
ANBEFALINGER TIL UDVIK- LING AF KVALITETSINDIKA- TORER I ÆLDREPLEJEN

Arbejdsgruppen for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen

April 2019

Indhold

1.	Sammendrag og anbefalinger.....	3
2.	Indledning og baggrund for arbejdet.....	8
2.1	Læsevejledning	12
3.	Afgrænsning af arbejdet.....	14
3.1	Forståelse af kvalitetsindikatorer og begrebet kvalitet.....	14
4.	Behov og formål	15
5.	Eksisterende data	19
5.1	Registerdata	19
5.2	Brugertilfredshedsundersøgelser og PRO-data (patientrapporterede oplysninger) ..	27
5.2.1	Brugertilfredshedsundersøgelser.....	27
5.2.2	PRO-data (patientrapporterede oplysninger)	31
6.	Analyse	32
6.1	Tema 1. – Funktionsevne	33
6.1.1	Forslag 1: Indikator for det målte funktionsevneniveau.....	34
6.1.2	Forslag 2 a: Borgerens egen vurdering af udvikling i funktionsniveau.....	36
6.1.3	Forslag 2 b: Borgerens vurdering af betydningen af den hjælp de modtager.....	38
6.2	Tema 2. - Livskvalitet og tilfredshed	42
6.2.1	Forslag 1. Borgerens oplevede effekt af de kommunale indsatser	43
6.2.2	Forslag 2. Borgerens oplevede trivsel og livskvalitet	45
6.2.3	Forslag 3: Borgerens tilfredshed med hjælpen.....	46
6.3	Tema 3. - Sammenhæng og forudsigelighed.....	50
6.3.1	Forslag 1: Antal forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der modtager hjemmehjælp.....	51
6.3.2	Forslag 2: Antal færdigbehandlingsdage pr. 1000 ældre borgere (65 + årige).....	53
6.3.3	Forslag 3: Antal forebyggelige indlæggelser	55
6.3.4	Forslag 4: Tidlig opsporing ift., hvor mange borgere der indlægges med forebyggelige indlæggelser.	57
6.3.5	Forslag 5: Borgerens tilfredsheds med sammenhæng og forudsigelighed i hjælpen 59	
7.	Brug af nøgletal	63
8.	Brugertilfredshedsundersøgelser.....	64
8.1	Modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet 65	
8.1.1	Model 1: Brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau.....	65
8.1.2	Model 2: Brugertilfredshedsundersøgelse på kommunalt niveau	69
8.1.3	Model 3. National brugertilfredshedsundersøgelse.....	70
8.2	Anbefaling til model for brugertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet.....	74
8.3	Tilgængelighed	77
8.4	Antal spørgsmål	77

8.5	Temaer i brugertilfredshedsundersøgelsen.....	78
9.	Hvordan kan indikatorer anvendes i praksis	83

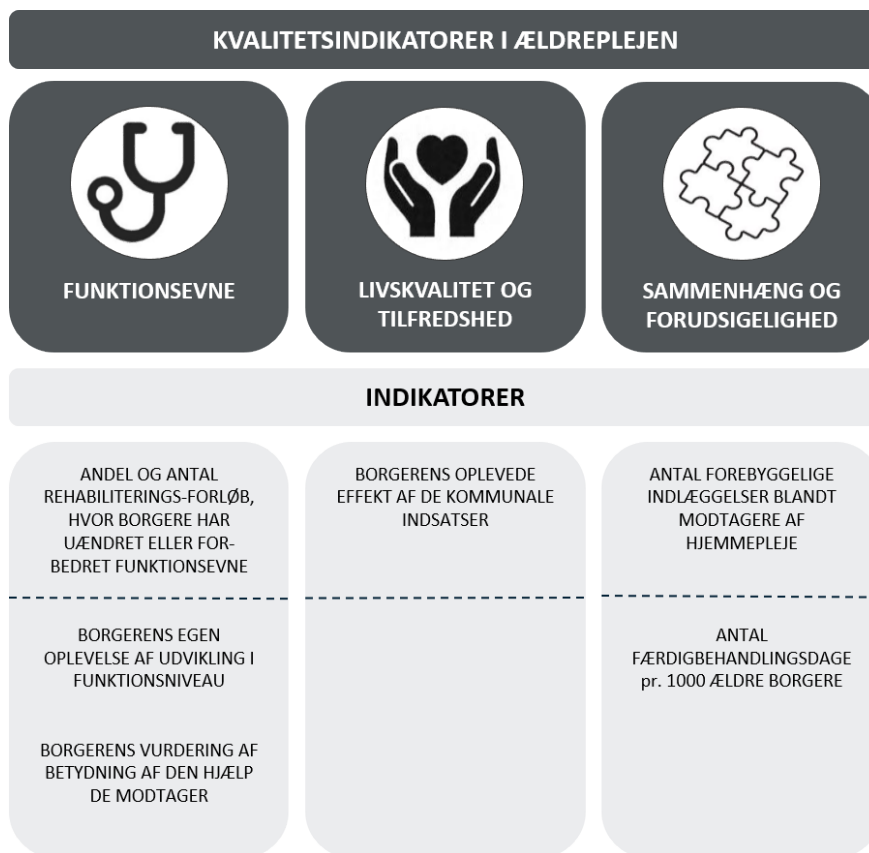
1. Sammendrag og anbefalinger

I forlængelse af aftalen om kommunernes økonomi for 2019 er der nedsat en arbejdsgruppe, som har udarbejdet en række anbefalinger til kvalitetsindikatorer på ældreområdet. Hensigten med indikatorerne er at skabe et bedre grundlag for at sammenligne kvaliteten og resultaterne af indsatsen på ældreområdet på tværs af kommuner og over tid og dermed også bidrage til et bedre beslutningsgrundlag for lokal prioritering og udvikling af ældreplejen. Anbefalingerne af kvalitetsindikatorer kan supplere de allerede eksisterende opgørelser og registreringer af aktiviteten på ældreområdet.

Arbejdsgruppen har baseret arbejdet på egne undersøgelser og anbefalinger fra en foranalyse foretaget af Rambøll (2018). Det anbefales, at der opstilles kvalitetsindikatorer under tre hovedtemaer: Funktionsevne, Livskvalitet og Tilfredshed samt Sammenhæng og Forudsigelighed, som til sammen indfanger centrale elementer i ældreplejens betydning for borgerne.

Udgangspunktet for arbejdet har været at opstille 3-5 indikatorer, som er præcise og robuste mål for kvaliteten og resultaterne af indsatsen i ældreplejen. Datagrundlaget for at opstille indikatorer forbedres i de kommende år med udrulning af Fælles Sprog III og nye brugertilfredshedsundersøgelser. På den baggrund anbefales i alt tre kvalitetsindikatorer, som dækker de tre temaer. Disse vil kunne suppleres over tid. Supplerende peges der samtidig på yderligere kvalitetsindikatorer, der kan anbefales, såfremt der måtte være ønske om at beslutte flere indikatorer på nuværende tidspunkt.

Figur 1. Overblik over forslag til kvalitetsindikatorer i ældreplejen



Tema 1 – Funktionsevne

Det er et udtryk for kvalitet i ældreplejen, når indsatsen formår at reducere fald i borgernes funktionsevne mest muligt. Derfor vurderes det, at udviklingen i funktionsevne er et relevant tema i det samlede billede af kvalitet i ældreplejen.

Det anbefales, at der udarbejdes en kvalitetsindikator, der knytter sig til rehabiliteringen af ældre borgere. Indikatoren opgøres både som andelen og antallet af rehabiliteringsforløb blandt borgere på 65 år eller derover¹, hvor borgernes funktionsevne forbedres eller er uændret. Indikatoren er udtryk for den faglige vurdering af borgerens funktionsevne. Rehabilitering og ambitionen om, at ældre er selvhjulpne så lang tid som muligt er et gennemgående hensyn i ældreplejen i dag, hvorfor indikatoren vurderes at være relevant for borgerne og medarbejderne i den kommunale ældrepleje. Indikatoren kan opgøres på mellemlang sigt (3-4 år) på baggrund af data, som er planlagt i forbindelse med Fælles Sprog III (FSIII). Der kan dog være pilotkommuner, hvor det er muligt at opgøre data i løbet af 2020.

¹ Personer på 65 år og derover defineres som ældre. En tilsvarende definition anvendes på Sundhedsområdet. Sundheds- og ældreområdet er i kommunerne ofte integreret og opdeling vil være vanskelig. Dette afviger dog fra den nuværende afgrænsning i kommunernes budget- og regnskabssystem, hvor personer på 67 år og derover betragtes som ældre. Arbejdsgruppen vurderer ikke, at dette vil udgøre et problem i relation til at foretage sammenligninger, herunder fx af budget- og regnskabsoplysninger og kvalitetsindikatorer.

Det kan overvejes at supplere med en indikator, der indfanger borgernes egen vurdering af udviklingen i deres funktionsevne og evne til at klare sig i selv i hverdagen. Arbejdsgruppen har vurderet to indikatorer, der begge er et mål for borgerens egen vurdering af funktionsevne. De to indikatorer adskiller sig ift., hvorvidt de bygger på registerdata eller brugertilfredshedsundersøgelser.

Den ene indikator er et mål for borgerens vurdering af betydningen af den hjælp de modtager. Indikatoren måles ved, at borgerne ved start og afslutning af et forløb skal vurdere, hvorvidt de oplever begrænsninger i forbindelse med udførelse af en aktivitet knyttet til deres tilstand. Indikatoren forudsætter, at der følges op på registreringen ved afslutningen af indsatsen, som i dag ikke er obligatorisk i FSIII, og kræver dermed nye registreringer i kommunerne. Indikatoren kan, hvis det besluttes, opgøres på lang sigt (mere end 4 år). Indikatoren kan således vurderes på sigt og i sammenhæng med, om registreringsbyrden kan tilpasses på andre områder, så der samlet set ikke bliver tale om en øget registreringsbyrde for kommunerne.

Den anden indikator er et mål for borgerens egen vurdering af udviklingen i funktionsniveau og kan måles med et spørgsmål i en brugertilfredshedsundersøgelse. Indikatoren kan opgøres på kort sigt (1-2 år).

Den registerbaserede indikator kan potentielt give et mere fintmasket grundlag for at måle kvaliteten af indsatsen sammenlignet med en indikator udviklet på baggrund af en brugertilfredshedsundersøgelse. Det kan imidlertid overvejes at benytte brugertilfredshedsundersøgelsen på kort sigt m.h.p. at skifte til den registerbaserede indikator, når den er klar.

Tema 2 - Livskvalitet og tilfredshed

Indsatsen i den kommunale ældrepleje kan påvirke borgernes livskvalitet. Det er således vurderingen, at det bl.a. kan være udtryk for kvalitet i ældreplejen, når borgerne oplever livskvalitet og tilfredshed med hjælpen.

Det anbefales, at der udvikles en kvalitetsindikator for borgerens oplevede effekt af de kommunale indsatser. Indikatoren knytter den/de ydelse(r), der leveres sammen med borgerens vurdering af om indsatsen/indsatserne understøtter borgeren i at kunne gøre ting, som vedkommende ønsker. Således siger indikatoren noget om borgerens oplevelse af i hvilken grad den hjælp de modtager understøtter deres selvhjulpethed og mulighed for at

gøre de ting i hverdagen, de gerne vil. Indikatoren kan opgøres på kort sigt (1-2 år) ved hjælp af ét spørgsmål i en brugertilfredshedsundersøgelse.

Tema 3 – Sammenhæng og forudsigelighed

Kvaliteten af den samlede indsats kan forringes, hvis der ikke er sammenhæng mellem de forskellige indsatser. Derudover kan oplevelsen af, at der er sammenhæng og forudsigelighed i indsatsen betyde, at borgeren oplever stabilitet og tryghed, som er et godt afsæt for at opnå de ønskede resultater af indsatserne.

Pleje og omsorg i ældreplejen skal blandt andet fungere sammen med sundhedsindsatser ved at understøtte, at borgere ikke rammes af sygdomme eller skader, der kunne være undgået. En indikation på, om det lykkes, er, hvorvidt indsatserne i hjemmeplejen effektivt modvirker, at borgere indlægges af grunde, der er gode muligheder for at forebygge.

Det anbefales derfor, at der udarbejdes en kvalitetsindikator for antallet af forebyggelige indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, der modtager hjemmehjælp. Forebyggelige indlæggelser forstås som indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, som kommunerne har særligt gode muligheder for at forebygge. Indikatoren kan opgøres på kort sigt (1-2 år) på baggrund af data fra Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik samt data om de kommunale indsatser, der kan hentes fra kommunernes EOJ-systemer med information om visiteret hjemmepleje.

Overvejelser om yderligere indikatorer

Ud over de anbefalede indikatorer har arbejdsgruppen vurderet en række indikatorer indenfor de tre temaer, som kan opgøres efter hånden som data bliver tilgængelig, hvis der er ønske om at supplere med flere indikatorer. Indenfor Tema 3 Sammenhæng og forudsigelighed kan det fx overvejes at supplere med en indikator for antallet af dage, hvor færdigbehandlede patienter venter på at blive udskrevet. Der er i kapitel 6 i afrapporteringen vurderet fordele og ulemper ved samtlige af de vurderede indikatorer.

Model for brugertilfredshedsundersøgelse

Arbejdsgruppen har identificeret tre modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelser, der varierer efter, hvilket niveau svarene opgøres på, hhv. nationalt, kommunalt eller område-/plejecenterniveau.

Det anbefales, at der, blandt alle borgere som, modtager hjemmehjælp, gennemføres en brugertilfredshedsundersøgelse med henblik på at opnå viden på kommuneniveau og så vidt muligt på områdeniveau. Det er

udgangspunktet, at undersøgelsen gennemføres digitalt, idet det vurderes, om den metodisk kan lægge sig op ad Økonomi- og Indenrigsministeriets koncept for brugertilfredshedsundersøgelser, som forventes udviklet i løbet af 2019.

Der lægges ikke op til, at kommunerne skal understøtte modtagerne af hjemmehjælp til at besvare undersøgelsen. Det er forventningen, at kommunerne vil støtte op om undersøgelsen og bidrage til at sætte fokus på formidling af brugertilfredshedsundersøgelsen lokalt.

For så vidt angår beboere på plejecentre bemærkes, at en stor andel af respondenterne er svage borgere, hvoraf mange lider af demens. Det medfører en række metodiske udfordringer for gennemførelse af undersøgelsen. Det vurderes derfor hensigtsmæssigt, at der nærmere undersøges muligheder og modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelse blandt beboere på plejehjem. Dette vil ske med inddragelse af kommuner, som kan bidrage med erfaringer, danne rammen om forsøg med undersøgelsesmetoder mv. Det anbefales, at der herefter følges op på både på modellen for gennemføres at brugertilfredshedsundersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere og beboere på plejehjem.

Parallelt med den nærmere afdækning af muligheder for undersøgelser på plejehjem anbefales det, at brugertilfredshedsundersøgelsen blandt beboere på plejehjem i 2019 gennemføres, som i dag, dvs. som en national stikprøve, hvor plejecentre bistår med at sikre svar fra borgere, der er i stand til at deltage i samme omfang som kommunerne gør i dag med den nuværende undersøgelse.

Arbejdsgruppen anbefaler, at temaerne, der skal dækkes i en brugertilfredshedsundersøgelse er funktionsevne, livskvalitet, sammenhæng og forudsigelighed, tilfredshed med hjælpen, frit valg, behov og baggrundsoplysninger.

Det anbefales, at de konkrete spørgsmål formuleres og valideres i 2019. Der bør i brugertilfredshedsundersøgelsen fastholdes en kerne af spørgsmål, som søges reduceret mest muligt. Det anbefales derfor, at der er 15-20 faste spørgsmål. Det skal herudover være muligt for kommunerne at tilføje og formulere egne spørgsmål i den nationale spørgeramme således at evt. lokale tilfredshedsmålinger kan foretages samtidig med de nationale.

Yderligere viden om indsatsen i ældreplejen

Fokus for kvalitetsindikatorerne er at have robuste mål for resultater. Ud over kvalitetsindikatorerne vil der foreligge yderligere viden fra brugertilfredshedsundersøgelser, ligesom forhold som budgetter, sygefravær m.v. både kan rumme væsentlig information i sig selv og bidrage til at forklare resultaterne.

2. Indledning og baggrund for arbejdet

I dag er de eneste muligheder for at vurdere indsatsen på ældreområdet at opgøre aktiviteten på området eller at anvende de eksisterende brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet. Data for aktiviteten på ældreområdet dækker bl.a. over udgifter på området og omfanget af ydelser, som borgerne er visiteret til, herunder antal, varighed, hyppighed og tidsforbrug for de ydelser, som borgerne modtager. De eksisterende brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet er baseret på mindre stikprøver. Der eksisterer dermed ikke et nationalt datagrundlag, som gør det muligt at opgøre kvaliteten og resultaterne af indsatsen på tværs af alle kommuner.

Med henblik på at skabe grundlag for en endnu bedre pleje og omsorg for de ældre borgere er der fra politisk side de seneste år igangsat flere initiativer, som skal bidrage til at øge fokus på kvaliteten på ældreområdet.

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2019 er regeringen og KL enige om, at udviklingen af kvalitetsindikatorer på ældreområdet kan bidrage til et styrket fokus på effekt og resultater af indsatsen frem for input til gavn for de ældre borgere.

Aftale om kommunernes økonomi for 2019

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2019 er KL og regeringen enige om, at udviklingen af kvalitetsindikatorer på ældreområdet kan bidrage til et styrket fokus på effekt og resultater af indsatsen frem for input til gavn for de ældre borgere. Regeringen og KL er derfor enige om at nedsætte en styregruppe og arbejdsgruppe, som skal komme med forslag til modeller for kvalitetsindikatorer, herunder valg af konkrete indikatorer.

Det fremgår ligeledes af Aftale om finansloven for 2018, at der mellem regeringen og Dansk Folkeparti er enighed om at drøfte den videre vej frem for kvalitetsudviklingen af ældreområdet, herunder muligheden for løbende at følge udviklingen i kvalitet og resultater af indsatsen for de ældre. I forlængelse heraf, blev regeringen og Dansk Folkeparti i aftale om finansloven for 2019 enige om at afsætte 10 mio. kr. til det videre arbejde med udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

Aftale om finanslov for 2019

Med aftalen om finansloven for 2019 er regeringen og Dansk Folkeparti enige om at afsætte 10 mio. kr. i perioden 2019-2022 til opfølgning på arbejdet med udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

Ældreområdet

Ældreområdet afgrænses til indsatser efter serviceloven og sundhedsloven, der vedrører ældre borgere og varetages i hjemmeplejen eller på plejecenter. Personer på 65 år eller derover betragtes som ældre.

Skifte på ældreområdet: fra aktivitet til fokus på funktionsevne og resultater

Der har de seneste år været et paradigmeskifte i praksis på ældreområdet. Fokus er i stigende grad på at give en rehabiliterende indsats som har til hensigt at understøtte at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv med udgangspunkt i borgerens funktionsniveau. Kommunerne har omlagt ældreplejen således, at indsatsen tilrettelægges i samarbejde med borgeren ud fra en målsætning om hjælp til selvhjælp, fremfor en indsats, hvor ældreplejen primært tilrettelægges med henblik på at gøre noget for borgerne.

Dette ses i praksis gennem en styrket forebyggelsesindsats, en mere systematisk rehabiliteringsindsats og en øget målretning af indsatsen i forhold til svage ældre, som har omfattende og komplekse behov. Siden 1. januar 2015 har kommunerne været forpligtet til at tilbyde et kortere og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83a, hvis det vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter servicelovens § 83. Omstillingen stiller andre krav til den måde hjemmeplejen arbejder, den måde borgerne bliver inddraget, og den måde kvalitet bliver opgjort og dokumenteret.

Behov for nye måder at måle kvalitet

Med den ændrede tilgang i den kommunale ældrepleje med fokus på rehabilitering, funktionsevne og at gøre borgeren mere selvhjulpener er der sket et grundlæggende skift i, hvordan hjemmeplejeindsatsen opfattes. Den nye tilgang i ældreplejen skaber behov for nye måder at tydeliggøre og sammenligne kvalitet. Opgørelser af aktivitet (input), som fx antal besøg den ældre modtager eller antal minutter, hvor borgerne modtager hjemmepleje, er fortsat væsentligt i forbindelse med faglig og økonomisk prioritering, styring og udvikling af hjemmeplejen, men de siger ikke nødvendigvis noget om *kvaliteten* og *resultaterne* af den indsats, der leveres i ældreplejen.

Der er derfor behov for at tilvejebringe systematisk viden om kvalitet og resultater af de indsatser og ydelser, som borgerne modtager. Det gælder bl.a. for ydelser med fokus på forebyggelse og den ældres funktionsevne, som afspejler skiftet på ældreområdet. Data, som skaber viden om, hvilke indsatser og ydelser der bidrager til de ønskede resultater og dermed giver et

bedre grundlag for at udvikle kvaliteten og prioritere indsatser på lokalt og nationalt niveau.

Det forventes endvidere, at udvikling af kvalitetsindikatorer vil kunne anvendes lokalt til at sammenholde den opnåede kvalitet og effekt med ressourceforbrug. Dette kan danne baggrund for overvejelser om, hvorvidt der opnås den forventede kvalitet, og om ressourceforbruget matcher kvaliteten, herunder om der er behov for at analysere indsatserne nærmere.

Foranalyse af udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen

I aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020 blev satspuljepartierne enige om, at der skulle gennemføres en foranalyse af muligheden for at udvikle kvalitetsindikatorer i ældreplejen. Foranalysen har dels haft til formål at undersøge muligheden for at udvikle 3-5 overordnede kvalitetsindikatorer, som måler kvaliteten af ældreplejen, dels at se på den brugeroplevede kvalitet og brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen. Rambøll har i februar 2018 færdiggjort foranalysen, hvori det anbefales, at der arbejdes videre med kvalitetsindikatorerne indenfor fire overordnede temaer, henholdsvis borgersikkerhed/-sundhed, rehabilitering, livskvalitet samt sammenhæng og behov. Indenfor hvert af de overordnede temaer er der udviklet 2-3 forslag til kvalitetsindikatorer, *jf. tabel 1*.

Tabel 1. Oversigt over forslag til kvalitetsindikatorer i Foranalyse af kvalitetsindikatorer og brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen (Rambøll 2017)

	Indikator	Eksisterer data	Datagrundlag	Tidshorisont
Borgersikkerhed/ Sundhed	Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (67+ år).	Ja	Registerdata	Kort
	Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (67+ år), som har haft kommunal kontakt inden for 10 dage før indlæggelse.	Ja	Registerdata	Kort
	Antal forebyggelige indlæggelser suppleret med antal borgere med alvorligt uplanlagt vægttab pr. 1.000 ældre borgere (67+ år), som har haft kommunal kontakt inden for 10 dage før indlæggelse. Indikatoren forudsætter løbende vejning af alle ældre, som modtager plejeindsatser samt registrering af borgernes vægt.	Nej	Registerdata	Lang
Rehabilitering	Andel borgere (67+ år) med stabilt/forbedret funktionsevneniveau målt fra start til slut af indsats (eller efter 12 uger, hvis indsatsen ikke er afsluttet på dette tidspunkt). Der måles på alle borgere, der modtager hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og genoptræning.	Nej	Registerdata	Lang
	Andel borgere (67+ år), som har modtaget kommunale indsatser, og som har oplevet en forbedring i funktionsevneniveau, målt ved hjælp af redskabet Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS) fra start til slut af indsats (eller efter 12 uger, hvis indsatsen ikke er afsluttet på dette tidspunkt). Der måles på alle borgere, der modtager hjemmehjælp, rehabiliteringsforløb og genoptræning.	Nej	Registerdata	Lang
Livskvalitet	Borgernes generelle trivsel og velbefindende målt ved hjælp af et valideret spørgeskema (WHO-5). Spørgeskemaet består af fem spørgsmål om, hvordan respondenterne har følt sig tilpas i de seneste to uger. Kan måles ved hjælp af fem nye spørgsmål i de evt. fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.	Nej	Brugertilfredshed	Kort
	Hvorvidt borgerne vurderer, at den modtagne hjælp gør, at de kan gøre de ting, der er vigtige for dem. Kan måles ved hjælp af et nyt spørgsmål i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Kan måles ved hjælp af to nye spørgsmål i de evt.	Nej	Brugertilfredshed	Kort

	fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser			
Sammenhæng og behov	Andelen af borgere, som er tilfredse med antallet af medarbejdere, som hjælper dem med praktisk hjælp eller personlig pleje, samt andelen af borgere, som er tilfredse med ensartetheden i den hjælp, de modtager. Det er tale om to eksisterende spørgsmål i den nationale brugertilfredshedsundersøgelse, der udføres af SUM, som vil kunne overføres til de evt. fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.	Nej	Brugertilfredshed	Kort
	Andelen af borgere, som oplever at få den støtte, de har brug for, når de har brug for den, samt andelen af borgere, som oplever, at støtten passer til deres behov. Kan måles ved hjælp af to nye spørgsmål i de evt. fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser	Nej	Brugertilfredshed	Kort
	Andelen af borgere, som føler sig trygge i hverdagen med den støtte, de modtager, samt andelen af borgere, som oplever, at personalet tager hensyn til deres behov og ønsker til, hvordan hjælpen skal udføres. Kan måles ved hjælp af to nye spørgsmål i de evt. fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser	Nej	Brugertilfredshed	Kort
Kilde: Rambøll (2018) Foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen og brugertilfredshedsundersøgelser.				

Indikatorerne vedrørende *borgersikkerhed/sundhed og rehabilitering* bygger på registerdata, mens indikatorerne vedrørende *livskvalitet* samt *sammenhæng og behov* forudsætter undersøgelser via brugertilfredshedsundersøgelser (spor 2). I udvælgelsen af temaer og den efterfølgende udvikling af indikatorer har der været fokus på indikatorer, som omhandler resultaterne af plejeindsatsen. Det betyder, at indikatorer med fokus på proces er valgt fra. Det skal bemærkes, at alle kvalitetsindikatorer ifølge Rambøll er anbefalelsesværdige. I foranalysen lægges der op til, at der kun vælges én indikator indenfor hvert tema.

Rambøll anbefaler herudover en sammentænkning af de nuværende brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet, herunder med henblik på at indsamle data vedrørende kvalitetsindikatorerne.

2.1 Læsevejledning

Denne afrapportering beskriver forslag til temaer for kvalitetsindikatorer, herunder konkrete forslag til kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorerne er afgrænset til ældreområdet og omfatter således primært det kommunale ældreområde reguleret i serviceloven samt sundhedsloven.

I kapitel 2 redegøres for arbejdsgruppens forståelse af kvalitetsindikatorer og begrebet kvalitet.

I kapitel 3 beskrives formål og behov for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen. Kortlægning af formål og behov er sket med udgangspunkt i foranalysen (Rambøll 2018) samt inddragelse af relevante interessenter.

I kapitel 4 foretages en kortlægning af det eksisterende datagrundlag på ældreområdet. Kortlægningen sker med afsæt i kommunernes registreringer samt adgang til data i bl.a. Fælles ledelsesinformation (FLIS), Fælles Sprog III (FSIII) samt potentialerne i forlængelse af initiativer igangsat i regi af Sundhedsdataprogrammet.

I kapitel 5 analyseres, hvilke kvalitetsmål der bedst understøtter behov og formål for målgrupperne, herunder hvilke kvalitetsmål der skal understøttes af hhv. registerdata og brugertilfredshedsundersøgelser.

I kapitel 6 vurderes, hvilke muligheder der er for at effektivisere, sammentænke og forbedre de eksisterende brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet, herunder temaer for spørgsmål, der kan indgå i en brugertilfredshedsundersøgelse.

3. Afgrænsning af arbejdet

3.1 Forståelse af kvalitetsindikatorer og begrebet kvalitet

Nationale kvalitetsindikatorer i ældreplejen skal kunne bruges til at give information og skabe viden om den pleje og omsorg, der leveres til borgerne i ældreplejen. Kvalitetsindikatorer skal udvikles med henblik på, at indikatorerne giver mening i praksis blandt forskellige aktører og kan bidrage til at danne overblik over kvaliteten med henblik på kvalitetsstyring og mulighed for forbedring af ældreplejen.

En kvalitetsindikator er typisk et indirekte mål, som siger noget om kvaliteten af det område, der måles. Kvalitetsindikatorer tager udgangspunkt i et eller flere elementer af dimensionerne af kvalitet på ældreområdet, som skal ses i sammenhæng og dermed samlet vil kunne give et billede af kvaliteten på ældreområdet.

Det er muligt at forestille sig indikatorer indenfor forskellige dimensioner af kvalitet på ældreområdet. Når vi taler om kvalitetsindikatorer i dag, differentieres der typisk mellem tre former for indikatorer, hhv.:

- *Organisatoriske og strukturmål/output*: Systemets kapacitet, personalets kompetence m.m. Et eksempel på denne type indikator kan være de samlede udgifter, rammer og ressourcer, herunder personalnormeringer og -kompetencer, faciliteter og tilgængelighed til teknologi og udstyr.
- *Procesmål*: Omhandler konkrete aktiviteter, fx i hvilken grad praksis svarer til det, som anses at være gode rutiner eller behandlingsmetoder. Et eksempel på denne indikator kan være ventetider eller lavt sygefravær.
- *Resultatmål (outcome)*: I hvilken grad ydelserne bidrager til de mål, som er sat for ydelserne. Resultatmål kan både måles fagligt (for eksempel niveau eller ændring i medicinske tilstande), eller ved hjælp af selvrappede data gennem enten registerdata eller brugertilfredshedsundersøgelser med henblik på at måle tilfredshed med ydelsen.

Det er i nærværende arbejde lagt til grund, at de anbefalede kvalitetsindikatorer skal have karakter af resultatmål, med henblik på at måle, i hvilket omfang indsats og ydelser bidrager til de ønskede resultater.

Kvalitet som dynamisk begreb

Kvalitet er et abstrakt begreb, som kan tolkes på forskellige måder.

Kvalitetsbegrebet er ikke et statisk begreb. Hvordan kvalitet defineres kan

forskydes over tid og afhænger bl.a. af, hvem der definerer kvalitet. De seneste 10 år har der været et ændret fokus på kvalitet i offentlige ydelser – fra producent til borger – fra ”overensstemmelse mellem krav og gennemførelse” til i dag, hvor der i større grad er fokus på ”borgerens behov”. På den måde er kvalitet et begreb i stadig bevægelse.

Kvalitet i ældreplejen er bl.a. blevet belyst i de to kommissionsrapporter på ældreområdet, der blev afgivet i 2012 og 2013, og som omhandler livskvalitet på plejehjem og fremtidens hjemmehjælp.

Den første kommissionsrapport blev afgivet i februar 2012, hvor Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem offentliggjorde rapporten ”Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem”. Kommissionen konkluderede, at god ældrepleje burde tage udgangspunkt i fem grundlæggende værdier, hhv. indflydelse på eget liv, respekt for forskellighed, medmenneskeligheden i fokus, gode oplevelser hver dag og en værdig afslutning på livet.

I juli 2013 udgav Hjemmehjælpskommissionen rapporten ”Fremtidens hjemmehjælp – ældre ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats”. Hjemmehjælpskommissionen konkluderede bl.a., at fremtidens ældrepleje burde tage afsæt i det mere differentierede ældrebillede, herunder at der på den ene side skal tages højde for, at der i dag er flere ressourcestærke ældre, og at det samtidig skal sikre, at der er den rette hjælp og støtte til de borgere, som er så svage, at de har brug for omfattende hjælp.

På den baggrund kan indsatser af høj kvalitet i ældreplejen typisk kendetegnes ved:

- Selvbestemmelse og indflydelse forstået som borgerens mulighed til at øve indflydelse på den hjælp og omsorg de modtager, og at der ligger en individuel vurdering til grund for den ydelse borgeren er visiteret til.
- Sammenhæng mellem ydelserne, forstået som sammenhæng på tværs af sektorer og kontinuitet i den pleje og omsorg borgeren modtager
- At den ældres funktionsevne i kraft af indsatsen fastholdes eller forberedes og på denne måde bidrager til at borgeren fortsat kan gøre det, der betyder noget for vedkommende (evt. med hjælp). Indsatsen bidrager på denne måde til at borgeren kan fastholde selvstændighed, som dermed kan bidrage til øget livskvalitet for mange

4. Behov og formål

Kvalitetsindikatorerne skal bidrage til at skabe åbenhed og synlighed om indsatser og resultater af indsatserne på ældreområdet. Det er ambitionen, at kvalitetsindikatorerne kan bidrage til at kvalificere dialogen og den offentlige debat om kvaliteten på ældreområdet.

For at kvalitetsindikatorerne skal kunne indgå som et relevant parameter i prioritering og udvikling af kvalitet på ældreområdet er det vigtigt, at indikatorerne er robuste og relevante for aktørerne på området.

Hensigten er, at kvalitetsindikatorerne på ældreområdet opnår bred forankring og opbakning og kan bidrage til at skabe et bedre overblik over kvaliteten og resultaterne på tværs af kommuner samt udviklingen i kvaliteten over tid, som er relevant i en række forskellige sammenhænge og for forskellige aktører. Kvalitetsindikatorerne har således et overordnet formål, men de skal samtidig imødekomme forskellige behov og formål ift. en række målgrupper. Samtidig er det afgørende, at indikatorerne er enkle, genkendelige og let forståelige. Ligeledes skal antallet af indikatorer være begrænset af hensyn til overskueligheden og for at understøtte øget tydelighed om, hvad der ses som kvalitet i ældreplejen og hvor leverandører af ældrepleje kan fokusere indsatsen

De primære målgrupper for kvalitetsindikatorerne er identificeret nedenfor. Kortlægning af behov og formål blandt de primære målgrupper er foretaget med udgangspunkt i foranalysen af kvalitetsindikatorer (Rambøll 2018), drøftelser i arbejdsgruppen samt på baggrund af inddragelse af relevante aktører. Bilag 1 giver overblik over møder arbejdsgruppen har holdt med relevante aktører i forbindelse med kortlægning af behov og ønsker til kvalitetsindikatorer.

I det følgende afsnit beskrives formål, behov og mulig anvendelse af kvalitetsmålene for de primære målgrupper. Anvendelsen skal forstås som overvejelser om, hvordan kvalitetsindikatorerne kan omsættes til praksis og dermed indgå i kvalitetsudvikling og prioritering inden for ældreområdet.

Samme kvalitetsindikator kan opfylde flere formål og behov, hvor den konkrete anvendelse vil variere, ligesom der kan være behov for at kunne nedbryde kvalitetsindikatorer for at de kan omsættes og anvendes i relevante sammenhænge. Dette vil i nogle tilfælde kunne imødekommes, mens det i andre tilfælde ikke vil være muligt.

Hovedmålgrupper

Kvalitetsindikatorerne skal bidrage til at skabe øget synlighed og gennemsigtighed om kvaliteten på ældreområdet. Målet er, at kvalitetsindikatorerne bidrager med viden om kvaliteten og effekten af indsatserne til leverandører og myndigheder med henblik på at kunne indgå i den lokale kvalitetsudvikling og prioritering inden for området til gavn for de ældre borgere, der modtager ældrepleje. Samtidig får brugerne mulighed for at få viden om kvaliteten i ydelserne og sammenligne kvalitet både over tid og på tværs af enheder, som vil understøtte det frie valg. Endvidere er det målet, at kvalitetsmålene kan bidrage med viden om resultater, der kan understøtte udviklingen af rammerne og politikdannelsen på ældreområdet såvel nationalt som lokalt.

Med afsæt i ovenstående er følgende hovedmålgrupper identificeret:

- **Leverandørerne**, der dagligt leverer ydelser på ældreområdet (herunder offentlige og private leverandører)
- **Brugerne**, der er modtagere af indsatser og ydelser på ældreområdet samt interessenter, der varetager brugernes interesser
- **Kommunalbestyrelser**, der prioriterer indsatser og ydelser inden for ældreområdet
- **Nationalt niveau**, der beslutter de overordnede rammer for ældreområdet.

Leverandørerne er defineret som leverandører af ydelser på ældreområdet private som offentlige.

Formålet med kvalitetsindikatorer for leverandører er at skabe åbenhed og synlighed om kvaliteten og resultaterne på tværs af leverandører samt at tilvejebringe et grundlag for at foretage sammenligninger af kvaliteten over tid. Leverandører vil kunne anvende viden om kvaliteten og effekten af indsatserne til lokal kvalitetsudvikling.

Endvidere er formålet, at kvalitetsindikatorerne skal kunne indgå som en del af det lokale ledelsesarbejde med kvalitetsudvikling og prioritering, helt ned på enhedsniveau. Dermed kan kvalitetsindikatorerne indgå som del af den løbende ledelsesinformation og dermed bidrage til at skabe motivation blandt ledere og ansatte ved at arbejde mod et fælles mål.

Kvalitetsindikatorerne skal i videst muligt omfang kunne indgå med samme kadence som øvrig ledelsesinformation mhp., at resultater indgår som et styringsparameter.

Kvalitetsindikatorerne kan indgå som en del af den løbende ledelsesinformation og danner grundlag for ledelsens løbende

styring og udvikling, herunder evt. som del af opfyldelse af resultatmål.

Brugerne er defineret som gruppen af borgere, der er i kontakt med ældreplejen, enten fordi de er modtagere af ydelser eller står overfor at skulle modtage ydelser og træffe valg om ydelser. Målgruppen defineres også som pårørende til borgere, der er i kontakt med ældreplejen.

Det overordnede formål med kvalitetsindikatorer, er at indikatorerne styrker kvalitetsarbejdet i kommunerne, og dermed medvirker til at styrke kvaliteten af ældreplejen give brugere og borgere viden om kvaliteten og effekten af indsatserne. Øget synlighed og åbenhed kan bl.a. bidrage til at forventningsafstemme og danne grundlag for frit valg.

Endvidere kan kvalitetsindikatorer give brugerne en systematisk og sammenlignelig viden om kvaliteten på ældreområdet samt mulighed for at sammenligne såvel over tid som på tværs af ældreområdet.

Tilsvarende kan det give anledning til drøftelse i bl.a. ældreråd om kvalitetsudviklingen på tværs af kommuner, leverandører og over tid. Dermed kan drøftelserne omfatte kvalitetsmål i en bredere forstand fremfor alene at omhandle enkeltsager og aktivitetsmål.

Der er derfor behov for enkle og overskuelige kvalitetsindikatorer, der så vidt muligt på distrikts- og enhedsniveau giver mulighed for at sammenligne over tid og på tværs af enheder.

Kommunalbestyrelser er defineret som den enkelte kommunalbestyrelse og myndighed på ældreområdet, dvs. også administrationen.

Med kvalitetsindikatorer får kommunerne mulighed for at sammenligne sig med andre kommuner med henblik på udvikling og læring om god tilrettelæggelse. Formålet er at skabe åbenhed og sammenlignelighed om kvaliteten i ældreplejen med henblik på at tilvejebringe et grundlag for sammenligning af kvaliteten, der kan understøtte den lokale kvalitetsudvikling og prioritering.

For kommunalbestyrelser er der behov for enkle overbliksskabende kvalitetsindikatorer, der skaber åbenhed og synlighed om ældreområdet, herunder også udviklingen på området. Kvalitetsindikatorerne kan bringes i anvendelse som grundlaget for at træffe beslutninger om udviklingen af ældreplejen og prioritering af indsatsområder. Der er brug for kvalitetsindikatorer, der lokalt kan nedbrydes til relevant

ledelsesinformation på relevante organisatoriske niveauer mhp. løbende opfølgning og tilpasning.

Nationalt niveau er defineret som relevante ressortministre og – ministerier, Folketinget samt KL og andre nationale aktører på ældreområdet.

For aktører på nationalt niveau er formålet med kvalitetsindikatorer at skabe åbenhed og synlighed om kvaliteten i ældreplejen samt sammenligne over tid og på tværs af sektorer.

Kvalitetsindikatorerne kan indgå som en del af grundlaget for at træffe beslutninger om udvikling af ældreområdet, herunder bl.a. de overordnede rammer og forudsætninger for ældreområdet. Kvalitetsindikatorerne gør det derudover muligt at observere og følge de overordnede tendenser, der opstår i forhold til udfordringer og indsatser på ældreområdet over tid, ligesom kvalitetsindikatorerne gør det muligt at følge udviklingen af tiltag og politikker på området, samt hvilke betydninger tiltag og politikker kan have for området.

5. Eksisterende data

5.1 Registerdata

Kommunerne registrerer i dag en række oplysninger i EOJ-systemer (elektronisk omsorgsjournal) i forbindelse med visitation og levering af ydelser til ældre borgere. Oplysningerne anvendes i varierende grad til lokalt opfølgning. Store dele af de registrerede oplysninger er ikke struktureret og kan derfor ikke indberettes og anvendes i nationale registre.

Med aftalen om kommunernes økonomi for 2006 er KL og regeringen enige om at dokumentere kommunernes indsats på ældreområdet. Dette er udmøntet i, at kommunerne i dag indberetter aktivitetsdata på ældreområdet til Danmarks Statistik. Data vedrører bl.a. visiteret og leveret/planlagt hjemmehjælp, rehabilitering, hjemmesygepleje, plejebolig, genoptræning/vedligeholdelsestræning og forebyggende hjemmebesøg. På baggrund af kommunernes indberetninger til Danmarks Statistik udarbejdes 23 ældreserviceindikatorer baseret på aktivitetsdata, der bl.a. anvendes til sammenligning kommunerne imellem.² Ældreserviceindikatorerne er bl.a. baseret på månedlige indberetninger fra kommunernes EOJ-systemer samt sygehusenes daglige indberetning til landspatientregisteret.

² Med aftale om kommunernes økonomi for 2006, er regeringen og KL enige om, at der skal udarbejdes en mere sammenhængende dokumentation for væsentlige kommunale serviceområder, herunder blandt andet ældreområdet. Dokumentationen udarbejdes og offentliggøres af Danmarks Statistik.

Indikatorerne offentliggøres én gang årligt efter aftale med Sundheds- og Ældreministeriet. Statistikken er offentlig tilgængelig dels i Statistikbanken og dels via Danmarks Statistiks temaside med alle de kommunale serviceindikatorer. Her er der adgang til detaljeret statistik over den enkelte indikator, som optræder som en tabel i Statistikbanken.

Se bilag 2 for en liste over samtlige data, der indberettes. Danmarks Statistik gennemfører årligt en omfattende valideringsproces af kommunernes indberetning. Eventuelle begrænsninger ift. sammenlignelighed gennemgås efterfølgende.

Herudover indberetter kommunerne årligt kommuners sociale service inden for omsorg for ældre til Danmark Statistik i den sociale ressourceopgørelse. Oplysningerne opgøres for hele landet samt på kommuneniveau. Statistikken er en spørgeskemaundersøgelse blandt kommunerne, hvor der bl.a. spørges ind til antal pladser og antal indskrevne i pleje- og ældreboliger og plejevederlag til pasning af døende.

I december 2018 blev Plejehjemsoversigten lanceret. Oversigten indeholder information om forskellige plejehjem målrettet ældre. Det er i dag et krav, at alle plejehjem målrettet ældre skal være oprettet i oversigten og indberette en række oplysninger. Der skal bl.a. indberettes, hvorvidt der tilberedes mad på plejehjemmet og om man må have dyr på plejehjemmet³. Plejehjemsoversigten skal bl.a. hjælpe kommende plejehjemsbeboere og deres pårørende med at træffe et godt og informeret valg, når den ældre skal på plejehjem.

Der opgøres endvidere personaleoplysninger i kommunernes og regionernes løndatakontor (KRL). Data vedrører bl.a. antal ansatte, beskæftigelsesgrad, sygefravær og personaleomsætning. Oplysningerne kan bl.a. opgøres på faggrupper og efter organisatorisk placering. Data er sammenligneligt mellem kommunerne.

Endelig indsamler Børne- og Socialministeriet en spørgeskemaundersøgelse af kommuners sociale ressourcer for børn og unge, voksne og ældre i Den sociale ressourceopgørelse. Formålet med Den sociale ressourceopgørelse er at belyse de ressourcer (kapacitet, belægning, organisation mv.), som kommuner og regioner har til rådighed i sociale institutioner. Derudover belyser statistikken de sociale og sundhedsmæssige serviceydelser, der administreres af kommuner og regioner. Undersøgelsen gennemføres af

³ I bekendtgørelse om Plejehjemsoversigten (BEK nr. 1219 af 22/10/2018) fremgår hvilke oplysninger, som kommunalbestyrelsen skal indberette til Plejehjemsoversigten, jf. bilag 4

Danmark Statistik for Børne- og Socialministeriet en gang årligt.

Undersøgelsen består af otte spørgeskemaer, der følgende ligger inden for ældreområdet⁴:

- Pleje- og ældreboliger
- Privat hjælper, tilskud til hjælp mv. og madservice
- Integrerede ordninger
- Tandplejen
- Plejevederlag

Ud over det data, som kommunerne registrerer i forbindelse med plejehjemsoversigten, er det på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre data for det enkelte plejecenter eller hjemmeplejedistrikt. Kommunerne indberetter udelukkende om en borger får den pågældende ydelse, og ikke hvor den leveres fra. Opdeling af data på hjemmeplejedistrikt vil kræve en ny indberetning fra kommunerne.

Kommunerne har oplyst, at det kan være vanskeligt at sammenligne data over tid på distriktsniveau, da distrikterne kan ændre sig løbende, ligesom der kan være forskel mellem distriktsafgrænsningen mellem forskellige ydelser, eksempelvis hjemmehjælp, hjemmesygepleje og rehabilitering.

Datamæssige begrænsninger på visse nøgletal

For nogle indikatorer er datakvaliteten svingende mellem kommunerne, hvorfor sammenligningerne mellem kommunerne skal tages med forbehold.

For leveret hjemmehjælp er datakvaliteten uens mellem kommunerne.

Det skal samtidig bemærkes, at der ikke er indberetningspligt for private leverandører. Privatleveret hjemmehjælp udgør skønmæssigt omkring 15 pct., af den hjemmehjælp der leveres i alt⁵.

Manglende indberetningen fra private leverandører kan lede til at, man ikke får et samlet billede af kvaliteten.

Herudover er ydelseskategorierne under hjemmesygepleje ikke opdateret til Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelser eller den kommunale praksis, hvilket betyder, at en betydelig del af ydelserne

⁴ Herudover består undersøgelsen af spørgeskemaer vedrørende plejefamilier, plejefamilier mv., døgnplejehjem, hjemmetræning og ledsageordninger samt særlige daginstitutioner og klubber

⁵ De 15 pct. er beregnet ud fra, hvor stor en andel af udgifterne til hjemmehjælp, der udgøres af de private leverandører. Det bemærkes, at der er stor forskel på om andelen privat hjemmehjælp opgøres i kr., timer eller modtagere. Ifølge Danmarks statistik vælger ca. 35 pct. privat leverandør.

kategoriseres under "andet". Ydelseskategorierne er dog forsøgt ensrettet i partnerskabsprojektet, hvor der blev implementeret et fælles indsatskatalog for hjemmesygeplejen.

For plejeboliger indberetter nogle kommuner store udsving mellem årene, Datakvaliteten i mente kan det derfor være svært at sammenligne data mellem kommunerne og over tid.

Der ses en tendens til, at der opstår huller i data i dataindberetningen, når kommunerne skifter IT-leverandør. Omfanget af hullerne i dataindberetningerne varierer både ift. omfang og periode, men kan være omfattende og dermed have stor betydning for opgørelser af kommunale indsatser på ældre- og sundhedsområdet. En af årsagerne til hullerne i dataindberetningen kan være manglende mulighed for at tilgå og dermed fejlrette historisk data.

Planlagt forbedring af datakvaliteten

Danmarks Statistik har i 2018 påbegyndt validering af data vedrørende hjemmesygepleje fra 2017, hvorfor kvaliteten af data må forventes at blive forbedret fremover. Hertil kommer en række initiativer på kommuneniveau, som endvidere forventes at forbedre datakvaliteten herunder indførslen af Fælles Sprog III (herefter FSIII). I 2020 forventes kommunerne at være i stand til at dele FSIII-data kommunerne imellem og med øvrige aktører på sundheds- og ældreområdet. Sammenligningen kommunerne imellem forventes at give anledning til bl.a. refleksioner om datakvalitet.

Kommende data

Kommunerne er i gang med at indføre Fælles Sprog III (FSIII). FSIII er en fælleskommunal dokumentationsstandard, der understøtter en struktureret og mere ensartet dokumentation af indsatserne og borgerens behov. Dette forventes at skabe en mere ensartet registreringspraksis og således forbedre datakvaliteten.

Med implementeringen af FSIII klassificeres data på områder, hvor data hidtil ikke har været struktureret. FSIII, giver således på sigt grundlag for, at der kan skabes adgang til klassificerede data, og der kan laves nogle registerbaserede indikatorer, der ikke tidligere har været mulige. Muligheden for at udvikle indikatorer er imidlertid afhængig af dels, at der bliver udviklet standardtræk fra FSIII, således de data der trækkes fra de enkelte kommuner er ens. Dels, at der bliver udviklet snitflader, således datasættene kan afleveres fra kommunerne og deles med andre systemer og organisationer, herunder Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og kommunerne imellem.

Det følger af økonomiaftalen mellem regeringen og KL 2018⁶, at FSIII skal være implementeret i alle kommuner ved udgangen af 2018. Der skelnes mellem, hvorvidt FSIII er teknisk eller organisatorisk implementeret. Teknisk implementering af FSIII henviser til, at kommunens indberetningssystemer (EOJ-system) understøtter FSIII. Organisatorisk implementeret henviser derimod til, at kommunerne i praksis anvender FSIII. Primo 2019 har 93 kommuner teknisk implementeret FSIII, og 85 kommuner har FSIII organisatorisk implementeret.

FSIII indeholder pt. registreringer vedrørende hjemmehjælp, rehabilitering, genoptræning efter serviceloven og hjemmesygepleje efter sundhedsloven (servicelovens §§ 83, 83a, 84, 86 og § 138 i sundhedsloven). Aktuelt pågår videreudvikling af FSIII inden for sundhedslovsgenoptræning og sundhedsfremme og forebyggelse (sundhedslovens §§ 119 og 140), der efter hensigten er færdigudviklet ved udgangen af 2019, hvorefter klassifikationerne stilles til rådighed for kommunerne og it-leverandører. Det er visionen, at FSIII fremover også skal anvendes inden for forebyggende hjemmebesøg og hjælpemidler, men der er endnu ikke fastlagt konkrete planer for hverken udvikling eller implementering.

I FSIII skelnes der mellem data, der er klassificeret og data, der ikke er klassificeret (dvs. fritekst), ligesom der skelnes mellem data, der er obligatorisk og frivilligt at opgøre. Det er udelukkende muligt at lave nationale kvalitetsindikatorer på data, der både er klassificeret og obligatorisk at opgøre. I det følgende gennemgås derfor udelukkende data, hvor begge parametre er opfyldt. For en oversigt over variable efter serviceloven i FSIII, se bilag 3.

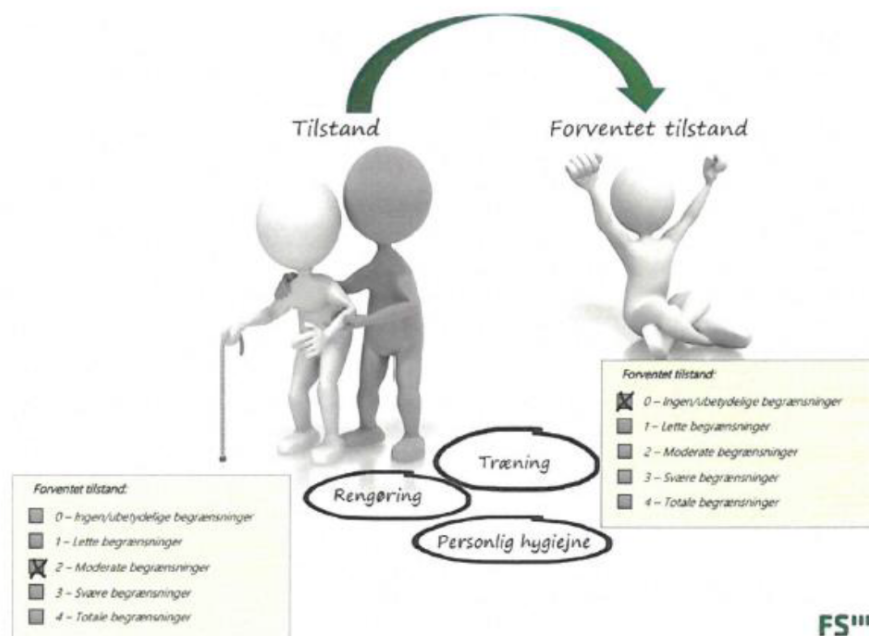
På baggrund af en udredning af begrænsningerne i borgerens funktionsevne registreres i FSIII borgerens funktionsevnetilstand (servicelov). Borgerens funktionsevnetilstand niveaufastsættes ved hjælp af en talskala gående fra 0 (ingen/ubetydelige begrænsninger) til 4 (totale begrænsninger). Det er endvidere obligatorisk at registrere borgerens helbredstilstand i fritekst (sundhedslov), men denne niveaufastsættes ikke, men vurderes med en kort fritekst.

⁶ "Regeringen og KL er enige om, at moderne omsorgsjournaler på sundheds- og ældreområdet (Fælles Sprog III) kan bidrage til forebyggelse og tidlige indsatser. Parterne er enige om, at implementeringen så vidt muligt skal være gennemført i alle kommuner inden udgangen af 2018. Parterne er endvidere enige om at drøfte visning af oplysninger til borgere bl.a. på sundhed.dk." s.24, Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2018, juni 2017

I FSIII registreres de indsatser, der iværksættes til hver udredt funktionsevnetilstand, fx rengøring, personlig hygiejne, jf. bilag 3. Det er således muligt at koble borgerens funktionsevnetilstand med den indsats, der iværksættes fra kommunen.

Når en funktionsevnetilstand er udredt, opstilles der en forventet tilstand som niveaufastsættes efter samme talskala fra 0-4, og der fastlægges en dato for opfølgning på den forventede tilstand. I FSIII er en forventet tilstand udtryk for, hvad myndighed og leverandør forventer, at der indtræder eller opnås med den indsats, der bevilges og leveres af kommunen eller en privat leverandør. Det er obligatorisk for kommunen at følge op på registreringen for funktionsevnetilstand vedrørende forventet tilstand.

Figur 2. Arbejdet med forventet tilstande i FSIII



Figur 4: Forventet tilstand (servicelov)

Faglig implementering af FSIII

Hver kommune står selv for deres lokale implementering af FSIII. KL understøtter, at der bliver ensartet fortolkning af FSIII på tværs af kommunerne. KL har lavet en metodehåndbog, der beskriver metoden i dybden, og forklarer hvordan, der skal dokumenteres efter FSIII i praksis. Som supplement til dette har KL lavet en række frit tilgængelige e-læringsvideoer, der kan bruges som undervisningsmateriale i kommunerne.

Derudover har KL stået for uddannelsen af 150 kommunale FSIII instruktører. Hver kommune er blevet tilbudt mindst én plads. Derfra har det været op til kommunerne selv at bruge instruktørernes viden, og sammensætte lokale undervisningsforløb for medarbejderstaben. Kommunerne har også kunnet få sparring fra MedCom, der tilbød implementeringsunderstøttende aktiviteter mellem 2016 og 2018.

Det er vidt forskelligt, hvordan kommunerne har grebet undervisningen an. Det mest almindelig er, at kommunen deler undervisningen op i ét forløb, der handler om den nye dokumentationspraksis med FSIII, og et andet forløb, der handler om brug af (nyt) kommunalt EOJ-system. Fælles for kommunerne er, at alle medarbejdere, som skal arbejde med FSIII dokumentation, gennemgår et undervisningsforløb.

Nationale registerdata pba. FSIII

Det er pt. ikke muligt at trække data ud af FSIII til national statistisk formål. En forudsætning for dette er, at uddata er strukturerede og ensartede på tværs af kommuner. I dag foreligger en fælleskommunal klassifikation af FSIII-data, som inddata skal registreres ud fra. Men der foreligger ingen krav/specifikation til, hvordan data, der skal trækkes ud af FSIII skal ligge.

Dette er planlagt implementeret 2020, som en del af Initiativ 2 under Sundhedsdataprogrammet⁷, hvor uddata skal gøres ensartet via specifikationer og forretningsregler for, hvordan data lagres centralt. I denne ligger en validering i forhold til kompletthed dvs. hvorvidt alle kommuner indberetter og hvorvidt det ser fornuftigt ud samt, at de udarbejdede specifikationer eller forretningsregler følges, så data kan sammenlignes på tværs af kommuner.

Der er således ikke med FSIII lagt op til en egentlig valideringsproces, som det kendes fra indberetningen af kommunale aktivitetsdata til Danmarks Statistik i dag, hvor den enkelte kommune godkender indberetning af data.

Øvrige initiativer under sundhedsdataprogrammet

Med sundhedsdataprogrammet er der planlagt og finansieret udvikling af data, som kan danne baggrund for en række øvrige nøgletal. Der pågår bl.a. en afdækning af muligheder for afgrænsning af akutfunktioner og ensartet data for tidlig opsporing. På baggrund af afdækningen vil der foreligge anbefalinger og beskrivelser af, hvordan de to sæt af data kan realiseres. Arbejdet er forankret i KL i initiativet: ”Udvikling af indikatorer og indberetning om kommunale servicetilbud, herunder akuttilbud, i forbindelse med FSIII mv”. Initiativet finansieres af decentrale midler afsat i sundhedsdataprogrammet og udmøntet af National bestyrelse for data på sundheds- og ældreområdet.

1. Videreudvikling af kommunale sundheds- og ældredata mhp. akutfunktioner og tidlig opsporing.

Initiativet har til formål at udarbejde en model for opdeling af kommunale sundheds- og ældredata ift. akutfunktioner, samt udarbejdelse af en model for, hvordan data fra udvalgte værktøjer vedrørende tidlig opsporing og måling af vitale parametre kan udstilles og deles på tværs.

⁷ ”Parterne er derfor enige om, at etablere en fælles ramme for systematisk deling og sammenligning af relevant struktureret data, særligt med fokus på FSIII-data. Fælles Sprog III data stilles til rådighed fra de første kommuner i 2019 og fra øvrige kommuner med udgangen af 2020 under hensyntagen til implementeringen af moderne omsorgsjournaler og de decentrale initiativer i Sundhedsdataprogrammet.” s. 29, Aftale om kommunernes økonomi for 2019, juni 2018.

Medio 2019 vil der foreligge en afdækning af, hvordan akutfunktioner kan udskilles fra øvrige aktiviteter med en vurdering af om, det også kan lade sig gøre at udskille andre organisatoriske enheder. Når denne afdækning foreligger, kendes også omfang af, hvad der skal til for at udskille data for kommunale akutfunktioner. Den tekniske implementering er betinget af den pågående udvikling af løsning til dataindsamling af FSIII data nævnt i ovenstående afsnit.

Angående model for tidlig opsporing, vil der medio 2019 foreligge forslag til, hvordan data fra udvalgte værktøjer kan deles sammen med forslag til implementering. Som i ovenstående er den tekniske implementering betinget af udviklingen af løsning til datadeling fra FSIII data.

2. Analyse af kommunernes behov for adgang til relevant information om borgernes diagnoser og/eller årsag til henvisning fra øvrige aktører
Initiativet skal beskrive en fælleskommunal metode/model for tilknytning af relevant information om borgernes sundhedstilstand fra deres kontakt med almen praksis, speciallægepraksis og/eller sygehuse.

Der vil i første omgang være en forretningsmæssig afdækning af, hvilket behov de tilknyttede sundhedstilstande skal dække, da dette er grundlaget for en evt. bygning af løsning. Afrapportering af analysens resultater sker til programstyregruppen for "Et samlet patientoverblik". Analysen afsluttes medio 2019.

3. Pilotprojekt om dataudveksling med kliniske kvalitetsdatabaser
Kommunerne har et ønske om at deltage aktivt i arbejdet med at udvikle kvalitet i sundhedsvæsenet, herunder tværsektoriel kvalitetsudvikling. KL og Regionernes Kliniske Kvalitets Program (RKKP) har derfor indledt en dialog om et samarbejde om udvalgte kvalitetsdatabaser. Dialogen kan lede frem til, at kommunerne indberetter data til enkelte udvalgte relevante kliniske kvalitetsdatabaser.

Som en del af den tekniske løsning skal der etableres en udveksling af data med op til tre kliniske kvalitetsdatabaser på rehabiliteringsområdet. Den tekniske løsning forventes implementeret ved udgangen af 2020.

5.2 Brugertilfredshedsundersøgelser og PRO-data (patientrapporterede oplysninger)

5.2.1 Brugertilfredshedsundersøgelser

Brugertilfredshedsundersøgelser er de seneste år blevet mere udbredt i den offentlige sektor. I kvalitetsreformen fra 2007 blev brugertilfredshedsundersøgelser præsenteret som et blandt flere redskaber til at udvikle kvaliteten i de kommunale ydelser⁸. Endvidere blev regeringen og KL i Aftale om kommunernes økonomi i 2011 enige om at komme med anbefalinger til kommunerne om hvert andet år at offentliggøre sammenlignelige oplysninger om den brugeroplevede kvalitet af en række indsats i kommunerne.

Det gælder også ældreområdet. De ældre borgere betragtes i større grad som ”forbrugere” af offentlige ydelser, som derfor har behov for information om forskellige valgmuligheder for at kunne træffe et oplyst valg.

Det kommer bl.a. til udtryk i form af øget frit valg, som blev etableret ved lov i begyndelsen af 00’erne på store dele af ældreområdet. I 2002 blev der bl.a. indført frit valg af plejehjemsplads, og i 2003 blev der indført frit valg af hjælp herunder personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice. Kommunerne har ligeledes mulighed for at anvende private leverandører til at tilvejebringe et frit valg af rehabiliteringsydelser for borgerne. I november 2018 blev også plejehjemsoversigten med information om forskellige plejehjem lanceret, som skal gøre borgeren og pårørende i stand til at vælge plejehjem.

Nationale brugertilfredshedsundersøgelser

Der gennemføres i dag to nationale brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen. Brugertilfredshedsundersøgelserne gennemføres hvert andet år forskudt af hinanden, og er begge baseret på en landsdækkende stikprøve.

Økonomi- og Indenrigsministeriet gennemfører brugertilfredshedsundersøgelse blandt borgere, der er visiteret til hjemmepleje, mens Sundheds- og Ældreministeriet spørger borgere, der er visiteret til hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem.

Foranalysen (Rambøll 2017) viser, at der er store overlap i de to undersøgelser i forhold til formål og indhold.

Som det fremgår af tabel 2, har begge nationale tilfredshedsundersøgelser til formål at belyse kvaliteten af ældreplejen, og de dækker mange af de samme

⁸ Regeringens kvalitetsreform ”Bedre velfærd og større arbejdsglæde” (2007)

temaer. Bl.a. spørges der til det frie valg, rehabilitering samt tilfredshed med den personlige pleje og praktiske hjælp. Herudover er der også en række spørgsmål i de to brugertilfredshedsundersøgelser indenfor det samme tema og med samme ordlyd.

Tabel 2. Beskrivelse af nationale brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen

	Økonomi- og Indenrigsministeriet	Sundheds- og Ældreministeriet
Formål	Belyse kvaliteten i hjemmeplejeindsatserne	Belyse kvaliteten i plejeindsatserne
Hyppeghed	Hvert andet år (lige år)	Hvert andet år (ulige år)
Område	Hjemmeplejen	Hjemmepleje + plejehjem
Tema	<ul style="list-style-type: none"> - Personlig pleje - Praktisk hjælp - Hjælperne - Praktiske forhold - Den samlede vurdering af hjemmeplejen - Det frie valg - Rehabilitering - Baggrundsoplysninger (herunder spørgsmål til selvvurderet helbred) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hverdagsrehabilitering - Den samlede tilfredshed med den praktiske hjælp og personlige pleje - Tilfredshed med stabilitet - Tilfredshed med antallet af medarbejdere - Frit valg af leverandører - Fleksibilitet - Baggrundsoplysninger
Målgruppe	Modtagere af hjemmepleje.	65 + år, som modtager hjemmehjælp i egen bolig eller på plejehjem/-bolig.
Antal respondenter	Stikprøve på 1.700 personer	Stikprøve på 365 ældre i plejebolig og 1921 ældre visiteret til hjemmehjælp (2015 undersøgelse)
Antal spørgsmål	28 spørgsmål, heraf er 13 spørgsmål obligatoriske.	Hjemmepleje: 20-43 spørgsmål, afhængig af, hvilke indsatser de modtager. Plejehjem: 27-43 spørgsmål, afhængig af, hvilke indsatser de modtager.
Gennemførelse af undersøgelse	Gennemførelse af undersøgelsen udbydes til konsulentfirma. Dette er typisk baseret på online spørgeskemaer med efterfølgende telefonisk kontakt til modtagere af hjemmepleje, der ikke har besvaret spørgeskemaet.	Gennemførelse af undersøgelsen udbydes til konsulentfirma. Modtagere af hjemmepleje inviteres typisk per digital post til at deltage via online spørgeskema. Efterfølgende, er borgerne, der ikke havde

		udfyldt spørgeskemaet online kontaktet telefonisk. Plejehjem er typisk baseret på udsendte spørgeskema med og uden hjælp af personale eller pårørende afhængig af helbred samt besøgsinterview.
Kilde: Rambøll (2018) Foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen og brugertilfredshedsundersøgelser		

Både Sundheds- og Ældreministeriets og Økonomi- og Indenrigsministeriets brugertilfredshedsundersøgelse er på nationalt niveau. Resultaterne er derved repræsentative på landsplan.

Kommunerne kan anvende Økonomi- og Indenrigsministeriets spørgeramme til selv at foretage brugertilfredshedsundersøgelser, der er repræsentative på fx område- eller institutionsniveau. Der arbejdes i den forbindelse med en fleksibel spørgeramme med 13 obligatoriske og 15 valgfrie spørgsmål. Kommunerne kan i forbindelse med deres egne undersøgelser tilføje ekstra spørgsmål, som de selv bestemmer indholdet af.

Spørgerammen i brugertilfredshedsundersøgelsen gennemført af Sundheds- og Ældreministeriet, afhænger af hvilke indsatser borgeren modtager. Borgere som modtager hjemmepleje bliver bedt om at besvare mellem 20 og 43 spørgsmål, mens borgere på plejehjem bliver bedt om at besvare mellem 27 og 43 spørgsmål.

Brugertilfredshedsundersøgelsen der gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet leverer data til fem indikatorer i dokumentationsprojektet på ældreområdet (ældreserviceindikatorprojektet):

- Indikator 1: Tilfredshed med hjælpen
- Indikator 2: Tilfredshed med hjælpens stabilitet
- Indikator 3: Tilfredshed med antal forskellige hjælpere
- Indikator 4: Kendskab til ordningen om frit valg af leverandør af hjemmehjælp
- Indikator 5: Kendskab til ordningen om fleksibel hjemmehjælp

På ældreområdet har Økonomi- og Indenrigsministeriet i samarbejde med bl.a. KL udarbejdet spørgerammer for beboere i plejeboliger og modtagere af hjemmepleje. Økonomi- og Indenrigsministeriet udarbejder kun landsdækkende undersøgelser på hjemmeplejen. Den landsdækkende undersøgelse af brugertilfredsheden blandt modtagere af hjemmepleje udgør et benchmark, som kommunerne kan måle sig op imod.

Det er frivilligt for kommunerne, om de vil anvende Økonomi- og Indenrigsministeriets spørgeramme for brugertilfredshedsundersøgelser, samt om de vil indberette resultaterne til datavarehuset eKommune. Det er endvidere frivilligt, om kommunerne vil offentliggøre resultaterne på Tilfredshedsportalen, hvorfra borgerne kan tilgå resultaterne. Kommunerne kan vælge om de vil offentliggøre resultaterne på institutions-, distrikts- eller leverandørniveau.

Af tabellen nedenfor fremgår, hvor mange kommuner der primo 2019 har anvendt spørgerammerne på de to områder.

Tabel 3. Antal kommuner der har anvendt ØIMs spørgerammer for tilfredshedsundersøgelser blandt modtagere af hjemmepleje og beboere på plejebolig

	Antal kommuner	Antal undersøgelser	Antal offentligt tilgængelige undersøgelser
Modtagere af hjemmepleje	27	39	22
Beboere i plejebolig	15	19	10

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet (2019)

Det skal bemærkes, at kommunerne kan anvende Økonomi- og Indenrigsministeriets spørgerammer uden at lægge resultaterne ind i datavarehuset eKommune. Det er ikke muligt at opgøre omfanget af spørgerammernes anvendelse uden for eKommune.

Kommunale brugertilfredshedsundersøgelser

Udover de nationale brugertilfredshedsundersøgelser gennemfører mange kommuner egne brugertilfredshedsundersøgelser. Generelt er der mange forskellige kommunale tilgange til de lokale brugertilfredshedsundersøgelser og stor forskel mellem kommunerne ift. formål, anvendelsesområde og hyppighed af de lokale brugertilfredshedsmålinger. Flere kommuner tager udgangspunkt i Økonomi- og Indenrigsministeriets spørgeramme, evt. med lokale tilpasninger, mens andre har udviklet egne løsninger. Nogle kommuner gennemfører selv undersøgelserne, mens andre køber undersøgelser ved survey-firmaer.

Der kan være flere forskellige formål med de lokale brugertilfredshedsmålinger, herunder:

- Følge tilfredsheden med de kommunale (alle eller udvalgte) ydelser over tid

- Et ledelsesmæssigt værktøj til udviklings- og kvalitetsarbejde
- Feedbackmekanisme til udvalg, direktion, forvaltningsledelse og medarbejdere
- Evaluering og opfølgning på konkrete initiativer, projekter, ændret organisering eller opgavevaretagelse, politiske mål mv.
- Benchmarking af enheder

Formålet med brugertilfredshedsmålingerne har en direkte betydning for, hvor ofte undersøgelserne foretages. Nogle kommuner foretager årlige tilfredshedsundersøgelser, mens andre gør det sjældnere eller oftere, og andre kommuner igen foretager tilfredshedsundersøgelser ad hoc ved konkrete behov.

Der er en betydelig forskel på, hvilke dele af ældreområdet, som brugertilfredshedsmålingerne foretages for. Dette afhænger igen typisk af formålet med undersøgelserne. Nogle kommunerne foretager undersøgelsen for hele området, mens andre kommuner foretager undersøgelsen for udvalgte områder, som fx hjemmehjælp, plejebolig eller rehabilitering. Andre kommuner foretager mindre stikprøver eller inkluderer udelukkende borgere, der er relevante for målingen af et konkret projekt eller initiativ.

5.2.2 PRO-data (patientrapporterede oplysninger)

Kommunerne er endvidere også i gang med at gøre sig erfaringer med PRO (patientrapporterede oplysninger) på andre områder. Under Den nationale styregruppe for PRO er der blevet udviklet PRO-værktøjer, der skal bruges på tværs af kommuner og regioner. Et PRO-værktøj til borgere med knæ- og hofteartrose bliver afprøvet i Vejen Kommune og Aalborg Kommune i første halvår 2019.

Et PRO-værktøj til borgere med diabetes vil blive afprøvet i Københavns Kommune, Guldborgsund Kommune og formentlig i Nordklyngen (Hjørring, Frederikshavn, Læsø og Brønderslev) i andet halvår 2019. Derudover forventes et PRO-værktøj for borgere i hjerterehabilitering at blive afprøvet i Aarhus Kommune, Vejle Kommune og Lejre Kommune i andet halvår 2019 samt et PRO-værktøj til gravide at blive afprøvet i regi af BørnUngeLiv.

Sundhedsdatastyrelsen har også indgået aftale med Aalborg og Roskilde Kommune om at udvikle et PRO-værktøj til tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre borgere, som vil blive udviklet med henblik på afprøvning fra 2020.

6. Analyse

Med afsæt i Foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen og brugertilfredshedsundersøgelser (Rambøll 2018) og drøftelser i arbejdsgruppen har arbejdsgruppen udvalgt et antal overordnede kvalitetstemaer, som danner udgangspunkt for udvikling af mulige kvalitetsindikatorer i ældreplejen.

I udvælgelsen har der været fokus på, at indikatorerne skal give faglig mening og, at indikatorerne skal have fokus på resultater fremfor proces. Herudover har arbejdsgruppen i overvejelserne foretrukket registerbaserede indikatorer, hvis disse er mulige og meningsgivende.

På den baggrund foreslår arbejdsgruppen, at der udarbejdes indikatorer inden for følgende temaer:

1. Funktionsevne
2. Livskvalitet og tilfredshed
3. Sammenhæng og forudsigelighed

Indenfor hvert af de tre temaer har arbejdsgruppen vurderet muligheden for at udvikle indikatorer på baggrund af hhv. registerdata og brugertilfredshedsundersøgelser. Der er i denne forbindelse ligeledes blevet vurderet, hvornår data vil være tilgængelig.

I følgende afsnit følger en gennemgang af de konkrete indikatorer arbejdsgruppen anbefaler. I bilag 5 fremgår en overordnet gennemgang af samtlige indikatorer, som arbejdsgruppen har vurderet.

Kriterier for vurdering af indikatorer

I arbejdet med at vurdere mulige kvalitetsindikatorer i ældreplejen har arbejdsgruppen vurderet indikatorer ud fra følgende kriterier:

- Hvorvidt indikatoren giver en indikation af det, som man ønsker at måle (validitet)
- Hvorvidt kommunerne eller private leverandører har mulighed for at påvirke indikatoren
- Hvorvidt indikatoren er let forståelig eller giver mulighed for fortolkning (fx positiv værdi mere intuitivt sammenlignet med negativ værdi)
- Datatilgængelighed
- Det samlede antal anbefalede indikatorer skal ikke lede til flere registreringer i kommunerne⁹
- Indikatorerne skal bidrage med viden om kvaliteten og resultaterne af indsatserne i kommunerne på ældreområdet (outcome)

⁹ Såfremt kvalitetsindikatorerne er forbundet med flere registreringer i kommunerne lægges det til grund for implementeringen heraf, at det samlede registreringsniveau ikke stiger.

- Indikatorerne skal samlet give et helhedsbillede af kvaliteten i ældreplejen. Hvorvidt de relevante/vigtige dimensionerne i ældreplejen er dækket.
- Indikatorerne skal opleves fagligt meningsfulde.

6.1 Tema 1. – Funktionsevne

Forebyggelse og rehabilitering er begreber, der har fyldt meget på ældreområdet i de seneste år, og er i dag gennemgående hensyn på tværs af indsatser i ældreplejen. Der arbejdes således med at vedligeholde, øge eller undgå fald i borgerens fysiske eller psykiske funktionsevne samt at afhjælpe særlige sociale problemer.

Indsatser med henblik på at sikre borgere en stabil eller forbedret funktionsevne understøtter svækkede ældre i at bevare og vedligeholde aktiviteter i dagligdagen og bidrager til, at ældre kan bevare størst mulig værdighed og livskvalitet. Funktionsevne angiver, hvor begrænset en person er af sin funktionsnedsættelse.¹⁰ Funktionsevne er ikke som begreb fast defineret og vil afhængig af kontekst og metode og være nærmere defineret og afgrænset i de enkelte forslag til indikatorer.

Arbejdsgruppen vurderer, at en indikator for effekten af kommunernes indsats for at forbedre eller stabilisere borgerens funktionsniveau er en relevant dimension i det samlede billede af kvalitet i ældreplejen.

Funktionsevneniveau kan forstås som et mål for borgerens evne til at udføre forskellige fysiske og psykiske aktiviteter. Borgerens funktionsevne kan være nedsat grundet fysisk eller psykisk sygdom eller som følge af fysiologisk eller mental aldring.

I 2015 blev kommunerne forpligtet til at tilbyde et rehabiliteringsforløb, hvis det i forhold til den konkrete borger vurderes at have potentiale til at kunne forbedre dennes funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp.

¹⁰ Foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen og brugertilfredshedsundersøgelser (Rambøll 2018)

6.1.1 Forslag 1: Indikator for det målte funktionsevneniveau

Rehabiliteringsindsatser har til formål at forbedre den enkelte borgers funktionsevne. Udviklingen i borgerens funktionsevne vil give en indikation af effekten af den indsats, borgeren modtager og dermed af indsatsens kvalitet.

Indikatoren anbefales af Rambøll (2018) i ”Foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen og brugertilfredshedsundersøgelser”.

Operationalisering af indikator

Borgerens målte objektive funktionsniveau og udviklingen i dette kan måles ved andelen og antallet rehabiliteringsforløb, hvor funktionsevnetilstanden ved opfølgning og/eller afslutning er uændret eller forbedret.

Indikatoren opgøres for borgere på 65 år eller derover, der er visiteret til rehabilitering efter servicelovens § 83a og genoptræning efter servicelovens § 86 stk. 1 og stk. 2. Der bemærkes, at der i dag ikke er obligatorisk for kommunerne at registrere borgere, der modtager ydelser efter sundhedslovens § 140 i FSIII. Borgere der er visiteret til ydelser efter sundhedslovens § 140 vil således ikke indgå i indikatoren.

Det anbefales, at indikatoren opgøres både som antal og andel rehabiliteringsindsatser, hvor borgeren opnår en uændret eller forbedret funktionsevnetilstand i forhold til det samlede antal rehabiliteringsforløb. Det kan fx være data fra myndighedsopfølgningen, hvor der er ét af følgende udfald: fortsætter, afsluttes, ændres inden for rammen og revisitation.

Indikatoren bygger på data fra FSIII, hvor borgernes funktionsevneniveau vurderes på en skala fra 0-4, hvor 0 svarer til ingen begrænsninger. Skalaen er relativt grov, dvs. der skal relativt store ændringer i borgerens funktionsniveau til, før scoren ændres. Med udgangspunkt i Rambølls anbefalinger, defineres uændret eller forbedret funktionsevne, som borgere der har samme eller lavere score ved anden registrering i forhold til første registrering.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant for kommunal performancestyring. Indikatoren vurderes at være nem at forstå for medarbejdere og forventes, at opleves fagligt meningsfuld, da flere kommuner allerede i dag anvender vurderinger af funktionsniveau i forbindelse med udredning af borgere.

Derudover gør indikatoren det muligt at opgøre funktionsniveau og effekt af den rehabiliterende indsats, og indikatoren vil således bidrage med viden om resultaterne af kommunernes indsatser på ældreområdet. Herudover er data standardiseret og tillader dermed sammenligning mellem kommuner og leverandører. Indikatoren kan derudover lokalt brydes ned, hvorfor indikatoren har potentiale i forhold til at der kan opnås læring af funktionsnedsættelser og enkelttilstande samt direkte at kunne observere, hvilke leverandører der performer bedst.

Det bemærkes, at der kan være flere indsatser til samme tilstand. Det vil derfor ikke med det nuværende set-up være muligt at knytte effekten af en bestemt indsats til borgerens tilstand, fordi det ikke bliver opgjort isoleret. Indikatoren muliggør dog en vurdering af effekten af den samlede rehabiliterende indsats.

Det vil typisk være mest interessant for kommunen, at se på den samlede effekt af alle indsatser frem for effekten af enkeltindsatser, da de enkelte indsatser ikke nødvendigvis kan ses adskilt af hinanden. Kommunerne kan således sammensætte en række indsatser, som kun har virkning på borgerens funktionsniveau sammen med andre indsatser. Dette kan måles gennem denne indikator.

Det kan samtidig forventes at de ældre borgeres funktionsevne generelt er faldende over tid. En effektiv indsats kan derfor også komme til udtryk ved, at faldet i funktionsevnen ikke foregår så hurtigt, som den ville have gjort ellers. Dette tages der ikke højde for i vurderingen, hvorfor indikatoren ikke fanger dette.

Indikatoren kan endvidere påvirkes af en række forhold, herunder målgruppens karakteristika. Kommuner, hvor borgerne fx har en bedre sundhedstilstand end landsgennemsnittet, eller kommuner der ikke tilbyder komplekse borgere et rehabiliteringsforløb, vil kunne performe bedre end de kommuner, der i højere grad tilbyder rehabiliteringsforløb til komplekse borgere, eller hvor sundhedstilstanden generelt er dårligere. En høj performance på indikatoren kan således også være udtryk for kommunens visitationspraksis eller et højt rehabiliteringspotentiale blandt målgruppen i den enkelte kommune.

Det kan derfor også være relevant at se på antallet af ældre borgere, der er visiteret til rehabilitering i kommunen, når resultaterne vurderes. Overvejelser om relevante nøgletal, som kommunen kan benchmarker resultater fra indikatorerne op imod, behandles nærmere i afsnit 7.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra FSIII og kan således tidligst opgøres i 2022. Dette under forudsætning af, at kommunerne i 2020 implementerer snitflade og teknisk løsning til datadeling, og data således bliver tilgængeligt for Sundhedsdatastyrelsen i begyndelsen af 2021. Det bemærkes, at der kan være pilotkommuner, hvor det er muligt at opgøre data i løbet af 2020.

6.1.2 Forslag 2 a: Borgerens egen vurdering af udvikling i funktionsniveau

Indsatser med et rehabiliterende sigte skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og målfastsættelser. Det er derfor et relevant kvalitetsmål, at borgeren også vurderer udviklingen i eget funktionsniveau. For nogle borgere kan det være et mål at forbedre funktionsniveauet, mens det for andre kan være et ønske at fastholde et givent niveau eller alternativt forsinke en funktionsnedsættelse.

Borgerens egen vurdering af funktionsevne og at kunne klare sig selv i hverdagen kan således være en indikator for kvaliteten af den ydelse, der ydes med henblik på at understøtte et stabilt funktionsniveau eller øge borgerens funktionsniveau. I modsætning til foregående indikator, hvor funktionsevnen blev operationaliseret ud fra myndighedens faglige vurdering af funktionsevnen, er denne indikator operationaliseret ud fra borgerens egen vurdering af funktionsevnen.

Der indgår spørgsmål om rehabilitering i de to nuværende nationale brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen. Spørgsmålene har PRO-karakter (patientrapporterede oplysninger), der er karakteriseret ved, at det er borgernes egen vurdering af helbred eller funktionsniveau i forbindelse med en indsats, ydelse eller forløb, der registreres. Brugertilfredshed handler i klassisk forstand i højere grad om borgerens tilfredshed med en indsats eller ydelser. Begge undersøgelser har tilpasset spørgerammen med spørgsmål om borgerens evne til at klare sig selv efter det i 2015 blev obligatorisk for kommunerne at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne efter servicelovens § 83 a.

Operationalisering af indikator:

Indikatoren foreslås målt via et spørgsmål i en brugertilfredshedsundersøgelse, hvor der spørges til borgerens egen vurdering af udvikling i funktionsevne i forhold til målopfyldelse.

Der kan spørges til følgende:

Spørgsmål	Svar
-----------	------

<p><i>Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</i></p> <p>Alternativt kan der spørges til: <i>Har den hjælp, du har modtaget betydet, at du i højere grad kan klare dig selv i de daglige gøremål.</i></p>	<p><i>Meget mere selvhjulpen</i></p> <p><i>Mere selvhjulpen</i></p> <p><i>Uændret</i></p> <p><i>Mindre selvhjulpen</i></p> <p><i>Meget mindre selvhjulpen</i></p> <p><i>Ved ikke</i></p> <p><i>Ikke relevant</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Spørgsmålet er udviklet af Rambøll i foranalysen. Spørgsmål er ikke valideret, hvorfor det vurderes at være behov for, at der foretages en validering af spørgsmålet inden evt. ibrugtagning.

Vurdering af indikator

Med indikatoren spørges der ind til borgerens egen vurdering af, hvordan hjælpen har haft betydning for borgerens funktionsniveau. Indikatoren vurderes derfor bl.a. at være relevant for borgeren og myndigheden.

En indikator for borgerens egen vurdering af funktionsevne og at kunne klare sig selv i hverdagen vurderes at være entydig og nem at forstå både for medarbejderne og for borgeren.

Med et generelt spørgsmål knyttet til effekten af indsatsen, kan det dog være svært at vide, hvilken indsats(er) borgerens svar relaterer sig til. Følgelig er det også vanskeligt at vurdere, hvilken indsats der har eller ikke har haft en effekt på borgerens funktionsniveau. Indikatoren siger således kun noget om virkningen af den samlede hjælp, borgeren modtager af kommunen. Det vil dog typisk være mest interessant for kommunen, at se på den samlede effekt af alle indsatser frem for effekten af enkeltindsatser, da de enkelte indsatser ikke nødvendigvis kan ses adskilt af hinanden.

Herudover vurderes indikatoren at være relevant for borgeren og medarbejderne i ældreplejen, da rehabiliteringstankegangen er et gennemgående hensyn på tværs af indsatserne, hvor borgeren i samarbejde med medarbejder arbejder med at øge eller undgå nedsættelse i borgerens funktionsevne.

Indikatoren udgør ikke et fagligt mål for funktionsevne på samme måde, som der er tale om i forslag 1. Indikatoren bygger på borgerens egne vurdering af funktionsniveau, som kan variere efter borgerens ønske om forbedringer af funktionsevne. Der kan således være en såvel

systematisk negativ som positiv bias i indikatoren, som betyder, at kvaliteten af den rehabiliterende indsats fremstår hhv. dårligere eller bedre, end den faglige vurdering. Det vurderes dog ikke at have nævneværdig betydning, da der ikke er grund til at tro, at der vil være bias mellem de enkelte kommuner på dette punkt.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra en evt. brugertilfredshedsundersøgelse i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser, der gås videre med. Det er ambitionen, at en evt. brugertilfredshedsundersøgelser kan udvikles i 2019.

For at sikre en ensartet registreringspraksis vurderes der at være behov for en nærmere validering og afklaring af det konkrete spørgsmål. Dette kan ske i forbindelse med udvikling af en evt. brugertilfredshedsundersøgelse, jf. kapitel 8.

6.1.3 Forslag 2 b: Borgerens vurdering af betydningen af den hjælp de modtager

Alternativt kan borgerens vurdering af eget funktionsniveau og af at kunne klare sig selv i hverdagen i sammenhæng med den hjælp borgeren modtager, måles ved hjælp af en ny registrering i FSIII.

I dag registreres borgerens egen vurdering af evnen til at udføre aktiviteter samt hvorvidt de oplever begrænsninger ved udførelsen af aktiviteten som en del af udredningen af borgen.

Dokumentation af borgerens egen vurdering kan ske på den enkelte tilstand eller beskrives samlet på områdeniveau. Der er dog en række tilstande som omhandlende kroppens funktioner for hvilke det ikke er obligatorisk at dokumentere borgerens egen vurdering. Det er ikke noget, der følges op på løbende i FSIII.

Operationalisering af indikator

Indikatoren foreslås operationaliseret, som hvordan borgerens oplever måden at udføre aktiviteten på. I dag registrer kommunerne i starten af indsatsen hvad det betyder for borgeren at udføre aktiviteten, herunder hvorvidt borgeren oplever begrænsninger eller ej ved udførelsen af aktiviteterne. Borgerens vurdering af udførelsen dokumenteres inden for nedenstående to svarmuligheder. De to svarmuligheder udelukker hinanden:

- Oplever begrænsninger
- Oplever ikke begrænsninger

Vurdering af indikator

Borgerens vurdering af betydningen af den hjælp de modtager via registerdata, i stedet for brugertilfredshedsundersøgelser som i forslag 2 a. Indikatoren vil således være standardiseret og det vil være muligt at sammenligne indikatoren på tværs af kommuner.

En kvalitetsindikator for borgerens vurdering af betydning af den hjælp, de modtager, forudsætter, at det gøres obligatorisk for kommunerne at følge op på registreringen. Indikatoren er således potentielt en mere omkostningseffektiv måde at måle borgerens vurdering af betydningen af hjælp sammenlignet med forslag 2b, som måles via brugertilfredshedsundersøgelse.

Indikatoren kræver, at kommunerne registrer borgerens vurdering af betydningen af den hjælp de modtager, og at systemerne tilpasses i henhold hertil.

I et kvalitetsudviklingsperspektiv bemærkes, at datagrundlaget tilgængeligt for kommunerne bliver tidstro og mere fuldkomment. Registreringen har karakter af at være patientrapporteret oplysning (PRO) og giver potentielt mulighed for at koble den faglige vurdering med borgernes vurdering af absolutte niveau og udvikling.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra FSIII og kan således tidligst opgøres i 2022. Dette under forudsætning af, at kommunerne i 2020 implementerer snitflade og teknisk løsning til datadeling og data således bliver tilgængeligt for Sundhedsdatastyrelsen i begyndelsen af 2021. Det bemærkes, at der kan være pilotkommuner, hvor det er muligt at opgøre data i løbet af 2020.

Ved indføring af en ny registrering skal også systemerne tilpasses i henhold hertil. Tidshorizonten for at ibrugtage indikatoren forventes derfor at være længere end de øvrige data fra FSIII.

Tabel 4. Overblik over vurdering af mulige indikatorer indenfor funktionsniveau

Hvad siger indikatoren noget om	Indikator	Validitet (måler indikatoren det vi gerne vil)	Kommunens mulighed for at påvirke indikatoren	Er indikatoren nem at forstå?	Datagrundlag og datatilgængelighed	Tidshorisont
Den faglige vurdering af borgerens funktionsniveau	<i>Forslag 1: Andel rehabiliteringsforløb, hvor borgeren opnår et stabilt/forbedret funktionsevniveau fra start til slut af indsats</i>	Høj	God, da funktionsniveau i dag er et gennemgående hensyn på tværs af indsatser i ældreplejen.	Indikatoren er nem at forstå	Kræver nye data, som implementeres med FS III. Det er derfor først muligt at kunne opgøre indikatoren i 2020. Data forventes tilgængeligt fra Sundhedsdatastyrelsen i begyndelsen af 2021. Der kan være pilotkommuner, hvor det er muligt at opgøre data i løbet af 2020. Der kan overvejes, at tilføje yderligere registrering af funktionsniveau i forhold til sundhedslovens § 140, da dette ikke er i obligatorisk i FS III i dag.	Lang sigt
Borgerens egen vurdering af funktionsniveau	<i>Forslag 2: Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</i>	Høj, da indsatser med rehabiliterende sigte skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker.	God, da funktionsniveau i dag er et gennemgående hensyn på tværs af indsatser i ældreplejen.	Indikatoren er nem at forstå.	Indikatoren bygger på data fra brugertilfredshedsundersøgelsen i ældreplejen og afhænger således af hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser man vælger at gå videre med. Det er ambitionen, at en evt. brugertilfredshedsundersøgelser, vil kunne udvikles ultimo 2019.	Mellemlang
Borgerens vurdering af	<i>Forslag 3: Hvad betyder det for borgeren at udføre</i>	Høj, da indsatser med rehabiliterende	God, da funktionsniveau i dag er et	Indikatoren er nem at forstå.	Kræver nye data, som implementeres med FS III. Der lægges dog kun op til, at indikatoren registreres i starten af indsatsen. Indikatoren	Lang sigt

betydningen af hjælp	<i>aktiviteten på denne måde?</i>	sigte skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker.	gennemgående hensyn på tværs af indsatser i ældreplejen		kræver derfor, at kommunerne forpligtes til at følge op og dermed nye registreringer.	
----------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------	--

6.2 Tema 2. - Livskvalitet og tilfredshed

Indsatser af høj kvalitet leveret i den kommunale ældrepleje forventes at understøtte borgernes livskvalitet.

Det er et udtryk for kvalitet i ældreplejen når borgerne, som modtager kommunale indsatser, oplever livskvalitet og tilfredshed med ydelserne. Dette understøttes af tidligere undersøgelser som viser, at plejeindsatser kan have en positiv indflydelse på beboernes livskvalitet¹¹.

Arbejdsgruppen vurderer derfor, at en indikator, der omhandler livskvalitet og tilfredshed er relevant for at belyse kvaliteten af ydelserne i ældreplejen. Det bemærkes, at der også er andre forhold i borgernes liv som har indflydelse på livskvalitet og tilfredshed, samtidig med, at livskvaliteten generelt kan være lavere for personer, der modtager ældrepleje, end for personer, der ikke modtager ældrepleje, alene som følge af deres funktionsnedsættelse.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det ikke ændrer ved, at livskvalitet og tilfredshed er et relevant tema i det samlede billede af kvalitet i ældreplejen. Livskvalitet forstås som den oplevede følelse af at have et godt liv. Begrebet livskvalitet og tilfredshed er selvrapporterede data og kan have forskellig betydning for den enkelte.

Ældre borgeres oplevelse af livskvalitet og tilfredshed kan derfor komme til udtryk på forskellige måder og afhænge af forskellige forventninger til de leverede ydelser. Livskvalitet og tilfredshed kan fx omhandle borgerens humør, vitalitet (fx at være aktiv), daglige oplevelser eller at være selvhjulpne og klare hverdagens gøremål.

For andre borgere kan oplevelsen af selv at bestemme og have indflydelse på deres daglig livsførelse give livskvalitet.

¹¹ Omsorg og livskvalitet i plejeboligen, SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd, 2012. i Foranalyse af udvikling af kvalitetsindikatorer og brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen, Rambøll 2018.

6.2.1 Forslag 1. Borgerens oplevede effekt af de kommunale indsatser

En indikator for tilfredshed og livskvalitet kan være en vurdering af om den pleje som borgerne modtager samtidig understøtter borgeren ift. hvad der har betydning for borgeren.

Operationalisering af indikator

Indikatoren foreslås målt via brugertilfredshedsundersøgelser, hvor der svares på, om den indsats borgeren modtager, betyder, at borgeren kan gøre de ting, som vedkommende ønsker.

Indikatoren kan opgøres efter om borgeren modtager bestemte ydelser, fx praktisk hjælp eller personlig pleje, da der indledningsvis kan spørges til dette i brugertilfredshedsundersøgelsen.

Hvis brugertilfredshedsundersøgelsen gennemføres på individniveau med CPR-nummer, vil der også være muligt at krydse indikatoren med registerdata for funktionsniveau.

Indikatoren kan tage udgangspunkt i et spørgsmål, der anvendes i brugertilfredshedsundersøgelsen på ældreområdet i Københavns Kommune vedrørende omsorgsbetinget livskvalitet. Der kan spørges til følgende:

Spørgsmål	Svar
<i>I hvilken grad betyder den ældrepleje, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som er vigtige for dig?</i>	<i>Ja</i> <i>Både-og</i> <i>Nej</i> <i>Ved ikke</i>
	<i>Alternativt</i> <i>I meget høj grad</i> <i>I høj grad</i> <i>I nogen grad</i> <i>I lav grad</i> <i>I meget lav grad</i> <i>Ved ikke</i> <i>Irrelevant</i>

Spørgsmål er ikke valideret, hvorfor det vurderes at være behov for, at der foretages en validering af spørgsmålet inden evt. ibrugtagning.

Vurdering af indikator

Med indikatoren laves der en direkte kobling mellem den ydelse, der leveres og borgerens selvbestemmelse og selvhjulpenhed. Indikatoren bygger således på en antagelse om, at kommunerne leverer indsatser, som understøtter borgerens ønsker og behov ud fra et væsentlighedskriterium,

hvorfor borgeren oplever at bedre kunne gøre de ting, som er vigtige for borgeren. Det vurderes at kommunerne kan påvirke indikatoren.

Indikatoren siger noget om borgerens oplevelse af i hvilken grad den hjælp de modtager understøtter deres selvhjulpenhed og mulighed for at gøre de ting i hverdage de gerne vil. Indikatoren kan således ikke nødvendigvis sige noget om den faglige effekt og kvalitet af den hjælp borgeren modtager. Indikatoren er udtryk for om der er overensstemmelse mellem hvad der er væsentligt for borgeren og effekten af ydelserne. I tilfælde, hvor borgeren modtager ydelser, der ikke understøtter hvad der vigtig for dem er der en risiko for at disse vurderes negativt uagtet, at de kan være af kvalitet ud fra en faglig vurdering. Det er således en risiko ved indikatoren, at borgerne kan have forskellige opfattelser af spørgsmålet og svarkategorierne, herunder er det fx personafhængigt, hvad der er vigtig i hverdagen for den enkelte.

I de nuværende brugertilfredshedsundersøgelser spørges ikke ind til betydning af kommunernes indsats for borgernes livskvalitet og tilfredshed. Indikatoren kan indarbejdes i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og vil derfor ikke udgøre en ekstra dataindsamlingsopgave i praksis. Anbefalinger til effektivisering og sammentænkning af de nuværende brugertilfredshedsundersøgelser gennemgås i kapitel 6.

Indikatoren vurderes herudover umiddelbart at være let at forstå for borgerne og medarbejderne. Ifølge foranalysen (2018) viser erfaringer fra Københavns Kommune dog, at der er en stor del af borgerne, som svarer ”ved ikke”, hvorfor det vurderes at indikatoren kun delvist møder kriteriet og, at der er behov for validering af spørgsmålet.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra en evt. brugertilfredshedsundersøgelse i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelse, der går videre med. Det er ambitionen, at en evt. ny model for brugertilfredshedsundersøgelser vil kunne udvikles i 2019.

6.2.2 Forslag 2. Borgerens oplevede trivsel og livskvalitet

En indikator for livskvalitet og trivsel kan være borgerens oplevelse af at have et godt liv. En indikator kan tage udgangspunkt i den validerede skala WHO-5. WHO-5 er et trivselsindeks, bestående af fem spørgsmål om borgerens trivsel, der sammen kan være en indikator for livskvalitet og trivsel. WHO-5 måler graden af positive oplevelser og kan anvendes som et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende.

Operationalisering af indikator

Indikatoren måles via brugertilfredshedsundersøgelser, hvor der spørges til borgerens positive oplevelser, samt hvorvidt borgeren har følt sig tilpas de seneste to uger. I den validerede skala WHO-5 spørges der til følgende:

Spørgsmål	Svar
<i>I de sidste 2 uger ...</i>	<i>Hele tiden</i>
<i>... har jeg været glad og i godt humør</i>	<i>Det meste af tiden</i>
<i>... har jeg følt mig rolig og afslappet</i>	<i>Lidt mere end halvdelen af tiden</i>
<i>... har jeg følt mig aktiv og energisk</i>	<i>Lidt mindre end halvdelen af tiden</i>
<i>... er jeg vågnet frisk og udhvilet</i>	<i>Lidt af tiden</i>
<i>... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig</i>	<i>På intet tidspunkt</i>

Vurdering af indikator

WHO-5-skalaen måler graden af positive oplevelser og er et mål, som kan anvendes for personers generelle trivsel eller velbefindende. WHO-5 er i dag blandt de mest benyttede redskaber til måling af selvoplevet trivsel på verdensplan og er oversat til mere end 30 sprog¹². Skalaen er internationalt anerkendt, hvilket gør den yderligere interessant og relevant at inddrage, da den giver mulighed for at sammenligne resultaterne i Danmark med andre lande. I det omfang andre lande foretager målinger på lokalt eller regionalt niveau er der potentielt også mulighed for at udvide sammenligningsgrundlag, fx sammenligne nordiske hovedstæder.

Indikatoren vurderes at være let forståelig og simpel at anvende, da det er blandt de mest benyttede redskaber til måling af selvoplevet trivsel på verdensplan.

Indikatoren er ikke koblet til den kommunale indsats, men i højere grad udtryk for generel tilfredshed i forhold til trivselsniveau. WHO-5 kan

¹² The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature (2015) Topp C.W. · Østergaard S.D. · Søndergaard S. · Bech P.

anvendes som et mål for, om borgerne får forbedret deres generelle trivsel i den tidsperiode, som borgeren er visiteret til en kommunal indsats. Trivselsniveauet vil være påvirket af en række andre forhold end den kommunale indsats. Indikatoren kan dog være med til at sandsynliggøre, om indsatsen har haft en positiv effekt på borgernes trivsel.

Indikatoren kan indarbejdes i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og vil derfor ikke udgøre en ekstra dataindsamlingsopgave i praksis. Anbefalinger til effektivisering og sammentænkning af de nuværende brugertilfredshedsundersøgelser gennemgås i kapitel 6.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra en evt. brugertilfredshedsundersøgelse i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser, der gås videre med. Det er ambitionen, at en evt. brugertilfredshedsundersøgelse kan udvikles i 2019.

6.2.3 Forslag 3: Borgerens tilfredshed med hjælpen

Borgernes tilfredshed med den hjælp og pleje, de modtager, er udtryk for borgeres oplevede kvalitet af hjælpen.

Operationalisering af indikator

Med indikatoren ønskes at måle borgerens tilfredshed med den hjælp og støtte borgeren modtager. Indikatoren foreslås undersøgt via brugertilfredshedsundersøgelser. Der kan spørges til følgende:

Spørgsmål	Svar
<i>Hvad synes du samlet om den hjælp og støtte, du får?</i>	<i>Meget god God Hverken eller Dårlig Meget dårlig Ved ikke</i>

Spørgsmål er ikke valideret, hvorfor det vurderes at være behov for, at der foretages en validering af spørgsmålet inden evt. ibrugtagning.

Vurdering af indikator

Indikatoren opgøres allerede i dag, og det er derfor muligt at opgøre indikatoren på kort sigt og sammenligne resultaterne over tid.

Indikatoren måler hvorvidt borgeren er tilfreds med den kommunale indsats. Grundlæggende er det et kvalitetsparameter, at borgerne er tilfredse med de ydelser de modtager og er dermed bl.a. udtryk for om, der er den rette

forventningsafstemning mellem borger og myndighed. Tilfredshed og effekt kan imidlertid ikke nødvendigvis sidestilles, idet modtagere af hjælp og støtte kan være tilfredse med ydelserne selvom de ikke har den tilsigtede effekt, ligesom det modsatte kan være tilfældet.

Indikatoren siger således ikke noget direkte om effekten af den indsats, der leveres, da det er borgerens oplevelse af at være tilfreds med indsatsen, der undersøges med indikatoren – om end den oplevede effekt må antages at have en vis betydning for tilfredsheden. Indikatorerne lever således ikke direkte op til kriteriet, om at bidrage med viden om effekten af kommunernes indsatser.

Kommunerne kan i en vis grad påvirke indikatoren gennem forventningsafstemning. Tilfredsheden med hjælp og støtte må forventes i et vist omfang at blive påvirket af borgernes forventninger og inddragelse. Her har kommunerne i visitering og løbende dialog en mulighed for at inddrage og forventningsafstemme med modtagerne.

Sammenholdt med andre kvalitetsindikatorer må det forventes at indikatoren kan give en pejling af, om der er overensstemmelse mellem kommunens oplevelse af kvalitet og borgerens oplevelse af kvalitet.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra en evt. brugertilfredshedsundersøgelse i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser, der vælges at gå videre med. Det er ambitionen, at en evt. ny model for brugertilfredshedsundersøgelser vil kunne udvikles i 2019.

Indikatoren opgøres allerede i dag i brugertilfredshedsundersøgelsen, som gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet, og indgår som en indikator i dokumentationsprojektet på ældreområdet (ældreserviceindikatorprojektet). Indikatoren kan således udvikles på kort sigt.

Tabel 5. Overblik over ulige indikatorer indenfor livskvalitet og tilfredshed

Hvad siger indikatoren noget om	Indikator	Validitet (måler indikatoren det vi gerne vil)	Kommunens mulighed for at påvirke indikatoren	Er indikatoren nem at forstå?	Datagrundlag og datatilgængelighed	Tidshorisont
Borgerens oplevede livskvalitet	<i>Forslag 1: WHO-5 skala, der spørger til følgende: I de sidste 2 uger ... har jeg været glad og i godt humør har jeg følt mig rolig og afslappet har jeg følt mig aktiv og energisk er jeg vågnet frisk og udhvilet har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig</i>	Indikatoren er internationalt anerkendt og vurderes således at være et validt mål for livskvalitet.	Begrænset, da der ikke direkte spørges til den kommunale indsats.	Indikatoren er nem at forstå	Indikatoren bygger på data fra brugertilfredshedsundersøgelsen i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser det vælges at gå videre med. Der spørges ikke til borgerens livskvalitet i brugertilfredshedsundersøgelserne i dag. Det er ambitionen, at en evt. ny model for brugertilfredshedsundersøgelser kan udvikles i 2019.	Mellem lang
Borgerens oplevede livskvalitet knyttet til indsatserne	<i>Forslag 2: I hvilken grad betyder den ældrepleje, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som er vigtige for dig?</i>	Spørgsmål er ikke valideret, hvorfor det vurderes at være behov for, at der foretages en validering af spørgsmålet	God. Der spørges direkte til indsatsen leveret af kommunen.	Indikatoren er nem at forstå	Indikatoren bygger på data fra brugertilfredshedsundersøgelsen i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser det vælges at gå videre med. Der spørges ikke til borgerens livskvalitet knyttet til indsatserne i brugertilfredshedsundersøgelserne i dag. Det er ambitionen, at en evt. ny model for brugertilfredshedsundersøgelser kan udvikles i 2019.	Mellem lang

		inden evt. ibrugtagning.				
Borgerens tilfredshed med hjælpen	<i>Forslag 3: Hvad synes du samlet om den hjælp og støtte, du får?</i>	Spørgsmål er ikke valideret, hvorfor det vurderes at være behov for, at der foretages en validering af spørgsmålet inden evt. ibrugtagning.	God. Der spørges direkte til indsatsen leveret af kommunen.	Indikatoren er nem at forstå	Indikatoren bygger på data fra brugertilfredshedsundersøgelsen i ældreplejen. Der spørges allerede i dag til borgerens tilfredshed i brugertilfredshedsundersøgelsen gennemført af Sundheds- og Ældreministeriet. Det vurderes derfor, at det vil være muligt at udvikle en indikator på kort sigt. Det er ambitionen, at en evt. ny model for brugertilfredshedsundersøgelser kan udvikles i 2019.	Kort

6.3 Tema 3. - Sammenhæng og forudsigelighed

Oplevelsen af sammenhæng og forudsigelighed i indsatsen kan fx betyde, at borgeren oplever en høj grad af stabilitet i det tilbud, som borgeren modtager. For mange ældre er forudsigelighed forbundet med tryghed og kvalitet i indsatsen. Desuden er tryghed også et markant bedre afsæt for at opnå de ønskede resultaterne af indsatserne.

Den stigende kompleksitet i fremtidens ældrepleje og de øgede forventninger til serviceniveauet øger også kravene til, at der skabes sammenhæng og forudsigelighed i den indsats borgeren modtager.

Sammenhæng betyder, at forskellige indsatser på tværs af sektorer i kommunen og på tværs af kommune og region er koordineret i forhold til hinanden og tilrettelagt så de bedst muligt imødekommer borgerens aktuelle behov for indsatser.

Forudsigelighed betyder, at den ældre, der modtager ydelser, og deres pårørende, ved hvilke indsatser de kan forvente at modtage, hvorfor de modtager dem og hvornår. Sammenhæng og forudsigelighed i indsatserne vurderes derfor at være et relevant parameter i den samlede vurdering af kvaliteten i ældreplejen.

Sammenhæng på tværs af sygehusvæsenet og primærsektoren i kommunerne er eksempelvis vigtigt for at understøtte dels borgernes sundhedstilstand, og dels at borgerne modtager pleje og omsorg af høj faglig kvalitet.

6.3.1 Forslag 1: Antal forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der modtager hjemmehjælp

Pleje og omsorg skal bl.a. understøtte, at borgerne ikke rammes af sygdomme eller skader, der kunne være undgået. En indikation på, om det lykkes, er, hvorvidt indsatserne effektivt modvirker, at borger der modtager hjemmehjælp indlægges på sygehuset for indlæggelsestyper, der er gode muligheder for at forebygge. Omfanget af forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der modtager hjemmehjælp kan dermed være en indikator for sammenhæng i indsatsen.

Forebyggelige indlæggelser forstås som indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, som kommunerne har særligt gode muligheder for at forebygge. Det betyder ikke, at alle indlæggelser af denne type kan undgås.

Indikatoren anbefales af Rambøll i foranalysen af kvalitetsindikatoren og indgår i dag som en indikator i de nationale mål på sundhedsområdet.

Indikatoren anvender den til hver en tid gældende definition af forebyggelige indlæggelser, som også indgår i de nationale sundhedsmål. Såfremt den generelle definition af forebyggelige indlæggelser justeres, vil dette blive afspejlet i denne indikator.

Forebyggelige indlæggelser dækker over følgende diagnosegrupper:

- Nedre luftvejssygdom
- Brud
- Dehydrering
- Blærebetændelse
- Forstoppelse
- Gastroenteritis
- Sociale og plejemæssige forhold
- Tryksår

Operationalisering

Indikatoren operationaliseres som antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 ældre borgere på 65 år eller derover, som har modtaget hjemmehjælp inden for [10] dage før indlæggelse. Indikatoren skal forstås som jo færre forebyggende indlæggelser pr. 1000 ældre borgere, des bedre.

Ved at opgøre indikatoren for borgere, som har modtaget hjemmehjælp inden for [10] dage før indlæggelser, opgøres indikatoren kun for borgere som kommunen har kontakt med og dermed reel mulighed for at forebygge.

Indikatoren læner sig op af forslag 3 ”antal forebyggelige indlæggelser” i tema 3 vedrørende sammenhæng og forudsigelighed, men er her kombineret med borgere der modtager hjemmehjælp. Indikatoren er anbefalet af Rambøll i foranalysen af kvalitetsindikatorer.

Vurdering af indikator

Indikatoren vurderes at være relevant både på kommunalt og nationalt niveau, da giver mulighed for at sammenligne resultater mellem kommuner. Herudover er indikatoren et godt mål for den forebyggende indsats på tværs af aktører.

Indikatoren dækker den samlede tværsektorielle indsats. Ved at opgøre indikatoren for borgere, som har modtaget hjemmehjælp inden for [10] dage før indlæggelser, opgøres indikatoren kun for borgere som kommunen har kontakt med og det er dermed reel mulighed for at kommunerne kan forebygge indlæggelserne. Kommunerne har således bedre mulighed for at påvirke indikatoren, sammenlignet med forslag 3, i tema 3 vedrørende sammenhæng og forudsigelighed.

Ved at afgrænse til forebyggelige indlæggelser blandt borgere der modtager hjemmehjælp, får kommunerne bedre mulighed for at bruge indikatoren på lokalt niveau som et redskab til kvalitetsudvikling.

Data for forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere findes allerede i dag, som del af de nationale sundhedsmål. Kommunal anvendelse af indikatoren forudsætter en samkøring af kommunale data om indsatser (modtagere af hjemmehjælp) og nationale registre med data forebyggelige indlæggelser (patienter, der har været indlagt med forebyggelige diagnose).

Det vurderes herudover, at indikatoren med fordel kan suppleres med, at den enkelte kommune får en nem og overskuelig adgang til at udtrække oplysninger om, hvor mange af de enkelte forebyggelige indlæggelser (dvs. nedbrudt på dehydrering, brud, tryksår, mv.), der er blandt modtagere af de forskellige typer af indsatser (fx personlig pleje, praktisk hjælp, rehabilitering, genoptræning mv.).

Dette skal give den enkelte kommune mulighed for i højere grad at kunne måle på effekten af de enkelte indsatser.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik samt data om de kommunale indsatser, der kan hentes fra kommunernes EOJ-systemer med information om visiteret hjemmepleje.

Der kan være behov for at forbedre EOJ-data, da data vurderes at være mangelfulde grundet manglende indberetninger.

Det vurderes på den baggrund muligt at udvikle indikatoren på mellemlangt sigt.

6.3.2 Forslag 2: Antal færdigbehandlingsdage pr. 1000 ældre borgere (65 + årige)

Når ældre borgere er færdige med behandling på sygehuset, skal borgere hjem og kommunen skal evt. sørge for at have et pleje- og behandlingstilbud klar. Færdigbehandlingsdage forstås som dage, hvor patienten fortsat ligger på sygehuset efter registrering som færdigbehandlet.

Når kommunen ikke er i stand til at modtage borgere, som er færdigbehandlet på sygehuset, er det udtryk for at der ikke er den tilstrækkelige sammenhæng og koordinering på tværs af sektorer. Samtidig er det en fordel for sygehusene, som får frigjort sengekapacitet, og dermed kan hjælpe andre borgere med behov for specialiseret hjælp.

Arbejdsgruppen vurderer, at en indikator for antal dage, som færdigbehandlede ældre borgere tilbringer på sygehuset kan give en indikation af sammenhæng og kvaliteten af indsatserne. Indikatoren indgår som en del af de nationale mål på sundhedsområdet.

Operationalisering af indikator

Med indikatoren ønskes at måle sammenhæng på tværs af sygehus og kommuner ved at undersøge antal dage, som færdigbehandlede ældre borgere tilbringer på sygehuset.

Indikatoren foreslås operationaliseret som antallet af dage, hvor færdigbehandlede patienter venter på at blive udskrevet. Dvs. at patienterne efter lægelig vurdering er færdigbehandlet eller at indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling.

Vurdering af indikator

Indikatoren kan være et udtryk for om borgeren oplever et sammenhængende forløb i overgangen mellem sygehus og kommune. Kommunerne skal modtage borgere, der er færdigbehandlede og stille et tilbud til rådighed for borgere, der ikke kan klare sig i eget hjem uden støtte.

Antallet af færdigbehandlingsdage opgøres på baggrund af løbende indberetning til landspatientregisteret (LPR). Indberetningerne danner grundlag for kommunernes løbende afregning af færdigbehandlingsdage. Indikatoren vil således ikke medføre nye registreringer.

Indikatoren bidrager med viden om, hvorvidt kommunen er i stand til at modtage borgerne når de er færdigbehandlede. Det vurderes, at indikatoren også er udtryk for en helhedsvurdering af hvorvidt kommunen formår at skabe sammenhæng i sektororgangene.

Fagligt giver indikatoren god mening, idet kommunerne har mulighed for at påvirke antallet af færdigbehandlede dage eksempelvis gennem bedre dialog med udskrivende sygehus, organisering der understøtter modtagelse af udskrevne borgere mv.

Ulempen ved indikatoren er, at den ikke afdækker effekten af den leverede kommunale indsats, men alene, at der leveres en ydelse og at det sker rettidigt. Indikatoren grænser dermed til at være et procesmål frem for et kvalitetsmål. Når indikatoren vurderes relevant skyldes det, at sammenhæng i overgangen mellem sektorer vurderes at være et udtryk for kvalitet i ældreplejen også selvom den ikke er et direkte udtryk for kvaliteten i selve ydelsen.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Da data allerede findes i landspatientregisteret, og indikatoren allerede eksisterer som en del af de nationale mål på sundhedsområdet, vil det være muligt at udvikle indikatoren på kort sigt.

Opmærksomhedspunkter

En anden opgørelsesmetode kan være antal færdigbehandlingsforløb pr 65+ årige. Dermed afdækkes hvor mange borgere, der oplever færdigbehandlingsforløb og dermed ikke den ønskede sammenhæng i overgangen mellem sektorer.

Endelig kan det overvejes om indikatoren skal opgøres pr. antal indlæggelser for 65+ årige. Dette med henblik på at udligne evt. forskelle som følge af variation i antal indlæggelser

Det vurderes, at de to ovenstående indikatorer vil være relevante som supplerende nøgletal.

6.3.3 Forslag 3: Antal forebyggelige indlæggelser

Pleje og omsorg af høj kvalitet understøtter, at borgerne ikke rammes af sygdomme eller skader, der kunne være undgået. En indikation på, om det lykkes, er, hvorvidt indsatserne effektivt modvirker, at borgerne indlægges på sygehuset for indlæggelsestyper, der er gode muligheder for at forebygge.

Tal for forebyggelige indlæggelser kan dermed være en indikator for borgernes sundhedstilstand. Indikatoren anbefales af Rambøll i foranalysen af kvalitetsindikatoren og indgår i dag som en indikator i de nationale mål på sundhedsområdet.

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, som kommunerne har særligt gode muligheder for at forebygge. Det betyder ikke, at alle indlæggelser af denne type kan undgås.

Indikatoren anvender den til hver en tid gældende definition af forebyggelige indlæggelser, som indgår i de nationale sundhedsmål. Såfremt den generelle definition af forebyggelige indlæggelser justeres, vil dette blive afspejlet i denne indikator.

Forebyggelige indlæggelser dækker over følgende diagnosegrupper:

- Nedre luftvejssygdom
- Brud
- Dehydrering
- Blærebetændelse
- Forstoppelse
- Gastroenteritis
- Sociale og plejemæssige forhold
- Tryksår

Operationalisering

Indikatoren operationaliseres som antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 ældre borgere (65+ årige).

Vurdering af indikator

Arbejdsgruppen vurderer, at indikatoren giver et godt mål for den sundhedsrettede og forebyggende indsats på tværs af forskellige aktører i kommunen.

Indikatoren dækker den samlede tværsektorielle indsats mellem kommuner, praktiserende læger og sygehus, og indikatoren er således ikke alene et mål

for den kommunale indsats. Målet for antal af forebyggelige indlægger vurderes på den baggrund at være et validt mål for kvaliteten af indsatserne på tværs af sektorer.

Det betyder også, at kommunen ikke alene kan påvirke indikatoren, hvorfor evt. opfølgning og udvikling på baggrund af indikatoren fordrer en tværsektoriel indsats.

Indikatoren vurderes at være relevant og flere kommuner arbejder allerede med målet i dag, herunder anvender fx KL forebyggelige indlægger som kvalitetsindikator for den kommunale hjemmepleje¹³.

Indikatoren bygger på eksisterende data, hvorfor den vurderes at nemt at udvikle indikatoren og der vil hellere ikke være kræve yderligere registreringer for at indsamle data. Der er en udfordring ved data, at hvis kommunerne skal nedbryde tallene på cpr-niveau, kræver det tilladelse til at anvende regionale sundhedsdata på individniveau.

Herudover skal der bemærkes, at nogle forebyggelige indlæggelser er nødvendige, hvorfor det ikke må stilles for optimistiske mål for indikatoren.

Samtidig er antallet af forebyggelige indlæggelser et bredt mål, hvorfor det kan overvejes at fokusere på nogle indsatser, hvor kommunen har særlig mulighed for at forebygge indlæggelserne.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra Landspatientregisteret og findes allerede som indikator for 65+ årige. Indikatoren vil derfor, kunne udvikles på kort sigt.

¹³ KL (2016) Hvor god er kommunens hjemmepleje til at forebygge, link: https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_76307/cf_202/Hvor_god_er_kommunens_hjemmepleje_til_at_forebygge.PDF/

6.3.4 Forslag 4: Tidlig opsporing ift., hvor mange borgere der indlægges med forebyggelige indlæggelser.

I mange kommuner arbejder man i dag med tidlig opsporing af sygdomstegn på baggrund af hverdagsobservationer. Tidlig opsporing kan medvirke til at opspore forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker. Dette gøres for tidligst muligt at sætte målrettede indsatser i gang og dermed undgå, at borgerens helbredstilstand forværres med risiko for tab af funktionsevne, indlæggelse eller i værste fald død.¹⁴

Til at foretage tidlig opsporing anvendes værktøjer til at registrere eller reflektere over observationer mhp. systematisering medarbejdernes hverdagsobservationer. Medarbejderne løbende kan således vurdere, om der er ændringer i forhold til den måde, borgere normalt er på.

KL har undersøgt koblingerne mellem værktøjerne og gjort det sprog, der benyttes i redskaberne, kompatibelt med sproget i Fælles Sprog III. Løsningen er dog endnu ikke afprøvet i praksis.¹⁵ KL kortlægger som en del af initiativ 2 under Sundhedsdataprogrammet registreringer foretaget i regi af tidlig opsporing. De foreløbige resultater indikerer, at der er foretaget en række lokale tilpasninger, hvilket udfordrer en umiddelbar sammenligning af registreringer.

En indikation af effekten af tidlig opsporing kan bl.a. komme til udtryk ved hvor mange borgere, der i forlængelse af tidlig opsporing har fået konstateret forringet helbredstilstand og/eller nedsat funktionsevne og samtidig undgår at blive indlagt med en forebyggelig indlæggelse.

Operationalisering af indikator

Antal borgere med forringet helbredstilstand og/eller nedsat funktionsevne, der i forlængelse af tidlig opsporing modtager kommunale indsatser og indlægges med forebyggelig indlæggelse.

Vurdering af indikator

Indikatoren er et udtryk for om den tidlige opsporing og følgende indsats har været tilstrækkelig og har haft den ønskede effekt.

¹⁴ Sundhedsstyrelsen (2017) Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker

¹⁵ KL (2017) Tidlig opsporing og Fælles Sprog III - Kobling mellem værktøjerne Hjulet og Ændringsskemaet til tidlig opsporing og Fælles Sprog III.

Forebyggelige indlæggelser indberettes løbende til landspatientregisteret og kan således opgøres på baggrund af eksisterende indberetninger. Status på registrering og indsamling af data på baggrund af værktøjer til tidlig opsporing er under afdækning i regi af sundhedsdataprogrammet, hvorfor kvalitet og præcise registreringer endnu ikke er kendt.

Indikatoren er ikke et direkte udtryk for kvaliteten af den tidlige opsporing og de ydelser der leveres i forlængelse heraf, idet der ikke nødvendigvis er direkte kobling mellem forebyggelige indlæggelser og tidlig opsporing.

Indikatoren bidrager med viden om, hvorvidt kommunen formår at undgå forebyggelige indlæggelser. Det vurderes, at indikatoren også er udtryk for en helhedsvurdering af hvorvidt kommunen generelt formår at koble viden om borgenes helbredstilstand og funktionsniveau med indsatser, der forebygger indlæggelser.

Fagligt vurderes indikatoren at være meningsfuld, idet kommunerne har mulighed for at påvirke antallet af forebyggelige indlæggelser gennem en tidlig indsats.

Ulempen ved indikatoren er, at den ikke afdækker kvaliteten af leverede kommunale indsatser, men alene, at der leveres en ydelse. Indikatoren grænser dermed til at være et procesmål frem for et kvalitetsmål.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Tidlig opsporing er i dag ikke en integreret ordning af FSIII og er derfor heller ikke fælleskommunalt implementeret. Tidshorisonten for at kunne ibrugtage indikatoren forventes derfor at være længere end de øvrige data fra FSIII.

6.3.5 Forslag 5: Borgerens tilfredsheds med sammenhæng og forudsigelighed i hjælpen

Sammenhæng og forudsigelighed kan måles gennem brugertilfredshedsundersøgelser, hvor der fx spørges ind til, hvorvidt borgeren oplever, at de ved, hvem der kommer i hjemmet.

Operationalisering af indikator

Indikatoren kan måles gennem et spørgsmål i brugertilfredshedsundersøgelsen. Det konkrete spørgsmål kræver nærmere validering.

Vurdering af indikator:

Der spørges i Sundheds- og Ældreministeriets brugertilfredshedsundersøgelsen i dag til borgerens tilfredshed med antal forskellige hjælpere.

En stigende andel ældre har komplekse plejebenhov, der kræver involvering af medarbejdere med forskellige faglige kompetencer. Antallet af forskellige hjælpere er dermed ikke nødvendigvis retvisende for hverken kvalitet eller kontinuitet i plejen. Borgeren kan således modtage en god service, men af flere forskellige hjælpere.

Samtidig vurderes det, at indikatoren udgør et aktivitets-/inputmål og derfor er mindre egnet til at belyse kvaliteten og resultaterne af plejeindsatsen i kommunerne.

Tidsperspektiv for ibrugtagning

Indikatoren bygger på data fra en evt. brugertilfredshedsundersøgelsen i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af brugertilfredshedsundersøgelser, der vælges at gå videre med. Det er ambitionen, at en evt. ny model for brugertilfredshedsundersøgelser vil kunne udvikles ultimo 2019.

Tabel 6. Overblik over mulige indikatorer indenfor sammenhæng og forudsigtelighed i den indsats borgeren modtager

Hvad siger indikatoren noget om	Indikator	Validitet (måler indikatoren det, vi gerne vil)	Kommunens mulighed for at påvirke indikatoren	Er indikatoren nem at forstå?	Datagrundlag og datatilgængelighed	Tidshorisont
Hvorvidt borgeren oplever sammenhæng i sundhedsvæsenet	<i>Forslag 1: Antal forebyggelige indlæggelser blandt borgere, der modtager hjemmehjælp</i>	Indikatoren er et godt mål for den forebyggende indsats på tværs af aktører.	God. Ved at afgrænse til forebyggelige indlæggelser blandt borgere der modtager hjemmehjælp, får kommunerne mulighed for at bruge indikatoren på lokalt niveau som et redskab til kvalitetsudvikling.	Indikatoren er nem at forstå og anvendes allerede i dag, som del af de nationale sundhedsmål.	Data findes i dag: Data fra Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik samt data fra kommunernes EOJ-systemer	Mellemlang sigt
Hvorvidt borgeren oplever sammenhæng i sundhedsvæsenet	<i>Forslag 2: Antal færdigbehandlingsdage pr. 1000 ældre borgere (65 årige)</i>	Indikatoren er udtryk for en helhedsvurdering af hvorvidt kommunen formår at skabe sammenhæng i sektororganene. Indikatoren afdækker ikke effekten af den leverede kommunale indsats, men alene, at der leveres en ydelse og at	God. Når patienten er færdigbehandlet, skal kommunen tilbyde et pleje- og behandlingstilbud	Indikatoren giver god fagligt mening, idet kommunerne har mulighed for at påvirke antallet af færdigbehandlede dage eksempelvis gennem bedre dialog med udskrivende sygehus, organisering der	Indikatoren bygger på eksisterende data, derfor vil det være muligt at opgøre indikatoren på relativt kort tid, og der vil ikke være øget ressourceforbrug forbundet med dataindsamling.	Kort

		det sker rettidigt. Indikatoren grænser dermed til at være et procesmål frem for et kvalitetsmål.		understøtter modtagelse af udskrevne borgere mv.		
Hvorvidt borgeren oplever sammenhæng i sundhedsvæsenet	<i>Forslag 3: Antal forebyggelige indlæggelser</i>	Indikatoren er et godt mål for den forebyggende indsats på tværs af aktører.	Mindre god sammenlignet med forslag 1, da borgerne ikke er afgrænset til modtagere hjemmehjælp.	Indikatoren er nem at forstå og anvendes allerede i dag, som del af de nationale sundhedsmål.	Indikatoren bygger på data fra Landspatientregisteret samt befolkningstal fra Danmarks Statistik	Kort
Hvorvidt borgeren oplever sammenhæng i sundhedsvæsenet	<i>Forslag 4: Tidlig opsporing ift., hvor mange borgere der indlægges med forebyggelige indlæggelser</i>	Indikatoren er ikke et direkte udtryk for kvaliteten af den tidlige opsporing og de ydelser der leveres i forlængelse heraf, idet der ikke nødvendigvis er direkte kobling mellem forebyggelige indlæggelser og tidlig opsporing.	Kommunerne har mulighed for at påvirke antallet af forebyggelige indlæggelser gennem en tidlig indsats.	Indikatoren er nem af forstå.	Fagligt vurderes indikatoren at være meningsfuld, idet kommunerne har mulighed for at påvirke antallet af forebyggelige indlæggelser gennem en tidlig indsats.	Lang sigt

<p>Borgerens tilfredshed med hjælpen uanset hvilken medarbejder der kommer</p>	<p><i>Forslag 5: Fx er den hjælp du får, lige god uanset hvilken hjælper, der kommer i dit hjem?</i> (Spørgsmål valideres nærmere)</p>	<p>En stigende andel ældre har komplekse plejebehov, der kræver involvering af medarbejdere med forskellige faglige kompetencer. Antallet af forskellige hjælpere er dermed ikke nødvendigvis retvisende for kvalitet eller kontinuitet i plejen.</p>	<p>God, da kommunen tilrettelægger hjælpen. Det bemærkes, at årsagen til flere forskellige medarbejdere, kan skyldes komplekse borgere.</p>	<p>Indikatoren er nem at forstå</p>	<p>Der spørges allerede i dag til borgerens tilfredshed i brugertilfredshedsundersøgelsen gennemført af Sundheds- og Ældreministeriet, derfor vurderes det, at indikatoren kan udvikles på kort sigt.</p>	<p>Kort</p>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

7. Brug af nøgletal

Udover udvikling af kvalitetsindikatorer og brugertilfredshedsundersøgelser anbefaler arbejdsgruppen, at der udvikles et sæt med nøgletal, som de relevante myndigheder og leverandører af ældrepleje kan anvende tillæg til kvalitetsindikatorerne på ældreområdet.

Der findes allerede i dag en række nøgletal, som gør det muligt at sammenlignelige oplysninger om kommunernes udgifter til ældrepleje, takstoplysninger på ældreområdet samt oplysninger om demografi

Herudover vurderer arbejdsgruppen, at der kan udvikles nøgletal som fx kan bruges til at belyse udvikling i sygefravær, antal visiterede borgere eller produktivitet. Eller fx antal sygeplejere per borger tilknyttet plejehjem, antal klager til Ankestyrelsen, hvor der gives medhold eller antal lægetimer per uge per beboer på plejehjem.

Nøgletallene kan hentes fra KRL/Danmark Statistik og vurderes på denne måde at kunne anvendes i tillæg til kvalitetsindikatorer i sammenligning med andre kommuner. Herudover kan tal for sygefravær på plejehjem fx hentes fra plejehjemsportalen.

8. Brugertilfredshedsundersøgelser

På baggrund af Rambølls (2018) foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen og brugertilfredshedsundersøgelser og drøftelser i arbejdsgruppen har arbejdsgruppen set på muligheden for at sammentænke og effektivisere de eksisterende brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet.

På den baggrund har arbejdsgruppen vurderet tre mulige grundmodeller for en fremtidig national brugertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet, som monitorerer de ældre borgeres oplevede kvalitet.

Formålet med én national brugertilfredshedsundersøgelse er at belyse den brugeroplevede kvalitet af ældreplejen, herunder tilfredsheden med plejeindsatser i hjemmeplejen og på plejehjem til brug for eksempelvis dokumentation af kvalitet og kvalitetsudvikling.

Arbejdsgruppen har vurderet at der er forskellige muligheder og udfordringer forbundet med at gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser på hhv. plejehjem og i hjemmeplejen. På den baggrund anbefales det, at der udvikles to modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelse blandt hhv. beboere på plejecentre og hjemmehjælpsmodtagere.

I følgende kapitel gennemgås arbejdsgruppens anbefalinger til gennemførelse af en national brugertilfredshedsundersøgelse i ældreplejen, samt hvordan den kan anvendes til at udvikle kvaliteten i ældreplejen.

Kapitlet indledes med forslag til tre mulige grundmodeller og overvejelser om hvordan brugertilfredshedsundersøgelser kan gennemføres. Desuden skitseres fordele og ulemper ved de forskellige modeller for brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen. Herefter præsenteres arbejdsgruppens forslag til emner, der kan indgå i en brugertilfredshedsundersøgelse.

8.1 Modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet

Der præsenteres i det følgende tre modeller. Modellerne for brugertilfredshedsundersøgelserne varierer efter hvilket niveau svarene opgøres på hhv., nationalt-, kommunalt- eller plejecenterniveau.

Indenfor hver af de tre modeller vil det være muligt at skalere efter hyppighed for gennemførelse samt efter om der skal være valgfrie spørgsmål. For alle tre modeller gælder, at der skal være en kerne af spørgsmålsformuleringer der går igen i de nationale brugertilfredshedsmålinger.

Ligeledes er det en forudsætning for samtlige af de tre modeller, at de to brugertilfredshedsundersøgelser på nationalt niveau, som i dag gennemføres af hhv. Økonomi- og Indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet, slås sammen, så der kun gennemføres én national brugertilfredshedsundersøgelse.

Fordelene ved én samlet national brugertilfredshedsundersøgelse er, at den vil minimere de direkte omkostninger forbundet med den nationale undersøgelse i dag, da der kun vil gennemføres den samme undersøgelse hvert år, fremfor to forskellige undersøgelser hvert andet år forskudt.

En samlet brugertilfredshedsundersøgelse på nationalt niveau vil endvidere understøtte ensartethed i opgørelserne på tværs af årene. Man skal således ikke forholde sig til, om der er tale om den ene eller anden opgørelse.

8.1.1 Model 1: Brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau

En brugertilfredshedsundersøgelse, der måler den brugeroplevede kvalitet og tilfredshed på institutionsniveau giver mulighed for at foretage systematiske undersøgelser, som kan sammenligne udviklingen i tilfredshed over tid både internt i kommunen og på tværs af kommunegrænser.

Systematiske målinger på institutionsniveau kan endvidere udgøre et værktøj til kvalitetsudvikling og styring lokalt. Herudover vil resultaterne fra undersøgelsen kunne anvendes til ledelsesinformation.

En brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau på ældreområdet vil ligge i naturlig forlængelse af den aftale Regeringen, KL og Danske Regioner indgik i 2019 om at bruge nationale

brugertilfredshedsundersøgelser på institutionsniveau bredt i den offentlige sektor.¹⁶

Fordelene ved en brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau er, at den enkelte institution får mulighed for at bruge undersøgelsen til kvalitetsudvikling. Det vil således gøre det muligt at anvende undersøgelsen som grundlag for at udvikle kvaliteten af ældreplejen og sikre transparens. Endvidere bidrager modellen til øget gennemsigtighed og information til borgeren og understøtter dermed borgerens frie valg.

Ulemperne ved en brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau er, at en sådan model kan være mere tidskrævende og omkostningstung sammenlignet med de øvrige modeller. Desuden har antallet af respondenter og længden af spørgeskemaet betydning for undersøgelsens omkostningsniveau. Jo hyppigere, jo flere respondenter og jo flere spørgsmål, desto dyrere må det forventes, at brugertilfredshedsundersøgelsen vil blive

Antal respondenter

Rambøll vurderer i foranalysen (2018), at det vil være nødvendigt med totalt 75.000 besvarelser, hhv. 40.000 der modtager hjemmehjælp og 35.000 besvarelser på plejecentre, for at opnå viden på institutionsniveau. Det bemærkes, at 35.000 besvarelser blandt beboere på plejecentre betyder en svarprocent på 87-88 pct., som vurderes at være udfordrende i forhold til målegruppen på plejecentre.

Modellen vil give mulighed for at sammenligne private og offentlige leverandører på plejecentrene. Det vil også være muligt at sammenligne private og offentlige leverandører i hjemmeplejen på et overordnet niveau. Det vil ikke være muligt at sammenligne konkrete privat og offentlige leverandører i hjemmeplejen. Rambøll vurderer i foranalysen (2018), at hvis der skal sikres viden om konkrete private leverandører, skal antallet af respondenter i hjemmeplejen øges yderligere. Rambøll bemærker herudover, at det kan være vanskeligt at skille i forhold til borgere, der modtager ydelser fra flere forskellige leverandører. Disse vil ikke kunne udfylde brugertilfredshed for hver af disse leverandører.

Det bemærkes i den forbindelse, at private leverandører af hjemmehjælp efterspørger brugertilfredshedsundersøgelser på institutionsniveau. Det vil i højere grad vil gøre det muligt for de private leverandører at konkurrere på brugeroplevet kvalitet.

¹⁶ Aftale om ledelse og kompetencer i den offentlige sektor (2019)

En mulighed for at imødekomme de private leverandørers ønske om at kunne sammenligne konkrete private leverandører, er at gøre det nationale spørgeskema tilgængelig for de private leverandører, som dermed selv kan gennemføre undersøgelsen og benchmarke sig op mod tilfredsheden blandt modtagere af hjemmehjælp fra en offentlig leverandør.

Ang. hyppighed kan undersøgelsen gennemføres årligt, hvert andet år eller hvert fjerde år. Hyppigheden vil i høj grad have betydning for omkostningerne forbundet med at gennemføre undersøgelsen.

Økonomiske konsekvenser ved brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau

Rambøll har i foranalysen (2018) udarbejdet en business case for omkostningsniveauet ved de eksisterende brugertilfredshedsundersøgelser, der findes i dag på nationalt og kommunalt niveau, sammenlignet med omkostningsniveauet ved én samlet brugertilfredshedsundersøgelse i ældreplejen.

Rambøll estimerer de nuværende udgifter til at udgøre 14,9 mio. kr. årligt, hvor kommunerne afholder størstedelen af udgifterne.

Med en ny model, hvor der i den nationale undersøgelse indsamles data på institutionsniveau (fx plejecenter), vurderer Rambøll, at de samlede kommunal og statslige udgifter til spørgeskema og set-up for spørgeskema vil blive på 11,1 mio. kr.

Rambøll skønner, at hovedparten af udgifterne blive flyttet fra kommunerne til staten, og modellen indebærer statslige udgifter på ca. 7 mio. kr. Det bemærkes, at udgifterne eksempelvis ikke omfatter evt. databehandling og assistance til ældre i forbindelse med udfyldelse af skemaer.

Til sammenligning har den årlige landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser i sundhedsvæsenet (LUP) årlige udgifter på knap 7,5 mio. kr. I undersøgelsen tilbydes ca. 500.000 borgere at deltage, og der er medregnet udgifter til dataindsamling (elektronisk og fysisk post) samt lønudgifter.

Det skal understreges, at der vurderes at være betydelig usikkerhed forbundet med Rambølls skøn over de økonomiske konsekvenser. I det omfang, kommunerne forudsættes at bistå respondenterne med at gennemføre brugertilfredshedsundersøgelsen, vil det kunne medføre merudgifter. Dette indgår ikke i Rambølls skøn.

Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at der er behov for at vurdere økonomiske konsekvenser ved gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau nærmere, hvis der vælges at gå videre med en brugertilfredshedsundersøgelse på dette niveau.

Model 1. Brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau	
Formål	Dokumentere og udvikle kvalitet
Område	Hjemmepleje og plejehjem
Tema	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionsniveau - Livskvalitet - Sammenhæng i indsatserne - Tilfredshed med hjælpen - Frit valg - Behov - Baggrundsoplysninger
Målgruppe	Modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem
Antal respondenter	Rambøll vurderer i foranalysen (2018), at der vil være nødvendig med totalt 75.000 besvarelser for at opnå viden på institutionsniveau, fordelt med hhv. 40.000 besvarelser i hjemmeplejen og 35.000 ¹⁷ besvarelser på plejehjem eller plejebolig.

¹⁷ Der er ca. 40.000 borgere på plejehjem eller plejeboliger ifølge statistikbanken.dk: ”Indskrevne i pleje- og ældreboliger”. Undersøgelsen for plejecentre vil derfor skulle gennemføres som en heldækkende undersøgelse, mens undersøgelsen blandt modtagere af hjemmehjælp vil skulle gennemføres som en stikprøve undersøgelse.

8.1.2 Model 2: Brugertilfredshedsundersøgelse på kommunalt niveau

I denne model foretages brugertilfredshedsundersøgelser baseret på en stikprøve, der er repræsentativ for hver enkelt kommune. Foruden at belyse brugeroplevet kvalitet og tilfredshed generelt, kan denne model i begrænset omfang anvendes til kvalitetsudvikling i den enkelte kommune.

En fordel ved at foretage brugertilfredshedsundersøgelsen på kommunalt niveau er, at det muliggør sammenligning på tværs af kommuner. Det er således muligt at benchmarke kommunerne imod et landsgennemsnit og hinanden. Det vil således skabe mulighed for tværkommunal diskussion og erfaringsudveksling på baggrund af den fælles brugertilfredshedsundersøgelse. Det vil også være muligt at sammenligne private og offentlige leverandører

Herudover vil det sikre at alle kommuner får sammenlignelig viden om den overordnede tilfredshed med deres services, da der i dag er kommuner, der ikke allerede gennemfører brugertilfredshedsundersøgelser.

Denne brugertilfredshedsundersøgelse er relevant for kommunalbestyrelserne, som vil kunne bruge undersøgelse som led i opfølgning på værdighedspolitikker og udvikling af kvalitetsstandarder på ældreområdet. På nationalt niveau kan en undersøgelse på kommuneniveau bruges til at følge den lokale kvalitetsudvikling.

Resultaterne af brugertilfredshedsundersøgelserne i denne model vil imidlertid kun i begrænset omfang kunne anvendes til lokal kvalitetsudvikling. Fordi resultaterne er repræsentative på kommuneniveau, kan kommunerne ikke på baggrund af resultaterne identificere de institutioner, hvor der kunne være behov for en særlig indsats. En brugertilfredshedsundersøgelse på kommunalt niveau forventes også at være mere omkostningsfuld at gennemføre end en national undersøgelse på nationalt niveau, da undersøgelsen kræver et større volumen af respondenter.

Endvidere er resultaterne kun i begrænset omfang relevante for den enkelte borger eller bruger. Resultaterne kan fx ikke understøtte borgeren i at vælge plejehjem, fordi der ikke kan sige noget om kvaliteten på de enkelte institutioner.

Model 2. Brugertilfredshedsundersøgelse på kommunalt niveau	
Formål	Dokumentere og udvikle kvalitet
Område	Hjemmepleje og plejehjem

Tema	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionsniveau - Livskvalitet - Sammenhæng i indsatserne - Tilfredshed med hjælpen - Frit valg - Behov - Baggrundsoplysninger
Målgruppe	Modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem
Antal respondenter	Rambøll vurderer i foranalysen (2018), at der vil være nødvendig med totalt 47.000 besvarelser for at opnå viden på kommuneniveau, fordelt med hhv. 27.000 besvarelser i hjemmeplejen og 20.000 besvarelser på plejehjem eller plejebolig.

8.1.3 Model 3. National brugertilfredshedsundersøgelse

I denne model måles den brugeroplevede kvalitet på nationalt niveau. Undersøgelsen er baseret på en stikprøve, som er repræsentativ på nationalt niveau. Det vil således kun være muligt at måle den gennemsnitlige tilfredshed og brugeroplevede kvalitet på tværs af landets kommuner.

Respondentgruppen for brugertilfredshedsundersøgelsen er modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig.

Brugertilfredshedsundersøgelsen, som gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet i dag, er baseret på en landsdækkende stikprøve. Stikprøven består af omkring 2.350 respondenter, hvoraf omkring 2.000 respondenter er fra hjemmeplejen, mens omkring 350 respondenter bor på plejehjem. Brugertilfredshedsundersøgelsen gennemført af Økonomi- og Indenrigsministeriet er baseret på en stikprøve blandt 1.700 respondenter fra hjemmeplejen.

En brugertilfredshedsundersøgelse på nationalt niveau, vil således kunne laves på en stikprøve bestående af mellem 1.700-2.350 respondenter, der er hjemmehjælpsmodtagere og omkring 350 respondenter, som bor på plejehjem. Det foreslås at undersøgelsen vil blive gennemført hvert år.

Samtidig er modellen relativt nem og billig at gennemføre sammenlignet med fx brugertilfredshedsundersøgelse på kommune- eller institutionsniveau.

Modellen vil primært være brugbar på nationalt plan, da det er muligt at observere den overordnede brugeroplevede kvalitet i plejeindsatserne.

Hvis der tages udgangspunkt i dele af de eksisterende spørgerammer, der findes i brugertilfredshedsundersøgelsen, som i dag gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet, kan man delvist undgå databrud og fortsat sammenligne resultaterne af undersøgelsen med tidligere undersøgelser på ældreområdet.

Erfaringerne fra Rambølls workshops i forbindelse med foranalysen af kvalitetsindikatorer i ældreplejen viser, at nationale brugertilfredshedsundersøgelser på landsgennemsnit er vanskelige at anvende i kommuner. Det skyldes primært, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag til at sige noget om brugertilfredsheden på kommune- eller institutionsniveau. Dermed er en ulempe ved modellen, at kommunerne ikke vil kunne anvende de nationale resultater til kvalitetsforbedrende arbejde lokalt. Der vil således fortsat være behov for at gennemføre egne brugertilfredshedsundersøgelser.

Samtidig anvendes de kommunale brugertilfredshedsundersøgelser i høj grad til at evaluere og undersøge lokale indsatser og projekter, der i dag ikke kan undersøges via de nationale brugertilfredshedsundersøgelser.

Brugertilfredshedsundersøgelsen på hjemmehjælpsområdet gennemført af Epinion for Sundheds- og Ældreministeriet er baseret på digital selvudfyldning af spørgeskema samt telefonisk opfølgning med borgere, der ikke havde udfyldt spørgeskemaet online.

Epinion har undersøgt om en række forskellige parametre, heriblandt indsamlingsmetoden, har betydning for den overordnede tilfredshed med henholdsvis personlig pleje og praktisk hjælp. Borgere der har besvaret undersøgelsen telefonisk er signifikant mere positive end borgere der har besvaret undersøgelsen online, når der tages højde for parametre som køn, alder, antal timer respondenterne modtager hjælp/pleje, region, samt om respondenterne har modtaget hjælp/pleje i mere end et år.¹⁸

Model 3. Én brugertilfredshedsundersøgelse på nationalt niveau	
Formål	Dokumentere kvalitet og udvikle kvalitet
Område	Hjemmepleje + plejehjem
Tema	- Funktionsniveau - Livskvalitet - Sammenhæng i indsatserne - Tilfredshed med hjælpen - Frit valg - Behov

¹⁸ Brugertilfredshedsundersøgelse af ældreplejen (2017) Epinion for Sundheds- og Ældreministeriet Side 74

	- Baggrundsoplysninger
Målgruppe	Modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem
Antal respondenter	Hjemmeplejen: omkring 1.700-2.000 Plejecenterniveau: omkring 350
Vurdering af datakvalitet (databrud)	Der kan tages udgangspunkt i dele af de eksisterende spørgerammer, der findes i brugertilfredshedsundersøgelsen, som i dag gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet, og dermed delvist undgå databrud og fortsat sammenligne resultaterne af undersøgelsen med tidligere undersøgelser.

Tabel 7. Overblik over grundmodeller for udvikling af brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen

	Model 1: Brugertilfredshedsundersøgelse på institutionsniveau	Model 2: Brugertilfredshedsundersøgelse på kommunalt niveau	Model 3: Brugertilfredshedsundersøgelse på nationalt niveau
Formål	Dokumentere og udvikle kvalitet	Dokumentere og udvikle kvalitet	Dokumentere kvalitet og udvikle kvalitet
Område	Hjemmepleje og plejehjem	Hjemmepleje og plejehjem	Hjemmepleje og plejehjem
Målgruppe	Modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem	Modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem	Modtagere af hjemmepleje og borgere, der bor på plejehjem
Antal respondenter	Rambøll vurderer i foranalysen (2018), at der vil være nødvendig med totalt 75.000 besvarelser for at opnå viden på institutionsniveau, fordelt med hhv. 40.000 besvarelser i hjemmeplejen og 35.000 ¹⁹ besvarelser på plejehjem eller plejebolig.	Rambøll vurderer i foranalysen (2018), at der vil være nødvendig med totalt 47.000 besvarelser for at opnå viden på kommune-niveau, fordelt med hhv. 27.000 besvarelser i hjemmeplejen og 20.000 besvarelser på plejehjem eller plejebolig.	Hjemmeplejen: omkring 1.700-2.000 Plejecenterniveau: omkring 350

¹⁹ Der er ca. 40.000 borgere på plejehjem eller plejeboliger ifølge statistikbanken.dk: "Indskrevne i pleje- og ældreboliger". Undersøgelsen for plejecentre vil derfor skulle gennemføres som en heldækkende undersøgelse, mens undersøgelsen blandt modtagere af hjemmehjælp vil skulle gennemføres som en stikprøve undersøgelse.

8.2 Anbefaling til model for brugertilfredshedsundersøgelse på ældreområdet

Der vurderes at være forskellige muligheder og udfordringer forbundet med at gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser på hhv. plejehjem og i hjemmeplejen. På den baggrund anbefales det, at der udvikles to modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelse blandt hhv. beboere på plejecentre og hjemmehjælpsmodtagere.

Anbefaling af model for brugertilfredshedsundersøgelse i hjemmeplejen

Det anbefales, at der blandt hjemmehjælpsmodtagere gennemføres en brugertilfredshedsundersøgelse digitalt med henblik på at opnå viden på kommunalt niveau og så vidt muligt på områdeniveau. Det vurderes hensigtsmæssigt at lægge sig op af allerede eksisterende modeller for nationale brugertilfredshedsundersøgelser på de kommunale velfærdsområder.

En brugertilfredshedsundersøgelse på kommunalt niveau og så vidt muligt på områdeniveau vurderes, at ligge i naturlig forlængelse af den aftale Regeringen, KL og Danske Regioner indgik i 2019 om, at bruge nationale brugertilfredshedsundersøgelser på institutionsniveau bredt i den offentlige sektor.²⁰

Det er arbejdsgruppens vurdering, at modellen for brugertilfredshedsundersøgelsen fx kan tage udgangspunkt i Økonomi- og Indenrigsministeriets koncept for sammenlignelige brugertilfredshedsundersøgelser, som forventes udviklet i løbet af 2019. Det vurderes særligt hensigtsmæssigt for så vidt angår den tekniske løsning. Det vil understøtte ensretning og sammenhæng i gennemførelse af undersøgelser på det kommunale område. Undersøgelserne vil for kommunerne bl.a. blive anvendt på skoleområdet, dagtilbudsområdet, genoptræningsområdet og området for misbrugsbehandling.

Ligeledes vil resultaterne fra en brugertilfredshedsundersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere kunne gøres tilgængelig for kommuner og borgere, på samme platform som andre brugertilfredshedsundersøgelser på det kommunale område. Modtagere af hjemmepleje kan identificeres gennem hjemmeplejeregisteret, som Danmark Statistik opbevarer.²¹ Brug af

²⁰ Aftale om ledelse og kompetencer i den offentlige sektor (2019)

²¹ I Foranalyse af kvalitetsindikatorer i ældreplejen (2018) oplyser Danmark Statistik, at de i henhold til deres databehandler aftale ikke må udlevere data til tredjepart. Det betyder, at anvendelse af hjemmeplejeregisteret forudsætter, at databehandleraftalen justeres. Alternativt, at undersøgelsen gennemføres af Danmarks Statistik.

hjemmeplejeregisteret anbefales af Rambøll i foranalysen (2018) til at identificere relevante respondenter, fremfor at kommunerne lokalt indsamler en liste over borgere i hjemmeplejen og på plejecentre. Det skyldes, at en manuel indsamling af respondentlisterne vil give større usikkerhed i analysen og øget ressourceforbrug i kommunerne.

Med udgangspunkt i en respondentliste udviklet på baggrund af hjemmeplejeregisteret, vil modtagere af hjemmepleje kunne inviteres til at svare på et online spørgeskema via digital post.

Brugertilfredshedsundersøgelsen, gennemført af Epinion for Sundheds- og Ældreministeriet, er i dag baseret på digital selvudfyldning af spørgeskema samt telefonisk opfølgning med borgere, der ikke havde udfyldt spørgeskemaet online. Der var ca. 21 pct. ældre der modtager hjemmehjælp, der besvarede spørgeskemaet online.²²

Der lægges ikke op til, at kommunerne skal understøtte modtagerne af hjemmehjælp til at besvare undersøgelsen. Det er forventningen, at kommunerne vil støtte op om undersøgelsen og bidrage til at sætte fokus på formidling af brugertilfredshedsundersøgelsen lokalt

Anbefaling af model for brugertilfredshedsundersøgelse i plejebolig og på plejehjem

Borgere, der bor på plejebolig eller plejehjem er ofte kendetegnet ved forskellige kognitive og sproglige udfordringer, som gør, at det kan være svært for borgeren at deltage i en brugertilfredshedsundersøgelse. Der kan således være særlige udfordringer forbundet med at undersøge tilfredsheden blandt borgere i plejebolig og på plejehjem.

Det anbefales, at der nærmere undersøges muligheder og modeller for gennemføring af brugertilfredshedsundersøgelse blandt beboere på plejehjem.

Herudover er der risiko for selektionsbias i forbindelse med indsamling af respondenternes besvarelse, idet man risikerer, at det hovedsagelig er de mest ressourcestærke ældre der svarer, mens de svageste falder fra. Dette kan til dels imødekommes med personlige interviews.

Hvis undersøgelsen på plejehjem skal gennemføres med personlige interviews og være på institutionsniveau, vil det være omkostningsfuldt, da

²² Danmark Statistik trak en stikprøve på 4.120 personer fra hjemmehjælpsregisteret. 1295 besvarelser blev indhentet telefonisk, mens 855 besvarelser online, hvormed der i alt blev gennemført 2150 interview. Frafaldet var på 1970 personer hvilket giver en gennemførselsprocent for undersøgelsen blandt hjemmehjælpsmodtagere på 52,2%.

det vil kræve besvarelser fra ca. 35.000 af totalt ca. 40.000 beboere på plejehjem. Selv med en intensiv indsats er det endda højst usandsynligt, at man vil kunne nå op på en så høj deltagelsesandel.

Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at en model for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelsen blandt beboere på plejehjem bør testes og udvikles, hvorefter udbredelse og niveau for brugertilfredshedsundersøgelsen nærmere kan besluttes.

Parallelt med den nærmere afdækning af muligheder for undersøgelser på plejehjem anbefales det, at brugertilfredshedsundersøgelsen blandt beboere på plejehjem i 2019 gennemføres, som den gør i dag dvs. som en national stikprøve²³. I forhold til understøttelsen af borgernes frie valg mellem plejecentre bemærkes det i øvrigt, at der er indført en plejehjemsoversigt, der kan give indblik i en række væsentlige forhold, der kan være væsentlige for valget af plejecenter.

Der vil i modellen, som udgangspunkt ikke lægges op til, at kommunale medarbejdere i videre omfang skal hjælpe beboerne til, at gennemføre undersøgelsen, end det er tilfældet med den nuværende undersøgelse. Det er forventningen, at kommunerne vil støtte op om undersøgelsen og bidrage til at sætte fokus på formidling og gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelsen lokalt.

En national brugertilfredshedsundersøgelse på plejehjem kan tage udgangspunkt i overblik over plejehjemstilbud, som offentliggøres på plejehjemsportalen.

I brugertilfredshedsundersøgelsen, der gennemføres af Sundheds- og Ældreministeriet, er forstanderen på de udvalgte plejehjem eller plejeboliger således blevet kontaktet via introduktionsbrev og anmodet om at vurdere beboernes helbred (herunder demens) og tage stilling til hvorvidt, den pågældende borger kan gennemføre undersøgelsen. Herefter kan beboerne enten selv udfylde et spørgeskema digitalt (fx på en iPad), eller der gennemføres et besøgsinterview.

Sideløbende med, at der gennemføres brugertilfredshedsundersøgelse på plejehjem, er det arbejdsgruppens vurdering, at det kan undersøges hvorvidt der findes andre modeller for gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelser på plejehjem. Den videre undersøgelse vil ske med inddragelse af kommuner, som kan bidrage med erfaringer mv.

²³ Brugertilfredshedsundersøgelsen på ældreområdet bestod i 2015 af en stikprøve på 365 ældre i plejebolig og 1921 ældre visiteret til hjemmehjælp.

Der kan fx undersøges, hvorvidt det giver mening at udvikle et spørgeskema med færre spørgsmål til beboere, der er kognitivt svækket. Alternativt, hvorvidt der kan udvikles et særligt spørgeskema målrettet beboere på plejehjem.

I den sammenhæng er det væsentlig at kigge nærmere på de kommunale erfaringer med at gennemføre brugertilfredshedsundersøgelser på plejehjem, herunder setup for gennemførelse og indsamlingsmetode, og evt. gennemføre pilotundersøgelser i samarbejde med enkelte kommuner.

8.3 Tilgængelighed

Arbejdsgruppen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at kommuner og borgere kan tilgå resultaterne fra brugertilfredshedsundersøgelserne. Kommunerne vil på denne måde kunne gennemføre analyser heraf og bearbejde data til rapporter, som bl.a. kan bruges til at sammenligne resultaterne med andre kommuner eller institutioner. Det vil samtidig understøtte ældre borgere i at træffe et oplyst valg af fx leverandør af hjemmehjælp.

Resultaterne fra brugertilfredshedsundersøgelsen på ældreområdet kan fx gøres tilgængelige for kommunerne på den platform, som anvendes i forbindelse med Økonomi- og Indenrigsministeriets koncept for sammenlignelige brugertilfredshedsundersøgelser på de øvrige kommunale velfærdsområder. Herudover kan borgere fx tilgå egne resultater fra brugertilfredshedsundersøgelser mv. på allerede eksisterende

Resultaterne skal gøres tilgængeligt så det kan fungere parallelt til den måde det arbejdes med kvalitet i øvrigt på sundheds- og ældreområdet. Det vil kunne understøtte kommunernes arbejde med at anvende brugertilfredshedsundersøgelserne i deres kvalitetsudvikling på ældreområdet gennem bl.a. sammenligninger med andre kommuner.

Den portal, der understøtter Økonomi- og Indenrigsministeriets koncept, Tilfredshedsportalen kan tilgås af kommuner og borgere. Der er i dag et begrænset antal kommuner, der har lagt data fra deres brugertilfredshedsundersøgelser ind i datavarehuset.

8.4 Antal spørgsmål

Antallet af spørgsmål har stor betydning for svar kvalitet og svarprocenten, hvor det rette antal af spørgsmål er en balance mellem tilstrækkeligt

detaljeret vidensniveau om de relevante emner, uden at der stilles for mange spørgsmål.

Rambøll har i foranalysen anbefalet, at der maksimalt stilles 20 spørgsmål. Herudover har Deloitte Pilotprojekt om sammenlignelige brugertilfredshedsundersøgelser, der bl.a. undersøger hjemmepleje- og plejeboligområdet, anbefalet, at der maksimum anvendes 18-20 spørgsmål.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der med fordel kan fastholdes en kerne af spørgsmål fra de eksisterende brugertilfredshedsundersøgelser.

Ens spørgsmålsformulering giver mulighed for at sammenligne resultaterne i de enkelte kommuner og over tid. Samtidig sikres det, at nationale behov og ønsker til temaer dækkes.

Valgfrie spørgsmål, som kommunen vælger ud fra et spørgsmålskatalog, gør det muligt for kommunen at tilføje spørgsmål som de typisk selv stiller ud over de nationale målinger - fx tilfredshed med en ny lokal madordning.

Valgfrie spørgsmål, der specificeres ud fra et spørgsmålskatalog, giver mulighed for sammenligning på tværs af de kommuner, der vælger at anvende disse.

Erfaringer med brugertilfredshedsundersøgelser på hjemmepleje- og plejeboligområdet²⁴ viser, at det kan være vanskeligt for den enkelte kommune at udforme spørgsmål af forsvarlig metodisk kvalitet, som på samme tid tager hensyn til målgruppernes evne til at besvare spørgsmålene. På den baggrund anbefaler Deloitte, at der udvises mådehold i antallet af frivillige og lokale spørgsmål. Endvidere anbefaler Deloitte, at kommunerne ikke stiller egne spørgsmål (lokale spørgsmål), der dækker de samme temaer som afdækkes i den faste ramme.

Det vurderes på den anden side, at der kan være behov for at give kommunerne mulighed for at stille egne lokale spørgsmål. I dag anvendes de kommunale brugertilfredshedsundersøgelser i høj grad til at evaluere og undersøge lokale indsatser og projekter, der i dag ikke kan undersøges via de nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Det kan fx være som opfølgning på særlige lokale indsatser eller som opfølgning på et lokalpolitisk fokus. Endvidere kan muligheden for at formulere egne spørgsmål medvirke til at sikre lokal forankring og begrænse kommunernes behov for efterfølgende at lave egne brugertilfredshedsundersøgelser.

²⁴ Deloitte (2010): Pilotprojekt om sammenlignelige brugertilfredshedsundersøgelser. Erfaringsopsamling.

Arbejdsgruppen anbefaler på den baggrund, at brugertilfredshedsundersøgelsen indeholder 15-20 spørgsmål inklusiv baggrundsspørgsmål. Det er herudover arbejdsgruppens anbefaling, at kommunerne selv skal kunne tilføje en kerne af spørgsmål, under hensyn til at det totale antal spørgsmål begrænses mest muligt.

8.5 Temaer i brugertilfredshedsundersøgelsen

Arbejdsgruppen anbefaler, at temaerne, der skal dækkes i en brugertilfredshedsundersøgelse, er *funktionsevne, livskvalitet, sammenhæng og forudsigelighed, tilfredshed med hjælpen, frit valg, behov og baggrundsoplysninger*. Temaerne er baseret på de anbefalinger, der blev udarbejdet af Rambøll i forbindelse med foranalyse af kvalitetsindikatorer og drøftelser i arbejdsgruppen.

Samlet tilfredshed er et tema, der går igen på tværs af brugertilfredshedsundersøgelser, både i nationale, kommunale og internationale undersøgelser. Tilfredshed med indsatsen som borgeren modtager er ikke en given størrelse, men dannes på baggrund af borgerens forventninger til indsatsen og deres oplevelse af den faktiske indsats.

Livskvalitet betegner den oplevede følelse af at have et godt liv og handler oftest om andre faktorer end økonomi og basale livsnødvendigheder. Tidligere undersøgelser i en dansk kontekst har vist, at omsorgsindsatsen i plejeboligen har en positivt indflydelse på beboernes livskvalitet. Livskvaliteten kan dermed være med til at belyse kvaliteten af den pleje, som borgeren modtager.

Sammenhæng i plejen kan dække over flere emner, fx kontinuitet, forudsigelighed, stabilitet, om borgeren får den hjælp, vedkommende har brug for, tværfaglighed, tilgængelighed og fleksibilitet. Angående opfyldelse af behov er der flere vigtige elementer: eksempelvis om hjælpen er individuelt tilpasset, tillid, borgerinddragelse, og om der er forventningsafstemt mellem kommune og borger (evt. pårørende).

Rehabiliteringstankegangen er gennemgående på tværs af indsatser i ældreplejen, hvor der arbejdes med at øge eller undgå fald i borgernes funktionsevneniveau både fysisk, mentalt og/eller socialt.

Derudover er det nødvendigt at spørge til relevante baggrundsoplysninger om borgeren.

I tabel 3 gennemgås eksempler på mulige spørgsmål inden de forskellige temaer. Det bemærkes, at spørgsmålene ikke er valideret, hvorfor

arbejdsgruppen vurderer at der er behov for, at der foretages en validering af spørgsmålene inden evt. ibrugtagning.

Tabel 8. Eksempler på spørgsmål indenfor de foreslåede temaer

Tema	Spørgsmål	Svarmuligheder	
Funktionsniveau	Spørgsmål fra SUM	<i>Hvor tilfreds eller utilfreds er du med medarbejdernes støtte til at gøre dig så selvhjulpen som mulig i forhold til praktiske gøremål/personlig pleje?</i>	Meget utilfreds Utilfreds Hverken tilfreds eller utilfreds Tilfreds Meget tilfreds Ved ikke Modtager ikke ydelsen/irrelevant
	Justeret spørgsmål med udgangspunkt i spørgsmål fra SUM og ØIM	<i>Hvordan har din evne til at klare dig selv i de daglige gøremål udviklet sig i den tid, du har modtaget hjælp?</i>	Meget mere selvhjulpen Mere selvhjulpen Uændret Mindre selvhjulpen Meget mindre selvhjulpen Ved ikke Ikke relevant
Livskvalitet	Spørgsmål fra WHO	<i>I de sidste 2 uger ... Har jeg været glad og i godt humør Har jeg følt mig roligt og afslappet Har jeg følt mig aktiv og energisk Er jeg vågnet frisk og udhvilet Har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig</i>	Hele tiden Det meste af tiden Lidt mere end halvdelen af tiden Lidt mindre end halvdelen af tiden Lidt af tiden På intet tidspunkt
	Spørgsmål fra Københavns kommune	<i>Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som er vigtige for dig?</i>	Ja Både og Nej Ved ikke
	Spørgsmål fra Aarhus Kommune		
	Spørgsmål fra SUM	<i>Hvor tilfreds er de med medarbejderens imødekommenhed over for individuelle ønsker til udførelsen af den personlige pleje?</i>	Meget utilfreds Utilfreds Hverken tilfreds eller utilfreds Tilfreds Meget tilfreds Ved ikke Modtager ikke ydelsen/irrelevant

Sammenhæng og forudsigelighed	Spørgsmål fra SUM	<i>Hvor tilfreds er de med antallet af forskellige plejemedarbejdere i den hjælp du modtager?</i>	Meget utilfreds Utilfreds Hverken tilfreds eller utilfreds Tilfreds Meget tilfreds Ved ikke Modtager ikke ydelsen/irrelevant
	Spørgsmål fra ØIM	<i>Er det oftest de samme hjælpere, der kommer hos dig?</i>	Ja Både og Nej Ved ikke
		<i>Er den hjælp, du får, lige god uanset hvilken hjælper, der kommer i dit hjem?</i>	Ja Både og Nej Ved ikke
	Justeret forslag fra Rambøll	<i>Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den?</i>	Ja Både og Nej Ved ikke
<i>Passer den hjælp/støtte du får til dine behov?</i>		Ja Både og Nej Ved ikke	
Tilfredshed med hjælpen	Justeret spørgsmål med udgangspunkt i spørgsmål fra SUM og ØIM	<i>Hvad synes du samlet set om den hjælp du modtager?</i>	Jeg er meget tilfreds Jeg er tilfreds Jeg er både tilfreds og utilfreds Jeg er utilfreds Jeg er meget tilfreds Ved ikke
	Justeret forslag fra Rambøll – inspiration fra SUM, ØIM og Holland	<i>Hvad synes du samlet om den hjælp og støtte, du får?</i>	Meget god God Hverken eller Dårlig Meget dårlig Ved ikke
		<i>Vil du anbefale den hjælp, du modtager til andre med samme behov?</i>	Ja Nej Måske Ved ikke (alternativt skal fra 1-10)
Frit valg	Justeret spørgsmål på baggrund af SUMs BTU	<i>Kender du til muligheden for at kunne vælge mellem kommunale og private leverandører?</i>	Ja Nej Ved ikke

		<i>Hvor vigtig er det for dig, at der eksisterer en ordning om frit valg til leverandører af hjælp</i>	Slet ikke vigtigt Ikke vigtigt Neutral Vigtigt Meget vigtigt Ved ikke
Behov	Justeret forslag fra Rambøll	Oplever du, at den hjælp, du modtager, gør dig i stand til selv at vælge, hvad du vil og hvornår?	Ja Både-og Nej Ved ikke
	Justeret forslag fra Rambøll – inspiration fra Sverige	Oplever du, at personalet tager hensyn til dine behov og ønsker til, hvordan hjælpen skal udføres?	Ja Både og Nej Ved ikke

9. Hvordan kan indikatorer anvendes i praksis

Det er arbejdsgruppens vurdering, at der bør overvejes en model, hvor kommunerne får adgang til egne data på individniveau. Der er således tale om detaljerede data, som ikke kan offentliggøres på nationalt niveau af hensyn til individdata.

Det vil give den enkelte kommune mulighed for at koble data og give kommunen viden om sammenhængen mellem indsatser og effekter. Kommunerne vil endvidere få mulighed for at nedbryde og opdele data på eksempelvis de geografiske områder og indsatstyper, som kommunen har behov for at få lavet de analyser, der lokalt er relevant.

Kommunerne vil herved få mulighed for at anvende data i endnu højere grad til at udarbejde relevante analyser, der kan give kommunerne et styringsredskab til at udvikle kvaliteten af ældreplejen.

Lignende løsninger findes allerede i dag på andre områder igennem FLIS (Fælleskommunalt Ledelsesinformation), hvor den enkelte kommune eksempelvis på skoleområdet kan nedbryde nationale nøgletal ned på skole og elevniveau.

Det er arbejdsgruppens vurderinger, at det i denne sammenhæng kan undersøges om det eksisterende ældreområde i FLIS kan udbygges med adgang til de nye kvalitetsindikatorer.

Bilag 1

Overblik over interessenters holdning til kvalitetsindikatorer i ældreplejen

Der er i forbindelse med udarbejdelsen af kvalitetsindikatorer i ældreplejen afholdt en række møder med følgende relevante interessenter på område: Ældresagen, Danske Ældreråd, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Dansk Industri, Dansk Erhverv, KA pleje.

Samtlige inddragede interessenter ønsker kvalitetsindikatorer på lokalt niveau, med det formål enten at bruge kvalitetsindikatorer som et redskab til kvalitetsudvikling og styring eller for at skabe gennemsigtighed for borgerene og pårørende. De private leverandører understreger i den sammenhæng, at det er vigtigt at kunne adskille offentlige og private leverandører.

Som mulige emner er interessenterne enige i, at de fire emner, som blev præsenteret i foranalysen af kvalitetsindikatorer (Rambøll 2018) er et godt udgangspunkt. Herudover foreslår borger-organisationerne emner, som kontinuitet, tryghed og selvbestemmelse. Danske Sygeplejeråd ønsker kvalitetsmål, som viser sammenhæng mellem den oplevede kvalitet og faglige kvalitet (kompetencer), mens erhvervsorganisationerne i større grad efterlyser procesmål, som sygefravær eller antal medarbejde i borgerens hjem.

Interessenterne er herudover enige i, at indikatorer bliver nødt til at måles relativt hyppigt, hvis det skal anvendes lokalt og give et godt indblik i den faktiske kvalitet i ældreplejen. I forlængelse heraf opfordres til at kvalitetsindikatorerne kan brydes ned og gøres mere specifikke ift. bl.a. konkrete indsatser og diagnoser. Endvidere var der en generel opfattelse af, at hvor der meningsfuldt kan anvendes registerdata er det at foretrække, idet datahyppigheden er højere.

Interessenterne generelt vigtigheden af, at kvalitetsindikatorerne bliver implementeret lokalt i kommunerne og ledsages af forslag til, hvordan indikatorerne kan anvendes i kvalitetsarbejdet i forhold til relevante målgrupper.

Resultaterne af kortlægningsfasen af behov og formål blandt interessenter har ligget til grund for den videre analyse.

Bilag 2. Overblik over de kommunale indberetninger (Ældreserviceindikatorer)

Aftalen om dokumentation på ældreområdet består af følgende 23 nationale indikatorer:

1. Kvalitet af hjælpen
2. Hjælpens stabilitet
3. Antal forskellige hjælpere
4. Kendskab til frit valg
5. Kendskab til fleksibel hjemmehjælp
6. Det gennemsnitlige antal sygehusliggedage (for >67-årige)
7. Det gennemsnitlige antal genindlæggelser (for >67-årige)
8. Antal visiterede og leverede timers hjemmehjælp til borgere omfattet af frit valg (eget hjem)
9. Antal visiterede timers hjemmehjælp for borgere i plejebolig/plejehjem
10. Antal modtagere af praktisk hjælp/personlig pleje, der er omfattet af frit valg
11. Antal hhv. plejehjemspladser og plejeboliger
12. Antal ældre, der modtager genoptræning/træning
13. Antal gennemførte forebyggende hjemmebesøg
14. Andel af hjemmehjælpsmodtagere samt andel førstegangsvisiterede hjemmehjælpsmodtagere, der benytter en privat leverandør
15. Antal hjemmehjælpsmodtagere, der skifter leverandør
16. Antal ældre, der benytter frit boligtilbud til hhv. plejebolig/plejehjem og ældrebolig
21. Brugertidsprocent (BTP)
22. Antal hjemmehjælpsbesøg, der gennemføres planmæssigt
23. Den gennemsnitlige ventetid til plejebolig og plejehjemsplads

Bilag 3. Oversigt over funktionsevnetilstande og indsatser i FSIII (servicelov)

FSIII Funktionsevnetilstande og indsatser (Servicelov), version 1.11 (19.04.16)

FUNKTIONSEVNETILSTANDE

Egenomsorg

Vaske sig
Kropspleje
Af- og påklædning
Drikke
Fødeindtagelse
Spise
Varetage egen sundhed
Gå på toilet

Praktiske opgaver

Lave husligt arbejde
Lave mad
Udføre daglige rutiner
Skaffe sig varer og tjenesteydelser

Mobilitet

Løfte og bære
Bevæge sig omkring
Bruge transportmidler
Færden i forskellige omgivelser
Forflytte sig
Ændre kropsstilling
Muskelstyrke
Gå
Udholdenhed

Mentale funktioner

Anvende kommunikationsudstyr og
-teknikker
Hukommelse
Orienteringsevne
Overordnede kognitive funktioner
Følelsesfunktioner
Energi og handlekraft
Tilegne sig færdigheder
Problemløsning

Samfundsliv

Have lønnet beskæftigelse

INDSATSER

Aflastningsophold uden for hjemmet
Afløsning i hjemmet
Ernæring
Genoptræning af funktionsnedsættelse
Hverdagens aktiviteter
Indkøb
Madservice
Midlertidig ophold
Mobilitet
Personlig hygiejne
Praktisk hjælp efter §84
RH Ernæring
RH Hverdagens aktiviteter
RH Indkøb
RH Mobilitet
RH Personlig hygiejne
RH Rengøring
RH Tilberede/anrette mad
RH Tilsyn/omsorg
RH Tøjvask
RH Udskillelser
Rengøring
Tilberede/anrette mad
Tilsyn/omsorg
Tøjvask
Udskillelser
Vedligehold af færdigheder

Bilag 4.

Bekendtgørelse om plejehjemsoversigten

I medfør af § 14 a, stk. 4, i lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1114 af 30. august 2018 fastsættes:

Kapitel 1

Formål og anvendelsesområde

§ 1. Formålet med plejehjemsoversigten er

- 1) at give information om og overblik over alle plejehjem, plejeboligbebyggelser og friplejeboligbebyggelser, jf. § 3,
- 2) at understøtte borgernes frie valg af tilbud, jf. § 3 og
- 3) at understøtte lige konkurrence mellem private og offentlige leverandører.

§ 2. Plejehjemsoversigten skal være internetbaseret og tilgængelig, så både myndigheder og borgere kan søge oplysninger på oversigten.

Stk. 2. Indberetninger til plejehjemsoversigten skal ske elektronisk og i overensstemmelse med systematikken i den database, der er indrettet dertil.

§ 3. Plejehjemsoversigten indeholder oplysninger om følgende typer af kommunale og private tilbud, hvor hjælpen og støtten til borgerne i tilbuddet ikke i væsentligt omfang omfatter støtte efter § 85 i lov om social service, jf. § 14 a, stk. 1 og 2, i lov om social service:

- 1) Plejehjem efter § 192 i lov om social service.
- 2) Plejeboligbebyggelser, der er omfattet af lov om almen boliger m.v.
- 3) Plejeboligbebyggelser der er omfattet af lov om boliger for ældre og personer med handicap.
- 4) Friplejeboligbebyggelser omfattet af lov om friplejeboliger.

Kapitel 2

Oprettelse og nedlæggelse af tilbud i plejehjemsoversigten

Tilbud der er del af den kommunale boligforsyning

§ 4. For kommunale og private tilbud, der er del af den kommunale boligforsyning, har kommunalbestyrelsen pligt til at sikre, at oplysningerne om tilbuddet indberettes til plejehjemsoversigten.

Stk. 2. Oplysninger om nye tilbud skal senest registreres i plejehjemsoversigten på ibrugtagelsestidspunktet for boligerne.

Tilbud der ikke er en del af den kommunale boligforsyning

§ 5. For private tilbud, der ikke er en del af den kommunale boligforsyning, har det private tilbud pligt til at sikre, at oplysningerne om tilbuddet indberettes til plejehjemsoversigten.

Stk. 2. Oplysninger om nye tilbud skal senest registreres i plejehjemsoversigten på ibrugtagelsestidspunktet for boligerne.

§ 6. Nedlægges et tilbud, der er registreret på plejehjemsoversigten, skal den, der har ansvar for oprettelse af tilbuddet på plejehjemsoversigten, fjerne tilbuddet fra plejehjemsoversigten.

Kapitel 3

Indberetning af oplysninger

§ 7. Kommunalbestyrelser, jf. § 4, og private tilbud, jf. § 5, skal løbende indberette oplysninger til plejehjemsoversigten om nye tilbud eller ændringer i allerede eksisterende tilbud.

Stk. 2. Det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at beslutte, om indberetningen af oplysninger om tilbud, der er del af den kommunale forsyning, jf. § 4, foretages af kommunen eller det enkelte tilbud. Kommunalbestyrelsen bør inddrage det enkelte tilbud i forhold til, hvilke oplysninger der indberettes til plejehjemsoversigten.

Stk. 3. Et tilbud har ikke krav på, at andre oplysninger end dem, der er nævnt i § 8, skal fremgå af plejehjemsoversigten.

§ 8. De oplysninger, der skal indberettes om tilbuddene, omfatter følgende:

- 1) Baggrundsoplysninger om tilbuddet:
 - a) Tilbuddets navn.
 - b) Adresse.
 - c) Hovedtelefonnummer.
 - d) Mail.
 - e) Link til tilbuddets, alternativt kommunens, hjemmeside.
 - f) 4 billeder af tilbuddet.
 - g) Tilbuddets leders navn, leder-mail og leder-citat om tilbuddet.
 - h) Sygefravær.
- 2) Bolig og drift:
 - a) Virksomhedsform (markeres ved afkrydsning).
 - b) Antal boliger i alt og antallet af boliger, der er egnet for par.
 - c) Husleje og indskud.
 - d) Demensmærkning, jf. § 3 og § 2 i bekendtgørelse om mærkning af demensegnede plejeboliger.
 - e) Beskrivelse af boligerne. Herunder markeres ved afkrydsning oplysninger om tekøkken, antal værelser, skabe, altan, eget badeværelse, internet, TV-pakke og træningsfaciliteter.
 - f) Beskrivelse af tilbuddets omgivelser. Herunder markeres ved afkrydsning oplysninger om gårdhave/grønne områder og sansehaver.
 - g) Eget dyr tilladt og fælles dyr (markeres ved afkrydsning).
 - h) Ydelser hvor der er egenbetaling.
 - i) Mulighed for tilkøb (markeres ved afkrydsning).
- 3) Faglig tilgang og aktiviteter:
 - a) Værdigrundlag.
 - b) Overordnet vision.
 - c) Faglig tilgang.
 - d) Tilgang til pårørende.
 - e) Mad. Herunder markeres ved afkrydsning om maden laves på tilbuddet.
 - f) Aktiviteter. Herunder markeres ved afkrydsning om der er faste ugentlige arrangementer.
 - g) Frivillige (markeres ved afkrydsning).
 - h) Seneste kommunale tilsynsrapport, hvis kommunen udarbejder en rapport i forbindelse med sit tilsyn.
 - i) Seneste tilsynsrapport efter sundhedsloven, jf. § 213 b, stk. 1, i sundhedsloven. Tilsynsrapporten skal være tilgængelig på oversigten i de første to år efter afrapporteringen.
 - j) Seneste tilsynsrapport efter serviceloven, jf. § 150 b, stk. 1, i lov om social service. Tilsynsrapporten skal være tilgængelig på oversigten i de første to år efter afrapporteringen.

Kapitel 4

Stikprøvekontrol med oplysningerne på plejehjemsoversigten

§ 9. Sundhedsdatastyrelsen fører stikprøvekontrol med, at oplysningerne i plejehjemsoversigten er indberettet, jf. kapitel 2, og i overensstemmelse med plejehjemsoversigtens systematik, jf. kapitel 3.

Stk. 2. Stikprøvekontrollen kan foretages ved, at Sundhedsdatastyrelsen anmoder den indberetningspligtige om at indsende skriftlig dokumentation, eller ved at Sundhedsdatastyrelsen gennemfører en dataanalyse.

Stk. 3. Sundhedsdatastyrelsen kan følge op i forhold til den indberetningspligtige, såfremt oplysninger om tilbud ikke er indberettet, eller oplysningerne ikke er i overensstemmelse med plejehjemsoversigtens systematik, jf. kapitel 3.

Markering i plejehjemsoversigten

§ 10. Sundhedsdatastyrelsen kan markere i plejehjemsoversigten, hvis den indberetningspligtige ikke har indberettet oplysninger om tilbud til plejehjemsoversigten, eller hvis oplysningerne ikke er i overensstemmelse med plejehjemsoversigtens systematik.

Stk. 2. Sundhedsdatastyrelsen skal, inden styrelsen markerer i plejehjemsoversigten, give den indberetningspligtige 4 uger til at indberette de pågældende oplysninger om tilbuddet.

Stk. 3. Sundhedsdatastyrelsen skal fjerne en markering i plejehjemsoversigten, når den indberetningspligtige har indberettet de pågældende oplysninger, der ligger til grund for markeringen.

Kapitel 5

Ikrafttræden

§ 11. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. november 2018.
Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 616 af 25. maj 2018 om plejehjemsoversigten ophæves.

Sundheds- og Ældreministeriet, den 22. oktober 2018

Thyra Frank

/ Anne Louise Nyegaard Hellen

Bilag 5. Overblik over samtlige indikatorer, som arbejdsgruppen har vurderet

Indikator	Operationalisering	Styrker	Svagheder	Datagrundlag/ Tidsperspektiv
Funktionsniveau: Forslag 1: Hvor længe ældre bor hjemme	Gennemsnitlig alder for hvornår ældre flytter på plejehjem.	Indikatoren vurderes at være let at forstå og giver en indikation af, hvorvidt ældre borgere er selvhjulpne.	<p>Indikatoren kan være påvirket af mange ting, fx antal plejehjemspladser, sundhedstilstand og middellevetid i kommunen.</p> <p>Indikatoren siger udelukkende noget om plejehjem, og inkluderer ikke borgere, der modtager hjemmehjælp.</p> <p>Det er ikke muligt at skelne mellem permanente og midlertidige plejeboligpladser.</p> <p>Indikatoren er ikke entydig udtryk for høj kvalitet, da høj alder ved indflytning i plejebolig også kan være udtryk for en stram visitationspraksis.</p>	Indikator bygger på data fra EOJ.

<p>Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Forslag 1: Borgerens oplevede livskvalitet knyttet til indsatserne</p>	<p>I hvilken grad betyder den ældrepleje, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som er vigtige for dig? Eller: I hvilken grad betyder den ældrepleje, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som du gerne vil?</p>	<p>Indikatoren laver en direkte kobling mellem den ydelse, der leveres, og borgerens selvbestemmelse og selvhjulpenhed.</p>	<p>Det er et brugertilfredsheds mål og ikke registerbaseret. Udfordringen er, at borgerene kan have forskellige opfattelser af spørgsmålet og svarkategorierne.</p> <p>Indikatoren er udtryk for borgerens opfattelse af indsatsernes effekt frem for objektive mål.</p>	<p>Indikatoren bygger på data fra brugertilfredshedsundersøgelsen i ældreplejen og afhænger således af, hvilken model og omfang af bruger-tilfredshedsundersøgelser det vælger at gå videre med.</p> <p>Det er ambitionen, at en evt. brugertilfredshedsundersøgelser vil kunne udvikles ultimo 2019.</p>
<p>Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Forslag 2: Borgernes brug af de frie valg</p>	<p>Andel borgere der er visiteret til hjemmepleje, der gør brug af det frie valg.</p>	<p>Indikatoren indgår i dokumentationsprojektet på ældreområdet (ældreserviceindikatorprojektet), og vil således være tilgængelig på kort sigt.</p>	<p>Borgerens brug af det frie valg kan være påvirket af mange andre forhold.</p> <p>Indikatoren kan ikke entydig siges at måle kvalitet i eller tilfredshed med indsatsen.</p> <p>Indikatoren vedrører kun hjemmeplejen og ikke borgere, der bor på plejehjem.</p> <p>Indikatoren siger ikke nødvendigvis noget om indflydelse, da det kan afhænge af andre forhold, som tilgængelighed og antal medarbejdere.</p>	<p>Data findes allerede i dag, og en indikator for borgerens brug af det frie valg vil således være tilgængelig på kort sigt.</p>

<p>Livskvalitet og tilfredshed med hjælpen: Forslag 3: Andel borgere der modtager hjælp</p>	<p>Indikatoren foreslås operationaliseret som følgende: Andel ældre borgere, der modtager hjemmehjælp.</p>	<p>Det vil være muligt at opgøre indikatoren på kort sigt. Samtidig vurderes indikatoren at være nem at forstå.</p>	<p>Indikatoren kan ikke direkte tolkes som kvalitet af indsatsen eller livskvalitet, da man ikke kan sige noget om, hvorvidt de borgere, der modtager hjælp, er tilfredse med eller har gavn af den hjælp de modtager.</p> <p>Indikatoren er bl.a. påvirket af den generelle sundhedstilstand blandt de ældre i kommunen. Det må dog antages at gælde for alle kommuner</p> <p>En lav andel hjemmehjælpsmodtagere kan være udtryk for en stram visitationspraksis. Kommuner, der underviserer hjælp, vil blive belønnet.</p>	<p>Data findes allerede i dag, og det vil således være muligt at opgøre en indikator for dette på kort sigt.</p>
<p>Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 1: Antal medarbejdere i borgerens hjem</p>	<p>Indikatoren kan eventuelt udelukkende fokusere på den praktiske hjælp, som borgere modtager.</p>	<p>Antallet af medarbejdere i borgerens hjem kan være udtryk for kvalitet, idet borgerne oplever kendskab til medarbejderne.</p>	<p>Antal medarbejdere i borgerens hjem er ikke nødvendigvis udtryk for kvalitet. Det kan også skyldes, at der er tale om komplekse forløb, hvor der er behov for forskellige medarbejdere.</p>	<p>Indikatoren kan i dag ikke måles via registerdata.</p>
<p>Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 2:</p>	<p>Kontinuitet kan måles gennem brugertilfredshedsundersøgelser, hvor der fx spørges ind til, hvorvidt</p>	<p>Kendskab til medarbejder kan bidrage til tryghed og dermed kvalitet.</p>	<p>Kendskab er ikke nødvendigvis udtryk for kvalitet.</p>	<p>Indikatoren kan ikke måles via registerdata.</p>

Hvorvidt borgeren ved hvilke medarbejdere, der kommer i hjemmet	borgeren oplever, at de ved, hvem der kommer i hjemmet.			
Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 3: Hvorvidt borgeren oplever, at der varsles om forsinkelser Forudsigelighed	Forudsigelighed kan måles gennem brugertilfredshedsundersøgelser, hvor der spørges ind til, hvorvidt borgeren oplever, at der varsles om forsinkelser.		Det forudsætter, at borgeren ved, hvornår der skal komme hjælp. Det er nødvendigt at klargøre, hvad og hvor meget forsinkelse dækker over.	Indikatoren kan ikke måles via registerdata.
Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 4: Andel borgere, der skifter leverandør af hjælp	Indikatoren foreslås operationaliseret som følgende: Antal borgere, der skifter leverandør af hjælp, udtryk for diskontinuitet/manglende tillid.		Borgerens brug af det frie valg kan være påvirket af mange andre forhold – fx af antallet af forskellige leverandører i området, og om der for nylig er sket en konkurs blandt den private leverandører.	
Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag	Kommunale indberetninger for antal aflyste besøg i hjemmeplejen.		Indikatoren opgøres i dag i Danmarks Statistik via nøgletallet "Antal hjemmehjælpsbesøg, der gennemføres	Data findes allerede i dag. Kvaliteten af data gør dog, at der vil være behov for at forbedre EOJ-

<p>5: Antal aflyste besøg i hjemmeplejen.</p>			<p>planmæssigt". Alle de kommuner, der har indberettet data for 2017, har indberettet, at minimum 99 pct. af besøgene gennemføres som planlagt. Dette kan enten være udtryk for, at der er en meget begrænset variation, eller at definitionen af nøgletallet ikke medfører variation mellem kommunerne. Den begrænsede variation på nøgletallet kræver en opstramning i forhold til registreringspraksis i kommunerne.</p> <p>Det er nødvendigt at præcisere definitionen af registreringen, så der måles på de besøg, der aflyses af leverandøren og ikke af modtageren.</p>	<p>data, hvorfor det vurderes at være muligt at udvikle indikatoren på mellemlangt sigt.</p>
<p>Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 6: Oplevelse af tryghed i forhold til den hjælp borgeren modtager</p>	<p>En indikator kan være borgerens oplevelse af tryghed i forhold til den støtte, som de modtager, som kan måles ved hjælp af brugertilfredshedsundersøgelse. Hvor tryk føler du dig i hverdagen ved den støtte, du får? Eller: I hvor høj grad føler du dig tryk ved den støtte, du får?</p>		<p>Indikatoren bliver en samlebetegnelse for tryghed og forudsigelighed. Det bliver derfor en meget overordnet indikator, der ikke siger noget om de enkelte elementer.</p>	

Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 7: Responstid, hvis borgeren har brug for hjælp	En indikator kan være responstid, hvis borgeren spørger til hjælp.	Der er datagrundlag for at udtale sig om, hvorvidt hjælp er akut eller planlagt.	Der er ikke datagrundlag for at opgøre den reelle responstid. Indikatoren bliver baseret på borgerens oplevelse ift. fx, hvad responstid er. Det er derfor nødvendigt, at der bliver formuleret et meget præcist spørgsmål.	
Sammenhæng på tværs af sektorer: Forslag 8: Sammenhæng mellem de organisatoriske opdelinger.	Hvem har henvist borgeren til ældreplejen?		Indikatoren siger ikke noget om sammenhængen mellem indsatser, men blot hvor vedkommende er henvist fra.	Indikatoren kan laves vha. FSIII.