Til
Sundheds- og Ældreministeriet

Dokumenttype
Rapport

Dato
Februar 2018

FORANALYSE AF KVALITETSINDIKATORER I ÆLDREPLEJEN OG BRUGERTILFREDSHEDSUNDERSØGELSER

RAMBØLL

KVALITETSINDIKATORER I ÆLDRE-PLEJEN OG BRUGERTILFREDSHEDS-UNDERSØGELSER

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	**INTRODUKTION**	**1**
2.	**FORANALYSENS DESIGN**	**2**
2.1	Metodisk tilgang til foranalysen	3
3.	**KVALITETSINDIKATORER**	**4**
3.1	Nationale og internationale erfaringer med kvalitetsindikatorer	4
3.2	Udvælgelse og udvikling af indikatorer	5
4.	**BRUGERTILFREDSHED**	**11**
5.	**ANBEFALINGER**	**12**
6.	**BESKRIVELSE OG VURDERING AF INDIKATORER**	**14**
6.1	Sundhed model 1 – antal forebyggelige indlæggelser	14
6.2	Sundhed model 2 – antal forebyggelige indlæggelser hos modtagere af hjælp	17
6.3	Sundhed model 3 – antal forebyggelige indlæggelser og tilfælde af alvorligt uplanlagt vægttab hos modtagere af hjælp	20
6.4	Rehabilitering model 2 – stabilt/forbedret funktionsevneniveau	24
6.5	Rehabilitering model 3 – målopfyldelse ved selvvurdering	27
6.6	Livskvalitet forslag 1 – WHO-5	30
6.7	Livskvalitet forslag 2 – kommunal hjælp og livskvalitet	33
6.8	Sammenhæng og behov forslag 1 – kontinuitet	35
6.9	Sammenhæng og behov forslag 2 – den rette hjælp	37
6.10	Sammenhæng og behov forslag 3 – tryghed og selvbestemmelse	39

Ramboll
Olof Palmes Allé 20
DK-8200 Aarhus N
Denmark
www.ramboll.com

1. INTRODUKTION

Sundheds- og Ældreministeriet har bedt Rambøll Management Consulting udarbejde en foranalyse af kvalitetsindikatorer og brugertilfredshedsundersøgelser i ældreplejen.

På nuværende tidspunkt er der begrænset viden om kvaliteten af den hjælp, som svage ældre borgere modtager i kommunerne. Der er behov for mere systematisk at indsamle data, som gør det muligt at opgøre og sammenligne kvaliteten af plejen på tværs af kommunerne for på den måde at understøtte en mere ensartet og høj kvalitet i plejen af svage ældre. Derfor har parterne bag *Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020* af 8. november 2016 besluttet at undersøge muligheden for at udvikle 3-5 overordnede kvalitetsindikatorer, som måler kvaliteten af ældreplejen, og belyse mulige løsningsmodeller for sammentænkning af de nuværende tre typer af brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet.

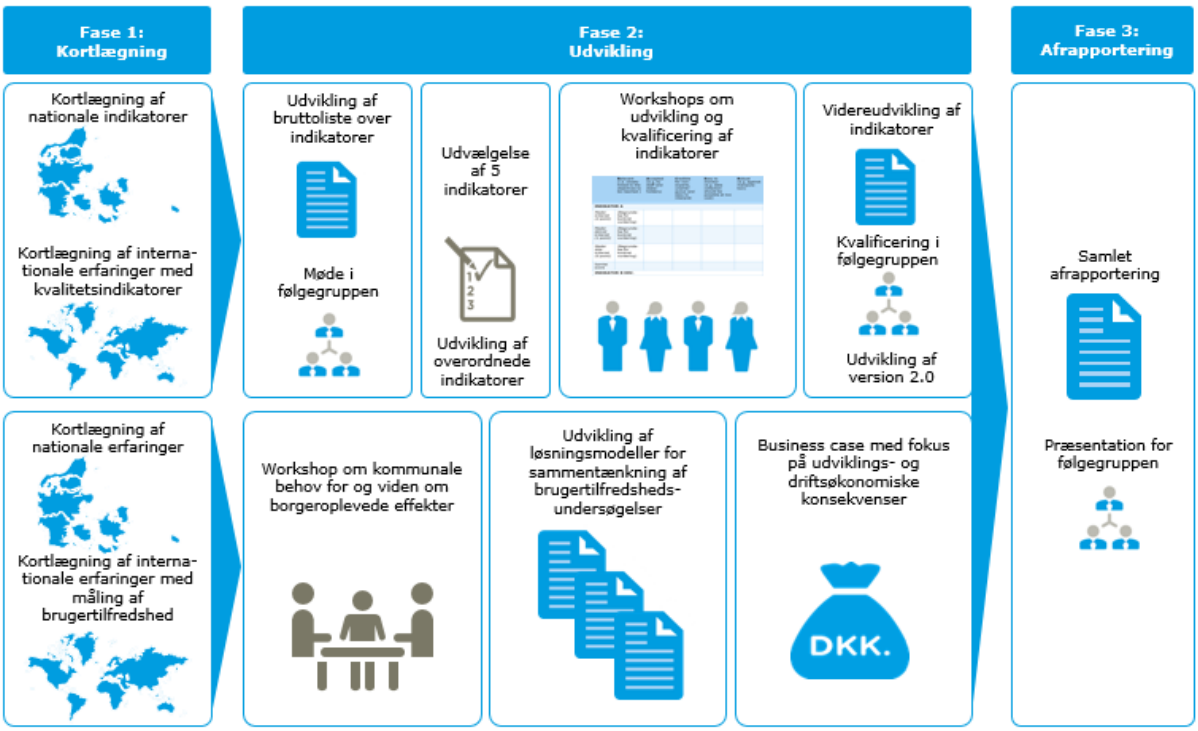
Denne rapport beskriver foranalysen med fokus på de forslag og anbefalinger, Rambøll har udarbejdet. Som et supplement til rapporten har Rambøll udarbejdet en bilagssamling med en udførlig beskrivelse af foranalysens design og en grundigere introduktion til proces og resultaterne af foranalysens to spor.

Indledningsvis præsenteres foranalysens design. Herefter præsenteres hovedresultaterne fra foranalysens spor et om kvalitetsindikatorer efterfulgt af en præsentation af hovedresultaterne fra foranalysens spor to om brugertilfredshed. På baggrund af de to spor præsenteres Rambølls anbefalinger i forhold til udvikling af nationale kvalitetsindikatorer og løsningsmodel for sammentænkning af brugertilfredshedsundersøgelser. Afslutningsvis præsenteres de udviklede kvalitetsindikatorer og en kriterievurdering heraf.

2. FORANALYSENS DESIGN

Foranalysen bygger på en grundig dataindsamling og inddragelse af interessenter. Den er gennemført som en analyse i to spor, hvor det første spor har afdækket mulighederne for at udvikle 3-5 overordnede kvalitetsindikatorer, som måler kvaliteten af ældreplejen på tværs af social- og sundhedsfaglige indsatser i kommunerne. Det andet spor har fokuseret på den borgeroplevede kvalitet, og hvordan målinger heraf kan styrkes. Designet er vist i figuren nedenfor. Spor et er den øverste del af figuren, mens spor to er vist i den nederste del af figuren.

Figur 1: Foranalysens design



Begge spor er indledt med en kortlægningsfase med fokus på nationale og internationale erfaringer. Den nationale kortlægning blev gennemført som desk research og ved hjælp af interviews. Respondenterne blev udvalgt dels via inputs fra den etablerede følgegruppes medlemmer (se næste side) og dels via en snowball-tilgang, hvor interviewpersonerne er blevet bedt om at henvise til andre med relevante erfaringer. Den internationale kortlægning har dækket Norge, Sverige, England, Holland og Australien med henblik på at indhente erfaringer fra lande, der var forventet at være langt fremme med at arbejde med kvalitetsindikatorer.

Den systematisk indsamlede viden om erfaringerne med kvalitetsindikatorer og brugertilfredshedsundersøgelser har dannet grundlag for en grundig udviklingsfase med stort fokus på interessentinddragelse. I spor et har kortlægningen været udgangspunkt for en drøftelse med følgegruppen om en bruttoliste over indikatorer. På baggrund heraf er der udvalgt overordnede indikatorer til videre bearbejdning, som er foregået på workshops med følgegruppen og en række øvrige eksterne eksperter samt workshops med kommuner med henblik på udvikling og kvalificering af konkrete forslag til kvalitetsindikatorer. De forslag, Rambøll har udviklet, er således blevet drøftet og kvalificeret ad flere omgange.

I spor to er viden fra kortlægningen blevet suppleret med fire workshops med kommuner for at inddrage deres erfaringer med og behov ift. brugertilfredshedsundersøgelser. Med udgangspunkt

heri har Rambøll udviklet løsningsmodeller for sammentænkning af de nuværende brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet[1] samt udarbejdet en økonomisk analyse af konsekvenserne heraf for på den baggrund at anbefale en model for en fremtidig national brugertilfredshedsundersøgelse. Det skal understreges, at de to spor er gensidigt afhængige, da spor to i praksis forholder sig til kvalitet i form af borgeroplevet kvalitet.

Foranalysens design er beskrevet mere udførligt i bilagssamlingens Bilag 1: Foranalysens design.

2.1 Metodisk tilgang til foranalysen

I det foregående afsnit er foranalysens aktiviteter beskrevet. Det bagvedliggende design bygger på en række metodiske overvejelser:

- Foranalysen er **vidensbaseret**. For at kunne udvikle de rette indikatorer og den rette model for brugertilfredshedsundersøgelser er der gennemført en systematisk kortlægning af nationale og internationale erfaringer ved hjælp af snowballing-tilgangen.

- Den vidensbaserede tilgang er suppleret med en **behovsbaseret** tilgang. Det betyder, at arbejdet med at udvikle de rette indikatorer og den rette model for brugertilfredshedsundersøgelser bygger på en afdækning af de relevante aktørers behov.

- Disse to tilgange er understøttet ved en **tragtproces** for at være åbne over for ny viden og nye behov. Det betyder, at tilgangen til foranalysen indledningsvis har været meget åben for derefter løbende at blive indsnævret.

- Den behovsbaserede tilgang er understøttet af en **inddragende proces**, hvor interessenter, kommuner og eksperter løbende har været inddraget med henblik på at give deres inputs til foranalysen. I figuren herunder er vist deltagerne i nogle af de involverende aktiviteter. Samtidig har processen været **iterativ** med flere gennemløb så de involverede aktører har set, givet inputs til og kvalificeret de udviklede indikatorer ad flere omgange.

Figur 2: Inddragelse af interessenter, kommuner og eksperter

Medlemmer af følgegruppen	Deltagere på ekspertworkshop	Deltagere på kommunale kvalitetsindikator-workshops	Deltagere på kommunale workshops om borgeroplevede effekter
• Ældre Sagen • Danske Ældreråd • KL • Sønderborg Kommune • Aarhus Kommune • Lyngby-Taarbæk Kommune • Favrskov Kommune • Sundhedskartellet • Dansk Sygeplejeråd • FOA • KA Pleje • Dansk Industri • Dansk Erhverv • Sundhedsstyrelsen • Sundhedsdatastyrelsen	• Ældre Sagen • Danske Ældreråd • KL • Lyngby-Taarbæk Kommune • Roskilde Kommune • Slagelse Kommune • Sundhedskartellet • Dansk Sygeplejeråd • FOA • KA Pleje • Dansk Industri • Dansk Erhverv • Sundhedsstyrelsen • Sundhedsdatastyrelsen • Dansk Selskab for Patientsikkerhed • Center for Sund Aldring	• Aalborg Kommune • Aarhus Kommune • Frederikshavn Kommune • Herning Kommune • Hjørring Kommune • Horsens Kommune • Ikast-Brande Kommune • Jammerbugt Kommune • Kolding Kommune • Middelfart Kommune • Norddjurs Kommune • Odense Kommune • Randers Kommune • Silkeborg Kommune • Struer Kommune • Syddjurs Kommune • Sønderborg Kommune • Varde Kommune	• Aalborg Kommune • Aarhus Kommune • Favrskov Kommune • Fredensborg Kommune • Frederikshavn Kommune • Gentofte Kommune • Greve Kommune • Hjørring Kommune • Ikast-Brande Kommune • Jammerbugt Kommune • Kolding Kommune • Læsø Kommune • Norddjurs Kommune • Næstved Kommune • Odder Kommune • Randers Kommune • Roskilde Kommune • Silkeborg Kommune • Skanderborg Kommune • Slagelse Kommune • Stevns Kommune • Svendborg Kommune • Syddjurs Kommune • Varde Kommune

- Endelig er udviklingen og vurderingen af de udviklede indikatorer gennemført med udgangspunkt i en **kriteriebaseret** tilgang ved hjælp af RACER-metoden[2], som understøtter en systematisk vurdering af indikatorerne. Denne er vist i figur 5 på side 7.

[1] Aktuelt gennemfører Sundheds- og Ældreministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet samt mange kommuner forskellige brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet.

[2] RACER-metoden anbefales i Europa Kommissionens *Impact Assessment Guidelines (European Commission, 2005).*

3. KVALITETSINDIKATORER

Rambøll præsenterer neden for forslag til kvalitetsindikatorer. Vi indleder med resultaterne af den nationale og internationale kortlægning. Herefter gøres rede for udviklingen af indikatorerne, inden vi præsenterer de konkrete indikatorforslag. I bilagssamlingens bilag 2 er dette beskrevet mere udførligt.

3.1 Nationale og internationale erfaringer med kvalitetsindikatorer

Kortlægningen af nationale og internationale erfaringer med kvalitetsindikatorer viser, at der overordnet set arbejdes med fire typer kvalitetsindikatorer:

1. En gruppe indikatorer, der alle siger noget om borgersikkerhed eller -sundhed. Fælles for disse indikatorer er, at de har fokus på noget, ældreplejen skal undgå, sker. Det kan fx være medicinfejl, fald og brud eller forebyggelige indlæggelser.

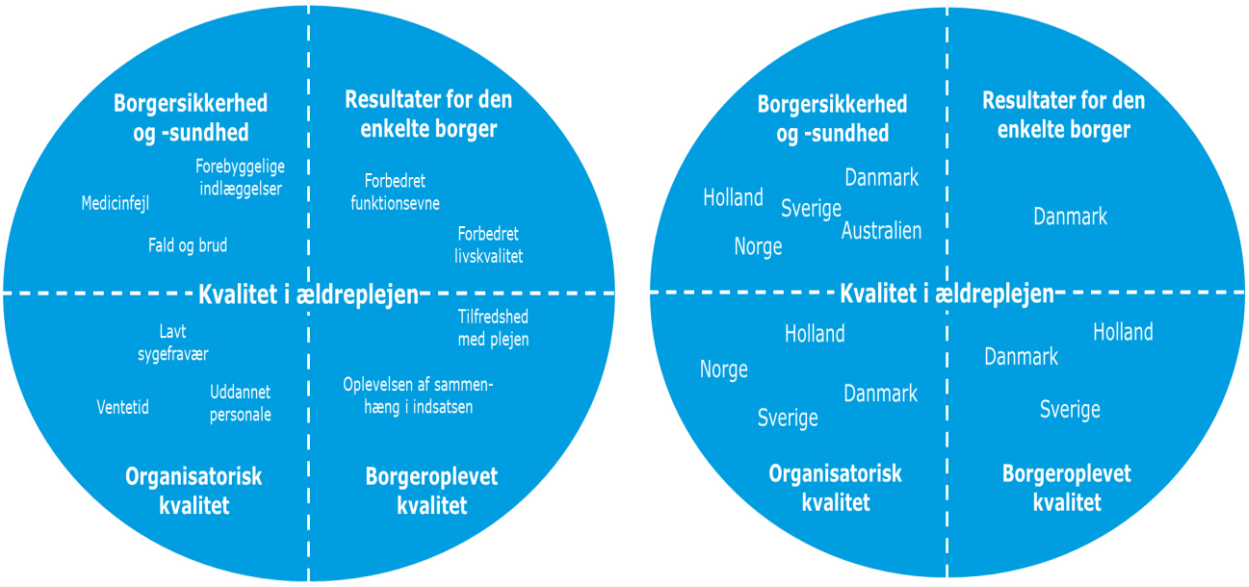
2. En gruppe indikatorer, der siger noget om den modsatte, positive vinkel – altså resultater for den enkelte borger, som plejeindsatser forsøger at skabe. Det er fx forbedret livskvalitet og forbedret eller fastholdt funktionsevneniveau.

3. En gruppe kvalitetsindikatorer knytter sig til den organisatoriske kvalitet. Det er fx lavt sygefravær, uddannet personale eller begrænset ventetid på indsatser.

4. Endelig er der en fjerde gruppe kvalitetsindikatorer med fokus på borgernes oplevelse af kvaliteten i ældreplejen. Det kan fx være tilfredshed med plejen eller oplevelsen af sammenhæng i indsatserne.

Denne opdeling er illustreret i figuren herunder.

Figur 3: Fire dimensioner af kvalitet i ældreplejen



Note: Figuren viser de fire dimensioner af kvalitet i ældreplejen: Borgersikkerhed og -sundhed, resultater for den enkelte borger, organisatorisk kvalitet og borgeroplevet kvalitet. I den venstre cirkel er angivet eksempler på indikatorer inden for hver af de fire dimensioner. I den højre cirkel er angivet, hvilke lande der har erfaringer med hver af de fire dimensioner.

I Danmark har man erfaringer med alle fire dimensioner af kvalitet. De konkrete erfaringer hermed er præsenteret i bilagssamlingens bilag 2, afsnit 1.1.

Australien har et kvalitetsindikatorkoncept, der tager udgangspunkt i en risikobaseret tilgang, som knytter sig til utilsigtede hændelser. Der er således alene erfaringer med kvalitetsindikatorer knyttet til dimensionen **borgersikkerhed og -sundhed**.

I Holland har man to kvalitetsindikatorprogrammer. Det ene anvendes til risikobaseret supervision, mens det andet har til formål at skabe transparens for borgerne. Tilsammen dækker de to programmer kvalitetsdimensionerne **borgersikkerhed og -sundhed, organisatorisk kvalitet og borgeroplevet kvalitet**.

De nationale kvalitetsindikatorer i Norge har fokus på **borgersikkerhed og -sundhed** samt **den organisatoriske kvalitet**. Men der er et ønske om at udvikle nationale bruger- og pårørende-undersøgelser med henblik på at inkludere denne dimension i deres kvalitetsindikatorer.

I Sverige arbejder man med kvalitetsindikatorer inden for dimensionerne **borgersikkerhed og -sundhed, organisatorisk kvalitet og borgeroplevet kvalitet**. De konkrete erfaringer i de fire lande er uddybet i bilagssamlingens bilag 2, afsnit 1.1.[3]

Det fremgår således, at det alene er i Danmark, der er erfaringer med indikatorer inden for dimensionen resultater for den enkelte borger, da de fire øvrige lande alene fokuserer på sikkerheds-/sundhedsdimensionen, den organisatoriske dimension og den borgeroplevede dimension. Dette kan dog hænge sammen med, at foranalysen i den internationale kortlægning har fokuseret på nationale kvalitetsindikatorer; der kan således også være lokale kvalitetsindikatorer i de øvrige lande inden for dimensionen resultater for den enkelte borger.

3.2 Udvælgelse og udvikling af indikatorer

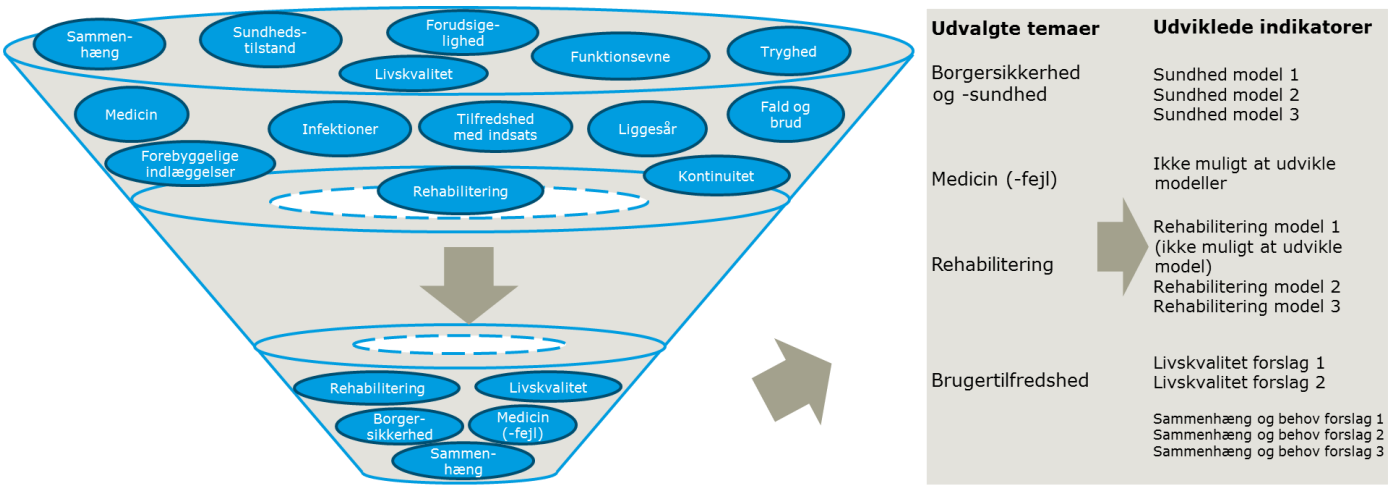
Med afsæt i de nationale og internationale erfaringer med kvalitetsindikatorer og inputs fra foranalysens følgegruppe har Rambøll udvalgt et antal overordnede kvalitetstemaer, der har dannet udgangspunkt for udviklingen af indikatorer.

Udvælgelsen er indledningsvist foregået gennem en tragtproces med stor åbenhed over for mulige indikatorer og en efterfølgende indsnævring til i alt 5 temaer. I udvælgelsen af temaer og den efterfølgende udvikling af indikatorer har der været fokus på indikatorer, som omhandler **resultaterne** af plejeindsatserne. Det betyder, at indikatorer med fokus på **proces** er valgt fra, hvorfor der ikke er temaer inden for dimensionen organisatorisk kvalitet. Der har ligeledes været fokus på at udvælge indikatorer med afsæt i objektive data frem for selvrapporterede (som det fx kendes i forhold til utilsigtede hændelser).

Udvælgelsen af temaer og udvikling af indikatorer er illustreret i figuren på næste side.

[3] Det har ikke været muligt at gennemføre kortlægning af erfaringerne med nationale kvalitetsindikatorer i England.

Figur 4: Udvælgelse og udvikling af indikatorer



Note: Figuren viser udvalgte indikatorforslag i toppen af tragten af visuelle grunde. Det faktiske antal indikatorforslag har været større. Der er ikke udviklet endelige indikatorforslag for temaet medicin (-fejl) og rehabilitering model 1.

Figuren illustrerer ligeledes udviklingen af indikatorer inden for hvert tema. Temaerne borgersikkerhed og -sundhed, medicin (-fejl) og rehabilitering er bearbejdet i spor et om kvalitetsindikatorer, mens temaerne livskvalitet samt sammenhæng og behov er bearbejdet i spor to om brugertilfredshed. Dette skyldes, at data om disse indikatorer foreslås indsamlet i en national brugertilfredshedsundersøgelse. Udviklingen af indikatorer i spor et om kvalitetsindikatorer er foregået i en iterativ proces med tæt inddragelse af foranalysens følgegruppe, eksperter på ekspertworkshoppen og kommuner på to kommunale workshops.

For hvert af temaerne borgersikkerhed og -sundhed, medicin (-fejl) og rehabilitering har Rambøll arbejdet med udvikling af tre konkrete typer eller modeller af indikatorer[4]:

- Model 1 dækker over indikatorer, der kan opgøres nu – det der kan lade sig gøre ved at anvende eksisterende data.
- Model 2 dækker over indikatorer, der kan opgøres inden for en kort tidsfrist – det der kan lade sig gøre ved at optimere, justere eller bearbejde eksisterende data.
- Model 3 dækker over indikatorer, der kræver ny dataindsamling og derfor har en længere tidshorisont at tage i brug (minimum 3-4 år).

Både kommuner og følgegruppen peger på kvaliteten af medicinhåndtering som et relevant område for udvikling af en kvalitetsindikator. Afdækningen af erfaringer viser dog, at dette område er relativt umodent i forhold til at måle på resultater, som beskrevet tidligere i dette afsnit. I Danmark registreres medicinfejl som utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase, men den interviewede medarbejder fra Styrelsen for Patientsikkerhed fortæller, at opgørelserne af utilsigtede hændelser i højere grad siger noget om registreringspraksis end om kvaliteten af indsatserne, hvorfor data herom ikke er relevante i forhold til en eventuel kvalitetsindikator. Der er ligeledes gode erfaringer med procesindikatorer, men ikke med gode resultatindikatorer.

Internationalt er der erfaringer med kvalitetsindikatorer om medicin, men ikke på resultatniveau. I Australien har man således en indikator for antal borgere, der anvender 9 eller flere medicinpræparater. I Holland har man en indikator for, om brugen af psykofarmaka bliver evalueret systematisk, mens man i Sverige måler på andel borgere, der anvender mere end 10 lægemidler

[4] I praksis har dette vist sig vanskeligt at gennemføre konsekvent. Der er derfor i afsnittet med anbefalinger opstillet en firefelts-tabel, hvor der skelnes mellem modeller/typer af indikatorer i forhold til, om de har en kort eller længere tidshorisont og/eller baserer sig på eksisterende eller nye data.

og andel ældre (75+ år), som anvender lægemidler, der bør undgås til denne aldersgruppe. I Norge har man ikke en indikator relateret til medicin til den ældre målgruppe. Der er således ikke relevante internationale erfaringer at tage udgangspunkt i til udvikling af kvalitetsindikatorer om medicinfejl. I workshopprocessen har der derfor været arbejdet med at udvikle nye forslag til målinger fra bunden, men de udviklede forslag har ikke haft tilstrækkelig kvalitet til, at deltagerne på workshoppene vil anbefale, at der blev arbejdet videre med disse forslag. Rambøll kan således ikke præsentere indikatorforslag for temaet medicin (-fejl), selvom der er afdækket et tydeligt behov herfor.

For de to temaer, der er blevet belyst via spor to om brugertilfredshed, er der udarbejdet hhv. to og tre forslag til, hvordan temaerne kan belyses. For disse temaer giver det ikke menig at skelne mellem de tre modeller af indikatorer, da de alle forudsætter, at der gennemføres en ny national brugertilfredshedsundersøgelse. Den endelige udvikling og implementering heraf definerer derfor tidshorisonten for disse forslag.[5] Forslagene benævnes af samme årsag "forslag 1, forslag 2 og forslag 3" nedenfor frem for "modeller" som de øvrige kvalitetsindikatorer.

3.2.1 Kriteriebaseret udvikling

Udviklingen af indikatorer er gennemført med afsæt i en kriteriebaseret tilgang. Det betyder, at udviklingen af indikatorer er sket under hensyntagen til en række kriterier, kendt som RACER-metoden[6], hvis kriterier er vist i figuren til højre.

Figur 5: RACER-metoden

Relevans: Er indikatoren relevant i forhold til kvalitetsmålet? Er der overensstemmelse mellem indikatoren og kvalitetsmålet?
Accepteret: Er indikatoren almindeligt accepteret af medarbejdere og andre, der skal arbejde med den?
Credible – troværdig: Hvor troværdig er indikatoren for ikke-eksperter? Er den entydig og let at fortolke?
Easy – let: Er indikatoren let at indsamle data på, står omkostningerne ved dataindsamling mål med værdien af data?
Robust: Kan indikatoren blive manipuleret eller misbrugt?

Ud over kriterierne i RACER-metoden har Rambøll anvendt to yderligere kriterier. Som tidligere nævnt har vi prioriteret indikatorer for resultaterne af plejeindsatserne frem for indikatorer for processer, der leder til gode resultater. Derudover har vi prioriteret at udvikle indikatorer for overordnede resultater, som mange indsatser i ældreplejen har indflydelse på frem for resultater af enkelte afgrænsede indsatser. Sidstnævnte i overensstemmelse med satspuljepartiernes ønske om overordnede kvalitetsindikatorer.

Rambøll har med afsæt i disse kriterier samt den gennemførte, involverende og iterative proces udviklet de konkrete kvalitetsindikatorer. Vi beskriver indikatorerne kort i de følgende afsnit (3.2.2-3.2.5). De fulde indikatorbeskrivelser kan læses i afsnit 6 nedenfor.

3.2.2 Sundhed

Model 1: Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (67+ år).[7]

Model 2: Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (67+ år), som har haft kommunal kontakt inden for 10 dage før indlæggelse.

Model 3: 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

---

[6] Den kriteriebaserede udvikling er gennemført ved hjælp af RACER-metoden, som anbefales i Europa Kommissionens *Impact Assessment Guidelines (European Commission, 2005).*

[7] Det skal bemærkes, at man arbejder med 65+ årige i de nationale mål. Valget af 67+ år som afgrænsning her skyldes et klart ønske fra de kommuner, der var involveret i udviklingsprocessen. Det vil være et væsentligt hensyn, at indikatoren følger de nationale mål, så kommunerne styrer efter samme indikator på tværs af sundheds- og ældreområdet.

indlæggelse. Indikatoren forudsætter månedlig vejning af alle ældre, som modtager plejeindsatser i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger samt registrering af borgernes vægt.

3.2.3 Rehabilitering

Model 1: Antal borgere (67+ år) pr. 1.000 borgere, der er visiteret til hjælp efter SEL § 83 indledningsvis, og som derefter har gennemført et rehabiliteringsforløb efter SEL § 83a, og som efter endt rehabiliteringsforløb modtager færre timers indsats efter SEL § 83 et halvt år efter nyvisitationen i forhold til det antal timer, de blev visiteret til i forbindelse med nyvisitationen.

På baggrund af tilbagemeldinger fra følgegruppen kan Rambøll ikke anbefale denne indikator. Rehabilitering er et relativt nyt fokusområde, hvorfor der er begrænsede eksisterende datamuligheder. Den udviklede model er således den bedste mulige løsning, inden for eksisterende data. Tilbagemeldingerne fra kommuner og følgegruppen er, at den kommunale praksis i forhold til registrering af ydelser er for varieret til, at måling af reduktion af ydelser efter et § 83a-forløb kan give et validt billede af kvaliteten af indsatsen ud fra eksisterende data. Denne model er derfor ikke beskrevet yderligere i rapporten.

Model 2: 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 indsatser efter § 83a, § 86, stk. 1, samt SUL § 140.

Det er relevant at afklare, om det på sigt vil være muligt at inddele indsatser efter SEL § 83 efter, om der arbejdes rehabiliterende – fx indsatser i forhold til at vaske sig, kropspleje, af- og påklædning, drikke, fødeindtagelse, spise, varetage egen sundhed, gå på toilet mv. Der måles på baggrund af data fra Fælles Sprog III, hvor funktionsevneniveauet måles på en fempunktsskala[8].

Model 3: 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 indsatser efter § 83a, § 86, stk. 1, samt SUL § 140.

Det er relevant at afklare, om det på sigt vil være muligt at inddele indsatser efter SEL § 83 efter, om der arbejdes rehabiliterende – fx indsatser i forhold til at vaske sig, kropspleje, af- og påklædning, drikke, fødeindtagelse, spise, varetage egen sundhed, gå på toilet mv. Der er tale om ny dataindsamling. Hvis det er muligt, kan dataindsamlingen indarbejdes i Fælles Sprog III i dialog med KL for at gøre dataindsamlingen så enkel som muligt for kommunerne.

3.2.4 Livskvalitet

Forslag 1: Borgernes generelle trivsel og velbefindende målt ved hjælp af det validerede spørgeskema WHO-5. Spørgeskemaet består af fem spørgsmål om, hvordan respondenten har følt sig tilpas i de seneste to uger. WHO-5 måler graden af positive oplevelser og kan anvendes som et mål for personers generelle trivsel eller velbefindende. Kan indarbejdes i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.

Forslag 2: 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 spørgsmål i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.

[8] Metodehåndbog for Fællessprog III http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII%20Metodehåndbog.pdf?t=1508853530

3.2.5 Sammenhæng og behov

Forslag 1: 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. Kan måles ved hjælp af to spørgsmål i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.

Forslag 2: 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 spørgsmål i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.

Forslag 3: 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 spørgsmål i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.

3.2.6 Kommentarer til kommunale registreringer

En del af indikatorerne bygger på kommunale registreringer eller forudsætter, at kommunerne registrerer nye oplysninger. KL har udviklet Fælles Sprog III, som er en fælleskommunal metode til dokumentation og udveksling af data på social-og sundhedsområdet og understøtter en ensartet dokumentationspraksis. I det omfang der skal anvendes kommunale data, er det derfor oplagt at anvende data fra Fælles Sprog III. Tilsvarende er det oplagt, at eventuelle nye registreringer integreres i Fælles Sprog III for at understøtte en ensartet praksis herfor.

KL har oplyst, at:

- Fælles Sprog III vil være teknisk implementeret i alle kommuner medio 2018
- Fælles Sprog III vil være organisatorisk implementeret i alle kommuner omkring årsskiftet 2018-2019
- Der vil være en indkøringsperiode herefter, hvorfor datakvaliteten forventes at være på plads medio 2019
- Der endnu ikke er udarbejdet en model for, hvordan der justeres i Fælles Sprog III (fx indarbejdelse af nye registreringer), men arbejdet er i gang. Det betyder, at tidshorisonten herfor er ukendt på nuværende tidspunkt.
- Der ikke er krav om, at man skal kunne trække data ud fra Fælles Sprog III til ledelsesinformation, men da data er i databasen, er der en mulighed herfor. Der er endnu ikke udviklet snitflader til Fælleskommunalt Ledelsesinformationssystem (FLIS), men dette arbejde er igangsat. Der er endnu ikke en tidshorisont for dette arbejde.

3.2.7 Kommentarer til målgruppeafgrænsning af indikatorer for rehabilitering

Målgruppeafgrænsningen af indikatorerne for rehabilitering har været et centralt tema på de afholdte workshops med kommuner. Kommunernes anbefaling er, at indikatorerne skal dække indsatser efter SEL § 83a, § 86, stk. 1, SUL § 140 samt relevante indsatser efter SEL § 83, hvis det er muligt at foretage en god afgrænsning.

De kommunale deltagere på workshoppene har tilkendegivet, at en mere simpel afgrænsning af målgruppen til modtagere af ydelser efter SEL § 83a vil give en de facto variation i målgruppen på tværs af kommuner, da kommunerne ikke kategoriserer de samme indsatser under de samme paragraffer.

Derudover fortæller de kommunale deltagere, at de vil opleve det som problematisk, hvis de rehabiliterende indsatser under andre paragraffer end SEL § 83a ikke omfattes af en national kvalitetsindikator med fokus på rehabilitering. Det vil betyde, at indikatorerne vil være mindre accepterede. Endelig kan det ses som en styrke, at indikatorerne dækker flest mulige indsatser med et rehabiliterende sigte, da det hermed ikke giver incitamenter til at fordele borgere mellem de forskellige paragraffer for at opnå bedst mulige resultater (fx cream skimming).

4. BRUGERTILFREDSHED

Formålet med foranalysens spor to om brugertilfredshed har været at belyse mulige løsningsmodeller for sammentænkning af de nuværende tre typer af brugertilfredshedsundersøgelser på ældreområdet. Aktuelt gennemfører Sundheds- og Ældreministeriet samt Økonomi- og Indenrigsministeriet begge nationale brugertilfredshedsundersøgelser hvert andet år (forskudt), samtidig med at mange kommuner også gennemfører egne brugertilfredshedsundersøgelser. I det følgende præsenterer vi kort resultaterne af kortlægningen. Disse er præsenteret mere udførligt i bilagssamlingens bilag 3.

En sammenligning af indholdet i de to nationale undersøgelser har vist, at der er store overlap i de to undersøgelser i forhold til både formål og indhold. Begge nationale undersøgelser har til formål at give viden på nationalt niveau om borgernes oplevelse af kvaliteten af plejeindsatserne. Nogle af spørgsmålene er identiske, mens andre har forskellig ordlyd, men dækker de samme temaer.

Deltagerne på workshoppene om kommunale behov for og viden om borgeroplevede effekter har givet udtryk for, at de nationale brugertilfredshedsundersøgelser opleves som lange og samtidig vanskelige at anvende aktivt i kommunerne. Dette skyldes, at der ikke er et tilstrækkeligt datagrundlag til at sige noget entydigt om brugertilfredsheden i de enkelte kommuner endsige på enhedsniveau. Det betyder, at de færreste kommuner anvender resultaterne af de nationale undersøgelser. Ikke desto mindre har deltagerne givet udtryk for et ønske om at kunne benchmarke med kommuner i samme klynge samt internt i kommunen på område- og/eller plejecenterniveau.

Rambøll vurderer på baggrund af tilbagemeldinger fra en række kommuner, at en fremtidig national brugertilfredshedsundersøgelse formentlig vil kunne betyde, at hovedparten af kommunerne vil anvende den nationale undersøgelse i stedet for at gennemføre deres egne, hvis en national undersøgelse gennemføres på område-/plejecenterniveau. Særligt hvis kommunerne samtidig får mulighed for selv at tilføje udvalgte spørgsmål.

Australien (Victoria), England, Holland og Sverige har alle nationale brugertilfredshedsundersøgelser, mens Norge er ved at udvikle et koncept. Australien, England og Sverige har mellem 30 og 60 spørgsmål i deres undersøgelser og vurderer alle, at det er for mange. Interviewpersonerne fortæller, at det påvirker svarkvaliteten, svarprocenten og giver en bias, da der er størst frafald blandt de mindst ressourcestærke ældre. I Holland gennemfører man brugertilfredshedsundersøgelser med blot et spørgsmål. I Sverige overvejer man at gå fra årlige undersøgelser til undersøgelser hvert andet år, da der er få variationer fra år til år, og da kommunerne har svært ved at nå at agere på resultaterne med en årlig kadence. Endelig viser de internationale erfaringer med brugertilfredshed, at ledere og medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentre mangler kapacitet til at anvende målingerne til kvalitetsudvikling, som de ellers er tiltænkt.

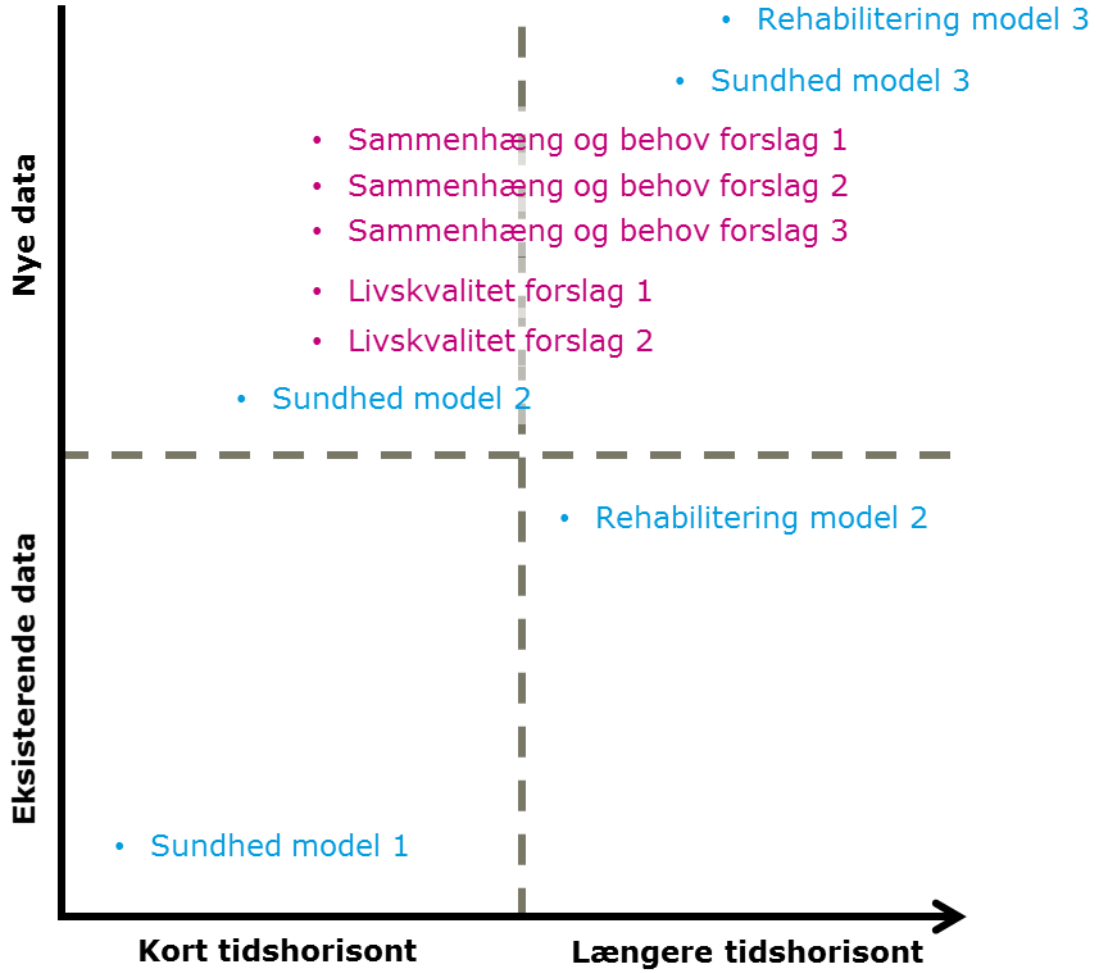
Med udgangspunkt i dette vidensgrundlag har Rambøll udarbejdet løsningsmodeller for sammentænkning af de tre typer af brugertilfredshedsundersøgelser i Danmark. På baggrund heraf anbefaler Rambøll en model, og denne model er beskrevet i næste afsnit. Modellen er udarbejdet under hensyntagen til balancen mellem behovet for at opnå detaljeret viden om de relevante temaer og antallet af spørgsmåls betydning for borgernes evne og lyst til at deltage i undersøgelsen. Det er ligeledes Rambølls vurdering, at det er vigtigt at balancere de nationale og kommunale behov for viden om borgernes oplevelse af indsatserne, hvis den anbefalede model skal kunne erstatte de eksisterende undersøgelser i hhv. statsligt og kommunalt regi. I løsningsmodellen er præsenteret Rambølls forslag til temaer i brugertilfredshedsundersøgelsen, mens forslag til konkrete spørgsmål inden for disse temaer er præsenteret i bilagssamlingens bilag 3.

5. ANBEFALINGER

I dette afsnit præsenterer vi Rambølls anbefalinger til kvalitetsindikatorer og til en model for sammentænkning af brugertilfredshedsundersøgelser. Det skal bemærkes, at alle præsenterede kvalitetsindikatorer er anbefalelsesværdige, hvorfor anbefalingerne er udtryk for en prioritering blandt anbefalelsesværdige forslag.

I figuren herunder er vist de indikatorer, Rambøll anbefaler, at Sundheds- og Ældreministeriet arbejder videre med i spor 1, herunder hvorvidt de forudsætter nye data og tidshorisonten i forhold til at anvende indikatorerne. Blå viser de indikatorer, der er udarbejdet som led i spor et om kvalitetsindikatorer, mens den lyserøde farve viser indikatorer, der er udarbejdet i spor to om brugertilfredshed. Indikatorerne vist i figuren er beskrevet i deres fulde længde i rapportens næste afsnit, hvor de er vurderet ved hjælp af kriterierne i RACER-metoden.

Figur 6: Oversigt over anbefalede kvalitetsindikatorer



Note: Figuren viser de udviklede kvalitetsindikatorer. Blå præsenterer de indikatorer, der er udviklet i spor et om kvalitetsindikatorer, mens den lyserøde farve markerer de indikatorer, der er udviklet i spor to om brugertilfredshed. Den vandrette akse illustrerer tidshorisonten for ibrugtagning af indikatoren, mens den lodrette akse illustrerer, hvorvidt indikatoren bygger på eksisterende data eller forudsætter ny dataindsamling.

I tabellen på næste side er præsenteret den model for sammentænkning af brugertilfredshedsundersøgelser, som Rambøll anbefaler.

Tabel 1: Model for brugertilfredshed

Tema	Beskrivelse
Detaljeringsniveau	Undersøgelsen gennemføres en gang årligt med et antal respondenter, der muliggør opgørelse af resultater på områdeniveau i hjemmeplejen og på plejecenterniveau. Det vil gøre det muligt at sammenligne leverandører på plejecenterniveau under forudsætning af, at der opnås et tilstrækkeligt antal svar fra hvert plejecenter. For hjemmeplejen vil det være muligt at sammenligne offentlige og private leverandører på et overordnet niveau. Det vil ikke være muligt at sammenligne konkrete private og offentlige leverandører, da det vil kræve større datagrundlag.
Antal respondenter	Hjemmeplejen: 80.000 respondenter med en forventning om 40.000 besvarelser ud af 193.000 modtagere af hjemmepleje. Plejecenterniveau (heldækkende): 35.000 besvarelser for de 40.500 borgere, der bor på plejehjem, i beskyttet bolig eller i plejebolig.
Udvælgelse af respondenter	Foretages ved hjælp af registerdata for at sikre simpel, tilfældig udvælgelse og for at sikre et solidt grundlag for frafaldsanalyser[9]. Der eksisterer registre med mulighed for tilkobling af baggrundsoplysninger for borgere, der modtager hjemmepleje, og borgere der bor på plejecenter. Alternativt skal kommunerne udarbejde og validere respondentlister og sende dem til leverandøren.
Udsendelse af skema	Først udsendes et postbrev, som følges op med en digital påmindelse. Der følges yderligere op via telefon. På den måde forventes såvel webbaserede besvarelser som besvarelser via telefon.
Indsamling	Det er en forudsætning, at kommuner/plejecentre understøtter dataindsamlingen for beboere på plejecentrene.
Antal spørgsmål	Rambøll anbefaler et spørgeskema med maksimalt 20 spørgsmål inklusive baggrundsspørgsmål (der er begrænset behov herfor ved brug af registerdata til udvælgelse af respondenter). For at understøtte både statslige og kommunale vidensbehov anbefaler Rambøll, at spørgeskemaet udarbejdes med 10-15 faste spørgsmål, 4-9 spørgsmål, som den enkelte kommune kan udvælge fra et spørgsmålsbibliotek og 1-3 spørgsmål, den enkelte kommune selv kan formulere, men maksimalt 20 spørgsmål.
Forslag til temaer[10]	• Samlet tilfredshed • Livskvalitet • Sammenhæng i plejen • Opfyldelse af behov • Rehabilitering • Baggrundsoplysninger
Styrker	Mulighed for spørgeskemaer, der dels dækker de statslige behov og dels giver mulighed for lokal tilpasning, som kan opfylde de forskellige kommunale behov. Grundlag for indsamling af data til nationale kvalitetsindikatorer, jf. spor 2. Et fælles og ensartet fokus på den borgeroplevede effekt. Gennemførelse af brugertilfredshedsundersøgelse på områdeniveau i alle kommuner på en ensartet måde, der giver mulighed for benchmarking, for erfaringsudveksling og for lokal kvalitetsudvikling.
Økonomiske konsekvenser	Den økonomiske analyse viser, at løsningsmodellen er det mest omkostningseffektive alternativ over en 6-årig periode. Efter indfasningen har løsningsmodellen de laveste årlige omkostninger, som er ca. 3 mio. kr. pr. år lavere end den nuværende løsning. Løsningsmodellen medfører en omfordeling af udgifterne fra primært at være kommunale til at hovedparten af udgifterne bliver statslige. Den samlede økonomiske analyse kan læses i bilagssamlingens bilag 3.

[9] Danmarks Statistik oplyser, at de i henhold til deres databehandleraftale ikke må udlevere data til tredjepart. Det betyder, at undersøgelsen skal gennemføres af Danmarks Statistik medmindre databehandleraftalen justeres. Sker dette, kan undersøgelsen konkurrenceudsættes. Business casen tager afsæt i den prisindikation, der er indhentet fra Danmarks Statistik.

[10] Udvælgelsen af temaer bygger på inputs fra følgegruppe, kommuneworkshops samt internationale erfaringer.

6. BESKRIVELSE OG VURDERING AF INDIKATORER

Navn	**Sundhed model 1 – antal forebyggelige indlæggelser**
Indikator	Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (67+ år).
Begrundelse	Plejeindsatser af høj kvalitet understøtter, at borgerne ikke rammes af sygdom 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.
Definition	Forebyggelige indlæggelser er en samlet betegnelse for indlæggelser, som kommunerne har særligt gode muligheder for at forebygge. Det betyder ikke, at alle indlæggelser af denne type kan undgås. Forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser inden for følgende ni aktionsdiagnoser[11]: • Nedre luftvejssygdom • Brud • Dehydrering • Blærebetændelse • Forstoppelse • Gastroenteritis • Ernæringsbetinget anæmi (blodmangel) • Sociale og plejemæssige forhold • Tryksår.
Beskrivelse	Indikatoren opgøres som antal forebyggelige indlæggelser (samlet tal for alle ni aktionsdiagnosekoder) pr. 1.000 borgere 67+ år. Som national indikator kan data opgøres årligt, når der foreligger endelige data fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR-data) og Danmarks Statistik (de kommunale data). Til lokalt brug kan data trækkes dagligt. Jo færre forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere, des bedre (alt andet lige). Indikatoren er relevant for alle borgere 67+ år. Det dækker både borgere, som kommunerne har ydet en indsats for op til indlæggelse, og borgere, som kommunerne ikke har haft kontakt til. Den måler således kvaliteten af forebyggelsen af indlæggelser bredt på tværs af aktører på ældreområdet. Indikatoren kan blandt andet påvirkes gennem patient- og borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing i ældreplejen og rehabiliterende indsatser.

[11] I parentes er aktionsdiagnosekoden (c_adiag_indf = aktionsdiagnosen på den første kontakt i sygehusforløbet fra LPR) for de forskellige diagnosegrupper angivet: Nedre luftvejssygdom (DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47), Brud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92), Dehydrering (DE869), Blærebetændelse (DN30, undtaget DN303 og DN304), Forstoppelse (DK590), Gastroenteritis (DA09), Ernæringsbetinget anæmi (DD50, DD51, DD52, DD53), Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74, DZ75) samt Tryksår (DL89).

Andre aktørers betydning	Der er tale om en indikator for resultaterne af den sundhedsrettede og forebyggende indsats på tværs af forskellige aktører. Andre aktørers praksis har således betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser. Det gælder konkret praktiserende læger, lægevagten og sygehusene. Et velfungerende og godt koordineret samarbejde er derfor også en forudsætning for gode resultater ud over plejeindsatsen. En undersøgelse viser, at kommunerne har haft kontakt til borgerne op til indlæggelse i knap halvdelen af de forebyggelige indlæggelser inden for 10 dage før indlæggelsen (47 pct.).[12]
Anvendelsesmuligheder	Indikatoren er relevant på både nationalt og lokalt niveau, da den er standardiseret og derved tillader sammenligning mellem kommuner. Det vil ikke være muligt at identificere borgere (bryde data ned på cpr-niveau) og derved opnå lokal læring med afsæt i den enkelte indlæggelse, men kommunerne kan nedbryde indikatoren på diagnosekoder for at få inspiration til særligt relevante indsatsområder.
Ambitionsniveau	Data eksisterer allerede, og indikatoren kan opgøres med det samme uden yderligere ressourcetræk.
Datakilde	Oplysninger om aktionsdiagnosekoder hentes fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR). Oplysninger om befolkningstal opgøres af Danmarks Statistik. Data til en national indikator kan kobles på baggrund af validerede data fra registrene. Disse data opdateres én gang årligt. Data til lokal anvendelse kan trækkes fra LPR, som opdateres dagligt.
Erfaringer med indikatoren	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre anvendes allerede som et af de nationale mål for sundhedsvæsenet. Flere kommuner arbejder allerede med forebyggelige indlæggelser som et nøgletal og som input til kvalitetsudvikling af praksis. KL anvender forebyggelige indlæggelser som kvalitetsindikator for den kommunale hjemmepleje[13]. I researchen er Rambøll ikke stødt på internationale erfaringer med denne indikator. Dog anvender man i Norge sandsynlighed for genindlæggelser, som en kvalitetsindikator.
Praksis	Der er ingen bemærkninger til praksis i forhold til dataindsamling.

[12] http://www.sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Forebyggelse-af-indlaeggelser-synlige-resultater-maj-2014/Forebyggelse-af-indlaeggelser-synlige-resultater-maj-2014.ashx

[13] http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_76307/cf_202/Hvor_god_er_kommunens_hjemmepleje_til_at_forebygge.PDF

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:

Rambøll vurderer blandt andet på baggrund af tilbagemeldinger fra ekspertworkshop, workshop med kommuner og følgegruppen, at indikatoren er relevant i forhold til at få et nationalt billede af kvaliteten af indsatserne i forhold til at sikre borgernes sundhed. Det er en udfordring, at kommunerne ikke kan bryde tallene ned på cpr-numre[14], så data kan danne grundlag for faglige drøftelser af fremadrettede handlinger.

Fra borgernes perspektiv er det en styrke, at indikatoren dækker den samlede tværsektorielle indsats mellem kommuner, praktiserende læger, lægevagt og sygehus, hvorfor indikatoren ikke alene dækker den kommunale indsats. Det betyder dog også, at indikatoren ikke måler den kommunale indsats alene, hvorfor eventuelle opfølgende handlinger kan fordre en tværsektoriel indsats.

Accepteret:

Målinger af antal forebyggelige indlæggelser anvendes allerede i vid udstrækning i dag. Det er således Rambølls vurdering, at indikatoren vil være bredt accepteret. Dette er ligeledes tilbagemeldingerne fra kommuneworkshoppen.

Troværdig:

Indikatoren er entydig og let at fortolke. Jo færre forebyggelige indlæggelser blandt borgere med kommunal kontakt, des bedre. Indikatoren er standardiseret (antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere 67+ år), så der kan sammenlignes på tværs af kommuner. Forskelle i socioøkonomiske og demografiske forhold har betydning for sammenligning på tværs af kommuner. Dette kan der evt. kontrolleres for i lokale sammenligninger.

Let:

Indikatoren bygger på eksisterende data, der vil derfor ikke være et øget ressourceforbrug til dataindsamling. På den baggrund vurderer Rambøll, at omkostningerne ved dataindsamling står mål med indikatorens værdi.

Robust:

Rambøll vurderer endelig, at indikatoren er robust. Det er dog vigtigt ikke at stille for optimistiske mål for indikatoren, da nogle forebyggelige indlæggelser er nødvendige.

[14] Det skyldes, at kommunerne ikke har tilladelse til at anvende regionale sundhedsdata på individniveau.

Navn	**Sundhed model 2 – antal forebyggelige indlæggelser hos modtagere af hjælp**
Indikator	Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre borgere (67+ år), som har haft kommunal kontakt inden for 10 dage før indlæggelse.
Begrundelse	Plejeindsatser af høj kvalitet understøtter, at borgerne ikke rammes af sygdom 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. Ved at opgøre indikatoren for borgere med kommunal kontakt inden for 10 dage før indlæggelse, opgøres indikatoren alene for borgere, som kommunerne har adgang til og derved reel mulighed for at forebygge.
Definition	Forebyggelige indlæggelser er en samlet betegnelse for indlæggelser, som kommunerne har særligt gode muligheder for at forebygge. Det betyder ikke, at alle indlæggelser af denne type kan undgås. Forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser inden for følgende ni aktionsdiagnoser[15]: • Nedre luftvejssygdom • Brud • Dehydrering • Blærebetændelse • Forstoppelse • Gastroenteritis • Ernæringsbetinget anæmi (blodmangel) • Sociale og plejemæssige forhold • Tryksår.
Beskrivelse	Indikatoren opgøres som antal forebyggelige indlæggelser (samlet tal for alle ni aktionsdiagnosekoder) for borgere 67+ år, som har haft kommunal kontakt op til 10 dage forud for indlæggelse (hjemmesygepleje, personlig pleje, plejebolig eller praktisk bistand). Som national indikator kan data opgøres årligt, når der foreligger endelige data fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR-data) og Danmarks Statistik (de kommunale data). Til lokalt brug kan data trækkes dagligt. Jo færre forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 borgere, des bedre (alt andet lige). Indikatoren er relevant for alle borgere 67+ år, som kommunerne har ydet en indsats for op til indlæggelse.

[15] I parentes er aktionsdiagnosekoden (c_adiag_indf = aktionsdiagnosen på den første kontakt i sygehusforløbet fra LPR) for de forskellige diagnosegrupper angivet: Nedre luftvejssygdom (DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47), Brud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92), Dehydrering (DE869), Blærebetændelse (DN30, undtaget DN303 og DN304), Forstoppelse (DK590), Gastroenteritis (DA09), Ernæringsbetinget anæmi (DD50, DD51, DD52, DD53), Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74, DZ75) samt Tryksår (DL89).

Indikatoren kan blandt andet påvirkes gennem den plejefaglige indsats, patient- og borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing i ældreplejen og rehabiliterende indsatser.

Andre aktørers betydning	Der er tale om en indikator for resultaterne af den plejefaglige indsats samt den sundhedsrettede og forebyggende indsats. Andre aktørers praksis har også betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser. Det gælder konkret praktiserende læger, lægevagten og sygehusene. Et velfungerende og godt koordineret samarbejde er derfor også en forudsætning for gode resultater ud over plejeindsatsen.
Anvendelsesmuligheder	Indikatoren er relevant på både nationalt og lokalt niveau, da den er standardiseret og derved tillader sammenligning mellem kommuner og driftsenheder. Det vil desuden være muligt lokalt at bryde indikatoren ned på diagnosekoder og identificere borgere og derved opnå lokal læring af såvel typer af indlæggelser og den enkelte indlæggelse.
Ambitionsniveau	Data eksisterer allerede, men kommunal anvendelse af indikatoren forudsætter en samkøring af kommunale indsatsdata og regionale sundhedsdata på cpr-niveau. Samkøringen af data på individniveau er ikke mulig på nuværende tidspunkt. Dette forudsætter, at der gives hjemmel til samkøring af regionale sundheds- og kommunale data på individniveau til udvikling af praksis.
Datakilde	Oplysninger om aktionsdiagnosekoder hentes fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Sundhedsdatastyrelsen. Oplysninger om kommunale indsatser kan hentes fra kommunernes EOJ-data med information om visiteret hjemmepleje. Der kan være behov for at øge kvaliteten og omfanget af kommunernes EOJ-data, da tidligere forsøg med samkøring har vist, at EOJ-data har været mangelfulde grundet manglende indberetninger. Hvis disse EOJ-data skal anvendes, vil der foreligge såvel et teknisk som et juridisk forarbejde. Oplysninger om befolkningstal opgøres af Danmarks Statistik. Data til en national indikator kan kobles på baggrund af validerede data fra registrene. Disse data valideres én gang årligt. Data til lokal anvendelse kan trækkes direkte fra eget EOJ-system og fra LPR, som opdateres dagligt (forudsat der gives hjemmel hertil).
Erfaringer med indikatoren	Forebyggelige indlæggelser blandt ældre anvendes allerede som et af de nationale mål for sundhedsvæsenet. På nuværende tidspunkt er det dog ikke muligt at koble oplysningerne om forebyggelige indlæggelser med oplysninger om eventuelle kommunale indsatser. Flere kommuner arbejder allerede med forebyggelige indlæggelser som et nøgletal og som input til kvalitetsudvikling af praksis. KL anvender forebyggelige indlæggelser som kvalitetsindikator for den kommunale hjemmepleje.[16] I researchen er Rambøll ikke stødt på internationale erfaringer med denne indikator.

[16] http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_76307/cf_202/Hvor_god_er_kommunens_hjemmepleje_til_at_forebygge.PDF

Praksis

Der er behov for bedre/mere ensartet praksis for indsamling af EOJ-data på tværs af leverandører og på tværs af ydelser, hvor der især er mangelfuld dækning af borgere på plejecentre (i 2016 indberettede 76 kommuner disse tal til Danmarks Statistik – der er ikke foretaget opgørelse af kvaliteten heraf).

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:

Rambøll vurderer blandt andet på baggrund af tilbagemeldinger fra ekspertworkshop, workshop med kommuner og følgegruppen, at indikatoren er relevant i forhold til at få et nationalt billede af kvaliteten af indsatserne i forhold til at sikre borgernes sikkerhed. Det samme gør sig gældende i forhold til lokal kvalitetsudvikling, når det er muligt for kommunerne at bryde tallene ned på aktionsdiagnosekoder og cpr-numre, så data kan danne grundlag for faglige drøftelser af fremadrettede handlinger.

Gode resultater forudsætter dog et godt samarbejde med praktiserende læger, lægevagt og sygehus, hvorfor indikatoren ikke alene dækker den kommunale indsats.

Accepteret:

Målinger af antal forebyggelige indlæggelser anvendes allerede i vid udstrækning i dag. Det er således Rambølls vurdering, at indikatoren vil blive bredt accepteret. Dette er ligeledes tilbagemeldingen fra kommuneworkshoppen.

Troværdig:

Indikatoren er entydig og let at fortolke. Jo færre forebyggelige indlæggelser blandt borgere med kommunal kontakt, des bedre. Indikatoren er standardiseret (antal forebyggelige indlæggelser blandt 1.000 borgere), så der kan sammenlignes på tværs af kommuner. Forskelle i socioøkonomiske og demografiske forhold har betydning for sammenligning på tværs af kommuner. Dette kan der evt. kontrolleres for i lokale sammenligninger.

Let:

Indikatoren bygger på eksisterende data, hvorfor Rambøll vurderer, at omkostningerne ved dataindsamling står mål med indikatorens værdi. Der vil være et begrænset øget ressourceforbrug, som følge af at kommunerne ikke skal indsamle nye data, men gøre det mere systematisk.

Robust:

Rambøll vurderer endelig, at indikatoren er robust. Det er dog vigtigt ikke at stille for optimistiske mål for indikatoren, da nogle forebyggelige indlæggelser er nødvendige.

Navn	**Sundhed model 3 – antal forebyggelige indlæggelser og tilfælde af alvorligt uplanlagt vægttab hos modtagere af hjælp**
Indikator	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.
Begrundelse	Plejeindsatser af høj kvalitet understøtter, at borgerne ikke rammes af sygdom 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. Ved at opgøre indikatoren for borgere med kommunal kontakt inden for 10 dage før indlæggelse opgøres indikatoren alene for borgere, som kommunerne har adgang til og derved reel mulighed for at forebygge. Uplanlagt vægttab fremhæves som et kendetegn ved svigtende sundhed hos ældre[17]. Hvorfor kommunernes evne til at forebygge disse er et relevant kvalitetsparameter.
Definition	Forebyggelige indlæggelser er en samlet betegnelse for indlæggelser, som kommunerne har særligt gode muligheder for at forebygge. Det betyder ikke, at alle indlæggelser af denne type kan undgås. Forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser inden for følgende ni aktionsdiagnoser[18]: • Nedre luftvejssygdom • Brud • Dehydrering • Blærebetændelse • Forstoppelse • Gastroenteritis • Ernæringsbetinget anæmi (blodmangel) • Sociale og plejemæssige forhold • Tryksår. Alvorligt uplanlagt vægttab defineres som et vægttab på mindst tre kg i løbet af tre måneder, der ikke er planlagt. Denne definition bygger på erfaringerne fra en lignende kvalitetsindikator i Australien. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at ældre borgeres vægt følges ved månedlige vejninger, og at borgere med uplanlagt vægttab på minimum et kg mellem vejningerne udredes nærmere[19]. På den baggrund forudsætter indikatoren månedlig vejning af alle borgere, der modtager ældreindsatser.

[17] https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/aeldre/symptomer/sundhedssvigt-hos-aeldre/.

[18] I parentes er aktionsdiagnosekoden (c_adiag_indf = aktionsdiagnosen på den første kontakt i sygehusforløbet fra LPR) for de forskellige diagnosegrupper angivet: Nedre luftvejssygdom (DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47), Brud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92), Dehydrering (DE869), Blærebetændelse (DN30, undtaget DN303 og DN304), Forstoppelse (DK590), Gastroenteritis (DA09), Ernæringsbetinget anæmi (DD50, DD51, DD52, DD53), Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74, DZ75) samt Tryksår (DL89).

[19] https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/~/media/2627323832484F4FB4C2F8747C82A85B.ashx.

Beskrivelse	Indikatoren opgøres som antal forebyggelige indlæggelser (samlet tal for alle ni aktionsdiagnosekoder) suppleret med antal borgere med alvorligt uplanlagt vægttab for borgere 67+ år, som har haft kommunal kontakt op til 10 dage forud for indlæggelse (hjemmesygepleje, personlig pleje, plejebolig eller praktisk bistand). Indikatoren dækker på den måde borgere, der har haft en forebyggelig indlæggelse eller et alvorligt uplanlagt vægttab. Som national indikator kan data opgøres årligt, når der foreligger endelige data fra Sundhedsdatastyrelsen (LPR-data) og Danmarks Statistik (de kommunale data), hvis oplysninger om borgerens vægt indarbejdes i Fælles Sprog III. Til lokalt brug kan data trækkes dagligt. Jo færre forebyggelige indlæggelser og jo færre tilfælde af alvorlige uplanlagte vægttab pr. 1.000 borgere, des bedre (alt andet lige). Indikatoren er relevant for alle borgere 67+ år, som kommunerne har ydet en indsats for op til indlæggelse. Indikatoren kan blandt andet påvirkes gennem den plejefaglige indsats, patient- og borgerrettet forebyggelse, tidlig opsporing i ældreplejen og rehabiliterende indsatser.
Andre aktørers betydning	Der er tale om en indikator for resultaterne af den plejefaglige indsats samt den sundhedsrettede og forebyggende indsats. Andre aktørers praksis har også betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser. Det gælder konkret praktiserende læger, lægevagten og sygehusene. Et velfungerende og godt koordineret samarbejde er derfor også en forudsætning for gode resultater ud over plejeindsatsen.
Anvendelsesmuligheder	Indikatoren er relevant på både nationalt og lokalt niveau, da den er standardiseret og derved tillader sammenligning mellem kommuner og driftsenheder. Det vil desuden være muligt lokalt at bryde indikatoren ned på diagnosekoder og identificere borgere og derved opnå lokal læring af såvel typer af indlæggelser og den enkelte indlæggelse.
Ambitionsniveau	Data om forebyggelige indlæggelser eksisterer allerede, men kommunal anvendelse af indikatoren forudsætter en samkøring af kommunale indsatsdata og regionale sundhedsdata på cpr-niveau. Samkøringen af data på individniveau er ikke mulig på nuværende tidspunkt. Det forudsætter, at der gives hjemmel til samkøring af regionale sundheds- og kommunale data på individniveau til udvikling af praksis. Indikatoren forudsætter månedlig vejning af alle borgere, der modtager ældreindsatser samt registrering heraf.
Datakilde	Oplysninger om aktionsdiagnosekoder hentes fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Sundhedsdatastyrelsen. Oplysninger om kommunale indsatser kan hentes fra kommunernes EOJ-data med information om visiteret hjemmepleje. Der kan være behov for at øge kvaliteten og omfanget af kommunernes EOJ-data, da tidligere forsøg med samkøring har vist, at EOJ-data har været mangelfulde grundet manglende indberetninger. Hvis disse EOJ-data skal anvendes, vil der foreligge såvel et teknisk som et juridisk forarbejde.

Oplysninger om befolkningstal opgøres af Danmarks Statistik.

Data til en national indikator kan kobles på baggrund af validerede data fra registrene. Disse data valideres én gang årligt. Data til lokal anvendelse kan trækkes direkte fra eget EOJ-system og fra LPR, som opdateres dagligt (forudsat der gives hjemmel hertil).

Erfaringer med indikatoren

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre anvendes allerede som et af de nationale mål for sundhedsvæsenet. På nuværende tidspunkt er det dog ikke muligt at koble oplysningerne om forebyggelige indlæggelser med oplysninger om eventuelle kommunale indsatser.

Flere kommuner arbejder allerede med forebyggelige indlæggelser som et nøgletal og som input til kvalitetsudvikling af praksis. KL anvender forebyggelige indlæggelser som kvalitetsindikator for den kommunale hjemmepleje.[20]

I Australien har man gode erfaringer med at anvende vægt som indikator. Indikatoren opfattes som objektiv og enkel at arbejde med. I Roskilde Kommune har man ligeledes gode erfaringer med at veje borgere på månedlig basis.

Praksis

Der er behov for bedre/mere ensartet praksis for indsamling af EOJ-data på tværs af leverandører og på tværs af ydelser, hvor der især er mangelfuld dækning af borgere på plejecentre (i 2016 indberettede 76 kommuner disse tal til Danmarks Statistik – der er ikke foretaget opgørelse af kvaliteten heraf).

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:

Rambøll vurderer blandt andet på baggrund af tilbagemeldinger fra ekspertworkshop, workshop med kommuner og følgegruppen, at indikatoren er relevant i forhold til at få et nationalt billede af kvaliteten af indsatserne i forhold til at sikre borgernes sikkerhed. Det samme gør sig gældende i forhold til lokal kvalitetsudvikling, når det er muligt for kommunerne at bryde tallene ned på aktionsdiagnosekoder og cpr-numre, så data kan danne grundlag for faglige drøftelser af fremadrettede handlinger.

Gode resultater forudsætter dog et godt samarbejde med praktiserende læger, lægevagt og sygehus, hvorfor indikatoren ikke alene dækker den kommunale indsats.

Accepteret:

Målinger af antal forebyggelige indlæggelser anvendes allerede i vid udstrækning i dag. Sundhedsstyrelsen anbefaler månedlig vejning af alle ældre borgere, så denne del af indikatoren forventes at være fagligt accepteret. På workshoppene har der derimod været udtalt modstand mod ressourceforbruget herved. Det er derfor Rambølls vurdering, at indikatoren kun delvist vil møde kriteriet.

[20] http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_76307/cf_202/Hvor_god_er_kommunens_hjemmepleje_til_at_forebygge.PDF

Troværdig:

Indikatoren er entydig og let at fortolke. Jo færre forebyggelige indlæggelser blandt borgere med kommunal kontakt, des bedre. Indikatoren er standardiseret (antal forebyggelige indlæggelser blandt 1.000 borgere), så der kan sammenlignes på tværs af kommuner. Forskelle i socioøkonomiske og demografiske forhold har betydning for sammenligning på tværs af kommuner. Dette kan der evt. kontrolleres for i lokale sammenligninger.

Let:

Indikatoren forudsætter nye registreringer og vejning af alle ældre borgere. Det er en stor, ny opgave for hjemmeplejen. På den baggrund vurderer Rambøll, at indikatoren ikke møder kriteriet.

Robust:

Rambøll vurderer endelig, at indikatoren er robust. Det er dog vigtigt ikke at stille for optimistiske mål for indikatoren, da nogle forebyggelige indlæggelser er nødvendige.

Navn	**Rehabilitering model 2 – stabilt/forbedret funktionsevneniveau**
Indikator	Andel borgere (67+ år) med stabilt/forbedret funktionsevneniveau fra start til slut af indsats (eller efter 12 uger, hvis indsatsen ikke er afsluttet på dette tidspunkt). Se målgruppeafgrænsning under *definition*.
Begrundelse	Rehabiliterende indsatser har til hensigt at forbedre den enkelte borgers funktionsevneniveau, hvorfor en indikator for det objektive funktionsevneniveau knyttet til borgerens aktuelle tilstand er en god indikation for kvaliteten af den rehabiliterende indsats. Ved at måle borgerens funktionsevneniveau opgøres resultaterne af de samlede indsatser, borgeren modtager.
Definition	Funktionsevneniveau angiver, hvor begrænset en person er af sin funktionsnedsættelse[21]. Indikatoren bygger på registreringer i forbindelse med Fælles Sprog III, hvor borgerens funktionsevneniveau vurderes på en skala fra 0-4, hvor 0 svarer til ingen begrænsninger og 4 til totale begrænsninger. Vurderingen er obligatorisk inden for servicelovsområdet, mens det ikke er obligatorisk inden for sundhedslovsområdet[22]. En fempunktsskala er en relativt grovkornet skala, hvor der skal relativt store ændringer i funktionsevneniveau til, før scoren ændres. På den baggrund defineres stabilt/forbedret funktionsevneniveau, som borgere der har samme eller lavere score ved anden registrering i forhold til første registrering. Målgruppen er alle borgere, der modtager indsatser efter SEL § 83a, § 86, stk. 1, samt SUL § 140. Det er relevant at afklare, om indsatser efter SEL § 83 målrettet udvalgte funktionsnedsættelser skal inkluderes – fx at vaske sig, kropspleje, af- og påklædning, drikke, fødeindtagelse, spise, varetage egen sundhed, gå på toilet mv.
Beskrivelse	I forbindelse med indførelsen af Fælles Sprog III-standarden bliver der indført en obligatorisk tilstandspræcisering i form af det vurderede funktionsevneniveau blandt borgere, som modtager ydelser inden for servicelovsområdet. Rambøll foreslår, bl.a. på baggrund af inputs fra kommuneworkshoppen, at udvide denne målgruppe til også at inkludere borgere, der modtager ydelser efter SUL § 140. Succeskriteriet for indikatoren vil ikke være, at alle borgere oplever et stabilt eller forbedret funktionsevneniveau efter en kommunal indsats. Det er vigtigt at være opmærksom på, at nogle borgere har midlertidige funktionsnedsættelser, som med tiden vil blive forbedret, uanset den kommunale indsats (fx brud), mens der i andre forløb er tale om varige funktionsnedsættelser, hvor det ikke er muligt at forbedre borgerens evne til at udføre en aktivitet, og hvor der i stedet arbejdes med at vedligeholde eller begrænse yderligere funktionsnedsættelse. Indikatoren bygger på vurdering af 30 funktionsevnetilstande. Rambøll foreslår, at indikatoren opgøres ved at vurdere antallet af funktionsevnetilstande for en given borger i forhold til antallet med forbedring, fastholdelse og forværring og på den måde vurdere, om der er tale om en samlet forbedring, fastholdelse eller forværring. Alternativt kan man arbejde med en afkrydsning af, hvilken af de 30 funktionsevnetilstande der primært arbejdes med og følge udviklingen på denne ene.

[21] http://www.socialebegreber.dk/begrebsarbejde/begrebsdatabasen/find_begreb.
[22] http://fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII%20Metodehåndbog.pdf?t=1505906238.

Andre aktørers betydning	Øvrige indsatser fra kommunen, sundhedsvæsnet og øvrige faktorer i borgerens liv kan have indflydelse på borgerens funktionsevneniveau og dermed effekten af forløbet.
Anvendelsesmuligheder	Indikatoren er anvendelig på både lokalt niveau og nationalt niveau, da den er standardiseret og derved tillader sammenligning mellem kommuner og driftsenheder. Det vil desuden være muligt lokalt at bryde indikatoren ned på enkelttilstande og identificere borgere, hvormed der kan opnås lokal læring af såvel typer af funktionsnedsættelser som enkelttilstande.
Ambitionsniveau	Indikatoren kræver nye data, som implementeres i forbindelse med Fælles Sprog III. Forudsat at de kommuner, der kommer senest i gang med Fælles Sprog III, skal nå at opbygge en god datadisciplin, vil data først kunne opgøres fra 2020. Derudover anbefaler Rambøll, at der tilføjes yderligere en registrering i form af registrering af funktionsevneniveau i forhold til SUL § 140, da dette ikke, som det ser ud nu, vil være obligatorisk.
Datakilde	Kan måles ved Fælles Sprog III på servicelovsområdet, når Fælles Sprog III er fuldt implementeret. Derudover kræver det en tilføjelse i Fælles Sprog III, som muliggør registrering af funktionsevneniveau på sundhedslovsområdet. Det er endnu ikke besluttet at indsamle data fra kommunerne. Hvis dette skal ske, vil der foreligge såvel et teknisk som et juridisk forarbejde. Vurdering af borgerens funktionsevneniveau udføres af myndighed. Der forventes data af høj kvalitet, da vurdering af borgerens funktionsevneniveau danner grundlag for den efterfølgende visitation.
Erfaringer med indikatoren	Størstedelen af kommunerne anvender vurderinger funktionsevneniveau af den ene eller anden art i deres udredning af borgeres behov for hjælp og støtte, og det er dermed et begreb, kommunerne er vant til at arbejde med. Der er ingen erfaringer fra de fem undersøgte lande med anvendelse af funktionsevneniveau som en national kvalitetsindikator. I Norge har man en indikator om rehabilitering. Den måler på, hvor stor en andel af borgerne, der har en koordinerende plan.
Praksis	Der er behov for at sikre ensartet praksis på tværs af kommuner i forhold til registreringen af funktionsevneniveau ved implementeringen af Fælles Sprog III.

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans: Rambøll vurderer på baggrund af inputs fra ekspertworkshop, workshop med kommuner og følgegruppen, at indikatoren er relevant i forhold til at få et nationalt billede af kvaliteten af kommunale indsatser på ældreområdet.

Accepteret: Vurderinger af funktionsevneniveau anvendes allerede i kommunal praksis i forbindelse med udredning af borgere, og indikatoren vil derfor møde kriteriet for indsatser efter serviceloven. Indikatoren vil kræve ekstra registreringer ved inkludering af SUL § 140, og det vil måske skabe modstand. Det er dog Rambølls vurdering, at indikatoren samlet set møder kriteriet.

Troværdig: Indikatoren er let at fortolke, men der er behov for at sikre ensartethed i kommunernes registreringspraksis for at sikre et sammenligningsgrundlag både internt i kommunen og eksternt med andre kommuner. Det er således Rambølls vurdering, at indikatoren lever delvist op til kriteriet, hvilket underbygges af tilbagemeldingerne fra kommuneworkshoppen. Ved en investering i at skabe en ensartet praksis vil indikatoren kunne møde kriteriet.

Let: Indikatoren kræver ny dataregistrering af funktionsevneniveau, som implementeres med FSIII. Der er behov for en beskrivelse af registreringspraksis i forhold til, hvordan funktionsevneniveauet vurderes på skalaen fra 0-4, og om det skal gøres med udgangspunkt i et fælles måleredskab til at vurdere borgeres funktionsevneniveau (fx ICF, Barthel, rejse-sætte-sig-test, COMP). Indikatoren forudsætter kun i begrænset omfang mere dokumentation, end hvad der er obligatorisk i Fælles Sprog III, og kun hvis indsatser efter SUL § 140 medtages. Dette medfører derfor ikke et markant større ressourceforbrug. Det er på den baggrund Rambølls vurdering, at kriteriet samlet set er delvist opfyldt.

Robust: Vurderingen af funktionsevneniveau vil blive foretaget af myndighed. Alt efter hvordan der arbejdes med vurderingen af borgerens funktionsevneniveau, kan der være tale om en subjektiv vurdering eller en grundig faglig vurdering. På den baggrund er det svært at vurdere, om indikatoren helt eller delvist møder kriteriet.

Navn	**Rehabilitering model 3 – målopfyldelse ved selvvurdering**
Indikator	Andel borgere (67+ år), der har oplevet en forbedring i funktionsevneniveau på Patient Specifik Funktionel Skala fra start til slut af indsats (eller efter 12 uger, hvis indsatsen ikke er afsluttet på dette tidspunkt), som har modtaget kommunale indsatser. Der måles på alle borgere, der modtager indsatser efter SEL § 83a, § 86, stk. 1, og SUL § 140. Det er relevant at afklare, om der kan defineres objektive kriterier, der sikrer, at der måles på den del af borgerne, der modtager rehabiliterende indsatser efter SEL § 83.
Begrundelse	Indsatser med et rehabiliterende fokus skal tage udgangspunkt i borgernes egne målfastsættelser. Det er derfor relevant at måle borgerens egen vurdering af graden af målopfyldelse i forhold til de opsatte mål.
Definition	Indikatoren bygger på redskabet Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS). Her udvælger borgeren op til fem aktiviteter, som vedkommende har svært ved at udføre, og som er særligt vigtige for borgeren. Det betyder, at der måles på aktiviteter, der vil være helt borgerspecifikke. For hver aktivitet angiver borgeren en score for, hvor svært det er at udføre aktiviteten i dag. Der scores på en skala gående fra 0 (ude af stand til at udføre aktiviteten) til 10 (i stand til at udføre aktiviteten, før problemet opstod). Københavns Kommune har i samarbejdet med Københavns Universitet valideret, at der er tale om en reel forbedring af funktionsevneniveau ved en udvikling på mindst to point på skalaen. En forbedring i funktionsevneniveau på PSFS-skalaen defineres derfor som, at borgeren er gået frem med 2 point eller mere på skalaen i løbet af perioden.
Beskrivelse	Borgeren vurderer egen evne til at udføre en given aktivitet, som borgeren gerne vil arbejde med (har som sit mål) ved forløbets start (startmåling) ved hjælp af PSFS. Målingen gentages ved forløbets afslutning (slutmåling) eller efter 12 uger, hvis forløbet ikke er afsluttet på dette tidspunkt. Indikatoren opgøres som andel borgere, der har opnået en forbedring i forhold til mindst ét af deres mål fra startmåling til slutmåling, set i forhold til antallet af borgere der er målt på. Succeskriteriet for indikatoren vil ikke være, at alle borgere oplever en forbedring efter et rehabiliteringsforløb. Det er vigtigt at være opmærksom på, at nogle borgere har midlertidige funktionsnedsættelser, som med tiden vil forbedres, uanset den kommunale indsats (fx brud), mens der i andre forløb er tale om varige funktionsnedsættelser, hvor det ikke er muligt at forbedre borgerens evne til at udføre en aktivitet, og hvor der i stedet arbejdes med at vedligeholde eller begrænse yderligere funktionsnedsættelse.
Andre aktørers betydning	Øvrige indsatser fra kommunen, sundhedsvæsenet og øvrige faktorer i borgerens liv kan have indflydelse på udfaldet af borgerens egen vurdering af evne til at udføre en aktivitet og derved på effekten af det samlede forløb.
Anvendelsesmuligheder	Indikatoren er relevant på både nationalt og lokalt niveau. Det kan dog være problematisk at aggregere data, da borgerne nævner forskelligartede målsætninger.
Ambitionsniveau	Indikatoren kræver nye data i forhold til måling af PSFS.

Datakilde	Manuel dataindsamling udført af borgeren understøttet af den fagperson, der opstiller mål og følger op på disse. Det vil være oplagt at udvikle en løsning, der understøtter borgerens besvarelse. Det kan fx være en app-løsning til iPad, som den kommunale medarbejder kan have med ud til borgeren. For at sikre valide data vil det være nødvendigt at udvikle klare retningslinjer for, hvordan medarbejderen må støtte borgeren i udfyldelsen af PSFS. Da dataindsamlingen forventes at give relevant viden til indsatsen og derfor forventes at blive oplevet som meningsfuld for såvel borger som medarbejder, vurderer Rambøll, at der kan opnås valide data. Det er endnu ikke besluttet at indsamle data fra kommunerne. Hvis det skal ske, vil der foreligge såvel et teknisk som et juridisk forarbejde.
Erfaringer med indikatoren	Ingen af de fem lande anvender PSFS som national indikator for kvaliteten af indsatserne. Københavns Kommune har gode erfaringer med at anvende PSFS.
Praksis	Ved at indarbejde registreringerne af PSFS i FSIII vil det være muligt at opnå fælles standarder og terminologier.

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:	Rambøll vurderer på baggrund af inputs fra ekspertworkshop, workshop med kommuner og følgegruppen, at indikatoren er relevant i forhold til at få et nationalt billede af kvaliteten af indsatserne i forhold til rehabilitering. Fra borgernes perspektiv er det en styrke, at der kommer fokus på det, der er vigtigt for borgeren. Indikatoren kan påvirkes af andre indsatser på fx sygehus eller omstændigheder i borgerens liv, hvormed indikatoren ikke alene dækker den kommunale indsats.
Accepteret:	Borgeroplevelser er et stort fokuspunkt i kommunerne, som er accepteret blandt medarbejderne. Dog kræver indikatoren, at der indføres et nyt redskab, som medarbejderne skal oplæres i, så de kan guide borgeren. Metoden fordrer også yderligere registreringer, hvilket i mindre grad er accepteret blandt medarbejderne. Det er således Rambølls vurdering, at indikatoren vil blive delvist accepteret. Dette understøttes af tilbagemeldingerne fra kommuneworkshoppen.
Troværdig:	Det er Rambølls vurdering, at indikatoren er entydig og let at fortolke. Deltagerne på kommuneworkshoppen pegede på, at indikatoren kræver, at medarbejderne får en introduktion til redskabet, og hvordan de kan og må understøtte borgerens udfyldelse, men at lignende skalaer allerede anvendes til at måle eksempelvis smerte. Det er Rambølls vurdering, at det ikke har nævneværdig betydning for indikatorens troværdighed, at den bygger på borgernes selvdefinerede mål, som vil variere i ambitionsniveau, da der ikke er grund til at tro, at der vil være en bias mellem kommuner på dette punkt.

Let:

Indikatoren kræver ny dataregistrering. Hvis der udvikles en fornuftig it-løsning, vil der ikke være tale om en stor ekstra registrering, da redskabet i sig selv er simpelt og let at anvende. Der vil være behov for træning i brugen af skalaen blandt det relevante frontpersonale. Der vil således være behov for øgede ressourcer dels til dokumentation og dels til træning i brugen af skalaen.

Robust:

Der er en risiko for, at medarbejderne kan påvirke borgerens udfyldelse. Der er derfor behov for klare retningslinjer for, hvordan man kan og skal støtte borgerne i deres besvarelser.

Navn	**Livskvalitet forslag 1 – WHO-5**
Indikator	Borgernes generelle trivsel og velbefindende målt ved hjælp af spørgeskemaet WHO-5.
Begrundelse	Plejeindsatser af høj kvalitet understøtter borgerne i at have høj livskvalitet, så borgerne trives, føler sig tilpas i dagligdagen, har energi og laver ting, de har interesse for.
Definition	For denne indikator defineres livskvalitet som borgerens subjektive livskvalitet baseret på borgerens oplevelser af at være i godt humør (gejst og afslappethed), vitalitet (at være aktiv og vågne op frisk og veludhvilet) og generelle interesse (at være interesseret i ting) ved hjælp af måleredskabet WHO-5 (beskrives herunder).
Beskrivelse	WHO-5 består af fem udsagn om, hvor ofte borgeren har følt sig tilpas i de seneste to uger. Udsagnene og svarkategorierne er som følger:

I de sidste 2 uger …	*Hele tiden*
1) … har jeg været glad og i godt humør	*Det meste af tiden*
2) … har jeg følt mig rolig og afslappet	*Lidt mere end halvdelen af tiden*
3) … har jeg følt mig aktiv og energisk	*Lidt mindre end halvdelen af tiden*
4) … er jeg vågnet frisk og udhvilet	*Lidt af tiden*
5) … har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	*På intet tidspunkt*

Svarkategorierne har hver et tal og placerer sig på en skala, hvor "hele tiden" er lig med 5 og "på intet tidspunkt" er lig med 0. Der beregnes en samlet score, som standardiseres til en skala, der går fra 0-100. Jo flere point, jo højere trivsel.

WHO-5 er et valideret redskab, der anbefales af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen[23]. Der findes danske normtal for redskabet, hvorfor resultaterne af en undersøgelse kan holdes op imod nationale tal. Hvis scoren for en borger er over 50, ligger borgerens livskvalitet inden for normalområdet. Hvis scoren er mellem 36-50, ligger borgeren lavere end normalområdet og kan være i risiko for depression eller stressbelastning. Er scoren 35 eller derunder, er den væsentligt lavere end normalområdet, og der er stor risiko for depression eller stressbelastning.

Alle indsatser i ældreplejen har indflydelse på borgerens livskvalitet, men for ældre, der modtager en begrænset plejeindsats, har indsatsen også en begrænset indflydelse herpå. Samtidig påvirkes livskvaliteten af mange andre indsatser og omstændigheder i borgernes liv, fx behandling på hospital eller tab af nære familiemedlemmer.

Andre aktørers betydning	Spørgsmålene er generelle og omhandler ikke den kommunale indsats, så der er mange andre aktører og øvrige forhold, som kan påvirke resultatet.
Anvendelsesmuligheder	Data kan indsamles i fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Hvis undersøgelserne gennemføres, så resultaterne kan opgøres på område- eller ple-

[23] https://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx og https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialstyrelsens-viden/metodestrategi/ny-validerede-instrumenter/ny-mappe-praesentation-af-instrumenterne/nettoliste.

jecenterniveau, vil indikatoren også være anvendelig på kommunalt niveau. Opgøres indikatoren alene på nationalt eller kommuneniveau, vil det være vanskeligt at anvende den til kvalitetsudvikling lokalt.

Ambitionsniveau

Der er ingen af de nuværende nationale brugertilfredshedsundersøgelser, som spørger til livskvalitet. Der vil således være tale om ny indsamling af data. Omkostningerne ved de nationale brugertilfredshedsundersøgelser opgøres særskilt.

Datakilde

Rambøll anbefaler, at data indsamles gennem de fremadrettede brugertilfredshedsundersøgelser. Rambøll anbefaler, at de gennemføres årligt. WHO-5 kan frit anvendes, dvs. der er ikke licensomkostninger.

Erfaringer med indikatoren

Skalaen er oversat til en lang række sprog, og der er erfaringer med at anvende indikatoren i en lang række lande og på personer fra 16 år og op. Der er nationale normtal at sammenligne med.

Personer over 80 år scorer typisk lavere end 20-80-årige. Desuden scorer kvinder typisk lidt lavere end mænd (hhv. 67 og 69 point i gennemsnit) [24].

Ingen af de fem lande har erfaringer med WHO-5-spørgsmålene i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Der er dog erfaring med at anvende livskvalitet som kvalitetsindikator i England og i Københavns Kommune, hvor anvender man et enkelt spørgsmål til at indfange borgerens livskvalitet. Erfaringerne herfra er, at det kan være svært for nogle borgere i målgruppen, at forholde sig til begrebet livskvalitet.

Praksis

Generelt er der gode erfaringer med at anvende spørgsmålene i praksis. Nogle borgere kan dog have modvilje mod at udfylde WHO-5 skemaet, særligt når de ikke kan se meningen med det. Derudover har det vist sig nødvendigt at tage højde for, at besvarelsen af WHO-5 spørgsmålene kræver et vist refleksionsniveau hos borgerne. For nogle grupper (bl.a. borgere med særlig dårlig trivsel) kan det være udfordrende at reflektere over eget velbefindende over de sidste to uger og ikke kun her og nu[25].

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:

Borgerens trivsel og mentale sundhed er en central parameter for kvaliteten af ældreplejen. WHO-5 anbefales af såvel Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen som et egnet mål for livskvalitet. Sammenhængen mellem plejeindsatsen og livskvalitet målt ved hjælp af WHO-5 er alt andet lige størst, jo lavere borgerens funktionsevneniveau er, og jo mere støtte borgeren modtager, da plejeindsatsen spiller en større rolle for denne del af målgruppens livssituation, sammenlignet med gruppen af ressourcestærke ældre der blot modtager lidt støtte. Da livskvalitet for den samlede målgruppe påvirkes af en række faktorer ud over plejeindsatsen vurderer Rambøll, at indikatoren delvist møder kriteriet.

Accepteret:

På baggrund af kommentarer fra de kommunale behovsworkshops vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet. Livskvalitet opfattes som et centralt parame-

[24] https://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx.

[25] http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/~/media/C0B6B3B5B1154659B829D90B32608AF3.ashx.

ter for ældreplejen, og ved at indarbejde denne i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser vil der ikke være nye omkostninger forbundet med dataindsamlingen.
Erfaringerne fra projekter, hvor WHO-5 har været anvendt, har været positive. Det er blandt andet en erfaring, at brugen af redskabet medfører lokale arbejdsgange, der sikrer, at borgere i lav trivsel hurtigt henvises til at modtage hjælp[26].

Troværdig:

WHO-5 har været testet i forskellige befolkningsgrupper i flere lande, og erfaringerne viser, at der er tale om et pålideligt mål for personers trivsel[27]. På den baggrund vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet.

Let:

Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet, fordi erfaringerne med spørgsmålene i WHO-5 er, at de opleves som ukomplicerede, nemme at forholde sig til og formuleret i et sprog, som alle forstår. De er formuleret positivt, og det betyder, at de giver højere svarprocent, end spørgsmål der er formuleret negativt.[28] Derudover indarbejdes indikatoren i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og udgør derfor ikke en ekstra dataindsamlingsopgave for praksis.

Det skal bemærkes, at de fem spørgsmål i WHO-5 vil få stor vægt i en national brugertilfredshedsundersøgelse, da den ikke bør overstige 20 spørgsmål samlet set. Det vil få stor betydning for hvor mange øvrige temaer, der kan afdækkes i brugertilfredshedsundersøgelsen.

Robust:

Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet, fordi der er tale om validerede spørgsmål, og fordi den centralt styrede dataindsamling vil sikre en pålidelig dataindsamlingsproces.

[26] http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/~/media/C0B6B3B5B1154659B829D90B32608AF3.ashx.
[27] https://www.sst.dk/~/media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx.
[28] http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/specialeplanlaegning/~/media/C0B6B3B5B1154659B829D90B32608AF3.ashx.

Navn	**Livskvalitet forslag 2 – kommunal hjælp og livskvalitet**
Indikator	Hvorvidt borgerne vurderer, at den kommunale hjælp gør, at de kan gøre de ting, der er vigtige for dem. Måles ved hjælp af et spørgsmål i de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser.
Begrundelse	Plejeindsatser af høj kvalitet understøtter borgerne i at kunne gøre de ting, der er vigtige for dem.
Definition	Livskvalitet defineres som oplevelsen af at kunne gøre de ting, der er vigtige for en selv. Dette kobles til oplevelsen af, om den plejeindsats, man modtager, understøtter dette.
Beskrivelse	Rambøll anbefaler, at indikatoren bygger på et spørgsmål fra Københavns Kommunes brugertilfredshedsundersøgelser. Her stiller man dette spørgsmål:

Betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som er vigtige for dig?	*Ja* *Både- og* *Nej* *Ved ikke*

Spørgsmålet kan ligeledes formuleres med en likert-skala som svarkategori:

I hvor høj grad betyder den hjælp, du får, at du bedre kan gøre de ting i din hverdag, som er vigtige for dig?	*I meget høj grad* *I høj grad* *I nogen grad* *I lav grad* *I meget lav grad* *Ved ikke* *Irrelevant*

Underliggende for indikatoren er ambitionen om, at kommunerne tilbyder en indsats, som dækker borgerens behov, og at borgeren derved oplever en større frihed til at gøre de ting, der er vigtige for borgeren.

Styrken ved denne indikator er, at borgerens oplevelse af at kunne gøre de ting, der er vigtige for borgeren, bliver koblet til den indsats, borgeren modtager. På den måde vurderer Rambøll, at indikatoren bliver præcis i forhold til at give en indikation af kvaliteten af netop indsatsen og ikke af andre forhold.

Spørgsmålet er ikke valideret. Det er således ikke afdækket om spørgsmålet reelt måler livskvalitet, og herunder hvor succeskriteriet ligger for målgruppen. På den baggrund anbefaler Rambøll, at der foretages en validering af spørgsmålet inden ibrugtagning.

Andre aktørers betydning	Rambøll vurderer, at andre aktører vil have begrænset indflydelse på resultaterne af indikatoren, da den er målrettet de plejeindsatser, borgeren modtager.
Anvendelsesmuligheder	Data kan indsamles i fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Hvis undersøgelserne gennemføres, så resultaterne kan opgøres på område- eller plejecenterniveau, vil indikatoren også være anvendelig på kommunalt niveau. Opgøres indikatoren alene på nationalt eller kommuneniveau, vil det være vanskeligt at anvende den til kvalitetsudvikling lokalt.

Ambitionsniveau	Der er ingen af de nuværende nationale brugertilfredshedsundersøgelser, som spørger til livskvalitet. Der vil således være tale om ny indsamling af data. Omkostningerne ved de nationale brugertilfredshedsundersøgelser opgøres særskilt.
Datakilde	Rambøll anbefaler, at data indsamles gennem de fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Rambøll anbefaler, at de gennemføres årligt.
Erfaringer med indikatoren	København Kommune anvender spørgsmålet med gode erfaringer. Spørgsmålet er en del af den politiske afrapportering, fordi det går godt i tråd med kommunens værdighedspolitik og borgerfokus. Der er en god spredning i svarfordelingen, men samtidig også en relativt stor andel, der svarer ved ikke (10 procent). Det er Københavns Kommunes vurdering, at det sandsynligvis skyldes, at spørgsmålet er vanskeligt at forstå for nogle borgere. På den baggrund anbefaler Rambøll, at spørgsmålsformuleringen testes med henblik på justeringer, så spørgsmålet bliver så enkelt og let at forstå som muligt.

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet. Spørgsmålet undersøger koblingen mellem den givne hjælp/støtte og borgerens oplevelse af, at denne hjælp/støtte har gjort, at borgeren oplever at kunne leve sit liv, som han/hun ønsker. Erfaringerne fra Københavns Kommune er, at det går godt i tråd med strategierne på ældreområdet.
Accepteret:	På baggrund af kommentarer fra workshoppene om kommunale behov for og viden om borgeroplevet effekt vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet. Livskvalitet koblet til indsatsen opfattes som en central kvalitetsparameter for ældreplejen. Ved at indarbejde spørgsmålet i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser vil der ikke være nye omkostninger forbundet med dataindsamlingen.
Troværdig:	Indikatoren er umiddelbart simpel og let at fortolke, men den manglende validering gør, at Rambøll vurderer, at indikatoren pt. kun delvist møder kriteriet.
Let:	Indikatoren fremstår umiddelbart let at forstå. Den indarbejdes i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og udgør derfor ikke en ekstra dataindsamlingsopgave for praksis. Erfaringerne fra Københavns Kommune er dog, at der er en relativt stor del af borgerne, som svarer "ved ikke". Derfor vurderer Rambøll, at indikatoren kun delvist møder kriteriet.
Robust:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet, fordi den centralt styrede dataindsamling vil sikre en pålidelig dataindsamlingsproces.

Navn **Sammenhæng og behov forslag 1 – kontinuitet**

Indikator 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.

Begrundelse Sammenhæng i plejen er et gennemgående fokuspunkt i al dialog om kvalitet i ældreplejen, et centralt element i værdighedspolitikkerne og et fokuspunkt i de tilsyn, kommunerne selv gennemfører. En høj kontinuitet og ensartethed kan betyde, at borgeren oplever en høj grad af forudsigelighed og stabilitet i plejen, hvilket blandt mange ældre er forbundet med tryghed og kvalitet i indsatsen.

Definition Sammenhæng i ældreplejen defineres for denne indikator som kontinuitet. Det dækker over, om det er de samme hjælpere, som kommer i hjemmet, og om hjælpen, de leverer, er ensartet, uanset hvilken medarbejder der kommer i hjemmet.

Beskrivelse Rambøll anbefaler, at indikatoren består af to spørgsmål i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Rambøll anbefaler at anvende to spørgsmål, der allerede indgår i Sundheds- og Ældreministeriets brugerundersøgelser:

Hvor tilfreds er du med antallet af medarbejdere, som udfører praktisk hjælp/personlig pleje?	*Meget utilfreds* *Utilfreds* *Hverken tilfreds eller utilfreds* *Tilfreds* *Meget tilfreds* *Ved ikke* *Irrelevant*
Hvor tilfreds er du med ensartetheden i den hjælp, du modtager?	*Meget utilfreds* *Utilfreds* *Hverken tilfreds eller utilfreds* *Tilfreds* *Meget tilfreds* *Ved ikke* *Irrelevant*

Høj grad af tilfredshed inden for disse to spørgsmål dækker over kvalitet i ældreplejen, fordi det opleves som tryghedsskabende at få hjælp af kendte medarbejdere. Derudover betyder kontinuiteten i hjælpen, at borgeren ikke behøver at forklare sine behov, udfordringer og præferencer gang på gang for nye hjælpere, for at få den hjælp borgeren har brug for.

Da spørgsmålene allerede anvendes i Sundheds- og Ældreministeriets brugerundersøgelser, eksisterer der en baseline, der kan anvendes til at opstille succeskriterier efter.

Indikatoren er relevant for borgere, som både modtager praktisk hjælp og personlig hjælp.

Andre aktørers betydning Det forventes ikke, at andre aktører har nævneværdig indflydelse på, hvordan borgerne besvarer de to spørgsmål.

Anvendelses-muligheder	Data kan indsamles i fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Hvis undersøgelserne gennemføres, så resultaterne kan opgøres på område- eller plejecenterniveau, vil indikatoren også være anvendelig på kommunalt niveau. Opgøres indikatoren alene på nationalt eller kommuneniveau, vil det være vanskeligt at anvende den til kvalitetsudvikling lokalt.
Ambitionsniveau	Indikatoren er en del af Sundheds- og Ældreministeriets brugertilfredshedsundersøgelse, hvor der er to spørgsmål til antallet af medarbejdere og ensartetheden i hjælpen. Der er således tale om eksisterende data.
Datakilde	Rambøll anbefaler, at data indsamles gennem de fremtidige brugertilfredshedsundersøgelser. Rambøll anbefaler, at de gennemføres årligt.
Erfaringer med indikatoren	Indikatoren tager udgangspunkt i SUMs to spørgsmål til tilfredshed med antallet af medarbejdere og ensartethed i hjælpen. Økonomi- og Indenrigsministeriets brugertilfredshedsundersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere har lignende spørgsmål. Derudover er kontinuitet i ældreplejen inkluderet i den svenske brugertilfredshedsundersøgelse.

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet. Der er stor opmærksomhed på sammenhæng i plejeindsatserne, og kontinuitet er et centralt element i en sammenhængende ældrepleje. Oplevelsen af kvalitet er individuel, og for nogle borgere vil det betyde meget, at det er de samme hjælpere, der kommer i hjemmet, mens det for andre vil være underordnet, så længe borgeren oplever at modtage den rette hjælp til trods for udskiftning.
Accepteret:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet. Både på workshops og i følgegruppen har der været fokus på kontinuitet som en god indikator for en sammenhængende ældrepleje, og der er gode erfaringer med indikatoren i de nationale undersøgelser såvel som i de svenske.
Troværdig:	Indikatoren er umiddelbart simpel og let at fortolke, men spørgsmålene er ikke videnskabeligt validerede, hvorfor Rambøll vurderer, at indikatoren pt. kun delvist møder kriteriet.
Let:	Indikatoren fremstår umiddelbart let at forstå. Den indarbejdes i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og udgør derfor ikke en ekstra dataindsamlingsopgave for praksis. På den baggrund vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet.
Robust:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet, fordi den centralt styrede dataindsamling vil sikre en pålidelig dataindsamlingsproces.

Navn **Sammenhæng og behov forslag 2 – den rette hjælp**

Indikator 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.

Begrundelse Borgernes oplevelse af, om de modtager den rette støtte, når de har brug for denne samt om støtten møder borgerens behov, er helt centrale parametre for den borgeroplevede kvalitet.

Definition For denne indikator defineres kvalitet i plejen som, hvorvidt borgeren modtager den rette hjælp/støtte, når borgeren har brug for den og modtager den hjælp, der er behov for. Hjælp/støtte refererer til praktisk hjælp såvel som personlig pleje.

Beskrivelse Rambøll foreslår, at man kan anvende nedenstående spørgsmål som grundlag for indikatoren:

Får du den hjælp/støtte, du har brug for, når du har brug for den?	*Ja* *Både-og* *Nej* *Ved ikke*
Passer den hjælp/støtte, du får til dine behov?	*Ja* *Både-og* *Nej* *Ved ikke*

Indikatoren indebærer, at der er tale om hjemmepleje af høj kvalitet, når borgerne oplever, at medarbejderne kan levere den rette hjælp, når borgeren har brug for den, og at borgeren oplever, at hjælpen passer til borgerens behov. Det kan fx handle om, at hjemmeplejens medarbejdere løbende taler sammen om borgerens behov og derfor kan imødekomme disse, når borgeren har brug for det.

Der er tale om to spørgsmål, som Rambøll har udarbejdet med inspiration hentet i spørgsmål fra brugerundersøgelsen i Københavns Kommune. Der er således ikke erfaringer med spørgsmålene, og det vil være vanskeligt at opstille succeskriterier herfor på nuværende tidspunkt. Der er derfor behov for en afprøvning og efterfølgende validering af spørgsmålene, før de kan anvendes som nationale kvalitetsindikatorer.

Indikatoren er relevant både for borgere, som modtager praktisk hjælp og/eller personlig hjælp.

Andre aktørers betydning Rambøll vurderer, at andre aktører vil have begrænset indflydelse på indikatoren.

Anvendelsesmuligheder Data kan indsamles i fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Hvis undersøgelserne gennemføres, så resultaterne kan opgøres på område- eller plejecenterniveau, vil indikatoren også være anvendelig på kommunalt niveau. Opgøres indikatoren alene på nationalt eller kommuneniveau, vil det være vanskeligt at anvende den til kvalitetsudvikling lokalt.

Ambitionsniveau	Der er ingen af de nuværende nationale brugertilfredshedsundersøgelser, som dækker spørgsmålene bag denne indikator. Der vil således være tale om ny indsamling af data. Omkostningerne ved de nationale brugertilfredshedsundersøgelser opgøres særskilt.
Datakilde	Rambøll anbefaler, at data indsamles gennem de fremadrettede brugertilfredshedsundersøgelser. Rambøll anbefaler, at de gennemføres årligt.
Erfaringer med indikatoren	Da indikatoren er ny, er der endnu ingen danske erfaringer hermed.

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet. Der er stor opmærksomhed på sammenhæng i plejeindsatserne, og her er det centralt, at borgeren oplever at modtage den rette støtte, når borgeren har brug for det, og at støtten møder borgerens behov.
Accepteret:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet. Både på workshops med eksperter og kommuner samt i følgegruppen har der været fokus på, om borgeren oplever at modtage den rette støtte på det rette tidspunkt.
Troværdig:	Indikatoren er umiddelbart simpel og let at fortolke, men spørgsmålene er ikke videnskabeligt validerede, hvorfor Rambøll vurderer, at indikatoren pt. kun delvist møder kriteriet.
Let:	Indikatoren fremstår umiddelbart let at forstå. Den indarbejdes i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og udgør derfor ikke en ekstra dataindsamlingsopgave for praksis. På den baggrund vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet.
Robust:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet, fordi den centralt styrede dataindsamling vil sikre en pålidelig dataindsamlingsproces.

Navn	**Sammenhæng og behov forslag 3 – tryghed og selvbestemmelse**
Indikator	Andelen af borgere, som føler sig trygge i hverdagen med den støtte, de modtager fra kommunen, samt andelen af borgere, som oplever, at personalet tager hensyn til deres behov og ønsker til, hvordan hjælpen skal udføres.
Begrundelse	At kunne efterkomme borgerens behov er et kerneelement i at levere kvalitet i ældreplejen. Dette handler for det første om, at borgeren er tryg ved, at støtten/hjælpen er tilstrækkelig til, at borgeren kan klare sig i hverdagen. For det andet handler det om ikke at gå på kompromis med borgerens selvbestemmelse.
Definition	Denne indikator afspejler, hvorvidt borgerens behov opfyldes. Borgerens behov er her defineret som hhv. tryghed og selvbestemmelse.
Beskrivelse	Rambøll foreslår, at man kan anvende nedenstående spørgsmål som grundlag for indikatoren:

Hvor tryg føler du dig i hverdagen med den støtte, du får fra kommunen?	*Meget tryg* *Tryg* *Hverken-eller* *Utryg* *Meget utryg* *Ved ikke*
Oplever du, at personalet tager hensyn til dine behov og ønsker til, hvordan hjælpen skal udføres?	*Ja* *Både-og* *Nej* *Ved ikke*

Der er tale om to spørgsmål, som Rambøll har udarbejdet med udgangspunkt i spørgsmål fra den svenske brugertilfredshedsundersøgelse. Der er således ikke danske erfaringer med spørgsmålene, og det vil være vanskeligt at opstille succeskriterier på nuværende tidspunkt. Der er derfor behov for en afprøvning og efterfølgende validering af spørgsmålene, før de kan anvendes som national kvalitetsindikator i Danmark.

Indikatoren er både relevant for borgere, som modtager praktisk og/eller personlig hjælp.

Andre aktørers betydning	Rambøll vurderer, at andre aktører vil have begrænset indflydelse på resultaterne på indikatoren.
Anvendelsesmuligheder	Data kan indsamles i fremtidige nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Hvis undersøgelserne gennemføres, så resultaterne kan opgøres på område- eller plejecenterniveau, vil indikatoren også være anvendelig på kommunalt niveau. Opgøres indikatoren alene på nationalt eller kommuneniveau, vil det være vanskeligt at anvende den til kvalitetsudvikling lokalt.
Ambitionsniveau	Der er ingen af de nuværende nationale brugertilfredshedsundersøgelser, som dækker spørgsmålene bag denne indikator. Der vil således være tale om ny indsamling af data. Omkostningerne ved de nationale brugertilfredshedsundersøgelser opgøres særskilt.

Datakilde	Rambøll anbefaler, at data indsamles gennem de fremadrettede, nationale brugertilfredshedsundersøgelser. Rambøll anbefaler, at de gennemføres årligt.
Erfaringer med indikatoren	Indikatoren bygger på erfaringer fra Sverige. Der er således ikke danske erfaringer med indikatoren. I Sverige har man gode erfaringer med de to spørgsmål. Interviewpersonen fortæller, at spørgsmålet om tryghed hænger sammen med borgerens oplevelse af personalets respekt, og om det er de samme, der kommer i hjemmet. Derudover hænger det sammen med ensomhed. I forhold til spørgsmålet om hensyn til behov og ønsker fortæller hun, at det er et af de spørgsmål, hvor der ses stor variation mellem kommuner, hvilket opfattes som positivt fra en spørgsmålsteknisk synsvinkel.

Kriteriebaseret vurdering af indikatoren

Ikoner: Møder kriteriet: , møder delvist kriteriet: , møder ikke kriteriet:

Relevans:	Borgerens tryghed og selvbestemmelse er centrale parametre for kvaliteten af ældreplejen, hvorfor borgerens oplevelse heraf er afgørende. På den baggrund vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet.
Accepteret:	På baggrund af kommentarer fra de kommunale behovsworkshops og drøftelser med følgegruppen vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet. Både tryghed og selvbestemmelse opfattes som centrale parametre for ældreplejen, og selvbestemmelse indgår i værdighedspolitikkerne.
Troværdig:	Indikatoren er umiddelbart simpel og let at fortolke, men spørgsmålene er ikke videnskabeligt validerede, hvorfor Rambøll vurderer, at indikatoren pt. kun delvist møder kriteriet.
Let:	Indikatoren fremstår umiddelbart let at forstå. Den indarbejdes i de nationale brugertilfredshedsundersøgelser og udgør derfor ikke en ekstra dataindsamlingsopgave for praksis. På den baggrund vurderer Rambøll, at indikatoren møder kriteriet.
Robust:	Rambøll vurderer, at indikatoren møder kriteriet, fordi den centralt styrede dataindsamling vil sikre en pålidelig dataindsamlingsproces.