



KS

Kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner

FoU-prosjekt nr. 144030

RAPPORT

4. november 2014

Oppdragsgiver:	KS
Rapport nr.:	R8481
Rapportens tittel:	Kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner
Ansvarlig konsulent:	Odd Helgesen
Kvalitetssikret av:	Svein Lyngroth
Dato:	28. oktober 2014

Innhold

1	OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER	7
1.1	KORT OM FORMÅL OG BAKGRUNN	7
1.2	OPPSUMMERING AV FUNN	7
1.3	ANBEFALINGER	9
2	INNLEDNING	11
2.1	KORT HISTORIKK	11
2.2	FORMÅLET MED DETTE FOU-PROSJEKTET	12
2.3	PROBLEMSTILLINGER	12
2.4	BEGREPSAPPARAT OG AVGRENSNINGER	12
3	METODE OG GJENNOMFØRING	15
3.1	GJENNOMFØRING I SEKS FASER	15
3.2	METODER I DATAINNSAMLINGEN	15
4	HVILKE INDIKATORER FOR OBJEKTIV KVALITET BRUKES I KOMMUNENES STYRINGSSYSTEM?	19
4.1	OMFANG – BRUK AV OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER	19
4.2	BRUK AV INDIKATORER INNENFOR DE ULIKE TJENESTEOMRÅDENE	19
4.3	KOMMUNESTØRRELSE OG BRUK AV INDIKATORER	20
4.4	EKSEMPLER PÅ INDIKATORER I BRUK – ALLE TJENESTEOMRÅDER	21
4.5	BRUK AV NØKKELTALL	21
4.6	KORT OPPSUMMERING	21
5	SENTRALE KRAV TIL KVALITET I HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE	22
6	KOMMUNENES ERFARINGER MED BRUK AV OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER	25
6.1	KORT PRESENTASJON AV CASEKOMMUNENE	25
6.2	VIKTIGE FUNN OM BRUK AV INDIKATORER	27
6.3	INDIKATORER I BRUK	27
6.4	BRUK AV OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER I LOKALPOLITISK STYRING	32
6.5	BRUK AV KVALITETSINDIKATORER I STYRING OG FORBEDRING AV TJENESTENE	33
6.6	DATAFANGST	33
6.7	RAPPORTERING	34
6.8	VANSKELIG BEGREPSAPPARAT	34
6.9	OPPLEVDE GEVINSTER VED BRUK AV OBJEKTIVE KVALITETSINDIKATORER	34
7	HVA SIER FORSKNINGEN?	36

Vedlegg

Spørreskjema

Eksempler på objektive kvalitetsindikatorer

Forord

Dette prosjektet om kartlegging av kommunenes bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner er utført på oppdrag fra KS. I denne rapporten presenteres resultatene av en omfattende kartlegging av kommunenes erfaringer med bruk av objektive kvalitetsindikatorer. Undersøkelsen har omfattet en spørreundersøkelse rettet til alle landets kommuner, gjennomgang av årsmeldinger i 52 kommuner, og dybdeundersøkelser i åtte kommuner der vi har sett nærmere på kommunenes erfaringer med bruk av objektive kvalitetsindikatorer innenfor tjenestoområdene pleie- og omsorg og helse.

FoU-prosjektet er gjennomført av Bjørn Brox, Inger Hegna og Odd Helgesen. Sistnevnte har vært prosjektleder med ansvar for gjennomføring av FoU-prosjektet. Svein Lyngroth har vært prosjektrådgiver med særlig ansvar for kvalitetssikring av sluttrapport fra arbeidet.

Til støtte og bidrag i arbeidet med FoU-prosjektet har KS hatt en intern prosjektgruppe bestående av Kirsti Kierulf, Tina Skarheim, Astrid Nesland, Sigrid Askum, Jon Anders Drøpping og fagansvarlig Chriss Madsen.

Rådmannsutvalget i Akershus har vært referansegruppe for prosjektet.

Stabekk, 28. oktober 2014

Agenda Kaupang AS

1 Oppsummering og anbefalinger

1.1 Kort om formål og bakgrunn

Formålet med dette FoU-prosjektet har vært å gi KS og dets medlemmer innsikt i hvilke kvalitetsindikatorer for objektiv kvalitet kommunene bruker og hvilke erfaringer kommunene har med indikatorene i styring og forbedring av egen virksomhet. FoU-prosjektet har inngått, som et flere tiltak fra KS sin side, i arbeidet med vurdering og utprøving av nye, objektive kvalitetsindikatorer på flere kommunale tjenesteområder. Dette FoU-prosjektet er således en videreføring av to tidligere FoU-prosjekter gjennomført av henholdsvis Senter for økonomisk forskning (SØF)¹ og Agenda Kaupang². Gjennom effektiviseringsnettverkene er noen av kvalitetsindikatorerne i SØF-rapporten testet ut innenfor pleie og omsorg, helsestasjon/skolehelsetjenesten og barnehagetjenesten. KS følger dessuten arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer i direktoratene og har gjennom initiativ i konsultasjonsordningen medvirket til nytt arbeid i SSB og KOSTRA-gruppene, der KS selv deltar aktivt.

Funn og anbefalinger bygger på data og erfaringer hentet inn gjennom spørreundersøkelse rettet til alle landets kommuner, gjennomgang av årsmeldinger fra 52 kommuner, dybdeundersøkelser i åtte kommuner og innspill fra konferanse/workshop gjennomført i prosjektets avslutningsfase.

1.2 Oppsummering av funn

Omfang

Spørreundersøkelsen har vist at 60 % av landets kommuner har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer. Bruken av kvalitetsindikatorer øker i takt med kommune-størrelsen. Innenfor gruppen av kommuner med færre enn 5 000 innbyggere, oppgir således 45,1 % av kommunene at de har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer, mens 92,3 % av kommunene med 15 000 – 50 000 innbyggere har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer. Blant de største kommunene – over 50 000 innbyggere – hadde samtlige kommuner tatt objektive kvalitetsindikatorer.

Det er størst bruk av indikatorer innenfor grunnskoleopplæring, pleie og omsorg, barnehager, sosiale tjenester og helse. Det er utviklet flest indikatorer for produktkvalitet, med unntak for grunnskoleopplæring, sosiale tjeneste, vann og avløp som benytter mange indikatorer for resultat-kvalitet. For definisjon av produkt og resultat-kvalitet, se kap. 2.4.2.

Lite samarbeid på tvers av kommunegrensen

Dybdeundersøkelsene viser at det er begrenset bruk av felles eller like indikatorer på tvers av kommunene. Dette gjør det umulig å sammenlikne objektivt målt kvalitet på tvers av kommunene. Indikatorene som er bruk er dermed best egnet til å måle utviklingen over tid i egen kommune, hvilket også er viktig for den enkelte kommune. Gjennom effektiviseringsnettverkene har riktignok KS medvirket til utprøvinger av forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer fremmet i SØF-rapporten.

Kommunene har kommet ganske kort

FOU-prosjektet har gitt oss grunnlag for å mene at kommunene har kommet ganske kort når det gjelder utforming og bruk av objektive indikatorer for måling av kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Dette har sannsynligvis sammenheng med at det er få nasjonale indikatorer for objektiv produkt- og/eller resultat-kvalitet.

¹ SØF rapport 02/12 «Bedre måling av kvalitet i kommunene»

² Agenda Kaupang august 2012 «Fagsystemer til nye kvalitetsindikatorer – for folkevalgt styring»

Gjennomgang av opptil 50 årsmeldinger viste at utvalget av kommuner som presumtivt kunne ha verdifulle erfaringer å bidra med, var ganske lite. Utvalget av kommuner som vi har støttet oss til, tilhører sannsynligvis gruppen av kommuner som har kommet lengst. Selv innenfor denne gruppen gjenstår betydelig utviklingsarbeid før systemet for objektive kvalitetsindikatorer kan implementeres.

Bruk av objektive kvalitetsindikatorer oppleves som nyttig

Casekommunene rapporterer om at det er utfordrende å finne gode indikatorer for måling av kvaliteten innenfor pleie- og omsorgstjenestene og helsetjenestene. Til tross for dette har vi fått entydig tilbakemelding fra kommunene om at bruk av objektive kvalitetsindikatorer er en viktig og nødvendig del av kommunens styringssystem i tiden som kommer. Erfaringene er at innføring av objektive kvalitetsindikatorer tydeliggjør kommunens forpliktelser overfor brukerne, gir mulighet for å jobbe mot felles mål, skaper motivasjon blant ledere og ansatte, og gir grunnlag for dialog med politisk ledelse. Det oppleves som positivt at innføring av objektive kvalitetsindikatorer dreier oppmerksomheten mot kvalitet i tjenesten og bort fra ensidig oppmerksomhet om ressursbruk og effektive arbeidsprosesser. Kommunene ser at det vil kreve mye innsats både lokalt og sentralt for å kunne ha en bedre innsikt i og styring av kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Behov for mer involvering av det politiske nivået

Politikernes rolle i arbeidet med bruk av objektive kvalitetsindikatorer vil etter vårt syn være å stille krav til administrasjonen om at det settes mål for kvaliteten på de kommunale tjenestene, at det utvikles og tas i bruk indikatorer for måling av kvaliteten og etterspørre rapporter om resultatene. FoU-prosjektet har vist at lokalpolitikere ivaretar denne rollen på noe ulik måte. I enkelte kommuner har det politiske nivået vært initiativtaker til igangsetting av kvalitetsmålinger, mens man i andre kommuner i hovedsak har inntatt en mer tilbaketrukket rolle.

Få indikatorer for måling av objektiv kvalitet i institusjonstjenesten og hjemmebaserte tjenester

Kommunene har i liten grad tatt i bruk indikatorer for måling av objektiv kvalitet i institusjonstjenesten og i de hjemmebaserte tjenestene. Formelle krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er gitt i lover og forskrifter og synes i liten grad å være operasjonalisert gjennom relevante objektive kvalitetskriterier. Unntaket er Oslo kommune som har kommet lenger enn andre kommuner på dette området.

Behov for utvikling av mer treffsikre indikatorer for de hjemmebaserte tjenestene

Hjemmebaserte tjenester har en bred målgruppe av brukere. Det synes å være behov for utvikling av kvalitetsindikatorer som er bedre rettet inn mot grupper med felles behov, eksempelvis hjemmeboende eldre over 80 år, yngre hjemmeboende under 67 år, hjemmeboende fysisk handikappede, mv. Dagens indikatorer er for bredspektret og treffer ikke de ulike målgruppene godt nok.

Få lokalt utviklede indikatorer innenfor helseområdet, inkludert legetjenesten

Innenfor helsestasjon- og skolehelseområdet benyttes ofte kvalitetsindikatorer i KOSTRA og til dels nasjonale retningslinjer/veiledninger som objektive kvalitetskriterier. Dette muliggjør sammenlikninger på tvers av kommunene. På lokalt nivå er det utviklet få kvalitetsindikatorer innenfor dette området.

Fagsystemer med store begrensninger

Fagsystemene er til lite hjelp i arbeidet med å registrere relevante data som kan benyttes til automatisert rapportering av oppnådde resultater for de ulike målene og

kvalitetsindikatorene. Det er utstrakt bruk av manuelle systemregistreringer der blant annet egenutviklede Excel-løsninger benyttes. Dette er tungvint og ressurskrevende.

Utfordringen er at så lenge man ikke er enige om indikatorene er det vanskelig for systemleverandørene å gå i gang med videreutvikling av systemene. Når dette kommer på plass er det naturlig at KS tar en pådriverrolle for en rask utvikling av automatisert rapportering av kvalitetsindikatorene i henhold til felles IKT-arkitektur og som en leveranse i KS KommIT programmet.

Behov for drahjelp fra sentralt hold

Det er et utbredt ønske om å få mer drahjelp fra nasjonalt hold i arbeidet med pilotering, innføring og bruk av et styringssystem med objektive kvalitetsindikatorer. Selv om det foregår arbeid sentralt på dette området sitter mange kommuner på «hver sin tue» og utvikler egne indikatorer. Dette er uhensiktsmessig og dårlig utnyttelse av ressursene i Kommune-Norge.

Forholdsvis lite nyere forskning

Oppdraget var å gi en oversikt over hva som finnes av nyere (de tre siste årene) forskning om utvikling og bruk av resultatindikatorer for objektiv kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenestene, helsestasjon/skolehelsetjeneste og legetjenesten. I Norge finnes det lite forskning i bruk av kvalitetsindikatorer innenfor disse tjenestene. Internasjonalt er det imidlertid gjennomført en god del forskning, særlig om kvalitet i sykehjem. Det refereres i stor grad til forskningsmiljøer i USA. Mye av denne forskningen ligger noen år tilbake.

1.3 Anbefalinger

Med bakgrunn i de funn vi har gjort og tilbakemeldinger fra kommunene, kan viktige råd til KS oppsummeres i følgende punkter:

Utvikling av kvalitetsindikatorer og KS' rolle

FoU-prosjektet har vist at det er et stort behov for utvikling av flere relevante objektive kvalitetsindikatorer innenfor helse- og omsorgstjenestene. Det pågår et stort arbeid på kvalitetsforbedring innen helse- og omsorgstjenestene nasjonalt, og et eksempel er «pasientsikkerhetsprogrammet», og det vil være et behov for at disse initiativene samordnes. KS spiller en aktiv rolle, både i arbeidet med valg av indikatorer og når det gjelder framdrift i arbeidet. I utvikling av indikatorer bør KS også i fremtiden ha en aktiv rolle i å sikre at indikatorene oppleves som relevante og nyttige lokalt, bl.a. gjennom dialog med kommunene. Målet må være at indikatorene kan inngå i KOSTRA.

Det bør utvikles nye og bedre kvalitetsindikatorer til erstatning for, og ikke som tillegg til, de gamle. Dette må likevel ikke hindre kommunene i å ta ansvar for utvikling av lokale kvalitetsindikatorer tilpasset behov og utfordringer i egen kommune.

Utvikling av fagsystemene

Arbeid med dette og tidligere FoU-prosjekt har vist at fagsystemene har store mangler når det gjelder registrering og rapportering av kvalitetsindikatorene. Det anbefales at KS tar dette inn som en oppgave i felles kommunal IKT-arkitektur innenfor helse og velferdsintegrasjon og standarder for innsamling og utveksling av data som gir gode indikatorer. Fagavdelingene i KS innenfor helse- og velferd og økonomi må gi det faglige innholdet til indikatorutviklingen, koordinere arbeidet opp mot det nasjonale arbeidet og sørge for å bruke kommunenes erfaringer. På denne måten kan KS fremstå som en sentral bestiller og utvikler av fagsystemene på vegne av medlemmene.

I påvente av at fagsystemene skal utvikles og forbedres anbefales det at kommunene utnytter de registrerings- og rapporteringsmulighetene som allerede finnes i fagsystemene.

Trekk veksler på erfaringer fra kommuner som har kommet langt

FoU-prosjektet har vist at flere kommuner sitter på erfaringer som kan være til nytte i arbeidet med videreutvikling av objektive kvalitetsindikatorer. Det anbefales at disse kommunene inviteres inn i utviklingsarbeidet, som hver for seg har nyttige erfaringer for det videre utviklingsarbeidet.

2 Innledning

2.1 Kort historikk

Gjennom KOSTRA er det tilgjengelig et begrenset antall kvalitetsindikatorer. Fra ulikt hold³ pekes det på at indikatorene ikke gir tilstrekkelig informasjon om tjenestenes kvalitet, og dermed heller ikke et tilstrekkelig grunnlag for styring og forbedring. Både direktorater og KS har satt i gang prosesser for forbedring og utvikling av nye kvalitetsindikatorer.

Siden høsten 2010 har således *Helsedirektoratet* arbeidet med et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten. Dette ble tydeliggjort i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2013, der det fremgår at arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer skal være en kjerneoppgave for direktoratet. *Utdanningsdirektoratet* fikk et liknende oppdrag for barnehageområdet i tildelingsbrev for 2013 fra Kunnskapsdepartementet. *Regjeringen* har i sin regjeringsplattform, eksplisitt nedfelt at det skal «innføres kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgssektoren, blant annet basert på bruker- og pårørendeerfaringer» og «utarbeide felles nasjonale indikatorer for kvalitet» for barnehagesektoren. *SSB* er gjennom KOSTRA-arbeidsgruppene også i gang med utvikling av nye kvalitetsindikatorer.

KS har i den senere tid arbeidet med vurdering og utprøving av nye objektive kvalitetsindikatorer på flere kommunale tjenesteområder. Grunnlaget for dette arbeidet har vært to FoU-prosjekter. Senter for økonomisk forskning (SØF) leverte i mai 2012 en rapport fra prosjektet «Bedre måling av kvalitet i kommunene». Formålet med prosjektet var å belyse en rekke sider ved hvordan det etter mønster fra utdanningssektoren kunne etableres bedre indikatorer for objektivt målt kvalitet innenfor andre kommunale tjenesteområder. Hovedmålet var å komme lenger i arbeidet med å beskrive

- hva som er resultat kvalitet på valgte kommunale tjenester
- i hvilken grad det finnes datastrøm/datakilder, da fra fagsystemer og avvikssystem, som kan brukes til å rapportere og få innsikt i resultat kvalitet
- forslag til konkrete, nye kvalitetsindikatorer på de tjenester som skal belyses
- kost/nyttevurderinger vedrørende utvikling og bruk av disse dataene
- hvordan disse dataene kan benyttes aktivt i styrings- og beslutningsprosesser

Som en oppfølging av SØF-rapporten omtalt ovenfor, ble Agenda Kaupang i 2013 engasjert av KS for å undersøke hvor anvendelige forslagene om objektive kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenestene ville være med tanke på at resultatoppfølgingen ikke skulle føre til utstrakt merarbeid. KS hadde satt som mål at

- indikatorene skulle være objektive, målbare og bidra til politisk og administrativ styring
- indikatorene skulle være håndterbare og nyttige for kommunene og bidra til å måle resultater og ikke bare ressursinnsats
- indikatorene måtte kunne inngå i kommunenes fagsystemer og eksisterende planverk uten utstrakt merarbeid
- dataene måtte kunne legges inn i eksisterende fag- og rapporteringssystemer, fortrinnsvis sammen med den allerede eksisterende registreringen

³ Kilde: KS

Rapport fra FoU-prosjektet ble levert i august 2013 der Agenda Kaupang bl.a. kom med anbefalinger om et begrenset antall indikatorer som tilfredsstilte kommunes krav til nytteverdi og egnethet for lokal styring, i kombinasjon med at det gjennom fag-systemene var mulig å registrere og aggregere indikatorene.

2.2 Formålet med dette FoU-prosjektet

Noen av kvalitetsindikatorerne foreslått av SØF har blitt testet ut gjennom KS sitt effektiviseringsnettverk, og da innenfor pleie- og omsorg, helsestasjon/skolehelse-tjenesten og barnehagetjenesten. I tillegg foregår det arbeid med utvikling av egne kvalitetsindikatorer i andre kommuner. Disse indikatorene har man ikke tilstrekkelig oversikt over, og man har heller ikke kunnskap om i hvilket omfang de anvendes. Det finnes heller ikke full oversikt over kommunenes bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer i styring og forbedring av tjenestene, herunder hvordan indikatorene benyttes til lokalpolitisk diskusjon og fastsetting av mål for kvaliteten.

Med dette som bakgrunn har formålet med FoU-prosjektet vært å gi innsikt i hvilke indikatorer som brukes pr. i dag, hvordan de benyttes og hvilke erfaringer kommunene har med nytten av kvalitetsindikatorerne i styring og forbedring av egen virksomhet. Prosjektet er ment å gi et kunnskapsgrunnlag for forbedringer av kommunenes styringssystemer, og derigjennom kunne få et samlet bilde av kvalitetsutviklingen i kommunene.

2.3 Problemstillinger

FoU-prosjektet skal behandle følgende problemstillinger:

1. Hvilke indikatorer for objektiv resultat kvalitet brukes i dag i kommunenes styringssystem?
2. For indikatorer for resultat kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenestene, helsestasjon/skolehelsetjenesten og legetjenesten:
 - a. Hvordan innhentes og aggregeres dataene som brukes i framstillingen av indikatorene for resultat kvalitet?
 - b. Å gi en beskrivelse av erfaringer med bruken, herunder en kost/nyttevurdering. Med nytte menes bruksverdi i eget styringssystem med hensyn til styring, egnethet, relevans og validitet. Med kostnad menes hvor tidkrevende og vanskelig det er å fremstille indikatoren.
 - c. Hvordan brukes kvalitetsindikatorerne i styring av tjenestene?
 - d. Hva er lokalpolitisk ledelseserfaringer med og synspunkter på bruk av kvalitetsindikatorer for lokalpolitisk styring?
 - e. Hvordan brukes kvalitetsindikatorerne til forbedringsarbeid i tjenestene?
3. Å gi en oversikt over hva som finnes av nyere (de siste tre årene) forskning om utvikling og bruk av resultatindikatorer for objektiv kvalitet for de ovennevnte tjenestemrådene.

2.4 Begrepsapparat og avgrensninger

2.4.1 Hva er en indikator?

Innledningsvis kan det være nyttig å minne om hva som ligger i begrepet indikator. Fra NOU 2004:2 Effekter og effektivitet har vi «sakset» følgende utfyllende beskrivelse. En gjengs definisjon av indikatorer er at det er *størrelser som gir viktig informasjon om egenskaper ved et fenomen eller objekt, med utgangspunkt i et analytisk spørsmål* (Johansen 2000). Det analytiske spørsmålet springer ofte ut fra et praktisk-politisk problem, men kan også ha mer teoretisk opphav. Poenget er at anvendelse av

indikatorer er en måte å skaffe informasjon på for et spesifikt formål, og at valg av indikatorer skal være basert på at de har en relevant tolkning nettopp i forhold til dette formålet. Første forutsetning for å kunne velge ut og definere et hensiktsmessig sett med indikatorer er derfor at formålet er klart formulert. Det innebærer blant annet at det praktisk-politiske (eller teoretiske) problemet er presentert på en slik måte at det går an å formulere de spørsmål, hvis svar, er en forutsetning for å kunne løse det. Indikatorene skal bidra med noe av den informasjonen som er nødvendig for å kunne besvare spørsmålene.

Uten en slik referanseramme vil «indikatorene» kun være statistiske variabler som bare potensielt representerer relevant informasjon. Det er først når indikatorer er valgt ut og kan fortolkes i forhold til spørsmål som er formulert med sikte på å skaffe informasjon for et klart definert formål, at vi kan snakke om meningsfylt innhenting og anvendelse av indikatorbasert informasjon. Statistiske variabler som ikke kan begrunnes med at de har en relativt klar tolkning i forhold til et slikt formål, vil ikke kunne tjene som indikatorer, det være seg alene eller i et system av indikatorer.

En enkelt indikator gir sjelden tilstrekkelig informasjon alene. Som oftest er det behov for et større sett med indikatorer som belyser ulike, men beslektede, aspekter ved det aktuelle fenomenet eller objektet. Det gjelder selvfølgelig i økende grad jo mer kompleks problemstillingen og det aktuelle fenomenet eller objektet, er. Dette understreker ytterligere behovet for en referanseramme som gir hver enkelt indikator en klar fortolkningsmessig relevans i forhold til en helhet. Når flere indikatorer brukes for å belyse ulike sider av samme problem, snakker vi ofte om et «indikatorsystem».

For vår del vil vi legge til at indikatorer for styring av en virksomhet bør utformes i et hierarki der det er ulike nyanser/utforminger av indikatorene, avhengig av på hvilket nivå man ønsker å måle, eksempelvis om det er rådmann, kommunalsjef eller virksomhetsledere som etablerer og følger opp en indikator.

2.4.2 Kvalitetsindikatorer

Generelt defineres kvalitet som egenskaper ved tjenesten som vedrører dens evne til å tilfredsstille krav eller behov. Det gjøres ofte et skille mellom kvalitet og kvantitet. Dekningsgrad/antall innvilgende vedtakstimer kan betraktes som en kvantitetsindikator, mens for eksempel hvorvidt tjenesten blir gitt til avtalt tid betraktes som en kvalitetsindikator.

Arbeidet med dette FoU-prosjektet har vist at det er nødvendig å ha god forståelse for hva som ligger i begrepet objektive kvalitetsindikatorer. Det er vanlig å skille mellom fire ulike former for objektiv kvalitet: strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultatkvalitet. I KOSTRA defineres de ulike typene kvalitet på følgende måte:

Strukturkvalitet omfatter forhold som kan knyttes til institusjonen (strukturen) som produserer tjenesten, og defineres ved den standard som finnes på innsatsfaktorene. Dette er for eksempel økonomiske rammebetingelser, personalets kompetanse og utdanning.

Prosesskvalitet er knyttet til produksjonsprosessene, og defineres som den smidighet og effektivitet som ligger til grunn for tjenesteproduksjonen. Det kan dreie seg om organiseringen av arbeidet, oversiktlige rutiner, metodebruk og klare ansvarsforhold.

Produktkvalitet er egenskaper ved tjenesten som er viktig for brukeren og defineres ved tjenestens innhold og service. Eksempelvis: saksbehandlingstid for byggesaker, saksbehandlingstid for undersøkelse i barnevernssaker, andel sosialhjelpsmottakere som har fått utarbeidet individuell plan, andel brukere på institusjon med enerom,

tilbud om aktiviteter for beboere på institusjon, andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – helsestasjonstjenesten m.m.

Resultatkvalitet er den virkning eller det resultat leveransen av tjenesten har for brukeren. Resultatkvalitet defineres gjerne ved den behovsdekningen som er oppnådd ved hjelp av tjenesten, eksempelvis andel sosialhjelpsmottakere som kommer i arbeid/skole/annen aktivitet og skåring på nasjonale prøver i grunnskolen.

De ulike typer kvalitet har ulik «avstand» til brukeren. Resultat- og produktkvalitet er av direkte betydning for brukeren, mens struktur- og prosesskvalitet ikke sier noe om tjenesten som leveres eller hvilken effekt den har for brukeren.

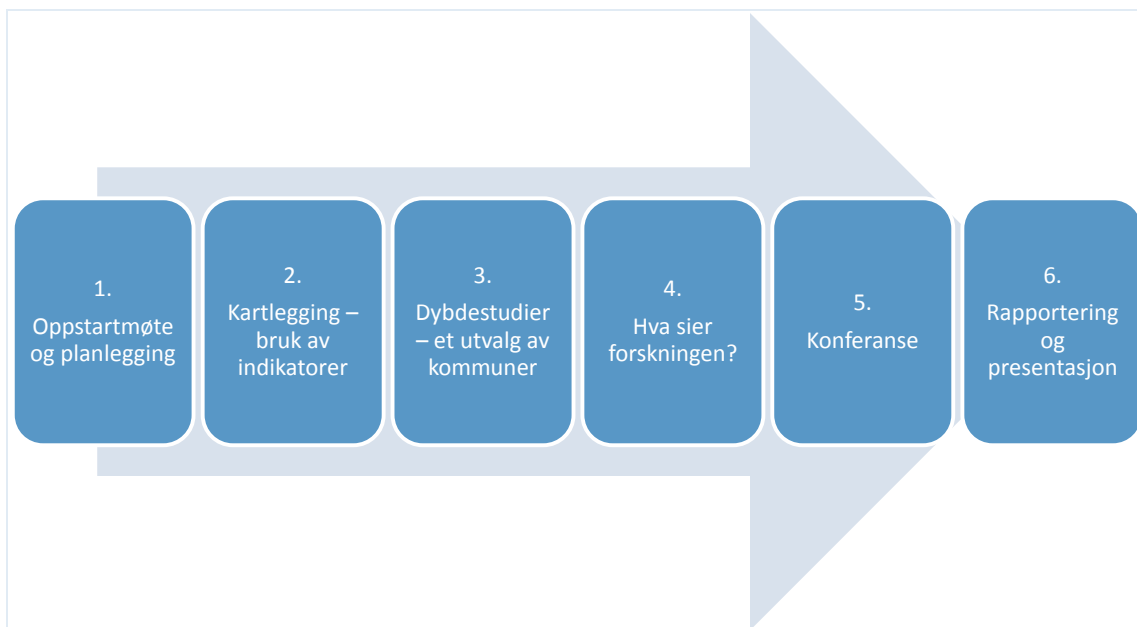
Indikatorer for struktur- og prosesskvalitet vil likevel være relevant for brukeren dersom de påvirker produkt- og resultatkvalitet, og spesielt dersom det ikke finnes gode indikatorer for det. Dette kommer bl.a. til syne innenfor barnehageområdet der andel ansatte med barnehagelærerutdanning ofte benyttes som en indikator for kvalitet i barnehagene. I denne undersøkelsen har KS valgt å holde denne og liknende indikatorer utenfor undersøkelsen selv om slike indikatorer er viktig for kvaliteten ved tjenesten.

I tillegg er det viktig å ha innsikt i opplevd kvalitet, innhente brukerfaringer og se dette i sammenheng med målt objektiv kvalitet, men i dette FoU-prosjektet har målet vært å finne fram til nye indikatorer for produkt og resultatkvalitet som ikke er i KOSTRA i dag.

3 Metode og gjennomføring

3.1 Gjennomføring i seks faser

FoU-prosjektet er gjennomført i perioden fra midten av februar til slutten av oktober 2014. Prosjektet har vært delt opp i seks faser som illustrert i figuren nedenfor.



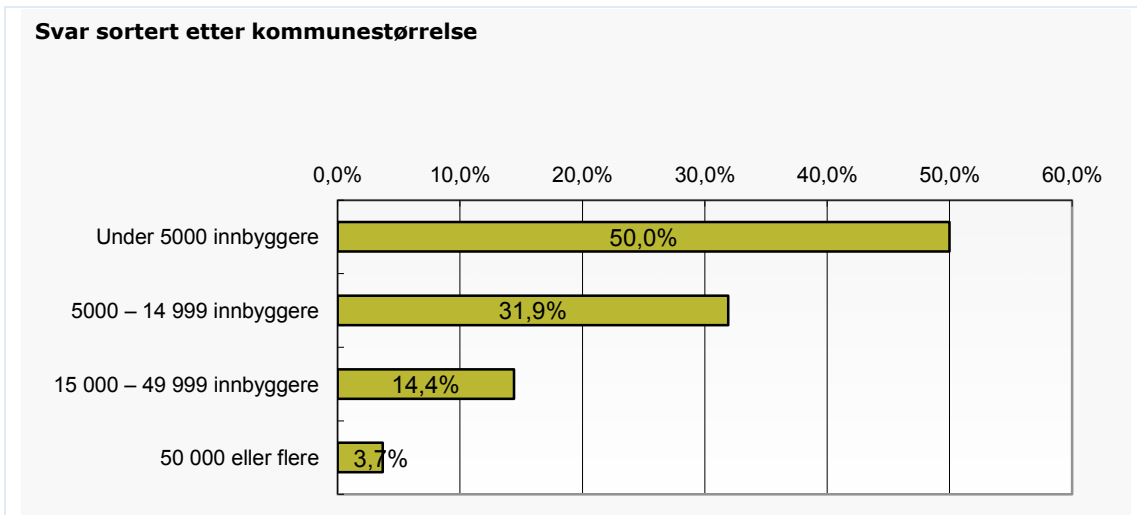
Figur 3-1 Faser i gjennomføring av FoU-prosjektet

3.2 Metoder i datainnsamlingen

3.2.1 Spørreundersøkelse

Det er gjennomført en spørreundersøkelse blant alle landets kommuner. Undersøkelsen er gjennomført som en nettbasert undersøkelse rettet til rådmenn-/byrådsledere. Undersøkelsen er gjennomført for å få et bilde av kommunenes praksis med bruk av objektive kvalitetsindikatorer, herunder omfang og hva slags indikatorer som brukes innenfor de ulike tjenesteområdene.

Vi fikk svar fra 189 kommuner, hvilket gir en svarprosent på 44,2 %. Etter kommune-størrelse fordelte svarene seg på følgende måte.



Figur 3–2 Svar sortert etter kommunistørrelse

Sammensetningen av svar fra kommunene synes å stemme godt med hvordan kommunene fordeler seg etter den samme kommuneinndelingen i populasjonen, jf. etterfølgende tabell.

Tabell 3–1 Svarfordeling i utvalget sammenliknet med hvor stor andel av landets kommuner som tilhører denne de ulike kommunegruppene. Tall i parentes angir antall svar.

Kommunistørrelse. Innbyggere	Svarfordeling - utvalg	Fordeling i populasjonen
Under 5.000	50,0 (94)	53,3
5.000 – 14.999	31,9 (60)	29,7
15.000 – 49.999	14,4 (27)	13,8
Over 50.000	3,7 (7)	3,3

Vi kan ikke være sikre på at svarene fra kommunene som faktisk har besvart undersøkelsen er representativ for hele utvalget da vi ikke vet nok om hvorfor noen kommuner ikke har svart på undersøkelsen. Det kan derfor være at vi har fått overvekt av svar fra de «flinkeste» i hver kommunegruppe.

3.2.2 Gjennomgang av årsmeldinger

Vi har gjennomgått årsmeldinger fra 52 kommuner, dels for å kunne bekrefte eller avkrefte funn fra spørreundersøkelsen og dels for å ha et godt grunnlag for valg av kommuner til dybdeundersøkelser.

Grunnen til at vi valgte og «studere» årsmeldinger og ikke andre styringsdokumenter, har sammenheng med at lokalpolitisk erfaring og synspunkter på bruk av objektive kvalitetsindikatorer har vært en sentral problemstilling i oppdraget. Årsmeldingene er sentrale i denne sammenheng.

Det er årsmeldingene for 2012 som har inngått i vår undersøkelse.

3.2.3 Dybdeundersøkelser i åtte kommuner

Problemstillingene som skulle undersøkes i FoU-prosjektet var av en slik karakter at det etter vår oppfatning burde foretas undersøkelser i et utvalg av kommuner som hadde høstet erfaringer med bruk av objektive kvalitetsindikatorer. I samråd med KS ble det bestemt at undersøkelsen skulle omfatte åtte kommuner. Viktige kriterier for valg av disse kommunene var at de tilhørte gruppen av kommuner med flest objektive

kvalitetsindikatorer innenfor de tjenesteområdene vi skulle «studere» eller generelt hadde mange objektive kvalitetsindikatorer i årsmeldingene. Tabellen nedenfor gir oversikt over hvilke kommuner som har inngått i undersøkelsen, hvilke intervjuer som er gjennomført og hva slags stilling/politisk verv intervjuobjektene har.

Tabell 3-2 Oversikt over hvilke kommuner vi har undersøkt og hvem som er intervjuet i de ulike kommunen

Kommune	Intervjuer med		
	Politikere	Rådmann-/kommunalsjefer	Virksomhetsledere
Asker	Ordfører	Rådmann Kommunaldirektør helse og omsorg, og kommunaldirektør oppvekst	Leder av vedtakskontor og rådgiver i rådmannens stab
Bamble	Ordfører, leder oppvekst og kultur, medlem av oppvekst og kultur	Rådmann, kommunalsjef helse og omsorg, kommunalsjef barnehage og skole. Rådgiver plan/økonomi	Virksomhetsledere pleie- og omsorg, og virksomhetsledere helse
Bærum	Leder og opposisjonsleder utvalg for bistand og omsorg	Kommunalsjef pleie- og omsorg, kommunalsjef helse og sosial, kommunalsjef barne- og ungdomstjenester, kvalitetsleder Helse og sosial, økonomimedarbeider Helse- og sosial	Tjenesteleder tildelingskontor pleie- og omsorg, tjenesteleder kommunens arbeidssenter, tjenesteleder samfunnshelse
Luster	Ordfører	Assisterende rådmann og kvalitetsleder	Virksomhetsleder sykehjemstjeneste og virksomhetsleder hjemmetjenesten
Orkdal	Varaordfører, utvalgsleder teknisk, en fra opposisjon i formannskapet	Rådmann og rådgiver	Rådmann og rådgiver
Oslo	Byråd for eldre Byråd for velferd og sosiale tjenester, to byrådssekretærer	Kommunaldirektør, seksjonsleder PLO, seksjonsleder helsetjenesten, rådgiver i helseseksjonen	Bydelsdirektør Gamle Oslo, avdelingsdirektør HR, avdelingsdirektør flyktningerkontoret, økonom PLO, økonomileder, leder barne- og unges enhet, rådgiver PLO-søknadskontor, leder hjemmesykepleie/psykisk helse/dagsenter
Kristiansand		To rådgivere i helse- og sosialdirektørens stab	Virksomhetsleder for barne- og familietjenesten, økonomirådgiver og ledende helsesøster i kommunen
Trondheim	Leder av helse- og velferdskomiteen	Rådmann, kommunalsjef helse og velferd, kommunalsjef skole og	Tre rådgivere i rådmannens stab, økonom i

Kommune	Intervjuer med		
	Politikere	Rådmann-/kommunalsjefer	Virksomhetsledere
		oppvekst	rådmannens stab, enhetsleder fysioterapitjenester, enhetsleder fastlegetjenester, rådgiver stab oppvekst og utdanning, rådgiver rådmannens fagstab

3.2.4 Søk på nett – forskning om objektive kvalitetsindikatorer

Det er gjennomført søk blant kilder både i Norge, Norden og andre relevante land om hva som er publisert av nyere forskning om utvikling og bruk av resultatindikatorer innenfor tjenesteområdene pleie og omsorg og helse. Mer omtale av forskning på objektive kvalitetsindikatorer beskrives i kapittel 7.

3.2.5 Workshop/konferanse

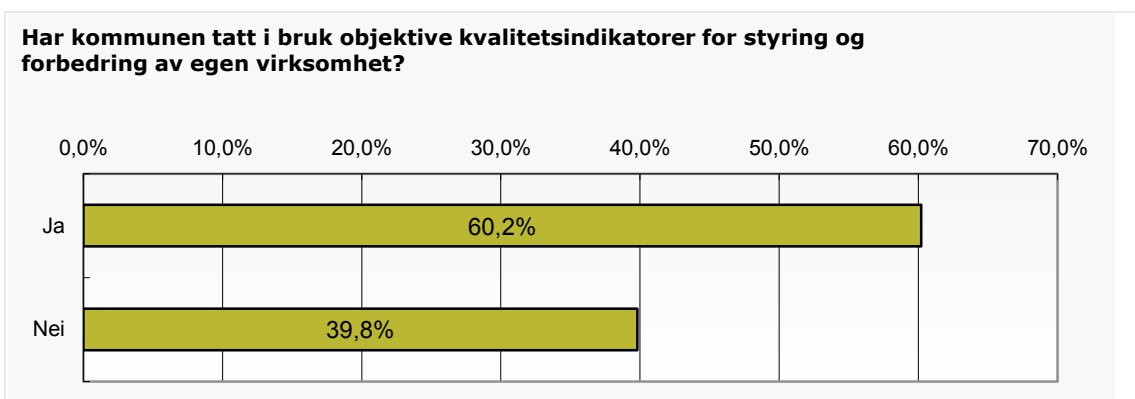
I FoU-prosjektets avslutningsfase ble casekommunene, prosjektgruppen i KS og referansegruppen invitert til workshop der formålet var å legge fram hovedfunn fra undersøkelsen, komme med spørsmål til disse og drøfte felles erfaringer knyttet til utvikling og bruk av objektive kvalitetsindikatorer. Fem av de åtte dybdekommunene deltok på konferansen. Innspill fra konferansen er inkludert i sluttrapporten, i særlig grad om det videre arbeidet med utvikling av objektive kvalitetsindikatorer.

4 Hvilke indikatorer for objektiv kvalitet brukes i kommunenes styringssystem?

I dette kapitlet gis det en oversikt over kommunenes bruk av objektive kvalitetsindikatorer innenfor de ulike tjenesteområdene. Oversikten bygger på informasjon hentet inn via spørreundersøkelsen og gjennomgang av årsmeldingene.

4.1 Omfang – bruk av objektive kvalitetsindikatorer

Blant kommunene som har svart på spørreundersøkelsen oppgir 112 av 186⁴ kommuner (60,2 %) at de har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer for styring og forbedring av egen virksomhet, jf. figur 4-1.



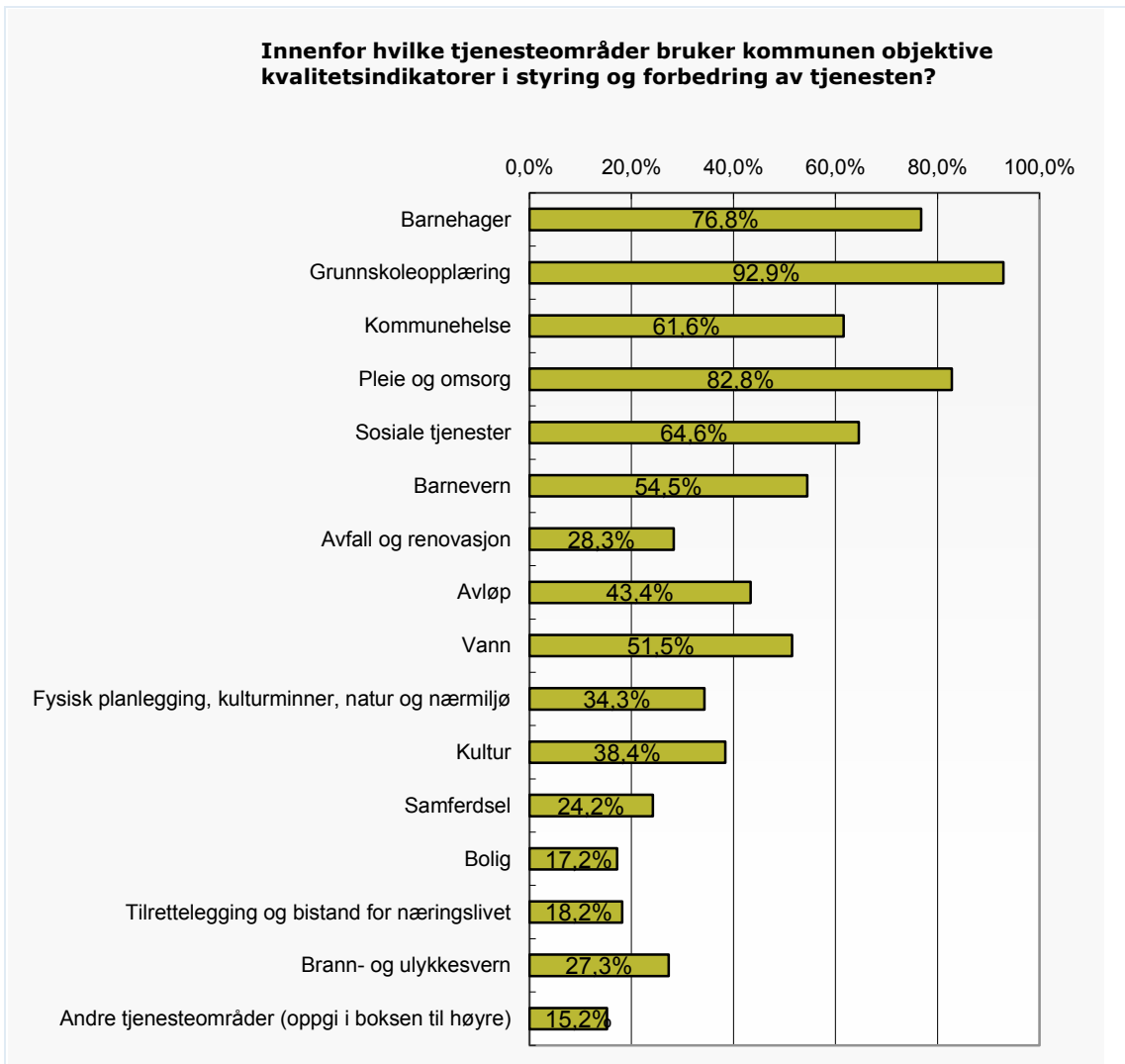
Figur 4-1 Andel kommuner som oppgir at de har tatt i bruk/ikke har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer

4.2 Bruk av indikatorer innenfor de ulike tjenesteområdene

Spørreundersøkelsen viser at bruk av objektive kvalitetsindikatorer er størst innenfor tjenesteområdene:

- Grunnskoleopplæring (92,9 %)
- Pleie- og omsorg (82,8 %)
- Barnehager (76,8 %)
- Sosiale tjenester (64,6 %)
- Kommnehelse (61,6 %)

⁴ Tre kommuner har ikke besvart dette spørsmålet



Figur 4-2 Bruk av objektive kvalitetsindikatorer innenfor de ulike tjenesteområdene

Resultatene presentert i figur 4-2 ble i stor grad bekreftet ved gjennomgang av årsmeldingene, med unntak for ett tjenesteområde. Innenfor barnehageområdet synes bruk av objektive indikatorer for produkt- og resultat kvalitet å være overrapportert sammenliknet med hva vi fant ved gjennomgang av årsmeldingene. På dette området benyttes i hovedsak indikatorer for strukturkvalitet.

4.3 Kommunestørrelse og bruk av indikatorer

Ikke overraskende – øker bruken av objektive kvalitetsindikatorer med kommune-størrelsen, jf. etterfølgende tabell.

Tabell 4-1 Økt bruk av objektive kvalitetsindikatorere med kommune størrelse

Kommunestørrelse	Har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer- prosentvis andel	Har ikke tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer- prosentvis andel
Under 5 000 innbyggere	45,1	54,9
5 000 - 14 999 innbyggere	63,8	36,2
15 000 - 49 999 innbyggere	92,3	7,7
Over 50 000 innbyggere	100,0	

Erfaringene er at større kommuner gjennomgående har flere ressurser tilgjengelig for utvikling og styring ved hjelp av objektive kvalitetsindikatorer. Dette kom klart til syne i dybdeundersøkelsene gjennomført i august– september.

De ti største kommunene er dessuten med i ASSS-nettverket (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner) som drives i regi av KS. Hovedfokus i dette arbeidet er utvikling og analyse av økonomi og styringsdata på aggregert nivå.

4.4 Eksempler på indikatorer i bruk – alle tjenesteområder

I vedlegg 2 har vi tatt inn eksempler på indikatorer som er i bruk innenfor alle tjenesteområdene i kommunene. Eksempelene er hentet fra både spørreundersøkelsen og gjennomgang av årsmeldinger. Hovedbildet er at det er utviklet flest indikatorer for produktkvalitet. I den grad det benyttes indikatorer for resultat kvalitet finner vi disse innenfor tjenesteområdene; grunnskoleopplæring, sosiale tjenester, vann og avløp. Pleie og omsorg er det området som vi har funnet flest indikatorer, men hovedsakelig indikatorer innenfor produktkvalitet.

Alt i alt synes det å være et stort spenn i indikatorer som brukes i kommunene. Listen kan tjene som eksempel på indikatorer som andre kommuner kan benytte i styring og forbedring av kvaliteten på områder som krever særlig oppmerksomhet.

4.5 Bruk av nøkkeltall

Vanlig praksis i mange kommuner er å rapportere ett sett med nøkkeltall i årsmeldingene i tillegg til indikatorer for kvalitet og brukertilfredshet. Nøkkeltall brukes til å belyse utvikling i dekningsgrader, produktivitet, antall brukere innenfor tjenesteområdene mv. Nøkkeltallene hentes i stor grad fra KOSTRA og kan således med letthet benyttes i sammenlikning med andre kommuner. Det settes ikke mål for nøkkeltallene.

4.6 Kort oppsummering

Når det gjelder kommunes bruk av objektive kvalitetsindikatorer viser undersøkelsene:

- Om lag 60 % av kommunene, dvs. 112 av 186 kommuner oppgir at de har tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer
- Bruk av kvalitetsindikatorer øker i takt med økt kommunestørrelse
- Indikator for produktkvalitet er mer utbredt enn indikatorer for resultat kvalitet
- Indikatorer for resultat kvalitet brukes hyppigst innenfor grunnskoleopplæring, sosiale tjenester, renovasjon og avløp, og vannforsyning

5 Sentrale krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenestene

Før vi gir en nærmere omtale av kommunenes erfaringer med bruk av objektive kvalitetsindikatorer innenfor pleie- og omsorgstjenestene og helsetjenestene, kan det være hensiktsmessig å minne om hvilke kvalitetskrav som er satt til disse tjenestene gjennom lover og forskrifter.⁵ Krav som kan være retningsgivende for utvikling av relevante og nyttige indikatorer.

Sentrale lover og forskrifter i denne sammenheng er:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg
- Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft januar 2012. I den nye loven fra 2012 er det listet opp følgende syv formål:

1. Forebygge, behandle og tilrettelegg for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne
2. Fremme sosial trygghet, bedre levevilkår for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer
3. Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre
4. Sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdig tjenestetilbud
5. Sikre at samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov
6. Sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet
7. Bidra til at ressursen utnyttes best mulig

For pleie- og omsorgstjenesten vil det første formålet om å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelser og nedsatt funksjonsevne være sentral. *Forebygging* dreier seg om tiltak eller tilbud for å unngå skader eller sykdom, for eksempel fysisk tilrettelegging i hjem, fysisk aktivitet og kosthold. Det vil med andre ord kunne dreie seg om flere typer tilbud som rettes mot innbyggerne generelt, eller tjenestemottakere og der målet er å unngå skader, sykdom eller dårlig helse. *Behandling* vil dreie seg om personer med sykdom eller lidelser som gjennomgår en behandlingsprosess med tanke på å bli frisk, for eksempelvis rehabilitering etter er lårhalsbrudd. Her er målet klart og det vil være forholdsvis enkelt å koble tiltak til målet om å bli frisk. *Mestring* av ulike livssituasjoner omfatter store deler av tjenestene virksomhet. Dette kan dreie seg om å mestre alderdom, midlertidig sykdom, funksjonshemming, sykdom som demens osv. Kvalitet vil da dreie seg om å tilby bistand av ulik art som gjør at tjenestemottakeren mestrer hverdagen med de utfordringer denne måtte ha.

Det fjerde punktet i opplistingen ovenfor peker videre på formålet om å sikre kvalitet og likeverd i tjenestetilbudet. Dette utdypes nærmere i lovens kapittel 4 om krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Her står det at tjenestene skal være forsvarlige i den forstand at:

⁵ Bygger på et notat utarbeidet av Oslo kommune

1. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgs-tilbud
2. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud
3. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og
4. tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene

I tillegg til loven er det også fire forskrifter som direkte eller indirekte omhandler kvalitet.

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg. Her står det at utforming av bygninger skal ta hensyn til funksjonshemninger og behandling, pleie- og assistansebehov hos beboere. Videre skal det være enerom i bygningene, uttak for telefon, og WC skal være tilknyttet hvert sengerom. Boformen skal også ha nødvendige rom som er tilrettelagt for å ivareta beboernes hygiene, tilfredsstillende kjøkken og vaskerifunksjoner, samt funksjonell møblering og belysning. Det står også i forskriften at beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenelig med den medisinske behandlingen, driften og hensyn til andre beboere.

Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste presiserer faglige krav til det forebyggende helsearbeidet i kommunen. Loven stiller med andre ord krav til at sykepleietjenesten – herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie er en del av kommunens lovbestemte helsetjeneste, både faglig og administrativt. Det betyr at kommunen skal tilsette

- offentlig godkjent helsesøster for å dekke behovet for spesielle sykepleierfunksjoner i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid
- sykepleiere og hjelpepleiere for å utføre andre funksjoner i kommunens sykepleietjeneste

Forskriften stiller også krav til at faglig leder for helsesøstertjenesten skal være helsesøster, og faglig leder for hjemmesykepleien skal være offentlig godkjent sykepleier. Offentlig godkjent sykepleier kan imidlertid konstitueres i kommunens helsesøsterstilling.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten omhandler forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Formålet med forskriften er at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. De grunnleggende behovene er definert som

1. opplevd respekt, forutsigbarhet og trygghet
2. selvstendighet og styring av eget liv
3. fysiologiske behov som næring, variert og helsefremmende kosthold, samt rimelig valgfrihet når det gjelder mat
4. sosiale behov
5. normal livs- og døgnrytme
6. ro og skjermet privatliv
7. personlig hygiene
8. mulighet til å ivareta egenomsorg
9. verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
10. nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand

11. nødvendig tannbehandling

12. tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Forskrift om en verdig eldreomsorg har som formål å sikre at eldreomsorgen gir en verdig, trygg og meningsfull alderdom. I forskriften står det at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legges til rette for at følgende hensyn ivaretas:

1. En riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
2. Et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider
3. Et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
4. Å tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
5. Lindrende behandling og en verdig død
6. Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen. Omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering
7. Faglig forsvarlig oppfølging av leger og annet personell som sikrer kontinuitet i behandlingen
8. Tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom

Det finnes altså en lang rekke formelle krav til kvalitet i kommunenes helse – og omsorgstjenester. Krav som kan operasjonaliseres gjennom utvikling av objektive kvalitetsindikatorer.

6 Kommunenes erfaringer med bruk av objektive kvalitetsindikatorer

Kommunenes erfaringer med bruk av objektive kvalitetsindikatorer innenfor pleie- og omsorgstjenestene og helsetjenestene, er altså belyst gjennom dybdeintervjuer i åtte kommuner. De valgte kommunene ble hentet fra gruppen av kommuner som vi hadde «studert» årsmeldingene fra og tilfredsstilte krav om å ha tatt i bruk indikatorer innenfor de nevnte tjenesteområdene. Dette var kommuner som også alt i alt hadde tatt i bruk mange indikatorer totalt sett, og hadde forholdsvis bred erfaring med styring ved hjelp av objektive kvalitetsindikatorer.

6.1 Kort presentasjon av casekommunene

6.1.1 Asker kommune

Asker er en stor kommune med om lag 58 300 innbyggere. Kommunen innførte balansert målstyring i 2011/2012 og har etablert et overordnet målekart der indikatorene inngår. Som en forberedelse til styring etter indikatorer for produktkvalitet og resultat kvalitet, har kommunen vært gjennom en fase med utvikling av indikatorer for prosesskvalitet. Kommunen er nå i en fase der de gradvis vil utvikle flere indikatorer for produktkvalitet og resultat kvalitet, bl.a. fordi man mangler gode nok indikatorer for kvalitet i tjenestene. Utviklingsenheten i kommunen arbeider med å utvikle indikatorer innenfor fall, helhetlig pasientforløp, medikamenthåndtering og ernæring.

6.1.2 Bamble kommune

Kommunen har om lag 10 600 innbyggere. Bamble kommune startet arbeidet med utvikling av objektive kvalitetsindikatorer for 5 –6 år siden og har etter det brukt kvalitetsindikatorer aktivt i sentrale styringsdokumenter. I 2014 er det gjennomført en del endringer i settet av objektive kvalitetsindikatorer fordi man har sett at det har heftet en del svakheter ved de indikatorene man hadde. Kommunen har sett det som viktig å ha et overkommelig antall styringsmål i handlingsplaner, budsjetter og årsmeldinger.

6.1.3 Bærum kommune

Bærum har om lag 118 600 innbyggere. Kommunen er deltaker i ASSS-samarbeidet, effektiviseringsnettverket bestående av landets ti største kommuner. Bærum kommune har arbeidet lenge med målstyring og har etablert et overordnet målekart som utgangspunkt for indikatorene som brukes. Mange indikatorene som er brukt er «produksjonsindikatorer» dvs. indikatorer med mål for produksjon i form av antall plasser, etablere tjenester i nye boliger mv. Kommunen bruker kvalitetsindikatorene i KOSTRA.

6.1.4 Kristiansand kommune

Kristiansand er en stor kommune med ca. 86 000 innbyggere, og er deltaker i ASSS-samarbeidet. Kommunen har sammen med de andre kommunene i ASSS-samarbeidet jobbet mye for å komme frem til noen gode indikatorer innenfor skolehelsetjenesten, men er fortsatt i startfasen. Kristiansand etterlyser innspill fra nasjonalt hold på dette området. Det viser seg å være store utfordringer i å finne de gode indikatorene. Kommunen bruker mye tid på dette arbeidet og har holdt på i over 10 år. Balansert målstyring og målekort er en del av styringssystemet. Kommunen har et utall av indikatorer innenfor flere av sektorene, men nesten ingen av disse er produkt- og resultatindikatorer. Kommunen velger ofte å lage indikatorer det er lett å måle og som de kan få ut aggregerte tall (automatisk) fra fagsystemene. Kommunen er hele tiden på

«jakt» etter gode kvalitetsområder innenfor PLO- og helsetjenesteområdet, men sliter med å få frem indikatorer og å kunne måle disse.

Lovpålegg/forskrifter/veiledere fra staten gjør at kommunen ofte blir bundet til å jobbe med struktur- og prosesskvalitet og kommunen mener dette er et av de største hindrene for å fokusere mer på produkt- og resultat kvalitet.

6.1.5 Luster kommune

Luster kommune er den minste av casekommunene. Kommunen har lang erfaring med bruk av indikatorer i styring av kommunale tjenester. I 2013 ble det gjennomført en intern prosess der de hadde spesiell oppmerksomhet om utvikling og utforming av objektive kvalitetsindikatorer. Til hjelp i dette arbeidet tok kommunen bl.a. utgangspunkt i SØF-rapporten, omtalt tidligere i dette dokumentet. Kommunen har konsentrert seg om utvikling av et fåtall indikatorer. Det har vært en forutsetning at man hadde tilgjengelig data for å måle de valgte indikatorene. Luster har søkt å etablere indikatorer som henger sammen med nasjonale mål bl.a. fordi tilsynsmyndighetene ofte trekker fram disse målene når de kommer på besøk. Det er lagt ned mye tid på utvikling av årshjulet og kopling med de ulike styringsdokumentene. I tillegg til de spesifikke indikatorene for de ulike tjenesteområdene, måler kommunene antall saker med brudd på forvaltningsloven om svarfrist på 3 uker og antall saker med omgjøringsvedtak.

6.1.6 Orkdal kommune

Kommune med 11 600 innbyggere. Orkdal introduserte bruk av objektive kvalitetsindikatorer i styringen av de kommunale tjenestene for 12– 15 år siden. Kommunen har dermed lang erfaring med bruk av objektive kvalitetsindikatorer i styring og forbedring av tjenestene. Indikatorene som er tatt i bruk handler i stor grad oppfølging av frister og måling av klager. Det ble gitt uttrykk for at det kan nå være behov for utvidelse og/eller revisjon av kvalitetsindikatorene.

6.1.7 Trondheim kommune

Kommunen har ca. 185 000 innbyggere og er også aktivt med i ASSS-samarbeidet. Målekort er tatt i bruk i kommunen og målene er innarbeidet i lederavtalene som følges opp hvert tertial. Kommunen har forholdsvis lang erfaring med bruk av objektive kvalitetsindikatorer i styring av de kommunale tjenestene. Indikatorene oppleves å gi grunnlag for refleksjon om kvaliteten på tjenestene og viser om utviklingen er i forhold til målene.

6.1.8 Oslo kommune

Landets største kommune. Oslo kommune er også med i ASSS-samarbeidet, og i dette nettverket blir det noen ganger utarbeidet indikatorer som kommunen benytter. Kommunen har kommet langt i arbeidet med utvikling av indikatorer for måling av kvalitet i pleietjenestene, både ved de private sykehjemmene, de kommunalt drevne sykehjemmene og de hjemmebaserte tjenestene. Mye av kvalitetsarbeidet er politisk initiert og forankret. Kommunen har mye erfaringer som kan være til nytte for andre kommuner, særlig innenfor pleie- og omsorgstjenestene.

Kravene til kvalitet i kommunenes pleie- og omsorgstjenester er avledet av statlige krav gjennom lover, forskrifter, rundskriv m.m. og vedtak fattet av bystyret. Oslo kommune har gjennom bystyrevedtak vedtatt hvordan kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene skal følges opp og kontrolleres. Helseetaten har det administrative arbeidet med å koordinere de forskjellige tiltakene: brukermedvirkning, beboerundersøkelser og pårørende undersøkelser, kvalitetsrevisjoner og registrering av objektive indikatorer i pleien. Tilsynsutvalg for hjemmetjenestene, sykehjem og driftsstyrer i kommunale

sykehjem følger også opp og kontrollerer kvaliteten ved tjenestene. Bystyret har vedtatt sak om kvalitetskrav i pleie- og omsorgstjenesten, herunder kvalitetsmålingssystem for sykehjem i Oslo og kvalitetsmåling i hjemmetjenesten.

6.2 Viktige funn om bruk av indikatorer

Casekommunene rapporterer om at det er utfordrende å finne gode indikatorer for måling av kvaliteten innenfor pleie- og omsorgstjenestene og helsetjenestene. Til tross for dette har vi fått entydig tilbakemelding fra kommunene at bruk av objektive kvalitetsindikatorer er en viktig og nødvendig del av kommunens styringssystem i tiden som kommer. Erfaringene er at innføring av objektive kvalitetsindikatorer tydeliggjør kommunens forpliktelser overfor brukerne, gir mulighet for å jobbe mot felles mål, skaper motivasjon blant ledere og ansatte, og gir grunnlag for dialog med politisk ledelse. Det oppleves som positivt at innføring av objektive kvalitetsindikatorer dreier oppmerksomheten mot kvalitet i tjenesten og bort fra ensidig oppmerksomhet om ressursbruk og effektive arbeidsprosesser. Kommunene ser at det vil kreve mye innsats både lokalt og sentralt for å kunne ha en bedre innsikt i og styring av kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

6.3 Indikatorer i bruk

På de neste sidene vises eksempler på objektive kvalitetsindikatorer som er tatt i bruk i casekommunene. Listen viser indikatorer som kommunene har rapportert om i årsmeldingene, og supplert med indikatorer i andre styringsdokumenter som vi fikk kjennskap til i våre intervjuer. Dette er indikatorer som kommunene vurderer som relevante og godt egnet for måling av kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene og helsetjenestene i kommunene. De aller fleste indikatorene måler produktkvalitet.

6.3.1 Pleie- og omsorgstjenestene

Indikatorene kan samles innenfor noen grupper med felles kjennetegn:

- Kvalitet i pleien
- Tilgjengelighet
- Pålitelighet
- Pleie og omsorg på riktig sted
- Omfang av klager
- Effekt av rehabilitering
- Andre indikatorer

Måling av kvalitet i pleien

Som et ledd i arbeidet med måling av kvalitet i pleien har Luster har tatt i bruk følgende indikatorer, også omtalt som avviksindikatorer.

Tabell 6-1 Kvalitet i pleien

Egenskap	Indikator	Kommune
Avvik –fall med skade	Fall fra stol, seng, toalett m.m.	Luster
Avvik –legemiddelhåndtering	Feil medisin, feil tidspunkt, feil dosering og feil pasient	Luster
Avvik ernæring	Endring BMI	Luster

Når det gjelder avviksindikatorer anbefalte SØF at avvikene skulle graderes etter alvorlighetsgrad. Luster kommune har som det fremgår av tabellen valgt å registrere

hva slags avvik som er registrert. Asker oppgir at kommunen er i ferd med å utvikle avviksindikatorer, men vi har ikke innsikt i hvordan disse er planlagt innrettet.

Oslo kommunen har tatt i bruk ett sett med objektive kvalitetsindikatorer i måling av kvaliteten på pleien, indikatorer som kan påvirkes av pleiens omfang og kvalitet. Det understrekes fra kommunens side at indikatorene ikke kan brukes alene som mål på kvalitet i sykehjem. Kvalitetsmålingssystemet i Oslo består av:

- Kvalitetsrevisjoner
- Objektive kvalitetsindikatorer
- Brukerundersøkelser (bruker og pårørende)
- Medarbeiderundersøkelser

Oslo kommune har arbeidet med utvikling av kvalitetsmålingssystemet siden 1998. Det er gjennomført gradvis endringer og forbedringer i systemet. Pr. d.d. gjelder følgende indikatorsett.

Tabell 6–2 Kvalitet i pleien

Egenskap	Indikator	Kommune
Trykksår	Høyeste grad av trykksår siste 7 dager	Oslo
Ernæring	Endring vekt	Oslo
Fall	Alvorligste forekomst av skade som følge av fall i løpet av de siste 30 døgn	Oslo
Tannstatus	Tannstatus hos alle sykehjemsbeboere én gang i året	Oslo
Helseassosierte infeksjoner	Forekomst av helseassosierte infeksjoner (urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperativ sårinfeksjon og hudinfeksjon). Måles to ganger pr. år (uke 21 og 48). Gjennomføres av Folkehelseinstituttet	Flere kommuner

Av tabellen går det fram at Oslo nå har indikatorer for måling av trykksår, ernæring, fall, tannstatus og helseassosierte infeksjoner. Tidligere hadde kommunen også indikatorer for måling av urininkontinens og kontrakturer. Disse er nå tatt ut av indikatorsystemet på grunn av måleproblemer eller at indikatorens validitet ble vurdert som lav. Kvalitetsindikatorerne skal brukes som incentiv til forbedring gjennom sammenlikning over tid, med egne tidligere resultater og med andre sykehjem på samme tidspunkt. Kvalitetsindikatorerne brukes til å identifisere områder eller systemer som bør undersøkes/vurderes nærmere. Indikatorene ble første gang utarbeidet i forbindelse med konkurranseutsetting av sykehjem. Da måtte man ha et godt og gjennomarbeidet opplegg for måling av kvaliteten i sykehjemmene, både de kommunale og de private.

Trykksår. Registrering av trykksår går ut på å undersøke beboeren og avgjøre stadium av eventuelle trykksår. Med trykksår menes alle skader på huden forårsaket av trykk, alt fra vedvarende rødhet til åpne sår. Det er fem stadier av trykksår:

- Stadium 0: Ingen trykksår/trykkskade i huden
- Stadium 1: Hudområde med vedvarende rødhet
- Stadium 2: Delvis tap av hudlag. Ser ut som hudskraping
- Stadium 3: Totalt tap av hud, der underhud er synlig. Tendens til kraterdannelse
- Stadium 4: Hele hudområdet er skadet, muskelvev og/eller ben er synlig

Indikatoren vurderes som viktig fordi trykksår kan være smertefullt, det tar lang tid å behandle trykksår og trykksår kan gi andre komplikasjoner slik som hud- og beininfeksjoner. Det skilles også på om trykksåret er oppstått på sykehjemmet eller før innleggelse. Det er antall forekomster av høyeste grad av trykksår siste sju dager som registreres.

Ernæring. Indikatoren anses som viktig fordi underernæring og vektnedgang kan få utslag i form av nedsatt almenntilstand, redusert trivsel og dårligere behandlingsresultat. Indikatoren måles ved regelmessig veiing fordi små vektendringer er vanskelig å oppdage kun ved observasjon.

Fall. Fall og hoftebrudd registreres fordi fall er en vanlig årsak til svekkelse og dødsfall blant eldre sykehjemsbeboere. Det er de alvorligste forekomstene av skade som følge av fall i løpet av de siste 30 døgn som rapporteres.

Tannstatus. Oppfølging av tannstatus er ny indikator fra 2014. God tannhelse vurderes å ha stor betydning for den generelle helsen. Infeksjoner og smerter i munn kan gi problemer ved inntak av mat og drikke, og kan føre til underernæring og dehydrering. Tannhelsen rapporteres etter en åttedeltbelegg- og slimhinneindeks.

Infeksjoner. Infeksjoner er kostbare å behandle og gir mye lidelse og belastning for pasientene. Forekomst av infeksjoner (urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperativ sårinfeksjon og hudinfeksjon) måles punktvis to ganger pr. år. Målingen er nasjonal og gjennomføres av Folkehelseinstituttet.

Tilgjengelighet

Under tilgjengelighet har vi samlet indikatorer som gir et bilde av tilgjengelighet til tjenesten, gjerne uttrykt ved saksbehandlingstid og iverksettingstid.

Tabell 6-3 Tilgjengelighet

Egenskap	Indikator	Kommune
Saksbehandlingstid for nye søknader om hjemmetjenester	Antall dager brukt på saksbehandling av søknad om hjemmesykepleie og praktisk bistand	Oslo
Iverksettingstid for nye vedtak i hjemmetjenesten	Tiden fra et vedtak er godkjent til kommunal/privat leverandør har iverksatt tjenesten	Oslo
Effektiveringstid – oppstart av tjeneste	Tiden som går fra henvendelsen kommer til tiltaket er iverksatt	Bamble
Oppfølging av tidsfrister – avlastning	Andel henvendelser med oppfølging innen pålagt frist	Orkdal

Når det gjelder effektiveringstid – oppstart av tjeneste– måler Bamble tiden fra henvendelsen kommer og ikke fra det tidspunktet søknad om tiltak er registrert. Grunnen er at rask håndtering av henvendelser fra brukerne vurderes som et kvalitets-tegn ved tjenesten.

Pålitelighet - hjemmetjenestene

Blant casekommunene er det kun Oslo kommune som har satt mål for pålitelighet i hjemmetjenesten. Dette omfatter både hjemmesykepleie og praktisk bistand, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 6-4 Pålitelighet

Egenskap	Indikator	Kommune
----------	-----------	---------

Avlyste besøk i den kommunale hjemmetjenesten	Besøk som hjemmetjenesten har avlyst selv, i prosent av totalt antall besøk (både hjemmesykepleie og praktisk bistand)	Oslo
Avlyste besøk tjenester utført av private tjenesteleverandører	Besøk som privat tjenesteleverandør har avlyst selv i prosent av antall besøk (både hjemmesykepleie og praktisk bistand)	Oslo

Pleie- og omsorg på riktig nivå

Samhandlingsreformen førte til at flere kommuner startet med å måle liggetid på sykehus for pasienter som er utskrivningsklare. Målet har vært å sikre at brukeren får pleie og omsorg på riktig nivå og tilpasset brukerens behov. Kommunene Asker og Trondheim har i tillegg valgt å registrere omfanget av antall reinnleggelser for å ha bedre samlet bilde av kvaliteten på tjenesten knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter.

Tabell 6-5 Pleie og omsorg på riktig nivå

Egenskap	Indikator	Kommune
Ventetid- pleie og omsorgstilbud fra kommunen	Gjennomsnittlig liggedøgn pr. utskrivningsklar pasient på sykehus	Asker, Luster, Trondheim
Riktig bruk av korttidsplasser	Andel korttidsplasser belagt med korttidspasienter	Asker
Omfang av reinnleggelser	Andel reinnleggelser av pasienter på sykehus	Trondheim, Asker

Klager – omfang og omgjøring

Antall klager som får medhold benyttes bl.a. for å kontrollere om skjønnsutøvelsen i behandling søknader og klager er bra.

Tabell 6-6 Klager – omfang og omgjøringer

Egenskap	Indikator	Kommune
Omfang av klager	Sum antall klager på tjenestevedtak pr. år	Bamble
Omgjøring av vedtak	Andel klager som får medhold av fylkesmannen i forhold til totalt antall klager	Orkdal

Effekt av rehabilitering

Indikatorerne beskrevet nedenfor er de eneste indikatorene for resultat kvalitet som vi har funnet i dybdeundersøkelsen. Måling av funksjonsevne gjøres ved hjelp av en internasjonalt anerkjent metode for måling av funksjonsevne ⁶.

Tabell 6-7 Rehabilitering

Egenskap	Indikator	Kommune
Effekt av rehabilitering (1)	Andel brukere som har opprettholdt og/eller bedret funksjonsevnen på rehabilitering sengepost	Bamble
Effekt av rehabilitering (2)	Andel brukere tilbakeført til eget hjem – rehabilitering sengepost	Bamble

Andre indikatorer

Under andre indikatorer har vi samlet følgende indikatorer som favner ulike egenskaper ved tjenesten.

⁶ STS (Sit to stand) TUG (Time up and go) – fysioterapitjenester

Tabell 6–8 Andre indikatorer

Egenskap	Indikator	Kommune
Brukere uten samordnet plan	Andel brukere som står uten samordnet plan	Bamble
Brukere med vedtak om støttekontakt uten at tilbudet er iverksatt	Andel brukere som faktisk har fått støttekontakt	Bamble
Brukere med sammensatte behov som har fått IP	Antall brukere med IP	Luster
Skjermet privatliv i sykehjem	Andel plasser i enerom på sykehjem	Oslo og Trondheim har mål for indikatoren i årsmeldingen. Andre kommuner kan også ha indikatoren, men har ikke rapportert dette i årsmeldingen
Kunne bo lengst mulig hjemme	Alle førstegangshenvendelser om middagsombringing, trygghetsalarm og praktisk bistand får vurdering iht. prinsippet om tidlig intervensjon	Trondheim
Kunne bo lengst mulig hjemme	Alle brukerne i Lerkendal bydel får en vurdering ut fra prinsippet om hverdagsrehabilitering	Trondheim

6.3.2 Helsetjenester

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Indikatorene for kvalitet innenfor helsestasjon og skolehelsetjenesten er dels kvalitetsindikatorer brukt i KOSTRA og dels anbefaling gitt i veileder fra Helsedirektoratet.

Tabell 6–9 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Egenskap	Indikator	Kommune
Nyfødte skal ha besøk av helsesøster	Andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst eller etter enda kortere tid	Alle
Hjemmebesøk av jordmor	Andel av nyfødte som får besøk av jordmor innen tre dager etter fødsel	Bamble
Gjennomføringsgrad helseundersøkelser	Antall gjennomførte helseundersøkelser som andel av mål for antall undersøkelser	Alle
rotavirusvaksinering	Dekning av rotavirusvaksine	Bamble
Åpningstid helsestasjon for ungdom	Timer pr. uke	Bærum
Tilstedeværelse skolehelsetjenesten	Timer pr. uke	Trondheim

Fysioterapi- og ergoterapitjenester, legetjenester og legevakt

Tabell 6-10 Fysioterapi- og ergoterapitjenester, legetjenester og legevakt

Egenskaper	Indikator	Kommune
Ventetid på fysioterapi- og ergoterapitjenester	Ventetid i antall dager	Trondheim
Omfang av klager	Antall klager til fylkesmannen	Bamble
Tilgjengelighet til legevakt	Andel pasienter med høy hastegrad som får legetilsyn innen 30 minutter, og pasienter med haster som får tilsyn innen 90 minutter	Asker, Bærum og Oslo
Tilgjengelighet til legekontor	Telefontilgjengelighet og universell utforming	Trondheim

6.3.3 Oppsummering – indikatorer i bruk

Dybdeundersøkelsene viser at få indikatorer brukes på tvers av kommunene. Dette gjør det umulig å sammenlikne objektivt målt kvalitet på tvers av kommunene. Indikatorene som er brukt er dermed best egnet til å måle utviklingen over tid i egen kommune, hvilket også er viktig for den enkelte kommune.

Analyse av kartleggingsresultatene fra både spørre- og dybdeundersøkelsene viser at kommunene i mindre grad har tatt i bruk indikatorer for måling av objektiv kvalitet i institusjonstjenesten og i de hjemmebaserte tjenestene. Formelle krav til kvalitet i helse- omsorgstjenestene, gitt i lover og forskrifter, synes i liten grad å være operasjonalisert gjennom relevante objektive kvalitetskriterier. Unntaket er Oslo kommune som har kommet noe lenger enn andre kommuner på dette området.

Innenfor helsestasjon- og skolehelseområdet benyttes til dels nasjonale standardkrav som objektive kvalitetskriterier. Dette muliggjør sammenlikninger på tvers av kommunene. Det er i liten grad utviklet andre kvalitetsindikatorer innenfor dette området. For legetjenestene synes det å være utviklet og tatt i bruk få objektive kvalitetsindikatorer.

6.4 Bruk av objektive kvalitetsindikatorer i lokalpolitisk styring

På bakgrunn av erfaringer i åtte dybdekommuner kan det se ut til at lokalpolitikere har en forholdsvis anonym rolle i arbeidet med utvikling av objektive kvalitetsindikatorer. Dette er imidlertid i tråd med deres rolle som bestillere. Det er sjelden at politikere tar initiativ til utvikling av indikatorer for måling av kvaliteten på kommunens helse- og omsorgstjenester. Men det finnes noen unntak fra denne regelen, bl.a. i Oslo der det politiske nivået, ved byrådene, var aktive i arbeidet med etablering av objektive kvalitetsindikatorer da deler av sykehjemsdriften ble konkurranseutsatt. Da trengte man gode verktøy for å forsikre seg om at kvaliteten ved pleien i sykehjemmene var god nok.

Det finnes også eksempler på at det politiske nivået har blitt trukket inn i de innledende prosessene som administrasjonen har kjørt i forbindelse med utvikling av indikatorsett, eksempelvis i Asker kommune. Inntrykket er videre at det sjelden blir debatt i kommune- eller bystyret om de objektive målene for kvaliteten på de kommunale tjenestene. Men oppstår det et avvik mellom mål og resultat for sentrale indikatorer, blir det stilt spørsmål til administrasjonen.

Det er vårt inntrykk at det politiske nivået i kommunen trenger mer informasjon og opplæring om hvilken nytte det ligger i å ha et velfungerende system for måling av objektiv kvalitet.

6.5 Bruk av kvalitetsindikatorer i styring og forbedring av tjenestene

Motivet for å innføre objektive kvalitetsindikatorer som del av kommunens styrings-system handler i bunn og grunn om å ha et godt grunnlag for styring og utvikling av de kommunale tjenestene. I dette ligger utvikling av indikatorer for måling av kvaliteten, fastsette konkrete mål, kontrollere om målene nås og sette inn tiltak når det er avvik mellom mål og resultat.

Praksis i flere kommuner er at målene for objektiv kvalitet på helse- og omsorgstjenestene inngår som en del av lederavtalene i kommunene. Avvik fører vanligvis til at det settes i verk tiltak for å bedre måloppnåelsen, økt ressurstilgang eller at ambisjonsnivået justeres. Både for kommunens politiske og administrative ledelse er det viktig å ha informasjon om man beveger seg i riktig retning mot overordnede mål fastsatt i handlingsplaner eller sektorplaner.

Både representanter for politisk ledelse, administrativ ledelse og ledere på virksomhetsnivå uttaler at informasjon både om mål og resultater oppleves som svært nyttig for utvikling av tjenestene. Det rapporteres om endringer i arbeidsformer og prioriteringer. I større kommuner med flere likartede enheter (sykehjem, kommunale legekantor mv.), gir sammenlikninger av objektiv målt kvalitet et godt utgangspunkt for videre undersøkelser og refleksjon om hva man kan lære av hverandre. Oslo kommune har således et innarbeidet system for rapportering av måloppnåelse på indikatornivå for alle sykehjem, både kommunale og private. Kommunen understreker imidlertid at indikatorene ikke bør brukes alene som mål på kvalitet i sykehjem. Høye (ikke ønskede) verdier kan være med på å identifisere og belyse problemområder. Resultatene brukes internt i kvalitetsarbeidet og følges opp i form av kvalitative undersøkelser for å identifisere hvorvidt høy score skyldes problemer relatert til kvalitet på pleien eller kan ha andre årsaker. Andre årsaker søkes identifisert ved å undersøke hvordan tilstanden var før brukeren fikk plass på sykehjem, eksempelvis om trykksår, helseinfeksjoner o.l.

Et gjennomgående funn er at informasjon om oppnådde resultater er gjenstand for en systematisk gjennomgang med tanke på læring, utvikling og forbedring. Gjennomgangen kan dels føre til at det settes i gang forbedringsprosesser, styrking av tjenesten eller revurdering av ambisjonsnivået for tjenesten.

6.6 Datafangst

Fagsystemene er i svært liten grad til hjelp i arbeidet med å få til gode registreringer av nødvendige data/fakta for en automatisert rapportering av oppnådde resultater for de ulike målene og kvalitetsindikatorene. Det er isteden utstrakt bruk av manuelle systemregistreringer, der i blant annet egenutviklede Excel-løsninger benyttes. Noe som både er ressurs- og arbeidskrevende og som er utfordrende når det gjelder å ivareta kravet om person- og datasikkerhet. Resultatet av dette er at kommunene sitter med løsninger som ikke er standardisert på tvers av kommunene og som gjør at det å sammenligne data/informasjon blir vanskelig og med dårlig kvalitet.

Fagsystemene gir mulighet til å registrere data for å kunne gi målerelevante indikatorer. Registreringen skjer imidlertid i fritekstfeltet og gir således ikke mulighet til aggregering og systematisering av dataene/informasjonen. Utarbeiding av statistikk og rapporter som skal synliggjøre status i måloppnåelsen av indikatorene krever i perioder betydelig arbeids- og ressursinnsats. I flere kommuner er det ofte staben ved økonomene og analytikerne som «finder» datafangsten/statistikken om indikatorene, men ikke alle kommuner har en stab med økonomer/analytikerne, så ofte faller dette arbeidet på de ulike virksomhetslederne som nødvendigvis heller ikke har denne fagkunnskapen.

Sett fra kommunenes side er det et stort behov for at systemleverandørene utvikler fagsystemene slik at det muliggjør registrering og rapportering på en enklere og mer effektiv måte enn i dag. Det vil imidlertid kreve en større samordning av kommunene som forhandlingspartnere og dertil påtrykk overfor leverandørene for å få til nødvendige endringer og tilpasninger i systemene. Målet må være at innleggelse av data i førstelinjetjenesten kan tas ut i standardiserte og automatiserte rapporter og statistikker. Vi tror at uten samordning på dette området vil kommunene være en for svak part i diskusjonene overfor leverandørene om videreutvikling av fagsystemene. Det vil være et stort behov for utvikling av moduler for registrering og rapportering av nasjonalt fastsatte indikatorer.

Registrering og aggregering av data byr på noen utfordringer knyttet til behandling av pasientdata. Det kan lokalt registreres data på pasientnivå og på dette grunnlaget utarbeide aggregerte tall pr. sykehjem. Men det gis ikke mulighet til å rapportere resultater fra sykehjem med færre enn 20 brukere grunnet hensynet til personvern og statistisk usikkerhet. Disse tallene/registeringene inngikk tidligere i totaltallene for Oslo kommune. Denne muligheten er ikke lenger til stede.

6.7 Rapportering

Rapportering til politisk nivå gjennomføres som regel to til tre ganger pr. år; gjennom tertialrapport nr. 1 pr. 1.5, tertialrapport nr.2 pr. 1.9 og i årsmeldingen. Noen kommuner har en praksis med rapportering av årsresultatene i en egen runde før årsmeldingen behandles i kommune- eller bystyret.

På administrativt nivå rapporteres i noen tilfeller resultatutviklingen hyppigere, alt fra daglig til kvartalsvis. Eksempelvis får kommunene daglige rapporter om liggetid for utskrivningsklare pasienter. For indikatorene som Oslo kommune har innført for måling av kvaliteten i sykehjemmene, er det også innført rutiner med hyppige rapportering til Helseetaten.

6.8 Vanskelig begrepsapparat

Begrepsapparat rundt temaet objektive resultatindikatorer er vanskelig og utfordrende både for dem som skal utvikle styringssystemene og blant dem som skal bruke indikatorene. Det paradoksale er at kommunene i stor grad sitter «på hver sin tue» med dette utviklingsarbeidet. Noe utviklingsarbeid er riktig nok utført i effektiviseringsnettverkene.

Det kreves kompetanse på flere felt for å lykkes i arbeidet, særlig

- forståelse om hva en indikator er, herunder begrensninger og muligheter
- prosesskompetanse, utvikling av relevante indikatorer
- forankring av behovet for og nytten ved objektive kvalitetsindikatorer
- opplæring i registrering og bruk av indikatorene for å sikre ensartet praksis mellom enheter internt i kommunen, og på tvers av kommunene når det gjelder nasjonale indikatorer
- evaluering og forbedring av indikatorene

Det etterlyses mer drahjelp fra sentralt hold, både når det gjelder utvikling av egnede og nyttige kvalitetsindikatorer og om praktisk bistand i bruken av dem.

6.9 Opplevde gevinster ved bruk av objektive kvalitetsindikatorer

Til tross for at kommunene har kommet relativt kort i arbeidet med utvikling og bruk av objektive kvalitetsindikatorer, opplever kommunene gevinster ved måling av kvalitet. Indikatorsystemet åpner for god dialog med politikerne og tydeliggjøring av

forpliktelser overfor brukerne. På administrativt nivå bidrar indikatorene til at man kan arbeide mot felles mål, og skape motivasjon blant ledere og ansatte.

Indikatorene er velegnet til å vise trender/tendenser over tid og måle de reelle effektene av tjenestene når det gjelder kvalitet som er objektivt sett viktig for brukerne. Punktvis har følgende gevinster vært trukket fram:

- Gir mulighet til å operasjonalisere politiske beslutninger
- Tilrettelegger for god dialog med politikerne
- Øker bevissthetsnivået på om kvalitetsområdet og nivået i kommunen
- Gir gode indikasjoner på om kommunen ligger lavt eller høyt på objektiv kvalitet sammenliknet med andre kommuner
- Gir muligheten for å jobbe mer forebyggende
- Skaper motivasjon for kvalitetsarbeidet blant ledere og medarbeidere
- Gir mulighet for bedre ressursstyring og at ressursene blir satt inn på riktig sted
- Skaper en arena der fokus ikke bare er økonomi og effektivitet
- «Det man måler, blir fulgt opp!»
- Kommunenes behov for bistand i det videre arbeidet

Med bakgrunn i de kvalitative undersøkelsene som er gjennomført, kan kommunenes viktigste behov for videre bistand oppsummeres i to punkter:

1. Utvikling av fagsystemene for registrering og automatisk rapportering
2. Utvikling av nye og bedre kvalitetsindikatorer som en del av KOSTRA-rapporteringen. Indikatorene må erstatte og ikke komme som tillegg til eksisterende indikatorer

7 Hva sier forskningen?

Målet har vært å gi en oversikt over hva som finnes av nyere forskning om utvikling og bruk av resultatindikatorer for objektivt målt kvalitet innenfor pleie- og omsorgstjenestene, helsestasjon/skolehelsetjeneste og legetjenestene de tre siste år. Forståelsen har vært at dette skulle omfatte både nasjonal og internasjonal forskning. Søk på nettet eller via andre kilder har vist at det er lite publisert forskning om dette tema i Norge. Internasjonalt finnes det en del forskning og da særlig om kvalitet i sykehjem. Mye av denne forskningen har «rot» i FoU-arbeid i USA og synes i stor grad å være publisert i det første 10-året på 2000-tallet.

Nedenfor gis en kort omtale av noen publikasjoner om kvalitet innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Publikasjoner i Norge

Kilde: Sigrid Nakrem, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU

Tittel: Kvalitetsmål for pleie og omsorg- hva er av betydning? 2011

Sykehjem er en helsetjeneste som vil være nødvendig for eldre som ikke føler seg trygge eller kan få tilstrekkelig behandling, pleie og omsorg i eget hjem. Antall eldre over 65 år er økende i Norge, noe som innebærer et økt press på sykehjem i framtiden.

Det er derfor av stor betydning at sykehjemstjenesten utvikles med tanke på å skape best mulig nytteverdi ut fra behov. Sykehjemmene har utviklet seg de siste 50 årene fra hovedsakelig et botilbud til helseinstitusjoner som gir avansert helsehjelp.

Sykehjemsbeboere er skrøpelige eldre med komplekse problemstillinger, avhengig av avansert sykepleie. Kvalitetsindikatorer er kvantitative mål som reflekterer en profesjonell standard for pleie og omsorg, og slike mål benyttes i økende grad for å vurdere kvalitet i sykehjem. Imidlertid er det nødvendig å inkludere det som har størst betydning for sykehjemsbeboere i slike mål for å kunne gi god pasientsentrert sykepleie.

Hovedmålsettingen med studien var å bidra til en dypere forståelse av sykehjems-kvalitet, ut fra helsepersonellens, beboernes og pårørendes ståsted. Avhandlingen omfatter en oversikt over kvalitetsindikatorer som er i bruk internasjonalt. Videre beskriver avhandlingen beboernes erfaringer med mellommenneskelige faktorer ved sykehjems-kvalitet, samt hvordan de erfarer å bo i et sykehjem og opplever kvaliteten på "hjemmet" sitt. I avhandlingen blir også pårørendes forståelse av og meninger om sykehjems-kvalitet utforsket. Avhandlingen er basert på dybdeintervju av beboere ved fire ulike sykehjem, og fokusgruppeintervjuer med pårørende ved to av sykehjemmene.

Funnene viser at kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem omfatter minst fire hoved-områder: Bokkvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial kvalitet. Videre er pleie- og omsorgskvaliteten påvirket av en rekke eksterne faktorer som nasjonale føringer, lovverk, ledelsesstruktur, bygningskonstruksjon og lokale forhold.

Den internasjonale oversikten over kvalitetsindikatorer gir indikasjoner på at noen av dem kan brukes som pålitelige og gyldige evalueringer av kvaliteten på pleie og omsorg, samt helserelaterte resultater for beboerne. I den kvalitative intervjuundersøkelsen med beboere og pårørende, ble fysisk og psykisk velvære, mellommenneskelige forhold og det sosiale miljøet tillagt større betydning for kvaliteten. Objektive indikatorer for disse beboererfarte områdene for kvalitet må utvikles. For å sikre at disse er pasientsentrerte, bør utviklingen av kvalitetsindikatorer gjøres i tett samarbeid med sykehjemsbeboerne og pårørende, i tillegg til helsepersonell.

Kilde: A.K. Lindahl og T. Bakke, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tittel: Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. 2010

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet å vurdere å anbefale elementer som kunne inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Følgende er hovedanbefalinger fra rapporten:

- Målet med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået.
- For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører, som grunnprinsippet for utvikling og implementering.
- Pasientene må få tilgjengelig og forståelig informasjon om kvalitet, de må i større grad enn i dag gis mulighet til å etterspørre kvalitet og sikkerhet og bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Kvalitet på tjenestene må måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring.
- Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten synes som et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem.
- Manglende IKT tilgjengelighet, koordinering og manglende IKT funksjonalitet i forhold til å innhente data, er en hovedhindring for å dokumentere kvalitet.
- For at sammenlikning av måltall for kvalitet (benchmarking) skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Dette arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt, men kan også gjennomføres som regionale eller nasjonale satsninger.
- Ansvarlige ledere på nasjonalt og kommunalt nivå og lederne av de enkelte tjenestene må etterspørre og kunne dokumentere kvalitet i større grad enn i dag.
- En årlig kvalitetsrapport fra deltjenester og kommuner kan være et virkemiddel for å få større lederfokus på kvalitet, samt få kunnskap om kvaliteten.
- Kompetanse står sentralt i å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten. Både fagkompetanse og kvalitetsforbedringskompetanse trengs. Forbedringskompetanse bør i større grad enn i dag legges inn i grunn-, videre- og etterutdanninger for helsepersonell.
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Prosjekter som inngangsettes, inklusive et nasjonalt kvalitetssystem, må systematisk evalueres.
- For å gi kraft og retning i arbeidet, foreslås det å etablere en egen enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet. Enheten må koordinere de mange og til dels fragmenterte ordningene som finnes i dag, og etablere teknisk støtte og prosessstøtte til det lokale forbedringsarbeidet. Arbeidet bør i stor grad bygge på initiativer som allerede er igangsatt, og hovedfokusset bør være læring- og kvalitetsforbedring.
- Lovfesting av kvalitetsforbedringsarbeid for de kommunale helse- og omsorgstjenester kan være et godt hjelpemiddel for å få til en økt og koordinert satsning på kvalitet.
-

Kilde: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ansvarlig Magne Nylenna

Tittel: Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontor – et pilotprosjekt

På oppdrag fra Norsk forening for allmennmedisin gjennomførte Kunnskapssenteret i 2011/2011 et pilotprosjekt om bruk av kvalitetsindikatorer i allmennlegekontor. Det ble fremmet forslag om til sammen 19 indikatorer fordelt på seks programområder:

- Praksisorganisering
- Pasientsikkerhet
- Rettferdige tjenester
- Lege – pasientforholdet
- Kliniske indikatorer – kronisk sykdom
- Kliniske indikatorer – akutt sykdom

Sverige

Kilde: Linda Erlandsson, Linnéuniversitetet

Tittel: Kvalitetsbegreppet i äldreomsorgene. En idé som späglar samhället 2013

Hovedformålet med studien var å forstå hvordan kvalitetsbegreppet som en idé er overført og tatt i bruk i den kommunale eldreomsorgen.

England

Kilde: Corinna Sorenson og Elias Mossialos, The London School of Economics and Political Science

Tittel: Measuring quality and standards of long-term care for older people

Abstract

Measuring the quality of long-term care is important for establishing standards of care and monitoring the performance of service providers, in addition to enhancing consumer choice and competition. Information on quality allows both purchasers and consumers to make informed decisions on providers based on performance, and to ascertain whether standards are achieved. Further, public reporting of provider performance across quality indicators spurs greater participation of providers in national and regional quality improvement initiatives.

Quality measurement involves collecting information on a variety of accepted quality indicators to assess the care given to older people across a variety of care settings, but most commonly in nursing homes and home health services. Quality of care is measured by using structure, process, or outcome indicators at both patient and provider-levels. Several countries, most notably the U.S., collect these measures using standardised and mandatory patient assessment systems. While existing evidence suggests that the adoption of such systems has led to quality improvement, there are a number of important methodological challenges that limit the effectiveness and benefits of quality measurement.

To advance toward better quality assurance, various initiatives and reforms have been developed. The majority of improvements in this area have occurred in the U.S., with the European experience demonstrating limited efforts to measure quality and set performance standards. Although a number of Member States are increasingly introducing more formalised quality measurement and assurance programmes and policies, many are in the initial stages of implementation.

To guide these new and future efforts toward effective quality measurement, further research is needed to improve quality measures and data collection processes. Several

actions to enhance the accuracy and completeness of data collection activities could be undertaken, such as better training of facility staff on good patient assessment practices, further exploration of the information needs of consumers and purchasers, and how such information is actually employed to make decisions. More broadly, long-term care should be better coordinated with acute health services to ensure a consistent continuum of care for older persons. A focus on coordination should be extended to the various entities involved in quality improvement initiatives. This Research Note has been produced for the European Commission by Corinna Sorenson and Elias Mossialos from the Health and Living Conditions Network of the European Observatory on the Social Situation and Demography. The views expressed are those of the authors and do not necessarily represent those of the European Commission.

USA

Center for Medicare & Medicaid Services, Baltimore

Dette er et institutt som overvåker kvaliteten bl.a. i sykehjem, både når det gjelder korttidshold og langtidsopphold. Følgende indikatorer brukes:

Short Stay Quality Measures

- Percent of Residents who Self-Report Moderate to Severe Pain (Short Stay)
- Percent of Residents with Pressure Ulcers that are New or Worsened (Short Stay)
- Percent of Residents Who Were Assessed and Appropriately Given the Seasonal Influenza Vaccine (Short Stay)
- Percent of Residents Assessed and Appropriately Given the Pneumococcal Vaccine (Short Stay)
- Percent of Short-Stay Residents Who Newly Received an Antipsychotic Medication

Long Stay Quality Measures

- Percent of Residents Experiencing One or More Falls with Major Injury (Long Stay)
- Percent of Residents who Self-Report Moderate to Severe Pain (Long Stay)
- Percent of High-Risk Residents with Pressure Ulcers (Long Stay)
- Percent of Residents Assessed and Appropriately Given the Seasonal Influenza Vaccine (Long Stay)
- Percent of Residents Assessed and Appropriately Given the Pneumococcal Vaccine (Long Stay)
- Percent of Residents with a Urinary Tract Infection (Long Stay)
- Percent of Low-Risk Residents Who Lose Control of Their Bowels or Bladder (Long Stay)
- Percent of Residents Who Have/Had a Catheter Inserted and Left in Their Bladder (Long Stay)
- Percent of Residents Who Were Physically Restrained (Long Stay)
- Percent of Residents Whose Need for Help with Activities of Daily Living Has Increased (Long Stay)
- Percent of Residents Who Lose Too Much Weight (Long Stay)
- Percent of Residents Who Have Depressive Symptoms (Long Stay)
- Percent of Long-Stay Residents Who Received An Antipsychotic Medication

University of California, San Francisco

Universitetet i California, San Francisco har de senere år publisert flere forsknings-rapporter knyttet til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, særlig pleie i sykehjem.

Charleen Harrington har vært ledende i dette arbeidet. På universitets hjemmesider finner vi link til følgende publikasjoner.

1. Ritchie CS, Hearld KR, Gross A, Allman R, Sawyer P, Sheppard K, Salanitro A, Locher J, Brown CJ, Roth DL. Measuring symptoms in community-dwelling older adults: the psychometric properties of a brief symptom screen. *Med Care*. 2013 Oct; 51(10):949-55.
2. Smith AK, Lo B, Sudore R. When previously expressed wishes conflict with best interests. *JAMA Intern Med*. 2013 Jul 8; 173(13):1241-5.
3. Wagner LM, McDonald SM, Castle NG. Impact of voluntary accreditation on short-stay rehabilitative measures in U.S. nursing homes. *Rehabil Nurs*. 2013 Jul-Aug; 38(4):167-77.
4. Widera E. What's to blame for falls and fractures? Poor sleep or the sleeping medication?: Comment on "Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents". *JAMA Intern Med*. 2013 May 13; 173(9):761-2.
5. Wagner LM, Damianakis T, Pho L, Tourangeau A. Barriers and facilitators to communicating nursing errors in long-term care settings. *J Patient Saf*. 2013 Mar; 9(1):1-7.
6. Lakin JR, Widera E, Doe EW. Something just doesn't smell quite right. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Feb; 61(2):313.
7. Thai JN, Walter LC, Eng C, Smith AK. Every patient is an individual: clinicians balance individual factors when discussing prognosis with diverse frail elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Feb; 61(2):264-9.
8. McDonald SM, Wagner LM, Castle NG. Staffing-related deficiency citations in nursing homes. *J Aging Soc Policy*. 2013; 25(1):83-97.
9. Kowalska J, Rymaszewska J, Szczepanska-Gieracha J. Occurrence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in a nursing home facility. *Adv Clin Exp Med*. 2013 Jan-Feb; 22(1):111-7.
10. Wagner LM, Castle NG, Handler SM. Use of HIT for adverse event reporting in nursing homes: barriers and facilitators. *Geriatr Nurs*. 2013 Mar-Apr; 34(2):112-5.

Vedlegg 1
Spørreskjema

1.	Hvilken kommune tilhører du?	Åpent spørsmål
2.	Hvilken stilling har du?	Rådmann
		Kommunalsjef
		Annen stilling. Spesifiser
3.	Hva er antall innbyggere i din kommune?	Under 5 000 innbyggere
		5 000 – 14 999 innbyggere
		15 000 – 49 999 innbyggere
		50 000 eller flere
4.	Har kommunen tatt i bruk objektive kvalitetsindikatorer for styringen og forbedring av egen virksomhet?	Ja
		Nei
5.	Innen hvilke tjenesteområder bruker kommunen objektive kvalitetsindikatorer i styring og forbedring av tjenesten?	Barnehager
		Grunnskoleopplæring
		Kommunehelse
		Pleie og omsorg
		Sosiale tjenester
		Barnevern
		Avfall og renovasjon
		Avløp
		Vann
		Fysisk planlegging, kulturminner, natur og nærmiljø
		Kultur
		Samferdsel
		Bolig
Tilrettelegging og bistand til næringslivet		
Brann- og ulykkesvern		
Andre tjenester		
6.	Kan du gi ett eller flere eksempler på indikatorer som er i bruk for styring og utvikling av kommunen?	Åpent spørsmål
7.	Hvor mange objektive kvalitetsindikatorer har kommunen alt i alt tatt i bruk?	Åpen spørsmål

Vedlegg 2
Eksempler på objektive kvalitetsindikatorer
– alle tjenesteområder

Indikator	Produkt- kvalitet	Resultat- kvalitet
Barnehager		
Leke- og oppholdsareal pr. barn	Ja	
Antall gjennomførte barnesamtaler i barnehage	Ja	
Klagesaker som blir omgjort av fylkesmannen	Ja	
Avvik helse, miljø og sikkerhet	Ja	
Barnehagen skal gjennom pedagogisk dokumentasjon følge barnets utvikling innenfor språk, motorikk og vennskap	Ja	
Barn har gode norskerferdigheter ved skolestart		Ja
Grunnskoleopplæring		
Grunnskolepoeng 10. klasse		Ja
Resultat nasjonale prøver 5., 8. og 9. trinn (lesing, matematikk og engelsk)		Ja
Muntlig eksamen (norsk hovedmål, engelsk, matematikk, samfunnsfag, naturfag)		Ja
Andel elever under kritisk grense nasjonale prøver		Ja
Andel minoritetsspråklige elever på kritisk nivå lesekartlegging – 2. trinn		Ja
Andel gutter – fremgang i grunnskolepoeng		Ja
Andel elever som ikke har fullført videregående skole innen fem år		Ja
Andel elever som fullfører og består videregående opplæring		Ja
Andel elever som fullfører første år på videregående skole		Ja
Antall drop-out saker i videregående skole		Ja
Andel elever som går opp til eksamen norskprøve 2/3		Ja
Leseferdighet 2. og 3. klasse		Ja
Kommunehelse		
Andel gravide som får svangerskapskontroll hos jordmor	Ja	
Alle nyfødte skal få besøk av helsesøster innen 2 uker	Ja	
Andel vaksinerte 2-åringer	Ja	
Andel 2-åringer, 4-åringer og 1. klassinger med helseundersøkelse	Ja	

Indikator	Produkt-kvalitet	Resultat-kvalitet
Åpningstid – helsestasjon for ungdom	Ja	
Ventetid på fastlege	Ja	
Ventetid på fysioterapi/ergoterapi	Ja	
Andel brukere med individuell plan innen psykisk helse	Ja	
Barn med overvekt		Ja
Innbyggernes sykefravær knyttet til muskel- og skjelettlidelser skal reduseres med x prosent fra 2010 til 2030		Ja
Veksten i antall uføre er begrenset med x prosent fra 2010 til 2030		Ja
Pleie- og omsorg		
<u>Forekomst av aktivitets- og tiltaksplaner</u>		
Andel langtidsbeboere på sykehjem som har hatt halvårlig gjennomgang av legemidler	Ja	
Andel langtidsbeboere på sykehjem som har gjennomført halvårlig vektkontroll	Ja	
Andel hjemmeboende brukere (hjemmesykepleien) som har fått kartlagt og fulgt opp sin ernæringsstatus	Ja	
Andel langtidsboere som har skriftlig tilrettelagt aktivitetsplan	Ja	
Antall fysisk og psykisk handikappede med kostholds- og aktivitetsplaner	Ja	
Andel tunge brukere med tiltaksplan	Ja	
Antall funksjonshemmede brukere uten samordnet tjenestetilbud	Ja	
<u>Tilgjengelighet og pålitelighet</u>		
Venteliste – langtidsplass sykehjem	Ja	
Pasienter med behov for akutt plass får denne innen x døgn	Ja	
Pasienter som ser utskrivningsklare fra sykehus, får et kommunalt tilbud innen x dager	Ja	
Saksbehandlingstid på hjemmetjeneste, fra søknad til vedtak	Ja	
Frist for iverksetting av tilbudte tjenester overholdes	Ja	
Effektiveringstid for oppstart av hjemmetjenester	Ja	
Ventetid rusopphold	Ja	
<u>Avvik og klager</u>		

Indikator	Produkt-kvalitet	Resultat-kvalitet
Antall avviksmeldinger	Ja	
Andel avvik fulgt opp	Ja	
Brudd på pasient- og brukerrettighetsloven	Ja	
Fall på sykehjem	Ja	
Avvik medisinbehandling	Ja	
Klager etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	Ja	
<u>Andre indikatorer</u>		
Legetimer pr. beboer i sykehjem	Ja	
Sosiale tjenester		
Andel flyktninger i arbeid eller utdanning etter endt programtid		Ja
Flere varige tilrettelagte arbeidsplasser		Ja
Andel ungdom i alderen 16–25 år som ikke fullfører videregående skole som er i aktivitet/arbeid eller rehabilitering		Ja
Andel av innværende års sosialmottakere mellom 18–24/25 – 66 år som kommer i arbeid, skole eller annen aktivitet		Ja
Arbeidsledige, 16–24 og 25–66		Ja
Andel KVP-deltakere som gikk over i arbeid etter utdanning		Ja
Saksbehandlingstid	Ja	
Andel brukere med oppdatert tiltaksplan	Ja	
Tilbud om norskopplæring innen tre måneder etter bosetting	Ja	
Tilbud om arbeid eller aktivitet til sosialhjelpsmottakere innen tre måneder	Ja	
Barnevern		
Andel saker med for lang saksbehandlingstid	Ja	
Andel barn med tiltaksplaner	Ja	
Antall klagesaker	Ja	
Antall oppfølgingsbesøk hos fosterbarn pr. år	Ja	
Antall nye familier som får hjelp av familieteamet	Ja	
Andel undersøkelser som fører til tiltak		Ja
Avløp og renovasjon		

Indikator	Produkt-kvalitet	Resultat-kvalitet
Andel gjenvinning av avfall		Ja
Totalt fosfor i bekker (totP, ug/l)		Ja
Antall kjelleroversvømmelser pr. år		Ja
Antall stopp på renseanlegg		Ja
Antall/andel kloakkstopp pr. km		Ja
Renseeffekt kloakk		Ja
Rensing av vann uten avvik fra utslippstillatelsen		Ja
Andel klager på avløpstjenesten/renovasjonen	Ja	
Ventetid på tilstopping i private rør	Ja	
Antall brudd på utslippstillatelser	Ja	
Vann		
Andel innbyggere som er tilknyttet kommunalt vannverk med tilfredsstillende prøveresultater i prosent (fravær av e.coli)		Ja
Andel innbyggere forsynt med vannverk med hygienisk trygt vann		Ja
Leveringsstabilitet for vann		Ja
Andel timer driftsstans		Ja
Antall persontimer med vanntrykk under 2 bar i tilknytningsområdet		Ja
Innbyggertimer uten vann - ikke varslet		Ja
Badevann. Prosent av prøvene med tilfredsstillende lavt innhold av TKB		Ja
Andel tilknyttet vann med akseptabelt innhold av hhv. fysisk/kjemiske stoffer og bakterier iht. rutineprøver		Ja
Andel godkjente drikkevannsprøver		Ja
Fysisk planlegging m.m.		
Saksbehandlingstid i byggesaker	Ja	
Saksbehandlingstid reguleringsaker	Ja	
Saksbehandlingstid kartforretning	Ja	
Saksbehandlingstid delingssaker		
Saksbehandlingstid oppmålingsaker		
Andel påklagede vedtak etter PBL som oppheves/omgjøres av	Ja	

Indikator	Produkt- kvalitet	Resultat- kvalitet
fylkesmannen		
Andel private reguleringsforslag etter PBL § 12-11 behandlet innen 12 uker	Ja	
Andel vedtak omgjort etter klage	Ja	
Andel byggesaker med gjennomført tilsyn	Ja	
Kultur		
Åpningstid bibliotek	Ja	
Andelen barn og unge i grunnskolen som har tilbud i kulturskolen	Ja	
Venteliste kulturskole	Ja	
Løyper brøytet iht. avtale (antall avvik)	Ja	
Samferdsel		
Veivedlikehold i tråd med plan (antall avvik)	Ja	
Standard vei sommer, stikkprøver	Ja	
Standard vei vinter, stikkprøver	Ja	
Antall klager på hull i veien	Ja	
Trafikkfarlige hull tettet innen 48 timer	Ja	
Saksbehandlingstid gravetillatelse	Ja	
Tømming av fulle søppelkasser innen 48 timer	Ja	
Redusere ulykker i henhold til gjeldende trafiksikkerhetsplan	Ja	
Avvik fra standard. Byens trafikkarealer skal har god sikkerhet og fremkommelighet	Ja	
Antall bussholdeplasser med universal utforming	Ja	
Andel veier med fast dekke	Ja	
Bolig		
Andel tildelt i løpet av 6 måneder		Ja
Venteliste bolig	Ja	
Ventetid tildeling av bolig	Ja	
Botid i midlertidig bolig	Ja	
Antall flyktninger som har fått bistand til inngåelse av privat leieavtale	Ja	

Indikator	Produkt- kvalitet	Resultat- kvalitet
Brann- og ulykkesvern		
Utførte tilsyn med objekter underlagt § 13 i brann- og eksplosjonsvernloven	Ja	
Branntilsyn boliger	Ja	
Brannutrykning så raskt som planlagt/krevet (antall avvik)	Ja	
Feiing i tråd med lovens krav	Ja	
Klima- og miljøindikatorer		
Reduksjon i kommunale klimagassutslipp		Ja
Reduksjon i kommunalt energiforbruk		Ja
Reduksjon energibruk skolebygg		Ja
Reduksjon av svevestøv		Ja
Alle kommunale bygg skal gjennomføres med et energiforbruk minimum 20 % under teknisk forskrift		Ja
Gjenvinning på byggeplasser på kommunens egne bygg skal være mer enn 80 %		Ja
Bidra til å redusere restavfall med minst 1 % hvert år		Ja
85 % av alt eget avfall skal kildesorteres		Ja