

SØF-rapport nr. 02/12

Bedre måling av kvalitet i kommunene

av

Lars-Erik Borge

Geir Møller

Ole Henning Nyhus

Ingvild Vardheim

SØF-prosjekt nr. 1800:
Bedre måling av kvalitet i kommunene

Prosjektet er finansiert av KS Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

**SENTER FOR ØKONOMISK FORSKNING AS
TRONDHEIM, MAI 2012**

© Materialet er vernet etter åndsverkloven. Uten uttrykkelig samtykke er eksemplarframstilling som utskrift og annen kopiering bare tillatt når det er hjemlet i lov (kopiering til privat bruk, sitat o.l.) eller avtale med Kopinor (www.kopinor.no)
Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatnings- og straffeansvar.

ISBN 978-82-8150-099-0 Trykt versjon
ISBN 978-82-8150-100-3 Elektronisk versjon
ISSN 1504-5226

Forord

Dette prosjektet om bedre måling av kvalitet i kommunene er utført på oppdrag fra KS Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. Prosjektet har vært utført som et samarbeid mellom Senter for økonomisk forskning (SØF) og Telemarksforskning. Lars-Erik Borge og Ole Henning Nyhus har deltatt fra SØF og Geir Møller og Ingvild Vardheim har deltatt fra Telemarksforskning. I gjennomføringen av prosjektet har vi hatt flere møter med representanter fra KS, først og fremst Geir Halstensen, Chriss Madsen og Jon Anders Drøpping. Disse takkes for nyttige kommentarer og innspill, men uten at de gjøres medansvarlig for rapportens vurderinger og konklusjoner. En foreløpig rapport ble presentert for ledelsen i KS og ledelsen i Kommunalavdelingen i Kommunal- og regionaldepartementet 20.04.12.

Trondheim, mai 2012

Lars-Erik Borge (prosjektleder), Geir Møller, Ole Henning Nyhus og Ingvild Vardheim

Innholdsfortegnelse

1.	INNLEDNING OG SAMMENDRAG	1
2.	TEORETISKE REFLEKSJONER.....	13
2.1.	Typer av kvalitetsindikatorer	13
2.2.	Produkt- og resultatkvalitet	15
2.3.	Nærmere om de tjenestene som inngår i prosjektet.....	17
3.	KVALITET I DE ULIKE TJENESTENE.....	19
3.1.	Pleie- og omsorgstjenestene	19
3.2.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	25
3.3.	Sosialtjenesten	26
3.4.	Barnevern.....	27
3.5.	Barnehage	29
3.6.	Skolefritidsordning	31
4.	KOMMUNALE RAPPORTERINGSSYSTEM	33
4.1.	Fagsystem	33
4.1.1.	Pleie og omsorg	34
4.1.2.	Helsestasjon	35
4.1.3.	Sosialtjenesten	37
4.1.4.	Barnevern.....	38
4.1.5.	Barnehage og skolefritidsordning.....	40
4.2.	Avvikssystem.....	42
4.2.1.	KF Avviksbehandling.....	43
4.2.2.	Digital Kvalitet – RiskManager.....	44
4.3.	Kort sammendrag	45
5.	INDIKATORER PÅ KVALITET	47
5.1.	Pleie og omsorgstjenestene.....	50
5.1.1.	Hjemmetjeneste, omsorgsboliger og sykehjem.....	52
5.1.2.	Tjenester for personer med psykisk funksjonshemming	63
5.1.3.	Psykisk helsearbeid.....	67

5.2.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	81
5.3.	Sosialtjenesten	89
5.4.	Barnevern.....	106
5.5.	Barnehage	119
5.6.	Skolefritidsordning	128
6.	KOSTNADS- OG NYTTEVURDERING	133
6.1.	Pleie og omsorg	136
6.2.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	143
6.3.	Sosialtjenesten	148
6.4.	Barnevern.....	151
6.5.	Barnehage	154
6.6.	Skolefritidsordning	157
6.7.	Nytte for ledelse og styring	159
	REFERANSER	164
	APPENDIKS 1: DATASTRØM OG RAPPORTER I FAG- OG AVVIKSSYSTEM.....	167

1. Innledning og sammendrag

Innledning

Det er økende oppmerksomhet rundt kvalitet i kommunale tjenester og det har vært gjennomført flere prosesser med sikte på å utvikle bedre kvalitetsindikatorer. Gjennom KOSTRA og KSs internettportal www.bedrekommune.no rapporteres kvalitetsindikatorer for flere kommunale tjenester. KOSTRA er et nasjonalt rapporteringssystem som dekker alle kommuner, mens www.bedrekommune.no omfatter et utvalg kommuner. Utdanningsdirektoratets nettsted www.skoleporten.no inneholder en rekke kvalitetsindikatorer for grunnskolingen (grunnskolen og videregående opplæring).

På oppdrag fra Kommunal- og regionaldepartementet utarbeidet ECON (2008) en rapport om kvalitetsmålingsverktøy i grunnskolingen og i pleie og omsorg. Arbeidet munnet ut i en vurdering av hvor godt verktøyene måler kvalitet og hvorvidt de er hensiktsmessige for beslutningstakere på lokalt og nasjonalt nivå. Hovedkonklusjonen var at det innen grunnskolingen (på www.skoleporten.no) er etablert et bredt sett av kvalitetsindikatorer, og med betydelig innslag av objektive mål på læringsutbytte (eksamenskarakterer, resultater fra nasjonale prøver, etc.). Indikatorsettet gir et helhetlig bilde av utviklingen i sektoren og et godt grunnlag for nasjonal styring og lokal tjenesteutvikling. For pleie og omsorg var vurderingen at utviklingen av kvalitetsmålingsverktøy var kommet kortere enn i grunnskolingen. Indikatorsettet i KOSTRA ga ikke et helhetlig bilde av utviklingen i pleie- og omsorgssektoren, og inneholdt ingen resultatindikatorer. Arbeidet i de såkalte effektiviseringsnettverkene (www.bedrekommune.no) fikk bedre skussmål, men det ble anført at antall kommuner var lavt og at utvalget av kommuner ikke var representativt. Situasjonsbeskrivelsen for pleie og omsorg er representativ også for de øvrige kommunale tjenester. Det kommer blant annet til uttrykk i den såkalte produksjonsindeksen som publiseres av Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU). Etter en omfattende revisjon av produksjonsindeksen fra 2008 (Borge og Tovmo, 2009) ble det inkludert flere kvalitetsindikatorer, men det er fortsatt slik at indeksen i større grad fanger opp tjenesteproduksjonens omfang enn dens kvalitet.

Formålet med dette prosjektet er å belyse en rekke sider av hvordan det, etter mønster fra utdanningssektoren, kan etableres bedre indikatorer for objektiv, målt kvalitet innenfor andre kommunale tjenestoområder. I prosjektutlysningen viste KS til at hovedtyngden av eksisterende indikatorer beskriver egenskaper ved tjenesten, utdanningsnivå, bemanningstetthet og ressursbruk, mens det er svært få indikatorer som beskriver resultat kvalitet for brukerne. Hovedmålet er å komme lenger i arbeidet med å beskrive:

- Hva som er resultat kvalitet på valgte kommunale tjenester.
- I hvilken grad det finnes datastrøm/datakilder/data 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.

Avgrensninger av prosjektet

Det er vanlig å skille mellom ulike typer kvalitet slik som strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultat kvalitet (se kapittel 2 for nærmere diskusjon). De ulike typer kvalitet er kjennetegnet ved at de har ulik «avstand» til brukerne. Det er vår vurdering at det går et hovedskille mellom strukturkvalitet og prosesskvalitet på den ene siden og produktkvalitet og resultat kvalitet på den andre. Produkt- og resultat kvalitet ligger «nærmest» brukeren, og beskriver henholdsvis egenskaper ved tjenesten som er viktig for brukeren og det resultat tjenesten har for brukeren. Struktur- og prosesskvalitet som fanger opp forhold som ressursbruk og organisering, har en mer indirekte effekt for brukerne.

I tillegg til ulike typer kvalitet, kan det skilles mellom objektive og subjektive kvalitetsindikatorer. Subjektive kvalitetsindikatorer beskriver opplevd kvalitet i form av brukerundersøkelser hvor brukerne blir bedt om å vurdere hvor fornøyde de er med ulike kommunale tjenester. Objektive kvalitetsindikatorer er basert på målinger i henhold til bestemte prosedyrer og kriterier.

I prosjektutlysningen gjøres det en tydelig avgrensning av prosjektet til måling av objektiv resultatkvalitet. Vi har i gjennomføringen av prosjektet funnet det hensiktsmessig å inkludere produktkvalitet i tillegg til resultatkvalitet. Det har sammenheng med at det for enkelte tjenester kan være vanskelig å komme fram til gode indikatorer for resultatkvalitet, men også at produktkvalitet har direkte betydning for brukerne.

Disse avgrensningene innebærer at prosjektet ikke omfatter indikatorer for struktur- og prosesskvalitet og opplevd kvalitet i form av brukerundersøkelser. Dette må ikke forstås som at opplevd kvalitet og struktur- og prosesskvalitet ikke er relevante eller interessante. Tvert imot, for å få et helhetlig bilde av utviklingen i en sektor vil det være nødvendig med indikatorer for alle typer kvalitet, både subjektive og objektive. Prosjektets avgrensning må forstås på bakgrunn av at det per i dag finnes få indikatorer for objektiv produkt- og resultatkvalitet for de fleste kommunale tjenester. Det er her behovet for videre utvikling er størst.

Metode

Kvalitet kan ikke defineres uavhengig av hva som er formålet med tjenesten. I kapittel 3 gjøres det rede for lover, forskrifter, veiledere og andre sentrale dokumenter for de tjenestene prosjektet omfatter; pleie og omsorg, helsestasjon og skolehelsetjeneste, sosialtjenesten, barnevern, barnehage og skolefritidsordning (SFO). Det er betydelig variasjon mellom tjenestene i hvilken grad kvalitet diskuteres i lovtekster, veiledere og styringsdokumenter. De mest presise formuleringer om kvalitet omhandler struktur- og prosesskvalitet slik som krav til kompetanse, utdanning og organisering. Følgelig er det nødvendig å gjøre tolkninger for å operasjonalisere indikatorer for resultat- og produktkvalitet.

Kommunene benytter rapporteringssystemer for de enkelte tjenester. Den informasjon som finnes i disse systemene vil kunne utgjøre et datamessig grunnlag for nye kvalitetsindikatorer, og i kapittel 4 gjør vi rede for de mest brukte fag- og avvikssystemer. Informasjonsinnhenting er basert på kontakt med systemutviklere hos leverandører og ansvarlige på kommunenivå, samt gjennomgang av informasjonsmateriell og manualer.

I arbeidet med forslag til nye kvalitetsindikatorer har vi tatt utgangspunkt i og hentet inspirasjon fra de indikatorer som rapporteres i KOSTRA, forslag til kvalitetsindikatorer utarbeidet av enkeltpersoner i KS på oppdrag fra Kommuneforlaget, samt indikatorer som brukes eller er foreslått brukt i Sverige og Storbritannia. Forslagene er videre drøftet med utvalgte kommuner. Vi har hatt samtaler med representanter fra Trondheim, Melhus og Orkdal om helsestasjon, barnehage og SFO, og med Bø i Telemark (pleie og omsorg, sosialtjenesten og barnevern), Skien (sosialtjenesten), Sauherad (pleie og omsorg) og Bamble (barnevern). Tilbakemeldingene fra kommunene er tatt hensyn til i våre endelige forslag til nye kvalitetsindikatorer.

Tabell 1.1 oppsummerer forslagene til nye kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg, mens tabell 1.2 oppsummerer forslagene for de øvrige sektorer. Tabellene 1.1 og 1.2 illustrerer hovedgrupper av indikatorer. Det vises til kapitlene 5 og 6 for oversikter over hver av de over 100 indikatorer som foreslås.

Tabell 1.1: Forslag til nye kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg

<i>Hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehjem</i>	<i>Psykisk utviklingshemmede</i>	<i>Psykisk helsearbeid</i>
Saksbehandlings- og iverksettingstid	Andel beboere som har nøkkel til egen leilighet, har egen postkasse, tilbys minst en aktivitet per dag, etc.	Saksbehandlings- og iverksettingstid
Avvik knyttet til legemiddelhåndtering, ernæring, vold og bruk av beroligende medisiner	Egenskaper på tjenestenivå som tilbud om sysselsetting, studier, sosiale møteplasser, oppfølgingssystem, individuell plan	Egenskaper ved tjenesten som tilbud om terapi, støttekontakt, dagsentertilbud og individuell plan
Egenskaper ved tjenesten som enerom, måltider, aktivitetstilbud og individuell frihet		

Pleie og omsorg

Pleie og omsorg er delt i tre ulike tjenester: i) hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehjem, ii) tjenester for psykisk utviklingshemmede og iii) psykisk helsearbeid.

Innenfor hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehjem foreslår vi tre sett av indikatorer som sier noe om henholdsvis mottak av tjenester, avvik i tjenester og positive egenskaper ved selve tjenestetilbudet. De to indikatorene for mottak av tjenester er saksbehandlingstid og iverksettingstid fra vedtak til tjenesten er mottatt. Indikatorene for avvik fanger opp legemiddel-håndtering, ernæring, fall med alvorlig skade, vold og bruk av beroligende medisiner. Positive egenskaper ved tjenestetilbudet er mer enn 10 indikatorer som beskriver forhold som andel enerom, aktivitetstilbud, mattilbud og samtaler i terminalfasen.

De foreslåtte indikatorene er nyttige og vil samlet sett måle ulike aspekter ved tjenestetilbudet innen pleie og omsorg. Indikatorene vil kunne implementeres uten store kostnader siden informasjonsinnhenting i stor grad kan baseres på eksisterende systemer og ikke forutsetter registrering av hver enkelt tjenestemottaker. Indikatorene for mottak av tjenester vil imidlertid kreve en viss utvidelse av fagsystemene, mens avviksindikatorene forutsetter mer standardisert gradering av avvik og rutiner for registrering.

For tjenester for psykisk utviklingshemmede foreslås indikatorer dels på individnivå og dels på tjenestenivå. Indikatorene på individnivå beskriver andelen av beboerne som for eksempel har nøkkel til egen leilighet eller som tilbys aktiviteter daglig. Indikatorene på tjenestenivå beskriver hvorvidt kommunen har tilbud om sysselsetting, sosiale møteplasser, oppfølgingssystem, etc.

Innen psykisk helsearbeid foreslås indikatorer for saksbehandlings- og iverksettingstid. I tillegg inngår mer enn 10 variable som beskriver egenskaper ved tjenesten slik som tilbud om terapi og dagsentertilbud.

De indikatorene som foreslås i pleie og omsorg kan i hovedsak betraktes som mål på produkt-kvalitet. At det er vanskelig å etablere indikatorer for resultat-kvalitet (den virkning tjenesten har for brukeren) har trolig sammenheng med tjenestens natur. Pleie og omsorg dreier seg i liten grad om å yte tjenester for å nå et bestemt mål eller resultat, men om å yte tjenester for at brukerne skal kunne ha en så normal livssituasjon som mulig (tilstandsomsg).

Tabell 1.2: Forslag til nye kvalitetsindikatorer for helsestasjon, sosialtjenesten, barnevern, barnehage og skolefritidsordning

<i>Helsestasjon og skolehelsetjeneste</i>	<i>Sosialtjenesten</i>	<i>Barnevern</i>	<i>Barnehage</i>	<i>Skolefritidsordning</i>
Tilgjengelighet, oppfølging og avlysninger	Stønadslengde	Saksbehandlingstid	Venteliste, ventetid, førsteønske	Avvik i tjenesten
Utførte kontroller og undersøkelser, og besøk	Andel mottakere som deltar på tiltak	Måloppnåelse knyttet til tiltakets relevans og tilstrekkelighet, endring i omsorgssituasjon og atferd	Måloppnåelse/pedagogisk læringsutbytte og måloppnåelse for barn med kartlagte behov	Frafall
Måloppnåelse (barn i oppfølgingsgrupper, barn med vektavvik)	Utstrømning fra sosialtjenesten	Gjennomstrømning justert for gjenopptakelse og alvorlighet	Uteareal og parkeringsmuligheter	Åpningstid
Røykekutt for gravide og fravær av klamydia	Måloppnåelse knyttet til sosial og økonomisk trygghet, boforhold, arbeidstilknytning og sosial inkludering		Samtaler med barn og foreldre/foresatte	Aktiviteter, antall og varighet
Avvik i tjenesten			Avvik i tjenesten	Leksehjelp, omfang og kompetanse
			Sykefravær og turnover	Sykefravær og turnover

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjon og skolehelsetjeneste utfører helseforebyggende arbeid rettet mot gravide, barn og unge. Vi foreslår indikatorer som fanger opp tilgjengelighet, utførte kontroller og undersøkelser, måloppnåelse barn med behov for oppfølging, samt helsetilstand. I tillegg foreslås en avviksindikator som fanger opp alvorlige hendelser.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste er et lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for brukerne. Tilgjengelighet foreslås målt ved oppfølgingstid, ventetid for timeavtale og besøk som avlyses av tjenesteyter. Andelen unge som faktisk gjør bruk av helsestasjon kan si noe om hvor godt tilbudet oppfattes av potensielle brukere. Flere vil gjøre bruk av en god tjeneste enn av en dårlig tjeneste. Et potensielt problem med denne indikatoren er imidlertid at den påvirkes av behovene i ungdomsgruppen. Den vil derfor være bedre egnet til å beskrive utviklingen innen den enkelte kommune enn til sammenlikninger kommuner imellom.

Vi foreslår at indikatorene for utførte kontroller tar utgangspunkt i veilederen for helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det innebærer en betydelig utvidelse i forhold til de undersøkelser og kontrollerer som i dag rapporteres i KOSTRA. Vi foreslår også å inkludere en indikator som fanger opp om anbefalte somatiske helseundersøkelser er gjennomført ved den enkelte kontroll.

Indikatorer for helsetilstand omfatter fravær av klamydia og røykekutt blant gravide. Begge indikatorer kan knyttes til måloppnåelse i forebyggende helsearbeid, men det kan være et potensielt problem at de påvirkes av forhold utenfor helsetjenesten. Følgelig vil de være bedre egnet til å beskrive utviklingen i den enkelte kommune enn til sammenlikninger mellom kommuner. Endelig foreslås indikatorer som fanger opp hvorvidt barn i risikogrupper over tid får mindre behov for oppfølging og måloppnåelse i forhold til vektavvik. Også i helsestasjon og skolehelsetjeneste kan avvikssystem bidra med viktig styringsinformasjon.

De foreslåtte kvalitetsindikatorer for helsestasjon og skolehelsetjeneste kan implementeres uten store kostnader. Mange av indikatorene registreres allerede i fag- eller avvikssystem. Enkelte indikatorer krever imidlertid ekstra registreringsfelt i systemene.

Sosialtjenesten

Vi foreslår tre hovedgrupper av indikatorer for de sosiale tjenestene. Den første gruppen omfatter indikatorer som sier noe om hvor lenge brukerne mottar økonomisk sosialhjelp. Den andre gruppen tar for seg aktivitet og utstrømming fra sosialtjenesten. Den tredje tar for seg måloppnåelse knyttet til sentrale mål for sosialtjenestens virksomhet.

Begrunnelsen for de to første gruppene av indikatorer er at økonomisk sosialhjelp i prinsippet skal være en korttidsytelse. Utfordringen er at både varighet og fravær av tilbakefall påvirkes av andre forhold enn kvaliteten på sosialtjenesten, eksempelvis lokale arbeidsmarkedsforhold og rusproblematikk. Indikatorene kan likevel si noe om utviklingen av sosialtjenesten i den enkelte kommune, i hvert fall hvis det tas høyde for konjunktursituasjonen. Indikatorene for fravær av tilbakefall krever nye registreringer da det per i dag ikke registreres hvorvidt avsluttede saker kommer tilbake innen for eksempel ett år.

Den tredje gruppen av indikatorer tar utgangspunkt i fem sentrale mål for sosialtjenestens virksomhet; sosial trygghet, økonomisk trygghet, tilfredsstillende boforhold, arbeidstilknytning og sosial inkludering. For hvert av disse målene vurderes måloppnåelsen som høy, middels eller lav. Tilnærmingen har potensielt stor nytte, men også betydelige utfordringer. For det første kreves etablering av et nytt begrepsapparat og kategoriseringer, samt utvikling av et nytt registrerings- og rapporteringssystem med betydelige kostnader. For det andre vil det være krevende å oppnå en presis kategorisering av måloppnåelsen som begrenser behovet for skjønnsmessige vurderinger.

Barnevern

Innenfor barnevern foreslås tre sett av indikatorer som fanger opp saksbehandlingstid, endring i omsorgs- og atferdssituasjon, samt gjennomstrømming.

Indikatorene for saksbehandlingstid sier noe om varigheten fra man starter undersøkelse av en sak til undersøkelsen er sluttført. Dagens krav er at undersøkelsene skal gjennomføres innen 3 måneder, og i særlige tilfeller innen 6 måneder. De foreslåtte indikatorer er andel saker med

saksbehandlingstid over henholdsvis 3 og 6 måneder for de to kategorier av saker. Kostnadene ved implementering av disse indikatorene vil være begrenset i og med at de er basert på informasjon som allerede registreres. Nytteverdien vil imidlertid også være begrenset fordi indikatorene ikke sier noe om kvaliteten på de utredninger som utføres.

Det andre settet av indikatorer tar sikte på å måle kvalitative sider ved tiltakene og resultatoppnåelse i form av en bedret atferds- eller omsorgssituasjon. Utgangspunktet er en vurdering av tiltak og måloppnåelse i fire kategorier for å si noe om henholdsvis produktkvalitet og resultat-kvalitet. Den potensielle nytteverdien av indikatorene er stor, men det er utfordringer knyttet til kategorisering, skjønnsmessige vurderinger og kostnader.

Det tredje settet av indikatorer tar sikte på å måle gjennomstrømning av barnevernssaker basert på objektive kriterier. Utgangspunktet er at det er mulig å definere en avsluttet sak, hva en vellykket avslutning innebærer og/eller graden av alvorlighet. Det kan etableres indikatorer for gjennomstrømning justert for gjenopptatte saker, gjennomstrømning av vellykkede saker og gjennomstrømning av ikke-alvorlige saker. Nytteverdien av indikatorene er potensielt stor, men det vil være en betydelig utfordring å definere begreper som avslutning og alvorlighet. Videre vil det påløpe kostnader knyttet til implementering av registreringsmoduler i fagsystemer.

Barnehage

Innen barnehage foreslås det indikatorer som beskriver det pedagogiske tilbudet på en bedre måte enn dagens indikator for personellens formelle utdanning. Forslaget går ut på å benytte resultater fra kartlegginger (språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk) til blant annet å se på andelen barn med kartlagt behov for å bedre ferdighetene som har en positiv utvikling (når ønskede eller objektive mål på et senere tidspunkt). I tillegg foreslås det at man kan benytte slike kartlegginger til å beskrive læringsutbytte (sosialt og kognitivt) for alle barn.

En annen viktig faktor for barnehagetjenesten er å oppfylle kravene til barnehageplass, men det vil også kunne være av interesse å vite andelen av barn uten rett til plass som faktisk får tilbud om plass, andelen som får plass ved ønsket barnehage og hvor lang ventetiden for disse er. Dette

er indikatorer som normalt vil kunne genereres på bakgrunn av søknadshåndteringen i kommunenes fagsystem.

Videre foreslås det indikatorer som beskriver sykefravær og turnover. Stabilitet i personalgruppen antas å være en viktig kvalitetsindikator både for foreldre og barn. Det eksisterer opplegg for registrering av sykefravær, mens turnover trolig krever en utvidelse av registreringsopplegget.

Det foreslås flere indikatorer som beskriver egenskaper ved tjenesten slik som hyppighet av samtaler med foreldre og foresatte og alvorlige hendelser. Samtaler vil kreve ekstra rapportering, mens alvorlige hendelser blir i mange kommuner registrert i avvikssystem. For leke- og parkeringsareal finnes det opplysninger i plantegninger.

Skolefritidsordning

Skolefritidsordningen (SFO) er trolig sektoren hvor kvalitetsfokuset fra sentrale myndigheter har vært mest fraværende. I dagens KOSTRA-rapportering er frafallet for de yngste elevene eneste kvalitetsindikator som rapporteres. Som en utvidelse av indikatorsettet foreslår vi å utvikle indikatorer som kan fortelle om frafallet for eldre elever, åpningstid og omfanget av tilrettelagte aktiviteter og leksehjelp. Leksehjelp vil i mange tilfeller organiseres i skolen, mens andre enheter organiserer dette i skolefritidsordningen.

Læringsutbyttet av leksehjelpen vil være vanskelig å måle. I andre sektorer er det fokus på å ha et pedagogisk kvalifisert personale for å oppnå best mulig læringsutbytte. I tråd med dette foreslås en indikator som fanger opp personalets kompetanse. Som for barnehagesektoren er det naturlig å benytte kommunale avvikssystem til å lage indikatorer som beskriver fravær av dårlig kvalitet. Sykefravær og turnover foreslås som indikatorer for stabilitet blant personalet med samme begrunnelse som i barnehagesektoren. De fleste av de foreslåtte indikatorene kan implementeres uten store kostnader.

Bruk av indikatorene i styrings- og beslutningsprosesser

Innenfor den enkelte tjeneste foreslås et relativt bredt sett av nye kvalitetsindikatorer. I tillegg til å gi kommunene informasjon om status med hensyn til kvalitet i tjenestene, vil de være viktige verktøy i arbeidet med kvalitetsutvikling. I styrings- og beslutningsprosessene må imidlertid de foreslåtte indikatorene inngå sammen med andre indikatorer for å kunne gi et fullstendig bilde av utviklingen innen de enkelte tjenestemråder. Ressurstilgang og organisering legger rammer for tjenestetilbudet innen den enkelte sektor, og er avgjørende for hva som er realistisk å oppnå med hensyn til produkt- og resultat kvalitet. I den lokale beslutningsprosessen vil ressurser, organisering og kvalitet ha ulik status. Kommunestyret kan fatte direkte vedtak om ressurstilgang og organisering, mens kvaliteten bestemmes i et samspill mellom ressurser, organisering og utførelsen i de kommunale virksomheter. Kommunestyret kan vedta målsettinger for produkt- og resultat kvalitet, men har som regel ikke direkte kontroll med hva kvaliteten blir. De foreslåtte kvalitetsindikatorene vil være nyttige for å operasjonalisere målsettinger knyttet til kvalitet og gi informasjon om hvilke ressurser og hvilken organisering som er nødvendig for å realisere målsettingene. Videre vil kvalitetsindikatorene, sammen med indikatorer for omfanget av tjenesteproduksjonen, være nyttige i en generell vurdering av effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunene.

Det foreslås i alt mer enn 100 nye indikatorer for objektiv produkt- og resultat kvalitet. Innen de enkelte tjenester varierer antallet fra 8 i barnevern til 24 i hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehjem. Bruk av indikatorene i styrings- og beslutningsprosesser forutsetter kunnskap om hvordan indikatorene er definerte og hvordan de påvirkes av ressursbruk, organisering og forhold utenfor kommunenes kontroll. Det er først og fremst på tjenestenivå det vil være aktuelt å benytte indikatorsettet i full bredde. Overfor folkevalgt nivå som ved behandling av budsjett, økonomiplan og årsrapport, vil det være mer formålstjenlig å rapportere et mindre antall indikatorer for hver tjeneste på samme måte som det i dag gjøres for øvrige tjenesteindikatorer. Det bør tilstrebes at også det reduserte utvalget av indikatorer dekker bredden i tjenestene.

I første omgang antas det at indikatorene for objektiv produkt- og resultat kvalitet kan bidra til tjenesteutvikling lokalt. Vi ser for oss at innovative kommuner kan hente inspirasjon fra de foreslåtte indikatorer, tilpasse dem til lokale forhold og bidra til ytterligere forbedringer. Over tid er det grunn til å tro at de indikatorer som viser seg å være formålstjenlige tas i bruk av flere

kommuner. På lang sikt vil en del av indikatorene kunne inngå i det nasjonale rapporterings-systemet KOSTRA hvor det er lagt til grunn at kvalitetsindikatorer skal være objektive.

2. Teoretiske refleksjoner

2.1. Typer av kvalitetsindikatorer

Det er en økende oppmerksomhet rundt kvalitet i offentlige og kommunale tjenester. 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. Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi (TBU) publiserer for eksempel en såkalt produksjonsindeks for kommunale tjenester bestående av både kvantitets- og kvalitetsindikatorer. Der betraktes dekningsgrader for hjemmetjenester og institusjonsplasser som kvantitetsindikatorer i pleie og omsorg, mens andel institusjonsplasser i enerom er en kvalitetsindikator. I barnehage er antall oppholdstimer kvantitetsindikator, mens antall m² lekeareal og andel ansatte med førskolelærerutdanning er kvalitetsindikatorer. Disse eksemplene tydeliggjør at kvalitet forstås som egenskaper ved tjenesten, snarere enn omfanget av de tjenester som leveres.

Det skilles ofte mellom ulike typer kvalitet; strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultat-kvalitet. 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.

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.

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 produkt- og resultatkvalitet. Ofte kan det være vanskelig å trekke et skarpt skille mellom de ulike typer kvalitet. Mulighet til å søke barnehageplass over internett kan være viktig for brukerne, men er likevel mest rimelig å betrakte som en indikator for prosesskvalitet.

Tabell 2.1: Kvalitetsindikatorer i grunnopplæringen

Strukturkvalitet	Prosesskvalitet	Produktkvalitet	Resultatkvalitet
Driftsutgifter per elev	Medbestemmelse	Faglig veiledning	Resultat på nasjonale prøver
Antall elever per PC	Elevdemokrati	Karriereveiledning	Standpunkt karakterer
Fysisk læringsmiljø		Faglig utfordring	Eksamens karakterer
			Resultat fra fag- og svenneprøver
			Frafall i videregående opplæring
			Mestring

I tabell 2.1 benyttes eksempler fra grunnopplæringen (som ikke inngår i dette prosjektet) for å illustrere ulike typer kvalitet. Indikatorene er hentet fra Utdanningsdirektoratets oversikt over skolefakta publisert på www.skoleporten.no. Driftsutgifter per elev, antall elever per PC og fysisk læringsmiljø er indikatorer for strukturkvalitet, medbestemmelse og elevdemokrati indikatorer for

prosesskvalitet, veiledning og utfordring indikatorer for produktkvalitet, mens læringsutbytte (karakterer), frafall og mestring er indikatorer for resultatkvalitet.

Det er vår vurdering at det går et hovedskille mellom strukturkvalitet og prosesskvalitet på den ene siden og produktkvalitet og resultatkvalitet på den andre. Produkt- og resultatkvalitet ligger «nærmest» brukeren, og beskriver henholdsvis egenskaper ved tjenesten som er viktig for brukeren og det resultat tjenesten har for brukeren. I gjennomføringen av prosjektet vil vi derfor fokusere på både produkt- og resultatkvalitet. Skillet mellom produkt- og resultatkvalitet er av mer underordnet betydning, men kan illustreres ved et eksempel fra grunnopplæringen: Faglig veiledning sier noe om den tjenesten eleven tilbys (produktkvalitet), men sier ikke noe om resultatkvalitet. Den faglige veiledningen kan være god uavhengig av resultatet i form av læringsutbytte.

2.2. Produkt- og resultatkvalitet

I tillegg til ulike typer kvalitet, kan det skilles mellom subjektive og objektive kvalitetsindikatorer. Subjektive kvalitetsindikatorer beskriver opplevd kvalitet i form av brukerundersøkelser hvor brukerne bes om å vurdere hvor fornøyde de er med ulike kommunale tjenester. Objektiv resultatkvalitet innebærer at resultatet måles i henhold til bestemte kriterier og prosedyrer. I eksemplene fra grunnopplæringen i tabell 2.1 er resultater fra nasjonale prøver, standpunktarakterer, grunnskolepoeng og frafall indikatorer for objektiv resultatkvalitet, mens mestring er en subjektiv resultatindikator. Indikatoren for mestring er basert på informasjon fra den såkalte elevundersøkelsen.

Det er objektiv produkt- og resultatkvalitet som er tema for dette prosjektet, noe som betyr at vi ikke vil befatte oss med brukerundersøkelser. Selv om vi i hovedsak fokuserer på objektive kvalitetsindikatorer, er det nesten umulig å unngå at indikatorene i noen grad vil være basert på skjønnsmessige eller subjektive vurderinger. Eksamenskarakterer og resultater fra nasjonale prøver er objektive indikatorer for resultatkvalitet selv om vurderingen av den enkelte bevarelse i noen grad vil være basert på skjønn. Objektiv resultatkvalitet kan aldri måles ved hjelp av et måleinstrument, det avgjørende er om målingene er basert på bestemte kriterier eller prosedyrer.

Ved etablering av indikatorer for resultatkvalitet vil det ofte være en utfordring at resultatet ikke bare påvirkes av den tjenesten kommunen leverer, men også av brukerinnsats og karakteristika ved brukerne. Skolesektoren kan igjen tjene som eksempel. Betrakt for eksempel to skoler, A og B. Skole A oppnår gode resultater på nasjonale prøver, mens skole B oppnår gjennomsnittlige resultater. Kan vi ut fra dette konkludere at resultatkvaliteten er høyere i skole A enn i skole B? Det er ingen tvil om at elevene i skole A oppnår bedre resultater enn elevene i skole B, men det betyr ikke nødvendigvis at resultatkvaliteten er høyere. Vi må huske at resultatkvalitet er den virkningen tjenesten har for brukeren. De gode elevprestasjonene i skole A kan være et resultat av gunstig elevsammensetning (foreldre med høyt utdanningsnivå, lite sosiale problemer, etc.), og ikke nødvendigvis at virkningen av de tjenester skolen har levert er stor. Tilsvarende kan gjennomsnittlige elevprestasjoner i skole B være forenelig med høy resultatkvalitet dersom skolen har en mindre gunstig elevsammensetning.

I mange tilfeller vil det være lettere å måle resultatet enn resultatkvaliteten. For å komme fram til en indikator for resultatkvalitet er det nødvendig å identifisere i hvilken grad resultater reflekterer tjenestens bidrag og i hvilken grad det reflekterer andre faktorer. I utdanningssektoren er det konstruert såkalte skolebidragsindikatorer. Disse framkommer ved først å estimere effekten av elevsammensetning og deretter trekke effekten av elevsammensetning ut av resultatet. Ved på denne måte å korrigere for andre faktorer som påvirker resultatet står man igjen med det som antas å være skolens bidrag til resultatet. En annen mulighet er å studere endring i resultat over tid. Hvis elevsammensetningen er rimelig stabil, vil utviklingen i elevprestasjoner kunne si noe om utviklingen i resultatkvalitet.

En implikasjon av diskusjonen over er at behovet for å korrigere resultatet for andre faktorer avhenger av hva indikatorene skal brukes til. Hvis kvalitetsindikatorene skal benyttes til sammenlikning mellom kommuner eller virksomheter, vil det kunne være nødvendig å korrigere resultatet for å komme fram til indikatorer for resultatkvalitet. Men hvis formålet først og fremst er å si noe om utviklingen i en kommune eller virksomhet over tid, vil behovet for korrigering være mindre. Det vil som regel ikke være nødvendig å korrigere indikatorer for produktkvalitet på samme måte.

Det er også en del andre krav det er naturlig å stille til indikatorer for produkt- og resultatkvalitet. Indikatorene må være presist definert og ikke være beheftet med betydelige måleproblemer og

målefeil. Det samlede sett av indikatorer for en tjeneste bør så langt som mulig dekke tjenestens bredde. Smale indikatorer vil kunne gi utilsiktede virkninger ved at den kvalitet som kan måles gis for stor oppmerksomhet i forhold til kvalitetsaspekter som ikke måles. I litteraturen omtales dette som målforskyvning.

2.3. Nærmere om de tjenestene som inngår i prosjektet

Prosjektet omfatter måling av kvalitet i pleie og omsorg (herunder psykiatri), barnevern, sosialtjenesten, barnehage, SFO og helsestasjon/skolehelsetjeneste. Alle disse tjenestene er individrettede, men variasjonen i brukerbehov er forskjellig for de ulike tjenestene. Barnevern og sosialtjenesten er tjenester med svært heterogene brukere og hvor den enkelte bruker får svært forskjellig tjenestetilbud. Innen pleie og omsorg varierer også hjelpebehovet mye brukerne imellom. I den andre enden av skalaen finner vi barnehage og SFO som i større grad er karakterisert ved et felles tjenestetilbud for alle brukere. Denne forskjellen i brukertilpasning av tjenestene har betydning for hvordan kvalitet bør måles.

For tjenester med stor variasjon i brukerbehov og stor grad av brukertilpasning er det naturlig å ta utgangspunkt i den enkelte bruker. Innen disse tjenesteområdene vil kommunene utrede brukernes situasjon, iverksette tiltak og stille opp mål om brukerens utvikling. Slike planer er et nyttig utgangspunkt for utvikling av kvalitetsindikatorer. Indikatorer for produktkvalitet kan utvikles med utgangspunkt i hvordan og i hvilken grad kommunen implementerer de planlagte tiltakene. I en slik tilnærming kan imidlertid skillet mellom kvantitet og kvalitet bli noe utydelig. Hvis tiltaket er at en bruker i pleie og omsorg skal få en time hjelp to ganger i uka, så vil en vurdering av måloppnåelse si mer om kvantitet enn om kvalitet. At kommunen har levert det avtalte antall timer sier lite om kvaliteten på den leverte tjenesten. Produkt- og kvalitetsindikatorer må fange opp andre aspekter ved tjenestetilbudet enn omfang, for eksempel iverksettingstid eller om tjenesten ble levert til avtalt tid.

Indikatorer for resultateffektivitet kan ta utgangspunkt i målene for brukernes utvikling. Innen barnehage, barnevern og sosialtjenesten er formålet at tjenesten skal bidra til en positiv utvikling for brukerne. I pleie og omsorg derimot er formålet for størstedelen av virksomheten å

opprettholde en bestemt livstilstand. Målet er ikke at mottakeren skal bli funksjonsfrisk, men heller å bidra til å opprettholde funksjonsdyktigheten eller forsinke svekkelsen av funksjonsdyktigheten. Det kan skilles mellom endringsomsorg (barnehage, barnevern, sosialtjeneste) og tilstandsomsg (pleie og omsorg). I praksis vil det være lettere å observere og måle en positiv utvikling enn forsinket svekkelse av funksjonsdyktighet. Det vil derfor være lettere å utvikle indikatorer for resultat kvalitet for tjenester preget av endringsomsorg enn for tjenester preget av tilstandsomsg. For den siste typen av tjenester vil vi i større grad måtte basere oss på indikatorer for produkt kvalitet.

Barnehage og SFO er som nevnt karakterisert ved at tjenestetilbudet i stor grad er felles for alle brukere. Det er typisk ikke individuelle planer for den enkelte brukers utvikling. Aktuelle kvalitetsindikatorer kan da være kjennetegn ved virksomheten (produkt kvalitet) eller mål på barnas sosiale og kognitive ferdigheter. Sosiale, motoriske og kognitive ferdigheter kan avdekkes gjennom undersøkelser som er felles for alle.

3. Kvalitet i de ulike tjenestene

I denne delen har vi sett nærmere på hvordan kvalitet defineres innenfor de seks tjenestemrådene rapporten tar for seg. Kildegrunnlaget som er benyttet er i all hovedsak lover, forskrifter, rundskriv og veiledere utarbeidet av departement eller direktorat. Et gjennomgående funn er at utformingen av lovtekster, veiledere og styringsdokument etc. i hovedsak fokuserer på best mulig kvalitet innen struktur og prosess, dels også produkt, mens det finnes lite informasjon i disse tekstene som eksplisitt fokuserer på resultatkvalitet. Samtidig vil god struktur- og prosesskvalitet gjerne medføre god resultatkvalitet, uten at denne rapporten følger opp disse om disse kvalitetsaspektene i særlig grad.

Mens lover og forskrifter normalt gir bestemte krav til de ulike sektorene, er veiledere og faglige retningslinjer normalt en anbefaling av hvilke oppgaver som skal utføres og hvordan de anbefales utført. Informasjonen i disse dokumentene er her benyttet til å vurdere hva som er kvalitet i de ulike sektorene, uten å ta hensyn til om aspekt er pålagt av lov eller ikke. Til eksempel benyttes veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten) til å skissere indikatorer med kvantitet og omfang av kontroller i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Veilederen er til eksempel her tolket som at hvis alle anbefalte somatiske helseundersøkelser ved hver enkelt kontroll er utført, er dette god kvalitet. Samtidig er kommunene ikke lovpålagt å gjennomføre alle foreslåtte somatiske helseundersøkelser.

3.1. Pleie- og omsorgstjenestene

Lover og forskrifter

Ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft januar 2012 og erstattet tidligere kommunehelse- tjenesteloven og sosialtjenesteloven. I den nye loven fra 2012 er det listet opp følgende syv formål:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene 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 fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre 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 og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig

For pleie- og omsorgstjenesten vil det første formålet om å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne være sentral. Det fjerde punktet 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:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene

I tillegg til loven, er det også fire forskrifter som direkte eller indirekte omhandler kvalitet. Den ene er *forskriften 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 beboerne. Videre skal det være enerom i bygningene, uttak for telefon og WC skal være tilknyttet hvert sengerom. Boformen skal også ha nødvendig 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 av hensyn til andre beboere.

Den andre forskriften – *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.

Den tredje forskriften - *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:

- opplevd respekt, forutsigbarhet og trygghet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som næring, variert og helsefremmende kosthold samt rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov
- normal livs- og døgnrytme
- ro og skjermet privatliv
- personlig hygiene
- mulighet for å ivareta egenomsorg
- verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

I forskriften står det også at kommunen skal utarbeide skriftlige prosedyrer som skal sikre at brukerne får tilfredsstilt grunnleggende behov. Videre står det at kommunen skal etablere systemer som sikrer tjenester til rett tid, at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, samt at brukere eller pårørende får medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.

Den fjerde forskriften – *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 legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

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

Loven peker på at brukerne av pleie- og omsorgstjenestene omfatter både forebygging, behandling og mestring. *Forebygging* vil dreie 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. Her vil det være forholdsvis enkelt å identifisere et forebyggende tilbud, men vanskelig å knytte dette opp mot målet om befolkningens helsetilstand. *Behandling* vil dreie seg om personer med sykdom eller lidelser som gjennomgår en behandlingsprosess med tanke på å bli frisk, for eksempel rehabilitering etter et lårhalsbrudd. Her er målet klart og det vil være forholdsvis enkelt å koble tiltak (behandling) til målet om å bli frisk. Imidlertid er det forholdsvis lite av pleie- og omsorgssektorens aktivitet som dreier seg om behandling. Derimot vil mestring av ulike livssituasjoner omfatte store deler av tjenestens virksomhet. Dette kan for eksempel 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. Samtidig peker både forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgssektoren og forskriften om verdig eldreomsorg på flere kvalitative sider ved det å mestre hverdagen, herunder boform, kosthold, hygiene mm. Med andre ord vil målet om mestring og livskvalitet dreie seg om å sikre flere ulike dimensjoner ved tilværelsen.

Veiledere

Helsedirektoratet har også gitt ut en veileder om kvalitet i sosial- og helsetjenesten ("Og bedre skal det bli ..."). Veilederen presenterer en strategi som tar utgangspunkt i forhold som bidrar til sviktende kvalitet og hvilke valg og aktiviteter som kan gi bedre kvalitet i sosial- og helse-tjenesten. I veilederen defineres god kvalitet som at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det første punktet dreier seg om at tjenestene skal ha en bestemt virkning, som igjen avhenger av formålet. Trygghet og sikkerhet dreier seg om å redusere sannsynligheten for feil og uheldige hendelser reduseres til et minimum. Involvering av brukere innebærer at brukene både skal medvirke og ha innflytelse i planlegging (på systemnivå) og i den enkelte konsultasjon/samtale med tjenesten (individnivå). Samordning og kontinuitet dreier seg om at brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. Kvalitet dreier seg dermed om samhandling mellom spesialiserte tjenester som har en arbeidsdeling mellom seg. Ifølge veilederen er god ressursutnyttelse også en forutsetning for god kvalitet. Med dette menes å tilby rett tjeneste til rett bruker og på rett måte til rett tid. I forhold til punktet om tilgjengelighet og rettferdig viser veilederen til at en god kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelig og fordelt slik at alle har samme mulighet til å oppnå et godt resultat.

I veilederen oppsummeres tjenester av god kvalitet på følgende måte: ”De skal være virkningsfulle, trygge og samordnet. De skal involvere brukeren og gi dem innflytelse, være tilgjengelige, rettferdig fordelt og ressursene skal være utnyttet på god måte.” Samtidig pekes det på at disse aspektene ved kvalitet kan komme i konflikt med hverandre, underforstått at det er nødvendig å gjøre prioriteringer og balansere kvalitetskriteriene mot hverandre.

Det er her verd å påpeke at veilederen ikke bare er rettet mot pleie- og omsorgstjenesten, men også kommunale helsetjenester og sosialtjenesten.

Det finnes en rekke veiledere utgitt av helsedirektoratet som sier noe om kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I alt finner vi 22 veiledere sortert under denne kategorien, hvorav et titalls er relevant i denne sammenheng. En gjennomgang av disse viser for det første at flere refererer til veilederen ”Og bedre skal det bli ...”. Med andre ord synes denne veilederen å legge premissen for forståelsen av kvalitet i andre veiledere. Bl.a. gjelder dette veilederen: ”Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten”. For det andre peker veilederne i stor grad på at kvalitet er viktig, uten å gå nærmere inn på hva kvalitet er. Ut over dette finner vi en rekke utsagn om faktorer som påvirker kvaliteten, herunder tilgjengelighet, tidsbruk i tjenesten, internkontroll, kunnskap hos personalet, god saksbehandling samt dialog og tverrfaglig samarbeid. Det generelle inntrykket er likevel at veilederen ”Og bedre

skal det bli ...” i størst grad drøfter kvalitetsbegrepet og at denne drøftingen også gjenspeiler seg i andre veiledere.

3.2. Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Tjenesten skal utføre forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot gravide, barn og unge, både fysisk og psykisk og følger av bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Lovens formål er listet opp i delkapittel 3.1. For øvrig spesifiserer loven lite i forhold til innhold og oppgaver for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Den viktigste forskriften som definerer innhold og oppgaver er *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Forskriftens veileder, *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, spesifiserer blant annet hva som er kommunenes ansvar og detaljerte beskrivelser til rutiner og hvilke tjenester som bør utføres.

Målgruppen for sektoren er gravide og barn og ungdom. Tilbudet som gis til gravide skal omfatte helseundersøkelser, svangerskapskontroll, rådgivning og oppfølging/henvisning ved behov. For barn og ungdom skal det utføres helsefremmende og forebyggende arbeid som omfatter helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, oppfølging av barn/spedbarn med spesielle behov. Også foreldre med behov for utvidet støtte skal følges opp.

Skolehelsetjenesten skal rette seg mot elever i grunn- og videregående skole. Helsestasjon for ungdom skal være et supplement til skolehelsetjenesten og på samme måte innbefatte rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandlinger.

Eksempel på andre dokument som er benyttet kan retningslinjer for veiing og måling og Stortingsmelding nr. 20 som fokuserer på utjevning av sosiale helseforskjeller nevnes. Som påpekt i delkapittel 3.1 gir også veilederen «Og bedre skal det bli» føringer på hva som er kvalitet i denne sektoren.

3.3. Sosialtjenesten

Tradisjonelt har sosiale tjenester omfattet tilbud om økonomisk sosialhjelp, råd og veiledning (herunder økonomisk rådgivning), praktisk bistand, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og omsorgslønn. Som en del av ordningen med praktisk bistand skal alle kommuner også ha tilbud om Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som en alternativ organisering av praktisk bistand.

De sosiale tjenestene var frem til 2010 regulert i lov om sosiale tjenester fra 1991. I forbindelse med etableringen av NAV-kontoret, fikk vi i 2010 en ny lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Denne loven viderefører i all hovedsak sosialtjenesteloven fra 1991, hvorav de viktigste områdene er bestemmelsene som regulerer økonomiske ytelser, samt bestemmelser om midlertidig botilbud og individuell plan. Loven omfatter også kvalifiseringsprogrammet som finansieres over Arbeidsdepartementets budsjett.

Formålet med lov om sosiale tjenester i NAV er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. I tillegg legger den nye loven vekt på at formålet er å fremme overgangen til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Videre skal loven bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

I loven står det at de sosiale tjenestene skal:

- a) medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer
- b) gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer
- c) gi stønad til livsopphold med sikte på å gjøre mottaker selvhjulpen
- d) tilby individuell plan for de med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- e) tilby kvalifisering for personer med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne (kvalifiseringsprogram)

Ny lov om helse- og omsorgstjenester fra 2012 kan også sies å videreføre elementer fra sosialtjenesteloven. Et av de syv punktene som definerer lovens formål innbefatter et mål om å

”fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer”.

De delene som tidligere var omfattet av sosialtjenesteloven og som nå inngår i den nye lov om helse- og omsorgstjenester, er følgende:

- a) praktisk bistand og opplæring (herunder BPA og støttekontakt)
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har særlige tyngende omsorgsbehov
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for det pga funksjonshemming, alder eller sosiale problemer
- d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det pga funksjonshemminger, alder eller andre årsaker
- e) lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid (omsorgslønn)

I og med at disse tjenestene langt på vei vil være knyttet til helserelaterte problemstillinger, vil vi i denne sammenheng primært ta for oss de tjenestene som inngår i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. I tilknytning til loven er det utformet to forskrifter om henholdsvis individuell plan og om kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Ifølge forskriften er formålet med individuell plan å bidra til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester, kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov samt styrke samhandlingen mellom tjenestene. I forskrift om kvalifiseringsprogrammet defineres ingen spesielle mål med programmet, men det er likevel rimelig å gå ut fra at programmets målsettinger er relatert til lovens formål, dvs. fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

3.4. Barnevern

I Barnevernsloven står det at formålet med loven er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg i rett tid, og at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Loven bærer for øvrig preg av å beskrive ansvarsforhold, oppgaver, prosesser og ulike tiltak innenfor barnevernet. Her må det også legges

til at loven både gjelder statlig og kommunalt barnevern. I forhold til de oppgavene hvor kommunen har et ansvar, er det ikke spesifisert eksplisitte kvalitetskrav til tjenesten.

Selv om loven ikke eksplisitt nevner kvalitetskrav knyttet til den kommunale barnevernstjenesten, ligger det likevel implisitt ulike krav til kvalitet i arbeidsprosessene. Dette har ikke utelukkende å gjøre med selve tjenesten, men vel så mye med barn og foreldres rettssikkerhet. Vi kan dele denne prosessen i tre. Den første fasen dreier seg om å håndtere meldinger som kommer inn og vurdere hvorvidt disse skal henlegges eller om saken skal videreføres i en undersøkelse. Kvaliteten på dette arbeidet vil ha betydning for om man fatter riktige beslutninger, og dermed også for rettssikkerheten. Den andre fasen innbefatter selve undersøkelsen. I loven står det at dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak, skal barneverntjenesten snarest undersøke forholdet. Undersøkelsen skal gjøre minst mulig skade og ikke gjøres mer omfattende enn formålet tilsier. Undersøkelsen vil videre danne grunnlag for viktige beslutninger om omsorgsovertakelse og valg av tiltak. Med andre ord vil kvaliteten på undersøkelsen være avgjørende både for rettssikkerhet og i forhold til det tiltaket som barnet eventuelt får. Kvaliteten på dette arbeidet avgjør dermed hvorvidt man ”gjør de rette tingene”. Den tredje fasen dreier seg om selve tiltaksgjennomføringen. I denne fasen skal det også utarbeides en tidsavgrenset tiltaksplan. Kvalitetskravet her vil være knyttet til selve gjennomføringen av det aktuelle tiltaket, dvs. om tiltaket gjennomføres på rett måte. Her må vi skille mellom tre typer tiltak: kommunale hjemmebaserte tiltak, fosterhjem og statlige institusjoner. Kommunale hjemmebaserte tiltak er kommunens ansvar og ansvaret for kvaliteten ligger hos kommunen. Staten ved Bufetat har ansvaret for institusjonsplasser og ansvaret for kvaliteten her ligger således utenfor kommunens ansvarsområde. Når det gjelder fosterhjem, har staten et ansvar for å rekruttere og gi nødvendig opplæring av fosterhjem, mens kommunen har ansvar for å godkjenne dem i hvert enkelt tilfelle. Det betyr at kravet om å ivareta kvaliteten formelt sett er kommunens.

Beslutningen om omsorgsovertakelse er en avgjørelse som skal fattes av en fylkesnemnd, men da på bakgrunn av bl.a. kommunenes undersøkelser. Rent formelt vil likevel kvaliteten på disse beslutningene ligge utenfor det kommunale barnevernets ansvarsområde.

Det er utarbeidet en rekke forskrifter til loven om barnevern. Ingen av disse omhandler kvaliteten i det kommunale barnevernet. Derimot er det flere forskrifter som tar for seg kvalitetskrav på barnevernsinstitusjoner. Siden dette er en statlig oppgave, har vi ikke omtalt dette her.

Det er også utarbeidet en rekke veiledere som omhandler tjenestene i barnevernet, herunder også en rutinehåndbok for kommunalt barnevern. I all hovedsak tar disse for seg prosedyrene i barnevernssaker og omhandler i liten grad kvaliteten ved tjenestene. Et unntak er en veileder som omhandler rutiner for forebygging og håndtering av mistanke om fysiske og seksuelle overgrep og grenseoverskridende atferd mot barn og ungdommer i fosterhjem.

Et generelt inntrykk er at kvalitet i liten grad er uttrykt eksplisitt i lover, forskrifter og veiledere om barnevernet. Dokumentene bærer heller preg av å beskrive oppgaver og prosedyrer, noe som må ses i sammenheng med rettssikkerhetskravene innenfor barnevernet. Implisitt ligger det imidlertid ulike kvalitetskrav i de ulike prosessene i en barnevernssak. Dette gjelder både i behandlingen av meldinger, i gjennomføringen av undersøkelser og i forbindelse med gjennomføring av kommunale tiltak, herunder fosterhjem. Beslutninger om omsorgsovertakelse og barnevernsinstitusjoner ligger imidlertid utenfor det kommunale barnevernets ansvarsområde.

3.5. Barnehage

Barnehagens formål er definert i barnehagelovens paragraf 1:

«Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling. Barnehagen skal bygge på grunnleggende verdier i kristen og humanistisk arv og tradisjon, slik som respekt for menneskeverdet og naturen, på åndsfrihet, nestekjærlighet, tilgivelse, likeverd og solidaritet, verdier som kommer til uttrykk i ulike religioner og livssyn og som er forankret i menneskerettighetene.

Barna skal få utfolde skaperglede, undring og utforskertrang. De skal lære å ta vare på seg selv, hverandre og naturen. Barna skal utvikle grunnleggende kunnskaper og ferdigheter. De skal ha rett til medvirkning tilpasset alder og forutsetninger.

Barnehagen skal møte barna med tillit og respekt, og anerkjenne barndommens egenverdi. Den skal bidra til trivsel og glede i lek og læring, og være et utfordrende og trygt sted for fellesskap og vennskap. Barnehagen skal fremme demokrati og likestilling og motarbeide alle former for diskriminering.»

Gitt av lovens første paragraf er barnehagens samfunnsmandat å ivareta barns behov for omsorg og lek, fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling. Denne bestemmelsen legger et grunnlag for at resultat kvalitet skal være i fokus. I andre paragraf fortsetter loven videre at barnehagen skal være en pedagogisk virksomhet og ulike aspekt man skal jobbe med for å oppnå. For øvrig omhandler loven stort sett andre aspekt enn hva man kan oppfatte som definisjoner på resultat kvalitet.

For barnehagesektoren finnes det et stort antall veiledere og styringsdokument som gjenspeiler det fokus som har vært på sektoren i Norge. Samtidig omhandler mange av disse veilederne ofte struktur og prosess. Vi har blant annet fokusert på dokument som Stortingsmelding 41 (Kvalitet i barnehagen), veileder for utforming av barnehagens utearealer og rammeplan for barnehagens innhold. Disse dokumentene gir en utførlig beskrivelse av mange aspekt ved barnehagen.

I tillegg har vi sett til det nasjonale foreldreutvalget for barnehager om hvilke aspekt de mener er kvalitet i barnehage og hva man bør jobbe for. De har listet opp følgende faktorer som må være til stede for å oppnå god kvalitet i barnehagen:

- Godt samarbeid med foreldrene
- Tilsyn av barnehagene
- God ledelse og et stabilt og kompetent personale
- Innføre bemanningsnorm for barnehagen
- Rett til barnehageplass
- Planer for innhold med tydelig progresjon og evaluering
- Etiske retningslinjer
- Styrke foreldrenes rolle i barnehageloven
- Krav til fysisk og psykososialt miljø

Som i andre sektorer er det i dokumenter som omhandler barnehage gitt relativt få retningslinjer på hva som er god resultat kvalitet og hvordan dette bør måles.

3.6. Skolefritidsordning

Opplæringsloven gir bestemmelsene som gjelder for skolefritidsordningen. I lovteksten gjelder ofte samme bestemmelser som for grunnskoleopplæringen hvor følgende kapittel definerer innhold i tjenesten.

- Kapittel 7. Skyss og innlosjering
 - Funksjonshemmede og skadde/syke har rett til skyss, uavhengig av avstand.
 - Reisefølge og tilsyn ved ventetid før og etter undervisningen.
- Kapittel 9. Elevene sitt skolemiljø
 - Rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring.
 - Det fysiske miljøet skal være i samsvar med de faglige normer som fagmyndighetene til en hver tid anbefaler.
 - Arbeidsplasser skal være tilpasset ulike behov (funksjonshemmede).
 - Ønskede tiltak for å rette på fysiske miljøforhold skal behandles så raskt det lar seg gjøre.
 - De ansatte har undersøkelses og varslingsplikt ved kunnskap eller mistanke om mobbing, diskriminering, vold, rasisme og lignende.
- Kapittel 10. Personale
 - Krav om politiattest
- Kapittel 13: Krav til kommunen, fylkeskommunen og staten
 - Skal legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter med utgangspunkt i alder, funksjonsnivå og interesser hos barna.
 - Gi omsorg og tilsyn.
 - Arealene, både ute og inne, skal være egnet til formålet.
 - Plikt til å tilby leksehjelp (frivillig deltakelse).

Her er det spesifisert særdeles lite som omhandler resultatkvalitet. Det er eventuelt i lovens kapittel 13 (tilrettelegging for lek og leksehjelp) man finner noen bestemmelser som omfatter resultatkvalitet. I henhold til NOU 2003:16 (I første rekke) presiseres det at kapittel 13 i opplæringsloven setter krav til at utformingen av arealer etc. skal fremme variasjon for barna og skape gode muligheter for fysisk utfoldelse og uformell læring. Dette impliserer at indikatorer som sier noe om egenskapene ved enhetene/tjenesten vil være formålstjenlige.

Riktignok finnes det flere NOUer og veiledere som omhandler skolefritidsordningen, men disse fokuserer i første rekke på øvrige kvalitetsaspekt ved tjenesten. En SSB-rapport (Barnefamiliers tilsynsordning, høsten 2010) har delvis i oppdrag å belyse hva skolefritidsordningen er. Rapporten fokuserer på tilfredshet, leksehjelp og begrunnelser for bortvalg av ordningen. Som følge av en knapphet på veiledere og styringsdokument for aspekt ved ordningen som er god resultatkvalitet har vi vært nødt til å hente inspirasjon fra representanter i kommunene, andre sektorer og KS.

4. Kommunale rapporteringssystem

I delkapittel 4.1. vil vi gå gjennom en del av fagsystemene som benyttes av kommunene innenfor ulike sektorer, mens delkapittel 4.2. gir en presentasjon av to kommunale avvikssystem. I dette arbeidet har vi vært i kontakt med de ulike systemutviklerne og representanter i kommunene. Systemutviklerne har i tillegg til samtaler med oss, bidratt med informasjonsmateriell og detaljerte manualer for de enkelte fag- og avvikssystem. Fra enkelte kommuner har representanter med ansvar for fagsystemene stilt. Dette har bidratt til en god oversikt over informasjonen som registreres i systemene og i hvilken grad det foreligger mulighet for formålstjenlige rapporter. I delkapittel 4.3. gis det en kort oppsummering av hvilken relevant informasjon disse systemene gir for hver enkelt sektor. I kapittel 6 og Appendiks 1 vil vi nærmere adressere for hvilke indikatorer det finnes datastrøm og mulighet for rapport, og tilfeller hvor vi finner at videre utvikling av systemene vil kunne bidra med ytterligere informasjon.

4.1. Fagsystem

I dette kapitlet vil vi se nærmere på ulike fagsystem som benyttes innenfor de aktuelle sektorene. Hensikten er å kartlegge hva slags informasjon som registreres i systemene, og videre å belyse hvorvidt denne informasjonen er egnet til å måle objektiv resultat kvalitet innenfor de ulike tjenestene.

Ved hjelp av generell informasjonsinnhenting og en uformell e-post-henvendelse til et utvalg kommuner har vi forsøkt å plukke ut de markedsledende systemene innenfor hver tjeneste. Manglende dokumentasjon fra enkelte leverandører har imidlertid ført til et noe ”skjevt” utvalg av systemer: Enkelte leverandører går igjen, samtidig som enkelte mindre leverandører også presenteres.

4.1.1. Pleie og omsorg

Visma Omsorg Profil

Visma Omsorg Profil er et fagsystem for pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten. Funksjonaliteten dekker behov knyttet til fag (leger, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, merkantil) saksbehandling, egenbetaling, ressursadministrasjon og logistikk. De ulike funksjonene i systemet inkluderer brukermodule, plassadministrasjon, boligadministrasjon, dagsenteradministrasjon, helsehjelpdokumentasjon, legefunksjonalitet, personell og administrasjonsplanlegging, avtalebok, tekniske hjelpemidler og pasientregnskap for beboere i institusjon.

I systemets elektroniske pasientjournal finner man en oversikt over informasjon knyttet til hver bruker. Dette ”hovedkortet” viser blant annet personalia, tidligere sykdommer, sosiale forhold, nærmeste pårørende, medisiner og diagnoser. I journalen kan man også hente ut en overordnet beskrivelse av brukerens helsemessige-, sosiale-, psykiske- og åndelig situasjon. Denne sammenfatningen danner utgangspunktet for brukerens tiltaksplan. Mer spesifikt inneholder sammenfatningen informasjon om hovedmålsettinger for brukeren, hvilke tiltak som er igangsatt, planområdet for tiltakene (for eksempel ”personlig hygiene”), brukerens ressurser på hvert tiltak samt planlagt evaluering av tiltakene. Det er lagt inn mulighet til å registrere standard målsettinger i kodeverk. Dette betyr at når man skal registrere målsetting for et tiltak, kan en da velge fra en meny av ferdig definerte målsettinger. I tiltakskodeverket kan man lage standard beskrivelser for bakgrunn for valg av tiltak og beskrive fritt hvordan tiltaket skal gjennomføres.

I Profil er det også mulighet til avviksregistrering og oppfølging av avvik. For å kunne registrere avvik, må det legges inn et kodeverk for type avvik (for eksempel ”prosedyreavvik”) og et kodeverk for årsak til avvik. Ansvarlig for avviksbehandling vil også kunne hente ut informasjon om registrering av brukeravvik, status på avviket, alvorlighetsgrad og forslag til forbedring.

Gerica

Gerica er et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) tilpasset pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten i kommunene. Systemet kan brukes av alle faggrupper i sektoren, og kan

tilpasses kommunenes rutiner ved å lage nye koder, maler, seleksjoner, rapporter etc. Totalt finnes det 37 såkalte case-manualer til Gerica, som inneholder informasjon om alt fra registrering av ansatte til gruppetiltak, medisiner og vedlikeholdsrutiner.

Eksempler på funksjoner som finnes i Gerica er:

- fakturering
- folkeregister modul som henter inn data direkte fra folkeregisteret
- skanning inn i journalen til bruker
- legemodul utarbeidet i samarbeid med leger

I Gerica finnes en rekke integrasjoner til andre programmer, blant annet turnusløsninger som GAT soft og GRS (Gerica Ressursstyringsløsning), folkeregisteret, skattedata og fakturasystem

4.1.2. Helsestasjon

Visma HsPro

Visma HsPro er Visma Unique sitt fagsystem for helsestasjoner. I tillegg til moduler for helsestasjonene har løsningen egne moduler for fysioterapi, flyktning, smittevern, skolehelse-tjeneste, ungdomshelsetjeneste, utenlandsvaksine og svangerskapsomsorg. Modulen for helsestasjonene er inndelt i flere moduler/kategorier, blant annet journalbehandling, elektronisk mottak av epikriser og labsvar og SMS-påminnelse av timeavtaler.

Journalbehandlingen følger standarden for elektronisk pasientjournal (EPJ). Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Ved registrering av ny ”klient” kan saksbehandler legge inn informasjon om ansvarlig helsesøster, hvilket sted barnet tilhører samt hvem som er ansvarlig for journalen. Videre legges det inn informasjon om personens familie og nettverk, hvilken skole/barnehage personen ev. tilhører, navn på fastlege og fødested. I journalen kan man også få en oversikt over alle målinger, vekt, lengde, hodeomkrets, syns og hørselsmålinger som har blitt gjort, samt alle vaksinene personen står registrert med. ”Huskekartoteket” inneholder alle fremtidige

konsultasjoner i forløpet barnet skal gjennomgå. I tillegg til journalbehandlingen inneholder HsPro som nevnt løsninger for SMS-timevarsel samt mottak av epikriser og labsvar. Systemet er tilrettelagt slik at det er mulig å flette data fra HsPro til ulike word-maler. Dette kan være innkalling til time/avtale, endring av timeavtaler, henvisninger, resepter og referater fra ansvarsgruppemøter.

Winmed Helse

Winmed Helse er en annen utbredt elektronisk pasientjournal. I journalen kan saks-behandlerne registrere en rekke opplysninger om hver person som er innom helsestasjonen. Personene kan hentes frem enkeltvis, eller man kan skreddersy søket etter utvalgte grupper. Saksbehandler kan for eksempel hente frem journalene til alle 4-åringer som ikke har vært inne til 4-årskontroll ennå, alle gravide som har termin innenfor et bestemt tidsrom, eller antall personer som mangler en bestemt vaksine.

Personene står registrert med personalia (kan importeres fra folkeregisteret), pårørende, bosituasjon, behov for tolk, samt barnehage, skole, helsestasjon og arbeidsgiver. Ved opprettelse av ny journal må også personens kontaktplan aktiveres, for eksempel ”0-5år” eller ”svangerskap”. Systemet vil da foreslå en rekke kontakttyper, altså ulike konsultasjoner som bør gjennomføres i fremtiden, for eksempel ”førstegangskonsultasjon”. Ved gjennomføring av en helseundersøkelse vil systemet automatisk hente frem en ”helseundersøkelsesmatrise” ut ifra personens alder og hvilken stilling saksbehandleren er pålogget som. Ved hjelp av ulike koder markeres det i matrisen at undersøkelsen har blitt utført og at ulike veiledningstema har blitt tatt opp. Videre kan man registrere og følge målinger av lengde/vekt/hodeomkrets, og hørsel og syn, og registrere språkkartlegging, vaksinasjon, kroniske diagnoser, eventuelle funksjonsnedsettelse og sykdommer i familien. Systemet inneholder også egne journaler for svangerskap, helsestasjon for ungdom og for reisevaksiner. Andre funksjoner er jordmorregnskap, administrering av timeavtaler, registrering av tuberkulosekontroll og kontroll av BCG-arr, miljøundersøkelse, gruppeinnkallelse og korrespondanse.

4.1.3. Sosialtjenesten

Visma Velferd

Visma Velferd er Visma Uniques løsning for NAV sosial. Hovedmenyen i Visma Velferd er bygd opp i en trestruktur som gir tilgang til alle funksjoner i systemet som saksbehandlerne har tilgang til. Brukerlista gir oversikt over registrerte brukere og deres aktiviteter, herunder søknader, journalnotater, gjeldssaker, postjournal, vedtak, regnskapskort og ulike engasjement knyttet til brukeren. Økonomirutiner gir oversikt over ulike merkantile rutiner knyttet til utbetaling av stønad til brukerne, mens saksbehandling viser registreringsbildet for en rekke generelle saksbehandlingsfunksjoner. Disse funksjonene inkluderer tilgang til samtlige journalnotat, oversikt over alle oppdragstakere og mulighet for å søke på vedtak på tvers av brukere. Rapporter gir tilgang til aktuelle rapporter i brukermodulen, samt kjøring av SSB-statistikk.

Ved registrering av ny bruker og/eller ny søknad må saksbehandler innhente en rekke opplysninger om vedkommende, herunder personalia, familieforhold, arbeidssituasjon, bruker-kategori (Gjeldsrådgivning eller sosialhjelp), boligopplysninger, formue, gjeld, inntekt og utgift. Med utgangspunkt i sammenfatning av opplysningene kan saksbehandler under fanen ”vedtak” ta stilling til om sosialhjelp bør innvilges, utføre normberegning og eventuelt lage utbetalingsplaner. Under denne fanen vil saksbehandler også registrere varighet på vedtaket, krysse av hvis det i forbindelse med saken er gitt økonomisk rådgivning (rapporteres i KOSTRA) eller gjennomført en arbeidsevnevurdering. Den som er autorisert for det, vil ha tilgang til bildet ”godkjenning” som gir oversikt over alle vedtak, utbetalingsplaner og engasjementsavtaler som ligger klar til godkjenning.

Socio

Fagsystemet Socio retter seg mot både fagpersonalet og merkantilt ansatte i den kommunale sosialtjenesten. Sentrale funksjoner i systemet er blant annet saksbehandling, journal/postjournal, økonomiske beregninger, eksport av data til NAV personkort, timebok og tiltaksplan/individuell plan og kontrollrutiner for produksjon av KOSTRA-statistikker. Søknader og saker blir styrt

gjennom en formell behandlingsprosedyre, og alle vedtak kan fortløpende følges opp gjennom iverksatte handlingsplaner. På individnivå inneholder systemet opplysninger om person, familieforhold (barn med mer), økonomi og inn- og utbetalinger. Det er også et eget register for rus hvor det ligger inne type rusmisbruk. Ut over dette er det opplysninger om utbetalt sosialhjelp og annen hjelp som støttekontakt og kvalifiseringsprogram.

Andre systemer

I tillegg til de to omtalte systemene over, utvikles det egne fagsystemer i Oslo og Trondheim. Disse systemene er ikke vurdert.

4.1.4. Barnevern

Visma Familia

Visma Familia er trolig det mest utbredte fagsystemet i kommunenes barnevernstjeneste. Familia er delt i to moduler, klientmodulen og modul for systemadministrasjon. Mens klientmodulen vil være tilgjengelig for alle saksbehandlere, vil modul for systemadministrasjon kun være tilgjengelig for systemansvarlige.

Slik informasjonen i klientmodulen presenteres, følger denne i stor grad prosessen i en barnevernssak. For hvert barn i klientlisten kan saksbehandlere registrere detaljerte opplysninger om mottatte meldinger, undersøkelser, eventuelle vedtak, tiltak og tiltaksplaner.

Informasjonen registreres både i ”lukkede” spørsmål (for eksempel påbegynt dato og dato for konklusjon) og i åpne kommentarfelter. I tillegg kan brukeren skrive løpende journalnotater av ulike typer og laste opp tekstdokumenter knyttet til f.eks. en påbegynt undersøkelse.

Enkelte av spørsmålene innenfor hver kategori er merket som SSB-spørsmål. Disse legger grunnlaget for kommunenes årsrapportering til KOSTRA, og inkluderer blant annet type melder, konklusjon for undersøkelse, begrunnelse for vedtak, tiltakstype og hovedgrunn for avslutning av tiltak.

Nøkkeltallene, som gir en oversikt over status for kommunen med hensyn til blant annet antall saker under arbeid og antall barn i tiltak, samsvarer i stor grad med indikatorene som kommunene rapporterer til Fylkesmannen på halvårlig basis:

- Antall barn med tiltaksplan
- Antall barn uten tiltaksplan
- Antall barn 18-23 år med tiltaksplan
- Antall barn med omsorgsplan
- Antall barn uten omsorgsplan
- Antall barn med tilsynsfører
- Antall barn uten tilsynsfører
- Antall barn blant tilsynsbarna som ligger an til å få oppfylt krav om antall tilsynsbesøk
- Antall barn blant tilsynsbarna som ikke ligger an til å få oppfylt sitt krav om antall tilsynsbesøk
- Antall barn blant oppfølgingsbarna som ligger an til å få oppfylt krav om antall oppfølgingsbesøk
- Antall barn blant oppfølgingsbarna som ikke ligger an til å få oppfylt sitt krav om antall oppfølgingsbesøk

Øvrig informasjon som registreres i systemet er for eksempel utbetalingsplaner, registrering av budsjettall, bestilling av overføring regnskap, informasjon om andre prosjekter/aktiviteter og informasjon om tjenestenes kontakter/forbindelser.

Acos Barnevern

Acos Barnevern er et system for elektronisk behandling av saker innen barnevern. Systemet er modulbasert, noe som innebærer at den enkelte kommune kan velge kun å forholde seg til basisfunksjonalitet eller bygge ut løsningen etter behov. Funksjonene i hovedmodulen inkluderer registrering av personer, registrering og oppfølging av meldinger, saksbehandling/vedtak, disposisjonsregnskap, journalføring, tiltaksplan, kartlegging, statistikk og rapporter. Systemet har også integrasjon mot ulike lønns- og personalsystem.

Personbildet brukes til å registrere nye klienter og senere lese og behandle opplysninger om disse. Dette skjermbildet er delt i to, slik at den øverste delen viser opplysninger om klienten sin identitet, mens den nederste delen har ulike skilleark. Disse er oversikt, personalia, meldinger, brev, journal, vedtak, planer, regnskap og kartlegging. Under "personalia" blir alle klienter registrert med bl.a. et automatisk tildelt ID-nummer, fødselsnummer, navn, kjønn, alder, hjemkommune og ansvarlig saksbehandler. Videre registreres aktuelle familiemedlemmer, eventuelle instanser med relasjon til klienten og hvorvidt klienten har tiltaksplan. Skillearket for meldinger og undersøkelser gir en oversikt over alle meldinger på den enkelte klienten med status og oversikt over viktige datoer. På skillearket "journal" finner man en oversikt over klientens journalnotater. Notatene kan merkes med oppfølging, ansvarlig for oppfølging, frist og en avkryssingsboks hvor det kan hakes av når noe er utført. Journalen kan fungere som en klientplan der planlagte aktiviteter kan settes opp. I vedtaksbildet registreres alle opplysninger som er nødvendige for å behandle en melding og fatte et vedtak. Her registreres også hvert enkelt tiltak som et vedtak består av.

I rapportbildet finnes det en rekke ferdige rapporter som saksbehandlerne kan søke frem og skrive ut. Eksempler på rapporter som du finnes her er Statusrapporten, Statistikk til SSB, Kvartalsrapporter, Vedtak under behandling osv. Statusrapporten viser en oversikt over hvilke utbetalinger som er forfalt, tiltak klar for godkjenning, tiltak som snart utgår, tiltak og journalposter som følges opp. Disse rapportene tar med alle klienter uavhengig av hvilken saksbehandler som er tildelt den enkelte klient. Eget bilde henter data fra hele fagsystemet og danner halvårsrapporten som skal sendes inn til Fylkesmannen.

4.1.5. Barnehage og skolefritidsordning

IST Barnehage/SFO

Fagsystemet fungerer som et administrasjonsverktøy for kommunens barnehager/SFO og er trolig det mest utbredte fagsystemet. I hovedsak er systemet et verktøy for å håndtere søknadsprosessen. Systemet er selvbetjent på den måten at de foresatte selv kan opprette brukerkonto, endre personopplysninger, sende søknad elektronisk, svare på tilbud om tildelt plass og sende inn barnets timeplan. Enhetsleder eller systemadministrator har blant annet mulighet til å godkjenne

søknader, opprette tilbud, skrive ut tilbudsbrev, sende e-post til foresatte og administrere plassering av barn. Systemet kan generere en rekke rapporter, for eksempel antall søkere fordelt på fødselsår, beleggsoversikt for kommunens barnehager og lister over antall minoritetsspråklige barn.

Oversikten nedenfor viser i korte trekk hva slags informasjon som inngår i dette fagsystemet.

Generelt

Kontaktdatabase, systeminnstillinger (systemet leveres med standard innstillinger). Kommunen må endre disse for å tilpasse kommunens saksbehandling).

Søknader

Nye søknader om brukernavn (foresatte) markeres og godkjennes/avslås.

De foresatte selv kan registrere endringer i familiens opplysninger.

Administrering av søknader (godkjenning).

Venteliste

Ventelisten viser alle søknader om plass i barnehage/SFO.

Endre søknad om barnehageplass: Systemadministrator og enhetsadministrator kan ved behov endre søknader som er på venteliste.

Fremtidige ventelisteposter: Søknader som ikke er godkjent.

Tilbud

Opprette tilbud, skrive ut tilbudsbrev, registrere svar på tilbud, annullere tilbud, registrere plassering, søke om å endre plass/oppsigelse.

Annet

Søknadsskjema

Rapporter, for eksempel aldersfordelte søknader, beleggsoversikt timeplan, kontaktopplysninger, minoritetsspråklige barn, søkerliste.

Tilleggsopplysninger om barnet, for eksempel kontaktpersoner i tillegg til foresatte, tillatelse til å være med i bil/buss på turer osv.

IST Barnehage/SFO er altså først og fremst et hjelpemiddel for å effektivisere søknadsprosessen og kommunikasjonen med foresatte. Det gir lite informasjon om ”det daglige livet” i barnehagen og således kvaliteten på tjenestene som tilbys barna.

4.2. Avvikssystem

Fra og med januar 1994 ble helsetjenesten (i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten) pålagt å etablere system for internkontroll. Internkontrollen skal sikre at virksomhet og tjenester er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, og bidra til å forebygge svikt og uheldige hendelser. Kontrollen kan knyttes til det fysiske miljø, til tjenestetilbudet til brukere og til forholdene for de ansatte. Plikten til å etablere internkontroll er senere utvidet til også å omfatte deler av sosialtjenesten. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten trådte i kraft 1. januar 2003.

Avviksrapportering og -behandling utgjør den største delen av internkontrollsystemet. Dette innebærer at brudd på lov og forskrift, og helst også egne prosedyrer og instruksjoner, meldes av medarbeidere. Ansvarlig leder har ansvar for å kartlegge årsaken til avviket og vurdere om det er nødvendig å iverksette korrigerende tiltak.

Det er trolig store variasjoner mellom kommunene, og også mellom ulike kommunale sektorer, når det gjelder prosedyrer for hvordan avvik blir rapportert og fulgt opp. I 2008 foretok AGENDA en spørreundersøkelse i 43 kommuner vedrørende deres rutiner for internkontroll. Funnene viste at de fleste av disse kommunene har egne systemer for håndtering av avvik innen pleie og omsorg og helse, miljø og sikkerhet (HMS), og at flere kommuner var i en implementeringsfase av et felles avvikssystem for hele kommunen. De fleste kommunene oppga at de hadde papirbaserte systemer, og et fåtall av kommunene hadde helelektroniske systemer (i dag er det sannsynligvis langt flere kommuner som har hel-elektroniske systemer). De elektroniske systemene er ofte helhetlige styrings- og rapporteringssystemer, som gjerne kombinerer avviksbehandling med balansert målstyring og dokumenthåndtering. Systemene kan være kommersielle løsninger eller være utviklet internt i kommunen. De private løsningene kan være rettet mot både kommunal og privat sektor, mens andre kun henvender seg mot kommunene.

4.2.1. KF Avviksbehandling

KF Avviksbehandling er et elektronisk system med formål om å effektivisere og automatisere flyten av avviksskjema i kommuner og fylkeskommuner. Løsningen ble lansert rett før sommeren 2011, og ifølge produksjef jobbes det fortsatt kontinuerlig med å utvikle innholdet i de elektroniske skjemaene som sendes til kommunene.

Systemet inneholder funksjoner som elektronisk innmelding av avvik, automatisk tilordning av avvik til ansvarlig leder eller medarbeider samt behandling og lukking av avvik. For innmelding av avvik finnes det standardskjema knyttet til en rekke tjenestoområder, blant annet hjemmetjeneste, sykehjem, SFO, barnehage, barnevern, sosialtjeneste og helsestasjon/jordmor. Man kan også melde avvik i forhold til anskaffelser, arkivhåndboken, HMS for ansatte, informasjonssikkerhet, lønn, personal og økonomi.

Innmeldingen av avvik skjer i flere trinn. Først må innmelder angi grunnleggende informasjon om avviket, blant annet dato og tjenestested. Deretter registreres type avvik. Avvikstypene kan tilpasses hver kommune, men i standardskjemaene for helsetjenesten og pleie og omsorg listes følgende alternativer:

1) Tjenestekvalitet

- a. Mangelfull informasjon/kommunikasjon
- b. Mangelfull dokumentasjon
- c. Prosedyre ikke fulgt
- d. Manglende kompetanse på vekten
- e. Vedtak/tjenester ikke gitt
- f. Vedtak/tjenester ikke gitt til rett tid
- g. Deler av vedtak/tjenester ikke gjennomført
- h. Annet

2) Legemiddelhåndtering

- a. Legemiddelprosedyre ikke fulgt
- b. Medisin gitt av ansatt uten fullmakt
- c. Medisin ikke gitt/ikke gitt til rett tid
- d. Gitt feil dose – for mye/for lite

- e. Feil i dosett
- f. Feil i legemiddeloversikt

Innmelderen angir så alvorlighetsgraden på avviket med kriteriene liten, middels og stor alvorlighetsgrad. Til slutt valideres skjemaet og oversendes ansvarlig leder. Ved behandling av avviket vil lederen angi aktuelt tiltak og dato for iverksettelse av tiltaket. I sin ”innboks” vil lederen kunne få oversikt over uhåndterte avvik, håndterte avvik, utildelte avvik og forfalte avvik. Kommunens administrator gis også tilgang til statistikk, for eksempel hvor lang tid avviskommentering og løsning/lukking tar per bruker. Videre kan kommunens kvalitetsansvarlig lage rapporter i avviksløsningen på avdelingsnivå, sektornivå og enhetsnivå – samt på hver indikator. På denne måten kan man sammenligne statistikk fra en måned til en annen eller pr kvartal eller år.

4.2.2. Digital Kvalitet – RiskManager

Kvalitetssystemet RiskManager benyttes i dag av i overkant av 40 norske kommuner. Systemet består av fire hovedmoduler som kan installeres som et komplett system, eller som enkeltmoduler. Disse er moduler for dokumentstyring, informasjonssikkerhet, avvikshåndtering og risikovurdering.

Digital Kvalitet er et avvikssystem som ivaretar kravene til registrering, oppfølging og rapportering av avvik for alle kvalitetsområder. Alle medarbeidere som er registrert i systemet kan melde om avvik og uønskede hendelser, og det er også mulig å tillate anonym avviksregistrering for utvalgte områder. Ved registrering av avvik må melder først foreta en vurdering av hvilket avviksområde hendelsen gjelder, deretter må minimum dato, enhet og beskrivelse av hendelsen fylles ut. Melder kan også angi avviskategori, for eksempel ulike typer HMS avvik som ulykke, vold, mobbing etc. Det er også mulig å legge ved bilder og dokumenter til avvismeldingen, samt å legge til referanser til retningslinjer, styrende dokumenter, ev. lover og forskrifter. Den som er ansvarlig for å behandle avvik får melding via e-post når et nytt avvik er meldt, og melder får automatisk tilbakemelding når behandlingen av avviket starter. Behandleren kan avvise eller godkjenne meldingen, og må deretter vurdere type avvik (systemfeil, menneskelig feilhandling eller teknisk svikt), konsekvens (Mindre alvorlig, alvorlig eller svært

alvorlig/kritisk), faktisk utfall (Uvesentlig, Mindre, Vesentlig, Større eller Katastrofal), frister og kostnader knyttet til konsekvensen av avviket.

Etter at Konsekvensanalysen er ferdig, kartlegges hva som var årsakene til avviket. Her er det lagt inn et forslag til ”kodeverk” for ulike årsaker, for eksempel ” manglende opplæring”, ”mangel på vedlikehold” eller ”stort arbeidspress”. Årsakskartleggingen danner utgangspunkt for iverksetting av ulike tiltak som kan delegeres til alle i organisasjonen. Alle medarbeidere som får tildelt tiltak i avviksbehandlingen får varsel via e-post. Systemet gir muligheter for å hente ut en rekke ulike oversiktsrapporter, mer detaljerte rapporter og grafiske rapporter. Disse kan for eksempel vise antall avvik fordelt på ulike avdelinger/enheter, antall avvik gruppert etter avvikstype og konsekvens, eller kostnader sortert pr avviksområde.

4.3. Kort sammendrag

Informasjonsomfanget med hensyn til objektiv produkt- og resultatkvalitet i dagens fagsystemer varierer relativt mye mellom de ulike tjenestesektorene. Generelt kan man konkludere med at avvikssystemene kan bidra med indikatorer, mens mulighetene i fagsystemene i dag ofte er mer begrenset.

I *pleie- og omsorgssektoren* er det primært i avvikssystemene hvor det i dag er felt eller mulighet for å registrere datastrøm (input) og få generert aktuelle rapporter (output) for disse. For indikatorer som omhandler mottak og tilgjengelighet finnes det noe datastrøm i fagsystemene, men her er mulighetene for output relativt dårlig. Når det gjelder indikatorer for egenskaper ved tjenesten, finnes i dag verken datastrøm eller muligheter for rapporter.

I fagsystemene som betjener *helsestasjon og skolehelsetjenesten* gis det et godt utgangspunkt for rapportering av en rekke indikatorer. Kun i enkelte tilfeller vil det kreve bearbeidelse av mulighetene for datastrøm. Samtidig er det i flere tilfeller problematisk å få generert ønskede rapporter. Avvikssystemene vil som i andre sektorer kunne bidra med både datastrøm og rapporter.

Fagsystemene som benyttes i *sosialtjenesten* bidrar i dag med både datastrøm og muligheter for rapportering av resultatoppnåelse. Vedrørende aktivitet og utstrømning finnes det rådata, men her foreligger det ikke ferdige rapportmaler. For flerdimensjonale mål (økonomisk og sosial trygghet, boforhold, arbeidstilknytning og sosial inkludering/deltakelse) finnes det ikke datastrøm, og følgelig heller ingen mulighet for rapporter.

For *barnevern* bidrar i dag fagsystemene med datastrøm og mulighet for rapporter vedrørende saksbehandling i form av hva som rapporteres til BLD. For gjennomstrømning av barn finnes det noe datastrøm, men ingen mulighet for direkte rapportering. I barnevern er det også naturlig at man ser på tiltaks måloppnåelse. Dette registreres ikke i dagens fagsystem.

For *barnehage* bidrar dagens fagsystemer med detaljert datastrøm og muligheter for rapportering av indikatorer som omhandler søknad om plass og dekning. Det foreligger derimot ingen behandling av barns læringsutbytte eller ulike egenskaper ved tjenesten i fagsystemene. Som i andre sektorer bidrar potensielt avvikssystem med både datastrøm og mulighet for rapporter.

For *skolefritidsordningen* er fagsystemene som benyttes, i likhet med barnehagesektoren, først og fremst et verktøy for å håndtere søknadsprosessen. En del indikatorer blir allerede rapportert via GSI-systemet og bidrar blant annet med informasjon om åpningstid og leksehjelp. Også for skolefritidsordningen vil avvikssystem kunne bidra med datastrøm og rapporter. For øvrig er det svært lite som rapporteres innen sektoren.

Vi henviser videre til kapittel 6 og Appendiks 1 for en mer detaljert gjennomgang av fag- og avvikssystemene sett opp mot de aktuelle indikatorer som foreslås.

5. Indikatorer på kvalitet

KS selv har jobbet med måling av kvalitet i kommunal tjenesteproduksjon over lengre tid og har bistått med forslag til mulige indikatorer innenfor alle aktuelle sektorer. Disse forslagene har enkeltpersoner i KS opprinnelig utarbeidet på oppdrag av Kommuneforlaget og er ikke formelle forslag fra KS, men innspill til prosjektet og dialogen med tjenestene. Utover i rapporten kalles likevel disse innspillene for forslag fra KS. I dette kapittelet foretas det en sammenstilling og en mer detaljert diskusjon av disse forslagene. I tillegg presenteres andre potensielle indikatorer som vårt arbeid har ført frem til. Forslag som diskuteres i følgende kapittel baseres i hovedsak på allerede utarbeidede retningslinjer og dels på mulighetene som finnes i eksisterende rapporteringer.

Flere av indikatorene som foreslås vil delvis måle det vi har omtalt som prosesskvalitet. Samtidig berører de nevnte forslagene noen sentrale problemstillinger i forhold til måling av kvalitet. Følgende fem problemstillinger kan nevnes:

1. Problemer med å måle enkelte indikatorer (spesielt de som baserer seg på såkalte oppsatte eller subjektivt definerte mål)
2. Eksogene forhold som påvirker målet (f.eks. geografiske avstander og adferden til andre tjenester, f.eks. sykehus, meldingsinstanser til barnevernet)
3. Målefeil
4. Faren for at målene skaper utilsiktede/uheldige vridninger i produksjon eller uheldig tjenesteproduksjon
5. Indikatorer som kun måler toppen av isfjellet: F.eks. klager til fylkesmannen

1) Problemer med å måle enkelte indikatorer som baserer seg på subjektivt definerte mål, f.eks. "andel barn/familier som når oppsatte/avklarte tiltaksmål. Hovedproblemet er at ambisjonene fort kan bli redusert for å oppnå bedre måloppnåelse. Likevel er innfallsvinkelen interessant fordi indikatoren teoretisk sett er treffsikker og retter seg direkte mot produksjon/utfall. Det kunne kanskje fungert dersom både tjenesteyter og tjenestemottaker var med på å definere mål og resultatoppnåelse. Men i bunn og grunn er dette ofte subjektive mål.

2) Eksogene forhold som påvirker målet. Flere av indikatorene som foreslås påvirkes åpenbart av eksogene forhold og ikke bare av hvordan tjenesten utføres. Det er f.eks. geografisk avstand ved måling av effektiv tjenestetid i hjemmetjenesten. Et annet eksempel er andel barn i førsteklasse med tilstrekkelig språkferdigheter, noe som åpenbart påvirkes av innvandrerbefolkningen. Et tredje eksempel er avvik i medisinhåndtering. Kilden til dette problemet ligger som regel i koordineringen mellom sykehus, sykehjem og fastlege/tilsynslege, altså ikke bare den kommunale tjenesten. Et fjerde eksempel er flere av indikatorene i barnevernet som er avhengig av hvor aktive andre tjenester (både kommunale og statlige) er til å melde saker til barnevernet. Dette er altså typiske indikatorer som tilsier at det er en del andre forhold som bør kontrolleres for, dvs. indikatorer som forutsetter at man kjører rådata gjennom en kontrollmodell. Teknisk sett er ikke dette umulig, men er litt usikker på om det er gjennomførbart i alle tilfeller.

3) Mål som påvirkes av hvordan kommunen organiserer tjenestene. Dette vil berøre indikatorer hvor bemanning inngår som nevner, og der kommunen opererer med fleksibel bemanning mellom tjenester. Optimal utnyttelse av bemanning er økonomisk fornuftig, men kan samtidig slå uheldig ut på målene. Det generelle problemet er altså nevnerer som strekker seg ut over den tjenesten man ønsker å måle kvaliteten ved. For eksempel innen pleie og omsorg utnyttes gjerne bemanningen fleksibelt mellom ulike tjenester, noe som da gjør nevneren litt "flyktig".

4) Faren for at målene skaper utilsiktede/uheldige vridninger i tjenesteproduksjon eller andre uheldige effekter. F.eks. vil en indikator som måler fravær av vold på sykehjem, lett kunne føre til økt medisinbruk som et virkemiddel for å motvirke volden. Dette er med andre ord en type indikatorer som forutsetter litt "systemtenkning". Det betyr at dersom man måler en aktivitet som kan ha utilsiktede effekter, er det også nødvendig å finne mål på de utilsiktede effektene.

5) Indikatorer som kun måler toppen av isfjellet: F.eks. klager til fylkesmannen. Det er ikke noe galt med disse indikatorene, men de bør brukes sammen med andre kvalitetsindikatorer for å gi et helhetlig bilde.

I dette kapitlet kan det være hensiktsmessig å skille mellom de to begrepene vedlikeholdsomsorg og behandlingsomsorg (Martinsen 2003). Dette fordi de to omsorgstypene har ulike formål, og tjenestekvaliteten må således betraktes i lys av dette. I korte trekk kan vi si at vedlikeholdsomsorg innebærer at omsorgsarbeidets formål er å opprettholde en bestemt livstilstand. Målet er

ikke at mottakeren av tjenesten skal bli funksjonsfrisk, men heller opprettholde eller kompensere for gitte funksjonssvakheter. Kvaliteten på tilbudet vil dermed defineres av hvor godt tjenesten kompenserer for funksjonssvikten slik at den aktuelle bruker kan leve så normalt som mulig. Et tilsvarende begrep som benyttes i barnevernet er behovsomsorg. Dette er omsorg som har til formål å dekke barns mest grunnleggende behov som mat, søvn, bolig osv.

Motsatsen vil være omsorg som har til formål å skape en endring, dvs. at omsorgen har et formål der mottakeren skal gjennom en prosess fra en tilstand til en annen. Innen helsesektoren benyttes gjerne behandlingsomsorg. Tilsvarende begreper i barnevernet vil være utviklingsomsorg eller oppdragelsesomsorg (Nygren 1999). Utviklingsomsorg innebærer at barn skal tilegne seg kompetanse i forhold til alder og utviklingsnivå. Oppdragelsesomsorg innebærer på sin side regulering av barn og unges adferd med tanke på å skape adferdsendringer.

For enkelthetsskyld og med tanke på å unngå sektorspesifikke begreper, vil vi her benytte begrepene tilstandsomsorg og endringsomsorg. Det viktigste i denne sammenheng er at skillet mellom de to omsorgstypene har implikasjoner for forståelsen av kvalitet i tjenestene. Mens kvalitet innenfor endringsomsorgen vil være knyttet til resultatet av endringsprosessen, vil kvalitet innenfor tilstandsomsorgen innebære det å ivareta en gitt livssituasjon. I det første tilfellet vil kvaliteten bestemmes av graden av måloppnåelse. Med andre ord tar vi for gitt at kvaliteten er god dersom målene med prosessen oppnås. Strengt tatt kan vi si at alle kvalitative aspekter ved tjenesteprosessen aggregeres inn i grad av måloppnåelse. I dette tilfellet kan vi derfor snakke om resultat kvalitet i ordets rette forstand. I det andre tilfellet, måles kvaliteten i form av hvor godt tjenestene ivaretar de behov tjenestemottakeren har for å opprettholde en tilnærmelsesvis normal livssituasjon. I dette tilfellet vil vi måtte nøye oss med å måle produktkvaliteten. Samtidig, i den grad vi evner å måle alle relevante sider ved tjenestene, vil et samlet sett av produktmål kunne representere et substitutt for resultat kvalitet.

I praksis kan vi ikke trekke noe entydig skille mellom tilstandsomsorg og endringsomsorg. De fleste tjenester vil ha aspekter ved begge formene. For eksempel vil vi innen barnevernet både ha behovsomsorg, utviklingsomsorg og oppdragelsesomsorg. I pleie- og omsorgssektoren vil mye av eldreomsorgen dreie seg om vedlikehold, men samtidig vil det også her være behandling i form av intravenøsbehandling, rehabilitering osv. Vi vil likevel argumentere for at de ulike tjenestene

vil bære preg av enten endringsomsorg eller tilstandsomsg, noe som også legger føringer på forslagene til kvalitetsindikatorer.

5.1. Pleie og omsorgstjenestene

Vi har i denne delen avgrenset pleie- og omsorgstjenesten til å gjelde: Hjemmetjenesten, institusjonstjenesten (herunder heldøgnsbemannede omsorgsboliger), tjenester for funksjonshemmede og psykisk helsearbeid.

Disse tjenestene reguleres av helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven er formålet med tjenestene å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestrings av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Videre er formålet å fremme sosial trygghet, gi muligheter til at den enkelte får leve og bo selvstendig, sikre den enkeltes integritet osv.

Som vist i kapittel 3 er det også utarbeidet kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Disse relaterer seg først og fremst til egenskaper ved tjenesten og dermed produktkvalitet (trygge og sikre tjenester, samordnede tjenester, medvirkning og tilgjengelighet). Det innebærer at kvalitet innenfor disse tjenestene i stor grad er knyttet til selve produktet, ikke til en behandlingsprosess med et bestemt resultat. Med andre ord bærer tjenestene preg av å være det vi har kalt tilstandsomsg, noe som henleder oppmerksomheten mer mot produktkvalitet enn resultat-kvalitet. Innenfor pleie- og omsorgssektoren vil det imidlertid være enkelttjenester som innebærer prosesser der formålet er å oppnå et bestemt resultat. Dette gjelder bl.a. enklere medisinsk behandling og rehabilitering. I og med at dette per i dag utgjør en relativt beskjeden del av denne tjenesten har vi her konsentrert oss om de delene hvor det er mer relevant å operere med produktkvalitet.

I tillegg til skillet mellom tjenester som preges av behandlingsomsorg og tilstandsomsg, kan det innenfor de tjenestene som omhandles i dette avsnittet, også være hensiktsmessig å skille mellom måleindikatorer på individ og tjenestenivå. Når vi måler kvalitet på individnivå, antar vi implisitt at kvalitet innebærer det å faktisk motta en bestemt bistand, hjelp eller støtte. Et problem med slike mål vil imidlertid være at ikke alle brukere vil ha behov for den aktuelle bistand, hjelp eller

støtte. For eksempel vil det å ha et frisørtilbud på et sykehjem kunne betraktes som et kvalitativt gode, men ikke for alle beboere. Et mål på faktisk bruk av frisørtilbudet blir derfor misvisende. I mange sammenhenger kan det derfor være hensiktsmessig å måle kvalitet på tjenestenivå, dvs. i form av om bistand, hjelp eller støtte er *tilgjengelig* for tjenestemottakerne.

Tabell 5.1: Sammenheng mellom perspektiver på psykisk helsearbeid og datagrunnlag

	Behandlingsomsorg (behandlingsprosess)	Tilstandsomsorg (sikre en god tilværelse)
Individdata	Data om endring for enkeltbrukere	Data om faktisk anvendt tjenestetilbud
Tjenestedata	Tilbud om evidensbaserte tiltak/behandlingsopplegg	Data om egenskaper ved tilbudet

Skillet mellom behandlingsomsorg og tilstandsomsorg på den ene siden, og individdata og tjenestedata på den andre, henger sammen i den forstand at dersom vi snakker om behandlingsprosesser, vil dette legge visse føringer i forhold til bruk av data på individnivå. Med andre ord er det vanskelig å måle kvaliteten i en behandlingsprosess med data på tjenestenivå. Et unntak kan likevel være tilbud om såkalte evidensbaserte tiltak eller behandlingsopplegg, dvs. metodikk som har vitenskapelig dokumentert virkning. For personer med psykiske lidelser vil dette for eksempel kunne være det arbeidsrettede tiltaket IPS (Individual Placement and Support).¹ Tjenester som dreier seg om å yte tilstandsomsorg, vil også kunne måles både på individnivå og tjenestenivå. Som nevnt over, vil data på individnivå være hensiktsmessig i de tilfeller tilbudet gjelder for alle brukere, mens data på tjenestenivå er mer hensiktsmessig der tilbudet kun har relevans for en del brukergrupper.

I tillegg til å søke etter hva kvalitet er i ulike typer dokumenter, har vi også bedt informanter fra tjenestene om å definere hva som er god og dårlig tjenestekvalitet. Foruten de forholdene som er nevnt over, vises det til at kvalitet dreier seg om at tjenestene skal være av en slik art at brukerne i størst mulig grad kan opprettholde det livet de hadde før de fikk behov for tjenester. Mer konkret dreier dette seg om å tilfredsstille både fysiologiske behov (mat og husrom), trygghetsbehov

¹ Eksempler på slike metoder fra barnevernet er MST og PMTO.

(opplevelse av sikkerhet) og sosiale behov. Ifølge en informant, er de to første behovene som regel tilfredsstilt, men ikke det siste. Bl.a. pekes det på at passivitet blant beboere på et sykehjem ofte er et resultat av manglende stimuli (sosiale behov), ikke nødvendigvis et resultat av alderdom eller beboernes egen vilje.

Vi har delt dette avsnittet inn i tre deler. Den første delen tar utgangspunkt i de tre tradisjonelle tjenestenivåene i pleie- og omsorgssektoren, nemlig hjemmetjenestene, omsorgsboliger med heldøgnsbemanning og institusjonstjenesten (sykehjem). Dette er tjenester som ikke er forbeholdt særskilte grupper, men vil i praksis i stor grad rette seg mot eldre brukere. Spesielt vil institusjonsbeboere i stor grad være eldre med sviktende helse eller funksjonsnedsettelse. Brukere av hjemmetjenesten og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning vil derimot omfavne en større brukergruppe, herunder også yngre personer med fysisk funksjonsnedsettelse. I tillegg til de tre tjenestenivåene har vi behandlet psykiske helsearbeid og tjenester for psykisk funksjonshemmede i egne avsnitt.

I oppsummeringstabellene i dette kapittelet (kapittel 5) er det indikert datakilde for indikatorene. Datakilde er ofte definert som fagsystem, eventuelt egen kartlegging. Disse angivelsene er i første rekke en anbefaling/indikasjon på hvilken type system som anbefales for datastrøm, og ikke nødvendigvis om det foreligger datastrøm i disse systemene. Det henvises til Appendiks 1 for en detaljert gjennomgang om det foreligger datastrøm i dagens systemer.

5.1.1. Hjemmetjeneste, omsorgsboliger og sykehjem

Som nevnt innledningsvis har vi i denne delen tatt for oss de tre tjenestenivåene innen pleie- og omsorgssektoren. Videre baserer avsnittet seg på tre kilder. Den første er kvalitetsindikatorene som inngår i SSBs statistikkbank. Den andre er forslag utarbeidet av KS. Disse forslagene er gruppert i tre typer indikatorer: mottak eller tildeling av tjenester, avviksindikatorer og andre indikatorer. Den tredje kilden er svenske indikatorer fra Kommun- og landstingsdatabasen (Kolada)² og indikatorer utarbeidet innenfor prosjektet «Öppna jämförelser».

² Kommun- og landstingsdatabasen eies av den ideelle foreningen Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). Foreningens medlemmer er den svenske staten og svenske kommuner og landsting.

Indikatorer benyttet av SSB

I denne delen har vi tatt for oss de kvalitetsindikatorene som er lagt inn i SSBs statistikkbank. I all hovedsak dreier dette seg om indikatorer som sier noe om struktur og produktkvalitet.

Tabell 5.2: Indikatorer i pleie- og omsorgssektoren utarbeidet av SSB

1	Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Struktur
2	Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Struktur
3	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	Struktur
4	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra videregående skole	Struktur
5	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/universitet	Struktur
6	Andel legemeldt sykefravær av totale kom. årsverk i brukerrettede tjenester	Struktur
7	System for brukerundersøkelser i institusjon	Prosess
8	System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten	Prosess
9	Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	Produkt
10	Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc	Produkt

Tabellen viser at SSB-indikatorene i all hovedsak måler strukturkvalitet, dvs. kvaliteter knyttet til ressursinnsatsen. Dette gjelder ressursinnsatsen i forhold til lege, fysioterapeut og fagutdannede. I tabellen inngår også de to indikatorer for produktkvalitet, dvs. indikatorer som sier noe om egenskapen ved selve tjenesten (andel plasser i enerom og andel plasser med eget bad/wc). Begge disse er imidlertid avgrenset til kun fysiske forhold ved sykehjem og måler derfor bare en liten del av kvaliteten ved tjenesten. Vi finner også to indikatorer som sier noe om prosesskvalitet. Dette gjelder anvendelse av brukerundersøkelser i hhv institusjonstjenesten og hjemmetjenesten. Det er ingen av SSBs indikatorer som kan betraktes som mål på resultat-kvalitet.

Indikatorer foreslått i prosjektet av KS

I denne delen har vi presentert og diskutert forslag til indikatorer som er utarbeidet av KS. De foreslåtte indikatorene kan deles i tre hovedgrupper. Den ene gruppen indikatorer dreier seg om

prosessen rundt *mottak eller tildeling av tjenester*, dvs. hvorvidt tjenesten i sin helhet kommer, om den kommer til avtalt tid og generelt ventetid på tjenesten. Den andre hovedgruppen indikatorer er de som sier noe om *negative avvik* fra en tenkt normaltilstand. Dette gjelder feil legemiddelhåndtering, innleggelse pga. ernæring/spisevegring, fall med skade og utagering. Den tredje gruppen har vi kalt *andre indikatorer* og omfatter ulike indikatorer som tidsbruk i aktiv tjeneste, bruk av IPLOS og omfanget av pårørendesamtaler.

Tabell 5.3: Indikatorer i pleie- og omsorgssektoren utarbeidet av KS

	Tjenester i hjem	Omsorgsb. m/heldøgn	Sykehjem
<i>Mottak av eller tildeling av tjenester:</i>			
Saksbehandlingstid (på vedtak)	x	x	x
Iverksettingstid (fra vedtak til tjeneste er mottatt)	x	x	x
Andel avlyste/forskjøvede besøk av hjemmesykepleie/praktisk bistand	x		
<i>Avviksindikatorer:</i>			
Avvik legemiddelhåndtering	x	x	x
Innleggelse pga ernæring/spisevegring	x	x	x
Antall fall med alvorlig skade			x
Antall tilfeller av utagering/vold fra beboere			x
Andel omgjorte klager på vedtak av fylkesmannen	x	x	x
<i>Andre indikatorer:</i>			
Brukerrettet tid av hjemmesykepl./praktisk bistand	x		
Andel brukere i fagsystemet med komplett IPLOS		x	x
Andel pårørende med årlig samtale			x

Mottak av eller tildeling av tjenester

Saksbehandlingstid, iverksettingstid og avlyste/forskjøvede besøk er alle indikatorer som sier noe om egenskapen ved selve tjenesten. Disse kan dermed betraktes som mål på produktkvalitet.

Både saksbehandlingstid og forskyving av besøk fanger opp visse aspekter ved tjenestekvaliteten, men de sier lite om de tjenestene som faktisk mottas. For eksempel vil lang ventetid på vedtak rimeligvis bety at de som venter på tjenesten oppfatter tjenesten som dårlig, mens de som faktisk mottar tjenesten kan oppleve den som god. Tilsvarende vil for eksempel avlyste eller forskjøvet besøk, kunne representere et gode for andre, gitt at dette dreier seg om omprioritering i forhold til andre presserende oppgaver eller akutte hendelser.

Ifølge informanter fra tjenesten kan både saksbehandlingstid og iverksettingstid være egnede kvalitetsindikatorer, men ikke alene. På samme måte som antydning over, forklares dette med at en dårlig skåre på disse indikatorene kan henge sammen med prioritering av andre deler av tjenesten. Med andre ord kan det være slik at høy tjenestekvalitet på andre deler av tjenesten kan gå ut over saksbehandlingstid og iverksettingstid.

En av informantene peker også på at indikatoren forskjøvede besøk kan være for upresist eller vanskelig å måle. Dette har sammenheng med at man som regel fatter vedtak om besøk på morgenen, formiddagen, ettermiddagen og/eller kveld som ikke er nøyaktig tidfestet. Bakgrunnen for dette er ønske om å ha fleksibilitet i tjenestene og at det kan være vanskelig å beregne nøyaktig varighet på hvert besøk. Det vil derfor være vanskelig å definere hva en forsinkelse er. Tilsvarende vises det også til at man i den aktuelle kommunen sjeldent avlyser besøk.

Avviksindikatorer

Avviksindikatorene sier noe om avvik fra en gitt standard på tjenestene. Det er derfor rimelig å betrakte dette som produktkvalitet. Forslagene til KS omfatter avvik i forhold til legemiddel-håndtering (feilmedisinering), innleggelse på grunn av ernæring, fall med skade, utagerende vold og omgjorte klager fra fylkesmannen. De to første og den siste indikatoren vil kunne omfatte alle pleie og omsorgstjenester, mens de øvrige vil være mest aktuelle ved institusjonstilbudet. I tillegg har KS også foreslått å gradere avvik i forhold til alvorlighetsgrad på to av avvikstypene. En av kommuneinformantene peker også på at det er nødvendig med en nærmere konkretisering av hva legemiddelavvik er for å unngå at dette blir en uhåndterlig samlepott.

Tabell 5.4: Gradering av avvik i pleie og omsorgssektoren

	Legemiddelhåndtering	Utagerende vold
Kategori 1:	En feil som rammet brukeren, men som ikke forårsaket synlig skade	Utagering/vold/overgrep som rammet beboeren, men som ikke forårsaket synlig skade
Kategori 2:	En feil som rammet brukeren og krevde overvåking for å sikre at brukeren ikke ble påført skade	Utagering/vold/overgrep som rammet beboeren og krevde overvåking for å sikre at brukeren ikke ble påført skade
Kategori 3:	Forbigående skade som krevde behandling	Utagering/vold/overgrep som medførte forbigående skade som krevde behandling
Kategori 4:	Forbigående skade som førte til innleggelse på sykehjem/sykehus	Utagering/vold/overgrep som medførte forbigående skade som førte til innleggelse på sykehjem/sykehus
Kategori 5:	Langvarig skade/varig mèn, livreddende behandlingstiltak var nødvendig	Utagering/vold/overgrep som medførte langvarig skade/varig mèn, livreddende behandlingstiltak var nødvendig
Kategori 6:	Død	Død

Et generelt trekk ved avviksindikatorene er at de måler enkelthendelser, eller det vi kan kalle toppen av isfjellet. Det betyr at de sier noe om omfanget av uønskede hendelser, men ikke nødvendigvis noe om kvaliteten på tjenesten i sin helhet. Et sett av slike indikatorer vil imidlertid kunne være et uttrykk for den dimensjonen ved kvalitet som angår brukernes trygghet.

Avviksindikatoren ”omgjorte klager til fylkesmannen” kan omfatte alle aspekter ved tjenestene og vil således kunne være et godt mål på negative hendelser. På samme måte som avviksindikatorene, kan vi si at også denne indikatoren kun viser toppen av isfjellet. Det er en høy terskel for å klage, og klagene reflekterer nødvendigvis ikke resten av isfjellet. En av informantene fra tjenestene peker i tillegg på at mange av klagene på tjenestene dreier seg om avslag på søknader av tjenester, noe som strengt tatt dreier seg om tilgjengelighet og ikke kvaliteten på selve tjenesten. Ifølge informanten har slike klager som regel bakgrunn i mangelfull kommunikasjon mellom den som søker tjenesten og tjenesteapparatet, og omgjorte klager på avslåtte søknader sier derfor først og fremst noe om hvor god denne kommunikasjonen har vært.

Det som ellers kjennetegner avviksindikatorene er at de indikerer noe negativt fra et gitt ”nullpunkt”, men ikke noe om de positive sidene av kvalitetsskalaen. Med andre ord, dersom man legger til grunn avviksindikatorene som et mål på produktkvalitet, tar man for gitt at god kvalitet innebærer fravær av negative hendelser. Eventuelle positive sider ved tjenesten vil ikke fanges opp ved å måle avvik.

En av informantene fra tjenesten peker også på at avviksindikatorer er negativ ladet og at de ikke fanger opp viktige positive dimensjoner ved tjenesten. De positive indikatorene defineres som å få dekket fysiologiske behov, behov for trygghet og sosiale behov. I tillegg vises det til verdien av den forebyggende virksomheten som ikke fanges opp av avviksindikatorene. En annen utfordring med å måle avvik er at dette i varierende grad registreres og at det ikke nødvendigvis finnes noen entydig definisjon på hva et avvik er.

Andre indikatorer

Den tredje gruppen av indikatorer som foreslås av KS er andre indikatorer som brukerrettet tid, bruker med komplett IPLOS-registrering og andel med pårørendesamtaler. De to sistnevnte vil begge ha en indirekte og uklar sammenheng med tjenestekvalitet. IPLOS-registrering vil gi god informasjon om en bruker, men er i seg selv ikke et mål på tjenestekvalitet. Tilsvarende vil heller ikke pårørendesamtaler i seg selv si noe om kvaliteten, men vil i mange sammenhenger være en premiss for å utforme et godt tjenestetilbud. Bl.a. vil informasjonen som kommer ut av pårørendesamtaler kunne legge et godt grunnlag for å utforme sosiale tilbud til brukerne. Den siste indikatoren ”andelen brukerrettet tid” vil også kunne være en premiss for et godt tjenestetilbud, men sier ikke nødvendigvis noe om kvaliteten i seg selv. Andelen brukerrettet tid må også justeres for reiseavstander i kommunen samt for måte tjenesten organiseres på. I den grad tjenesteutøverne er skjermet for administrative oppgaver, dvs. at disse er lagt til egne stillinger, vil dette sannsynligvis frigjøre mer brukerrettet tid enn dersom tjenesteutøveren også har administrative oppgaver. En slik indikator bør derfor registreres på tjenestenivå, ikke på individnivå.

Informantene fra tjenesten støtter langt på vei vurderingene over. En informant viser til at pårørendesamtaler vil være en viktig premiss for å yte gode tjenester, men i seg selv sier ikke dette noe om kvaliteten. Tilsvarende oppfattes det å ha mye brukerrettet tid å være en viktig premiss for gode tjenester, men samtidig pekes det på at slike mål kan ha ulike feilkilder. Med henvisning til erfaringer med IPLOS-registreringer, er det også en av informantene som påpeker at eventuelle kvalitetsindikatorer bør være enkle å registrere dersom dette skal gjøres på tjenestenivå.

Som nevnt over, viser en av informantene over til at variasjonen i kvalitet mellom pleie- og omsorgstjenester som regel er knyttet til den sosiale dimensjonen. De fleste får tilfredsstilt de fysiologiske behovene og i stor grad trygghetsbehovene, men i mer varierende grad de sosiale behovene. I den sammenheng foreslås det at bruk av beroligende medisiner og anti-depressiva kan være en indikator som forteller noe om fravær av sosiale aktiviteter. Ifølge informanten vil lite bruk av slike medisiner kunne være en indikator på at brukerne av tjenestene får tilfredsstilt sosiale behov.

Indikatorer fra Sverige

Vi har tatt for oss to sett av kvalitetsindikatorer fra Sverige. Det ene er hentet fra publikasjoner fra Rådet för främjande av kommunala analyser. Det andre er hentet fra kommunedatabasen Kolada.

I rapporten fra Rådet för främjande av kommunala analyser skilles det mellom 1) hjemmetjeneste, 2) omsorgsboliger (særskilt boende) og 3) tjenester for funksjonshemmede. I dette avsnittet omtales bare indikatorsystemet for hjemmetjeneste og særskilt boende. Tjenester overfor særskilt boende vil tilsvare norske heldøgnsbemannede omsorgsboliger, men indikatorene vil også ha relevans for sykehjem. Indikatorer for funksjonshemmede omtales i eget avsnitt under.

Indikatorene for *hjemmetjenesten* bærer preg av å dreie seg om man tilbyr spesifikke tjenester eller ei. Dette gjelder om hjemmetjenesten tilbyr:

- å velge mellom mannlig eller kvinnelig helper
- å velge tidspunkt for hjemmehjelp
- dagligvareinnkjøp
- dusj mer enn en gang i uken
- enklere matlaging i hjem
- ledsagertjenester (til offentlige tjenester og private aktiviteter)
- gressklipping, snørydding og andre aktiviteter
- dagsentertilbud
- rengjøring, vask
- valg av helper som snakker morsmålet

De ulike indikatorene måles på to måter. Det ene målet er om tjenesten finnes eller ikke. For eksempel vil valgmuligheten mellom mannlig og kvinnelig hjelper registreres som 1 (ja) eller 0 (nei). Det andre målet er gradert i forhold til hvor ofte brukerne kan motta tjenesten. Et eksempel på dette er indikatoren som sier om tjenesten tilbyr dagligvareinnkjøp. Denne registreres ved hjelp av en firedelt skala der 3 er ”mer enn en gang per uke”, 2 er ”en gang per uke”, 1 er ”mindre enn en gang per uke” og 0 er ”tjenesten tilbys ikke”.

I tillegg til indikatorene for hva hjemmetjenesten tilbyr, har de også en indikator for hvor mange ulike personer som er på hjemmebesøk til en bestemt bruker i løpet av 14 dager. Målet gjelder kun for personer som har to eller flere hjemmebesøk per dag og beregnes i form av en gjennomsnittsverdi og en medianverdi.

Noe av utfordringene med indikatorsettet for hjemmetjenesten er at det sier noe om hva kommunen tilbyr, ikke hva brukerne faktisk får av tjenester. Med andre ord, selv om kommunen tilbyr dagligvareinnkjøp, trenger det ikke nødvendigvis være slik at noen av brukerne faktisk mottar slik tjeneste. Et alternativ vil derfor være å måle faktisk bruk av disse tjenestene. Dette igjen vil imidlertid avhenge av en skønnsvurdering av brukernes behov. Dette gjelder for eksempel dagligvareinnkjøp, dusjing, matlaging etc. Enkelte av indikatorene vil likevel være uavhengig av tjenestebehovet. Dette gjelder for eksempel valg av mannlig eller kvinnelig hjelper og valg av tidspunkt for hjelp.

Omfanget av dagsentertilbud vil for øvrig kunne være en god indikator på det forebyggende arbeidet i kommunen og den sosiale dimensjonen ved kvaliteten. Ifølge en av informantene er det som regel den sosiale dimensjonen som skiller den gode tjenesten fra den dårlige. Informantene peker samtidig på at tilbudet må være tilpasset brukerne og ikke motsatt, dvs. at brukerne må tilpasse seg tilbudet. For eksempel pekes det på at man ofte betrakter eldre som en homogen gruppe der alle har felles interesser.

Indikatorene for *særskilt boende* dreier seg også i stor grad om man har eller ikke har et bestemt tilbud til beboerne. Dette gjelder tjenester som:

- Om beboer har nøkkel til eget rom/leilighet
- Om beboer tilbys daglig utetid
- Om beboer kan bli boende i terminalfasen

- Om beboer tilbys ekstra kroppspleie ut over daglig stell (sminke, hårstell etc)
- Om beboer tilbys aktiviteter (pratestund, håndverk etc)
- Om beboer tilbys aktiviteter i helger
- Om beboer tilbys servering av sen kveldsmat
- Om beboer selv kan velge sengetid (leggetid og når de skal stå opp)
- Om det tilbys leiligheter for par

Alle disse indikatorene måles i prosent av antall beboere samlet i kommunen.

I tillegg til de nevnte egenskapene ved tjenestetilbudet, måles også ventetid i antall dager fra søknad til innflyttingsdato. Dette måles i gjennomsnittlig antall dager og medianverdien.

Informantene vi har vært i kontakt med responderer generelt positivt på de svenske indikatorene. Et forhold som trekkes frem er at det er forholdsvis enkelt å registrere denne typen indikatorer. Et annet forhold er at de sier noe om positive sider ved tjenestetilbudet, i motsetning til avviksindikatorene. Svakheten er imidlertid at indikatorene sier noe om tilbudet, ikke noe om hvor mange som faktisk mottar tilbudet. For eksempel kan man ha ulik praksis overfor ulike beboere med hensyn til leggetid. En person som krever mye stell, vil man for eksempel av kapasitetshensyn legge før kveldsvakten, mens personer som i større grad klarer kveldsstellet selv, har større frihet. I slike tilfeller vil det være vanskelig å vurdere hvorvidt beboerne kan velge sengetid selv.

Kommunedatabasen Koloda inneholder en rekke ulike indikatorer. En del av disse har mindre relevans i denne sammenheng og omtales derfor ikke. Dette gjelder alle indikatorer basert på subjektive vurderinger av tjenestemottakerne. For eksempel dreier dette seg om andelen mottakere av hjemmetjenester som opplever å ha god helse, hvor stor andel som opplever angst osv. Enkelte indikatorer dreier seg også om struktur- eller prosesskvalitet og er derfor heller ikke omtalt (for eksempel deltakelse i utforming av egen pleieplan). Siden indikatorer for tilgjengelighet er omtalt over, har vi også utelatt disse. Etter denne gjennomgangen, står vi igjen med følgende fem typer indikatorer: avvik, helsetilstand etter slag, pleie i terminalfasen, legemiddelbruk og personalstabilitet i hjemmetjenesten. I alt utgjør dette følgende 13 indikatorer:

Avvik

- Personer i særskilt boende som har falt, utviklet liggesår eller er underernært, andel (%)
- Fallskader blant personer 80+ som resulterer i innleggelse på sykehus, andel

Helsetilstand etter slag

- Funksjonsnivå 12 måneder etter slag, andel (%), 65 år og eldre
- Helsetilstand tre måneder etter slag, andel (%), 65 år og eldre

Tilbud i terminalfase

- Døende som før døden har fått samtale om at han/hun er døende, andel (%)
- Døende som har hatt noen til stede ved dødsøyeblikket, andel (%)
- Døende som mottar smertebehandling, andel (%)
- Pårørende til døde som tilbys ettersamtale, andel (%)

Legemiddelbruk

- Personer i særskilt boende som har minst en legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene, andel (%)
- Personer 80 år og over med ett eller flere legemidler som har antikolinerge effekter, andel (%)
- Personer 80 år og eldre i særskilt boende med tre eller flere psykofarmaka av alle 80+, andel (%)
- Personer 80 år og over i særskilt boende med ugunstige legemiddel, andel (%)³

Personalstabilitet

- Antall ulike pleiere som møter i hjemmetjenesten, antall ulike/14 dager (gjennomsnitt)

To av de tre avviksindikatorene som måles i Sverige, inngår også i omtalen ovenfor. Dette gjelder fallskader og innleggelse pga ernæring. I tillegg ser vi at de svenske indikatorene også måler liggesår som en indikator. I og med at dette er sår som oppstår i forbindelse med lengre sengeleie og/eller manglende oppfølging, synes dette å være en god indikator på avvik i tjenesten. Her vil det også være naturlig å gradere avviket siden det allerede finnes standardiserte klassifiseringer av liggesår (rødhet, delvis tap av dermis, tap av hele hudlaget, tap av alle vevslag).⁴

Ellers ser vi at de svenske indikatorene også måler helsetilstanden for slagpasienter. Så langt vi kan se av dokumentasjonen, baserer disse indikatorene seg på en egenvurdering av pasienten selv. I den grad man skal vurdere effekter av behandling i kommunal pleie og omsorg, ville det også her være naturlig å ta med andre tilstander som bruddskader (lårhalsbrudd) eller underernæring. Siden disse indikatorene langt på vei dreier seg om medisinske forhold, er det vanskelig å vurdere hvor egnede disse indikatorene er. Generelt kan vi imidlertid si at indikatorene vil kunne påvirkes av andre forhold enn selve kvaliteten på tjenestene. Et problem vil være at skadens alvorlighet i utgangspunktet vil påvirke resultatet. For eksempel vil en

³ Med ugunstige legemiddel menes bensodiazepiner med lang halveringstid, legemiddel med betydelig antikolinerga effekter, det smertestillende midlet tramadol og sovemedisinen propiomazin.

⁴ Kilde: European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

alvorlig slagpasient ha dårligere funksjonsnivå enn en pasient med lettere slagtilfelle, uten at dette kan tilskrives kvaliteten på rehabiliteringen. Tilsvarende vil alder kunne påvirke mulighetene for å rehabilitere en person med ernæringssvikt eller lårhalsbrudd. I mange tilfeller vil slike situasjoner også involvere spesialisthelsetjenesten, noe som gjør målene mindre treffsikre. Til tross for disse innvendingene mot de svenske målene, kan det være hensiktsmessig å utvikle denne typen indikatorer også innenfor pleie- og omsorgssektoren. Dette dreier seg i så fall om behandlingsomsorg, ikke tilstandsomsg slik de øvrige tjenestene kjennetegnes av. Vi vil komme nærmere inn på dette i oppsummeringen av avsnittet.

Det tredje settet av indikatorer angår tilbud til døende pasienter og pårørende (terminalfasen). Generelt vil terminalfasen være preget av ulike behov både hos den døende og pårørende, og mye av tjenestene vil således være skjønnsbasert og individuelt tilpasset. Spesielt synes dette å gjelde behovet for medisinsk behandling, noe som vil variere avhengig av situasjonen (Rosland m.fl. 2006). De tre øvrige indikatorene kan derimot betraktes som å være av mer generell karakter. Dette dreier seg om andelen pasienter som mottar samtaler i terminalfasen, andelen med personer (pleiere eller pårørende) til stede i dødsøyeblikket og andelen pårørende som tilbys ettersamtale. Det er likevel grunn til å være forsiktig med å operere med standardiserte mål for denne pasientgruppen. Dette fordi de kvalitative sidene ved prosessen i stor grad vil være basert på medisinske vurderinger og ikke minst ulike behov hos de berørte. En av kommuneinformantene er også kritisk til disse indikatorene, nettopp fordi behovene vil variere fra situasjon til situasjon og fra person til person. F.eks. vises det til at ikke alle pårørende ønsker sluttsamtale og at dette derfor bør være et mål på om tjenesten tilbyr dette, ikke om påførende faktisk mottar tjenesten.

Den fjerde typen indikator innbefatter legemiddelbruk overfor eldre personer i særskilt boende. Dette dreier seg om legemidler med bieffekter spesielt for eldre personer, legemidler mot psykiske lidelser, sovemidler og smertestillende. En av indikatorene går også ut på å måle andelen som gjennomgår medisinalisten minst en gang i året. Medisinbruk vil imidlertid i stor grad være basert på medisinskfaglige vurderinger, og det kan derfor på generelt grunnlag være problematisk å anvende dette som måleindikator. Som vist til tidligere, har en av informantene likevel pekt på at bruken av visse medisintyper kan være en god indikator på manglende sosiale stimuli.

Den siste indikatoren retter seg mot brukere av hjemmetjenesten og tar sikte på å måle antall ulike pleiere som er på besøk i løpet av 14 dager. Med andre ord kan vi si at indikatoren tar sikte på å måle en form for trygghet i tjenestetilbudet og kan således ha en viss relevans. Det er likevel verdt å bemerke at en slik indikator vil kunne få innvirkning på organiseringen av hjemmetjenestene, noe som igjen kan skape negative virkninger på andre måter, bl.a. i forhold til fleksibilitet i tjenesten.

5.1.2. Tjenester for personer med psykisk funksjonshemming

Det finnes per i dag ikke noen norske kvalitetsindikatorer for psykisk utviklingshemmede. Disse gruppene vil imidlertid ha tjenestebehov i likhet med andre brukere av hjemmetjenesten, det være seg i separate boliger eller i bofellesskap. Dette betyr at de kvalitative sidene ved tjenesten dreier seg om en tilstand mer enn en prosess slik som i barnevern og sosialtjenesten. På samme måte som for den øvrige pleie- og omsorgstjenesten vil det derfor være mer hensiktsmessig å måle tjenesten med utgangspunkt i et bredt spekter av ulike egenskaper ved tjenesten (produktkvalitet). Et vesentlig skille mellom psykisk utviklingshemmede og eldre som mottar tjenester er at en stor del av de psykisk utviklingshemmede er i arbeidsfør alder. Det betyr at det for disse gruppene også er relevant å se på kvalitative sider ved tilværelsen i lys av et arbeidsperspektiv.

Vi har også her tatt for oss to sett av kvalitetsindikatorer fra Sverige, hvorav det ene er rettet særskilt inn mot det som kalles LLS-boende⁵. Begge er hentet fra kommunedatabasen Kolada.

Indikatorene for LLS-boende omhandler fysisk utforming, aktivitetstilbud og avvik. På samme måte som for hjemmetjenesten og institusjonstilbudet, bærer indikatorene preg av å måle selve tjenestetilbudet, altså produktkvalitet mer enn resultatkvalitet. Alle indikatorene måler hvor stor andel som har de aktuelle mulighetene eller tilbudet, dvs. som prosentsatser av alle beboere. Følgende indikatorer finnes:

⁵ LLS står for "Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade". Ordningen innbefatter bolig som er tilpasset personer med fysisk eller psykisk funksjonsnedsettning. Dette kan enten bestå av bofellesskap eller særskilte tilpassede boliger. Boligene har også eget personale som bistår beboerne i daglige gjøremål. I tillegg har beboerne rett til fritidsvirksomhet og kulturelle aktiviteter. Boligen skal fungere som beboernes private hjem.

- Om beboere har mulighet til å spise sammen
- Om beboere har nøkkel til egen leilighet
- Om beboerne har innflytelse over maten som serveres.
- Om beboer har egen postkasse
- Om beboer kan ta imot gjester etter 21.00
- Om beboer tilbys minst en aktivitet per dag
- Deltakelse i arbeidsrettede tiltak
- Om trusler eller vold mot beboere ikke har forekommet de siste seks månedene

I tillegg til de nevnte indikatorene er det også utarbeidet ulike indikatorer for ventetid. Dette dreier seg om utredningstid fra søknad til vedtak og fra vedtak til tjenesten faktisk leveres. Disse måles i antall dager (gjennomsnitt og medianverdi).

Det andre settet av indikatorer inneholder spørsmål om det finnes et tilbud av ulike tjenester til brukerne. Med andre ord måles det ikke om brukerne faktisk mottar tilbudet, men om tjenesten i seg selv har et slikt tilbud. Følgende indikatorer benyttes:

- Beboere med funksjonsnedsetting har tilgang til kokemuligheter samt dusje- eller badrom.
- Har kommunen et dokumentert oppfølgingssystem for innsats på individnivå for personer med psykisk funksjonsnedsetting?
- Bedriver kommunen oppsøkende virksomhet for personer med psykisk funksjonsnedsetting?
- Har kommunen skriftlige rutiner for å opprette individuell plan i samarbeid med landstinget for personer med psykisk funksjonsnedsetting?
- Kan kommunen tilby plass i sosiale kooperativer/fontenehus eller liknende med individuell oppfølging?
- Finnes det åpen virksomhet i kommunen i form av for eksempel sosiale møteplasser for personer med psykisk funksjonsnedsetting?
- Tilbys strukturert sysselsetting for personer med psykisk funksjonsnedsetting?
- Tilbys støtte til studier for personer med psykisk funksjonsnedsetting?

De ulike indikatorene kan deles i følgende tre grupper: 1) fasiliteter ved boligen (kokemuligheter, dusj/bad), 2) om det finnes et tilbud om individuell oppfølging/opsøkende virksomhet eller system for samarbeid med andre tjenester og 3) tilbud om fritidssysler, arbeidsmuligheter eller støtte til utdanning. Tilbudet i den sistnevnte gruppen vil i norsk sammenheng dreie seg om henholdsvis dagsenter og arbeidsrettede tiltak i skjermet eller ordinær virksomhet. Bortsett fra den første indikatoren, måles alle i form av en indikator med verdien 1 dersom tilbudet finnes eller 0 dersom det ikke finnes. Den første indikatoren er gradert på tre nivå, dvs. at den skiller i

forhold til om eget kjøkken og bad finnes i alle boliger (verdi 2), om det mangler i en eller flere boliger (verdi 1) og om tilbudet ikke finnes i noen boliger (verdi 0).

Generelt kan vi si at de svenske indikatorene i hovedsak dreier seg om å måle ulike sider ved produktet, ikke et resultat av en tjenesteprosess. I og med at det er forholdsvis mange indikatorer som sier noe om ulike sider ved tjenestene, vil de samlet sett likevel være et rimelig godt mål på produktkvalitet.

De to settene av indikatorer er likevel vesensforskjellig i den forstand at det første settet måler faktisk mottatt tilbud og det siste måler om tilbudet finnes. Det første settet forutsetter dermed målinger på individnivå og det siste på tjenestenivå. Styrken med indikatorene på individnivå er at de måler det faktiske tilbudet. Jo større andel som mottar tilbudet, desto høyere antas kvaliteten å være. Bak dette ligger det en forutsetning om linearitet mellom det aktuelle målet og kvaliteten på tjenesten. Dette vil ikke nødvendigvis være tilfelle. For eksempel vil det ikke være alle som er i stand til å delta i arbeidsaktiviteter, noe som vil gjøre at målinger på individnivå blir misvisende.

I den grad vi kan forutsette en form for lineær sammenheng mellom det aktuelle målet og den faktiske kvaliteten på tjenesten, dvs. at vi måler et gode som vil være relevant for de aller fleste, vil mål på individnivå være hensiktsmessig. Dersom denne forutsetningen ikke er til stede, altså at indikatorene kun er relevant for et mindre antall brukere, vil det derimot kunne være mer hensiktsmessig å måle kvalitet på tjenestenivå. Et slikt mål vil ikke være like presist, men man unngår samtidig problemet med at det aktuelle tilbudet ikke er relevant for alle brukere.

Det er rimelig å anta at den faktiske kvaliteten bare delvis fanges opp av de nevnte indikatorene. Dette har sammenheng med at det er stor forskjell i tjenestebehovet og at det derfor er viktig å balansere den enkelte persons autonomi og selvråderett med de offentlige tjenestene som griper inn i deres liv. Det betyr at for enkelte vil god livskvalitet være å klare seg selv, mens for andre vil det være å motta utstrakt bistand til daglige gjøremål. For eksempel vil det være naturlig for enkelte å ha egen nøkkel eller lage egen mat, mens dette kan være vanskelig for andre. For enkelte vil dagaktiviteter eller deltakelse i arbeidsrettede tiltak representere et positivt aspekt ved livskvaliteten, mens det er uaktuelt for andre. For øvrig vil det være mange vanskelige dilemmaer i forhold til å vurdere objektivt hva god livskvalitet er. For eksempel vil det å ha et helsemessig

sunt kosthold kunne stå i motsetning til det å ha selvråderett over kostholdet. Samtidig vil både selvråderett og et sunt kosthold representere kvaliteter ved en tjeneste. Med andre ord vil selvbestemmelse i forhold til kosthold ikke nødvendigvis gi god livskvalitet på sikt, samtidig som autonomi i seg selv er et viktig aspekt ved livskvaliteten for disse gruppene.

Refleksjonene over peker på to forhold som er viktig å ta hensyn til når det gjelder personer med psykisk utviklingshemming. For det første er disse gruppene heterogene og det er derfor vanskelig å operere med én bestemt nevner dersom man skal utarbeide kvalitetsindikatorer på individnivå. I praksis vil nevneren være udefinert eller ubestemt og må vurderes skjønnsmessig. For eksempel kan det være vanskelig å definere gruppen av personer som er i stand til å delta i aktive arbeidstiltak, eller i ordinært arbeid. For det andre vil autonomi ha stor betydning for en stor del av denne gruppen. Hensynet til denne autonomien vil i mange sammenhenger komme i konflikt med indikatorer som måler hvorvidt brukerne får eller ikke får et bestemt tilbud. Et tredje forhold som også kan trekkes inn, er at en del av arbeidstilbudet for disse gruppene – dvs. varig tilrettelagt arbeid og andre arbeidsrettede tiltak – er underlagt den statlige delen av NAV sitt ansvarsområde og budsjett. Med andre ord vil en indikator som måler arbeidstilbudet i stor grad være avhengig av de statlige ressursene som til en hver tid avsettes til denne typen tiltak.⁶

Argumentene over tilsier at det kan være vanskelig å utarbeide treffsikre kvalitetsindikatorer for personer med psykisk utviklingshemming. En mulighet er likevel å kombinere de to typene indikatorer over. En generell regel vil da være at tilbud som kan anses å være et gode for alle brukergrupper, måles på individnivå (som andeler av alle brukere), mens tilbud som anses å være et gode for deler av brukergruppene, måles på tjenestenivå (dvs. hvorvidt tilbudet finnes). Av de svenske indikatorene som måles på individnivå, har vi vurdert to som lite hensiktsmessig å måle på dette nivået. Dette gjelder ”om beboerne spiser sammen” og ”deltakelse i arbeidsrettede tiltak”. Den første indikatoren er ekskludert av hensyn til brukernes selvbestemmelse. Med andre ord anses det som mer hensiktsmessig at denne måles på tjenestenivå, dvs. om det finnes slike muligheter. Den andre indikatoren ekskluderes som følge av at arbeidsrettet tiltak ikke nødvendigvis er et egnet tilbud for alle og fordi tilbudet et stykke på vei avhenger av statlige ressurser. Det betyr at det er mer hensiktsmessig å måle denne indikatoren på tjenestenivå.

⁶ I NOU 2012:12 vises det til at etterspørselen etter denne typen tiltak er større enn det tilbudet som finnes i dag.

Indikatorene på tjenestenivå er utarbeidet med utgangspunkt i svenske tjenester. Selv om disse ikke skiller seg vesentlig fra norske forhold, vil det likevel være nødvendig å definere nærmere hva de ulike indikatorene i praksis innebærer i norsk sammenheng. Dette gjelder for eksempel innholdet i begrepene ”dokumentert oppfølgingssystem” og ”oppsøkende virksomhet”. Tilsvarende vil det også være nødvendig å tilpasse indikatorene for sosial aktivitet og arbeidsaktivitet til norske forhold.

5.1.3. Psykisk helsearbeid

Kommunale psykiske helsearbeidet kan tilbys av ulike organisatoriske enheter i kommunene noe som gjør at det kan være vanskelig å avgrense denne tjenesten. De fleste kommuner vil ha egne enheter, team eller personer knyttet til psykisk helsearbeid, men samtidig kan vesentlige deler av tjenestebehovet ytes av andre tjenester som den ordinære hjemmetjenesten, sosiale tjenester og tjenester for funksjonshemmede. Vi skal heller ikke se bort ifra at enkelte kommuner ikke har egne enheter for psykisk helsearbeid, og at dette arbeidet inngår som funksjoner eller oppgaver innenfor andre helse- og omsorgstjenester.

Målgruppene for tjenesten er mangfoldig og vil kunne innbefatte både voksne, barn, barn med psykisk syke foreldre og pårørende for øvrig. Dette er også en gruppe som ofte har sammensatte tjenestebehov. Det betyr at de gjerne mottar flere typer tjenester samtidig, noe som gjør at ansvarsforholdet kan bli uklart, eller i det minste ulikt fra kommune til kommune. For eksempel vil personer med både rusproblematikk og psykiatri kunne være underlagt sosialtjenestens ansvar (dvs. sosiale tjenester i NAV). Personer med funksjonshemming og psykiske helseproblemer vil på sin side kunne motta tjenester fra ordinær hjemmetjeneste i omsorgsboliger.

Som følge av at tjenestene for personer med psykiske lidelser har en noe mer flyktig organisatorisk tilknytning i kommunen, vil det være større utfordringer å utforme standardiserte kvalitetsmål her enn i øvrige sektorer. Det betyr bl.a. at det kan være vanskelig å måle egenskaper ved selve tjenesten i og med at denne kan befinne seg innenfor flere ulike enheter i kommunen. Videre betyr det at vi ikke nødvendigvis har et enhetlig fagsystem som fanger opp all informasjon om disse brukerne. Mens enkelte brukere kan være registrert i sosialtjenestens fagsystem, vil andre kunne være registrert i systemet til pleie- og omsorgstjenesten.

Før man kan utforme mer spesifikke kvalitetsindikatorer for denne tjenesten, vil det være nødvendig å avklare et par mer grunnleggende spørsmål som er knyttet til tjenestens egenart. Et sentralt spørsmål er om tjenesten kan karakteriseres som tilstandsomsg slik vi har gjort i pleie- og omsorgstjenesten, eller som behandlingsomsorg på linje med sosiale tjenester og barnevern (jf diskusjon i innledningen). Målet med tilstandsomsg er ikke at mottakeren skal bli selvhjulpen, men å opprettholde nåværende funksjonsnivå og/eller unngå forverring. Mye av omsorgen i hjemmesykepleie for eldre kan karakteriseres som vedlikeholdsomsg, og spørsmålet er om ikke også det psykiske helsearbeidet må karakteriseres på denne måten. Implisitt betyr dette at behandlingsansvaret primært vil ligge hos spesialisthelsetjenesten eller DPSene.

Et annet sentralt spørsmål er om det er hensiktsmessig å utvikle indikatorer som baserer seg på data om faktisk bruk av tjenestetilbudet eller egenskaper ved selve tjenesten. I det første tilfellet vil det være snakk om aggregerte individdata om mottatte tjenester. I det andre tilfellet vil det derimot være snakk om egenskaper ved den tjenesteutførende enheten, for eksempel kompetanse, metodikk, tjenestespekter osv. I innledningen til dette avsnittet pekte vi på at individdata egnet seg best i de tilfeller tjenesten er relevant for alle brukere. Tilsvarende viste vi at data på tjenestenivå egnet seg i de tilfeller hvor indikatoren sier noe om kvaliteten ved tjenesten, men der den ikke nødvendigvis er relevant for alle tjenestemottakerne.

I og med at vi heller i retning av å betrakte det kommunale psykiske helsearbeidet som tilstandsomsg, samtidig med at det sannsynligvis er vanskelig å utvikle et helhetlig system for å fremskaffe individdata for målgruppen, peker dette i retning av at det er mest hensiktsmessig å benytte informasjon om kvaliteten på tjenestenivå. Et annet forhold som taler i samme retning er at tjenestemottakerne vil være en heterogen gruppe med ulike tjenestebehov. Med andre ord kan det være vanskelig å finne indikatorer som er relevant for alle brukere av denne tjenesten. Et unntak her vil være mål på tilgjengeligheten til tjenestene. Kvaliteten på tilgjengeligheten vil også her kunne måles på individnivå i og med at tilgjengelighet antas å være relevant for alle brukergrupper.

Indikatorer utarbeidet av OECD

Siden OECD over lengre tid har arbeidet med et rammeverk for å måle kvalitet innen mentalt helsearbeid, kan det innledningsvis være hensiktsmessig å referere til dette arbeidet (Herman m.fl. 2006, Armesto m.fl. 2008). Det som kjennetegner indikatorene utarbeidet av OECD er at de vektlegger behandlingsperspektivet mer enn omsorgsperspektivet, hvilket betyr at de også retter seg mer mot spesialisthelsetjenesten enn mot det som er relevant for kommunehelsetjenesten. Rammeverket for indikatorene kan likevel ha relevans i denne sammenhengen. De foreslåtte indikatorene deles inn i fire områder: behandling, kontinuitet i omsorgen, koordinert omsorg og behandlingsresultat. Innenfor hvert av disse områdene er det videre utarbeidet ulike indikatorer:

- Behandling:
 - Konsultasjon under akutfasen av depresjon
 - Reinnleggelser i sykehus (psykiatriske pasienter)
 - Behandlingsvarighet
 - Bruk av antridepressiva til eldre pasienter
 - Kontinuerlig bruk av antidepressiv medikasjon i akutfasen
 - Kontinuerlig bruk av antidepressiv medikasjon i oppfølgingsfasen
- Kontinuitet i behandling
 - Adekvat, tidsmessig poliklinisk oppfølging etter innleggelse i psykisk helsevern
 - Regelmessig kontakt med behandlingssystemet etter innleggelse for dobbeltdiagnoser
 - Etnisk ulikheter i oppfølging av psykiske lidelser
 - Kontinuitet i konsultasjoner etter innleggelse for psykiske lidelse
- Koordinering av tjenester
 - Plan for tverrfaglig oppfølging av pasienter med alvorlige psykiske lidelser
- Behandlingsresultat for pasienter:
 - Dødelighet for personer med alvorlige psykiske lidelser

Vi ser at flere av OECDs indikatorer vil primært være relevant for spesialisthelsetjenesten eller samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette illustrerer også problemet med å utarbeide kommunale kvalitetsindikatorer for denne sektoren, i og med at mange brukere dels vil motta kommunale tjenester og dels statlige tjenester. Videre peker det også i retning av at det kan være hensiktsmessig å betrakte den kommunale delen mer som tilstandsomsg og enn som behandlingsomsorg. Med andre ord vil de delene av tjenestene som faller inn under begrepet tilstandsomsg i større grad være et rent kommunalt ansvar i motsetning til behandlingsomsorgen som i større grad vil være delt. Enkelte av indikatorene til OECD kan likevel være

relevant i denne sammenheng, bl.a. mål på koordinering av tjenester. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

Gjennomgang av tilsynsrapporter fra Helsetilsynet

For å belyse nærmere hva som kjennetegner det kommunale psykiske helsearbeidet og kvalitetsaspekter ved dette, har vi også gått gjennom tilsynsrapporter fra et nasjonalt tilsyn som Helsedirektoratet gjennomførte i 2007. I alt omfattet dette materialet 67 kommuner. Av rapportene fremgår det en kort omtale av tjenestetilbudet samt avvik og merknader til hvordan tjenesten er utført i de aktuelle kommunene.

Beskrivelsen av selve tjenestetilbudet tyder på at dette varierer en del mellom kommunene. Videre synes begrepsbruken å variere noe i forhold til de samme tjenestene. Vi har likevel forsøkt å sammenfatte beskrivelsen av tjenestene i følgende liste av tjenestetilbud: samtalemøter/-terapi, oppsøkende virksomhet, støttekontakt, avlastningstiltak, miljøarbeidertjenester, fysioterapi, dagsentertilbud, grønn omsorg, botilbud/boveiledning, koordinatortjeneste/IP, samt samarbeids-møter/ansvarsgruppemøter. Enkelte av disse tilbudene vil være tjenesteovergripende i den forstand at de ikke nødvendigvis er forbeholdt brukere med psykiske lidelser, men der disse er en av flere brukergrupper. Dette vil ofte være tilfelle i forhold til dagsentertilbud, aktivitetssentre eller bo- og boligjenester.

Vi har også forsøkt å sammenfatte de avvikene eller merknadene som oftest går igjen i tilsynsrapportene med tanke på at dette vil kunne si noe om kvalitetsaspekter ved tjenesten. Følgende punkter oppsummerer noen av de avvik og merknader som fremgår av tilsynsrapportene:

- Uklarheter i forhold til hvem som har ansvar for å tildele tjenester
- Tjenester som ytes uten at det fattes formelle vedtak, lite mangelfull skriftlig informasjon etter vedtak om tjenester
- Ufullstendig dokumentasjon om innhold i vedtak/tiltak, herunder formål med tiltak, mangelfull journalføring
- Mangelfulle beskrivelser av de tjenestene brukeren faktisk mottar
- Avvik mellom vedtatt bistand og faktisk bistand

- Avvik mellom ønske om individuell plan og faktisk bruk av dette
- Ingen oppfølging av brukerne i form av hjemmebesøk
- Ingen akuttberedskap utenom arbeidstid
- Mangelfull håndtering eller registrering av avvik
- Mangelfulle rutiner for innhenting av opplysninger fra andre tilgrensede tjenester
- Mangelfulle rutiner for samarbeid på tvers av tjenestene

Av listen fremgår det at tilsynsrapportene i stor grad peker på forhold rundt de formelle prosedyrene rundt registrering og tildeling av tjenester. Samtidig fremgår det også i flere punkter at avvik og merknader dreier seg om det tilbudet brukerne faktisk mottar, herunder hvorvidt tjenesten finnes eller om det er samsvar mellom vedtatt og mottatt tjeneste. Flere av rapportene peker også på at det er mangelfull håndtering av avvik i tjenesten, men uten at det fremgår eksplisitt hva slags avvik som forventes registrert. Til slutt ser vi at tilsynsrapportene også tar for seg samarbeidsrutiner med andre tjenester.

I denne sammenheng er vi primært opptatt av forhold som sier noe om egenskaper ved tjenesten eller resultater av tjenesten. Det betyr at forhold knyttet til saksbehandlingsprosessen er av mindre interesse. Derimot er de avvikene og merknadene som peker på mangelfulle tjenester eller avvik mellom vedtatt og mottatt tjeneste mer relevant. Tilsvarende gjelder også avvik og de forhold ved tjenestene som innbefatter samarbeid med andre.

Informanter fra kommunene

Ifølge en av informantene vi har vært i kontakt med, vises det til at det er vanskelig å betrakte tjenesten enten som vedlikeholdsomsorg eller behandlingsomsorg. Det har sammenheng med at det psykiske helsearbeidet retter seg mot et mangfold av psykiske lidelser. På den ene siden kan det dreie seg om personer med tyngre diagnoser og der kommunen bistår med støttetjenester parallelt med behandling i spesialisthelsetjenesten. Målet for det kommunale arbeidet er dermed ikke å gjøre frisk, men at den aktuelle personen skal kunne ha et så ordinært liv som mulig med sin lidelse. På den andre siden vil vi også ha brukere av denne tjenesten med lettere psykiske lidelser, herunder situasjoner hvor det er behov for bistand i midlertidige krisesituasjoner. I slike tilfeller vil tjenesten i større grad ha en behandlende funksjon, bl.a. hjelp til å komme over krisesituasjoner. Informanten peker med andre ord på at formålet med virksomheten vil være

forskjellig fra sak til sak. Dette gjør det også vanskelig å utforme mål som har relevans for hele tjenesten. Dersom man legger vekt på behandlingsaspektet og mål på oppnådde behandlingsresultater, vil dette være mindre relevant for de brukerne som primært mottar behandling i spesialisthelsetjenesten og støttetjenester fra kommunen (dvs. vedlikeholdsomsorg). Legger man derimot vekt på vedlikeholdsomsorgen og mål som sier noe om det tilgjengelige tjenestespektret, vil dette være mindre relevant for de gruppene som mottar lettere behandling. For eksempel vil det være irrelevant om tjenesten har et aktivitetstilbud dersom behovet er samtaleterapi i forbindelse med en opprivende skilsmisse.

Det kan likevel argumenteres for at det er mer hensiktsmessig å betrakte det kommunal psykiske helsearbeidet mer som tilstandssorg enn som behandlingsomsorg. Dette har sammenheng med at det å legge et behandlingsperspektiv til grunn vil gi store feilkilder i og med at formålet for mange brukere ikke er å bli frisk. Et slikt kvalitetsmål vil strengt tatt kun måle profilen på brukernes tjenestebehov.⁷ Måleindikatorer innenfor et tilstandsperspektiv medfører derimot ikke nødvendigvis noen feilkilder. Hvorvidt det finnes tilbud om dagsenter, aktivitetstilbud, boveiledning osv., sier ikke nødvendigvis noe om kvaliteten på den behandlende delen av virksomheten, men vil heller ikke innbefatte åpenbare feilkilder. Svakheten vil være at det kun måler kvalitetsaspekter for en del av brukergruppene.

En viktig del av tjenesteproduktet vil være tilgjengeligheten. Ifølge informanten vi har vært i kontakt med, vil det fattes vedtak i alle saker og alle saker registreres også i fagsystemet. I og med at den aktuelle kommunen benytter søknadsskjema (bortsett fra i akutsaker), vil det også være mulig å måle saksbehandlingstid og iverksettingstid. I den aktuelle kommunen opplyses det om at saksbehandlingstiden er maks 4 uker, men at det i enkelte tilfeller kan overstige dette. I dette tilfellet vil det derfor være aktuelt å måle restanser på saker med behandlingstid over 4 uker. Tilsvarende opplyses det også om at iverksettingstid kan være aktuelt. I den aktuelle kommunen opplyses det om at det kun er i enkelte tilfeller at det kan oppstå ventetid mellom vedtakstidspunkt og iverksetting, og da gjerne i forbindelse med tyngre saker.

Utover det som er nevnt over, er det et viktig aspekt ved det kommunale psykiske helsearbeidet at den innbefatter akutte tjenester. Ifølge informanten vil det også i slike saker fattes vedtak – men

⁷ For eksempel vil et mål på hvor mange som blir friske eller som ikke har behov for mer hjelp, i praksis måle hvor mange av brukerne som har psykiske lidelser av midlertidig art.

da i etterkant av tjenesten. Dette tilsier derfor at det kan være hensiktsmessig å måle tjenestens evne til å respondere på akutthenvendelser.

Forslag til indikatorer

På bakgrunn av diskusjonen over, vil vi foreslå å legge vekt på indikatorer som sier noe om produktkvaliteten ved det psykiske helsearbeidet i kommunene. Som for pleie- og omsorgssektoren for øvrig, vil vi da strengt tatt ikke måle resultatkvalitet, men flere sider av produktkvaliteten. Dette innbefatter både tilgjengeligheten til tjenestene og selve tjenestetilbudet.

Tilgjengeligheten foreslås målt ved hjelp av følgende tre indikatorer:

- saksbehandlingstid
- iverksettingstid
- tilbud om akuttjeneste

De to første indikatorene vil enten kunne måles som gjennomsnittstid eller mediantid eller som andel saker med saksbehandlings-/iverksettingstid over en viss tid. Akuttjeneste måles som en enkel indikator (ja/nei) avhengig av om tjenesten oppfyller gitte kriterier. Aktuelle kriterier vil være at tjenesten er døgnbemannet og bemannet av fagpersonell med relevant kompetanse. Her kan man også tenke seg en todelt indikator som måler begge kriteriene.

Produktkvaliteten foreslås målt i form av et sett indikatorer som sier noe om egenskapene ved selve tjenestetilbudet. Den foreslåtte listen baserer seg på en beskrivelse av tilbudet slik det fremgår av Helsetilsynets tilsynsrapporter fra 2007. Listen inneholder de tjenestene som hyppigst går igjen i de 67 kommunene tilsynet omfattet.

- Tilbud om individuell samtale/terapi med psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse
- Tilbud om gruppesamtaler/familiesamtaler
- Tilbud om oppsøkende virksomhet av psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse
- Tilbud om støttekontakt
- Tilbud om avlastningstiltak for pårørende/barn med syke foreldre
- Miljøarbeidertjenester

- Dagsentertilbud, grønn omsorg eller annet aktivitetstilbud tilpasset personer med psykiske helseplager
- Bolig for personer med psykiske helseplager
- Boveiledning
- Tilbud om individuell plan
- Tilbud om egen koordinator som samordner tilbudet fra ulike kommunale og statlige tjenester
- Tilbud om samarbeidsmøter/ ansvarsgruppemøter

Listen med ”produkter” vil kunne måles i form av en enkel indikator (ja/nei). Siden formålet i denne sammenheng er å utvikle mål på tjenestens samlede produktkvalitet (som substitutt for resultat-kvalitet), vil det imidlertid være nødvendig å utarbeide et samlet mål på de enkelte tjenestekomponentene. I sin enkleste form kan dette bestå i å summere opp antall tjenester på listen som kommunen tilbyr, dvs. at vi får et mål som går fra 0-12. En mer raffinert metode kan bestå i å veie de enkelte komponentene i forhold til hvor stor betydning det har for tjenestens samlede kvalitet.

Denne listen må betraktes som tentativ av to årsaker. For det første vil det være nødvendig å definere nærmere kriteriene for de enkelte deltjenestene. For eksempel vil det være nødvendig å presisere nærmere kriterier for hva en miljøarbeidertjeneste skal bestå av, hva et avlastningstiltak innebærer osv. For det andre er de 12 tjenestene i listen ikke nødvendigvis dekkende for tjenesten slik den fremstår i dag. For eksempel kan det være deltjenester som er overflødige – for eksempel om kommunen tilbyr individuell plan – samtidig som det kan være viktige sider ved tjenesten som er utelatt.

Oppsummering

I pleie- og omsorgssektoren har vi gjennomgått indikatorer som benyttes av SSB, forslag som er utarbeidet av KS samt svenske indikatorer som inngår i databasen Koloda eller som er utarbeidet av Rådet för kommunala analyser och jämförelser (RKA).

Gjennomgangen viser at indikatorene som benyttes av SSB i hovedsak dreier seg om mål på strukturkvalitet, og i noen grad på prosess og produkt. I denne sammenheng vil det derfor kun være de to indikatorene som dreier seg om produktkvalitet som er relevant.

De foreslåtte indikatorene til KS har vi delt inn i tre grupper. Den ene gruppen dreier seg om prosessen rundt tildeling eller mottak av tjenester, dvs. hvorvidt tjenesten i sin helhet kommer, om den kommer til avtalt tid og ventetid på tjenesten. Den andre hovedgruppen indikatorer er de som sier noe om negative avvik fra en tenkt normaltilstand. Dette gjelder feil legemiddel-håndtering, innleggelse på grunn av ernæring/spisevegring, fall med skade og utagering. Den tredje gruppen er sammensatt av ulike indikatorer. De to første gruppene – som er mest interessante i denne sammenhengen – må betraktes å være mål på produktkvalitet. Begge gruppene av indikatorer har svakheter ved seg, men vil likevel samlet sett gi et helhetlig bilde av tjenesten.

Av de svenske indikatorene kan vi skille mellom to typer. Den første dreier seg i all hovedsak om egenskaper ved produktet, altså måler de produktkvalitet. Samtidig er det forholdsvis mange indikatorer som samlet sett vil kunne være en god indikator på tjenestekvaliteten. Noe av årsaken til at det er få eller ingen indikatorer på resultatkvalitet, henger sannsynligvis sammen med tjenestens art. Pleie- og omsorgstjenestene dreier seg i hovedsak om å yte tjenester for at brukerne skal kunne ha en så normal livssituasjon som mulig (tilstandsomsorg), og i mindre grad om å yte en tjeneste for å nå et bestemt mål eller resultat (behandlingsomsorg). I våre forslag til indikatorer har vi derfor primært konsentrert oss om mål på produktkvalitet. Den viktigste begrunnelsen for dette er at målene på produktkvalitet retter seg mot de delene ved tjenestene som favner over en langt større brukergruppe enn om vi hadde valgt å konsentrere oss om behandlingsomsorgen og resultatkvalitet.

Innenfor pleie- og omsorgssektoren vil det likevel være flere områder hvor tjenesten bærer preg av å være behandlingsomsorg og hvor det derfor er mer relevant å måle resultatkvalitet. Dette kan dreie seg om rehabilitering av slagpasienter, pasienter med brudd og annen type medisinsk behandling som sårstell osv. Vi ser at de svenske indikatorene innbefatter en type behandling, nemlig behandling av slagpasienter. Selv om vi har påpekt at det er forbundet enkelte svakheter ved disse målene, vil det likevel være hensiktsmessig over tid å utvikle resultatindikatorer for denne og andre behandlingsorienterte kommunale tjenester. Ikke minst vil relevansen av dette øke som følge av Samhandlingsreformen. I den sammenheng vil bruk av IPLOS-data om funksjonsnivå være et hensiktsmessig datagrunnlag.

En samlet vurdering av pleie- og omsorgstjenesten og de indikatorene som allerede er benyttet, tilsier at det på det nåværende tidspunkt er mer hensiktsmessig å rette oppmerksomheten mot produktkvalitet enn resultatkvalitet innenfor denne tjenesten. Det innebærer at det er nødvendig å måle alle relevante sider ved tjenestetilbudet for å unngå utilsiktede vridningseffekter. Vi vil foreslå at dette omfatter tilgjengeligheten til tjenester, avvik som kan oppstå, og positive sider ved tjenestene. Det siste innebærer indikatorer som sier noe om hva slags tilbud tjenestene innbefatter. Herunder har vi også tatt med mål på tjenestene i terminalfasen, men vil samtidig understreke at de etiske sidene ved slike indikatorer bør vurderes nærmere.

Tabell 5.5: Indikatorer for pleie og omsorg (H=hjemmetjeneste, O=omsorgsbolig med heldøgnsbemanning, S=sykehjem)

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>	<i>Tjeneste</i>
Mottak av tjenester				
Saksbehandlingstid på vedtak	Fagsystem	Gjennomsnittlig antall dager fra søknad til vedtak	Velegnet	H,O,S
Iverksettingstid (fra vedtak til tjeneste mottatt)	Fagsystem	Gjennomsnittlig antall dager fra vedtak til tilbud gis	Velegnet	
Avvik i tjenesten				
Andel omgjorte klager på vedtak av fylkesmannen	Fylkesmann	Andel av alle klager	Velegnet	H,O,S
Avvik legemiddelhåndtering	Fagsystem	Antall per bruker, justert for graden av avvik	Velegnet	H,O,S
Innleggelse pga ernæring/spisevegring	Fagsystem	Antall per bruker	Velegnet	H,O,S
Antall fall med alvorlig skade	Fagsystem	Antall per bruker	Velegnet	O,S
Antall tilfeller av utagering/vold fra beboere	Fagsystem	Antall per bruker, justert for graden av avvik	Velegnet	O,S
Antall tilfeller av liggesår/trykksår	Fagsystem	Antall per bruker, justert for graden av avvik		
Bruk av beroligende medisiner og anti-depressiva	Fagsystem	Omfanget av bruk av denne typen medisiner per beboer/bruker	Velegnet	O,S

Positive egenskaper ved tjenesten				
Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	Kostra	Andel enerom	Velegnet	S
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc	Kostra	Andel rom med eget bad/wc	Velegnet	S
Om beboere har mulighet for å spise sammen	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer tilbys servering av sen kveldsmat	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer selv kan velge sengetid	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer tilbys daglig utetid	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer tilbys kroppspleie utover daglig stell	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer tilbys daglige aktiviteter	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer tilbys aktiviteter i helger	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	O,S
Om beboer tilbys dagsentertilbud	Fagsystem	Ja/nei	*Egnet med andre	H,O,S
Antall plasser på dagsentertilbud, sykehjem	Fagsystem	Antall plasser i forhold til antall beboere på sykehjem	Velegnet	S
Antall plasser på dagsentertilbud, hjemmetjenesten	Fagsystem	Antall plasser i forhold til antall tjenestemottakere av hjemmetjeneste	Velegnet	H,O
Døende med samtale i terminalfasen	Fagsystem	Andel av alle døde som har samtale med pleier i terminalfasen/tilbud om samtale med pleier	Kan være egnet	H, O
Dødsfall, ikke alene	Fagsystem	Andel av alle døde som ikke dør alene (pårørende eller pleiere)	Kan være egnet/ usikker relevans	H, O
Pårørende av døde med sluttsamtale med pårørende	Fagsystem	Andel av døde hvor pårørende får sluttsamtale/tilbud om sluttsamtale	Kan være egnet	H, O

* Indikator egner seg godt sammen med tilsvarende andre indikatorer

Tjenestetilbudet til personer med psykisk utviklingshemming bærer preg av å dreie seg om tilstandsomsg. Det betyr at forslagene til indikatorer dreier seg om å måle egenskaper ved

tjenesteproduktet, dvs. produktkvalitet. Ambisjonene har videre vært å fange opp så mye som mulig av relevante egenskaper ved tjenesten. Et samlet sett indikatorer som måler de fleste eller de viktigste sidene ved produktet, vil således kunne betraktes som et substitutt for mål på resultat-kvalitet.

Denne tjenesten bærer også preg av at deler av tjenestene vil ha relevans for de fleste brukerne, mens andre sider ved tjenestene vil bare ha relevans for noen brukergrupper. Det siste tilsier at det kan være misvisende å måle produktkvalitet på individnivå, dvs. i form av andel brukere som mottar et tilbud. De foreslåtte indikatorene er derfor dels mål på individnivå (som andel av alle brukere) og dels på tjenestenivå (indikatorer som forteller om kommunen har eller ikke har det aktuelle tilbudet). Med andre ord, indikatoren som måles på individnivå, vil ha gyldighet dersom den anses å være aktuell for alle beboere, mens indikatoren på tjenestenivå er aktuell der målet kun har relevans for enkelte beboere.

Tabell 5.6: Indikatorer for psykisk utviklingshemmede

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
<i>Mål på individnivå:</i>			
Om beboere har nøkkel til egen leilighet	Fagsystem	% av alle beboere	Egnet med andre
Om beboerne har innflytelse over maten som serveres	Fagsystem	% av alle beboere	Egnet med andre
Om beboer har egen postkasse	Fagsystem	% av alle beboere	Egnet med andre
Om beboer kan ta imot gjester etter 21.00	Fagsystem	% av alle beboere	Egnet med andre
Om beboer tilbys minst en aktivitet per dag	Fagsystem	% av alle beboere	Egnet med andre
Om trusler eller vold mot beboere ikke har forekommet de siste seks månedene	Fagsystem	% av alle beboere	Egnet med andre
<i>Mål på tjenestenivå:</i>			
Om beboere har mulighet til å spise sammen	Fagsystem	Ja/nei	Egnet med andre
Deltakelse i arbeidsrettede tiltak	Fagsystem	Ja/nei	Egnet med andre
Beboere med funksjonsnedsetting har tilgang til kokemuligheter samt dusje eller baderom.	Fagsystem	Ja, delvis, nei	Egnet med andre

Har kommunen et dokumentert oppfølgingssystem for innsats på individnivå for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Fagsystem	Ja/nei	Må utarbeide definisjon
Bedriver kommunen oppsøkende virksomhet for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Fagsystem	Ja/nei	Må utarbeide definisjon
Har kommunen skriftlige rutiner for å opprette individuell plan?	Fagsystem	Ja/nei	
Kan kommunen tilby plass i sosiale kooperativer/fontenehus eller liknende med individuell oppfølging?	Fagsystem	Ja/nei	Usikker relevans
Finnes det åpen virksomhet i kommunen i form av for eksempel sosiale møteplasser for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Fagsystem	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbys strukturert sysselsetting for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Fagsystem	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbys støtte til studier for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Fagsystem	Ja/nei	Usikker relevans

Kommunenenes psykiske helsearbeid vil både ha preg av å dreie seg om behandlingsomsorg og tilstandsomsg. Vi har likevel argumentert for at det er mest hensiktsmessig – sett fra et kommunalt nivå – å betrakte den som tilstandsomsg. Bl.a. har dette sammenheng med at behandlingsomsorgen for en stor del av brukergruppene vil foregå innenfor spesialisthelsetjenesten. Det betyr at vi også her primært har tatt for oss egenskaper ved tjenestetilbudet. I og med at det her er lite standardiserte egenskaper ved tjenestene som gjelder for alle brukergrupper, innebærer det at de fleste indikatorene måles på tjenestenivå. Unntaket er mål på tilgjengelighet, et aspekt ved tjenestene som vil gjelde alle. Tilgjengelighetsmålene er derfor mål på individnivå og de øvrige på tjenestenivå.

Tabell 5.7: Indikatorer for psykisk helsearbeid

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
<i>Tilgjengelighet:</i>			
Saksbehandlingstid	Fagsystem	Andel saker med varighet over x antall uker	Velegnet
Iverksettingstid	Fagsystem	Andel saker med varighet over x antall uker	Velegnet
Tilbud om akuttjeneste	Fagsystem	Ja/nei	Velegnet
<i>Egenskaper ved tjenesten:</i>			
Tilbud om individuell samtale/terapi med psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbud om gruppesamtaler/familiesamtaler	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbud om oppsøkende virksomhet av psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbud om støttekontakt	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbud om avlastningstiltak for pårørende/barn med syke foreldre	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Miljøarbeidertjenester	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Dagsentertilbud, grønn omsorg eller annet aktivitetstilbud tilpasset personer med psykiske helseplager	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Bolig for personer med psykiske helseplager	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Boveiledning	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbud om individuell plan	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre

Tilbud om egen koordinator som samordner tilbudet fra ulike kommunale og statlige tjenester	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre
Tilbud om samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter	Fagsystem/egen rapportering	Ja/nei	Egnet med andre

5.2. Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Indikatorer benyttet av SSB

For helsestasjon/skolehelsetjenesten finnes det i dag rapportert gjennomføringsgrad av planlagte kontroller (eks. spedbarn, barn ved 2-3 års alder etc.), fødselsforberedende kurs og svangerskapskontroller. Disse indikatorene gir en god kvantitativ beskrivelse av en del av tjenesteomfanget i sektoren. Det er grunn til å tro at en kommune med relativt høy gjennomføringsgrad av kontroller i større grad vil kunne drive god forebyggende aktivitet. Samtidig finnes det i KOSTRA ingen mål på resultatoppnåelsen av det forebyggende arbeidet. Likevel vil disse indikatorene være gode styrings- og målindikatorer. Til eksempel vil en kommune få informasjon om gjennomføringsgraden i andre kommuner, gjerne sammenliknbare kommuner, noe som vil vise om det kvantitative omfanget av kontroller etc. i deres kommune er relativt lavt og om det følgelig bør iverksettes tiltak for å øke gjennomføringsgradene.

Helsestasjon for ungdom skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud. I KOSTRA rapporterer kommunene gjennomsnittlig åpningstimer pr uke helsestasjon for ungdom. Et problem med denne indikatoren er at den ikke nødvendigvis måler tilgjengeligheten korrekt ettersom indikatoren vil si at en kommune med én helsestasjon har et mer tilgjengelig tilbud enn en lik kommune med flere helsestasjoner med litt kortere åpningstid. Som en utvidelse av denne indikatoren foreslås det at man f.eks. multipliserer med antall stasjoner. For å gjøre indikatoren sammenlignbar mellom kommuner bør dette ses i sammenheng med målgruppe, normalt ungdom i alderen 13 til 20 år.

Forslag fra KS

- 1) Andel henvendelser som følges opp i løpet av et gitt antall dager
- 2) Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – helsestasjon
- 3) Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – skolehelsetjenesten
- 4) Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – fysio/ergotjenesten
- 5) Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale helsestasjon
- 6) Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale skolehelsetjenesten
- 7) Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale fysio/ergotjenesten
- 8) Andel ungdom som har oppsøkt helsestasjon for ungdom (eventuelt i ulike aldergrupper)
- 9) Andel barn i oppfølgingsgrupper som overføres til gruppe som krever mindre oppfølging av helsesøster
- 10) Andel barn som når avtalte vektmål

Barn, ungdom og gravide som henvender seg til helsestasjonene vil naturlig ønske at deres henvendelse blir fulgt opp så raskt som mulig. På tross av at dette egentlig klassifiseres som produktkvalitet, mener vi dette vil være en god indikator siden kort behandlingstid vil oppfattes som positivt for brukerne. Så langt vi kan se er det ingen generell frist som gjelder for de ulike tjenestesegment slik at hver enkelt kommune vil kunne definere en egen frist som de mener er hensiktsmessig å forsøke å holde. For at en slik rapportering skal være mulig må det i fagsystemene registreres dato for henvendelse og dato for når dette er fulgt opp. Dette vil være informasjon som vil kunne benyttes som et styringsverktøy for tjenesteprodusentene. I tillegg vil en slik indikator også kunne benyttes til å analysere forskjeller mellom kommuner gitt at kommunene har samme definisjon på akseptabel ventetid. En potensiell indikator som kan gjøre sammenligning mellom kommuner enklere er å rapportere gjennomsnittlig antall dager før en henvendelse blir fulgt opp.

Avlyste besøk (forslagene 2-4) kan indikere dårlig kvalitet ved tilbudet. Det er i alle fall nærliggende å tro at dette oppleves som dårlig kvalitet for brukeren. Samtidig kan avlyste besøk skyldes at tjenesteyter må avlyse fordi personale/lokaler må gjennomføre nye oppgaver som ikke var avklart på avtaletidspunkt og som prioriteres høyere. I disse tilfellene kan avlyste besøk i praksis være god tjenestekvalitet. Hvis slike avlysninger ikke telles med er trolig indikatorene mer hensiktsmessig i å indikere manglende/dårlig kvalitet ved tjenestene. For å registrere dette i

fagsystem bør det derfor kunne registreres om besøk er utført, avlyst grunnet omprioritering eller avlyst av andre grunner (til eksempel sykdom).

Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale, forslagene (5-7), er i likhet med oppfølgingstid en indikator på produktkvalitet, men må på samme måte kunne tolkes som en potensielt god indikator. Samtidig vil det være viktig å kunne skille ventetiden for timebestilling fra ventetiden for ordinært oppsatte kontroller/timer siden dette er timer som normalt er avtalt lang tid i forveien og etter fastsatte tidspunkt (til eksempel 2-3 årskontroll for barn). Også dette vil måtte registreres i et fagsystem.

Helsestasjon for ungdom skal være et tilgjengelig tilbud for målgruppen. I forslag (8) foreslår KS en indikator som forteller i hvilken grad tilbudet er benyttet. Dette er en objektiv indikator som måler resultat-kvalitet, gjennom i hvor stor grad tjenesten benyttes. Det vil også være en indikasjon på hvorvidt kommunen når ut til målgruppen med sitt forebyggende arbeid. Det er derimot mer uklart hvorvidt den måler kvaliteten ved tjenesten. En kommune med mange besøk fremfor en kommune med relativt lite besøk behøver nødvendigvis ikke å skyldes forskjeller i kvaliteten ved tjenesteproduksjonen, men kan skyldes forskjellig behov mellom ungdomsgruppene i hver enkelt kommune. En slik indikator bør trolig derfor kun brukes som en styringsindikator til å se utviklingen over tid innad i hver enkelt kommune. Da kan indikatoren indikere i hvilken grad man faktisk driver forebyggende virksomhet rettet mot ungdom.

Som et mål på å nå målene i Stortingsmelding 20, hvor den nasjonale strategien skal være å utjevne sosiale helseforskjeller, skal kommunene tidlig identifisere og yte god oppfølging av barn i risikogrupper og øke tilgjengeligheten til skolehelsetjenesten. Alle barn blir plassert i ulike oppfølgingsgrupper hvor hver gruppering gir en indikasjon om i hvilken grad barna har særskilte behov eller ikke. Oppfølgingsgruppene er delt inn i fem ulike nivå, 0-4. De fem gruppene er:

Gruppe 0: Barn uten avvik

Gruppe 1: Barn med behov for tettere oppfølging av helsestasjon

Gruppe 2: Barn med behov for henvisning til annen instans

Gruppe 3: Barn med sammensatte problemer m.m.

Gruppe 4: Barn med funksjonshemming, kronisk sykdom m.m.

KS sitt forslag (9) om å lage resultatkvalitetsindikator basert på andelen av barna som flyttes til en gruppe hvor behovet for oppfølging er definert å være lavere kan være en god og formålsnyttig indikator. En innvending mot denne indikatoren er at mange av barna utvikler seg naturlig og at mindre behov for oppfølging dermed ikke bør tilskrives den kommunale tjenesteproduksjonen. Spesielt for barn med funksjonshemming eller kronisk sykdom vil det trolig ikke være aktuelt å kategorisere til en gruppe som krever mindre oppfølging. Barna i gruppe 2 blir henvist til annen instans og vil dermed ikke måle forebyggende arbeid i denne sektoren. Slik sett vil trolig en indikator for andelen barn i oppfølgingsgruppe 1, og trolig 3, som flyttes til oppfølgingsgruppe 0 være den mest hensiktsmessige indikatoren. En slik indikator vil kunne benyttes både for helsestasjon for barn og skolehelsetjenesten.

En mulig utvidelse basert på informasjonen om oppfølgingsgrupper er gjennomsnittlig varighet et barn er kategorisert til eksempel i gruppe 1. Jo raskere et barn ikke har behov for oppfølging, jo bedre vil dette trolig være for barnet og således være et godt mål på resultatkvalitet.

I henhold til nye retningslinjer skal barn måles og veies. I *Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* utgitt av helsedirektoratet er det definert bekymringsgrenser som vedrører barns vekt. Overvekt medfører en økt helserisiko også for barn og er et problem man ønsker mindre omfang av. KS foreslår derfor at andelen barn som når avklarte vekt mål bør være en indikator på god forebygging innen helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hvis målene/kriteriene definert av Helsedirektoratet benyttes kan dette være en god objektiv indikator. Samtidig skal ikke barn nødvendigvis slankes, men helst vokse seg inn i sin vekt. I fagsystemene bør det derfor være en mulighet til å definere «sunnere» mål for de enkelte barna. En slik måloppnåelse vil derimot bli en mer subjektiv indikator, men gitt at personalet ved helsestasjonen og skolehelsetjenesten besitter god kompetanse kan trolig dette være en bedre indikator enn strengt objektiv måloppnåelse. Også for en slik indikator vil man møte innvendingen om hvorvidt dette bør tilskrives sektoren eller om det til eksempel skyldes naturlig utvikling hos barnet og således er mer et mål på innbyggernes helsetilstand enn god helseproduksjon. I samtale med helsepersonell ble det argumentert mot denne indikatoren fordi oppfølging av overvektige gjerne følges opp av spesialhelsetjenesten, og vil således være en mer aktuell indikator for denne tjenesten.

Andre indikatorer

I KOSTRA rapporteres antall hjemmebesøk og kontroller innen 8-uker, 2-3 år, 4 år og innen utgangen av 1. skoletrinn. I henhold til veilederen *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* bør kommunene også gjennomføre en rekke andre kontroller. I fagsystemene registreres dette og kan hentes ut på samme måte som kontrollene publisert i KOSTRA. En rapportering av frekvensen også for disse kontrollene vil i mye større grad synliggjøre behovsdekningen og tjenestenivået som ytes i sektoren enn hva tilfellet er i dag.

I den samme veilederen er det også en detaljert gjennomgang av de somatiske helseundersøkelser som bør gjennomføres og de temaer man skal veilede ved hver type kontroll. I fagsystem ligger til eksempel disse undersøkelsesaspektene som standard rapporteringsfelt for hver type kontroll/undersøkelse, og hvorvidt dette er utført. En indikator som kan indikere kvaliteten ved forebyggingen til tjenesten er hvorvidt alle anbefalte somatiske helseundersøkelser er gjennomført ved hver enkelt kontroll. En indikator kan da være andelen kontroller for hver type kontroll hvor alle anbefalte somatiske undersøkelser er foretatt. Eventuelt kan man benytte gjennomsnittet av antall kontrollerte/undersøkte aspekt i forhold til alle anbefalte undersøkelsesaspekt for hver type kontroll.

Helsestasjoner og skolehelsetjenesten skal bedrive forebyggende arbeid. Dette innbefatter også ungdoms seksualhelse. I Storbritannia benyttes fravær av klamydia blant ungdom (15-24 år) som et mål på god forebygging av de offentlige tjenesteprodusentene. I Norge registreres antall nye tilfeller av seksuelt overførbare sykdommer av Folkehelseinstituttet. Denne informasjonen er offentlig tilgjengelig på aldersgrupper og kjønn etter fylker og totalt antall tilfeller i de enkelte kommunene. Det bør derfor være mulig å bestille denne informasjonen også etter aldersgrupper i hver enkelt kommune. Fravær av seksuelt overførbare sykdommer må kunne sies å være en objektiv resultatindikator for kommunenes forebyggende virksomhet. Dette kan være en indikator for måloppnåelse i hver enkelt kommune hvor det bør være greit å tolke ut fra en tidsserie. Derimot vil en sammenligning mellom kommuner åpenbart kreve at resultatene korrigeres for sosioøkonomiske variable. I første rekke vil trolig indikatoren være mest aktuell som en input til sektoren om problemets omfang og hvorvidt man bør styrke forebyggingen på dette området.

Folkehelseinstituttet har også informasjon om røyking ved graviditet. Effekten av å røyke ved graviditet har en veldokumentert negativ påvirkning på barnas helse. Røykeopplysninger registreres på helsekortet i forbindelse med svangerskapskontrollene, dersom den gravide samtykker til det. En potensiell målindikator på helsesentrenes forebyggende virksomhet kan derfor tenkes å være antall gravide som slutter å røyke gjennom svangerskapsperioden i forhold til hvor mange som røykte ved svangerskapets begynnelse. Også i dette tilfellet bør man være varsom med å sammenligne mellom kommuner da korrigering for sosioøkonomiske variabler er avgjørende, mens en sammenligning på kommunenivå over tid ikke bør være like problematisk. I samtale med personer fra sektoren er deres mening at en slik indikator kan være god input for å se utviklingen over tid, men at den kan være problematisk som en indikator på resultat kvalitet ved tjenesten. Kunnskapen om røyking ved graviditet er godt kjent blant folk og man opplever at enkelte gravide røykere slutter å møte på kontroller ved helsestasjon hvis temaet adresseres gjentakende ganger.

Öppna jämförelser i Sverige fokuserer også på røyking ved graviditet og klamydia i sine statistikker på folkehelse. I tillegg diskuteres også her mulighetene for å benytte annen statistikk fra det som i Sverige blir det norske svaret på Folkehelseinstituttet, til eksempel øvrige seksuelt overførbare sykdommer. For øvrig ser det ikke ut til at det foreligger andre svenske resultat kvalitetsindikatorer som kan overføres til vår egen helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Som i øvrige sektorer er det naturlig at man utnytter avvikssystem. Hvilke avvik som skal rapporteres er opp til kommunene selv å bestemme ettersom avvikssystemene er fleksible i forhold til å registrere type avvik og kategoriseringen av alvorligheten. Et godt eksempel hentet fra en av kontaktkommunene er rapportering av etterslep i forhold til kontroller. Hvis et barn ikke har fått gjennomført en oppsatt kontroll innen akseptabel tid får ansvarlige personer beskjed om dette og kan iverksette undersøkelser og tiltak basert på denne rapporteringen. Andre aspekt det kan være nyttig å rapportere avvik om er til eksempel alvorlige hendelser i forbindelse med vaksinasjon.

Oppsummering

Tabell 5.8 gir en oversikt over foreslåtte indikatorer, datakilde, definisjon og i hvilken grad den er et velegnet mål på resultatkvalitet. I helsestasjon og skolehelsetjenesten foreslås det en rekke nye indikatorer som er velegnet til å si noe om resultatkvaliteten ved tjenesten. I dagens rapportering finnes det strengt tatt ingen indikatorer som indikerer god forebygging. Her skisseres det muligheter til å utnytte barn i oppfølgingsgrupper og med vektavvik for å si noe om forebygging, men samtidig innehar disse indikatorene elementer som kan være problematiske.

Tabell 5.8: Indikatorer helsestasjon og skolehelsetjenesten

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
Tilgjengelighet			
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale helsestasjon	Fagsystem		Velegnet
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale skolehelsetjenesten	Fagsystem		Velegnet
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale fysio/ergotjenesten	Fagsystem		Velegnet
Andel henvendelser som følges opp i løpet av et gitt antall dager Eventuelt gjennomsnittlig oppfølgingstid	Fagsystem	Antall henvendelser som følges opp i løpet av x dager dividert på antall henvendelser	Velegnet
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – helsestasjon	Fagsystem	Antall avtalte møter ved helsestasjon som avlyses av tjenesteyter i forhold til antall avtalte møter ved helsestasjon	Velegnet
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – skolehelsetjenesten	Fagsystem	Antall avtalte møter ved skolehelsetjenesten som avlyses av tjenesteyter i forhold til antall avtalte møter ved skolehelsetjenesten	Velegnet
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – fysio/ergotjenesten	Fagsystem	Antall avtalte møter ved fysio/ergotjenesten som avlyses av tjenesteyter i forhold til antall avtalte møter med fysio/ergotjenesten	Velegnet

Omfang av kontroller og besøk			
Antall utførte kontroller fordelt på alle anbefalte helsestasjonsprogram	Fagsystem	Dette vil være naturlig å relatere til antall personer i målgruppen	Velegnet
Somatiske undersøkelser gjennomført for hvert enkelt helsestasjonsprogram	Fagsystem	Antall kontroller/undersøkelser for hvert enkelt helsestasjonsprogram hvor alle anbefalte somatiske helseundersøkelser er gjennomført dividert på alle kontroller/undersøkelser. (Eventuelt gjennomsnittet av antall somatiske undersøkelser gjennomført dividert på antall anbefalte somatiske undersøkelser i henhold til veilederen)	Velegnet
Andel ungdom som har oppsøkt helsestasjon for ungdom (eventuelt i ulike aldergrupper)	Fagsystem		Velegnet
Måloppnåelse			
Andel barn i oppfølgingsgruppene 1 og 3 som overføres til gruppe 0 (eventuelt gruppe som krever mindre oppfølging av helsesøster) Eventuelt også: Gjennomsnittlig varighet i oppfølgingsgruppe	Fagsystem	Antall barn i oppfølgingsgruppe x som i løpet av perioden har blitt flyttet til gruppe y (hvor $y < x$), eventuelt gruppe 0	Velegnet
Andel barn som når avtalte vekt mål	Fagsystem	Andel barn som når avtalte vekt mål	Potensiell indikator
Fravær av klamydia	Folkehelse-instituttet	1 - (antall nye klamydiatilfeller dividert på antall personer i målgruppen) Eventuelt kun en ren rapportering av antall	Velegnet som input til om innsats bør styrkes
Røykekutt blant gravide	Folkehelse-instituttet	Antall gravide som slutter å røyke gjennom svangerskapsperioden dividert på antall som røykte ved svangerskapets begynnelse	Potensiell indikator
Avvik i tjenesten			
Antall alvorlige hendelser	Avviks-system		Potensiell indikator

5.3. Sosialtjenesten

Det er nødvendig å avgrense sosialtjenesten på samme måte som helse- og omsorgstjenesten. Det som tidligere er omtalt som sosialtjenesten, sorterer i dag dels under Nav og dels under helse- og omsorgstjenesten. I denne sammenheng avgrenses tjenesten til å gjelde personer som mottar økonomisk sosialhjelp, samt tjenester i form av aktive tiltak og økonomisk rådgivning. Det innbefatter dermed de sosiale tjenestene som faller inn under lov om sosiale tjenester i Nav.

Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. I loven er det også definert et sett oppgaver: gi opplysning, råd og veiledning; yte stønad til livsopphold; bidra til å finne midlertidig botilbud til dem som ikke klarer dette selv; og tilby kvalifiseringsprogram for personer i yrkesaktiv alder med vesentlig nedsatt arbeids- og inntektsevne. I tillegg står det at tjenesten skal samarbeide med andre deler av forvaltningen.

Denne delen av sosialtjenesten bærer preg av at brukerne skal gjennom en prosess der målet er at brukerne av tjenesten skal bli økonomisk selvstendige. Tjenesten bærer således preg av å være en behandlingsomsorg mer enn tilstandsomsg. "Behandlingsprosessen" vil bestå av ulike tilbud som råd og veiledning, økonomisk stønad og aktive tiltak. Innenfor denne tjenesten er det på generelt grunnlag også mulig å definere et resultatmål, dvs. at brukerne av tjenesten oppnår økonomisk selvstendighet. I og med at en stor del av brukerne er personer som mottar statlige livsoppholdsyttelser (primært uførepensjon), men som supplerer dette med økonomisk sosialhjelp, vil resultatmålet kun gjelde de som er i arbeidsdyktig alder uten varige nedsatte funksjonshemminger. Med andre ord er det hensiktsmessig å ekskludere personer som har økonomisk sosialhjelp som supplerende ytelse til uføretrygd eller alderspensjon.

I gjennomgangen nedenfor har vi kommentert kvalitetsindikatorene som benyttes av SSB, indikatorer som er foreslått av KS, og til slutt gjennomgått ulike indikatorer fra Sverige.

Indikatorer benyttet av SSB

SSB benytter seks indikatorer for å måle kvalitet i sosialtjenesten. Dette dreier seg om nivået på stønaden, anvendelse av brukerundersøkelser, hvorvidt bruker har fått utarbeidet individuell plan, hvorvidt bruker har egen koordinator og to indikatorer som sier noe om stønadslengden. I og med at formålet her er å finne objektive mål på kvalitet, omtales ikke indikatoren for brukerundersøkelser.

Tabell 5.9: Indikatorer i sosialtjenesten, utviklet av SSB

Andel av de statlig veiledende utgiftene som inngår i den kommunale stønadsnormen	
Har kommunen i løpet av det siste året gjennomført en egen brukerundersøkelse	Prosess
Andel av sosialhjelpsmottakere som har fått utarbeidet individuell plan	Produkt
Andel sosialhjelpsmottakere som har fått oppnevnt koordinator for individuell plan	Produkt
Andel sosialhjelpsmottakere med stønad i 6 måneder eller mer	Resultat
Gjennomsnittlig stønadslengde	Resultat

Den første indikatoren om andelen av de statlige veiledende utgiftene som inngår i den kommunale stønadsnormen, må ses i lys av hvordan stønaden utmåles. Det er opp til den enkelte kommune å fastsette de kommunale stønadsnormene. Dette gjelder også hvilke utgiftskomponenter som skal inngå i normen. Det betyr at en kommune kan ha lave satser, men samtidig få utgiftskomponenter som inngår i satsen (for eksempel mat og klær). I slike tilfeller vil behov for stønad til andre utgifter enn de som inngår i satsen vurderes individuelt. Alternativt kan kommunen velge å operere med høyere satser der flere utgiftskomponenter inngår, dvs. at det er få eller ingen komponenter som vurderes etter individuelle behov. SSBs kvalitetsindikator måler hvor stor del av utgiftskomponentene som inngår i den generelle stønadsnormen, dvs. hvor mye av utgiftskomponentene som ikke vurderes individuelt.

Denne indikatoren måler kvalitet i den forstand at den sier noe om hvor stor eller liten grad av skjønnsvurdering som ligger bak utbetaling av sosialhjelp. Jo høyere andel av utgiftene som inngår i stønadsnormen, desto mindre vurderes etter individuelle behov av sosialtjenesten. En høy

verdi på denne indikatoren vil for mottakerne kunne oppleves å gi økt selvstendighet. På den andre siden griper denne indikatoren inn i det sosialfaglige arbeidet og faktisk også det lokale selvstyret. Den skjønnsmessige vurderingen av individuelle behov vil kunne fungere som et sosialpolitisk virkemiddel med tanke på å stimulere brukerne til økonomisk selvstendighet. Det kan derfor hevdes at indikatoren i større grad måler en bestemt type sosialfaglig metodikk mer enn kvalitet som sådan.

Informantene vi har vært i kontakt med gir generelt sett støtte til disse vurderingene. Med andre ord gis det uttrykk for at denne indikatoren i liten grad sier noe om kvaliteten på tjenestene. Det er samtidig en viss uenighet om hvorvidt en standardisert sats som inkluderer mange utgiftskomponenter er et gode eller ikke. Bl.a. vises det til at ulike grupper har ulike behov, noe en slik indikator ikke tar hensyn til.

SSB har også to indikatorer som sier noe om selve tjenestetilbudet, dvs. produktet. Dette gjelder andelen som har individuell plan og andelen brukere med koordinator for individuell plan. Begge deler kan si noe om kvaliteten på tjenesten. Et hovedproblem med begge disse indikatorene er imidlertid at det ikke er alle brukere som har behov for individuell plan eller koordinator. En stor gruppe sosialhjelpsmottakere er for eksempel uførepensjonister som har sosialhjelp som supplerende ytelse. En høy verdi på denne indikatoren vil således kunne innebære en uhensiktsmessig ressursbruk, dvs. bruk av ressurser på personer uten behov. Rent teoretisk kan en for høy skåre på disse indikatorene faktisk indikere noe negativt i den forstand at det kan bety at sosialtjenesten i for stor grad griper inn i enkeltpersoners liv. Hva som er et optimalt mål på denne er derfor usikkert og avhenger av at man kjenner behovet. En slik indikator må derfor ha en annen nevner enn alle stønadsmottakere. Siden retten til individuell plan gjelder personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, bør nevneren begrenses til de brukerne som faller inn under denne definisjonen. Dette kan for eksempel være langtids sosialhjelpsmottakere med økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde. Eventuelt kan behovet for individuell plan og koordinator defineres skjønnsmessig. Det betyr at nevneren baseres på en mer subjektiv vurdering av behovet til den enkelte. En svakhet her vil være at behovet ikke nødvendigvis bestemmes av mottakerens situasjon (behov for koordinerte tjenester), men av hvor mange som faktisk får individuell plan.

Informantene vi har kontaktet støtter også disse vurderingene. Et mål på hvor mange som har individuell plan må med andre ord vurderes i forhold til den enkeltes behov. Til tross for at det i loven er forholdsvis klart definert hvem som har rett til individuell plan, vil det ifølge en informant, likevel være en viss grad av skjønnsvurdering som ligger til grunn for vurderingen av hvem som får utarbeidet individuelle planer. Det er således en fare for at de som faktisk får en individuell plan også er de som er vurdert å ha behov for en slik.

Som antydnet over underbygger informantene antakelsen om at det kan være vanskelig i praksis å skille mellom de som etter loven har behov for individuell plan/koordinator og de som i praksis får dette. Løsningen på denne problemstillingen kan enten være at man innenfor sosiale tjenester i NAV utarbeider klarere definisjoner for hvem som har rett til individuell plan (for eksempel langtidsmottakere med behov for andre tjenester enn det NAV tilbyr). Alternativt kan man tenke seg en ordning hvor man skiller rollen med å vurdere behov for plan og rollen med å utarbeide planer. I begge tilfeller vil dette imidlertid gripe inn i arbeidsrutinene ved NAV-kontorene, noe vi anser ligger utenfor rammene for dette prosjektet.

SSB har også to indikatorer som kan betraktes som resultatindikatorer. Dette gjelder andelen langtidsmottakere (med stønad over 6 måneder) og gjennomsnittlig stønadslengde. Siden økonomisk sosialhjelp i utgangspunktet er en midlertidig ytelse og målet er gjennomstrømning, vil begge disse indikatorene si noe om dette. Et hovedproblem er imidlertid at begge indikatorene vil påvirkes av andre eksterne faktorer. Dette kan enten være sosiale forhold i kommunen eller bruken av statlige trygdeordninger. Relevante sosiale faktorer kan for eksempel være demografiske forhold (alderssammensetning), ledighetsnivå, utdanningsnivå eller næringsstruktur. Bruken av statlig stønad eller trygdeordninger vil også kunne påvirke, dvs. bruken av ordninger som kvalifiseringsprogrammet, terskelen for bruk av andre arbeidsmarkedstiltak eller terskelen for uføretrygd. Lave terskler for å motta slike stønader, vil med andre ord påvirke både andelen langtidsmottakere og gjennomsnittlig stønadslengde på sosialhjelp. I tillegg vil andelen langtidsmottakere av sosialhjelp også påvirkes av hvor mange som mottar sosialhjelp som supplement til andre trygdeordninger, herunder også alderspensjon. Det vil derfor være vanskelig å vurdere hvorvidt denne indikatoren reflekterer sosiale utfordringer i en kommune, bruken av andre trygdeordninger eller egenskaper ved selve sosialtjenesten. Dette måleproblemet gjelder både ved sammenligninger over tid innenfor en og samme kommune og på tvers av kommuner.

Informantene fra de sosiale tjenestene støtter opp under vurderingene av de to nevnte indikatorene. Det pekes på at begge anvendes per i dag, men at de dels påvirkes av tjenesten og dels av andre utenforliggende forhold. Ifølge informantene sier disse derfor lite om kvaliteten på selve tjenestene.

Som et alternativ til å måle andelen langtidsmottakere og gjennomsnittlig stønadslengde, foreslår en av informantene fra NAV å registrere andelen passive brukere, dvs. sosialhjelpsmottakere som ikke mottar aktivitetstiltak fra NAV eller kommunen for øvrig, eventuelt også helserelaterte tiltak. Et slikt mål vil dermed kunne si noe om produktkvaliteten, men ikke nødvendigvis resultatkvalitet. Dette har sammenheng med at høy aktivitet i seg selv ikke nødvendigvis sammenfaller med god gjennomstrømning. Stor grad av tiltaksaktivitet blant for eksempel korttidsmottakere av sosialhjelp kan for eksempel bidra til såkalte innelåsingseffekter, dvs. at deltakerne "låses" inne i tiltaksaktivitet fremfor å søke eller ta ordinært arbeid. Samtidig vil aktivitet i seg selv være et gode for mange av de som mottar økonomisk sosialhjelp.

Generelt kan vi konkludere med at kvalitetsindikatorene som SSB benytter har større eller mindre svakheter ved seg. Dels dreier dette seg om at de måler andre forhold enn kvalitet (andel stønadskomponenter i kommunal norm), dels om at indikatoren ikke er lineær (individuell plan og koordinator) og dels at det er andre forhold som påvirker indikatoren (stønadslengde). I forhold til indikatorene for individuell plan og koordinator, vil problemet kunne løses ved å utforme en mer presis nevner. Det vil si at man utarbeidet er mål på hvor mange som har et faktisk behov for individuell plan og koordinator. Disse indikatorene vil imidlertid dreie seg mer om produktkvalitet enn om resultatkvalitet. For å kunne benytte indikatorene for stønadsvarighet som en kvalitetsindikator, vil det være nødvendig å justere for variasjoner i sosiale forhold og bruken av andre statlige stønadsordninger.

Forslag fra KS

Tabell 5.10: Indikatorer i sosialtjenesten, utviklet av KS

Andel nye brukere som har fått gjennomgang og rådgivning av egen økonomi	Produkt
Andel gjeldsrådgivningssaker ved inngangen av året som er avsluttet ved utgangen	Produkt/resultat
Andel søknader om økonomisk sosialhjelp med sakstid under x dager	Produkt
Mottakere (18-24) som kommer i arbeid/skole/annen aktivitet	Resultat
Mottakere (24-66) som kommer i arbeid/skole/annen aktivitet	Resultat
Andel brukere som når avklarte tiltaksmål*	Resultat

Forslagene til KS inneholder seks indikatorer, hvorav tre eller fire kan betraktes som resultat-indikatorer.

Den første som gjelder andel som mottar økonomisk rådgivning, må betraktes som en produkt-indikator, dvs. at den sier noe om hvor mange som mottar en bestemt tjeneste, men ikke noe om resultatet av tjenesten. I sosialtjenesten kan vi skille mellom to typer gjeldsrådgivning. Den ene typen vil dreie seg om generell veiledning av saksbehandler og den andre om mer spesialisert rådgivning i regi av egen gjeldsrådgiver. Vi antar at det her dreier seg om sistnevnte tjeneste. Utfordringen med denne indikatoren er at behovet for gjeldsrådgivning ikke nødvendigvis gjelder alle nye brukere. Det betyr i praksis at nevneren bør gjelde personer med behov for gjeldsrådgivning. Økonomisk rådgivning vil også bare være en deltjeneste som må prioriteres i forhold til andre deltjenester i sosialtjenesten. Ensidig måling av økonomisk rådgivning kan resultere i uhensiktsmessig vridning av oppgaver.

Den neste indikatoren gjelder avsluttede gjeldsrådgivningssaker. Her vil det være mulig å definere et mål for tjenesten, dvs. at mottakeren får avtaler om betaling av gjeld som er mulig å håndtere innenfor gitte økonomiske rammer (bærekraftig betalingsordning). I den grad indikatoren skal betraktes som en resultatindikator, vil ”avsluttede saker” måtte avgrenses til saker som er endt opp med en bærekraftig betalingsordning.

Ifølge en informant fra sosialtjenesten, er gjeldsrådgivning ikke bare viktig i seg selv, men også viktig for andre tjenester. Bl.a. vises det til at en del andre tjenester forutsetter at gjeldsproblematikk er ordnet opp i før man starter behandling:

”Jeg opplever at de fleste samarbeidspartnere som spesialist helsetjenesten, rusomsorgen osv. har et stort behov for dette [gjeldsrådgivning] i sin behandling av brukere. ... Min erfaring er at flere behandlere ikke påbegynner behandling før økonomien er ryddet opp i.

Bl.a. vises det her til at rusomsorgen forutsetter at eventuell gjeldsproblematikk er ordnet opp i før det er hensiktsmessig med behandling. Informanten peker samtidig på at det å motta gjeldsrådgivning ikke er ensbetydende med det å få en betalingsordning eller det å bli gjeldfri. Med dette antydes det at gjeldsrådgivningstjenesten kan være god, uten at man av den grunn kommer frem til løsninger i alle saker. Resultatet av en gjeldsrådgivningssak vil med andre ord ikke bare være et produkt av kvaliteten på tjenesten, men også sakens art og personen som innehar gjeld. Ifølge en av informantene vil det være forholdsvis enkelt å måle både behovet for gjeldsrådgivning og hvor mange som mottar, men vanskelig å måle kvaliteten på tjenesten. I og med at denne tjenesten ser ut til å ha stor betydning både for dem det gjelder og andre tjenester, er det likevel grunn til å vurdere nærmere om og eventuelt hvordan den kan anvendes. Et skritt på veien kan være å måle hvor mange som har behov, i tillegg til hvor mange som faktisk mottar slike tjenester.

Den tredje indikatoren gjelder varigheten på økonomisk sosialhjelp. I og med at økonomisk sosialhjelp skal være en korttidsytelse, er varigheten på ytelsene et godt mål på tjenesten. Som nevnt over er det imidlertid to svakheter ved dette målet. For det første vil det være personer som har supplerende sosialhjelp til varige statlige ytelser, noe som vil påvirke indikatoren. Nevneren bør derfor være personer med sosialhjelp som hovedinntektskilde. For det andre vil indikatoren – dvs. graden av langtidsmottakere – påvirkes av utenforliggende sosioøkonomiske faktorer. Det vil derfor være nødvendig å justere for slike faktorer. Som nevnt over peker også informantene fra NAV på at det kan være vanskelig å skille mellom kvaliteten på de sosiale tjenestene og andre utenforliggende faktorer som har betydning for varigheten på sosialhjelpsutbetalingene.

KS har også foreslått to indikatorer som dreier seg om overgangen fra en passiv tilstand med økonomisk sosialhjelp til en aktiv tilstand. Overgang til skole, arbeid eller annen aktivitet vil

være en indikator som sammenfaller med overordnede mål med tjenesten. Som nevnt over, vil det også her være nødvendig å ta utgangspunkt i de brukerne som har økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde. Videre vil også denne kunne påvirkes av sosioøkonomiske faktorer i kommunen, herunder ledighet. Samtidig vil overgangen til skole eller annen aktivitet igjen være påvirket av overgangen til arbeid. Hovedsvakheten ved indikatoren er derfor at varierende arbeidsmarked både i tid og rom påvirker indikatoren, direkte i forhold til overgangen til arbeid og indirekte i forhold til overgangen til skole/annen aktivitet. I tillegg vil også annen aktivitet påvirkes av statlige budsjetter (NAV).

Som pekt på over, kan et alternativ være å måle andelen passive mottakere av sosialhjelp. Men heller ikke denne indikatoren vil være uproblematisk i og med at ”for mye” aktivitet kan virke mot sin hensikt. Generelt vil det gjerne være slik at behovet for aktivitet og ikke minst varigheten på denne, vil måtte vurderes individuelt.

Den siste indikatoren som foreslås er andelen brukere som når avklarte tiltaksmål. Denne vil baseres på registrering av nye data og omtales nærmere nedenfor.

Indikatorer fra Sverige

Det svenske prosjektet ”Öppna jämförelser” har utarbeidet seks indikatorer for tjenestområdet økonomisk bistand som tilsvarer økonomisk sosialhjelp i Norge.⁸ Dette gjelder indikatorer som måler andeler personer med langtidsbistand (10-12 måneder per år), andel av innbyggerne med økonomisk bistand, andel barn i husholdninger som mottar økonomisk bistand, andelen unge voksne som mottar økonomisk bistand og utbetalingsbeløp per innbygger. Ingen av disse indikatorene skiller seg imidlertid vesentlig fra indikatorene til SSB, ut over det at langtidsbrukere av sosialhjelp defineres som 10-12 måneder i året (eller 27 måneder innenfor en 3-årsperiode), ikke 6 måneder slik som i Norge.

⁸ Sosialstyrelsen (2011): Metodbeskrivning. Öppna jämförelser. Ekonomiskt bistånd 2011.

Rådet för kommunala analyser och jämförelser (RKA) har utarbeidet 13 indikatorer innenfor tjenester som omtales som individ- og familieomsorg.⁹ Disse indikatorene sammenfaller dels med indikatorene fra SSB og KS og dels dreier det seg om andre mål enn resultatmål. Det er likevel enkelte av disse som kan ha relevans i denne sammenheng. Dette gjelder 1) indikatorer for gjengangeri eller avsluttet tjeneste og 2) indikatorer for utrednings- og ventetid.

1	Ej återaktualiserade ungdomar 13-20 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	Andel (%) ungdomar i åldern 13-20 år som inte återaktualiserats i socialtjänsten inom ett år efter avslutad utredning eller insats/insatser. Gäller ej ekonomiskt bistånd. Källa: Egen undersökning i kommunen
2	Ej återaktualiserade vuxna med missbruksproblem 21-64 år ett år efter avslutad utredning eller insats, andel (%)	Andel (%) vuxna med missbruk 21-64 år som inte återaktualiserats i socialtjänsten inom ett år efter avslutad utredningar/insatser. Gäller ej ekonomiskt bistånd. Källa: Egen undersökning i kommunen

Den første typen indikatorer har likhetstrekk med indikatorene for varighet med økonomisk sosialhjelp. De svenske indikatorene skiller seg imidlertid fra de norske ved at de tar for seg gjengangeri snarere enn varighet. Det konkrete målet er andelen brukere av sosialtjenesten som ikke mottar tjenester ett år etter avsluttet utredning. Den første indikatoren avgrenser dette til personer i alderen 13-20 år og den andre til personer i alderen 21-64 år. Ingen av disse målene omfatter imidlertid økonomisk bistand, men andre typer tjenester. For gruppen 21-64 år gjelder dette personer med misbruk.

Disse indikatorene er interessante av den grunn at de måler gjennomstrømning. Samtidig vil de gjelde et begrenset antall personer som mottar økonomisk sosialhjelp. I og med at de sentrale tjenestene i Norge dreier seg om økonomisk sosialhjelp (og økonomisk rådgivning), er det imidlertid nærliggende å vurdere et tilsvarende mål for økonomisk sosialhjelp. Et slikt mål vil for eksempel kunne formuleres på følgende måte:

”Andelen brukere som er uten økonomisk sosialhjelp ett år etter første mottak av økonomisk sosialhjelp”

⁹ Rådet för kommunala analyser och jämförelser (2011): Anvisningar för Kvalitet i individ- och familjeomsorg 2011, notat 2011-08-29.

Mer konkret vil dette måle følgende: hvor mange sosialhjelpsmottakere som på tidspunkt T , fremdeles har økonomisk sosialhjelp på tidspunkt $T + 1$ år. Alternativt vil det kunne måles på følgende måte: Antall sosialhjelpsmottakere som på tidspunkt T også hadde økonomisk sosialhjelp på tidspunkt $T - 1$ år.

På samme måte som for de øvrige indikatorene, vil det være nødvendig å avgrense nevneren for en slik indikator. Det vil si at man avgrenser til personer med økonomisk sosialhjelp som hovedinntektskilde. For det andre vil det også være nødvendig å justere en slik faktor for relevante sosioøkonomiske faktorer.

Et annet problem er at disse indikatorene sier noe om et uidentifisert positivt utfall. I dette ligger det en antakelse om at personer som ikke lengre har behov for sosialhjelp, er selvhjulpne. Dette er ikke nødvendigvis tilfelle. I Norge vil mange gå over til andre stønader. Strengt tatt ville det derfor være mer hensiktsmessig å måle selve utfallet i form av selvhjulpen eller andre statlige ytelser. I så fall vil vi ha to mål: Andel selvhjulpne og andel med andre statlige ytelser. Dette kompliseres ytterligere ved at man kan kombinere sosiale ytelser med andre statlige ytelser, eventuelt kombinere statlig ytelse med selvhjulpenhet.

Selv om det er forbundet en del problemer med denne typen indikatorer, er de likevel relevante i den forstand at utstrømning fra sosialtjenesten vil være et mål i seg selv i og med at dette er en korttidstiltale.

3	Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till beslut om insats för vuxna med missbruksproblem 21-64 år, medelvärde og median	Genomsnittligt antal dagar/medianverdi från att utredningen påbörjas av socialtjänsten till dess att beslut om insats för vuxna med missbruksproblem 21-64 år har fattats. Mätperiod är första halvåret Källa: Egen undersökning i kommunen
4	Väntetid i antal dagar från första kontakttillfället vid nybesök till beslut inom försörjningsstöd, medelvärde og median	Genomsnittligt antal dagar/medianverdi från första kontakten vid nybesök, med socialtjänsten till dess att beslut om försörjningsstöd har fattats. Mätperiod är första halvåret. Källa: Egen undersökning i kommunen

Den andre typen indikatorer dreier seg om utredningstid og ventetid. Utredningstiden måles fra påbegynt utredning til beslutning om innsats. Denne indikatoren dreier seg imidlertid om

personer med rusproblemer. Indikatoren ventetid dreier seg om perioden fra søknad foreligger til beslutning fattes om økonomisk sosialhjelp.

Begge disse indikatorene må betraktes som en egenskap ved selve tjenesten, dvs. at vi her har å gjøre med produktkvalitet. Den første indikatoren dreier seg om en begrenset gruppe (rusmisbrukere) og vil i denne sammenhengen være mindre relevant. Den andre indikatoren dreier seg om økonomisk stønad og vil dermed være mer relevant. Her vil det imidlertid variere fra kommune til kommune hva slags saksbehandlingstider som er fastsatt. Det er imidlertid ingenting i veien for å måle for eksempel saksbehandlingstid i forhold til forvaltningslovens krav om 1 måned. I så fall vil det være aktuelt å måle restanser, dvs. andelen saker som overgår 1 måneds saksbehandlingstid. Saksbehandlingstid er likevel mindre relevant i denne sammenheng i og med at dette må betraktes mer som produktkvalitet enn resultat-kvalitet.

Andre indikatorer

En av de foreslåtte indikatorene til KS er andelen brukere som når avklarte tiltaks mål. I det følgende foreslås to varianter av slike indikatorer. Den ene baserer seg i stor grad på eksisterende datakilder, mens den andre baserer seg på en enkel klassifisering av ulike sosialpolitiske indikatorer. Den siste varianten vil dermed innebære at det foretas en egen kartlegging som indikatoren baserer seg på. Denne indikatoren vil samtidig til en viss grad være basert på subjektive vurderinger.

Variant 1: Måloppnåelse som økonomisk trygghet

Den første varianten tar utgangspunkt i målsettingen om økonomisk trygghet og baserer indikatoren på bruk av eksisterende data for å måle ulik grad av måloppnåelse. For å utforme en slik indikator, er det nødvendig å definere to forhold. Det ene er mål og det andre er grad av måloppnåelse. I tillegg må vi også ta hensyn til tidsdimensjonen, dvs. den perioden som vi forventer økt måloppnåelse.

Målet om økonomisk trygghet kan måles i form av inntekt som ikke er sosialhjelp. Full måloppnåelse vil innebære at denne inntekten øker til et nivå som gjør at retten til økonomisk sosialhjelp bortfaller. Når dette er oppnådd, vil sosialtjenesten i de fleste tilfeller ikke lengre ha kontakt med brukerne. Økonomisk selvstendighet, målt som ikke rett til økonomisk sosialhjelp, vil derfor i praksis være et hensiktsmessig mål selv om det ikke nødvendigvis innebærer økonomisk trygghet. I og med at målet er økonomisk selvstendighet, vil grad av måloppnåelse også være knyttet til annen inntekt enn sosialhjelp. Grad av måloppnåelse vil da kunne måles etter følgende kategorier:

- Sosialhjelp som hovedinntektskilde
- Ulik grad av sosialhjelp som supplement til annen inntekt
- Annen inntekt enn sosialhjelp (fravær av sosialhjelp)

Sosialtjenesten/NAV vil her ha opplysninger om de to første kategoriene, men bare indirekte for den siste kategorien. Det betyr at personer som ikke lenger mottar sosialhjelp, antas å ha annen inntekt.

En del av sosialhjelpsmottakerne vil også gå over fra økonomisk sosialhjelp til andre stønadsordninger når de deltar i aktive tiltak. Dette tilsier en fjerde kategori, nemlig inntekt knyttet til tiltaksdeltakelse. I så fall vil et alternativt mål være:

- Andel med bare sosialhjelp som inntektskilde (inkludert barnetrygd og kontantstøtte)
- Andel med tiltaksstøtte
- Andel med delvis lønnsinntekt
- Andel med annen inntekt (ikke sosialhjelp eller tiltaksinntekt)

Som nevnt over vil tidsdimensjonen representere en utfordring. Hovedutfordringen vil være hva som skal måles når. Dette kan gjøres på to måter: som tidsserieanalyser der man måler tverrsnittet av verdier for populasjonen av brukere på ulike tidspunkt, eller som panelanalyser der man følger en bestemt mengde brukere over tid.

Tidsserieanalyser vil ikke koble individer fra det ene til det andre måletidspunktet. I og med at det kontinuerlig strømmer brukere inn og ut av systemet, vil sammenligninger av tverrsnittsmål derfor være mindre egnet til å måle endringer i resultater. Dette fordi resultatene vil være påvirket av hvem som til enhver tid mottar sosialhjelp.

Panelanalyser som innebærer at vi følger de samme personene på to eller flere tidspunkt, vil kunne egne seg bedre. Det kan her være hensiktsmessig å lansere tre sentrale begreper: 1) panel, 2) status og 3) fase 1 og fase 2.

Et panel vil her være et utvalg av personer som innenfor et bestemt tidsrom mottar sosialhjelp. Status vil være egenskaper ved disse personene, jf. klassifiseringen over. Dette kan for eksempel være en prosentfordeling mellom de ulike kategoriene. Fase 1 vil være det tidsrommet hvor panelet er plukket ut fra. Fase 2 vil være en tilsvarende periode på et senere tidspunkt. Avstanden mellom fase 1 og fase 2 må vurderes i forhold til hva som er tilstrekkelig for å oppnå resultater. En panelanalyse vil da innebære at for et bestemt panel, sammenlignes statusen i fase 1 (tidspunkt 1) med statusen i fase 2 (tidspunkt 2). Et mål på resultatoppnåelse vil da være relativ endring i statusen i fase 1 sammenlignet med fase 2.

Svakheten med en slik indikator vil være at måloppnåelse er knyttet opp til at brukerne ikke lenger mottar sosialhjelp. Dette trenger ikke være ensbetydende med måloppnåelse i form av sosial og økonomisk trygghet.

Variant 2: Måloppnåelse som en indeks av flere faktorer

Den andre varianten innebærer at vi tar utgangspunkt i flere av målsettingene med sosialtjenesten. Vi har her avgrenset oss til følgende fire mål: sosial trygghet, økonomisk trygghet, tilfredsstillende boforhold og arbeidstilknytning.

På samme måte som for indikatoren over, vil vi her ha behov for å definere noen konkrete mål og ulik grad av måloppnåelse. Dette forslaget innebærer imidlertid at vi baserer oss på registrering av nye data. Dette gir muligheter for å tilpasse indikatorene til formålet, men samtidig vil målene basere seg på et element av subjektivitet. I tabellen nedenfor har vi listet opp de fire målene og et forslag til gradering av måloppnåelsen.

Tabell 5.11: Forslag til flerdimensjonal kvalitetsmåling i sosialtjenesten

Mål	Grad av måloppnåelse		
	Høy	Middels	Lav
Sosial trygghet	Har tilfredsstillende tjenestetilbud	Har et tjenestetilbud, men ikke tilstrekkelig	Har ingen tilfredsstillende bistand ut over økonomisk sosialhjelp
Økonomisk trygghet	Personens utsikter til permanent økonomisk trygghet	Personen har midlertidig økonomisk trygghet	Personen har ikke økonomisk trygghet
Tilfredsstillende boforhold	Personen har tilfredsstillende boforhold	Person har permanent, men ikke tilfredsstillende boforhold	Personen har ikke permanent bolig
Arbeidstilknytning	Full arbeidstilknytning	Delvis arbeidstilknytning	Ingen arbeidstilknytning
Sosial inkludering/aktiv deltakelse	Har familie eller er sosialt aktiv	Ingen sosial aktivitet ut over familie	Verken sosialt aktiv eller familietilknytning

I utgangspunktet vil det her være nødvendig å definere de ulike målene. Når det gjelder sosial trygghet, defineres dette i NOU 2004:18 på følgende måte:

Sosial trygghet er ... å få nødvendig hjelp av en viss kvalitet ved sosiale eller helsemessige problemer, med respekt for og vern av fysisk og psykisk integritet og verdighet hos tjenestemottakeren. Alle som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er avhengige av praktisk, personlig hjelp eller pleie for å greie gjøremål i dagliglivet, skal være trygge på at de får nødvendig hjelp.

Tilsvarende finner vi i NOU 2002:2 en definisjon av god bolig som:

Det å ha tilgang til en sunn bolig med god fysisk utforming. En god bolig er også en bolig som fyller de nødvendige forutsetningene for trygghet, deltakelse og integrasjon i

samfunnet. Et godt bomiljø innebærer et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom, trygghet, og verdige levekår.

Med arbeidstilknytning menes deltakelse i arbeidslivet enten i form av støttet arbeidspraksis eller ordinært lønnsarbeid. Med sosial inkludering menes inkludering i sosiale fellesskap som familie og venner eller gjennom andre sosiale fellesskap i sivilsamfunnet (ikke arbeidsfellesskap).

Grad av måloppnåelse vil da innebære at en person i mer eller mindre grad har sosial trygghet, tilfredsstillende bolig, arbeidstilknytning eller sosialt fellesskap. I eksemplet over har vi gradert dette i tre kategorier. Dette kan dermed gi grunnlag for å utarbeide en indeks (samlet indikator) basert på de fire målindikatorene.

På samme måte som den forrige indikatoren, vil det også her være nødvendig å måle denne indikatoren over tid. Også her vil det være hensiktsmessig å benytte et paneldesign fremfor en tidsseriedesign. Med paneldesign menes da at resultatene måles for samme gruppe på ulike tidspunkter, mens et tidsseriedesign innebærer at man måler tverrsnittresultater for alle mottakere på ulike tidspunkt.

Informantene fra NAV viser til at det vil være minst to utfordringer med denne formen for måling av kvalitet. For det første vil graden av måloppnåelse være avhengig av subjektive vurderinger. Herunder pekes det også på at det ofte kan være uenighet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker mht. vurdering og beskrivelse av den enkeltes situasjon. Spørsmålet blir da hvem som skal definere graden av måloppnåelse, tjenesteyter eller tjenestemottaker. For det andre gis det uttrykk for at forslaget vil medføre merarbeid for saksbehandlerne i form av registrering av informasjon og opplæring. Målesystemet – slik det er utformet over – vil også legge visse føringer på oppfølgingsarbeidet i tjenesten, noe som oppleves som uheldig mht. kapasitetsutfordringer og behovet for å prioritere. Informantene gir således uttrykk for en viss skepsis til denne formen for resultatmålinger. Dette har sammenheng med at det på den ene siden vil være en viss usikkerhet knyttet til en subjektiv måling av resultatoppnåelse, og at det på den andre siden vil være forholdsvis ressurskrevende å implementere og operere. Kort sagt stilles det spørsmål ved om nytten av målesystemet kan forsvare ressursinnsatsen.

Når det gjelder den førte varianten baserer denne seg på eksisterende data, men samtidig gis det uttrykk for skepsis også til denne i og med at den forutsetter måling av individdata over tid og ikke i tverrsnitt slik som i dag.

Oppsummering

I gjennomgangen av sosialtjenesten har vi tatt for oss kvalitetsindikatorene som anvendes av SSB, forslag til indikatorer utarbeidet av KS og svenske indikatorer utarbeidet av RKA.

Generelt kan vi konkludere med at kvalitetsindikatorene som SSB benytter har større eller mindre svakheter ved seg. Dels dreier dette seg om at de måler andre forhold enn kvalitet (andel stønads-komponenter i kommunal norm), dels om at indikatoren ikke er lineær (individuell plan og koordinator) og dels at det er andre forhold som påvirker indikatoren (stønadslengde). Den indikatoren som i størst grad måler resultatkvalitet, vil være stønadsvarighet. En viktig forutsetning for at denne skal anvendes på tvers av kommuner er at det justeres for variasjoner i sosiale forhold mellom kommuner.

På tilsvarende måte finner vi at de svenske indikatorene dels dreier seg om produktkvalitet og dels om resultatkvalitet. Utredningstid og ventetid vil være mål på produktkvalitet. Indikatorene som måler gjengangeri vil på sin side dreie seg mer om resultatkvalitet. Selv om det er forbundet en del problemer med denne typen indikatorer, er de likevel relevante fordi økonomisk sosialhjelp skal være en korttidsytelse, noe som innebærer at gjennomstrømming blir et mål i seg selv. Det kreves imidlertid visse modifikasjoner for å gjøre indikatoren treffsikker. Dette innebærer avgrensningen av målgruppe og justering i forhold til utenforliggende sosio-økonomiske forhold.

Til slutt har vi pekt på muligheten for å utarbeide indikatorer basert på mer tilpassede mål på måloppnåelse. Her har vi foreslått to varianter. Den ene tar utgangspunktet i målet om økonomisk selvstendighet og den andre på fire ulike mål med sosialtjenesten. Den førstnevnte vil basere seg i stor grad på foreliggende data, mens den sistnevnte vil kreve at det etableres mål og nye definisjoner for grad av måloppnåelse. I begge tilfeller foreslår vi at måleindikatorene baserer seg på et paneldesign. Formålet er at andre utenforliggende forhold i minst mulig grad skal påvirke

indikatorene. Dette vil imidlertid kreve registrering av nye data i fagsystemene. I den grad man lykkes med å etablere denne typen mål på resultatkvalitet, vil det også bli mindre aktuelt å måle kvaliteten på ulike sider av produktet (for eksempel bruk av individuell plan, gjeldsrådgivning osv.).

Tabell 5.12: Forslag til kvalitetsindikatorer i sosialtjeneste

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
Gjennomstrømning			
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 18-24 år	Kostra	Sum varighet på sosialhjelp/antall mottakere	Velegnet
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 25-66 år	Kostra	Sum varighet på sosialhjelp/antall mottakere	Velegnet
Gjennomsnittlig stønadslengde for mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde	Kostra	Sum varighet på sosialhjelp/antall mottakere med sosialhjelp som hovedinntekt	Velegnet
Andel med økonomisk sosialhjelp mer enn 6 måneder	Kostra	Antall mottakere av sosialhjelp > 6 måneder av alle sosialhjelpsmottakere	Velegnet
Aktivitet og utstrømning			
Andel sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som hovedinntekt som deltar i aktive tiltak	Kostra	Andel sosialhjelpsmottakere med aktive tiltak i løpet av året	Velegnet
Andel sosialhjelpsmottakere 18-24 år som ikke vender tilbake til sosialhjelp ett år etter avsluttet sosialhjelp	Fagsystem	Aktive sosialhjelpssaker i periode X + 1 år av alle avsluttede saker i periode X	Velegnet
Andel sosialhjelpsmottakere 25-66 år som ikke vender tilbake til sosialhjelp ett år etter avsluttet sosialhjelp	Fagsystem	Aktive sosialhjelpssaker i periode X + 1 år av alle avsluttede saker i periode X	Velegnet

Flerdimensjonale mål			
Sosial trygghet	Fagsystem	Grad av måloppnåelse høy, middels, lav	Muligens egnet
Økonomisk trygghet	Fagsystem	Grad av måloppnåelse høy, middels, lav	Muligens egnet
Tilfredsstillende boforhold	Fagsystem	Grad av måloppnåelse høy, middels, lav	Muligens egnet
Arbeidstilknytning	Fagsystem	Grad av måloppnåelse høy, middels, lav	Muligens egnet
Sosial inkludering/aktiv deltakelse	Fagsystem	Grad av måloppnåelse høy, middels, lav	Muligens egnet

5.4. Barnevern

I dette avsnittet om barnevern har vi basert oss på gjennomgang av indikatorer benyttet av SSB og indikatorer foreslått av KS. På bakgrunn av svakheter ved disse indikatorene, har vi videre foreslått alternative fremgangsmåter for i større grad å måle produkt og resultat kvalitet direkte.

Indikatorer benyttet av SSB

I forhold til barnevernet har SSB fem indikatorer, hvorav kun en kan betraktes som et mål på produktkvalitet. De øvrige må enten betraktes som mål på struktur og prosesskvalitet.

Tabell 5.13: Indikatorer i barnevernet, utarbeidet av SSB

Stillinger med fagutdanning per 1 000 barn 0-17 år	Struktur
Innført internkontroll i barnevernstjenesten	Prosess
Benyttet brukerundersøkelse siste år	Prosess
System for brukerundersøkelser i barnevernstjenesten	Prosess
Andel undersøkelser med behandlingstid over tre måneder, prosent	Produkt

Indikatoren ”andel undersøkelser med behandlingstid over tre måneder” er mest relevant i denne sammenhengen. Denne sier noe om behandlingstiden og vil således måle kun en liten del av det tjenesten rommer. En svakhet med indikatorer som kun tar for seg deler av behandlingsprosessen, er at de lett kan føre til uhensiktsmessig oppgaveforskyvning. Bruken av behandlingstid på undersøkelsene bør derfor benyttes sammen med andre indikatorer som måler andre deler av produksjonen. Dette kan for eksempel være: a) tidspunkt for iverksetting av tiltak, b) tidsbruk til oppfølging av barna eller c) egenskaper ved selve tiltaket (om tiltakets relevans eller tilstrekkelighet). Måling av et mer helhetlig produktspekter ved tjenesten vil bidra til at man unngår uheldige og utilsiktede vridninger av ressursbruken til saksbehandlerne. Disse indikatorene sier likevel bare noe om egenskaper ved produktet og ikke resultatet.

Informantenes kommentarer til SSBs indikatorer er at disse kan være hensiktsmessige, men at de sier lite om kvaliteten på tjenestene. Bl.a. pekes det på at antall ansatte med fagutdanning kan være en nødvendig forutsetning for å oppnå gode tjenester, men er ikke nødvendigvis tilstrekkelig. Tilsvarende gjelder også målet på om kommunen har et internkontrollsystem. Hvorvidt kommunen har et slikt system eller ikke sier lite om kvaliteten på tjenesten. Ifølge informanten er det heller måten dette blir brukt på som betyr noe. Men selv om dette anvendes på en god måte, sier disse indikatorene mer om struktur- og prosesskvalitet og mindre om resultat-kvalitet. Det vises også til at brukerundersøkelser gir god indikasjon på brukernes tilfredshet, men samtidig er tjenestens egenart ofte preget av konflikt og ulike oppfatninger, hvilket betyr at brukernes tilfredshet ikke nødvendigvis er uttrykk for godt barnevernsarbeid.

Forslag fra KS

KS har foreslått fem kvalitetsindikatorer for barnevernet. Fem av disse er typiske mål på produkt-kvalitet, mens en av dem tar også sikte på å måle resultat-kvalitet. De seks indikatorene er følgende:

- Andel telefonhenvendelser til barnevernet som besvares per telefon samme dag
- Andel meldinger fra familien (indikerer legitimitet)
- Andel omgjorte klager til fylkesmannen
- Fravær av nye saker som burde vært oppdaget tidligere (”bomber”)
- Andel barn/familier som når oppsatte/avklarte tiltaks mål*

Nedenfor har vi kort kommentert de ulike forslagene og referert noen av tilbakemeldingene fra informanter i barnevernstjenesten. Indikatoren andel barn/familier som når oppsatte/avklarte tiltaksmål omtales nærmere i neste avsnitt.

Den første indikatoren angår tilgjengeligheten til tjenesten, dvs. via telefon. God tilgjengelighet vil være et udiskutabelt gode i en slik tjeneste. Det viktigste ankerpunktet mot denne indikatoren er at den kun måler ett aspekt ved tjenesten, og at den dermed vil kunne påvirke prioriteringene i tjenesten på en uhensiktsmessig måte. Dårlig tilgjengelighet kan med andre ord faktisk innebære god kvalitet på tjenestene for øvrig som følge av gitte prioriteringer. Det kan derfor være problematisk å anvende denne alene. En av informantene fra barnevernstjenesten peker i tillegg på at det kan være vanskelig å registrere dette i praksis. Dette har bl.a. sammenheng med at det ikke nødvendigvis er den samme som mottar en henvendelse som skal besvare den.

En tilsvarende indikator vil være saksbehandlingstiden fra undersøkelser startes opp til det fattes et vedtak. Per i dag er det et krav til saksbehandlingstid på 3 måneder (i særlige tilfeller kan fristen være seks måneder). Et vanlig mål er å beregne restanser på saksbehandlingstiden, dvs. andelen av sakene som overskrider 3 måneder. Per i dag finnes det slike data tilgjengelig. Alternativt kan det også beregnes gjennomsnittstid eller mediantid.

Den andre indikatoren er meldinger som indikasjon på legitimitet. Det er rimelig å forvente at barnevernets legitimitet i andre tjenester påvirker meldingsfrekvensen. Bl.a. har vi sett at antall meldinger øker ved interkommunalt samarbeid (noe som gir en barnevernstjeneste med større faglig tyngde). Denne indikatoren vil samtidig påvirkes av sosioøkonomiske forhold i kommunen. Indikatoren vil med andre ord kunne påvirkes både av tjenesten selv og av andre utenforliggende forhold. Det vil være vanskelig å skille disse to forholdene fra hverandre og tolkningen av indikatoren blir således usikker.

Klagesaker til fylkesmannen vil også være en indikator som sier noe om kvaliteten på tjenesten, dvs. produktkvaliteten. Samtidig er det rimelig å anta at denne kun måler ”toppen av isfjellet” uten at den nødvendigvis sier noe generelt om kvaliteten på tjenestene. Informantene fra barneverntjenesten antyder imidlertid at dette kan være en god indikator på tjenesten, men at dette ikke nødvendigvis sier noe om resultatkvalitet.

Såkalte ”bomber” er barnevernssaker som oppdages sent eller saker hvor barnevernet av andre grunner kommer sent inn i saken. Den første typen er saker hvor opplysninger om barnet først kommer barnevernet i hende på et sent tidspunkt. I slike saker vil det som regel være tjenestene rundt barnevernet som har forsømt sin meldeplikt. Med andre ord er dette tilfeller hvor indikatoren ikke sier så mye om barnevernet. Den andre typen saker vil være tilfeller der barnevernet mangler myndighet til å gjøre noe. Dette vil være saker der alvorlighetsgraden ikke er stor nok til at omsorgsovertakelse er mulig og der foreldrene motsetter seg bruk av frivillige tiltak. Slike saker vil barnevernet måtte legge til side før de kan tas opp igjen på et senere tidspunkt. En tredje type sak kan oppstå som konsekvens av at foretatte undersøkelser leder til feil konklusjon, dvs. saken avvises på feil grunnlag. Det er kun i det siste tilfellet at indikatoren ”bomber” kan knyttes til egenskaper ved barnevernet. En slik indikator vil derfor måtte differensiere i forhold til de tre årsakene, for eksempel:

- ”bomber” uten at barnevernet har vært involvert i saken tidligere
- ”bomber” som følge av foreldres nekt
- ”bomber” som følge av feil vurderinger (saken har vært undersøkt i barnevernet)

Ifølge informanter fra barnevernet vil fravær av nye saker som burde vært oppdaget tidligere, være vanskelig å måle på en ensartet måte. Dette fordi slike registreringer i stor grad vil være avhengig av hva den enkelte barnevernsarbeider selv mener er alvorlig og hvor ærlige de er når de teller slike saker. Ifølge en av informantene har de tidligere benyttet slike indikatorer, men gått bort i fra det som følge av at de er for lite presise og for mye basert på subjektivitet. En annen informant er også opptatt av problemet med å definere klart hva en ”bombe” er. Denne viser igjen til at indikatorene må være lette å registrere og det må være enkelt å hente ut data fra systemet. Generelt vises det til at indikatorer basert på subjektive vurderinger vil være vanskelig å implementere i praksis.

KS har også et pågående prosjekt der formålet er å utarbeide kvalitetsmål i barnevernssaker. I dette prosjektet opereres det med kvalitativt definerte og ikke-standardiserte mål i den enkelte barnevernssak, men med standardiserte mål på måloppnåelse. Måloppnåelse graderes på en standardisert skala som går fra negativ utvikling til positiv utvikling i forhold til oppsatt mål. Videre er det slik at grad av måloppnåelse vurderes av ulike aktører, herunder både saksbehandler, aktuelt barn, foreldre og eventuelt andre involverte. Måleapparatet testes ut i 10 kommuner og er i enkelte av forsøkskommunene lagt inn i fagsystemene.

Andre indikatorer

Et av forslagene til KS er å utarbeide en indikator som dreier seg om å måle andel barn/familier som når oppsatte/avklarte tiltaksmål. Dette forslaget tar utgangspunkt i forutsetningen om at det er mulig å definere målsettinger og måloppnåelse for hver enkelt tjenestemottaker. Videre er det en forutsetning at det er mulig å standardisere målet. Dette innebærer med andre ord at det er mulig å definere et bestemt mål med tjenesten og samtidig utarbeide en skala som sier noe om avviket fra dette målet. Med dette som utgangspunkt har vi foreslått et mål på produktkvalitet og et på resultat-kvalitet. Når det gjelder resultat-kvalitet, har vi skilt mellom omsorgssaker og adferdssaker. Målene på både produkt- og resultat-kvalitet vil være avhengig av informasjon av subjektiv karakter (dvs. vurderinger av en saksbehandler). I tillegg har vi derfor også utarbeidet en indikator som sier noe om gjennomstrømningen av saker. Denne vil i større grad basere seg på foreliggende objektive data.

Produktkvalitet

Produktkvalitet i barnevernet vil dreie seg om kvaliteten på utredninger, ventetid og kvaliteten på tiltakene som iverksettes. Av disse tre delene vil vi betrakte kvaliteten på tiltaket som mest avgjørende for den samlede kvaliteten. Aktuelle tiltak vil være kompenserende hjemmetiltak, endringsbaserte hjemmetiltak eller plassering av barn i institusjon eller fosterhjem. Alvorlighetsgraden i omsorgssituasjonen vil avgjøre hva slags tiltak som er hensiktsmessig å iverksette. Et forslag til definisjon av målet om et hensiktsmessig tiltak kan da for eksempel være at barnevernstiltaket både er relevant og tilstrekkelig i forhold til den situasjonen barnet er i (gitt den tiltaksstrukturen som finnes). Med relevant menes at tiltaket er virkningsfullt og rettet mot den aktuelle situasjonen (treffesikkerhet). Tilstrekkelig vil i denne sammenhengen innebære i hvilken grad tiltaket er tilstrekkelig omfattende til å avhjelpe situasjonen. En enkel måte å kategorisere tiltaket på kan da være følgende:

- Både relevant og tilstrekkelig tiltak (4)
- Relevant, men ikke tilstrekkelig tiltak (3)
- Verken relevant eller tilstrekkelig tiltak (1)
- Ingen tiltak (men behov) (0)

Dette forslaget til skala er forholdsvis enkelt og kan raffineres ytterligere. Skalaen bør imidlertid ha kategorier som i minst mulig grad baserer seg på skjønnsmessige vurderinger (selv om dette ikke er til å unngå). For å unngå at målet påvirkes for mye av subjektivt skjønn, må verdiene på skalaen defineres så presist som mulig.

En spesiell utfordring i barnevernet er at staten har ansvar for deler av tiltaksapparatet. Dette gjelder institusjonstiltak og rekruttering av fosterhjem. Det betyr også at det kommunale barnevernet ikke fullt ut har herredømme over hele tiltaksspekteret. I og med at det statlige barnevernet i praksis fungerer som en portvokter i forhold til de statlige institusjonsplassene, vil det også kunne påvirke hvordan kommunene vil registrere verdier på denne indikatoren (kommunen skal beslutte om det er nødvendig med institusjon, mens staten skal velge institusjonsplass).

Resultatkvalitet i adferds- og omsorgssaker

Målet om å trygge barns omsorgssituasjon kan deles i to avhengig av om det er snakk om omsorgsovertakelse eller ikke. Dersom det ikke er snakk om omsorgsovertakelse, vil målet være betryggende omsorg i eget hjem. Dreier saken seg om omsorgsovertakelse, vil målsettingen være tilfredsstillende omsorg i institusjon eller fosterhjem.

Det er imidlertid vanskelig å finne noen klar og entydig definisjon av omsorgssvikt (eller god omsorg). Noen vil ha strengere oppfatning av hva normalitet er og andre ikke. Hva for eksempel barnas foreldre mener, kan skille seg fra de vurderingene barnevernstjenesten gjør. Omsorgssituasjonen kan også være kulturelt betinget. I en kultur kan forholdet til barna betraktes som omsorgssvikt, mens det er god omsorg i en annen. En fagperson kan også ha andre oppfatninger enn en annen. Det subjektive elementet i vurderingen av barnas omsorgssituasjon, krever derfor god og så entydig definisjon som mulig.

I barnevernfaglig sammenheng knyttes utredning av barns omsorgssituasjon til begrepet «godt nok» (Kvello, 2007). Vurderingen av hva som er god nok omsorg vil variere med barns forutsetninger og behov og foreldrenes livssituasjon. Det er flere forhold som gjør at enkelte barn er mer sårbare eller vanskeligstilte i en familiær sammenheng. Blant annet kan umodenhet, psykiske problemer, alvorlige sinnslidelser, psykisk utviklingshemming og rusmisbruk hos foreldre øke barns risiko for omsorgssvikt (se også utredningens kapittel 5). I vurderingen av foreldres omsorgskompetanse må det også tas hensyn til den enkelte families kulturelle verdinormer og/eller etniske bakgrunn, da ivaretagelse av barns omsorgsbehov og læringsmuligheter i stor grad er kulturelt og sosialt betinget (Bunkholdt og Sandbæk 2008).

Kilde: NOU 2009: 8

Måloppnåelse i en omsorgssak vil være å gi barn en tilfredsstillende omsorgssituasjon. I loven er dette definert som ”stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen”. Fra dette kan vi utlede følgende gradering av barns omsorgssituasjon (parentesen inneholder verdiene på skalaen):

- Tilfredsstillende (4)
- Akseptabel (3)
- Mangelfull (2)
- Ikke tilfredsstillende (1)

Med tilfredsstillende vil omsorgssituasjonen for barnet ha en stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen. Med akseptabel omsorgssituasjon menes at omsorgssituasjonen kan avvike på en av disse faktorene. Med mangelfull omsorgssituasjon menes at omsorgen er avviker på to av vurderingskriteriene. Ikke tilfredsstillende innebærer at alle egenskapene er svake.

I tillegg til det å ha et mål på omsorgssituasjonen, er det også nødvendig å ta hensyn til tidsdimensjonen. For å få et godt mål på barnevernets innsats må vi derfor måle den relative endringen av omsorgssituasjonen. Dette kan gjøres ved å måle individuelle skårer på omsorgs-

situasjonen på bestemte tidspunkt – for eksempel på slutten av året – relativt sett i forhold til statusen ved oppstarten av saken eller ved årets oppstart.

Barnevernstjenesten har også ansvar for barn med adferdsvansker. Da vil målsettingen være knyttet til barns adferd, ikke til omgivelsene slik det er i omsorgssakene. Adferdsproblematikk kan imidlertid ha opphav i både medisinske og sosiale forhold og det er derfor vanskelig å knytte et bestemt mål opp mot barns adferd. Det vil derfor være mer hensiktsmessig å knytte målet til det virkemiddelapparatet som barn mottar. Dette kan dreie seg om plassering i institusjon/-fosterhjem eller deltakelse i program/tiltak rettet mot adferdsendringer eller kompenserende tiltak. Tradisjonelt har det vært benyttet kompenserende tiltak som for eksempel avlastningshjem, mens det i dag i større grad er fokus på å benytte endringstiltak (for eksempel ART som er et program for å håndtere aggresjon hos barn). Samtidig vil det også være relevant å måle relative endringer i barns adferd.

Atferdsvansker i skolen er elevatferd som bryter med skolens regler, normer og forventninger. Atferden hemmer undervisnings- og læringsaktiviteter og dermed også elevenes læring og utvikling og den vanskeliggjør samhandling med andre. (Ogden T. 2009)

Det fins ingen entydige definisjoner av atferdsvansker. Det er på tide at vi innser det faktum at atferdsavvik er det vi gjør det til. Det er ikke et objektivt fenomen som eksisterer uavhengig av våre sosiokulturelle regler. (Kaufmann A. 2007)

Som for omsorgssakene vil vi i adferdssakene også kunne benytte de samme måleinstrumentene, dvs. som en endring i adferdssituasjonen målt etter følgende kategorisering av adferd:

- Tilfredsstillende adferd (4)
- Akseptabel adferd (3)
- Mangelfull adferd (2)
- Ikke tilfredsstillende adferd (1)

Gjennomstrømsmålinger med kvalitet

Dette er en metode som tar sikte på å måle gjennomstrømning av barnevernssaker basert på objektive kriterier. Gjennomstrømningen kan på en enkel måte beregnes ved å dele antall avsluttede saker (A) i løpet av året med beholdningen av saker (B) ved inngangen av året.

0) Gjennomstrømning (S_1) = A / B

Høy gjennomstrømning sier nødvendigvis ikke så mye om kvaliteten i seg selv og det vil derfor være nødvendig å justere for andre forhold ved gjennomstrømningen som ikke skyldes god kvalitet i tjenesten. Innenfor barnevernet kan dette dreie seg om gjenopptatte saker (G), vellykkede avsluttede saker (V) eller sakenes alvorlighetsgrad (X). Metoden forutsetter at det er mulig å definere en avsluttet sak, hva en vellykket avslutning innebærer og/eller graden av alvorlighet. Nedenfor har vi kort skissert tre gjennomstrømningsmodeller som tar hensyn til disse tre faktorene:

1) Gjennomstrømning justert for gjenopptatte saker (S_2) = $(A - G) / B$

2) Gjennomstrømning av vellykkede saker (S_3) = V / B

3) Gjennomstrømning av ikke-alvorlige saker (S_4) = $A / (B - X)$

I den første varianten (1) måles gjennomstrømning av antall saker, justert for antall saker som gjenopptas. Her vil det være nødvendig med en tydelig definisjon av hva en avsluttet sak er og hva en gjenopptakelsessak er. Svakheten med denne er for øvrig at gjennomstrømningen påvirkes av den situasjonen barna er i når de kommer inn i barnevernet, og dermed også sosiale forhold i kommunen. Fordelen er at denne indikatoren vil kunne basere seg på foreliggende statistikk.

I den andre varianten (2) tar vi utgangspunkt i en indikator som sier noe om antall vellykkede avsluttede saker. Denne vil måtte basere seg på en skjønnsmessig vurdering av hva en vellykket avsluttet sak er. Fordelen med denne er at vi avgrenser målet på gjennomstrømning til de sakene som har et godt utfall. På samme måte som den første, er dette målet sårbart for påvirkning av hvor tunge saker som meldes til barnevernet, og dermed sosiale forhold i kommunen.

Den tredje varianten (3) baserer seg på den andre, men ser bort i fra alvorlige og langvarige saker. Denne modellen krever dermed en god definisjon eller avgrensning av hva en alvorlig sak er. Et naturlig utgangspunkt vil være å skille ut saker som dreier seg om plassering i institusjon eller fosterhjem. Alternativt vil det også være mulig å ta med alvorlige saker, men at disse gis ulik vekt i modellen.

Det vil også være mulig å kombinere de ulike modellene over, dvs. at det er mulig å kombinere gjennomstrømningstall med bruken av både antall ”vellykkede resultater” og med fratrekk av ”alvorlige saker”. En slik variant vil kunne se slik ut:

$$\text{Gjennomstrømning (S}_5\text{)} = V / (B - X)$$

De foreslåtte modellene må betraktes som forenklede ideer og ikke som implementerbare modeller. I den grad det er aktuelt å forsøke ut slike modeller, vil det kreve både mer presise definisjoner av de ulike begrepene og utarbeiding av mer raffinerte modeller. I tillegg vil det kreve en utstrakt uttesting ved hjelp av data fra kommunene for å avdekke feilkilder og svakheter. Slik som modellene fremstår over, kan det pekes på flere svakheter. Foruten at det kan være vanskelig å utarbeide klare kriterier for hva som er avsluttede saker og vellykkede saker, vil det også være en fare for uintendert vridning av arbeidsinnsatsen eller prioritering av oppgaver for å oppnå et godt resultat. For eksempel vil gjennomstrømningsmålene kunne lede til at man avslutter saker raskere enn hva som er forsvarlig. Modellene tar heller ikke hensyn til saker som innbefatter mer permanent plassering i institusjon eller fosterhjem. I og med at det kommunale barnevernet vil ha et ansvar for disse barna frem til voksen alder, vil disse sakene strengt tatt heller ikke avsluttes før barna når voksen alder. Med andre ord kan barna ha fått en god omsorgssituasjon uten at saken av den grunn avsluttes av barnevernet. Dette viser at det ikke nødvendigvis er like hensiktsmessig å operere med begrepet ”avsluttede saker” i ordets rette forstand. Dette tilsier også at man kanskje bør begrense et slikt resultatmål til saker som angår barn i eget hjem (paragraf 4-4), eventuelt differensiere begrepet ”avsluttede saker”. I tillegg til denne typen mer grunnleggende problemstillinger, vil det også være nødvendig å registrere mer informasjon om barnevernsbarna enn det som blir registrert per i dag.

Kommentarer fra barneverntjenesten

Informantene fra barneverntjenesten er generelt skeptiske til å utforme den typen måleindikatorer som er skissert over. For det første pekes det på at det er en svakhet at de baserer seg på skjønnsmessige vurderinger og at det er vanskelig å finne klare definisjoner som ligger til grunn for den enkelte situasjonsbeskrivelse (kategorisering).

En informant peker også på at måten å arbeide på kan være ulik fra kommune til kommune – bl.a. ved at noen kjøper tiltak, mens andre driver egne tiltak – og at dette kan bidra til at vurderingene blir ulike fra kommune til kommune. Med dette antydes det at enhver tjeneste vil vurdere eget tiltaksapparat i lys av hva som finnes tilgjengelig. Vurderingene kan derfor være ulike på tvers av kommuner med ulike tilbud. Dessuten pekes det også på at kommunene ikke har ansvar for institusjonstilbudet og at beslutningen om valg av institusjonsplass er lagt til det statlige barnevernet. Tilsvarende gjelder også delvis for fosterhjemstilbudet der kommunene ofte er prisgitt det tilbudet de mottar fra den statlige fosterhjemtjenesten i Bufetat.

På samme måte er man også skeptisk til å kategorisere omsorgssituasjonen i ulike kategorier. En av informantene viser til at alle saker er individuelle og at det kan være vanskelig å klassifisere saker i grove kategorier. Informanten opplever derimot at det er enklere å klassifisere alvorlige adferdssaker. Dette fordi det i lovverket er knyttet klarere kriterier til paragrafene 4-24 og 4-26. Her vises det til kriterier som antall lovbrudd eller omfang av kriminalitet. I den grad adferden kan knyttes til konkrete og kvantifiserbare hendelser, vil det også være mulig å måle dette. Ifølge informanten vil dette imidlertid kun gjelde ”typiske ungdomssaker”, mens adferdssaker blant yngre barn vil være vanskeligere å måle på samme måte i og med at man vil være mer avhengig av å gå inn på diagnose mer enn faktisk adferd.

På bakgrunn av tilbakemeldingene fra informantene i barneverntjenesten kan en mer moderat variant være å operere med grad av måloppnåelse uten at målene standardiseres. Det innebærer at man baserer seg på å definere individuelle målsettinger i barnas tiltaksplaner, og opererer med mer standardiserte former for måloppnåelse. En fordel med en slik variant vil være at man kan operere med individuelle mål og målsettinger som er oppnåelige på kortere sikt. Ulempen er imidlertid at målet ikke standardiseres, noe som gjør det vanskelig å sammenligne indikatorene på tvers av kommuner.

Oppsummering

I forhold til barnevernet har vi gjennomgått eksisterende kvalitetsindikatorer benyttet av SSB og forslag utarbeidet av KS. I begge tilfeller finner vi at de foreslåtte indikatorene har svakheter ved seg. I hovedsak dreier dette seg om at de kun måler deler av tjenestespektret. Et av forslagene til KS innebærer imidlertid et mål på resultatoppnåelse. På bakgrunn av dette har vi skissert tre mulige måter å måle kvalitet på i barnevernet. Den første dreier seg om måling av produktkvalitet og den andre resultatkvalitet. Begge disse måtene å måle kvalitet på vil imidlertid være avhengig av registreringer som baserer seg på en viss grad av subjektivt skjønn. I utgangspunktet vil det være den enkelte saksbehandlers skønnsvurdering som danner grunnlaget for slike registreringer. Metoden er således sårbar i forhold til hvor gode og entydige definisjoner det er mulig å formulere. Uheldige utslag av subjektive vurderinger vil imidlertid kunne motvirkes ved: a) at det utarbeides klare og entydige definisjoner og b) gjennom etablering av registreringsrutiner som sikrer kvalitativt god registrering. På bakgrunn av at de to førstnevnte indikatorene i stor grad hviler på subjektive vurderinger, har vi derfor i den tredje modellen foreslått en variant som i større grad baserer seg på gjennomstrømning av saker i barnevernet, dvs. varigheten på barnevernssakene.

Tabell 5.14: Aktuelle indikatorer for barnevern

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
Saksbehandlingstid			
Saksbehandlingstid over 3 måneder (eksklusiv utvidede saker 3-6 måneder)	SSB/ Rapport til BLD	Andel saker behandlet innen 3 måneder	*Egnet med andre
Saksbehandlingstid over 6 måneder	SSB/ Rapport til BLD	Andel saker med saksbehandlingstid over 6 måneder	*Egnet med andre
Måloppnåelse			
Mål på tiltakets relevans og tilstrekkelighet	Fagsystem	Gradering av tiltakets virkning: - Relevant og tilstrekkelig - Relevant, men ikke tilstrekkelig - Verken relevant eller tilstrekkelig	Muligens egnet
Endring i omsorgssituasjon	Fagsystem	Gradering av omsorgssituasjon - Tilfredsstillende - Akseptabel - Mangelfull - Ikke tilfredsstillende	Muligens egnet
Endring i adferdssituasjon	Fagsystem	Gradering av adferdssituasjon - Tilfredsstillende - Akseptabel - Mangelfull - Ikke tilfredsstillende	Muligens egnet
Gjennomstrømning			
Gjennomstrømning justert for antall saker som gjenopptas	Fagsystem	Andel avsluttede saker justert for (minus) antall gjenopptatte saker	Muligens egnet
Gjennomstrømning av antall vellykkede saker	Fagsystem	Andel vellykkede avsluttede saker av alle saker	Muligens egnet
Gjennomstrømning av vellykkede saker justert for alvorlighetsgrad	Fagsystem	Andel avsluttede saker justert for alvorlighetsgrad i sakene	Muligens egnet

* Indikatoren er egnet, men bare dersom den benyttes sammen med andre kvalitetsindikatorer. Dette fordi en utredningsaktivitet kan fortrenge andre arbeidsoppgaver.

5.5. Barnehage

I dette avsnittet har vi basert oss på en kort gjennomgang av indikatorer benyttet av SSB og en bredere gjennomgang av indikatorer foreslått av KS. Også utenlandske indikatorer er vurdert. Denne prosessen, sammen med samtale med kommunene og lover og dokument nevnt i kapittel 3.5, har resultert i nye forslag til indikatorer for både resultat- og produktkvalitet. Barnehagen er en av tjenestene som bærer preg av å være både en sektor for såkalt tilstandssorg og endringsomsorg. I loven defineres det at tjenesten skal være utviklende for barn etter et sett av aspekt. I tillegg er barnehagen et sted hvor brukerne skal oppholde seg og ha det best mulig i oppholdstiden.

Indikatorer benyttet av SSB

Statistisk sentralbyrå benytter dekningsgrader, mål på de ansattes utdanningsnivå og leke- og oppholdsareal inne som kvalitetsindikatorer i barnehagesektoren. Dekningsgrader er et direkte og objektivt mål på behovsdekning. De ansattes utdanningsnivå må kategoriseres som en indikator på strukturkvalitet, mens oppholdsareal er et mål på produktkvalitet. Alle disse indikatorene vil være nyttige innspill i kommunens planlegging, styring og kommunikasjon.

Forslag fra KS

- 1) *Andel 5/x-åringer som når ønskede/planlagte resultater på språkferdigheter i forhold til antall 5/x-åringer med kartlagt behov for å bedre språkferdigheter.*
- 2) *Andel barn ved oppstart 1. trinn skole som har tilstrekkelige språkferdigheter*
- 3) *Antall barn født før 1. september på venteliste pr 1. august for å få plass*
- 4) *Antall individuelle samtaler med foreldre/foresatte pr. barn*
- 5) *Antall planlagte og systematiske individuelle samtaler pr. barn*
- 6) *Antall alvorlige hendelser*

I henhold til barnehagelovens paragraf 2 skal barnehagen være en pedagogisk virksomhet. Det impliserer at det bør være i både barnehageeiers og foreldre/foresattes interesse å få en indikasjon

på i hvilken grad barnehagene har vært og er en god arena for læring. KS har i 1) og 2) foreslått to mulige indikatorer for hvordan læringsutbytte kan måles.

I St.meld. nr. 41 (2008/2009) *Kvalitet i barnehagen* foreslår Kunnskapsdepartementet at barnehager skal gi tilbud om språkkartlegging til alle barn ved treårs alder. KS sitt forslag om å måle andelen barn med kartlagt behov for å bedre språkferdighetene som når ønskede/planlagte mål antas å være en god indikator på objektiv resultat kvalitet. For å være i stand til å måle dette er man avhengig av å ha innarbeidet en systematisk språkplanlegging i barnehagen. Vi vil i denne rapporten ikke utdype hvilke tester/kartlegging som bør gjennomføres, men kan henvise til blant annet departementets *Vurdering av verktøy som brukes til å kartlegge barns språk i norske barnehager* som et faglig utgangspunkt. Mulighetene i ny maskinvare (tablets) med programmer som er utviklet for barn er også verdt å nevne som mulige verktøy. For at indikatoren skal gi best mulig informasjon som styringsverktøy, bør hver enkelt kommune benytte samme kartlegging for alle barnehager. Et problem ved å definere egne/individuelle mål vil være en utfordring mht. rapportering og system, dels også objektiviteten ved å kartlegge planlagte/ønskede mål. I fagsystemene er det ikke rapporteringsfelt for kartlegginger. Hvis indikatorene skal benyttes må man enten etablere nye rapporteringsfelt i fagsystemene, eventuelt benytte et annet system. I systemet bør det da være mulig for den enkelte bruker å definere mål, hvor man i tillegg bør ha en binomisk rapportering (mål nådd/ikke nådd), ev. en mer subjektiv gradering (mål ikke nådd, noe grad av måloppnåelse, stor grad av måloppnåelse og mål nådd). I tillegg til språkferdigheter er det på samme måte naturlig også å måle tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk. Siden kunnskap og ferdigheter kan tenkes å være påvirket av sosioøkonomiske variabler bør man korrigere for dette ved en analyse på tvers av eller innad i kommuner. Samtidig vil en korrigering trolig ikke være like avgjørende hvis man ser på utviklingen over tid ettersom de sosioøkonomiske variablene kan tenkes at endres relativt lite på tvers av kommuner, og trolig barnehager.

For en kommune som bare benytter (1) som indikator for kvaliteten på den pedagogiske virksomheten, kan dette tenkes å gi intensiver til at barn uten kartlagte behov blir nedprioritert. Det bør derfor være minst like viktig også å måle læringsutbyttet for alle barnehagebarna, jf. forslag 2 fra KS. I grunnskolen er det i dag innført obligatoriske kartleggingsprøver for 1., 2. og 3. trinn. For å måle læringsutbytte i barnehagen kan det være mest hensiktsmessig å benytte

kartleggingene som gjøres for første trinn. Her er det obligatorisk¹⁰ at det gjennomføres en prøve i leseferdighet, mens det arrangeres frivillige prøver i tallforståelse og regneferdighet. Et problem mht. å måle læringsutbytte fra barnehagen er at kartleggingene til nå har blitt gjennomført på våren, et og et halvt semester etter normalt endt opphold i barnehage. Det ville således vært mer hensiktsmessig om språkkartlegging ble gjennomført ved oppstart i grunnskolen. I tillegg vil det være en statistikkutfordring med hvem som har vært i barnehage og hvilken barnehage barnet har vært i siden fagsystem for de to sektorene ikke nødvendigvis er samlet i ett.

Et mulig alternativ er å gjennomføre kartlegginger også på slutten av siste barnehageår før grunnskole, hvor disse resultatene kan benyttes som indikator for kvaliteten ved det pedagogiske tilbudet som ytes i de kommunale barnehagene. Dette har enkelte kommuner allerede startet med og det løser rapporteringsproblemet barnehage/grunnskole. Gitt at dette registreres vil det være enkelt for en kommune å hente ut statistikk for resultat og deltakelse både på enhet, eventuelt bydel og for hele kommunen. Kartlegginger på slutten av barnehagen kan også benyttes som en test på måloppnåelsen for barn med et kartlagt behov for å bedre ferdighetene, jf. punkt 1. På samme måte som for andelen barn med kartlagt behov for å bedre språkferdighetene som når ønskede/planlagte resultater på språkferdigheter gjelder de samme forutsetninger med hensyn til sosioøkonomiske variabler ved analyser på tvers av eller innad i kommuner.

Hvis en kommune har et helhetlig system for barnehage- og grunnskolesektoren vil også resultat fra obligatoriske kartlegginger o.l. ved 1. trinn i grunnskolen kunne benyttes som resultat for de barna som har et kartlagt behov for å bedre språkferdighetene, jf. punkt 1. Dette vil i så måte være en mer objektiv vurdering av måloppnåelsen for disse barna ettersom utdanningsinstitusjonen har definert innhold/oppgaver og resultatkriterier¹¹ som viktige indikatorer på barnas ferdigheter.

Barn født før 1. september har rett til barnehageplass fra august det året de fyller 1 år. For brukerne (foreldre/foresatte og barn) er det en forringing av behovsdekningen hvis full barnehagedekning ikke er nådd, og KS' forslag nr. 3 er således et mål på tjenestemottakernes behovsdekning. I tillegg vil indikatoren også kunne være en målindikator for politikerne. I

¹⁰ Fritak etter visse vilkår, se opplæringslova paragrafene 5-1 og 2-8 og privatskolelova paragrafene 3-6 og 3-5

¹¹ Bekymringsgrense er definert som resultat svakere enn de 80 prosent «sterkeste» elevene på nasjonalt nivå.

kommunene behandles normalt søknad og opptak i fagsystem og vil således være en lett tilgjengelig indikator.

Forslagene 4 og 5, individuelle samtaler med henholdsvis foreldre/foresatte og barn, kan ikke defineres som et mål på resultat kvalitet, men heller mål på prosess kvalitet. Samtidig kan det argumenteres for at disse indikatorene fra tjenestemottakers ståsted oppleves som resultat kvalitet. Til eksempel fokuserer *Foreldreutvalget for barnehager* at et godt samarbeid med foreldrene er et av de viktigste kriteriene for å oppnå god kvalitet i barnehagene. Også Storting mener slike samtaler er viktige ettersom det er fastsatt i barnehagelovens kapittel II at barn og foreldre har rett til medvirkning i barnehagenes planlegging og virksomhet. Mange kommuner har som mål å ha et gitt antall samtaler pr. år og da vil systematisk registrering av slike samtaler gi en indikasjon på måloppnåelse. Personer fra sektoren påpeker at slike samtaler kan være gode indikatorer, men påpeker at informasjonsverdien betinger kompetanseoppbygging og arbeid vedrørende disse samtalene.

Forslag 6, antall alvorlige hendelser, vil måle dårlig kvalitet. Forslag på hendelser er alvorlige lekeulykker, mobbing, barn som blir borte etc. For å systematisk registrere dette har mange kommuner tatt i bruk elektroniske avvikssystem. Dette vil være et godt verktøy for å måle uønskede utfall. Samtidig er det ikke klart hvorvidt dette måler resultat-, produkt-, struktur- eller prosess kvalitet. Det kan tenkes at til eksempel lekeulykker skyldes dårlige rutiner, dårlige lekeareal/utstyr eller utilstrekkelig ansatt-tetthet. Samtidig vil slike hendelser oppleves som dårlig resultat kvalitet for tjenestemottakere og vil således være indikatorer både tjenestemottakere og barnehageeiere vil ha interesse av. I tillegg vil det trolig være ønskelig med en gradering av alvorligheten ved slike avvik. I avvikssystemene er det normalt mulighet for å definere egne rapporteringer. Dette gir kommunene mulighet til å selv gradere alvorligheten ved avvik.

Andre relevante indikatorer

Foreldreutvalget for barnehager (FUB) definerer god ledelse og et stabilt og kompetent personale som avgjørende faktor for kvalitet i barnehagene. Samtidig er god ledelse og kompetansen til barnehagepersonale meget vanskelig å måle. Mål på ulike utdanningsnivå og

gjennomsnittlig antall år med relevant arbeidserfaring blant de ansatte er trolig de mest nærliggende indikatorene for å måle dette. For utdanningsnivå gjennomføres allerede en bred rapportering som publiseres i KOSTRA. Men disse indikatorene er ikke mål på resultat kvalitet. I sektoren er det fokus på å ha et pedagogisk sterkt personale. I så måte vil eventuelle indikatorer som måler språkferdigheter o.l. diskutert over være mer hensiktsmessige indikatorer.

En faktor som trolig i større grad vil måle brukernes behovsdekning er sykefravær og turnover. Høyt sykefravær og turnover medfører et mindre stabilt personale og bryter således med FUBs definisjoner av god kvalitet. Kommunene foretar normalt målinger på sykefravær, men trolig i mindre grad turnover. Dette er heller ikke informasjon som generelt er gjort tilgjengelig for tjenestemottakerne. Men begge indikatorene vil være gode styringsindikatorer for barnehageeier.

I tillegg til KS' forslag om en indikator som måler oppnåelsen av full barnehagedekning etter loven kan man også tenke seg andre indikatorer på ventetid og tilsagn om plass. For de på venteliste med rett til barnehageplass vil varighet på ventelisten være negativt korrelert med deres behovsdekning. En annen indikator som kan si noe brukernes behovsdekning er hvorvidt de får sitt førsteønske oppfylt.

Blant barn/familier som ikke er omfattet av full barnehagedekning er det likevel flere som ønsker og søker om en barnehageplass. Indikatorer for andelen barn født etter 1. september som har fått plass i forhold til antall søknader og gjennomsnittlig ventetid vil være indikatorer på hvilke kommuner som satser på barnehager mht. kapasitet, og da med tanke på å yte et tilbud til flere enn det som er pålagt ved lov.

I dagens KOSTRA-rapportering rapporteres det leke- og oppholdsareal innendørs. Kunnskapsdepartementet har også utarbeidet en veileder for utformingen av barnehagenes uteareal. Her defineres det en norm om at utearealet for barna bør være 6 ganger leke- og oppholdsarealet inne, noe som tilsvarer 24 m² for de eldste barna og 32 m² for de yngste. Fysisk miljø er også et av FUBs fokusområder mht. kvalitet. Mål på areal må kategoriseres som produkt kvalitet, men kan argumenteres med også å være mål på brukernes behovsdekning. KDs veileder definerer også normer til andre fysiske utforminger, til eksempel parkeringsareal, som også må kunne kategoriseres som mål på behovsdekning. En av FUBs målsettinger er at det i barnehageloven bør utvides bestemmelser som omhandler det fysiske miljøet (eksempel bygninger) på linje med

bestemmelsene i opplæringsloven. I så måte kunne det vært hensiktsmessig å til eksempel benytte eksempelvis antall år siden forrige rehabilitering (ev. alder) som et annet mål på produktkvaliteten ved barnehagetjenesten.

Som et supplement til avviksindikatorene i KS' forslag 6 bør det også være indikatorer på enhetsnivå, til eksempel avvik på inneklima eller at nødutgang er sperret. Avvik på inneklima kan tenkes både å være støy, temperatur, ventilasjon/luftkvalitet og mer alvorlige avvik som oppdagelse av muggsopp. En potensiell indikator kan være andel barn berørt av avvik. Også her vil det imidlertid være hensiktsmessig med en gradering av alvorligheten, til eksempel ikke alvorlige/ikke-permanente avvik og alvorlige/permanente avvik (eks. muggsopp).

Mange kommuner gjennomfører brukerundersøkelser som bidrar med foreldres/foresattes oppfatning av barnehagetilbudet. Slike brukerundersøkelser er problematisk å benytte som sammenligningsgrunnlag mellom og innad i kommuner, og over tid ettersom vurderingene som gjøres er subjektive. Slike brukerundersøkelser har til eksempel funnet at foreldre/foresatte med barn i private barnehager er mer tilfreds med forholdstallet ansatte-barn enn foreldre i kommunale barnehager¹², dette til tross for at faktisk tetthet i de kommunale barnehagene var høyere. Samtidig kan slike brukerundersøkelser bidra som et viktig styringsverktøy for til eksempel barnehagestyrere. Til eksempel er foresatte- og barnemedvirkning diskutert ovenfor vanskelig å måle på en objektiv måte. En telling av samtaler som foreslått ovenfor behøver ikke å si noe om hvorvidt foreldre/foresatte og barn har reell innflytelse på barnehagehverdagen. Trolig kan brukerundersøkelser for disse aspektene gi barnehagen og kommunen en bedre, men subjektiv vurdering, av hvilken grad foreldre/foresatte og barn medvirker til planleggingen i barnehagen. Generelt kan slike brukerundersøkelser sammen med objektive indikatorer kunne bidra til å løfte enhetenes forståelse av sitt eget tjenestetilbud.

Utenlandske indikatorer

I Sverige har *Rådet för främjande av kommunala analyser* utarbeidet følgende indikatorer for kvalitet i barnehagesektoren.

¹² <http://www.barnehage.no/no/Nyheter/3480/Januar/Foreldre-mest-fornoyde-med-private-barnehager/>

- Samarbeid hjem og barnehage
 - Utviklingssamtale minst en gang i året
 - Systematisk innhenting av foreldres og foresattes synspunkter
 - Dialog med foreldrene om mål, oppdrag og resultat
 - Tilbud om å delta ved levering
- God pedagogisk tjeneste
 - Dokumentering av barnas utvikling og læring
 - Dokumentasjonen medfølger ved overgang til grunnskolen
 - Opprettelse av individuelle handlingsplaner for hvert barn
- Barns delaktighet
 - Barns synspunkt innhentes systematisk
 - Barna deltar i planleggingen av aktiviteter
 - Barnas synspunkter benyttes ved utformingen av det fysiske miljøet
 - Barna deltar aktivt i utviklingssamtale
- Tilgjengelighet
 - Andel som får plass på ønsket dato
 - Ventetid for de som ikke har fått plass på ønsket dato
 - Antall barn per ansatt
 - Planlagt
 - Faktisk

Vedrørende de tre første punktene omhandler dette i første rekke aspekter ved prosess, og ikke resultat kvalitet. For tilgjengelighet benyttes en mer begrenset informasjon enn det som foreslås i denne rapporten, unntatt aspektet om ressursinnsats som ikke adresseres. Som konklusjon er de eksisterende og foreslåtte indikatorer i denne rapporten tatt måling av resultat kvalitet i barnehagesektoren ett steg videre sammenlignet med indikatorer i Sverige.

Oppsummering

Når det gjelder det pedagogiske tilbudet barnehagen yter foreslås det i denne rapporten to mulige innfallsvinkler. Den ene er å registrere/følge opp barn med kartlagt behov for å bedre sine ferdigheter (i fremste rekke språk, men også tallforståelse og sosiale ferdigheter) og så registrere måloppnåelse for disse barna. Indikatoren vil helt klart si noe om sektorens evne til å utjevne sosiale forskjeller og yte god pedagogisk veiledning. Også indikatoren som foreslår å se resultat ved kartleggingsprøver eller liknende for alle barn er en god indikator for å måle barnehage-

barnas pedagogiske læringsutbytte. Indikatorene for venteliste, varighet og oppfylld av ønsker indikerer også i hvor stor grad innbyggernes behov dekkes og bør således være aktuelle i både styring og kommunikasjon. Areal sier noe om produktkvaliteten ved tjenesten og vil trolig være ønskelig for foreldre å vite. Å benytte avvikssystem gir de ansvarlige i kommunen informasjon om alvorlige hendelser og andre avvik. En del av slike avvik vil være naturlig å følge opp raskt (til eksempel hvis det er registrert at nødutgang er sperret av), mens andre (til eksempel alvorlige lekeulykker) kan indikere at rutiner og produkt ved barnehagen bør gjennomgås.

Tabell 5.15: Indikatorer barnehage

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
Måloppnåelse/læringsutbytte			
Måloppnåelse barn med kartlagte behov for å bedre ferdigheter (språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk)	Fagsystem eller egen kartlegging	Andel 5/x-åringer som når ønskede/planlagte resultater for ferdigheter (språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk) i forhold til antall 5/x-åringer med kartlagt behov for å bedre ferdighetene	Velegnet
Pedagogisk læringsutbytte i barnehagen (språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk)	Fagsystem eller egen kartlegging	Andel barn ved oppstart 1. trinn skole/avslutning i barnehagen som har tilstrekkelige ferdigheter	Velegnet
Dekningsgrader og venteliste			
Venteliste for de med rett til barnehageplass	Fagsystem	Antall barn født før 1. september på venteliste pr 1. august for å få plass, kan eventuelt relateres til antall barnehageplasser	Velegnet
Ventelistevarighet for de med rett til barnehageplass	Fagsystem	Gjennomsnittlig antall dager på venteliste for de med rett til barnehageplass	Velegnet

Er førsteønske oppfylt	Fagsystem	Antall søknader om barnehageplass hvor førsteønske er innvilget i forhold til alle innvilgede søknader	Velegnet
Andelen uten rett som får plass	Fagsystem	Antall barn født etter 1. september med innvilget plass pr. 1. august i forhold til antall søknader for barn født etter 1. september	Velegnet
Gjennomsnittlig ventetid for de uten rett til barnehageplass	Fagsystem	Gjennomsnittlig antall dager på venteliste for de uten rett til barnehageplass	Velegnet
Avvik i tjenesten			
Antall alvorlige hendelser, individnivå	Avvikssystem		Velegnet
Antall alvorlige hendelser, enhetsnivå	Avvikssystem		Velegnet
Egenskaper ved tjenesten			
Uteareal	Egen kartlegging	Uteareal pr (vektet) barn (vekt hvor barn 0-2 år vektet opp 40 prosent i forhold til barn 3-5 år)	Velegnet
Parkeringsareal	Egen kartlegging	Parkeringsareal i forhold til antall barn i barnehagen	Velegnet
Stabilt personale			
Sykefravær	Egen kartlegging		Potensiell indikator
Turnover	Egen kartlegging		Potensiell indikator
Øvrige indikatorer			
Antall individuelle samtaler med foreldre/foresatte pr. barn	Fagsystem eller egen kartlegging	Antall gjennomførte foreldre/foresatte-samtaler (avtalte samtaler) i forhold til antall barn i barnehagen	Prosess-kvalitet
Antall planlagte og systematiske individuelle samtaler pr. barn	Fagsystem eller egen kartlegging	Antall gjennomførte samtaler med barn (avtalte samtaler) i forhold til antall barn i barnehagen	Prosess-kvalitet

5.6. Skolefritidsordning

I lovteksten gjelder ofte samme bestemmelser som for grunnskoleopplæringen. I grunnskole måles gjerne resultatkvalitet i dag primært som læringsutbytte. Slike indikatorer vil ikke være aktuelle for skolefritidsordningen. Skolefritidsordningen er trolig den kommunale sektoren hvor det har vært minst fokus på å utvikle og måle resultatkvalitet. Som følge av dette har vi dels forsøkt å overføre resultatkvalitetsindikatorer som gjelder i andre sektorer til også å kunne være gjeldende for skolefritidsordningen. I KOSTRA publiseres i dag frafallet for de yngste elevene som eneste kvalitetsindikator, i tillegg til dekningsgrad.

Forslag fra KS

1. Antall frivillige aktiviteter/kulturtilbud i SFO-tiden i snitt
2. Andel barn med leksetilbud
3. Antall alvorlige hendelser

Kapittel 13 i opplæringsloven definerer krav til kommunene. De skal blant annet legge til rette for lek, kultur- og fritidsaktiviteter med utgangspunkt i alder, funksjonsnivå og interesser hos barna. Forslag nummer 1 fra KS er å benytte antall frivillige aktiviteter/kulturskoletilbud som gjennomføres i SFO-tiden i snitt som en indikator på kvalitet. For barna vil trolig mange aktiviteter oppleves som god resultatkvalitet. Sektoren tilbakemelder at de rektorene som melder om relativt lite frafall begrunner dette med at deres enhet legger til rette for mange aktiviteter. Det er også gjerne en målsetting/krav fra politikerne om at skolefritidsordningen skal gi et godt tilbud av aktiviteter. Aktiviteter kan for eksempel tenkes å være både maling, klatring, sløyd, dans, speider, musikk, ulike idretter etc. Hva som skal defineres som aktivitet bør derfor være opp til hver enkelt kommune å bestemme ettersom muligheter og ønsker kan variere mellom kommuner. I skolefritidsordningen betinges ofte volumet aktiviteter av idrettslag, kulturskole etc. og foreldrenes brukerbetaling. Aktiviteter gjennomføres vanligvis i normal arbeidstid og kommunene må ofte kompensere/betale idrettslag for å arrangere treninger etc. i skolefritidsordningstiden. Aktiviteter kan også variere mye mellom enheter og kommuner ettersom mange foretrekker frilek i oppholdstiden (Kvelling og Wendelborg, 2004). En forenklet rapportering av

aktiviteter kan være å rapportere aktivitetene i representativ uke. En sammenligning av aktivitetene i hver enhet over tid er trolig den mest aktuelle informasjonen. Ordninger som har et mål og ønsker om mye frilek vil således rangeres dårlig i en slik statistikk. En slik indikator sier at aktivitetskvantum er god resultat kvalitet, uten å ta hensyn til varigheten for de ulike aktivitetene. Vi foreslår derfor at dette eventuelt bør kombineres med gjennomsnittlig varighet for de tilrettelagte aktivitetene som andel av oppholdstiden for å gi et mer helhetlig bilde av tilbudet.

I henhold til kapittel 13 i opplæringsloven skal også kommunene tilby leksehjelp for elever i de fire første årstrinnene. Organiseringen av leksehjelp varierer mellom enheter og kommuner, hvor leksehjelpen i enkelte tilfeller organiseres i skolefritidsordningen mens det ved andre enheter/-kommuner organiseres i grunnskolen. Ofte legges tiden til leksehjelp etter ordinær skoletid, det vil si i skolefritidsordningstiden. I de tilfellene leksehjelpen legges til tiden og organiseres i skolefritidsordningen har kommunene nå blitt pålagt å avkorte foreldrebetalingen. KS sitt forslag (2) er at det rapporteres andelen barn med leksehjelp. Leksehjelp skal tilbys ved ønske om dette. Behovet vil trolig ikke være homogent mellom forskjellige enheter innad i kommuner og mellom kommuner grunnet forskjellig etterspørsel mellom barnekull og ettersom mange foreldre/foresatte ønsker å gi leksehjelp på egen hånd (Moafi og Bjørkli, 2011). Samtidig kan en slik indikator indikere hvilke kommuner som er dyktige til å skape en interesse for leksehjelp. Hvordan en indikator på elever med leksehjelp skal benyttes av kommunene er litt avhengig av hva man ønsker informasjon om. Det enkleste er en indikator som sier hvor stor andel, ev. hvor mange barn, som benytter tilbudet totalt. Dette rapporterer allerede kommunene til GSI og er således tilgjengelig informasjon i dag. Organiseringen av leksehjelp (skole/SFO) vanskeliggjør å benytte indikatoren som kvalitet i skolefritidsordningen. Ved å benytte GSI-tallene kan man enkelt oppgi leksehjelpens dekningsgrad, men da vil indikatoren vise dekningsgraden for hele skolen, og ikke kun skolefritidsordningen. Hvis en kommune derimot har ønske av å vite dekningsgraden for elevene i skolefritidsordningen betinger dette en egen rapportering.

Det kan også tenkes at kommuner med mye leksehjelp vil tilby færre tilrettelagte aktiviteter. Det kan følgelig være hensiktsmessig og også se på leksehjelp som en tilrettelagt aktivitet, jf. forrige avsnitt. Som for aktiviteter bør man også se på varigheten for tilrettelagt leksehjelp. I GSI rapporteres antall timer leksehjelp i uken for hvert enkelt årstrinn ved hver enkelt enhet.

Som for barnehage foreslås det også for skolefritidsordningen at antall alvorlige hendelser rapporteres. Forslag på hendelser er trafikkulykker, alvorlige lekeulykker, mobbing, barn som blir borte etc. Som diskutert tidligere er det ikke gitt at dette måler resultatkvalitet, men for tjenestemottakerne vil avvik forringe behovsdekningen. Avvik kan registreres i avvikssystem og vil være et verktøy for å måle uønskede utfall. Gitt at en enhet har relativt mange avvik kan en slik indikator være et signal til de ansvarlige for tjenesten om at tiltak bør vurderes. I tillegg vil det trolig være ønskelig med en gradering av alvorligheten ved slike avvik. I avvikssystemene er det normalt mulighet for å definere egne rapporteringer. Dette gir kommunene en mulighet til å selv velge gradering.

Andre indikatorer

Åpningstid er en potensiell indikator som vil kunne si noe om behovsdekningen for tjenestemottakerne. I dagens GSI-rapportering melder enhetene hvor mange timer per uke og antall uker i året skolefritidsordningen er åpen. For å kunne sammenligne seg med andre kommuner er det trolig mest hensiktsmessig å benytte en indikator som viser et veid gjennomsnittlig for total åpningstid med antall elever (ved hver enhet) som vekt.

Samtidig som leksehjelp kan måles kvantitativt, er det derimot vanskeligere å si noe om kvaliteten på tjenesten. I skoleverket og barnehagesektoren er det fokus på å ha et pedagogisk kvalifisert personale gjennom at dette er etablert som et viktig kriterium for å oppnå best mulig læringsutbytte. I skolefritidsordningen foreligger det ingen slike føringer mht. personalet, selv om et utvalg i 2003 (NOU 2003:16) foreslo at slike krav burde innføres. Samtidig som dette ikke direkte måler resultatkvalitet vil dette kunne være et godt styringsmål og et aspekt ved tjenesten som mottakerne, og potensielle mottakere, trolig vil ønske informasjon om. En slik indikator behøver ikke nødvendigvis å være andelen ansatte med til eksempel pedagogisk utdanning, men kan like gjerne være hvor stor andel av tiden med leksehjelp som bistås av en person med relevant (pedagogisk) utdanning.

En annen faktor som kan indikere brukernes behovsdekning er frafallet av elever. Det er nærliggende å tolke at barn og foreldre er mer fornøyd med tjenesten ved en enhet med lite frafall

fremover en enhet med stort frafall. For de eldste barna kan frafall være en naturlig utvikling ettersom de blir mer selvstendig og trolig har større muligheter og tilbøyelighet til å gjøre andre ting etter ordinær skoletid, til eksempel ulike aktiviteter eller vennebesøk. I KOSTRA rapporteres allerede andelen 6 åringer som fortsetter i skolefritidsordningen det andre året. En utvidelse av denne indikatoren vil være å benytte andelen 7 (8) åringer som fortsetter i skolefritidsordningen det tredje (fjerde) året. En slik indikator vil indikere overfor ledelse og de ansvarlige for hvilke enheter frafallet er relativt høyt. Hvorvidt dette skyldes andre faktorer enn egenskaper ved tilbudet er vanskelig å si, men man vil da ha et grunnlag til å undersøke hva stort frafall skyldes og eventuelt foreta utbedringer for å bedre tilbudet.

På samme måte som for barnehagesektoren kan man argumentere for at høyt sykefravær, høy turnover og avvik for inneklima (se avsnitt i kapittel 5.6) også forringer behovsdekningen i skolefritidsordningen.

Som i barnehagesektoren er det fokus på at elever og foreldre skal ha medbestemmelse i gjennomføringen av oppholdstiden. Dette er aspekt som er meget vanskelig å måle. Brukerundersøkelser er i dette tilfellet en mulig input om hvorvidt barn og foreldre/foresatte har reell innflytelse på hverdagen i skolefritidsordningen.

Oppsummering

Det er meget vanskelig å finne gode indikatorer på resultatkvalitet i skolefritidsordningen. Indikatorene som vedrører aktiviteter og leksehjelp kan tenkes å være veldig velegnet for en del enheter og kommuner, men ikke nødvendigvis alle. Særlig er indikatorene for leksehjelp problematiske ettersom ordningen ofte arrangeres av grunnskolen, og ikke skolefritidsordningen. Alvorlige hendelser (avvikshåndtering) er velegnet også i denne sektoren til å si noe om fraværet, eventuelt tilstedeværelsen, av uønskede hendelser. SSB har allerede definert en frafallsindikator for de yngste elevene. På tross av at slike indikatorer kan være problematiske for eldre elever grunnet at frafall fra skolefritidsordningen er en mer naturlig utvikling hos eldre barn, kan indikatoren indikere hvilke enheter/kommuner som yter et godt tilbud og at barna således

benytter tilbudet lengre. Også åpningstid vil være en indikator som sier noe om brukernes behovsdekning.

Tabell 5.16: Indikatorer skolefritidsordningen

<i>Indikator</i>	<i>Datakilde</i>	<i>Definisjon</i>	<i>Egnethet</i>
Avvik i tjenesten			
Antall alvorlige hendelser, individnivå	Avvikssystem		Velegnet
Antall alvorlige hendelser, enhetsnivå	Avvikssystem		Velegnet
Frafall			
Frafall	Fagsystem/KOSTRA	Antall elever ved x-te trinn dividert på antall elever ved (x-te-1) trinn året før	Potensiell velegnet
Tilgjengelighet			
Åpningstid	GSI	Antall timer pr uke multiplisert med antall uker pr år For sammenligning mellom kommuner bør enhetenes åpningstid veies med antall elever	Velegnet
Stabilt personale			
Sykefravær	Lønnssystem eller egen kartlegging		Potensiell indikator
Turnover	Egen kartlegging		Potensiell indikator
Aktiviteter			
Aktiviteter	Fagsystem eller egen kartlegging	Antall frivillige aktiviteter/kulturtilbud i SFO-tiden i snitt	Potensielt velegnet
Aktivitetenes varighet	Fagsystem eller egen kartlegging	Gjennomsnittlig varighet for alle aktiviteter	Potensielt velegnet
Leksehjelp			
Leksehjelp	GSI	Andel barn med leksetilbud	Potensiell velegnet
Varighet leksehjelp	GSI	Gjennomsnittlig varighet for leksehjelp, ev. for hvert årstrinn	Potensiell velegnet
Kompetansen til de ansatte som utfører leksehjelp	Egen kartlegging	Antall ansatte med relevant utdanning som utfører leksehjelp i forhold til alle ansatte som utfører leksehjelp.	Potensiell indikator

6. Kostnads- og nyttevurdering

Dette kapittelet inneholder en vurdering av nytteverdien og kostnadene ved de foreslåtte indikatorene. Indikatorenes nytteverdi vurderes i forhold til hvor godt de fanger opp relevant produkt- og resultat kvalitet ved de ulike tjenestene. I tillegg vil det være viktig at nye indikatorer fanger opp aspekter som tilgjengelige indikatorer i dag ikke fanger opp. Kostnadene ved å utvikle og implementere indikatorene vurderes i forhold til om det allerede finnes datastrømmer, hvor arbeidskrevende eventuell dataregistrering er og om det er tilrettelagt for dataregistrering og rapportering i fagsystemer. Mange av indikatorene vil ha klare utfordringer vedrørende rapportering. Utfordringer med rapporteringsverktøy adresseres følgelig. Utvikling av kommunenes fagsystem blir en avgjørende faktor for hvorvidt mange av de foreslåtte indikatorene vil kunne fungere i praksis. I tillegg til vurderingene av nytteverdi og kostnader, ser vi i avslutningen på hvordan kvalitetsindikatorene kan benyttes i kommunikasjon, ledelse og styring.

Vurderingene som gjøres i dette kapittelet er delvis basert på samtaler og møter med kommunerepresentanter innen de aktuelle tjenestesegmentene. Kommunene har stilt med representanter både fra ledernivå og operativt personell. Enkelte kommuner har også stilt med representant ansvarlig for fagsystemene. Disse møtene har gitt verdifull informasjon, særlig med hensyn til hvorvidt sektoren oppfatter de foreslåtte indikatorene som formålstjenlige. Rapportering og bruk av indikatorene ble også diskutert.

Nytte

Vi vil vurdere nytteverdien av indikatorene i forhold til hvor godt de måler innholdet i begrepet resultat kvalitet. Indikatorens egnethet vurderes blant annet i forhold til i hvor stor grad den baserer seg på subjektive vurderinger, hvorvidt det er eksogene forhold som påvirker, målefeil, faren for utilsiktede/uheldige vridninger i produksjonen og hvor godt målet favner over hele tjenesten.

I denne gjennomgangen skiller vi lite mellom henholdsvis produkt- og resultatkvalitet ettersom det er motivert for at indikatorer som måler produktkvalitet kan være hensiktsmessige substitutter og komplimenter for begrepet resultatkvalitet. Det kan blant annet innebære at flere indikatorer for produktkvalitet til sammen gir et godt mål på resultatkvaliteten ved tjenesten.

I gjennomgangen av indikatorer for hver av sektorene (jf. kapittel 5) har vi oppsummert hver av sektorene i form av et sett av foreslåtte indikatorer. Disse indikatorene vil alle ha middels eller høy nytteverdi, hvilket betyr at vi i vurderingen av kostnader og nytteverdi allerede har eliminert indikatorer som vurderes å ha lav nytteverdi. Videre forsøkes det å kategorisere indikatorene etter henholdsvis middels og høy nytteverdi.

Middels nytte: Middels nytteverdi innebærer at indikatoren/-e måler resultatkvalitet/produktkvalitet, men der det er visse svakheter.

Høy nytte: Høy nytteverdi innebærer at vi mener indikatoren/-e er et godt mål på resultatkvalitet og at den/de ikke har vesentlige svakheter.

Kostnader

For å beregne kostnadene kan det være hensiktsmessig å skille mellom data på ulike nivå. Vi kan følgelig skille mellom data på:

1. Tjenestenivå
2. Prosessnivå
3. Individnivå

Data på tjenestenivå beskriver egenskaper ved hele tjenesten. Innenfor pleie og omsorg kan dette for eksempel dreie seg om hvorvidt beboerne på et sykehjem har mulighet for å spise sammen. Denne typen egenskaper skiller seg således fra data på tjenestenivå som er aggregert opp fra individnivå (for eksempel andel fristoverskridelser). Data på prosessnivå innebærer egenskaper ved tjenesteprosessen som ikke registreres for alle tjenestemottakere, men kun som særskilte hendelser. Enheten er dermed hendelsen, ikke individet. Dette vil dermed innebære lavere kostnader i og med at det normalt er færre hendelser enn individer i tjenesten. Eksemplene her er

avvik og klager til fylkesmannen. Data på individnivå består av informasjon om hver enkelt tjenestemottaker som aggregeres opp til et annet nivå (for eksempel enhet, tjeneste eller kommune). I og med at dette innebærer registreringer på hver enkelt tjenestemottaker, vil også kostnadene øke. Et eksempel her er måling av læringsutbytte i barnehagen.

I tillegg til nivået indikatorene måles på, er det også avgjørende for kostnadene om det foreligger data eller ikke. Den informasjonen som er minst kostnadskrevende, vil være informasjon som allerede foreligger i fagsystemer eller andre rapporteringssystemer og det finnes et system for rapportering av dataene. Et eksempel på dette er andel sosialhjelpsmottakere med stønad i 6 måneder eller mer. Den mest kostnadskrevende informasjonen vil være den som må registreres av tjenesteyteren og/eller der det også er nødvendig å utarbeide nye rapporteringssystemer. Et eksempel på dette er forslaget om å utarbeide nye resultatmål og -indikatorer for omsorgssaker i barnevernet. Her vil det være behov for å utvikle et nytt registreringssystem (i tilknytning til handlingsplanene) og et system for rapportering av resultater. Et annet eksempel vil være der man har kvalitetssikringssystem, men uten at avvik registreres. Kostnadene i det siste tilfellet vil være et empirisk spørsmål i og med at det varierer mellom kommunene hvorvidt de faktisk registrerer avvik. I påfølgende avsnitt presiseres det nærmere hvordan kostnader ved rapportering vurderes/kategoriseres.

Lav kostnad: Lav kostnad innebærer at indikatoren baserer seg på eksisterende data i fagsystem eller annet datasystem og som er tilgjengelig for bruk. Kostnadene varierer ikke i forhold til om det er indikatorer på tjenestenivå, prosessnivå eller individnivå.

Nokså lav kostnad: Dette innebærer at det enten ikke finnes registrerings- eller rapporteringssystemer, og at dataene måles på tjenestenivå. Det vil derfor være forholdsvis lave kostnader med å registrere data og utarbeide et rapporteringssystem for enkelttjenester eller hele kommunen.

Middels kostnad: Dette innebærer at det ikke finnes registrerings- eller rapporteringssystemer, og at dataene måles på prosessnivå. Dette kan for eksempel være en kommune som ikke måler avvik, men har et system dette kan registreres i.

Høy kostnad: Dette innebærer at det ikke finnes registrerings- eller rapporteringssystemer, og at dataene måles på individnivå. Her vil det med andre ord være en del kostnader knyttet til

registrering av informasjon om enkeltindivider i tillegg til at det krever etablering av registreringsprosedyrer og rapporteringssystem.

I en del tilfeller vil det også skilles mellom oppstartskostnader og de stordriftsfordelene som man vil oppnå ved å etablere likelydende indikatorer med samme registrerings- og rapporteringssystem. Dersom man først etablerer et system for en indikator, vil merkostnadene være relativt små ved etablering av en likelydende indikator. Merkostnadene vil primært komme i form av registreringskostnader, mens merkostnadene til rapporteringssystemet vil være minimal.

For en detaljert gjennomgang av hvilke indikatorer som det normalt finnes datastrøm for, henvises det til Appendix 1 hvor det er presentert tabeller med angivelse om hvorvidt det finnes både datastrøm og mulighet for få generert rapport på indikatornivå.

6.1. Pleie og omsorg

Innenfor pleie- og omsorgstjenesten har vi foreslått tre sett av indikatorer. Det første sette innbefatter indikatorer som sier noe om mottak av tjenester, det andre om avvik i tjenesten og det tredje om ulike positive egenskaper ved selve tjenestetilbudet.

De to indikatorene som sier noe om mottak av tjenester, er saksbehandlingstid på vedtak og iverksettingstid fra vedtak til tjeneste er mottatt. Disse indikatorene har nytteverdi i den forstand at de sier noe om tjenestens tilgjengelighet. For brukere som søker tjenester, vil dette kunne ha stor betydning når behovet for hjelp melder seg. Det er ingen åpenbare svakheter ved disse indikatorene ut over at de kun måler et begrenset aspekt ved tjenestene. Slik sett må de også betraktes å ha en høy nytteverdi. Samtidig bør disse indikatorene benyttes sammen med andre kvalitetsindikatorer som sier noe om selve tjenestetilbudet. Det er per i dag ingen standardisert rapportering av saksbehandlingstid og iverksettingstid i kommunene, men i fagsystemene er det likevel tilrettelagt for å registrere disse indikatorene.

Det andre settet av indikatorer baserer seg på dagens avvikssystem. Nytteverdien av disse avhenger av at avvikene favner om et sett av flere avvikstyper for at systemet ikke skal bli sårbar for tilfeldige utslag og pasientsammensetningen. Nytteverdien av disse indikatorene vil likevel

være noe begrenset i og med at de kun måler enkelte aspekter ved tjenesten. Avvik kan, men vil nødvendigvis ikke være ensbetydende med at tjenestene samlet sett har dårlig kvalitet. En gradering av avvik vil imidlertid kunne bidra til å øke nytteverdien. Dette fordi vi da kan skille mellom avvik av mer og mindre alvorlig grad. Ifølge informanter fra tjenesten vil nytteverdien kunne begrenses av at avvik krever en del registreringsarbeid som man i praksis omgår av ulike grunner. Dette kan være på grunn av tidsknapphet, at medarbeiderne er usikre på datasystemer eller at man den ansvarlige medarbeider opplever det som ubehagelig å rapportere om egne feil. I tillegg er det ikke nødvendigvis like entydig hva som kvalifiserer for et avvik. Alt dette tilsier at man risikerer underrapportering på disse indikatorene.

Det er visse kostnader knyttet til anvendelsen av avviksindikatorene. Per i dag registreres avvik i kommunenes kvalitetssikringssystemer, ikke i fagsystemene. Samtidig har kommunene i varierende grad etablert elektroniske kvalitetssikringssystem og ifølge informanten vi har vært i kontakt med, vil anvendelsen av avvikssystemene variere en god del mellom kommunene. Avhengig av om kommunen har etablert et slikt system eller ikke, vil det være forbundet visse kostnader med å etablere et rapporteringssystem for avvik. Så langt vi kjenner til, finnes det heller ingen etablert standard for gradering av avvik. Med andre ord vil det derfor være visse kostnader forbundet med å etablere et gradert avvikssystem for de avviksindikatorene som er foreslått. I tillegg til dette vil det være forbundet en del kostnader med registrering av avvik. Som nevnt over, viser informanter til at dette representerer en vesentlig barriere for at systemet skal fungere etter intensjonen. Denne typen kostnader er likevel begrenset i og med at det kun vil være hendelser som registreres. Dette i motsetning til indikatorer som baserer seg på registreringer av alle tjenestemottakere.

I tillegg til de nevnte avvikene har vi også – etter forslag fra en av informantene – tatt med en indikator som sier noe om bruk av beroligende medisiner og antidepressiva. Indikatoren er ment å måle graden av sosiale stimuli hos beboerne eller brukerne av tjenestene. Nytteverdien av denne anses potensiell høy. Med potensielt høy menes da at intensjonen med indikatoren er relevant, men at det kreves nærmere undersøkelser for å avgjøre eventuelle svakheter og utilsiktede effekter av å benytte en slik indikator. Vurderingen av indikatorens nytteverdi bør også involvere fastleger og tilsynsleger som har ansvaret for å skrive ut medisiner. Vi har derfor heller ikke vurdert eventuelle kostnader ved å benytte denne indikatoren, men antar at disse er begrenset i og

med at pleie- og omsorgssektorene har tilgjengelig medisinaliser for beboere og brukere av tjenestene.

Det siste settet av indikatorer tar sikte på å måle positive egenskaper ved tjenestene. Formålet her er å måle et bredt spekter av egenskaper ved tjenestene som til sammen sier noe om tjenestens samlede kvaliteter. Fordelen med disse indikatorene er at de sier noe om de positive sidene ved tjenesten og vil i så måte kunne veie opp for enkelte av svakhetene ved avvikindikatorene. I og med at indikatorene tar sikte på å måle både fysiologiske behov, trygghetsbehov og sosiale behov, har de i utgangspunktet høy nytteverdi. Samtidig måler indikatorene kun potensiell og ikke faktisk nytte. Med andre ord sier de noe om hva som tilbys brukerne, men ikke om brukerne faktisk nyttiggjør seg av tjenestene. Vi har derfor vurdert indikatorene som å ha en begrenset nytteverdi. I tillegg må det her legges til at indikatorene har større nytteverdi samlet enn de har enkeltvis. Dette har sammenheng med at de strengt tatt måler produktkvalitet og ikke resultat-kvalitet. Samlet vil det imidlertid kunne være et godt substitutt for det vi har omtalt som resultat-kvalitet. Kostnadene med å implementere disse indikatorene er lave. Dette har sammenheng med at data registreres på tjenestenivå eller institusjonsnivå, ikke på individnivå. Ifølge informanter fra tjenesten betyr dette at barrierene for å ta i bruk indikatorene er lavere enn for avvikindikatorene.

De tre siste indikatorene som måler kvalitet i terminalfasen, anses å ha middels nytteverdi og høye kostnader. Middels nytteverdi begrunnes med at indikatorene ikke uten videre er egnet til å måle kvalitet ved denne typen behandling. Kostnadene anses som middels i og med at det ikke foreligger slike data og at data eventuelt må registreres på individnivå, men da for et begrenset antall beboere.

Tabell 6.1: Nytte og kostnadsvurderinger, pleie- og omsorgssektoren

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
Mottak av tjenester		
Saksbehandlingstid på vedtak	Høy	Middels
Iverksettingstid (fra vedtak til tjeneste mottatt)	Høy	Middels
Avvik i tjenesten		
Avvik legemiddelhåndtering	Middels	Middels: foreligger system, men varierende registrering
Innleggelse pga ernæring/spisevegring	Middels	Middels: foreligger system, men varierende registrering
Antall fall med alvorlig skade	Middels	Middels: foreligger system, men varierende registrering
Antall tilfeller av utagering/vold fra beboere	Middels	Middels: foreligger system, men varierende registrering
Antall tilfeller av liggesår/trykksår	Middels	Middels: foreligger system, men varierende registrering
Bruk av beroligende medisiner og anti-depressiva	Potensielt høy	Usikker
Positive egenskaper ved tjenesten		
Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	Middels	Nokså lav
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc	Middels	Nokså lav
Om beboere har mulighet for å spise sammen	Middels	Nokså lav
Om beboer tilbys servering av sen kveldsmat	Middels	Nokså lav
Om beboer selv kan velge sengetid	Middels	Nokså lav
Om beboer tilbys daglig utetid	Middels	Nokså lav
Om beboer tilbys kroppspleie ut over daglig stell	Middels	Nokså lav
Om beboer tilbys daglige aktiviteter	Middels	Nokså lav
Om beboer tilbys aktiviteter i helger	Middels	Nokså lav
Om beboer tilbys dagsentertilbud	Middels	Nokså lav
Antall plasser på dagsentertilbud, sykehjem	Middels	Nokså lav
Antall plasser på dagsentertilbud, hjemmetjenesten	Middels	Nokså lav

Døende med samtale i terminalfasen	Middels	Middels
Dødsfall, ikke alene	Middels	Middels
Pårørende av døde med sluttsamtale med pårørende	Middels	Middels

Indikatorene som er foreslått i tjenestene for psykisk utviklingshemmede er alle mål på produkt-kvalitet. Usikkerheten om hver enkelt indikators relevans og hvorvidt de samlet sett sier noe om helheten i tjenestetilbudet (dvs. om det er aspekter som ikke inngår), gjør at vi vurderer indikatorene som å ha middels nytteverdi. Her må det imidlertid legges til at indikatorene samlet sett har større nytteverdi enn summen av hver enkelt.

Det foreligger i dag ingen data på de foreslåtte indikatorene for psykisk utviklingshemmede. Med andre ord vil det være en viss kostnad med å registrere informasjonen. For de indikatorene som registreres på tjenestenivå, vil kostnadene likevel være lave. Registrering av indikatorene på individnivå vil derimot ha høyere kostnader. I motsetning til data som registreres på tjenestenivå, vil vi her måtte foreta registreringer for hver enkelt tjenestemottaker. I utgangspunktet skulle vi dermed anta at kostnadene var høye. I praksis er det imidlertid trolig at data blir registrert på institusjonsnivå (dvs. at alle individer har like forhold i samme bofellesskap), hvilket betyr at kostnadene begrenses. Vi har derfor vurdert kostnadene som middels for disse indikatorene.

Tabell 6.2: Nytte og kostnadsvurderinger, psykisk utviklingshemmede

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
<i>Mål på individnivå:</i>		
Om beboere har nøkkel til egen leilighet	Middels	Middels (registrering av informasjon på individnivå)
Om beboerne har innflytelse over maten som serveres	Middels	Middels
Om beboer har egen postkasse	Middels	Middels
Om beboer kan ta imot gjester etter 21.00	Middels	Middels
Om beboer tilbys minst en aktivitet per dag	Middels	Middels
Om trusler eller vold mot beboere ikke har forekommet de siste seks månedene	Middels	Middels
<i>Mål på tjenestenivå:</i>		
Om beboere har mulighet til å spise sammen	Middels	Nokså lav (registrering av informasjon på tjenestenivå)
Deltakelse i arbeidsrettede tiltak	Middels	Nokså lav
Beboere med funksjonsnedsetting har tilgang til kokemuligheter samt dusje eller baderom.	Middels	Nokså lav
Har kommunen et dokumentert oppfølgingssystem for innsats på individnivå for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Middels	Nokså lav
Bedriver kommunen oppsøkende virksomhet for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Middels	Nokså lav
Har kommunen skriftlige rutiner for å opprette individuell plan?	Middels	Nokså lav
Kan kommunen tilby plass i sosiale kooperativer/fontenehus eller liknende med individuell oppfølging?	Middels	Nokså lav
Finnes det åpen virksomhet i kommunen i form av for eksempel sosiale møteplasser for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Middels	Nokså lav
Tilbys strukturert sysselsetting for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Middels	Nokså lav
Tilbys støtte til studier for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Middels	Nokså lav

På samme måte som tjenester for psykisk utviklingshemmede, er de fleste indikatorene på psykisk helsearbeid mål på produktkvalitet. I tillegg er de fleste dreier det seg også om registrering av data på tjenestenivå. Av samme grunn som for psykisk utviklingshemmede vurderes nytteverdien som middels. Dette på grunn av usikkerheten med hensyn til om indikatorene i tilstrekkelig grad fanger opp alle relevante sider ved tjenestekvaliteten. Siden disse dataene registreres på tjenestenivå, vil kostnadene også bli nokså lave.

I tillegg til produktindikatorene på tjenestenivå, har vi også her to indikatorer for tilgjengelighet. Disse målene er mer presise enn de øvrige, og nytteverdien anses derfor å være høy. Kostnadene betraktes som middels i og med at dette er indikatorer som må registreres for hver enkelt bruker, men at det samtidig i dagens fagsystemer finnes tilgjengelige registrerings- og rapporteringsmoduler.

Tabell 6.3: Nytte og kostnadsvurderinger, psykisk helsearbeid

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
<i>Tilgjengelighet:</i>		
Saksbehandlingstid	Høy	Middels
Iverksettingstid	Høy	Middels
Tilbud om akuttjeneste	Middels	Lav
<i>Egenskaper ved tjenesten:</i>		
Tilbud om individuell samtale/terapi med psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse	Middels	Lav
Tilbud om gruppesamtaler/familiesamtaler	Middels	Lav
Tilbud om oppsøkende virksomhet av psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse	Middels	Lav
Tilbud om støttekontakt	Middels	Lav
Tilbud om avlastningstiltak for pårørende/barn med syke foreldre	Middels	Lav
Miljøarbeidertjenester	Middels	Lav
Dagsentertilbud, grønn omsorg eller annet aktivitetstilbud tilpasset personer med psykiske helseplager	Middels	Lav

Bolig for personer med psykiske helseplager	Middels	Lav
Boveiledning	Middels	Lav
Tilbud om individuell plan	Middels	Lav
Tilbud om egen koordinator som samordner tilbudet fra ulike kommunale og statlige tjenester	Middels	Lav
Tilbud om samarbeidsmøter/ansvarsgruppemøter	Middels	Lav

6.2. Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale i henholdsvis helsestasjon, skolehelsetjenesten og fysio/ergotjenesten forteller noe om tilgjengeligheten ved tjenesten. Representanter fra kommunene oppfatter tilgjengelighet som svært viktig i akkurat denne tjenestesektoren. Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal være et lavterskeltilbud hvor barn, ungdom og gravide bør få rask oppfølging. Det er trolig to aktuelle aspekter å måle ventetiden ved, ekstrakonsultasjoner i forbindelse med henholdsvis timebestillinger og timer oppsatt av sektoren selv (oppfølging). Slike indikatorer kan være et viktig innspill i allokeringen av ressurser og bemanning. Den kan også benyttes som innspill i budsjettarbeid. Ettersom sektoren påpeker viktigheten av å ha god tilgjengelighet bør også dette være en indikator som kan benyttes i kommunikasjon utad. Kommunerepresentantene forteller også her om vanskeligheter med å få ut rapporter på ventetid, på tross av detaljerte timebøker i fagsystemet. Hvorvidt dette skyldes at data for oppsetting av time ikke registreres i systemet er uvisst. Hvis dette er tilfellet bør dermed dette registreres. Dette bør normalt ikke medføre noe ekstra rapportering og kostnadene ved en slik indikator bør derfor nærme seg null. Slik sett ser nytteverdien av en slik indikator ut til å være høy, samtidig som kostnadene vil være minimale.

Andel henvendelser som følges opp i løpet av et gitt antall dager, ev. gjennomsnittlig oppfølgingstid, kan være en god indikator som forteller noe om presset på enheten(e), dels også tilgjengeligheten. En slik indikator er trolig mest aktuell for telefonhenvendelser og ekstrakonsultasjoner. Det bør være opp til kommunene å definere hvilke henvendelser det er aktuelt å få denne informasjonen om. Kommuner kan ha forskjellig mål om hvor lenge det bør gå fra en

henvendelse meldes til at dette er fulgt opp. I så måte vil en indikator som viser gjennomsnittlig oppfølgingstid være mer universell hvor kommunene lettere kan sammenligne seg med andre for å finne ut om brukerne i deres kommune må vente relativt lenge før henvendelser følges opp. I samtale med kommunene mente noen at en slik indikator vil være mest hensiktsmessig å se innenfor begrensede tidsrom ettersom presset på de ulike enhetene varierer over tid. Det vil også være mest hensiktsmessig å dele opp en slik indikator etter de forskjellige tjenestetypene (helsestasjon, skolehelsetjeneste, fysioterapi etc.). Dette kan til eksempel gi enhetsledere større grunnlag for å allokere ressurser mellom enheter og tjenester. Politikere kan benytte en slik indikator til å vise at brukere av helsestasjon i deres kommune får rask oppfølging. I de mest utbredte fagsystemene kan kommunene selv definere konsultasjons-type. For at systemet skal kunne gi opplysninger om oppfølgingstid må det i tillegg registreres når henvendelsen kom inn og når henvendelsen lukkes som fulgt opp. Dette ser derimot ut til å kreve ekstra registreringsfelt og betinger at fagsystem utvikles med dette. Gitt at kommunene allerede må ha et system for å følge opp slike henvendelser vil trolig ikke en slik formalisering kreve mer ekstra rapportering og dermed kan det antas at kostnadene ved en slik indikator vil være relativt små, gitt at fagsystemene utvikles.

Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv (spesifisert på helsestasjon, skolehelsetjenesten og fysio/ergo) kan som tidligere sagt indikere god/dårlig kvalitet. Samtidig presiserer også kommunekontakter at timer avlyses og flyttes fordi de prioriterer viktigere oppgaver. Til eksempel nevnes det at konsultasjoner/timer for de minste barna prioriteres fremfor de eldre barna. Slik sett kan det være ønskelig å registrere bakgrunn for sletting av avtale (omprioritering/sykdom). Dette gjøres ikke i dagens fagsystem og vil i så fall kreve nye rapporteringsfelt. I likhet med oppfølgingstid er avlyste besøk mest relevant for styring. Hvis mange avlyste besøk skyldes sykefravær bør det følgelig være naturlig for en leder å jobbe med helse, miljø og sikkerhet for å minimere dette problemet. I fagsystemene er timebøkene relativt avanserte og detaljerte, men her kreves det at kommunene har kodet avlysningene etter ønskede kategorier. Ettersom dette gjelder et mindretall av avtalene vil det ikke være veldig ressurskrevende fordi avlysninger allerede blir registrert i systemet.

Antall utførte kontroller fordelt på alle anbefalte helsestasjonsprogram og andel utførte somatiske undersøkelser for hvert enkelt program synes i mye større grad å indikere produksjon,

og trolig kvalitet, ved tjenesten. Ved etablering av disse indikatorene kan en kommune i større grad sammenligne tjenesteproduksjon relativt til andre kommuner. Det vil dermed også vise hva sektoren velger å prioritere gitt knappe ressurser. Disse indikatorene vil da både kunne benyttes i kommunikasjon og internt styringsarbeid. Et eksempel er hvis administrasjon og politikere mener det er viktig med dekningsgrad ved kontrollene og hvorvidt undersøkelsene som utføres er i henhold til gjeldende veileder kan slike indikatorer gi utslag i budsjettarbeid. For brukerne må man anta at det er god kvalitet at veilederen følges ettersom institusjonen selv har utarbeidet disse retningslinjene. Det synes dermed som etablering av disse indikatorene vil ha høy nytteverdi. Kontroller registreres i fagsystem, men kun ett av de to systemene vurdert har en tilstrekkelig behandling av kontrollenes omfang i henhold til veilederen. Gitt at dette utvikles i alle fagsystem skal det ikke medføre ekstra registrering og vil således medføre svært lave kostnader.

Andel ungdom som har oppsøkt helsestasjon for ungdom kan indikere hvorvidt tilgjengeligheten ved tjenesten oppfattes som god. I tillegg vil dekningsgraden synliggjøres. For kommuner med flere stasjoner vil en slik indikator fortelle hvilke stasjoner som oppsøkes og dermed gi bedre grunnlag til å allokere ressurser. Nytteverdien i forhold til å synliggjøre tjenesteproduksjonen synes høy, mens den som styringsverktøy trolig er noe lavere. Konsultasjoner etc. ved helsestasjon for ungdom registreres i fagsystem og indikatoren vil således ikke være noe problem å etablere.

Andel barn som blir flyttet til en oppfølgingsgruppe som krever mindre oppfølging vil være en indikator som kan fortelle noe om måloppnåelse i forhold til forebygging. Samtidig presiserer også kommunekontaktene at barn i oppfølgingsgruppe 2 og 4 ikke bør benyttes som indikator på kvalitet for helsestasjon. Barna i oppfølgingsgruppe 2 blir henvist til annen instans og det er dermed ikke helsestasjonen som avgjør hvorvidt tiltak etc. er vellykket. Barn i gruppe 4 har kroniske sykdommer eller funksjonshemming o.l. og vil normalt bli værende i denne gruppen. Nytteverdien av en slik indikator synes stor ettersom den indikerer god forebygging og er en av få indikatorer i sektoren som indikerer utfall av forebyggingsarbeid. Plassering i oppfølgingsgruppe blir vurdert fortløpende ved kontroller og registreres i fagsystemene i dag. Slik sett vil det trolig ikke påløpe noen kostnader i forbindelse med indikatoren.

Andel barn som når avklarte vektmål blir av kommunerepresentantene vi har snakket med omtalt som en lite egnet indikator. Kritikken går ut på at til eksempel overvektige barn oftest blir fulgt

opp av fastlege/spesialhelsetjenesten og vil dermed ikke være et egnet mål på kvalitet i helsestasjoner. Samtidig presiserer de at også de jobber med denne gruppen, men at ressursinnsatsen sjelden er hensiktsmessig. Vi mener likevel en slik indikator kan være hensiktsmessig å benytte for enkelte kommuner hvis helsestasjon er satt til å fokusere på dette aspektet. Indikatoren vil da eventuelt måle utfall av forebyggende arbeid, noe som er svært ønskelig for indikatorer. Fagsystemene er i dag ikke utarbeidet på en måte der det kan settes mål for veiing og vil dermed kreve utvidelse av system. En slik indikator vil også kreve registrering på individnivå, men her vil utvalget være begrenset til de som viser vektavvik. Ettersom nytten av en slik indikator ser ut til å være noe begrenset og at det trolig vil medføre middels høye kostnader ved en systematisk rapportering synes ikke denne indikatoren å være tilstrekkelig formålsnyttig for de fleste kommuner.

De foreslåtte indikatorene som vedrører ungdoms seksualhelse og røyking ved graviditet vil i første rekke være nyttig informasjon for helsestasjonene å vite. Til eksempel vil økt omfang av klamydiasykdommer være en potensiell rettesnor for sektorens forebyggende arbeid. Disse indikatorene vil trolig ha middels nytteverdi, men kostnadene er minimale ettersom informasjon allerede er rapportert til Folkehelseinstituttet.

Avvikshåndtering vil være et nyttig verktøy for de ansvarlige ved tjenesten. Når det skjer avvik eller alvorlige hendelser vil da informasjonen komme vedkommende i hende og bør da brukes som et aktivt styringsverktøy. Som i andre sektorer måler dette kun en begrenset del av tjenesten og nytten vurderes derfor som middels. Registrering vil bare skje ved enkelttilfeller og vil derfor medføre lave kostnader gitt at system foreligger.

Tabell 6.4: Nytte og kostnadsvurderinger, helsestasjon og skolehelsetjenesten

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
Tilgjengelighet		
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale helsestasjon	Høy, måler produktkvalitet	Lav, men betinger muliggjøring av rapport fra fagsystem
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale skolehelsetjenesten	Høy, måler produktkvalitet	Lav, men betinger muliggjøring av rapport fra fagsystem
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale fysio/ergotjenesten	Høy, måler produktkvalitet	Lav, men betinger muliggjøring av rapport fra fagsystem
Andel henvendelser som følges opp i løpet av et gitt ant. dager Eventuelt gjennomsnittlig oppfølgingstid	Høy, måler produktkvalitet	Middels
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – helsestasjon	Middels, måler produktkvalitet	Middels
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – skolehelsetjenesten	Middels, måler produktkvalitet	Middels
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – fysio/ergotjenesten	Middels, måler produktkvalitet	Middels
Omfang av kontroller og besøk		
Antall utførte kontroller fordelt på alle anbefalte helsestasjonsprogram	Høy, måler resultatkvalitet	Lav
Somatiske undersøkelser gjennomført for hvert enkelt helsestasjonsprogram	Høy, måler resultatkvalitet	Lav
Andel ungdom som har oppsøkt helsestasjon for ungdom (eventuelt i ulike aldergrupper)	Høy, måler resultatkvalitet	Lav
Måloppnåelse		
Andel barn i oppfølgingsgruppene 1 og 3 som overføres til gruppe 0 som krever mindre oppfølging av helsesøster	Høy	Lav
Andel barn som når avtalte vekt mål	Uklar nytte	Middels
Klamydia blant ungdom	Middels	Lav, Folkehelseinstituttet
Røykekutt blant gravide	Middels	Lav, Folkehelseinstituttet
Avvik i tjenesten		
Antall alvorlige hendelser	Middels	Middels

6.3. Sosialtjenesten

Vi har foreslått tre hovedgrupper indikatorer for de sosiale tjenestene. Den første gruppen omfatter indikatorer som sier noe om varigheten med økonomisk sosialhjelp. Den andre gruppen tar for seg aktivitet og utstrømning fra sosialtjenesten. Den tredje gruppen tar for seg måloppnåelse i forhold til fem sentrale mål med sosialtjenestens virksomhet (sosial trygghet, økonomisk trygghet, boforhold, arbeidstilknytning og sosial inkludering).

Det første settet av indikatorer måler stønadslengden i gjennomsnitt for tre grupper mottakere, dvs. yngre, eldre og personer med sosialhjelp som hovedinntektskilde. På bakgrunn av at økonomisk sosialhjelp i prinsippet skal være en korttidssytelse, vil det være hensiktsmessig å benytte disse indikatorene. Nytteverdien er likevel begrenset i og med at det er mange andre forhold enn de sosiale tjenestene som påvirker varigheten på sosialhjelp. Foruten de sosiale forholdene i kommunen, vil dette ikke minst dreie seg om hvordan de statlige trygdeordningene forvaltes. Samtidig vil nytteverdien være stor i den forstand at indikatorene kan bidra til refleksjon rundt samspillet mellom økonomisk sosialhjelp og andre statlige trygdeordninger. Alle disse indikatorene baserer seg på data som allerede foreligger i SSBs statistikkbank. Kostnadene ved å ta dem i bruk er derfor lave.

Den andre gruppen innbefatter tre indikatorer som måler utstrømning fra sosialtjenesten og aktivitetsnivå. Med utstrømning menes avsluttede sosialhjelpssaker som er ute av systemet i minst ett år. Indikatorene som måler utstrømning har nytteverdi i den forstand at utstrømning fra sosialtjenesten vil være et mål i seg selv i og med at dette skal være en korttidssytelse. Varig utstrømning fra økonomisk sosialhjelp vil også kunne si noe om kvaliteten på råd og veiledningsarbeidet samt tiltakstilbudet overfor sosialhjelpsmottakerne. Svakheten er likevel at indikatorene ikke sier noe positivt om utfallet som strengt tatt kan være negativt, for eksempel overgang til inntekt i form av svart arbeid eller kriminalitet. I mange sammenhenger vil en varig avgang fra sosialhjelp også innebære overgang til andre statlige ytelser. Det vil være forbundet visse kostnader med disse indikatorene i den forstand at det per i dag ikke foreligger data om hvor mange avsluttede saker som kommer tilbake etter ett år. En kostnadskomponent vil derfor være å tilpasse dagens fagsystemer slik at denne informasjonen kan registreres. En annen kostnadskomponent vil være økt registreringsarbeid for saksbehandlerne. Ifølge informantene fra tjenesten er man generelt skeptisk til indikatorer som baserer seg på ytterligere registreringer av

informasjon på individnivå, noe disse indikatorene vil kreve. Ingen av kostnadskomponentene vurderes likevel som spesielt store. Sannsynligvis vil det også være mulig å automatisere rapporteringen av avsluttede saker som kommer tilbake innenfor en periode på ett år.

Indikatoren som måler aktivitetsnivå til mottakere av sosialhjelp vil også ha nytteverdi i den forstand at aktivitet generelt sett antas å gi større sannsynlighet for et positivt utfall (økonomisk selvstendighet) enn passiv mottak av ytelser. Samtidig vil også for stor grad av aktivitet i ulike tiltak kunne bidra til såkalte innelåsingseffekter, dvs. at aktivitet hindrer mottakeren av sosialhjelp overgang til ordinært arbeid. Nytteverdien av denne indikatoren er derfor betinget av at aktiviteten for den enkelte sosialhjelpsmottaker begrenses til det som anses nødvendig. Kostnaden med å anvende denne indikatoren er lav i og med at data allerede rapporteres i SSBs statistikkbank.

Det siste settet av indikatorer har som formål å måle grad av måloppnåelse i forhold til sentrale målsettinger med de sosiale tjenestene. Dette forutsetter etablering av et nytt begrepsapparat og kategoriseringer, samt utvikling av nytt registrerings- og rapporteringssystem. Forslaget må derfor betraktes som en uferdig idé mer enn et ferdig system som kan implementeres. Nytteverdien kan knyttes til at indikatorene baserer seg på de definerte målene med sosialtjenestens virksomhet. Med andre ord vil indikatorene teoretisk sett være gode resultatmål for virksomheten og brukerne av tjenesten. Samtidig baserer forslaget seg på målinger som i stor grad vil være basert på subjektive vurderinger. Informantene fra tjenesten understreker også at dette vil være en svakhet med systemet. Ifølge informantene vil forslaget slik det foreligger ovenfor, i for stor grad basere seg på uklare kategorier for måloppnåelse og for mye på skjønnsmessige vurderinger. Nytteverdien anses derfor å være begrenset slik forslaget foreligger. I det minste kan vi si at nytteverdien er betinget av muligheten for å utarbeide klarere og mer entydige kategorier for måloppnåelse. Kostnadene med å utvikle dette systemet vil også være store. I og med at de foreslåtte indikatorene må betraktes som en idé og ikke et ferdig utarbeidet rapporteringssystem, vil forslaget medføre store utviklingskostnader. Videre vil det være en del kostnader knyttet til å implementere indikatorene i fagsystemene. Til slutt vil det også være forbundet en del kostnader med å registrere informasjon i fagsystemene for hver enkelt deltaker. Som nevnt over, er informantene fra tjenestene skeptiske til å innføre indikatorer som medfører ekstra rapportering, bl.a. fordi man risikerer at systemet ikke blir benyttet i praksis. Kort sagt vil

nytteverdien være betinget av mulighetene for å utvikle systemet samtidig som at kostnadene vil være store.

Tabell 6.5: Nytte og kostnadsvurderinger, sosiale tjenester i NAV

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
Resultatoppnåelse		
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 18-24 år	Middels: påvirkes av andre forhold enn tjenesten	Lav
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 25-66 år	Middels: påvirkes av andre forhold enn tjenesten	Lav
Gjennomsnittlig stønadslengde for mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde	Middels: påvirkes av andre forhold enn tjenesten	Lav
Andel med økonomisk sosialhjelp mer enn 6 måneder	Middels: påvirkes av andre forhold enn tjenesten	Lav
Aktivitet og utstrømning		
Andel sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som hovedinntekt som deltar i aktive tiltak	Middels: ingen lineær sammenheng mellom høy måloppnåelse og nytteverdi	Lav
Andel sosialhjelpsmottakere 18-24 år som ikke vender tilbake til sosialhjelp ett år etter avsluttet sosialhjelp	Middels: God indikator, men påvirkes av andre forhold enn kvaliteten på tjenestene	Lav/middels: data foreligger delvis, men nødvendig å tilpasse fagsystem
Andel sosialhjelpsmottakere 25-66 år som ikke vender tilbake til sosialhjelp ett år etter avsluttet sosialhjelp	Middels: God indikator, men påvirkes av andre forhold enn kvaliteten på tjenestene.	Lav/middels: data foreligger delvis, men nødvendig å tilpasse fagsystem
Flerdimensjonale mål		
Sosial trygghet	Middels: basert på subjektive vurderinger	Høy
Økonomisk trygghet	Middels: basert på subjektive vurderinger	Høy
Tilfredsstillende boforhold	Middels: basert på subjektive vurderinger	Høy
Arbeidstilknytning	Middels: basert på subjektive vurderinger	Høy
Sosial inkludering/aktiv deltakelse	Middels: basert på subjektive vurderinger	Høy

6.4. Barnevern

Innenfor barnevernet har vi foreslått tre sett av indikatorer. Det dreier seg om saksbehandlingstid, måloppnåelse i form av endring i omsorgs- og adferdssituasjonen og resultatmål i form av gjennomstrømning.

Indikatorene for saksbehandlingstid sier noe om varigheten fra man starter undersøkelsen av en sak til undersøkelsen er sluttført. Dagens krav er at undersøkelsene skal gjennomføres innen 3 måneder og i særlige tilfeller 6 måneder. Det vil derfor være aktuelt å måle både andelen saker med lengre behandlingstid enn 3 måneder og lengre behandlingstid enn 6 måneder. Denne indikatoren er hensiktsmessig i den forstand at den kan si noe om hvor raskt sakene avklares. Videre kan indikatoren også si noe om ressursituasjonen i barnevernet. Samtidig vil denne indikatoren også påvirkes av sakenes art. Med andre ord er det ikke gitt om overskridelsene av fristen på 3 måneder dreier seg om kapasitetsutfordringer eller at sakene i seg selv er tunge å gjennomføre. I kommunenes rapporteringer til BLD skilles det imidlertid mellom legitime og ikke legitime overskridelser, dvs. at legitime overskridelser dreier seg om såkalte utvidede undersøkelser. Nytteverdien av denne indikatoren er likevel begrenset i og med at den ikke sier noe om kvaliteten på utredningene som gjennomføres, bare varigheten på utredningen. Kostnadene med å benytte denne indikatoren vil være minimale i og med at denne informasjonen registreres per i dag. I SSBs statistikkbank finner vi imidlertid kun et mål på antall undersøkelser over 3 måneder, mens i rapporteringen til BLD fremgår det også hvor mange av disse sakene som dreier seg om utvidede undersøkelser.

Det andre settet av indikatoren tar sikte på å måle kvalitative sider ved tiltakene og resultatoppnåelse i form av en bedret adferds- eller omsorgssituasjon. Dette forslaget har som siktemål å måle resultatet mer direkte i forhold til de to hovedtypene saker barnevernet arbeider med, dvs. barns omsorgs- og adferdssituasjon. Rent teoretisk vil nytteverdien av slike indikatorer være stor. Det er imidlertid forbundet store utfordringer med å implementere et slikt måleapparat i praksis. Ifølge informantene fra tjenesten er det største problemet at målene nødvendigvis må basere seg på en viss grad av subjektive vurderinger. Selv om det er mulig å utarbeide mer presise definisjoner på mål og måloppnåelse, vil systemet likevel måtte basere seg på en viss grad av skjønn. Videre peker informantene på at alle saker er unike og at det er vanskelig å kategorisere på den måten det er lagt opp til her. Generelt kan vi derfor si at nytteverdien

potensielt sett er stor, men at systemet er sårbart for mange feilkilder. De aktuelle forslagene vil således kreve ytterligere utvikling og utprøving før det eventuelt kan tas i bruk. Nytteverdien vil således være betinget av resultatet fra et slikt utviklingsarbeid. Dette innebærer også at kostnadene ved å utvikle og eventuelt ta i bruk et slikt indikatorsystem er store. For det første vil det som antydnet over være forbundet en del utviklingskostnader med et slikt system. Siden det verken foreligger registrerings- eller rapporteringssystemer tilpasset det foreslåtte indikatorsystemet, vil implementering av dette også medføre en del kostnader. Dette vil være kostnader knyttet til implementering av registreringsmoduler i fagsystemet og kostnader med å registrere inn informasjon om hvert enkelt barnevernsbarn. Ifølge informanter fra tjenestene vil tidsbruken til registrering av denne typen informasjon kunne bidra til at systemet ikke vil bli benyttet i praksis.

Det tredje settet av indikatorer har som formål å måle gjennomstrømning av saker. Også her vil vi vurdere nytteverdien som potensielt stor, men at den i praksis kan være begrenset. Dette har sammenheng med at indikatorsystemet må betraktes som å være på et idéstadium og ikke ferdig utviklet. Med andre ord vil det også her være nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid før det er hensiktsmessig å forsøke ut systemet i praksis. En fordel med dette systemet er imidlertid at det i mindre grad enn det forrige baserer seg på subjektive vurderinger. Samtidig er det en svakhet ved gjennomstrømsmålingene at det kan være vanskelig å definere eller utvikle objektive kriterier for ”avsluttede saker”. Det er også en fare for at systemet kan skape utilsiktede eller uønskede vridninger eller prioriteringer, for eksempel tilbøyeligheten til å avslutte saker tidligere enn hva som er hensiktsmessig. På samme måte som for det forrige indikatorsettet, vil det også være forbundet store kostnader ved å utvikle og implementere mål på gjennomstrømning. Det vil også her være store kostnader knyttet til utviklings- og uttestingsarbeid. I og med at mye av datagrunnlaget allerede foreligger, vil det imidlertid være mindre kostnader knyttet til utvikling av registrerings- og rapporteringssystemer. Ut over det som foreligger i dag, vil det være behov for å utvikle mer presise data (eventuelt mer differensierte data) om saker som avsluttes, data om gjenopptatte saker og eventuelt data som sier noe om alvorlighetsgrad. Det er rimelig å anta at dagens fagsystemer kan implementere dette uten for store kostnader. Systemet forutsetter imidlertid økt registrering av individdata for saksbehandlerne. Dette kan som nevnt over representere en barriere med hensyn til å implementere systemet i praksis.

Tabell 6.6: Nytte og kostnadsvurderinger, barnevern

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
Saksbehandlingstid		
Saksbehandlingstid over 3 måneder (eksklusiv utvidede saker 3-6 måneder)	Middels: måler ikke resultatkvalitet	Lave: data foreligger
Saksbehandlingstid over 6 måneder	Middels: måler ikke resultatkvalitet	Lave: data foreligger
Måloppnåelse		
Mål på tiltakets relevans og tilstrekkelighet	Middels: basert på subjektive vurderinger, muligheter for feilkilder	Høye: nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid og implementering av nytt registreringssystem
Endring i omsorgssituasjon	Middels: basert på subjektive vurderinger, muligheter for feilkilder	Høye: nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid og implementering av nytt registreringssystem
Endring i adferdssituasjon	Middels: basert på subjektive vurderinger, muligheter for feilkilder	Høye: nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid og implementering av nytt registreringssystem.
Gjennomstrømning		
Gjennomstrømning justert for antall saker som gjenopptas	Middels: muligheter for feilkilder og vridningseffekter	Middels høye: nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid, men mye data foreligger
Gjennomstrømning av antall vellykkede saker	Middels: muligheter for feilkilder og vridningseffekter	Middels høye: nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid, men mye data foreligger
Gjennomstrømning av vellykkede saker justert for alvorlighetsgrad	Middels: muligheter for feilkilder og vridningseffekter	Middels høye: nødvendig med ytterligere utviklingsarbeid, men mye data foreligger

6.5. Barnehage

De foreslåtte indikatorene som vil måle det pedagogiske læringsutbyttet i barnehagen oppfattes av enkelte kommunerepresentanter som problematiske. Kritikken går ut på at barn ikke skal måles i henhold til dagens rammeplan. Samtidig er det presisert i loven at barnehagen skal være en pedagogisk virksomhet. Uten kartlegginger og prøver vil man ikke få noe informasjon om det pedagogiske arbeidet som utføres. Ettersom de ansvarlige for barnehagen i kommunene vil få informasjon om barnas læringsutbytte gjør det disse bedre i stand til å vurdere hver barnehages virksomhet og eventuelt iverksette undersøkelser og tiltak for å bedre måloppnåelse for barna. Samtidig bør man være forsiktig med å sammenligne mellom enheter og kommuner, jf. kapittel 5.5. Indikatorene vurderes til å ha en potensiell høy nytteverdi. Det foreligger allerede forslag om å innføre språkkartlegging av barnehagebarn. Hvis dette innføres vil man få identifisert de barna som har behov for å bedre språkferdighetene. For å måle språklig læringsutbytte for alle barna er det foreslått å bruke resultatene fra første obligatoriske kartleggingsprøve i grunnskolen. Dette vil dermed ikke medføre ekstra ressurser i barnehagene. Samtidig kan det være problematisk hvis man ønsker informasjon på barnehagenivå og det å få ekskludert barn som ikke har gått i barnehage fra resultatene. Hvis det derimot gjennomføres kartleggingsprøver på slutten av siste barnehageår løses dette problemet, men det vil medføre økt behov for ressurser grunnet gjennomføring og rapportering.

Indikatorene som omhandler søknad om plass og venteliste er alle indikatorer med relativt høy nytteverdi. Indikatorene vil særlig være aktuelle for styring, men også kommunikasjon. De ansvarlige må til eksempel få synliggjort venteliste for de barna som har rett til barnehageplass. Trolig benyttes en slik indikator internt i de aller fleste kommuner. Også for politikerne er det viktig å få frem at den har oppfylt kravene om full barnehagedekning. Ventelistevarighet viser tydeligere hvor raskt en kommune løser potensielle utfordringer med hensyn til full barnehagedekning. I søkeprosessen må normalt foreldre/foresatte sette opp en prioritert liste over ønsket barnehage. En synliggjøring av andelen som får sitt førsteønske oppfylt kan gi informasjon om i hvor stor grad den geografiske allokeringen av barnehager er optimal. I tillegg indikerer dette god behovsdekning. De på venteliste uten rett til barnehageplass vil gi et ytterligere bilde på etterspørselen etter tjenesten. På tross av at kommunene ikke behøver å tilby plasser til disse, er det likevel utbredt at dette blir gjort. Hvis varigheten på ventelisten for de uten

plass er relativt kort betyr dette at kommunen yter relativt høy produksjon og dekker foreldres/foresattes behov i større grad enn andre kommuner. Dette vil både være verdifull informasjon til styring og kommunikasjon til innbyggerne. Alle disse indikatorene kan normalt enkelt hentes ut fra eksisterende fagsystem og vil således ha lave kostnader.

Avvikshåndtering betinger at det er innført eller innføres system for dette. Avvik vil være viktig informasjon i styring/kvalitetssikring og kan indikere hvor det skjer uønskede situasjoner. Nyttens vurderes likevel som middels siden vi her kun måler enkelte sider ved tjenestekvaliteten. Kostnadene vurderes som lav for den ene indikatoren siden data for denne foreligger. Den andre indikatoren anses å ha middels kostnad siden det ikke foreligger data.

Indikatorene som vedrører areal måler kvalitet ved produktet og kan for brukerne være avgjørende informasjon i forhold til ønsket barnehage. Areal ved enhetene finnes normalt i plantegninger og vil derfor være en indikator nærmest uten kostnader.

Indikatorene som måler individuelle samtaler med foreldre/foresatte og barn er verken produkt- eller kvalitetsindikatorer og må dermed kategoriseres å ha middels nytteverdi. Det kan likevel være hensiktsmessig å rapportere disse for egen læring. Hvis man kombinerer denne informasjonen med til eksempel brukernes subjektive vurderinger i brukerundersøkelser vil dette sammen indikere om arbeidet og oppfølging i ettertid av slike samtaler har vært utført på en god måte. God brukermedvirkning betinger trolig slike samtaler. Hvis det ved en enhet blir rapportert om lav tilfredshet med hensyn til brukermedvirkning og det allerede gjennomføres et tilstrekkelig antall samtaler, vil dette indikere at enheten kan ha et forbedringspotensial med å ta hensyn til foreldre/foresattes og barns ønsker om barnehagens innhold og utforming. Det foreligger i dag ikke rapporteringsfelt for dette i fagsystemene. Hvis slike samtaler kun rapporteres på enhetsnivå vil kostnadene kun være middels. En rapportering på individnivå vil medføre høye kostnader.

Sykefravær og turnover er verdifull input med tanke på styring. Hvis sykefravær er høyt ved en enhet bør det trolig iverksettes undersøkelser for å finne ut om dette kan reduseres. Dette gjelder også turnover. Høyt sykefravær og turnover vil oppfattes negativt av brukerne. Sykefravær registreres normalt og vil ikke medføre kostnader. Turnover registreres trolig ikke i samme grad og vil dermed medføre noe høyere kostnad.

Tabell 6.7: Nytte og kostnadsvurderinger, barnehage

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
Måloppnåelse/læringsutbytte		
Måloppnåelse barn med kartlagte behov for å bedre ferdigheter, herunder språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk	Høy (avhengig av prosess kan indikatoren bygge på subjektive vurderinger)	Høy kostnad. Betinges at alle barn kartlegges og at man måler måloppnåelse på et senere tidspunkt
Pedagogisk læringsutbytte i barnehagen, herunder språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk	Høy (potensielt problem at kartleggingsverktøy ofte baseres på personalets subjektive vurderinger)	Lave kostnader ved bruk av kartleggingsprøver gjennomført i grunnskolen. Høye kostnader ved gjennomføring av egne prøver og rapportering
Dekningsgrader og venteliste		
Venteliste for de med rett til barnehageplass	Høy, måler produktkvalitet	Lav, data foreligger i fagsystem
Ventelistevarighet for de med rett til barnehageplass	Høy, måler produktkvalitet	Lav, data foreligger i fagsystem
Er førsteønske oppfylt	Høy, måler resultatkvalitet	Lav, data foreligger i fagsystem
Andelen uten rett som får plass	Høy, måler resultatkvalitet	Lav, data foreligger i fagsystem
Gjennomsnittlig ventetid for de uten rett til barnehageplass	Høy, måler produktkvalitet	Lav, data foreligger i fagsystem
Avvik i tjenesten		
Antall alvorlige hendelser, individnivå	Middels	Middels, rapporteres for individ kun ved avvik
Antall alvorlige hendelser, enhetsnivå	Middels	Nokså lav, rapporteres for enhet
Egenskaper ved tjenesten		
Uteareal	Middels	Nokså lav, krever kun engangsrapportering for enhet
Parkeringsareal	Middels	Nokså lav, krever kun engangsrapportering for enhet
Øvrige indikatorer		
Antall individuelle samtaler med foreldre/foresatte pr. barn	Middels	Middels, hvis man kun rapporterer på enhetsnivå. Høy hvis det rapporteres på individnivå
Antall planlagte og systematiske individuelle samtaler pr. barn	Middels	Middels, hvis man kun rapporterer på enhetsnivå. Høy hvis det rapporteres på individnivå
Sykefravær	Middels	Lave
Turnover	Middels	Lav/middels

6.6. Skolefritidsordning

Avvikshåndtering (alvorlige hendelser) vil på samme måte som for andre sektorer gi informasjon om uønskede situasjoner og vil dermed være et nyttig styringsverktøy. Eksempel på avvik kan være barn som blir borte, mobbing, alvorlige ulykker etc. Siden indikatorene kun måler et begrenset aspekt ved kvaliteten, vurderes nytteverdien som middels. Avvik vil kun bli registrert for enkelttilfeller og vil dermed også ha en middels kostnad. I tillegg til individbaserte avvik bør det også rapporteres avvik på enhetsnivå, til eksempel avvik på inneklima, HMS-brudd, etc.

Frafall av elever kan indikere hvor fornøyde brukerne av skolefritidsordninger er. På tross av at mange av de eldre barna naturlig faller fra vil indikatoren også her kunne bidra med informasjon. Slike indikatorer kan belyse hvorvidt relativt mange barn slutter i skolefritidsordningen ved en enhet eller kommune. Dette kan være verdifull informasjon i styrings- og planleggingsarbeid. Hvis relativt mange faller fra er det grunn til å tro at enheten eller kommunen har forbedringspotensial og at frafallsårsaker bør adresseres.

Åpningstid vil si noe om brukernes behovsdekning. For en kommune vil åpningstid være en hensiktsmessig indikator å se til når kostnader vedrørende ordningen/enhetene evalueres. Ettersom kommunene allerede rapporterer dette i GSI-systemet vil kostnadene være meget lave.

På samme måte som for barnehagesektoren kan det være nyttig med rapportering av både sykefravær og turnover. Kommunene selv vil ha interesse i å minimere dette, blant annet grunnet kostnadsfokus, mens foreldre/foresatte trolig opplever et stabilt personale som god kvalitet. Sykefravær registreres normalt allerede, mens turnover trolig krever ekstra rapportering. Kostnadene med disse indikatorene vil dermed være henholdsvis lave og middels lave.

Antall aktiviteter og varighet kan trolig oppleves som god kvalitet av tjenstemottakerne, men kommunekontaktene mente en slik indikator ville være lite hensiktsmessig. Samtidig sier de at politikere og SFO-ledere gjerne er opptatt av antall aktiviteter. Det synes også å være en hensiktsmessig indikator å se til hvis man skal analysere frafall av elever. Indikatorene vil ikke rapporteres på individnivå og vil dermed ha lave til middels lave kostnader.

Indikatorene for leksehjelp vil i svært mange tilfeller være indikator for grunnskolesektoren, og ikke skolefritidsordningen. I de tilfellene hvor leksehjelp arrangeres av skolefritidsordningen

synes det relevant å se dekningsgrad, varighet og kompetansen til de ansatte som utfører leksehjelpen. Antall elever og varighet rapporteres allerede inn i GSI-systemet og vil derfor ha svært lav kostnad, mens rapportering av de ansattes kompetanse gjøres på tjenestenivå og vil dermed også ha svært lave kostnader.

Tabell 6.8: Nytte og kostnadsvurderinger, skolefritidsordning

<i>Indikator</i>	<i>Nytte</i>	<i>Kostnad</i>
Avvik i tjenesten		
Antall alvorlige hendelser, individnivå	Middels	Middels
Antall alvorlige hendelser, enhetsnivå	Middels	Nokså lav
Frafall		
Frafall for hvert årstrinn	Høy, kan indikere tilfredshet med enheten	Lav, tall foreligger
Tilgjengelighet		
Åpningstid	Høy, måler resultatkvalitet	Lav, tall foreligger
Øvrige indikatorer		
Sykefravær	Middels nytte	Lav
Turnover	Middels nytte	Lav/middels
Aktiviteter		
Aktiviteter	Avhenger av enhet/kommune	Middels
Aktivitetenes varighet	Avhenger av enhet/kommune	Middels
Leksehjelp		
Leksehjelp, dekningsgrad	Avhenger av enhet/kommune, se diskusjon i kapittel 5.6 og ovenfor	Lav
Varighet leksehjelp	Avhenger av enhet/kommune, se diskusjon i kapittel 5.6 og ovenfor	Lav
Kompetansen til de ansatte som utfører leksehjelp	Avhenger av enhet/kommune, se diskusjon i kapittel 5.6 og ovenfor	Lav/middels

6.7. Nytte for ledelse og styring

Dette delkapittelet tar for seg ulike måter å benytte det foreslåtte indikatorsettet i kommunenes ledelse og styring. Indikatorene bør imidlertid benyttes sammen med annen informasjon, til eksempel med ressursinnsats eller andre eksisterende indikatorer for produkt- og resultat kvalitet, for å på best mulig måte gi ulike nivå i kommunene formålstjenlige styringsverktøy.

Styring som ressursinnsats-produksjon-modell

Et formål med å utarbeide forslag til kvalitetsindikatorer er å bedre kommunenes styringsinformasjon. For å utdype nærmere hvordan, kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i en klassisk ressursinnsats-produksjons-modell. En slik styringsmodell består av ressursinnsats, prosess, produksjon og tilbakeføring. Ressursinnsatsen dreier seg om ressursene, prosessen om utformingen av tjenestene og produksjonen om resultatene av tjenesteprosessen. For eksempel vil innsats dreie seg om ressursinnsatsen til sosialtjenesten, herunder hvordan denne fordeles på et overordnet nivå, for eksempel mellom personalkostnader, driftsutgifter og sosialhjelps-utbetalinger. Prosessen vil i enkleste forstand dreie seg om hvordan ressursene anvendes på ulike oppgaver i tjenesten. Dette vil dreie seg om hvordan tjenesten er organisert, hvordan kompetansen utnyttes, metodebruk, fagutvikling, evne til å samarbeide med andre osv. I en styringsmodell vil informasjon om de ulike delene i modellen danne grunnlaget for strategiske beslutninger. Informasjon utgjør derfor en fjerde viktig komponent i modellen, ofte omtalt som tilbakeføringsmekanismen. Denne informasjonen vil igjen være grunnlaget for beslutninger om målsettinger med produksjonen samt strategiske beslutninger om ressursinnsats og tjenesteprosessen.

Kvalitet som en del av tjenesteproduksjonen

Det den enkelte tjeneste produserer av resultater vil ha to dimensjoner ved seg, en kvantitativ og en kvalitativ. Den kvantitative dimensjonen dreier seg om mengden produserte velferdstjenester, for eksempel antall sosialhjelpssaker, antall barnevernssaker, antall barnehagebarn. Den

kvalitative delen – som er omhandlet i denne rapporten – vil på sin side innebære hvor godt den enkelte sosialhjelpssak, barnevernssak osv. blir håndtert. Produksjon kan med andre ord bære preg av å ha høy kvantitet, men lav kvalitet og motsatt. Produksjonsmålet vil være misvisende dersom vi ikke også tar hensyn til kvaliteten. For eksempel vil bistanden i en barnevernssak nærmest være verdiløs dersom det ikke settes inn tiltak eller dersom tiltaket ikke virker. Utvikling av kvalitetsindikatorer kan forstås som et forsøk på å justere de klassiske produksjonsmålene i forhold til tjenestekvaliteten. Kvalitetsindikatorene vil – sett fra et styringsperspektiv – gi et bedre informasjonsgrunnlag for vurdering av effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunene.

Forskjeller mellom endringsomsorg og tilstandsomsg

Koblingen mellom produksjons- og kvalitetsmål er gjort på noe ulik måte i de ulike sektorene. For enkelte av sektorene er kvalitet forsøkt bygd direkte inn i produksjonsmålene. Dette gjelder primært sosialtjenesten og barnevernet. I andre sektorer opererer vi med rendyrkede kvalitetsmål, til eksempel pedagogisk læringsutbytte i barnehagen. Med andre ord vil måten dette gjøres på avhenge av tjenestens art. Der tjenesten bærer preg av endringsomsorg – dvs. der tjenesten skal oppnå endring hos tjenestemottakeren – er det fornuftig å operere med resultat-kvalitet i ordets rette forstand. Det innebærer at man kan ”bygge” kvalitetsaspektet direkte inn i produksjonsmålene slik at kvalitetsaspektet kan betraktes som en korrigering av produksjonsmålet. Et enkelt eksempel på dette er å måle antall vellykkede barnevernssaker sett i forhold til ressursinnsatsen. I praksis betyr dette at ”mislykkede” saker ikke tas med i beregningen av tjenestens produksjon. Et annet eksempel innenfor sosialtjenesten er å justere for gjengangersaker, underforstått at gjengangersaker representerer dårlig tjenestekvalitet.

Innenfor de tjenestene som i større grad bærer preg av tilstandsomsg – der man i praksis måler produkt-kvalitet som et substitutt for resultat-kvalitet – vil det ikke være like åpenbart hvordan indikatorene på produkt-kvalitet kan justere produksjonsindikatorene. For eksempel er det ikke gitt hvordan man skal ta hensyn til avvik når man beregner kommunens produksjon av hjemmetjenester. Her blir med andre ord kvalitetsmålet og kvantitetsmålet stående som uavhengige størrelser.

For oppnåelse av indikatorer som måler endringsomsorg, vil det i mange tilfeller ikke være mulig å fatte politiske vedtak på. Til eksempel kan man ikke fatte vedtak på at barn i barnehagen skal ha en bestemt verdi på kartleggingen av sosiale ferdigheter. Slike indikatorer vil dermed i første rekke benyttes som målsettinger på politisk nivå. I motsetning vil indikatorer som måler tilstandsomsg normalte være indikatorer det kan fattes politiske vedtak på. Som et eksempel kan man på politisk nivå fatte vedtak om beboere ved sykehjem selv skal bestemme sin egen leggetid.

Bedre informasjon som grunnlag for bedre beslutninger?

Informasjon om kvaliteten på tjenestene, vil danne grunnlaget for minst to typer beslutninger. Den ene typen vil være beslutninger på politisk nivå om ressursinnsats og produksjon. Beslutninger om ressursinnsats vil dreie seg om budsjettprioriteringer eller strategiske beslutninger med budsjettmessige konsekvenser. Beslutninger om produksjon vil eventuelt dreie seg om å fastsette mål for den enkelte tjenesten. Den andre typen beslutninger fattes på administrativt nivå om ulike sider ved prosessen, for eksempel om organisering av virksomheten, metodebruk, arbeidsmetodikk, sykefraværstiltak osv. Denne typen beslutninger vil som regel ikke ha budsjettmessige implikasjoner.

I praksis vil det være vanskelig å trekke et klart skille mellom hva som er politiske og administrative beslutninger. Politikerne kan på den ene siden treffe beslutninger av rent administrativ art, samtidig som administrative beslutninger vil kunne ha budsjettmessige konsekvenser på kortere eller lengre sikt. Det er likevel en vesensforskjell i de to typene beslutninger i og med at beslutninger om ressursinnsats vil relatere tjenestekvaliteten til ressursinnsatsen (eventuelt hvordan denne er satt sammen innenfor en gitt sektor), mens beslutninger om prosessen forutsetter at kvaliteten har å gjøre med måten det arbeides på (hvordan ressursene utnyttes).

Et styringssystem som baserer seg på den informasjonen vi har omtalt over, kan dermed si noe om produksjon justert for kvaliteter ved tjenesten, men vil ikke kunne si noe om høy eller lav produksjon skyldes ressursinnsatsen eller produksjonsprosessen. For eksempel vil en målt lav kvalitet på sosialtjenesten kunne være en konsekvens av både for lav bemanning og av måten

arbeidet er organisert på. Informasjonen sier med andre ord bare noe om output, ikke om årsaken ligger i input eller prosessen.

Intern læring eller læring som benchmarking

Utfordringen med å adressere årsaken til god/dårlig produksjon bringer oss videre til et annet sentralt spørsmål, nemlig hvordan forbedret informasjon der vi tar hensyn til tjenestekvalitet kan eller bør benyttes. Når vi sier at informasjonen danner grunnlag for å fatte beslutninger, innebærer dette læring i form av å få stadfestet at man gjør tingene riktig eller at noe bør gjøres annerledes. Slik læring kan skje enten i form av interne læringssystemer (i kommunen eller den interne sektoren) eller i form av benchmarking der man sammenligner med andre kommuner.

En intern læring dreier seg om å vurdere indikatorene over tid. Her vil politiske definerte mål stå sentralt. For eksempel kan dette dreie seg om et mål om at alle eldre på institusjon skal tilbys daglig utetid. Et sentralt spørsmål blir her om det er mulig å oppnå dette innenfor gitte budsjетtrammer eller om tjenesten må tilføres nye ressurser. Kan man oppnå dette ved å ta ut såkalt ”slakk” i tjenesten eller organisere arbeidet mer effektivt? Et internt læringssystem vil ikke uten videre kunne gi svar på dette spørsmålet. Med andre ord kan det være vanskelig å slå fast hvorvidt et bestemt produksjonsaspekt (med en gitt kvalitet) skal kunne oppnås gjennom økte bevilgninger eller mer rasjonell drift.

En annen generell utfordring er at tjenesteforbedringer som måles over tid – slik et internt læringssystem åpner for – kan gi grunnlag for å vurdere forbedringer i form av å gjøre tingene riktig, men ikke nødvendigvis om man gjør de riktige tingene. For eksempel kan en kommune være god til å utnytte ressursene i hjemmetjenesten ved å ha god logistikk, presise vedtak, revidering av vedtak osv., men er ikke nødvendigvis av den grunn effektiv i form av å gjøre tingene riktig. Å gjøre tingene riktig, kan for eksempel dreie seg om å drive mer hjelp til selvhjelp, mer forebyggende virksomhet osv. Den interne læringen vil med andre ord ha begrensninger i form av at man kan lære å bli bedre på å gjøre tingene riktig, men ikke nødvendigvis å gjøre de riktige tingene.

Den andre formen for læring – gjennom benchmarking – vil ikke ha tilsvarende begrensninger som det interne læringssystemet. I den grad vi opererer med bedre mål på produksjonen, vil vi lettere kunne sonde mellom behovet for ressursinnsats eller mer effektiv utnyttelse av ressursene. Dersom en kommune oppnår bedre resultater enn en annen med den samme ressursinnsatsen, er det rimelig å anta at forskjellene i resultatoppnåelse kan knyttes til selve produksjonsprosessen. Motsatt, dersom dårligere resultater i en kommune sammenfaller med lavere ressursinnsats enn i en annen, er det også rimelig at noe av forklaringen ligger i de ressursene som tilføres tjenesten.

På tilsvarende måte vil benchmarking også kunne løse begrensningene som det interne læringssystemet har med hensyn til å avdekke hvorvidt man gjør de rette tingene. Dersom vi kan eliminere ressursfaktoren som årsak til manglende resultatoppnåelse, er det rimelig å anta at manglende resultatoppnåelse har årsak i selve tjenesteprosessen. En benchmarking av selve tjenesteprosessen vil dermed kunne gi nyttig informasjon til beslutningstakere om organisering, arbeidsmetodikk etc. Dette krever riktignok en annen type informasjon enn den som er omtalt i denne rapporten. Samtidig vil standardiserte og kvalitetsjusterte produksjonsmål gi et informasjonsgrunnlag som på en bedre måte adresserer årsaksforhold til henholdsvis ressursinnsats og prosess.

Avslutning

I denne rapporten har vi tatt sikte på å utarbeide standardiserte kvalitetsindikatorer av to årsaker. For det første er det lite hensiktsmessig å operere med kvalitetsmål uavhengig av produksjonsmål. Formålet med kvalitetsmålene er primært å gi en bedre beskrivelse av tjenesteproduksjonen ved å være et supplement til kvantitative produksjonsindikatorer. For det andre vil standardisering av indikatorene gi muligheter for benchmarking mellom kommuner og derigjennom gi langt bedre informasjon om årsaksforholdet mellom ressursinnsats og utforming av tjenestene på den ene siden og produksjonen på den andre.

Referanser

Armesto, S.G., H. Medeiros og L. Wei (2008): Information availability for measuring and comparing quality of mental health care across OECD countries. OECD Health Technical Papers, no. 20

Borge, L.-E. og P. Tovmo (2009): Ny produksjonsindeks for kommunene, SØF-rapport 06/09

Department for Communities and Local Government (2008): National Indicators for Local Authorities and Local Authority Partnerships: Handbook of definitions

Econ Pöyry (2008): Kvalitetsindikatorer i kommunene, ECON-rapport nr. 2008-021

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009): "Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide". Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel

Foreldreutvalget for barnehager (2011): Kvalitet i barnehagen

Gjersvold, J. (2010): *Kvalitetsnyckeltal för äldreomsorgen. Resultat för brukarnära indikatorer inom hemtjänst och särskilt boende 2009*. Rådet för kommunala analyser och jämförelser (RKA)

Helsedirektoratet (2010): Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsetilsynet (2007): Tilsynsrapporter for kommunalt psykisk helsearbeid

Herman, R.C., S. Mattke, D. Somekh, H. Silfverhielm, E. Goldner, G. Glover, J. Pirkis, J. Mainz og J. A. Chan (2006): Quality indicators for international benchmarking of mental health care. *International Journal for Quality in Health Care*, September, 31-38

Kunnskapsdepartementet (2007): Veileder for utforming av barnehagens utearealer

Kunnskapsdepartementet (2011): Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver

Kunnskapsdepartementet (2011): Vurdering av verktøy som brukes til å kartlegge barns språk i norske barnehager, Ekspertutvalget for vurdering av språkkartleggingsverktøy

Kvello, Ø. og C. Wendelborg (2002): Nasjonal evaluering av skolefritidsordningen – belyst i et helhetlig perspektiv på barns oppvekstmiljø, Nord-Trøndelagsforskning, NTF-rapport 2002:4

Martinsen, K. (1996): Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring, i Jensen m.fl. *Moderne omsorgsbilder*. Ad notam Gyldendal

Martinsen, K. (2003): *Omsorg, Sykepleie, Medisin: historisk filosofisk essays*. 2. utg. Oslo, TANO

Moafi, H. og E.S. Bjørkli (2010): Barnefamiliers tilsynsordninger, høsten 2010, SSB-rapport 34/2011

Norrlid, A. og P. Törnvall (2010): *Skapa resultat med nyckeltal. Hälso- och sjukvård*. Rådet för kommunala analyser och jämförelser (RKA)

NOU 2002:2: Boligmarkedene og boligpolitikken

NOU 2003:16: I første rekke, Utdannings- og forskningsdepartementet

NOU 2004:18: Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

NOU 2009:8: Kompetanseutvikling i barnevernet - kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksis nær og forskningsbasert utdanning

NOU 2012:1: Til barnas beste, Kunnskapsdepartementet

Nygren, P. (1999): *Professionel omsorg for børn og familier – fra teori til værktøj*. Dansk Psykologisk Forlag

Rosland, J.H, Hofacker, S. og Ø. Paulsen (2006): Den døende pasient, *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 126:467-70

Socialstyrelsen (2011): Metodbeskrivning Öppna jämförelser. Ekonomiskt bistånd 2011

Socialstyrelsen (2011): Öppna jämförelser 2011. Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsen (2012): Metodbeskrivning Öppna jämförelser. Social barn- och ungdomsvård

Sosial- og helsedirektoratet (2004): Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450

Sosial- og helsedirektoratet (2005): Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten

Stortingsmelding 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Stortingsmelding 41 (2008-2009): Kvalitet i barnehagen, Kunnskapsdepartementet

Sveriges Kommuner och Landsting/Socialstyrelsen (2011): Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011

Sveriges Kommuner och Landsting/Socialstyrelsen (2009): Öppna jämförelser folkhälsa 2009, Bilaga Indikatorbeskrivning

Utdanningsdirektoratet (2012): Retningslinjer for gjennomføring, Kartleggingsprøver i grunnskolen

Appendiks 1: Datastrøm og rapporter i fag- og avvikssystem

Dette vedlegget gir en oversikt om kommunenes dataverktøy inneholder felt for å registrere datastrøm (input) og muligheten til å få ut ønskede rapporter (output) for hver av de foreslåtte indikatorer.

Pleie og omsorg

Tabell A1: Hjemmetjeneste, omsorgsboliger og sykehjem, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
Mottak av tjenester		
Saksbehandlingstid på vedtak	Ja	Ja
Iverksettingstid (fra vedtak til tjeneste mottatt)	Ja	Ja
Avvik i tjenesten		
Andel omgjorte klager på vedtak av fylkesmannen	Nei (rapport fra fylkesmann)	Nei (rapport fra fylkesmann)
Avvik legemiddelhåndtering	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Innleggelse pga ernæring/spisevegring	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Antall fall med alvorlig skade	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Antall tilfeller av utagering/vold fra beboere	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Antall tilfeller av liggesår/trykksår	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Bruk av beroligende medisiner og anti-depressiva	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Positive egenskaper ved tjenesten		
Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	Nei	Nei
Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc	Nei	Nei
Om beboere har mulighet for å spise sammen	Nei	Nei
Om beboer tilbys servering av sen kveldsmat	Nei	Nei

Om beboer selv kan velge sengetid	Nei	Nei
Om beboer tilbys daglig utetid	Nei	Nei
Om beboer tilbys kroppspleie ut over daglig stell	Nei	Nei
Om beboer tilbys daglige aktiviteter	Nei	Nei
Om beboer tilbys aktiviteter i helger	Nei	Nei
Om beboer tilbys dagsentertilbud	Nei	Nei
Antall plasser på dagsentertilbud, sykehjem	Nei	Nei
Antall plasser på dagsentertilbud, hjemmetjenesten	Nei	Nei
Døende med samtale i terminalfasen	Nei	Nei
Dødsfall, ikke alene	Nei	Nei
Pårørende av døde med sluttsamtale med pårørende	Nei	Nei

Tabell A2: Tjenester for psykisk utviklingshemmede, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
<i>Mål på individnivå:</i>		
Om beboere har nøkkel til egen leilighet	Nei	Nei
Om beboerne har innflytelse over maten som serveres	Nei	Nei
Om beboer har egen postkasse	Nei	Nei
Om beboer kan ta imot gjester etter 21.00	Nei	Nei
Om beboer tilbys minst en aktivitet per dag	Nei	Nei
Om trusler eller vold mot beboere ikke har forekommet de siste seks månedene	Nei	Nei
<i>Mål på tjenestenivå:</i>		
Om beboere har mulighet til å spise sammen	Nei	Nei
Deltakelse i arbeidsrettede tiltak	Nei	Nei
Beboere med funksjonsnedsetting har tilgang til kokemuligheter samt dusje eller badrom.	Nei	Nei
Har kommunen et dokumentert oppfølgingssystem for innsats på individnivå for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Nei	Nei
Bedriver kommunen oppsøkende virksomhet for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Nei	Nei
Har kommunen skriftlige rutiner for å opprette individuell plan?	Nei	Nei
Kan kommunen tilby plass i sosiale kooperativer/fontenehus eller liknende med individuell oppfølging?	Nei	Nei
Finnes det åpen virksomhet i kommunen i form av for eksempel sosiale møteplasser for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Nei	Nei

Tilbys strukturert sysselsetting for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Nei	Nei
Tilbys støtte til studier for personer med psykisk funksjonsnedsetting?	Nei	Nei

Tabell A3: Psykisk helsearbeid, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
<i>Tilgjengelighet:</i>		
Saksbehandlingstid	Ja	Ja
Iverksettingstid	Ja	Ja
Tilbud om akuttjeneste	Nei	Nei
<i>Egenskaper ved tjenesten:</i>		
Tilbud om individuell samtale/terapi med psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse	Nei	Nei
Tilbud om gruppesamtaler/familiesamtaler	Nei	Nei
Tilbud om oppsøkende virksomhet av psykiatrisk sykepleier eller person med tilsvarende kompetanse	Nei	Nei
Tilbud om støttekontakt	Nei	Nei
Tilbud om avlastningstiltak for pårørende/barn med syke foreldre	Nei	Nei
Miljøarbeidertjenester	Nei	Nei
Dagsentertilbud, grønn omsorg eller annet aktivitetstilbud tilpasset personer med psykiske helseplager	Nei	Nei
Bolig for personer med psykiske helseplager	Nei	Nei
Boveiledning	Nei	Nei
Tilbud om individuell plan	Nei	Nei
Tilbud om egen koordinator som samordner tilbudet fra ulike kommunale og statlige tjenester	Nei	Nei
Tilbud om samarbeidsmøter/ ansvarsgruppemøter	Nei	Nei

Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Tabell A4: Helsestasjon og skolehelsetjeneste, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
Tilgjengelighet		
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale helsestasjon	Delvis, men betinger trolig registreringsfelt for dato timebestilling	Nei
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale skolehelsetjenesten	Delvis, men betinger trolig registreringsfelt for dato timebestilling	Nei
Gjennomsnittlig ventetid for timeavtale fysio-/ergotjenesten	Delvis, men betinger trolig registreringsfelt for dato timebestilling	Nei
Andel henvendelser som følges opp i løpet av et gitt ant. dager Eventuelt gjennomsnittlig oppfølgingstid	Delvis, man kan definere egen kode for slike henvendelser og behandle disse som en avtale i fagsystemene	Nei
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – helsestasjon	Ja, koding av årsak kan settes av kommunene	Ja
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – skolehelsetjenesten	Ja, koding av årsak kan settes av kommunene	Ja
Andel avlyste besøk som skyldes tjenesten selv – fysio/ergotjenesten	Ja, koding av årsak kan settes av kommunene	Ja
Omfang av kontroller og besøk		
Antall utførte kontroller fordelt på alle anbefalte helsestasjonsprogram	Ja	Ja
Somatiske undersøkelser gjennomført for hvert enkelt helsestasjonsprogram	Ja i Winmed, ikke full informasjon i HsPro	Nei

Andel ungdom som har oppsøkt helsestasjon for ungdom (eventuelt i ulike aldergrupper)	Ja	Ja
Måloppnåelse		
Andel barn i oppfølgingsgruppene 1 og 3 som overføres til gruppe 0 som krever mindre oppfølging av helsesøster	Ja	Nei, krever manuell beregning
Andel barn som når avtalte vektmaal	Nei	Nei
Klamydia blant ungdom	Folkehelseinstituttet	Krever egen bestilling
Røykekutt blant gravide	Folkehelseinstituttet	Krever egen bestilling
Avvik i tjenesten		
Antall alvorlige hendelser	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)

Sosialtjenesten

Tabell A5: Sosialtjenesten, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
Gjennomstrømning		
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 18-24 år	Rapportering til SSB	KOSTRA
Gjennomsnittlig stønadslengde mottakere 25-66 år	Rapportering til SSB	KOSTRA
Gjennomsnittlig stønadslengde for mottakere med sosialhjelp som hovedinntektskilde	Rapportering til SSB	KOSTRA
Andel med økonomisk sosialhjelp mer enn 6 måneder	Rapportering til SSB	KOSTRA
Aktivitet og utstrømning		
Andel sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som hovedinntekt som deltar i aktive tiltak	Ja	Nei (data må bearbeides)
Andel sosialhjelpsmottakere 18-24 år som ikke vender tilbake til sosialhjelp ett år etter avsluttet sosialhjelp	Ja	Nei (data må bearbeides)
Andel sosialhjelpsmottakere 25-66 år som ikke vender tilbake til sosialhjelp ett år etter avsluttet sosialhjelp	Ja	Nei (data må bearbeides)

Flerdimensjonale mål		
Sosial trygghet	Nei	Nei
Økonomisk trygghet	Nei	Nei
Tilfredsstillende boforhold	Nei	Nei
Arbeidstilknytning	Nei	Nei
Sosial inkludering/aktiv deltakelse	Nei	Nei

Barnevern

Tabell A6: Barnevern, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
Saksbehandlingstid		
Saksbehandlingstid over 3 måneder (eksklusiv utvidede saker 3-6 måneder)	Rapportering til BLD	Rapportering fra BLD
Saksbehandlingstid over 6 måneder	Rapportering til BLD	Rapportering fra BLD
Måloppnåelse		
Mål på tiltakets relevans og tilstrekkelighet	Nei	Nei
Endring i omsorgssituasjon	Nei	Nei
Endring i adferdssituasjon	Nei	Nei
Gjennomstrømning		
Gjennomstrømning justert for antall saker som gjenopptas	Ja	Nei (data må bearbeides)
Gjennomstrømning av antall vellykkede saker	Nei (teller finnes ikke)	Nei (data må bearbeides)
Gjennomstrømning av vellykkede saker justert for alvorlighetsgrad	Nei (teller finnes ikke)	Nei (data må bearbeides)

Barnehage

Tabell A7: Barnehage, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
Måloppnåelse/læringsutbytte		
Måloppnåelse barn med kartlagte behov for å bedre ferdigheter, herunder språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk	Nei	Nei
Pedagogisk læringsutbytte i barnehagen, herunder språk, tallforståelse, sosiale ferdigheter og motorikk	Nei	Nei
Dekningsgrader og venteliste		
Venteliste for de med rett til barnehageplass	Ja	Ja
Ventelistevarighet for de med rett til barnehageplass	Ja	Ja
Er førsteønske oppfylt	Ja	Ja
Andelen uten rett som får plass	Ja	Ja
Gjennomsnittlig ventetid for de uten rett til barnehageplass	Ja	Ja
Avvik i tjenesten		
Antall alvorlige hendelser, individnivå	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Antall alvorlige hendelser, enhetsnivå	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Egenskaper ved tjenesten		
Uteareal	Nei	Nei
Parkeringsareal	Nei	Nei
Øvrige indikatorer		
Antall individuelle samtaler med foreldre/foresatte pr. barn	Nei	Nei
Antall planlagte og systematiske individuelle samtaler pr. barn	Nei	Nei
Sykefravær	Skal normalt finnes i lønssystem	Trolig rapport
Turnover	Nei	Nei

Skolefritidsordning

Tabell A8: Skolefritidsordning, oversikt input og output

<i>Indikator</i>	<i>Input</i>	<i>Output</i>
Avvik i tjenesten		
Antall alvorlige hendelser, individnivå	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Antall alvorlige hendelser, enhetsnivå	Ja (mulig å tilpasse)	Ja (mulig å tilpasse)
Frafall		
Frafall for hvert årstrinn	Tall er rapportert GSI/SSB	Kan beregnes på bakgrunn av tallmateriale
Tilgjengelighet		
Åpningstid	Tall er rapportert GSI	Tall er rapportert GSI
Øvrige indikatorer		
Sykefravær	Skal normalt finnes i lønssystem	Trolig rapport
Turnover	Nei	Nei
Aktiviteter		
Aktiviteter	Nei	Nei
Aktivitetenes varighet	Nei	Nei
Leksehjelp		
Leksehjelp, dekningsgrad	Tall er rapportert GSI	Tall er rapportert GSI
Varighet leksehjelp	Tall er rapportert GSI	Tall er rapportert GSI
Kompetansen til de ansatte som utfører leksehjelp	Nei	Nei

Publikasjonsliste SØF

02/12	Bedre måling av kvalitet i kommunene	Lars-Erik Borge Geir Møller Ole Henning Nyhus Ingvild Vardheim
01/12	Alternativ anvendelse av midlene i Trondheim kommunes kraftfond	Lars-Erik Borge
06/11	Bedre måling av tjenesteproduksjonen i kommunene	Lars-Erik Borge Ole Henning Nyhus Per Tovmo
05/11	Kommunale skoleeiere: Nye styringssystemer og endringer i ressursbruk	Hans Bonesrønning Jon Marius Vaag Iversen Ivar Pettersen
04/11	Kostnadsanalyse av alternative boformer for eldre	Lars-Erik Borge Ole Henning Nyhus
03/11	Grunnskolekarakterer og fullføring av videregående opplæring	Torberg Falch Ole Henning Nyhus Bjarne Strøm
02/11	Effektivitet i kommunale tjenester	Lars-Erik Borge Ivar Pettersen Per Tovmo
01/11	Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting blant unge voksne	Torberg Falch Ole Henning Nyhus
07/10	Kommunal skolepolitikk etter Kunnskapsløftet Med spesielt fokus på økt bruk av spesialundervisning	Hans Bonesrønning Jon Marius Vaag Iversen Ivar Pettersen

06/10	Regionale effekter av finanskrisen	Ole Henning Nyhus Per Tovmo
05/10	Fordelingsvirkninger av kommunal eiendomsskatt	Lars-Erik Borge Ole Henning Nyhus
04/10	Videregående opplæring og arbeidsmarkeds-tilknytning for unge voksne innvandrere	Torberg Falch Ole Henning Nyhus
03/10	Årsaker til og konsekvenser av manglende fullføring av videregående opplæring	Torberg Falch Lars-Erik Borge Päivi Lujala Ole Henning Nyhus Bjarne Strøm
02/10	Barnehager i inntektssystemet for kommunene	Lars-Erik Borge Anne Borge Johannesen Per Tovmo
01/10	Prestasjonsforskjeller mellom skoler og kommuner: Analyse av nasjonale prøver 2008	Hans Bonesrønning Jon Marius Vaag Iversen
08/09	Kostnader av frafall i videregående opplæring	Torberg Falch Anne Borge Johannesen Bjarne Strøm
07/09	Frafall fra videregående opplæring og arbeidsmarkedstilknytning for unge voksne	Torberg Falch Ole Henning Nyhus
06/09	Ny produksjonsindeks for kommunene	Lars-Erik Borge Per Tovmo
05/09	Konsultasjonsordningen mellom staten og kommunesektoren	Lars-Erik Borge

04/09	Tidsbruk og organisering i grunnskolen: Sluttrapport	Lars-Erik Borge Halvdan Haugsbakken Bjarne Strøm
03/09	Tidsbruk og organisering i grunnskolen: Resultater fra spørreundersøkelse	Anne Borge Johannesen Ole Henning Nyhus Bjarne Strøm
02/09	Ressurser og tidsbruk i grunnskolen i Norge og andre land	Lars-Erik Borge Ole Henning Nyhus Bjarne Strøm Per Tovmo
01/09	Skole-, hjemmeressurser og medelevers betydning for skolerresultater og valg	Hans Bonesrønning
06/08	Den økonomiske utviklingen i Trondheims- regionen	Ole Henning Nyhus Per Tovmo
05/08	Suksessfaktorer i grunnskolen: Analyse av nasjonale prøver 2007	Hans Bonesrønning Jon Marius Vaag Iversen
04/08	Ressurser og resultater i grunnopplæringen: Forprosjekt	Hans Bonesrønning Lars-Erik Borge Marianne Haraldsvik Bjarne Strøm
03/08	Kultur, økonomi og konflikter i reindriften - En deskriptiv analyse av Trøndelag og Vest-Finnmark	Anne Borge Johannesen Anders Skonhoft
02/08	Analysen av kommunenes utgiftsbehov i grunnskolen	Lars-Erik Borge Per Tovmo
01/08	Lærerkompetanse og elevresultater i ungdomsskolen	Torberg Falch Linn Renée Naper

02/07	Effektivitetsforskjeller og effektiviseringspotensial i barnehagesektoren	Lars-Erik Borge Marianne Haraldsvik
01/07	Ressurssituasjonen i grunnopplæringen	Torberg Falch Per Tovmo
08/06	Frafall i videregående opplæring: Betydningen av grunnskolekarakterer, studieretninger og fylke	Karen N. Byrhagen Torberg Falch Bjarne Strøm
07/06	Effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren: Sluttrapport	Lars-Erik Borge Kjell J. Sunnevåg
06/06	Empirisk analyse av handlingsplanen for eldreomsorgen	Lars-Erik Borge Marianne Haraldsvik
05/06	Skoleåret 2004/2005: Frittstående grunnskoler under ny lov og frittstående videregående skoler under gammel lov	Hans Bonesrønning Linn Renée Naper
04/06	Samfunnsøkonomiske konsekvenser av ferdighetsstimulerende førskoletiltak	Ragnhild Bremnes Torberg Falch Bjarne Strøm
03/06	Effektivitetsforskjeller og effektiviseringspotensial i pleie- og omsorgssektoren	Lars-Erik Borge Marianne Haraldsvik
02/06	Effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren: Rapportering for 2005	Lars-Erik Borge Marianne Haraldsvik Linn Renée Naper Kjell J. Sunnevåg
01/06	Ressursbruk i grunnopplæringen	Lars-Erik Borge Linn Renée Naper

SØF-rapport nr. 02/12

04/05	Forhold som påvirker kommunenes utgiftsbehov i skolesektoren. Smådriftsulempen, skolestruktur og elevsammensetning	Torberg Falch Marte Rønning Bjarne Strøm
07/05	Gir frittstående skoler bedre elevresultater? <i>Konsekvenser av ny lov om frittstående skoler - Baseline rapport I: Elevresultater</i>	Hans Bonesrønning Linn Renée Naper Bjarne Strøm
02/05	Evaluerer av kommuneoverføringer som regionalpolitisk virkemiddel. Utredning for Kommunal- og regionaldepartementet	Erlend Berg Jørn Rattsø
06/05	Ressurssituasjonen i grunnskolen 2002-2004	Lars-Erik Borge Linn Renée Naper
05/05	Effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren: Rapportering for 2004	Lars-Erik Borge Kjell Sunnevåg
03/05	Kommunenes økonomiske tilpasning til tidsavgrensede statlige satsinger	Lars-Erik Borge Jørn Rattsø
01/05	Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner	Lars-Erik Borge Marianne Haraldsvik