



02-07-2015

Sagsnr.
2015-0160131

Dokumentnr.
2015-0160131-2

Sagsbehandler
Claus Bo Hansen

Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

Bilag 1: Notat om nyt koncept for BRUS 2015

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at der med virkning fra 2015 introduceres et nyt koncept for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens brugerundersøgelser (BRUS).

Den væsentligste ændring i forslaget er, at indholdet i alle BRUS-undersøgelser tilpasses fra hovedfokus på tilfredshed til fremover at have hovedfokus på effekt for borgeren og opfyldelsen af målene i Ældre- og Sundhedspolitikkerne. Det nye koncept medfører samtidig et behov for, at alle BRUS-undersøgelser fra 2016 og frem gennemføres årligt.

Herudover foreslås en udvidelse af BRUS hjemmepleje med henblik på at opnå bedre anvendelse af resultaterne; afprøvning af nye metoder til at inddrage kognitivt svage målgrupper i BRUS; samt udvikling af nye metoder til at afdække pårørendes oplevelser af SUF.

Hidtidigt fokus i BRUS: Tilfredshed

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har siden 2010 gennemført systematiske brugerundersøgelser på de fleste af forvaltningens ydelsesområder. Tabel 1 neden for viser omfang, metode og frekvens af BRUS.

TABEL 1: OVERSIGT OVER SUF'S BRUGERUNDERSØGELSER (BRUS)

Undersøgelse	Interviewmetoder	Antal interview i 2014	Frekvens	Senest gennemført	Næste budgetterede undersøgelse
Plejebolig	Besøg	1.020	Årlig	2014	2015
Hjemmepleje og sygepleje	Telefon	2.012	Årlig	2014	2015
Aktivitetstilbud	Telefon	669	Årlig	2014	2015
Visitation	Telefon	802	Hvert 2. år	2014	2016
Genoptræning	Telefon	1.000	Hvert 2. år	2014	2016
Forebyggelse	Telefon	720	Hvert 2. år	2014	2016
Center for Kræft og Sundhed	Telefon	261	Hvert 2. år	2014	2016
Midlertidige opholdspladser (MTO)	Ikke gennemført tidligere. SOU har besluttet, at MTO skal omfattes af BRUS. Metode og indhold er under udvikling m.h.p. gennemførelse i efteråret 2015.				

Indholdet i BRUS har på tværs af alle undersøgelser fokuseret næsten udelukkende på at afdække den **brugeroplevede kvalitet** af SUF's ydelser ved hjælp af traditionelle tilfredshedsspørgsmål a la "Hvor tilfreds eller utilfreds er du alt i alt med at bo her på plejehjemmet". I de fleste undersøgelser i BRUS udgøres stort set hele spørgeskemaet af tilfredshedsspørgsmål om alle relevante delydelser til målgruppen i den givne undersøgelse, eksempelvis på plejehjem spørgsmål om boligen og fysiske rammer; hjælp og pleje; kontakt og relationer til personale; aktiviteter; medbestemmelse og demokrati; mad og måltider; relation til andre beboere osv.

Kun i mindre omfang har BRUS haft fokus på *effekt* i form af godt en håndfuld spørgsmål, hvor borgeren bedes vurdere eget helbred, livs-

Afdeling for Data og Analyse

Sjællandsgade 40,
Bygning G, 3. sal
2200 København N

Telefon
3530 3759

E-mail
CF7I@suf.kk.dk

EAN nummer
5798009290458

kvalitet, tryghed og ensomhed. Samtidig har disse effektrelaterede spørgsmål kun i enkelt af BRUS-undersøgelserne været direkte forholdt til selve ydelsen, som SUF leverer.

Samtidig er det kendetegnende for alle BRUS-undersøgelser, at der i udviklingen af spørgeskemaerne har været et meget specifikt fokus på selve ydelsen, fx pleje, mad, indkøbsordning osv. Spørgeskemaerne er derfor ikke designet specifikt med henblik på at måle på vedtagne **politikker**, om end BRUS har været anvendt til dette ved at anvende de spørgsmål, som kom 'tættest på' at kunne indikere opfyldelse af politiske mål, fx i opfølgningen på 'Aktiv og Tryk'.

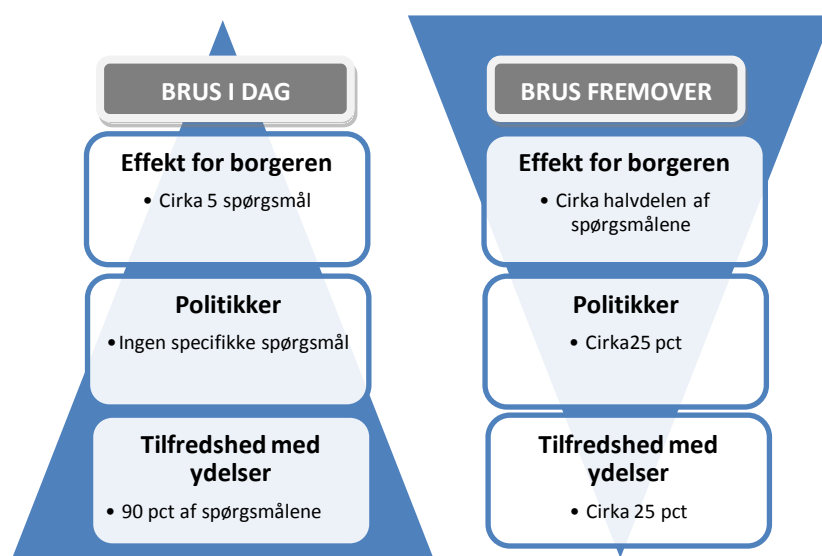
Fremtidigt fokus i BRUS: Effekt, politikker og tilfredshed

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at fokus i BRUS fremover vil være trefoldigt, henholdsvis:

1. At afdække brugeroplevet effekt og værdi – hvilken effekt og værdi oplever borgeren at få ud af SUF's ydelser?
2. At monitorere opfyldelsen af de overordnede mål i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens politikker, hhv. ældrepolitikken og sundhedspolitikken.
3. Fortsat at monitorere den brugeroplevede kvalitet af og tilfredshed med SUF's ydelser – dog i mindre detaljeret omfang end hidtil, dvs. med et stærkt reduceret antal spørgsmål om specifikke ydelser.

Dette nye fokus i BRUS illustreres i nedenstående figur, som på oversigtsform viser det trefoldige fokus, og samtidig illustrerer den revision af spørgeskemaerne, som CKS påtænker at gennemføre:

Figur 1: Hidtidigt og fremtidigt fokus i BRUS



Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønskede tilpasning af indholdet i brus fra hovedfokus på tilfredshed til hovedfokus på effekt for borgeren og politikker skyldes først og fremmest to ting.

- *For det første* har SUF gennem de senere år haft et øget fokus på effekt for borgeren. Det er ambitionen, at vi bliver i stand til at dokumentere hvilken forskel vores indsatser gør for borgeren – og tilpasse vores indsatser, så vi får den bedst mulige effekt inden for de givne rammer. Effekttilgangen skal ligeledes ses i sammenhæng med tillidsdagsordenen, hvor fokus kan flyttes fra procesdokumentation og kontrol til målinger af effekten for borgerne.
- *For det andet* har dette effektfokus haft væsentlig indflydelse på politikudviklingen på ældre- og sundhedsområdet. De nye ældre- og sundhedspolitikker har derfor kun meget få overordnede mål med fokus på effekten for borgeren. Sundheds- og Omsorgsudvalget har saneret de politiske mål fra omkring 60 aktivitetsmål til 9 politiske mål med fokus på effekt for borgeren. Efter sommerferien igangsættes der en proces, hvor hver enkelt enhed skal definere effektmål for deres implementering af ældrepolitikken.

Tilpasningen af BRUS skal således ske med henblik på at understøtte et løbende ledelsesfokus på effekt for borgeren og at sikre viden om politikernes målopfyldelse fra et borgerperspektiv.

Det konkrete indhold i spørgeskemaernes tre nye temaer (effekt, politikker og tilfredshed) og vægningen af temaerne udvikles gennem en proces, hvor relevante fagcentre, lokalområdeadministrationerne og udvalgte enheder inddrages. På oversigtsform tager spørgeskemaudviklingen afsæt i følgende principper:

Borgeroplevet effekt:	<ul style="list-style-type: none">• Skal principielt set udvikles fra bunden, da der pt ikke findes andre kommuner og/eller validerede redskaber til denne form for måling af borgeroplevet effekt.• Der indhentes inspiration fra validerede redskaber i udviklingen (fx SF12; HeiQ, Ascot). Desuden hentes inspiration fra de BRUS-undersøgelser, hvor "effekt-tankegangen" allerede er indarbejdet i et vist omfang (fx BRUS Forebyggelse).• Der tilrettelægges en inddragelsesproces, hvor Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egne fagfolk er med til at udvikle at afdække, hvad det er for effekter indsatserne sigter mod, og hvordan spørgeskemaet designs derefter.• Konkrete spørgsmålsformuleringer kunne eksempelvis være: "I hvilken grad er dine hjælpere med til at skabe en tryk hverdag for dig?" (hjemmepleje/plejebolig); "I hvilken grad har dit forløb på forebyggelsescentret medvirket til at forbedre din livskvalitet/dit helbred/at fungere bedre i hverdagen?" (forebyggelse); I hvilken grad har dit genoptræningsforløb medvirket til, at du bedre kan klare de dagligdags gøremål, du gerne vil? (genoptræning) etc.
Politikker	<ul style="list-style-type: none">• Udgangspunktet tages i Ældre- og Sundhedspolitikernes mål, og der formuleres spørgsmål mhp. at kunne monitorere implementeringen af politikernes mål.• Konkrete spørgsmålsformuleringer kunne eksempelvis være: "Oplever du, at den hjælp du modtager er med til, at du kan klare flere dagligdags ting selv?" (Hjemmepleje, Ældrepolitikens mål om frihed), "I hvilken grad er dine hjælpere med til at skabe en tryk hverdag for dig?" (hjemme-

pleje/plejebolig, Ældrepolitikens mål om tryghed); "Giver aktivitetscentrets tilbud dig mulighed for at lave de aktiviteter, du har lyst til?" (aktivitetstilbud, Ældrepolitikens mål om frihed).

**Tilfredshed /
Borgeroplevet
kvalitet**

- Udgangspunktet vil være allerede eksisterende BRUS-spørgeskemaer. Der tages stilling til, hvilke spørgsmål, det er væsentligst at bevare tidsserier på (fx mhp. opfølgning på opfølgning på politisk vedtagne fokusområder).
 - Det vurderes, hvilke spørgsmål, der har været mest anvendelsesorienterede i relation til driftsenhedernes opfølgning på BRUS.
 - Desuden inddrages spørgeskemaerne fra KL (tidligere KL Kompas), som også anvendes i de landsdækkende benchmarkundersøgelser. Dermed kan foretages en vurdering af behovet for eksterne benchmarking (contra bevarelse af tidsserier).
-

Det bemærkes, at et ændret indhold i spørgeskemaerne har den konsekvens, at de nye resultater ikke længere kan sammenlignes med tidligere gennemførte undersøgelser. Kun de eventuelle konkrete spørgsmål, som bibeholdes i den nuværende formulering, vil kunne sammenlignes med tidligere resultater. I udviklingsprocessen gennemføres derfor en vurdering af hvilke spørgsmål, som skal bevares. Samtidig overvejes, om der er spørgsmål, som bør ensrettes med de landsdækkende brugertilfredshedsundersøgelser med henblik på at muliggøre benchmark til andre kommuner. Under alle omstændigheder er det væsentligt at bemærke, at der vil ske en væsentlig reduktion af "tilfredshedsspørgsmålene", og at de hidtidige tidsserier på de berørte spørgsmål derfor ikke vil blive fortsat.

Fremtidig kadence: Alle undersøgelser gennemføres årligt

Spørgeskemaudviklingen er en kompliceret opgave – ikke mindst i relation til effekt-delen, hvor Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i en vis forstand skal "træde nye stier". 2015 bør derfor betragtes som "pilot-år", idet resultaterne af undersøgelserne kan foranledige nye revisioner af spørgeskemaerne i 2016.

Af samme årsag foreslår Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at den hidtidige kadence for BRUS fastholdes i 2015. Det betyder, at der i 2015 kun gennemføres BRUS for hjemmepleje, plejebolig og aktivitetstilbud.

Med den foreslåede ændring af indholdet i undersøgelserne bliver BRUS Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vigtigste værktøj til at følge borgernes oplevede målopfyldelse af Ældre- og Sundhedspolitikkerne og borgernes oplevede effekt af vores ydelser. Klager, dialog mellem borgere og personale, læserbreve etc. kan sige noget om enkeltpersoners holdninger, men med BRUS indsamles et repræsentativt billede af alle borgeres holdninger – på tværs af stort set alle forvaltningens ydelser og målgrupper.

Det er derfor nødvendigt med en relativt hyppig dataindsamling, så viden om borgernes holdninger kan sidestilles med data om aktivitet

og økonomi mv., som blandt kan trækkes fra omsorgssystemet, registre etc.

Derfor foreslås, at alle BRUS-undersøgelser gennemføres årligt fra og med 2016.

Såfremt alle BRUS-undersøgelser gøres årlige, vil undersøgelserne blive designet på en måde, så de ligger borgerne (og medarbejderne) mindst muligt til last, fx ved at borgere kun interviewes hvert andet år (i de undersøgelser, hvor det er muligt/relevant).

Den foreslåede årlige gennemførelse af alle BRUS-undersøgelser vil først have budgetmæssige konsekvenser fra og med 2017, da der allerede er budgetteret fuld gennemførelse af BRUS i 2016 (jf. tabel 1 oven for). Såfremt undersøgelserne opprioriteres som anbefalet, kan denne beslutning således indgå i budgetprocessen for 2017.

Metodiske ændringer i BRUS Hjemmepleje

Udover ovenstående generelle indholdsmæssige ændringer i BRUS vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen tage initiativ til, at der tillige gennemføres en række mindre metodiske ændringer, som har til hensigt at forbedre anvendelsesorientering og handlemulighederne i BRUS Hjemmepleje.

Således udvides BRUS Hjemmepleje fremover med henblik på, at resultaterne kan rapporteres på hjemmeplejegruppeniveau.

Hidtil har BRUS Hjemmepleje været tilrettelagt med henblik på rapportering af resultater på SUF-niveau og på leverandørniveau (de fem lokalområders hjemmeplejeenheder samt den private leverandør, Hjemmehjælpen A/S). Det betyder for det første, at der er meget små forskelle i resultaterne på tværs af leverandørerne. Og for det andet, at opfølgningen på BRUS Hjemmepleje vanskeliggøres, fordi den enkelte gruppeleder dybest set ikke ved, om resultaterne (på leverandørniveau) er gældende for brugertilfredsheden i gruppelederens egen gruppe.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i samarbejde med analyseinstituttet, som gennemfører BRUS, udarbejdet en række eksplorative analyser af data fra BRUS Hjemmepleje 2014. Om end analyseresultater er behæftet med en hvis statistisk usikkerhed, så indikerer analyserne, at der sandsynligvis er meget store forskelle på hjemmeplejegruppernes tilfredshed – også mellem hjemmeplejegrupper fra samme lokalområder. Variationen mellem hjemmeplejegrupperne gælder for de fleste spørgsmål i BRUS Hjemmepleje, og den er i mange tilfælde lige så stor, som det ses i BRUS Plejebolig, hvor der som bekendt også er stor variation mellem de bedste og de dårligste enheder.

Denne mindre metodiske omlægning af BRUS Hjemmepleje indebærer følgende ændringer:

- Der gennemføres 2.500 telefoninterview (mod de nuværende 2.000) efter en stratificeringsplan, som sigter på en maksimal statistisk usikkerhed på 10 pct. på hjemmeplejegruppeniveau og 5 pct. på leverandørniveau (lokalområde og privat leverandør).
- Afrapporteringen sker gennem en kaskaderapportering med cirka 42 rapporter, hhv. 1 kommenteret hovedrapport; 6 ukommenterede standardrapporter på leverandørniveau (som nu); ca. 35 ukommenterede standardrapporter på hjemmeplejegruppeniveau (nyt).

Det bemærkes, at resultaterne kun kan deles op på daghjemmeplejegruppe. Det vil ikke være muligt at opdele resultaterne på aften- og nattegrupper.

Bedre dækning af svage borgere i BRUS Plejebolig

Med det eksisterende koncept for BRUS Plejebolig er det ikke muligt at inkludere de mest kognitivt svækkede borgere, da denne gruppe ikke er i stand til at besvare spørgsmålene meningsfuldt. Denne problemstilling har været rejst og drøftet løbende gennem årene.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil derfor i løbet af 2015 udvikle og afprøve forskellige metoder, som kan imødekomme, at forvaltningen også får viden om de mest kognitivt svækkede borgere.

Konkret gøres følgende:

1. *Pårørendeundersøgelse blandt pårørende til demente i plejebolig:*
Gennemføres ved hjælp af telefoniske interview med pårørende til demente plejeboligbeboere. Fokus skal være på pårørendes vurdering af samarbejdet med plejecentret, graden af inddragelse og indflydelse, information mv. Det bemærkes, at en pårørendeundersøgelse kun i mindre omfang bør omhandle pårørendes vurdering af den faktiske pleje og hjælp, som beboerne modtager. Dels har de pårørende kun begrænset faglig indsigt i dementes plejebehov og det faktiske hverdagsforløb på plejebolighederne, dels har (i hvert fald en del af de) pårørende ikke de samme ønsker til pleje og hverdag, som beboerne selv. Af samme grund bør en pårørendeundersøgelse aldrig ses som en stemme for de pårørende selv, da de pårørendes opfattelser ikke nødvendigvis er samstemmende med beboernes ønsker og behov.
2. *Koncept for undersøgelse blandt kognitivt svækkede i plejebolig og demenscentre:*
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen undersøger og pilottester i løbet af 2015 et koncept til at undersøge den brugeroplevede kvali-

tet hos demente og kognitivt svage borgere i plejeboliger og på demenscentre. Forvaltningen har tidligere erfaringer fra en pilot-test med DCM-observationsmetoden, som blev afprøvet på ét plejecenter. Konklusionen var, at metoden giver en relevant viden, men er så omkostningstung, at den ikke er realistisk at anvende i sig selv som tværgående målingsværktøj. Forvaltningen vil undersøge perspektiver i alternative måder til at afdække brugernes oplevelser, med inspiration fra elementer i bl.a. DCM-metoden samt andre mere kvalitative metoder.

Ambitionsniveauet er, at begge undersøgelsestyper udvikles og pilot-testes i mindre skala (fx på ét plejecenter) i 2015 eller primo 2016. Afhængig af, hvad pilottestene viser, udvælges de bedst fungerende undersøgelsestyper med henblik på, at der primo 2016 kan træffes beslutning om en eventuel udrulning på andre relevante enheder.

Undersøgelser blandt pårørende

Ældrepolitikens reformspor 7, ”Omsorg for livet - Plads til pårørende”, sætter fokus på pårørende og deres oplevelser af SUF. Helt specifikt nævnes, at ”pårørende får mulighed for at give deres mening til kende fx i pårørendeundersøgelser og pårørenderåd.

Forvaltningen vil derfor tage initiativ til, at der i første halvdel af 2016 udvikles et koncept for pårørendeundersøgelser i SUF. Første skridt i denne proces vil være ovenfor nævnte pårørendeundersøgelse blandt pårørende til demente i plejebolig, da erfaringerne her fra kan anvendes til udviklingen af et mere generelt koncept for pårørendeundersøgelser. Der fokuseres i første omgang på pårørende til plejeboligboere, men der tages samtidig stilling til relevansen af pårørendeundersøgelser på andre områder, fx hjemmepleje.

Udviklingsarbejdet tilrettelægges, så eventuelle omkostninger til en bredere implementering af pårørendeundersøgelser kan indgå i budgetprocessen til budget 2017.