

ZMETODEN

systematisk evaluering av tjenestekvalitet

Prosjekt 0353:
Modell for måling av kvalitet

r3.3 Nytteperspektivet

Nils-Øivind Offernes
Linn Beate Amundsen
Grethe Kvan
Marit Lindberg

PROSJEKTIDENTIFIKASJON

Prosjektnummer: 0353

Prosjektnavn: Modell for måling av kvalitet

Første søknadsår: 2001

Søkerorganisasjon: Samordningsrådet (SOR)

Virksomhetsområde: Rehabilitering – Tiltak for funksjonshemmede, kronisk syke og pårørende

FORORD

Prosjektet "Modell for måling av kvalitet" er i hovedsak finansiert med Extra-midler fra Stiftelsen Helse- og Rehabilitering. Prosjektet ble gjennomført ved Avdeling for voksenhabilitering med Samordningsrådet (SOR) som ansvarlig organisasjon.

Helse- og Rehabilitering er en norsk stiftelse bestående av 23 landsomfattende helse- og rehabiliteringsorganisasjoner som har konsesjon til å drive TV-spillet EXTRA. Overskuddet fra spillet skal bidra til å øke de frivillige humanitære organisasjonenes innsats innenfor forebygging, rehabilitering og forskning i Norge. Alle frivillige humanitære/samfunnsnyttige organisasjoner og funksjonshemmedes interesseorganisasjoner i Norge kan søke om midler uavhengig av medlemskap i stiftelsen. I 2003 fordelte stiftelsen 204 millioner kroner til 638 ulike prosjekter fordelt på 134 forskjellige organisasjoner. Til sammen har Helse og Rehabilitering siden starten i 1997 delt ut 1,3 milliarder kroner.

Samordningsrådet (Råd for samordning av humanitært og yrkesmessig arbeid for mennesker med psykisk utviklingshemning – SOR) er en paraplyorganisasjon for en rekke større og mindre organisasjoner som har utviklingshemmede som en del av sitt interessefelt. Samordningsrådets oppgave er - som navnet tilsier - å samordne disse ulike organisasjonenes innsats innenfor dette feltet. Samordningsrådet skal være et fritt og uavhengig forum for informasjon og debatt om forhold som angår levekår og livskvalitet for mennesker med psykisk utviklingshemning.

Avdeling for voksenhabilitering (AVH), Ullevål Universitetsykehus er en del av spesialisthelsetjenesten innen Helse Øst-RHF. Målgruppen til avdelingen er mennesker med medfødte eller tidlig ervervede hjerneskader, utviklingsforstyrrelser og sammensatte funksjonsvansker, epilepsi, autisme, og/eller multihandikap. Det arbeides med medisinsk-psykologisk diagnostikk, tverrfaglig utredning og behandling, dessuten habiliteringsmedisinsk veiledning, tiltaksutvikling og rådgiving til ansatte i kommunen og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten.

Prosjektgruppen vil takke Norsk Forbund for Utviklingshemmede for all velvilje og hjelp i forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen. Spesiell takk rettes til de fylkes- og lokallagsledere som tok arbeidet med å videresende spørreskjemaene til aktuelle pårørende.

Nils-Øivind Offernes

Grethe Kvan

Marit Lindberg

Linn Beate Amundsen

INNHold

Forord	3
Kapittel 1: Innledning	5
Kapittel 2: Beskrivelse av "Z-nytte"	9
Kapittel 3: Utvikling av "Z-nytte"	15
IDENTIFISERING AV EGENSKAPER SOM KJENNETEGNER GODE TJENESTER	16
UTFORMING AV SPØRRESKJEMA	17
UTVALG	18
DATAINNSAMLING	20
BESKRIVELSE AV UTVALGET	20
BEREGNING AV OPPLEVD KVALITETSSKÅRE OG INDEKSER	24
RELIABILITET OG VALIDITET	25
SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN	27
Kapittel 4: Bruk av "Z-nytte"	29
FREMGANGSMÅTE	29
SKÅRING	30
RAPPORTERING AV RESULTATER	31
Referanser	33
Vedlegg 1: Skåringstabeller	36
Vedlegg 1: Skåringstabeller	36
Vedlegg 2: Oppsummeringsskjema	39
Vedlegg 3: Skjema for presentasjon av resultater	41
Vedlegg 4: Frekvensfordelinger for indekser	43

KAPITTEL 1: INNLEDNING

Prosjekt "Modell for måling av kvalitet" har utviklet tre verktøy for å vurdere kvalitet på tjenester som ytes til voksne mennesker med utviklingshemming som har vedtak om tjenester hele døgnet. Denne rapporten beskriver ett av disse verktøyene, Z-nytte. Dette verktøyet baserer seg på et spørreskjema som fylles ut av pårørende, gjerne i samarbeid med tjenestemottaker. Resultatet fra evalueringen presenteres som en normert skåre for pårørendes opplevelse av kvaliteten på tjenestetilbudet. Skåren brytes ned i seks delskårer og presenteres som en kvalitetsprofil.

Prosjekt "Modell for måling av kvalitet" ble utført av Avdeling for Voksenhabilitering, Ullevål universitetssykehus, i regi av Samordningsrådet (SOR). Psykolog Nils-Øivind Offernes var prosjektleder og ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet. Prosjektgruppen besto for øvrig av vernepleierkonsulentene Marit Lindberg, Grethe Kvan og psykologstudent Linn Beate Amundsen. Prosjektet startet i februar 2001 og er i hovedsak finansiert med Extra-midler fra Stiftelsen Helse- og Rehabilitering.

Prosjektets **effekt**mål er å bidra til å sikre kvaliteten på det tjenestetilbudet som gis til mennesker med utviklingshemming. Dette gjøres ved å konkretisere krav til gode tjenestetilbud og dermed bidra til å starte en diskusjon om hva et kvalitativt godt tilbud bør inneholde. Prosjektets **resultat**mål er å utvikle tre verktøy som kan benyttes for å evaluere kvalitet på denne typen tjenestetilbud. Verktøyene er basert på en helhetlig forståelse av tjenestemottaker sin livssituasjon og vil kunne brukes til å stille krav til kvalitet på de tjenester som ytes.

Prosjektgruppen sitt utgangspunkt var at verktøyet skulle bygge på ulike interesseparterers forståelse av hva som kjennetegner gode tjenester. Det ble antatt at forskjellige interesseparter har til dels ulike oppfatninger av hva som kjennetegner gode tjenestetilbud. Administrative ledere kan være opptatt av at budsjettene holdes, tjenestemottakere at de får utført tjenester når de har behov for det, mens pårørende kan fokusere på at tjenesteyterne er imøtekommende og viser dem respekt. For å identifisere de ulike interessepartenes forståelse av hva som kjennetegnet gode tjenestetilbud ble det gjennomført en fokusgruppetudie og en litteraturstudie (Offernes, Kvan, Lindberg og Amundsen 2002; Offernes og Amundsen 2002). Prosjektgruppen hadde ambisjoner om å utvikle ett bredspektret verktøy som baserte seg på tjenestemottakere, pårørende, tjenesteytere og administrative ledere sine vurderinger av hva som kjennetegnet gode tjenester. Erfaringene med første versjon av evalueringsverktøyet ledet til at det i stedet ble besluttet å utvikle tre verktøy. Disse verktøyene er basert på tre ulike kvalitetsperspektiver: produktperspektivet, prosessperspektivet og nytteperspektivet.

Produktperspektivet vurderer kvalitet på tjenester ut fra i hvilken grad et sett av antatt viktige egenskaper er bygget inn i tjenestetilbudet (jfr. ISO 8402). Jo flere egenskaper som er tilstede, desto høyere kvalitet på tjenestene. Selv om tjenestetilbud alltid må tilpasses den enkelte tjenestemottaker, mener prosjektgruppen at det er mulig å trekke ut et sett av mer generelle faktorer som er *kritiske* for kvaliteten på

tilbudet. Ut fra en antakelse om at lav kvalitet mest sannsynlig skyldes summen av flere uheldige (les ikke optimale) forhold, kan det lages et verktøy som identifiserer tjenestetilbud som ligger under et kritisk kvalitetsnivå. Verktøyet som prosjektet har utviklet med utgangspunkt i denne forståelsen av kvalitet heter Z-indikator og består av et spørreskjema som besvares av tjenesteytere. Resultatene fra evalueringen gir en redusert optimalitetsskåre, samt en profil over ulike kvalitetsområder. Skåren er basert på en norm som er utviklet på bakgrunn av besvarelser fra et landsdekkende utvalg på 150 tjenestesteder. Se rapport R3.1 Produktperspektivet for en nærmere beskrivelse av dette verktøyet.

Prosessperspektivet legger vekt på i hvilken grad tjenesteleverandøren gjennomfører et sett av arbeidsprosesser som antas å være viktige for å kunne oppnå god kvalitet på tjenestene. Disse arbeidsprosessene er operasjonalisert i et sett av arbeidspraksiser som til sammen utgjør en referansemodell for gode tjenestetilbud. Kvalitet på enkeltpersoners tjenestetilbud skåres ut i fra i hvilken grad de ulike arbeidspraksisene er ivaretatt. Denne måten å vurdere kvalitet på er inspirert av prosessmodeller utviklet innenfor programvareindustrien, for eksempel ISO 15504 og ISO TR 18529. Verktøyet som er utviklet innenfor dette kvalitetsperspektivet heter Z-prosess og baserer seg på dokumentgjennomgang og dybdeintervjuer med leder av tjenestested, primærkontakt og sentrale tjenesteytere. Resultatet fra evalueringen gir en kvalitetsprofil basert på seks kvalitetsområder, samt konkrete anbefalinger vedrørende hva som kan gjøres for å øke kvaliteten på tjenestene. Se rapport R3.2 Prosessperspektivet for en beskrivelse av dette verktøyet.

Nytteperspektivet fokuserer på i hvilken grad tjenestemottaker opplever at tjenestene har god kvalitet og at de hjelper vedkommende til å nå mål som vedkommende selv har definert som viktige. Denne måten å tenke kvalitet på er basert på ideer hentet fra brukskvalitetslitteraturen og fra nyere metoder for akkreditering av tjenestetilbud (ISO 13407; The Council 2000). Verktøyet, Z-nytte, som er utviklet innenfor dette kvalitetsperspektivet består av et spørreskjema som besvares av tjenestemottakers pårørende og/eller hjelpeverge. Det er en forutsetning at den som besvarer spørreskjemaet har god kjennskap til både tjenestemottaker og tjenestetilbudet. Resultatene gir en skåre og en profil basert på de pårørendes opplevelse av tjenestetilbudets kvalitet. Skåren er basert på en norm utviklet på bakgrunn av 426 besvarelser fra pårørende over hele landet. Dette verktøyet er beskrevet i denne rapporten.

Alle verktøyene bygger på en beskrivelse og prioritering av forhold som antas å kjennetegne tjenester med god kvalitet. Prosjektgruppen ønsker å understreke at den ikke tror det er mulig å lage en standardisert beskrivelse av et godt tjenestetilbud som vil passe like godt for alle tjenestemottakere. Å utarbeide en slik "standard" er heller ikke et mål for prosjektet, da slike beskrivelser fort kan fungere som en barriere heller enn hjelp til å utvikle kvaliteten på tjenestene. Kvaliteten på enkeltpersoners tjenestetilbud er avhengig av spesifikke betingelser i den konteksten hvor tjenestene ytes. Denne konteksten består av ulike interesseparter (for eksempel tjenestemottakere, tjenesteytere, spesialister, familie og foresatte), oppgaver som skal løses (f.eks. matlaging og renhold) og de fysiske og sosiale omgivelser (f.eks. bolig og økonomi). Hvordan et tjenestetilbud bør utformes er avhengig av evner og forutsetninger hos tjenestemottakeren, de overordnede rammebetingelsene, samt de

fysiske og sosiale omgivelsene. Dette innebærer at en statisk definisjon av kvalitet kan virke uhensiktsmessig og kan bidra til å hindre kreativitet i forhold til å skape godt tilpassede løsninger. En generell modell som fremhever forhold som man i de fleste tilfeller vil vurdere som kritiske for å kunne levere tjenester med høy kvalitet vil imidlertid kunne fungere som en referanseramme for evaluering av tjenestetilbud. Beskrivelsen og operasjonaliseringen av modellen må være fleksibel slik at man unngår normative beskrivelser av løsninger som kan være til hinder for kreative lokale tilpasninger. En slik modell vil også bidra til å styrke tjenestemottaker sin rettssikkerhet ved å sørge for at et minimum av kritiske forhold *alltid* blir vurdert.

Prosjektgruppen har vært opptatt av å lage verktøy som kan benyttes for å vurdere enkeltpersoners tjenestetilbud og at den enkelte tjenestemottakers vurderinger og behov derfor må tillegges stor vekt. Det legges vekt på at grunnlaget for å utvikle tjenestetilbud er at tjenesteleverandøren forstår tjenestemottakerne, deres mål, hvilke oppgaver/aktiviteter de skal gjennomføre, hvilke strategier de bruker for å nå sine mål og den kunnskapen de besitter. I tillegg må tjenesteleverandøren ha kunnskap om de sosiale og fysiske omgivelsene som tjenestetilbudet inngår i. Jo mer man tar hensyn til disse forholdene – desto større suksess kan man forvente (Broadbent 1998). Det bør også tas høyde for at et tjenestetilbud med høy kvalitet ikke nødvendigvis er en garanti for at man oppnår ønskede resultater eller tilfredse tjenestemottakere. Forhold som er utenfor tjenesteleverandørens kontroll kan ha en uheldig innvirkning på tjenestetilbudet (Hurtado, Swift og Corrigan 2001).

Denne rapporten beskriver verktøyet Z-nytte. Kapittel 2 gir en detaljert beskrivelse av verktøyet. I kapittel 3 blir det gjort rede for hvordan verktøyet ble utviklet og kapittel 4 gir en veiledning i forhold til hvordan verktøyet kan benyttes. Spørreskjema, oppsummeringsskjema og skåringstabeller ligger som vedlegg til rapporten.

Bakgrunnen for oppstarten av prosjektet

Det har i de senere år vært en stadig økende fokusering på forbrukerrettigheter, brukermedvirkning og kvalitet på offentlige tjenester. Sterke forbrukerorganisasjoner presser på for å sikre at forbrukernes interesser i stadig større grad blir tatt hensyn til ved utviklingen av produkter og tjenester. Særlig har krav fra interesseorganisasjonene til ulike grupper av funksjonshemmede spilt en sentral rolle. Resultatet er blant annet at man innenfor EU og Norge har vedtatt nye lover og retningslinjer som blant annet gir forbrukerne rett til å delta i utvikling og evaluering av offentlige tjenester. Det er ikke lenger tilstrekkelig å evaluere kvalitet på tjenester kun basert på alminnelige krav til "god faglig standard", man må i tillegg sørge for at tjenestemottakeres opplevelse av tjenestene tillegges stor vekt (Granheim og Hustad 2000; Sosial- og Helsedepartementet 1997).

Innenfor helsevesenet og sosialsektoren har denne utviklingen resultert i flere nye lover og forskrifter som fremhever pasientenes og klientenes rettigheter (Sosialdepartementet 1993; Sosial- og Helsedepartementet 1997; Sosial- og Helsedepartementet 1998; Sosial- og Helsedepartementet 2000). Blant annet sikrer den nye pasientrettighetsloven at brukere av offentlige helsetjenester har fått lovbeskyttet innsynsrett i egen journal, lettere klageadgang hvis de er misfornøyd med de tjenestene de mottar og rett til medvirkning i valg og utforming av behandling. Når det gjelder utviklingshemmede tjenestemottakere har et nytt tillegg til sosialtjenesteloven,

kapittel 4A, styrket denne gruppens rett til et kvalitativt godt tjenestetilbud og medbestemmelsesrett over egen livssituasjon. Generelt kan man si at det er et økende krav om at brukerne av offentlige tjenester skal være aktive deltakere i beslutninger vedrørende eget tjenestetilbud, og at det offentlige må utvikle tjenester som i sterkere grad tar hensyn til mottakernes meninger og behov.

Det var særlig prosjektgruppens arbeid relatert til sosialtjenesteloven, kapittel 6A (nå 4A), som ledet til oppstarten av dette prosjektet. Kapittel 4A regulerer bruken av makt og tvang overfor enkelte tjenestemottakere med utviklingshemming. Ifølge loven skal alternative tiltak som hovedregel prøves ut før tiltak som innebærer bruk av makt og tvang eventuelt kan tillates. Det stilles også krav om at tjenestene som ytes skal være forsvarlige, det vil si at de utføres i samsvar med lov og forskrift, at etiske prinsipper etterleves av tjenesteyterne og at tjenestene oppfyller faglige krav. Kravet om forsvarlighet overlapper med både rettsikkerhetskrav og krav om kvalitet i tjenesteytingen (Skjerve 2001). Sosial- og Helsedepartementet (1998) presiserer at det ikke kan være manglende kvalitet på tjenestetilbudet som fører til at makt og tvang må anvendes. Det henstilles til kommuner og habiliteringstjenester at det gjøres en "helhetlig vurdering" av tjenestemottaker sitt tjenestetilbud og livsmiljø før eventuelt vedtak om bruk av tvang eller makt fattes (Sosial- og Helsedepartementet 1998). Prosjektgruppen er av den oppfatning at det er vanskelig å gjøre denne typen "helhetlige" vurderinger. Det er svært mange forhold som påvirker kvaliteten på et tjenestetilbud og ulikheter i fagpersoners verdier og faglige referanseramme vil i stor grad påvirke de vurderingene som gjøres. Så vidt prosjektgruppen kjenner til er det ikke utviklet noen verktøy eller standard for å gjøre denne typen evalueringer. Dette store spillerommet for skjønnsvurderinger og fraværet av en definert "minimumsstandard" kan bidra til å svekke rettssikkerheten til den enkelte tjenestemottaker. For å ivareta tjenestemottakers rettsikkerhet er det derfor behov for å utvikle et praktisk evalueringeverktøy som definerer en viss minimumsstandard for denne typen tjenestetilbud. Det er prosjektgruppens ambisjon å utvikle et slikt verktøy.

KAPITTEL 2: BESKRIVELSE AV "Z-NYTTE"

Z-nytte er utviklet for å måle pårørendes opplevelse av kvaliteten på det tjenestetilbudet som deres sønn eller datter mottar. Verktøyet baserer seg på en definisjon av kvalitet som legger vekt på "quality in use", det vil si i hvilken grad et produkt eller en tjeneste tilfredsstillter brukernes behov for effektivitet, produktivitet og tilfredshet i brukssituasjonen (se figur 1). En tilnærming til måling av kvalitet basert på "Quality in Use" flytter fokus fra produktet og konsentrerer seg i stedet om i hvilken grad produktet hjelper brukeren å oppnå definerte mål i spesifikke omgivelser (Bevan og Azuma 1997). Gjennom denne måten å definere kvalitet på avkreves produktet eller tjenesten å kunne vise til "excellence in the actual conditions of use" (Bevan 1999).

Et slikt perspektiv på evaluering av kvalitet på tjenester innebærer at et tjenestetilbuds kvalitet vil vurderes ut i fra hvilken grad det har nytteverdi for tjenestemottaker. Med nytteverdi tenker man her på i hvilken grad tjenestemottaker opplever at tjenestene har god kvalitet og at de hjelper han eller hun til å nå mål som vedkommende selv har definert som viktige. Kvaliteten på tjenestene sees her som en egenskap ved hele tjenesteapparatet. Tjenesteleveransen kan ikke sees uavhengig av tjenestemottaker, målene for tjenestene og omgivelsene hvor tjenestene ytes (Broadbent 1998).

ISO 9241-11 beskriver hvordan "Quality in use" kan måles i forhold til tre dimensjoner (Bevan 1997):

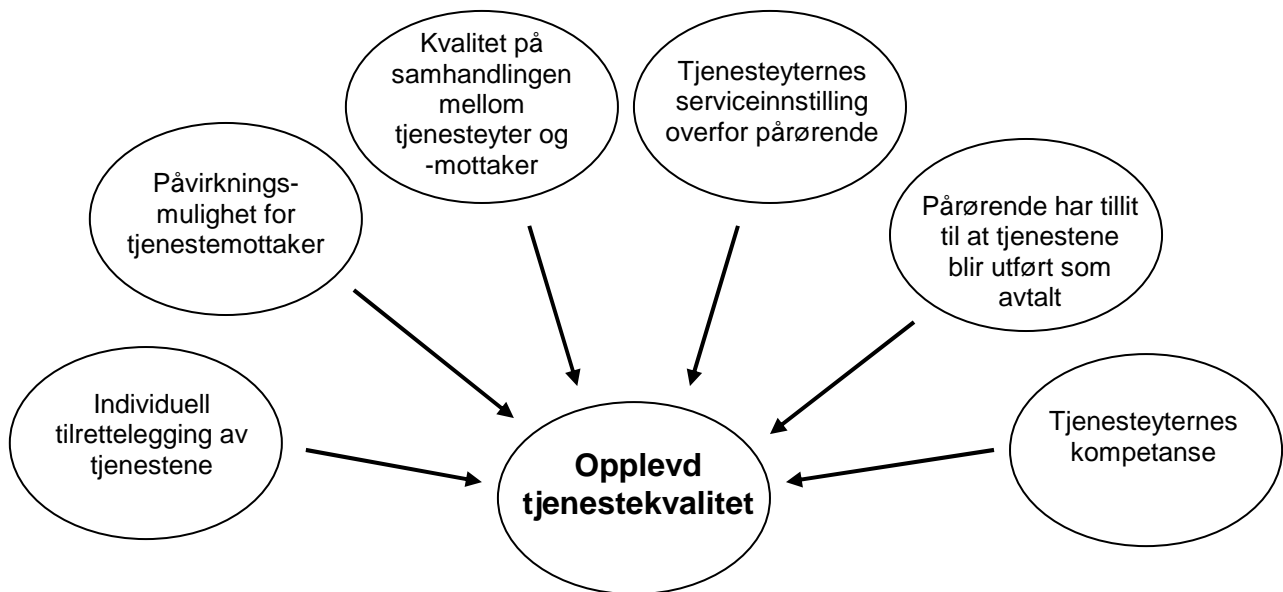
- 1) I hvilken grad tjenestemottakers mål er oppnådd ("effectiveness")
 - 2) Ressursene som må brukes for å oppnå de intenderte mål ("efficiency")
 - 3) I hvilken grad tjenestemottaker aksepterer å bruke tjenesten ("acceptability").
- Med 'aksepterer' tenker man her i første rekke på tjenestemottakers opplevelse og tilfredshet med bruk av tjenesten.

Verktøyet, Z-nytte, som er utviklet innenfor dette kvalitetsperspektivet, retter seg inn mot den tredje dimensjonen ved "Quality in use", tjenestemottakers aksept av tjenestetilbudet (se kapittel 3 for en diskusjon av de to andre dimensjonene). For å måle tjenestemottakers aksept av tjenestene, det vil si i hvilken grad tjenestemottaker er tilfreds med tjenestene og opplever at de har god kvalitet, har prosjektgruppen valgt å ta utgangspunkt i metoder utviklet for å måle "Opplevd tjenestekvalitet" ("perceived service quality"). Opplevd tjenestekvalitet blir ofte definert som en holdning som kundene utvikler over tid i forhold til en tjenesteleverandør. Denne

Kvalitet er:

"the extent to which a product used by specified users meets their needs to achieve specified goals with effectiveness, productivity and satisfaction in a specified context of use" (ISO 14598-1; Bevan 1997).

Figur 1. Definisjon av kvalitet.



Figur 2. Faktormodell for Z-nytte.

holdningen baserer seg på kundens oppfatning av tjenesteleverandørens faktiske prestasjoner i å levere en spesiell tjeneste eller et sett av tjenester (Cronin & Taylor 1992; Niedz 1998; Parasuraman, Zeithaml & Berry 1988). Det er utviklet flere verktøy for å måle opplevd kvalitet. Verktøyene baserer seg som oftest på et spørreskjema hvor kundene blir bedt om å ta stilling til en rekke påstander. Påstandene er utledet fra en modell som identifiserer et sett av faktorer som man mener har stor betydning for hvordan kundene opplever kvaliteten på tjenestene. Se figur 2 for en oversikt over faktormodellen som ligger til grunn for Z-nytte.

Faglitteraturen anbefaler imidlertid ikke å bruke spørreskjemametoder for å innhente utviklingshemmede personer sin vurdering av eget tjenestetilbud. Generelt anbefales det at man bruker mye tid sammen med den enkelte tjenestemottaker og innhenter informasjon ved å benytte flere metoder, for eksempel intervju og observasjon (Sørgaard 1996). Dette er en fremgangsmåte som ofte er kostbar og tar lang tid. Prosjektgruppen valgte derfor å basere seg på en metode hvor tjenestemottakers pårørende vurderer kvaliteten på tjenestetilbudet på vegne av tjenestemottaker. Når det gjelder utviklingshemmede tjenestemottakere har de ofte mottatt tjenester hele livet og pårørende har svært ofte god kjennskap til deres behov. Dette gjør at pårørendes vurderinger i mange tilfeller har god overensstemmelse med tjenestemottakers egne vurderinger (Larsson og Larsson 2001, s. 256). I de tilfeller hvor det er behov for mer detaljert kunnskap om tjenestemottakers vurderinger av egne tjenester anbefaler prosjektgruppen at man innhenter både pårørendes og tjenestemottakers vurdering. Z-nytte er imidlertid kun basert på pårørendes vurdering.

Målinger av personers subjektive opplevelse av kvalitet på tjenester har de siste årene blitt utsatt for sterk kritikk. Spesielt retter kritikken seg mot at bruk av generelle spørsmål gir en unyansert og lite hensiktsmessig vurdering av tjenesters kvalitet. Vurderingene har en tendens til å være for positive og gir lite informasjon som er nyttig i forbedring av tjenestene. Undersøkelser av opplevd kvalitet kan imidlertid være et viktig supplement ved vurdering av kvalitet på tjenester dersom de er konkrete, nyanserte og differensierte. Generelle spørsmål gir en vektning mot høy tilfredshet, mens presise formuleringer, basert på personenes egen forståelse av hva

som er gode tjenester, gir en atskillig større responsvariabilitet og mer varierte resultater (Sørgaard 1996; Williams, Coyle og Healy 1998). Prosjektgruppen har derfor utviklet Z-nytte på bakgrunn av en fokusgruppestudie som identifiserte tjenestemottakeres og pårørende sine egne vurderinger av hva som kjennetegner gode tjenester (Offernes et al. 2002).

Z-nytte består av et spørreskjema som besvares av tjenestemottakers pårørende og/eller hjelpeverge. Det er en forutsetning at den som besvarer spørreskjemaet har god kjennskap til både tjenestemottaker og tjenestetilbudet. Resultatene gir en skåre og en profil basert på de pårørendes opplevelse av tjenestetilbudets kvalitet (se figur 4). Skåren er basert på en norm utviklet på bakgrunn av 426 besvarelser fra pårørende over hele landet. Spørreskjemaet er enkelt å administrere, gir en oversikt over pårørendes vurdering av kvalitetsnivået på tjenestestedet og gjør det mulig å sammenligne pårørendes vurderinger av kvalitetsnivå på tvers av tjenestesteder. Dette gjør at verktøyet kan være nyttig når man skal kartlegge et større antall tjenestesteder for å vurdere hvor man bør prioritere å starte arbeidet med kvalitetsforbedrende tiltak. Ved oppstart av mer omfattende evalueringer kan Z-nytte benyttes for raskt å skaffe seg et inntrykk av tjenestetilbudet.

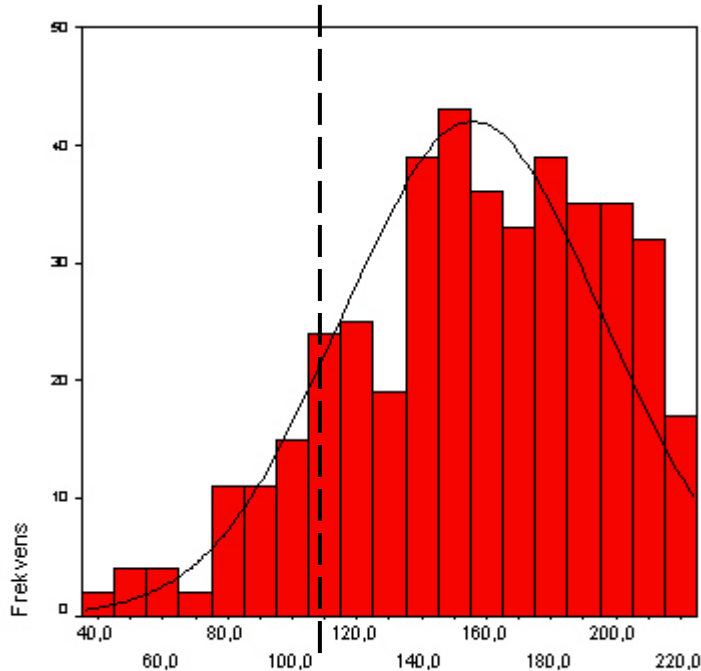
Spørreskjemaet inneholder 37 påstander som antas å ha stor betydning for tjenestenes kvalitet. Den som fyller ut skjemaet skal for hver enkelt påstand ta stilling om vedkommende er enig eller uenig i påstanden. Skalaen har seks svaralternativer og går fra "Helt uenig" til "Helt enig" (se figur 3). Informantens svar overføres til en tallskåre som går fra 1-6 hvor "Helt uenig" = 1 og "Helt enig" = 6. Tallskårene summeres til seks indekser og en skåre for Opplevd kvalitet. Skåren for Opplevd kvalitet gir et mål på pårørendes totalvurdering av tjenestetilbudet og kan konverteres til en normbasert kvalitetsskåre. Normen er utviklet på bakgrunn av besvarelser fra et landsdekkende utvalg av 426 pårørende. Kvalitetsskåren går fra "Svært lav" til "Høy" og inndelingen av skårene er basert på en prosentvis fordeling (percentile rank) med utgangspunkt i normeringsutvalget (se vedlegg 1). Det er og mulig å lage en kvalitetsprofil basert på de seks indeksene. Se figur 4 for et eksempel på rapportering av resultater. Bruk og skåring av Z-nytte er nærmere beskrevet i kapittel 4.

	Helt uenig	Delvis uenig	Litt uenig	Litt enig	Delvis enig	Helt enig
1. Min sønn/datter har meningsfulle aktiviteter på dag- og kveldstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Min sønn/datter gis mulighet til å ha et passende aktivitetsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg opplever at klager på alvorlige forhold ved tjenestetilbudet blir tatt til etterretning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg synes tjenesteyterne slurver i jobben sin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figur 3. Eksempel fra spørreskjemaet.

ZMETODEN

SKÅRE FOR OPPLEVD KVALITET



Skåre for opplevd kvalitet

Skåre for opplevd kvalitet	
Råskåre	113
Prosentil	15-20
Kvalitetsskåre	Under gj.snittet

KVALITETSPROFIL - INDEKSER

Høy						
Over gjennomsnittet						
Høyt gjennomsnitt						
Lavt gjennomsnitt						
Under gjennomsnittet						
Lav						
Svært lav						
Skåre	25-50	10-25	10-25	10-25	25-50	10-25
	Individuell tilrettelegging	Påvirkningsmulighet	Samhandlingskvalitet	Serviceinnstilling	Pålitelig tjenesteutførelse	Kompetanse

Figur 4. Eksempel på kvalitetsprofil og rapportering av resultater.

Beskrivelse av indekser

De 37 påstandene i spørreskjemaet er inndelt i seks ulike indekser. Nedenfor følger en kort beskrivelse av de ulike indeksene.

Individuell tilrettelegging

Denne indeksen legger vekt på i hvilken grad tjenestetilbudet skreddersys til den enkelte tjenestemottaker ved å sørge for at vedkommende gis mulighet til å ha et passende aktivitetsnivå med meningsfulle aktiviteter. Videre legges det vekt på at tjenestemottaker sikres gode utviklingsmuligheter og at det arbeides for å identifisere og realisere vedkommendes ønskede mål. En forutsetning for å få til dette er at tjenesteyterne avsetter tilstrekkelig tid til å være sammen med tjenestemottaker og at det tas hensyn til "personlig kjemi".

Påvirkningsmulighet

Her fokuseres det på i hvilken grad tjenestemottaker har mulighet til å påvirke eget tjenestetilbud og egen hverdag. For å få til dette må tjenestemottaker få mulighet til å gjøre seg nye erfaringer og ta egne valg så langt dette er mulig. Tjenesteyterne må være fleksible i forhold til å etterkomme tjenestemottakers ønsker, men ivareta balansen mellom vedkommendes rett til å ta egne valg versus plikten til å ivareta hans/hennes eget beste. Der hvor tjenestemottakers ressurser kommer til kort må pårørende eller hjelpeverge gis mulighet til å delta i beslutninger og avgjørelser som har konsekvenser for tjenestetilbudet.

Samhandlingskvalitet

Denne indeksen er opptatt av ulike sider ved samhandlingen og interaksjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyterne. For å få til en god samhandling er det viktig at tjenesteyterne prioriterer å være sammen med tjenestemottaker, er flinke til å fange opp hans/hennes behov og viser engasjement for vedkommendes interesser. I sin interaksjon med tjenestemottaker må tjenesteyterne vise respekt, være tydelige i sin kommunikasjon og det bør legges vekt på at man klarer å håndtere uenighet med tjenestemottaker på en god måte.

Serviceinnstilling

Hovedfokus for denne indeksen er "møtet" mellom tjenesteytere og pårørende/hjelpeverge, spesielt med henblikk på tjenesteyternes handlinger for å fremme et godt samarbeid. Det legges vekt på at pårørende skal ha et positivt inntrykk av tjenestestedet og tjenesteyterne. Dette innebærer at de opplever at tjenesteyterne er fleksible og strekker seg langt for å finne en løsning som alle kan være fornøyd med innenfor de ressurser og rammer som de råder over. Videre er forutsettes det at pårørende informeres i god tid før det skjer endringer i tjenestetilbudet og at pårørendes synspunkter blir tatt på alvor. Pårørende bør erfare at tjenesteyterne håndterer uenighet med dem på en god måte. Eventuelle klager på tjenestene blir tatt til etterretning og fulgt opp, uten at det får represalier eller negative konsekvenser for tjenestemottaker eller pårørende.

Pålitelig tjenesteutførelse

Denne indeksen omhandler i hvilken grad pårørende har tillit til at tjenestestedet tar det nødvendige ansvar for å følge opp tjenestemottaker og at de utfører tjenestene som avtalt. Det legges vekt på at pårørende skal ha en opplevelse av at deres sønn/datter er godt ivaretatt, at tjenesteyterne gjør en god jobb, at tjenesteyterne vil ta det nødvendige ansvar dersom vanskelige situasjoner oppstår og at tjenesteyterne er lojale til det som tjenesteleverandøren og pårørende/tjenestemottaker har blitt enige om.

Kompetanse

I denne indeksen legges det vekt på pårørendes opplevelse av at tjenesteyterne er kvalifiserte og har god nok kunnskap til å yte gode tjenester til deres sønn/datter. Dette innebærer en vurdering av om tjenesteyterne er personlig egnet, utviser godt faglig skjønn og finner gode løsninger som ivaretar tjenestemottakers behov.

KAPITTEL 3: UTVIKLING AV "Z-NYTTE"

Under utviklingen av Z-nytte har prosjektgruppen samarbeidet med Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU). Prosjektgruppen har brukt mye tid og arbeidsinnsats for å fremskaffe kontaktpersoner i fylkeslag og lokallag over hele landet. Utviklingen av dette verktøyet hadde ikke vært mulig uten deres hjelp i forbindelse med utsendelsen av spørreskjemaet.

Som beskrevet i kapittel 2 baserer Z-nytte seg på en definisjon av kvalitet som legger vekt på "Quality in use" (se figur 1 i kapittel 2). For å måle "Quality in use" legges det vanligvis vekt på tre dimensjoner (ISO 9241-11; Bevan 1997):

1. I hvilken grad tjenestemottakers mål er oppnådd ("effectiveness")
2. Ressursene som må brukes for å oppnå de intenderte mål ("efficiency")
3. I hvilken grad tjenestemottaker aksepterer å bruke tjenesten ("acceptability").
Med 'aksepterer' tenker man her i første rekke på tjenestemottakers opplevelse og tilfredshet med bruk av tjenesten.

I utgangspunktet hadde prosjektgruppen tenkt å måle tjenestekvalitet i henhold til alle tre dimensjoner. For dimensjon 1 og 2 var det tenkt å gjøre dette i forbindelse med prosjektets utprøvningsfase hvor den opprinnelige planen var å evaluere et lite utvalg av tjenestetilbud ved to tidspunkt. Ved første kontakt skulle man da identifisere et sett av mål som tjenestemottaker ville at tjenestetilbudet skulle hjelpe ham/henne til å realisere, og ved andre kontakt skulle man så se på i hvilken grad disse målene var nådd og hvilke ressurser som var benyttet. Personsentrert planlegging ble vurdert som en metode for å identifisere tjenestemottakers mål (O'Brien og O'Brien 2000; Routledge og Sanderson 2001). Da utviklingen av verktøyene tok lenger tid enn prosjektgruppen hadde planlagt var det ikke tid og ressurser igjen i prosjektet til å utføre en slik utprøving.

Prosjektgruppen diskuterte også om den skulle benytte et verktøy som er utviklet av "The Council" for å evaluere tjenestemottakers måloppnåelse (The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities 2000). Dette verktøyet kan benyttes til å akkreditere tjenestetilbud basert på oppnåelse av personlige resultatmål ("personal outcomes"). Prosjektgruppen vurderte at dette verktøyet ville være for omfattende og valgte i stedet å konsentrere seg om å utvikle et verktøy for å måle den tredje dimensjonen – tjenestemottakers aksept av tjenestene.

For å måle tjenestemottakers aksept av tjenestene, det vil si i hvilken grad tjenestemottaker er tilfreds med tjenestene og opplever at de har god kvalitet, valgte prosjektgruppen å ta utgangspunkt i metoder utviklet for å måle "Opplevd tjenestekvalitet" ("perceived service quality"). Det ble diskutert om man i stedet skulle velge en tilnærming basert på måling av tjenestemottakers eller pårørendes subjektive tilfredshet, men på grunn av disse tilnærmingenes "vanry" valgte prosjektgruppen å fokusere på "opplevd kvalitet" (Cronin og Taylor 1992; Parasuraman et al. 1988). Det

må imidlertid bemerkes at det teoretiske grunnlaget for begge tilnærminger må anses som forholdsvis tynt og det kan diskuteres om det her er snakk om reelle forskjeller (de Ruyter og Wetzels 1998; Duffy og Ketchand 1998; Williams et al. 1998). Uansett bør metoder for å innhente tjenestemottaker eller pårørende sin vurdering av tjenestekvalitet være basert på bruk av presise formuleringer som tar utgangspunkt i informantenes egen forståelse av hva som kjennetegner gode tjenester.

Prosjektgruppen diskuterte også om verktøyet skulle basere seg på å benytte tjenestemottakere eller pårørende som informanter. Det er utarbeidet verktøy for å innhente tjenestemottakers vurdering av kvalitet på tjenester, men de verktøyene som prosjektgruppen kjenner til er alle arbeidskrevende i betydningen av at den som bruker metoden må tilbringe mye tid sammen med tjenestemottaker. For eksempel QUEST og Personal Outcome Measures (Burwell og Jackson 1999; The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities 2000). Det er og utviklet enkelte spørreskjema for å måle tjenestemottakeres subjektive tilfredshet med tjenestene, men disse vil ikke kunne benyttes av alle tjenestemottakere med utviklingshemming (Larsson og Larsson 2001). Prosjektgruppen bestemte seg for å benytte pårørende som informanter slik at de svarte på vegne av tjenestemottaker.

Identifisering av egenskaper som kjennetegner gode tjenester

For å identifisere og definere forhold som kjennetegnet gode tjenestetilbud ble det gjennomført litteraturstudier, intervjuer med fagpersoner i habiliteringstjenestene, erfaringsutveksling med relevante miljøer og fokusgrupper med ulike interesseparter. Det ble lagt stor vekt på å få frem ulike interesseparters vurderinger og en relativt omfattende fokusgruppestudie ble derfor gjennomført. Ni fokusgrupper med til sammen 79 deltakere ble avholdt. Deltakerne fordelte seg slik:

- Tjenestemottakere – 8 personer fordelt på en gruppe og tre intervjuer
- Pårørende/hjelpeverge – 18 personer fordelt på tre grupper
- Tjenesteytere – 19 personer fordelt på tre grupper
- Administrativt ansvarlige – 6 personer i en gruppe
- Fagpersoner i habiliteringstjenesten – 28 personer i en gruppe

Bare fra fokusgruppene ble det identifisert 263 forhold som interessepartene mente var av betydning for kvaliteten på tjenestene. Beskrivelsene av forholdene var i utgangspunktet på svært ulike begrepsnivåer, fra det helt konkrete til det helt abstrakte. Det var også svært store overlapp mellom forholdene som var identifisert. Etter tre runder med analyse, sortering og gruppering endte prosjektgruppen opp med en liste på 55 ulike egenskaper eller indikatorer som kjennetegner gode tjenester (se Offernes et al. 2002). Disse kvalitetsindikatorerne ble så supplert med indikatorer identifisert gjennom intervjuer med fagpersoner i habiliteringstjenestene, erfaringsutveksling med andre miljøer og resultater fra litteraturstudien (Kvan, Lindberg og Offernes 2002; Offernes og Amundsen 2002).

Utforming av spørreskjema

Prosjektgruppen tok utgangspunkt i tjenestemottakerne og pårørende sin forståelse av kvalitet på tjenester slik den fremkom i fokusgruppestudien, litteraturstudien og flere teoretiske modeller som har blitt utviklet for å forstå opplevd kvalitet innenfor markedsføring og psykologi (Cronin og Taylor 1992; Dabholkar, Thorpe og Rentz 1996; Houston, Bettencourt og Wenger 1998; Niedz 1998; Offernes et al. 2002; Parasuraman et al. 1985, 1988; Van Raaij og Pruyn 1998; Zeithaml, Berry og Parasuraman 1993). Prosjektgruppen definerte så 6 faktorer som man antok var svært viktige for å bestemme pårørende sin opplevelse av kvaliteten på sønnen eller datteren sitt tjenestetilbud. Disse faktorene var: Individuell tilrettelegging, Påvirkningsmulighet, Samhandlingskvalitet, Tjenesteytneres serviceinnstilling, Pålitelig tjenesteutførelse og Tjenesteytneres kompetanse. Se figur 5 for en nærmere beskrivelse av faktorene.

For hver faktor ble det generert mer enn 20 påstander som var tenkt benyttet i et spørreskjema til pårørende. Til sammen ble det laget 127 påstander som ble satt inn i et spørreskjema med en sekspunkts Likert-skala. Skalaen gikk fra "Helt uenig" til "Helt enig". En gruppe på 9 pårørende leste gjennom spørreskjemaet og deltok i en fokusgruppe for å diskutere innhold og formuleringer. Diskusjonen resulterte i at mange påstander ble omarbeidet, enkelte ble slettet og flere nye ble generert for å dekke forhold fokusgruppedeltakerne mente ikke var ivaretatt.

Som et resultat av innspillene fra fokusgruppen vokste spørreskjemaet til 146 påstander. Disse påstandene ble evaluert av 9 fagpersoner med lang erfaring fra arbeid med habilitering. Fagpersonene hadde følgende yrkesutdanning: 1 sosionom, 1 barnevernspedagog, 1 psykolog og 6 vernepleiere. Fagpersonene skulle ta stilling til ordlyden på spørsmålene og de skulle indikere hvilken faktor de mente spørsmålet tilhørte. Der hvor de mente at spørsmålet kunne tilhøre flere faktorer skulle de notere dette. De påstandene som fagpersonene i stor grad var uenige om ble strøket eller omarbeidet. Resultatet av denne gjennomgangen var at 46 spørsmål ble fjernet.

Det endelige spørreskjemaet bestod av 100 spørsmål fordelt på 6 faktorer. Rekkefølgen på spørsmålene ble randomisert innenfor tre kategorier av påstander: de som begynte med "Min sønn/datter ...", "Jeg ..." og "Tjenesteyterne ..." (se spørreskjema i vedlegg 5).

For å få bakgrunnskunnskap om tjenestemottaker ønsket prosjektgruppen i utgangspunktet å spørre pårørende om tjenestemottakers bistandsbehov, grad av utviklingshemming og adaptive ferdigheter. Diskusjoner i fokusgruppen og med representanter for NFU gjorde det klart at de pårørende ikke ønsket at vi skulle spørre om dette. Det var enighet om at vi kunne spørre om følgende bakgrunnsvariabler:

- Informantens relasjon til tjenestemottaker, kjønn og alder
- Tjenestemottakers kjønn, alder og type bolig (egen bolig, egen bolig tilknyttet bofellesskap og annet)
- Hvor mange år tjenestemottaker har mottatt denne typen tjenester
- Hvor mange år tjenestemottaker har hatt det nåværende tjenestetilbudet
- Om tjenestemottaker har enkeltvedtak

- Om tjenestemottaker har en individuell plan
- Pårørende sin beskrivelse av sin sønn/datters særegne behov (kort beskrivelse)
- Bemanningsfaktor (hvor mange tjenesteytere som bistår tjenestemottaker)
- Hvor fornøyd de pårørende er med tjenestetilbudet
- Hvor fornøyd tjenestemottaker er med tjenestetilbudet
- I hvilken grad tjenesteapparatet opplever tjenestemottaker som et problem

Utvalg

Målgruppen for spørreundersøkelsen var pårørende til utviklingshemmede tjenestemottakere over 16 år som har vedtak om tjenester hele døgnet, og som mottar disse tjenestene fra en fast base av kommunale tjenesteytere. Tjenestemottaker måtte ikke bo i en kommunal bolig, men kunne godt eie eller leie boligen på annen måte. Det viktige var at vedkommende mottok tjenestene fra kommunale tjenesteytere. Pårørende ble definert som "foreldre eller andre viktige nærpå personer, inkludert hjelpeverge og/eller verge". Det ble understreket at skjemaet bare skulle fylles ut av en pårørende per tjenestemottaker.

Prosjektgruppen hadde som mål at normen som Z-nytte benytter for å vurdere pårørende sin opplevelse av kvalitet på tjenestetilbud skulle være representativ for hele landet. Da det ikke finnes noen samlet nasjonal oversikt over personer som mottar denne typen tjenester kunne prosjektgruppen ikke få et representativt utvalg

Beskrivelse av faktorer

Faktor 1: Individuell tilrettelegging

Denne faktoren omhandler i hvilken grad tjenestestedet gjør nødvendige endringer og tilpasninger av tjenestetilbudet sett i et livsløpsperspektiv. Dette innebærer at tjenestestedet:

- 1) Legger til rette for og ivaretar tjenestemottakers behov.
- 2) Planlegger måloppnåelse med livsløpsfokus som utgangspunkt.
- 3) Gir muligheter for utvikling/vedlikehold av ferdigheter med fokus på mestring.
- 4) Gir tjenestemottaker hjelp til å delta i ønskede og meningsfulle aktiviteter.
- 5) Legger til rette for at tjenestemottaker får mulighet til å være sammen med venner, familie og tjenesteytere.

Faktor 2: Påvirkningsmulighet

Faktoren omfatter tjenestemottakers mulighet til å påvirke eget tjenestetilbud. Fokus er på at personen skal ha en opplevelse av å kunne påvirke. Viktige tema er:

- 1) Tjenestestedet legger til rette for å gi tjenestemottaker valgmuligheter. Dette forutsetter en vurdering av hvilke valg personen er kvalifisert til å foreta.
- 2) Tjenestestedet legger til rette for at tjenestemottaker skal delta i utforming av mål og planlegging av eget tilbud i den grad de selv ønsker å delta (dette skal være tilpasset den enkelte).
- 3) Tjenestemottaker gis muligheter for nye erfaringer (dette skal være tilpasset personens forutsetninger).
- 4) Tjenestemottaker har mulighet til å være spontan.
- 5) Tjenesteyterne fanger opp tjenestemottakers ønsker og meninger og tar disse på alvor.

Figur 5. Beskrivelse av faktorer.

Beskrivelse av faktorer (forts.)

Faktor 3: Samhandlingskvalitet

Denne faktoren omfatter samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og fokuserer på at tjenesteyterne:

- 1) i sin samhandlingen med tjenestemottaker
 - a) viser aksept, respekt og lydhørhet overfor tjenestemottaker.
 - b) har en grunnholdning preget av empati, høflighet, vennlighet og fokus på ivaretagelse av tjenestemottakers beste.
 - c) viser engasjement og gir "det lille ekstra".
- 2) i sin kommunikasjon med tjenestemottaker
 - a) klarer å gjøre seg forstått (både verbalt og nonverbalt)
 - b) viser god forståelse for det tjenestemottaker formidler
 - c) er observante overfor og bekrefter tjenestemottakers kommunikative initiativ

Faktor 4: Serviceinnstilling

Denne faktoren beskriver "møtet" mellom tjenesteytere og pårørende/hjelpeverge, spesielt med fokus på tjenesteyternes handlinger for å fremme et godt samarbeid. Viktige tema er tjenesteyternes:

- 1) Imøtekommenhet, høflighet og vennlighet.
- 2) Anstrengelser for å møte pårørendes behov.
- 3) Fleksibilitet i samarbeidet med pårørende.
- 4) God praksis i forhold til å gi informasjon.
- 5) Evne til å håndtere interessemotsetninger.
- 6) At tjenesteleverandøren er lett å få tak i ved behov.

Faktor 5: Pålitelig tjenesteutførelse

Faktoren omhandler i hvilken grad pårørende har tillit til tjenestestedet og tjenesteyterne. Det innebærer at:

- 1) Tjenestemottaker får de tjenester vedkommende har krav på.
- 2) Pårørende er trygge på at tjenestemottaker får avtalte tjenester.
- 3) Tjenestemottakers helse og sikkerhet ivaretas.
- 4) Tjenestemottaker får den nødvendige hjelp til stell av seg selv og leiligheten
- 5) Pårørende kan stole på at tjenestemottaker har det bra, også når de ikke er tilstede.

Faktor 6: Kompetanse

Faktoren fokuserer på i hvilken grad pårørende/hjelpeverger opplever at tjenesteyterne er kvalifisert til å yte gode tjenester til tjenestemottaker. Dette innebærer at tjenesteyterne:

- 1) Er personlig egnet.
- 2) Er kreative og nytenkende.
- 3) Har fått tilstrekkelig opplæring og veiledning.
- 4) Arbeider godt sammen.
- 5) Viser godt faglig skjønn.
- 6) Har god kjennskap til og forståelse for tjenestemottakers funksjonshemming.
- 7) Utgjør en god nok faglig kompetanse på tjenestestedet.

Figur 5. Beskrivelse av faktorer (forts.).

ved å trekke tilfeldig fra en liste av personer. Det ble derfor besluttet at prosjektgruppen skulle kontakte utviklingshemmede sine interesseorganisasjoner for å få hjelp til å gjennomføre undersøkelsen.

Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) ble derfor kontaktet. NFU var positive til undersøkelsen og ga tillatelse til at prosjektgruppen kunne sende ut spørreskjemaet til organisasjonens medlemmer. Da heller ikke NFU har noen oversikt over hva slags tjenester medlemmene deres mottar, eller hvor stor målgruppen for undersøkelsen kunne være, måtte prosjektgruppen selv ta telefonisk kontakt med Fylkes- og eventuelt lokallagsledere. Prosjektgruppen besluttet derfor å sende ut spørreskjema til alle NFU sine fylkes- eller lokallag over hele landet. Fylkes- og lokallagslederne ble kontaktet per telefon, informert om undersøkelsen og spurt om de kunne hjelpe oss med å sende ut spørreskjema til aktuelle pårørende. Tolv fylkesledere påtok seg ansvaret for å distribuere skjemaene i sitt fylke. Seks fylkesledere henviste oss videre til lokallagslederne i fylket. Fylkes- og lokallagsledernes opptelling viste at det var 1526 pårørende som de mente tilfredsstilte kriteriene for deltakelse i undersøkelsen. På grunn av det store antallet pårørende som var identifisert gjennom NFU vurderte prosjektgruppen at den ikke hadde kapasitet eller ressurser til å gjennomføre tilsvarende undersøkelser hos LUPE og Autismeforeningen.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført våren og sommeren 2004. Til sammen ble det sendt 941 spørreskjema til 12 fylkesledere og 585 skjema til 47 lokallag. Alle fylker var representert, men det var 11 lokallag som av ulike årsaker ikke hadde anledning til å delta. For å sikre at undersøkelsen var helt anonym var det enighet om at det var fylkes- og/eller lokallagslederne som skulle stå for distribusjonen av skjemaene. Hver fylkes- eller lokallagsleder fikk tilsendt en pakke med spørreskjema. Hver pakke inneholdt et informasjonsskriv om undersøkelsen, kontaktinformasjon til prosjektgruppen og det antall spørreskjema som de hadde "bestilt". Hvert spørreskjema lå i en uadressert, men ferdigfrankert og gjenlimt konvolutt. Fylkes- og/eller lokallagslederen skulle da skrive på navnet til de aktuelle pårørende og videresende konvolutten. Svarfristen som ble satt til omtrent 4 uker etter at pakken var mottatt.

For å sikre de pårørendes anonymitet var spørreskjemaet utformet slik at det ikke inneholdt informasjon som kunne brukes til å identifisere enkeltpersoner. De ferdigfrankerte og adresserte svarkonvoluttene gjorde også at de pårørende kunne returnere skjemaene direkte til prosjektgruppen. Hvert spørreskjema hadde et nummer som indikerte hvilken helseregion skjemaet var sendt til. Prosjektgruppen hadde ingen oversikt over hvilke pårørende som mottok spørreskjema da distribusjonen av disse ble utført av Fylkes- og lokallagslederne.

Beskrivelse av utvalget

Det ble sendt ut spørreskjema til 1526 pårørende over hele landet. Av disse ble fire skjema returnert av postverket på grunn av ukjent adressat og åtte skjema ble returnert fordi tjenestemottaker falt utenfor undersøkelsens målgruppe. I ett tilfelle hadde begge pårørende fylt ut spørreskjema for samme tjenestemottaker og ett av disse skjemaene ble derfor strøket. Totalt 1513 pårørende skal derfor ha mottatt

spørreskjema og 453 av disse ble returnert til prosjektgruppen, det vil si en svarprosent på 30%.

Av de returnerte skjemaene var det 4 som var helt ubesvarte og 5 hvor bare bakgrunnsspørsmålene var besvart. Disse skjemaene ble fjernet fra utvalget. Etter at antallet spørsmål var redusert til 37 (se neste avsnitt) var det 350 pårørende (79%) som hadde svart på alle spørsmålene. Det var ca. 4% av de pårørende som manglet svar på 6 eller flere av de 37 spørsmålene. Disse 4% ble strøket fra utvalget og utgjorde 18 personer. Inspeksjon av personenes besvarelser ga ingen indikasjon på at de skilte seg ut eller at det ville ha uheldige konsekvenser for senere analyser om disse besvarelsene ble ekskludert. Det endelige utvalget for beregning av opplevd kvalitetsskåre og indekser består derfor av 426 pårørende. Dette tilsvarer en svarprosent på 28%. For de pårørende som manglet fra svar på fra en til fem spørsmål (17%) ble manglende svar estimert ved å bruke SPSS "Missing Value Analysis" (regresjon). Verdier for enkeltspørsmål som var mindre enn 1 eller høyere enn 6 ble korrigert manuelt. Inspeksjon av gjennomsnitt, standardavvik og varians for de enkelte spørsmål viste at det var svært liten differanse mellom verdiene før og etter estimeringen.

Den lave svarprosenten gjør at utvalget ikke kan sies å være representativt for pårørendes opplevelse av tjenestene på landsbasis. Utvalget er i utgangspunktet også en selektert gruppe da bare medlemmer i NFU er bedt om å fylle ut spørreskjemaet. Fordelingen av skårer er imidlertid slik man ville forvente ved denne typen undersøkelser, det vil si at man får en negativt skjev fordeling med et gjennomsnitt rundt 70 på en skal fra 0 til 100. Utvalgets fordeling av pårørende/tjenestemottakere i forhold til helseregioner samsvarer også godt med en prosentvis fordeling over antall utviklingshemmede i helseregionene (se tabell 1). Helseregion 3 er noe underrepresentert og 4 er overrepresentert. Siden alle helseregioner er godt representert i utvalget, og fordelingen av skårer ikke indikerer at vi har fått en overrepresentasjon av svært misfornøyde eller fornøyde pårørende, vurderer prosjektgruppen at utvalget kan sies å være landsdekkende og kan benyttes som en norm for pårørendes opplevelse av tjenestekvalitet.

Informantene i det endelige utvalget er 115 menn (27%) og 301 kvinner (71%). Ti informanter oppga ikke eget kjønn. Det var 319 av informantene som oppga å være

Helseregion	Besvarelser		Personer med utviklingshemming som mottar tjenester i helseregion ¹	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
HR1 – Øst	128	30,0 %	4356	30,8 %
HR2 – Sør	88	20,7 %	2982	21,1 %
HR3 – Vest	116	27,2 %	2880	20,3 %
HR4 – Midt	45	10,6 %	2194	15,5 %
HR5 – Nord	48	11,3 %	1745	12,3 %
Manglende verdi	1	0,2 %		
Total	425	100,0 %	14157	100 %

Tabell 1. Fordeling av informanter og antall utviklingshemmede per helseregion.

¹ Tall fra årlig rapportering til Sosial- og helsedepartementet: Antall utviklingshemmede tjenestemottakere som mottar tjenester fra kommunene per 01.01.2002.

foreldre, 53 var søsken og 3 var annen familie. Informantens alder varierte fra 29 til 87 år med en gjennomsnittsalder lik 59 år. Se tabell 2 for en mer detaljert aldersfordeling.

Tjenestemottakerne i det endelige utvalget er 226 menn (54%) og 190 kvinner (46 %). Aldersspennet for tjenestemottakerne er fra 16 til 81 år. Gjennomsnittsalderen er 36,5 år og 62,9% av tjenestemottakerne er mellom 26 og 45 år. At det relativt sett er mindre tjenestemottakere mellom 16 og 25 år i utvalget er rimelig sett i forhold til at det ofte tar litt tid før utviklingshemmede personer flytter hjemmefra. Det lave antallet tjenestemottakere over 56 år skyldes kanskje at denne aldersgruppen er noe underrepresentert i utvalget, selv om utviklingshemmede har noe lavere levealder en gjennomsnittet av befolkningen. Dette kan skyldes at pårørende til tjenestemottakerne har blitt gamle, det er i utvalget bare 23 pårørende som er mellom 76 og 87 år, men kan også reflektere aldersfordelingen i NFU sin medlemsmasse. I snitt har tjenestemottakerne mottatt denne typen tjenester i 13 år og de har mottatt tjenester fra nåværende tjenestetilbud i 8,5 år. Det er stor variasjon i hvor lenge tjenestemottakerne har mottatt tjenester (0-55 år) og hvor lenge de har mottatt tjenester fra nåværende tjenestetilbud (1-30 år). 96 av tjenestemottakerne (22,6%)

Aldersgruppe	Informant		Tjenestemottaker	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
16-25	0	0 %	61	14,3 %
26-35 år	5	1,2 %	139	32,6 %
36-45 år	35	8,2 %	129	30,3 %
46-55 år	99	23,2 %	55	12,9 %
56-65 år	144	33,8 %	14	3,3 %
66-75 år	90	21,1 %	3	0,7 %
76-87 år	23	5,4 %	3	0,7 %
Manglende verdi	30	7,0 %	22	5,2 %
Total	396	100,0	426	100 %

Tabell 2. Aldersfordeling av informanter og tjenestemottakere.

År	Antall år mottatt tjenester		Antall år – nåværende tjenestetilbud	
	Antall personer	Prosent	Antall personer	Prosent
0-5 år	97	22,8 %	135	31,7 %
6-10 år	99	23,2 %	124	29,1 %
11-15 år	104	24,4 %	120	28,2 %
16-20 år	36	8,5 %	20	4,7 %
21-25 år	10	2,3 %	3	0,7 %
26-30 år	14	3,3 %	1	0,2 %
35 –40 år	10	2,3 %		
41-45 år	17	4,0 %		
46-50 år	4	0,9 %		
51-55 år	5	1,2 %		
Mangler verdi	30	7,0 %	23	5,4 %
Total	426	100 %	426	100 %

Tabell 3. Oversikt over antall år tjenestemottaker har mottatt tjenester, og antall år tjenestemottaker har mottatt tjenester fra nåværende tjenestetilbud.

Variabel	Antall tjenestesteder	Prosent	N	Beskrivelse
Boform	89 295 34 8	20,9% 69,2% 8,0% 1,9%	426	Egen bolig Egen bolig tilknyttet bofellesskap Annet Manglende verdi
Enkeltvedtak	304 79 43	71,4% 18,5% 10,1%	426	Ja Nei Manglende verdi
Individuell plan	229 155 42	53,8% 36,4% 9,9%	426	Ja Nei Manglende verdi
Bemanningsfaktor	288 101 27 10	67,6% 23,7% 6,3% 2,3%	426	Tjenestemottaker deler tjenesteyter med andre tjenestemottakere (mindre enn 1:1 bemanning) En tjenesteyter er hele tiden sammen med tjenestemottaker (1:1 bemanning) To eller flere tjenesteytere bistår hele tiden tjenestemottaker (større enn 1:1) Manglende verdi

Tabell 4. Beskrivende statistikk for bakgrunnsvariabler.

har mottatt tjenester i mer enn 15 år, men bare 20 tjenesteytere (5,6%) har mottatt tjenester fra samme tjenesteleverandør i mer enn 15 år. Se tabell 2 for en mer detaljert aldersfordeling og tabell 3 for en fordeling av antall år tjenestemottaker har mottatt tjenester.

Hele 69,2% av tjenestemottakerne bor i egen bolig tilknyttet et bofellesskap, 20,9% oppgir at de har egen bolig som ikke er tilknyttet bofellesskap og 8% har andre løsninger. Enkeltvedtak er fattet for 71,4 % av tjenestemottakerne og det er utarbeidet individuell plan for 53,8% av tjenestemottakerne. Det er 79 tjenestemottakere som ikke har enkeltvedtak.

Da forskjellige interesseorganisasjoner kan ha ulike profiler i forhold til medlemsmassens bistandsbehov, er det rimelig å anta at enkelte grupper av tjenestemottakere er under- eller overrepresentert siden normen for Z-nytte er basert på NFU sine medlemmer. I utvalget er det 67,6% av tjenestemottakerne har mindre enn 1:1 bemanning, 23,7% som har 1:1 bemanning og 6,3% som har 2:1 eller mer. Det er vanskelig å vite hvor bra denne fordelingen samsvarer med fordelingen i hele populasjonen av utviklingshemmede tjenestemottakere. Ifølge KRUT-rapporten er det ca. 1300 voksne personer med autisme og/eller moderat til alvorlig utviklingshemming som mottar tjenester med 1:1 bemanning eller mer (Statens Helsetilsyn 2000). Kriteriet for 1:1 bemanning var her at tjenestemottaker hadde 1:1 bemanning på dag- og kveldstid, samt våken nattevakt (tilsvarende et kostnadsnivå på omtrent 1 million kroner per år). Dette utgjør ca. 9% av populasjonen av utviklingshemmede personer som er registrert som tjenestemottakere i kommunene². I utvalget for vår undersøkelse har pårørende beskrevet at 30% får 1:1 oppfølging eller mer. Kriteriene for 1:1 bemanning var i vår undersøkelse mye videre, men prosjektgruppen vurderer at tjenesteytere med store bistandsbehov ikke ser ut til å være underrepresentert i utvalget.

² Tall fra årlig rapportering til Sosial- og helsedepartementet: Antall utviklingshemmede tjenestemottakere som mottar tjenester fra kommunene per 01.01.2002.

Beregning av opplevd kvalitetsskåre og indekser

Analysearbeidet startet med å reversere alle spørsmål som var snudd slik at en skåre på 1 indikerer at pårørende mener at forholdet påstanden omhandler i liten grad er ivaretatt, mens en skåre på 6 indikerer at forholdet i stor grad er ivaretatt. Spørsmålene ble så sortert i henhold til den faktoren, eller indeksen, som de tilhører. Deretter ble de enkelte spørsmål vurdert ut fra både kvantitative og kvalitative kriterier. 63 spørsmål ble forkastet som et resultat av dette arbeidet. Se tabell 5 og spørreskjemaet i vedlegg 5 for en oversikt over hvilke spørsmål som ble beholdt og hvordan de fordeler seg på de ulike faktorene/indeksene.

Kvantitative kriterier for utvelgelse av spørsmål

Opprinnelig var det planlagt å bruke faktoranalyse for å bekrefte/definere de faktorene som ligger til grunn for pårørendes opplevelse av kvalitet på tjenester. Dette viste seg vanskelig å gjennomføre da datamatriksen over spørsmålene ikke egnert seg for faktoranalyse (determinanten gikk mot null). Dette skyldes mest sannsynlig flere årsaker:

- At flere av spørsmålene har svært høy korrelasjon med hverandre – noe som indikerer at de er "for like" slik at vi har inkludert flere mål på samme egenskap. Det er nok også noe overlapp mellom faktorene.
- At mange av spørsmålene er for konkrete, eller av en slik art at svarene på tvers av informanter blir for like.
- At mange informanter svarer på tilnærmet samme måte på alle spørsmålene (for lik responsstil).

Flere forsøk på å ekskludere spørsmål som er for konkrete, for like eller har for høy interkorrelasjon førte ikke til at matriksen ble faktoriserbar. Inspeksjon av informantens responser viser at svært mange svarte likt, spesielt de som fremstår som svært fornøyde eller svært misfornøyde med tjenestene. Prosjektgruppen valgte derfor å plukke ut spørsmål basert på andre kriterier enn faktoranalyse. Disse kriteriene la vekt på å beholde spørsmål som hadde høy varians, gjennomsnitt så nær midtpunktet av skalaen som mulig (3-4), høy Cronbachs alpha og høy interkorrelasjon med andre spørsmål. Alle indeksene vurderes å ha en god alpha (se tabell 5).

Indeks	Antall spm.	Spørsmålsnummer	Cronbachs alpha
Individuell tilrettelegging	6	1, 2, 16, 24, 28, 31	0,8692
Påvirkningsmulighet	5	9, 15, 19, 20, 36	0,8589
Samhandlingskvalitet	7	18, 23, 25, 26, 29, 32, 37	0,9245
Serviceinnstilling	7	3, 5, 7, 11, 14, 30, 35	0,8395
Pålitelig tjenesteutførelse	6	4, 6, 8, 12, 13, 22	0,8305
Kompetanse	6	10, 17, 21, 27, 33 34	0,8724

Tabell 5. Beskrivelse av indekser.

Kvalitative kriterier for utvelgelse av spørsmål

De kvalitative kriteriene la vekt på at innholdet i spørsmålene samsvarte godt med beskrivelsene av faktorene, at spørsmålene omhandlet et tema som det var rimelig å anta at informantene kunne vite noe om og at det var et spørsmål som ville passe for alle tjenestemottakere, uansett funksjonsnivå. Kommentarer fra pårørende og en kvalitativ analyse av spørsmålene viste at det var flere påstander som omhandlet forhold som pårørende hadde lite kunnskap om. For eksempel kommenterte flere pårørende at de i liten grad kunne vurdere om "leder ivaretar de ansatte". Det var og en rekke spørsmål hvor pårørendes vurdering av sønnen eller datterens funksjonsnivå så ut til å ha en større innvirkning på besvarelsen enn forskjeller i opplevelsen av tjenestenes kvalitet. Av denne grunn ble de fleste av spørsmålene som begynte med "Min sønn/datter ..." fjernet fra videre analyse.

Beregning av skårer

Skåren for opplevd kvalitet ble beregnet ved å summere skårene for alle 37 spørsmål. Laveste mulige skåre blir da 37 og høyeste skåre 222. Figur 4 viser frekvensfordelingen for skåren for Opplevd kvalitet. Tabell 6 gir beskrivende statistikk. De ulike indeksene ble beregnet ved å summere svarene på de spørsmålene som inngår i hver enkelt indeks (se tabell 5). Da mange av indeksene har en svært skjev fordeling oppgis flere mål på sentraltendens (gjennomsnitt, median og modus). Frekvensfordelinger for indeksene finnes i vedlegg 4.

Reliabilitet og validitet

For å kontrollere verktøyets reliabilitet ble spørsmålene delt i to grupper. Delingen ble gjort ved at spørsmålene ble sortert på indekser og deretter på spørsmålsnummer. Annet hvert spørsmål ble så allokert til gruppe A og de resterende til gruppe B. Gruppe A og B har tilsvarende korrelasjoner som den reduserte optimalskåren og korrelerer ikke signifikant med noen av de andre bakgrunnsvariablene. Dette antyder at verktøyet ser ut til å være stabilt. Se tabell 7 for en beskrivelse av korrelasjonskoeffisientene. I hvilken grad pårørende vil gi den samme vurderingen av tjenestetilbudet ved to separate anledninger, selv om tjenestetilbudet skulle være det

Opplevd kvalitetsskåre / Indekser	Gjennomsnitt	Median	Modus	Minimum-maksimum	Maksimal skåre
Opplevd kvalitet	158	159	133	39 – 222	222
Individuell tilrettelegging	24	24	21	6 – 36	36
Påvirkningsmulighet	22	23	24	5 – 30	30
Samhandlingskvalitet	32	33	42	7 – 42	42
Serviceinnstilling	29	30	28	7 – 42	42
Pålitelig tjenesteutførelse	25	26	30	6 – 36	36
Kompetanse	24	25	26	6 – 36	36

Tabell 6. Beskrivende statistikk for skåren for opplevd kvalitet og indeksene.

samme, er imidlertid usikkert. Det er mange forhold som kan påvirke pårørendes vurdering: pårørendes affektive tilstand når vedkommende fyller ut skjemaet, i hvilken grad pårørende nylig har hatt en god/dårlig interaksjon med tjenesteyterne, egen opplevelse av kontroll eller påvirkningsmulighet, osv. (Houston et al. 1998; Van Raaij og Pruyn 1998).

I utgangspunktet bør Z-nytte ha god innholdsvaliditet da spørsmålene bygger på interessepartenes vurderinger av hva som kjennetegner gode tjenester og omfatter spørsmål relatert til et bredt spekter av temaområder. Pårørende og representanter for pårørendes interesseorganisasjoner har også kommentert på tidlige utkast av spørreskjemaet. Prosjektgruppen har imidlertid foretatt en forholdsvis omfattende avgrensning av hvilke påstander som inkluderes i det endelige verktøyet. Prosjektgruppen vurderer likevel at Z-nytte har god innholdsvaliditet.

For å evaluere Z-nytte sin kriterievaliditet ble pårørende spurt om flere forhold som man antar har sammenheng med deres opplevelse av kvaliteten på tjenestene.

Disse forholdene var:

- Om tjenestemottaker hadde enkeltvedtak
- Om tjenestemottaker hadde individuell plan
- Bemanningsfaktor
- Egen tilfredshet med tjenestetilbudet
- Sønnen/datterens tilfredshet med tjenestetilbudet
- I hvilken grad tjenestemottaker oppfattes som et problem av tjenesteapparatet
- I hvilken grad tjenestetilbudet ble vurdert å være ideelt.

Analysene viste at det er en sterk positiv sammenheng mellom hvor fornøyd pårørende er med tjenestetilbudet og deres opplevelse av kvaliteten på tjenestene ($r=.642^{**}$). Det samme gjelder for pårørendes vurdering av hvor fornøyd deres sønn/datter er med tjenestetilbudet ($r=.561$) og i hvilken grad de vurderer at tjenestetilbudet er ideelt ($r=.706$). Dette kan man forvente da opplevd kvalitet og tilfredshet er nært beslektede begreper (Parasuraman et al. 1988; Zeithaml et al. 1993).

Jo høyere skåren for opplevd kvalitet er, desto lavere er sannsynligheten for at tjenestemottaker oppleves som et problem av tjenesteapparatet ($r= -.365^{**}$). En

Variabel	Opplevd kvalitetsskåre	Gruppe A	Gruppe B
Hvor fornøyd er pårørende med tjenestetilbudet?	0,642** 423	0,622** 423	0,650** 423
Hvor fornøyd er tjenestemottaker med tjenestetilbudet?	0,561** 418	0,538** 418	0,574** 418
I hvilken grad oppleves tjenestemottaker som et problem?	-0,358** 418	-0,345** 418	-0,365** 418
I hvilken grad vurderes tjenestetilbudet å være ideelt?	0,706** 422	0,697** 422	0,700** 422
Er det utarbeidet individuell plan?	0,176** 384	0,159** 384	0,190** 384

Tabell 7. **= korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå (2-halet).

høyere skåre for opplevd kvalitet øker og sannsynligheten for at tjenestemottaker har fått utarbeidet en individuell plan ($r=.176^{**}$). Det var ingen signifikante korrelasjoner med enkeltvedtak eller bemanningsfaktor.

Prosjektgruppen ønsket i utgangspunktet å analysere om det tjenestemottakers bistandsbehov/-nivå hadde noen innvirkning på pårørendes opplevelse av kvaliteten på tjenestene. Det er rimelig å anta at det er en sammenheng mellom hvor mye tjenester man mottar, og opplevelsen av kvaliteten på dem. Korrelasjonsanalysen identifiserte ingen sammenheng mellom bemanningsfaktor og opplevd kvalitet på tjenestene. Dette stemmer overens med andre analyser av bemanningsfaktor og tjenestekvalitet (Felce og Emerson 2001). I det endelige utvalget er det få tjenestemottakere som har mer enn 1:1 bemanning relativt til de andre kategoriene av bemanningsfaktor (se tabell 4). Dette gjør det vanskelig å undersøke forskjeller i skåre mellom de ulike gruppene ved hjelp av vanlige statistiske metoder. Inspeksjon av gjennomsnittene for de enkelte gruppene viser at det er en trend mot høyere skåre for opplevd kvalitet ved høyere bemanningsfaktor, men det er stort overlapp mellom gruppene og det er usikkert om dette er en betydningsfull forskjell (se figur 7).

En sterk sammenheng mellom skåren for opplevd kvalitet og pårørendes tilfredshet med tjenestene er ikke tilstrekkelig validering av Z-nytte. Verktøyet bør valideres opp mot andre mål på tjenestekvalitet. En eventuell valideringsundersøkelse bør i større grad klare å skille mellom grupper av tjenestemottakere for å se om det er noen sammenheng mellom type bistand/bistandsnivå og opplevelsen av tjenestekvalitet. Kriterievaliditeten til de ulike indeksene er ikke undersøkt og dette bør også være tema i en eventuell valideringsundersøkelse.

Svakheter ved undersøkelsen

I ettertid har vi sett at beskrivelsen av målgruppen og inklusjonskriteriene for deltakelse i undersøkelsen ikke var så tydelige som vi hadde håpet. I kombinasjon med at det var kontaktpersoner ute i kommunene og bydelene som avgjorde hvilke tjenestesteder som ble inkludert, kan dette ha ført til at utvalget nok har blitt noe mindre homogent enn vi i utgangspunktet hadde ønsket.

En svarprosent på rundt 30% er ikke uvanlig på denne typen spørreundersøkelser, men prosjektgruppen hadde antatt at de pårørende ville være svært motiverte for å fylle ut spørreskjemaet. Det kan være mange årsaker til den lave svarprosenten. Spørreskjemaet var komplisert og hadde svært mange spørsmål. Dette har nok bidratt til at mange har vegret seg for å besvare spørreskjemaet, og dette har kanskje slått spesielt negativt ut for eldre pårørende. En del av de skjemaene som ble returnert var sendt til personer som ikke tilhørte målgruppen. Det er rimelig å anta at denne gruppen av personer er større da de fleste av disse informantene mest sannsynlig vil la være å returnere skjemaet. For å få bedre kontroll over denne gruppen av informanter burde prosjektgruppen ha bedt om at også disse skjemaene ble sendt i retur.

Mange pårørende kommenterte at enkelte av spørsmålene var vanskelige å svare på da de måtte gi en samlet vurdering av alle tjenesteyterne. Det ble påpekt at det er stor variasjon i tjenesteyterne - enkelte tjenesteytere er svært bra, mens andre er svært dårlige. Enkelte informanter ga uttrykk for at de syntes at spørsmålene var vanskelige å forstå, og at de krevde en kjennskap til tjenestemottaker og dennes tjenestetilbud som de ikke hadde.

KAPITTEL 4: BRUK AV "Z-NYTTTE"

Dette kapitlet gir en beskrivelse av hvordan man administrerer og skårer Z-nytte. Administreringen er enkel – man ber pårørende om å fylle ut spørreskjemaet. For å fortolke resultatene bør man imidlertid ha god forståelse for metoden og dens begrensninger, samt noe erfaring med bruk av slike verktøy. Dette for å ta hensyn til den usikkerheten som ligger i metoden og sikre gyldigheten av fortolkningene. Spesielt vil prosjektgruppen advare mot å evaluere kvaliteten på et tjenestetilbud utelukkende på grunnlag av resultatene fra Z-nytte. Prosjektgruppen ønsker å understreke at måling av pårørende eller tjenestemottaker sin opplevelse av kvaliteten på tjenestene alene ikke gir et godt nok grunnlag for å evaluere kvaliteten på tjenestene. En god evaluering av tjenestekvalitet bør innhente informasjon både om prosessmål (hvordan har tjenestene blitt utført) og resultatmål (hva har tjenestemottaker oppnådd ved å benytte tjenestene).

Fremgangsmåte

Prosjektgruppen anbefaler følgende fremgangsmåte ved bruk av verktøyet:

Forberedelser

I god tid i forkant av evalueringen må tjenestemottaker og/eller pårørende informeres og samtykke til evalueringen bør innhentes. Dersom tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse bør dette innhentes fra pårørende/hjelpeverge. Informasjonen til tjenestemottaker og pårørende bør omhandle metoden som skal benyttes og hva resultatene skal brukes til. Tjenesteleverandøren bør forsikre pårørende om at resultatene ikke vil føre til en forringelse av tilbudet til deres sønn/datter. Tidspunktet for utsendelsen bør avtales med pårørende i forkant og det bør gis en kort svarfrist.

Arbeidsoppgaver knyttet til distribusjon, innsamling og skåring av spørreskjema bør defineres. Det bør utarbeides et følgeskriv som ligger ved spørreskjemaet. Dersom man ønsker noe bakgrunninformasjon om informantene må dette spesifiseres her. Følgeskrivet må minimum si noe om:

- formålet med undersøkelsen
- hva resultatene skal brukes til
- hvem som står ansvarlig for undersøkelsen
- at de pårørendes besvarelse ikke vil være anonym og at deres vurdering vil bli rapportert til tjenesteyterne
- hvordan resultatene skal rapporteres
- svarfrist; og
- hvordan innleveringen skal skje.

Rapportering av resultater

Det anbefales at man først gir tilbakemelding til ledelsen av tjenestestedet og at man så blir enige om hvordan resultatene skal rapporteres til pårørende, tjenestemottaker

og tjenesteyterne. Tilbakemeldingen bør inneholde en presentasjon av den opplevde kvalitetsskåren, kvalitetsprofiler, eventuelt anbefalte forbedringsområder og en diskusjon av resultatene. Tjenesteytere og pårørende bør få anledning til å gi tilbakemelding om i hvilken grad de kjenner seg igjen i resultatet, om de oppfatter dette som en rettferdig evaluering, samt gis mulighet til å avklare eventuelle misforståelser.

Skåring

Svarene fra spørreskjemaet overføres til oppsummeringsskjemaet i vedlegg 2 ved at man konverterer informantens kryss til en skåre for hvert spørsmål. Svarene konverteres til en skåre på en skala fra 1 til 6, hvor 1 = "Helt uenig" og 6 = "Helt enig" (se figur 6). Spørsmålene 4, 7, 8, 13, 21 og 35 er snudd slik at "Helt uenig" indikerer at pårørende mener at dette forholdet er godt ivaretatt. I oppsummeringsskjemaet er disse spørsmålene merket med *. For disse spørsmålene beregnes skåren for spørsmålet med følgende formel:

$$7 - [\text{konvertert skåre}] = [\text{skåren som skrives inn i oppsummeringsskjemaet}]$$

Eksempel: Spørsmål 2 i figur 6 har en konvertert skåre lik 5. Siden spørsmålet er snudd blir skåren som skrives inn i oppsummeringsskjemaet: $7-5 = 2$.

Skårene for spørsmålene skrives fortløpende inn i de hvite feltene i oppsummeringsskjemaet. Deretter lages indeksskårer ved å summere hver kolonne for seg. For eksempel er indeksen "Individuell tilrettelegging" basert på summen av spørsmål 1, 2, 16, 24, 28 og 31. Til slutt beregnes det en råskåre for opplevd kvalitet ved å summere alle de seks indeksskårene.

For å finne prosentilskårene går man så inn i tabell 9 for indeksene og tabell 8 for den opplevde kvalitetsskåren. Begge tabellene finnes i vedlegg 1. Den normerte kvalitetsskåren bestemmer man så ved å benytte tabell 10. Eksempel: Indeksen "Samhandlingskvalitet" har råskåren 40. For å finne prosentilskåren bruker man tabell 9 i vedlegg 1. Vi ser av tabellen at 75. prosentil har en verdi på 38 og 95. prosentil har en verdi på 42. Råskåren på 40 er større enn verdien for den 25. prosentil, men mindre enn verdien for 50. prosentil. Prosentilintervallet som råskåren faller innenfor blir derfor 75-95. For å finne kvalitetsskåren bruker man

	Helt uenig	Delvis uenig	Litt uenig	Litt enig	Delvis enig	Helt enig
1. Jeg opplever at klager på alvorlige forhold ved tjenestetilbudet blir tatt til etterretning	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg synes tjenesteyterne slurver i jobben sin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

Konvertert skåre for spørsmål 1: 2

Konvertert skåre for spørsmål 2: 5

Figur 6. Konvertering av avkrysning til skåre for enkeltspørsmål.

tabell 10. Tabellen viser at en skåre i prosentintervallet 75-95 tilsvarer skåren "Over gjennomsnittet".

Prosentilskårene for indeksene skrives inn i rubrikken "Skåre" i tabellen nederst på skjemaet i vedlegg 3. For å få en grafisk fremstilling av skårene skraveres området fra bunnen av tabellen og opp til og med riktig skåre for indeksen (se figur 4 i kapittel 2). Det anbefales å bruke ulike farger for å skille mellom de indeksene som får en skåre under 5 prosentil, under 25 prosentil og høyere skårer.

Råskåren, prosentilskåren og kvalitetsskåren for opplevd kvalitet skrives i tabellen til høyre for frekvensfordelingen i skjemaet i vedlegg 3. Tegn en strek på frekvensfordelingen som viser hvor råskåren ligger (se figur 4).

Til slutt går man gjennom beregningene på nytt og kontrollregner slik at man er sikker på at man ikke har gjort noen regnefeil.

Rapportering av resultater

Z-nytte er en metode for å få en rask vurdering av et tjenestetilbud basert på pårørendes opplevelse av kvaliteten på tjenestetilbudet. Skåren for opplevd kvalitet gir en indikasjon på tjenestetilbudets kvalitet. En detaljert analyse av indeksene og svarene på enkeltspørsmål kan bidra til å identifisere forbedringsområder. Metoden sikrer mer pålitelige og gyldige evalueringer av tjenestetilbud ved at svarene oppsummeres og skåres med utgangspunkt i en norm for tilsvarende tjenestetilbud.

Sjekkliste for skåring av Z-nytte

1. Konverter svarene til skårer fra 1 til 6 og skriv disse skårene inn i oppsummeringsskjemaet i vedlegg 2.
2. Beregn råskåren for indeksene ved å summere hver kolonne i oppsummeringsskjemaet .
3. Beregn skåren for opplevd kvalitet ved å summere skårene for de ulike indeksene. Skriv skåren inn i skjemaet for presentasjon av resultater til høyre for frekvensfordelingen (vedlegg 3).
4. Tegn en loddrett linje på frekvensfordelingen som indikerer hvor de pårørendes skåre for opplevd kvalitet ligger relativt til normeringsutvalget.
5. Bestem prosentilskåren og kvalitetsskåren for Opplevd kvalitet ved å benytte henholdsvis tabell 8 og tabell 10 i vedlegg 1. Skriv skårene inn på resultat-skjemaet til høyre for frekvensfordelingen.
6. Bestem prosentilskåren, eller prosentintervallet, for hver indeks ved å bruke tabell 9 i vedlegg 1. Skriv prosentilskårene inn i rubrikken "Skåre" i tabellen nederst på resultat-skjemaet.
7. Bestem kvalitetsskårene for indeksene ut fra prosentilskårene ved å bruke tabell 10 i vedlegg 1.
8. Skraver området fra bunnen av tabellen og opp til og med riktig skåre for indeksen.
9. Kontroller at alle beregninger og konverteringer av skårer er gjort riktig.

Figur 7. Sjekkliste for skåring av Z-nytte.

Hensikten med evalueringen vil som oftest ha stor innvirkning på hva man velger å fokusere på i fortolkning og rapportering av resultater. Prosjektgruppen foreslår imidlertid følgende generelle fremgangsmåte ved rapportering av resultater:

1. Presenter den skåren for opplevd kvalitet og vis hvor skåren er plassert på frekvensfordelingen for normeringsutvalget. Gjør rede for hvordan man har kommet frem til skåren.
2. Gå gjennom profilen over indekser. Dersom enkelte indekser utmerker seg som lave eller høye kan man gå inn og si litt om det tematiske innholdet i indeksen.
3. Be tjenesteyterne om å kommentere på skåren og de vurderingene som er gjort – er de enige? Reflekter rundt i hvilken grad dette kan sies å være en riktig skåre/vurdering.
4. Diskuter eventuelt hva som kan gjøres for å oppnå en høyere skåre.

Vurdering av gyldighet og pålitelighet

I forbindelse med tolkning og rapportering av resultatene bør det gjøres en vurdering av resultatenes gyldighet og pålitelighet. Prosjektgruppen vil trekke frem følgende forhold som viktige for å kunne gjøre seg en mening om hvor gyldige og pålitelige resultatene fra evalueringen er:

- Informanten sin kjennskap til tjenestetilbudet og tjenestemottaker. Vær oppmerksom på at enkelte pårørende kanskje ikke har tilstrekkelig kunnskap om tjenestetilbudet til å svare på alle spørsmål. Det bør da vurderes om andre personer som har god kjennskap til tjenestemottaker og tjenestetilbudet skal fylle ut skjemaet.
- Hvordan har undersøkelsen blitt utført og i hvilken grad opplever informanten at vedkommende kan gi en uavhengig vurdering? Ligger det føringer fra tjenesteleverandøren om at pårørende helst bør svare positivt? Hva er konsekvensene for pårørende og tjenestemottaker dersom man gir tjenestetilbudet en lav skåre?
- I de tilfeller hvor det er flere pårørende som kjenner tjenestemottaker og tjenestetilbudet godt kan det være nyttig å be alle om å fylle ut hvert sitt skjema. Ved å benytte gjennomsnittsskåren på hvert enkelt spørsmål kan man så beregne skårene for opplevd kvalitet og indekser.

REFERANSER

Bevan, N. (1997). Quality and usability: A new framework. I: E. van Veenendaal og J. McMullan (red.) Achieving software product quality. Tutein Nolthenius, Nederland.

Bevan, N. (1999a). Quality in use: Meeting user needs for quality. Journal of System and Software, (in press.) Available at:
<http://www.usability.serco.com/research/publications.htm>

Bevan, N., Azuma, M. (1997). Quality in use: Incorporating human factors into the software engineering lifecycle. Proceedings of the Third IEEE International Software Engineering Standards Symposium and Forum (ISESS'97), p. 169-179.

Broadbent, S. (1998). There is more to usability than user testing. EJEISA, 1,
<http://www.ejeisa.com>

Burwell, B., Jackson, B. (1999) Personal Outcomes in Home and Community-Based Services Programs for Persons With Severe Disabilities. Draft Final Report for Center for State Medicaid Operations Health Care Financing Administration Cambridge: The MEDSTAT Group.

Cronin, J.J. og Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. Journal of Marketing, 56(7), s. 55-68.

Dabholkar, P.A., Thorpe, D.I. og Rentz, J.O. (1996). A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. Journal of the Academy of Marketing Science, 24(1), 3-16.

de Ruyter, K., Wetzels, M. (1998). On the complex nature of patient evaluations of general practice service. Journal of Economic Psychology, 19, 565-590.

Duffy, J.A.M., Ketchand, A.A. (1998). Examining the role of service quality in overall service satisfaction. Journal of Managerial Issues, X(2), 240-255.

Felce, D. og Emerson, E. (2001). Living with support in a home in the community: Predictors of behavioral development and household and community activity. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 7, 75-83.

Granheim og Hustad (2000). Tjenestekvalitet ved hjelp av indikatorer. Kommuneforlaget: Oslo.

Houston, M.B., Bettencourt, L.A. og Wenger, S. (1998). The relationship between waiting in a service queue and evaluations of service quality: A field theory perspective. Psychology & Marketing, 15(8), 735-753.

Hurtado, M.P., Swift, E.K., og Corrigan, J.M. (red.) (2001). Envisioning the national health care quality report. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. National Academy Press: Washington D.C.

ISO 8402 (1994). Quality management and quality assurance – vocabulary.

ISO 13407 (1999) User-centred design process for interactive systems.

ISO 9241-11 (1998). Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDT)s – Part 11 Guidance on usability.

Kvan, G., Lindberg, M. og Offernes, N-Ø. (2002). Oppsummering av prosjektets erfaringsutveksling. Rapport 1.3, Prosjekt Modell for måling av kvalitet, Ullevål Universitetssykehus, avdeling for voksenhabilitering, Oslo.

Larsson, G., Larsson, B.W. (2001) Quality of Care and Service as Perceived by Adults With Developmental Disabilities, Their Parents, and Primary Caregivers. Mental Retardation, 39 (4), 249-258.

Niedz, B.A. (1998). Correlates of hospitalized patients' perceptions of service quality. Research in Nursing & Health, 21, 339-349.

O'Brien, C.L. og O'Brien, J. (2000). The origins of person-centered planning: A community of practice perspective. Responsive Systems Associates, Inc.

Offernes, N. Ø., Kvan, G., Lindberg, M., og Amundsen, L. B. (2002) Fokusgrupper og intervjuer. Rapport 1.2, prosjekt modell for måling av kvalitet, Ullevål Universitetssykehus, avdeling for voksenhabilitering, Oslo.

Offernes, N. Ø., og Amundsen, L. B. (2002) Litteraturstudie. Rapport 1.1, prosjekt modell for måling av kvalitet, Ullevål Universitetssykehus, avdeling for voksenhabilitering, Oslo.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. og Berry L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing, 49, 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. og Berry L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12-40.

Routledge, M. og Sanderson, H. (2001). Towards person centred approaches – Planning with people: Guidance for implementation groups. Valuing people – A new strategy for learning disability for the 21st century. Department of Health, UK.

Skjerve, J. (2001). Forsvarlige tjenester. SOR-rapport nr. 1, 6-7.

Sosial- og helsedepartementet (SHD) 1997. Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Rundskriv I-13/97.

Sosialdepartementet (SD) 1993. Rundskriv I-1/93: Lov om sosiale tjenester mv.

Sosial- og Helsedepartementet (1998). Rettigheter for og begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt m.v. overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Rundskriv I-41/98.

Sosial- og helsedepartementet (SHD) 2000. Lov om pasientrettigheter. Rundskriv I-60/2000.

Statens helsetilsyn (SH) 2000. Utviklingshemmede med alvorlige atferdsavvik og/eller psykiske lidelser: en kartlegging av spesialisthelsetjenestens tilbud og behov. Statens helsetilsyns utredningsserie, 5-2000, IK-27

Sørgaard, K.W. (1996) Bruk av tilfredshetsundersøkelser i evaluering av psykiatriske helse- tjenester. En litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 33, 11-25.

The Council (2000). Personal Outcome Measures – 2000 Edition. The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities: Towson, MD.

Van Raaij, W.F. og Pruyn, A.Th.H. (1998). Customer control and evaluation of service validity and reliability. Psychology & Marketing, 15(8), 811-832.

Williams, B., Coyle, J., Healy, D. (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc. Sci. Med., 47 (9), 1351-1359.

Zeithaml, V.A., Berry, L.L. og Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. Journal of the Academy of Marketing Science, 21(1), 1-12.

VEDLEGG 1: SKÅRINGSTABELLER

Skåringstabellene på neste side er basert på prosentiler. Prosentilskåren forteller hvor mange pårørende i normeringsutvalget som oppnådde samme eller en lavere råskåre. Prosjektgruppen har valgt å bruke prosentilskårer fremfor normalfordelte standardskårer fordi frekvensfordelingene for indeksene og skåren for opplevd kvalitet er negativt skjeve.

For å bruke skåringstabellene må du først ha beregnet råskårer for indekser og opplevd kvalitetsskåre. Du finner prosentilskåren for indeksene og opplevd kvalitet ved å bruke henholdsvis tabell 10 og 9. Ved å bruke råskåren kan du gå inn i tabellene og finne det prosentilintervallet som råskåren ligger innenfor. Deretter kan du gå inn i tabell 11 med prosentilskåren og lese av kvalitetsskåren.

Tabell 8. Opplevd kvalitetsskåre
 Konvertering fra råskårer til prosentilskåre

Percentile rank	Opplevd kvalitet	Percentile rank
99	221	99
98	219	98
95	214	95
90	206	90
85	201	85
80	194	80
75	189	75
70	183	70
65	178	65
60	172	60
55	164	55
50	159	50
45	153	45
40	148	40
35	142	35
30	137	30
25	133	25
20	120	20
15	109	15
10	100	10
5	83	5
2	58	2
1	49	1

Tabell 9. Indekser

Konvertering fra råskåre til prosentilskåre

Percentile rank	Individuell tilrettelegging	Påvirkningsmulighet	Samhandlingskvalitet	Serviceinnstilling	Pålitelig tjenesteførelse	Kompetanse	Percentile rank
95	35	30	42	41	36	35	95
75	30	26	38	36	31	29	75
50	24	23	33	30	26	25	50
25	18	18	27	23	20	19	25
10	13	14	20	18	15	14	10
5	10	10	16	14	12	11	5
2	7	8	12	9	9	8	2

Tabell 10. Kvalitetsskårer

Konvertering fra prosentilskåre til kvalitetsskåre

	Skåre	Prosentiler
H	Høy	95 prosentil ++
OG	Over gjennomsnittet	75 – 94 prosentil
HG	Høyt gjennomsnitt	50 – 74 prosentil
LG	Lavt gjennomsnitt	25-49 prosentil
UG	Under gjennomsnittet	6-24 prosentil
L	Lav	3 – 5 prosentil
SL	Svært lav	0 – 2 prosentil

VEDLEGG 2: OPPSUMMERINGSSKJEMA

Oppsummeringsskjema

Spørsmål- nummer	Individuell tilrettelegging	Påvirknings- mulighet	Samhandlings- kvalitet	Serviceinnstilling	Pålitelig tjenesteutførelse	Kompetanse
1						
2						
3						
4					*	
5						
6						
7				*		
8					*	
9						
10						
11						
12						
13					*	
14						
15						
16						
17						
18						
19						

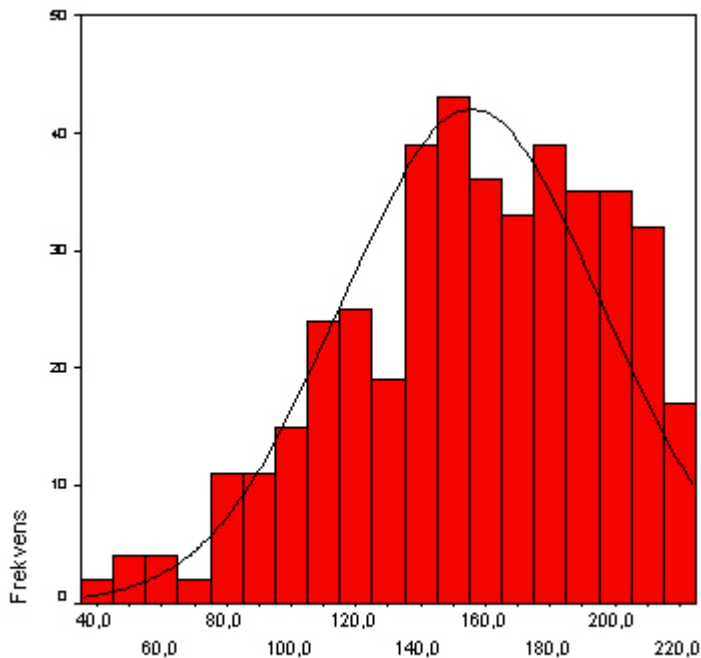
Spørsmål- nummer	Individuell tilrettelegging	Påvirknings- mulighet	Samhandlings- kvalitet	Serviceinnstilling	Pålitelig tjenesteutførelse	Kompetanse
20						
21						*
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35				*		
36						
37						
SUM						

Råskåre for OPPLEVD KVALITET

**VEDLEGG 3:
SKJEMA FOR PRESENTASJON AV RESULTATER**

ZMETODEN

SKÅRE FOR OPPLEVD KVALITET



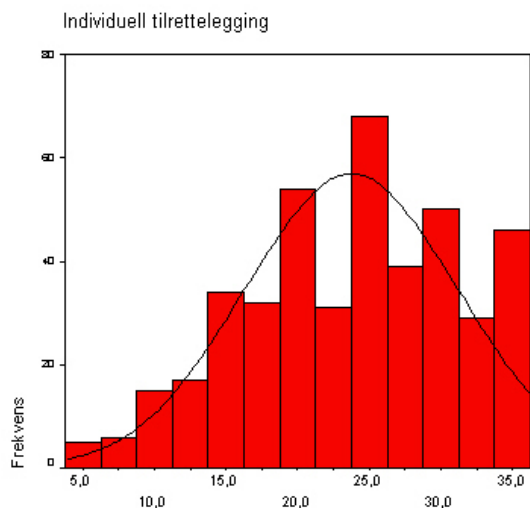
Skåre for opplevd kvalitet

Skåre for opplevd kvalitet	
Råskåre	
Prosentil	
Kvalitetsskåre	

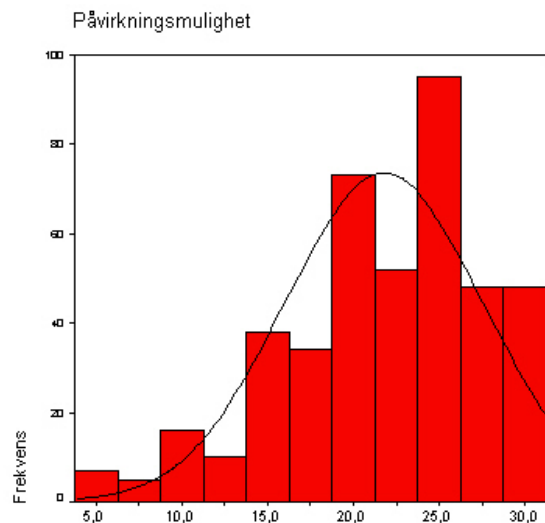
KVALITETSPROFIL - INDEKSER

Høy						
Over gjennomsnittet						
Gjennomsnittlig						
Under gjennomsnittet						
Lav						
Svært lav						
Skåre						
	Individuell tilrettelegging	Påvirkningsmulighet	Samhandlingskvalitet	Serviceinnstilling	Pålitelig tjenesteutførelse	Kompetanse

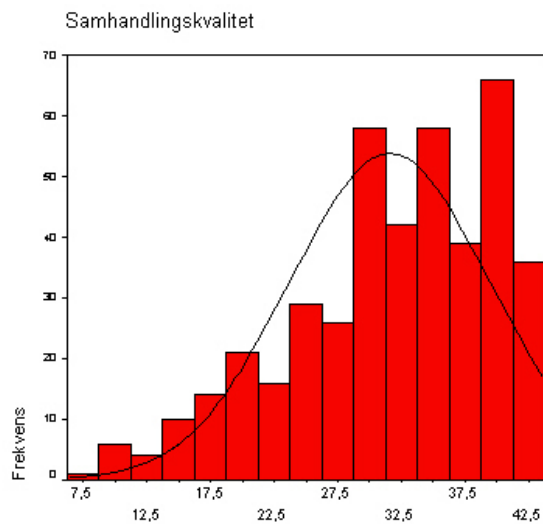
VEDLEGG 4: FREKVENSFORDELINGER FOR INDEKSER



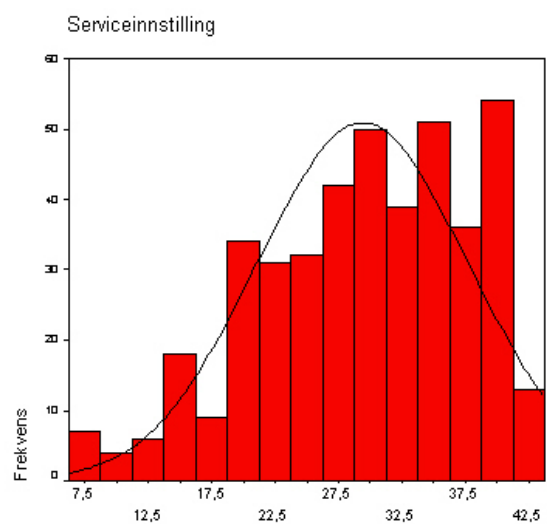
Skåre for individuell tilrettelegging



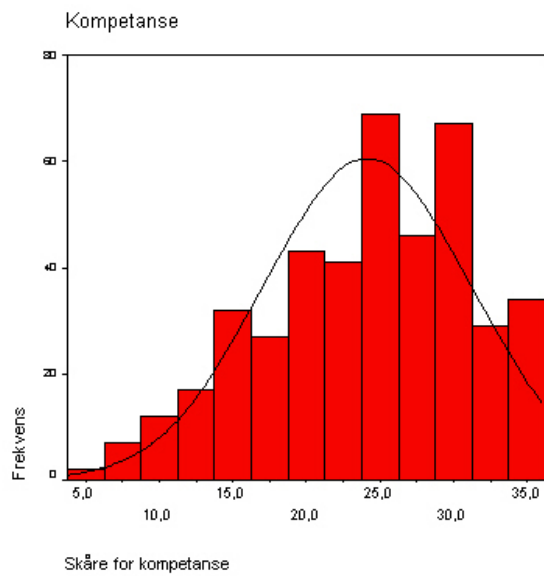
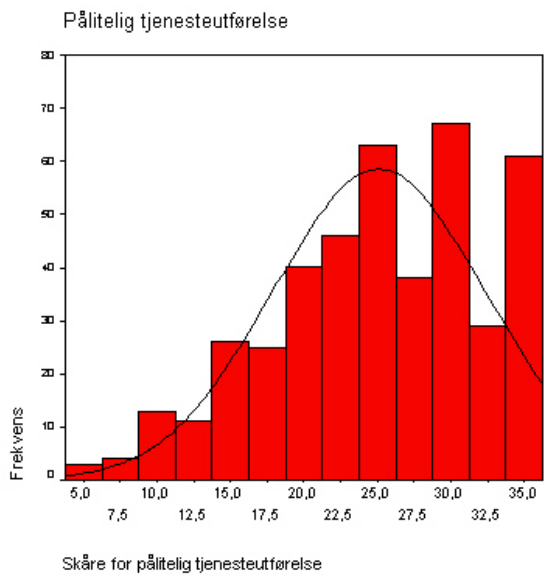
Skåre for påvirkningsmulighet



Skåre for samhandlingskvalitet



Skåre for serviceinnstilling



VEDLEGG 5: SPØRRESKJEMA

I tillegg til spørreskjemaet som du finner på de neste sidene bør tjenesteleverandøren alltid utarbeide et følgeskriv som ligger ved spørreskjemaet. Dersom man ønsker noe bakgrunninformasjon om informantene må dette spesifiseres her. Følgeskrivet bør minimum si noe om:

- formålet med undersøkelsen
- hva resultatene skal brukes til
- hvem som står ansvarlig for undersøkelsen
- at de pårørendes besvarelse ikke vil være anonym og at deres vurdering vil bli rapportert til tjenesteyterne
- hvordan resultatene skal rapporteres
- svarfrist; og
- hvordan innleveringen skal skje.

ZMETODEN

Til pårørende/hjelpeverge

Hensikten med dette spørreskjemaet er å få informasjon om hvordan dere opplever kvaliteten på det tjenestetilbudet som deres sønn/datter mottar. Med tjenestetilbud menes de kommunale tjenester som ytes til din sønn/datter av en fast gruppe av tjenesteytere der han/hun bor. Når det i spørreskjemaet står "pårørende" mener vi også hjelpeverge eller verge der dette er aktuelt.

Svarene vil oppsummeres og sammenlignes med en norm for tilsvarende tjenester. Det lages en profil ut fra seks ulike forhold som antas å være viktige for kvalitet på tjenester:

- Individuell tilrettelegging
- Påvirkningsmulighet for tjenestemottaker
- Kvaliteten på samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker
- Tjenesteyternes serviceinnstilling
- Pålitelig tjenesteutførelse
- Tjenesteyternes kompetanse

Det er viktig at den som besvarer spørreskjemaet har god kjennskap til tjenestetilbudet og at alle spørsmål besvares. Husk at skjemaet har trykk på begge sider av hvert ark!

Tusen takk for hjelpen!

Påstander du skal ta stilling til

På de følgende sidene er det en rekke påstander om forhold som kan ha betydning for et tjenestetilbuds kvalitet. Vi vil at du skal tenke på din sønn/datter sitt tjenestetilbud og ta stilling til i hvilken grad du er enig eller uenig i om påstandene gjelder for dette tjenestetilbudet. Vurder hver enkelt påstand og sett et kryss i den boksen du mener passer best.

Eksempel:

- | | Helt uenig | Delvis uenig | Litt uenig | Litt enig | Delvis enig | Helt enig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tjenesteyterne ønsker å ha et godt forhold til meg som pårørende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du mener at tjenesteyterne ønsker å ha et godt forhold til deg som mor eller far krysser du av i boksen under "helt enig". Er du usikker på om de ønsker å ha et godt forhold til deg kan du for eksempel svare "litt enig". Dersom du opplever at de ikke ønsker så mye kontakt med deg vil det være mer naturlig at du setter kryss i boksen "helt uenig".

Det er ingen rette og gale svar. Vi ønsker din vurdering av hvordan du opplever tjenestetilbudet. Det er viktig at du svarer på alle spørsmålene, selv om enkelte spørsmål kan være vanskelige å svare på.

Vær oppmerksom på at påstandene er gruppert ut fra om påstandene begynner med "Min sønn/datter ...", "Jeg ...", eller "Tjenesteyterne ...". Vær derfor nøye med å lese ledeteksten.

Lykke til!

	Helt uenig	Delvis uenig	Litt uenig	Litt enig	Delvis enig	Helt enig
1. Min sønn/datter har meningsfylte aktiviteter på dag- og kveldstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Min sønn/datter gis mulighet til å ha et passende aktivitetsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg opplever at klager på alvorlige forhold ved tjenestetilbudet blir tatt til etterretning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg synes tjenesteyterne slurver i jobben sin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg informeres i god tid før det gjøres endringer i tjenestetilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg opplever at boligleder har god oversikt over tjenestetilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg tror det kan få negative konsekvenser for min sønn/datter dersom jeg klager på tjenestene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg opplever at tjenesteyterne er lite villige til å ta ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg opplever å kunne påvirke hvilke mål som prioriteres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg opplever at det er en tydelig ledelse på tjenestestedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg opplever at mine synspunkter på tjenestetilbudet blir tatt på alvor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Delvis uenig	Litt uenig	Litt enig	Delvis enig	Helt enig
12. Jeg er trygg på at min sønn/datter blir godt ivaretatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg synes det er for mange tjenesteytere som arbeider med min sønn/datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tjenesteyterne håndterer uenighet med meg på en god måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tjenesteyterne er fleksible når det gjelder å etterkomme min sønn/datter sine ønsker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tjenesteyterne setter av tilstrekkelig tid til min sønn/datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tjenesteyterne er personlig egnet til å jobbe med min sønn/datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tjenesteyterne viser engasjement for min sønn/datter sine interesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tjenesteyterne legger til rette for at min sønn/datter så langt det er mulig skal ta egne valg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tjenesteyterne gir min sønn/datter mulighet til å få nye erfaringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tjenesteyterne er fastlåst i daglige rutiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tjenesteyterne er lojale i forhold til det pårørende og tjenestestedet har blitt enige om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tjenesteyterne prioriterer å være sammen med min sønn datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tjenesteyterne gir min sønn/datter gode utviklingsmuligheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tjenesteyterne er tydelige i sin kommunikasjon med min sønn/datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tjenesteyterne forstår hva min sønn/datter formidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tjenesteyterne er kompetente til å gi min sønn/datter nødvendig oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tjenesteyterne tar hensyn til hvilke tjenesteytere min sønn/datter foretrekker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Tjenesteyterne behandler min sønn/datter med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tjenesteyterne strekker seg lenger enn de må i sitt arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tjenesteyterne legger til rette for at min sønn/datter skal nå ønskede mål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tjenesteyterne er flinke til å fange opp min sønn/datter sine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Tjenesteyterne er flinke til å finne gode løsninger som ivaretar min sønn/datters behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Tjenesteyterne viser godt faglig skjønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tjenesteyterne er "firkantede" når det gjelder tolkning av regler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Tjenesteyterne er flinke til å ivareta balansen mellom min sønn/datter sin rett til å ta egne valg versus plikten til å ivareta hans/hennes beste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tjenesteyterne håndterer uenighet med min sønn/datter på en god måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

