

# ZMETODEN

systematisk evaluering av tjenestekvalitet

Prosjekt 0353:  
Modell for måling av kvalitet

## r3.2 Prosessperspektivet

Nils-Øivind Offernes  
Grethe Kvan  
Marit Lindberg  
Linn Beate Amundsen

**Prosjekt 0353:**  
**Modell for måling av kvalitet**  
**R 3.2 Prosessperspektivet**

**Prosjektidentifikasjon**

Prosjektnummer: 0353  
Prosjektnavn: Modell for måling av kvalitet  
Første søknadsår: 2001  
Søkerorganisasjon: Samordningsrådet (SOR)  
Virksomhetsområde: Rehabilitering – Tiltak for funksjonshemmede,  
kronisk syke og pårørende

Grafisk utforming og tilrettelegging utført av Grafikon.no

## 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. Samord-

ningsrådets 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 for innsats og bidrag fra de personer som har deltatt i fokusgrupper, intervjuer og referansegruppe. Spesiell takk rettes til NFU, LUPE, Autismeforeningen og bydeler og kommuner over hele landet som har hjulpet oss med datainnsamlingen.

*Nils-Øivind Offernes*

*Grethe Kvan*

*Marit Lindberg*

*Linn Beate Amundsen*

# INNHold

<b>Prosjektidentifikasjon</b>	<b>2</b>
<b>Forord</b>	<b>3</b>
Kapittel 1 <b>Innledning</b>	<b>5</b>
Kapittel 2 <b>Beskrivelse av Z-prosess</b>	<b>9</b>
Kapittel 3 <b>Utviklingen av Z-prosess</b>	<b>15</b>
Utgangspunktet	15
Identifisering av egenskaper som kjennetegner gode tjenester	15
Utvikling av en normativ modell	16
Utvikling av en referansemodell	17
Utvikling av metode	17
Utpøving	18
Reliabilitet og validitet	18
Kapittel 4 <b>Bruk av Z-prosess</b>	<b>20</b>
Fremgangsmåte	20
Intervju	21
Skåring	22
Tolking og rapportering av resultater	27
<b>Referanser</b>	<b>29</b>
Vedlegg 1 <b>Intervjuskjema – leder</b>	<b>30</b>
Vedlegg 2 <b>Intervjuskjema – tjenesteytere</b>	<b>39</b>
Vedlegg 3 <b>Liste over relevante dokumenter</b>	<b>48</b>
Vedlegg 4 <b>Hjelpespørsmål til intervjuskjema</b>	<b>50</b>
Vedlegg 5 <b>Skåringsark</b>	<b>55</b>
Vedlegg 6 <b>Oppsummering – Prosesskvalitet</b>	<b>63</b>
Vedlegg 7 <b>Skåringsbeskrivelser av arbeidspraksiser</b>	<b>66</b>

# 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 på tjenester hele døgnet. Denne rapporten beskriver ett av disse verktøyene, Z-prosessen, som baserer seg på intervjuer med ledere, primærkontakter og tjenesteytere. Z-prosessen vurderer enkeltpersoners tjenestetilbud ut fra i hvilken grad tjenesteleverandøren har en organisasjon som ivaretar et sett av antatt viktige arbeidspraksiser. Resultatene fra evalueringen presenteres som en kvalitetsprofil og tjenesteleverandøren får konkrete tilbakemeldinger om hvilke områder som bør forbedres for å øke kvaliteten på tjenestene.

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 psykologistudent Linn Beate Amundsen. Prosjektet startet i februar 2001 og er i hovedsak finansiert med Extra-midler fra Stiftelsen Helse- og Rehabilitering.

Prosjektets effektmål 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 resultatmål 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 interesseparters 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 kjennetegner gode tjenestetilbud ble det gjennomført en fokusgruppestudie og en litteraturstudie (Offernes et al. 2002; Offernes et al. 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 kjennetegner 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 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 så ut i fra i hvilken grad de ulike arbeidspraksisene er ivarettatt. 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 fem kvalitetsområder, samt konkrete anbefalinger vedrørende hva som kan gjøres for å øke kvaliteten på tjenestene.

**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 on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities 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. Se rapport R3.3 Nytteperspektivet for en beskrivelse av dette verktøyet.

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 omgivelserne. 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 et al. 2001).

Denne rapporten beskriver verktøyet Z-prosess. Kapittel 2 gir en detaljert beskrivelse av verktøyet og referansemodellen verktøyet bygger på. I kapittel 3 blir det gjort rede for utviklingsprosessen og kapittel 4 beskriver hvordan verktøyet skal brukes. Intervju-skjema, oppsummeringsskjema og skåringskriterier ligger som vedlegg til rapporten.

## Bakgrunnen for 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 Helsede-

partementet 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 2000). 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 rettssikkerhet er det derfor behov for å utvikle et praktisk evalueringsverktøy som definerer en viss minimumsstandard for denne typen tjenestetilbud. Det er prosjektgruppens ambisjon å utvikle et slikt verktøy.

## KAPITTEL 2

### Beskrivelse av Z-prosess

Z-prosess er et verktøy som er utviklet for å vurdere tjenesteleverandørers evne til å levere tjenester av høy kvalitet til voksne mennesker med utviklingshemming som har vedtak om tjenester hele døgnet. Det kan være mange grunner til at man ønsker å evaluere tjenestene som ytes av en tjenesteleverandør:

- For å etablere en baseline før man iverksetter kvalitetsforbedrende tiltak
- For å få innspill til hvilke arbeidsprosesser man bør satse på å forbedre
- Som et ledd i en evaluering av om man får de tjenestene man betaler for i forbindelse med konkurranseutsetting av tjenester
- For å kunne dokumentere kvaliteten på egne tjenester overfor potensielle kunder, for eksempel kommuner/bydeler
- For å sammenlikne kvaliteten på ulike tjenestetilbud
- For å kunne evaluere endringer over tid
- Som et utgangspunkt i planleggingen av nye tjenestetilbud

Z-prosess vurderer kvaliteten på enkeltpersoners tjenestetilbud ut fra i hvilken grad det er samsvar mellom tjenesteleverandørens praksis og en referansemodell. Referansemodellen beskriver hvilke arbeidsprosesser som antas å være sentrale dersom en tjenesteleverandør skal kunne yte heldøgns tjenestetilbud til voksne personer med utviklingshemming. Kvalitetsvurderingen gjøres på bakgrunn av hvilke av disse arbeidsprosessene som tjenesteleverandøren utfører og hvor godt de blir gjennomført. Denne måten å vurdere kvalitet på er inspirert av prosessmodeller utviklet innenfor programvareindustrien, for eksempel ISO 15504 og ISO TR 18529.

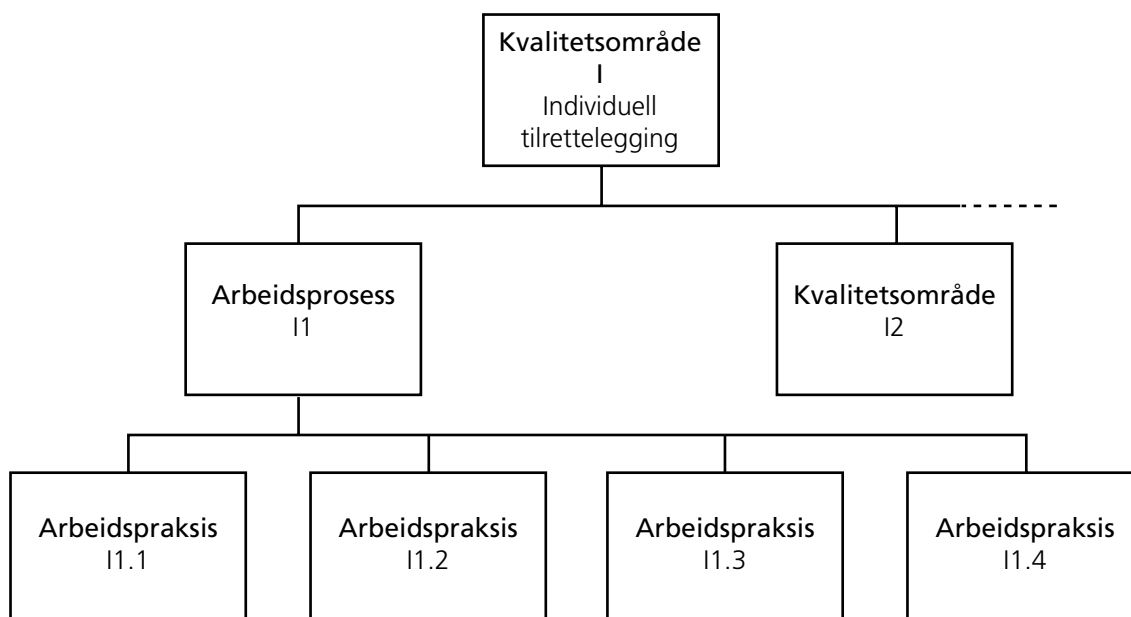
Z-prosess og baserer seg på dokumentgjennomgang og dybdeintervjuer med leder av tjenestested, primærkontakt og tre sentrale tjenesteytere. Resultatet fra evalueringen gir en

kvalitetsprofil basert på seks kvalitetsområder, samt konkrete anbefalinger vedrørende hva som kan gjøres for å øke kvaliteten på tjenestene.

Referansemodellen som Z-prosess bygger på består av 85 antatt viktige arbeidsprosesser som er organisert i 13 arbeidsprosesser. Disse 13 arbeidsprosessene er igjen organisert i seks ulike kvalitetsområder (se figur 1 og tabell 2). Under utarbeidelsen av modellen ble det lagt stor vekt på de ulike interessepartenes vurderinger av hva som kjennetegner gode tjenester (Offernes et al. 2002).

Tradisjonelle prosessevalueringsmodeller organiserer de ulike arbeidspraksisene hierarkisk slik at underliggende arbeidspraksiser må gjennomføres på et visst nivå før man får uttelling for mer overordnede praksiser. Utviklingshemmede tjenestemottakere har svært ulike behov og det er etter prosjektgruppens vurdering stor sannsynlighet for at en slik hierarkisk modell vil være lite egnet til å vurdere kvalitet på denne typen tjenester. Det er og lite empirisk kunnskap om hvilke arbeidspraksiser som er viktige for å sikre god kvalitet på tjenestene (Felce og Emerson 2001). Prosjektgruppen har derfor valgt å ikke ha en hierarkisk inndeling, men har lagt opp til en mer fleksibel modell hvor de ulike arbeidspraksisene skåres hver for seg. Det utarbeides så en skåre for de enkelte arbeidsprosessene basert på råskårene fra de arbeidspraksisene som hører inn under hver prosess. Da ulike tjenestetilbud ikke nødvendigvis trenger å gjennomføre alle prosesser har det blitt lagt vekt på å utvikle en fleksibel skåringsnøkkel som ikke krever at en tjenesteleverandør må ha toppskåre på alle prosesser for at tilbudet skal bli vurdert som svært godt.

Kvalitetsområder og arbeidsprosesser rangeres i forhold til fire ulike nivåer (se tabell 1). Arbeidspraksisene gis en skåre fra 0-4 avhengig av hvor godt de gjennomføres. Det er utarbeidet både



**Figur 1** Inndeling av referansemodellen

generelle og mer spesifikke skåringskriterier for skåring av arbeidspraksiser (se kapittel 3 og vedlegg 7). I tillegg kan skåren IKKE AKTUELT benyttes, men det er spesielle regler for dette. I skåringen av tjenesteleverandøren vil det bli lagt vekt på om organisasjonen forstår de temaene som er adressert, i hvilken grad de nødvendige arbeidsprosesser er etablert og velfungerende, og om det er implementert klare strategier for å oppnå forbedringer. Tjenesteleverandøren vil også bli bedt om å vise til resultater for det arbeidet som er gjort. Resultatet fra evalueringen oppsummeres i profiler over arbeidsprosesser og kvalitetsområder (se vedlegg 6).

Det er to arbeidsprosesser innenfor hvert kvalitetsområde, bortsett fra kvalitetsområdet Ledelse hvor det er tre arbeidsprosesser. Antallet arbeidspraksiser innenfor hver arbeidsprosess varierer fra fire til ni (se tabell 2). For å lett kunne skille de ulike praksisene, prosessene og kvalitetsområdene fra hverandre er det benyttet et spe-

sielt nummereringssystem. Kvalitetsområdene er identifisert ved hjelp av navn som alle begynner på forskjellige bokstaver. Arbeidsprosessene og –praksisene starter alle med en bokstav som indikerer hvilket kvalitetsområde de tilhører:

- I** = Individuell tilrettelegging
- P** = Påvirkningsmulighet
- S** = Strategisk styring
- L** = Ledelse
- K** = Kompetanse
- A** = Arbeidsmiljø

Arbeidsprosessene innenfor hvert område nummereres fortløpende, for eksempel I1 og I2, P1 og P2, osv. Arbeidspraksisene nummereres igjen I1.1, I1.2, osv. Dette gjør at man hele tiden kan se hvilket kvalitetsområde og hvilken arbeidsprosess den enkelte arbeidspraksis tilhører (se figur 1).

Nedenfor følger en kort beskrivelse av kvalitetsområdene i referansemodellen. I beskrivelsene fremheves de generelle prinsippene som prosjekt-

Skåring av kvalitetsområder	Skåring av arbeidsprosesser	Skåring av arbeidspraksiser
A = Svært godt ivaretatt B = I stor grad ivaretatt C = Delvis ivaretatt D = Ikke ivaretatt	A = Svært godt gjennomført B = I stor grad gjennomført C = Delvis gjennomført D = Ikke gjennomført	4 = Svært god gjennomføring 3 = God gjennomføring 2 = Delvis gjennomføring 1 = Marginal gjennomføring 0 = Ikke gjennomført X = Ikke aktuelt

**Tabell 1** Skåring av kvalitetsområder, arbeidsprosesser og arbeidspraksiser.

gruppen har valgt å legge vekt på innenfor hvert område. Prosjektgruppen er innforstått med at andre prioriteringer ville kunne resultert i en annen referansemodell. Vi ønsker å være tydelige på de prioriteringene vi har gjort og håper gjennom dette å kunne bidra til diskusjon. Se skåringskriteriene i vedlegg 7 for en mer detaljert beskrivelse av de ulike arbeidspraksisene.

## Individuell tilrettelegging (I)

Med individuell tilrettelegging siktes det til i hvilken grad tjenesteleverandøren skreddersyr de ulike tjenestene til den enkelte tjenestemottaker. Utformingen av tjenestene bør ta hensyn til den enkelte tjenestemottakers forutsetninger, kulturelle bakgrunn og ønsker for fremtiden. Det er viktig at det legges til rette for utvikling og læring hos tjenestemottaker, men dette må ikke gå på bekostning av tjenestemottakers behov for et godt liv.

En forutsetning for at tjenestetilbudet skal være individuelt tilrettelagt er at tjenesteleverandøren har god kunnskap om tjenestemottakers forutsetninger og kravene omgivelsene stiller. God tilrettelegging er ofte et resultat av systematisk arbeid over tid hvor kartlegging, målvalgsarbeid og evaluering er sentrale virkemidler.

### Kartlegging av personens forutsetninger

Tjenesteleverandører bør kunne vise til at man har en bred tilnærming og et reflektert forhold til hvilke områder som bør kartlegges. Det må dokumenteres at tjenestemottakers interesser, ressurser og utfordringer er tatt hensyn til i utformingen av tjenestene. De områder det er hensiktsmessig å kartlegge vil variere mellom tjenestemottakere.

### Målvalg

Prosessen med målvalg må tillegges stor vekt og krever et utstrakt samarbeid med tjenestemottaker selv og pårørende. Det bør redegjøres for hvordan prioriterte mål er implementert i tjenesteyternes praksis. Blant annet bør mål og tiltak være kjent for alle ansatte som skal arbeide opp mot målene, det bør være utarbeidet konkrete tiltak/planer for hvordan man har tenkt å

nå de ulike målene. Det er en fordel om slike planer er tidfestet, at evalueringsform/tidspunkt er spesifisert, og at ansvarlige personer er navngitt.

**Identifisere endringer og ta konsekvensene av dem**  
Tjenestemottakers bistandsbehov vil endre seg i løpet av livet og tjenestestedet bør kunne redegjøre for hvordan disse endringene blir ivaretatt. Det må vises til at evalueringsrutiner fungerer, resultater følges opp og fører til konkrete endringer.

## Påvirkningsmulighet (P)

Dette kvalitetsområdet fokuserer på hvordan tjenesteleverandøren systematisk arbeider for å sikre at tjenestemottaker har mulighet til å påvirke egen hverdag og delta i utformingen av eget tjenestetilbud. I de tilfeller der tjenestemottaker selv ikke kan påvirke og delta i utformingen av tjenestene bør pårørende og/eller hjelpeverge delta.

### Samarbeid med pårørende

Et godt samarbeid med pårørende er svært viktig for å ivareta tjenestemottakers behov. Pårørende er vanligvis de som kjenner tjenestemottaker best og som representerer kontinuitet mellom ulike livsfaser. Rutiner for samarbeid med pårørende og hjelpeverge bør ta hensyn til pårørendes preferanser og tjenestemottakers interesser.

### Sosiale omgivelser

Samværsformen og relasjonene mellom tjenestemottaker og tjenesteytere er avgjørende for tjenestemottakers påvirkningsmulighet. Tjenesteyterne må være bevisste at de har stor innflytelse på tjenestemottaker og unngå å misbruke denne. Tjenesteyternes påvirkning kommer ikke til uttrykk bare ved de ordene som brukes i samtaler med tjenestemottaker, men også gjennom ikke-verbal kommunikasjon i deres daglige samhandling.

### Brukermedvirkning

Tjenesteleverandører har et ansvar for å legge til rette for at tjenestemottaker skal få mulighet til å utvide sin kompetanse i forhold til å foreta valg der det er behov for dette. I denne forbindelse er

Individuell tilrettelegging	Påvirkningsmulighet	Strategisk styring	Ledelse	Kompetanse	Arbeidsmiljø
<p><b>I1 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov</b></p> <p>11.1 Kunnskap om tjenestemottaker innhentes fra flere arenaer</p> <p>11.2 Status beskrives på relevante områder</p> <p>11.3 Endrede behov hos tjenestemottaker identifiseres og ivaretas</p> <p>11.4 Tjenestemottakers historie kartlegges</p> <p>11.5 Tjenestetilbudet evalueres regelmessig</p> <p>11.6 Representanter fra relevante arenaer deltar i evalueringer</p> <p>11.7 Ansvar for oppfølging defineres</p> <p>11.8 Resultater fra evalueringer gjøres kjent for relevante interesseparter.</p> <p><b>I2 Målvalgsarbeid</b></p> <p>12.1 Individuelle mål defineres</p> <p>12.2 Målene operationaliseres</p> <p>12.3 Tjenesteytneres praksis gjenspeiler målene</p> <p>12.4 Målvalg begrunnes</p> <p>12.5 Ansvar for målarbeid defineres</p> <p>12.6 Mål defineres med utgangspunkt i tjenestemottakers interesser</p> <p>12.7 Registrering gjennomføres for å avdekke måloppnåelse</p>	<p><b>P1 Tilrettelegging for valgmuligheter</b></p> <p>P1.1 Tjenestestedet kjennetegner til tjenestemottakers valgkompetanse</p> <p>P1.2 Det legges til rette for å realisere tjenestemottakers mål</p> <p>P1.3 Tjenestemottaker blir veiledet med fokus på å gjøre egne valg/påvirke egen hverdag</p> <p>P1.4 Tjenesteyterne får opplæring i forhold til å veilede tjenestemottaker til å foreta valg</p> <p>P1.5 Tjenestemottaker deltar i utforming av mål</p> <p>P1.6 Det tas hensyn til personlig egnethet ved ansettelse av tjenesteytere</p> <p>P1.7 Det tas hensyn til tjenestemottakers interesser ved ansettelse av tjenesteytere</p> <p>P1.8 Det tas hensyn til personlig kjemi</p> <p><b>P2 Samarbeid med pårørende og hjelpeverge</b></p> <p>P2.1 Det defineres hvem som er sentrale samarbeidspartnere</p> <p>P2.2 Det etableres rutiner for samarbeid</p> <p>P2.3 Det informeres om endringer i tjenestetilbudet</p> <p>P2.4 Det avklares hvordan interessedokumenter skal håndteres</p> <p>P2.5 Det gjennomføres regelmessig evaluering av samarbeidet</p> <p>P2.6 Tjenesteyterne får opplæring i påfølgende samarbeid</p>	<p><b>S1 Strategisk planlegging</b></p> <p>S1.1 Det utarbeides en visjon for virksomheten</p> <p>S1.2 Visjonen gjøres kjent blant tjenesteyterne</p> <p>S1.3 Tjenesteyterne gis mulighet til å delta i utformingen av visjonen</p> <p>S1.4 Det defineres hvilke oppgaver den enkelte tjenesteyter må utføre for å bidra til å realisere visjonen</p> <p><b>S2 Utforming av mål for virksomheten</b></p> <p>S2.1 Det utformes mål for virksomheten</p> <p>S2.2 Målene gjøres kjent for tjenesteyterne</p> <p>S2.3 Målene gjenspeiles i den praktiske tjenesteytingen</p> <p>S2.4 Tjenesteyterne deltar i utforming av mål</p> <p>S2.5 Mål for tjenestestedet gjøres kjent for administrasjonen</p> <p>S2.6 Avvik rapporteres ifht. prioriterte mål</p> <p>S2.7 Administrasjonen gir tilbakemeldinger på rapporterte resultater/avvik</p> <p>S2.8 Prioriterte mål evalueres</p> <p>S2.9 Det defineres hvem som skal gjennomføre evalueringen</p>	<p><b>L1 Tilrettelegging for ledelse</b></p> <p>L1.1 Det utarbeides en ledelsesfilosofi</p> <p>L1.2 Det etableres støttesystemer for ledere</p> <p>L1.3 Ledere får opplæring</p> <p>L1.4 Ledere får jevnlig veiledning</p> <p>L1.5 Ledere belønnes for å nå oppsatte mål</p> <p>L1.6 Det utarbeides forberedingsmål for leder</p> <p><b>L2 Utvikling av tjenestetilbudet</b></p> <p>L2.1 Det legges til rette for tilbakemeldinger om forbedringsmuligheter</p> <p>L2.2 Leder deltar i kommunal/bydelens beslutninger på et overordnet plan</p> <p>L2.3 Leder innhenter impulser fra andre</p> <p>L2.4 Leder iværsetter forbedringstiltak</p> <p>L2.5 Leder gis mulighet til å drive utviklingsarbeid</p> <p><b>L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere</b></p> <p>L3.1 Leder er tilgjengelig og støttende i det daglige arbeidet</p> <p>L3.2 Medarbeiderne får konstruktive tilbakemeldinger fra leder</p> <p>L3.3 Tjenesteytere belønnes for ønsket atferd</p> <p>L3.4 Tjenesteyterne får nødvendig informasjon</p> <p>L3.5 Forventninger til tjenesteyterne avklares</p> <p>L3.6 Leder delegerer oppgaver</p>	<p><b>K1 Opplæring</b></p> <p>K1.1 Tjenesteyterne får opplæring</p> <p>K1.2 Det gjennomføres evalueringer av tjenesteytneres kompetanse</p> <p>K1.3 Tjenesteytneres kompetanse utvikles</p> <p>K1.4 Det defineres hvem som er ansvarlig for å gi opplæring</p> <p>K1.5 Det utarbeides rutiner for oppfølging av nyan-satte</p> <p>K1.6 Det gjennomføres kompetansekartlegging</p> <p>K1.7 Det defineres kompetansebehov</p> <p>K1.8 Det iværsettes tiltak for å dekke kompetansebehov</p> <p><b>K2 Veiledning</b></p> <p>K2.1 Tjenesteytneres veiledningsbehov kartlegges</p> <p>K2.2 Tjenesteyterne får direkte veiledning på egen praksis</p> <p>K2.3 Tjenesteyterne gis mulighet for å diskutere egen praksis</p> <p>K2.4 Det etableres rutiner for debriefing</p> <p>K2.5 Det utarbeides en veiledningsplan</p> <p>K2.6 Det defineres hvem som er ansvarlig for at veiledning blir gitt</p>	<p><b>A1 Styring av organisasjonskultur</b></p> <p>A1.1 Organisasjonens verdier defineres</p> <p>A1.2 Verdier/holdninger formidles til tjenesteyterne</p> <p>A1.3 Verdier/holdninger operationaliseres i ønsket atferd</p> <p>A1.4 Det iværsettes tiltak for å ivareta organisasjonskulturen</p> <p>A1.5 Tjenesteyterne evaluerer organisasjonskulturen regelmessig</p> <p>A1.6 Nvansattes inntrykk innhentes rutinemessig</p> <p>A1.7 Seleksjonskriterier ved ansettelse sikrer at nye tjenesteytere skal passe inn</p> <p><b>A2 Tilrettelegging av tjenesteytneres fysiske og psykososiale arbeidsmiljø</b></p> <p>A2.1 Det etableres en verne-tjeneste</p> <p>A2.2 Det etableres rutiner for brannvern</p> <p>A2.3 Det er rutiner for rapportering og oppfølging av personskader</p> <p>A2.4 Tjenestestedet har beredskap for akutte situasjoner</p> <p>A2.5 Det legges til rette for at tjenesteyterne skal ha nødvendig teknisk/praktisk utstyr</p>

Tabell 2 Beskrivelse av referansemodellen.

det viktig at tjenesteytere får opplæring/veiledning i hvordan dette skal ivaretas. Videre er det av stor betydning at tjenestestedet har en uttalt målsetting om å ivareta tjenestemottakers påvirkningsmulighet og at dette gjenspeiles i individuelle målsettinger og den praktiske tjenesteytingen.

## Strategisk styring (S)

Dette kvalitetsområdet omhandler i hvilken grad tjenesteleverandøren definerer strategiske mål for virksomheten, samt hvordan det legges til rette for at målene skal nås. Det bør være en tydelig sammenheng mellom de overordnede mål for tjenestene, ressursallokering og den praktiske tjenesteytingen.

### Målvalg og oppfølging

Overordnede mål for virksomheten må som regel konkretiseres og operasjonaliseres i mål for det enkelte tjenestested. Som en hovedregel bør tjenesteyterne delta i utformingen av målene for det enkelte tjenestested. Målene må konkretiseres slik at den enkelte tjenesteyter har forståelse for kritiske suksessfaktorer og hva som er den enkeltes bidrag til måloppnåelse.

### Ansvarliggjøring og involvering av øverste ledere

Tjenesteleverandørens ledelse er i siste instans ansvarlig for tjenestene. Dette innebærer at målvalg bør forankres i den øverste ledelsen og at avvik fra definerte mål rapporteres tilbake til dem. Avviksrapportering må ikke kun omhandle økonomi, men også andre forhold som er av betydning for kvaliteten på tjenestene.

## Ledelse (L)

Innenfor kvalitetsområdet ledelse fokuseres det på i hvilken grad tjenesteleverandøren legger til rette for ledelse, kvalitetsutvikling, motivasjonsarbeid og ivaretagelse av tjenesteyterne. Lederen skal legge til rette for at tjenesteyterne får utført sine oppgaver og sikre at dette bidrar til at organisasjonen når sine mål.

## Rammer for ledelse

Det er viktig at tjenesteleverandører legger til rette for god ledelse gjennom opplæring, lederutvikling, veiledning og avklaring av forventninger til gode ledere. Mange ledere er avhengig av velfungerende støttesystemer for å gjøre en god jobb.

### Kvalitetsutvikling

Ledere bør ha tid og mulighet til å planlegge og prøve ut tiltak for å forbedre egen praksis. I denne sammenheng bør lederen orientere seg om hva som skjer utenfor virksomheten i den hensikt å lete etter forbedringsmuligheter.

### Oppfølging av medarbeidere

Leder har en viktig funksjon når det gjelder å definere hva som forventes av de enkelte tjenesteyterne, samt å inspirere og engasjere tjenesteyterne til å utføre de oppgaver de er satt til. Dersom oppgaver delegeres må det legges til rette slik at tjenesteyterne kan utføre dem på en tilfredsstillende måte.

## Kompetanse (K)

Tjenesteyternes kompetanse spiller en viktig rolle for å kunne yte tjenester med høy kvalitet. Tjenesteleverandører bør ha et bevisst forhold til hva slags kompetanse tjenesteyterne trenger for å utføre tjenestene, samt gode systemer for å gi tjenesteyterne den nødvendig opplæring og veiledning. Dersom tjenesteleverandøren mangler kompetanse bør det være utarbeidet en plan for hvordan kompetansebehov skal dekkes.

### Opplæring

Tjenesteleverandøren sørger for at tjenesteyterne får den opplæring som er nødvendig for å gjennomføre delegerte arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte. Videre skal opplæringen sikre at tjenesteyterne vedlikeholder sin kompetanse over tid, samt at de gis muligheter for utvikling. Opplæringssystemene bør sikre at ansvar for opplæring er definert og at man har god oversikt over de enkelte tjenesteyternes kompetanse.

## Veiledning

Tjenesteleverandøren bør sørge for at tjenesteyterne får den veiledning som er nødvendig for at de skal utføre tjenestene på en forsvarlig måte. Dette innebærer at man må vurdere de enkelte tjenesteyternes behov for gruppeveiledning, direkte veiledning på egen praksis og debriefing. Det bør gå klart frem hvem som er ansvarlig for at den nødvendige veiledning blir gitt.

## Arbeidsmiljø (A)

Med arbeidsmiljø siktes det til i hvilken grad tjenesteleverandøren legger til rette for at det utvikles et godt arbeidsmiljø som ivaretar tjenesteyterne. Spesielt legges det vekt på at organisasjonskulturen styres på en måte som samsvarer med virksomhetens målsetting. Dette innebærer blant annet at det defineres et sett av verdier og holdninger som skal prege organisasjonen. Arbeidsgiver plikter også å overholde bestem-

melser knyttet til helse, miljø og sikkerhet. Dette for å sikre at tjenesteyterne har en sikker, trygg og miljømessig god arbeidssituasjon.

## Verdistyring

Tjenesteyternes holdninger og verdier spiller ofte en sentral rolle for kvaliteten på tjenestene. Tjenesteleverandører bør derfor definere ett sett av holdninger og verdier som skal prege organisasjonen og formidle disse til tjenesteyterne gjennom opplæring og veiledning.

## Helse, miljø og sikkerhet

For å kunne yte gode tjenester må tjenesteyterne ha trygge rammer for den daglige tjenesteytingen. Dette innebærer blant annet at grunnleggende krav i arbeidsmiljøloven overholdes.

## KAPITTEL 3

### Utvikling av Z-prosess

Utviklingen av Z-prosess har tatt lenger tid enn prosjektgruppen i utgangspunktet hadde regnet med. Målet var å lage et evalueringsverktøy som skulle gi en «helhetlig vurdering» av tjenestetilbud samtidig som det skulle være lett å bruke i praksis. Utfordringene har stått i kø og prosjektgruppen har vært nødt til å gjøre tøffe prioriteringer for at verktøyet skulle ende opp i et håndterlig format. Når man tar alle sider ved et tjenestetilbud i betraktning blir dette fort en kompleks materie som det er vanskelig å ha oversikt over. Mangler et tilbud enkelte egenskaper så kan det ha styrker på andre områder som oppveier svakhetene. Slik sett er det vanskelig å identifisere egenskaper ved en god tjeneste som vil gjelde generelt for alle tjenestemottakere. De enkelte tjenestetilbudene må tilpasses individuelt og dette betyr at ulike egenskaper har ulik betydning for forskjellige tjenestemottakere. For å lage et praktisk anvendelig evalueringsverktøy er man imidlertid nødt til å gjøre en streng prioritering av hvilke forhold som evalueringen skal omfatte. Denne listen over forhold som inkluderes i verktøyet, og som antas å kjennetegne gode tjenestetilbud, vil derfor alltid kunne kritiseres for at viktige forhold er utelatt, mens andre «mindre viktige» forhold har fått for stor betydning. Fagpersoner, tjenesteytere, pårørende og tjenestemottakere vil her være uenige avhengig av erfaring, profesjonell bakgrunn, egne verdier, holdninger og preferanser. Prioritering og konkretisering kan imidlertid ha en verdi i seg selv ved at den bidrar til fruktbare diskusjoner og utvikling.

#### Utgangspunktet

Ideen til Z-prosess er hentet fra evalueringsverktøy utviklet innenfor programvareindustrien for å evaluere organisasjoners evne til å levere produkter eller tjenester med høy kvalitet (ISO 15504, ISO TR 18529). Flere av disse verktøyene baserer seg på en definisjon av en referansemodell som sier noe om hvilke arbeidsprosesser og praksiser som må

være på plass for at en organisasjon kan levere produkter eller tjenester med høy kvalitet. Modellene organiserer et sett av arbeidspraksiser i en tilnærmet hierarkisk struktur innenfor ulike sentrale temaområder, fra praksiser som er helt grunnleggende og nødvendige, til praksiser som i større grad kan betraktes som «greie å ha». Det forutsettes hele tiden at mer grunnleggende arbeidspraksiser må være på plass før overordnede kan etableres. Resultatet er at man får en referansemodell for «god praksis» som kan brukes som utgangspunkt for evaluering og utvikling av produkter eller tjenester.

Prosjektgruppen ønsket gjennom dette prosjektet å utvikle en tilsvarende referansemodell for evaluering av kvalitet på tjenester til voksne personer med utviklingshemming som har vedtak om tjenester hele døgnet. Modellen skulle være basert på en prosess- og brukerorientert forståelse av kvalitet og bidra til å sikre at kvalitetsvurderinger i mindre grad knyttes opp mot konkrete spesifikasjoner av metoder og løsninger, men heller tar hensyn til i hvilken grad ulike arbeidspraksiser er tilpasset den enkelte tjenestemottaker og dennes livssituasjon. Det ble understreket at modellen skulle forsøke å unngå å beskrive konkrete løsninger, men heller fokusere på hvilke forhold som bør ivaretas for å sikre god kvalitet på tjenestene. Dette fordi beskrivelser av løsninger fort kan gi en statisk definisjon av kvalitet, noe som kan bidra til å hindre kreativitet i forhold til å skape godt tilpassede løsninger for enkeltpersoner.

#### 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 kjenner tegnere gode tjenester (se Offernes et al. 2002). Disse kvalitetsindikatorer ble så supplert med indikatorer identifisert gjennom intervjuer med fagpersoner i habiliteringstjenestene, erfaringsutveksling med andre miljøer og resultater fra litteraturstudien (se Kvan et al. 2002; Offernes og Amundsen 2002).

## Utvikling av en normativ modell

For å sikre at den normative modellen reflekterte de ulike interessepartenes perspektiver på hva som kjennetegnet gode tjenester, ønsket prosjektgruppen å utvikle en referansemodell for gode tjenestetilbud basert på partenes egne prioriteringer. I utgangspunktet var det tenkt at ulike interesseparter ved hjelp av en modifisert Delphi-teknikk skulle rangere kvalitetsindikatorer i forhold til antatt betydning for kvalitet på tjenester. Her var det tenkt at man skulle

foreta flere runder med prioriteringer slik at de indikatorene som fikk lavest prioritet gradvis ble fjernet. Det oppstod imidlertid flere metodiske problemer knyttet til denne fremgangsmåten:

- Det viste seg, som vi burde ha forutsett, at ulike personer hadde svært forskjellig oppfatning av de ulike indikatorenes betydning. For å få en forholdsvis gyldig prioritering bør informantene ha en rimelig ensartet forståelse av indikatorene.
- Pilottester med enkeltpersoner ved habiliteringstjenesten viste at selv fagpersoner med god kjennskap til denne typen tjenester opplevde selve prioriteringen som svært vanskelig å utføre. Spesielt siden det var så mange forhold som skulle tas i betraktning. Informantene ville derfor bli stilt overfor en svært vanskelig prioriteringsoppgave og påliteligheten til resultatene ville være diskutabel.
- Representanter for de ulike interessegrupper vil naturlig nok ha svært ulike forutsetninger for denne oppgaven. Mange ville nok oppleve det som meningsløst å prioritere mellom indikatorer, når de mener at et evalueringsverktøy må ta hensyn til alle forholdene. Indikatorer dekker mange sider ved tjenestene og det er betydelig interaksjon mellom dem.

For å forenkle oppgaven for informantene valgte prosjektgruppen å utarbeide den normative modellen uten ytterligere innspill fra de ulike interessepartene. Det ble antatt at det ville være lettere for de ulike interessepartene å komme med kommentarer til modellen når den var beskrevet i detalj og gjort mer oversiktlig.

I den første normative modellen som prosjektgruppen utarbeidet var utvalgte kvalitetsindikatorer organisert i 11 kvalitetsområder. Modellen tok utgangspunkt i de ulike interessepartenes forståelse av hva som kjennetegnet gode tjenester, men prosjektgruppen har gjort en rekke prioriteringer som reflekterer vår forståelse av tjenestekvalitet. Den første modellen var imidlertid svært omfattende og prosjektgruppen innså at en slik modell ville være vanskelig å operasjonalisere og hadde svært liten anvend

verdi. Modellen var uoversiktlig og det ble påpekt at modellen var uklar vedrørende hvilken forståelse av kvalitet som lå til grunn for den. I tråd med referansegruppens og styringsgruppens anbefalinger ble referansemodellen forenklet til åtte og senere seks kvalitetsområder.

## Utvikling av en referansemodell

Den neste utfordringen for prosjektgruppen var å operasjonalisere den normative modellen i en referansemodell som beskriver hvilke arbeidspraksiser som bør gjennomføres for å ivareta indikatorene i den normative modellen. Det ble besluttet å utvikle en modell basert på seks kvalitetsområder. Innenfor hvert område ble det definert en rekke overordnede arbeidsprosesser som bør gjennomføres for å ivareta det forholdet kvalitetsområdet beskriver. Arbeidsprosessene ble igjen brutt ned i et sett av arbeidspraksiser som ble vurdert å være sentrale for å sikre at arbeidsprosessen gjennomføres på en god måte.

Store variasjoner i tjenestemottakeres bistandsbehov og tjenesteleverandørers organisering gjorde det imidlertid vanskelig å definere noen arbeidspraksiser som mer grunnleggende enn andre. For å sikre at hierarkiet av arbeidspraksiser reflekterte interessepartenes forståelse ønsket prosjektgruppen i utgangspunktet at representanter for de ulike partene skulle identifisere og prioritere arbeidspraksiser. For å gjøre prioriteringsoppgaven enklere utviklet prosjektgruppen et konsept hvor arbeidspraksiser skulle rangeres i tre grupper: Hva som må, bør og kan være ivaretatt. Dette ble konkretisert ved at informantene ble gitt en grafisk modell av et hus og bedt om å skrive inn arbeidspraksiser i kjeller (må), første etasje (bør) og på loftet (kan). Etter å ha utført flere pilotforsøk med denne «metoden» overfor grupper av fagpersoner viste resultatene at vi ville få mange av de samme vanskene som med prioriteringen av indikatorene. Fagpersonene hadde forskjellig oppfatning av de ulike arbeidspraksisene og de syntes det var vanskelig å prioritere. Fagpersonene understreket at hva som var viktig i stor

grad avhang av tjenestemottakers behov og rammebetingelsene på tjenestestedet. Å utarbeide et hierarki av arbeidspraksiser fremsto for dem som uhensiktsmessig og lite tilpasset virkeligheten. Erfaringene fra pilotutprøvingene viste at å gjennomføre en slik prioritering med representanter fra alle interesseparter ville bli en arbeidskrevende oppgave og det ville knytte seg stor usikkerhet til resultatenes gyldighet.

Vanskene knyttet til prioritering og hierarkisk organisering av arbeidspraksiser førte til at prosjektgruppen besluttet å utvikle en mer fleksibel referansemodell. Denne modellen behandlet vurderte praksisene uavhengig av hverandre og man gikk bort fra kravet om at praksisene skulle være hierarkisk organisert. Siden modellen omfattet mange sider ved tjenestetilbud ville den nødvendigvis bli kompleks. Modellen ble utviklet uten ytterligere innspill fra interessepartene da det ble antatt at en konkret beskrivelse av referansemodellen ville gjøre det lettere for interessepartene å komme med kommentarer. Den første referansemodellen som ble utarbeidet bestod av 136 arbeidspraksiser organisert i 25 arbeidsprosesser innenfor 6 kvalitetsområder. Denne modellen ble etter hvert forenklet til 85 arbeidspraksiser organisert i 13 arbeidsprosesser.

## Utvikling av metode

For å måle i hvilken grad tjenesteleverandører gjennomførte de definerte arbeidspraksisene var det i utgangspunktet tenkt å benytte en blanding av observasjon, intervju, dokumentgjennomgang og bruk av allerede eksisterende standardiserte og normerte evalueringsverktøy. Dette ble for omfattende og prosjektgruppen utviklet en egen metode basert på et semi-strukturert intervju (se kapittel 4). Intervjuet ble supplert med en dokumentgjennomgang og et besøk hos tjenestemottaker.

Neste utfordring for prosjektgruppen var å utarbeide en metode for å skåre resultatene fra intervjuene. De første skåringskriteriene som ble utviklet la vekt på å beskrive detaljerte sammen-

henger mellom de ulike arbeidspraksisene. Detaljeringsnivået førte til at det var vanskelig å unngå å beskrive løsninger, og de mange reglene gjorde at skåringsarbeidet ble svært vanskelig. Det ble derfor utviklet nye skåringsregler hvor det i større grad ble rom for at tjenesteleverandøren kan velge utradisjonelle løsninger og hvor intervjueren i større grad må benytte sitt faglige skjønn ved fastsettelsen av skårene. Tjenesteleverandøren må redegjøre for hvordan de løsningene man har valgt ivaretar de forhold som referansemodellen definerer. For å ta høyde for at det ikke er en nødvendig sammenheng mellom gjennomføringen av alle praksisene i referansemodellen og kvaliteten på tjenestene ble det lagt inn en viss fleksibilitet i skåringskriteriene slik at man ikke trenger å utføre alle praksiser optimalt for å få høyeste skåre.

## Utprøving

Utviklingen av Z-prosess har tatt lenger tid enn prosjektgruppen i utgangspunktet hadde regnet med. I den opprinnelige prosjektbeskrivelsen var det lagt inn en utprøvsperiode på 9 måneder i siste del av prosjektperioden. Dette har ikke prosjektgruppen klart å gjennomføre. Verktøyet har blitt pilottestet flere ganger, men det har ikke fungert godt nok til at en større utprøving kunne igangsettes. Det er først ved avslutningen av prosjektet at verktøyet har blitt så anvendelig at det kan settes i ut i praktisk bruk. Bruk av verktøyet krever imidlertid god opplæring og trening av de som skal benytte det.

Verktøyet måtte gjennom fire pilottester før det ble vurdert å fungere tilfredsstillende. I etterkant av de tre første pilottestene var det behov for betydelig omarbeiding av verktøyet. I den siste pilottesten ble det foretatt en full gjennomgang av to tjenestetilbud med til sammen tre intervjuer per tjenestetilbud. Til sammen har 6 ledere av tjenestesteder og 8 tjenesteytere blitt intervjuet i forbindelse med pilottestene. I de første pilottestene var det ikke mulig å gjennomføre en fullstendig evaluering med bruk av verktøyet. Intervjuguiden var uoversiktlig og for omfattende. Ved siste pilottest gikk det bra

å gjennomføre intervjuene, skåre resultatene, gi tilbakemelding om prestasjoner, samt gi anbefalinger om styrker og forbedringsområder. Leder av tjenestestedet ga uttrykk for at verktøyet ga en god og riktig, men kanskje litt for snill, vurdering av tjenestestedet. På bakgrunn av erfaringene fra pilottestene har:

- Referansemodellen blitt betydelig revidert og kortet ned
- Intervjuguiden har blitt omarbeidet flere ganger for å gjøre den mer oversiktlig og lett å bruke
- Intervjumetodikken har blitt endret slik at det har blitt lagt større vekt på at intervjueren må kjenne verktøyet og temaene godt
- Spesifikke skåringskriterier for arbeidspraksisene har blitt omarbeidet flere ganger
- Generelle skåringskriterier har blitt endret i flere omganger – nye skåringsregler er innført
- Tiden som avsettes til intervjuer og skåring har blitt forlenget

## Reliabilitet og validitet

Da verktøyet ikke har vært gjenstand for en større utprøving har prosjektgruppen lite kunnskap om verktøyets reliabilitet og validitet.

Hvilke informanter som blir intervjuet kan ha stor påvirkning på resultatet. Faktorer som spiller inn her er særlig informantenes kjennskap til tjenestetilbudet, kjennskap til tjenestemottaker, evne til refleksjon og hvor gode informantene er til å forklare seg i intervjusituasjonen. For å ha et minimum av reliabilitet i målingene bør man derfor alltid benytte svar fra fem informanter som grunnlag for kvalitetsskårene. For å unngå at tjenesteleverandøren håndplukker alle informantene anbefales det at tjenesteleverandøren setter opp en liste over alle tjenesteytere i fast stilling som kan benyttes som informanter. Tjenesteleverandøren bes så om å anbefale to informanter og to velges vilkårlig fra listen.

Det er ikke gjort noen analyser av i hvilken grad det er enighet mellom ulike intervjuere i forhold til fastsettelsen av skårer for arbeidspraksiser.

I utgangspunktet bør verktøyet ha god innholdsvaliditet i og med at referansemodellen er definert på bakgrunn av interessepartenes egne vurderinger og anbefalinger i faglitteraturen. Imidlertid har prosjektgruppen foretatt en forholdsvis omfattende avgrensning av hvilke kvalitetsaspekter som inkluderes i referansemodellen. Dette gjør at flere av de aspekter som ble identifisert av interessepartene ikke er inkludert i modellen, noe som kan ha betydning for referansemodellens validitet. De personene som har blitt intervjuet har imidlertid rapportert at de opplever temaene som referansemodellen omhandler som svært relevante og viktige. Ved å gjennomgå intervjuet må man tenke gjennom egen praksis og man får en rekke påminnelser om forhold man bør gjøre noe med. Slik sett vurderer informantene at evalueringen er nyttig i arbeidet med å forbedre egne tjenester. Før verktøyet anvendes i stor skala bør det valideres opp mot et sett av mer objektive kvalitetsindikatorer. Spesielt er det viktig at kalibreringen av konverteringstabellene for skåring av arbeidsprosesser evalueres. De første utkastene til skåringskriterier var for «snille» slik at det var for lett å få skåren A eller B. Dette har blitt forsøkt rettet i denne versjonen av verktøyet, men fortsatt gjenstår det en empirisk utprøving.

## Kapittel 4

### Bruk av Z-prosess

Dette kapitlet gir en beskrivelse av hvordan man administrerer og skårer Z-prosess.

Z-prosess er utviklet for fagpersoner som har god kunnskap om organisasjonsteori og tjenesteyting til voksne personer med utviklingshemming. Når det gjelder tjenesteyting bør man ha kunnskap om alle nivåer – fra ledelse til praktisk tjenesteyting. De som administrerer verktøyet bør være erfarne intervjuere som har grundig opplæring og trening i bruk av verktøyet. Videre forutsetter bruk av verktøyet at den som administrerer det har god kunnskap om de ulike arbeidsprosessene og –praksisene som inngår i referansemodellen, samt skåringskriterier.

#### Fremgangsmåte

Prosjektgruppen anbefaler følgende fremgangsmåte ved bruk av verktøyet:

##### Første kontakt

Samtidig som man gjør avtale med tjenesteleverandøren om når evalueringen skal finne sted er det viktig at det gis informasjon om:

- At tjenestemottaker må informeres og samtykke i god tid før evalueringen finner sted. Dersom tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse må det innhentes samtykke fra pårørende/hjelpeverge.
- Hvilke dokumenter prosjektgruppen ønsker å se slik at tjenesteleverandøren kan finne frem disse på forhånd.
- Hvordan evalueringen vil bli gjennomført og hva man kan forvente av resultater.

##### Oppstartsmøte med ledelsen for tjenestene

På dette møtet presenteres evalueringsmetoden Z-prosess, det avklares hvilke personer som skal intervjues, samt hvilke dokumenter som tjenesteleverandøren må gjøre tilgjengelig for de som utfører evalueringen. For å sikre en viss pålitelighet

i målingene bør man alltid intervju fem personer. Det er en fordel at personene har noe ulike roller i forhold til tjenestemottaker. Vi anbefaler at man intervjuer leder av tjenestetilbudet, primærkontakt, sekundærkontakt og to tjenesteytere. Alle tjenesteyterne, bortsett fra leder, bør ha erfaring med direkte tjenesteyting overfor tjenestemottaker.

Videre bør det avklares hvilke forventninger tjenesteleverandøren har til resultatene, hvordan resultatene skal rapporteres og eventuell oppfølging. Etter møtet skal det være utarbeidet en tidsplan for datainnsamling og rapportering. Prosjektgruppen vurderer det som en fordel at man også avtaler et besøk hos den tjenestemottakeren som får tilbudet sitt evaluert. Dette besøket bør skje i forkant av intervjuene, da det er prosjektgruppens erfaring at dette gjør det lettere å forholde seg til informasjonen fra tjenesteyterne under intervjuene.

##### Informasjonsmøte

Dersom ledelsen ønsker det vil det bli arrangert et informasjonsmøte med alle som skal intervjues, eventuelt alle relevante tjenesteytere. På dette møtet informeres det om hvordan evalueringen skal gjennomføres, metodene som skal benyttes og hvordan resultatene vil bli rapportert.

##### Besøk hos tjenestemottaker

Målet med besøket er å bli kjent med tjenestemottaker og få et generelt inntrykk av tjenestene som ytes. Prosjektgruppen anbefaler at dette gjennomføres før intervjuene starter.

##### Gjennomgang av dokumenter og rutiner/prosedyrer

Målet med denne aktiviteten er å gjøre seg kjent med tjenestetilbudet ut fra det skriftlige materialet som foreligger. God kjennskap til denne dokumentasjonen er et godt utgangspunkt for å stille oppfølgingsspørsmål til tjenesteyterne under intervjuene. Dersom det er noe man lurer på bør

det være mulighet for at enkelte tjenesteytere kan demonstrere/forklare hvordan rutiner utføres.

## Intervjuer

Prosjektgruppen anser at det i utgangspunktet er en fordel at informantene intervjues hver for seg. Det er prosjektgruppens erfaring at man bør avsette 3 timer til hvert intervju. Intervjuet bør skåres umiddelbart etter at intervjuet er avsluttet. For å unngå sammenblanding av svarene fra flere informanter bør man unngå å intervju flere informanter før foregående intervju er skåret. Generelt bør man derfor beregne omtrent 4 timer for hvert intervju.

## Rapportering av resultater

Det anbefales at man først gir tilbakemelding til ledelsen og at man så blir enige om hvordan resultatene skal rapporteres til tjenesteytere. Dersom ledelsen ønsker det anbefales det at tilbakemeldingene gis i et plenums møte hvor alle informantene deltar. Tilbakemeldingen bør inneholde en oppsummering av resultatene, kvalitetsprofiler, anbefalte forbedringsområder og en diskusjon av resultatene. Denne diskusjonen bør blant annet omhandle i hvilken grad tjenesteyterne/lederne kjenner seg igjen i resultatet, samt avklaring av misforståelser. Tjenesteyterne bør få anledning til å kommentere på hvorvidt de oppfatter dette som en rettferdig evaluering.

## Intervju

Z-prosess er et semi-strukturert intervju basert på bruk av åpne spørsmål. Dette for at informanten i så stor grad som mulig med egne ord skal beskrive egen praksis innenfor de temaene intervjuet omhandler. Intervjueren tar utgangspunkt i informantens svar og følger opp de ulike tema til man har fått den informasjonen som er nødvendig for skåring. Denne måten å intervju på forutsetter at intervjueren har god kjennskap til skåringskriteriene for de ulike arbeidsprosessene/-praksisene.

## Materiale

Den som skal intervju trenger ett intervju-skjema, skåringskriterier, skrivepapir og blyant eller penn De første gangene man bruker Z-

prosess kan det være nyttig å benytte et skjema med hjelpespørsmål (vedlegg 4). På forsiden av intervju-skjemaet skal man fylle ut informasjon om tjenestestedet, informanten, sted, tid og hvem som foretar intervjuet. Det er noe plass til å skrive kommentarer på intervju-skjemaet, men det anbefales at man har med ekstra skrivepapir.

## Oppstart

Begynn intervjuet med å forklare personen at hensikten med intervjuet er å evaluere tjenestetilbudet til NN. Legg vekt på at det blir et åpent intervju hvor vi ønsker at han/hun skal fortelle mest mulig om tjenestene. Fortell at vi har forståelse for at det er mange måter å løse oppgavene på og at ulike løsninger passer for forskjellige tjenestemottakere. Fokus er ikke på hva de gjør en gang i blant, men hva som er **den vanlige praksisen** i forhold til de tema vi presenterer.

Forbered informanten på at vi vil ta pauser underveis for å oppsummere og kontrollere om vi har fått den informasjonen vi trenger. Informer om det vil gis en felles oppsummering av alle intervjuene og at enkeltpersoners utsagn ikke vil bli gjengitt. Hvis det er spesielle forhold som bare informanten har kjennskap til vil vi ikke kunne garantere anonymitet.

Fortell at det er seks kvalitetsområder som skal gås gjennom. Vi ønsker informasjon om hvordan dere arbeider:

1. for å sikre at NN får et individuelt tilrettelagt tjenestetilbud,
2. for å sikre at NN får mulighet til å påvirke egen livssituasjon/eget tjenestetilbud,
3. med strategier og mål for tjenestestedet,
4. med ledelse/oppfølging av de ansatte,
5. med å vedlikeholde og utvikle nødvendig kompetanse, samt
6. med å legge til rette for et godt arbeidsmiljø.

## Avslutning

Før man avslutter intervjuet bør man gå gjennom intervju-skjemaet og sjekke at ingen informasjon mangler. Spør hvordan personen vurderer kvaliteten på det tjenestetilbudet NN mottar og noter

dette i kommentarfeltet bakerst i intervju skjemaet. Be informanten si litt om hvordan vedkommende synes at intervjuet gikk og spør vedkommende om han/hun har noen spørsmål. Noter svarene bak på intervju skjemaet. Gjenta når tilbakemeldinger vil bli gitt og takk informanten.

Kontroller intervju skjemaet på nytt når informanten har gått. Bruk baksiden av intervju skjemaet til å beskrive ditt inntrykk av intervjuet: Hvor god kontakt oppnådde du med informanten? Var personen positiv/avventende/kritisk til spørsmålene? Hadde vedkommende innsikt og forståelse i forhold til tjenestemottaker, arbeidspraksisene og de temaene spørsmålene omhandler? Ga vedkommende detaljerte beskrivelser, eller gjettet informanten?

### Generelle retningslinjer

- Intervjuet bør foregå i et rom hvor man kan sitte uforstyrret i 2-3 timer. Man bør sitte ved et bord hvor intervjuerne har plass til spørreskjema, kladdebøker, osv. Det anbefales at man setter frem drikke og at pauser avtales underveis.
- La informanten snakke seg varm før du begynner å skåre arbeidspraksiser. Dette bidrar til å minimalisere fokus på at informanten blir evaluert.
- For å etablere en god relasjon bør man tilstrebe å bruke informantens navn, holde øyekontakt, gi positive tilbakemeldinger, være oppriktig entusiastisk, nysgjerrig og støttende. Unngå å være dømmende eller irettesettende, avbryte unødige, diskutere eller komme med løsningsforslag. Dette er ikke tidspunktet for å komme med egne meninger eller kommentarer om hvordan tilbudet burde ha vært. Det er informantens forståelse du er ute etter, ikke din egen.
- Legg til rette for at intervjuet skal få form av en samtale. Begynn med generelle spørsmål som følges opp med mer konkrete oppfølgingsspørsmål. Dette fører til en mer naturlig informasjonsflyt enn om man leser opp spørsmål i en forhåndsdefinert rekkefølge. Informanten får da og mulighet til å beskrive arbeidsprosessene med egne ord – noe som gir en mer nøyaktig beskrivelse.
- Kjenn de enkelte ledd (arbeidspraksiser) og skåringskriterier godt slik at du lett kan følge opp informantens svar med mer konkrete spørsmål.

- Les aldri enkeltledd (arbeidspraksiser) for informanten, og la aldri informanten selv lese de enkelte leddene. Intervjuet kan da fort få et «spørsmål og svar» preg, noe som kan føre til at man får en ufullstendig forståelse av tjenestetilbudet.
- Det er ikke nødvendig å administrere temaene i den rekkefølgen de står i intervju skjemaet. Dersom klienten begynner å snakke om et tema kan man bare følge opp dette – gå tilbake til de andre temaene etter hvert.
- Du må få konkret informasjon om en arbeidspraksis før du kan skåre den. Legg vekt på hva tjenesteyterne gjør, fremfor hva de ikke gjør. Be gjerne informanten beskrive konkrete eksempler på gjennomføringen av de enkelte arbeidspraksisene. I noen tilfeller kan du anta praksisen ut fra svar på mer generelle spørsmål. Dersom du er usikker på om du vet nok må du spørre videre til du får en klar forståelse av om praksisen gjennomføres. Dette er spesielt viktig når du får en følelse av at informanten bevisst svarer litt vagt eller forsøker å unngå å snakke om enkelte tema.
- Bruk et enkelt språk bortsett fra i de situasjoner hvor informanten viser god forståelse for feltet.
- Man bør alltid forsøke å fullføre intervjuet i løpet av en sesjon. Dersom dette ikke lar seg gjøre er det bedre å gjøre en ny avtale om å fullføre intervjuet enn å skåre en ufullstendig eller lite detaljert intervjuprotokoll.

### Skåring

Beskrivelsene fra intervjuene skåres i flere trinn. Først skåres de enkelte arbeidspraksisene på intervju skjemaet. Deretter overføres råskårene fra alle intervju skjemaene til et oppsummerings-skjema. Dette skjemaet benyttes så til å skåre både arbeidsprosesser og kvalitetsområder. Resultatene kan så oppsummeres ved hjelp av grafiske profiler.

Ved fastsettelsen av skåren for hver enkelt arbeidspraksis er det viktig å legge vekt på i hvilken grad tjenesteleverandøren har dokumentert at praksisen blir gjennomført slik det ble redegjort for under intervjuet. Dokumentasjonen kan være både rap-

porter, referater, arbeidsbeskrivelser, måldokumenter og en detaljert og reflektert beskrivelse av praksis. Tjenesteleverandøren må ha sannsynliggjort at praksisen gjennomføres slik som beskrevet, samt kunne redegjøre for hvordan denne praksisen ivaretar det forholdet som praksisen er en operasjonalisering av.

### Skåring av arbeidspraksiser

De enkelte arbeidspraksisene kan gis en skåre fra 0-4 avhengig av hvor godt de gjennomføres av tjenesteleverandøren. Se tabell 3 for en nærmere beskrivelse av de generelle skåringskriteriene.

Skårene skrives i det hvite feltet til venstre for arbeidspraksisen i intervju-skjemaet (se figur 2). Intervjueren bør ha skåringskriteriene lett tilgjengelig under intervjuet slik at man kan sjekke ut om man har fått tilstrekkelig informasjon til å skåre de enkelte praksisene. Vær oppmerksom på at enkelte arbeidspraksiser har spesielle unntak fra de generelle skåringsreglene. Disse unntakene er beskrevet eksplisitt i skåringskriteriene (vedlegg 7). I feltet «Dokumentasjon» er det plass til å notere referanser til relevante dokumenter og notater.

For enkelte av arbeidspraksisene kan det være aktuelt å skåre X for ikke aktuelt. X kan bare

skåres der hvor dette er spesifisert i skåringskriteriene (se vedlegg 7).

Tjenesteleverandøren må skåre 0 når:

- Organisasjonen har planer om å ivareta arbeidspraksisen, men det har ennå ikke blitt gjort noe konkret som gjør at dette forholdet blir ivaretatt.
- Det legges ikke til rette for å ivareta praksisen, selv om man vet at det burde vært gjort.
- Organisasjonen er uvitende i forhold til betydningen av å gjennomføre denne praksisen (mangler forståelse).
- Tjenesteleverandøren kan utføre arbeidspraksisen, men det blir sjelden gjort selv om det hadde vært til det beste for klient/tjenesteytere.
- Føringer fra administrasjon/ledelse, eventuelt pårørende forhindrer at denne praksisen blir ivaretatt.
- Tjenestemottaker er avhengig av pårørende/tredjepart for å få praksisen ivaretatt, selv om dette ikke er et uttalt ønske fra tjenestemottaker/pårørende og det helt klart er tjenesteleverandørens ansvar.

### Skåring av arbeidsprosesser

For å skåre arbeidsprosesser og kvalitetsområder er det utarbeidet et eget oppsummeringsskjema (vedlegg 5). Skåre for arbeidsprosessene er en rangering fra A til D hvor A er beste skåre. Da skåringen er

Skåre	Beskrivelse
<b>4</b> Svært god gjennomføring	Praksisen er etablert som en del av tjenesteleverandørens rutiner og blir svært godt utført. Svært god gjennomføring tilsier at praksisen er tilnærmet optimal. Dersom en praksis omfatter mer enn ett forhold må alle praksiser knyttet til alle forhold utføres rutinemessig for at tjenesteleverandøren skal skåre 4. 4 kan skåres selv om praksisen bare blir utført av og til, dersom den alltid utføres når det er behov for det.
<b>3</b> God gjennomføring	Praksisen er etablert som en del av tjenesteleverandørens rutiner og blir normalt godt utført. Dersom en praksis omfatter mer enn ett forhold må alle praksiser utføres rutinemessig for at tjenesteleverandøren skal skåre 3. 3 kan skåres selv om praksisen bare blir utført av og til, dersom den alltid utføres når det er behov for det.
<b>2</b> Delvis gjennomføring	Praksisen er etablert som en del av tjenesteleverandørens rutiner, men alle forhold er ikke ivaretatt eller det er svært varierende kvalitet i gjennomføringen.
<b>1</b> Marginal gjennomføring	Praksisen er ikke etablert som en del av tjenesteleverandørens rutiner eller den gjennomføres bare delvis. Tjenesteleverandøren har begynt å gjennomføre arbeidspraksisen og kan utføre den noen ganger, men ikke alltid. Det er ikke noe krav til kvaliteten på gjennomføringen.
<b>0</b> Ikke gjennomført	Indikerer at organisasjonen aldri eller svært sjelden gjennomfører praksisen.
<b>X</b> Ikke aktuelt	Kan bare gis i de tilfeller hvor dette er angitt i skåringskriteriene med teksten «IKKE AKTUELT KAN BENYTTES».

Tabell 3 Generelle skåringskriterier for arbeidspraksiser.

<b>3</b>	11	Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov	Dokumentasjon
<b>2</b>	11.1	Kunnskap om tjenestemottaker innhentes fra flere arenaer	.....
<b>3</b>	11.2	Status beskrives på relevante områder	.....
<input type="checkbox"/>	11.3	Eksempel på hvordan tjenestemottaker identifiseres og ivaretas	.....
<input type="checkbox"/>	11.4	Tjenestemottakers historie kartlegges	.....

**Figur 2** Eksempel på intervju skjema

Skåre	Beskrivelse
<b>A</b> Svært godt ivaretatt	85 % av maksimum skåre eller bedre
<b>B</b> I stor grad ivaretatt	60 % – 84 % av maksimum skåre
<b>C</b> Delvis ivaretatt	30 % – 59 % av maksimum skåre
<b>D</b> Ikke ivaretatt	0 % – 29 % av maksimum skåre

**Tabell 4** Veiledende prosentsetninger ved beregning av kvalitetsskåre.

basert på en referansemodell er det lagt inn en viss fleksibilitet i skåringen. En tjenesteleverandør trenger derfor ikke å ha maksimal skåre på alle arbeidspraksiser for å få beste skåre på arbeidsprosessen.

Rangeringen beregnes på grunnlag av summen av råskårer for de arbeidspraksisene som hører inn under den enkelte arbeidsprosess. For hver arbeidsprosess er det utarbeidet en tabell for å konvertere råskårer til en kvalitetsskåre (rangering). Prosentsetningene i tabell 4 er benyttet til beregning av konverteringstabellene. I utarbeidelsen av konverteringstabellene er det gjort noen prioriteringer som gjør at prosentsetningene ikke stemmer helt overens med råskåreintervallene i tabellene. Det er tabellene som skal brukes og man skal ikke selv beregne skåren ved hjelp av prosentregning.

Prosjektgruppen anbefaler følgende fremgangsmåte ved beregning av kvalitetsskåre for arbeidsprosesser:

1. Overfør skårene fra alle intervju skjema til oppsummeringsskjemaet i vedlegg 5. Der hvor arbeidspraksisen er vektet skrives råskåren øverst til venstre i ruten, mens den vektete skåren skrives nederst til høyre (se figur 3). Resultatene fra intervjuet med leder skal **alltid** føres i kolonnen for informant 1.
2. Skåren for IKKE AKTUELT settes lik 2. Der-

som det er skåret mer enn en IKKE AKTUELT for en arbeidsprosess kan denne prosessen ikke skåres. Det blir da heller ikke beregnet en skåre for det kvalitetsområdet prosessen tilhører. Husk at IKKE AKTUELT kun kan skåres der hvor dette er spesifisert i skåringskriteriene.

3. Summer skårene for hver informant og skriv summen i kolonnen SUM (råskåre). Der hvor skårene er vektet er det den vektete skåren som skal inngå i summen av råskårer for arbeidsprosessen.
4. Bruk konverteringstabellen som står i marginen til høyre for summeringsfeltene for å overføre henholdsvis leder og tjenesteytneres råskårer til en individuell kvalitetsskåre for arbeidsprosessen. Vær oppmerksom på at leder og tjenesteytere kan ha ulike konverteringstabeller. Dette er fordi leder da har svart i forhold til flere arbeidspraksiser enn tjenesteyterne. Der hvor leder og tjenesteytere bruker samme konverteringstabell er denne merket med «alle».
5. Bruk deretter tabell 5 til å sette en kvalitetsskåre for arbeidsprosessen. Det må minimum være fire individuelle kvalitetsskåre for at arbeidsprosessen skal kunne skåres. Sorter først de individuelle kvalitetsskårene for arbeidsprosessen slik at de beste skårene står til venstre. Eksempel: AABCD. Gå deretter inn i tabell 5, lokaliser bokstavkombinasjonen og les av

11 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov		Informant				
		1	2	3	4	5
Ref.	Arbeidsprosesser og -praksiser					
11.1	Kunnskap om tjenestemottaker innhentes fra flere arenaer	3				
11.2	Status beskrives på relevante områder	2	2	3	2	2
11.3	Endrede behov hos tjenestemottaker identifiseres og ivaretas	2/4 x2	3/6 x2	2/4 x2	2/4 x2	3/6 x2
11.4	Tjenestemottakers historie kartlegges	3	2	2	2	2
11.5	Tjenestetilbudet evalueres regelmessig	3/6 x2	2/4 x2	2/4 x2	3/6 x2	2/4 x2
11.6	Representanter fra relevante arenaer deltar i evalueringer	4				
11.7	Ansvar for oppfølging defineres	3	2	2	3	1
11.8	Resultater fra evalueringer gjøres kjent for relevante interesseparter.	3	2	1	3	2
	<b>Sum (råskåre)</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>17</b>
	<b>Individuell kvalitetsskåre</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>B</b>	<b>C</b>

**I1 LEDER**  
A 35-40  
B 25-34  
C 13-24  
D 00-12

**I1 TJ.YTER**  
A 28-32  
B 20-27  
C 10-29  
D 00-09

I1 Skåre for PROSESS **C**

Figur 3 Oppsummeringsskjema

kvalitetsskåren for arbeidsprosessen. Tabellen skal leses fra toppen og nedover. Høyeste mulige kvalitetsskåre skal benyttes. Dersom enkelte informanternes individuelle skåre avviker sterkt fra de andre, og man har mistanke om at det er helt spesielle årsaker til dette, må man gjøre en skjønnsmessig vurdering av dette når kvalitetsskåren for prosessen fastsettes. Eventuelt kan det være nødvendig å intervju en ny informant.

6. Dobbeltsjekk til slutt at all overføringer av råskårer, vektning av råskårer og beregning av kvalitetsskårer er korrekt utført. Det er viktig å etablere denne sjekken som en rutine da man svært ofte oppdager at det har blitt gjort feil.

Følgende generelle skåringsregler ligger til grunn for tabell 5:

- For å skåre A kan man ikke ha mer enn enten to B eller en C skåre. Tjenesteleverandøren skal ha en svært god praksis før skåren A gis.
- Har man to D skårer eller flere settes skåren automatisk til C, uansett hva de andre skårene

er. Dette for å sikre at en organisasjon ikke får en tilsynelatende god kvalitetsskåre når enkelte praksiser ikke gjennomføres.

- Dersom 3 eller flere har samme individuelle kvalitetsskåre settes som hovedregel skåren for kvalitetsprosessen lik denne. Unntakene er beskrevet i punkt 1. og 2.
- Dersom det er like mange av to ulike skårer settes skåren lik den laveste. Det er to unntak fra denne regelen: Når skårene er A og C settes skåren lik B, og når skåren er C og D settes skåren lik C.

#### Skåring av kvalitetsområder

Det er to arbeidsprosesser under hvert kvalitetsområde, bortsett fra ledelse som har tre prosesser. To av disse arbeidsprosessene besvares bare av leder for tjenestestedet og det er derfor spesielle skåringsregler for dette kvalitetsområdet.

Skåringsreglene er som følger: Når begge arbeidsprosesser har samme skåre settes skåren for kvalitetsområdet lik denne. Eksempel: hvis

Skåre	5 kvalitetsskåre					4 kvalitetsskåre			
D	↑	↑	D	D	D	↑	D	D	D
						C	C	C	C
C	↑	↑	↑	D	D	↑	↑	D	D
	C	C	C	↓	↓	↑	↑	C	D
	↑	↑	C	C	↓	↑	C	C	↓
						↑	B	C	C
B	↑	↑	B	C	↓	↑	B	B	↓
	↑	↑	B	B	↓	A	A	C	C
	A	A	A	C	↓	A	A	B	↓
	A	A	A	B	D	A	A	B	B
	A	A	A	B	C	A	A	A	D
A	A	A	A	B	B	A	A	A	C
	A	A	A	A	C	A	A	A	B
	A	A	A	A	B	A	A	A	A
	A	A	A	A	A				

**Tabell 5** Fastssettelse av kvalitetsskåre for arbeidsprosesser

↑ = samme som skåren til høyre eller høyere

↓ = samme som skåren til venstre eller lavere

skåren for I1 og I2 er B settes skåren for kvalitetsområdet Individuell tilrettelegging til B.

skåren settes til den laveste skåren i stedet for en delt skåre.

Der hvor skåren for den ene arbeidsprosessen ligger ett nivå høyere enn den andre prosessen settes skåren for kvalitetsområdet som en delt skåre. Eksempel: Skåren for P1 er C og skåren for P2 B. Skåren for kvalitetsområdet blir da C/B.

### Utarbeidelse av kvalitetsprofiler

Skårene for arbeidsprosessene og kvalitetsområdene kan overføres til egne profilark for å gi en samlet grafisk fremstilling av evalueringsresultatet (se vedlegg 6). For hver enkelt arbeidsprosess skraveres området fra skåren D frem til og med den ruten som indikerer skåren for prosessen (se figur 4). Det anbefales å bruke ulike farger for å skille mellom de prosessene som får skårene D, C og A-B.

Der hvor skåren for den ene arbeidsprosessen ligger to eller flere nivåer over den andre arbeidsprosessen settes skåren for kvalitetsområdet lik ett nivå over den laveste skåren. Eksempel 1: Skåren for S1 er D og skåren for S2 er B. Kvalitetsområdet får da en skåre lik C. Eksempel 2: Skåren for S1 er A og S2 er C. Skåren for kvalitetsområdet blir B. Eksempel 3: Skåren for S1 er A og S2 er D. Skåren for kvalitetsområdet blir C.

I profilen for kvalitetsområdene skraverer man fra skåren D og opp til og med riktig skåre for kvalitetsområdet (se figur 5). Det anbefales å bruke ulike farger for å skille mellom de områdene som får skårene D, C og A-B. Der hvor det er delte skåre skraverer man feltet for den høyeste skåren litt annerledes.

For kvalitetsområdet Ledelse slås de to arbeidsprosessene som kun er besvart av leder sammen til en skåre. Deretter anvendes skåringsreglene over. Reglene for å slå sammen skårene er de samme som over, bortsett fra punkt 2 hvor

## Tolkning og rapportering av resultater

Z-prosess er en metode for å hjelpe fagpersoner til å gjøre en kvalitativ vurdering av tjenestetilbud basert på en referansemodell. Metoden sikrer mer pålitelige og gyldige evalueringer av tjenestetilbud ved at fagpersonen må vurdere et fast sett av forhold basert på en helhetlig forståelse av tjenestene.

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. Beskriv organisasjonens generelle kapasitet til å levere gode tjenester til NN. Ta utgangspunkt i kvalitetsprofilen og kommenter kort litt i forhold til denne.

Kvalitetsområde   Arbeidsprosess		Skåre	Ikke gjennomført	Delvis gjennomført	I stor grad gjennomført	Svært godt gjennomført
<b>I</b>	I1 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov	A				
	I2 Målvalgsarbeid	B				
<b>P</b>	P1 Tilrettelegging for valgmuligheter	C				
	P2 Samarbeid med pårørende og hjelpeverge	B				
<b>S</b>	S1 Strategisk planlegging	D				
	S2 Utforming av mål for virksomheten	C				
<b>L</b>	L1 Tilrettelegging for ledelse	B				
	L2 Utvikling av tjenestetilbudet	B				
	L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere	A				
<b>K</b>	K1 Opplæring	B				
	K2 Veiledning	B				
<b>A</b>	A1 Styring av organisasjonskultur	C				
	A2 Tilrettelegging av tjenesteytternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø	B				

Figur 4 Profil over skåre for arbeidsprosesser.

Svært godt ivaretatt	A	↑			↑		
I stor grad ivaretatt	B		↑			↑	
Delvis ivaretatt	C			↑			
Ikke ivaretatt	D						
Skåre		A / B Individuell tilrettelegging	C / B Påvirkningsmulighet	C / D Strategisk styring	B / A Ledelse	B Kompetanse	B / C Arbeidsmiljø

Figur 5 Profil over skåre for kvalitetsområder.

	<b>Forbedringsmuligheter</b>	<b>Styrker</b>
<b>Individuell tilrettelegging</b>	Skriftliggjøring av mål	Identifiserer endrede behov og tilpasser tjenestene deretter
<b>Påvirknings-mulighet</b>	Opplæring i veiledningsferdigheter	Godt samarbeid med pårørende Legger vekt på personlig egnethet hos tjenesteyterne
<b>Strategisk styring</b>	Utarbeide visjon	
<b>Ledelse</b>	Tydeliggjøre forventninger til tjenesteyterne	Gode rammer for å drive ledelse
<b>Kompetanse</b>	Individuelle opplæringsplaner Konkretisering av hvilken type opplæring som behøves.	
<b>Arbeidsmiljø</b>	Etablere bedre verdistyring	Leder er rollemodell som arbeider direkte i miljøet

**Tabell 6** Eksempel på tilbakemelding om styrker og forbedringsmuligheter.

- Gå gjennom hvert kvalitetsområde og de ulike arbeidspraksisene. Si hva som var bra og hva som eventuelt kan gjøres bedre. Vis til konkret dokumentasjon der dette er mulig. Unngå å sitere enkeltpersoner eller å referere til uttalelser som kan identifisere enkeltpersoner.
- Be tjenesteyterne om å kommentere på de vurderingene som er gjort – er de enige? Reflekter rundt i hvilken grad dette kan sies å være en riktig skåre/vurdering. Korrigjer eventuelt skåren dersom det er åpenbart at det har skjedd en feilvurdering. Den som evaluerer har siste ordet så det er viktig å ikke la seg presse.
- Oppsummer totalvurderingen ved å gå tilbake til den overordnede kvalitetsprofilen. Om nødvendig kan man vise hvordan den endelige skåren har kommet frem ved å vise til generelle prinsipper for skåring.
- Gi tilbakemelding om styrker og forbedringsmuligheter.

**Tilbakemelding om styrker og forbedringsmuligheter**  
Analysen av styrker og forbedringsmuligheter tar utgangspunkt i referansemodellen. Anbefalinger om forbedringsmuligheter tar utgangspunkt i hvilke arbeidspraksiser tjenesteleverandøren må forbedre for å oppnå en høyere kvalitets-skåre. For å hjelpe tjenesteleverandøren til å prioritere kan det være hensiktsmessig å peke på hvilke arbeidspraksiser det vil være lett å endre på, og hvilke som vil kreve større innsats over tid. Tilbakemeldingene om organisasjonens

styrker er basert på de arbeidspraksisene hvor tjenesteleverandøren har de høyeste skårene. Anbefalingene kan oppsummeres i en egen tabell – se tabell 6 for et eksempel. Tabellen gir bare en stikkordsmessig oppsummering og må suppleres med mer utfyllende informasjon.

#### 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 når man skal vurdere hvor gyldige og pålitelige resultatene fra evalueringen er:

- Fagpersonens kompetanse. Det anbefales at vurderingen gjøres av to fagpersoner og at de har erfaring med både organisering av tjenester og direkte tjenesteyting.
- Fagpersonens kjennskap til tjenestemottaker. Fagpersonen som gjør vurderingen må i forkant av intervjuene skaffe seg en god forståelse av klienten og dennes bistandbehov.
- Grad av enighet mellom de fagpersonene som leder evalueringen.
- Grad av enighet mellom informantene.
- Informantenes kjennskap til tjenestemottaker.
- Kvaliteten på intervjuet og kontakten som ble etablert med informanten.

# Referanser

- Broadbent, S. (1998). There is more to usability than user testing. EJEISA, 1, <http://www.ejeisa.com>
- 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.
- 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/IEC TR 15504-2 (1998). Information technology – Software process assessment – Part 2: A reference model for processes and process capability.
- ISO/IEC TR 15504-5 (1999). Information technology – Software process assessment – Part 5: An assessment model and indicator guidance.
- ISO TR 18529 (2000). Ergonomics of human-system interaction – Human-centred lifecycle process descriptions.
- Offernes, N.-Ø. og Amundsen, L.B. (2002). Kvalitetssikring av pleie- og omsorgstjenester: En litteraturstudie. Prosjektrapport R1.1 Litteraturstudie. Avdeling for voksenhabilitering, Ullevål universitetssykehus: Oslo.
- Offernes, N.-Ø., Kvan, G., Lindberg, M. og Amundsen L.B. (2002). Hva kjennetegner gode pleie- og omsorgstjenester? Interessepartenes egne vurderinger. Prosjektrapport R1.2 Fokusgrupper og intervjuer. Avdeling for voksenhabilitering, Ullevål universitetssykehus: Oslo.
- Skjerve, J. (2001). Forsvarlige tjenester. SOR-rapport nr. 1, 6-7.
- Sosialdepartementet (SD) 1993. Rundskriv I-1/93: Lov om sosiale tjenester mv.
- Sosial- og helsedepartementet (SHD) 1993. Veileder for saksbehandlingen av sosiale tjenester. I-0719 B
- Sosial- og helsedepartementet (SHD) 1997. Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Rundskriv I-13/97.
- 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.
- The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities (2000). Personal Outcome Measures: Advancing the Future Person by Person. The Council on Quality and Leadership in Supports for People with Disabilities

# VEDLEGG 1

## Intervjuskjema – leder

Intervjuskjemaet for leder er på åtte sider. De første gangene man benytter intervjuet kan det være lurt å ta med en liste med hjelpespørsmål (se vedlegg 4). Arbeidspraksisene skåres på intervjuskjemaet og råskårene overføres så til oppsummeringskjemaet som du finner i vedlegg 5. Intervjuskjemaet for leder inneholder noen flere tema enn skjemaet til tjenesteyterne. Dette er tema som prosjektgruppen har antatt at mange tjenesteytere har liten kjennskap til.

## Informasjon om intervjuet

Dato

.....

Sted

.....

Intervjuer

.....

Organisasjon

.....

## Informasjon om tjenestetilbudet

Navn på tjenestemottaker

.....

Adresse

.....

Årsak til evaluering

.....

.....

## Informasjon om informanten

Navn

.....

Stilling

.....

Stillingsprosent

.....

Antall år ansatt

.....

Kjennskap til tjenestemottaker (tidsrom, rolle, relasjon m.m.)

.....

.....

.....

.....

## Informasjon om tjenestested

Hvor mange tjenestemottakere bor på tjenestestedet?

..... stk

Hvor mange tjenestemottakere yter dere tjenester til totalt (inkludert tjenestemottakere som bor andre steder enn på tjenestestedet)?

..... stk

Hvor mange ansatte er det på tjenestestedet?

..... stk

Hvor mange fagpersoner (fagutdannelse):

..... stk

Hvor mange tjenesteytere går i:

• 0 – 39% stilling?

..... stk

• 40 – 79% stilling?

..... stk

• 80-100% stilling?

..... stk

# Individuell tilrettelegging

## I1 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov

<input type="checkbox"/>	11.1	Kunnskap om tjenestemottaker innhentes fra flere arenaer	Dokumentasjon
<input type="checkbox"/>	11.2	Status beskrives på relevante områder	.....
<input type="checkbox"/>	11.3	Endrede behov hos tjenestemottaker identifiseres og ivaretas	.....
<input type="checkbox"/>	11.4	Tjenestemottakers historie kartlegges	.....
<input type="checkbox"/>	11.5	Tjenestetilbudet evalueres regelmessig	.....
<input type="checkbox"/>	11.6	Representanter fra relevante arenaer deltar i evalueringer	.....
<input type="checkbox"/>	11.7	Ansvar for oppfølging defineres	.....
<input type="checkbox"/>	11.8	Resultater fra evalueringer gjøres kjent for relevante interesseparter	.....

## I2 Målvalsarbeid

<input type="checkbox"/>	12.1	Individuelle mål defineres	Dokumentasjon
<input type="checkbox"/>	12.2	Målene operasjonaliseres	.....
<input type="checkbox"/>	12.3	Tjenesteyternes praktis gjespeiler målene	.....
<input type="checkbox"/>	12.4	Målvalg begrunnes	.....
<input type="checkbox"/>	12.5	Ansvar for målarbeid defineres	.....
<input type="checkbox"/>	12.6	Mål defineres med utgangspunkt i tjenestemottakers interesser	.....
<input type="checkbox"/>	12.7	Registrering gjennomføres for å avdekke måloppnåelse	.....

### Skåring av arbeidspraksiser

4 = Svært god gjennomføring  
 3 = God gjennomføring  
 2 = Delvis gjennomføring  
 1 = Marginal gjennomføring  
 0 = Ikke gjennomført  
 X = Ikke aktuelt





# Ledelse

## L1 Tilrettelegging for ledelse

- L1.1 Det utarbeides en ledelsesfilosofi
- L1.2 Det etableres støttesystemer for ledere
- L1.3 Ledere får opplæring
- L1.4 Ledere får jevnlig veiledning
- L1.5 Ledere belønnes for å nå oppsatte mål
- L1.6 Det utarbeides forbedringsmål for leder

Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## L2 Utvikling av tjenestetilbudet

- L2.1 Det legges til rette for tilbakemeldinger om forbedringsmuligheter
- L2.2 Leder deltar i kommunen/bydelens beslutninger på et overordnet plan
- L2.3 Leder innhenter impulser fra andre
- L2.4 Leder iverksetter forbedringstiltak
- L2.5 Leder gis mulighet til å drive utviklingsarbeid

Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere

- L3.1 Leder er tilgjengelig og støttende i det daglige arbeidet
- L3.2 Medarbeiderne får konstruktive tilbakemeldinger fra leder
- L3.3 Tjenesteytere belønnes for ønsket atferd
- L3.4 Tjenesteyterne får nødvendig informasjon
- L3.5 Forventninger til tjenesteyterne avklares
- L3.6 Leder delegerer oppgaver

Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Skåring av arbeidspraksiser

- 4 = Svært god gjennomføring
- 3 = God gjennomføring
- 2 = Delvis gjennomføring
- 1 = Marginal gjennomføring
- 0 = Ikke gjennomført
- X = Ikke aktuelt

## Opplæring

- K1.1 Tjenesteyterne får opplæring
- K1.2 Det gjennomføres evalueringer av tjenesteyternes kompetanse
- K1.3 Tjenesteyternes kompetanse utvikles
- K1.4 Det defineres hvem som er ansvarlig for å gi opplæring
- K1.5 Det utarbeides rutiner for oppfølging av nyansatte
- K1.6 Det gjennomføres kompetansekartlegging
- K1.7 Det defineres kompetansebehov
- K1.8 Det iverksettes tiltak for å dekke kompetansebehov

## Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Veiledning

- K2.1 Tjenesteyternes veiledningsbehov kartlegges
- K2.2 Tjenesteyterne får direkte veiledning på egen praksis
- K2.3 Tjenesteyterne gis mulighet for å diskutere egen praksis
- K2.4 Det etableres rutiner for debriefing
- K2.5 Det utarbeides en veiledningsplan
- K2.6 Det defineres hvem som er ansvarlig for at veiledning blir gitt

## Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Skåring av arbeidspraksiser**  
4 = Svært god gjennomføring  
3 = God gjennomføring  
2 = Delvis gjennomføring  
1 = Marginal gjennomføring  
0 = Ikke gjennomført  
X = Ikke aktuelt

# Arbeidsmiljø

## A1 Styring av organisasjonskultur

- A1.1 Organisasjonens verdier defineres
- A1.2 Verdier/holdninger formidles til tjenesteyterne
- A1.3 Verdier/holdninger operasjonaliseres i ønsket atferd
- A1.4 Det iverksettes tiltak for å ivareta organisasjonskulturen
- A1.5 Tjenesteyterne evaluerer organisasjonskulturen regelmessig
- A1.6 Nyansattes inntrykk innhentes rutinemessig
- A1.7 Seleksjonskriterier ved ansettelse sikrer at nye tjenesteytere skal passe inn

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## A2 Tilrettelegging av tjenesteyternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø

- A2.1 Det etableres en vernetjeneste
- A2.2 Det etableres rutiner for brannvern
- A2.3 Det er rutiner for rapportering og oppfølging av personsskader
- A2.4 Tjenestestedet har beredskap for akutte situasjoner
- K2.5 Det legges til rette for at tjenesteyterne skal ha nødvendig teknisk/praktisk utstyr

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Skåring av arbeidspraksiser

4 = Svært god gjennomføring  
 3 = God gjennomføring  
 2 = Delvis gjennomføring  
 1 = Marginal gjennomføring  
 0 = Ikke gjennomført  
 X = Ikke aktuelt



## VEDLEGG 2

### Intervjuskjema – tjenesteyter

Intervjuskjemaet for tjenesteyterne er på åtte sider. De første gangene man benytter intervjuet kan det være lurt å ta med en liste med hjelpespørsmål (se vedlegg 4). Arbeidspraksisene skåres på intervju-skjemaet og råskårene overføres så til oppsummeringsskjemaet som du finner i vedlegg 5. Intervju-skjemaet for tjenesteyterne inneholder færre tema enn skjemaet til leder og er derfor noe kortere.

**Informasjon om intervjuet**

Dato

.....

Sted

.....

Intervjuer

.....

Organisasjon

.....

**Informasjon om informanten**

Navn

.....

Stilling

.....

Stillingsprosent

.....

Antall år ansatt

.....

Kjennskap til tjenestemottaker (tidsrom, rolle, relasjon m.m.)

.....

.....

.....

.....

.....

**Informasjon om tjenestetilbudet som evalueres**

Navn på tjenestemottaker

.....

Adresse

.....

Årsak til evaluering

.....

.....

.....

# Individuell tilrettelegging

## I1 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov

<input type="checkbox"/>	I1.2 Status beskrives på relevante områder	Dokumentasjon
<input type="checkbox"/>	I1.3 Endrede behov hos tjenestemottaker identifiseres og ivaretas	.....
<input type="checkbox"/>	I1.4 Tjenestemottakers historie kartlegges	.....
<input type="checkbox"/>	I1.5 Tjenestetilbudet evalueres regelmessig	.....
<input type="checkbox"/>	I1.7 Ansvar for oppfølging defineres	.....
<input type="checkbox"/>	I1.8 Resultater fra evalueringer gjøres kjent for relevante interesseparter	.....

## I2 Målvalgsarbeid

<input type="checkbox"/>	I2.1 Individuelle mål defineres	Dokumentasjon
<input type="checkbox"/>	I2.2 Målene operasjonaliseres	.....
<input type="checkbox"/>	I2.3 Tjenesteyternes praksis gjespeiler målene	.....
<input type="checkbox"/>	I2.4 Målvalg begrunnes	.....
<input type="checkbox"/>	I2.5 Ansvar for målarbeid defineres	.....
<input type="checkbox"/>	I2.6 Mål defineres med utgangspunkt i tjenestemottakers interesser	.....
<input type="checkbox"/>	I2.7 Registrering gjennomføres for å avdekke måloppnåelse	.....

### Skåring av arbeidspraksiser

4 = Svært god gjennomføring  
 3 = God gjennomføring  
 2 = Delvis gjennomføring  
 1 = Marginal gjennomføring  
 0 = Ikke gjennomført  
 X = Ikke aktuelt



# Strategisk styring

## S1 Strategisk planlegging

- S1.1 Det utarbeides en visjon for virksomheten
- S1.2 Visjonen gjøres kjent blant tjenesteyterne
- S1.3 Tjenesteyterne gis mulighet til å delta i utformingen av visjonen
- S1.4 Det defineres hvilke oppgaver den enkelte tjenesteyter må utføre for å bidra til å realisere visjonen

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## S2 Utforming av mål for virksomheten

- S2.1 Det utformes mål for virksomheten
- S2.2 Målene gjøres kjent for tjenesteyterne
- S2.3 Målene gjenspeiles i den praktiske tjenesteytingen
- S2.4 Tjenesteyterne deltar i utforming av mål
- S2.8 Prioriterte mål evalueres
- S2.9 Det defineres hvem som skal gjennomføre evalueringen

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Skåring av arbeidspraksiser

- 4 = Svært god gjennomføring
- 3 = God gjennomføring
- 2 = Delvis gjennomføring
- 1 = Marginal gjennomføring
- 0 = Ikke gjennomført
- X = Ikke aktuelt

# Ledelse

## L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere

- L3.1 Leder er tilgjengelig og støttende i det daglige arbeidet
- L3.2 Medarbeiderne får konstruktive tilbakemeldinger fra leder
- L3.3 Tjenesteytere belønnes for ønsket atferd
- L3.4 Tjenesteyterne får nødvendig informasjon
- L3.5 Forventninger til tjenesteyterne avklares
- L3.6 Leder delegerer oppgaver

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Skåring av arbeidspraksiser

4 = Svært god gjennomføring  
 3 = God gjennomføring  
 2 = Delvis gjennomføring  
 1 = Marginal gjennomføring  
 0 = Ikke gjennomført  
 X = Ikke aktuelt

# Kompetanse

## K1 Opplæring

- K1.1 Tjenesteyterne får opplæring
- K1.2 Det gjennomføres evalueringer av tjenesteyternes kompetanse
- K1.3 Tjenesteyternes kompetanse utvikles
- K1.4 Det defineres hvem som er ansvarlig for å gi opplæring
- K1.5 Det utarbeides rutiner for oppfølging av nyansatte
- K1.7 Det defineres kompetansebehov

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## K2 Veiledning

- K2.2 Tjenesteyterne får direkte veiledning på egen praksis
- K2.3 Tjenesteyterne gis mulighet for å diskutere egen praksis
- K2.4 Det etableres rutiner for debriefing
- K2.5 Det utarbeides en veiledningsplan
- K2.6 Det defineres hvem som er ansvarlig for at veiledning blir gitt

Dokumentasjon

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Skåring av arbeidspraksiser

4 = Svært god gjennomføring  
 3 = God gjennomføring  
 2 = Delvis gjennomføring  
 1 = Marginal gjennomføring  
 0 = Ikke gjennomført  
 X = Ikke aktuelt

# Arbeidsmiljø

## A1 Styring av organisasjonskultur

- A1.1 Organisasjonens verdier defineres
- A1.2 Verdier/holdninger formidles til tjenesteyterne
- A1.3 Verdier/holdninger operasjonaliseres i ønsket atferd
- A1.5 Tjenesteyterne evaluerer organisasjonskulturen regelmessig
- A1.6 Nyansattes inntrykk innhentes rutinemessig
- A1.7 Seleksjonskriterier ved ansettelse sikrer at nye tjenesteytere skal passe inn

Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

## A2 Tilrettelegging av tjenesteyternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø

- A2.1 Det etableres en vernetjeneste
- A2.2 Det etableres rutiner for brannvern
- A2.3 Det er rutiner for rapportering og oppfølging av personsskader
- A2.4 Tjenestestedet har beredskap for akutte situasjoner
- K2.5 Det legges til rette for at tjenesteyterne skal ha nødvendig teknisk/praktisk utstyr

Dokumentasjon

---

---

---

---

---

---

---

---

### Skåring av arbeidspraksiser

4 = Svært god gjennomføring  
 3 = God gjennomføring  
 2 = Delvis gjennomføring  
 1 = Marginal gjennomføring  
 0 = Ikke gjennomført  
 X = Ikke aktuelt



## VEDLEGG 3

### Liste over relevante dokumenter

Det er viktig at tjenesteleverandøren i så stor grad som mulig klarer å dokumentere hvordan de ulike arbeidspraksisene gjennomføres. Dette kan gjøres ved hjelp av detaljerte beskrivelser, men prosjektgruppen anbefaler at skriftlige dokumenter innhentes der dette er mulig. Denne dokumentasjonen bør de som skal evaluere tjenestetilbudet gå gjennom på forhånd slik at de har fått et inntrykk av tjenestene før intervjuene starter. Da er det lettere å få en forståelse av om det er forskjeller mellom beskrivelser og tjenesteyternes praksis. Forslag til dokumenter det kan være relevant å se nærmere på er listet opp nedenfor. Det anbefales at man lager en liste over de dokumentene man har sett på og gir alle dokumenter en unik referanse. Intervjueren kan dermed raskt referere til dokumentene ved å notere referansen i intervjueskjemaet.

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Kartlegging av tjenestemottaker | <ul style="list-style-type: none"><li>• Måldokumenter: for eksempel habiliteringsplan, individuell plan eller beskrivelser av individuelle mål</li><li>• Dokumentasjon på ulike kartlegginger som er utført, for eksempel tjenestemottakers evner/ferdigheter</li><li>• Historie</li><li>• Evalueringsrutiner</li><li>• Registreringsskjemaer / registreringsrutiner</li></ul>   |
| Arbeidsbeskrivelser             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tiltaksbeskrivelser</li><li>• Samhandlingsregler</li><li>• Tjenesteyternes opplæringsplan</li><li>• Tjenesteyternes veiledningsplan</li></ul>  |
| Adm. dokumenter                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Stillingsbeskrivelser</li><li>• Rutiner for brannvern / personskader / økonomi</li><li>• Beskrivelser av verdier og holdninger for tjenestestedet</li><li>• Visjon for organisasjonen</li><li>• Strategisk plan / Handlingsplaner</li><li>• Beskrivelser av mål for virksomheten</li><li>• Fagadministrative systemer/informasjonsystemer. For eksempel oversikt over møtefrekvens og deltakere på møter, informasjonsrutiner.</li><li>• Beskrivelser av kvalitetssystemer</li></ul> |



# VEDLEGG 4

## Hjelpespørsmål til intervju skjema

### Individuell tilrettelegging

#### Introduksjon:

Kan du si litt om hvordan dere jobber for å sikre at tjenestetilbudet er tilpasset NN sine behov og forutsetninger?

#### Identifisering av tjenestemottakers muligheter, forutsetninger og behov

1. Hvordan er tjenestemottakers forutsetninger og behov identifisert?
2. Hva slags systemer har dere for å sikre at informasjon er oppdatert?
3. Har dere kartlagt tjenestemottakers historie?
4. Er det innhentet informasjon fra de arenaer personen deltar på?  
(for eksempel hjem, skole, arbeid, avlastning, støttekontakt)
5. Gjennomføres kartlegging / registrering? Hvordan?
6. Hva slags kartlegging / registrering?
7. Hvilke konsekvenser får resultatene?
8. Ivaretas endrede behov? Gi eksempler.

#### Målvalsarbeid

1. Er individuelle mål beskrevet?
2. Hvordan har dere kommet frem til disse målene?
3. Har NN deltatt i utarbeidelsen av mål / Hvordan er det tatt hensyn til NN sine interesser?
4. Er målene styrende for det praktiske arbeidet? Gi eksempler.
5. Hvem er ansvarlig for å følge opp målarbeidet?
6. Hvordan vet dere når det enkelte mål er nådd?
7. Hva registreres?

#### Evaluerings

1. Hvordan evaluerer dere tjenestetilbudet?
2. Er det utarbeidet prosedyrer for gjennomføring av evaluering?
3. Hvem deltar på evalueringer?
4. Hvem er ansvarlig for at evaluering gjennomføres?
5. Blir resultatene fra evalueringer gjort kjent?
  - a. Hvem blir orientert?
  - b. Hvem er ansvarlig for å informere om resultater fra evalueringen?
6. Hvordan blir resultater fra evalueringer fulgt opp?
7. Hvem er ansvarlig for å følge opp resultatene?

# Påvirkningsmulighet

## Tilrettelegging for valgmuligheter

1. På hvilke områder kan tjenestemottaker gjøre valg i hverdagen?
  - a. Har dere en felles oppfatning av dette?
  - b. Er det noen valg dere må ta på vegne av tjenestemottaker?
  - c. Hvordan arbeider dere i forhold til å begrense tjenestemottakers valgmuligheter?
2. Deltar tjenestemottaker i utforming av egne mål?
  - a. På hvilken måte deltar tjenestemottaker?
3. Hvordan arbeider dere for at tjenestemottaker skal nå sine mål?
4. Får tjenestemottaker hjelp til å foreta valg som kan påvirke egen hverdag?
5. Får personalet opplæring i dette?
6. Hvordan legges det til rette for å følge opp tjenestemottakers initiativ?
7. Hva legger dere vekt på når dere ansetter tjenesteytere som skal arbeide med NN?
  - a. Felles interesser?
  - b. Er det definert hva personen kan være interessert i?
  - c. Er det definert hva som er tjenestemottakers foretrukne aktiviteter?
  - d. Er det lagt til rette for at tjenesteyter og tjenestemottaker skal kunne være sammen uten at det stilles krav – bare uforpliktende fellesskap?

## Samarbeid med pårørende og hjelpeverge

1. Hvilke rutiner har dere for samarbeid med pårørende, hjelpeverge og andre relevante samarbeidspartnere?
  - a. Rutiner for informasjonsutveksling?
  - b. Hvordan informeres det når det skjer større endringer av tjenestetilbudet?
  - c. Har dere rutiner for å evaluere samarbeidet?
  - d. Konflikthåndtering/interessesmotsetninger?
- 2) Informeres det om klageadgang?
  - a. Hvordan?
- 3) Hvor fornøyd er dere med samarbeidet?
- 4) Hvor fornøyd er pårørende med samarbeidet?
- 5) Hvor fornøyd er tjenestemottaker med samarbeidet?

# Strategisk styring

## Strategisk planlegging

1. Er det utarbeidet en visjon for tjenestestedet?
  - a. Hva er visjonen her?
  - b. På hvilken måte har du involvert tjenesteyterne i utformingen av visjonen?
  - c. Når ble den sist revidert/vurdert?
  - d. Hvordan gjøres den kjent for dere/tjenesteyterne?
  - e. Er det definert hva som er dine oppgaver for å bidra til å realisere visjonen?

## Utforming av mål for virksomheten

1. Er det utarbeidet mål for virksomheten?
  - a. Er målene beskrevet? Gi eksempler på mål.
  - b. Hvilke krav har dere til målbeskrivelser?
  - c. Er målene tidfestet?
  - d. Synes du målene er realistiske?
  - e. Er målene gjort kjent for tjenesteyterne?
  - f. Har personalet deltatt i utforming av mål? Hvordan?
  - g. Er det definert hva som er dine / personalet oppgaver for å nå virksomhetens mål?
  - h. Er det utarbeidet en handlingsplan for å nå målene?
2. Hvordan gjøres tjenestestedets mål kjent for administrasjonen?
3. Er det rutiner for rapportering av avvik?
  - a. Hvilke typer avvik rapporteres?
4. Hvordan gir administrasjonen tilbakemeldinger?
5. Evalueres virksomhetens mål?
  - a. Hvordan?
6. Hvem skal gjennomføre evalueringen?
  - a. Har dere noen som er ansvarlig for gjennomføringen?
7. Kan ressursene omprioriteres på bakgrunn av evalueringsresultater? Gi eksempler.

# Ledelse

## Tilrettelegging for ledelse

1. Er det beskrevet/uttalt hvilke forventninger man har til ledelse i kommunen/bydelen?
2. Hva det vil si å gjøre en god jobb som leder?
3. Legges det vekt på personlig egnethet ved rekruttering av ledere?
4. Har du et støtteapparat rundt deg?
  - a. Opplæring?
  - b. Veiledning?
5. Belønnes du for å nå oppsatte mål?
6. Har du forbedringsmål?

## Utvikling av tjenestetilbudet

1. Hvordan legger du til rette for å forbedre tjenestetilbudet?
  - a. Hvordan kan tjenesteyterne gi tilbakemeldinger om forbedringsmuligheter?
  - b. Innhentes impulser fra andre?
  - c. Kan du gi et eksempel på et forbedringstiltak som er iverksatt?
2. Kan du påvirke beslutninger som tas høyere opp i bydelen? Hvordan?
3. Har du anledning og mulighet til å arbeide med utvikling av tjenestetilbudet? Hvordan?

## Motivasjon og oppfølging av medarbeidere

1. Hvordan motiverer du tjenesteyterne til å gjøre en god jobb?
  - a. Hva belønnes her? Hva mener du det er viktig å belønne tjenesteyterne for?
  - b. Får du konstruktive tilbakemeldinger av leder / gir du tjenesteyterne konstruktive tilbakemeldinger?
  - c. Er du daglig tilgjengelig i boligen?
2. Får du nødvendig informasjon? / Hvordan sikrer du at tjenesteyterne får nødvendig informasjon?
3. Er det definert hvilke forventninger ledelsen har til tjenesteyterne?
  - a. Finnes det stillingsbeskrivelser?
4. Hvordan delegerer du oppgaver?
  - a. Hvilke oppgaver?
  - b. Opplæring?
  - c. Tilbakemeldingsrutiner?

# Kompetanse

## Opplæring

1. Er det utarbeidet en opplæringsplan for tjenesteyterne?
  - a. Hvordan benyttes planen?
  - b. Hvordan gjennomføres opplæringen?
  - c. Hvordan vedlikeholdes/utvikles ny kompetanse?
  - d. Hvem er ansvarlig for å gi opplæring/at opplæring blir gitt?
  - e. Evalueres tjenesteyternes kompetanse?
2. Er det rutiner for oppfølging av nyansatte?
3. Har dere kartlagt personalets kompetanse?
4. Har dere definert hvilke behov dere har for kompetanse?
5. Gi eksempler på tiltak som er iverksatt for å dekke kompetansebehov?
6. På hvilken måte får personalet mulighet til å benytte sin kompetanse?

## Veiledning

1. Hva slags veiledning får tjenesteyterne?
2. Finnes det en veiledningsplan?
3. Direkte veiledning på egen praksis?
4. Gis det anledning til å diskutere egen praksis?
5. Er det etablert rutiner for debriefing?
6. Hvem er ansvarlig for at veiledning blir gitt?
7. Er tjenesteyternes veiledningsbehov kartlagt?

# Arbeidsmiljø

## Styring av organisasjonskultur

1. Er det beskrevet hvilke verdier / holdninger som skal være styrende for tjenesteyternes arbeid?
  - a. Hvordan er dette formidlet til tjenesteyterne?
  - b. Har verdier / holdninger blitt konkretisert til ønsket atferd? Gi eksempler.
  - c. Hva gjøres for å opprettholde fokus på verdier / holdninger?
2. Hva gjør dere for å skape et godt arbeidsmiljø?
  - a. Evalueres arbeidsmiljøet regelmessig?
3. Innhentes inntrykk fra nyansatte regelmessig?
4. Hva er det å gjøre en god jobb her?
5. Er det noe det blir lagt for mye vekt på? For lite vekt på?
6. Hva blir premiert?
7. Når gjør man en dårlig jobb?
8. Er det for eksempel utarbeidet noen «spilleregler» som alle må forholde seg til?

## Tilrettelegging av tjenesteyternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø

1. Er det etablert en vernetjeneste? Kan du si litt om hvordan den fungerer?
2. Hvordan er rutiner for brannvern?
3. Hva slags rutiner har dere for rapportering og oppfølging av personskader?

## **VEDLEGG 5**

### **Skjema for oppsummering av skåringer**

# Individuell tilrettelegging

## 11 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant					
	1	2	3	4	5	
I1.1 Kunnskap om tjenestemottaker innhentes fra flere arenaer						
I1.2 Status beskrives på relevante områder						
I1.3 Endrede behov hos tjenestemottaker identifiseres og ivaretas	X2	X2	X2	X2	X2	
I1.4 Tjenestemottakers historie kartlegges						
I1.5 Tjenestetilbudet evalueres regelmessig	X2	X2	X2	X2	X2	
I1.6 Representanter fra relevante arenaer deltar i evalueringer						
I1.7 Ansvar for oppfølging defineres						
I1.8 Resultater fra evalueringer gjøres kjent for relevante interesseparter.						
<b>Sum (råskåre)</b>						
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>						

**I1 LEDER**  
 A 35-40  
 B 25-34  
 C 13-24  
 D 00-12

**I1 TJ.YTER**  
 A 28-32  
 B 20-27  
 C 10-19  
 D 00-09

**I1 Skåre for PROSESS**

## 12 Målvalgsarbeid

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant					
	1	2	3	4	5	
I2.1 Individuelle mål defineres						
I2.2 Målene operasjonaliseres						
I2.3 Tjenesteyternes praksis gjenspeiler målene						
I2.4 Målvalg begrunnes						
I2.5 Ansvar for målarbeid defineres						
I2.6 Mål defineres med utgangspunkt i tjenestemottakers interesser	X2	X2	X2	X2	X2	
I2.7 Registrering gjennomføres for å avdekke måloppnåelse						
<b>Sum (råskåre)</b>						
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>						

**I2 ALLE**  
 A 28-32  
 B 20-27  
 C 10-19  
 D 00-09

**I2 Skåre for PROSESS**

# Påvirkningsmulighet

## P1 Tilrettelegging for valgmuligheter

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
<b>P1.1</b> Tjenestestedet kjenner til tjenestemottakers valgkompetanse					
<b>P1.2</b> Det legges til rette for å realisere tjenestemottakers mål	X2	X2	X2	X2	X2
<b>P1.3</b> Tjenestemottaker blir veiledet med fokus på å gjøre egne valg/påvirke egen hverdag					
<b>P1.4</b> Tjenesteyterne får opplæring i forhold til å veilede tjenestemottakere til å foreta valg					
<b>P1.5</b> Tjenestemottaker deltar i utforming av mål					
<b>P1.6</b> Det tas hensyn til personlig egnethet ved ansettelse av tjenesteytere					
<b>P1.7</b> Det tas hensyn til tjenestemottakers interesser ved ansettelse av tjenesteytere					
<b>P1.8</b> Det tas hensyn til personlig kjemi	X2	X2	X2	X2	X2
<b>Sum (råskåre)</b>					
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>					

**P1 ALLE**  
 A 35-40  
 B 25-34  
 C 13-24  
 D 00-12

**P1 Skåre for PROSESS**

## P2 Samarbeid med pårørende og hjelpeverge

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
<b>P2.1</b> Det defineres hvem som er sentrale samarbeidspartnere					
<b>P2.2</b> Det etableres rutiner for samarbeid					
<b>P2.3</b> Det informeres om endringer i tjenestetilbudet					
<b>P2.4</b> Det avklares hvordan interessenmotsetninger skal håndteres					
<b>P2.5</b> Det gjennomføres regelmessig evaluering av samarbeidet	X2	X2	X2	X2	X2
<b>P2.6</b> Tjenesteyterne får opplæring i pårørende-samarbeid					
<b>Sum (råskåre)</b>					
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>					

**P2 LEDER**  
 A 25-28  
 B 18-24  
 C 09-17  
 D 00-08

**P2 TJ.YTER**  
 A 21-24  
 B 15-20  
 C 08-14  
 D 00-07

**P2 Skåre for PROSESS**

# Strategisk styring

## S1 Strategisk planlegging

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
S1.1 Det utarbeides en visjon for virksomheten					
S1.2 Visjonen gjøres kjent blant tjenesteyterne	X2	X2	X2	X2	X2
S1.3 Tjenesteyterne gis mulighet til å delta i utformingen av visjonen					
S1.4 Det defineres hvilke oppgaver den enkelte tjenesteyter må utføre for å bidra til å realisere visjonen	X2	X2	X2	X2	X2
<b>Sum (råskåre)</b>					
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>					

<b>S1 ALLE</b>
A 21-24
B 15-20
C 08-14
D 00-07

S1 Skåre for PROSESS

## S2 Utforming av mål for virksomheten

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
S2.1 Det utformes mål for virksomheten					
S2.2 Målene gjøres kjent for tjenesteyterne					
S2.3 Målene gjenspeiles i den praktiske tjenesteytingen	X2	X2	X2	X2	X2
S2.4 Tjenesteyterne deltar i utforming av mål					
S2.5 Mål for tjenestestedet gjøres kjent for administrasjonen					
S2.6 Avvik rapporteres ifht. prioriterte mål					
S2.7 Administrasjonen gir tilbakemeldinger på rapporterte resultater/-avvik					
S2.8 Prioriterte mål evalueres					
S2.9 Det defineres hvem som skal gjennomføre evalueringen					
<b>Sum (råskåre)</b>					
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>					

<b>S2 LEDER</b>
A 35-40
B 25-34
C 13-24
D 00-12

<b>S2 TJ.YTER</b>
A 25-28
B 18-24
C 09-17
D 00-08

S2 Skåre for PROSESS

# Ledelse

## L1 Tilrettelegging for ledelse

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
S1.1 Det utarbeides en ledelsesfilosofi	<input type="text"/>				
S1.2 Ledere får opplæring	<input type="text"/>				
S1.3 Ledere får jevnlig veiledning	<input type="text"/>				
S1.4 Ledere belønnes for å nå oppsatte mål	X2				
S1.5 Det utarbeides forbedringsmål for leder	<input type="text"/>				
S1.6 Det utarbeides forbedringsmål for leder	X2				
<b>Sum (råskåre)</b>	<input type="text"/>				
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>	<input type="text"/>				

<b>L1 LEDER</b> A 28-32 B 20-27 C 10-19 D 00-09
---

L1 Skåre for PROSESS

## L2 Utvikling av tjenestetilbudet

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
S2.1 Det legges til rette for tilbakemeldinger om forbedringsmuligheter	<input type="text"/>				
S2.2 Leder deltar i kommunen/bydelens beslutninger på et overordnet plan	<input type="text"/>				
S2.3 Leder innhenter impulser fra andre	<input type="text"/>				
S2.4 Leder iverksetter forbedringstiltak	<input type="text"/>				
S2.5 Leder gis mulighet til å drive utviklingsarbeid	X2				
<b>Sum (råskåre)</b>	<input type="text"/>				
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>	<input type="text"/>				

<b>L2 LEDER</b> A 21-24 B 15-20 C 08-14 D 00-07
---

L2 Skåre for PROSESS

### L3 Motivasjon og oppfølging av medarbeidere

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant				
	1	2	3	4	5
L3.1 Leder er tilgjengelig og støttende i det daglige arbeidet					
L3.2 Medarbeiderne får konstruktive tilbakemeldinger fra leder					
L3.3 Tjenesteytere belønnes for ønsket atferd					
L3.4 Tjenesteyterne får nødvendig informasjon					
L3.5 Forventninger til tjenesteyterne avklares	X2	X2	X2	X2	X2
L3.6 Leder delegerer oppgaver					
<b>Sum (råskåre)</b>					
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>					

**L3 ALLE**  
 A 25-28  
 B 18-24  
 C 09-17  
 D 00-08

L3 Skåre for PROSESS

# Kompetanse

## K1 Opplæring

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant					
	1	2	3	4	5	
<b>K1.1</b> Tjenesteyterne får opplæring	X2	X2	X2	X2	X2	<b>K1 LEDER</b> A 32-36 B 23-31 C 12-22 D 00-11
<b>K1.2</b> Det gjennomføres evalueringer av tjenesteytternes kompetanse						
<b>K1.3</b> Tjenesteytternes kompetanse utvikles						<b>K1 TJ.YTER</b> A 25-28 B 18-24 C 09-17 D 00-08
<b>K1.4</b> Det defineres hvem som er ansvarlig for å gi opplæring						
<b>K1.5</b> Det utarbeides rutiner for oppfølging av nyansatte						<b>K1 Skåre for PROSESS</b> <input type="text"/>
<b>K1.6</b> Det gjennomføres kompetansekartlegging						
<b>K1.7</b> Det defineres kompetansebehov						
<b>K1.8</b> Det iverksettes tiltak for å dekke kompetansebehov						
<b>Sum (råskåre)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## K2 Veiledning

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant					
	1	2	3	4	5	
<b>K2.1</b> Tjenesteytternes veiledningsbehov kartlegges						<b>K2 LEDER</b> A 25-28 B 18-24 C 09-17 D 00-08
<b>K2.2</b> Tjenesteyterne får direkte veiledning på egen praksis	X2	X2	X2	X2	X2	
<b>K2.3</b> Tjenesteyterne gis mulighet for å diskutere egen praksis						<b>K2 TJ.YTER</b> A 21-24 B 15-20 C 08-14 D 00-07
<b>K2.4</b> Det etableres rutiner for debriefing						
<b>K2.5</b> Det utarbeides en veiledningsplan						<b>K2 Skåre for PROSESS</b> <input type="text"/>
<b>K2.6</b> Det defineres hvem som er ansvarlig for at veiledning blir gitt						
<b>Sum (råskåre)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

# Arbeidsmiljø

## A1 Styring av organisasjonskultur

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant					
	1	2	3	4	5	
A1.1 Organisasjonens verdier defineres	X2	X2	X2	X2	X2	<b>A1 LEDER</b> A 32-36 B 23-31 C 12-22 D 00-11
A1.2 Verdier/holdninger formidles til tjenesteyterne	X2	X2	X2	X2	X2	
A1.3 Verdier/holdninger operasjonaliseres i ønsket atferd						
A1.4 Det iverksettes tiltak for å ivareta organisasjonskulturen						
A1.5 Tjenesteyterne evaluerer organisasjonskulturen regelmessig						
A1.6 Nyansattes inntrykk innhentes rutinemessig						
A1.7 Seleksjonskriterier ved ansettelse sikrer at nye tjenesteytere skal passe inn						
<b>Sum (råskåre)</b>						<b>A1 Skåre for PROSESS</b> <input type="text"/>
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>						

## A2 Tilrettelegging av tjenesteyternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø

Ref. Arbeidsprosesser og -praksiser	Informant					
	1	2	3	4	5	
A2.1 Det etableres en vernetjeneste						<b>A2 ALLE</b> A 21-24 B 15-20 C 08-14 D 00-07
A2.2 Det etableres rutiner for brannvern						
A2.3 Det er rutiner for rapportering og oppfølging av personsskader	X2	X2	X2	X2	X2	
A2.4 Tjenestestedet har beredskap for akutte situasjoner						
A2.5 Det legges til rette for at tjenesteyterne skal ha nødvendig teknisk/praktisk utstyr						
<b>Sum (råskåre)</b>						<b>A2 Skåre for PROSESS</b> <input type="text"/>
<b>Individuell kvalitetsskåre</b>						

## **VEDLEGG 6**

### **Oppsummeringsark – prosesskvalitet**

For å oppsummere skårene kan man benytte skjemaene som er vedlagt her. Det første skjemaet gir en oversikt over skårene for alle arbeidsprosesser og kvalitetsområder. Det andre skjemaet kan benyttes for å lage en profil over arbeidsprosessene.

## Profil for kvalitetsområder

Svært godt ivaretatt	A						
I stor grad ivaretatt	B						
Delvis ivaretatt	C						
Ikke ivaretatt	D						
Skåre							
		<b>Individuell tilrettelegging</b>	<b>Påvirkningsmulighet</b>	<b>Strategisk styring</b>	<b>Ledelse</b>	<b>Kompetanse</b>	<b>Arbeidsmiljø</b>

## Profil for arbeidsprosesser

Kvalitetsområde   Arbeidsprosess		Skåre	Ikke gjennomført	Delvis gjennomført	I stor grad gjennomført	Svært godt gjennomført
<b>I</b>	I1 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov					
	I2 Målvalgsarbeid					
<b>P</b>	P1 Tilrettelegging for valgmuligheter					
	P2 Samarbeid med pårørende og hjelpeverge					
<b>S</b>	S1 Strategisk planlegging					
	S2 Utforming av mål for virksomheten					
<b>L</b>	L1 Tilrettelegging for ledelse					
	L2 Utvikling av tjenestetilbudet					
	L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere					
<b>K</b>	K1 Opplæring					
	K2 Veiledning					
<b>A</b>	A1 Styring av organisasjonskultur					
	A2 Tilrettelegging av tjenesteytternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø					

## Resultater for Z-prosess

	Kvalitetsområde	Arbeidsprosess
<b>I Individuell tilrettelegging</b>	<input type="checkbox"/>	
I1 Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov		<input type="checkbox"/>
I2 Målvalgsarbeid		<input type="checkbox"/>
<b>P Påvirkningsmulighet</b>	<input type="checkbox"/>	
P1 Tilrettelegging for valgmuligheter		<input type="checkbox"/>
P2 Samarbeid med pårørende og hjelpeverge		<input type="checkbox"/>
<b>S Strategisk styring</b>	<input type="checkbox"/>	
S1 Strategisk planlegging		<input type="checkbox"/>
S2 Utforming av mål for virksomheten		<input type="checkbox"/>
<b>L Ledelse</b>	<input type="checkbox"/>	
L1 Tilrettelegging for ledelse		<input type="checkbox"/>
L2 Utvikling av tjenestetilbudet		<input type="checkbox"/>
L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere		<input type="checkbox"/>
<b>K Kompetanse</b>	<input type="checkbox"/>	
K1 Opplæring		<input type="checkbox"/>
K2 Veiledning		<input type="checkbox"/>
<b>A Arbeidsmiljø</b>	<input type="checkbox"/>	
A1 Styring av organisasjonskultur		<input type="checkbox"/>
A2 Tilrettelegging av tjenesteyternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø		<input type="checkbox"/>

## **VEDLEGG 7**

### **Skåringsbeskrivelser av arbeidspraksiser**

Tabellen som begynner på neste side inneholder veiledende beskrivelser for skåring av de enkelte arbeidspraksiser. Veiledningen er inndelt i forhold til kvalitetsområder.

**Individuell tilrettelegging**

<b>11</b>	<b>Identifisering av tjenestemottakers forutsetninger, muligheter og behov</b>	
<b>11.1</b>	Kunnskap om tjenestemottaker innhentes fra flere arenaer	Informasjon er innhentet fra minst en person fra de viktigste arenaer tjenestemottaker deltar i. For å skåre 3 eller bedre må det være jevnlig kontakt.
<b>11.2</b>	Status beskrives på relevante områder	Skriftlig dokument som er oppdatert innen siste 18 mnd. For å skåre 3 eller bedre må informasjonen være bearbeidet, skriftliggjort og tilgjengelig for tjenesteytere/boligleder.
<b>11.3</b>	Endrede behov hos tjenestemottaker identifiseres og ivaretas	For å skåre 3 eller bedre må det vises til et system for rapportering/registrering/oppfølging.
<b>11.4</b>	Tjenestemottakers historie kartlegges	Informasjon er innhentet fra viktige arenaer, systematisert, skriftliggjort, oppdatert og tilgjengelig for tjenesteyterne/boligleder.
<b>11.5</b>	Tjenestetilbudet evalueres regelmessig	For å skåre 4 må det være en bred evaluering som tar utgangspunkt i en personsentrert planleggingsprosess.
<b>11.6</b>	Representanter fra relevante arenaer deltar i evalueringer	
<b>11.7</b>	Ansvar for oppfølging er definert	For å skåre 3 eller bedre må det være navngitte personer og skriftlige beskrivelser av ansvar/oppgaver.
<b>11.8</b>	Resultater fra evalueringer gjøres kjent for relevante interessenter.	Informasjon må gis innen rimelig tid. Det må redegjøres for hvordan ulike interessenter informeres.
<b>12</b>	<b>Målvalsarbeid</b>	
<b>12.1</b>	Individuelle mål defineres	Mål er beskrevet i et dokument som er tilgjengelig for tjenesteyterne. For å skåre 3 eller bedre må de målene som har høyest prioritet være beskrevet i et dokument som er tilgjengelig for tjenesteyterne. Målene bør være konkrete og realistiske.
<b>12.2</b>	Målene operasjonaliseres	Det er utarbeidet konkrete føringer for tjenesteyting og de er gjort lett tilgjengelig for tjenesteyterne. For å skåre 3 eller bedre må føringene være skriftliggjort.
<b>12.3</b>	Tjenesteyternes praksis gjenspeiler målene	Tjenesteyterne handler i overensstemmelse med føringene og kjenner til ønsket effekt av de tiltak som er iverksatt.
<b>12.4</b>	Målvalg begrunnes	Det bør komme tydelig frem at målene bygger på en vurdering av hva som er til beste for tjenestemottaker
<b>12.5</b>	Ansvar for målarbeid er definert	Det er definert hvem som har ansvar for målarbeidet og eventuell delegering av dette arbeidet. For å skåre 3 eller bedre må det vært gjort kjent blant tjenesteyterne hvem som har ansvaret for å følge opp målarbeidet.

Ref.	Arbeidsprosesser og -praksis	Beskrivelse
<b>12.6</b>	Mål defineres med utgangspunkt i tjenestemottakers interesser	For å skåre 3 eller bedre må det ha blitt utført en interessedekartlegging. Tjenestemottaker skal ha deltatt i den grad dette er mulig. IKKE AKTUELT kan skåres dersom tjenesteyter ikke har deltatt i målvalgsprosessen. Dersom tjenesteyter burde deltatt gis skåre 0.
<b>12.7</b>	Registrering gjennomføres for å avdekke måloppnåelse	Det finnes registreringsrutiner. Resultater oppsummeres og kommuniseres til tjenesteyterne. Dersom det ikke er behov – skår 3.

## Påvirkingsmulighet

P1 Tilrettelegging for valgmuligheter	
<b>P1.1</b>	Tjenestestedet kjenner til tjenestemottakers valgkompetanse
<b>P1.2</b>	Det legges til rette for å realisere tjenestemottakers mål
<b>P1.3</b>	Tjenestemottaker blir veiledet med fokus på å gjøre egne valg/påvirke egen hverdag
<b>P1.4</b>	Tjenesteyterne får opplæring i forhold til å veilede tjenestemottakere til å foreta valg
<b>P1.5</b>	Tjenestemottaker deltar i utforming av mål
<b>P1.6</b>	Det tas hensyn til personlig egnethet ved ansettelse av tjenesteytere
<b>P1.7</b>	Det tas hensyn til tjenestemottakers interesser ved ansettelse av tjenesteytere

Ref.	Arbeidsprossesser og -praksis	Beskrivelse
<b>P1.8</b>	Tjenestemottaker deltar i utforming av mål	Det tas hensyn til personlig kjemi Det må vises til at man legger til rette for at tjenestemottakere og tjenesteytere som går godt sammen skal få mulighet til dette. Be om konkrete eksempler.
<b>P2 Målvalsarbeid</b>		
<b>P2.1</b>	Det defineres hvem som er sentrale samarbeidspartnere	Tjenesteleverandøren må kunne redegjøre for bakgrunnen for valg av samarbeidsrutiner. Rutiner for samarbeid, avtaler med interesseparter, bør være nedskrevet eller dokumentert for å skåre 4.
<b>P2.2</b>	Det etableres rutiner for samarbeid	Tjenesteleverandøren må kunne vise til rutiner som sikrer at informasjon gis i god tid før endringer. For å skåre 3 eller bedre må det informeres om klagemuligheter der dette er relevant.
<b>P2.3</b>	Det informeres om endringer i tjenestetilbudet	Tjenesteleverandøren må kunne vise til rutiner som sikrer at informasjon gis i god tid før endringer. For å skåre 3 eller bedre må det informeres om klagemuligheter der dette er relevant.
<b>P2.4</b>	Det avklares hvordan interessenetninger skal håndteres	Skår 3 dersom samarbeidet er så godt at det ikke er behov for dette.
<b>P2.5</b>	Det gjennomføres regelmessig evaluering av samarbeidet	For å skåre 3 eller bedre må det vises til evalueringsrutiner som alle parter er gir uttrykk for å være tilfreds med.
<b>P2.6</b>	Tjenesteyterne får opplæring i pårørende-samarbeid	

### Strategisk styring

<b>S1 Tilrettelegging for valgmuligheter</b>		
<b>S1.1</b>	Det utarbeides en visjon for virksomheten	Bør være skriftliggjort og oppdatert. Bør være revidert innenfor siste 5 år. Forankret i kommunens/bydelens visjon og overordnede målsettinger.
<b>S1.2</b>	Visjonen gjøres kjent blant tjenesteyterne	Visjonen er kommunisert til tjenesteyterne, er tilgjengelig og tjenesteyterne kan redegjøre for visjonen.
<b>S1.3</b>	Tjenesteyterne gis mulighet til å delta i utformingen av visjonen	Tjenesteyterne har mulighet til å delta i utforming av strategiske planer. Tjenesteyterne må kunne gi en beskrivelse av hvordan de gis mulighet til å delta – gjerne konkrete eksempler.
<b>S1.4</b>	Det defineres hvilke oppgaver den enkelte tjenesteyter må utføre for å bidra til å realisere visjonen	Det eksisterer et system for rapportering oppover i systemet knyttet til tjenestestedets/kommunens målsettinger.
<b>S2 Målvalsarbeid</b>		
<b>S2.1</b>	Det utformes mål for virksomheten	Målene må være skrittliggjort og oppdatert (siste 2 år). For å skåre 3 eller bedre må målene være forankret i overordnede målsettinger og omfatte mer enn økonomiske målsettinger (jfr. balansert målstyring).
<b>S2.2</b>	Målene gjøres kjent for tjenesteyterne	Tjenesteyterne må kunne redegjøre for målene.

Ref.	Arbeidsprosesser og -praksis	Beskrivelse
<b>S2.3</b>	Målene gjenspeiles i den praktiske tjenestetøyningen	Tjenesteleverandøren må kunne vise til rutiner som sikrer at informasjon gis i god tid før endringer. For å skåre 3 eller bedre må det informeres om klagemuligheter der dette er relevant.
<b>S2.4</b>	Tjenesteyterne deltar i utforming av mål	Tjenesteyterne har mulighet til å delta i utforming av mål. Tjenesteyterne må kunne gi en beskrivelse av hvordan de gis mulighet til å delta – gjerne konkrete eksempler.
<b>S2.5</b>	Mål for tjenestestedet gjøres kjent for administrasjonen	Ikke bare økonomiske mål.
<b>S2.6</b>	Avvik rapporteres ifht. prioriterte mål	Avviksrapportering gjennomføres. Dersom bare økonomiske mål rapporteres – skår 1
<b>S2.7</b>	Administrasjonen gir tilbakemeldinger på rapporterte resultater/-avvik	Dersom det bare gis tilbakemelding på økonomiske resultater/avvik – skår 1
<b>S2.8</b>	Prioriterte mål evalueres	Dersom bare økonomiske mål evalueres – skår 1.
<b>S2.9</b>	Det defineres hvem som skal gjennomføre evalueringen	

## Ledelse

<b>L1 Tilrettelegging for ledelse</b>		
<b>L1.1</b>	Det utarbeides en ledelsesfilosofi	Ledelsesfilosofien er skriftliggjort, det er definert krav til ledere.
<b>L1.2</b>	Det etableres støttesystemer for ledere	Leder må gi noen konkrete eksempler på støttesystemer. Leder må oppleve at vedkommende får støtte.
<b>L1.3</b>	Ledere får opplæring	Leder må kunne vise til konkrete opplærings tiltak. For å skåre 3 eller bedre må det være utarbeidet en opplæringsplan for leder som går ut over perioden som nysatt.
<b>L1.4</b>	Ledere får jevnlig veiledning	For å skåre 3 eller bedre må det være definert mål for veiledningen, veiledningen må være fast og det skal være satt av tid til veiledningen.
<b>L1.5</b>	Ledere belønnes for å nå oppsatte mål	For å skåre 3 eller bedre må leder i forkant vite hvilke gode vedkommende vil motta hvis du når egne/tjenestestedets mål.
<b>L1.6</b>	Det utarbeides forbedringsmål for leder	For å skåre 3 eller bedre bør målene være skriftliggjort og evalueres.
<b>L2 Utvikling av tjenestetilbudet</b>		
<b>L2.1</b>	Det legges til rette for tilbakemeldinger om forbedringsmuligheter	Tjenesteleverandøren må komme med eksempler på tiltak som er iverksatt for at tjenesteyterne skal komme med forslag til forbedringsmuligheter. Gi gjerne eksempler på tiltak som er gjennomført.
<b>L2.2</b>	Leder deltar i kommunen/bydelens beslutninger på et overordnet plan	Leder må delta i beslutninger som har å gjøre med kommunen/bydelen som helhet (se sitt eget tjenestetilbud)

Ref.	Arbeidsprosesser og -praksis	Beskrivelse
L2.3	Leder innhenter impulser fra andre	For eksempel at leder samarbeider med andre tjenester eller oppsøker annen kompetanse/andre miljøer ved behov.
L2.4	Leder iverksetter forbedringstiltak	Tjenesteleverandøren må komme med eksempler på konkrete tiltak som er iverksatt. For å skåre 3 eller bedre må minst to forbedringstiltak være igangsatt og effekten av disse evaluert.
L2.5	Leder gis mulighet til å drive utviklingsarbeid	Leder har mulighet til og avsetter tid til utviklingsarbeid.
<b>L3 Motivering og oppfølging av medarbeidere</b>		
L3.1	Leder er tilgjengelig og støttende i det daglige arbeidet	Det må gis konkrete eksempler.
L3.2	Medarbeiderne får konstruktive tilbakemeldinger fra leder	Det må gis konkrete eksempler.
L3.3	Tjenesteytere belønnes for ønsket atferd	Det må gis konkrete eksempler.
L3.4	Tjenesteyterne får nødvendig informasjon	Tjenesteyterne får riktig informasjon til riktig tid, ny informasjon gjøres kjent (endringer), gammel informasjon fjernes. Informasjonen skal være lett tilgjengelig. Systemet skal være kjent.
L3.5	Forventninger til tjenesteyterne avklares	Formidlet til tjenesteyterne (individuelt). For å skåre 3 eller bedre bør generelle forventninger/krav til tjenesteyterne være skriftliggjort, eventuelt ved bruk av stillingsbeskrivelser
L3.5	Leder delegerer oppgaver	Det må gis konkrete eksempler. For å skåre bedre enn 3 må det også legges spesielt til rette for at tjenesteyterne skal klare å løse oppgavene.
<b>Kompetanse</b>		
<b>K1 Opplæring</b>		
K1.1	Tjenesteyterne får opplæring	Det må være en opplæringsplan. For å skåre 3 eller bedre må opplæringsplanen være individuell og det må være et system for kontinuerlig oppfølging av tjenesteyternes kompetanse.
K1.2	Det gjennomføres evalueringer av tjenesteyternes kompetanse	Kan være alt fra oppfølgingsvakter til kompetansetester. For å skåre 3 eller bedre må det gjennomføres regelmessige evalueringer av tjenesteyternes kompetanse (minimum 1 gang i året).
K1.3	Tjenesteyternes kompetanse utvikles	For eksempel gjennom interne / eksterne kurs. Fagmøter. For å skåre 3 eller bedre må tjenesteyternes kompetanse utvikles, ikke bare vedlikeholdes.
K1.4	Det defineres hvem som er ansvarlig for å gi opplæring	Personer må navngis.

Ref.	Arbeidsprosesser og -praksis	Beskrivelse
K1.5	Det utarbeides rutiner for oppfølging av nyansatte	
K1.6	Det gjennomføres kompetansekartlegging	Det må redegjøres for metoden som er benyttet. For å skåre 3 eller bedre må resultatet være skriftliggjort.
K1.7	Det defineres kompetansebehov	Må være skriftliggjort for å skåre 3 eller bedre.
K1.8	Det iverksettes tiltak for å dekke kompetansebehov	Det må gis konkrete eksempler på hva som er gjort.
<b>K2 Utvikling av tjenestetilbudet</b>		
K2.1	Tjenesteyternes veiledningsbehov kartlegges	Det må redegjøres for hvordan veiledningsbehov er identifisert. For å skåre 3 eller bedre må resultatet være skriftliggjort.
K2.2	Tjenesteyterne får direkte veiledning på egen praksis	Veileder må være tilstede når jobben utføres. For å skåre 3 eller bedre må veiledningen foregå over noe tid.
K2.3	Tjenesteyterne gis mulighet for å diskutere egen praksis	Det må være etablert et fora hvor dette gjennomføres.
K2.4	Det etableres rutiner for debriefing	Må være skriftliggjort. Det må være definert hvem som er ansvarlig for å følge opp, samt tidspunkt for gjennomføring.
K2.5	Det utarbeides en veiledningsplan	Planen må være skriftliggjort. Det må være satt av tid i turnus til veiledning for å skåre 3 eller bedre.
K2.6	Det defineres hvem som er ansvarlig for veiledning blir gitt	Personer må navngis.
<b>Arbeidsmiljø</b>		
<b>A1 Styring av organisasjonskultur</b>		
A1.1	Organisasjonens verdier defineres	Må være skriftliggjort for å skåre eller bedre.
A1.2	Verdier/holdninger formidles til tjenesteyterne	Tjenesteyterne må delta i diskusjonen. For å skåre 3 eller bedre må verdier/holdninger/ønsket atferd diskuteres jevnlig
A1.3	Verdier/holdninger operasjonaliseres i ønsket atferd	Beskrivelser av ønsket atferd må være skriftliggjort for å skåre 3 eller bedre.
A1.4	Det iverksettes tiltak for å ivareta organisasjonskulturen	Det må gis eksempler på konkrete tiltak.

<b>Ref.</b>	<b>Arbeidsprosesser og -praksis</b>	<b>Beskrivelse</b>
<b>A1.5</b>	Tjenesteyterne evaluerer organisasjonskul- turen regelmessig	Konkrete beskrivelser av hvordan evalueringen foregår.
<b>A1.6</b>	Nyansattes inntrykk innhentes rutinemessig	Bør inngå i opplæringsplanen / -rutiner.
<b>A1.7</b>	Seleksjonskriterier ved ansettelse sikrer at nye tjenesteytere skal passe inn	Det tas hensyn til i hvilken grad nye tjenesteytere vil passe sammen med tjenestemottaker og arbeidsmiljø. For å skåre 3 eller bedre må ledelsen kunne gi en detaljert redegjørelse for seleksjonskriterier og kunne vise til eksempler.
<b>A2</b>	<b>Tilrettelegging av tjenesteyternes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø</b>	
<b>A2.1</b>	Det etableres en vernejeneste	Det må være oppnevnt et verneombud på tjenestestedet. Verneombudet har fått opplæring. Verne- runder gjennomføres minst en gang i året. Verneombudet har tid til å jobbe med vernearbeid.
<b>A2.2</b>	Det etableres rutiner for brannvern	Tjenesteyterne får jevnlig opplæring i rutiner. Brannøvelser gjennomføres.
<b>A2.3</b>	Det er rutiner for rapportering og oppfølging av personskader	Melding om personskader følger tjenestevei. Rutiner for rapportering av personskader er kjent for tjenesteyterne.
<b>A2.4</b>	Tjenestestedet har beredskap for akutte situasjoner	Det er utarbeidet prosedyrer for akutte situasjoner. Tjenesteyterne kjenner til disse prosedyrene.
<b>A2.5</b>	Det legges til rette for at tjenesteyterne skal ha nødvendig teknisk/praktisk utstyr	