



Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk

Utvalgte artikler om statistikk for kommunale tjenester

Publikasjonens tittel: Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk

Utgitt: Februar/2015

Bestillingsnummer: IS-2204

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling statistikk og kodeverk

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2204

Bidragstere: Julie Kjelvik (redaktør), avd. statistikk og kodeverk
Christopher N. Tønnesen, avd. utdanning og personell
Linda Haugan, avd. statistikk og kodeverk
Michael Kaurin, avd. omsorgstjenester
Randi Moen Forfang, avd. utdanning og personell
Solveig Marie Herbern, avd. statistikk og kodeverk
Terje Totland, avd. minoritetshelse og rehabilitering
Thorstein Ouren, avd. omsorgstjenester
Yvonne Solberg, avd. statistikk og kodeverk

Illustrasjon: © Johnér (illustrasjonsbilde)

FORORD

Helsedirektoratets "Følge-med-team for pleie- og omsorg og rehabilitering" ble opprettet i 2010. Teamet skal blant annet stimulere til økt bruk av statistikk og faktagrunnlag for de tjenesteområdene det dekker. Med bakgrunn i dette har teamet et mål om jevnlig å publisere en eller flere populærvitenskapelige artikler for å aktualisere kunnskapsgrunnlaget.

Denne gangen har gruppen valgt å publisere fem artikler som kan leses uavhengig av hverandre, men som har til felles at de blant annet bruker eksisterende datakilder for å belyse ulike temaer innenfor den kommunale omsorgstjenesten. Noen av artiklene peker i tillegg på områder hvor datagrunnlaget er fraværende eller ikke er godt nok til statistikk, og det blir beskrevet tiltak og målsetninger for å forbedre datakvaliteten.

Helsedirektoratet håper at artiklene kan være til inspirasjon for kommuner, helsemyndigheter og andre som har interesse for kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
SAMMENDRAG	5
1. KVALITETSINDIKATORER I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN	6
1.1 Innledning	6
1.2 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-systemet) – formål og målgrupper	6
1.3 Eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer	7
1.4 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer – rammer, forutsetninger og utfordringer	14
1.5 Utvikling/pilotering av nye nasjonale kvalitetsindikatorer	15
1.6 Avslutning	18
Litteraturliste	19
2. DIAGNOSER I OMSORGSTJENESTENE	20
2.1 Innledning	20
2.2 IPLOS-registeret	21
2.3 Diagnoseregistrering på nasjonalt nivå 2012-2013	22
2.4 Diagnosestatistikk for Harstad, Stange og Hadsel (2013)	23
2.5 Videre arbeid	29
Litteraturliste	30

3. HABILITERING OG REHABILITERING I KOMMUNENE	31
3.1 Innledning	31
3.2 Hvilken kunnskap får vi fra statistikken?	32
3.3 Lovgrunnlaget	35
3.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer	38
3.5 Helsedirektoratets mål	38
Litteraturliste	40
 4. PERSONELL I OMSORGSTJENESTENE	 41
4.1 Innledning	41
4.2 Omfanget av deltid	41
4.3 Ledelse	44
4.4 Sysselsatte innvandrere	47
Litteraturliste	51
 5. BRUK AV SYKEHUS BLANT MOTTAKERE AV KOMMUNALE OMSORGSTJENESTER	 52
5.1 Innledning	52
5.2 Fra kommunale hjemmetjenester til sykehus	52
5.3 Fra kommunalt institusjonsopphold til sykehus	54
5.4 Nytt av koblede data til statistikk	56
5.5 Juridiske krav og oppsummering	56

SAMMENDRAG

Rapporten inneholder fem artikler som kan leses uavhengig av hverandre, men som alle har det fellestrekk at de bruker statistikk fra kommunale helse- og omsorgstjenester. I en slik rapport er det ikke hensiktsmessig å inkludere tall for alle landets kommuner, og derfor blir tall presentert på fylkes- eller landsnivå.

Kapittel 1 omtaler arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Per i dag finnes det fire nasjonale kvalitetsindikatorer som synliggjør kommunale forskjeller i legetimer ved sykehjem, dekningsgrad for enerom ved sykehjem, kompetanse og utdanningsnivå blant personellet, samt sykefravær blant personellet. Helsedirektoratet arbeider videre med utvikling av nye nasjonale kvalitetsindikatorer, blant annet på områdene ernæring og legemiddelbruk.

I kapittel 2 beskrives et prosjekt Helsedirektoratet har gjennomført i samarbeid med tre kommuner. Tallene derfra viser at hjerte- og lungelidelser er en utbredt diagnose blant mottakere av omsorgstjenester, at demens er rapportert til registeret for 13 prosent av innbyggerne over 80 år og at psykisk utviklingshemmede mottar flest timer per uke. Diagnoser rapporteres ennå ikke godt nok av kommunene til IPLOS-registeret.

Kapittel 3 omhandler rehabilitering og habilitering i kommunene. Antallet mottakere av rehabilitering utenfor institusjon har vært stabilt de siste årene, mens det har vært en vekst i mottakere av tidsbegrenset opphold til habilitering/rehabilitering. I alt 9 prosent av mottakere av omsorgstjenester er registrert med individuell plan og de aller fleste er yngre mottakere. Det mangler imidlertid data som sier noe om rehabiliteringstilbudenes omfang, varighet og innhold.

I kapittel 4 redegjøres for utvalgte trekk ved personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2007-2013. Tre tema belyses i kapitlet: bruk av deltid, ledelse i sektoren og innvandrersarbeid. Bruk av deltid varierer mye mellom kommunene – Agderfylkene har lavest andel sysselsatte i heltid. Ledelsesutfordringene i sektoren er omfattende med få ledere og rekrutteringsproblemer. Andelen innvandrere blant personellet øker for hvert år.

Kapittel 5 gir smakebiter av statistikk fra en koblet fil mellom Norsk pasientregister og IPLOS-registeret. Å følge pasienter mellom tjenestenivåene i statistikken vil være sentralt for å kunne gi kunnskap og og kunne forbedre helsetjenestene for pasientene. Per i dag blir ikke datakilder koblet på individnivå for statistikkformål i vesentlig omfang. Dette er omfattende arbeid og begrensninger i bruk av data ligger i regelverk og forskrifter.

1. KVALITETSINDIKATORER I PLEIE- OG OMSORGTJENESTEN

Helsemyndighetene ønsker at pasienter, brukere, pårørende og befolkningen generelt skal få bedre kunnskap om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Kartlegging av og åpenhet rundt kvaliteten på tjenestene er også nødvendig for lokalt forbedringsarbeid, for lokale beslutningstakere, samt for sentrale myndigheter i deres politikkutforming.

1.1 Innledning

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles.

Kvalitetsindikatorer kan for eksempel brukes til å følge med på helse- og omsorgstjenestens bruk av ressurser, dens struktur og organisasjon, pasient-/brukerforløpet og resultater. Informasjonen som samles inn er ofte knyttet til økonomiske investeringer og resultater i form av aktivitet og produktivitet. Det er en utfordring å finne god, systematisk og sammenlignbar informasjon om kvalitet på de tjenester brukere og pasientene har fått.

Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer

- *Strukturindikatorer*
 - rammer og ressurser, kompetanse m.m.
- *Prosessindikatorer*
 - aktiviteter i pasientforløp for eksempel diagnostikk
- *Resultatindikatorer*
 - overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.

1.2 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-systemet) – formål og målgrupper

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-systemet) ble etablert i mars 2012. Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal være et hjelpemiddel for kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og gi pasienter og brukere et grunnlag for å ivareta sine rettigheter.

NKI-systemet har flere formål og målgrupper, og skal:

- **gi helsepersonell** i helse- og omsorgstjenesten et grunnlag og incitament til å drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid
- gi **brukerne** mulighet til å velge sykehus på et kvalifisert og informert grunnlag
- gi **ledere og eiere** på alle nivå et godt styringsgrunnlag
- gi **politisk ledelse** grunnlag for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten
- bidra til åpenhet og informasjon ut mot **offentligheten**

Den nasjonale kvalitetsstrategien (Sosial- og helsedirektoratet 2005) slår fast at god kvalitet på helse- og omsorgstjenesten betyr at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

NKI-systemet er fortsatt under utvikling. Det er en målsetting at det skal utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer langs alle de seks ulike dimensjonene for kvalitet. I 3-årig handlingsplan 2014–2017 for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, omtales blant annet utvikling, publisering og revidering av nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet 2014).

Nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres på www.helsenorge.no.

1.3 Eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer

Per i dag publiseres det fire nasjonale kvalitetsindikatorer inne pleie- og omsorgssektoren på helsenorge.no. Disse publiseres årlig. Under redegjøres det for hver av disse.

Legetimer per uke per beboer i sykehjem

Det er kun sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie som krever organisert legetjeneste. Tjenestetilbudet i sykehjem forutsetter innsats fra ulike faggrupper. Det er antatt en sammenheng mellom omfanget av legetjenester og kvaliteten på det totale tjenestetilbudet.

Hva som er forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil avhenge av ulike forhold som f. eks. pasientenes behov, hvilke oppgaver sykehjemmet skal dekke (for eksempel spesialiserte skjermede enheter for pasienter med demens, for pasienter med psykiske lidelser og pasienter i palliativ omsorg), størrelse og organisering av tjenestetilbudet i kommunen for øvrig, forholdet mellom antall boliger der det ytes heldøgns tjenester og antall langtidsplasser på sykehjem, omfang og sammensetning av kompetansen.

Det finnes i dag ingen statlig norm eller sentralt måltall som kommunene skal følge. Det er opp til den enkelte kommune å fastsette en lokal norm for legedekning (Sosial- og helsedirektoratet 2007, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

På landsbasis har gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem økt gradvis fra 2008 til 2013, fra 0,33 timer til 0,46 timer. Det er relativt store variasjoner mellom fylkene og mellom kommunene. I 2013 hadde Nord-Trøndelag den lavest dekningen med 0,31 timer per beboer. Østfold hadde den høyeste med 0,63 timer. Mellom kommunene var det en spredning fra 0,05 timer til 1,8 timer.

Tabell 1.1: Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem, fylkes- og landssnitt. 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Østfold	0,46	0,44	0,43	0,46	0,50	0,63
Akershus	0,29	0,30	0,32	0,36	0,42	0,44
Oslo	0,33	0,40	0,43	0,42	0,42	0,43
Hedmark	0,25	0,25	0,28	0,31	0,31	0,34
Oppland	0,28	0,31	0,35	0,44	0,52	0,55
Buskerud	0,38	0,37	0,41	0,48	0,58	0,62
Vestfold	0,36	0,36	0,31	0,36	0,38	0,55
Telemark	0,27	0,23	0,27	0,35	0,37	0,48
Aust-Agder	0,36	0,35	0,36	0,40	0,45	0,50
Vest-Agder	0,45	0,27	0,32	0,37	0,38	0,35
Rogaland	0,38	0,43	0,44	0,46	0,49	0,50
Hordaland	0,42	0,42	0,46	0,45	0,50	0,53
Sogn og Fjordane	0,28	0,25	0,26	0,29	0,36	0,37
Møre og Romsdal	0,26	0,29	0,30	0,33	0,38	0,41
Sør-Trøndelag	0,31	0,31	0,34	0,34	0,36	0,39
Nord-Trøndelag	0,27	0,26	0,30	0,30	0,31	0,31
Nordland	0,30	0,31	0,38	0,38	0,45	0,47
Troms	0,29	0,33	0,33	0,39	0,40	0,45
Finnmark	0,43	0,37	0,42	0,44	0,40	0,44
Landet	0,33	0,34	0,37	0,39	0,43	0,46

Kilde: www.helsenorge.no/ssb.no

Lokal kunnskap er ofte en forutsetning for å kunne tolke tallene. Dersom to kommuner samarbeider om legetjenester kan det i noen tilfeller medføre at en av kommunene i statistikken kommer ut med null timer legetjenester pr. innbygger, mens den kommunen de samarbeider med får et for høyt legedekningstall. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet, og gir ikke nødvendigvis et riktig og komplett bilde av tjenesten i kommunen. Alle kommunene skal ha egne lokale normer for legedekning på sykehjem. Indikatoren for den enkelte kommune er mest interessant sett opp mot denne normen.

Andel plasser i tilrettelagt enerom med bad/wc

Formålet med denne indikatoren er å måle oppfyllelsen av bestemmelser om tilpasning av rom ut fra beboers behov, jf. forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3, annet ledd. Indikatoren uttrykker kommunens bostandard for institusjonsbeboere.

I 2008 var andelen tilrettelagte enerom med eget bad/WC på landsbasis 63,9 prosent, mens den i 2013 var økt til 79,9 prosent. Det er store variasjoner mellom fylkene. Vest-Agder har siden 2010 hatt den høyeste andelen. I 2013 var andelen i Vest-Agder på 96,2 prosent, mens andel i Oslo var på 64,4 prosent. Det er større forskjeller mellom kommunene enn det er mellom fylkene. I kommunene varierer andelen tilrettelagte enerom mellom to og hundre prosent.

Tabell 1.2: Andel plasser i tilrettelagt enerom med bad/wc, fylkes- og landssnitt. 2008-2013.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Østfold	69,2	70,0	80,3	82,4	81,7	83,1
Akershus	74,5	77,8	82,9	81,9	80,2	81,4
Oslo	47,0	37,9	50,2	53,0	49,4	64,4
Hedmark	46,5	51,5	81,4	85,5	81,8	85,2
Oppland	55,9	58,6	61,4	63,7	69,6	77,8
Buskerud	59,8	67,3	86,0	85,0	85,6	85,0
Vestfold	69,3	67,1	70,4	78,8	82,0	83,7
Telemark	64,4	49,5	75,5	75,1	70,2	68,9
Aust-Agder	67,0	65,7	62,5	88,7	87,9	88,7
Vest-Agder	90,6	71,0	97,3	98,1	95,0	96,2
Rogaland	72,7	65,0	79,9	81,6	83,9	83,9
Hordaland	67,5	69,3	82,3	82,8	87,7	87,1
Sogn og Fjordane	70,8	66,5	85,5	86,0	83,9	82,1
Møre og Romsdal	65,2	60,0	80,6	79,4	81,1	80,4
Sør-Trøndelag	53,3	35,2	72,5	66,0	66,2	67,3
Nord-Trøndelag	64,3	69,0	78,3	78,3	81,0	80,7
Nordland	73,0	76,0	84,9	84,7	82,1	83,9
Troms	60,8	45,9	81,2	84,7	84,9	82,4
Finnmark	64,3	50,7	71,3	74,6	70,8	70,0
Landet	63,9	60,2	76,0	77,5	77,5	79,9

Kilde: www.helsenorge.no/ssb.no

Indikatoren påvirkes av kommunens valg av modell for pleie- og omsorgstjenestene, hjemmebaserte tjenester/institusjoner og/eller boformer. Mengden av kortids- og langtidsplasser i kommunen vil også påvirke behovet for tilrettelagte enerom med bad og wc. Kommuner med mange korttidsplasser vil ha mindre behov for bad og wc på alle rom. Leie/utleie over kommune-/bydelsgrenser eller i kombinasjon med statlige plasser kan gi et annet romtilbud til kommunens/bydelens innbyggere enn det indikatoren viser.

Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning totalt, med fagutdanning fra videregående skole, og med fagutdanning fra høgskole eller universitet

Målet er at andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning på universitets- og høgskolenivå skal være 34 prosent innen utgangen av 2015 (St.meld. nr. 25 2005-2006).

Kompetanse er en viktig forutsetning for å nå kvalitetsstrategiens mål om tjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Kompetansebehovet i pleie- og omsorgstjenestene vil variere avhengig av tjenestemottakerens individuelle behov. Det antas å være en sammenheng mellom kvaliteten på tjenestene som ytes og tjenesteyternes kompetanse. Indikatoren uttrykker formell kompetanse hos personellet.

Årsverksinnsatsen til yngre brukere har økt. Samtidig har den medisinske behandlingen økt både i omfang og kompleksitet. Dermed øker også behovet for kompetanse i forskjellige profesjonsgrupper i pleie- og omsorgstjenesten. For eksempel er det behov for økt kompetanse innenfor områder som ernæring, psykisk helse, rus, habilitering/rehabilitering, hjelp til egenmestring, forebygging og helsefremmende arbeid. Indikatoren viser andelen med fagutdanning fra videregående skole, andelen med fagutdanning fra universitet- og høyskole og andelen med fagutdanning samlet sett (både videregående og universitet- og høyskole).

Andelen årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning har samlet sett økt fra 72 prosent i 2008 til 74 prosent i 2013. Mens andel årsverk utført av ansatte med fagutdanning fra videregående skole har sunket fra 42 prosent til 41 prosent i perioden, har det vært en økning i andelen årsverk utført av ansatte med høyere utdanning fra 20 prosent til 34 prosent.

I 2013 var det Trøndelagsfylkene og Agderfylkene som totalt sett hadde høyeste andel ansatte med fagutdanning, mens Oslo hadde den laveste. Åtte fylker, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Hordaland, Oslo, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Troms nådde i 2013 målet om at minst 34 prosent av de ansatte skal ha utdanning på universitets- og høyskolenivå.

Lokale variasjoner i arbeidsmarkedet kan være en medvirkende forklaring på geografisk variasjon. For eksempel kan nærhet til sykehus gi større konkurranse om faglært personell. Kommunestørrelse kan også påvirke rekrutteringen av fagutdannet personell. Bildet av andelen med fagutdanning kan være feil for kommuner som benytter seg av innleid arbeidskraft for eksempel gjennom vikarbyråer. Vikarer er ikke med i registeret som danner grunnlaget for å beregne andelen. Også feil eller mangelfull registrering av personellens arbeidsforhold kan gi et feil bilde av kommunens personell og kompetansesammensetning.

Tabell 1.3: Andelen årsverk i pleie- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning, fylkes- og landssnitt. 2013.

	Fagutdanning - Totalt	Fagutdanning - videregående nivå	Fagutdanning - univ./høgskolenivå
Østfold	75	41	33
Akershus	71	37	33
Oslo	69	33	36
Hedmark	75	44	31
Oppland	77	45	32
Buskerud	72	44	28
Vestfold	72	39	33
Telemark	77	46	30
Aust-Agder	82	45	37
Vest-Agder	79	44	35
Rogaland	76	39	37
Hordaland	75	38	37
Sogn og Fjordane	71	38	33
Møre og Romsdal	76	42	33
Sør-Trøndelag	79	45	34
Nord-Trøndelag	80	43	37
Nordland	75	43	32
Troms	72	38	34
Finnmark	71	39	32
Landet	74	41	34

Kilde: www.helsenorge.no/ssb.no

Andel sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste

Sykefravær anses å ha innvirkning på kvaliteten på tjenestene. Dersom det ikke settes inn vikar, medfører fravær at det blir mindre tid til hver enkelt tjenestemottaker. Ved vikarinnsats er det fare for at viktig erfaring går tapt eller må opparbeides på nytt over tid. Høyt sykefravær kan også skape usikkerhet i hverdagen for mange tjenestemottakere.

Sykefraværet kan påvirkes av andelen som har kortere deltidsstillinger, begrunnet i forhold som jobbtilfredshet, følelse av tilknytning til arbeidsplassen og engasjement og/eller motivasjon. Nedbemanning, ubesatte stillinger og hyppig utskiftning av personalet, samt stort omfang av kvelds- og nattarbeid kan også øke sannsynligheten for sykefravær.

Sykefravær presenteres som en kvalitetsindikator med følgende ni måltall:

- Sykefravær (totalt institusjon og hjemmeboende)
 - Samlet
 - Legemeldt
 - Egenmeldt
- Sykefravær - institusjon
 - Samlet
 - Legemeldt
 - Egenmeldt
- Sykefravær - hjemmeboende
 - Samlet
 - Legemeldt
 - Egenmeldt

I perioden 2007-2013 har landsgjennomsnittet for det samlede sykefraværet ligget mellom 11-12 prosent blant personalet som yter brukerrettede tjenester innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er variasjoner mellom fylkene. Mens Agderfylkene og Sogn og Fjordane jevnt over ligger under landssnittet ligger for eksempel Østfold og Troms i hele perioden et stykke over landssnittet. Variasjon i det samlede sykefraværet mellom kommunene lå i 2013 mellom 1,3 til 2,6 prosent.

I 2013 var andel legemeldt sykefravær på landsbasis 10,2 prosent, mens det egenmeldte sykefraværet var på 1,3 prosent.

Tabell 1.4: Samlet sykefravær (egenmeldt og legemeldt). Fylkes- og landssnitt. 2007-2013.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Østfold	13,0	12,7	12,8	13,2	13,4	13,2	13,1
Akershus	12,2	12,3	11,5	11,8	12,1	12,0	11,6
Oslo ¹							11,4
Hedmark	12,2	12,2	12,1	12,0	12,4	12,5	12,0
Oppland	13,4	12,9	12,4	12,6	12,9	12,9	12,3
Buskerud	11,2	11,9	11,0	11,8	11,6	11,1	10,9
Vestfold	12,4	10,3	10,3	9,5	10,6	10,8	11,1
Telemark	12,3	12,2	11,4	10,8	11,3	11,5	11,7
Aust-Agder	9,4	9,2	9,3	9,0	10,1	10,8	10,3
Vest-Agder	11,0	10,8	10,8	10,5	10,6	10,4	10,0
Rogaland	9,2	9,2	9,3	9,3	9,3	9,3	9,2
Hordaland	12,4	11,4	11,2	10,9	12,2	11,5	10,5
Sogn og Fjordane	10,5	10,5	9,8	10,9	10,7	10,7	10,2
Møre og Romsdal	12,0	11,8	11,7	11,0	11,6	11,4	11,4
Sør-Trøndelag	12,0	12,1	12,4	11,3	12,3	11,3	12,2
Nord-Trøndelag	11,8	13,3	14,1	11,9	12,7	12,7	12,7
Nordland	13,6	11,9	11,6	12,0	11,8	12,3	12,5
Troms	12,0	12,8	13,6	13,9	13,6	14,0	13,2
Finnmark	13,4	13,7	13,8	13,7	12,0	11,7	12,9
Hele landet	11,9	11,7	11,5	11,4	11,7	11,6	11,5

Kilde: [www.helsenorge.no/Kommunesektorens organisasjon](http://www.helsenorge.no/Kommunesektorens_organisasjon)

¹ Oslo kommune mangler data før 2013. Det skyldes problemer i forbindelse med omlegging til nytt lønns- og personalsystem i Oslo kommune.

1.4 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer – rammer, forutsetninger og utfordringer

I 3-årig handlingsplan 2014–2017 for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, gjenspeiles innsatsområdene for å utvikle, publisere og revidere nasjonale kvalitetsindikatorer. For og kunne bruke nasjonale kvalitetsindikatorer til måling, sammenlikning og benchmarking utvikles de nasjonale kvalitetsindikatorene etter standardiserte prosesser og metoder.

De nasjonale kvalitetsindikatorene skal være betydningsfulle, vitenskapelig begrunnet, nyttige, gjennomførbare og skal publiseres jevnlig.

En forutsetning for publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer er tilgjengelige datakilder. På områder der det ikke finnes nasjonale registre med strukturert data, vil utvikling av nye kvalitetsindikatorer være ressurs- og tidkrevende, samt kunne kreve endringer i både EPJ-systemer, helsefaglige kodeverk, elektronisk meldingsstandard og registre.

Særskilte utfordringer knyttet utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal helse- og omsorgssektor

I KI-arbeidsgruppen for pleie- og omsorgs rapport fra 2013 refereres det til særskilte utfordringer og flaskehalser knyttet til å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer innen for pleie- og omsorgsfeltet. I rapporten vises det til tre hovedutfordringer (Helsedirektoratet 2012, IS-2165).

En første utfordring er dagens journal- og fagsystemer innenfor primærhelsetjenesten. Det kreves til dels betydelige strukturelle endringer i dagens systemer. Fagsystemene må i større grad bygges opp rundt pasienten/brukeren og pasientforløpet. Nødvendig dokumentasjon må i større grad standardiseres. Standardene som brukes må samordnes mellom ulike tjenester slik at informasjon kan utveksles på en god måte mellom ulike aktører. Tempoet i arbeidet med IKT-utvikling i sektoren vil påvirke mulighetsrommet for videre utvikling av bedre og mer systematisk dokumentasjon og utvikling av indikatorer.

Det er videre vanskelig å drøfte standardiseringsarbeid og indikatorutvikling innenfor kommunale tjenester uten å se det i lys av rammebetingelsene for tjenesteproduksjon i kommunene. Prinsippet om kommunalt selvstyre betyr i praksis at staten i svært liten grad har mulighet til å utvikle standarder eller normer som styrer kommunenes organisering av og prioritering av ressurser til helse- og omsorgstjenestene.

En tredje utfordring er statens mulighet til å sørge for at nødvendige endringer blir gjort i fagsystemene i alle kommuner, at kommunene tar nye dokumentasjonsrutiner i bruk og at datagrunnlaget blir brukt. Her vil finansiering, prioritering og opplæring/kompetanse være utfordrende elementer. Videre må tallgrunnlaget tas i bruk lokalt, kvalitetsdata må etterspørres like rutinemessig som øvrige styringsdata og være en del av beslutningsgrunnlaget til politiske-, administrative- og tjenesteledere i kommunen.

1.5 Utvikling/pilotering av nye nasjonale kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer for ernæring

Helsedirektoratets retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring (IS-1580) skal bidra til at underernærte og personer i ernæringsmessig risiko blir identifisert og får en målrettet ernæringsbehandling. Retningslinjene gir informasjon om årsaker, forekomst og konsekvenser av underernæring, samt effekten av ernæringsbehandling. Retningslinjene omfatter sykehus, sykehjem og andre tilsvarende institusjoner i pleie og omsorgstjenesten, samt hjemmesykepleien.

Retningslinjene tydeliggjør kravet om at alle som møter helse- og omsorgstjenesten skal få vurdert ernæringsstatus. Retningslinjene gir videre oppdaterte kriterier for bruk av underernæringsdiagnoser. Den mest sentrale anbefalingen er at dokumentasjonen om ernæringsstatus er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud og en forutsetning for å sette inn riktige tiltak.

Ernæring har vært et prioritert område for utvikling av kvalitetsindikatorer, og det er foreslått implementert flere nasjonale kvalitetsindikatorer, se nedenfor. Indikatorer som omhandler ernæringsstatus og resultater av ernæringskartlegginger skal konkretiseres og piloteres gjennom et eget forprosjekt som startet opp høsten 2014 og som skal avsluttes våren 2015.

Andel pasienter/brukere med kartlagt ernæringsstatus

Indikatoren skal skille mellom henholdsvis beboere i sykehjem og mottakere av hjemmebaserte tjenester. Indikatoren skal dokumentere hvor stor andel av brukerne som ved tjenestestart og deretter periodisk får kartlagt ernæringsstatus. Det finnes en rekke ulike verktøy for kartlegging.

Andel pasienter/brukere i ernæringsmessig risiko/underernæring

Indikatoren viser resultatet av kartlegging av ernæringsstatus. Indikatoren vil vise hvor stor andel som har en status eller utvikling som ligger under de verdiene som faglig sett anses som forsvarlige. Som oppfølging kan det også være relevant å kartlegge hvor mange i risikogruppen som har fått en ernæringsplan og også hvor mange som, etter tiltak, har oppnådd en vektstabilitet/vektoppgang.

Andel sykehjem som kan dokumentere at nattfasten ikke overstiger 11 timer

Nattfaste defineres som tid mellom siste faste måltid på kveld og første faste måltid neste dag. Lange perioder mellom hvert faste måltid er en av de dokumenterte faktorene som gjør eldre sykehjemsbeboere sårbare for underernæring. I Norge anbefales det at lengden på nattfasten ikke bør overstige elleve timer for eldre bosatt i sykehjem.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for legemidler

Helsedirektoratets veileder om legemiddelgjennomgang (IS-1998) er utviklet for alle omsorgsnivå og skal brukes for å bidra til bedre legemiddelbehandling. I det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet brukes veilederen i spredning av tiltak innen tiltaksområdet «riktig legemiddelbruk». Veilederen beskriver en systematisk fremgangsmåte for å gjennomføre legemiddelgjennomganger og den gir anbefalinger om hvordan arbeidet med legemiddelgjennomganger kan gjennomføres. Avhengig av pasientgruppe og hvilke helsepersonellgrupper som er involvert, må rutiner for legemiddelgjennomganger tilpasses og utvikles på hvert enkelt behandlingssted. Rutinene som utarbeides vil utgjøre en del av behandlingsstedets internkontrollsystem.

Systematisk legemiddelgjennomgang iht. Veileder IS-1998 legger grunnlaget for god legemiddelbruk. Det er foreslått to nye nasjonale kvalitetsindikatorer for å følge med på omfanget av legemiddelgjennomganger både for hjemmeboende og beboere i institusjon, se nedenfor. De to nye forslagene skal konkretiseres og piloteres gjennom et eget forprosjekt.

Andel beboere med vedtak om langtidsopphold i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.

Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år), med vedtak om medikamentadministrasjon, som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste tolv måneder.

Videre er det anbefalt en ny indikator for polyfarmasi (overdreven eller unøddig anvendelse av mange legemidler). Indikatoren er i tråd med internasjonale anbefalinger, blant annet gjennom arbeid i regi av Nordisk Ministerråd.

Andel eldre (≥65 år) som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel.

Det er foreslått at denne indikatoren kan utvikles gjennom kobling av IPLOS- og Reseptregisteret. Det skal jobbes videre med dette.

Flere indikatorer

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra HOD å utarbeide veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og foreslå nye nasjonale kvalitetsindikatorer og aktivitetsdata.

Helsedirektoratet jobber også med utvikling av retningslinjer og veileder på demensområdet. Disse skal være ferdige i 2015. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer ligger som et deloppdrag i dette arbeidet.

Det jobbes også videre med å se på mulighetene for utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer innen områdene:

- *Avlyste hjemmebesøk som skyldes tjenesten*
- *Antall tjenesteytere per bruker*
- *Bruken av korttidsplasser i institusjon*
- *Tid fra vedtak om tjeneste til tjenesten er iverksatt*
- *Fall/fallforebygging*
- *Trykksår*
- *Turnover*
- *Helsefremmende arbeid i kommunen*

Tilgang på nasjonale data vil være en viktig faktor for å prioritere utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor disse områdene.

1.6 Avslutning

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er et tjenesteområde preget av behov for helhetlig og langsiktig planlegging. Brukerne har gjerne omfattende og sammensatte tjenester i et livsløpsperspektiv, med fokus på funksjon og ikke enkeltdiagnoser. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer må ta hensyn til dette.

Utvikling av indikatorer i primærhelsetjenesten krever en god balanse mellom tjenestens faglige vurderinger av nødvendige og forsvarlige tjenester og brukerens egne ønsker og behov. Brukers opplevelse av livskvalitet og mål for egen helse må veie tungt. Kvalitet sett med brukerens øyne er det grunnleggende. Gjennom sin tjenesteyting skal kommunene bidra til at de som mottar tjenestene opplever å ha god livskvalitet og et meningsfullt liv. Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for primærhelsetjenesten må ta utgangspunkt i kvalitetsstrategiens definisjon av kvalitet.

Det finnes i dag i liten grad retningslinjer og veiledere innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er videre begrenset med evidensbasert kunnskap, og mye er rettet mot det institusjonsbaserte tilbudet. Det finnes heller ikke noe helhetlig sentralt helseregister for primærhelsetjenesten og heller ingen etablerte kvalitetsregistre. Utvikling av nye nasjonale kvalitetsindikatorer vil i hovedsak bety at det må legges til rette for nye registreringer i kommunenes journal- og fagsystemer. Dette krever et betydelig og langsiktig utviklingsarbeid. Samtidig jobbes det også på kort sikt med å gå gjennom eksisterende datagrunnlag med tanke på mulige nye indikatorer.

Prinsippet om kommunalt selvstyre betyr i praksis at staten i svært liten grad har mulighet til å utvikle standarder eller normer som styrer kommunenes organisering av og prioritering av ressurser til helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet med å utvikle indikatorer vil derfor gjøres i nært samarbeid med kommunesektoren. Arbeidet skal utføres i tråd med standardiserte prosesser beskrevet i nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Litteraturliste

Helsedirektoratet (2009): *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*; IS-1580

Helsedirektoratet (2010): *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten*; IS-1878

Helsedirektoratet (2012): *Veileder om legemiddelgjennomganger*; Veileder IS-1998

Helsedirektoratet (2012): *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg desember 2013*; Rapport IS-2165

Helsedirektoratet (2014): *3-årig handlingsplan 2014-2017. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*; Rapport IS-2228

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem*; Rundskriv 16/3 207

Kunnskapssenteret (2010): *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten*; Rapport nr.16 2010

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for forbedring i Sosial- og helsetjenesten*; IS-1162 Veileder

2. DIAGNOSER I OMSORGSTJENESTENE

Diagnoser rapporteres ennå ikke godt nok av kommunene til IPLOS-registeret. Helsedirektoratet har gjennomført et diagnoseprosjekt for IPLOS-registeret med tre kommuner. Tallene derfra viser at hjerte- og lungelidelser er en utbredt diagnose blant mottakere av omsorgstjenester, at demens er rapportert til registeret for 13 prosent av innbyggerne over 80 år og at psykisk utviklingshemmede mottar flest timer per uke. Artikkelen viser eksempler på hvordan diagnosedata kan gi ny kunnskap og statistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester.

2.1 Innledning

Denne artikkelen er basert på rapporten «Diagnoser i IPLOS-registeret – et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord» (Helsedirektoratet IS-0427, 2014). Rapporten er dokumentasjon for fase 1 i arbeidet med forbedring av diagnoser i IPLOS-registeret (Individuell pleie- og omsorgsstatistikk). Det langsiktige målet er at IPLOS-registeret skal inneholde relevante diagnoser for alle mottakere av omsorgstjenester i kommunene.

Per i dag finnes ingen diagnosespesifikk statistikk over mottakere av kommunenes omsorgstjenester. Formålet med denne artikkelen er å belyse hvordan IPLOS-registeret kan nyttiggjøres til å utvikle ny statistikk som vil gi ny informasjon om tjenestene og tjenestemottakerne til bruk for blant annet kommuner og helsehelsemyndigheter.

Ny statistikk basert på diagnoser kan bidra til å:

- følge utviklingen i behov og tiltak for brukergrupper med særskilt fokus (eks. utviklingshemning, psykiske lidelser, demens, nevrologiske sykdommer/skader).
- følge utviklingen og oppfølgingen av handlingsplaner, reformer og retningslinjer.
- følge brukergrupper som omsorgstjenestene får ansvaret for, for eksempel gjennom endringer i spesialisthelsetjenesten, hvilke behov disse gruppene har og utvikling over tid.
- Få bedre forståelse av variasjoner i ressursbruk mellom brukergrupper.
- Belyse hvilke helseproblem som er av størst betydning for brukernes evne til å utføre egenomsorg og dagliglivets gjøremål og dermed bistandsbehovet.
- Forbedre statistikkgrunnlaget for lokal planlegging.
- Forbedre statistikkgrunnlaget for sentrale myndigheter som planlegger kompetanse og dimensjonering av tjenestene.

2.2 IPLOS-registeret

IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. IPLOS-registeret er utviklet for at helsemyndighetene nasjonalt, regionalt og lokalt:

- kan utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkeres/tjenestemottakeres bistandsbehov
- skal kunne følge med på utviklingen innenfor helse- og omsorgsektoren

Statistikk fra registeret blir publisert årlig, på nett og i rapport (www.ssb.no/pleie, Mørk m.fl. 2013). Kvaliteten i registeret er dokumentert i rapport (Gabrielsen 2014).

Diagnoseopplysninger som kommunen oversender IPLOS-registeret er innhentet i forbindelse med det ordinære samarbeid mellom legen som behandler og helse- og omsorgstjenesten. Diagnose har vært inkludert som variabel i registeret siden 2007, men har aldri vært utnyttet som nasjonal statistikk grunnet lav rapporteringsprosent.

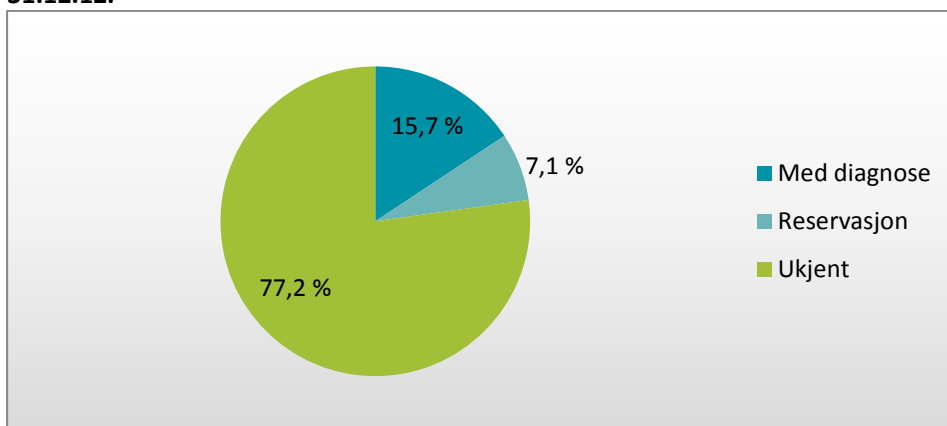
Helsedirektoratet har etablert et prosjekt for å forbedre diagnoserapporteringene til IPLOS-registeret. Tre kommuner var tilknyttet prosjektet fra høsten 2013 og kommunene la ned ekstra innsats for å registrere diagnoser på tjenestemottakerne i egen kommune. Kommunene sendte inn data til IPLOS-registeret i januar 2014. I denne artikkelen er resultater fra Harstad og Stange kommune inkludert, mens Sandefjord, som var den tredje pilotkommunen, hadde tekniske utfordringer knyttet til innsending av diagnoser og er dermed ikke inkludert i analysen. I stedet er resultater fra Hadsel kommune tatt med. Årsaken til dette er at i Hadsel har høy rapportering av diagnose for kommunens tjenestemottakere.

Tabellene som presenteres i dette kapitlet må ses på som et første ledd i arbeidet med å bygge opp en diagnosestatistikk basert på IPLOS-registeret.

2.3 Diagnoseregistrering på nasjonalt nivå 2012-2013

Diagnoseopplysninger er svært ufullstendige i IPLOS-registeret. Tall fra 2012 viser at av 272 057 tjenestemottakere på landsbasis er kun 15,7 prosent rapportert til registeret med en diagnose, 7,1 prosent har reservert seg mot innsending av diagnoseopplysninger til IPLOS-registeret, mens resterende 77,2 prosent av brukerne er det ingen opplysninger i registeret om hverken diagnoser eller reservasjon. Diagnoseopplysninger er svært etterspurt både av forskere og som styringsdata, men før opplysningene kan nyttiggjøres og betraktes som representative må antall tjenestemottakere med rapportert diagnose øke.

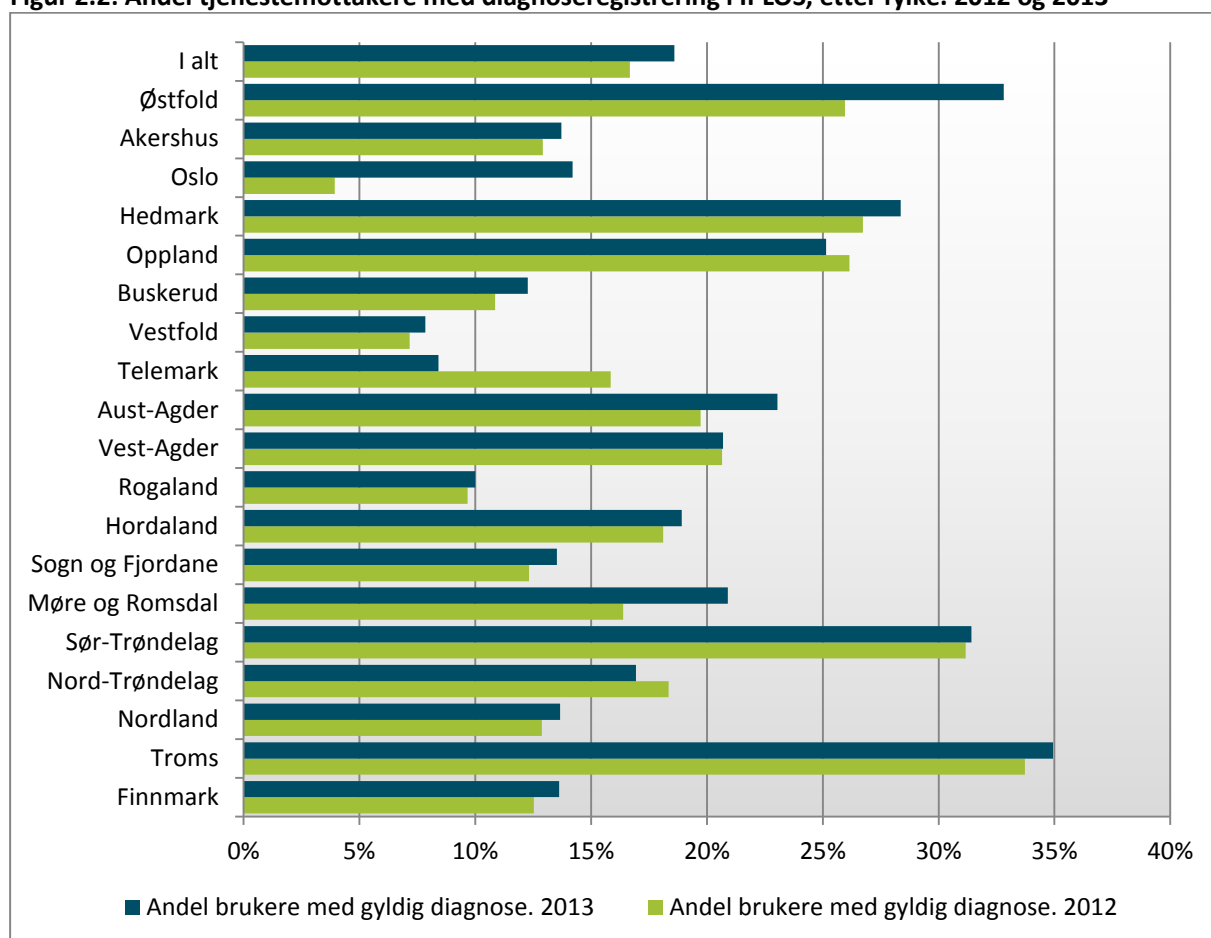
Figur 2.1: Andel tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret, n=272 057, per 31.12.12.



Kilde: IPLOS-registeret

Andelen tjenestemottakere med diagnose i registeret økte fra 15,7 til 18,6 prosent fra 2012 til 2013. Størst fremgang er det i Oslo, Østfold og Møre og Romsdal, mens i Telemark går andelen ned. Årsaken til nedgangen er en kommune som har byttet fagsystem/elektronisk pasientjournal i løpet av året.

Figur 2.2: Andel tjenestemottakere med diagnoseregistrering i IPLOS, etter fylke. 2012 og 2013



Kilde: IPLOS-registeret

2.4 Diagnosestatistikk for Harstad, Stange og Hadsel (2013)

Grunnlagsdata for kommunene

Sammenlignet med de fleste andre kommuner har Stange, Harstad og Hadsel en høy andel med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret. Mens andelen på landsnivå er på 19 prosent, er andelen for disse tre kommunene på mer enn 70 prosent. Dette gjør det mulig å lage statistikk med en viss grad av sikkerhet om at resultatene er representative for de kommunene det gjelder. Det er imidlertid ikke grunnlag til å trekke slutninger for andre kommuner eller for landet som helhet ut fra dette datagrunnlaget.

I alt har de tre kommunene 2 307 tjenestemottakere med diagnoseopplysninger i IPLOS-registeret per 31.12.2013. Det er anledning til å rapportere inn flere relevante diagnoser per tjenestemottaker til IPLOS-registeret. Harstad har eksempelvis i gjennomsnitt 4,6 diagnoser per mottaker. I det videre arbeidet med diagnosestatistikk bør omfanget for at enkelte tjenestemottakere er rapportert med svært mange diagnoser analyseres. Fra- og til-dato skal

registreres også for diagnoser, og det bør undersøkes om hvordan datoregistering praktiseres av kommunene.

Tabell 2.1: Grunnlagsdata for Stange, Harstad og Hadsel, per 31.12.13.

	Antall tjenestemottakere i alt	Antall tjenestemottakere med reservasjon	Antall tjenestemottakere med gyldig diagnose	Gjennomsnittlig antall diagnoser per tjenestemottaker	Min	Maks
Stange	1 177	14	870	3,8	1	23
Hadsel	496	6	350	3,0	1	31
Harstad	1 523	76	1 087	4,6	1	40

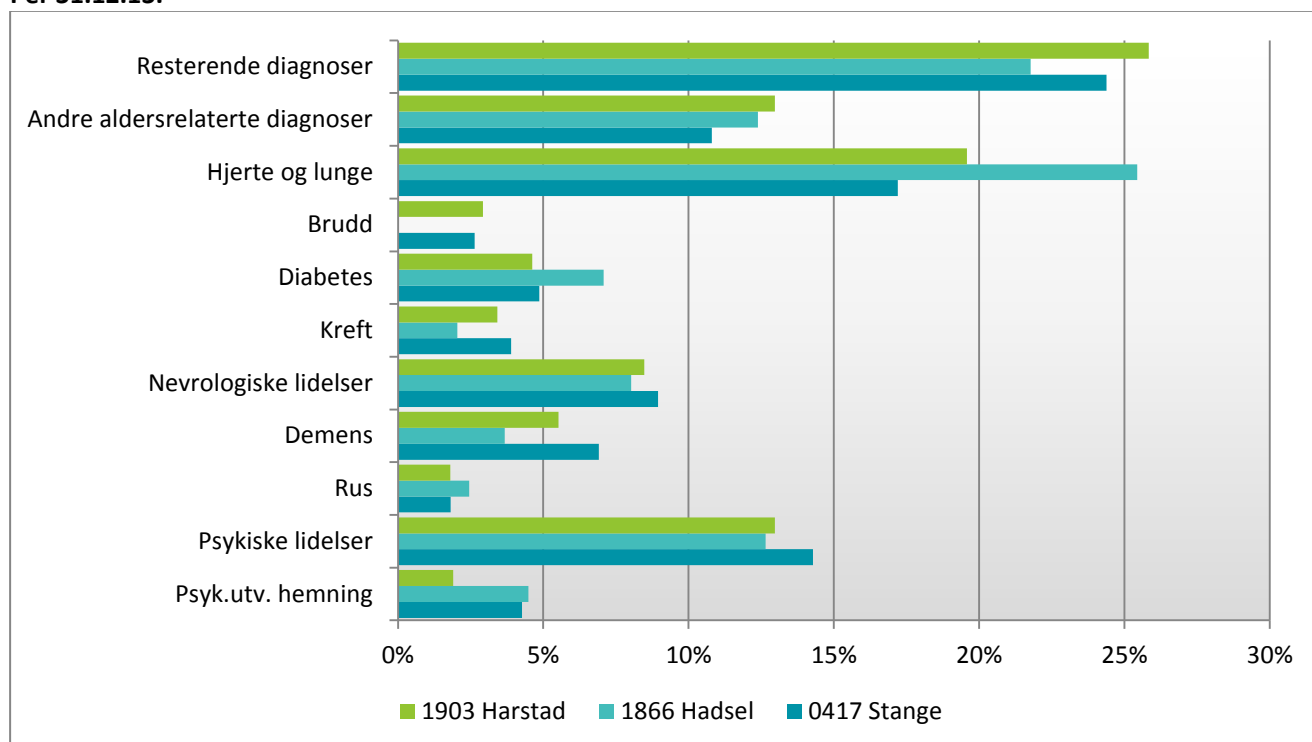
Kilde: IPLOS-registeret

I primærhelsetjenesten brukes hovedsakelig kodeverket *International Classification of Primary Care* (ICPC-2), men det i spesialisthelsetjenesten brukes *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). Begge klassifikasjoner kan brukes ved rapportering av diagnoser til IPLOS-registeret. Fagprogrammet Profil har imidlertid ikke hatt denne funksjon før vår 2014. De diagnosene som blir sendt inn til registeret som ICD-10 koder blir i denne sammenhengen kodet om til ICPC-2 koder. I denne rapporten er diagnosene derfor klassifisert etter ICPC-2. Diagnoser gruppert og presentert i diagnosegrupper. Se rapporten for nærmere spesifisering av innholdet i hver enkelt diagnosegruppe.

Hjerte- og lungelidelser den hyppigst brukte diagnosen

Av alle diagnoser som er rapportert i de tre kommunene er hjerte- og lungesykdommer den mest brukte diagnosen (17-25 prosent). Deretter følger de to diagnosegruppene psykiske lidelser og andre aldersrelaterte lidelser – disse utgjør henholdsvis 13-14 prosent og 11-13 prosent av alle rapporterte diagnoser. Hver fjerde rapporterte diagnose faller i kategorien resterende diagnoser, slik vi her har valgt å gruppere diagnosene. Fra denne restkategorien ville det også vært mulig å skille ut andre diagnosegrupper som kunne vært relevante.

Figur 2.3: Andel diagnoser av diagnoser rapportert i alt pr kommune, etter diagnosegrupper. Prosent. Per 31.12.13.



Kilde: IPLOS-registeret

Flesteparten med demens er over 80 år

Demensplan 2015 beskriver demens som en av de største omsorgsutfordringene vi står overfor framover. Tallet på mennesker med ulike demenslidelser vil sannsynligvis bli fordoblet i løpet av 35 år og årsakene er blant annet økt levealder og endret befolkningssammensetning (HOD 2007).

I Harstad, Stange og Hadsel var det rapportert i alt 342 demensdiagnoser til registeret. Vi har her forutsatt at antall demensdiagnoser er lik antall personer slik at ingen person kan ha mer enn én demensdiagnose. Dette er ikke nødvendigvis en korrekt antakelse og bør følges opp med videre analyse i arbeidet med å bygge opp en diagnosestatistikk. I denne rapporten er det kun diagnosen demens (P70) som er lagt til grunn. Harstad rapporterer også om at mange har diagnose relatert til hukommelsesforstyrrelse (P20) eller senilitet (P05), men disse er ikke inkludert i gruppen tjenestemottakere med demensdiagnose her.

Av tjenestemottakerne med demens i de tre kommunene er flesteparten over 80 år. Og de fleste med demens er rapportert med omfattende bistandsbehov. Samlet hadde de tre kommunene i overkant av 2500 innbyggere over 80 år. 10 prosent av kommunenes innbyggere over 80 år er dermed rapportert med diagnosen demens.

Tabell 2.2: Tjenestemottakere med demensdiagnose i IPLOS-registeret. Per 31.12.13.

	Stange	Hadsel	Harstad	Sum
Antall tjenestemottakere med demens	149	27	166	342
-- herav andel over 80 år. Prosent.	76 %	70 %	80 %	77 %
-- herav andel med omfattende bistandsbehov. Prosent	72 %	67 %	81 %	76 %
Folkemengde per 1.1.2014, 80 år eller eldre	999	437	1 108	2 544
-- herav andel med demens. Prosent.	11 %	4 %	12 %	10 %

Kilde: IPLOS-registeret

Demensregistreringen for de tre kommunene er lavere enn beregnet forekomst i Demensplan 2015 hvor det er estimert at 18 prosent av befolkningen i alderen 80-84 år har demens. Den estimerte forekomsten øker med økende alder og er på 41 prosent for aldersgruppen 90 år og over. Underdiagnostisering av demens er samtidig vist å være et kjent fenomen (Wergeland 2013).

Tallene varierer mellom kommunene og kan skyldes flere forhold, for eksempel ulik sykdomsbyrde i befolkningen, ulik kommunikasjon mellom omsorgstjenestene i kommunen og legene, samt ulik dokumentasjonspraksis. Det må i tillegg påpekes at Hadsel ikke har vært en del av pilotprosjektet, samt at den er en liten kommune med små tall.

Ulike diagnoser gir tildeling av ulike omsorgstjenester

Tjenestemottakerne har ulike behov og kommunen vil møte behovene med tilbud av ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester. I tabellen nedenfor har vi kun inkludert Stange og Harstad fordi tallgrunnlaget er størst, og det er valgt ut fem diagnosegrupper som eksempel.

Av de tjenestemottakere som er rapportert med demens i registeret er mer enn halvparten beboere i institusjon (Stange 60prosent, Harstad 53 prosent). De resterende med demens mottar andre typer tjenester som hovedsakelig er hjemmebaserte. Diagnosene kreft, diabetes og hjerte/lunge-sykdom gjenfinnes hovedsakelig hos mottakere av helsetjenester i hjemmet. I Harstad mottar eksempelvis 75 prosent av de med registrert diabetesdiagnose helsetjenester i hjemmet, enten bare helsetjenester i hjemmet (35 prosent) eller helsetjenester i hjemmet i kombinasjon med praktisk bistand (40 prosent).

For nevrologiske lidelser gjenfinnes 30 prosent av diagnosene under kategorien *Annet*. Her inkluderes tjenester som for eksempel dagsentra, matombringing, trygghetsalarm. Også tidsavgrensede opphold i institusjon er i denne sammenhengen gruppert inn her.

Tabell 2.3: Diagnoseopplysninger etter utvalgte diagnosegrupper og type omsorgstjeneste. Per 31.12.13

	I alt	Langtidsopp- hold i institusjon	Bare helsetjenester i hjemmet	Både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand	Annet
<i>0417 Stange</i>					
Demens	149	60 %	14 %	21 %	5 %
Nevrologiske lidelser	193	16 %	28 %	26 %	30 %
Kreft og andre svulster	84	24 %	43 %	23 %	11 %
Diabetes	105	14 %	36 %	30 %	19 %
Hjerte og lunge	371	19 %	33 %	32 %	16 %
<i>1903 Harstad</i>					
Demens	166	53 %	16 %	27 %	5 %
Nevrologiske lidelser	255	22 %	24 %	42 %	12 %
Kreft og andre svulster	103	22 %	35 %	28 %	15 %
Diabetes	139	17 %	35 %	40 %	8 %
Hjerte og lunge	589	20 %	28 %	40 %	12 %

Kilde: IPLOS-registeret

Diagnoser for psykiske lidelser kombinert med andre diagnoser

Kommunene har anledning til å rapportere flere diagnoser per person til IPLOS-registeret. Tabellen nedenfor viser hvilke kombinasjoner diagnosene for psykiske lidelser opptrer sammen med. En tjenestemottaker med kombinasjon av flere diagnoser vil telle flere ganger. Sett bort fra gruppen resterende diagnoser opptrer psykiske lidelser hyppigst sammen med hjerte- og lunge-sykdom. Av de nær 700 diagnosene innenfor gruppen psykiske lidelser i Harstad og Stange var 34 prosent også i kombinasjon med hjerte/lunge diagnoser.

Det skilles ikke mellom hoved- og bidiagnose i IPLOS-registeret og det er usikkert om det rapporteres inn et utvalg av alle diagnoser som er mottatt fra leger, eller om alle tilgjengelige diagnoser registreres og rapporteres. Mange pasienter vil ha sammensatte lidelser og flere diagnoser og dermed ha behov for sammensatte tjenester fra flere aktører.

Tabell 2.4: Antall diagnoser innen gruppen psykiske lidelser, i kombinasjon med andre diagnoser. Per 31.12.13

	Stange	Harstad	Sum begge kommuner
Psykiske lidelser	308	390	698
- Psyk.utv. hemning	17	14	31
- Rus	24	36	60
- Demens	33	35	68
- Nevrologiske lidelser	46	68	114
- Kreft og andre svulster	14	24	38
- Diabetes	26	40	66
- Brudd	10	19	29
- Hjerte- og lunge	79	161	240
- Andre ofte aldersrelaterte diagnoser	55	105	160
- Resterende diagnoser	152	237	389

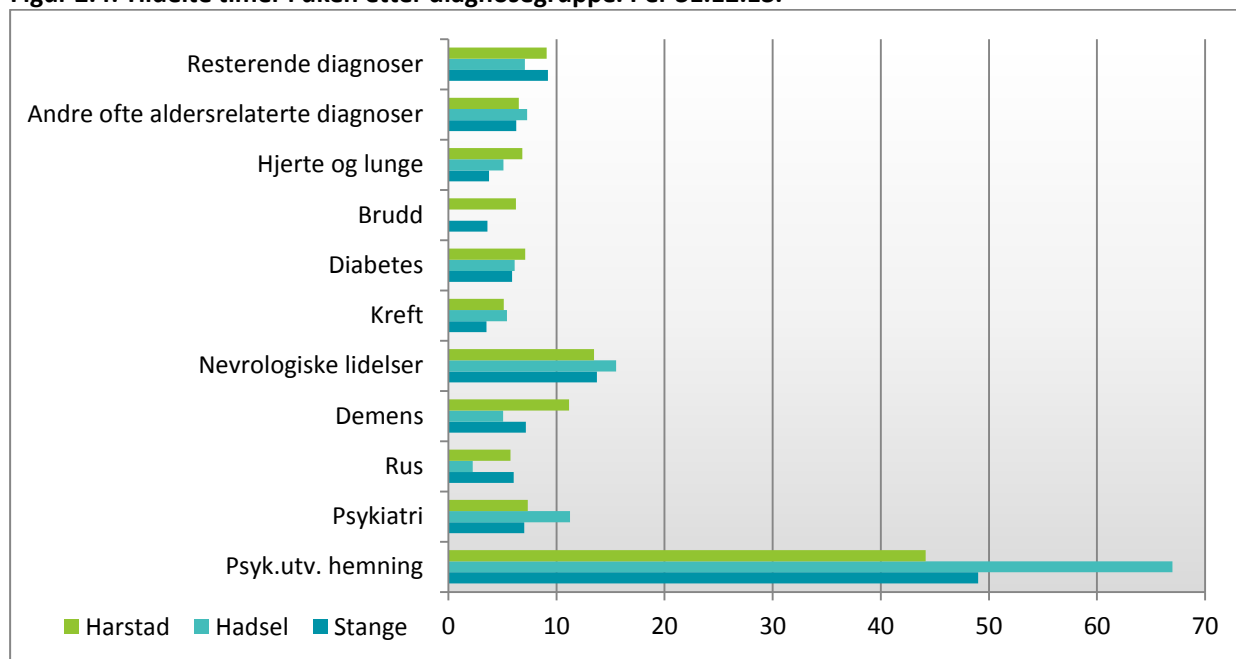
Kilde: IPLOS-registeret

Timer per uke av hjemmebaserte tjenester etter diagnosegruppe

Kommunene bistår med hjemmebaserte tjenester og i vedtakene spesifiseres antallet direkte brukerrettede timer per uke. Hjemmebaserte tjenester inkluderer hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre typer helsetjenester i hjemmet. Tiden som skal rapporteres er *timer per uke av direkte brukerrettet tid i henhold til vedtak/avgjørelse*. For de fleste diagnosegruppene er det innvilget mindre enn ti timer per uke, for nevrologiske lidelser gis opp mot femten timer i uken, mens hjemmetjenester til psykisk utviklingshemmede er i en særstilling med opp mot 70 timer i uka. Psykisk utviklingshemmede er kun definert med diagnosen P85.

Tilbakemeldinger fra de tre kommunene tyder på at det er reelle forskjeller i ressursbehov mellom diagnosegruppene, men kommunene sier også at noe av forskjellene må tilskrives ulik dokumentasjonspraksis mellom interne virksomheter innenfor en og samme kommune. Mange psykisk utviklingshemmede bor i boliger med heldøgns bemanning. Flere kommuner har meldt fra om at de rapporterer flere timer på tjenester som ytes til enkeltbrukere enn det som er reell direkte brukerrettet tid. Årsaken til det er at kommunene gjerne vil synliggjøre ressursbruk der det ytes tjenester av for eksempel mer enn en person. Dette er feilrapportering. Inntil en løsning på hvordan kommunene kan få synliggjort ressursbruk igjennom IPLOS-rapporteringen er det kun den direkte brukerrettede tiden som kommer frem og ikke der tjenesten for eksempel ytes av flere personer samtidig.

Figur 2.4: Tildelte timer i uken etter diagnosegruppe. Per 31.12.13.



Kilde: IPLOS-registeret

2.5 Videre arbeid

Som nevnt innledningsvis har arbeidet i forprosjektet vært et samarbeid med tre kommuner med et formål om å avdekke årsaker til at diagnoser er manglende rapportert til IPLOS-registeret. Pilotprosjektet ble oppsummert i en egen rapport (Helsedirektoratet IS-0427, 2014). Denne rapporten inneholder mer utdypende erfaringer fra kommunenes arbeid med diagnoseregistreringer, statistikk og resultater.

Arbeidet med å få diagnoser inn i IPLOS-registeret vil også bli videreført inn i et fase 2-prosjekt. Den nye veilederen for IPLOS som kom våren 2014 fastslår at registrering av relevante diagnoser er obligatorisk. Helsedirektoratet vil arbeide med å informere og veilede kommunene om praksisen. Dette blir blant annet gjort gjennom IPLOS nyhetsbrev fra Helsedirektoratet til kommunene, IPLOS temadager i alle landets fylker og annen løpende dialog med kommunene. Helsedirektoratet vil i tillegg gjennom faste kontaktpunkter med fagleverandørene arbeide for at uttrekk og innsending av diagnoser gjøres på en god måte.

Litteraturliste

Helsedirektoratet (2014): *Diagnoser i IPLOS-registeret – et forprosjekt med kommunene Harstad, Stange og Sandefjord*; IS-0427, 2014

Mørk E. m.fl. (2013): *Pleie- og omsorgstjenesten 2013. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*; Statistisk sentralbyrå, Rapporter 2014/33

Gabrielsen B. (2014): *Kvalitet i IPLOS-registeret*; Statistisk sentralbyrå, Notater 2014/20

Wergeland, J, G Selbæk, LD Høgset, U Söderhamn og Ø Kirkevold (2013): *Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study*; International Psychogeriatrics, vol. 26, issue 03

3. HABILITERING OG REHABILITERING I KOMMUNENE

Habilitering og rehabilitering er tverrfaglige forløp som ofte går på tvers av nivåene i helsetjenesten. I statistikken blir derfor flere ulike datakilder brukt, noe som ikke gir bilde av forløpenes helhet, men bruddstykker av behandlingsskjeden. Helsedirektoratet har som mål å forbedre statistikken på området slik at den fanger opp bredden av brukergrupper og aktører.

3.1 Innledning

Habilitering og rehabilitering foregår i og utenfor institusjon, i både kommuner og i spesialisthelsetjenesten og ved offentlige og private institusjoner. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester representerer tverrfaglige behandlingsforløp som ofte går på tvers av nivåene i helsetjenesten og er derfor relevant i et samhandlingsperspektiv.

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede planlagte, prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”. (Forskrift om habilitering og rehabilitering §2)

I dette kapittelet er fokuset i første rekke på habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene, men også statistikk fra spesialisthelsetjenesten blir trukket inn for å synliggjøre likheter og ulikheter, samt områder hvor data mangler. Statistikken i dag samler rehabilitering og habilitering under ett. Det gir dermed ikke mulighet for å følge med på utviklingen av habilitering og rehabilitering for seg.

Samhandlingsreformen har ført til et økt trykk på kommunene. Helsedirektoratet jobber også med ny veileder på feltet. I tillegg har regjeringen varslet at de vil legge frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering i forbindelse med statsbudsjettet for 2016.

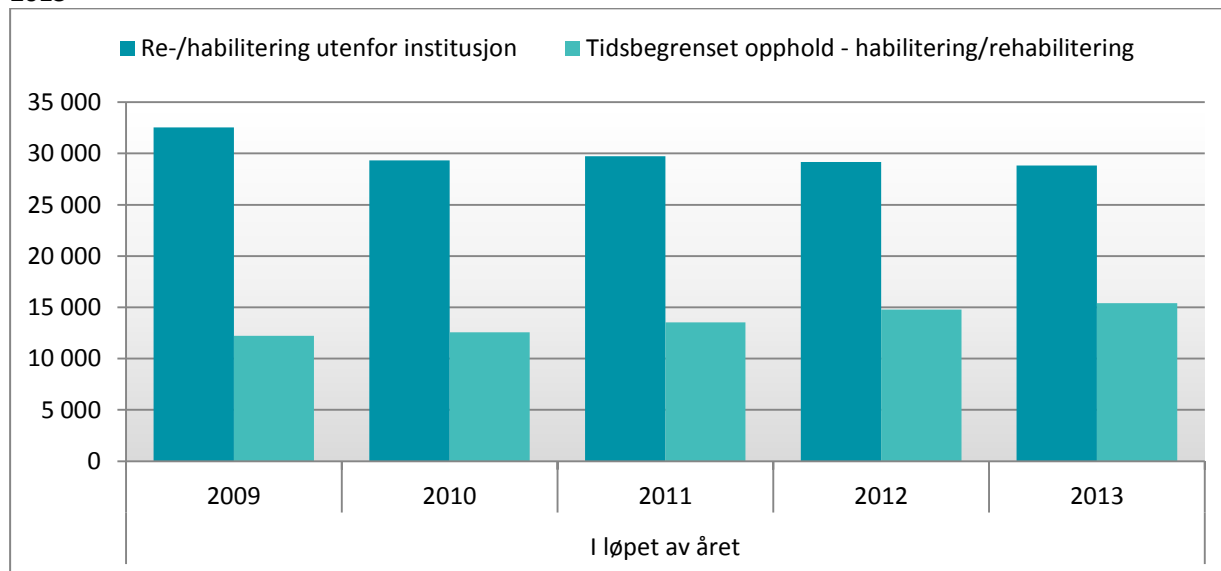
3.2 Hvilken kunnskap får vi fra statistikken?

Aktiviteten

Tidligere analyser har vist en nedgang de senere årene i antall pasienter som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fra 2012 til 2013 er det fortsatt en nedgang i antall pasienter som mottar primær døgnerhabilitering i spesialisthelsetjenesten, mens antall pasienter som mottar sekundær døgnerhabilitering økte like mye som befolkningen og har stabile rater fra 2012 til 2013. Antall pasienter som mottar dag- og poliklinisk rehabilitering har gått markant ned fra 2012 til 2013. Denne nedgangen skyldes imidlertid med all sannsynlighet presiseringer i ISF-regelverket for hvordan aktiviteten skal kodes og representerer derfor ikke en reell nedgang. Antall pasienter i private rehabiliteringsinstitusjoner gikk også ned fra 2012 til 2013 (Helsedirektoratet 2015).

Fra 2009 til 2013 var det tydelig vekst i antallet mottakere av tidsbegrenset rehabilitering i institusjon i kommunene. Veksten gjaldt alle regioner og knyttes i hovedsak til økt gjennomstrømming av plassene, men det var også noen flere kommuner som rapporterte IPLOS-data på rehabilitering i institusjon i 2013 enn i tidligere år. Det har også vært en positiv utvikling i antall koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering, samt antall individuelle planer for mottakere av pleie- og omsorgstjenester i kommunene.

Figur 3.1: Mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor og i institusjon. Antall gjennom året. 2009-2013



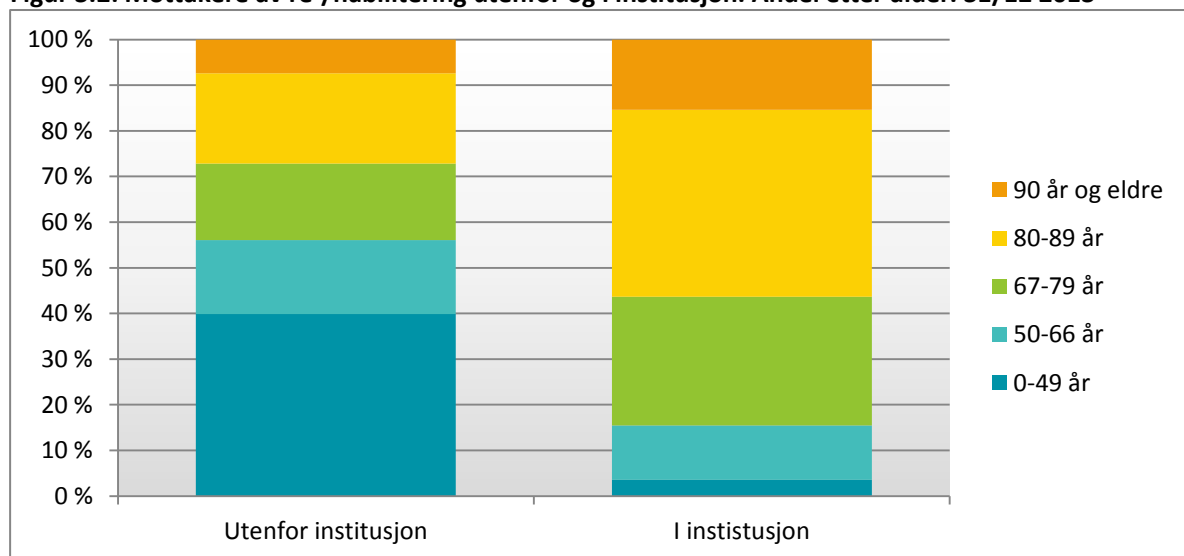
Kilde: IPLOS-registeret

I 2013 ble det rapportert om 29 000 mottakere av rehabilitering utenfor institusjon til IPLOS-registeret. Dette er om lag på nivå med de foregående årene med unntak av i 2009. Feil i rapporteringen fra enkelte kommuner har mest sannsynlig medført at antall mottakere av rehabilitering utenfor institusjon var noe overestimert i 2009. Det kan være årsaken til noe av nedgangen fra 2009 til 2010.

Tilsvarende var det i 2013 drøyt 15 000 personer som hadde et korttids rehabiliteringsopphold på institusjon, etter vedtak fra kommunen. Det har vært en vekst de siste tre årene, noe som kan forklares med tiltak iverksatt i forbindelse med Samhandlingsreformen. Helsetilsynet har imidlertid påpekt betydelige svakheter og mangler ved rehabiliteringstilbudet i sykehjem (Statens helsetilsyn 2014).

De kommunale habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i og utenfor institusjon retter seg mot ulike aldersgrupper. Mens mer enn halvparten av de som mottar slike tilbud utenfor institusjon er under 67 år, er kun 16 prosent av de som mottar institusjonstjenester i denne aldersgruppen.

Figur 3.2: Mottakere av re-/habilitering utenfor og i institusjon. Andel etter alder. 31/12 2013

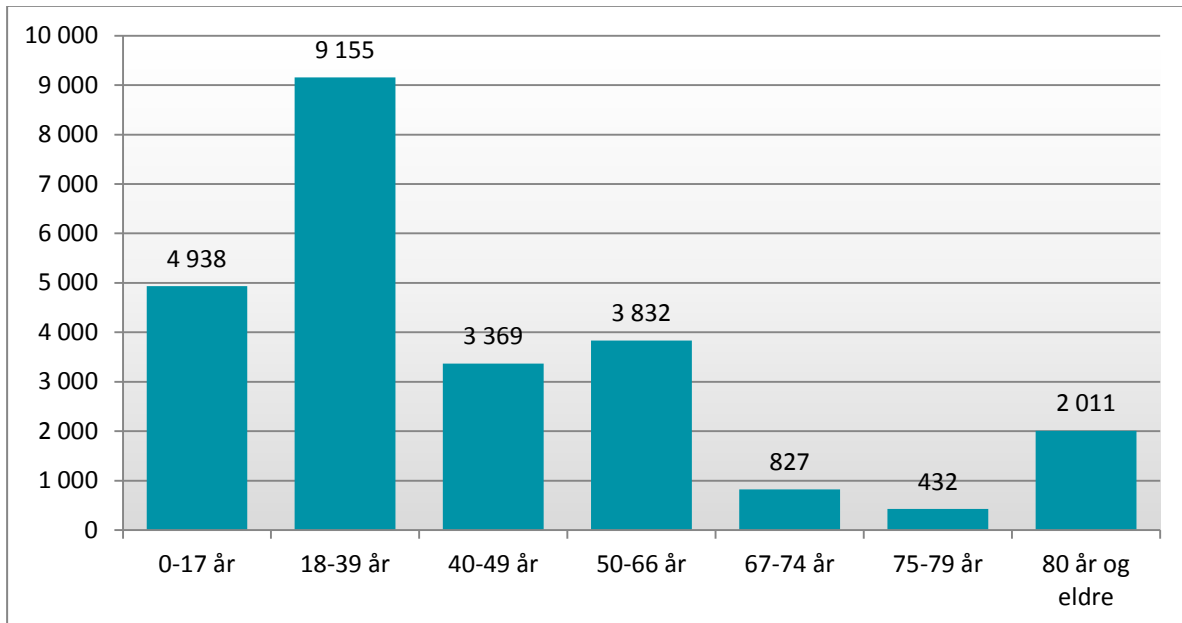


Kilde: IPLOS-registeret

Retten til individuell plan ble innført i 2001 og formålet er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med langvarige og koordinerte tjenester. Det var i 2013 mer enn 24 000 mottakere av omsorgstjenester i kommunene som var registrert med individuell plan. Dette utgjorde 9 prosent av alle tjenestemottakere i 2013, og antallet har økt fra første registrering i IPLOS-registeret i 2007. De aller fleste som har individuell plan er yngre mottakere – hver niende mottaker som har individuell plan er under 67 år.

Tilbud om individuell plan er relevant for mottakere av rehabilitering og habilitering da dette er tverrfaglige, sammensatte og gjerne langvarige tjenester som krever koordinering og en felles målrettet innsats. I Tilsynsmeldingen for 2013 rapporteres det at det ikke var utarbeidet en rehabiliteringsplan for hver pasient og at noen kommuner mangler rutiner for å trekke pasienter og pårørende med i rehabiliteringsarbeidet.

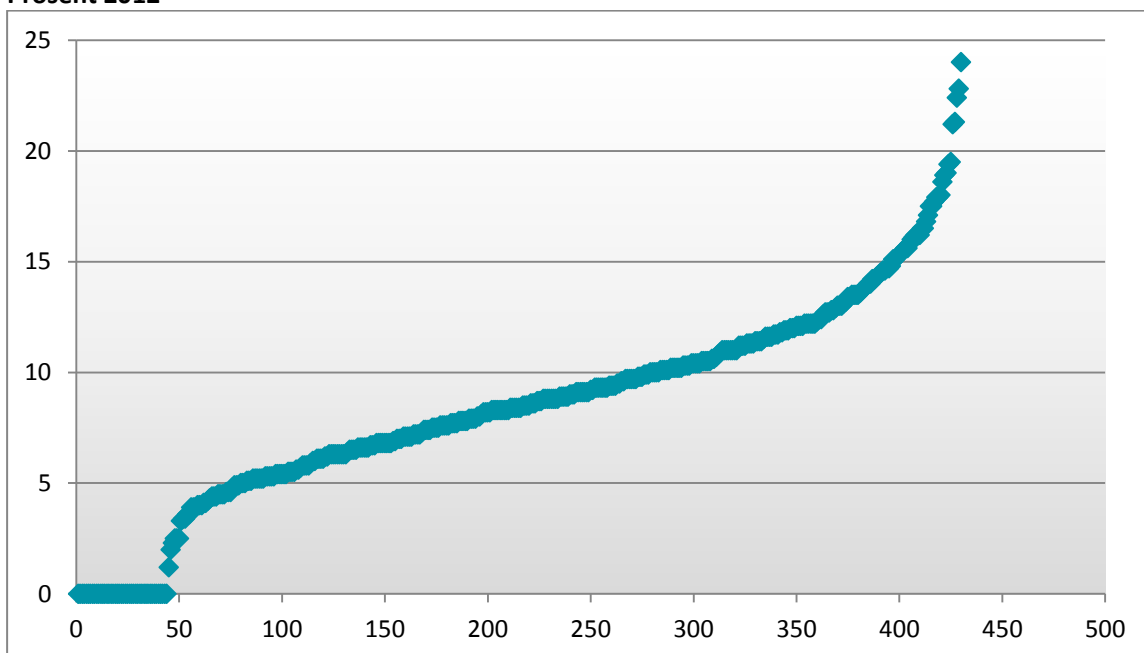
Figur 3.3: Mottakere av pleie- og omsorgstjenester med individuell plan. Antall etter alder. 2012 n=24 564



Kilde: IPLOS-registeret

Andelen tjenestemottakere med individuell plan varierer mellom kommunene. Noen få kommuner har ingen tjenestemottakere med individuell plan, mens i de kommuner hvor ordningen er hyppigst brukt har mer enn 20 prosent av tjenestemottakerne individuell plan.

Figur 3.4: Andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester med individuell plan i landets 429 kommuner. Prosent 2012



Kilde: IPLOS-registeret

Kostnader til rehabilitering

Av i alt 288 milliarder kroner som ble brukt på helse i Norge i 2013, finansierte offentlig forvaltning (eks. Folketrygden) nærmere 4,9 milliarder kroner på rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (SSB 2014). Her er imidlertid kun utgifter til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten inkludert. Årsaken er at rehabilitering i kommunene involverer flere tjenester satt sammen til en helhet som dermed ikke lar seg skille ut i kommuneregnskapene. I perioden 2008 til 2013 har offentlig finansiering av rehabiliteringstjenester økt med 31 prosent, i løpende priser.

Tabell 3.1: Helseutgifter til rehabilitering, millioner kroner. 2008-2013*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Endring 2008- 2013
Helseutgifter i alt	218 906	230 473	239 730	255 366	270 052	288 283	32 %
Rehabilitering (HC.2) i spesialisthelsetjenesten	3 873	4 143	4 446	4 490	4 767	5 060	31 %
-- Offentlig forvaltning ekskl. folketrygden	3705	3959	4299	4298	4566	4852	31 %
-- Folketrygden	50	53	16	14	14	14	-72 %
-- Husholdningenes egenbetalinger mv.	118	131	131	178	187	194	64 %

*2012 og 2013 inneholder foreløpige tall.

Kilde: SSB, helseregnskapet

3.3 Lovgrunnlaget

Samtidig som kunnskap om omfang, varighet og innhold av/i tiltak for pasienter som mottar habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon er mangelfull, har pasienter og brukere rett til nødvendig helse- og omsorgstjenesteⁱ og kommunene har plikt til å tilby nødvendig helse og omsorgstjeneste for personer som oppholder seg i kommunen.

Pasient- og brukerrettigheter

Kommunene har ansvar for Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, jmfør med § 3-2.5, i helse- og omsorgstjenesteloven.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, gir pasienter og brukere rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra kommunen og pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud, jmfør helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b.

Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Vedtakene skal hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven. Nyere forskning viser at målrettede og strukturerte rehabiliteringstiltak har bedre effekt og er mer kostnadseffektivt i forhold til tiltak som ikke i samme grad er målrettet og strukturerte (Johansen mfl 2012).

Dette viser at det er behov for mer kunnskap og bedre statistikk på dette fagfeltet for å danne grunnlaget for å sikre tilstrekkelige ressurser innen habilitering og rehabilitering.

Kommunal plikt

Kommunens plikter er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette omfatter mellom annet kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester, krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, særlige plikter og oppgaver, samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak og krav til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

I §3-1, understrekes det at kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Rapportering av habilitering og rehabilitering til IPLOS-registeret fra kommunene

Som det fremgår av lovgivningen, er det kun krav til rapportering av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon/bolig og habilitering og rehabilitering ved tidsbegrenset opphold i institusjon. Det rapporteres ikke omfanget, varighet og innhold i tjenesten. Hvilke tjenester som inngår som et ledd i habilitering og rehabilitering i hjemmet blir registrert. Disse tjenestene rapporteres med omfang og varighet.

Helsedirektoratet skal igangsette et prosjekt med to formål:

1. Gi mer nyansert statistikk fra dette feltet i kommunen gjennom rapportering til IPLOS-registeret
2. Øke rapporteringen av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon til IPLOS-registeret.

Årsaken til punkt to er at det har vært en nedgang i rapportering av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon til tross for nasjonal satsing på området gjennom en tilskuddsordning til kommuner for utprøvinger av ordninger for hverdagsrehabilitering. 43 kommuner har mottatt tilskudd.

Tabell 3.2: Kommunenes rapporteringskrav for rehabilitering og habilitering til IPLOS-registeret

Rehabilitering og habilitering utenfor institusjon	Det vil si den rehabilitering og habilitering utenfor institusjon der tjenester som skal rapporteres til IPLOS-registeret er integrert. "Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". Se forskrift "FOR-2011-12-16-1256" om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3.	Skal registreres med: • dato søknad mottatt • dato vedtak/avgjørelse • dato tjeneste start • dato tjeneste slutt • evt. avslag. • evt. dato klage mottatt og dato klagesvar fra kommunen. Organisasjonsnummer <i>skal</i> registreres
Tidsbegrenset opphold Rehabilitering og habilitering	Hovedhensikten med oppholdet skal være rehabilitering og habilitering. Gjelder kommunal institusjon.	Skal registreres med: • dato søknad mottatt • dato vedtak/avgjørelse • dato tjeneste start • dato tjeneste slutt • evt. avslag • evt. dato klage mottatt og dato klagesvar fra kommunen. Organisasjonsnummer skal registreres.

3.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI-systemet) ble etablert i mars 2012. Nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten skal være et hjelpemiddel for kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og gi pasienter og brukere et grunnlag for å ivareta sine rettigheter.

I april 2014 ble treårig handlingsplan 2014-2017 for NKI-systemet godkjent av ledermøtet i Helsedirektoratet. Handlingsplanen er tilgjengelig på helsedirektoratet.no (IS-2228).

I tråd med treårig handlingsplan skal Helsedirektoratet begynne arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer innen områdene habilitering og rehabilitering i løpet av 2015.

3.5 Helsedirektoratets mål

Helsedirektoratet har følgende mål (Helsedirektoratet, Samhandlingsstatistikk 2012-2013):

- God statistikk på aktivitet innen habilitering i spesialisthelsetjenesten.
- Legge til rette for bedre og mer differensiert statistikk innen habilitering og rehabilitering i kommunene.
- Vise samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Følgende anbefaling er gitt for arbeidet med statistikk for rehabilitering i kommunale helse- og omsorgstjenester:

- Det opprettes rapportering/kodeverk som fanger opp helheten og volumet i rehabiliteringsaktiviteten i kommunen og etablerer et felles begrepsapparat med spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet
 - Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering rapporterer statistikk på individuell plan og koordinatører
 - rehabiliteringsaktivitet som ikke fanges opp av IPLOS-statistikken må registreres
 - statistikken skal gjøre det mulig å få oversikt over individuelle pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåer
 - det opprettes spesifikke kvalitetsindikatorer for rehabilitering i kommunen
- Flere faglige retningslinjer innen rehabilitering for store pasientgrupper
- Det utarbeides en veileder i rehabilitering

Hva mangler av statistikk?

Vi har økt kunnskap om antall pasienter som mottar rehabilitering, noe som er en viktig måleparameter i kommunene, men denne kunnskapen gir oss ikke informasjon om:

- omfang,
- varighet,
- innhold,

av rehabiliteringstiltakene. Kommunene har foreløpig vansker med å produsere god statistikk på rehabiliteringsfeltet. Det er vanskelig å vise frem aktiviteten innen habilitering, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Noe forsvinner inn i rehabiliteringstallene, men annen habiliteringsaktivitet er det vanskelig å måle. Det avtegner seg et behov for bedre grunnlagsdata for å måle effekt av habilitering- og rehabiliteringstiltak.

Videre arbeid

Fra 2015 vil kommunene registrere tjenestemottakere med tildelt koordinator og tjenestemottakere med virksom Individuell plan. Dataene vil bli sendt inn til IPLOS-registeret til 15. januar 2016.

Ved å se de ulike registerdataene sammen som for eksempel IPLOS og NPR vil vi kunne se for eksempel på tjenestemottakere som hyppig beveger seg mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og andelen av disse som har tildelt koordinator og virksom Individuell plan.

Ved kun å se på data fra IPLOS-registeret vil vi også kunne få en oversikt over tjenestemottakere med omfattende tjenester og behov med virksom individuell plan og om de mottar rehabilitering eller habilitering. Vi vil også kunne se på forløpsdata ved å følge tjenestemottakere som har mottatt tjenesten tidsbegrenset opphold, rehabilitering og hvor de befinner seg fem år etter. Resultatet av prosjekter for å bedre data på dette feltet i 2015 vil kunne gi et mer nyansert bilde av organiseringen av tilbudet på rehabilitering og habilitering i fremtiden.

Litteraturliste

Helsedirektoratet (2015): *Samhandlingsstatistikk 2013-2014*; Rapport IS-2245

Helsedirektoratet (2014): *Samhandlingsstatistikk 2012-2013*; Rapport IS-2138

Helsedirektoratet (2012): *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*; Rapport IS-1947

Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle JK, Brekke M. (2012): [Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation - an open comparative study](#). Disabil Rehabil. 2012 Mar 28.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Helsetilsynet (2014): Oppsummering av tilsyn med helse- og omsorgstjenester til eldre 2009-2012», Statens helsetilsyn, februar 2014

Helsetilsynet (2014): «Tilsynsmelding 2013», Statens helsetilsyn, februar 2014

4. PERSONELL I OMSORGSTJENESTENE

Andelen eldre øker raskt, og dette kan føre til en underdekning av personell i sektoren. I følge SSBs framskrivningsmodell HELSEMOD er det forventet vekst i etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i Norge fram mot 2035. I tillegg til å rekruttere flere til å jobbe i helse- og omsorgssektoren, er det viktig å satse på de som allerede jobber der, både ved å redusere andel deltidsansatte, og å heve kompetansen hos eksisterende personell.

4.1 Innledning

I dette kapitlet redegjøres det for utvalgte trekk ved personellutviklingen i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2007-2013. Det meste av statistikken er hentet fra Kompetanseløftet 2015, som har som overordnet målsetting å rekruttere personell i tilstrekkelig grad og øke kompetansen i tjenesten.

Pleie- og omsorgstjenestene hadde i 2013 samlede brutto utgifter på 94,3 milliarder kroner. De i overkant av 180.000 sysselsatte utførte nesten 120.000 årsverk (ekskludert lange fravær) samme år (SSB 2014). Kommunale pleie- og omsorgstjenester kjennetegnes av at stadig flere får tjenester i eget hjem. Samtidig vedvarer trenden med at veksten i tjenestene går til yngre mottakere. Det er viktig å ha disse utviklingstrekkene i bakhodet når man analyserer personellsituasjonen. Andelen årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning var i 2013 75 pst. Gjennomsnittlig sykefravær i helse- og omsorgstjenestene var 11,2 pst (N=422 kommuner) (KS 2014).

I dette kapitlet omtaler vi tre temaer som er aktuelle på hver sin måte: bruk av deltid, ledelse i sektoren og innvandrerårsverk.

4.2 Omfanget av deltid

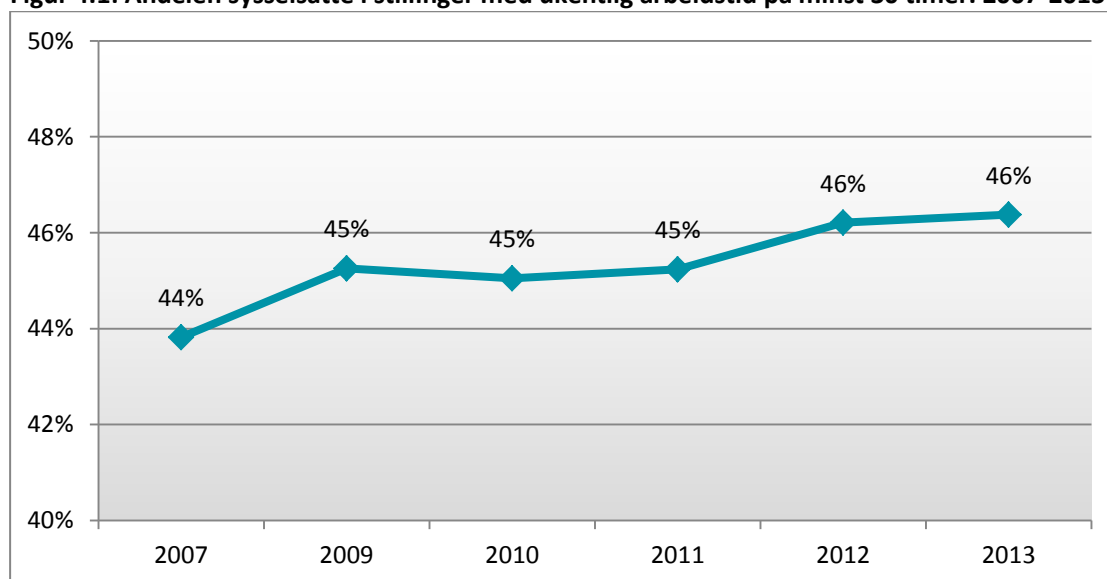
Det er en sentral målsetting å redusere omfanget av ufrivillig deltidsarbeid og tilføre omsorgstjenestene flere årsverk også ved at stillingsandelene økes. Deltid er særlig knyttet til de sektorene i arbeidslivet som enten har døgnbemanning, eller som har arbeidsoppgaver som må gjøres på bestemte tidspunkter, og som i omfang ikke dekker en heltidsstilling. Deltidsarbeid er dermed ofte et strukturelt fenomen, og det er nært knyttet til spesielle bransjer og til kjønn. Det å arbeide deltid kan være et ønske og et selv-valgt alternativ for arbeidstakeren, samtidig som det også kan være gunstig for arbeidsgiver, dersom deltidsansatte gir mer fleksibilitet også for virksomheten. Det er ikke slik at all deltid er ufrivillig, snarere er mesteparten av deltiden frivillig. Derfor er arbeidskraftpotensialet ved å få flere inn i heltidsstillinger eller større deltidsbrøker en

sammensatt utfordring. Det er også slik at det er mest ufrivillig deltid der det allerede er mye bruk av deltid (Civita 2013).

En undersøkelse Forskningsstiftelsen Fafo gjennomførte på vegne av Kommunenes Sentralforbund (KS), viser at deltidsarbeid dominerer innen kommunal pleie- og omsorgssektor. Den vanligste grunnen til at arbeidstakerne søker om å redusere arbeidstiden sin i henhold til lovhjemlene (paragraf 10-2 (4) i arbeidsmiljøloven), er omsorg for små barn. Den nest vanligste grunnen er egen helse og slitasje på grunn av jobben. Mange arbeidstakere i pleie og omsorg ønsker ikke full stilling (men mange deltidsansatte kan ønske større stilling enn de har). Det finnes nå også en rekke komplementære/alternative ordninger som dekker liknende behovsgrunner. Redusert arbeidstid i henhold til § 10-2 (4) er generelt lite omfattende, og gir lite tydelige utslag når det gjelder deltidsstatistikken (Fafo 2014).

Figurene under gir et bilde av forholdet mellom heltid og deltid for følgende grupper: hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere (inkludert jordmødre og helsesøstre).

Figur 4.1: Andelen sysselsatte i stillinger med ukentlig arbeidstid på minst 30 timer. 2007-2013

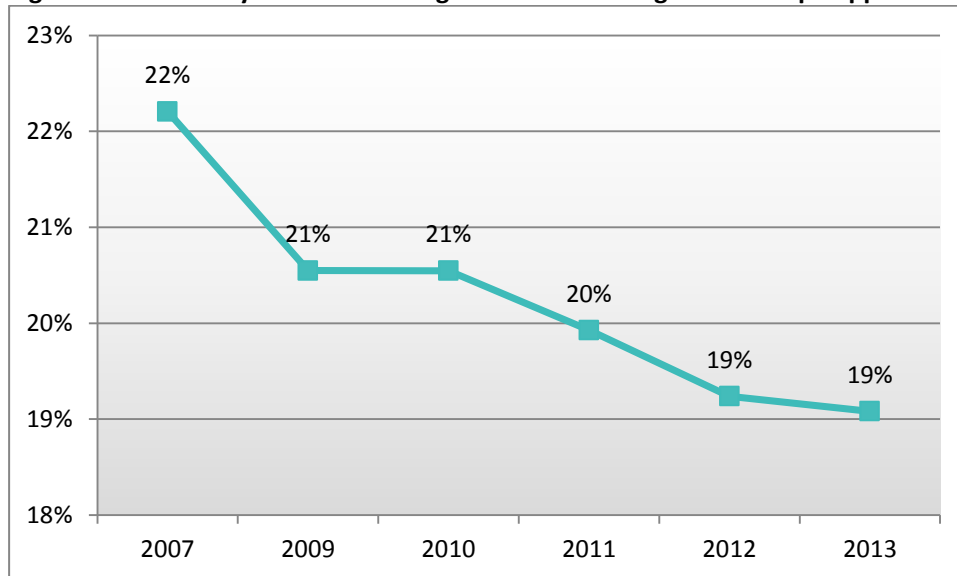


Kilde: AA-registeret, SSB

Som vi ser av de to figurene, har andelen sysselsatte ansatt i heltidsstillinger økt med litt over to prosentpoeng de siste seks årene. Andelen som jobber mindre enn 20 timer pr. uke har sunket med litt over tre prosentpoeng i samme periode.

Forholdet mellom frivillig og ufrivillig deltid er komplisert, og endringer skjer sakte. Mange rekrutteres til helse- og sosialfaglige yrker fordi det her er mulig å kombinere jobb og familieliv gjennom deltidsjobbing. Samtidig er forventningene om lav fast stillingsbrøk etter fullført utdanning et betydelig rekrutteringshinder.

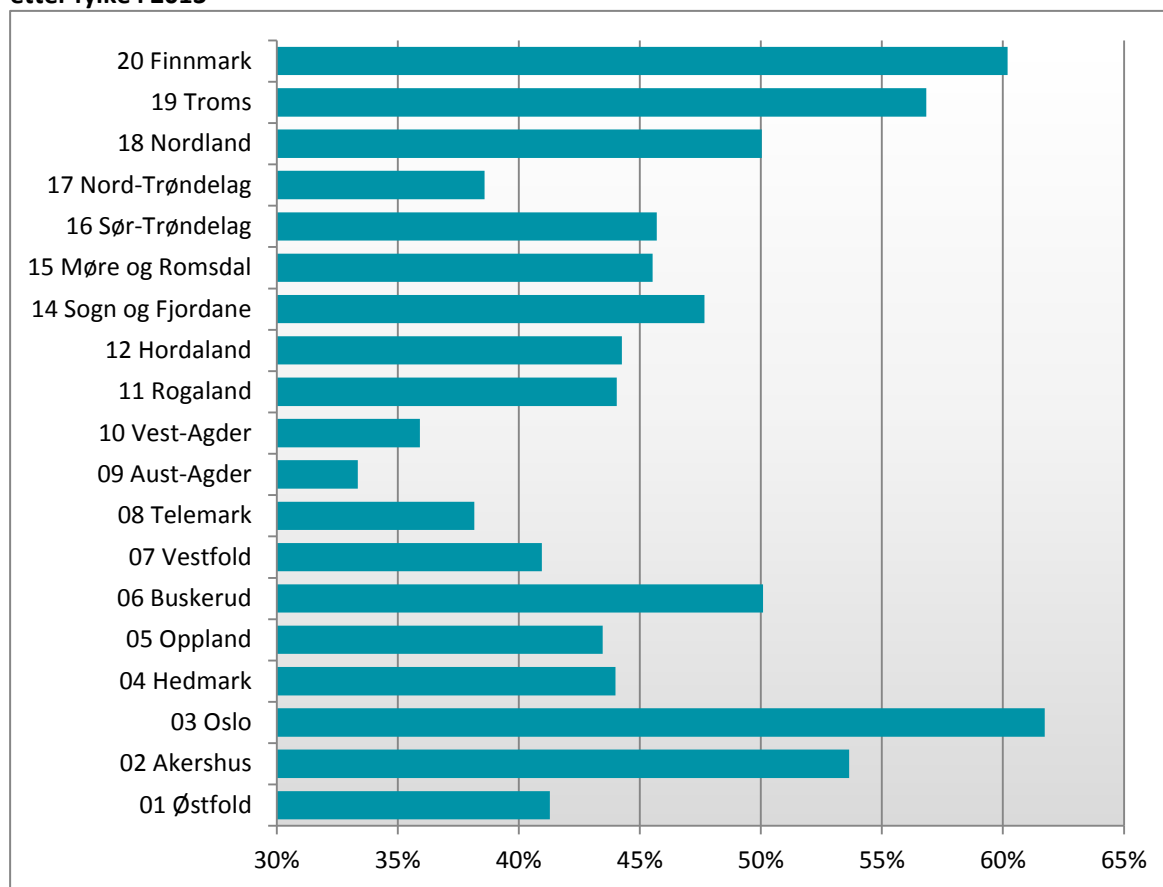
Figur 4.2: Andelen sysselsatte i stillinger med en ukentlig arbeidstid på opptil 19 timer. 2007-2013



Kilde: AA-registeret, SSB

Som figuren nedenfor viser er det stor geografisk variasjon når det gjelder hvor stor andel av de sysselsatte som er ansatt i heltidsstillinger. Oslo ligger høyest med 62 prosent, mens Aust-Agder ligger lavest med 33 prosent. Det er vanskelig å se noen mønstre i om visse landsdeler eller typer fylker (størrelse, befolkningstetthet eller lignende) ligger spesielt høyt eller lavt.

Figur 4.3: Andelen sysselsatte ansatt i stillinger med en ukentlig arbeidstid på minst 30 timer, etter fylke i 2013



Kilde: AA-registeret, SSB

4.3 Ledelse

En kartlegging av eksisterende utdanningstilbud og kompetansebehov blant ledere i helse- og omsorgssektoren gjennomført av Arbeidsforskningsinstituttet ved Høgskolen i Oslo og Akershus avdekket et stort og bredt behov for kompetanseheving for ledere. Det gjelder ledelse med blant annet spesiell vekt på erfaringsledelse, økonomi og kostnadsanalyse, å forstå det kommunale systemet og planverket og å kunne bedre se og planlegge for fremtiden. Lederne opplever et behov for å være bedre i stand til å bruke IKT og nye teknologiske utvinninger på en hensiktsmessig måte som hjelper dem i tjenesteutførelsen (Arbeidsforskningsinstituttet 2014).

Ledelsesutfordringer i helse- og omsorgstjenestene er omfattende. Kjennetegn ved sektoren er blant annet få ledere og vansker med å rekruttere til lederstillinger. De kommunale helse- og omsorgstjenestene omfatter både institusjoner og oppsøkende tjenester til mennesker med omfattende og ofte langvarig behov for behandling, rehabilitering og omsorg. Dette gir tjenester med til dels stort behov for personell og kompetanse som skal dekke døgkontinuerlig drift.

I samarbeid med KS har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle en kommunal lederutdanning for helse- og omsorgstjenesten etter modell fra pågående

rektorutdanning. I tråd med Samhandlingsreformen anbefaler Helsedirektoratet at deler av ny lederutdanning også omfatter ledere i spesialisthelsetjenesten.

Eksisterende kompetanse må deles og spres for at andre kan nyttiggjøre seg det (forbedringsspiral). Kontinuerlig læring er en forutsetning blant helsepersonell. Ledere må legge til rette for at arbeidsplassen blir en læringsarena som er faglig stimulerende og som skaper entusiasme, motivasjon og bedre kvalitet i pasientbehandlingen. Vi bruker tall fra kommunenes egen rapportering av resultat og plantall innen kompetanseheving fra Kompetanseløftet.

Høgskolen i Hedmark samarbeider med Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) og Fagakademiet om å tilby lederutdanning for helse- og omsorgssektoren. Oppdraget er gitt av Helsedirektoratet etter anbud og har en årlig ramme på 5 millioner kroner. Utdanningen er organisert i 4 moduler som hver er på 7,5 studiepoeng:

Modul 1: Ledelse av myndiggjorte medarbeidere og utvikling av personlige lederferdigheter (7,5 sp)

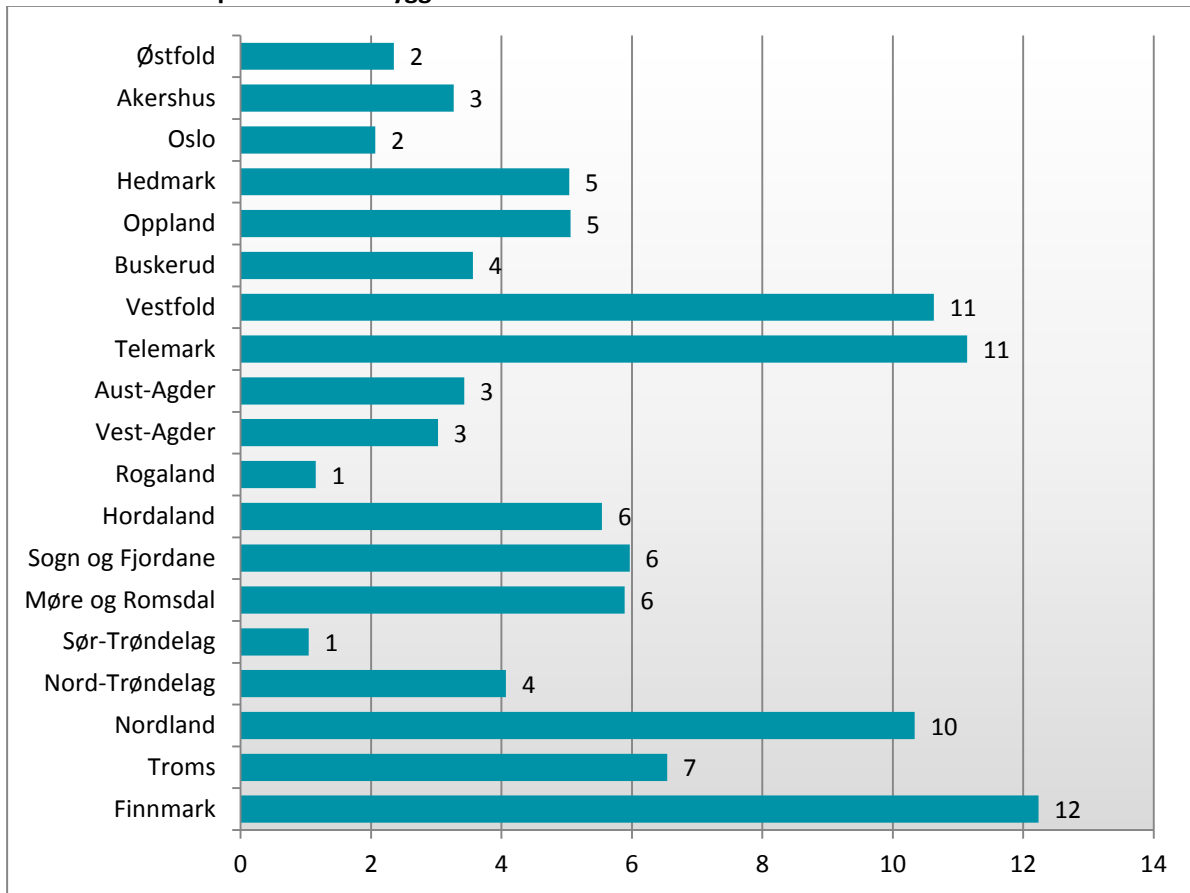
Modul 2: Strategisk kompetanseplanlegging, -styring og -utvikling (7,5 sp)

Modul 3: Virksomhetens økonomistyring og kvalitetsutvikling (7,5 sp)

Modul 4: Samhandling, kommunikasjon og forhandlingskompetanse (7,5 sp)

Utdanningen må bestilles av en eller flere samarbeidende kommuner for virksomhetsledere innen helse- og omsorg, og kan skreddersys etter behov. Det er så langt 100 deltakende kommuner. Det er totalt 2267 personer som har fullført eller planlegger å fullføre denne opplæringen, eller annen lederutdanning fra 2013 til 2017. Til nå vet vi at 888 personer har fullført. Figuren under viser forholdet mellom antall personer som har fullført/planlegger å fullføre innen 2017 og folketallet i fylkene pr. 1. januar 2014.

Figur 4.4: Antall personer som enten har fullført, eller planlegger å fullføre, lederopplæring/utdanning fra 2013 til 2017 - pr. 10 000 innbyggere



Kilde: AA-registeret, SSB

Figuren over viser betydelige geografiske variasjoner når det gjelder hvor mange som enten har deltatt på, eller planlegger å delta på, Kompetanseløftets lederopplæring «Helse og omsorg» eller annen lederutdanning de nærmeste årene. Det kan imidlertid hende at det i disse fylkene nettopp har blitt gjennomført lignende tiltak og/eller at rapporteringen ikke er fullstendig.

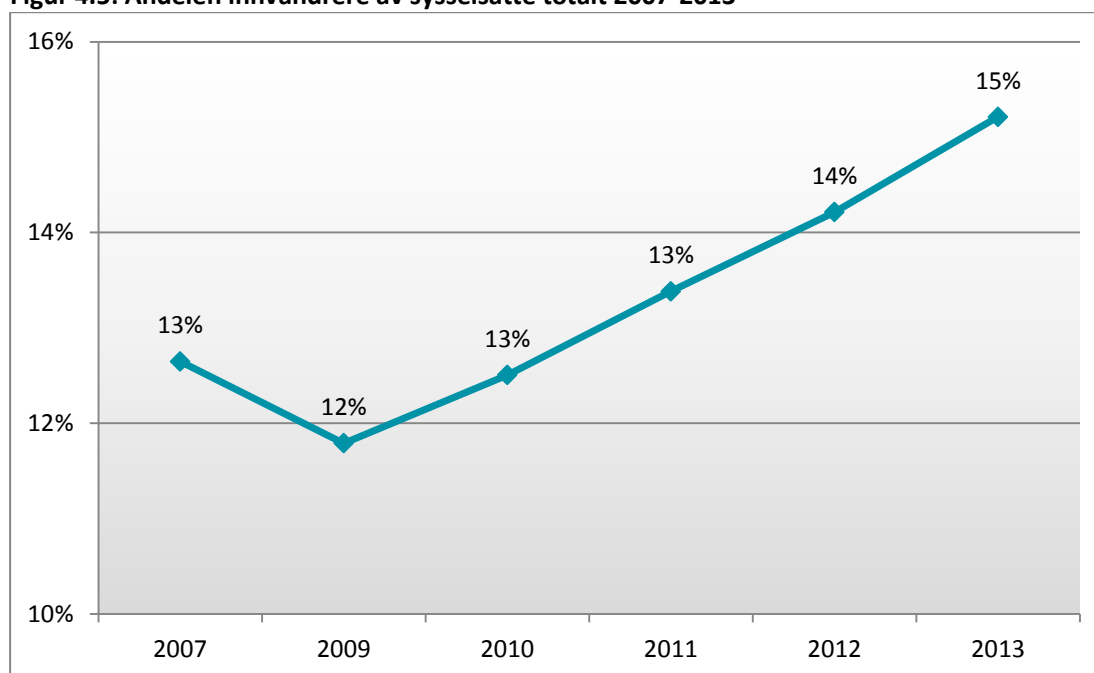
4.4 Sysselsatte innvandrere

Antall innvandrerårsverk i omsorgssektoren ble nesten doblet i løpet av perioden 2006-2011. I 2011 var det nærmere 17 000 innvandrerårsverk i omsorgstjenestene. Norge hadde en sterk økning i arbeidsinnvandringen etter utvidelsen av EØS-området i 2004 og utvidelsen av EU i 2007 (Cappelen mfl. 2011). I omsorgssektoren står innvandrere bak hvert andre nye årsverk i løpet av de siste fem årene (Statistisk sentralbyrå 2013).

Med «innvandrere» menes norske statsborgere som er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, samt personer som ikke er bosatt i Norge.

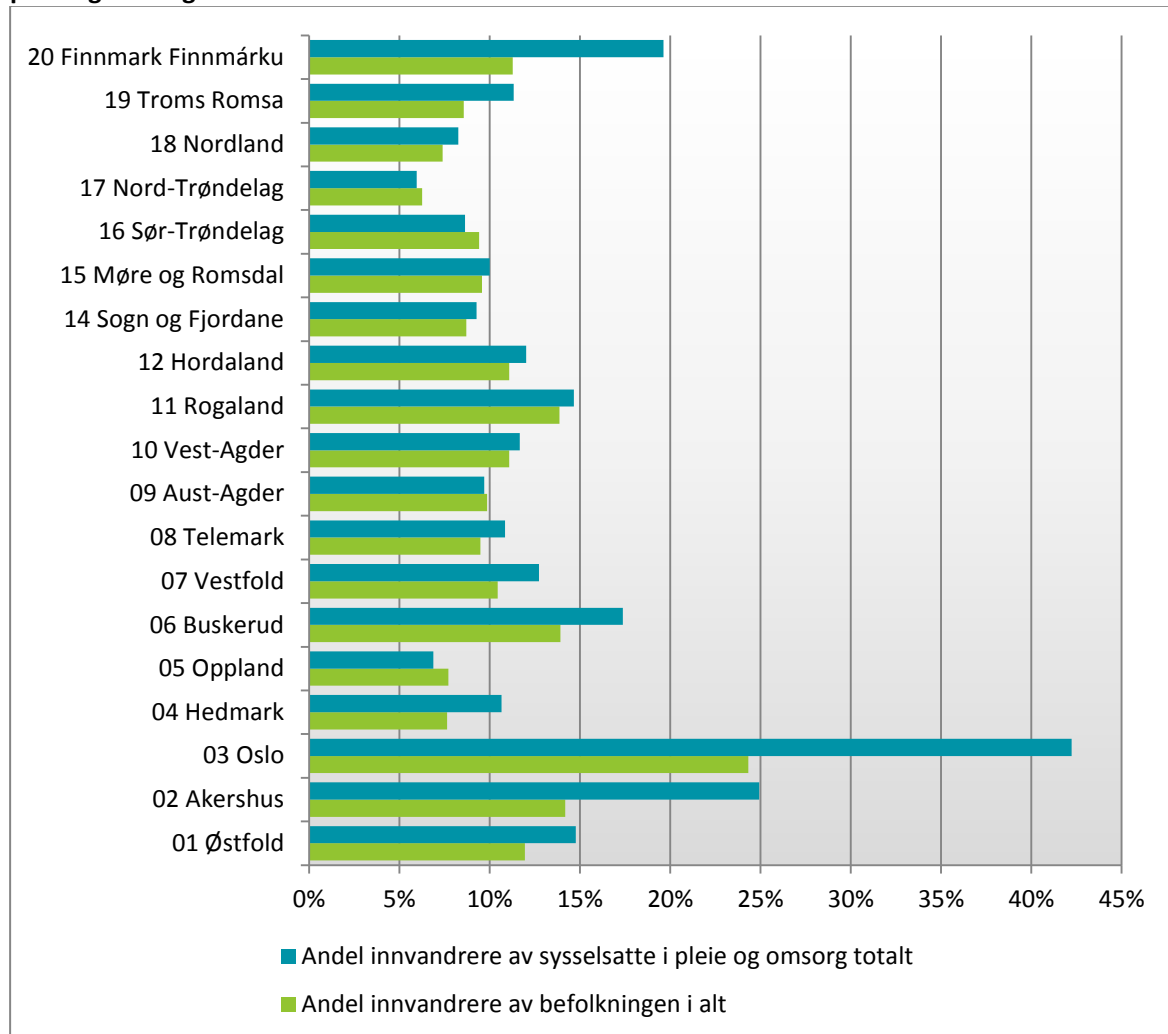
Figurene under baserer seg på tall fra statistikkpakker fra Statistisk sentralbyrå til Kompetanseløftet og bekrefter trenden med en voksende andel sysselsatte innvandrere i pleie- og omsorgssektoren. Andelen har økt med litt over tre prosentpoeng de siste fire årene.

Figur 4.5: Andelen innvandrere av sysselsatte totalt 2007-2013



Kilde: AA-registeret, SSB

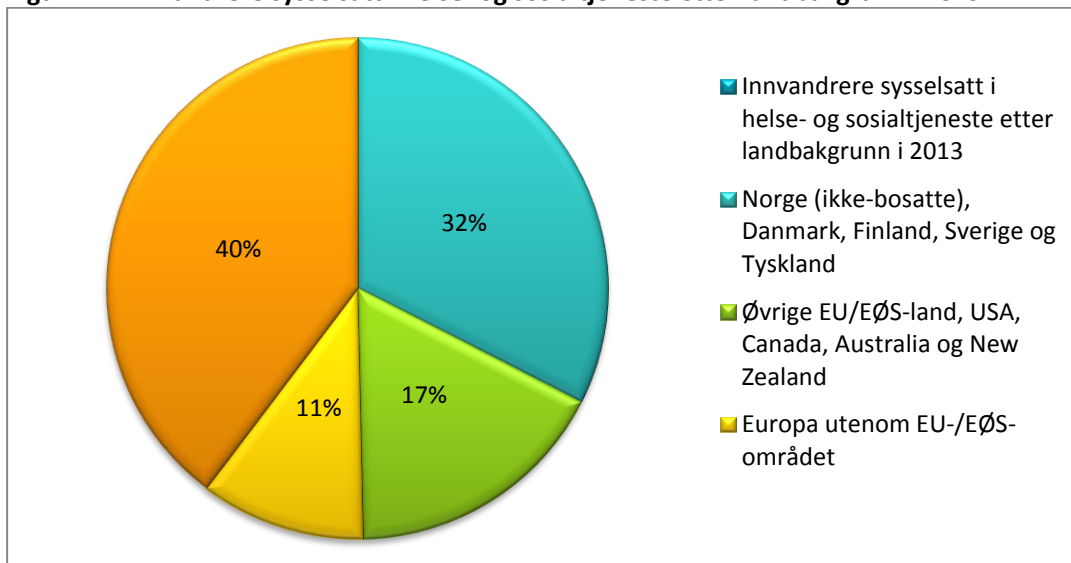
Figur 4.6: Fylkesvis oversikt over forholdet mellom andel innvandrere i alt og andelen av sysselsatte i pleie og omsorg blant innvandrere i 2013



Kilde: AA-registeret, SSB

Figuren over viser to størrelser. De blå søylene viser hvor stor andel av sysselsatte i pleie og omsorg som er innvandrere. De grønne søylene viser andelen innvandrere av befolkningen i alt. Som vi ser er det i de fleste tilfellene en forholdsmessig høyere andel innvandrere som jobber i pleie og omsorg sammenholdt med befolkningen generelt. I Oslo utgjør innvandrere 42 prosent av de sysselsatte i sektoren, mens i befolkningen i alt er andelen innvandrere 24 prosent. Kun i trøndelagsfylkene og i Oppland er andelen innvandrere av de sysselsatte i sektoren lavere enn andelen innvandrere i alt.

Figur 4.7: Innvandrere sysselsatt i helse- og sosialtjeneste etter landbakgrunn i 2013

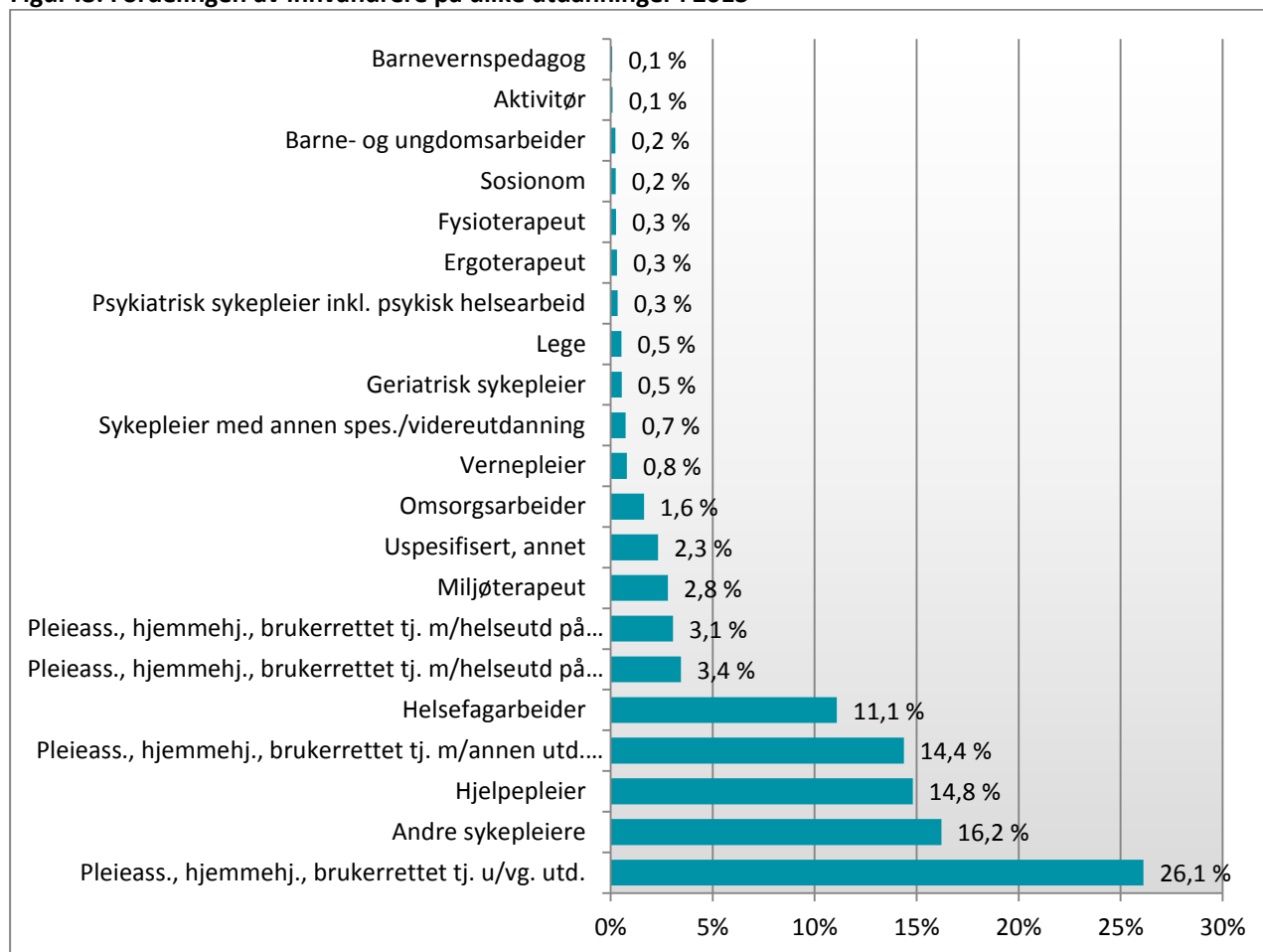


Kilde: AA-registeret, SSB

Figuren over viser at fire av ti innvandrere som er sysselsatt i helse- og sosialtjenesten kommer fra land utenfor Europa/Nord-Amerika og Australia/New Zealand. Den nest største gruppen er innvandrere fra våre naboland, samt nordmenn som ikke er bosatt i Norge. Språkutfordringer kan være mest gjeldende for de som kommer fra land med begrensede engelskkunnskaper. Denne problematikken er en del av utfordringsbildet vedrørende godkjenning av personell med utdanning utenfor EU/EØS.

Den siste figuren viser hvilke typer helse- og sosialfaglige utdanninger innvandrere som arbeider i sektoren har. Nesten ni av ti har utdanning som pleieassistent, helsefagarbeider, hjelpepleier eller «andre sykepleiere».

Figur .8: Fordelingen av innvandrere på ulike utdanninger i 2013



Kilde: AA-registeret, SSB

Det foreligger også statistikk på utdannings land og innvilgende autorisasjoner, men denne statistikken er ikke presentert her.

Litteraturliste

KS (2014): *Pleie og omsorg. Færre bor på institusjon – flere mottar hjelp hjemme. Nøkkeltallsrapport 2014*

<http://www.ks.no/PageFiles/63094/PLO%20n%c3%b8kkeltall%20mai%202014.pdf?epslanguage=no>

Statistisk sentralbyrå (2014): statistikkpakker til Kompetanseløftet 2015-rapporteringen

Fafo (2014): *Redusert arbeidstid i pleie og omsorg* – Fafo rapport 2014:22

<http://www.fafo.no/pub/rapp/20369/20369.pdf>

Civita (2013): Mathilde Fasting: *God organisering vil gi god omsorg*

<https://www.civita.no/2013/05/24/god-organisering-vil-gi-god-omsorg>

Statistisk sentralbyrå (2013): *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>

Arbeidsforskningsinstituttet (2014): *Lederutdanning innen helse- og omsorgssektoren.*

www.hioa.no/content/download/54044/813119/file/n2010-15.pdf

<https://www.ssb.no/179954/innvandrere-og-ikke-bosatte-15-74-%C3%A5r-med-helse-og-sosialfaglig-utdanning-sysselsatt-i-helse-og-sosialtjenester-etter-landbakgrunn.per-4.kvartal.prosent-endring-siste-%C3%A5r>

5. BRUK AV SYKEHUS BLANT MOTTAKERE AV KOMMUNALE OMSORGTJENESTER

Norsk Pasientregister (NPR) og IPLOS-registeret ble i 2014 koblet for første gang. Formålet med denne koblingen var kvalitetssikring av data i NPR om inn- og utskrivning fra og til sykehjem og hjemmetjenester. Dette kapitlet vil gi smakebiter på statistikk fra denne koblingen, beskrive nytten av kobling av datakilder, samt kort beskrive juridiske rammer for kobling av registre.

5.1 Innledning

St. meld. nr. 47 (2005-2006) Samhandlingsreformen har som formål å gi mer koordinerte og helhetlige tjenester, på tvers av tjenestenivå og uavhengig av finansieringsordninger og ansvarsfordeling. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har blitt styrket og fått mer ansvar og vi ser at etter reformen har antallet mottakere av korttidsopphold økt, flere mottar hjemmesykepleie og mange kommuner har opprettet kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (Hdir 2014, Samhandlingsstatistikk).

Samtidig er tanken rundt oppbygging av tjenester nær pasienten i tråd med forebyggingsaspektet hvor iverksetting og styrking av kommunale tiltak kan bidra til å forhindre sykehusinnleggelser. Gode hjemmebaserte og institusjonsbaserte omsorgstjenester vil i så måte kunne være en buffer og forhindre eller utsette bruk av de spesialiserte tjenestene ved sykehus.

Tallene i dette kapitlet er basert på datafiler hvor Norsk pasientregister og IPLOS-registeret er koblet. Datafilene ble bestilt av Norsk pasientregister med formål om å kvalitetssikre data i NPR om inn- og utskrivning fra og til sykehjem, samt å utvikle indikatorer for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Datafilene ble anonymisert i tråd med IPLOS-forskriften og utlevert av SSB i 2014. Siden formålet med bestillingen ikke primært har vært statistikk for de kommunale omsorgstjenestene, inneholder filene ikke alle relevante variabler for kommunene. Til slutt vil vi derfor peke på hvordan framtidige koblinger av helseregistre kan gi ny statistikk og ny styringsinformasjon for kommuner og helsemyndigheter, samt hvilke juridiske krav som stilles til kobling av helseregistre.

5.2 Fra kommunale hjemmetjenester til sykehus

Per 31.12.2010 var det i alt 174 570 mottakere av hjemmetjenester (SSB tab 06972). Bruken av sykehus vil variere for hjemmetjenestemottakere, men den koblete fila viser at hjemmetjenestemottakere i alt sto for 325 322 polikliniske konsultasjoner i 2010. I tråd med

utviklingen for alle polikliniske konsultasjoner (i alt 4,6 mrd i 2010) øker også hjemmetjenestemottakernes bruk av poliklinisk behandling ved sykehus fra 2010 til 2011.

For dag/døgnoophold er antall episoder/kontakter noe lavere – i alt var det 157 351 innleggelser i 2010 hvor pasienten hadde hjemmetjenestetilbud fra kommunen ved innskrivning. Bruken av dag-/døgnoophold går noe ned fra 2010 til 2011.

Tabell 5.1: Antall sykehusepisoder med hjemmetjenester før sykehuskontakt. 2010 og 2011

År	Poliklinisk konsultasjon	Dag-/døgnoophold
2010	325 322	157 351
2011	336 221	152 628

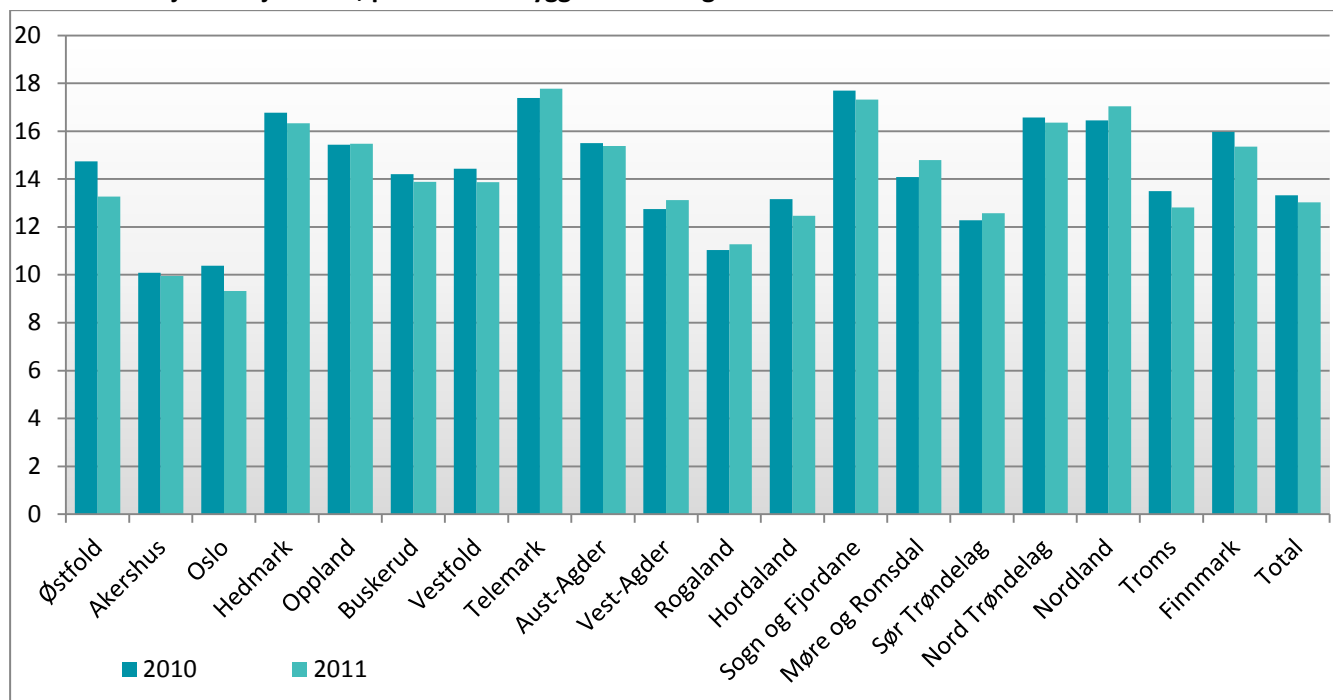
Kilde: IPLOS-registeret

Kommunenes tilbud av helse- og omsorgstjenester vil ha betydning for innbyggernes bruk av spesialiserte sykehustjenester. Både tilbudenes kvalitet og omfang kan bidra til at forbruket av sykehustjenester blir mindre enn det ellers ville vært. Det er også kjent at andre faktorer, som for eksempel avstand til sykehus, kommunikasjon mellom de ulike tjenesteyterne og terskler for henvisninger, kan bidra til ulikt forbruk av sykehus. Til slutt er det også kjent at sykkelighet er ulikt geografisk fordelt og at kommunene har ulik aldersfordeling. Det er dermed mange potensielle årsaker til forskjellig bruk av sykehus kommunene imellom.

Av de 157 000 innleggelsene som hjemmetjenestemottakere sto for i 2010 er selvsagt variasjonen stor mellom kommunene. I figuren nedenfor er sykehusoppholdene fra hjemmetjenestemottakere fordelt fylkesvis. Det er korrigert for samlet antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester gjennom året for å kunne sammenligne fylkene relativt.

De fleste fylkene har mellom 4 og 5 innleggelser fra hjemmetjenesten per 10 omsorgsmottakere. Nordland og Telemark ser ut til å ha det høyeste sykehusforbruket, mens Oppland og Sør-Trøndelag ligger lavt. Det kreves mer analyse for å studere forskjellene, og her kan man også utvikle indikatorer hvor person er enhet, for eksempel andel hjemmetjenestemottakere med sykehusinnleggelser.

Figur 5.1: Antall pasienter i dag/døgnoophold i spesialisthelsetjenesten som både blir innlagt fra, og utskrevet til hjemmetjenester, per 1000 innbyggere. 2010 og 2011



Kilde: IPLOS-registeret

5.3 Fra kommunalt institusjonsopphold til sykehus

Per 31.12.2010 var det i alt 43 508 beboere i pleie- og omsorgsinstitusjon (SSB tab 04686). Dette gjelder både tidsbegrensede opphold og langtidsopphold i sykehjem og andre kommunale institusjoner. Regner man gjennom året er det langt flere beboere siden tidsbegrensede opphold gis for kortvarige perioder gjennom året.

Også for institusjonsbeboere vil bruken av sykehus variere. I grunnlagsdataene er tidsbegrenset opphold og langtidsopphold slått sammen slik at det ikke vil være mulig å analysere forskjeller i sykehus mellom gruppene. I alt var det 36 430 polikliniske konsultasjoner i sykehus av hjemmetjenestemottakere, mens det var 26 046 dag/døgnoophold hvor pasienten som ble innskrivet hadde hjemmetjenester. Bruken av polikliniske konsultasjoner øker fra 2010 til 2011, mens antallet dag/døgnoophold går ned.

Institusjonsbeboere bruker sykehus i mindre grad enn mottakere av hjemmetjenester. Mens hjemmetjenestemottakere i snitt hadde 1,9 poliklinisk konsultasjon i året hadde en institusjonsbeboer kun 0,8 polikliniske konsultasjoner i året. Og gjennomsnittet for dag/døgnoophold i sykehus var også lavere for institusjonsbeboere (0,6 mot 0,9). Dette vil blant annet skyldes at pleie- og omsorgsinstitusjoner har døgkontinuerlig tilgang på helsepersonell som kan forebygge og forhindre bruk av sykehus.

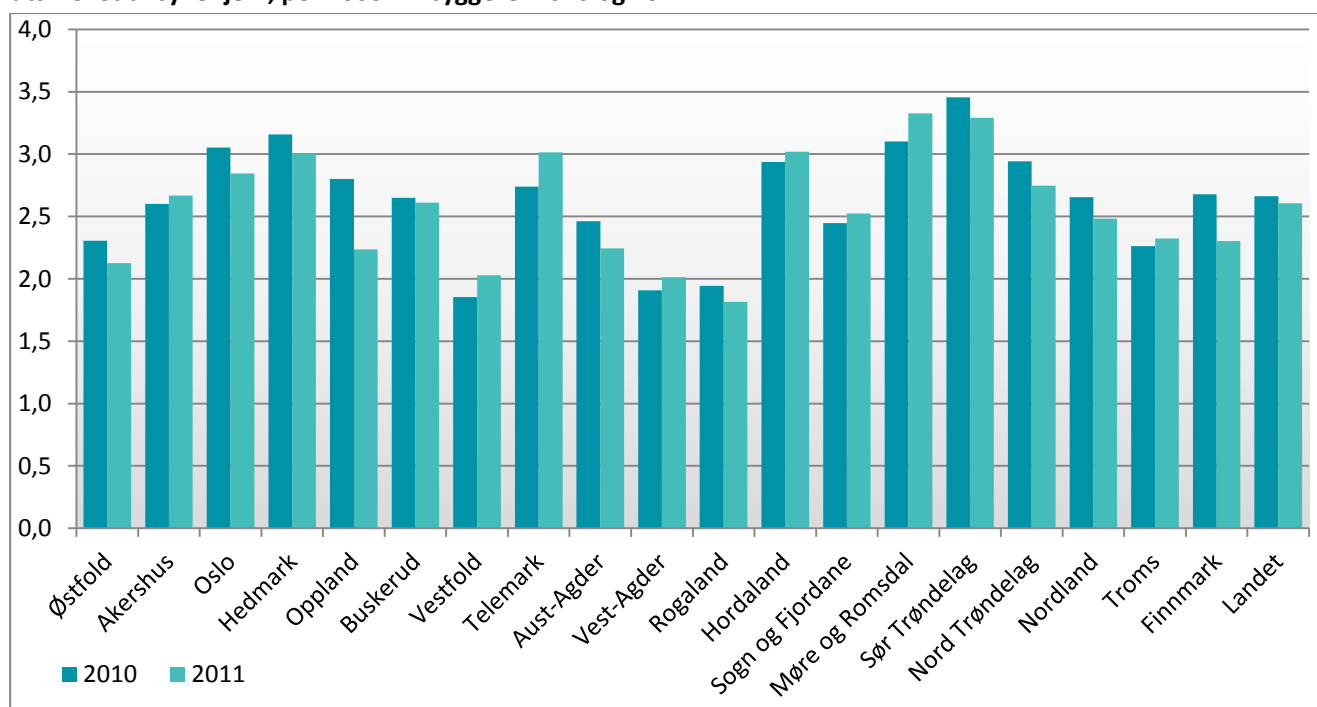
Tabell 5.2: Antall sykehusepisoder med institusjonstjenester før sykehuskontakt. 2010 og 2011

År	Poliklinisk konsultasjon	Dag-/døgnoophold
2010	36 430	26 046
2011	38 131	25 210

Kilde: IPLOS-registeret

Det er opp mot 80 innleggelser fra kommunal institusjon per 1000 omsorgsmottaker og den regionale variasjonen ser ut til å være større enn for innleggelser fra hjemmetjenesten. Sør-Trøndelag og Oslo har relativt mange innleggelser fra kommunale institusjoner, tett fulgt av Møre og Romsdal og Akershus. Vestfold og Østfold har færrest innleggelser fra kommunal institusjon.

Figur 5.2: Antall pasienter i dag/døgnoophold i spesialisthelsetjenesten som både blir innlagt fra, og utskrevet til sykehjem, per 1000 innbyggere. 2010 og 2011.



Kilde: IPLOS-registeret

5.4 Nytten av koblede data til statistikk

Resultatene som er vist her er kun smakebiter på hvordan datagrunnlaget fra kobling av IPLOS-registeret og Norsk pasientregister kan nyttiggjøres til statistikk. I tillegg kan opplysninger og alder, kjønn, diagnoser og andre relevante variabler brukes. Datafilene vi nå har mottatt inneholder også informasjon om hvilke pleie- og omsorgstjenester pasienten mottar etter utskrivning fra sykehus. For kommunene vil det være mest relevant med indikatorer på kommunenivå.

Eksempler på spørsmål som indikatorer fra koblede data kan belyse er:

- Hvor mange innleggelser har kommunens sykehjemsbeboere?
- Hvor stor andel av langtidsbeboerne har hatt opphold på sykehus gjennom et år?
- Er dette mer/mindre enn sammenlignbare kommuner? Og hvorfor?
- Hvilke diagnoser legges beboerne inn med?
- Har enkelte beboere svært høy frekvens av innleggelser? Hvorfor? Kan dette forebygges?

Også i kvalitetsindikatorsystemet (beskrevet i kap. 1) vil det være relevant å utvikle indikatorer som ser på kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste i sammenheng. Dette gjelder for eksempel *prosessindikatorer* (aktiviteter i pasientforløp m.v.) og *resultatindikatorer* (overlevelse, helsegevinst m.v.). I oppfølging av Samhandlingsreformen vil det på samme måte være relevant å følge pasienter mellom tjenestene og forvaltningsnivåene gjennom statistikk.

5.5 Juridiske krav og oppsummering

Bruk av data fra helseregistre skal alltid være i tråd med rettslige krav. Dette betyr blant annet at bruken av dataene må være innenfor formålet for hvert av helseregistrene spesifisert i den enkelte forskrift. I IPLOS-forskriften beskrives formålet i § 1-3 hvor både statistikk, samt styring og utvikling av tjenesten er inkludert. Tilsvarende har forskriften for Norsk pasientregister en formålsparagraf som fastslår at styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten skal være et av hovedformålene (§ 1-2).

Helseregistrenes forskrifter regulerer i tillegg mulighetene til koblinger med andre datakilder. IPLOS-forskriften stiller som krav at Datatilsynet har gitt tillatelse til kobling av IPLOS med andre registre (§ 5-3), noe som innebærer at den som ønsker å koble IPLOS-registeret for statistikkformål formelt må søke Datatilsynet om konsesjon for behandling av helseopplysninger. I tillegg må søknad om kobling sendes Helsedirektoratet som er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret.

I dette kapitlet er det vist eksempler på statistikk fra en koblet fil mellom Norsk pasientregister og IPLOS. Nytten av slike koblinger av datakilder på individnivå er kort beskrevet. I statistikkproduksjon for helseområdet i dag er det ingen tradisjon for å koble datakilder på individnivå for å følge pasientene mellom tjenester. Noe av bakgrunnen kan ligge i at arbeidet med koblinger er tidkrevende, kostbart, involverer mange parter og omfatter store datamengder. I tillegg stiller lovverket opp strenge rammer for koblinger mellom helseregistre og eventuelt andre datakilder, for å ivareta den enkeltes personvern.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no