

Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem

Statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg desember 2013

Publikasjonens tittel: Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem - Statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg desember 2013

Utgitt: 01/2014

Bestillingsnummer: IS-2165

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avd. omsorgstjenester/avd. 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

Ansvarlig: Avd. direktør Kristin Mehre, avd. omsorgstjenester
Avd. direktør Hanne Narbu, avd. statistikk og kodeverk

Forfattere: Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe;

Thorstein Ouren, avd. omsorgstjenester (faglig leder)
Linda Haugan, avd. statistikk og kodeverk (prosessleder)
Michael Kaurin, avd. omsorgstjenester
Anders Vege, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Frode F. Jacobsen, Senter for omsorgsforskning Vest-Norge
Kari Hesselberg, KS
Tove Hovland, Tønsberg kommune
Birgit Sannes, Bamble kommune

FORORD

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn og mandat for arbeidet	5
1.2 Om arbeidet i 2013	6
2. UTVIKLING OG IMPLEMENTERING AV KVALITETSINDIKATORER - NOEN REFLEKSJONER	8
2.1 Utvikling av kvalitetsindikatorer - rammer og forutsetninger	8
2.2 utfordringer knyttet til implementering av de planlagte indikatorene	10
3. OPPFØLGING AV DEN FØRSTE RAPPORTEN	13
3.1 Endringer i eksisterende indikatorer	13
3.2 Nye indikatorer for omfang av deltidsbruk	14
3.3 Utvikling/pilotering av nye indikatorer	15
3.4 Brukererfaringsundersøkelser	18
3.5 Oppfølging av forslag til indikatorer på ernæring	21
3.5.1 Status	22
3.5.2 Forslag til videre prosess	23

3.6	Oppfølging av forslag til indikatorer på legemidler	24
3.6.1	Status	24
3.6.2	Forslag til videre prosess	27
3.7	Oppfølging av kvalitetsindikatorer for helsefremmende arbeid	28
3.7.1	Status	29
3.8	Oppsummering av oppfølging	29
4.	OPPFØLGING AV FORSLAG KNYTTET TIL NYE INDIKATOROMRÅDER	31
4.1	Innledning	31
4.2	Rehabilitering/habilitering	31
4.3	Demens	33
4.4	Bruk av registre	33

INNLEDNING

Denne rapporten oppsummerer andre års arbeid i arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten. Arbeidet er en del av Helsedirektoratets arbeid med utvikling av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Rapporten er ført i pennen av Helsedirektoratet, basert på prosessen så langt. Hele arbeidsgruppen står bak de beskrevne mål for arbeidet, forutsetninger som er lagt til grunn og forslag til indikatorer og videre prosess. Det må likevel tas forbehold om at enkelte utsagn og formuleringer må stå for direktoratets regning.

1.1 Bakgrunn og mandat for arbeidet

Helsedirektoratet har som fagmyndighet et overordnet ansvar for etablering og videreutvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet ga i august 2009 Kunnskapscenteret i oppdrag å komme med et forslag til rammeverk for et revidert nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Helsedirektoratet mottok rapporten fra Kunnskapscenteret 25. juli 2010.¹ På bakgrunn av anbefalinger i denne rapporten, tidligere arbeid og tilgrensende prosesser, har direktoratet utarbeidet et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helse- og omsorgstjenesten. Innenfor hvert fag-/tjenesteområde hvor det skal utarbeides kvalitetsindikatorer skal det etableres en egen arbeidsgruppe.

Arbeidsgruppes mandat er definert slik:

«Sammensetning

Kvalitetsindikatorgruppens formål er å foreslå, utvikle og teste nye kvalitetsindikatorer, samt evaluere validiteten av kvalitetsindikatorsettet innenfor gjeldende fagområde.

Gruppene skal kombinere ekspert- og brukervurderinger med forskningsbasert kunnskap. Kvalitetsindikatorgruppen skal ha tverrfaglig kompetanse og skal speile hele pasientforløpet. I tillegg til helsefaglig og samfunnsfaglig kompetanse, skal gruppene også ha kompetanse på statistisk analyse, klinisk epidemiologi, prosjekt- og prosessledelse. Gruppen skal også ha databehandlerkompetanse og innsikt i hvilke data som finnes og hvilken kvalitet dataene innehar.

¹ Rapport fra Kunnskapscenteret nr 16 –2010.

Oppgaver

Gruppen som helhet har følgende oppgaver:

- *Utvikle kvalitetsindikatorer innenfor sitt fagområde.*
- *Sørge for løpende kontakt med helsetjenesten og de faglige sammenslutningene/fagråd slik at disse er orientert om hvordan arbeidet forløper.*
- *Sikre medeierskap til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.*
- *Utarbeide prosjektplaner og tidsplaner for gruppens arbeid.*
- *Opprette en referansegruppe og involvere den i arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer.*

Referansegruppe

Referansegruppen vil være en støtte ift oppslutning og legitimitet for utvalget av indikatorer innenfor det enkelte fagområdet.»

1.2 Om arbeidet i 2013

Arbeidsgruppen har i løpet av 2013 hatt fire møter:

- 29. april
- 23. august
- 31. oktober
- 22. november

Arbeidsgruppens faste deltakere er:

- Faglig leder: Thorstein Ouren, Helsedirektoratet, avd. omsorgstjenester
- Prosessleder: Linda Haugan, Helsedirektoratet, avd. statistikk og kodeverk
- Michael Kaurin, Helsedirektoratet, avd. omsorgstjenester
- Anders Vege, Kunnskapsenteret
- Frode F. Jacobsen, Senter for omsorgsforskning Vest-Norge
- Kari Hesselberg, KS
- Tove Hovland, Tønsberg kommune
- Birgit Sannes, Bamble kommune

I tillegg til arbeidsgruppemøtene har det vært avholdt ulike temaspesifikke møter med interne og eksterne deltakere herunder:

- Erfaringsseminar om ernæring, med deltakelse fra Oslo, Sandefjord og Tromsø kommune.
- Møter med Oslo kommune og Bergen kommune om registrering og bruk av ernæringsdata.
- Møte med Hugo Nilssen UNN, Rune Blomhoff UiO og Johanne Alhaug Lovisenberg/Oslo kommune om ernæringsdokumentasjon i et samhandlingsperspektiv.
- Diverse møter med Kunnskapsenteret/pasientsikkerhetskampanjen om legemiddelgjennomganger.
- Møter med Statistisk sentralbyrå og KS om utvikling av indikatorer om helsepersonell.

Det ble avholdt et møte med referansegruppen 17. desember. Innspillene herfra er så langt som mulig hensyntatt i rapporten. På møtet i referansegruppen deltok følgende:

- Øyvind Nordbø, Norsk sykepleierforbund
- Wenche Skjær, Statens Helsetilsyn
- Tone Faugli, FO
- Morten Laudal, Den Norske Legeforening
- Kristine Vierli, SAFO (NFU)
- Anne Hanshus, Pensjonistforbundet

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Fagforbundet var invitert, men deltok ikke.

2. UTVIKLING OG IMPLEMENTERING AV KVALITETSINDIKATORER - NOEN REFLEKSJONER

2.1 Utvikling av kvalitetsindikatorer - rammer og forutsetninger

Arbeidsgruppen har hatt behov for å ta et skritt tilbake og drøfte hva en kvalitetsindikator egentlig er, formålet med å etablere slike mål og forutsetninger for utvikling av indikatorer.

I plattformen til den nye regjeringen er det nedfelt følgende:

Regjeringen vil:

- *Innføre kvalitetsindikatorer for pleie og omsorgssektoren, blant annet basert på bruker- og pårørendeerfaringer.*
- *Etablere en norm/veileder for bemanning og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren.*

I tildelingsbrevet fra HOD til Helsedirektoratet for 2013 står følgende:

«Som oppfølging av kvalitetsutviklingsprosjektet for omsorgstjenestene, som ble gjennomført i et samarbeid mellom staten, KS, yrkesorganisasjonene og frivillige organisasjoner skal Helsedirektoratet bla utvikle kvalitetsindikatorer for omsorgstjenesten i samarbeid med KS. Arbeidet må sees i sammenheng med direktoratets oppdrag knyttet til utvikling av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten og arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer i regi av SSB, jf Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.»

I Meld. St. 10 (2012-2013) om kvalitet og pasientsikkerhet heter det:

«Utvikling av kvalitetsindikatorer bør sees i sammenheng med utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer. Kvalitetsindikatorer er nødvendig for å kunne måle om en retningslinje fører til ønsket endring i praksis. Arbeidet med å utvikle indikatorer bør derfor gå parallelt med retningslinjearbeidet. Indikatorer må være relevante for anbefalingene i retningslinjene.»

I helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 ses Helsedirektoratets ansvar for retningslinjearbeid i sammenheng med et parallelt ansvar for å utvikle og formidle kvalitetsindikatorer. En slik tenkning er også konkret fulgt opp i oppdragene med å utvikle ny veileder innenfor re- /habilitering og ny retningslinje og veileder for demens, der utvikling av kvalitetsindikatorer skal inngå som en del av de faglige prosessene.

Metodene som beskrives for utvelgelse av kvalitetsindikatorer i ulike land, har mange likhetstrekk. Det dreier seg om systematiske tilnærminger der kunnskap fra vitenskapelig

dokumentasjon eller kliniske retningslinjer kombineres med kollektive ekspertbedømmelser: såkalte formaliserte konsensusprosesser. Målet er at indikatorene er vurdert i henhold til eksplisitte kriterier som relevans, nytte, kunnskapsgrunnlag og gjennomførbarhet.

Innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil det være betydelige utfordringer knyttet til utvikling av resultatmål. Kvalitetsindikatorer må (i hvert fall på kort sikt) i all hovedsak bygges opp rundt prosessmål. Dette er drøftet og begrunnet i Kunnskapssenterets forslag til rammeverk (Kunnskapssenteret Rapport 16/10):

«Selv om resultatindikatorer gjerne fremstår som en gullstandard for begge nivåene, vil bruk av harde endepunkter (som mortalitet) i primærhelsetjenesten kunne gi et skjevt bilde av tjenestekvaliteten sammenliknet med i spesialisthelsetjenesten. I primærhelsetjenesten vil slike utfall gjerne skje lengre tid etter at behandling er gitt, de vil i oftere kunne påvirkes av sosiodemografiske faktorer utenfor tjenesteyternes kontroll og de vil også i stor grad kunne forstyrres av hvilke tilbud som annenlinjetjenesten gir og hvor tilgjengelige disse tjenestene er. Det kan derfor sies at utfallmål som "harde endepunkter" f.eks. i form av overlevelse, dødelighet, osv. vil ligge nærmere spesialisthelsetjenesten enn primærhelsetjenesten. Et annet problem med valg av indikatorer for primærhelsetjenesten er at evidens for de intervensjonene som benyttes, ofte er svakere enn i spesialisthelsetjenesten. Behovet for konsensusprosesser der ekspert- og brukervurderinger kombineres med forskningsbasert kunnskap er derfor spesielt viktig i primærhelsetjenesten. Prosessmål basert på vitenskapelig evidens knyttet til relevante utfallsmål vil ofte være den beste muligheten til å måle tjenestekvalitet i primærhelsetjenesten.»

Dersom indikatorer i stor grad skal baseres på prosessmål må effekten være godt dokumentert gjennom forsknings- og/eller erfarings basert kunnskap. Ellers vil det være betydelig risiko for at vi måler konkrete forhold uten at vi har tilstrekkelig evidens for at det fører til bedre resultat/forbedret kvalitet. Kunnskapssenteret skriver også i sitt forslag til rammeverk at:

«Indikatoren skal ha en tilstrekkelig høy grad av validitet og reliabilitet samt et tydelig kunnskapsgrunnlag. Indikatoren bør understøttes av forskning som viser at relasjonen til andre indikatorer som måler samme eller liknende kvalitetsaspekter underbygger den tolkningen man ønsker å gjøre av indikatoren.»

Arbeidsgruppen mener det bør tas en prinsipiell diskusjon om kvalitetsindikatorer innen primærhelsetjenesten i all hovedsak bør knyttes opp mot faglige retningslinjer og veiledere. Retningslinjen bør da samtidig være vurdert ut fra økonomiske og administrative konsekvenser slik at de ikke skaper prioriteringsutfordringer mellom ulike sektorer og brukergrupper. Konsekvensene av dette er at prioriteringen av områder for utvikling av retningslinjer og veiledere da også vil være førende for hvilke områder det skal utvikles kvalitetsindikatorer innenfor. Arbeidsgruppen har i praksis allerede lagt til grunn en slik tenkning, ved å prioritere underernæring og legemidler i 2012/2013 og foreslå prioritering av rehabilitering og demens fra 2014. Det ligger da en bredere faglig vurdering bak de områder som velges ut, og man vil være nærmere det som Kunnskapssenteret trekker fram som viktigste kriterium ved utvelgelse av områder for utvikling av indikatorer:

«Betydning for helsetilstanden og klinisk intervensjonsmulighet: mangelfull forebygging/diagnostikk/behandling/oppfølging fører til spesielt stort prognosetap med hensyn til livslengde, eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet i befolkningen».

Gruppen har gjennom året blant annet drøftet flere indikatorer knyttet til personell, og den diskusjonen har synliggjort utfordringen ved å ta utgangspunkt i «tilgjengelige data» og ut fra det definere nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er fullt mulig å identifisere og definere gode og nyttige indikatorer ut fra en slik prosess, men man vil i ulik grad ha tilstrekkelig grunnlag for å dokumentere indikatorens betydning for kvalitet og om man måler det man ønsker å måle.

Samtidig ligger det et viktig dilemma i dette. Det er et tydelig ønske om å «plukke de lavt hengende fruktene», det vil si indikatorer som kan bygge på allerede tilgjengelige data, og det er et mål å få etablert et sett kvalitetsindikatorer så raskt som mulig. Gitt de forutsetningene som er beskrevet innledningsvis, så vil utvikling av indikatorer være en prosess som kan ta inntil 3-4 år fra arbeidet starter til indikatoren er klar for publisering. Det må derfor jobbes både på kort og lang sikt. Arbeidsgruppen har drøftet flere indikatorer som kan baseres på tilgjengelige data. Disse kan ha en annen status med tanke på evidens, og dette må i så fall tydeliggjøres i beskrivelsene og i forbindelse med publisering. Her må erfaringer med nytte og relevans i større grad innhentes gjennom praktisk bruk av indikatoren, og et slikt datasett må revideres jevnlig i tråd med erfaringene.

Arbeidsgruppen er for øvrig opptatt av følgende:

- Forutsetningen for en god indikator er at den er nyttig for lokalt forbedringsarbeid.
- Indikatorer vrir oppmerksomheten i retning av det som måles. Det er derfor viktig at man utvikler indikatorer for de områdene som er virkelig viktige.
- Målet må ikke være flest mulig indikatorer, men et lite, helhetlig og nyttig sett med indikatorer.
- Indikatorsettet må revideres jevnlig, ut fra hva som er viktig å følge med på. Enkelte indikatorer kan være viktige å følge opp over tid, noen kan være tidsbegrensede. Det handler også om å skape legitimitet rundt de indikatorene som brukes.
- Indikatorene må baseres på automatisk datafangst og ses i sammenheng med andre, eksisterende rapporteringssystemer, blant annet KOSTRA.

2.2 utfordringer knyttet til implementering av de planlagte indikatorene

Det er et stort og tidkrevende arbeid som må gjøres fra forslag til indikatorer foreligger til indikatorene faktisk kan publiseres og det er flere flaskehalsen i en slik implementeringsprosess.

Innenfor de foreslåtte områdene for nye indikatorer har arbeidsgruppen forsøkt å definere utfordringsbildet nærmere. Punktene nedenfor oppfattes som særlig viktig i et videre implementeringsarbeid. I prosessen er dette drøftet med sekretariatet for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og vil være elementer i et videre for-/pilotprosjekt, se kapittel 3.5.2 og 3.6.2.

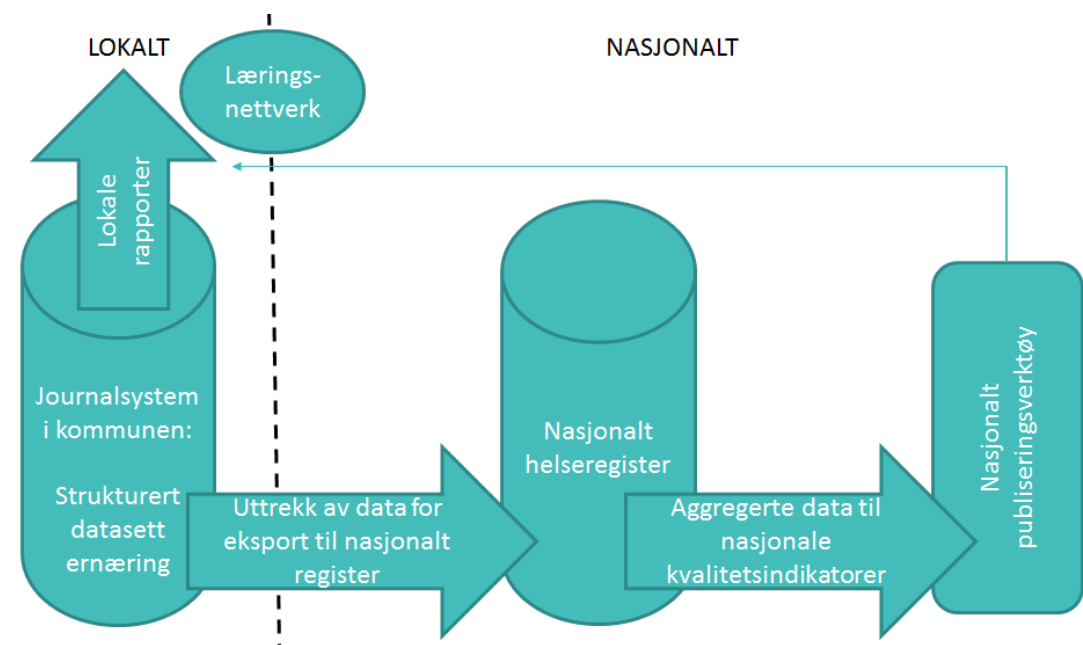
En første utfordring er dagens journal- og fagsystemer innenfor primærhelsetjenesten. Det kreves til dels betydelige strukturelle endringer i dagens systemer. Fagsystemene må i større grad bygges opp rundt pasienten/brukeren og pasientforløpet. Nødvendig dokumentasjon må i større grad standardiseres. 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 selvfølgelig ønskelig at arbeidet med implementering av nye dokumentasjonsrutiner og indikatorer i størst mulig grad skal inngå som en del av en helhetlig e-helse strategi.

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. Det bør imidlertid være både mulig og ønskelig å utvikle flere og bedre faglige standarder også for denne delen av tjenesten, som ikke binder opp kommunene hverken når det gjelder organisering eller ressursbruk.

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. Det er for det første et spørsmål om finansiering, hvorvidt endringer i fagsystemene skal gjøres av kommunene selv gjennom eksisterende driftsavtaler med sine leverandører eller om staten utarbeider en generisk kravspesifikasjon og finansierer utviklings- og implementeringskostnadene. Det er videre et prioriteringsspørsmål, hvordan dette endringsarbeidet skal prioriteres opp mot øvrige ønsker om endringer i fagsystemene. Så er det et opplæringsspørsmål. Nye og mer standardiserte dokumentasjonsrutiner krever et system for kontinuerlig opplæring og vedlikehold av kompetanse. Kommunene selv må bygge opp en struktur rundt dette. Et praktisk eksempel er Bergen kommune som har bygget opp e-læring om godt ernæringsarbeid, et opplegg som er obligatorisk for alle som skal jobbe inn i pleie- og omsorgstjenesten. Videre må tallgrunnlaget tas i bruk lokalt, kvalitetsdata må etterspørres like rutinemessig som øvrige styringsdata og være en del av det løpende beslutningsgrunnlaget til politiske-, administrative- og tjenesteledere i kommunen.

Til slutt, hvordan sikrer at korrekte og komplette data rapporteres inn på en hensiktsmessig måte fra alle kommuner? Arbeidsgruppen har lagt til grunn et førende prinsipp om at kvalitetsindikatorer skal genereres fra dokumentasjon som registreres som en del av den daglige tjenesteytingen og rapporteres gjennom automatiske uttrekk fra journal- og fagsystemer. «Gullstandard» for dette er vist i figuren nedenfor, med ernæring som eksempel. Det etableres en strukturert rutine for dokumentasjon i fagsystemet. Kommunen har mulighet til å ta ut aggregerte data lokalt til kvalitetsforbedring, tjenesteutvikling, styring og planlegging, i tillegg til bruk i erfaringsutveksling med andre kommuner (læringsnettverk). Et definert datasett kan trekkes automatisk ut av fagsystemet og eksporteres til et nasjonalt helseregister. Rapporteringskrav vil da være forskriftsfestet slik at det er obligatorisk for alle kommuner å sørge for at data blir rapportert. Dette sikrer kompletthet i datagrunnlaget. Videre vil dataene være på individnivå, slik at grunnlagsdata også kan sammenstilles med annen informasjon fra registeret eller kobles mot informasjon fra andre registre. Dette utvider bruksområdet for

dataene, for eksempel til forskningsformål. Fra registeret aggregeres data til nasjonale kvalitetsindikatorer som publiseres jevnlig. I tillegg tilbakeføres de nasjonale dataene til kommunene for bruk lokalt og i nettverksarbeid med andre kommuner. Slik sett rigges systemet som en «sløyfe».



Implementeringsarbeidet som er foreslått på områdene ernæring og legemidler nedenfor forsøker å definere hvordan man konkret kan jobbe seg gjennom de ovenfor nevnte flaskehalsene. Et slikt arbeid bør derfor også ha verdi som en pilot for tilsvarende prosess på alle indikatorområder.

På møtet 17. desember understøttet referansegruppen behovet for å se på de «lavt hengende fruktene», men påpekte samtidig behovet for at indikatorene er gode, helhetlige og ikke fører til uforutsette og uheldige vridningseffekter i kommunene. Deltakere i referansegruppen påpekte at dersom retningslinjer skal brukes som prosessmål så er det viktig å ha med seg at å følge retningslinjer ikke nødvendigvis er eneste vei til gode resultater.

3. OPPFØLGING AV DEN FØRSTE RAPPORTEN

Den første rapporten «*Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem – statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg*» forelå i januar 2013, og ligger her:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorssystem-statusrapport-fra-arbeidsgruppen-for-pleie-og-omsorg/Sider/default.aspx>

3.1 Endringer i eksisterende indikatorer

Arbeidsgruppen la frem forslag til endringer i de daværende eksisterende kvalitetsindikatorerne. Det ble besluttet at følgende indikatorer skulle videreføres:

- *Legetimer per uke per beboer i sykehjem*

Begrunnelse: Det er viktig å følge legetimer pr sykehjemsbeboer i lys av den nasjonale kvalitetsstrategiens målsetting om tjenester som er tilgjengelig og rettferdig fordeling, er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, involverer brukere og gir dem innflytelse.

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.

- *Andel plasser i tilrettelagt enerom med bad/wc*

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

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

Begrunnelse: 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. Dette kommer til uttrykk i "Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 – Rekruttering for bedre kvalitet".

Indikatoren uttrykker formell kompetanse hos personellet. Kompetanse er en viktig forutsetning for å nå kvalitetsstrategiens² mål om tjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre.

² Veileder IS-1162, «... og bedre skal det bli», Sosial- og helsedirektoratet 2005

- *Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste*

Begrunnelse: Sykefravær blir ansett som å være knyttet til kvaliteten på tjenestene, både direkte og indirekte. Dersom det ikke tilsettes 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. Nye ansatte kan også skape usikkerhet i hverdagen for mange tjenestemottakere.

Status

Indikatorene ble for første gang publisert på helsenorge.no 28. november 2013, og vil publiseres årlig i juni/juli.

Arbeidsgruppen foreslo at indikatoren *Andel beboere på tidsbegrenset opphold* ikke skulle videreføres, men skulle erstattes med to nye indikatorer:

- *Gjennomstrømning per plass i tidsbegrenset opphold i institusjon*
- *Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per tidsbegrenset opphold i institusjon*

Forenklet betyr dette antall brukere per år på en korttidsplass og antall dager hver bruker er på korttidsplassen i sykehjem. Hensikten er å si noe om hvorvidt kommunen har bygget et tilstrekkelig antall korttidsplasser for å ta i mot brukere som trenger et institusjonsopphold i en avgrenset tidsperiode.

Tallmaterialet viser imidlertid svakheter knyttet til hvordan indikatorene er beregnet. En av hovedfeilkildene relaterer seg til at hver tjenestemottaker bare registreres en gang, selv om de kan ha flere korttidsopphold pr. år. Dette slår spesielt uheldig ut for mindre kommuner. Arbeidsgruppen anbefalte derfor at indikatorene ikke ble publisert i november 2013. Arbeidsgruppen vil igangsette en prosess sammen med Statistisk sentralbyrå (SSB), og i dialog med KS, for å diskutere og vurdere bedre andre måter å beregne indikatorene på. Om mulig ønsker arbeidsgruppen at det utvikles og publiseres indikatorer på dette sommeren 2014.

En indikator som belyser sirkulasjonen på korttidsplasser må trolig sees i sammenheng med bruken av langtids plasser på sykehjem og ikke minst hjemmetjenester. Arbeidsgruppen bør derfor også vurdere om det skal etableres en gruppe indikatorer som til sammen belyser kommunenes evne til å gi innbyggerne et tilbud på riktig omsorgsnivå.

3.2 Nye indikatorer for omfang av deltidbruk

Arbeidsgruppen foreslo i sin rapport å opprette to nye indikatorer.

- *Gjennomsnittlig stillingsprosent for ansatte i brukerrettede tjenester, uten fagutdanning.*
- *Gjennomsnittlig stillingsprosent for ansatte i brukerrettede tjenester, med fagutdanning.*

Status

SSB har utredet hvordan disse indikatorene kan fremskaffes i dag ved å kople data fra ulike registre, herunder Arbeidsgiver-/arbeidstakerregister (Aa-registeret). Byrået redegjør samtidig

for utfordringer knyttet til kvaliteten på datamaterialet. Fra og med statistikkåret 2015 vil hovedkilden til den registerbaserte sysselsettingsstatistikken ikke være Aa-registeret, men et nytt register som omtales som EDAG. Dette vil erstatte Aa-registeret, samt rapporteringsrutiner til Skattedirektoratet og SSB. Fra denne nye rapporteringen vil man i tillegg til avtalt arbeidstid også kunne få informasjon om hvor mange timer som er heltid i den enkelte arbeidstakers jobb og kan derfor også få informasjon om stillingsprosent. SSB reiser spørsmålet om man bør vente med å innføre de nye kvalitetsindikatorerne til EDAG blir tatt i bruk.

Arbeidsgruppen er enig om at det vil være uheldig å utvikle indikatorer som vil medføre at man får et brudd i statistikken etter to år. Dataene fra 2013-2014 vil ikke være sammenliknbare med data fra 2015, og vil således kunne skape mye «uro» i den grad det blir store endringer i tallene.

Konklusjon:

Arbeidsgruppen foreslår derfor at indikatoren utvikles i løpet av 2014/15, men publiseres først når nytt datagrunnlag foreligger.

3.3 Utvikling/pilotering av nye indikatorer

Konklusjon etter arbeidsgruppens diskusjon rundt personellindikatorer i år er at gruppen ønsker å sette av mer tid på å diskutere og vurdere indikatorer på dette feltet i 2014. For å få gode indikatorer på dette området anser arbeidsgruppen det som viktig at det ikke utvikles «en-og-en» indikator, men et indikatorsett som gir et helhetlig bilde.

I fjorårets rapport foreslo arbeidsgruppen å utrede fire indikatorer knyttet til personellfeltet. Disse var:

- I. *Andel ansatte i brukerrettede tjenester, uten fagutdanning, som har vært ansatt i nåværende stilling i x år eller mer.*
- II. *Andel ansatte i brukerrettede tjenester, med fagutdanning, som har vært ansatt i nåværende stilling i x år eller mer.*
- III. *Antall avlyste hjemmebesøk av totalt antall planlagte hjemmebesøk.*
- IV. *Andel egenmeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste.*

Status og konklusjon knyttet til indikatorene for andel i nåværende stilling (I. og II.)

For at dette skal være en meningsfull indikator må man vite om, og hvordan, turnover påvirker kvaliteten. Indikatoren ble foreslått ut fra en antakelse om at det er ønskelig med stabilitet i personalet i de brukerrettede tjenestene, slik at brukeren ikke stadig får nye ansatte å forholde seg til. Det er imidlertid vanskelig å sette en grense for hvor mange år som bør være "cut-off", samt å være sikker på at et visst antall år med fast ansettelse er likelydende med god kvalitet.

Statistisk sentralbyrå fikk i oppdrag og foreslå måter å beregne andelen ansatte i brukerrettede tjenester, henholdsvis med og uten fagutdanning, og hvor lenge de har vært ansatt i nåværende stilling. SSB har foreslått to måter å beregne indikatorene på, men har samtidig påpekt svakheter knyttet til datakvaliteten for begge fremgangsmåtene. Blant annet må betegnelsen "samme stilling" presiseres. I registerstatistikken finnes opplysning om hvilken virksomhet en person arbeider ved og det er angivelse av yrke. Samme stilling kan forstås som at man er ansatt

i samme virksomhet og samme yrke. Det knytter seg en usikkerhet rundt hvor flinke arbeidsgiverne er til å melde endringer i yrke internt i en virksomhet. Personell kan derfor i praksis flytte mellom hjemmetjenestedistrikt i kommunen eller mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester uten at dette oppdateres i registeret. Videre er det en del arbeidsforhold hvor det mangler yrke i registeret.

Arbeidsgruppen har konkludert med at det ikke er hensiktsmessig å jobbe videre med denne indikatoren.

Status og konklusjon knyttet til indikatorene for avlyste hjemmebesøk (III.)

I arbeidsgruppens rapport het det:

«Avlyste hjemmebesøk registreres ikke systematisk i dag. Det er neppe behov for fulldekkende registrering av dette gjennom hele året. En indikator kan f. eks ta utgangspunkt i registreringer som gjøres en bestemt uke i året. Arbeidsgruppen anbefaler at en slik registrering testes ut i noen kommuner i løpet av våren 2013 med tanke på implementering fra 2014.»

Arbeidsgruppen har ikke prioritert å gjennomføre uttesting av denne indikatoren i 2013. Dette delvis i påvente av resultatene fra oppdraget KS ga Agenda Kaupang om å vurdere mulige nye kvalitetsindikatorer for pleie og omsorg (rapport R8129-2, 9. august 2013). Oppdraget var en oppfølging av en rapport fra Senter for økonomisk forskning i 2012 («*Bedre måling av kvalitet i kommunene*»). I rapporten har Agenda Kaupang intervjuet et utvalg kommuner og drøftet relevans og nytteverdi ved en rekke ulike indikatorer. I rapporten konkluderes det med at indikatoren «*Andel avlyste besøk i hjemmetjenesten som skyldes tjenesten selv*» bør utvikles som kvalitetsindikator.

Arbeidsgruppen ønsker å følge opp denne mulige indikatoren i 2014, da i samarbeid med KS og deres oppfølging av Kaupang-rapporten. Det er avtalt et møte mellom Helsedirektoratet og KS angående dette i begynnelsen av 2014.

Status og konklusjon knyttet til indikator for egenmeldt sykefravær (IV.)

I fjorårets rapport skrev arbeidsgruppen:

«Dagens datagrunnlag for offisiell statistikk over egenmeldt sykefravær baserer seg på data rapportert inn til SSB fra et tilfeldig utvalg av nærmere 10 000 aktive bedrifter.³ Bedriftene stratifiseres etter næring og størrelse. Spørreskjemaene sendes ut siste uka i hvert kvartal til de foretakene som har bedrifter i utvalget under seg. Utvalget gjøres slik at ingen bedrifter med færre enn fire ansatte blir trukket ut, mens alle bedrifter med flere enn 150 ansatte er inkludert. På denne måten dekker undersøkelsen rundt 36 prosent av alle sysselsatte, men kun 5,5 prosent av bedriftene. Resultatene blåses opp til landstall, men kan ikke brytes ned på kommunenivå og kan heller ikke brytes ned på lavere nivå enn hovednæring, dvs. Helse- og sosial generelt (inkluderer da sysselsatte både fra primær- og spesialisthelsetjenesten).

³ <http://www.ssb.no/sykefratot/>

PAI-registeret, som eies og drives av KS, kan være en alternativ datakilde. Registeret inneholder informasjon om alle ansatte i kommunal sektor; lønn, arbeidstid, stillingskode og fravær.

Arbeidsgruppen mener korttidsfravær er en viktig indikator på kvalitet, og foreslår at man i løpet av 2013 drøfter videre hvordan man kan etablere et tilfredsstillende datagrunnlag, samt ev. teste ut mulige løsninger i et utvalg kommuner.»

Det har vært avholdt et møte med KS for å kartlegge muligheten for å benytte PAI-registeret som datakilde. På møtet ble det avklart at data fra PAI kan benyttes, men at det foreligger noen begrensninger i datagrunnlaget.

PAI-registeret inneholder individdata om alle som er ansatt i kommunene, både fastlønnede og timelønnede. Hver person knyttes til sin hovedstilling i kommunen og KS har også hatt eget kodeverk for registrering av tjenestested. Det er imidlertid utfordringer knyttet til en slik inndeling, slik at man nå går over til å registrere personell i henhold til KOSTRAs funksjonskoder. Det innebærer at det fortsatt skal være mulig å skille personell med hovedstilling i institusjonsbaserte- versus hjemmebaserte tjenester.

Alt egenmeldt og legemeldt sykefravær registreres for de ordinært ansatte. Det registreres imidlertid ikke sykefravær for vikarer. Registeret samler inn kvartals vise tall, to ganger i året – juli og desember. Det går normalt halvannen måned fra rapporteringstidspunkt til tallene er ferdig bearbeidet og kan publiseres. Registeret får data fra tilnærmet alle kommuner, det er bare et titalls kommuner som av ulike ikke årsaker rapporterer ved hvert rapporteringstidspunkt.

Det er kun personer som er ansatt i kommunen som er inkludert i registeret. Det betyr at personell i private virksomheter som kommunen kjøper tjenester fra ikke inngår i registeret.

Arbeidsgruppen ønsker å jobbe videre med å vurdere denne indikatoren i 2014. På det første møtet i 2014 vil gruppen definere en indikatorbeskrivelse og deretter gå i dialog med PAI-registeret med tanke på pilotering av indikatoren.

Øvrige indikatorer for personell – innspill fra referansegruppen

På møtet i referansegruppen 13. november 2012 ble det pekt på flere områder som kunne gi et bredere bilde av legesituasjonen i institusjon, blant annet kompetanse, ansiennitet og omfanget av spesialisering. Øvrige forhold knyttet til personell ble også drøftet.

Det er spesielt ett forhold som arbeidsgruppen foreslår å jobbe videre med i 2014 - mulighet for å utvikle en indikator som viser gjennomsnittlig antall tjenesteytere per bruker i hjemmebaserte tjenester. Arbeidsgruppen har vært opptatt av et helhetlig sett indikatorer som belyser kontinuitet, stabilitet og forutsigbarhet sett fra brukers ståsted. En av de tingene som brukere og pasienter ofte trekker fram som det viktigste er å slippe å forholde seg til mange og kanskje også stadig nye tjenesteytere.

En videre utredning rundt dette bør starte med et felles møte mellom Helsedirektoratet, KS og SSB der man ser på mulig datagrunnlag, drøfter definisjon/avgrensning av en indikator og legger en felles plan for utvikling.

På møtet i referansegruppen 17. desember 2013 ble kontinuitet trukket fram som et nøkkelement. Diskusjonen i møtet understøttet hvor viktig det er å utvikle et helhetlig sett indikatorer for personell og kompetanse, som sier noe om brukers opplevelse av kontinuitet, forutsigbarhet og stabilitet i tjenestene. God kontinuitet har også betydning for personalets mulighet til å observere og følge opp brukeren over tid.

3.4 Brukererfaringsundersøkelser

Indikatoren «*Har kommunen system for brukerundersøkelser*» har vært en etablert kvalitetsindikator i mange år. I fjorårets rapport hadde arbeidsgruppen en fylldig og kritisk vurdering av indikatoren og konkluderte med følgende:

«Det finnes i dag ulike verktøy for måling av brukertilfredshet, men det er både nasjonalt og internasjonalt uttrykt betydelig skepsis til hvor robuste disse er. Inntil det foreligger et mer omforent og avklart verktøy for måling av brukeropplevd kvalitet, foreslår arbeidsgruppen at brukerundersøkelser ikke inngår i et anbefalt indikatorsett i denne omgang. Samtidig er det viktig å jobbe videre med dette.»

Indikatoren ble derfor tatt ut av indikatorsettet som ble publisert november 2013. I tråd med konklusjonen fra fjorårets rapport har Helsedirektoratet bedt Kunnskapscenteret om å gjøre en forenklet kunnskapsoppsummering for å se om det er grunnlag for å ta opp igjen arbeidet med utvikling av en mer robust indikator på dette området.

Kunnskapscenteret leverte rapporten 11. desember, hvor de har tatt utgangspunkt i kjent litteratur på feltet, gjennomført et usystematisk litteratursøk, samt kartlagt nettsidene til institusjoner i andre land med nasjonalt ansvar for brukerundersøkelser innenfor pleie og omsorg.⁴

Tidligere forskning har identifisert *standard og omgivelser, mat, pleie og behandling, pleiepersonalet, aktiviteter, tillit og sikkerhet* som de mest brukte dimensjonene i brukererfaringer i helse- og omsorg. Likevel er det slik at de hyppigst målte dimensjonene ikke nødvendigvis er de viktigste. Eksisterende spørsmål og dimensjoner kan være innrettet mot temaer som opptar tjenestetilbydere og beslutningstakere heller enn brukere. Noen undersøkelser har påpekt at brukererfaringsundersøkelser ikke i tilstrekkelig grad inkluderer tema som er viktige for brukeren. Dette har blitt forklart med at eldre sjelden inkluderes i utviklingsfasen av instrumentet.

⁴ Skudal, KE. Brukerundersøkelser i kommunal helse- og omsorgstjenester: en beskrivelse av utvalgte kunnskapskilder fra andre land. Notat fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, desember 2013.

Den mest interessante artikkelen som ble funnet i søket er en artikkel fra USA som beskriver i alt 50 ulike brukererfaringsundersøkelser i helse og omsorg.⁵ Artikkelen er grundig referert i Kunnskapscenterets rapport. Drøftingene her synliggjør utfordringene med å designe et godt instrument for måling av brukererfaringer, samtidig som det tydeliggjøres hvor viktig det er å ha gode, enhetlige og systematiske prosesser for utvikling, gjennomføring, analyse og formidling av slike undersøkelser. En særskilt utfordring er bruk av familie/pårørende som informanter der bruker selv ikke er i stand til å evaluere tjenestene han mottar.

Våre naboland har noe erfaring med bruk av slike undersøkelser. I Sverige har Socialstyrelsen siden 2006 gjennomført nasjonale undersøkelser av Eldres opplevelser av medisinsk behandling, helse og omsorg i kommunehelsetjenesten. Fra 2013 skal undersøkelsen gjennomføres på institusjons-/avdelingsnivå. Erfaringer har vist at spørreskjemaet har vært vanskelig å besvare og at det har vært utfordrende å tolke resultatene. Frafallsanalyser viser videre at de som svarte på skjemaet var friskere enn resten av utvalget. De som svarte hadde også færre dager på sykehus og færre diagnoser. En slik skjevhet kan føre til at tallene gir et for positivt bilde. Tidligere brukerundersøkelser har vist at personer med dårligere helse har dårligere erfaringer med tjenestetilbudet. Et element som drar i motsatt retning er at pårørende har hatt mulighet til å svare på vegne av brukeren. Analyser har vist at pårørende svarer mer kritisk enn bruker selv når de vurderer kvaliteten. Fra 2012 er skjemaet fullstendig revidert med tanke på mer relevante spørsmål og bedre kvalitet på resultatene. Dimensjonene som brukes er *delaktighet og innflytelse, utfordring av arbeidet (renhold, kommunikasjon med personalet, bemanning), trygghet, behandling, informasjon, bomiljø, mat og omgivelser for måltidene, sosiale aktiviteter og aktiviteter utendørs, pleie og omsorg, psykisk velvære, overordnet vurdering av tjenesten og pårørendes opplevelse av samarbeidet mellom dem og tjenesten*.

I Danmark har man en egen nettportal, *Kvalitetsportalen*, som er drevet av KL, KS sin søsterorganisasjon i Danmark. I 2011 ble Regjeringen og KL enige om å anbefale kommunene å offentliggjøre sammenlignbare data om brukeropplevd blant brukere av hjemmepleien. Man har utviklet et felles spørreskjema til dette formålet, med faste og valgfrie spørsmål og mulighet for kommunene til å inkludere egne spørsmål. I september 2012 åpnet *Tilfredshedsporten*, hvor data fra brukerundersøkelsene presenteres. Spørreskjemaet for hjemmetjenesten inneholder 27 spørsmål, herav 8 valgfrie. Kunnskapscenteret har ikke funnet skriftlig dokumentasjon om utviklingen av skjemaet eller erfaringer så langt.

I Nederland besluttet Helsedepartementet i 2006 å utvikle én nasjonal standard for måling og sammenligning i helse og omsorg. Formålet med utvikling av dette instrumentet var å produsere valide, reliable og sammenlignbare resultater for brukererfaringer i helse og omsorg. Rammeverket ble utviklet som en konsensusprosess mellom brukerorganisasjoner, fagforeninger, tilbydere av helsetjenester, Helsedirektorat, forsikringsselskap og Helsedepartementet. Partene samlet seg om ti dimensjoner som skulle måles: *pleie og livsplan, kommunikasjon og informasjon, fysisk velvære, sikkerhet ved behandling og pleie, hjemme- og boforhold, deltakelse og autonomi, psykisk velvære, sikkerhet ved bomiljøet, tilstrekkelig og kompetent personell, sammenheng i pleie og behandling*. Etter en pilotfase er det nå pålagt ved lov å gjennomføre brukerundersøkelsen hvert annet år i Nederland. Kunnskapscenterets rapport sier ikke noe om bruk og erfaringer så langt.

⁵ Castle NG. A review of satisfaction instruments used in long-term care settings. *J Aging Soc Policy* 2007;19(2):9-41.

Kunnskapscenteret konkluderer med at det vil være fullt mulig å gjennomføre brukerundersøkelser innenfor pleie og omsorgsfeltet. Avslutningsvis i rapporten pekes det på noen viktige problemstillinger som må avklares, blant annet:

- Behov. Det må vurderes om det er behov for et standardisert, validert undersøkelsesopplegg på dette området i Norge.
- Formål. Dersom det er behov må det avklares hva som skal være formålet med standardiserte undersøkelser framover.
- Avgrensning. Det må vurderes om alle pleie- og omsorgstjenestene skal inkluderes (med en gang) eller om det skal gjøres avgrensninger med tanke på type tjeneste og bruker.
- Pårørende. Det må vurderes om pårørende skal kunne svare på vegne av brukeren, eventuell utvikling av egne pårørendeundersøkelser.
- Utviklingsprosjekt. Det må vurderes om en nasjonal standard utviklings- og valideringsmetodikk skal benyttes.
- Kvalitetsindikatorer. Det må utredes hvordan brukerundersøkelser kan danne basis for nasjonale kvalitetsindikatorer.

Kunnskapscenteret skriver at en mulig vei videre er å arrangere en erfaringskonferanse der resultatene fra kartleggingen kan legges fram og overføringsverdi kan drøftes sett i lys av ulike aktørers erfaringer med lokale brukerundersøkelser i Norge. Spørsmålene som er reist av Kunnskapscenteret (se punktene ovenfor) vil være sentrale i en slik diskusjon.

I Norge har KS utviklet en rekke brukerundersøkelser til bruk for kommunene, som en del av arbeidet med effektiviseringsnettverk. Kommunene har siden 2002 hatt mulighet til å gjennomføre brukerundersøkelser på nettportalen www.bedrekommune.no. For kommunene er [bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no) et verktøy som de kan bruke til måling av tjenestekvalitet, bruker- og medarbeidertilfredshet. På nettportalen kan kommuner som ønsker det, hente ferdige undersøkelsesopplegg, gjennomføre egne undersøkelser og sammenligne resultater fra egen kommune med andre kommuner. Mer enn 300 av landets kommuner har lisens på portalen og årlig gjennomføres et sted mellom 500 – 700 undersøkelser.

Innenfor pleie og omsorg er det utviklet skjema som måler kvalitet etter følgende dimensjoner:

- Resultat for brukeren
- Brukermedvirkning
- Respektfull behandling
- Tilgjengelighet
- Informasjon
- Generell tilfredshet

Dagens system er med andre ord desentralisert og frivillig. Dette understøtter prinsippet om det kommunale selvstyre, det vil si at ansvaret for å levere tjenester av god kvalitet og sørge for god brukerinvolvering ligger på den enkelte kommune. Samtidig fører det til at instrumenter for innhenting av brukererfaringer ikke brukes i alle kommuner, at det ikke brukes systematisk og at noe ulike tilnærminger til gjennomføring gjør det usikkert i hvor stor grad tallene er reelt sammenlignbare mellom kommuner og konsistente over tid.

Arbeidsgruppen mener at et eventuelt videre arbeid med brukerundersøkelser må vurderes å bygge på det som foreligger i dag, og at hovedformålet fortsatt må være å understøtte det lokale kvalitetsforbedringsarbeidet.

Man kan da tenke seg tre mulige retninger. Det første vil være å fortsette som før, at verktøyene utvikles og brukes lokalt, med de metodiske begrensningene dette vil ha. Det vil da antakelig ikke være mulig å tenke seg nasjonale kvalitetsindikatorer for brukererfaringer, siden man da ikke vil ha tilstrekkelig kontroll på kvaliteten og komplettheten på datagrunnlaget.

En annen løsning kan være at KS tar et sterkere grep og reviderer dagens system ut fra en standard utviklings- og valideringsmetodikk, som kan gi mer robuste og sammenlignbare data. Kanskje i samarbeid med fag- og forskningsmiljø. Da bør det også jobbes med å stimulere alle kommunene til å gjennomføre undersøkelser periodisk og bygge resultatene inn i sine styringssystem på en systematisk måte. Gitt dette så kan det være mulig å generere indikatorer nasjonalt som gir et bilde av kvalitet og utvikling i kvalitet slik det oppleves fra brukernes side.

Den tredje varianten vil være at staten tar ansvar for å utvikle et nasjonalt system. Da må det tenkes gjennomgående – at et system skal dekke et helhetlig behov, inkludert nasjonalt behov for data og indikatorer. Utvikling må skje gjennom en konsensusprosess og innenfor etablerte arenaer for samarbeid.

Arbeidsgruppens konklusjon er fortsatt at dette er et utfordrende felt, men at man bør jobbe for å videreutvikle gode verktøy og mål for brukeropplevd kvalitet. Gruppen støtter derfor Kunnskapscenterets anbefaling om å starte en videre prosess med å avholde et erfaringsseminar, der behov, ønsker, mulighetsrommet og utfordringsbildet kan drøftes bredt.

Brukererfaringer ble også drøftet i møtet i referansegruppen 17. desember. Her ble det innledningsvis kommentert at brukerundersøkelser kan være relevante i pleie og omsorg fordi dette er et område der brukeren kan vurdere hva han får versus hva han ikke får. Utfordringene er blant annet at om lag 70 prosent av beboere i sykehjem erfaringsmessig ikke kan delta i undersøkelser på grunn av kognitiv svikt. Videre ble pårørendes rolle drøftet, det ble stilt spørsmål ved om de kan svare på vegne av brukeren, om de er fullt ut informerte om hva brukeren får og hvordan tjenesten oppleves for brukeren. Det etiske med bruk av pårørende ble også trukket fram. Pårørende kan ha en annen agenda enn brukeren selv. Brukerundersøkelser må ha fokus på det som er viktig for brukeren, hvordan han opplever møtet med tjenesteapparatet. Referansegruppen trakk også fram andre og kanskje bedre verktøy for brukermidvirkning, blant annet etablering av brukerråd knyttet til den enkelte enhet.

3.5 Oppfølging av forslag til indikatorer på ernæring

I arbeidsgruppens rapport fra 2012 konkluderes det med følgende:

«Målet er at arbeidsgruppen, innen utgangen av 2013, skal ha jobbet fram konkrete implementeringsplaner for de enkelte indikatorene».

De foreslåtte indikatorene er:

- *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. Piloteringsarbeidet vil ta utgangspunkt i anbefalte, validerte verktøy (jf. retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580).

- *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.

3.5.1 Status

Før et arbeid med implementering av indikatorer kan starte opp har det vært behov for å kartlegge status på feltet. Det vil blant annet si å kartlegge hvordan ernæringsarbeid registreres i kommunene i dag. Med dette utgangspunkt har Helsedirektoratet avholdt en del møter og seminarer.

Den 18. juni avholdt Helsedirektoratet et erfaringsseminar der Oslo, Sandefjord og Tromsø kommune delte sine erfaringer med registrering og bruk av ernæringsdata. Her ble viktige problemstillinger tatt opp, blant annet hvor egnet dagens fagsystemer er til å implementere dokumentasjon av ernæringsarbeid, hvordan ulike kartleggingsverktøy er tatt i bruk og erfaringer med disse, hva som kan være «kjerneopplysninger» i et eventuelt nasjonalt basis datasett, hvem som registrerer, tidsbruk/ressursbruk knyttet til dette og så videre.

Helsedirektoratet har også hatt et møte med Oslo kommune, som har ulike prosjekt knyttet til kartlegging og oppfølging av ernæring både i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Videre har direktoratet besøkt Bergen kommune og sett på et eget journalsystem som er utviklet og tatt i bruk på et utvalg sykehjem. I Bergen har man også jobbet særskilt med utvikling av e-læring om ernæring for alle som jobber i omsorgstjenesten, samt jobbet med samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

I det videre arbeidet er det viktig å tenke «felles språk» på tvers av tjenestenivåene, slik at den informasjonen som genereres i kommunen kan forstås og brukes i spesialisthelsetjenesten

(og vice versa) og dermed understøtte god informasjonsutveksling. Mange av brukerne/pasientene med størst risiko for underernæring er ofte ut og inn av sykehus. Helsedirektoratet avholdt den 25. oktober et møte med representanter både fra primærhelsetjenesten, fra spesialisthelsetjenesten, samt fra Universitetet i Oslo. På møtet presenterte Hugo Nilssen, leder for Ernæringscenteret ved UNN, hvordan de har utviklet et eget dokumentasjonssystem for oppfølging av ernæring for pasienter. Rune Blomhoff ved UiO, som leder den nye nasjonale kompetansetjenesten for klinisk ernæring, redegjorde for deres arbeid. Deres tjeneste skal blant annet jobbe med å styrke kompetanse og kunnskap i hele helse- og omsorgstjenesten. Senteret vil være en viktig samtalepart i arbeidsgruppens videre arbeid. Kommunerepresentanten holdt ikke innlegg, men deltok i diskusjon.

Erfaringene fra alle de nevnte møter danner et bakteppe for videre arbeid med implementering av indikatorer for ernæring.

På møtet i referansegruppen 17. desember ble det pekt på at også andre alders- og brukergrupper har ernæringsmessige utfordringer, og ikke bare knyttet opp mot underernæring. Utviklingshemmede ble trukket fram som eksempel. Referansegruppen spurte også om det var planer for å se nærmere på munn- og tannhelse som en del av denne problematikken. Arbeidsgruppen tar disse betraktningene til etterretning.

3.5.2 Forslag til videre prosess

Arbeidsgruppen anbefaler at arbeidet med å implementere kvalitetsindikatorer for ernæringsfeltet deles inn i tre faser:

- Forprosjekt - 2014
- Pilotprosjekt – 2014/2015
- Implementering – 2015/2016

Forprosjekt

Formålet med forprosjektet er å tilrettelegge for en pilotering. Sentrale mål i forprosjektet vil være:

- Å skaffe en oversikt over dagens ernæringspraksis, det vil si å kartlegge og beskrive status for hvordan registreringspraksisen er på området i dag.
- Å utforme en funksjonell kravspesifikasjon (definere koder/terminologi).
- Å kartlegge kostnader og tidsløp for testing og utviklingsbehov i journalsystemene.
- Å forta en kost-nytte analyse/gevinstrealisering.
- Å lage forslag til mandat og plan for gjennomføring av pilotprosjekt.

Forprosjektet gjennomføres i 2014. Forprosjektet skal ledes av Helsedirektoratet og gjennomføres som et separat prosjekt ved siden av arbeidet i KI-arbeidsgruppen. Kvalitetsindikatorarbeidsgruppen vil holdes orientert om arbeidet underveis i prosessen og brukes som en ressurs.

Pilotprosjekt

Formålet med pilotprosjektet vil være å teste ut indikatorene i et eller flere av fagsystemene, for å sikre indikatorenes validitet og reliabilitet. Pilotprosjektet gjennomføres i 2014/2015.

Pilotprosjektet må evalueres med tanke på nytteverdi, både for kommunene og for brukerne.

Implementering

Evaluering av piloteringen vil danne grunnlag for hvorvidt arbeidsgruppen vil anbefale at indikatorene skal implementeres i fagsystemene. Nyttet verdien av registreringen vil da være en forutsetning for en anbefaling. I tillegg må det være avklart og konsensus knyttet til implementeringskostnader.

Gitt at arbeidsgruppen anbefaler en implementering, ser gruppen for seg at en implementering av registrering vil kunne skje i 2015/2016.

3.6 Oppfølging av forslag til indikatorer på legemidler

Arbeidsgruppens rapport fra 2012 foreslo følgende indikatorer knyttet til legemiddelgjennomganger (LMG):

- I. *Andel beboere i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.*
- II. *Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder."*

I tillegg foreslo gruppen en indikator knyttet til polyfarmasi. Denne indikatoren er i tråd med internasjonale anbefalinger, blant annet gjennom arbeid i regi av Nordisk Ministerråd:

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

3.6.1 Status

I den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har man lagt seg på et mål om legemiddelgjennomgang (LMG) hvert halvår på langtidsbeboere på sykehjem og årlig vurdering av behov for LMG av brukere i hjemmetjenesten med vedtak om medikamentadministrasjon. Slik sett harmonerer arbeidsgruppens forslag godt med kampanjens mål i sykehjem, men ikke hjemmetjenesten. Det er vesentlig mer ressurskrevende å gjennomføre LMG i hjemmetjenesten enn i sykehjem, i hovedsak fordi både pasient/bruker, hjemmetjenestens ansatte og pasientens/brukerens fastlege i utgangspunktet befinner seg på tre forskjellige steder, men også fordi sykepleierne og legene dokumenterer i to forskjellige journalsystemer.

Det er derfor tidkrevende å koordinere og følge opp en LMG med slike forhold sammenliknet med på et sykehjem, der alle befinner seg under samme tak og dokumenterer i samme system. Dermed kreves det betraktelig mer resurser for å oppnå en tilsvarende andel brukere som har

hatt LMG i hjemmetjenesten enn beboere i sykehjem. Fastlegeforskriften (§25) opererer heller ikke med et tidfestet mål, men at fastlegen er pålagt å «...gjennomføre en legemiddelgjennomgang når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering.»

Når det gjelder valg av aldersgrense på 65 år, så er dette nærmere drøftet opp mot START og STOPP-kriteriene:

http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/_attachment/929?_ts=13640005354

Pasientsikkerhetskampanjen har forholdt seg til denne aldersgrensen på bakgrunn av ekspertgruppens anbefalinger. Det er ikke nødvendigvis et reelt fysiologisk skille ved 65 år, men et internasjonalt statistisk skille fordi det er en gjennomsnittlig alder for når de fysiologiske forandringene begynner å gjøre seg gjeldene og reelt betyr noe for metabolisering og utskillelse av medikamenter og deres metabolitter.

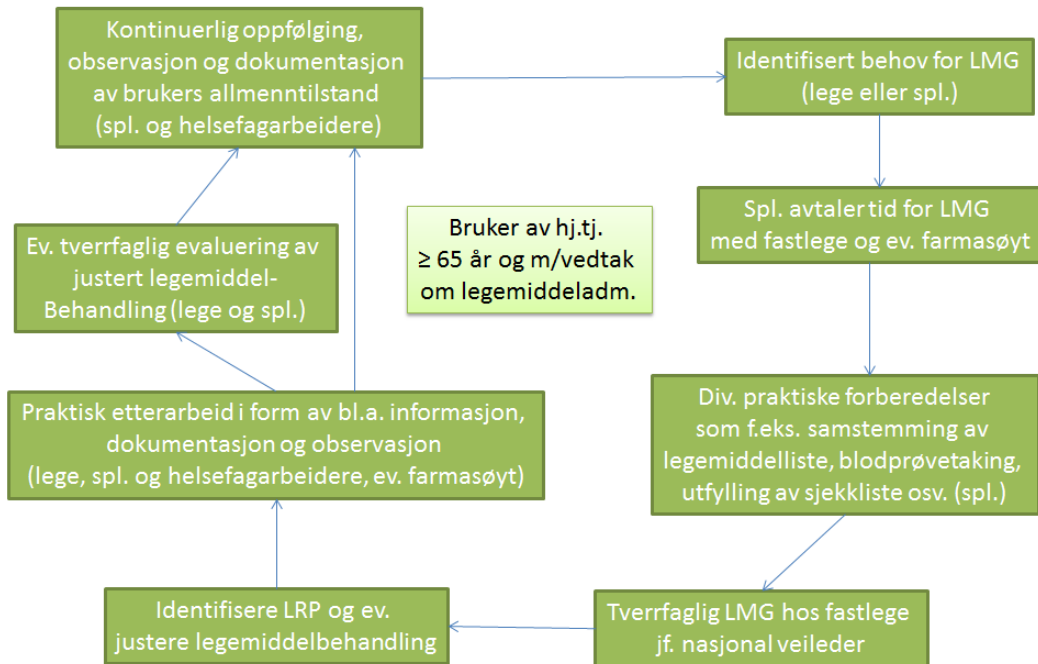
At indikatoren for brukere i hjemmebaserte tjenester skal omfatte kun de med vedtak om legemiddeladministrasjon ble ikke presisert i arbeidsgruppens opprinnelige forslag. Heller ikke at indikatoren omfatter kun de med vedtak om langtidsopphold i institusjon.

Ut fra drøftingen ovenfor foreslår derfor arbeidsgruppen følgende revisjon av indikator I og II:

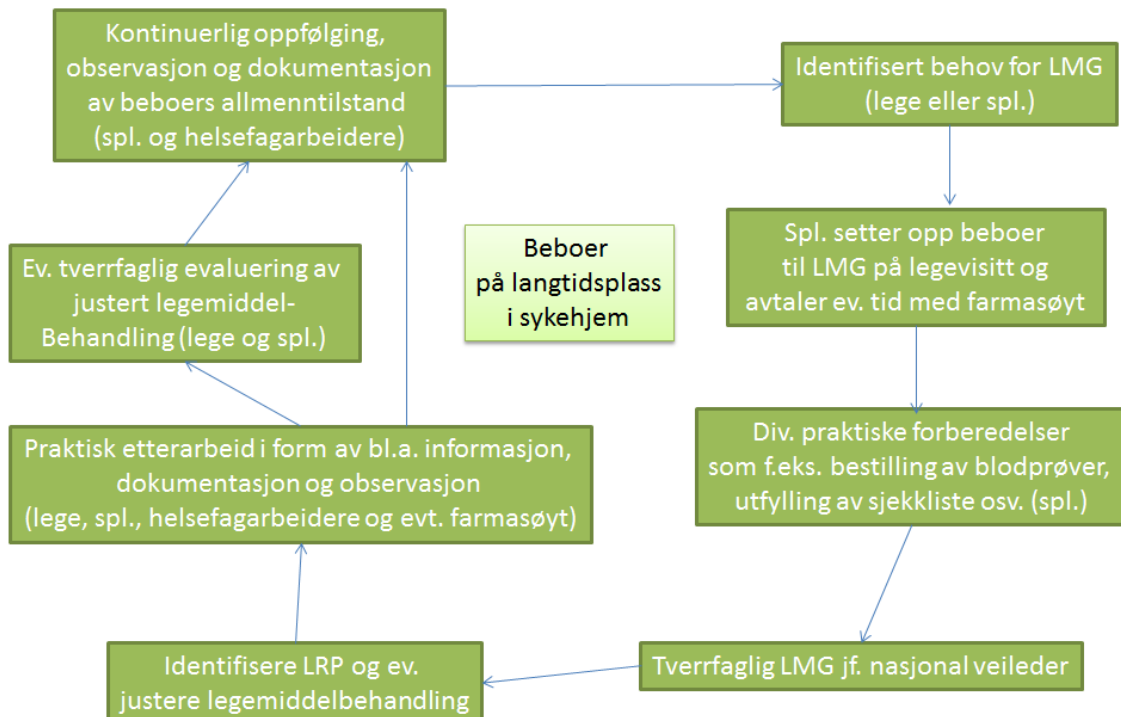
- *Andel beboere med vedtak om langtidsopphold i institusjon (≥65 år) som har fått legemiddelgjennomgang, i henhold til Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.*
- *Andel brukere i hjemmebaserte tjenester (≥65 år), med vedtak om medikamentadministrasjon, som har fått legemiddelgjennomgang,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

Grunnlaget for gode arbeidsprosesser, arbeid med kontinuerlig kvalitetsforbedring og styring og planlegging starter med å legge til rette for standardisert dokumentasjon i fagsystemene, med utgangspunkt i den nasjonale faglige veilederen. Dette må være på plass før det kan høstes systematisk kunnskap blant annet til produksjon av kvalitetsindikatorer. I samarbeid med Kunnskapsenteret har Helsedirektoratet utviklet skisse til prosess-/flytdiagrammer for legemiddelgjennomganger i henholdsvis hjemmetjeneste og sykehjem, se nedenfor.

Legemiddelgjennomgang (LMG) i hjemmetjenesten



Legemiddelgjennomgang (LMG) i sykehjem



På møtet i referansegruppen 17. desember ble det stilt spørsmål ved om legemiddelgjennomgang hver 12. måned for hjemmeboende var for sjelden. Gruppen var også opptatt av at det er lite relevant å registrere legemiddelgjennomganger hvis disse ikke følges opp lokalt, observeres og fører til forbedring. Legemiddelhåndtering ble også pekt på som en viktig utfordring og gruppen spurte om ikke dette burde tas inn i kvalitetsindikatorarbeidet som et neste trinn. Videre ble det stilt spørsmål ved verdien av indikatoren for ti eller flere legemidler, og om det ikke vil være viktigere å se på hvilke medikamenter og kombinasjoner av medikamenter som kan være uheldige. Referansegruppen stilte også spørsmål ved grensen som er satt ved 65 år og pekte på at trygg legemiddelhåndtering er viktig i alle aldersgrupper. Arbeidsgruppen tar med seg disse betraktningene inn i det videre arbeidet.

3.6.2 Forslag til videre prosess

Arbeidsgruppen anbefaler at arbeidet med å implementere kvalitetsindikatorer for legemiddelfeltet deles inn i tre faser:

- Forprosjekt - 2014
- Pilotprosjekt – 2014/2015
- Implementering – 2015/2016

Forprosjekt

Formålet med forprosjektet er å tilrettelegge for en pilotering. Sentrale mål i forprosjektet vil være:

- Å skaffe en oversikt over dagens praksis, det vil si å kartlegge og beskrive status for hvordan registreringspraksisen er på området i dag.
- Å utforme en funksjonell kravspesifikasjon (definere koder/terminologi).
- Å kartlegge kostnader og tidsløp for testing og utviklingsbehov i journalsystemene.
- Å forta en kost-nytte analyse/gevinstrealisering
- Å lage forslag til mandat og plan for gjennomføring av pilotprosjekt

Forprosjektet gjennomføres i 2014. Forprosjektet skal ledes av Helsedirektoratet og gjennomføres som et separat prosjekt ved siden av arbeidet i KI-arbeidsgruppen. Kvalitetsindikatorarbeidsgruppen vil holdes orientert om arbeidet underveis i prosessen og brukes som en ressurs.

Pilotprosjekt

Formålet med pilotprosjektet vil være å teste ut indikatorene i et eller flere av fagsystemene, for å sikre indikatorenes validitet og reliabilitet. Pilotprosjektet gjennomføres i 2014/2015.

Pilotprosjektet må evalueres med tanke på nytteverdi, både for kommunene og for brukerne.

Implementering

Evaluering av piloteringen vil danne grunnlag for hvorvidt arbeidsgruppen vil anbefale at indikatorene skal implementeres i fagsystemene. Nytteverdien av registreringen vil da være en

forutsetning for en anbefaling. I tillegg må det være avklart og konsensus knyttet til implementeringskostnader.

Gitt at arbeidsgruppen anbefaler en implementering, ser gruppen for seg at en implementering av indikator I og II knyttet til legemiddelgjennomganger vil kunne skje i 2015/2016.

Arbeidet med indikator III (polyfarmasi) kan følge et noe annet løp. Det sentrale her vil være å se nærmere på hvordan oppdatert informasjon om legemidler ligger lagret i de ulike fagsystemene, og hvordan det kan legges til rette for et automatisk uttrekk av data for brukere med ti eller flere legemidler. Arbeidsgruppen mener det er mest hensiktsmessig å se dette i sammenheng med kommunenes rapportering til IPLOS-registeret. Variabelsettet som rapporteres til registeret bør utvides til også å inneholde nødvendig informasjon om antall legemidler. Gruppen foreslår at det i 2014 jobbes med å avklare tekniske, økonomiske og juridiske sider ved dette, slik at rapportering eventuelt kan starte opp fra 2015.

3.7 Oppfølging av kvalitetsindikatorer for helsefremmende arbeid

I arbeidsgruppens forrige rapport ble området helsefremmende arbeid løftet fram som et interessant og viktig område. I rapporten er det gjort en drøfting og oppsummering av arbeidsgruppens innledende tanker. Gruppen konkluderte på følgende måte:

«I motsetning til indikatorer innenfor tema ernæring og legemidler finnes det ikke utviklet veiledere og retningslinjer som gir tydelig retning på arbeidet med kvalitetsindikatorer for helsefremmende arbeid. Selv om det er gjort mange studier omkring effekt av fysisk aktivitet og sosial aktivitet har man ikke identifisert målepunkter eller modeller for datainnsamlinger på området som kan danne grunnlag for å etablere nasjonale kvalitetsindikatorer. Arbeidsgruppen foreslår derfor at man i 2013 etablerer et eget arbeid i samarbeid med interesserte kommuner og forskningsmiljø for å teste ut mulige indikatorer og etablere metoder for datainnsamling. Her kan det blant annet vurderes om data fra IPLOS-registeret kan benyttes i det videre arbeidet. Spesielt interessant er registeropplysningene om bistand / assistanse i forbindelse med organisasjonsarbeid, kultur og fritid».

I Ottawa-charteret⁶ er helsefremmende arbeid definert som «den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse». I charteret understrekes det at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss. De fem hovedstolpene i charteret er:

- *Å bygge opp en sunn helsepolitikk* – det vil si "plassere 'helse' på saklisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer".
- *Å skape et støttende miljø* – "helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige".
- *Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling* – "helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem

⁶ WHO, 1986

for å kunne oppnå en bedre helse”.

- *Å utvikle personlige ferdigheter* – ”helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker”.
- *Å tilpasse helsetjenesten* – ”helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester”.

Begrepet *helsefremming* blir noen ganger benyttet om all virksomhet som kan påvirke helsen positivt, enten det gjelder trivsels- og overskuddsskapende tiltak eller problemreducerende tiltak. Det er imidlertid vanligst å skille helsefremmende arbeid fra forebyggende og problemreducerende (for eksempel kurativt) arbeid. Noen ser helsefremmende og problemforebyggende arbeid som to atskilte, men komplementære (som utfyller hverandre) virksomheter, som overlapper hverandre i forskjellige situasjoner og under varierende forhold.

3.7.1 Status

I løpet av 2013 har det ikke vært rom for å følge opp anbefalingene fra siste rapport. Arbeidsgruppen ønsker likevel fortsatt å ha oppmerksomhet på dette området og ønsker å sette tema på dagsorden igjen i 2014. Målet er at arbeidsgruppen i løpet av 2014 har kommet nærmere en konkret anbefaling av mulige målepunkter, som på en god og helhetlig måte kan reflektere sammenhengen mellom helsefremmende tiltak og opplevelse av kvalitet med tanke på helsetilstand, funksjonsnivå og livskvalitet.

3.8 Oppsummering av oppfølging

Forslag – nye indikatorer	Status/arbeid i 2013	Plan for 2014
"Gjennomstrømning per plass i tidsbegrenset opphold i institusjon" og "Gjennomsnittlig antall oppholdsøgn per tidsbegrenset opphold i institusjon". (Erstattet tidligere indikator: «Antall beboere på tidsbegrenset opphold.»)	Indikatorene ble utviklet, men data viste at disse ikke var gode mål. Arbeidsgruppen besluttet at indikatorene må revideres på nytt.	Revisjon av indikatoren og publisering i 2014.
Personell - Gjennomsnittlig stillingsprosent for ansatte i brukerrettede tjenester, uten fagutdanning.	Indikatoren ble utredet av SSB. Byrået anbefalte å avvente med indikatoren til nytt register foreligger. Arbeidsgruppen følger SSBs anbefaling.	Indikatoren legges på is til 2015
Personell - Gjennomsnittlig stillingsprosent for ansatte i brukerrettede tjenester, med fagutdanning.	Indikatoren ble utredet av SSB. Byrået anbefalte å avvente med indikatoren til nytt register foreligger. Arbeidsgruppen følger SSBs anbefaling.	Indikatoren legges på is til 2015
Personell - Andel ansatte i brukerrettede tjenester, uten fagutdanning, som har vært ansatt i nåværende stilling i x år eller mer.	Arbeidsgruppen besluttet at denne ikke følges opp videre.	Utgår
Personell - Andel ansatte i brukerrettede tjenester, med fagutdanning, som har vært ansatt i nåværende stilling i x år eller mer.	Arbeidsgruppen besluttet at denne ikke følges opp videre.	Utgår

Personell - Antall avlyste hjemmebesøk av totalt antall planlagte hjemmebesøk.	Enighet om at dette er en interessant indikator. Jobbe videre med definisjon og datagrunnlag..	Indikatorbeskrivelse og prosess for datafangst skal ferdigstilles i 2014.
Personell - Andel egenmeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste.	Avholdt møte med KS for å avklare muligheter for bruk av PAI-registeret.	Ferdigstille indikatordefinisjon og publisere i 2014.
Personell - Gjennomsnittlig antall tjenesteytere per bruker i hjemmebaserte tjenester.	Har blitt diskutert, men oppfølging utsatt til 2014.	Indikatorbeskrivelse og prosess for datafangst skal ferdigstilles i 2014.
Ernæring - Andel beboere (populasjon) i institusjon, med kartlagt ernæringsstatus	Har vært avholdt en rekke møter med sektoren for å kartlegge dagens praksis, for å danne et grunnlag for implementeringsarbeidet. Sammen med sekretariatet – satt opp skisse til forprosjekt.	Forprosjekt starter i 2014.
Ernæring - Andel brukere (populasjon) av hjemme-baserte tjenester, med kartlagt ernæringsstatus.	Samme som over.	Samme som over.
Ernæring - Andel beboere (populasjon) i institusjon, i ernæringsmessig risiko.	Samme som over.	Samme som over.
Ernæring - Andel brukere (populasjon) av hjemmebaserte tjenester, i ernæringsmessig risiko.	Samme som over.	Samme som over.
Ernæring - Andel sykehjem som kan dokumentere at nattfasten ikke overstige 11 timer.	Samme som over.	Mulige prosesser for datafangst er avklart i 2014.
Legemidler - Andel beboere i institusjon (65 år og eldre) som har fått legemiddelgjennomgang, iht Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.	Justert definisjon. Har vært avholdt flere møter med pasientsikkerhetskampanjen for å høste erfaringer fra deres arbeid. Sammen med sekretariatet – satt opp skisse til forprosjekt.	Forprosjekt starter opp i 2014.
Legemidler - Andel brukere av hjemmebaserte tjenester (65 år og eldre) som har fått legemiddelgjennomgang, iht Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.	Justert definisjon. Samme som over.	Samme som over.
Legemidler - Andel beboere (65 år og eldre) i institusjon, som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel.	Ikke jobbet særskilt med i 2013.	Mulige prosesser for datafangst er avklart i 2014.
Legemidler - Andel brukere (65 år og eldre) av hjemmebaserte tjenester, som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel.	Ikke jobbet særskilt med i 2013.	Mulige prosesser for datafangst er avklart i 2014.

4. OPPFØLGING AV FORSLAG KNYTTET TIL NYE INDIKATOROMRÅDER

4.1 Innledning

I arbeidsgruppens forrige rapport, ble følgende mulige nye områder for utvikling av kvalitetsindikatorer fremmet:

- Fysisk aktivitet, aktivisering og samfunnsdeltakelse
- Samhandling
- Demens
- Psykisk helse
- Trykksår
- Fall
- Smerte
- Infeksjoner
- Tannhelse

Arbeidsgruppen anbefaler at gruppen i 2014 tar utgangspunkt i to områder hvor det skal utvikles retningslinjer og veiledere, det vil si på området rehabilitering/habilitering og demens. Dette er nærmere beskrevet nedenfor.

4.2 Rehabilitering/habilitering

Helsedirektoratet har fått følgende oppdrag fra HOD for 2013/2014:

*«Direktoratet skal som ledd i oppfølging av IS-1947 (Avklaring av ansvars- og oppgavedeling.....) utarbeide veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator og **foreslå nye kvalitetsindikatorer og aktivitetsdata**»*

Hovedområder som beskrives:

1. Utarbeidelse av ny veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, herunder arbeid med utvikling av «modell» for hvordan rehabilitering og evt. habilitering på ulike nivåer kan beskrives.
2. Implementering av veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator trådte i kraft 1.1.12. Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra HOD å utvikle veileder til forskriften. Arbeidet har nær tilknytning til oppdraget om å utvikle kvalitetsindikatorer og bedre statistikk for feltet. Beskrivelser av tjenester og faglige normeringer i veilederen er sentralt utgangspunkt for det videre arbeidet med kvalitetsindikatorer. Dette vil også gi grunnlag for statistikk som på en mye bedre måte enn i dag kan si noe om innhold og omfang av tjenester. Veilederen planlegges ferdigstilt sommeren 2014.

Det er etablert et internt prosjekt i Helsedirektoratet, med både en intern og ekstern referansegruppe. I tillegg gjennomføres det blant annet workshops med eksterne fagmiljø.

Målet med ny veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er å sikre at tjenesteytere og beslutningstakere får tilgang til enhetlig og standardisert veiledning, og gjennom det å gi dem nødvendig kunnskap til å kunne tilby gode tjenester til brukerne i tråd med mål og bestemmelser i forskriften. Veilederen skal være en utdypning av hvordan forskriftsteksten skal forstås. I tillegg til å være lov fortolkende skal den også være faglig normerende.

Forskriftens formål er knyttet både til tjenester og samhandling. Målgruppe er personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Dette innebærer at forskriften innbefatter tjenester innenfor både somatisk, psykisk helsetjeneste og rusarbeid. Forskriften gjelder både for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. I tilknytning til veilederarbeidet jobbes det med en differensiert fremstilling av rehabilitering på ulike nivå i kommune og spesialist, samt beskrive «samhandlingssonen» mellom nivåene. Det er en målsetting å skape en mer entydig forståelse av begrepene innen habilitering og rehabilitering.

Arbeidet med implementering av veilederen planlegges gjennom flere tiltak:

- Krav, anbefalinger og beskrivelser i veilederen vil legges som grunnlag for det videre arbeidet med kvalitetsindikatorer. Derfor anses arbeidet med kvalitetsindikatorer som et sentralt tiltak i implementeringen av veilederen. Dette vil igjen gi utgangspunkt for bedre statistikk. En mulig løsning er å velge ut noen modellkommuner for manuelle utprøvinger.
- Som oppfølging av interpellasjon nr. 53 i møte i Stortinget 23. april 2013 har HOD gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å etablere nettverk og møteplasser for utvikling av feltet.
- Helsedirektoratet etablerer et nasjonalt fagråd for rehabilitering med representanter fra de samme aktørene som er med i den eksterne referansegruppen til veilederen. Det vurderes også om Helsedirektoratet skal etablere en fast nasjonal konferanse for utvikling av feltet og som har forankring i fagrådets arbeid. Rådet blir viktig i arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer.
- I tillegg legges det planer for at de regionale nettverkene som eksisterer i dag og har forankring i koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten og kommunene, skal knyttes til en nasjonal struktur. Nettverket bør ha representanter i det nasjonale fagrådet. Dette kan gi en god struktur for å kanalisere saker til dagsorden i rådet.

Veilederen skal være ferdig sommeren 2014. Arbeidsgruppen har hatt tett kontakt med de som har ansvar for veilederen. Arbeidsgruppen tilrår at Helsedirektoratet legger til rette for at

kvalitetsindikatorer knyttet til veilederen utvikles parallelt med skrivearbeidet, slik at forslag til konkrete indikatorer foreligger samtidig med at arbeidet med revidert veileder er slutført.

4.3 Demens

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten behandlet 15.04.13 en sak om nasjonale retningslinjer for utredning, omsorg og behandling av personer med demens. Rådet anbefalte «... at Helsedirektoratet i nært samarbeid med berørte parter utarbeider en kombinasjon av helhetlige nasjonale faglige retningslinjer og andre virkemidler for dette området.»

I etterkant er det gitt et konkret oppdrag, som også inkluderer utvikling av kvalitetsindikatorer knyttet til demens. Indikatorarbeidet må ta utgangspunkt i det utfordringsbildet som beskrives som grunnlag for utvikling av retningslinjer og veiledere.

Retningslinje og veileder skal omfatte:

- alle grupper som har demens, uavhengig av sykdom som har forårsaket tilstanden eller annen gruppetilhørighet, herunder:
 - yngre personer med demens (under 65 år)
 - personer med demens som har innvandrerbakgrunn
 - personer med demens som har samisk språklig og kulturell bakgrunn
 - personer med psykisk utviklingshemming som utvikler demens
- den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvarsområder
- spesialisthelsetjenestens ansvarsområder
- samarbeid mellom aktørene
- hvordan brukermedvirkning for pasient og pårørende bør gjennomføres

Arbeidet følger følgende framdriftsplan:

- Mandat for arbeidet vedtatt i Helsedirektoratets ledermøte 27.08.13
- Arbeidsgrupper med ledere etableres høsten 2013
- Arbeidsgruppene starter arbeidet januar 2014
- Arbeidet planlagt ferdig innen utløp av 2015
- Implementering i 2016

Arbeidsgruppen foreslår at demens blir et prioritert område for utvikling av nye kvalitetsindikatorer. Gruppen tilrår at Helsedirektoratet legger til rette for at kvalitetsindikatorer utvikles parallelt med skrivearbeidet, slik at forslag til konkrete indikatorer foreligger samtidig med at arbeidet med retningslinje og veileder er slutført.

4.4 Bruk av registre

Under kapittel 2.1 har arbeidsgruppen redegjort for noen av gruppens faglige betraktninger knyttet til utviklingen av kvalitetsindikatorer. Arbeidsgruppen ser behovet for utvikling av indikatorer på kort sikt. Gruppen ønsker i 2014 også å diskutere og vurdere om det kan være indikatorer å hente ut fra eksisterende registre, som kan brukes på kort sikt.

Etter folkehelsesloven § 5 har kommunene fått et lovpålagt ansvar for å ha oversikt over folkehelsestilstanden i kommunen og påvirkningsfaktorer. Folkehelseinstituttet har fått et ansvar for å utvikle et verktøy (folkehelseprofiler) som skal bidra til at kommunene får et nødvendig datagrunnlag. Arbeidsgruppen foreslår at det opprettes en dialog med FHI for å kartlegge om instituttet har foretatt en kartlegging av mulig bruk av data fra registre i sitt arbeid. Dette for å høste erfaringer og undersøke om det er noe som kan vurderes/brukes av i vårt arbeid.

I tillegg ønsker arbeidsgruppen i 2014 å se nærmere på dataene som ligger i IPLOS-registeret for å vurdere om ytterligere informasjon fra registeret kan danne grunnlag for nye kvalitetsindikatorer.



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