

Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal døgnrehabilitering

Kartlegging av resultatindikator for funksjonsforbedring

Rapport
IS-2737



Innhold

Innhold	1
Forord	2
Sammendrag	5
Prosjektbeskrivelse	6
Bakgrunn og idé	7
Beskrivelse av mål	7
Tidsplan	8
Føringer og rammebetingelser	8
Andre relaterte prosjekter og oppdrag	9
Kartlegging av kommunenes praksis	12
Om kartleggingen	13
Svar fra kommunene	13
Statistikk fra IPLOS-registeret	18
Statistikk og andre undersøkelser	19
Statistikk over endring i funksjonsnivå	20
Vurdering, konklusjon og anbefaling	24
Vurdering	25
Konklusjon	25
Anbefaling	25
Vedlegg	26

Forord

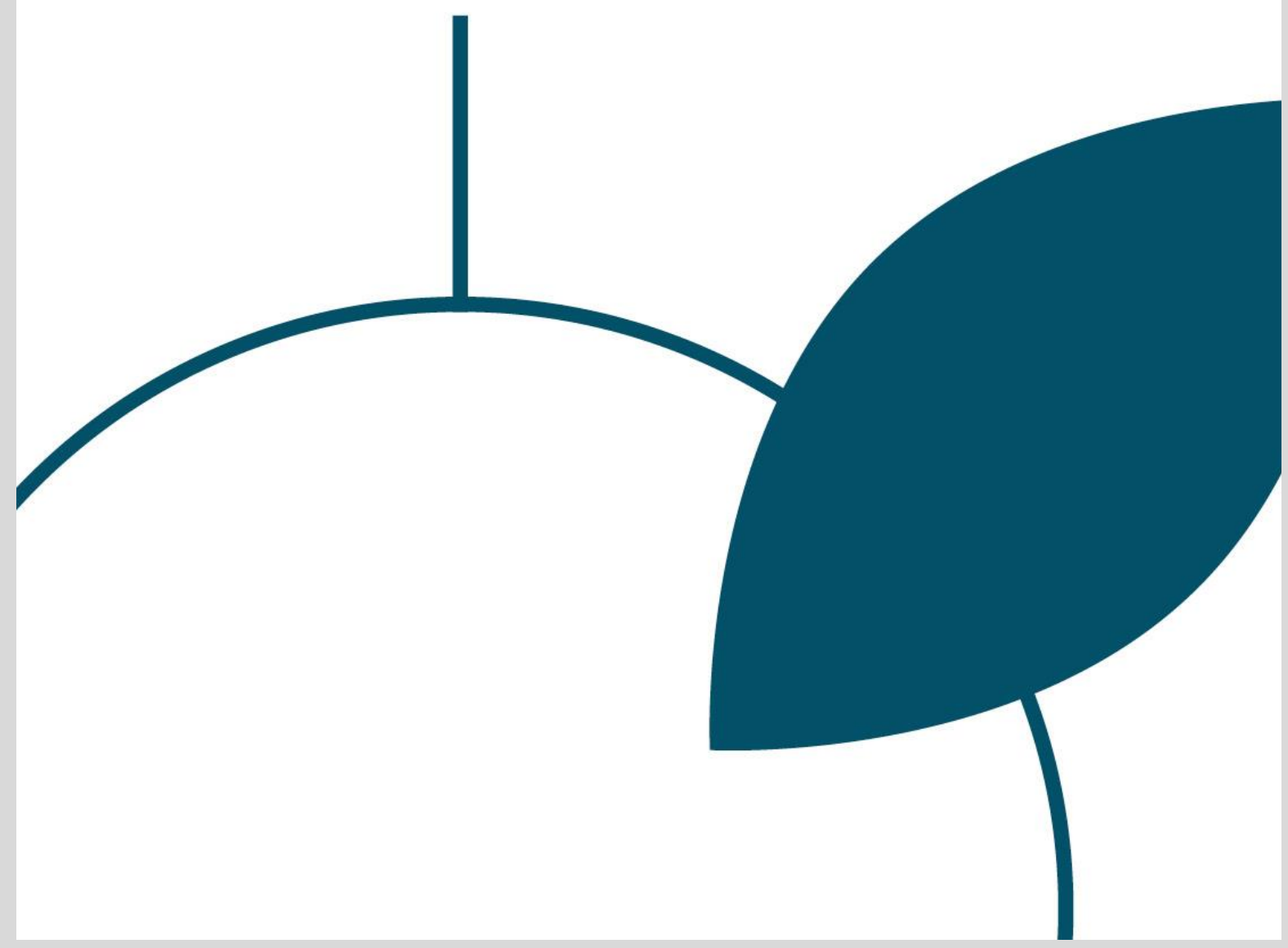
Prosjektet er gjennomført av Helsedirektoratet ved avdeling komparativ statistikk og styringsinformasjon. Prosjektleder har vært Julie Kjelvik, sammen med prosjektdeltaker Yvonne Solberg, fra avdeling helseregister. Bjørnar A. Andreassen og Sigrunn Gjønnnes, fra avdeling velferdsteknologi og rehabilitering har vært helsefaglige ressurspersoner.

Vi vil takke kommunene som gav fylldige tilbakemeldinger, samt Håkon T. Karlsen i Statistisk sentralbyrå for utarbeiding av tallgrunnlag fra IPLOS-registeret.

Oslo, [Dato]

[Navn Navnesen]

[Navn Navnesen]



Sammendrag

I 2017 var det 16 090 personer på kommunale rehabiliterings- og habiliteringsopphold, og pasientene hadde i alt 484 600 oppholdsdøgn. Både antall pasienter og antall oppholdsdøgn har økt økt årlig siden 2009. Samtidig er hver pasient kortere enn før på et rehabiliteringsopphold. Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn har gått ned fra 37,5 til 30,1 døgn per pasient.

Dette prosjektet har kartlagt muligheten for ny resultatindikator for kommunal habilitering og rehabilitering i institusjon ved å bruke IPLOS funksjonskartlegging for å måle forbedring. IPLOS funksjonskartlegging måler pasienters funksjonsnivå/-tilstand på 18 ulike områder. I prosjektet er informasjon om registreringspraksis innhentet fra et utvalg av kommunene, samt at det er bestilt tabeller fra IPLOS-registeret.

Konklusjonen er at det i dag ikke er mulig å utvikle eller publisere en kvalitetsindikator som viser funksjonsforbedring i løpet av et rehabiliteringsopphold med dagens registerdata. Årsaken er at majoriteten av kommunene i praksis ikke har registreringer som gir slike data i registeret. Selv om noen kommuner gir tilbakemeldinger om at de kartlegger funksjonsnivå inn og ut av rehabiliteringsopphold, er det majoriteten som ikke gjør dette. Og ifølge tallene fra IPLOS-registeret er det kun 2 prosent av alle rehabiliteringsopphold som kartlegger pasientens funksjon med IPLOS.

Prosjektet anbefaler derfor at følgende må på plass for å utvikle en indikator:

1. Utvikling av endelig indikator gjøres i samarbeid med kommuner
2. Informasjon fra Helsedirektoratet til kommunene
3. Endring i kommunenes rutiner for funksjonskartlegging
4. God praksis for registrering inn i fagsystem i kommunene
5. Mulig å publisere indikator på datakvalitet

Prosjektbeskrivelse

Bakgrunn og idé

Arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for habilitering og rehabilitering i institusjon generelt, og resultatindikator for døgnopphold spesielt, ble påbegynt i 2017.

Utvikling av indikatorer for kvalitetsmåling er et av tiltakene i Opptreppingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019¹. Her nevnes særlig resultatindikatorer for å få bedre kunnskap om effekt av tjenestene. Tiltaket har for øvrig vært etterspurt fra kommunene gjennom flere år.

I 2016 var det mer enn 16 000 personer med kommunale rehabiliteringsopphold i institusjon². Rehabiliteringstjenesten i kommunene skal være målrettet og ha fokus på gjenvinning av funksjon og evne til mestring. I dag er det varierende hvorvidt kommunene dokumenterer endringer i funksjon på en strukturert måte og det benyttes til dels ulike kartleggingsverktøy. Felles for alle kommuner er krav om IPLOS funksjonskartlegging som rapporteres til registeret³. Kartleggingen måler funksjon på 18 ulike funksjonsområder (ADL/IADL). Prosjektet ble igangsatt for å gi svar på om, og hvordan, eksisterende data fra IPLOS-registeret kan benyttes til kvalitetsindikatorer. Prosjektet skulle bidra til å dokumentere effekter av rehabiliteringsopphold og gi ny kunnskap som kan komme kommuner og pasienter til gode.

Beskrivelse av mål

Det overordnede målet var utvikling av en eller flere nye kvalitetsindikatorer for rehabilitering. Prosjektarbeidet ble i denne sammenhengen avgrenset til kartlegging av mulig resultatindikator for habilitering og rehabilitering i institusjon ved å bruke IPLOS funksjonskartlegging for å måle effekt.

Resultatmålene med prosjektet var:

- Å kartlegge rehabilitering i institusjon i enkelte kommuner og å få kunnskap om registreringspraksis
- Å utarbeide forslag og definisjoner til nye indikatorer basert på dagens IPLOS-register
- Å foreslå tiltak som er nødvendige for å kunne publisere indikatorene

¹<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptreppingsplanrehabilitering.pdf>

² Statistisk sentralbyrå (2018): Statistikkbanktabell 11642

³ Helsedirektoratet (2017): Veileder for registrering av IPLOS-opplysninger, IS-1112, <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/iplos-veileder-for-personell-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Kvalitetsindikatorer publiseres på www.helsenorge.no. Gevinsten ved å utvikle nye indikatorer vil være at innbyggerne får mer informasjon om rehabiliteringstilbudet i egen kommune.

Tidsplan

Som en innledning til prosjektet var det høsten 2017 et samarbeid med SSB for å se nærmere på tallene for 2016. Det videre arbeidet ble gjennomført i følgende faser:

Fase 1: Kartlegging av praksis i kommuner/kunnskapsinnhenting

Periode: Des. 2017 – feb. 2018

Prosjektet kontaktet relevante kommuner og aktører for å avdekke blant annet hvordan kommunene bruker IPLOS kartlegging og hvordan variablene registreres i fagsystemene. Det ble også kartlagt hvilke funksjonsområder kommunene selv mener det er viktig å følge med på.

Fase 2: Utarbeide tallgrunnlag

Periode: Des. 2017 – juni 2018

Delvis basert på fase 1 ble det utarbeides et tallgrunnlag for de relevante indikatorene. Dette utført av SSB på bestilling av prosjektet.

Fase 3: Oppsummere i notat/rapport

Periode: Mai/juni 2018

Erfaringer, kunnskapsinnhenting og tallgrunnlag dokumenteres i denne rapporten, hvor det også fremlegges forslag til løsninger og tiltak. Siden kartleggingen viste at det per i dag ikke er grunnlag for å publisere indikator beskrives tiltak og betingelser for at indikatorene kan realiseres på sikt.

Føringer og rammebetingelser

I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019 pekes det på behovet for å utvikle resultatindikatorer for kvalitetsmåling innen habilitering og rehabilitering. Det henvises til Helsedirektoratets arbeid på dette området. I 2017 utga Helse- og omsorgsdepartementet Rundskriv I-5/2017 med anbefaling om at behov og potensiale for rehabilitering må utredes før det tilstås kompensierende tjenester. Å utrede funksjonsnivå vil være naturlig del av dette, og tiltak for å sikre at dette nedtegnes ved oppstart av tiltak og at det settes evalueringspunkter for å måle om tiltakene gir effekt vil være en svært sentral del av dette.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5:

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Dette prosjektet ses opp mot oppdrag om å legge til rette for etablering av resultatbaserte kvalitetsindikatorer innen rehabilitering i spesialisthelsetjeneste og kommune i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019.

Rehabilitering står som et prioritert fagområde i handlingsplan for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2014-2017⁴.

Nasjonale faglig retningslinjer om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Andre relaterte prosjekter og oppdrag

Videre arbeid må også ses i sammenheng med andre parallelle prosjekter og oppdrag:

Dokumentasjon og måling av pasientens mål for tjenesten

I Sverige og Danmark brukes ICF som også er grunnlaget for funksjonsvariablene i IPLOS-rapporteringen til å sette mål for tjenesten sammen med tjenestemottaker. Det vil si at man setter et ønsket oppnådd funksjonsskår sammen med tjenestemottaker. På denne måten kan man sette både delmål og langtidsmål for tjenesten som kan brukes til måling av måloppnåelse. Det går også an å se for seg at dette kan gjøres i Norge for rehabiliteringsopphold og for rehabilitering eller habilitering til hjemmeboende. Andel oppnådde mål i en kommune kan man også tenke seg kan bli et godt mål for kvalitet på tjenesten i en kommune. En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet har anbefalt dette⁵.

Pakkeforløp for hjerneslag

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle pakkeforløp for hjerneslag etter mønster fra pakkeforløp kreft. Fase 1 av dette pakkeforløpet omhandler tiden fra hjerneslaget inntreffer, via den akuttmedisinske kjede, til og med at man er innlagt på slagenheten og vurdering av rehabiliteringspotensiale og -behov utføres. Dette pakkeforløpet ble lansert i desember 2017. Helsedirektoratet er nå i gang med fase 2 av dette arbeidet, som primært vil omhandle rehabiliteringsdelen av pasientforløpet – både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Pakkeforløpet bygger på

⁴ Helsedirektoratet (2014): Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem – 3-årig handlingsplan 2014-2017; IS-2228, <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-3-arig-handlingsplan-20142017>

⁵ Helsedirektoratet (2017): Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene, <https://helsedirektoratet.no/Documents/Finansieringsordninger/Okt%20nyttteverdi%20av%20IPLOS-opplysningene.pdf>

kunnskapsgrunnlaget i den nasjonale retningslinjen for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Godt organiserte, helhetlige og forutsigbare pasientforløp

- Unngå unødige ikke- medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- God informasjon og økt brukermedvirkning og brukertilfredshet

Pakkeforløpet vil gi et normerende budskap til spesialisthelsetjeneste og helse- og omsorgstjenestene i kommunene knyttet til pasientforløpet innen rehabilitering. I tillegg vil det tilrettelegges for å måle pasientforløpets milepæler, slik at en kan kartlegge om de normerende budskapene følges og om det er uønskede variasjoner på dette området. Pakkeforløpet vil være kilde til nye kvalitetsindikatorer på rehabiliteringsområdet, f.eks. knyttet til andel pasienter som får gjennomført pasientforløpet innen normert forløpstid. Dersom dette kan kombineres med resultatindikatorer framskaffet gjennom andre prosjekter, så vil det gi både brukere, tjenesteutøvere og beslutningstagere mer informasjon om kvaliteten på rehabilitering.

Pågående utredning av funksjonskartleggingsverktøy i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet har i opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 fått følgende oppdrag:

Bedre kunnskap om tjenestene som tilbys

Spesialisthelsetjenestens tilbud om utredning, behandling og veiledning til kommuner varierer mellom de ulike helseforetakene. Det er i dag liten systematisert kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenestene på et nasjonalt nivå pga. manglende datagrunnlag. Et bedre statistikkgrunnlag er nødvendig for å kunne følge rehabiliterings- og habiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten på en tilfredsstillende måte, og for å kunne vurdere tilbudets kvalitet. Fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten bruker i dag en del ressurser på å dokumentere effekt av tilbudet. Det finnes imidlertid ikke noe system for å innrapportere denne dokumentasjonen nasjonalt, slik man til en viss grad har i kommunen gjennom I-plos-funksjonsvurderingsverktøyet. Det arbeides med å utvikle minst ett generisk funksjonsvurderingsverktøy som kan innføres i rehabiliteringstjenestene i helseforetak og i private rehabiliteringsinstitusjoner. Resultatene som måles av funksjonsvurderings-verktøyet skal dokumenteres i det pasientadministrative systemet og rapporteres inn til Norsk pasientregister (NPR). Dette er målinger og registreringer som spesialisthelsetjenesten i dag i stor grad dokumenterer internt, og som vil kunne gi økt kunnskap på nasjonalt nivå om kvaliteten innen spesialisert rehabilitering. Det vil også kunne gi pasientene et grunnlag for å ta et informert valg mellom forskjellige behandlingssteder i forbindelse med fritt rehabiliteringsvalg. Helsedirektoratet vil ha ansvar for å arbeide videre med et felles funksjonsvurderingsverktøy.

Helsedirektoratet har gjennomført et prosjekt med representasjon fra aktuelle fagmiljøer i RHFene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene samt profesjons- og brukerorganisasjoner for å se på hvilke verktøy som kan egne seg nasjonalt. Denne gruppen har kommet med noen anbefalinger på verktøy. Vi er nå i gang med fase 2 av prosjektet, der vi skal jobbe med å få implementert disse

verktøyene i tjenestene. Her er det både kartleggingsverktøy utfylt av tjenesteutøverne (slik som f.eks. IPLOS) og verktøy som innhenter pasientrapporterte utfallsmål. Målet er å få på plass en eller flere resultatbaserte kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Dette prosjektet vil være viktig å se opp mot prosjektet om å bruke IPLOS som grunnlag for kvalitetsbasert kvalitetsindikator for kommunal rehabilitering. Kunnskapen IPLOS og de eventuelle andre kartleggingsverktøyene gir oss kan utfylle hverandre for å gi oss best mulig oversikt over kvaliteten i tjenestene.

Kartlegging av kommunenes praksis

Om kartleggingen

De største kommunene i Norge ble kontaktet, samt kommunesamarbeidet i Indre Østfold.

Kommunene som ble kontaktet fikk tilsendt følgende spørsmål på e-post i februar 2018:

- Har dere praksis med å kartlegge IPLOS funksjon både ved innkomst og utskrivning av oppholdet?
- Hvis ja, når blir dette i praksis gjort? Ved første og siste dag av oppholdet, eller annet?
- Det finnes 18 funksjonsvariabler (inkl. syn, hørsel og økonomi) i IPLOS. Bruker dere informasjonen selv for å måle oppholdet/tiltakenes effekt for den enkelte bruker? I så fall hvordan?
- Generelt, uavhengig av IPLOS-registreringer: Hvilke funksjonsområder erfarer dere mest eller oftest endring på i løpet av et rehabiliteringsopphold?
- Hvilke opplysninger og data har dere i kommunene for å måle endring og måloppnåelse i et rehabiliteringsopphold?
- Hvilken type rehabilitering i institusjon har dere i kommunen? Er disse tjenestene lokalisert sammen med sykehjem eller andre institusjoner, eller er det frittstående institusjoner?
- Hvor mange dager varer et rehabiliteringsopphold, i gjennomsnitt? (sånn sirka)

Svar fra kommunene

Oppsummert svarer kommunene følgende:

Kommune	Brukes funksjonskartlegging inn og ut?	IPLOS Registreres når?	Gjennomsnittlig varighet	Antall personer med døgntrehab 2016
Kristiansand	Nei	xx		219
Bodø	Ja	2-5 dager etter innkomst	43 dager	116
Fredrikstad	Ja	1-3 dager etter innkomst og siste dag	28 dager	137
Indre Østfold-kommuner	Ulikt og systematisk	ikke xx	23 dager	
Oslo	Ja	Ved innkomst og deretter innen to virkedager. Deretter ved endring og ved utskrivelse	22-30 dager	1601
Stavanger	Nei	xx	26 dager	307
Bærum	Ja	Innen dag 3	50 dager	342
Trondheim	Nei, men vurderes.	det xx	27 dager	512
Bergen	Ja	Ved første og siste dag av oppholdet.	3-4 uker forlengelse	pluss 916
Tromsø	Ikke svart			39
Drammen	Ikke svart			40
Sandnes	Ikke svart			0

Kommunene som bekrefter at de bruker IPLOS funksjonskartlegging ved innkomst og utskrivning av et rehabiliteringsopphold gir blant annet følgende tilbakemeldinger:

Bodø kommune

- Bodø har en praksis med registrering av IPLOS funksjonsvurdering både ved innkomst og utskrivning, men det kan gå flere dager inn i oppholdet før denne registreres. I snitt 3-5 dager. Ved utskrivning skjer registreringen på utskrivningsdag i halvparten av tilfellene, mens i resten kan det ta 5-6 dager før det blir registrert.
- Gjennomsnittlig oppholdstid i Bodø er på 43 døgn. Svært få har korte opphold under 3 uker – disse er for eksempel tilfeller med forverring og retur til sykehus. 75 prosent av pasientene kommer rett fra sykehuset, mens i de resterende tilfellene er det tildelingskontoret som henviser hjemmeboende.
- Bodø har størst fokus på ADL-områder. Pasientene er grovt sett 1/3 med nevrologiske lidelser, 1/3 ortopediske og resten indremedisin og kirurgi. Stort sett somatikk.
- Bodø opplever utfordringer med IPLOS-scoringene. Samlemål og gjennomsnitt reflekterer ikke alltid hverken ressursbruk eller pasientens samlede tilstand. Indikatorer basert på dette vil gi et skjevt bilde om man må tolke med forsiktighet. Eksempelvis har Bodø studert oppholdene i 2012-2016 og med IPLOS ADL-score finner de en forbedring på 6 % mens med Barthel er forbedringen på 25 %
- I Bodø har 90 prosent av personer som skrives ut oppfølging av en kommunal hjemmetjeneste etter oppholdet. Dette kan være ergo/fysio eller hverdagsrehabilitering. Ved utskrivning er ordinær hjemmetjeneste ofte med på et sluttmøte på utskrivningsdagen.
- Ved innkomst blir pasienten ikke forespeilet noen lengde på oppholdet. Oppholdet avsluttes når pasientens helsetilstand tilsier at det er riktig.

Oslo kommune:

- Bruker funksjonsvariablene indirekte ved at det gjøres vurderinger på områdene, men bruker ikke tallverdiene direkte.
- Bruker Gericadokumentasjon, kvalitetsmål, liggetid, antall pasienter utskrevet til hjemmet

Bærum kommune

- Har krav til aktiv deltagelse og målrettet opptrening
- I første omgang får pasienten et vedtak fra to til tre uker, så vurderer det tverrfaglige teamet om det er behov for forlengelse av vedtak.
- Lengde på opphold varierer fra tre uker til 8 måneder.

Fredrikstad kommune:

- Vi bruker ikke informasjonen selv for å måle oppholdet / tiltakenes effekt for den enkelte bruker.
- For å måle endring og måloppnåelse brukes ulike verktøy som Barthel ADL-Index, SPPB, TUG, STS, Bergs balanseskala, Coop Wonca og annet, i tillegg til aktiv bruk av tiltaksplaner med fortløpende evaluering av mål og tiltak underveis i oppholdet.
- erfarer mest eller oftest endring på i løpet av et rehabiliteringsopphold er: personlig hygiene, på- og avkledning, ivareta egen helse og bevege seg innendørs.

Bergen kommune

- De 18 IPLOS funksjonsvariablene registreres, men brukes ikke av kommunen selv for å måle endring i funksjon. Det er i tillegg noe galt med uttrekket for den lokale IPLOS sumrapporten (S06) som tar ut statistikk fra kommunens systemer.
- Ser økt selvstendighet etter et opphold innenfor disse områdene: Forflytningsevne, ADL: Inn og ut av seng, stell, påkledning, toalettbesøk, reise og sette seg, trappegang, selvstendig gangfunksjon med hjelpemiddel og matsituasjoner.
- Ulike yrkesgrupper har forskjellige registreringer som måler endring og måloppnåelse ved et rehabiliteringsopphold. Skjemaene i metodebok for rehabilitering i institusjon for Bergen kommune, målmøteskjema, rehabiliteringsplan og tverrfaglig epikrise, IPLOS og ulike funksjonstester (SPPB, Bergs osv) og ulike kognitive tester.
- Per dags dato er det 7 institusjoner (sykehjem) som driver kommunal rehabilitering som en del av driften. Avdelingene jobber etter metodebok for rehabilitering i institusjon. I tillegg finnes RUI (rehabilitering utenfor hjemmet, 4 team), samt hverdagsrehabilitering (4 team).

Kommunene som ikke bruker IPLOS funksjonskartlegging ved innkomst og utskrivning av et rehabiliteringsopphold gir blant annet følgende tilbakemeldinger:

Stavanger kommune:

- IPLOS funksjonskartlegging blir tatt av andre før innleggelse
- Mest endring på det fysiske etter et opphold
- Ulike tester av bruker når de kommer inn, 6 minutter gangtest, SPPB og PSFS blir alltid brukt
- Brukerundersøkelse på Ipad ved utskrivning

Trondheim kommune:

- Trondheim kommune ser svært positivt på arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer generelt, og resultatindikatorer spesielt.
- Behov for sterkere styring fra nasjonalt nivå for å oppnå godt resultat
- Brukeropplevd kvalitet i rehabilitering er en viktig dimensjon som må vurderes.

Kristiansand kommune:

- Kristiansand kommune har 20 rehabiliteringsplasser i institusjon, og disse er på Kløvertun.
- Kommunen har ikke praksis med å bruke Ipløs systematisk som et kartleggingsverktøy.
- Kommunen ser oftest endringer på følgende funksjonsvariabler: Personlig hygiene, av- og påkledning, toalett, spise, bevege seg utendørs og innendørs.

Rehabiliteringssamarbeidet i Indre Østfold

- Samarbeidet er et interkommunalt rehabiliteringsprosjekt som utføres ved Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS, i Askim. Det eies av kommunene Askim, Eidsberg, Skiptvet, Marker, Trøgstad, Hobøl og Spydeberg.
- Prosjektet forsøker å styrke kommunal rehabilitering ved å etablere interkommunale løsninger for våre eiere. Foreløpig er det et interkommunalt ambulansertverrfaglig vurderingsteam som jobber med tidlig vurdering, koordinering og igangsetting av rehabiliteringstiltak. Foreløpig har vi ingen interkommunale senger for intensiv rehabilitering. Det foreligger et intensjonsvedtak om en slik etablering.
- Per nå har alle de syv eierkommuner sine rehabiliteringssenger som en del av korttid, rehab og avlastningsavdeling ved sykehjemmet.
- IPLoS funksjonskartlegging gjøres veldig ulikt ved avdelingene. Det er ingen gjennomgående systematikk i dette, og det gjøres ikke systematisk ved start og slutt for å måle endring eller effekt ved alle avdelingene.
- Vårt Tverrfaglige vurderingsteam, som jobber ambulansert ut til personen, gjennomfører en funksjonsvurdering så raskt som mulig etter at personene er meldt til teamet. I løpet av ca 1-4 dager er det gjort. Det benyttes verktøy som SPPB, COPM, Barthel ADL index samt klinisk status og samvalg ved første vurdering, samt informasjon om boforhold og mottatt hjelp- dette suppleres avhengig av personens behov. Dette testes på nytt når personen avsluttes av teamet. Vi har satt 3-6 og 18 mnd som retest intervaller ettersom vi ønsker å se person og samfunns effekt over tid. Vi registrerer også bruk av plan for rehabiliteringen.

- Det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder inntakskriterier, inntaksprosedyrer, terapitetthet, treningsintensitet, bruk av målinger og praksis for tverrfaglig samarbeid og møter knyttet til sine rehabiliteringssenger.

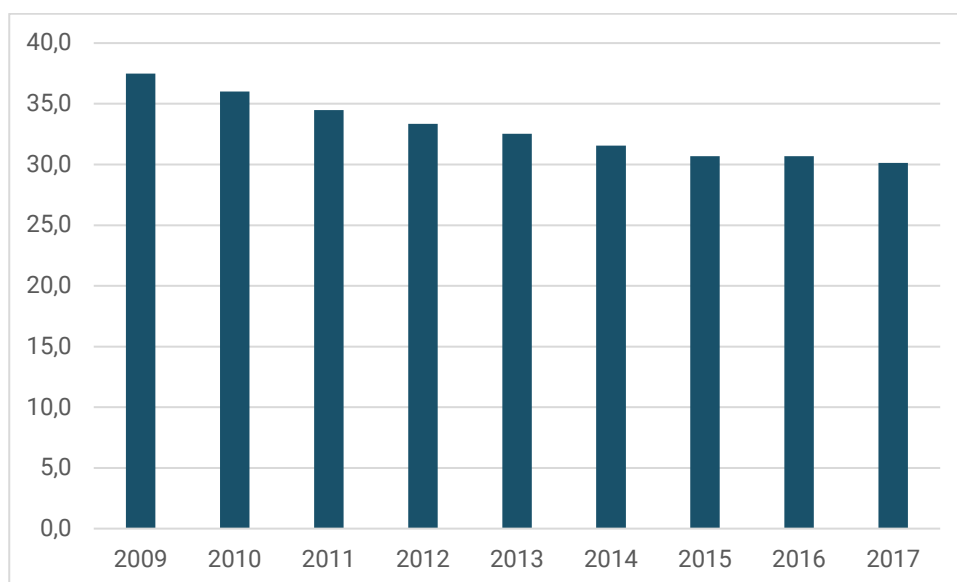
Statistikk fra IPLOS- registeret

Statistikk og andre undersøkelser

I 2017 var det 16 090 personer på rehabiliteringsopphold⁶. Bruken av denne typen kommunal tjeneste har økt årlig siden 2009 da det var i underkant av 12 000 personer som hadde et slik opphold. Antall pasientdøgn har også økt årlig i samme periode og i 2017 var det i alt 484 600 pasientdøgn. Kommunene svarer at det er ulikt hvorvidt tilbudet er organisert i egne rehabiliteringsinstitusjoner eller om tilbudet gis i andre institusjoner som sykehjem. En studie fra Universitetet i Oslo viste at eldre med nedsatt funksjonsevne blir rehabilitert raskere og bedre ved egne rehabiliteringsenheter enn på sykehjem⁷.

Samtidig er hver pasient kortere på et rehabiliteringsopphold. Gjennomsnittlig antall pasientdøgn har gått ned fra 37,5 til 30,1 døgn per pasient. I prosjektet har vi sett at grunnlagsdataene viser svært stor variasjon i liggetid. En tidligere studie i Bodø viser at oppholdenes varighet varierte mellom 1 og 404 dager med et gjennomsnitt på 48 dager⁸.

Figur 1: Antall døgn i rehabilitering i institusjon per pasient. 2009-2017



Kilde: IPLOS-registeret

Det er flest eldre som er innskrevet på rehabiliteringsopphold, selv om tidligere analyser har vist at bruken av rehabiliteringsopphold øker mest i aldersgruppen 0-66 år⁹. I alt 88 prosent av alle pasienter var over 67 år. I tillegg er 6 av 10 kvinner¹⁰.

⁶ Statistisk sentralbyrå (2018): Statistikkbanktabell 11642

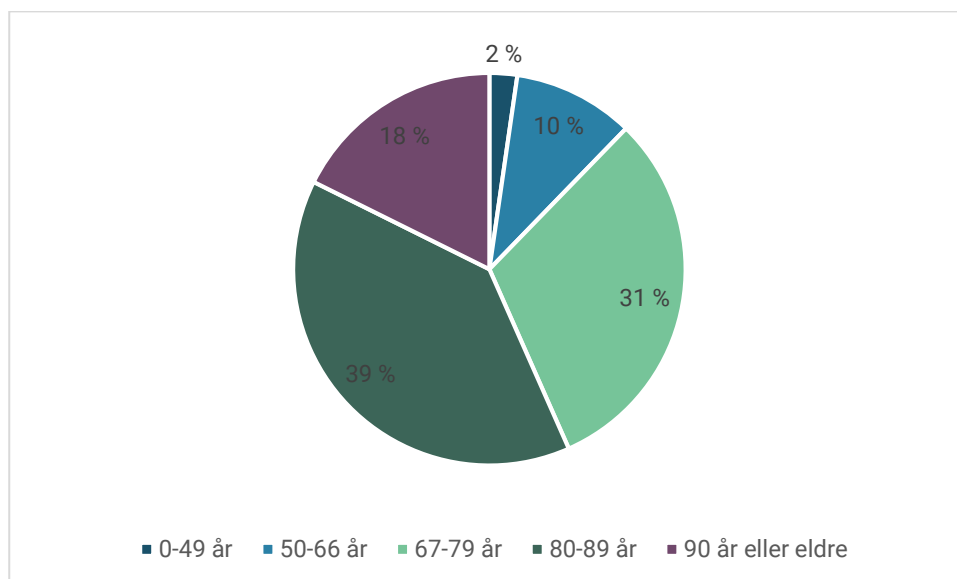
⁷ Johansen, Inger m.fl. (2012): <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2012/effektiv-rehabilitering-eldre.html>

⁸ Bodø kommune/Sverre Rasch (2012): Kommunal rehabilitering i institusjon

⁹ Helsedirektoratet (2017): Samdata kommune, kapittel 8 (rapport IS-2575)

¹⁰ Statistisk sentralbyrå (2018): Flest kvinner rehabiliteres i institusjon (nettartikkel)

Figur 2: Andel pasienter i rehabiliteringsopphold, etter alder. 2017 (n=16090)



Kilde: IPLOS-registeret

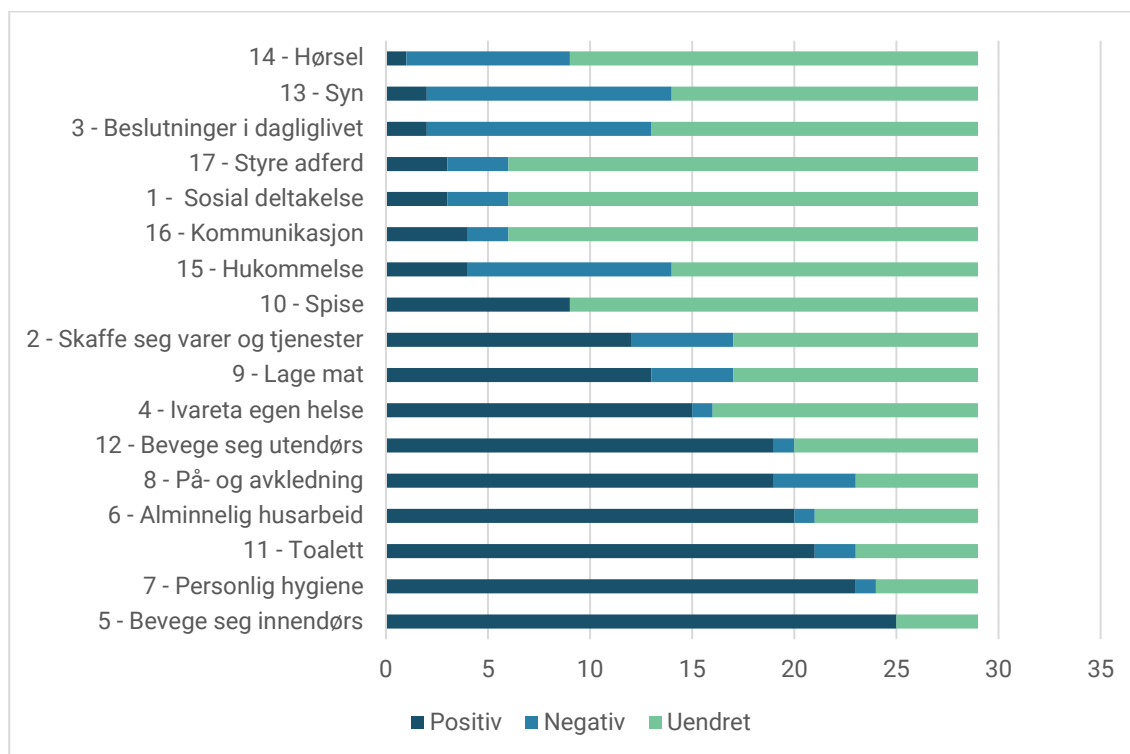
Statistikk over endring i funksjonsnivå

I dette prosjektet ble det spesifikt bestilt statistikk om endring i funksjonsnivå fra IPLOS-registeret i SSB. Dette for å belyse hva som kan hentes ut av informasjon fra registeret per i dag. Utvalgsriterier/avgrensning som er gjort for dette uttrekket er:

- Personer med kun ETT rehabiliteringsopphold i 2017, OG hvor oppholdet ikke starter 01.01 eller slutter 31.12. Dermed kommer heller ikke opphold som varer hele året med
- Funksjonsregistrering ved innkomstdag og til og med 5 dager etter innkomst.
- Samme ved utskriving
- Oppholdets varighet er ≥ 6 døgn.
For kortere opphold er det ikke mulig å skille mellom funksjonsregistrering ved innkomstdag og utskrivingsdag

Bodø kommune har i forkant av prosjektet, og gjennom et videomøte som ble gjennomført i prosjektet, bekreftet at de bruker IPLOS funksjonskartlegging ved innkomst og utskriving. Av 86 registrerte døgnopphold i Bodø i 2017 var det imidlertid bare 29 som ble fanget opp med de gitte utvalgsriteriene. Av disse ble det registrert størst forbedring på funksjonene å bevege seg, både innendørs og utendørs, personlig hygiene, toalett, husarbeid og på/avkledning.

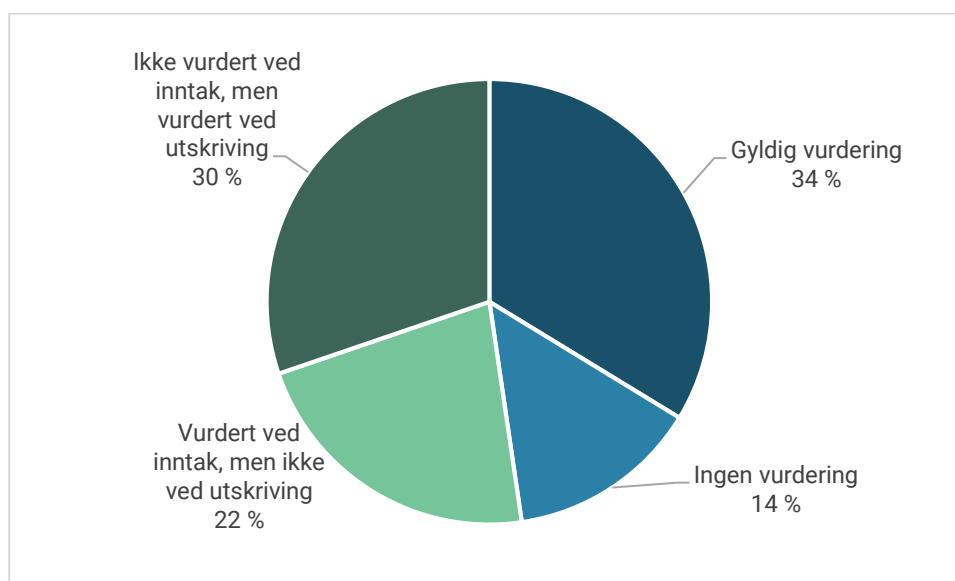
Figur 3: Funksjonsendring i rehabiliteringsopphold, Bodø kommune. 2017 (n=29/86)



Kilde: IPLOS-registeret

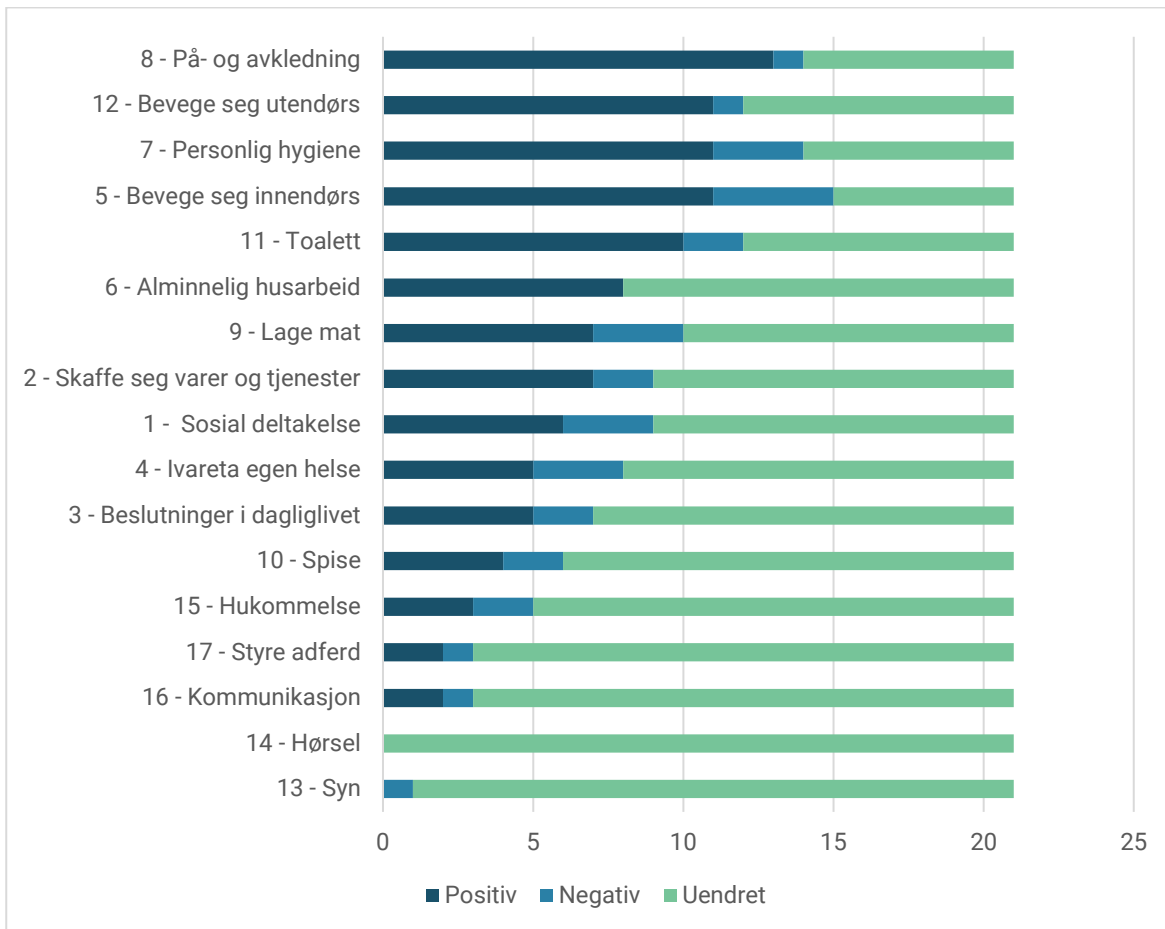
Av de 57 oppholdene i Bodø som ikke har gyldig registrering i hht utvalgskriteriene var det 14 prosent som manglet registrering både inn og ut, 30 prosent som manglet kun ved utskrivning og 22 prosent som manglet kun ved inntakst.

Figur 4: Registreringspraksis for funksjon i Bodø kommune. 2017 (n=86)



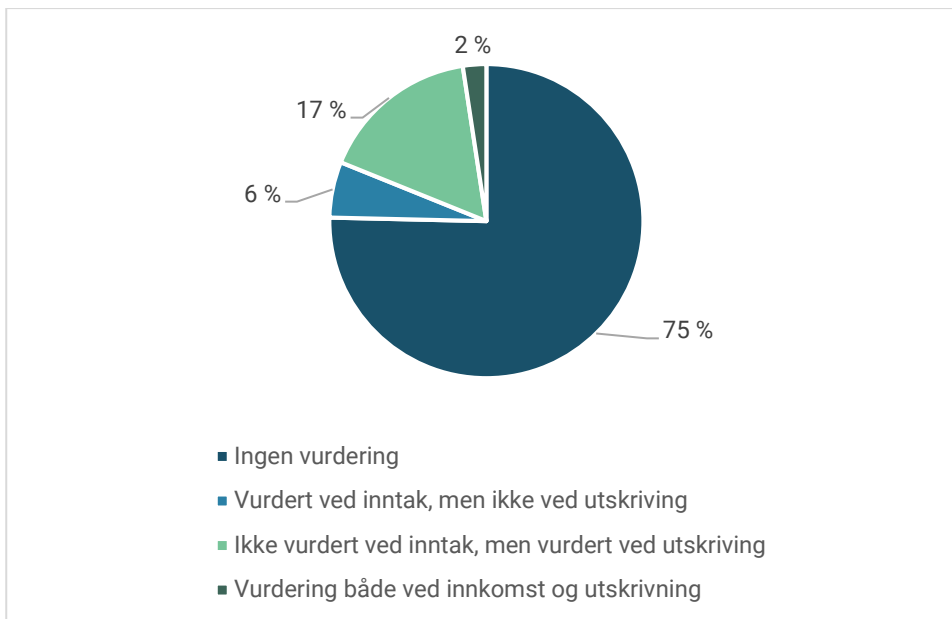
Kilde: IPLOS-registeret

Figur 5: Funksjonsendring i rehabiliteringsopphold, Modum kommune. 2017 (n=21/91)



Kilde: IPLOS-registeret

Figur 6: Andel opphold med/uten funksjonsvurdering inn/ut av oppholdet, landet 2017 (n=9630¹¹)



Kilde: IPLOS-registeret

¹¹ På grunn av utvalgskriteriene ble antall døgnopphold lavere enn hva totalten var i 2017 (16 000). Denne problematikken må tas opp i et videre arbeid hvor utvalget bør være størst mulig innenfor den valgte definisjonen.

Vurdering, konklusjon og anbefaling

Vurdering

Tematikken engasjerer og kommunenes svar er fylldige. De viser at rutiner og registreringspraksis spriker såpass mye i dag at det ikke er slik at en nasjonal kvalitetsindikator kan utvikles, men det kan være mulig på sikt. Det er ikke konkludert med hvordan en eller flere endelige indikatorer skal utformes, men det er laget et utkast til definisjon for videre utvikling på bakgrunn av resultater og tilbakemelding fra kommuner vi samarbeidet med (vedlegg). Vi har ikke vurdert andre typer indikatorer. I Bodø har 90 prosent av personer som skrives ut oppfølging av en kommunal hjemmetjeneste etter oppholdet. En kvalitetsindikator som følger kommunens oppfølging med andre tjenestetyper etter et rehabiliteringsopphold kunne også vært en potensiell indikator.

Konklusjon

- En kvalitetsindikator som viser funksjonsforbedring i løpet av et rehabiliteringsopphold er ikke mulig å utvikle på bakgrunn av registerdata i dag. En utvikling av en indikator krever et videre utviklingsløp sammen med noen kommuner for å definere et sett med funksjonsområder der man kan forvente en forbedring i løpet av et opphold. En indikator må så testes i en pilot for å se om den treffer. Noen kommuner sier de har en praksis på å bruke IPLOS funksjonskartlegging inn/ut av opphold, men for majoriteten av kommunene så kommer ikke dette fram i tallene fra registeret.
- Kommunene har ikke gode nok rutiner og registreringspraksis for IPLOS funksjonskartlegging i rehabilitering og de bruker heller ikke tallene til egne formål
- Mange kommuner er positive og formidler at dette er det viktig å jobbe videre med og som ønsker å delta i utviklingen av en eller flere indikatorer. Kommuner etterlyser også mer drahjelp fra helsemyndighetene.
- Det etterlyses generelt tall på effekt og resultat av tiltak og tjenesteyting i kommunene.

Anbefaling

Momenter om hva som må på plass for å få indikator på sikt:

1. Utvikling av endelig indikator gjøres i samarbeid med kommuner

For at resultatindikator skal kunne nyttiggjøres av kommunene til måling av egen praksis vil det være nødvendig at kommunene deltar i utformingen av indikatoren.

2. Spesifiserte registreringskrav og tydelig kommunikasjon fra Helsedirektoratet til kommunene

Dette gjøres ved å spesifisere de nødvendige registreringskrav om opplysninger inn/ut av oppholdet i IPLOS-veileder. Registreringskravene kommuniseres også til kommunene i IPLOS/KPR temadager, nyhetsbrev ut til kommunene, IPLOS-veileder, konferanser og annen kontakt med kommunene.

3. Endring i kommunenes rutiner for funksjonskartlegging

Kommuner vil måtte vurdere endring i rutiner og tidspunkt for gjennomføring av IPLOS funksjonskartlegging. Kartleggingene må gjennomføres ved innkomst og

utskrivning av oppholdet. Ansvaret ligger hos kommunene, mens fylkesmannen vil kunne bidra.

4. God praksis for registrering inn i fagsystem i kommunene

Kommunene har ansvaret for at oppdatert pasientinformasjon ligger i EPJ. Dette er også viktig for å kunne gi riktige data inn til registeret og som beregning inn i en indikator.

5. Mulig å publisere indikator på datakvalitet

Parallelt kan Helsedirektoratet publisere eventuell indikator som viser andel komplette registreringer av funksjonsnivå i rehabilitering i institusjon. Dette for å monitorere kommunenes arbeid med å få registreringene på plass.

Vedlegg



[ID-nr]	Funksjonsforbedring i rehabilitering i institusjon	
1. Definisjon	Andel opphold med funksjonsforbedring for pasienten i løpet av et tidsbegrenset re-/habiliteringsopphold i institusjon	
2. Sektor	Kommunale helse- og omsorgstjenester	
3. Fagområde	[Somatisk helsetjeneste/Omsorg]	
4. Type	Resultat	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Virkningsfulle	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	
7. Måleområde	[Faste måleområder under hver dimensjon]	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	[Når ble denne indikatoren godkjent for første gang?] Saksnr i 360	
9. Godkjent av	(Hvem har godkjent indikatorbeskrivelsen?)	
10. Revisjonshistorikk	[Versjonsnr - dato versjon har blitt godkjent – Kort beskrivelse (stikkord) av hva som er gjort.]	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	Indikatoren vil gi indikasjon på om rehabiliteringsoppholdet har gitt forbedret funksjon på utvalgte områder for pasienten. I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 – 2019 pekes det på behovet for å utvikle resultatindikatorer for kvalitetsmåling innen habilitering og rehabilitering. I 2017 utga Helse- og omsorgsdepartementet Rundskriv I-5/2017 med anbefaling om at behov og potensiale for rehabilitering må utredes før det tilstås kompensierende tjenester. Å utrede funksjonsnivå vil være naturlig del av dette, og tiltak for å sikre at dette nedtegnes ved oppstart av tiltak og at det settes evalueringspunkter for å måle om tiltakene gir effekt vil være en svært sentral del av dette. Nasjonal faglig retningslinje om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator	
12. Målsetning	[Hvilke definerte målsetninger er knyttet opp mot denne indikatoren? Hva er ønsket resultat?]	
13. Målgruppe for denne indikatoren (Beskriv formål med denne indikatoren per aktuell målgruppe)	13.1 Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet om det er store variasjoner mellom kommuner/fylker.
	13.2 Ledelse i sektor	Nasjonal, fylkeskommunal og kommunal ledelse kan benytte resultatet for tilsyn, planlegging og forbedring av tilgjengelighet av tjenesten.
	13.3 Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatet til behovsplanlegging og kartlegging.
	13.4 Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Informasjon til søkere og pårørende.
14. Begrepsavklaringer	[Tydelig definisjon av alle kliniske/medisinske/faglige begrep som inngår i definisjonen eller som er av betydning for presentasjon og tolkning av denne indikatoren] Tidsbegrenset re-/habiliteringsopphold i institusjon:	

	<p>Hovedhensikten med oppholdet skal være rehabilitering og habilitering. Gjelder kommunal institusjon. Overordnet mål for oppholdet er økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse (IPLOS-registeret, Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester) .</p> <p>Rehabilitering i institusjon kan skje enten i korttidsplasser tilknyttet sykehjem, eller i kommunal rehabiliteringsinstitusjon. (Nasjonale faglige retningslinjer om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator).</p> <p>Funksjon/funksjonsforbedring:</p> <p>Helsepersonell skal vurdere søker/tjenestemottakers behov for bistand og per i dag benyttes 18 dimensjoner av funksjon som beskriver bistandsbehovet og som sendes inn til IPLOS-registeret. Funksjonsbeskrivelsene er i all hovedsak utledet av WHO sin klassifikasjon av funksjon, International Function of Classification (ICF). I denne indikatoren er det valgt ut funksjonsområder som er særskilt relevant for rehabilitering i institusjon. (IPLOS-registeret, Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester.)</p>
Beregning	
15. Utvalg i fokus (teller)	Antall tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i ett eller flere av pasientens funksjonsområder i løpet av oppholdet. Kun utvalgte funksjoner innen husholdsfunksjoner og egenomsorg er inkludert, se måltall 6-11.
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Totalt antall tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon
17. Hovedmåttall	Måltall 1: Andel opphold med funksjonsforbedring i løpet av et tidsbegrenset re-/habiliteringsopphold i institusjon
18. Andre måttall	<p>Måltall 2: Antall tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i ett eller flere av pasientens funksjonsområder i løpet av oppholdet (teller i måltall 1)</p> <p>Måltall 3: Totalt antall tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon (nevner i måltall 1)</p> <p>Måltall 4: Andel opphold med uendret eller negativ funksjon i løpet av et tidsbegrenset re-/habiliteringsopphold i institusjon</p> <p>Måltall 5: Andel opphold med uoppgitt funksjon i løpet av et tidsbegrenset re-/habiliteringsopphold i institusjon</p> <p>Måltall 6: Andel tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i funksjonsområde: Alminnelig husarbeid (husholdsfunksjoner)</p> <p>Måltall 7: Andel tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i funksjonsområde: Lage mat (husholdsfunksjoner)</p> <p>Måltall 8: Andel tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i funksjonsområde: Bevege seg innendørs (egenomsorg)</p> <p>Måltall 9: Andel tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i funksjonsområde: Bevege seg utendørs (egenomsorg)</p> <p>Måltall 10: Andel tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i funksjonsområde: På- og avkledding (egenomsorg)</p> <p>Måltall 11: Andel tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon med endring i funksjonsområde: Personlig hygiene (egenomsorg)</p>
19. Presiseringer rundt utvalg	<p>[Beskrivelse av hva/hvem/hvilke grupper som ikke inkluderes ved beregning av denne indikatoren. Evt. cut-off for populasjonen.]</p> <p>Indikatoren er avgrenset til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funksjon ved start og slutt av oppholdet, +/- 2 dager • Inkludert personer med kun ett opphold i 2016 • Minimum varighet på opphold inkludert: 2 dager, max?

20. Manglende rapportering	[Hvordan håndteres manglende rapportering/missing data?] Funksjonskartlegginger som ikke er registrert innen gjeldende tidsperiode markeres som uoppgitt. Hva om IPLOS er uendret ved oppstart? Ikke alle kommuner praktiserer IPLOS funksjonskartlegging ved inntak og utskrivning av opphold. Disse vil ha 100 prosent uoppgitt på indikatoren. Hva om IPLOS funksjonskartlegging ble tatt ved vedtakstidspt? Ikke alle kommuner har tilbud om tidsbegrensede rehabiliteringsopphold i institusjon.
21. Teknisk beregning av indikator	Ikke relevant
22. Nivå for publisering eksternt	Land, fylker, kommuner
23. Standard klassifikasjoner	[Hvilke klassifikasjoner brukes for beregning/visning av denne statistikken, eks. klassifikasjon av fylke/kommune, KOSTRA]
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Helsedirektoratet, Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-registeret). SSB er databehandler.
25. Bearbeiding/revisjon av data	Individbaserte pseudonymiserte data sendes årlig til SSB/IPLOS-registeret fra kommunene. SSB sender feilmeldinger tilbake til hver enkelt kommune som kan rette opp EPJ og sende inn data på nytt.
26. Type datakilde og lovhjemmel	Rapportering til IPLOS-registeret er obligatorisk for kommunene og er regulert av Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Årlig
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	Kommuner som har praksis med funksjonskartlegging inn/ut av opphold kan sammenlignes. Kommunene kan likevel ha ulike forutsetninger, for eksempel i sykkelighet, demografi, tilgang på kompetanse og ressurser, som gir ulike resultater.
30. Feilkilder og usikkerhet	Det finnes tre ulike koder for tidsbegrensede opphold i IPLOS: 1. utredning/behandling, 2.re-/habilitering og 3. annet. Det kan finnes tilfeller hvor kommuner har kodet et rehabiliteringsopphold som et annet opphold, eller at et opphold som ikke har et rehabiliteringsformål er kodet som det.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Indikatoren måler kun endringer i de angitte funksjonsområdene. Dersom formålet med rehabiliteringsoppholdet gjelder forbedring av et annet funksjonsområde vil dette ikke fanges opp i indikatoren. Indikatoren fastslår ikke at oppholdet er årsaken til funksjonsforbedringen. Det kan ikke fastslås at en eventuell forbedring i funksjon faktisk skyldes oppholdet, eller om samme funksjonsforbedring hadde oppstått i løpet av samme tid uten tjenesten. I indikatoren (måltall 1) skilles det ikke på om det er ett eller flere funksjonsområder som har hatt en forbedring for den enkelte. Det skilles heller ikke på hvor stor forbedringen var.
32. Relaterte indikatorer	Mottakere av habilitering og rehabilitering på institusjon med individuell plan
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Etablering og publisering av indikatoren kommuniseres ut til kommunene. Dersom kommunene ser nytteverdien vil flere kommuner også forbedre registreringspraksis.
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no
Referanser	
36. Referanser	

**Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal
døgnrehabilitering**

Utgitt

[Dato]

Bestillingsnummer

IS-2737

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130

Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

Faks 24 16 30 01

Forsidefoto

Lisa Westgaard/Tinagent

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no