



Økt nytteverdi av IPLoS-opplysningene

- Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester

SAMMENDRAG

Et utredningsarbeidet ble igangsatt som et deloppdrag i forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Formålet for utredningsarbeidet var at arbeidsgruppa skulle komme frem til tiltak for å øke nytteverdi ved bruk av IPLOS-opplysningene i kommunen, både for helsepersonell i tjenesten, i kvalitetsarbeid, til tjenesteutvikling, til planlegging, økonomistyring og finansiering i kommunen. En arbeidsgruppe sammensatt av kommunerepresentanter og forskere ble nedsatt med Jorid Kalseth fra Sintef som faglig leder. Arbeidsprosessen ble ledet av Helsedirektoratet, som også har sammenstilt tekst i rapporten.

Arbeidsgruppa overleverer rapporten til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet må vurdere videre oppfølging av rapporten.

Arbeidsgruppa anbefaler følgende tiltak:

1. Det er et behov for mer standardisert og strukturert dokumentasjon for omsorgstjenestene i kommunene. Kommunene trenger et godt kodeverk. Arbeidsgruppa anbefaler at det utredes hvordan International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), som er en del av World Health Organization (WHO) family of classifications, kan benyttes som et kodeverk i dokumentasjonen i den elektroniske pasientjournal (EPJ). IPLOS-opplysningene må være integrert på en slik måte at det ikke fører til dobbeltarbeid. Det krever at IPLOS-opplysningene sees i sammenheng med de andre behovene kommunene har for kartlegging og dokumentasjon og at disse «mappes» på en god måte i EPJ slik Kommunernes Landsforening har lagt opp til i Danmark. Funksjonvariablene bør også brukes til å sette mål for tjenesten sammen med tjenestemottaker slik det gjøres i Sverige. IPLOS-opplysningene, andre kartleggingsverktøy, tiltaksplaner og arbeidslister osv. må henge sammen som en helhet i EPJ, slik at opplysningene som dokumenteres oppleves som nyttige og relevante. Arbeidsgruppen anbefaler at det samordnes med arbeidet for «Én innbygger – én journal» som ledes av Direktoratet for e-helse. Arbeidsgruppen anbefaler at dette arbeidet gjøres i tett samarbeid med Kommunenes sentralforbund.

2. Styringsdata basert på blant annet IPLOS-opplysningene bør gjøres tilgjengelig for kommunene på to måter:
 - a. Ved at kommunene selv anskaffer en programvare som på en sikker måte kan trekke ut de data de selv ønsker fra EPJ og sammenstille med det de ønsker fra andre kilder som regnskapstall, andre KOSTRA-tall, turnussystemer osv. En slik løsning krever kompetanse og gruppen foreslår at kommuner samarbeider om både anskaffelse og bruk.
 - b. Bruk at styringsdata gjøres i varierende grad i kommunene blant annet pga av manglende kompetanse. Derfor må det i tillegg til mulighet for uttrekk i kommunen også legges til rette for en nasjonal løsning der kommune kan få tilgang til egne data fra IPLOS-registeret eller kommunalt pasientregister. Det kan tenkes løst gjennom en påloggingsløsning slik at kommunene kan hente ut egne data uten å møte problemet der data ikke er tilgjengelig pga personvern hensyn. Arbeidsgruppa anbefaler ikke at Helsedirektoratet forbedrer den gjeldende kravspesifikasjonen for sumrapporter for IPLOS-opplysningene.
3. For å sikre at kommunene kan nyttiggjøre seg av dokumentasjonen og styringsdata generelt, anbefaler arbeidsgruppen at det tas sentrale grep for å utvikle kommunale lederes kompetansen i bruk av kvantitative beskrivelser og analyser. Denne kompetansen er sentral for at kommunene kan yte evidensbasert og målrettede tjenester til sine innbyggere.
4. Arbeidsgruppen anbefaler at det arbeides videre med å utvikle et «case-mix»-system som knytter funksjonsnivå og andre relevante brukerkjennetegn til forventet ressursbruk. Arbeidsgruppa sin vurdering er at et case-mix system basert på funksjonsvariablene i IPLOS ikke er egnet til bruk i inntektssystemet til kommunene eller til statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester, blant annet fordi det vil kreve omfattende kontrollregimer. Systemet kan likevel være et nyttig verktøy for kommunene i lokale analyser, planlegging, budsjettering og intern finansiering og som utgangspunkt for å sammenligne seg med andre kommuner.

Første kapittel i denne rapporten beskriver mange av utfordringene kommunene har ved bruk av data fra IPLOS-registeret, utfordringer ved registreringen av opplysningene i det daglige arbeidet i EPJ og om kommunene opplever at opplysningene de registrerer i EPJ er nyttige og relevante. Kapittel to beskriver bruk av kartleggingsverktøy i en kommune, bruk av ICF og andre kodeverk i Sverige og Danmark. Kapittel tre beskriver arbeidsgruppas anbefalinger for hva som skal til for at helsepersonell kan få økt nytteverdi ved bruk av IPLOS-opplysningene i tjenesten. Kapittel fire beskriver arbeidsgruppas anbefalinger for hvordan kommunene kan få økt nytteverdi ved bruk av IPLOS-opplysningene til planlegging, økonomistyring og finansiering. Kapittel fem beskriver

arbeidsgruppas anbefaling for videre utredning av hvordan IPLOS-opplysningene kan benyttes i et case-mix system i form av standardiserte sett av helse- og omsorgstjenester, og om bistandsbehov/tiltaks pakker kan brukes for utmåling av ressursbehov, enten i omfang eller type tjeneste.

INNHold

SAMMENDRAG	2
INNHold	5
FIGURLISTE	7
INNLEDNING	9
1 Utfordringer ved bruk av IPLOS-opplysningene For Helsepersonell i dokumentasjonen og som styringsdata i Kommunen	14
1.1 Bruk av IPLOS-opplysningene i forsøksordningen og i kommunene	14
1.2 Tilbakemeldinger fra kommuner	15
1.3 Utfordringer ved bruk av funksjonsvariablene for helsepersonell i den daglige dokumentasjonen	18
1.4 Utfordringer i samhandling med sykehus og bruk av strukturert dokumentasjon	20
1.5 Utfordringer ved bruk av IPLOS-opplysningene som styringsdata i kommunen	21
2 Bruk og behov for kartleggingsverktøy og kodeverk – Eksempler fra Stavanger, Sverige og danmark	22
2.1 Bruk av kartleggingsverktøy i Stavanger kommune	22
2.2 Bruk av ICF og annet kodeverk i Danmark -Fælles Sprog "Social- og sundhedsfaglig dokumentation med borgeren i centrum"	23
2.3 Bruk av ICF i den daglige dokumentasjonen i Sverige	26
3 Kommunal nytteverdi av IPLOS-opplysningene for Helsepersonell i tjenesten	30
3.1 Arbeidsgruppas vurdering og anbefaling for bruk i tjenesten for gruppen psykisk helse og rus	30
3.2 Arbeidsgruppa anbefalinger for å bedre integrere IPLOS-opplysningene i den daglige dokumentasjonen og i tiltaksplanene i EPJ og bidra til en mer brukerorientert tjeneste	32
4 Bruk av IPLOS-opplysningene til planlegging, budsjettering og finansiering	36
4.1 Bruk av IPLOS til styringsdata	36
4.2 Sammenheng mellom funksjonsnivå og tjenestetype	44
4.3 Finansieringsmodeller basert på IPLOS-opplysningene	49

5	Beskrivelse av videre utredning – «Casemix»	57
	Vedlegg 1 – epost til kommunene	61
	Litteraturliste	61
	Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang	63
	Vedlegg 3 – eksempler fra journal	92

FIGURLISTE

Figur 1: Grov tidsplan for utredningsarbeidet.....	11
Figur 2: Delprosjektets milepæler og beslutningspunkter	12
Figur 3: Arbeidsgruppen.....	12
Figur 4: Eksempel på skjema for kartlegging.....	18
Figur 5: Eksempel fra journal - Vurderinger	19
Figur 6: Eksempel fra journal - tiltaks- og pleieplan	19
Figur 7: Eksempel fra journal - IPLOS funksjonsvariabler.....	20
Figur 8: Sammenhengen mellom tilstander, relasjoner og innsatser i Fælles Sprog 3.	24
Figur 9: Sammenhengen mellom SNOMED CT og de andre klassifikasjonene som benyttes i Fælles Sprog.	25
Figur 10: Utvelgelse av tilstander og innsatser som representeres ved hjelp av SNOMED CT.	25
Figur 11: Prosess og resultat av IBIC, utarbeidet av Socialstyrelsen i Sverige.....	27
Figur 12: Livsområdene som benyttes i IBIC, basert på ICF.	28
Figur 13: Bedømmingsfaktorer som benyttes i IBIC (for alle kategoriene i ICF).	28
Figur 14: Et eksempel på hvordan registrering av livsområdene og funksjon i ICF kan se ut i journal koblet mot tiltak og dokumentasjon.	33
Figur 15: Eksempel på sumrapport S03: Tjenestemottakere med tildelte timer per uke etter funksjon/bistandsbehov per dato. Alle med timevedtak; gjennomsnittlig tildelte timer per uke, antall mottakere og sum timer.	37
Figur 16: Diagnoser fordelt på funksjon/bistandsbehov er et viktig rapportvalg i sumrapport S03.	38
Figur 17: Gjennomsnittlig tildelte timer per uke tjenester i hjemmet fordelt på funksjon/bistandsbehov. Resultat fra sumrapport S04.	38
Figur 18: Viser hvordan tallene brukes som styringsinformasjon i en kommune. IPLOS-data er satt sammen med årsverk og arbeidsplaner.....	38
Figur 19: Ressursbildet fra en avdeling, fordeling av årsverk i vedtak, arbeidsplan og rammen.....	39
Figur 20: Styringsinformasjonsdilemmaet. Drammen kommune.	39
Figur 21: Eksempel på bruk av et Data Discovery-verktøy for rapportering og analyse av egne data. Fra Drammen kommune.	40
Figur 22: Tabell 3.1 i Statistisk sentralbyrå sin årsrapport fra IPLOS-registeret 2015.....	41
Figur 23: Tabell 3.3 i Statistisk sentralbyrå sin årsrapport fra IPLOS-registeret 2015.....	42
Figur 24: Tabell 6.7 i Statistisk sentralbyrå sin årsrapport fra IPLOS-registeret 2015.....	42
Figur 25: Gjennomsnittlig skår på hver enkelt av funksjonsvariablene hos brukere som er innlagt på langtidsopphold i institusjon.	44

Figur 26: Gjennomsnittlig skår på hver enkelt av funksjonsvariablene hos brukere som helsetjenester i hjemmet.	45
Figur 27: Omsorgstrappen og BEON-prinsippet.....	45
Figur 28: Mottakere av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og institusjonstjenester etter bistandsbehov og type tjeneste	46
Figur 29: Et utvalg av hjemmeboende med helsetjenester i hjemmet. IPLOS skår.	47
Figur 30: Hjemmeboende som mottar helsetjenester i hjemmet. Antall med skår over 2.	47
Figur 31: Tiltakspakke: helsetjenester i hjemmet - medisinerings	48
Figur 32: Tiltakspakke: Alminnelig husarbeid - praktisk bistand til daglige gjøremål	48
Figur 33: Kategorisering av IPLOS-funksjonsvariabler med skala 1-5	51
Figur 34: Budsjettildeling per bruker målt i timer per uke.....	51
Figur 35: Budsjettildeling langtidsplasser per bruker målt i timer per uke.....	52
Figur 36: Budsjettildeling per avdeling og bruker målt i årsverk	53
Figur 37: Budsjettildeling per bruker målt i timer per uke.....	53
Figur 38: Beskrivelse av prinsipper for budsjetter	55
Figur 39: Modell for hjemmetjenester	55
Figur 40: Kunnskapspyramiden.	57
Figur 41: Eksempel på casemix: RUG for helsetjenester i hjemmet	59

INNLEDNING

KORT BESKRIVELSE AV BEHOV OG MÅL

Det ble anbefalt at et utredningsarbeid skulle igangsettes i regi av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten. Formålet var å vurdere tiltak for å øke nytteverdien for kommunene ved bruk av IPLOS-opplysningene i tjenesten for helsepersonell, i egen tjenesteutvikling, i kvalitetsutvikling og til finansiering/økonomistyring. Resultatet av utredningsarbeidet beskrives i denne rapporten.

MANDAT FOR UTREDNINGSARBEIDET

1. Arbeidsgruppa skal beskrive hvordan en bruk av IPLOS-opplysningene i tiltakspakker som grunnlag for likhet i tjenestetilbudet og ressursutmåling kan utredes videre

- Kan IPLOS-opplysningene brukes for å sette sammen tiltakspakker i form av standardiserte sett av helse- og omsorgstjenester, og kan bistandsbehov/tiltakspakker brukes for utmåling av ressursbehov, enten i omfang eller type tjeneste?

2. Økt kommunal nytteverdi

Arbeidsgruppen skal vurdere og beskrive hvordan helsepersonell i kommunen kan bruke IPLOS-opplysningene i tjenesten:

- I den daglige dokumentasjonen
- I målsettingsarbeidet både på individnivå og høyere nivå i kommunen
- Sammen med andre data og kartleggingsverktøy

Arbeidsgruppa skal vurdere og beskrive hvordan kommunene kan bruke IPLOS-opplysningene i kvalitetsarbeid, til tjenesteutvikling, økonomistyring og finansiering

AVGRENSNING FOR DELPROSJEKTET

Utredningsarbeidet er igangsatt som et deloppdrag i forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

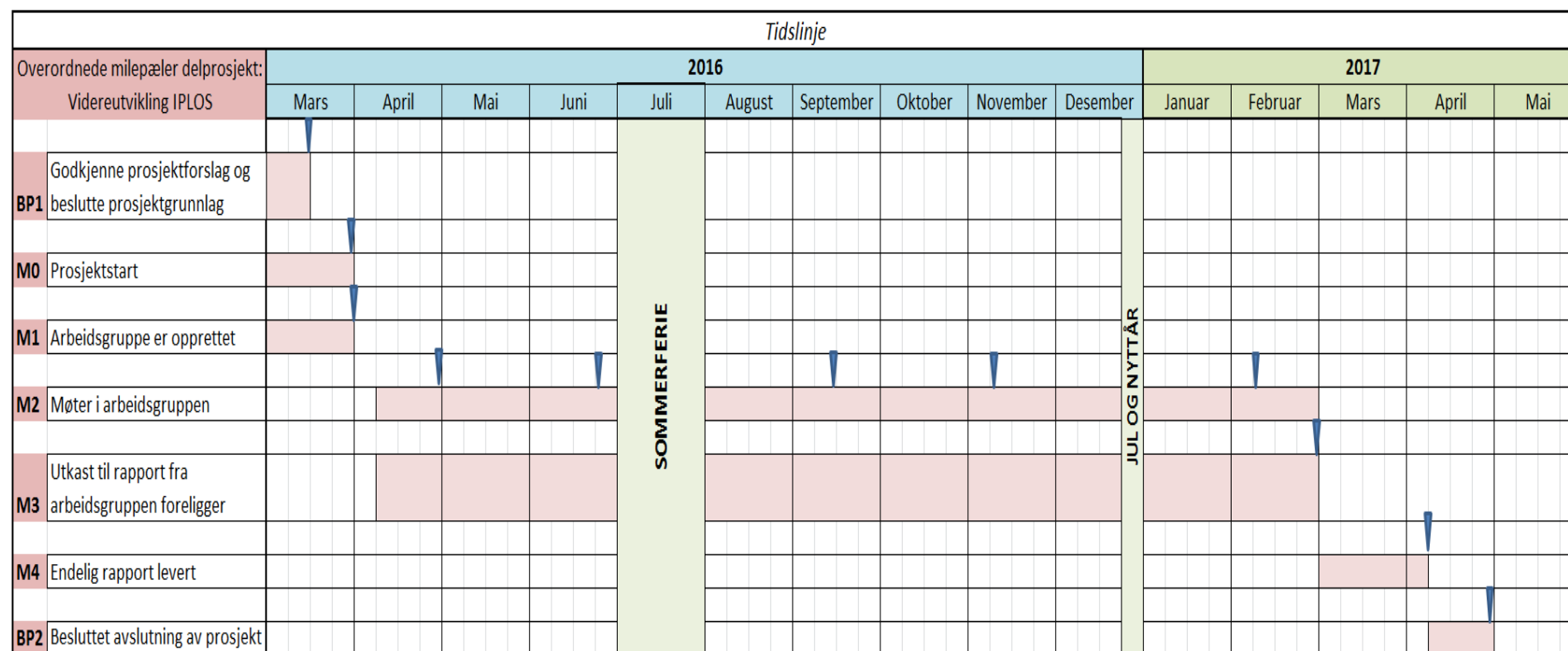
- Arbeidsgruppen utarbeider en rapport med anbefaling om videre arbeid.
- Helsedirektoratet vil vurdere videre oppfølging.
- Det legges ikke opp til store endringer i IPLOS-opplysningene eller i omsorgssystemene (EPJ) i kommunene i forsøksordningen.

PLAN OG GJENNOMFØRING AV UTREDNINGSARBEIDET

1. 4-5 arbeidsgruppemøter
2. Kommunikasjon med fagavdelinger i Helsedirektoratet
3. Sendte ut en kort forespørsel til alle landets kommuner om deres synspunkter

4. Finne gode eksempler fra kommuner som har vurdert områdene som utredes og som bruker dataene på gode måter og evt. nye måter
5. Finne gode eksempler fra andre land

Figur 1: Grov tidsplan for utredningsarbeidet



Figur 2: Delprosjektets milepæler og beslutningspunkter

ID	Beskrivelse av milepæler og beslutningspunkter	Planlagt ferdig innen dato
BP1	Godkjenne prosjektforslag og beslutte prosjektplanlegging	22.03.16
M0	Prosjektstart	01.04.16
M1	Arbeidsgruppe er opprettet	01.04.16
M2	4-5 møter i arbeidsgruppen avholdt	15.02.15
M3	Utkast til rapport fra arbeidsgruppen foreligger	01.03.17
M4	Endelig rapport levert	01.04.17
BP2	Beslutte avslutning av prosjektet	30.04.17

Workshop 1-2: Nytteverdi i kommunene

- I det kliniske arbeidet, både i Norge og andre land.

Workshop 3-4: Tiltakspakker

- Mål: beskrive hvordan andre land og kommuner gjør det.

Figur 3: Arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppe	Navn	Stilling	Virksomhet
Faglig leder	Jorid Kalseth	Senior forsker	Sintef
Øvrige medlemmer	Anita Solvang Øystein Døhl Stine Johansen Haaland Iryna Antonova Terje P. Hagen Einar Stephan Anne Muggerud Solveig Marie Herbern	Fagleiar Rådgiver Prosjektleder Plan- og økonomikonsulent Professor Rådgiver Spesialrådgiver Seniorrådgiver	Flora kommune Trondheim kommune Stavanger kommune Fredrikstad kommune Institutt for UIO Drammen kommune Kongsberg kommune Helsedirektoratet
Delprosjektleder	Yvonne Solberg	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet

BAKGRUNN FOR UTREDNINGSARBEIDET

Prosjektet er et delprosjekt under forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester. I forsøket ble det gjort en vurdering av om IPLOS-opplysningene i registeret kunne brukes sammen med andre opplysninger i finansieringen av tjenestene. Det gikk man bort i fra av ulike årsaker og det er nå kun tjenestevariablene som rapporteres til IPLOS-registeret som brukes som utgangspunkt i egne kvartalsvise rapporteringer til Helsedirektoratet fra forsøkskommunene. Vurderingene av IPLOS-opplysningene i forsøksordningen var utgangspunktet for opprettelse av dette delprosjektet.

Om forsøket statlig finansiering av omsorgstjenester

Helsedirektoratet gjennomfører et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene (SIO-prosjektet). Seks kommuner deltar.

I forsøket prøves det ut om statlige tildelingskriterier og statlig satte budsjetttrammer gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Forsøket skal gjennomføres i et utvalg norske kommuner i tre år fra og med 1.5.2016.

Forsøket finansieres ved at det for hver forsøkskommune gjøres et uttrekk fra kommunerammen tilsvarende utgiftene til omsorgstjenestene året før forsøksperioden.

Kommunene som deltar får støtte til å etablere gode rutiner for å kartlegge hvilke tjenester hver enkelt bruker har behov for. Gode rutiner kan bidra til mer lik behandling av brukerne, og til at den enkelte bruker får den hjelpen han eller hun trenger. Forsøket er en ordning med statlige kriterier for tjenestetildeling og finansiering av omsorgstjenester. Forsøket omfatter alle omsorgstjenester og brukergrupper.

Forsøket evalueres av Agenda Kaupang. Agenda Kaupang har skrevet et notat basert på sine erfaringer med kommunenes bruk av styringsdata i planlegging og budsjettprosesser (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang).

<https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester>

1 UTFORDRINGER VED BRUK AV IPLOS-OPPLYSNINGENE FOR HELSEPERSONELL I DOKUMENTASJONEN OG SOM STYRINGDATA I KOMMUNEN

1.1 Bruk av IPLOS-opplysningene i forsøksordningen og i kommunene

IPLOS i daglig dokumentasjon og som kartleggingsverktøy ved tildeling av tjenester

Standardisering av tildeling av tjenester og statlige satte budsjetttrammer skal i forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenestene prøves om gir økt likebehandling og riktig behovsdekning på tvers av kommunegrenser. Ved utvikling av tjenestekriterier er det lagt vekt på at IPLOS-opplysningene skal inngå i en vurdering av den enkelte søkers behov for tjenester sammen med andre relevante opplysninger. IPLOS-opplysningene skal sees i sammenheng med andre forhold og det som har betydning for den enkelte søker og pårørende. Dvs. at tjenestetildelingen skal baseres på kartlegging av IPLOS-opplysningene, brukerens ønsker og behov samt en skjønnsmessig faglig vurdering av hva som vil være et godt tilbud til den enkelte. Funksjonsvariablene er en del av kartleggingen og dokumentasjonen i EPJ, men kun et minimum datasett rapporteres til registeret. I de fleste tilfeller vil det være nødvendig å innhente ytterligere informasjon for å få en oversikt over behov. Det gjelder både kartlegging og i den daglige dokumentasjonen. I IPLOS-registeret er det 16 funksjonsvariable og 2 sansevariabler (syn og hørsel) som gir informasjon om hvordan personen klarer seg i dagliglivet og som belyser personens ressurser og bistandsbehov. Funksjonsvariablene er utviklet på bakgrunn av et kodeverk i Verdens Helse organisasjons (WHO) Family of Classifications; Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). IPLOS-opplysningene er standardiserte, slik at de kan benyttes til statistiske formål, de dokumenteres i Elektronisk pasientjournal (EPJ) og de er underlagt de samme taushetsbestemmelsene som følger av helsepersonelloven.

IPLOS-opplysningene til statistiske formål

IPLOS- funksjonsvariabler er standardiserte slik at opplysningene skal kunne benyttes til statistiske formål. Til dette formålet er det utarbeidet samlemål. Et samlemål er et sammensatt statistisk mål som består av

flere variabler. Hovedhensikten med et samlemål er forenkling av analyse. I stedet for å analysere en serie med variabler kan man forholde seg til et enkelt mål. Det er ved flere anledninger stilt spørsmål om delmålene i samlemålet, samlemålet og den enkelte funksjonsvariabel i større grad kan benyttes på et mer detaljert nivå/individnivå.

Per i dag er 15 av de 16 funksjonsvariablene i IPLOS brukt til samlemålet i nasjonal statistikk. Helsedirektoratet publiserte første kravspesifikasjon for rapporter første gang i 2010 og de siste endringene ble publisert i 2011 sammen med en veileder i bruk av rapportene. Kravspesifikasjonen beskriver hvilke standardrapporter (IPLOS-sumrapporter) som skal implementeres i EPJ i kommunene. Rapportene skulle gi kommunene tilgang til standardiserte rapporter, for å hente ut «fersk» statistikk fra EPJ. Ved presentasjon av bistandsbehov baseres sumrapportene også på samlemålet. Hva slags rapporter det er kan man lese mer om i vedlegget fra Agenda kaupang og i kapittel 4. (Se Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang).

1.2 Tilbakemeldinger fra kommuner

Arbeidsgruppa sendte ut en epost til alle landets kommuner via IPLOS-registerets kontaktpersoner med spørsmål utarbeidet med utgangspunkt i mandatet til arbeidsgruppa. Vi fikk eposter med tilbakemeldinger fra 23 kommuner. Kommunenes tilbakemeldinger vil ikke være representative for hele landet men av de 23 kommunene er det et variert spenn av store og små kommuner og kommuner fra ulike landsdeler. I tillegg til de epostene som kom som tilbakemeldinger har arbeidsgruppa lang erfaring med bruk av IPLOS både kommunalt og nasjonalt og til forskning. Arbeidsgruppa har oppsummert tilbakemeldingene fra kommunene og vurdert relevante tiltak som er beskrevet i de neste kapitlene. Eposten er lagt ved rapporten (Se vedlegg 1).

Oppsummerte tilbakemeldinger:

Gjennomgående i tilbakemeldingene er behovet kommunene har for noe mer enn IPLOS. De ønsker noe mer i dokumentasjonen, de ønsker noe mer for å vise ressursbehovet for enkeltpersoner, for grupper, for avdelinger og for kommunen totalt. De ønsker noe mer i kartleggingen. Det er behov for mer informasjon til styring, planlegging og kvalitetsarbeid. Det er et gap mellom det som skal rapporteres til IPLOS-registeret på den ene siden og kommunenes behov for kartleggingsverktøy, dokumentasjonskodeverk og styringsdata. Det er en frustrasjon Helsedirektoratet stadig opplever i kontakten med kommunene. IPLOS-opplysningene er ikke ment å skulle dekke alle behovene kommunen har. Men det er en klar forventning om at det skal tas sentrale grep for å dekke behovet kommunen har for strukturert informasjon og styringsdata. Andre igjen forstår ikke behovet for styringsinformasjon eller strukturert dokumentasjon og mener IPLOS-opplysningene er for omfattende. Agenda kaupang beskriver i sitt notat de store forskjellene det er i kommunenes bruk av styringsdata. Agenda Kaupang forklarer det med ulikhet i kompetanse og interesse for bruk av styringsdata (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang). Agenda Kaupang skriver at ledere i Helse- og omsorgssektor har helsefaglig bakgrunn, og har slik de har erfart, en intuitiv tilnærming til fremtidig planlegging og er ikke så opptatte av statistikk, kvantitative beskrivelser og analyser. Agenda Kaupang beskriver at kommunene i liten grad bruker styringsdata fra EPJ. Agenda Kaupang erfarer at kommunene bruker KOSTRA tall, i disse tallene inngår noe av IPLOS-data rapportert fra kommunenes EPJ til Statistisk Sentralbyrå. IPLOS-data har erstattet noe av KOSTRA-

rapporteringen som er skjemasert. Agenda Kaupang foreslår at IPLOS-data i større grad gjøres tilgjengelig sammen med KOSTRA-tall i statistikkbanken (<https://ssb.no/statistikkbanken>). Disse forslagene beskrives nærmere i kapittel 4.

Utfordringer med variablene og registrering av variabler

- IPLOS er vanskelig å oppdatere og skåre
- Flere kommuner nevner at det er vanskelig å sette skår fordi de ikke har beskrivelsene tilgjengelig. Det er et ønske om beskrivelser av hva som ligger i hver variabel. Det finnes i en veileder men den er for lite tilgjengelig for de som skal dokumentere i EPJ. Noen tilbakemeldinger tyder på at de ikke kjenner til at det er en veileder og at den ikke brukes. Dette etterspørres spesielt når det gjelder bistandsvariablene.
- En kommune nevner at det er spesielt vanskelig å sette rett skår for barns funksjon.
- En kommune nevner at opplæring i IPLOS-rapportering bør inn som en del av utdanningen til helsepersonell.
- En kommune beskriver viktigheten av casearbeid og veileder fra Helsedirektoratet i opplæringen av kommunene.
- Noen registreringer har lavere kvalitet enn nødvendig. Hadde EPJ hatt rapporter i Excel i stedet for PDF, sperring for endringer i tjeneste uten registrering i sak (og motsatt), «1» som standardverdi i ADL, sperre for ulogiske registreringer i vedtaks-, tjenestestart-, og søknadsdato ville opplysningene i EPJ hatt bedre kvalitet.
- Variabelsettet er for omfattende å registrere for tjenester som for eksempel trygghetsalarm.
- Flere kommuner gir tilbakemelding om at funksjonsvariablene er for vide, for grove og for lite presise. De dekker ikke de ulike behovene kommunene har for å beskrive ressursbehov, kartlegging og dokumentasjon.

Variablene som rapporteres til registeret oppleves ikke som nyttige og relevante for tjenesten til psykisk helse og rus.

- Noen kommuner opplever at begrepsbruken kan være noe gammeldags og ikke oppleves relevant for for eksempel gruppen psykisk helse og rus.
- Noe av tilbakemeldingene er basert på dårlig kjennskap til variablene og skåringsmetodikk, flere foreslår variabler som allerede er en IPLOS-opplysning som å ivareta egen økonomi og styre atferd. Det er et ønske om at alle IPLOS-variablene skal speile psykisk sykdom. Spesielt nevnes mobilitetsvariablene som kun skal vise fysisk mobilitet. Arbeidsgruppa har diskutert om bakgrunnen for dette synet kan være manglende erfaring med bruk av funksjonskartlegging og kodeverk.
- Noen kommuner skriver at variablene er for omfattende å fylle ut og at flere ikke oppleves som nyttige og relevante.
- Trygghet, manglende initiativ, endret livssituasjon nevnes som ønsker for nye områder fra flere kommuner.

IPLOS-opplysningene er for lite integrerte i tiltaksplaner og dokumentasjon i EPJ

- IPLOS-kartlegging brukes aktivt i saksbehandling og utmåling av tjenester. Utfordringen er, beskriver en kommune, å integrere IPLOS-tankegang i den daglige virksomheten, dette henger

dels sammen med at IPLOS som kartleggingsverktøy har forholdsvis lav status blant andre faggrupper som gjerne velger å arbeide med andre verktøy. I tillegg er EPJ lagt opp på en måte som gjør at IPLOS-kartleggingen er mer å betrakte som et vedlegg i stedet for at det kunne ha vært en naturlig integrert del av den daglige dokumentasjonen og tjenesteytelsen. Opplysningene er ikke godt integrert i EPJ og kan føre til dobbeltdokumentasjon eller at det kun dokumenteres i prosa. Det opplever kommunene som tungvint.

- I en kommune brukes IPLOS variablene aktivt i daglig virksomhet, de brukes som kodeverk i EPJ, og som bakgrunn for pleieplaner. Kommunen mener at en videreutvikling av IPLOS-opplysningene, vil kunne lette dokumentasjonsarbeidet.
- En kommune gir tilbakemelding om at ved IPLOS vurdering bør det kunne legges opp til flere undervalg i EPJ, for å få frem flere detaljer av hva bistandsbehovet består av. Dette vil kunne sendes ved elektroniske meldinger, og komme som informasjon til samhandlingspartnere som eksempel sykehuset. Kommunen mener det bør være et felles kodeverk i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune.
- Flere kommuner påpeker behovet for å ha tilgang til rapporter fra EPJ; «ferskvare».

IPLOS-opplysningene og rapporter bør kunne brukes til å evaluere effekt av tiltak

- Flere kommuner beskriver potensialet for i større grad å kunne ha benyttet IPLOS i evaluering av enkelttiltak overfor brukere, tjenester og ressursbruk, samt som indikator i kvalitetsarbeid. IPLOS-opplysningene kan brukes for tallmessig å ta ut effekt av tiltak melder noen kommuner. En kommune skriver at kommunene trenger hjelp til å gjøre dette. Et videreutviklet IPLOS kartleggingsverktøy kan i mye større grad brukes internt i fagsystem for å utvikle tiltaksplaner / pleieplaner i EPJ. Per dags dato er der mye dobbeltføringer.
- Det påpekes at det er ønskelig fra kommunenes ståsted at det er en sammenheng mellom verktøy som kommer fra sentralt hold (viser til IPLOS, kartleggingsverktøy i Samveis, Sintef). Kommunene ser at ved å videreutvikle IPLOS vil en kunne bruke ett felles kartleggingsverktøy. Eks kartlegging i forhold til Velferdsteknologi.

Bedre tilrettelegging for bruk av IPLOS-opplysningene som styringsdata for kommunen

- Det er en oppfatning hos flere at IPLOS-funksjonskartlegging ikke har en god nok sammenheng med antall timer brukerne har behov for av tjenester. En kommune gir tilbakemelding om at det er store variasjoner i bistandsbehovet i form av timer i vedtak for brukere som har lignende skår på funksjonskartleggingen. En annen kommune gir tilbakemelding om at oppegående dementes behov ikke blir godt nok synliggjort igjennom funksjonsvurderingen. Samtidig sier flere at det er et uutnyttet potensiale for å bruke variablene til budsjettering, finansiering og ressursbehov for den enkelte.
- En kommune gir tilbakemelding om at det er nyttig å se på de ulike delmålene i IPLOS-funksjonsvariabler. De ønsker en mulighet for å se sammenheng mellom delmål og ressursbehov og å kunne se «profiler» i rapporter. De viser et skjema de har lånt av Drammen kommune, deler av dette i Figur 4: Eksempel på skjema for kartlegging.

Figur 4: Eksempel på skjema for kartlegging.

Oppsummering	1	2	3	4	5
Husholdningsfunksjoner:					
Alminnelig husarbeid					
Skaffe seg varer og tjenester					
Lage mat					
Egenomsorg:					
Personlig hygiene					
På og avkleddning					
Toalett					
Spise					
Bevege seg innendørs					
Bevege seg utendørs					
Ivareta egen helse:					
Kognitiv svikt:					
Hukommelse					
Kommunikasjon					
Beslutninger i dagliglivet					
Ivareta egen økonomi					
Sosial fungering:					
Sosial deltagelse					
Styre atferd					
Syn					
Hørsel					

Behov for personbistand:

3	Middels behov for bistand/assistanse/helsehjelp. <i>Utfører/klarer deler av aktiviteten selv, men trenger personbistand til andre deler av aktiviteten. Bistandsyter kan eventuelt gå til og fra.</i>
4	Store behov for bistand/assistanse/helsehjelp <i>Utfører/klarer deler selv, men med bistandsyter tilstede hele tiden. Bistandsyter er til stede for assistanse/tilrettelegging/veiledning.</i>
5	Fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp <i>Behov for personbistand til alle aktivitetene i funksjonsområdet.</i>

En IPLOS skår på 3- 5 på et eller flere av områdene gir ikke automatisk plikt til å tildele tjenester, men må sees som parameter i en totalvurdering.

Oppsummeringen indikerer hvordan IPLOS-skår samles i grupper hos Statistisk sentralbyrå.
Skår/grupper vektes ulikt.
Syn og hørsel teller ikke i samlemål, men vil indirekte virke på de andre skårene.
NB. skår skal ikke summeres med lik vekt, som tidligere i GERICA.

Gjennomsnittsverdi IPLOS ADL beregnet i GERICA:
Mindre eller lik 2: Noe/avgrenset bistandsbehov
Mellom 2 – 3: Middels til stort bistandsbehov
Over 3: Omfattende bistandsbehov

- En kommune ønsker en bruk av IPLOS-opplysningene for å sette felles standarder og mål, slik at saksbehandlere og kommunens ansatte ikke konstant kommer i skvis og må forsvare drift og beslutninger som (mulig) ikke er forsvarlig. Kommunen ønsker muligheter for å ta ut samlemål (evt. sette sammen enkeltvariabler) for å vurdere om omsorgsnivå og tjenestetildeling er riktig. Bruk av IPLOS sumrapporter gjør det enklere å sette sammen arbeidslister/arbeidsplaner med jevn belastning og kompetansesammensetning. Det er også viktig for oppfølging av driften for å avdekke variasjoner som kan/må føre til endringer. Bruk av objektive data er nødvendig for å avdekke om «opplevet» økt belastning på avdelinger /personell osv. er reell. En kommune ønsker en enklere form for rapporter enn det sumrapportene er. Flere kommuner påpeker at data fra IPLOS-registeret må presenteres gjennom året og ikke kun status pr. 31.12. Flere kommuner foreslår endringer i gruppering av delmål og beregning av samlemålet.

1.3 Utfordringer ved bruk av funksjonsvariablene for helsepersonell i den daglige dokumentasjonen

Noe av årsaken til at IPLOS-opplysningene ikke oppleves relevante og nyttige for kommunene er at de ikke er en integrert del av den daglige dokumentasjonen i EPJ. Dokumentasjonen foregår stort sett i prosa og IPLOS-opplysningene blir dermed noe som må dokumentere i tillegg. Nedenfor gis eksempler fra EPJ:

Figur 5: Eksempel fra journal - Vurderinger

Egen "fane" i journal

Ingen sammenheng med tiltaksplan

Tilleggsopplysning er godt element

Notatfelt er et stort tekstfelt, ikke variabel for variabel

Sjkepleie- / Miljøterapijournal

1 Oversikt 2 Vurderinger 3 Tiltaks-pleieplan 4 Registreringer 5 Prøver/undersøk 6 Legemidler 7 Gitt legemiddel

IKKE GODKJENT registrering. FRIST UTGÅTT: 18.06.16 14:05

Registrert: 17.06.2016 14:05 ASO Solvang, Anita

Adm. enhet: [] Dato/M: 17.06.2016 Funkt. Evne: 1.63

Vurdert av: ASO Solvang, Anita

I gruppen: Ingen gruppe definert Tjeneste: []

Reg dato	Kl	Vurdert	Av	J1	Funkt.vurdering	Funksj. Godtg
17.06.16	14:05	17.06.16	ASO	SJ	Iplos bistandsvariabler	1.63 NEI
06.01.16	12:43	06.01.16	ASO	SJ	Iplos bistandsvariabler	1.63
06.11.14	12:07	06.11.14	ASO	SJ	Iplos bistandsvariabler	1.63
04.11.14	11:20	04.11.14	ASO	SB	Iplos bistandsvariabler	1.5
11.12.13	10:55	11.12.13	MDA	SB	Iplos bistandsvariabler	1.38
14.06.13	13:53	14.06.13	ASO	SB	Iplos bistandsvariabler	1.44
18.12.12	10:20	18.12.12	ASO	SJ	Iplos bistandsvariabler	1.31
18.12.12	10:19	18.12.12	ASO	SJ	Iplos bistandsvariabler	1.31
17.07.12	14:39	17.07.12	ASO	U	Iplos bistandsvariabler	1.31
21.02.12	15:29	21.02.12	SOOV	SB	Iplos bistandsvariabler	1

K	Tilstandstype	1	2	3	4	5	6
6	Almennlig husarbeid	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Skaffe seg varer og tjenester	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Personglig hygiene	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	På og avkledding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Toilett	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Lage mat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Spise	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Bevege seg innendørs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Bevege seg utendørs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ivareta egen helse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Hukommelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Kommunikasjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Beslutninger i dagliglivet	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Ivareta egen økonomi	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	Sosial deltakelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Styre atferd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Syn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Hørsel	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Figur 6: Eksempel fra journal - tiltaks- og pleieplan

Her er IPLOS

Her skjer den daglige rapporteringen.

...og her, som fortløpende rapport

Når tiltaksplan skal utarbeides...hva var IPLOS skåren og hva sto i teksten? Man må klikke fram og tilbake

Ikke alle kommunene bruker IPLOS områdene i tiltaksplan som her...da blir det ingen sammenheng. Leverandør gir ikke alltid gode råd om dette. Er personavhengig.

Når tiltaket er formulert i planen er det ingen sammenheng med arbeidsplan – den er her

Sjkepleie- / Miljøterapijournal

1 Oversikt 2 Vurderinger 3 Tiltaks-pleieplan 4 Registreringer 5 Prøver/undersøk 6 Legemidler 7 Gitt legemiddel

Status: Godkj. PPS-2

Dato/tid: 27.09.2016 10:40 Vald: D Tjeneste: []

Adm. enhet: [] Flora kommune

Ansvarlig: []

Funksjon: []

Ang: []

Rolle type: []

Referent: []

Overordnet: []

Notat: []

12 Sosial deltakelse

13 Skaffe seg varer og tjenester

14 Beslutninger i dagliglivet

15 Ivareta egen helse

16 Bevege seg innendørs

17 Varlig husarbeid

18 Personglig hygiene

19 På og avkledding

20 Lage mat

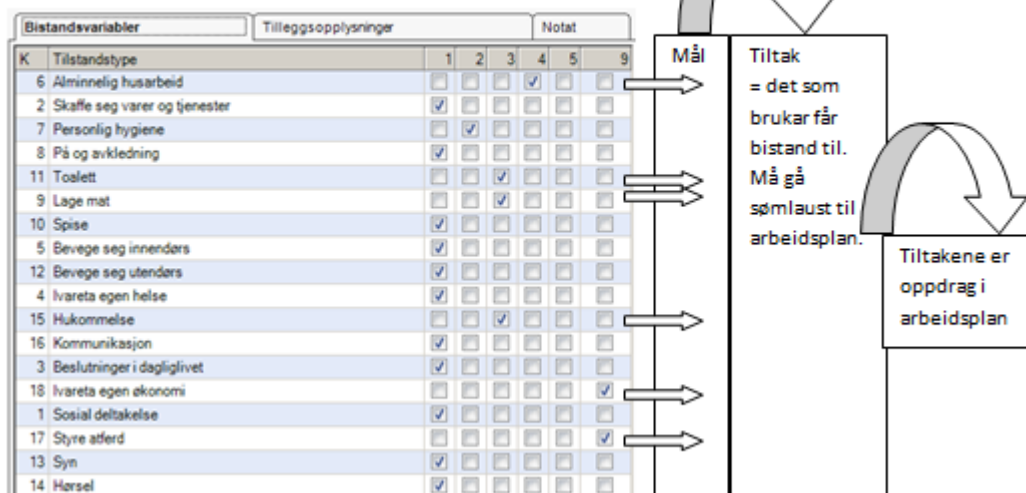
21 Spise

22 Toilett

Figur 7: Eksempel fra journal - IPLOS funksjonsvariabler

Alle tiltakene må formuleres på nytt i arbeidsplanen.

- Dette bør forenkles



Samme beskrivelse av funksjon gjøres i 1) IPLOS notat felt, 2) Tiltaksplan og 3) arbeidsplan. Endres IPLOS – opplysningene bør det være en automatikk i EPJ at også tiltaksplan og evt. arbeidsplan må endres dersom det berøres osv. I dag er problemet at det ikke er sammenheng mellom vurdering av funksjon, tiltak som utformes for å bedre eller opprettholde funksjon og planen tjenesten skal jobbe etter. Dette er eksempel på hvordan IPLOS kunne vært bedre integrert og hvorfor det oppleves som tungvint og lite relevant og nyttig. Den samme opplysningen må gjerne skrives på forskjellige måter flere steder i EPJ. Et eksempel på en enklere og mer integrert måte å dokumentere IPLOS-opplysningene på i EPJ er satt inn som en figur i kapittel 3.

I oppsummeringen av kommunenes tilbakemeldinger i 1.2 vises det til at det forventes at det skal tas sentrale grep for å sørge for at kommunene får bedre styringsdata og mer strukturert dokumentasjon. Agenda Kaupang beskriver i sitt notat at mange kommuner mangler kultur og kompetanse for bruk av kvantitative beskrivelser og analyser (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang). Det kan tyde på at dokumentasjon og resultater i liten grad etterspørres av ledere i mange kommuner samtidig som det kan forklare at mange kommuner heller ikke ser nytten av strukturert dokumentasjon.

1.4 Utfordringer i samhandling med sykehus og bruk av strukturert dokumentasjon

Funksjonsvariablene som rapporteres til IPLOS-registeret er kommunene sitt verktøy for en overordnet kartlegging av bistandsbehov. I samhandling mellom kommunene og sykehus er det viktig å ha lik forståelse for hvordan ressurser og behov for hjelp blir kartlagt. Samhandlingen foregår i stort omfang via elektronisk meldingsutveksling. Det er stor forskjell på hvordan de elektroniske meldingene er integrert i EPJ.

KOMMUNE

- Meldingene er godt integrert i de fleste EPJ-systemene, en kan velge hvilke opplysninger en vil ha med fra det som er dokumentert i EPJ

HELSEFORETAK

- Meldingene er ikke integrert i EPJ på en slik måte at en automatisk kan hente informasjon fra journal og inn i meldingene. Det må klippes og limes, mye gjøres manuelt

Flere kommuner ønsker et felles kodeverk for kartlegging av funksjon. Det vil styrke kvaliteten på IPLOS-opplysningene dersom det blir benyttet i samhandling mellom kommune og sykehus. Utviklinga går trolig mot «en innbygger en journal» og innholdet i EPJ vil bli mer standardisert.

1.5 Utfordringer ved bruk av IPLOS-opplysningene som styringsdata i kommunen

1.5.1 Utfordringer ved IPLOS-sumrapporter

Det har vist seg å ta lang tid å få implementert sumrapportene i EPJ, fordi IT-leverandørene ikke har hatt dette som en prioritert oppgave. Helsedirektoratet har ved gjentatte anledninger poengtert viktigheten av rapportene. Først i 2015/2016 har det vært en positiv utvikling og en bevegelse i forhold til implementering. Det er 3 EPJ-leverandører i kommunene.

- En av leverandørene har levert sumrapporter som fungerer slik de skal i 2017
- En av leverandørene har levert, men ikke rettet opp store feil og gir ikke mulighet for å hente rapportene ut i annet enn PDF-format
- En av leverandørene har levert noen rapporter og skal levere de resterende, rapportene har fungert tidligere har sluttet å fungere i 2016

Helsedirektoratet har kjennskap til at noen kommuner bestiller egne tall fra Statistisk sentralbyrå og betaler for å få dem utlevert fra registeret fordi de ikke kan få hentet dem ut selv fra sin EPJ. Agenda kaupang beskriver også i sitt notat utfordringene ved kommunenes bruk av sumrapporter og at de på grunn av flere forhold ikke har blitt tatt i bruk. Rapportene inneholder store feil og mangler og ikke alle kommunene har kultur eller kompetanse til å bruke egne styringsdata (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang). Manglende kompetanse og kultur kan innebære at data fra EPJ i utgangspunktet ikke etterspørres og dermed ikke brukes i mange kommuner.

Utfordringen, slik arbeidsgruppa ser det, med at Helsedirektoratet utarbeider en kravspesifikasjon for rapporter i EPJ, er at IT-leverandørene har lite insentiver til å implementere en rapportgenerator for kommunene. Rapportene har i utgangspunktet mange valgmuligheter. Noen kommuner vil kunne ha nytte av alle valgmulighetene men et stort antall kommuner har ikke kompetanse til å ta ut noe annet enn helt enkle rapporter i følge Agenda kaupang (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang). Brukergrensesnittet for det som er levert av rapporter, er litt ulikt lagt opp av leverandørene. Det er avgjørende for å kunne sammenstille data fra ulike kilder at rapportene kan tas ut på en enkel måte i Excel.

2 BRUK OG BEHOV FOR KARTLEGGINGSVERKTØY OG KODEVERK – EKSEMPLER FRA STAVANGER, SVERIGE OG DANMARK

Dette kapitelet viser eksempler på ulike kartleggingsverktøy Stavanger har brukt, viser hvordan Danmark bruker ICF og andre kodeverk i EPJ og hvordan Sverige bruker ICF i dokumentasjonen i tjenesten. Kapitelet avslutter med arbeidsgruppas anbefalinger for videre arbeid med kodeverk i Norge.

2.1 Bruk av kartleggingsverktøy i Stavanger kommune

I forbindelse med utviklingsarbeid i Stavanger kommune har kommunen hatt et behov for å ta i bruk nye verktøy som et supplement til de kartleggingene de allerede benytter. Stavanger kommune synliggjør et behov for mer standardisert og strukturert kartleggings og dokumentasjonsverktøy som kan måle effekt av tiltak på samme måte som Sverige bruker IBIC basert på ICF (se avsnitt 2.3). Dokumentasjons- og kartleggingsverktøyene bør legges til rette på en sånn måte i EPJ at bruk av det ene ikke utelukker det andre og fører til dobbeltarbeid.

Kommunen har tatt i bruk verktøy for brukere som har hatt behov for tjenester eller oppfølging hvor en har forventet at tjenestene skal bidra til en bedret funksjon eller økt mestring. Dette vil være tett opp til tradisjonell rehabiliteringstankegang hvor en har målrettet og tidsavgrenset oppfølging.

Stavanger kommune ser med de utfordringene de står overfor, med stadig økende antall eldre (og brukere for øvrig) med behov for helse- og omsorgstjenester at de må jobbe smartere for å utnytte ressursene bedre. De ser at det er behov for å kunne gi tjenester til flere av god kvalitet uten å øke kostandene. Stavanger ser derfor at de må tidligere (forebyggende) inn, endre måten å jobbe på slik at de som har muligheten til det, settes i stand til å klare seg selv med minst mulig hjelp.

I prosessen med å endre måten å jobbe på, må Stavanger kommune vite at de tjenestene eller tiltakene de setter i verk har den ønskede effekten. Stavanger kommune har derfor hatt behov for et kartleggingsverktøy som er sensitivt nok til å fange opp endringer i funksjon som er av klinisk betydning. De har valgt Short Physical Performance Battery (SPPB), da denne er praktisk å ta i bruk. Kartleggingen tar kort tid, krever lite utstyr og kan brukes på en stor andel av brukerne uavhengig av diagnose. Kartleggingen kan benyttes både til screening, evaluering og til å predike fysisk funksjon. I tillegg er det viktig at brukeres egen opplevelse av bedring og effekt tas med som et resultatmål. Stavanger kommune har derfor valgt å benytte Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) for kartlegging og evaluering av mål hos brukere som mottar hverdagsrehabilitering. Og Pasient Spesifikk Funksjons Skala (PSFS) er tatt i bruk for brukere for øvrig som får fysioterapi, rehabilitering i hjemmet eller på institusjon. Disse verktøyene er også med på å bidra til en ønsket dreining fra «Hva er i veien med deg» til «Hva er viktig for deg». Det er brukeren sine egne mål som skal stå sentralt i de tiltakene en iverksetter for den enkelte.

I tillegg til resultater på testene ser Stavanger kommune på endret behov for tjenester før og etter intervensjon, inkludert 6 og 12 måneder etter avslutning.

2.2 Bruk av ICF og annet kodeverk i Danmark -Fælles Sprog "Social- og sundhedsfaglig dokumentation med borgeren i centrum"

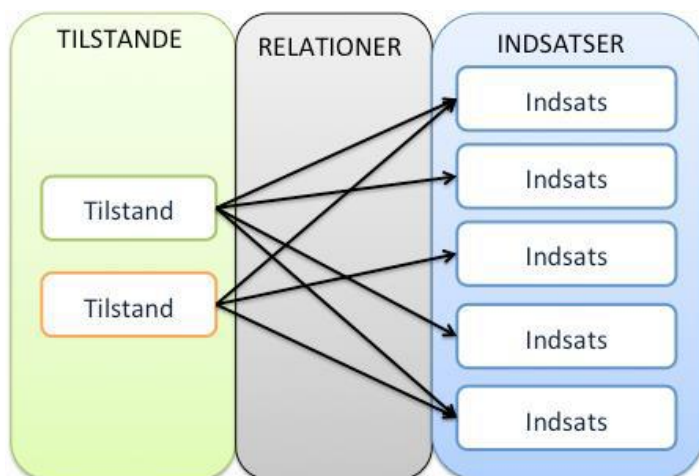
Fælles sprog er en felleskommunal metode for dokumentasjon og utveksling av data på helse- og omsorgsområdet i danske kommuner. Første versjon av Fælles sprog ble lansert i 1998. Det er Kommunernes Landsforening (KL) som har utarbeidet Fælles sprog. KL er en privat interesse- og medlemsorganisasjon for alle 98 kommuner i Danmark. Deres formål er å ivareta danske kommuners felles interesser og bidra til at kommunene politisk og administrativt løser sine oppgaver (Kommunernes Landsforening, 2017).

Formålet med Fælles sprog er å bidra til sammenheng, kvalitet og effektivisering i den kommunale innsatsen rettet mot innbyggerne, se figur 8 (Kommunernes Landsforening, 2017).

Målsetningen i Danmark er at Fælles Sprog III (FS III) er fullt integrert i alle kommunale EPJ-systemer innen utgangen av 2017 (Kommunernes Landsforening, 2017).

FSIII inneholder et sett av tilstander og et sett av innsatser (tiltak), og det inngår et sett relasjoner mellom tilstandene og innsatsene. Relasjonene spesifiseres og kobles slik at kun relevante tilstander og innsatser kobles (Kommunernes Landsforening, 2017).

Figur 8: Sammenhengen mellom tilstander, relasjoner og innsatser i Fælles Sprog III



Denne sammenhengen mellom tilstander og innsatser muliggjør et brukergrensesnitt som støtter effektiv dokumentasjon ved å presentere aktuelle innsatser/tilstander gitt en valgt tilstand/innsats. Et eksempel på en tilstand kan være kroniske smerter eller blandingssår. Med innsatser menes tiltak som for eksempel medisinadministrasjon, sårbehandling, veiledning og smertelindring. Bruk av SNOMED CT muliggjør at ved forekomst av en tilstand får man automatisk opp en eller flere innsatser. SNOMED CT er et helseterminologiverktøy til klinisk bruk. Verktøyet eies og distribueres av SNOMED International. SNOMED CT er et verktøy som kan «mappes» til andre internasjonale terminologier, klassifikasjoner og kodeverktøy. Mapping betyr en prosess for å definere sammenhenger mellom terminologier som har lignende betydning (<http://www.snomed.org/>). På denne måten kan en sette opp «maps» mellom for eksempel tilstander og tiltak i en EPJ slik det er vist i figur 8.

I et brukerperspektiv muliggjør FSIII, at personalet i den kommunale hjemmetjenesten, får rask tilgang til et samlet overblikk over innbyggerens aktuelle situasjon. Dette muliggjør koordinering av de forskjellige medarbeideres innsatser, slik at f.eks. gangtrening og rengjøring ikke planlegges samme dag.

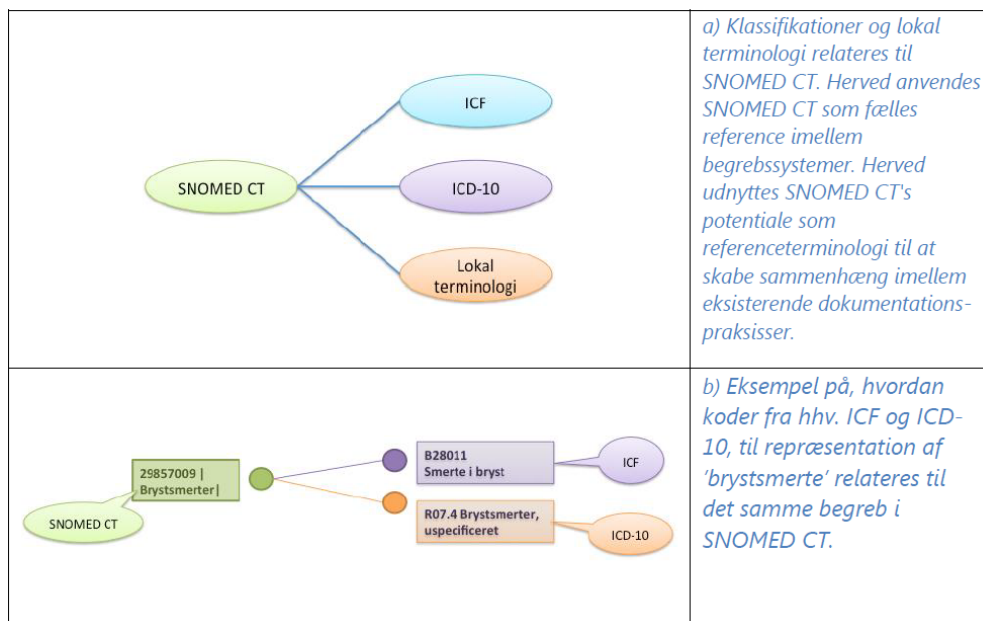
FSIII gjør det også mulig å få et samlet overblikk over forskjellige medarbeideres dokumentasjon i EPJ. FSIII gir foreløpig kun mulighet for dokumentasjon for den tradisjonelle eldreomsorgen, men målet er at Fælles sprog på sikt skal dekke all dokumentasjon for tjenester i kommunal regi.

I Fælles sprog i Danmark brukes eksempelvis ICF innenfor både ergoterapi og hjemmehjelpstjenesten, mens hjemmesykepleien hittil har vært basert på lokale og nasjonale retningslinjer for sykepleiedokumentasjon.

I Fælles sprog brukes SNOMED CT for å presentere den dokumenterte informasjonen og som referanseterminologi. Det betyr, at selv om dokumentasjonen foregår ved registrering av SNOMED CT-begreper, så spesifiseres det en kobling til klassifikasjoner, som i dag brukes til ledelsesformål, statistikk og kvalitetssikring.

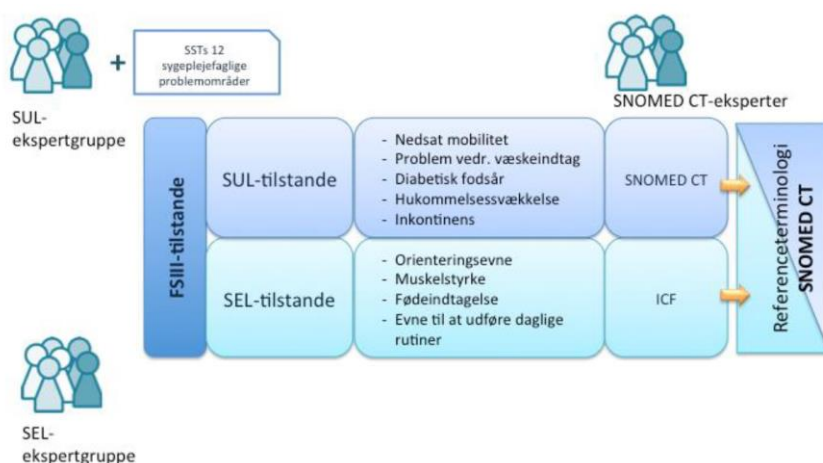
Ved å koble begreper med samme betydning fra forskjellige begrepssystemer til det samme begrepet i SNOMED CT er det mulig å skape en sammenheng mellom flere eksisterende dokumentasjonsstandarder/praksiser jf. Figur 9: Sammenhengen mellom SNOMED CT og de andre klassifikasjonene som benyttes i Fælles Sprog.

Figur 9: Sammenhengen mellom SNOMED CT og de andre klassifikasjonene som benyttes i Fælles Sprog.



Ved å bruke SNOMED CT som referanseterminologi får man derfor mulighet til å utnytte de forskjellige begrepssystemene til alle formålene de brukes til i dag. FSIII har fokus på å gjenbruke data og minimerer derfor dobbeltregistrering. Data som dokumenteres i daglig praksis til ett formål kan gjenbrukes i et uttrekk til administrative formål.

Figur 10: Utvelgelse av tilstander og innsatser som representeres ved hjelp av SNOMED CT.



SUL-tilstandene (Sundhedslovsområdet) er representert ved begreper fra SNOMED CT og er beskrivelse av helsemessige forhold. SEL-tilstandene (Servicelovsområdet) er representert ved begreper fra ICF, som brukes til å dokumentere funksjonsnivå på samme måte som i Norge. I Danmark inkluderer variabelsettet 30 funksjonsevnetilstander. ICF-tilstandene er knyttet til SNOMED CT, slik som alle FSIII-tilstandene er koblet til begreper i SNOMED CT.

Settet av SUL-tilstander inneholder 44 begreper, og innholdet representerer de tilstander og det detaljeringsnivået som skal dokumenteres på nasjonalt nivå. Alle tilstandene er representert via begreper fra SNOMED CT. Utgangspunktet for tilstandene er 12 sykepleiefaglige problemområder som er tilpasset dansk praksis.

SNOMED CT som referanseterminologi muliggjør meningsfull og effektiv sammenligning og uttrekk av både SEL- og SUL-tilstandene (Se Figur 10: Utvelgelse av tilstander og innsatser som representeres ved hjelp av SNOMED CT).

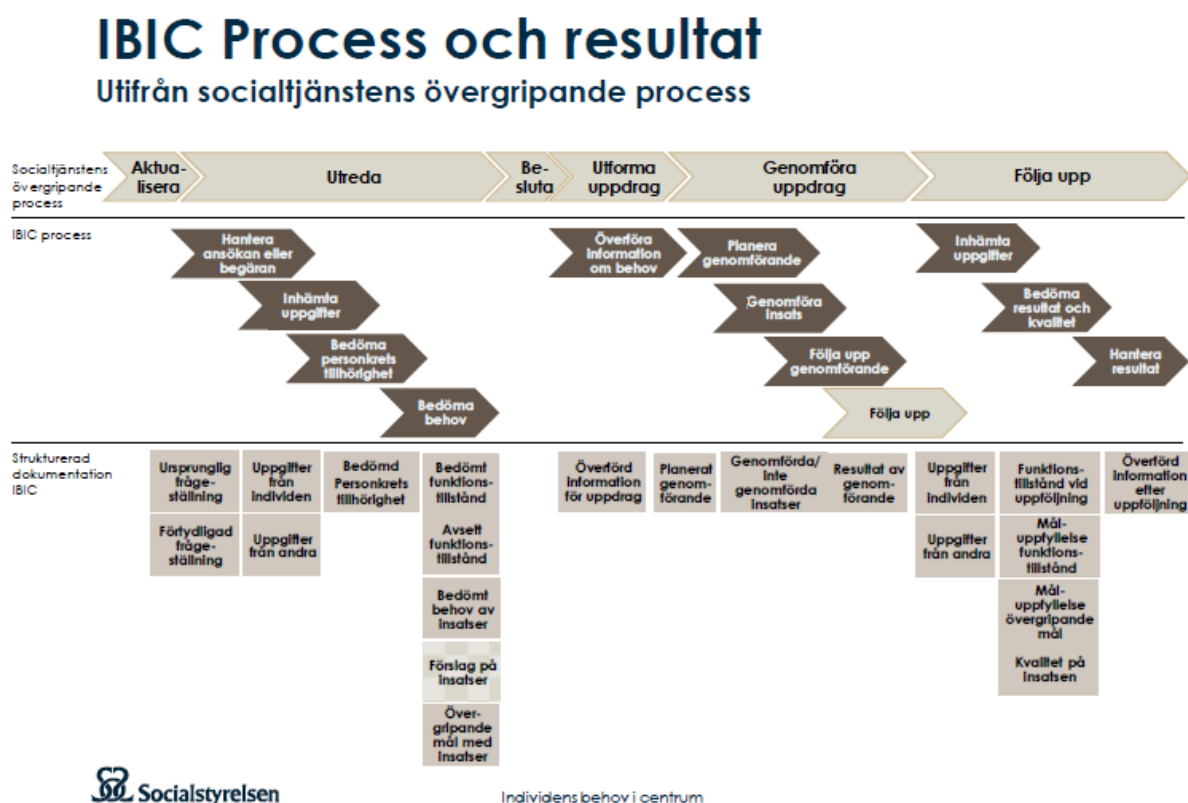
Det ble utarbeidet en felles innsatskatalog i 2012 av 45 danske kommuner til bruk i en bedre dokumentasjon av sykepleieinnsatser som et produkt fra Kommunernes Landsforenings Partnerskapsprosjekt om dokumentasjon av hjemmesykepleie. Innsatskatalogen er med på å sikre at kommunene får felles overordnede rammer for dokumentasjon av sykepleieinnsatser, slik at det kan trekkes systematisk data på både nasjonalt og lokalt nivå.

2.3 Bruk av ICF i den daglige dokumentasjonen i Sverige

Funksjonsvurderingen i IPLOS-registeret dokumenteres i EPJ i kommunene. Svakheten i dag er at mesteparten av den andre dokumentasjonen foregår i prosa. Dermed er funksjonsvurderingen i liten grad integrert i den daglige dokumentasjonen i tjenestene. I Sverige har de begynt i den andre enden når de i 2016 introduserte IBIC – individets behov i sentrum. Sverige begynner med ICF i dokumentasjonen. I Sverige skal IBIC ikke brukes til nasjonal statistikk og det er frivillig for kommunene å bruke IBIC.

IBIC er et behovsrettet og systematisk arbeidssett med en strukturert dokumentasjon av individets behov, ressurser, mål og resultat som bygger på ICF.

Figur 11: Prosess og resultat av IBIC, utarbeidet av Socialstyrelsen i Sverige.



I likhet med IPLOS-opplysningene starter prosessen med utredning i saksbehandlingen. Formålet er å gi en tydelighet, likeverdighet, delaktighet for individet, synliggjøre behov og følge utviklingen. Prosessen og den strukturerte dokumentasjonen skal gi et felles språk, sørge for medvirkning for individet, utvikle dokumentasjonen og sørge for kvalitetsutvikling.

Det startet som Äldres behov i centrum (ÄBIC) og breddes fra 2016 ut til alle voksne tjenestemottakere. IBIC er en prosessmodell, det er et utvalg av funksjonsvariabler som baseres på ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjonshemming og helse) og som brukes til å sette mål for tjenestene. Målet settes sammen med individet basert på skår av relevante funksjonsvariabler i IBIC. Det settes et tidspunkt for evaluering. En ny funksjonsvurdering gjennomføres, dokumenteres og evalueres mot målet. Kommunene kan bruke det for å vurdere grad av måloppnåelse og kvalitet på tjenestene. Styrken ved denne prosessen og den strukturerte dokumentasjonen er kvalitetsutvikling og en evidensbasert tjeneste. Figur 12: Livsområdene som benyttes i IBIC, basert på ICF. gir en oversikt over de livsområdene som skal brukes og som er basert på ICF. Livsområdene er igjen delt opp i flere variabler som skal brukes i dokumentasjonen.

Figur 12: Livsområdene som benyttes i IBIC, basert på ICF.

Livsområden

- Lärning og tillämpning av kunnskap
- Allmännna oppgifter og krav
- Kommunikasjon
- Förflyttning
- Personlig vård
- Hemliv
- Mellanmänskliga interaksjoner og relasjoner
- Arbeide, sysselsättning, utbildning og økonomisk liv
- Samhällsgemenskap, socialt og medborgerligt liv
- + Känsla av trygghet (kroppsfunktion)
- + Personligt stöd från person som vårdar eller stödjer en närstående (omgivningsfaktor)



Individens behov i centrum

Variablene og livsområdene er basert på kodene i ICF. Kodene og beskrivelsene brukes i dokumentasjonen og skår settes, se Figur 13: Bedømmingsfaktorer som benyttes i IBIC (for alle kategoriene i ICF).

Figur 13: Bedømmingsfaktorer som benyttes i IBIC (for alle kategoriene i ICF).

Bedømningsfaktorer

Generell bedømming for alle kategorier i ICF



- xxx.0 : **ingen** begränsning (ifrånvarande.....) 0-4 %
- xxx.1 : **lätt** begränsning (liten, låg) 5-24 %
- xxx.2 : **måttlig** begränsning (medel, ganska stor) 25-49 %
- xxx.3 : **svår** begränsning (grav, stor...) 50-95 %
- xxx.4 : **total** begränsning (fullständig...) 96-100 %



Enkelte svenske kommuner har kommet langt i sin bruk av IBIC i saksbehandlingen og i den daglige dokumentasjonen. En av de kommunene som har kommet lengst er Lund kommune. Lund skriver vedtak der de livsområdene som er gjenstand for bistanden fra kommunen er beskrevet i vedtaket som:

1. individets egen oppfatning
2. opplysninger fra andre
3. bedømt funksjonstilstand – fra saksbehandler
4. målet for tjenesten
5. tiltaket som er satt inn for å nå målet

I evaluering av tjenesten vurderes om målene til den enkelte er nådd. Måloppnåelse måles på individnivå gjennom vurdering av om ønsket skår er oppnådd. Lund kommune har anskaffet et EPJ-system som støtter bruken av ICF i den daglige dokumentasjonen. Lund kommune har også innført et system som belønner avdelinger ved måloppnåelse. Ved å bruke ICF både i saksbehandlingen og i den daglige dokumentasjonen setter man i Sverige fokus på resultater i tjenestene og opplevd kvalitet for brukerne ved at de involveres i å sette mål og evaluere hvorvidt målene er nådd sammen med tjenesteyter. Lund kommune beskriver flere gode og også utilsiktede gevinster ved innføringen av IBIC som for eksempel redusert sykefravær i tjenesten.

Funksjonsvariablene i IPLOS er utledet av ICF men har fått kritikk fordi de ikke er finmasket nok for bruk på individnivå. Formålet med disse variablene er ikke å dekke kommunes fullstendige behov for dokumentasjon, kartlegging og utredning. Det kan tenkes at kommunene kan bruke ICF på samme måte som Sverige. Det vil si, bruke livsområdene der det er relevant, bruke undervariablene der det er relevant avhengig av behovet til den enkelte søker/tjenestemottaker. Dokumentasjonen kan bygges opp på bakgrunn av livsområdene i ICF, der man også kan sette mål for livsområdene eller undervariablene avhengig av den enkeltes behov. Dette blir beskrevet nærmere i Kommunal nytteverdi av IPLOS-opplysningene for Helsepersonell i tjenesten. I SIO-forsøket vurderer en av forsøkskommunene, Stjørdal kommune å bruke ICF på denne måten i dokumentasjon.

3 KOMMUNAL NYTTEVERDI AV IPLOS-OPPLYSNINGENE FOR HELSEPERSONELL I TJENESTEN

Dette kapitlet belyser hvordan arbeidsgruppa mener helsepersonell kan få økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene i tjenesten og hvordan opplysningene bedre kan integreres som en del av den daglige dokumentasjonen.

Ulike faggrupper kan ha behov for detaljerte kartlegging og måling av funksjon slik eksemplet fra Stavanger har vist. Kan funksjonsvariablene som rapporteres til IPLOS-registeret brukes til å se utviklingen på individnivå over tid, og kan funksjonsvariablene i IPLOS brukes sammen med andre typer funksjonsvurderinger? Kan funksjonsvariablene integreres bedre i den daglige dokumentasjonen og kan de brukes for å måle resultatet av de tiltak som er iverksatt i tjenesten slik Sverige gjør ved å bruke IBIC?

3.1 Arbeidsgruppas vurdering og anbefaling for bruk i tjenesten for gruppen psykisk helse og rus

I 2007 ble det utarbeidet en rapport fra en arbeidsgruppe som gikk igjennom variabelsettet i IPLOS-registeret for gruppen psykiske helse og rus. Arbeidsgruppa ble nedsatt som et initiativ fra kommuneprosjektet i Opptappingsplan for psykisk helse. Prosjektet ble utformet i samarbeid mellom Opptappingsplanen psykisk helse og Avdeling rusmidler i Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidsgruppen skulle gjennomgå variabler og veilederen i IPLOS og vurdere relevans i forhold til gruppene med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Arbeidsgruppa var bredt sammensatt med deltagere fra to kommuner og fra relevante avdelinger i Sosial- og helsedirektoratet. Referansegruppa bestod av representanter fra fagråd, fagforeninger og brukerorganisasjoner. Arbeidsgruppa konkluderte med at alle variablene var relevante men at man kan vurdere to nye variabler; ivareta egen økonomi og rus. Ivareta egen økonomi kom inn i kravspesifikasjonen til IT-leverandørene av EPJ i kommunene i april 2015. En variabel for rus vil fanges opp av diagnoseopplysningene i registeret men vil ikke kunne bli en funksjonsvariabel som rapporteres til IPLOS-registeret. Drammen kommune har testet funksjonsvariablene mot brukergruppa og finner at de treffer overraskende godt, og at på lik linje med andre grupper kan funksjonsvariablene brukes til å vurdere ressursbehovet også for denne brukergruppen.

For å imøtekomme kritikken som fremkom i tilbakemeldingene fra kommunene har arbeidsgruppen diskutert og vil anbefale at følgende funksjonsvariabler vurderes og testes ut:

1. Følelse/opplevelse av trygghet med utgangspunkt i ICF b1528 (andre emosjonelle funksjoner)
2. Initiativevne

Trygghet bør vurderes som en ny funksjonsvariabel i IPLOS. Trygghet og egeninitiativ var variabler i Gerix som var forløperen til IPLOS. Trygghet er en variabel i IBIC i Sverige med kode b1528 «Känsla av trygghet». En annen anbefaling fra arbeidsgruppa er at funksjonsvariablene systematisk testes mot brukergruppa psykisk helse og rus og andre brukergrupper som utviklingshemmede for å undersøke om funksjonsvurderingene fanger opp de daglige endringer/ volatilitet og ustabilitet. Eventuelle overlapp i informasjon mellom variablene bør vurderes samtidig, slik at det kan vurderes om variabler kan tas ut.

Arbeidsgruppen har også vurdert en annen variabel fra Gerix som het tilsyn. Arbeidsgruppen anbefaler at den blir vurdert på lik linje med Trygghet og Initiativ. Tilsyn oppleves som relevant for flere grupper som har behov for omfattende tjenester, blant annet mennesker med utviklingshemming, demens og muligens også innenfor gruppen psykisk helse.

På bakgrunn av undersøkelser Helsedirektoratet har utført, spørsmål Helsedirektoratet mottar på telefon, epost og i møter med kommuner kommer det frem at flere har misforstått skårmetodikken og generelt har liten erfaring med kartlegging og bruk av kodeverk. Bedre opplæring vil kunne oppklare misforståelsen og øke opplevd nytteverdi. Helsedirektoratet er i gang med å digitalisere veileder for registrering. Digitaliseringen gir muligheter for at beskrivelser kan integreres i EPJ. Det kan også gi en bedre forståelse av skårmetodikken av funksjonsvariablene.

Pleie-begrepet og ordet hjemmesykepleie oppleves som gammeldags og kan også bidra til at enkelte yrkesgrupper ikke identifiserer seg med rapporteringen eller statistikk fra registeret. Ordene må erstattes av helsetjenester og omsorgsbegrepet i EPJ og i statistikken. Bistand/assistanse kan også oppleves som passive begreper og litt gammeldagse. Fokuset bør heller være på funksjon og ressurser. Det ble påpekt i rapporten fra arbeidsgruppen som det vises til i punktet over at begrepsbruken var av en slik art at tjenestene til psykisk helse og rus gruppen gjerne ikke kjenner seg igjen i begreper som pleie eller hjemmesykepleie. Selv om begrepene er endret i veilederen og kravspesifikasjonen til IPLOS-registeret så er ikke begrepene endret i kommunenes EPJ eller hos Statistisk sentralbyrå og i statistikkbanken. Der brukes fortsatt begreper som hjemmesykepleie om helsetjenester og pleiebegrepet.

En større sammenheng mellom IPLOS-vurderingene og den daglige dokumentasjonen slik som i Sverige og Danmark vil også kunne gjøre at variablene oppleves som mer nyttige og relevante og gir en mer strukturert dokumentasjon. Det finnes et utall ulike kartleggingssystemer som brukes i tjenestene og som må sees i sammenheng med funksjonskartleggingen som rapporteres til IPLOS-registeret. Funksjonskartleggingen i IPLOS er kun en overordnet kartlegging og vil ikke kunne erstatte de mer detaljerte kartleggingene som utføres i tjenesten. Behov for mer detaljert dokumentasjon vil heller ikke IPLOS-opplysningene erstatte. Arbeidsgruppen det refereres til ovenfor skriver i sin rapport i 2007 at det er behov for mer detaljerte kartlegginger på feltet psykisk helse og rus som kan supplere den kartleggingen som gjøres igjennom IPLOS-opplysningene.

3.2 Arbeidsgruppa anbefalinger for å bedre integrere IPLOS-opplysningene i den daglige dokumentasjonen og i tiltaksplanene i EPJ og bidra til en mer brukerorientert tjeneste

IPLOS-opplysningene må henge sammen med tiltaksplan og øvrig dokumentasjon og være koblet til automatiserte løsninger i EPJ som for eksempel sjekker om datoer for tjenestestart og tjenesteslutt er oppdatert og riktig. Manglende registrering av avslutning av vedtak er ikke uvanlig og uten automatiserte løsninger, som sikrer at opplysninger må oppdateres når vedtak endres, kan feil i datagrunnlaget i EPJ skape store tolkningsmuligheter når data skal brukes både til forskning og statistikk.

Enkelte opplever at variabelsettet er omfattende og at det er en terskel å skulle fylle ut alle de obligatoriske opplysningene som skal rapporteres. Arbeidsgruppa har derfor diskutert hvordan løsninger for bruk av kodeverk og mer strukturert dokumentasjon kan bidra til enklere dokumentasjon og at man unngår at samme informasjon må dokumenteres flere ganger. Forslaget går ut på at en tar utgangspunkt i en hovedvisning av livsområdene i ICF i EPJ. På de områdene som ikke oppleves som et problem for bruker, settes skår 1 på hele livsområde uten at den som dokumenterer eller kartlegger trenger å gå ned på et mer detaljert nivå. Dermed er området kartlagt og man kan gå videre til neste livsområde. Der tjenestemottaker trenger hjelp eller opplever hindringer kan man gå ned på et mer detaljert nivå og dokumentere på de aktuelle områdene der tjenestemottaker trenger hjelp eller opplever hinder eller begrensninger. Dokumentasjonen bør i likhet med IBIC inkludere at det settes mål sammen med bruker og at resultatet måles.

Figur 14: Et eksempel på hvordan registrering av livsområdene og funksjon i ICF kan se ut i journal koblet mot tiltak og dokumentasjon.

Vurdere behov				Tiltak	Dokumentasjon		Måloppnåelse		
	Skår ved start av tiltak	Mål	Dato for måloppnåelse		Fritekst	Dagens skår	Trendlinje	Måloppnåelse %	
Kapittel d1 Læring og kunnskapsanvendelse	3			Veiledende samtaler		3			
Feste oppmerksomhet	1								
Tenke	1								
Lese	1								
Skrive	1								
Regne	1								
Løse problemer	3	1					2		
Løse enkle problemer	1								
Løse sammensatte problemer	3	1	1.9.17			Gikk litt bedre i dag	2		70
Annen problemløsning	1								
Ta beslutninger	3	1	1.9.17	Veiledende samtaler	Litt tung samtale med NAV	3		50	
Kapittel d2 Allmenne oppgaver og krav	3	1		Veiledende samtaler					
Utføre en enkeltstående oppgave	1								
Utføre multiple oppgaver	1								
Utføre daglige rutiner	1								
Mestre påkjenninger og andre psykiske krav	3	1							
Mestre forpliktelser									
Mestre påkjenninger	3	1				Litt tung samtale med NAV	3		60
Mestre kriser									
Andre allmenne oppgaver og krav	1								
Kapittel d3 Kommunikasjon	1								
Kapittel d4 Mobilitet	1								
Kapittel d5 Egenomsorg	3	1		Bistand med medisiner					
Spise	1								
Drikke	1								
Ta vare på helsen	3	1	1.5.17			Klarer dette fint selv	1		100
Annen egenomsorg	1								
Uspesifisert egenomsorg	1								
Kapittel d6 Hjemmeliv	1								
Kapittel d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner	1								
Kapittel d8 Viktige livsområder	1								
Total måloppnåelse									

I Sverige er det på skrivende tidspunkt kun Lund kommune som har gått til anskaffelse av en EPJ-løsning som støtter bruk av IBIC. I Danmark er det KL som har tatt ansvaret for utviklingen og bruk av kodeverk.

Det er opplysninger som rapporteres til registeret som oppleves som mindre nyttige og relevante av enkelte. Overgangen til Kommunalt pasientregister vil forhåpentligvis føre til at opplysninger som kan hentes andre steder ikke trenger å rapporteres til IPLOS-registeret. Spørsmålet om kommunene fortsatt vil trenge opplysningene i sin EPJ må kommunene selv forholde seg til. Eksempler på slike opplysninger kan være diagnose, vurdert av lege/tannhelsepersonell, legemiddelgjennomgang osv. som gjelder tjenestemottakere utenfor institusjon. I institusjon vil disse opplysningene fortsatt være relevante for IPLOS-rapportering. Det har siden rapporteringen til registeret startet kommet flere variabler til, men lite har blitt fjernet.

Konklusjon

Arbeidsgruppen har vurdert opplysningene som rapporteres til IPLOS-registeret og konkludert med at opplysningene er relevante og nødvendige for kommunene. Det vurderes at relevansen og nytten av IPLOS kan økes ytterligere ved å supplere med noen nye variable. Det er også behov for bedre opplæring i bruk og skåring av funksjonsvariablene.

Det er et behov for mer standardisert og strukturert dokumentasjon. Slike tester som Stavanger bruker; enkle, objektive tester med god prediksjon bør være en del av standard EPJ. Det kan være en utfordring for kommunene å enes om en eller flere tester, samtidig som den lokale kommunale styringsrett opprettholdes. Men helsepersonell er pliktig til å vurdere og dokumentere effekt av de tiltak som iverksettes. For å dokumentere bør det i større grad tas i bruk objektive verktøy. Samtidig vil det være ulike verktøy (tester) for ulike brukergrupper i ulike faser av oppfølgingen. Det bør i større grad være en del av standard EPJ. EPJ systemene trenger en modernisering og kommunene trenger et godt kodeverk. ICF brukes i mye større grad i den daglige dokumentasjonen både i Danmark og Sverige. IBIC brukes i Sverige og Fælles sprog brukes i Danmark. Begge er basert på ICF og annet relevant kodeverk og verktøy. I Danmark brukes også SNOMED CT. Norge bør også gå videre med kodeverket WHO har besluttet å bruke og vurdere hvordan kommunenes behov for dokumentasjon kan dekkes bedre. Det bør legges opp til en registrering som gjøres enklere, ved at det kun er de områdene som er relevante for tjenesten som registreres og brukes til å settes mål for tjenesten sammen med tjenestemottaker. Ved å bruke mapping, slik de gjør i Danmark, kan man legge opp til en dokumentasjon som ivaretar behov for kommunal og nasjonal statistikk samtidig som dokumentasjonen blir relevant i det daglige arbeidet. Denne måten å legge opp dokumentasjonen på vil også øke relevansen mht. kartlegging og måling av effekt av tiltak.

Behov for mer strukturert dokumentasjon og forbedring av EPJ ble også påpekt i rapporten «Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten Status, utfordringer og behov» utgitt av Helsedirektoratet i samarbeid med KS i 2014. Ansvaret for å utbedre dette ble lagt til KS etter publisering av rapporten. Rapporten påpeker også kommunenes behov for å kunne ta ut styringsdata fra EPJ som beskrives i kapittel 4 i denne rapporten (Helsedirektoratet, 2014).

Det er en rekke utfordringer ved å innføre strukturert dokumentasjon men også store gevinster.

Utfordringen er blant annet:

1. Manglende kultur for strukturert dokumentasjon i kommunene
2. Manglende kompetanse hos ledere for bruk av styringsdata som gjør at ledere heller ikke etterspør data – dokumentasjonen blir ikke brukt.
3. Samle alle landets kommuner om en dokumentasjonsform ved bruk av et eller flere kodeverk.
4. Norge må på samme måte som Danmark legges til rette for at andre kartleggingsverktøy også kan integreres i den daglige dokumentasjonen uten at det fører til dobbeltarbeid.
5. Der det er nødvendig må det også legges opp til at det kan dokumenteres annen tilleggsinformasjon strukturert slik at kodeverket ikke oppleves som begrensende men nyttig og relevant for alle dokumentasjonspliktige.
6. Samtidig som kodeverket innføres må kvalitetsarbeid settes i gang. Tjenestemottakere må involveres i å sette egne mål og tjenesten evalueres ved å bruke den strukturerte dokumentasjonen. Det krever opplæring av dokumentasjonspliktige og ledere som må etterspørre dokumentasjonen til kvalitet- og forbedringsarbeid.

Gevinster:

1. Det gir mulighet for at dokumentasjonen kan gjenbrukes og hentes ut på individnivå og aggregert nivå.

2. Dokumentasjonen kan brukes til å sette mål for tjenestene sammen med tjenestemottaker.
3. Dokumentasjonen kan brukes for å definere måloppnåelse og evaluere tjenesten på individnivå sammen med tjenestemottaker og på aggregert nivå og dermed bidra til store gevinster på opplevd kvalitet i tjenesten både for tjenestemottaker og tjenesteyter.
4. Det gir store muligheter for et kvalitetsarbeid som vil få store ringvirkninger og føre til mer evidensbaserte tjenester.
5. Strukturert dokumentasjon av mål vil også kunne nyttiggjøres av nasjonale myndigheter ved en rapportering til IPLOS-registeret eller et fremtidig Kommunalt pasient register.

Arbeidsgruppa anbefaler at sentrale myndigheter tar ansvar for en videreutvikling av kodeverk og dokumentasjon i EPJ og at kodeverk mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste harmoniseres for å lette samhandling mellom tjenestenivåene. Videreutviklingen av kodeverk og dokumentasjon i EPJ må sees i sammenheng med Helseplattformen i Midt-Norge og utredningen av Én innbygger – én journal i regi av Direktorat for e-helse. Kodeverk i EPJ skal dekke mange behov, derfor bør Norge vurdere å bruke en løsning for «mapping» av ulike kodeverk som for eksempel Danmark gjør ved å bruke SNOMED CT. Arbeidsgruppa anbefaler også at sentrale myndigheter setter i gang et utviklingsarbeid for å sørge for at dokumentasjonen i kommunene etterspørres av ledere i Helse- og omsorgssektor. Det krever en bevisstgjøring og en opplæring i bruk av kvantitative beskrivelser og analyser hos ledere i norske kommuner.

4 BRUK AV IPLOS-OPPLYSNINGENE TIL PLANLEGGING, BUDSJETTERING OG FINANSIERING

Kapitlet beskriver arbeidsgruppas anbefalinger før å øke kommunal nytteverdi på dette området. Det vises til eksempler fra Trondheim og Drammen kommune og beskriver muligheter for å bruke styringsdata fra IPLOS-registeret og fra EPJ i kommunen.

Kommunene har behov for styringsdata til tjenesteutvikling, planlegging, budsjettering og finansiering. Kommunene har behov for å se en sammenheng mellom omsorgsbehov og ressursbehov i egen kommune. Kommunene har behov for data for å sammenligne tidsperioder, brukergrupper, geografiske områder og sammenligne seg med andre kommuner. Kommunene vil kunne ha nytte av data om brukerprofiler sett i forhold til tjenesteprofiler, omsorgstrappen og brukerforløp.

Representantene fra kommunene i arbeidsgruppen har gode erfaringer ved bruk av IPLOS-opplysningene til planlegging og styring. Men som beskrevet er det utfordringer når data skal hentes ut fra EPJ. Agenda kaupang beskriver at de er erfaringsmessig ser at data blir lite brukt til styring i kommunene. Kommunene kjenner ikke mulighetene eller har ikke tradisjon for bruk av styringsdata. Agenda kaupang skriver videre i notatet at Helse- og omsorgsledere er lite opptatt av kvantitative analyser og har en mer intuitiv tilnærming til planlegging (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang). Det vil selvsagt variere mellom kommuner.

Arbeidsgruppen mener at vi per dags dato har gode forutsetninger for god styringsinformasjon på bakgrunn av de standardiserte opplysningene som ligger i EPJ (IPLOS-opplysningene).

4.1 Bruk av IPLOS til styringsdata

4.1.1 Bruk av IPLOS-sumrapporter i EPJ

Det er utviklet 14 sumrapporter slik at kommunene lokalt skal kunne hente ut statistikk basert på IPLOS-opplysningene som registreres i EPJ. Sumrapportene og veilederen er utviklet av Helsedirektoratet i samarbeid med representanter fra kommunene, fylkesmannen, KS og Statistisk sentralbyrå. De 14

sumrapportene har en bred mulighet for valg av omfang og gruppering lokalt. Rapportene kan vise hvem tjenestemottakerne er (for eksempel alder, diagnoser, omsorg for barn, om de bor alene eller sammen med andre etc.), hvilke tjenester kommunen yter og hvordan de blir brukt. De kan tas ut på ulike nivåer i kommunen på bakgrunn av kommunal organisering. Ni av rapportene er tverrsnittstatistikk, fire viser periodisk statistikk og to viser forløpsstatistikk (Helsedirektoratet, 2011a).

Når sumrapportene fungerer er de enkle å bruke, er oversiktlige og lette å forstå. Hver tabell gir nyttig styringsinformasjon. Tallene og rapportene som kommunen får ut via sum-rapportene gir et bilde av utviklingen for hver enkelt tjenestetype både måned for måned og kan sammenlignes år for år. Dette gjelder for alle avdelinger og for kommunen samlet. Det er mange muligheter og valg innenfor de ulike rapportene.

I dette avsnittet viser vi noen eksempler på IPLOS-sumrapportenes bruk og hvilke muligheter de gir for å hente ut informasjon direkte fra EPJ og sammenstille det med data fra ulike andre kilder som for eksempel regnskapstall eller årsverk i bemanningsplan.

Behovsprofiler og tjenesteomfang

Figur 15: Eksempel på sumrapport S03: Tjenestemottakere med tildelte timer per uke etter funksjon/bistandsbehov per dato. Alle med timevedtak; gjennomsnittlig tildelte timer per uke, antall mottakere og sum timer.

S03 Tjenestemottakere med tildelte timer per uke etter bistandsbehov per dato

Grupperingsvalg: Alle med timevedtak

Utskriftsdato: 08.04.2016
Rapporteringsdato: 31.01.2015

Gj.snittlig tildelte timer per uke		Bistandsbehov			
Alle med timevedtak		Noe/Avgrenset	Middels/stort	Omfattende	Total
Alle		3,2	14,7	28,2	10,7
	Total	3,2	14,7	28,2	10,7
Total		3,2	14,7	28,2	10,7

Antall mottakere		Bistandsbehov			
Alle med timevedtak		Noe/Avgrenset	Middels/stort	Omfattende	Total
Alle		34	24	9	67
	Total	34	24	9	67
Total		34	24	9	67

Sum timer		Bistandsbehov			
Alle med timevedtak		Noe/Avgrenset	Middels/stort	Omfattende	Total
Alle		110,4	353,5	254,0	718,0
	Total	110,4	353,5	254,0	718,0
Total		110,4	353,5	254,0	718,0

Et annet eksempel på viktig rapportvalg i S03 er muligheten til å velge diagnoser.

Figur 16: Diagnoser fordelt på funksjon/bistandsbehov er et viktig rapportvalg i sumrapport S03.

Bistandsbehov 30.06.14	Noe/avgrense	Middels/stort	Omfattende	Uoppgitta	Totalt
Udefinert (blank)	10	1	0		11
Andre diagnoser	4	4	1		9
Demens	2	4	4		10
Hjerte-kar	11	11	3		25
Kronisk rusmiddelbruk	1				1
Psykisk lidning	4	2	3		8
Psykisk utviklingshemming	1				1
	33	22	11	0	65

Denne rapporten viser tall på hjemmeboende med ulike diagnoser og funksjon/bistandsbehov.

Figur 17: Gjennomsnittlig tildelte timer per uke tjenester i hjemmet fordelt på funksjon/bistandsbehov. Resultat fra sumrapport S04.

Gj.snittlig tildelte timer per uke		Bistandsbehov			
Tjenestegruppe 1B		Noe/Avgrenset	Middels/stort	Omfattende	Total
Dagaktivitetstilbud		10,1	14,4	15,9	14,0
	Total	10,1	14,4	15,9	14,0
Helsetjenester i hjemmet		1,4	3,4	7,1	3,0
	Total	1,4	3,4	7,1	3,0
Omsorgslønn				5,0	5,0
	Total	0	0	5,0	5,0
Praktisk bistand - daglige gjøremål		2,3	7,1	10,6	6,1
	Total	2,3	7,1	10,6	6,1
Støttekontakt		2,0	2,0	3,0	2,3
	Total	2,0	2,0	3,0	2,3
Total		2,2	6,5	9,6	6,1

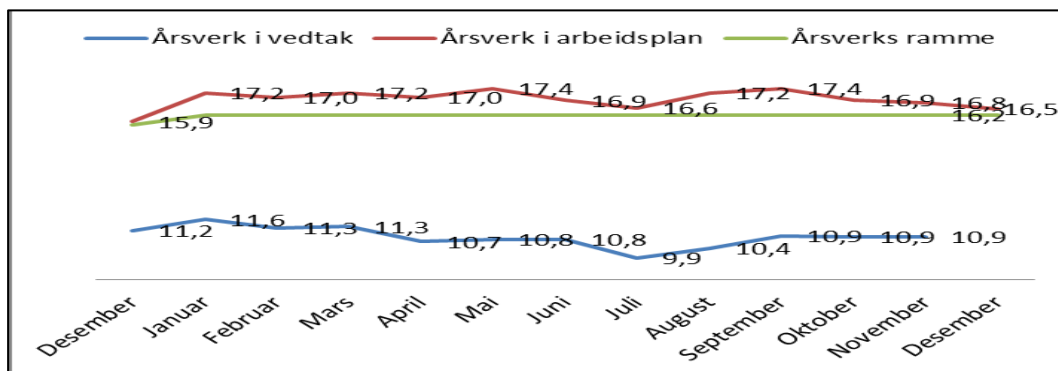
Denne rapporten gir viktige styringsdata med henhold til tildelte timer for hver enkelt tjenestetype som tildeles.

Vedtak og arbeidsplaner

Figur 18: Viser hvordan tallene brukes som styringsinformasjon i en kommune. IPLOS-data er satt sammen med årsverk og arbeidsplaner.

Tenestegruppe 2B (S03)	Desember	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Gj.snitt	Trend	Maks	Min.
Tenester tenestemottakarer- alle 2B	67	65	63	66	66	64	66	65	64	65	64	65		65		66	63
Bare praktisk bistand	5	6	5	7	7	7	8	10	8	7	6	6		7		10	5
Bare hjemmesykepleie	18	18	17	18	18	19	21	20	19	21	20	21		19		21	17
Både hjemmesykepleie og praktisk bistand	44	41	41	41	41	38	37	34	36	36	37	37		38		41	34
Gj.snitt tildelte timer	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4		4		4	3
Tildelte timer	396	413	400	402	379	382	382	353	368	387	386	386		385		413	353
Årsverk i vedtak	11,2	11,6	11,3	11,3	10,7	10,8	10,8	9,9	10,4	10,9	10,9	10,9		11		12	10
Noe/avgrenset	32	33	32	32	32	30	33	32	31	33	30	31		32		33	30
Middels/stort	26	23	22	24	25	23	22	23	23	22	23	23		23		25	22
Omfattende	9	9	9	10	9	11	11	10	10	10	11	11		10		11	9

Figur 19: Ressursbildet fra en avdeling, fordeling av årsverk i vedtak, arbeidsplan og rammen.



Ressursbildet er laget for å se utviklingen av omfang av tildelte timer i vedtak (- blå) hentet fra sum-rapportene. Denne utviklingen sees opp i mot arbeidsplantimer (-rød) som inneholder direkte brukerrettet tid og all annen tid til rapporter, pauser, kjøring m.m. Årsverksramme/ tilgjengelige ressurser (-grønn). Denne viser oss endringer i ressursbehov hos avdelingene.

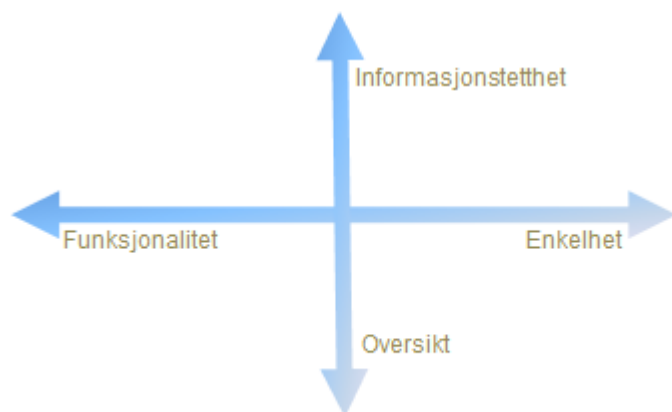
4.1.2 Løsninger – bruk av programvare som henter IPLOS-opplysningene direkte fra EPJ

Flere kommuner har funnet andre løsninger for å bruke IPLOS-opplysningene i EPJ ved å bruke programvare som henter data ut fra EPJ og andre relevante systemer og sammenstille disse. Det kan være fra EPJ, fra regnskapssystemene, fra turnussystemer osv. På denne måten er det kommunen selv som definerer hvilke data de ønsker å bruke.

Figur 20: Styringsinformasjonsdilemmaet. Drammen kommune.



Styringsinformasjonsdilemmaet



Kilde: Drammen Kommune, Einar Stephan.

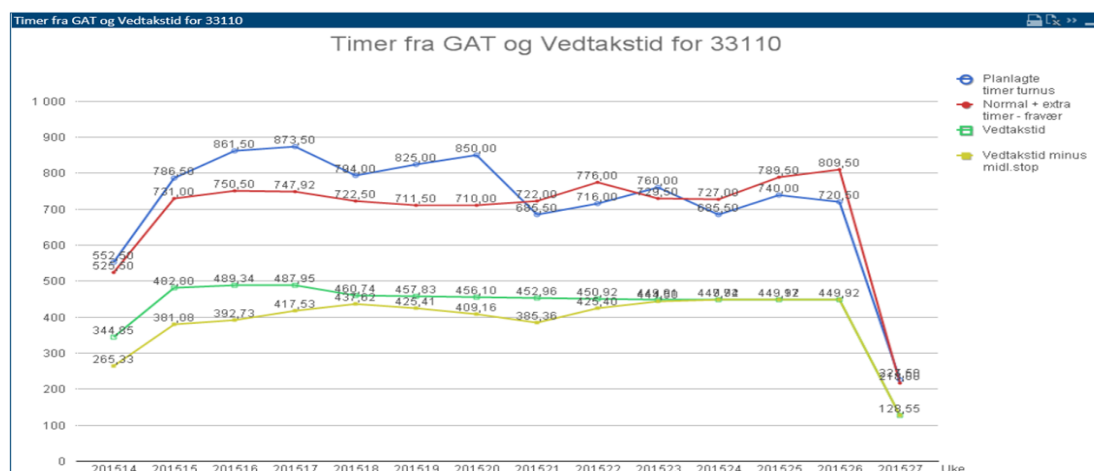
Drammen kommune er en av de kommunene som har anskaffet seg et program som henter data fra blant annet EPJ, regnskapssystemet og turnusprogram og sammenstiller disse etter behov. I figur 21 har Drammen kommune sammenstilt data fra turnussystemet GAT med vedtakstid som rapporteres til IPLOS-registeret fra EPJ. Figur 19 viser noe av det samme men her er alt gjort manuelt ved å plote data fra ulike systemer i Excel. Det er avhengig av at de ulike EPJ-systemene har de riktige rapporter. EPJ-systemet som figur 15-19 er hentet fra leverer ikke lenger disse rapportene. Figur 21 derimot viser hvordan dette kan gjøres ved å bruke programvare som henter ut den informasjonen man selv definerer ut i fra ulike systemer.

Fordelen med slike analyseverktøy er:

- Lett endring fra toppnivå til detaljene
- Enkelt tilgang til tilpasset informasjon
- Lett sammenstilling av informasjon fra forskjellige kilder
- Ser informasjon i sammenheng (Fag – Folk – Penger)

Figur 21: Eksempel på bruk av et Data Discovery-verktøy for rapportering og analyse av egne data. Fra Drammen kommune.

Kapasitetsutnyttelser



Kilde: Drammen Kommune, Einar Stephan.

4.1.3 Løsninger - hente ut egne data via IPLOS-registeret og KOSTRA

Statistisk sentralbyrå (SSB) bearbeider og publiserer IPLOS-data både gjennom KOSTRA-databasen (Statistisk sentralbyrå, 2007a) og statistikkbanken (Statistisk sentralbyrå, 2007b) og gjennom egne publikasjoner (Mørk, Beyer, Haugstveit, & Sundby, 2015). Agenda Kaupang skriver i sitt notat (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang) at utvidet statistikk, blant annet om sammensetningen av omsorgstrappen ville vært nyttig for kommunene og vil kunne gi et bedre grunnlag for blant annet budsjettprosesser. Agenda kaupang skriver at en mulighet kan være å tilby kommunene

en anbefalt pakke med statistikk fra egen kommune. Statistikken bør være koblet til nasjonal statistikk og analyser. Nedenfor gjengis noen tabeller som er hentet fra «Kommunal helse- og omsorgstjenester 2015» (Statistisk sentralbyrå, 2007b) som arbeidsgruppen og Agenda kaupang mener vil være nyttige for kommunen. Disse dataene er ikke tilgjengelig for kommunene i dag. Kommunene kan gå inn på statistikkbanken og velge blant de mulighetene som finnes der. Figurene under dekkes ikke i statistikkbanken. Mange kommuner vil ikke få ut statistikk fra statistikkbanken for egen kommune på grunn av at data ikke kan publiseres av personvern hensyn fordi det er for eksempel er for få mottakere av enkelttjenester osv.

Figur 22: Tabell 3.1 i Statistisk sentralbyrå sin årsrapport fra IPLOS-registeret 2015.

Tabell 3.1 Tjenestemottakere gjennom året som andel av befolkningen, 2015. Prosent							
	Tjenestemottakere gjennom året			Uopp-gitt	Andel mottakere i forhold til aldersgruppen		
	I alt	Kvinner	Menn		I alt	Kvinner	Menn
Alle	348 858	208 927	139 708	222	6,6	8,0	5,3
0-17 år	17 370	6 467	10 895	8	1,5	1,2	1,9
18-49 år	69 591	35 525	34 010	56	3,1	3,2	2,9
50-66 år	48 501	25 646	22 818	37	4,5	4,9	4,2
67-79 år	67 183	39 002	28 136	45	12,6	14,1	10,9
80-89 år	97 415	65 994	31 353	68	51,3	58,2	41,0
90 år og eldre	48 797	36 293	12 496	8	90,5	93,7	82,3

Kilde:IPLOS

(Statistisk sentralbyrå, 2007b)

Figur 23: Tabell 3.3 i Statistisk sentralbyrå sin årsrapport fra IPLOS-registeret 2015.

Tabell 3.3 Tjenester som er gitt gjennom året etter tjenestetype og alder. 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
							I alt	Under 67 år	67 år og eldre
I alt	733 304	736 448	746 576	765 339	770 595	773 061	786 416	249 098	537 317
Praktisk bistand - daglige gjøremål	124 407	122 034	119 937	118 395	116 666	113 616	110 676	25 734	84 942
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	18 917	20 112	21 890	22 566	23 402	23 793	23 726	20 752	2 974
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistent	2 929	3 071	3 352	3 296	3 322	3 442	3 567	3 135	432
Dagsenter/dagtilbud	25 723	25 431	26 409	27 078	28 547	28 830	29 690	10 620	19 070
Matombringning	29 551	31 054	31 621	32 200	33 196	34 245	33 999	4 968	29 031
Trygghetsalarm	91 659	90 749	91 541	92 756	92 224	92 177	93 300	6 622	86 678
Avlastning utenfor institusjon/bolig	9 936	9 898	10 008	10 082	9 832	9 867	9 871	9 340	531
Avlastning i institusjon/bolig	7 318	7 296	7 755	7 852	7 864	7 752	7 779	3 330	4 449
Støttekontakt	32 705	33 898	34 517	35 188	35 772	36 425	36 862	29 340	7 522
Omsorgslønn	10 693	10 798	10 802	10 974	10 975	11 099	11 293	9 142	2 151
Helsetjenester i hjemmet	189 694	191 415	194 699	201 819	205 340	209 529	217 142	81 751	135 391
Re-/habilitering utenfor institusjon	33 157	29 268	29 663	29 114	28 774	29 247	34 887	13 321	21 565
Dagopphold i institusjon	8 319	8 063	7 844	8 362	7 396	7 035	6 562	466	6 096
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	20 307	20 954	21 933	26 833	27 611	27 528	27 927	2 560	25 367
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	12 190	12 532	13 505	14 754	15 352	15 200	15 716	1 883	13 833
Tidsbegrenset opphold - annet	20 863	20 221	19 869	21 679	22 314	21 925	22 372	2 070	20 302
Langtidsopphold i institusjon	48 989	48 563	48 333	48 543	48 205	48 063	47 955	2 577	45 378
Bolig uten fast tilknyttet personell	:	20 343	22 266	23 212	23 397	23 140	23 117	7 970	15 147
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	:	7 018	7 989	8 129	7 833	7 733	7 364	2 741	4 623
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	:	17 754	19 133	19 417	19 989	20 268	20 760	9 893	10 867
Bolig med uoppgitt på tilknyttet personell	:	5 976	3 510	3 090	2 584	2 147	1 851	883	968

Kilde: IPLOS

(Statistisk sentralbyrå, 2007b)

Figur 24: Tabell 6.7 i Statistisk sentralbyrå sin årsrapport fra IPLOS-registeret 2015.

Tabell 6.7 Fordeling av tjenestemottakere per 31.12 etter tildelte timer 2015. Prosent

	I alt	Under 2 timer i uken	2 til 5 timer i uken	5 til 10 timer i uken	10-15 timer i uken	15-35,4 timer i uken	Tilsvarende 1 årsverk eller mer
Praktisk bistand: daglige gjøremål	100	78	11	4	2	2	3
Praktisk bistand - opplæring: daglige gjøremål	100	30	17	10	7	14	22
Praktisk bistand: brukerstyrt personlig assistent	100	1	3	14	15	34	33
Dagsenter	100	2	8	30	23	36	1
Helsetjenester i hjemmet	100	55	23	12	4	4	2
Avlastning - utenfor institusjon	100	2	13	26	29	21	9
Støttekontakt	100	5	80	14	1	0	0
Omsorgslønn	100	1	18	40	20	19	2
Avlastning - i institusjon	100	3	3	6	9	27	53
Dagopphold	100	1	4	39	31	24	2
Nattopphold i institusjon	100	0	0	0	17	17	67

Kilde: IPLOS

(Statistisk sentralbyrå, 2007b)

4.1.4 Arbeidsgruppas vurdering og anbefalinger

Sumrapporter

Arbeidsgruppa mener at sumrapportene dekker mange behov for styringsdata når sumrapportene fungerer som de skal og de kan tas ut i Excel. Det er flere år siden kravspesifikasjonen til IPLOS-sumrapporter ble publisert men rapportene er fortsatt ikke implementert uten feil i EPJ i kommunene. Det har vært flere endringer i variabelsettet som skal rapporteres til IPLOS-registeret, blant annet endringer i lovverk som påvirker navnet på tjenestene. Disse endringene har ikke ført til en oppdatering i kravspesifikasjonen til rapportene. Årsaken til det er at fokuset fra Helsedirektoratets side har vært på å få gjeldende kravspesifikasjon implementert og ikke nyutvikling og endring. Det tar for lang tid.

Arbeidsgruppen konkluderer med at erfaringene med sumrapportene i EPJ er så dårlige at det ikke anbefales å satse videre på disse. Arbeidsgruppen anbefaler at det legges til rette for andre løsninger.

Andre løsninger for tilgang til IPLOS-data for styringsformål

Det er to måter kommunene kan hente styringsdata på:

1. rett fra EPJ
2. ved å få data fra IPLOS-registeret

Fordelen ved å hente data rett fra EPJ er at man alltid vil ha tilgang til «ferske» data. De strukturerte opplysningene kommunene rapporterer til registeret ligger i EPJ, de sendes til registeret en gang i året men de skal oppdateres ved endringer i EPJ. Endringer skjer raskt og kommunene har behov for ferskvare. Arbeidsgruppen konkluderer med at kommunene er helt avhengig av å kunne hente ut «ferskvare» etter behov. Drammen kommune og Trondheim kommune har for eksempel utviklet en budsjettmodell der de er avhengig av å sammenstille data fra EPJ og ulike andre datakilder. Arbeidsgruppa vurderer at det ofte vil være behov for andre tall enn det som ligger i standardiserte rapporter. For å kunne bruke alle mulighetene og alle data som ligger i EPJ trengs det derfor et bedre verktøy for uttrekk og sammenstilling av informasjon. Men bruk av slike løsninger krever kompetanse, og ikke alle kommuner har den kompetansen som kreves. Agenda Kaupang skriver i sitt notat at store kommuner har mer avansert bruk av statistikk enn små kommuner fordi små kommuner i liten grad har støttepersonell som kan bidra med analyser og utredninger (Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang). Arbeidsgruppen mener derfor at kommunene må gå sammen for å hjelpe hverandre med å ta i bruk de styringsdata som allerede ligger i EPJ og andre systemer.

De kommunene som har tilgang til gode støttepersoner med kompetanse vil kunne benytte seg av dataene fra EPJ ved å hente dem ut selv ved hjelp av ulik programvare. De kommunene som ikke har samme kompetanse tilgjengelig vil kunne ha nytte av å få data fra IPLOS-registeret. Det ligger allerede i dag muligheter for kommunene til å ta ut tall for egen kommune gjennom KOSTRA og statistikkbanken, som gir mulighet til å følge egen utvikling over tid og å sammenligne seg med andre. Arbeidsgruppen mener at statistikken fra egen kommune må gjøres enklere og mer fleksibel tilgjengelig fra IPLOS-registeret. En utfordring er også at data som publiseres på kommunenivå ofte må prikkes av personvern hensyn. Det vil si at felt med data under 5 vil man ikke kunne publisere av personvern hensyn. Derfor må kommunene få tilgang til registerdata på en annen måte enn ved å bruke statistikkbanken. En mulig løsning er at kommunene logger seg på en plattform og henter sine egne tabeller og data. Det bør være en blanding av standardiserte tabeller slik vi ser i figur 22-24, og fleksible valg av tidsrom for å få

periodisk statistikk og mulighet for å velge uttrekk på tjenester, omfang av tjenester, diagnosegrupper, alder og mulighet for å velge uttrekk på andre personopplysninger som individuell plan, koordinator om de mottar privat hjelp osv. Dette er muligheter som ligger i IPLOS-sumrapporter som er beskrevet over.

At kommunene får tilgang til styringsdata er avgjørende, enten dette skjer med lokal eller nasjonal løsning. Det er uendelige muligheter for bruk av styringsdata fra IPLOS. Det kan sees på forløp, hvilke tjenester og omfang av tjenester som tilbys til ulike brukere, hva er innslagspunktet for sykehjemsplass, osv. Arbeidsgruppen har blant annet diskutert behovet for å måle resultat av tjenestene. I denne sammenheng vil det være nyttig med informasjon om måloppnåelse og effekt av tjenestene. For eksempel ved å måle endring i funksjon eller ved å bruke et kodeverk i dokumentasjonen slik som beskrevet tidligere i rapporten.

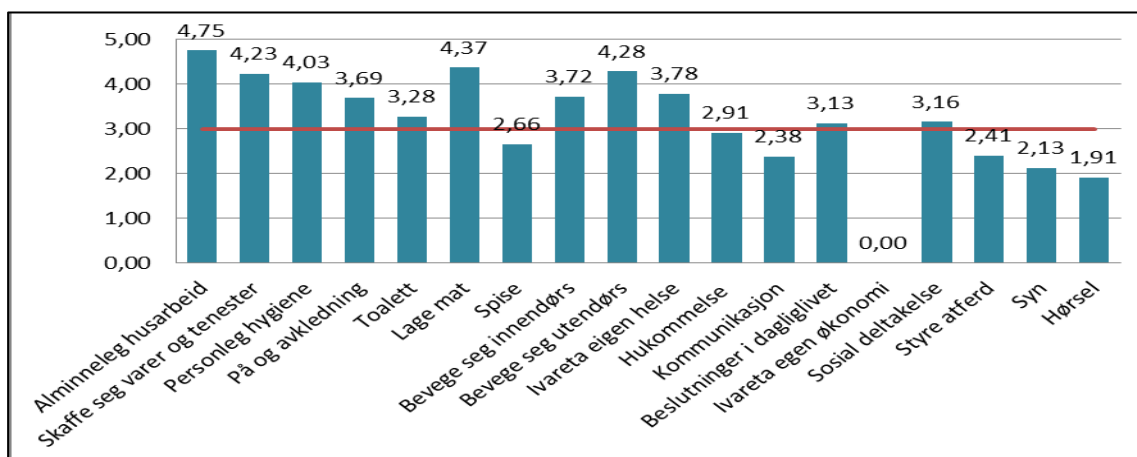
4.2 Sammenheng mellom funksjonsnivå og tjenestetype

En viktig forutsetning for at IPLOS skal være et nyttig verktøy i tjenestetildeling, kvalitetsarbeid, og brukt som styringsdata mer generelt er at det er en sammenheng mellom registrert bistandsbehov og tjenestene brukerne mottar.

4.2.1 Skår på IPLOS-funksjonsvariablene og plassering i "omsorgstrappen"

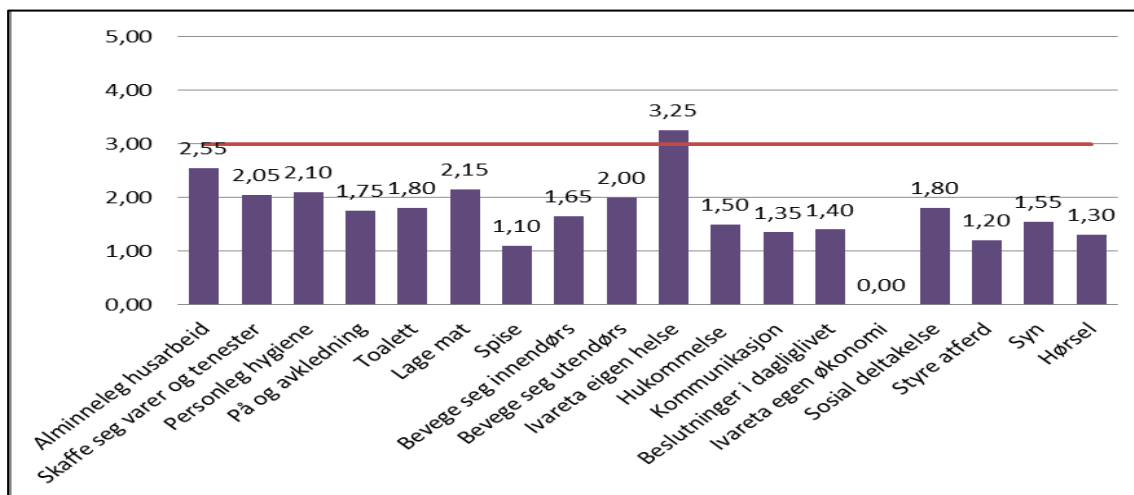
IPLOS gir viktig informasjon på individnivå og kan si noe om det er en fellesnevner mellom bistandsbehov og tjenestetype. De brukerne som mottar tjenester i hjemmet vil for eksempel stort sett ha et lavere bistandsbehov enn de som mottar heldøgnsomsorg i institusjon. Dette er illustrert i figur 25 og 26 som er basert på informasjon om brukere fra en kommune¹.

Figur 25: Gjennomsnittlig skår på hver enkelt av funksjonsvariablene hos brukere som er innlagt på langtidsopphold i institusjon.



¹ Variabelen "Ivareta egen økonomi" er mangelfullt innstilt og er derfor tatt ut av disse oversiktene. Det er også feil på alminnelig husarbeid. Det blir satt til "ikke relevant" når man har fått institusjonsplass, mens det riktige her ville vært å skåre den på vanlig måte.

Figur 26: Gjennomsnittlig skår på hver enkelt av funksjonsvariablene hos brukere som helsetjenester i hjemmet.



At omsorgsbehovet er høyere for institusjonsbeboere enn hjemmetjenestebrukere er i tråd med BEON (Beste Effektive Omsorgs Nivå) – prinsippet og tanken bak omsorgstrappen. Det er likevel ikke nødvendigvis en entydig sammenheng mellom skår på samlemålet for funksjonsnivå og plassering i omsorgstrappen. En type tjeneste gis til brukere med ulikt gjennomsnittlig bistandsbehov og en bruker kan motta tjenester på flere trinn.

Figur 27: Omsorgstrappen og BEON-prinsippet



(kilde: Agenda Kaupang Vedlegg 2 – kommunenes bruk av iplos – notat fra agenda kaupang)

Omsorgstrappen viser likevel en retning – gjennomsnittsskår på IPLOS-samlemål er typisk høyere for de som har tjenester mot toppen av trappa enn de som har tjenester i bunnen av trappa. Dette bekreftes i den nasjonale IPLOS-statistikken som vises i figur 28.

Figur 28: Mottakere av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og institusjonstjenester etter bistsandsbehov og type tjeneste

Tabell 4.9 Mottakere av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og institusjonstjenester per 31.12. Etter bistsandsbehov og type tjeneste. 2015

	Antall mottakere ved utgangen av året	Noe/avgrenset bistsandsbehov	Middels til stort bistsandsbehov	Omfattende bistsandsbehov	Uoppgitt bistsandsbehov	I alt	Noe/avgrenset bistsandsbehov	Middels til stort bistsandsbehov	Omfattende bistsandsbehov	Uoppgitt bistsandsbehov
	Prosent									
Tjenestemottakere i alt	275 200	102 695	92 997	63 472	16 036	100	37	34	23	6
Andre tjenester til hjemmeboende	49 850	25 111	12 650	4 560	7 529	100	50	25	9	15
Bare helsetjenester i hjemmet	82 400	39 906	30 289	5 857	6 348	100	48	37	7	8
Bare praktisk bistand	37 663	22 297	9 593	4 466	1 307	100	59	25	12	3
Både tjenester i hjemmet og praktisk bistand	62 437	13 799	31 578	16 740	320	100	22	51	27	1
Langtidsopphold i institusjon	33 547	467	5 213	27 743	124	100	1	16	83	0
Tidsbegrenset opphold i institusjon	9 303	1 115	3 674	4 106	408	100	12	39	44	4

Kilde: IPLOS

Kilde: (Statistisk sentralbyrå, 2007b)

Størst andel med noe/avgrenset bistsandsbehov finnes blant de som bare mottar praktisk bistand, etterfulgt av andre tjenester i hjemmet, bare helsetjenester i hjemme, både helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand, tidsbegrenset opphold i institusjon og til sist langtidsopphold i institusjon (veldig få med lavt registrert bistsandsbehov). Andelen med omfattende bistsandsbehov viser i stor grad motsatt mønster.

4.2.2 Tiltakspakker og bistsandsnivå

Skår 3 eller mer på en funksjonsvariabel indikerer at brukeren har behov for bistand til å utføre aktiviteten (skår 3: kan delvis utføre aktiviteten selv og bistsandsyter kan evt. gå til og fra, 4: kan delvis utføre aktiviteten selv men med bistsandsyter tilstede hele tiden, og 5: kan ikke utføre noe av aktiviteten selv). Kan denne informasjon om skår på funksjonsvariable – enkeltvis og i kombinasjon – knyttes til behov for spesifikke tjenester? Arbeidsgruppen har sett på eksempler fra en kommune der IPLOS-opplysningene er brukt for å vurdere hvordan tiltakspakker kan settes sammen avhengig av funksjonsvariablene.

Institusjonstjenester

Institusjonstjenesten kan sees på som en stor "tiltakspakke" der beboerne mottar heldøgns omsorg. Her vil ei vurdering av funksjonsnivå, diagnoser som demens, mål med tjenesten som for de ulike korttidsoppholdene være avgjørende for hvilken «institusjonspakke» som tildeles.

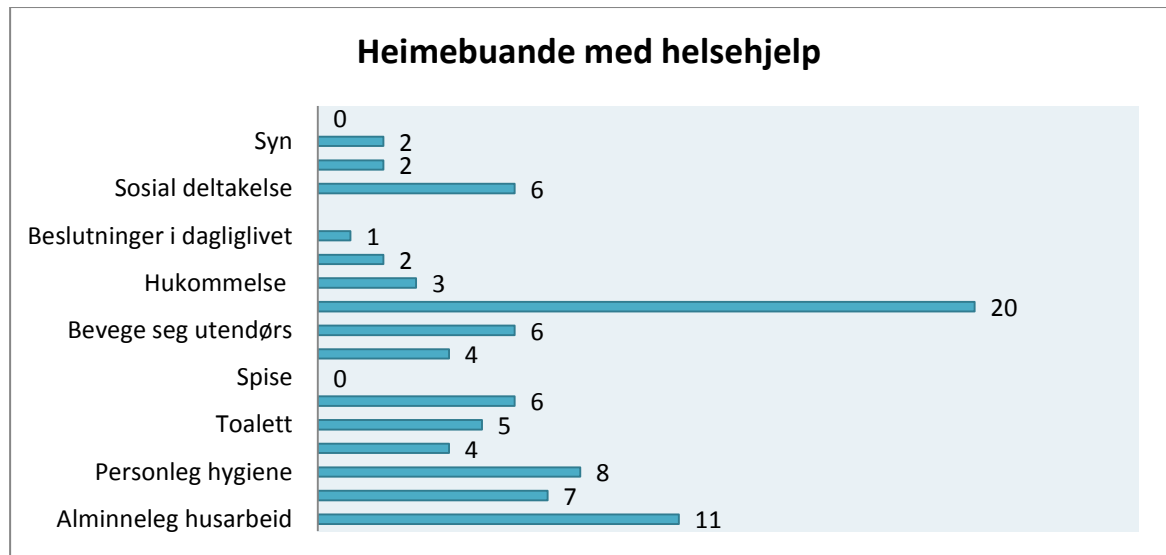
Helsehjelp i hjemmet

For tjenester utenfor institusjon vil det være større variasjon i bistsandsbehovet og tjenestepakker. Figuren under viser IPLOS skår for de 16 funksjonsvariablene og variablene syn og hørsel for et tilfeldig utvalg av hjemmeboende som får helsehjelp i hjemmet. Alle hvite felt viser skår over 2, som indikerer at de har behov for bistand. Antall personer med skår over 2 er vist i figur 29.

Figur 29: Et utvalg av hjemmeboende med helsetjenester i hjemmet. IPLOS skår.

Helsehjelp i hjemmet	Alminneleg husarbeid	Skaffe seg varer og tjenester	Personleg hygiene	På og avkledding	Toalett	Lage mat	Spise	Bevege seg innendørs	Bevege seg utendørs	Ivareta egen helse	Hukommelse	Kommunikasjon	Beslutninger i dagliglivet	Ivareta egen økonomi	Sosial deltakelse	Styre atferd	Syn	Hørsel	IPLOS skår
Brucar 1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1		3	1	1	1	1,29
Brucar 2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1		2	1	2	2	1,35
Brucar 3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1		1	1	1	1	1,24
Brucar 4	5	4	5	4	4	5	2	4	4	5	1	1	4		3	3	1	1	3,29
Brucar 5	2	2	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2	2		1	2	1	2	1,71
Brucar 6	3	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1		1	1	2	1	1,41
Brucar 7	5	5	5	5	5	5	1	3	4	5	1	1	2		3	1	2	1	3,22
Brucar 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1		1	1	1	1	1,18
Brucar 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1		1	1	1	1	1,12
Brucar 10	5	4	3	4	3	5	2	3	4	4	3	1	2		1	1	1	1	2,76
Brucar 11	3	1	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1		1	1	1	1	1,41
Brucar 12	3	3	3	2	3	1	1	2	2	3	2	3	2		3	2	1	1	2,18
Brucar 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1		1	1	1	1	1,24
Brucar 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1		1	1	1	2	1,24
Brucar 15	3	1	1	1	2	2	1	2	4	3	1	1	1		3	1	4	2	1,94
Brucar 16	3	2	3	1	2	3	1	1	2	3	2	2	2		2	1	2	2	2,11
Brucar 17	4	3	3	3	3	3	1	3	4	3	1	1	1		3	1	2	2	2,41
Brucar 18	1	3	3	2	2	3	1	2	3	3	1	3	1		2	1	2	1	2,06
Brucar 19	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1		2	1	3	1	1,82
Brucar 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1		1	1	1	1	1,12

Figur 30: Hjemmeboende som mottar helsetjenester i hjemmet. Antall med skår over 2.



Figuren over viser ikke alle funksjonsvariablene, men er kun et utvalg av noen av funksjonsområdene som rapporteres til IPLOS-registeret. Figuren er basert på tallene i figur 28.

I dette eksemplet har alle som mottar helsehjelp i hjemmet skår 3 eller mer på «Ivareta egen helse» og helsehjelpen består i stor grad av hjelp til administrering av medisiner. Skår på «Ivareta egen helse» kan tenkes knyttet til tjenesten helsetjenester i hjemmet, som illustrert i eksempelet i figur 31.

Figur 31: Tiltakspakke: helsetjenester i hjemmet - medisiner

Skår 3	Får levert ferdig laget dosett/ multidosepakning, tar medisiner selv	x 1 uke	10 min
Skår 4	Hjemmetjenesten er tilstede og minner på å ta medisiner fra dosett, klarer deler selv.	x 2 daglig	10 min
Skår 5	Hjemmetjenesten er tilstede og gir medisiner fra dosett, gir hjelp til medisin er tatt. Klarer ingenting selv.	x 2 daglig	15 min

I eksempelet over hadde litt over 50 % av brukerne også behov for hjelp til alminnelig husarbeid. I figur 32 er det vist et eksempel hvor skår på «alminnelig husarbeid» knyttes til tjenesten praktisk bistand til daglige gjøremål.

Figur 32: Tiltakspakke: Alminnelig husarbeid - praktisk bistand til daglige gjøremål

Skår 3	Får hjelp til gulvvask, støvsuging og vask av servant og toalett. Klarer resten selv.	x 2 pr mnd.	Tid:
Skår 4	Får hjelp til det meste av husarbeidet, kan delta litt med hjelper tilstede.	x 1 uke	Tid:
Skår 5	Får full hjelp til alminnelig husarbeid.	x 2 veke	Tid:

Kan det være mulig å bygge noen standardiserte tiltakspakker ut fra hver funksjons variabel for deretter å sette disse sammen som "klosser"?

Spørsmålet er altså om

Det er mulig å bygge tiltakspakker ut fra hver funksjonsvariabel og å kombinere disse?

For eksempel - "En typisk hjelpemottakar" beskrevet som følger: har lett for å gå i «surr» med alle medisinerne, men klarer å ta dem selv. Vasker seg selv daglig, men er litt engstelig for å dusje alene. Har problemer med de tyngste oppgavene i huset. En typisk tjenestepakke for denne brukeren kan være:

- Får levert dosett hver uke
- Får bistand til dusj hver 14 dag
- Hjemmehjelp/ praktisk bistand hver 14 dag

4.2.3 Arbeidsgruppens vurdering

Å knytte bistandsbehov til "tjenestepakker" kan ha ulike formål. Det kan tenkes brukt som et hjelpemiddel i tjenestetildeling slik som ulike "tilstande" er knyttet til "indsatser" i Fælles Sprog som brukes i Danmark. Det vil si at tiltakspakkene ikke er tenkt som en "blind" tildeling, men som presentasjon av aktuelle tjenester gitt registrert bistandsnivå. Det kan også være et hjelpemiddel i kvalitetssikring av tjenestetilbudet, at brukere med registrert bistandsbehov faktisk får de relevante tjenestene.

I styringsdatasammenheng kan en undersøkelse av sammenheng mellom skår på funksjonsvariablene og tildelte tjenestetyper tenkes brukt som utgangspunkt i utvikling av et casemix-system som er nærmere diskutert i kapittel 5.

4.3 Finansieringsmodeller basert på IPLOS-opplysningene

En videreutvikling av IPLOS kan tenkes brukt på finansieringsområdet på flere nivåer:

- Ved fordelinger av inntekter på kommuner (det kommunale inntektssystem)
- Ved den interne ressursfordelingen i kommuner (budsjettrammer)
- Ved fastsetting av enhetspriser/enhetskostnader i kommuner

Inntektsfordelingen mellom kommuner bestemmes i dag dels av kommunens eget inntektsgrunnlag og dels av ulike demografiske og sosiodemografiske kriterier. På helse- og omsorgsområdet er det i hovedsak alderssammensetningen i kommuner som bestemmer kommunens inntektsnivå. Gjennom aggregering av IPLOS-data på kommunenivå har en mulighet til å identifisere ulikheter i utgiftsbehov som skyldes ulikheter i brukernes funksjonsnivå og behov for tjenester, også for kommuner med lik alderssammensetning.

Tilsvarende kan aggregerte IPLOS-data om brukernes funksjonsnivå og helsetilstand tenkes brukt ved den interne ressursfordelingen innad i den enkelte kommune; på virksomhetsområder og/eller ved fordeling på kommunedeler. Enkelte kommuner har prøvd å bruke de aggregerte funksjonsvariablene i IPLOS direkte ved ressursfordelingen. I tillegg til funksjonsvariablene har det da vært et behov for flere variabler for å få en riktig beregning.

I forsøksordningen for statlig finansierte omsorgstjenester ble det vurdert om gjeldende variabler (funksjon, helse) i IPLOS var egnet til bruk som grunnlag for fastsetting av tjenestebehov og derigjennom enhetspriser eller priser på «pakker» av tjenester. Bruk av gjennomsnitt for sett av funksjonsvariabler ble eksempelvis vurdert som lite /mindre treffsikkert grunnlag for utmåling av tjenestebehov. Et ønske om å vurdere hvordan datasettet i IPLOS kan videreutvikles eller kombineres med andre data for å kunne gi en normering/utmåling av tjenester ble fremmet.

Enkelte kommuner har finansieringsmodeller som er basert på innslag av aktivitetsbasert finansiering. Eksempler på det er Kristiansand kommune, Røyken kommune, Trondheim kommune og Drammen kommune. Trondheim og Drammen kommune har utviklet finansieringsmodeller hvor IPLOS-opplysningene brukes. Det gis en kort presentasjon av disse nedenfor.

4.3.1 Trondheim kommunes finansieringsmodell

Trondheim kommune har aktivitetsbasert finansieringsmodeller innenfor følgende områder:

- Hjemmetjenester
- Sykehjem
 - Langtidsplasser
 - Korttidsplasser
- Tjenester til utviklingshemmede

Prinsippene bak fordelingsmodellene i Trondheim kommune er at antall tjenestemottakere kombinert med deres helsetilstand er avgjørende for tildeling av ressurser. Pris (eller tildelt budsjett) for tjenestemottaker beregnes ut fra den enkelte persons bistandsbehov. Flere og mer skrøpelige tjenestemottakere gir mer ressurser enn færre og mer friske tjenestemottakere.

Finansieringsmodellene i Trondheim kommune hører innunder casemix finansieringsmodeller. I casemix finansiering samles tjenestemottakere med like behov i homogene grupper. Alle tjenestemottakere innenfor samme homogene gruppe har omtrent samme behov for kommunale tjenester. Tjenestemottakerne sitt kartlagte bistsandsbehov avgjør hvilken gruppe personen tilhører. I Trondheim kommune benyttes IPLOS som verktøy for kartlegging av bistsandsbehovet. Modellene Trondheim kommune benytter har klare likhetstrekk med DRG systemet fra sykehussektoren og RUG² slik det brukes i finansiering av sykehjem i USA.

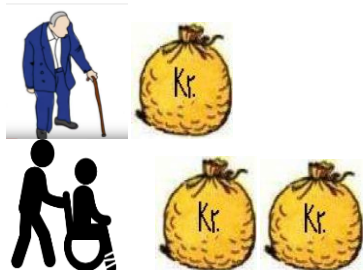
Hvor mye midler som tildeles i hver gruppe avhenger av dokumentert medgått tid. Alle ansatte innenfor de aktuelle tjenestene dokumenterer hvor mye tid som brukes på hver enkelt tjenestemottaker. Tiden dokumenteres i journalsystemet. Når tjenestemottakerne er gruppert i homogene grupper så kan man beregne kostnaden for ulikt bistsandsbehov. Kostnaden som beregnes er basert på all journalført tid i den aktuelle gruppen.

Kostnadsvektene er basert på beregnede antall timer i hver gruppe ganget med en timepris. Timeprisen skal reflektere de reelle driftskostnadene, hvor forhold som for eksempel kompetansesammensetning, indirekte tid etc. er i varetatt.

Casemix finansiering slik det brukes i Trondheim er ikke egnet for å finansiere enkeltbrukere, men er rimelig robust som finansieringsmetode for større grupper av tjenestemottakere.

Det finnes mange måleinstrumenter for å kartlegge bistsandsbehov. I Norge har man valgt å bruke ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjonshemming og helse). Forskning viser at funksjonsvariablene som rapporteres til IPLOS-registeret som er utledet av ICF er like treffsikre som andre brukte måleinstrumenter til å predikere ressursbehov hos tjenestemottakerne (Døhl, Garåsen, Kalseth, & Magnussen, 2016).

Oppsummert: Når tjenestemottaker blir dårligere så skal finansieringen reflektere de økte behovene for bistand.



Tjenester til hjemmeboende eldre

Modellen benytter funksjonsvariablene fra IPLOS, med unntak av syn og hørsel. De resterende 15 variablene deles inn i hhv "fysisk bistsandsbehov" og "kognitiv bistsandsbehov". De fysiske bistsandsvariablene kan igjen inndeles i ADL³-variable og IADL⁴-variable. ADL variable beskriver

² Resource Utilization Groups

³ Aktiviteter i dagliglivet

grunnleggende aktiviteter for å kunne leve selvstendig. IADL beskriver mer komplekse aktiviteter for å kunne leve selvstendig. Skalaen i IPLOS går fra 1-”utgjør ingen utfordring” til 5-”fullt hjelpebehov”.

Figur 33: Kategorisering av IPLOS-funksjonsvariabler med skala 1-5

		<u>IPLOS</u>	<u>Skala</u>
Fysisk funksjonsvikt	ADL	Personlig hygiene	1. UTGJØR INGEN PROBLEM/UTFORDRING for søker/tjenestemottaker
		På og avkleddning	
		Bevege seg innendørs	
		Toalett	
		Spise	
	I-ADL	Bevege seg utendørs	2. IKKE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE. Utfører klarer selv (eventuelt med hjelpemidler), men har utfordringer eller endret standard. Endret standard vil si hvordan enkeltindividet utfører/klarar aktiviteten i forhold til tidligere.
		Alminnelig husarbeid	
		Skaffe seg varer og tjenester	
		Lage mat	
Kognitiv/adferd funksjonsvikt	Hukommelse	3. MIDDELS BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE. Utfører/klarar deler av aktiviteten selv, men trenger personbistand til andre deler av aktiviteten. Bistandsyter kan eventuelt gå til og fra	
	Kommunikasjon		
	Beslutninger i dagliglivet	4. STORE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE. Utfører/klarar deler selv, men med bistandsyter tilstede hele tiden. Bistandsyter er til stede for assistanse/tilrettelegging/veiledning.	
	Sosial deltakelse		
	Styre adferd		
	Ivareta egen helse		
Annet	Syn	5. FULLT BISTANDS-/ASSISTANSEBEHOV. Behov for personbistand til alle aktivitetene	
	Hørsel		

For hjemmeboende eldre så deles skalaene opp i 6 grupper langs hhv. den fysiske og den kognitive dimensjonen. Totalt får man da 36 homogene grupper, jf. Figur 34.

Basert på kvittert tid for alle tjenestemottakere så beregnes det hvor mye arbeidstid som brukes i hver av de 36 gruppene. Så gjøres det et påslag for indirekte tid. Summen av disse to er den totale tiden. Det er den totale tiden som vises i tabellen under. Aleneboende får et ytterligere påslag på 17 % utover tabellen under.

Figur 34: Budsjettildeling per bruker målt i timer per uke

		Kognitiv svikt					
		1-1,49	1,5-1,99	2-2,49	2,5-2,99	3-3,99	4-5
Fysisk svikt	1-1,49	1,2	1,2	1,3	1,4	2,4	3,2
	1,5-1,99	1,8	2,0	2,7	2,9	6,6	5,8
	2-2,49	3,0	3,6	3,9	5,5	7,2	6,5
	2,5-2,99	5,7	6,1	8,2	9,1	12,6	13,5
	3-3,99	8,8	10,5	12,6	11,4	14,8	19,1
	4-5	10,1	15,7	16,9	19,3	19,4	32,2

Sum antall brukere i hver av de 36 gruppene er da grunnlaget for budsjettimer. Budsjettimer blir igjen ganget opp med en timepris som gir enhetens budsjett for tjenesteutøvelse. I tillegg blir enheten kompensert for andre forhold som lederårsverk, fagleder og merkantile. Dvs. årsverk som ikke benyttes direkte i tjenesteutøvelsen.

⁴ Instrumentell ADL

Justering av budsjetter

Budsjettene justeres månedlig basert på endring i antall brukere og endring i brukernes bistandsbehov.

Sykehjemstjenester

Modellen for sykehjemstjenester skiller mellom korttidsplasser og langtidsplasser. Utover det som er beskrevet under kommer tildeling for medisiner og andre driftskostnader som er en fast beløp per pasient.

Langtidsplasser

Modellen benytter bistandsvariablene fra IPLOS, med unntak av syn og hørsel. De resterende 15 variablene deles inn i hhv "fysisk bistandsbehov" og "kognitiv bistandsbehov", jf. hjemmetjenesten. På sykehjem er inndelingen litt grovere enn på hjemmetjenesten, totalt er det 16 grupper på sykehjem.

For alle på langtidsopphold så tildeles det en grunnressurs per plass uavhengig av funksjonsnivå:

- 0,26 årsverk per plass

Det gis et tillegg utover 0,26 årsverk basert på fysisk og kognitivt svikt. Eksempelvis; de som har et kognitivt og fysisk bistandsbehov på mellom 4 og 5 får et tillegg på 14,2 timer per uke.

Figur 35: Budsjettildeling langtidsplasser per bruker målt i timer per uke

		Kognitiv svikt			
		1-1,99	2-2,99	3-3,99	4-5
Fysisk svikt	1-1,99	0,0	1,6	1,6	4,6
	2-2,99	4,2	4,2	5,0	6,9
	3-3,99	8,6	8,6	8,6	9,4
	4-5	13,0	13,0	13,0	14,2

Vi får da følgende spenn i tildelte ressurser langtidsopphold:

- De friskeste: 0,26 årsverk grunnressurs + 0,0 årsverk i tillegg for bistandsbehov. Totalt 0,26 årsverk per pasient.
- De skrøpeligste: 0,26 årsverk grunnressurs + 0,4⁵ årsverk i tillegg for bistandsbehov. Totalt 0,66 årsverk per pasient.

I tillegg kommer en tildeling på natt som utgjør om lag 0,1 årsverk per pasient.

Korttidsplasser

På korttidsplasser så bruker ikke Trondheim kommune bistandsbehov som grunnlag. Budsjettering av korttidsplasser er basert på plasstype. Det består av en grunnressurs på 0,52 årsverk per plass for alle korttidsplasser og et tillegg avhengig av hvilken type korttidsplass det er snakk om. For korttidsplassene så foreligger det krav om tverrfaglig kompetansesammensetning.

Spennet i tildeling på korttidsplasser er fra 0,73 årsverk for en avlastningsplass til 1,87 årsverk for en plass på kommunalt akutt døgnmottak (KAD).

⁵ 14,2 timer per uke delt på 35,5 timers arbeidsuke blir 0,4 årsverk

Figur 36: Budsjettildeling per avdeling og bruker målt i årsverk

	Medisinsk behandling og MRSA	Rehabilite ring	Avlastning	Skjermet avdeling	KAD	Etterbehandling (palliasjon/hjerte/ ortopedi)
Grunnressurs per avd.:	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0
Grunnressurs per pasient natt:	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Grunnressurs per pasient:	0,52	0,52	0,52	0,52		0,52
Tilleggsressurs:						
Legeressurs	0,05	0,05	0,01	0,01	0,08	0,08
Sykepleieressurs	0,15	0,05	0,05			
Fysioterapi	0,05	0,10	0,10			
Ergoterapeut		0,10	0,05			
Logoped		0,02				
Fritt disponert	0,10	0,02		0,76	1,79	1,07
Sum tilleggsressurs	0,35	0,35	0,21	0,77	1,87	1,15
Sum tildeling per plass dag/kveld/helg	0,87	0,87	0,73	1,29	1,87	1,67

Tjenester til utviklingshemmede i heldøgns bemannede boliger

I modellen for tjenester til utviklingshemmede så er inndelingen i fysisk og kognitiv funksjonssvikt erstattet med snitt bistand og adferd. Modellen benytter funksjonsvariablene fra IPLOS, med unntak av syn og hørsel. Styre atferd fra IPLOS er erstattet med 3 atferdsvariabler, "skade andre", "skade seg selv" og "tilsyn". Det beregnes et snitt for disse tre variablene. De gjenværende 14 funksjonsvariablene slås sammen i et "fysisk- og kognitiv bistandsbehov". Denne todelingen er basert på funn fra (Døhl et al., 2016).

Figur 37: Budsjettildeling per bruker målt i timer per uke

		Adferd			
		1-1,99	2-2,99	3-3,99	4-5
Snitt bistand	1-1,99	0	5	10	15
	2-2,99	15	20	25	30
	3-3,99	30	35	40	45
	4-5	45	50	55	60

Pasientrettede tillegg tjenester til utviklingshemmede

I tillegg har Trondheim kommune en grunnressurs per bruker som er uavhengig av bistandsbehov. Denne grunnressursen er aldersbestemt. Yngre tjenestemottakere får mer bistand enn eldre for samme kartlagte bistandsbehov.

- 0,5 timer per uke for alle brukere
- + 13 timer for alle brukere i alderen 30-59
- + 15 timer for alle brukere under 30 år

For å ta høyde for atferdsproblematikken på en bedre måte så gjøres det følgende 3 ekstratildelinger for brukere med størst atferdsproblemer:

Tilsyn - Skår 5 gir et tillegg på 14 timer

Kap. 9 – i kombinasjon med skår 5 på "skade andre" gir et tillegg på 27 timer

Kap. 9 - i kombinasjon med skår 4 på "skade andre" gir et tillegg på 19 timer

Det meste som kan tildeles for bruker med store bistands og atferdsutfordringer er 116,5 time per uke. I tillegg kommer nattressurs.

Timepris tjenester til utviklingshemmede

Samme beregningsmetode som på hjemmetjenesten og på sykehjem, men justert for kompetansesammensetning og årsverkskostnad innenfor tjenesten.

Tjenester som ikke inngår i modellene

Praktisk bistand renhold, ambulante nattjenester, matombringing, utrykking ("blålys") trygghetsalarm, tjenester til personer med rus og psykiske lidelser. Tjenester til personer med rus og psykiske lidelser er testet ut og er vurdert til å kunne innlemmes med tilsvarende variable som tjenester til utviklingshemmede personer på et senere tidspunkt.

4.3.2 Drammen kommunes budsjettmodell

Drammen kommune har tre ulike budsjettmodeller. En for sykehjem, en for det de kaller tilrettelagte tjenester og en for hjemmetjenester. Modellen for sykehjem er ikke basert på IPLOS-opplysningene i kommunene og er derfor ikke tatt med her. Formålet med budsjettmodellene er å sikre helhetlig gode beslutninger, gi god insentiver i driften lokalt og resultater for byen totalt, forutsigbarhet, tydelighet på hvilke rammer og handlingsrom virksomheten har og sikre like muligheter for god drift og kunne «Skape gode dager». Kommunen beskriver modellen som enkel, men treffsikker og forståelig. Modellen gir mulighet for sammenligning mellom virksomheter. Drammen kommune har hatt svært gode erfaringer ved bruk av budsjettmodellene og opplever en mye mer treffsikker budsjettprosess.

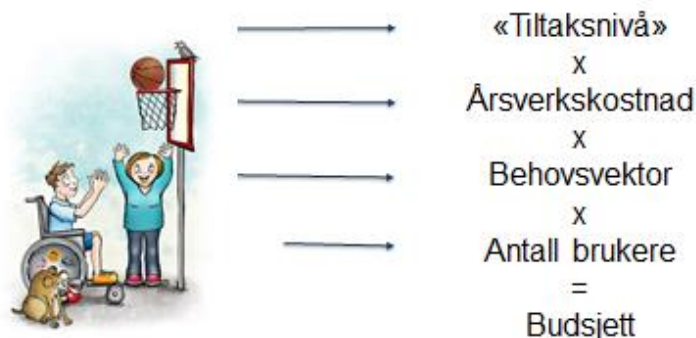
Modellen for tilrettelagte tjenester brukes for bo og dagtilbud, boveiledning, avlastning og ambulante tjenester. Denne modellen prøver de også ut for senter for rusforebygging og psykiske helsetjenester. Det gjøres en utregning på bakgrunn av et sett med indikatorer/variabler som resulterer i et timetall for tjenester pr individ, pr søker/tjenestemottaker.

Vedtaksbudsjettet, som dette kalles, sammen med et driftsbudsjett danner sammen totalbudsjettet pr avdeling.

Figur 38: Beskrivelse av prinsipper for budsjetter



Prinsipp for budsjetter



Tiltaksnivået, årsvervskostnad, behovsvektor og antall brukere er faktorer som brukes i utregningen av budsjettet. Behovsvektoren er basert på funksjonsvurderingene i IPLOS. De registreres av saksbehandlere og tjenesteytere.

Modellen for hjemmetjenesten er som beskrevet i figur 39.

Figur 39: Modell for hjemmetjenester



Budsjett tildeles som en porteføljefinansiering

Kriteria	Vekting av kriterium	Kommentar
Vedtaksstid	25 %	T&S tildeling av oppdrag for dagens brukere i sonen
Antall brukere	20 %	Budsjett fordeles etter antall brukere av tjenesten
IPLOS verdier	15 %	Baserer seg på helsenivå for eksisterende brukere
Demografi/alderssammensetning	15 %	Baserer seg på antall borgere i ulike alderssegment og deres relative bruk av tjenester. Korrigert for heldøgns plasser.
Tiltaksstid	10 %	Tilsvare vedtaksstid men er tjenesten egen oppfatning av behov for eksisterende brukere (alle avvik mot vedtak vurderes)
Geografi og logistikkforskjeller	10 %	Blir i dag vurdert likt mellom distriktene. Kriterium fungerer derfor som en videreføring av forrige budsjett/lav korrigering av budsjettendring
Sosiale forhold	5 %	Omfordeling av levekår basert på levekårsindikatorer i området

Vedtakstid er tiden som rapporteres til IPLOS-registeret for tjenestene. IPLOS-verdier er funksjonsvurderingen.

4.3.3 Arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger

Arbeidsgruppen vurderer at IPLOS ikke er egnet til fordeling av inntekter mellom kommunene. Prinsipper for gode inntektsfordelingsmodeller tilsier at modellen bør baseres på ikke-påvirkbare kriterier, dvs. at kommunene ikke skal kunne påvirke fordelingen gjennom sine disposisjoner. Aggregerte IPLOS-data vil ikke nødvendigvis identifisere ulikheter i utgiftsbehov mellom kommunene som skyldes ulikheter i befolkningens behov for tjenester. Dette skyldes at kommunene kan ha ulik praksis både med hensyn til dekningsgrader (ikke alle med behov blir fanget opp) og med hensyn til registreringspraksis herunder skåring av funksjonsnivå. Kommunene vil derfor kunne påvirke fordelingen ved strategisk tilpassing av data. Det vil derfor fordre en omfattende revisjonskontroll av registrerte data for å kvalitetssikre dataene fra kommunene. På denne bakgrunn anser også arbeidsgruppen at IPLOS-funksjonsnivåvariabler heller ikke egner seg som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering av kommunene fra statens side.

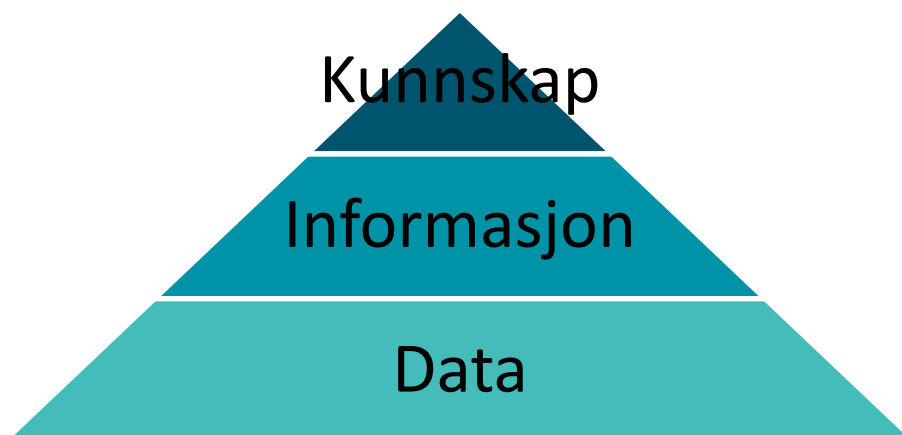
Dette betyr ikke at IPLOS ikke egner seg til bruk i interne fordelingsmodeller i kommunene. Det må stilles strengere krav til finansieringsmodeller mellom ulike forvaltningsnivåer enn det gjøres innenfor en kommune. Kommunene må dessuten forventes å ha større muligheter for å standardisere og følge opp registreringspraksis innen egen kommune.

5 BESKRIVELSE AV VIDERE UTREDNING

– «CASEMIX»

Data fra IPLOS-registeret og IPLOS-opplysningene kan være nyttige på mange måter for kommunene. De kan brukes både i den daglige dokumentasjonen og til styringsdata av ulike slag og formål som benchmarking, mål og resultatstyring og framskriving.

Figur 40: Kunnskapspyramiden.



IPLOS-data i EPJ er data om tjenester, diagnoseopplysninger, funksjonsnivå osv. I noen tilfeller er det behov for å supplere opplysningene for eksempel med demografiske data fra egen kommune, regnskapstall, tall på årsverk, personer i turnus osv. En kommune kan ha nytte av å se på for eksempel profilen til beboere i sykehjem og i hjemmetjenester slik vi har sett eksempler på før i rapporten. Dataene kan brukes til å sette en minimumsstandard for tjenester i egen kommune eller sette opp tiltakspakker basert på et utvalg av variabler for å forenkle tjenestetildelingen. Det er viktig for kommunene at ressursene blir fordelt på bakgrunn av brukernes behov. Casemix er benevnelse på pasientklassifiseringssystemer som brukes til å gruppere pasienter i klinisk relevante og mest mulig ressursmessig homogene grupper. Casemix-systemer brukes som verktøy i planlegging og styring av helsetjenestene og også til finansiering av helsetjenester i flere land. Diagnose relaterte grupper (DRG) er det beste kjente klassifiserings- og prissystemet. Det ble utviklet som et kvalitetssystem på slutten av 70-tallet av professor Robert Fetter og hans team ved Yale Universitetet. DRG-systemet grupperer pasienter på bakgrunn av diagnosekoder, kirurgiske prosedyrekoder, kjønn, alder og utskrivingstype

(Helsedirektoratet, 2011b). 1. juli 1997 ble DRG-finansieringen innført i Norge som innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehustjenester (Helsedirektoratet, 2011c).

Casemix-systemer er også utviklet for pleie- og omsorgstjenester. Det mest kjente og utbredte er Resource Utilization Groups (RUG). RUG er utviklet både for institusjonstjenester og hjemmebaserte tjenester. RUG består av algoritmer som grupperer brukerne i kategorier som reflekterer (relative) forventede kostnader. Figur 41 viser et eksempel på RUG-system for hjemmetjenester. Det fremgår at grupperingen baseres på et hierarki av sju hovedgrupper (special rehabilitation, extensive services, osv.) og innenfor gruppene brukes i første rekke ADL⁶-skår for å gruppere brukerne, men IADL⁷-skår brukes også for noen grupper til å skille brukere med samme ADL-skår. I disse tilfellene bidrar ulik IADL-skår til å differensiere forventet ressursbruk for brukere i samme ADL-skårgruppe. Til hver gruppe knyttes en casemix-indeks verdi som gir relativ forventet ressursbehov for gruppen. Finansieringsmodellene som benyttes i Trondheim er basert på en casemix-metodikk.

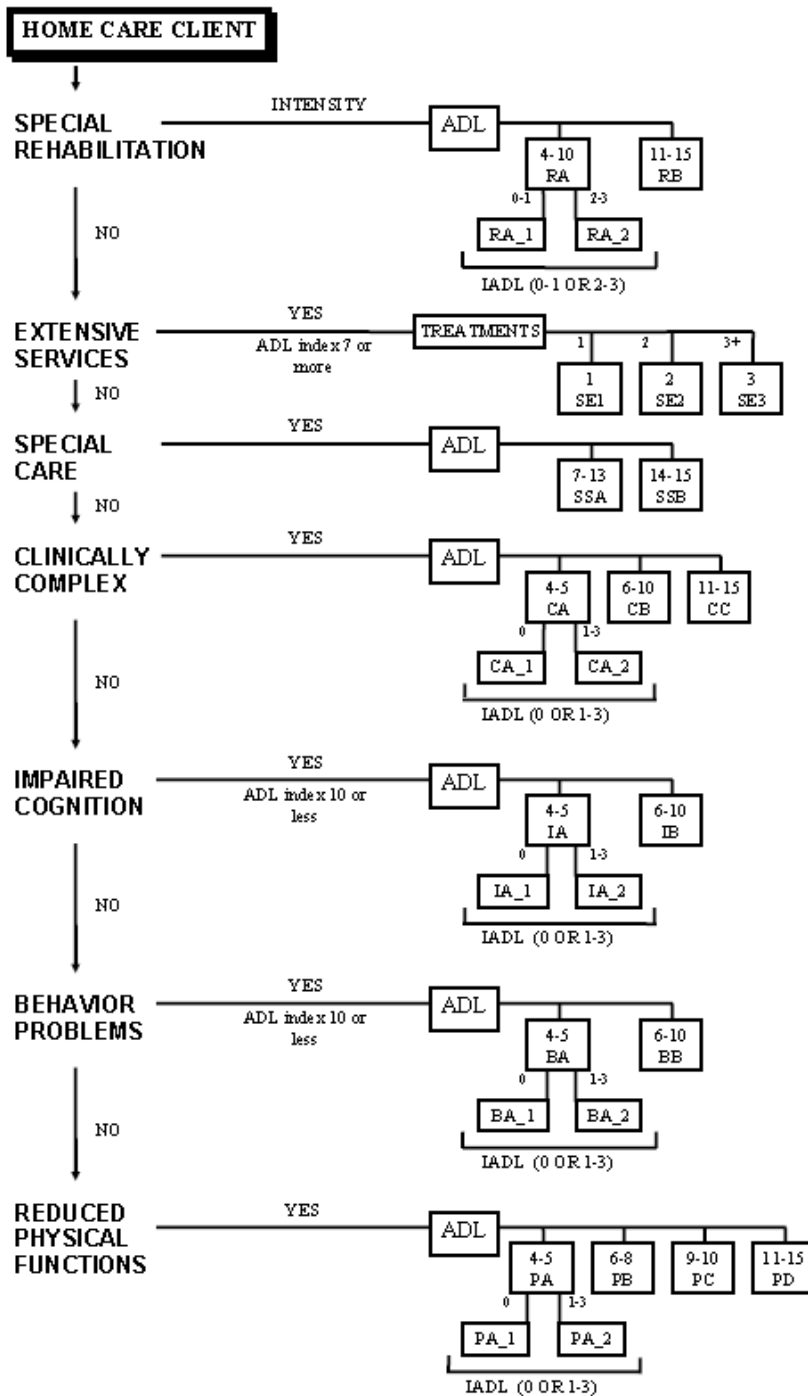
⁶ Activity of daily living.

⁷ Instrumental activity of daily living.

Figur 41: Eksempel på casemix: RUG for helsetjenester i hjemmet



RUG-III/HC Home Care Classification



Kilde: (InterRAItm, 2017)

Casemix-system kan være et nyttig hjelpemiddel for å få et forenklet uttrykk for (forventet) ressursbehov for brukerne som kan brukes som grunnlag for å sammenligne ressursbehov – og ressursbehov vs. tjenestetildeling- mellom brukergrupper, geografiske områder, kommuner, over tid osv. Et casemix-system kan danne grunnlag for aktivitetsmål for pleie- og omsorgstjenestene som tar hensyn til brukersammensetning.

5.1.1 Arbeidsgruppens vurderinger og anbefalinger

Arbeidsgruppa anbefaler at det arbeides videre med å utvikle et «case-mix»-system som knytter funksjonsnivå og andre relevante brukerkjennetegn til forventet ressursbruk. Funksjonsnivåvariablene alene er nok ikke tilstrekkelig for å beskrive bistandsbehov. Det er illustrert i tidligere kapitler gjennom blant annet tilbakemeldinger fra kommunene som beskriver en manglende sammenheng mellom funksjonsskår og ressurstildeling. Derfor må også andre kjennetegn benyttes – eller – mer finmasket bruk av funksjonsnivåvariablene (delmål, enkeltvariable) - for å kunne identifisere forskjeller i forventet ressursbehov mellom grupper av brukere med samme skår på samlemålet. Å ta utgangspunkt i gruppering av brukere for å beregne relativt ressursbehov har også den fordelen at det åpner for at det ikke er en lineær sammenheng mellom endring i funksjonsnivå og forventet endring i ressursbehov.

Et slikt utviklingsarbeid kan med fordel ta utgangspunkt i en undersøkelse av sammenhengen mellom tjenestetyper og skår på funksjonsvariablene, i tillegg til at det knyttes mot variasjon i ressursbruk/kostnader. Det vil si at man undersøker om det er signifikante mønstre i skår på enkelt variabler eller kombinasjon av variabler for brukere som mottar ulike typer tjenester enkeltvis eller i kombinasjon (jf. "tjenestepakker" diskutert i kapittel 4.2). I tillegg til å være ressursmessig homogene, bør gruppene også ha klinisk relevans, altså brukerne grupperes i klinisk meningsfulle grupper.

Målet blir å få frem en grupperingsalgoritme som blir implementert i EPJ og som knytter en "kostnadsvekt" til brukeren. "Kostnadsvekten" uttrykker relativt ressursbehov for gruppen brukeren grupperes i. Arbeidsgruppa sin vurdering er at et slikt system ikke er egnet til bruk i inntektssystemet til kommunen eller til statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester. Systemet kan likevel være et nyttig verktøy for staten og kommunene i lokale analyser, kvalitetsarbeid, planlegging, budsjettering og intern finansiering. Med ett felles "vektsett" for alle kommunene gir det også et godt utgangspunkt for å sammenligne seg med andre kommuner.

LITTERATURLISTE

- Døhl, O., Garåsen, H., Kalseth, J., & Magnussen, J. (2016). Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality. *Health Soc Care Community*, 24(3), 297-308.
- Helsedirektoratet. (2011a). "Fra tro til kunnskap": veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter (IS-1929). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/769/Veileder-i-bruk-av-IPLOS-sumrapporter-IS-1929.pdf>
- Helsedirektoratet. (5. desember 2011). *DRG-ordliste*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 22. mai 2017, fra <http://sites.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/ordliste/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (7. desember 2011). *DRG historie i Norge fra slutten av 70-tallet*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 22. mai 2017, fra <http://sites.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/drg-historie-i-norge-fra-slutten-av-70-tallet.aspx>
- Helsedirektoratet. (2014). *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten: status, utfordringer og behov* (IS-2221). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/5/Elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten-IS-2221.pdf>
- InterRAI™. (2017). [nettside]. [s.n.]: interRAI. Hentet 22. mai 2017, fra <http://www.interrai.org/>
- Kommunernes Landsforening. (2017). *FS3: fælles sprog 3*. [nettressurs]. København: FSIII. fra <http://www.fs3.nu/>
- Mørk, E., Beyer, S., Haugstveit, F. V., & Sundby, B. (2015). *Kommunale helse- og omsorgstjenester: statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Rapporter 2016/26). Oslo: SSB. Hentet fra <https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/attachment/286983?ts=158d49417a8>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *KOSTRA-databasen: nøkkeltall og grunnlagsdata* [nettressurs]. Oslo: SSB. Hentet 22. mai 2017, fra <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-databasen>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Pleie- og omsorgstjenester*. Statistikkbanken [nettressurs]. Oslo: SSB. Hentet 22. mai 2017, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=pleie&CMSSubjectArea=helse&checked=true>

VEDLEGG 1 – EPOST TIL KOMMUNENE

Hei,

Bli med på å påvirke kommunens nytteverdi av IPLOS.

I forbindelse med en arbeidsgruppe, som er et delprosjekt under [Statlige initierte omsorgstjenester](#) så skal vi se på muligheter og begrensninger ved IPLOS-opplysningene i kommunene.

Vi ønsker tilbakemeldinger fra kommunene på disse punktene:

1. Er det nye måter man kan bruke:
 - a. Enkelt variablene (Funksjonsvariablene/bistandsvariablene) på?
 - b. Samlemålet på?
 - c. Finnes det nye måter å sette sammen funksjonsvariablene (bistandsvariablene) på for eksempel for noen brukergrupper?
2. Hva kunne evt. vært annerledes?

Tilbakemeldingene vil brukes som en del av grunnlaget for å svare ut punkt 1 og 2 i gruppens mandat som du ser under.

Det er to områder vi skal vurderes (fra gruppens mandat):

1. Tiltakspakker som grunnlag for likhet i tjenestetilbudet og ressursutmåling.
 - a. Det skal beskrives kort hvordan IPLOS-data kan brukes for å sette sammen tiltakspakker i form av standardiserte sett av helse- og omsorgstjenester
 - b. vurdere om bistandsbehov/tiltakspakker kan brukes for utmåling av ressursbehov, enten i omfang eller type tjeneste
 - c. Det skal også beskrives hvordan dette kan utredes videre
2. Hvordan IPLOS-opplysningene kan bli brukt i målsettingsarbeid, kvalitetsarbeid
 - a. ved for eksempel å bruke enkeltvariabler, delmål eller samlemål for å måle effekt av iverksatt tiltak/tjeneste i det kliniske arbeidet på individnivå eller høyere nivå i kommunen.
 - b. Hvordan bruk av IPLOS-opplysningene bedre kan integreres i den daglige dokumentasjonen og brukes sammen med andre kartleggingsverktøy.

Svarene vil være et viktig bidrag til arbeidsgruppens videre arbeid.

VEDLEGG 2 – KOMMUNENES BRUK AV IPLOS – NOTAT FRA AGENDA KAUPANG

Kommunes bruk av IPLoS-data til økonomistyring og dimensjonering av tjenestetilbudet

Dagens bruk og muligheter for forbedringer

Notat

21. februar 2017

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet ved arbeidsgruppe opprettet av SIO-prosjektet

Rapportnr.: 9272

Rapportens tittel: Kommunes bruk av IPLOS-data til økonomistyring og dimensjonering av tjenestetilbudet. Dagens bruk og muligheter for forbedringer

Ansvarlig konsulent: Per Schanche

Dato: 21. februar 2017

Innhold

1	BAKGRUNN OG SAMMENDRAG
1.1	BAKGRUNN OG MANDAT
1.2	SAMMENDRAG
2	DAGENS BRUK AV STATISTIKK I PLANLEGGING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER
2.1	INNLEDNING
2.2	PLANLEGGING AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER
2.3	PLANLEGGING AV DRIFTSUTGIFTER
2.4	PLANLEGGING AV INVESTERINGER
2.5	BRUKEN AV SUMRAPPORTER OG DATA FRA IPLOS
3	IPLOS SOM GRUNNLAG FOR STATISTIKK OG STYRING
3.1	INNLEDNING
3.2	MER PRESIS OG BEDRE TILRETTELAGT KOMMUNAL STATISTIKK
3.3	MER PRESIS OG OMFORENT BRUK AV BEGREPET HELDØGNS OMSORG
3.4	TYDELIGERE AVGRENSNING AV INSTITUSJON
	LITTERATUR

Forord

Denne rapporten er et innspill til en arbeidsgruppe opprettet av SIO-prosjektet, som blant annet ser på hvordan kommunene kan få økt nytte av IPLOS-data. Det er Agenda Kaupang som er ansvarlig for innholdet i rapporten.

I arbeidsgruppen er det Jorid Kalseth fra Sintef som er leder og Yvonne Solberg som er delprosjektleder. Mandatet til gruppen er blant annet å utrede hvordan kommunene kan få økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene. Underveis har vi deltatt på to av møtene i arbeidsgruppen. Videre har det vært avholdt to møter i Helsedirektoratet, hvor også Kirsten Petersen i SIO-prosjektet har deltatt. Vi takker for nyttig og hyggelig dialog om det faglige innholdet i rapporten.

I Agenda Kaupang har arbeidet i hovedsak vært utført av Per Schanche. Problemstillingene i rapporten har imidlertid også vært drøftet med andre i Agenda Kaupang som har arbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Stabekk, 21. februar 2017

Agenda Kaupang AS

Bakgrunn og sammendrag

1.1 Bakgrunn og mandat

Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på hvordan kommunene kan få økt nytteverdi av data hentet fra IPLOS. I tillegg skal gruppen også vurdere tiltakspakker som grunnlag for likhet i tjenestetilbudet og ressursutmåling. Gruppen skal vurdere nytten både på individnivå og i styring og oppfølgingen på ulike nivåer i kommunen. Arbeidsgruppen ledes av Jorid Kalseth fra Sintef, og består av i alt ni medlemmer. Seks av disse arbeider selv i en kommune.

Vårt oppdrag har vært å bistå arbeidsgruppen basert på vår erfaring med kommunenes bruk av styringsdata i planlegging og budsjettprosesser. Bidraget fra oss har med andre ord vært et kommunalt perspektiv. Vi har ikke gått inn på hvordan kommunene bruker data i saksbehandlingen eller på individnivå.

Rapporten er basert på våre erfaringer uten noen særlig dialog med representanter fra kommuner ut over deltakerne i arbeidsgruppen. Det vil være mulig å verifisere og utdype konklusjonene i dialog med representanter for landets kommuner. En slik dialog vil trolig avdekke store variasjoner i kommunenes bruk av styringsdata.

1.2 Sammendrag

2 Planlegging av drift og investeringer krever ulik statistikk

Driftsutgiftene i mange kommuner blir budsjettert med utgangspunktet i aktiviteten i fjor og analyser basert på data fra KOSTRA med sammenlikning med andre kommuner. Utvidet statistikk, blant annet om sammensetningen av omsorgstrappen, ville gitt et bedre grunnlag for budsjettering.

Noen få kommuner har etablert aktivitetsbasert finansiering, som gir kommunene god oversikt over enhetskostnadene for tjenestene som omfattes av finansieringen.

Kommunenes *investeringer* i sykehjem og andre botilbud er preget av høye øremerkede tilskudd som kan føre til for høye investeringer. Det er krevende å utarbeide gode analyser som dokumenterer behovet for investeringer. Utvidet og bedre tilrettelagt statistikk vil kunne redusere risikoen for feil-investeringer.

3 Store kommuner har mer avansert bruk av statistikk enn små kommuner

Generelt har små kommuner i liten grad støttepersonell som kan bidra med analyser og utredninger. Små kommuner har derfor trolig mindre avansert bruk av statistikk enn store kommuner, og kanskje størst behov for bedre tilrettelegging av data.

4 Sumrapportene blir lite brukt

Det er utviklet 14 *sumrapporter* for at kommunene lokalt skal kunne ta ut statistikk til styring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Intensjonene er gode. Helsedirektoratet har gode beskrivelser av mulig bruk blant ledere på strategisk og operativt nivå og for saksbehandlere.

I 2014 var det imidlertid bare 17 % av kommunene som brukte sumrapporter. Den lave andelen henger dels sammen med at bare knapt halvparten av kommunene har fagrapportene integrert i

fagsystemet, og dels sammen med at det bare er litt over en tredjedel av kommunene som har sumrapporter hvor rapportene faktisk blir brukt.

Mulige forklaringer til lite bruk av sumrapportene er at fagsystemene i lang tid har vært levert med store feil og mangler, og det kan være er krevende å velge blant de svært mange mulighetene som finnes.

En mulig forklaring til at sumrapportene blir lite brukt, er at det er krevende å finne frem til en god bruk av de mange mulighetene som finnes. Svakheter med sumrapportene er at det ikke gis mulighet for sammenlikning med andre kommuner eller offentlig statistikk fra KOSTRA eller andre kilder.

5 Behov for standardisering og kobling til nasjonal statistikk og analyser

En mulighet kan være å tilby en anbefalt pakke med særlig relevant statistikk som er koblet til nasjonal statistikk og analyser. Publikasjon «*Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*» er være et godt utgangspunkt for utvikling av relevant kommunal statistikk.

Særlig viktig blir det å belyse sammensetningen av omsorgstrappen. Svakheten med statistikken fra KOSTRA er at den bare viser tre trinn i omsorgstrappen. Her vil inndelingen av tjenestene etter kategoriseringen i IPLOS gi et langt mer detaljert bilde av omsorgstrappen. Kommunene vil få mer presis informasjon om sammensetningen av tilbudet er i tråd med BEON-prinsippet. Dessuten kan slik statistikk bidra til å belyse overgangen fra institusjon til hjemmebasert omsorg, som til nå i liten grad blir belyst med statistisk informasjon på kommunalt nivå

6 Statistikk for ulike brukergrupper

Dersom en skal vurdere utviklingen innen pleie- og omsorgstjenestene i kommunene uten å skille brukergruppene, kan en vanskelig få til en presis analyse. Det bør derfor utvikles statistikk for de aktuelle brukergruppene: Eldre, personer med funksjonshemming og personer med rus-/ psykiske problemer.

7 Begrepet heldøgns omsorg bør brukes likt av HOD, Husbanken, SSB og KS

Aktørene bruker begrepet heldøgns omsorg. Husbanken og SSB har ulike og svært vide definisjoner av begrepet. Dersom man spurte et utvalg personer om hvordan de ville definere begrepet «heldøgns omsorg», ville nok de fleste definert begrepet snevrere enn hva Husbanken og SSB gjør. Begrepet tilslører det egentlige innholdet. Begrepene bør samordnes og brukes likt av HOD, Husbanken, SSB og KS. En felles bruk av begreper blant disse aktørene vil også kunne bidra til mindre forvirring og en mer presis planlegging på kommunalt nivå.

8 Begrepet døgnomsorg bør snevres inn og ta utgangspunkt i brukernes behov

Døgnomsorgen dekker brukere med svært ulike tilbud og behov. Kravene til personalbase som stilles av Husbanken og SSB, innebærer at det kan ta tid før helsepersonell oppdager at brukerne har behov for bistand. Det foreslås en snevrere definisjon av begrepet heldøgns omsorg, som tar utgangspunkt i brukernes behov. Begrepet bør omfatte tilbud både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger. Det bør avklares hvordan begrepet kan fange opp rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester som gjelder fra 2017.

9 Skill mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne

Begrepet «boliger med heldøgns omsorg» knytter botilbud og tjenester sammen. I planleggingen av kommunale sykehjem og boliger er det viktig at et tilstrekkelig antall enheter er egnet for å gi brukerne oppfølging av helsepersonell hele døgnet. Samtidig er det viktig å legge til rette for fleksibel bruk. Det bør være mulig å gi beboerne bistand deler av døgnet i perioder hvor beboerne har mindre behov for bistand. Et skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne kan være et viktig grep som grunnlag for mer presis kommunal planlegging.

10 Tydeligere avgrensning av institusjon

Etter forskrift om helse- og omsorgsinstitusjoner faller blant annet aldershjem og sykehjem under det kommunale institusjonsbegrepet. Kommunen bestemmer selv om en bolig skal anses som et aldershjem. Det burde vært foretatt en mer presis avgrensning av begrepet institusjon.

Dagens bruk av statistikk i planlegging av helse- og omsorgstjenester

10.1 Innledning

Bruken av statistikk kan bidra til en faktabasert styring av helse- og omsorgstjenestene. Dette kapitlet oppsummerer hvordan vi opplever at det er vanlig at kommunene løser denne utfordringen. Først oppsummerer vi noen forhold av generell karakter i planleggingen av tjenestene (avsnitt 2.2). Deretter ser vi spesielt på planlegging av driftsutgifter (avsnitt 2.3) og investeringer (avsnitt 2.4). Avslutningsvis beskriver vi kommunenes bruk av de såkalte sumrapportene (avsnitt 2.5). Det siste avsnittet er i stor grad basert på to rapporter utarbeidet av Helsedirektoratet om temaet.

10.2 Planlegging av helse- og omsorgstjenester

11 Begrepene «omsorgstrappen» er godt etablert og allment akseptert

Begreper som «omsorgstrapp» og «LEON-prinsippet» har vært i bruk i over ti år. Vårt inntrykk er at begrepene er godt kjent blant ledere og ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er allment akseptert at innholdet i begrepene danner et godt grunnlag for planlegging av tjenestene. I det følgende blir begrepene nærmere beskrevet.

Det førende prinsippet for å koble behov og tjeneste innen helse- og omsorgstjenestene er LEON-prinsippet, som gjerne kan skisseres i form av en tiltakskjede eller omsorgstrapp, se figuren under. I praksis vil dette si en tilpasset behandling og oppfølging etter det behovet brukerne har for bistand og omsorg. Dette behovet kan imidlertid endre seg, f.eks. dersom en iverksetter rehabiliterende tiltak til eldre mennesker. Det betyr at pasientene ikke skal ligge lengre på sykehus enn hva det er behov for, sett i forhold til en predikasjon av utviklingen i sykdomsbildet. I St.meld. nr. 47 (2008–2009) endres begrepsbruken fra «LEON» til «BEON» (Beste Effektive Omsorgs Nivå). Det er et mål at brukerne i størst mulig grad kan ivaretas innenfor BEON. I dette ligger det en grunnleggende forståelse om at kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver.



Figur 42: Omsorgstrappen og BEON-prinsippet (kilde: Agenda Kaupang)

Figuren på forrige side viser en teoretisk oversikt over ulike tiltak som er sentrale innen helse- og omsorgstjenester, og som kan være aktuelle for innbyggere med ulike behov. Samtidig vil bistand gitt i form av forebyggende art, kunne forhindre eksempelvis innleggelse på sykehus.

Laveste trinn i omsorgstrappen er *forebyggende arbeid*, trygghetsalarm mv. Øverste trinn er *sykehjem*, *omsorgsbolig med heldøgns bemanning* eller tilsvarende tjenester med høy bemanning. For de fleste brukergruppene innen helse- og omsorgstjenestene vil behovet variere over tid. Et behov kan også dekkes på flere måter. Dersom en bruker får tilbud om tilpasset bistand i eget hjem, kan f.eks. en innleggelse i sykehjem ofte unngås eller utsettes. Tilsvarende kan et tilrettelagt tilbud for en person med nedsatt funksjonsevne redusere behov for permanent bemanning, og trygge rammer rundt en bruker med psykiske problemstillinger forhindre en- til en-bemanning. Hvordan kommunene dimensjonerer tiltakskjeden, arbeider etter BEON-prinsippet og vurderer brukernes helhetlige behov, kan ha svært mye å si for utviklingen i forbruk av pleie- og omsorgstjenester.

Det bør også nevnes at figuren er en grov skisse som er ment å illustrere forholdene omtalt over. I praksis er det nødvendig med en mer detaljert beskrivelse av tjenester og brukernes behov.

IPLOS-registeret omfatter omtrent 30 ulike kommunale tjenester. Hvert år blir det publisert statistikk for landet som helhet etter denne inndelingen. Tilsvarende statistikk blir ikke publisert på kommunalt nivå. For kommunene ville det opplagt være en forbedring om det ble laget statistikk over sammensetningen av omsorgstrappen i den enkelte kommune. Dette forholdet blir nærmere omtalt senere i notatet.

12 KOSTRA er godt etablert i mange kommuner

KOSTRA som rapporterings- og styringsverktøy ble etablert rundt årtusenskiftet. Rapporteringen som kommunene er pålagt blir blant annet rapportert gjennom IPLOS-registeret. Det betyr altså at det utarbeides offisiell statistikk basert på dette IPLOS-registeret.

Mange kommuner bruker statistikken fra KOSTRA til å analysere hvordan situasjonen i egen kommune har vært, sammenliknet med andre kommuner. På den måten får kommunene nyttig styringsinformasjon om dekningsgrader, enhetspriser, prioriteringer og andre forhold. Opplysninger fra

KOSTRA er ofte å finne i årsmeldingen og som en del av analysene i budsjettet. Disse opplysningen blir også brukt av effektiviseringsnettverkene til KS.

13 Systemene for saksbehandling blir lite utnyttet til styring

Alle kommuner har elektroniske fagsystemer som håndterer saksbehandlingen og dokumentasjonen som ligger til grunn for vedtaket om tildeling av tjenester. Fagsystemene bidrar til at kommunene følger kravene som stilles i loven til saksbehandlingen. Den primære funksjonen til fagsystemene er altså en god oppfølging av den enkelte bruker.

Opplysningene som blir samlet inn i fagsystemene kan imidlertid også bli brukt som grunnlag for styring. Vår erfaring er at mulighetene for styring ofte ikke blir brukt. Noe av grunnen er at kommunene ikke er nok oppmerksomme på hvilke muligheter som finnes. Men vel så viktig er nok at det fortsatt er mange kommuner som ikke har etablert en tradisjon for å bruke slik styringsinformasjon.

I avsnitt 2.5 blir bruken av de såkalte sumrapportene kommentert.

14 Helse og omsorgsledere er ofte ikke opptatt av kvantitative analyser

Det er vanlig at ledere innen helse og omsorg har en helsefaglig utdanning. Vårt inntrykk er at en del av disse lederne ikke nødvendigvis er så opptatt av statistikk og en kvantitativ beskrivelse og analyse av tilbudet. Disse lederne ser ut til å ha en mer intuitiv tilnærming til fremtidig planlegging. Noen av lederne med helsefaglig bakgrunn erkjenner at de selv ikke har den nødvendige kompetansen på bruk av statistikk. Samtidig er det selvfølgelig også mange ledere med helsefaglig bakgrunn som også har et godt grep om de kvantitative sidene av driften.

Det er en klar forskjell mellom små og store kommuner når det gjelder bruken av statistikk. I store kommuner er det vanlig at det er ansatt spesialister for å ivareta denne funksjonen. I små kommuner er planleggingen i større grad ivaretatt av generalister.

14.1 Planlegging av driftsutgifter

15 Årsbudsjettet

Det er nok mest vanlig at kommunens årsbudsjett legges frem for politisk behandling etter den administrative inndelingen i kommunen. Politikerne vedtar med andre ord budsjettet for det enkelte sykehjem og andre organisatoriske enheter. I større kommuner kan budsjettet bli vedtatt på et høyere aggregert nivå, for eksempel for alle sykehjemmene i kommunen.

I budsjettet er det nødvendig å ta stilling til om aktiviteten skal videreføres eller om det skal foretas endringer. I budsjetteringen har kommunene god nytte av analysene basert på KOSTRA. En presis bruk av analysene krever at kommunene har oversikt over hvordan utgiftene for de ulike KOSTRA-funksjonene er fordelt på de organisatoriske enhetene i kommunen. Det er også nødvendig å gjennomføre egne analyser av hva som skal til for å øke eller redusere utgiftene på ønsket nivå. For eksempel kan KOSTRA gi informasjon om at nabokommunen har lavere utgifter til sykehjem. Statistikken fra KOSTRA gir imidlertid få holdepunkter om hva som skal til for å redusere utgiftene. Det er derfor nødvendig å gjennomføre egne analyser av mulige egnede tiltak.

Bergen er et eksempel på en kommune som nå legger frem budsjettet for politisk behandling basert på KOSTRA-funksjoner. En fordel med en slik budsjettering er at man får en direkte kobling mellom budsjettet og de historiske analysene basert på KOSTRA.

16 Aktivitetsbasert finansiering

Noen få kommuner har etablert en aktivitetsbasert finansiering (ABF) hvor utførerenhetene finansierer sine utgifter ved at de får betaling for omfanget av tjenester (aktiviteter) de utfører. Kristiansand, Røyken og Trondheim er eksempel på slike kommuner. Dette i motsetning til en rammefinansiering hvor utførerenhet tildeles et fast beløp til dekning av sine utgifter.

I SIO-prosjektet er den statlige rammefinansieringen erstattet med en aktivitetsbasert finansiering for fire av de seks kommunene som deltar i forsøket (Hobøl, Lillesand, Os og Stjørdal). De statlige overføringene til disse kommunene er altså avhengig av tjenestene som blir utført. Modellen gjelder for åtte tjenester til hjemmeboende og syv institusjonstjenester.

Etablering av ABF-modeller krever at kommunene har god oversikt over vedtak og føring av utgifter, slik at man har styring over enhetskostnader ved produksjon av tjenester. En styrke ved en slik modell er at den gir innsikt i enhetskostnader langt ut over det som finnes i offisiell statistikk.

Vårt notat er et innspill til arbeidsgruppen som har fått i oppgave å *«beskrive kort hvordan IPLOS-data kan brukes for å sette sammen tiltakspakker i form av standardiserte sett av helse- og omsorgstjenester, og vurdere om bistandsbehov/tiltakspakker kan brukes for utmåling av ressursbehov, enten i omfang eller type tjeneste.»*

Tiltakspakker er etter det vi kan skjønne, en avansert form for aktivitetsbasert finansiering. Den vil kunne gi nyttig innsikt for kommuner som etablerer en slik modell. Det vil imidlertid trolig bare være et svært begrenset antall kommuner som i dagens situasjon har kompetanse og kapasitet til å etablere modellen.

17 Økonomiplan

Alle kommuner har etter loven plikt til å utarbeide en økonomiplan for de nærmeste fire årene. Økonomiplanen varer altså tre år ut over årsbudsjettet. Det er store forskjeller i hvor grundig budsjetteringen blir gjort for de tre siste årene av perioden. I mange kommuner blir det ikke foretatt en reell budsjettering av disse tre årene. Her blir bare aktiviteten videreført i de tre siste årene uten at det blir vurdert om dette er realistisk.

Demografiske endringer påvirker både for inntekter og utgifter. For helse- og omsorgstjenestene er det i særlig grad utviklingen i de eldre aldersgruppene som er av betydning. Samtidig har det vært en tendens over lang tid om at en større del av utgiftene går til yngre brukere. Mange kommuner opplever det som krevende å ta hensyn til demografiske endringer på en god måte. Det er slett ikke uvanlig at demografiske endringer ikke blir tatt hensyn til i budsjetteringen innen helse og omsorg. En slik praksis kan for eksempel gjøre at det i realiteten blir foretatt innsparinger dersom de økonomiske rammene ikke øker når antall personer i aldersgruppene som mottar tjenester øker.

17.1 Planlegging av investeringer

Tilbudet av helse- og omsorgstjenester er avhengig av at kommunen kan tilby en hensiktsmessig sammensetning av sykehjem og kommunale boliger. Det er mest vanlig at kommunen eier bygningene selv, men det er også mulig å gi tjenestene i privateide bygg. Det vil ofte gå minst fem år fra planleggingen av slike bygg starter til byggene står ferdige. Derfor er det viktig med at planleggingen ligger i forkant av utviklingen.

For kommunale tjenester er det mest vanlig at investeringene finansieres av kommunens frie inntekter, og at kommunene får sine inntekter gjennom det statlige inntektssystemet. Finansieringen

av det kommunale heldøgnsstilbudet er derimot at en stor del av investeringene blir finansiert av egne statlige øremerkede tilskudd som blir administrert av Husbanken. Tilskuddene blir gitt til sykehjem og boliger med omsorg hele døgnet. I Husbanken går boligene under betegnelsen omsorgsboliger.

Gjennom de statlige tilskuddene kan kommunene bli oppmuntret til å satse på heldøgns omsorg. Trolig kan tilskuddene ha bidratt til, sammen med andre forhold, at det er en langt større del av den eldre befolkningen som er på sykehjem i Norge enn i Sverige og Danmark. Dette forholdet blir omtalt i rapporten fra produktivitetskommisjonen (NOU 2016:3⁸) lagt frem i mars 2016:

«Det synes også som om nasjonale mål for antall heldøgns omsorgsplasser har fått en uheldig symboleffekt, som uttrykk for statlig vilje til satsing på pleietrengende, løserevet fra omsorgsbildet i de ulike lokalsamfunn. Det gis en sterk stimulans til utbygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger gjennom et investeringstilskudd hvor kommunene får dekket opp mot 70 pst. av investeringskostnadene, inkludert momskompensasjon. Satsingen på heldøgns omsorg kan gå på bekostning av utbygging av hjemmebaserte tjenester og nye teknologiske løsninger som trolig kan gi både en bedre og rimeligere eldreomsorg for noen brukere.»

De statlige tilskuddene er i strid med det finansielle ansvars prinsipp, som innebærer at det skal være samme instans som bestiller og betaler for en tjeneste. Prinsippet innebærer at den som bestiller kan vurdere den samlede nytten og kostnader ved alternative tilbud. Dette prinsippet var sentralt ved etablering av det statlige inntektssystemet på slutten av 1980-tallet. I vår sammenheng betyr det at for kommune fremstår investeringene som lavere enn de faktiske utgiftene. Til sammenlikning er det kommunene selv som finansierer investeringene i skolebygg.

Samtidig er det kommunene som finansierer driftsutgiftene. En konsekvens av mange plasser på sykehjem er at også driftsutgiftene blir høye. I mange kommuner satser man bevisst på at godt utbygde hjemmetjenester til en viss grad kan erstatte dyre sykehjemsplasser.

Imidlertid blir det i noen kommuner bygget flere sykehjemsplasser enn driftsøkonomien tillater. De to bildene under viser bygging av et sykehjem som det ikke hadde vært nødvendig å bygge på mange



år.

⁸ NOU 2016:3: «Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskomisjonens andre rapport»

En av grunnene til at byggingen ble startet kan ha vært at den aktuelle kommunen har vært fristet av de statlige tilskuddene. Men vel så viktig har det nok vært at kommunen ikke hadde gjennomført de nødvendige analysene som dokumenterer behovet for flere plasser på sykehjem.

For å kunne gjennomføre en slik analyse er det nødvendig å ha en formening både om forventet utvikling for ulike aldersgrupper og om hvilke deler av omsorgstrappen som vil bli brukt i årene fremover. Vår erfaring er at det er krevende for kommunene å gjennomføre slike analyser, og at slike analyser bare blir gjennomført i noen få kommuner. Det ser ut til at det i hovedsak er store kommuner som har kompetanse og kapasitet til disse analysene, men selv i disse kommunene oppleves det som en krevende, metodisk utfordring å gjennomføre slike analyser.

18 Generell modell for planlegging av investeringer

Figuren på neste side viser en generell modell for tre ulike faser i byggingen av sykehjem og andre botilbud. De tre ulike fasene er *strategier*, *planer* og *gjennomføring*. Det finnes på ingen måte en standard gjennomføring av de ulike fasene. Fasene blir tvert imot løst svært forskjellig i kommunene.



Figur 43 Ulike faser i byggingen av sykehjem og andre botilbud

Ideelt sett kan man tenke seg at overordnede strategier danner grunnlag for planer som igjen gir grunnlag for gjennomføringen. Det er vanlig å regne at gjennomføringen av byggingen kan ta fem år dersom man også tar med tiden til å regulere tomter for byggene. Noen (få) kommuner fyller modellen på en god måte. Vanlige feil er at:

- kommunene har manglende eller vage og lite forpliktende strategier

- planer som bygger på svake eller manglende analyser
- svak prosjektstyring eller rolleforståelse i gjennomføringen av investeringene

Det betyr altså at bedre styringsinformasjon (statistikk) ville kunne gi en mer presis forståelse av status og utviklingstrekk, og dermed utgjøre et bedre grunnlag for å utforme strategier og gjennomføre de ulike fasene.

18.1 Bruken av sumrapporter og data fra IPLOS

Agenda Kaupangs oppgave har vært å belyse status og muligheter for forbedringer av kommunes bruk av IPLOS-data til økonomistyring og dimensjonering av tjenestetilbudet. I dette avsnittet ser vi spesielt på bruken av såkalte sumrapporter, som er statistikk basert på IPLOS-opplysningene fra fagsystemene i kommunene, som er tenkt brukt til styring av kommunene.

19 Hva er en sumrapport?

Nytten av sumrapportene blir beskrevet i Helsedirektoratets veileder (2011)⁹ som følger:

«Gjennom IPLOS-registeret er det mulig å få kommunal statistikk om lovpålagte helse- og omsorgstjenester. Det er utviklet 14 sumrapporter for at kommunene lokalt skal kunne ta ut statistikk til styring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Sumrapportene kan gi stor nytteverdi for kommunene ved at det nå, gis mulighet til å ta ut rapporter basert på IPLOS dokumentasjon etter eget ønske og behov.»

Opplysningene fra registeret er altså ikke bare planlagt brukt på individnivå. Det er lagt rette for at for statistikk som kan brukes til styring på strategisk og operativt nivå. Veilederen fra direktoratet gir en god beskrivelse av mulig nytte for kommuneledelse, tjenesteledere og saksbehandlere/tjenesteutøvere.

Veilederen beskriver også følgende 14 sumrapporter:

- S01: Tjenestemottakere fordelt etter bistandsbehov pr. dato (fokus på tjenestemottakere)
- S02: Tjenester fordelt etter mottakernes bistandsbehov pr. dato (fokus på tjenester)
- S03: Tildelte timer pr. uke etter bistandsbehov pr. dato (fokus på tjenestemottakere)
- S04: Tildelte timer pr. uke gruppert etter bistandsbehov pr. dato (fokus på tjenester)
- S05: Vedtak og saksbehandlingstid etter bistandsbehov i periode
- S06: Sammenligning av bistandsvariablene ved tjenestestart og tjenesteslutt for mottakere av tidsbegrenset opphold re-/habilitering i institusjon i periode
- S07: Tvang i systematiske tiltak etter sosialtjenesteloven og helsehjelp med tvang etter pasientrettighetsloven i periode
- S08: Tjenestemottakere vurdert av lege og tannhelsepersonell siste året fra dato
- S09: Bistandsbehov ved start av tjeneste til de som begynte langtidsopphold i institusjon i periode
- S10: Tjenestemottakere etter antallet tjenester og bistandsbehov pr. dato
- S11: Antall tjenestemottakere med kombinasjon av hjemmetjenester pr. dato
- S12: Bruk av tidsbegrenset opphold og avlastningsopphold i institusjon/bolig etter type opphold i periode
- S13: Fordeling av verdier på bistandsvariablene pr. dato
- S14: Varigheten av tjenesten langtidsopphold i institusjon for aktive tjenestemottakere pr. dato

For hver av rapportene er det mulig å spesifisere variabler som organisatorisk enhet, tidsperiode, aldersinndeling og fordeling av bistandsbehov. Det betyr altså at kommunene har en rekke valgmuligheter for hver av de 14 sumrapportene.

Sumrapportene omfatter *tverrsnittstatistikk* på et valgt tidspunkt (S01, S02, S03, S04, S08, S10, S11, S13, S14), *periodisk statistikk* over en angitt tidsperiode (S05, S07, S09, S12) og *forløpsstatistikk* som følger de samme tjenestemottakere over tid (S05 og S06).

Bruken av sumrapporter krever også at kommunene håndterer utfordringer knyttet til personvernet. I rapporten fra Helsedirektoratet blir utfordringene beskrevet som følger

«Sumrapporter der enkeltpersoner kan gjenkjennes skal ikke publiseres som offentlige dokumenter, verken i planer, budsjettsaker eller i annen sammenheng. Personidentifiserbare

⁹ Helsedirektoratet (2011): «*Fra tro til kunnskap. Veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter*»

sumrapporter skal heller ikke gjøres tilgjengelig for personer som ikke har de nødvendige tilgangsrettighetene.»

I praksis betyr det at statistikken som kommunene publiserer ikke kan være på et for detaljert nivå, men statistikken kan likevel gi et godt grunnlag for planlegging.

20 Hvordan bruker kommunene sumrapportene?

Det er gjennomført en spørreundersøkelse om kommunenes bruk av sumrapportene. Resultatene av undersøkelsen er dokumentert i Helsedirektoratet (2014)¹⁰. Da spørreundersøkelsen ble sendt ut var sumrapportene implementert i Cos Doc og Gericar, men med store feil. Profil hadde ikke implementert noen av rapportene i 2014. I 2014 hadde ingen av IT-leverandørene levert sumrapporter som virket, til tross for at kravspesifikasjonen ble levert i 2011. Tallene fra undersøkelsen må altså tolkes med forsiktighet¹¹. Tabellen under viser noen hovedresultater fra denne undersøkelsen.

Tabell 0-1 Bruk av sumrapporter fordelt på fagsystemer. Kilde: Helsedirektoratet (2014) og egne beregninger

	Profil	Gericar	Cosdoc	Andre	I alt
A. Er sumrapportene integrert i fagsystemet? (figur 10)	32 %	69 %	47 %		46 %
B. Hvis du har sumrapporter, brukes sumrapporter i din kommune (figur 11)	38 %	38 %	39 %		38 %
A*B: Andel kommuner som bruker sumrapport	12 %	26 %	18 %		17 %
Andel kommuner som bruker fagsystemet (tabell 1)	49 %	31 %	19 %	1 %	100 %

I 2014 var det litt under halvparten av kommunene som hadde sumrapportene integrert i fagsystemet sitt, jf. tabellen over. Profil er det systemet som hadde høyest andel hvor rapporten var integrert, og Gericar er det systemet som hadde lavest andel. Vi vet ikke om det er kommunen selv eller leverandøren av fagsystemet som er ansvarlig for den manglende dekningen.

Det var i 2014 bare litt over en tredjedel som hadde sumrapporter, som faktisk brukte dem. Andelen er på omtrent samme nivå for de tre hovedleverandører av fagsystemer til kommunene (Profil, Gericar og Cosdoc).

På bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen har vi beregnet at det bare var 17 % av kommunene som brukte sumrapportene i 2014. I spørreundersøkelsen har kommunene også fått anledning til å kommentere hvordan sumrapporten er brukt. Svarene viser varierende nytteverdi for kommunene. Noen kommuner opplever for eksempler utfordringer knyttet til datakvaliteten og relevansen av styringsinformasjonen. Andre kommuner ser til å ha god nytte av sumrapportene. Dersom det var halvparten av kommunene som brukte sumrapportene som også opplevde god nytte,

¹⁰ Helsedirektoratet (2014): «Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene? En undersøkelse til norske kommuner.»

¹¹ Det kan se ut som informanter fra kommuner med Profil ikke helt har skjønnet spørsmålet. Kanskje har disse informantene tenkt på andre rapporter som kan hentes ut fra systemet.

vil det være under 10 % av landets kommuner som opplevde god nytte av rapportene. Det ser med andre ord ut til å være et betydelig potensial for bedre bruk av opplysningene fra IPLOS-registeret til styring.

21 Gjennomgang av om opplysningene er gyldige

Beyrer og Hjemås (2016)¹² beskriver resultatene av en systematisk gjennomgang av innsendte opplysninger fra kommunene, for å avdekke om det er rapportert gyldige verdier for de ulike variablene. Det er ikke sjekket om opplysningene er riktige. Omfanget av gyldige opplysninger har økt siden oppstarten av registeret. Notatet viser at nesten alle variable er registrert med en andel på over 90 % gyldige opplysninger.

Diagnoserapporteringen har vært mangelfull siden oppstarten av registeret, men har gradvis blitt bedre. Fremover vil det arbeides videre med å øke dekningsgraden på diagnoseopplysninger i IPLOS. Forfatterne mener at informasjon om diagnoser er et viktig supplement til opplysninger om bistandsbehov for å forklare hvordan tjenestebruken varierer mellom forskjellige brukergrupper.

22 Agenda Kaupangs erfaringer om bruken av opplysninger fra IPLOS-registeret

De siste årene har Agenda Kaupang bistått kommuner landet rundt med planlegging av helse- og omsorgstjenester. I vår praksis som konsulenter har vi ikke opplevd at statistikk fra IPLOS har blitt referert i styringsdokumentene som blir lagt frem for politisk behandling. Unntaket kan være statistikk fra KOSTRA som er mye brukt og hvor IPLOS-registeret er en av kildene. I så fall bygger statistikken på rapporteringen fra kommunen til Statistisk sentralbyrå, og ikke uttak av statistikk fra kommunens fagsystemer. Vårt inntrykk er at fagsystemene i hovedsak blir brukt administrativt, enten det gjelder saksbehandling, oppfølging på individnivå eller produksjon av styringsinformasjon.

Vi har registrert utfordringer knyttet til kvaliteten av opplysninger som legges inn i registeret på følgende områder

- Kommunene har ulik praksis for registrering av vedtakstimer. Dette gjelder spesielt boliger med døgndrift. I noen boliger kan summen av vedtakstimer være høyere enn tilgjengelige timer fra ansatte som arbeider i boligene. I Helsedirektoratet (2015)¹³ får kommunene veiledning i hvordan vedtakstimer skal føres. Riktig føring av timer er krevende. I veilederen får kommunene lite informasjon om hvordan føringen skal gjøres i praksis. Det blir ikke opplyst om at timene som føres i IPLOS aldri skal overstige personalressursene. Ulik praksis er altså både et resultat av at føringen er krevende og at det kan være fristende med en føring som utløser større tilskudd fra staten. Her er det altså muligheter for å gi tydeligere føringer i neste versjon av veilederen. Føringen i kommunene kan være motivert av et ønske om å øke det statlige tilskuddet som gis gjennom ordningen «ressurskrevende tjenester». Det kan kanskje gis tydeligere føringer om hvordan revisjonen av søknaden om dette tilskuddet skal gjennomføres
- Til en viss grad er det forskjeller i hvordan skalaen for funksjonskartleggingen av ADL-skåringen blir brukt. Dette gjelder både internt i en kommune og mellom kommuner
- En vanlig feil er at sluttdato for vedtakene ikke blir lagt inn i fagsystemet

¹² Beyrer og Hjemås (2016): «Kvalitet i IPLOS-registeret. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering 2015». Av Svetlana Beyrer og Geir Hjemås. Notater 2016/24 fra Statistisk sentralbyrå

¹³ Helsedirektoratet (2015): «IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester»

- Ved nytt vedtak er det ikke alltid bistandsbehovet blir oppdatert. I spørreundersøkelsen fra Helsedirektoratet, svarte bare 35,6 % av informantene at dette alltid blir gjort
- Noen kommuner fatter ikke vedtak for tjenester innen psykisk helse. Samtidig er det også mange kommuner som fatter vedtak for denne gruppen, og antall kommuner som fatter vedtak har økt de siste årene
- Bistandsvariablene er delt inn i fem funksjonsgrupper: Husholdsfunksjoner, ivareta egen helsetilstand, egenomsorg, sosial fungering og kognitiv svikt. Denne inndelingen oppleves som nyttig
- Til en viss grad vil det være en sammenheng mellom ADL-skår og behovet for ressurser. Sammenhengen er imidlertid ikke entydig. Et eksempel er kartleggingen av kognitiv svikt hos personer med demens
- Det finnes andre mer grundige metoder for kartlegging, som for eksempel Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC). Denne metoden er brukt i VID (2016)¹⁴. Her er det foretatt en sammenlikning av hvordan IPLOS og RAI-HC kartlegger kognitiv svikt, ernæring, sosial fungering, pårørendes situasjon og andre områder. Det anbefales å gjennomføre et prøveprosjekt hvor de eldre hjemmeboende blir vurdert både med IPLOS og RAI-HC. Resultatene vil vise i hvilken grad det er korrelasjoner mellom de to metodene på ulike områder
- Noen kommuner har gitt uttrykk for at de ønsker å gjøre egne analyser på filene til SSB som ligger til grunn for publisering av statistikk. Disse filene vil omfatte feilrettinger som gjøres av SSB, og vil derfor være av bedre kvalitet enn kommunens egne tall. Etter det vi har skjønnet har ikke SSB åpnet for at kommunene kan bruke filene på denne måten

¹⁴ VID (2016): «Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester» Utarbeidet av VID og Agenda Kaupang

23 IPLOS som grunnlag for statistikk og styring

23.1 Innledning

Forrige kapittel gir en beskrivelse av dagens bruk av statistikk i planlegging og styring av kommunenes helse- og omsorgstjenester. Opplysningene som blir rapportert gjennom IPLOS-registeret gir muligheter for å utarbeide bedre statistikk som kan gi grunnlag for en mer presis kommunal styring av tjenestene. Vi legger her frem noen synspunkter om hvordan dette kan gjøres (avsnitt 3.2).

Kapitlet drøfter også bruken av begrepet «heldøgns omsorg» (avsnitt 3.3). Vi mener er at begrepet er tilslørende og at det bidrar til en lite presis planlegging. Det blir gitt en begrunnelse for hvorfor vi mener at begrepet er lite egnet og vi legger frem forslag til forbedringer.

23.2 Mer presis og bedre tilrettelagt kommunal statistikk

24 Behov for standardisering og kobling til nasjonal statistikk og analyser

Det kan altså være at sumrapportene blir lite brukt fordi fagsystemene i lang tid har levert med store feil og mangler og det kan være er krevende å velge blant de mange mulighetene som finnes. En mulighet kan være å tilby en anbefalt pakke med særlig relevant statistikk som er koblet til nasjonal statistikk og analyser. Da ville terskelen for bruk av sumrapportene bli lavere, også for ledere og ansatte som kanskje verken har kompetanse, tid eller interesse for mer avanserte analyser. Samtidig som bruken blir standardisert, er det fortsatt mulig å åpne for mer avansert bruk av IPLOS-opplysningene, slik at kommunene som har kommet lengst fortsatt kan dekket sine behov.

Ved hjelp av sumrapportene kan kommunene få bedre oversikt over den løpende driften av tjenestene. Dersom disse rapportene er koblet til relevant statistikk for den historiske utviklingen, vil det bli lettere å bruke sumrapportene til å velge styringsindikatorer av særlig betydning og til å fastlegge mål for ønsket utvikling for disse indikatorene.

KOSTRA er som tidligere nevnt, godt etablert i mange kommuner. Det kan derfor være fornuftig at ny statistikk blir sett i sammenheng med det som allerede finnes. Uansett vil muligheten for sammenlikningen mellom kommuner være viktig.

25 Kommunal statistikk med nasjonale referanser

Statistisk sentralbyrå ga i september 2016 ut publikasjon «*Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*». Dette er en årlig publikasjon med statistikk for landet som helhet. Grunnlaget for statistikken er IPLOS-registeret med opplysninger på individnivå som er rapportert inn for alle landets kommuner. Publikasjonen omfatter statistikk for en rekke forhold hvor det ennå ikke finnes statistikk på kommunenivå.

Denne statistikken vil være et godt utgangspunkt for utvikling av relevant kommunal statistikk. På kommunalt nivå vil det være særlige utfordringer knyttet til personvernet. Detaljert statistikk kan føre til «prikking»¹⁵ av mange av cellene i statistikken i små kommuner ved publisering. Det er mulig å redusere omfanget av prikker ved at statistikken publiseres på et høyere aggregert nivå enn det man

¹⁵ «Prikking» innebærer at tall i en tabell erstattes med to prikker. Dette er gjort fordi det ikke skal være mulig å identifisere enkeltindivider.

ideelt sett kanskje hadde ønsket. En annen mulighet er å publisere nøkkeltall med en teller og nevner, slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner.

Problemet med prikker gjelder statistikken som publiseres. For intern bruk kan kommunene utarbeide statistikk fra fagsystemene hvor det også er mulig å identifisere enkeltpersoner. Slik statistikk kan altså ikke offentliggjøres.

26 Belys sammensetningen av omsorgstrappen

I perioden fra 2008 til 2015 har utgiftene for landet som helhet til pleie- og omsorgstjenester økt fra rundt 80 til 90 milliarder, noe som gir en vekst på rundt 12 %. Beløpene er målt i faste priser (2015-kroner). Tilnærmet hele økningen har skjedd for hjemmeboende og aktivisering. Utgiftene til institusjon har vært omtrent uendret gjennom perioden. Resultatet er at andelen av utgiftene til institusjon i perioden har blitt redusert fra 47 % til 44 %.

På kommunalt nivå er det store forskjeller i hvor stor del av utgiftene som blir brukt på institusjon. I Stjørdal var andelen så lav som 20 % i 2015. I år 2000 brukte kommunen halvparten av utgiftene på institusjon. Andelen har altså blitt redusert med 30 prosentpoeng i løpet av 15 år.

Utgiftene i institusjon er ikke knyttet til individuelle hjelpebehov/enkeltvedtak som hjemmebaserte tjenester. Her er det bemanningsplanene som er den viktigste kostnadsdriveren. Dette gjør at det er store forskjeller i hvor store utgifter samme hjelpebehov utløser. Blant annet vil det være viktig i hvilken grad kommunene har etablert bemanningsplaner med ulikt nivå på omfanget av bistanden (pleiefaktor).

Også når det gjelder dekningsgrader for institusjon er det en utvikling i retning av at andelen over 80 år på institusjon blir redusert og at en større del av tilbudet om døgnomsorg blir gitt i omsorgsboliger.

Vår erfaring er at overgangen fra institusjon til hjemmebasert omsorg i liten grad blir belyst med statistisk informasjon. Det har skjedd en endring over flere tiår som i liten grad har vært belyst med fakta. Det er altså mulig å bruke statistikk fra KOSTRA til å belyse utviklingen som skjer i hele Norden, hvor flere som får tilbud i eget hjem og færre som får tilbud på institusjon.

Svakheten med statistikken fra KOSTRA er at den bare viser tre trinn i omsorgstrappen. Her vil inndelingen av tjenestene etter kategoriseringen i IPLOS gi et langt mer detaljert bilde av omsorgstrappen. På nasjonalt nivå publiseres det allerede interessant statistikk over utviklingen av antall brukere av de ulike tjenestene. For kommunene ville det vært svært nyttig å kunne sammenlikne sammensetningen av egen omsorgstrapp med det som ellers er vanlig.

Bergen og Røyken er eksempel på kommuner som har laget en kontoplan hvor utgiftene blir registrert både etter funksjonene i KOSTRA og tjenestene i IPLOS. Med en slik tilnærming vil det være mulig å få oversikt over (enhets)kostnader for egne tjenester på en måte som er koblet til KOSTRA. Kommunene har etter det vi har skjønnet en kontoplan for tjenester hvor de tre første sifrene er KOSTRA-funksjoner, mens det fjerde (og kanskje femte) sifre viser IPLOS-tjenesten (eksempel 2541, 2542, 2543 osv.).

27 Statistikk for ulike brukergrupper

I KOSTRA-rapporteringen av hjemmetjenester er det kostnader knyttet til både funksjonshemmede/-utviklingshemmede, psykisk helse og rus, samt ordinær hjemmebasert omsorg til eldre, både ambulant og i omsorgsboliger med bemanning. Dersom en skal vurdere utviklingen innen pleie- og omsorgstjenestene i kommunene uten å skille brukergruppene, kan en vanskelig få til en presis

analyse. Dette gjelder spesielt når en skal vurdere ulik praksis og prioritering mellom kommuner, samt utvikling i kostnader. Dersom en kommune har økte objektive behov innen eldreomsorgen, og opplever press på sykehjem – og samtidig kan vise til økte ressurser til hjemmetjenester gjennom KOSTRA-rapporteringen – må en analysere hvor en har økte kostnader. Dersom størsteparten av denne kostnadsøkningen eksempelvis henger sammen med botilbud eller ambulerende tjenester til funksjonshemmede/utviklingshemmede, er det naturlig at det blir press på sykehjemsplasser.

Det bør derfor utvikles statistikk for de aktuelle brukergruppene: Eldre, yngre personer med nedsatt funksjonsevne og personer med rus-/ psykiske problemer. Statistikken kan forbedres ved å bruke organisasjonsnummer og/eller diagnose og alder. På kommunenivå vil man kunne få innsikt i tilbudet til de ulike brukergruppene ved å bruke sumrapporter for de ulike tjenestestedene og for ulike diagnoser.

28 Analyser av konsekvenser av demografisk utvikling

Så langt har vi pekt på muligheten til å utvikle bedre og relevant statistikk som kan brukes som grunnlag for kommunal styring. Neste steg kunne kanskje være å lage enkle oppskrifter for analyser av dataene. For kommunene ville det for eksempel være nyttig å vite hvordan man kan analysere effekten av demografiske endringer. Slik hjelp vil kunne gjøre det lettere å lage gode budsjetter for drifts- og investeringsutgifter.

28.1 Mer presis og omforent bruk av begrepet heldøgns omsorg

For planlegging av investeringer i sykehjem og andre kommunale boliger er det behov for annen statistikk enn for planlegging av driftsutgiftene (jf. avsnitt 2.4 og 2.5). For investeringene er det særlig behov for å utvikle en statistikk som bygger på en mer presis og omforent bruk av begrepet heldøgns omsorg. Dette forholdet blir nærmere belyst i det følgende.

Det er tre utfordringer knyttet til begrepet heldøgns omsorg:

1. Aktørene bruker begrepet ulikt
2. Døgnsomsorgen dekker brukere med svært ulike tilbud og behov
3. Begrepene knytter botilbud og tjenester sammen

Først blir de tre utfordringene nærmere beskrevet. Resultatet er at Begrepet «heldøgns omsorg» etter vår mening er tilslørende og at det bidrar til en lite presis planlegging. Kapitlet avsluttes med en gjennomgang av forslag til hvordan hver av utfordringene kan løses.

29 Aktørene bruker begrepet døgnsomsorg ulikt (utfordring 1)

De ulike aktørenes avgrensning av begrepet «heldøgns omsorg» er vist i tabellen på neste side.

Tabell 0-2 Oversikt over hvordan ulike aktører bruker begrepet «heldøgns omsorg»

Aktør	Krav til personalbase	Krav til eieform	Type bolig
Husbanken	Omfatter også bygg hvor basen for hjemmetjenesten er et stykke unna Brukere med vedtak om heldøgns omsorg		Omsorgsboliger med heldøgns omsorg med tilskudd fra Husbanken
Statistisk sentralbyrå (SSB)	Bygningen må ha tjenesteyter tilstede hele døgnet Kortvarige tilsynsrunder i nærliggende bygg godtas	Krav om husleiekontrakt og betaling av husleie Tar ikke med boliger med kun en beboer	Bruker begrepet «bolig» som også kan omfatte boliger uten tilskudd fra Husbanken
Kommunene	Ingen felles definisjon. Forvirring om definisjonene til Husbanken og SSB	Omfatter vanligvis også private boliger	Omtales som omsorgsboliger, plussboliger, serviceleiligheter mv.

Som tabellen over viser er det store forskjeller for hvordan aktørene bruker begrepene når det gjelder krav til personalbase og eieform og hvilken type boliger som omfattes av «heldøgns omsorg». Disse forskjellene blir nærmere kommentert i det følgende.

Krav til personalbase: Husbanken har det minst strenge kravet til personalbase. Det holder med en base i hjemmetjenesten som kan være lokalisert et stykke unna. Husbanken stiller krav om vedtak om heldøgns praksis. Dette blir gjort under planleggingen av bygget. Det blir ikke fulgt opp om beboerne faktisk har et slikt vedtak.

SSB: I veilederen til KOSTRA¹⁶ blir det stilt krav om at «bygningen må ha tjenesteyter til stede hele døgnet». I praksis åpner SSB for at basen også kan være lokalisert til nærliggende bygg. Likevel har antakelig SSB en noe strengere krav til personalbase enn Husbanken.

Kommunene: I kommunene er det stor forvirring om hvilke krav Husbanken og SSB har til personalbasen. Det er få som kjenner definisjonen av heldøgns bemanning. Definisjonen er relativt bortgjemt i veilederen til SSB. Dette er en utfordring når statistikken skal brukes på strategisk nivå som grunnlag for dimensjonering av fremtidig utbygging.

Krav til eieform: Her har Husbanken og SSB strengere krav til eieform enn det som er vanlig i kommunene. Forskjellen er at kommunene også tar med tilbud i private boliger og tilbud som bare blir gitt til en beboer. Botilbud gitt av stiftelser inngår i det samlede tilbudet gitt i en kommune, men regnes heller ikke med i statistikken til SSB.

Type bolig: Husbanken bruker begrepet omsorgsbolig om boliger hvor kommunene har fått tilskudd. Det blir bare gitt tilskudd til boliger med heldøgns omsorg.

SSB bruker begrepet «bolig» som også kan omfatte boliger uten tilskudd fra Husbanken. Det blir ikke ført egen statistikk for omsorgsboliger¹⁷.

¹⁶ Kravet i KOSTRA til at en bolig kan regnes som et heldøgnsstilbud. Ellers bygger statistikken til SSB på opplysninger både fra IPLOS og KOSTRA.

Kommunene bruker begrepene som omsorgsboliger, plussboliger, serviceleiligheter mv. Tilbudene gitt i de ulike type boligene trenger ikke nødvendigvis å være et heldøgns tilbud.

30 Døgnsorgen dekker brukere med svært ulike tilbud og behov (utfordring 2)

Videre har vi sett på gjennomsnittlig antall tildelte timer i casekommunene for ulike boformer. Antall tildelte timer uttrykker hvor mye bistand beboerne trenger. Forskjeller mellom kommunene i tildelte timer kan derfor være et uttrykk for at de ulike boformene blir brukt ulikt. SSB gjør oppmerksom på at timeregistreringen i kommunene er usikker. Tallene i tabell 3.5 nedenfor må derfor tolkes med en viss grad av forsiktighet.

Tabell 0-3 Gjennomsnittlig antall timer for personer over 80 år med ulike botilbud.

	Gjennomsnittlig antall tildelte timer							
	Bærum	Asker	Oslo	Kristian-sand	Os	Fjell	Kristian-sund	Tromsø
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	17,9	17,1	8,7	20,9	38,9	43,8	19,5	16,7
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	.	5,3	6,4	8,3	.	.	8,9	13,1
Bolig uten fast tilknyttet personell	.	4,8	7,3	9,1	9,2	8,1	6,6	.
Bolig uoppgitt bemanning	11,4	.	5,3	.	.	.	.	.
Tjenestemottakere i egen bolig	4,3	5,1	5,3	4,8	5,6	5,1	5,7	6,0

For *boliger med fast personell hele døgnet* er det store forskjeller i gjennomsnittlig antall timer som tildeles beboerne (jf. tabellen ovenfor). Dette gjennomsnittet varierer fra 8,7 timer i Oslo til 43,8 timer i Fjell. Fjell er en kommune som gir en relativt omfattende del av heldøgnsstilbudet i boliger med bemanning. Det er derfor ikke overraskende at beboeren i boligene i Fjell har mer behov for bistand enn tilsvarende beboere i andre kommuner.

Tilbudet i Oslo blir gitt til beboere med et relativt lite behov for omsorg sammenliknet med de andre kommunene. Det betyr at Oslo ikke i samme grad som de andre kommunene har bygget ut et botilbud til eldre med et omfattende behov for bistand. Dette kan være en forklaring på at det er en relativt høy andel av eldre over 80 år som er på sykehjem i Oslo.

De store forskjellene for *boliger med fast personell hele døgnet* kan sies å være et resultat av at det kun blir stilt krav om at personalbasen skal være i samme bygg (jf. tabell 3.1). En slik definisjon åpner for svært forskjellige løsninger, og viser at boliger med heldøgns omsorg ikke kan sies å være et enhetlig begrep. Man kan også stille spørsmål om det er hensiktsmessig å lovfeste retten til et tilbud som omfatter så mange forskjellige løsninger.

Videre er det relativt små forskjeller mellom antall timer til beboere i *boliger med fast tilknyttet personell deler av døgnet* og *boliger uten tilknyttet bemanning*. Det kan tyde på at lokaliseringen av bemanningsbasen ikke er av så stor betydning for beboere som får et tilbud deler av døgnet.

For disse to boformene er det heller ikke så store forskjeller i gjennomsnittlig antall tildelte timer. Det kan tyde på at de utvalgte kommunene bruker disse boligene til samme type brukere.

¹⁷ I IPLOS blir det registrert om en bolig har fått tilskudd fra Husbanken og om den dermed kan regnes som en omsorgsbolig. Vi kjenner imidlertid ikke til at det blir utarbeidet statistikk som viser hvor mange av boligene som er omsorgsboliger.

31 Begrepene knytter botilbud og tjenester sammen (utfordring 3)

Statistisk sentralbyrå publiserer statistikk hvor tjenestemottakerne som ikke bor i egen bolig blir fordelt på fem typer boliger etter som boligene har fast tilknyttet personell hele eller deler av døgnet (jf. tabell 3.2). Denne statistikken blir laget på grunnlag av data som finnes i IPLOS-registeret.

Det kan se ut som statistikken bygger på en forestilling om at det er de samme boligene som over tid tilbyr døgnomsorg. Kanskje bygger på denne forestillingen på at Husbanken bare gir tilskudd til boliger med døgnomsorg. For kommunene er det hensiktsmessig med boliger med muligheter for fleksibel bruk og at bemanningen over tid tilpasses behovet til brukerne som til enhver tid bor i boligene. Det hadde derfor vært bedre om kategoriene som ble brukt ikke ble koblet til bo- og tjenestetilbudet. En slik løsning ville gjort det lettere med å skille planleggingen av bo- og tjenestetilbudet.

For tjenestemottakere er det ikke foretatt en fordeling av om det gis omsorg hele eller deler av døgnet. Dette er en bedre løsning, selv om det finnes eksempler på kommuner som etablerer baser i private boliger.

32 Begrepet heldøgns omsorg bør brukes likt av HOD, Husbanken, SSB og KS (løsning 1)

Husbanken og SSBs ulike bruk av begrepet døgnomsorg bidrar til forvirring i kommunen. Den største utfordringen er nok likevel at begrepet er svært vidt og at det er et begrep som verken er intuitivt eller så godt egnet for kommunal planlegging. Dersom man spurte et utvalg personer om hvordan de ville definere begrepet «heldøgns omsorg», ville nok de fleste definert begrepet snevrere enn Husbanken og SSB. Begrepet tilslører altså det egentlige innholdet.

Det burde være et mål at sentrale aktører som HOD, Husbanken, SSB og KS har en omforent og felles bruk av begreper. En felles bruk av begreper blant disse aktørene vil også kunne bidra til mer presis planlegging på kommunalt nivå.

Husbanken gir bare tilskudd til sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorg. Satsen for omsorgsboliger er noe lavere enn for sykehjem. Definisjonen som blir brukt er trolig i første rekke utviklet for å kunne gi en hensiktsmessig forvaltning av tilskuddene. Den relativt vide definisjonen til Husbanken kan være et resultat av at Husbanken ikke gir tilskudd til boliger uten heldøgns bemanning.

Definisjonen bør i større grad tilpasses kommunenes behov. I det følgende blir det drøftet hva som kan være en hensiktsmessig definisjon.

33 Begrepet døgnomsorg bør snevres inn og ta utgangspunkt i brukernes behov (løsning 2)

Først bør det tas stilling til om døgnbemanning er et hensiktsmessig begrep for planlegging av helse- og omsorgstjenester. I Sverige blir det utarbeidet statistikk uten at begrepet døgnbemanning blir brukt. Dersom begrepet skal brukes, bør definisjonen være snevrere enn i dag.

Kravene til personalbase som stilles av Husbanken og SSB, innebærer at det kan ta tid før helsepersonell oppdager at brukerne har behov for bistand. Det foreslås en snevrere definisjon av begrepet heldøgns omsorg som tar utgangspunkt i brukernes behov. Helsepersonell bør kunne nå brukerne på kort varsel. Stortinget, 9. juni 2016, vedtok endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven som rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Retten gjelder dersom dette, etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering, er det

eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Følgende definisjon¹⁸ ble lagt til da lagt til grunn:

Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes i lovforslaget boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

Det betyr altså at den lovbestemte retten til et heldøgns tilbud bygger en langt snevrere definisjon enn det som brukes av SSB og Husbanken. Definisjonen i loven ser også ut til å være et godt utgangspunkt for kommunal planlegging. SSB og Husbanken bruke en noenlunde tilsvarende definisjon. Begrepet bør omfatte tilbud både i kommunale bygg, stiftelser og i private boliger.

Det kan være nødvendig med ytterligere utredninger for å komme frem til en mer presis definisjon av begrepene. Blant annet vil det være nødvendig å ta stilling til i hvilken grad velferdsteknologi kan påvirke definisjonene. For eksempel kan fallsensorer bidra til at helsepersonell ved behov kan nå brukere på kort varsel, selv om de ikke oppholder seg i umiddelbar nærhet av brukerne.

34 Skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne (løsning 3)

I planleggingen av kommunale sykehjem og boliger er det viktig at et tilstrekkelig antall enheter er egnet for å gi brukerne oppfølging hele døgnet av helsepersonell. Samtidig er det viktig å legge til rette for fleksibel bruk. Det bør være mulig å gi beboerne bistand deler av døgnet i perioder hvor beboerne har mindre behov for bistand.

For kommunene kan det være nyttig å vite hvor mange boliger som egner seg som heldøgns omsorg, og hvor mange brukere som får et slikt tilbud. Statistikken bør altså skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne.

Et skille mellom egenskaper ved boligen og vedtak gitt til brukerne kan være et viktig grep som grunnlag for mer presis kommunal planlegging. Dette grepet kan gjøres uavhengig av om man bruker begrepet heldøgns omsorg. For kommunene vil det viktigste antakelig være å fokusere på det samlede behovet for boliger som skal bygges i kommunal regi, og å sørge for at boligene er egnet for fleksibel bruk. Det er derfor ikke sikkert at begrepet heldøgns omsorg er nødvendig som grunnlag for kommunal planlegging. Som vi tidligere har vist, omfatter begrepet svært store variasjoner i omfanget av bistanden som blir gitt. Etter det vi kjenner til skiller ikke de andre nordiske landene i statistikken mellom tilbudet om heldøgns omsorg og andre botilbud til eldre.

Tabellen på neste side skisserer vanlige bo- og tjenestetilbud til brukere med ulikt behov for bistand og hvilken bemanningsløsning det er hensiktsmessig for kommunene å etablere. Det kommer her fram at mange tilbud kan være aktuelle for personer på samme nivå når det gjelder behovet for bistand.

¹⁸ Innst. 372 L (2015–2016) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen Prop. 99 L (2015–2016)

Tabell 0-4 Illustrasjon av bo- og tjenestetilbud til brukere med fire nivåer for bistand

Nivå/behov for bistand	Type bolig	Tilbud av tjenester	Bemanningsløsning
Nivå 1: Lavt behov for bistand	Private hjem og «plussboliger»	Forebyggende tjenester, hjemmetjenester og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 2: Noe behov for bistand	Private hjem, omsorgsboliger, «plussboliger»	Hjemmetjenester, korttidsopphold og medisinsk oppfølging	Ambulant bemanning fra sentral base
Nivå 3: Middels behov for bistand	Tilrettelagte omsorgsboliger og private hjem «plussboliger»	Hjemmetjenester, korttidsopphold og medisinsk oppfølging	Base i samme bygg med bemanning hele eller deler av døgnet
Nivå 4: Omfattende behov for bistand	Omsorgsboliger med heldøgns omsorg og sykehjem	Intensiv pleie og omsorg	Døgnbemanning

34.1 Tydeligere avgrensning av institusjon

I dette avsnittet ser vi nærmere på at begrepet institusjon ikke er entydig definert, noe som gjør det ytterligere vanskeligere å sammenlikne statistikk på tvers av kommuner.

35 Hva er en institusjon?

Etter forskrift om helse- og omsorgsinstitusjoner faller blant annet aldershjem og sykehjem under det kommunale institusjonsbegrepet. Det er i utgangspunktet kommunen selv som bestemmer om en bolig skal anses som et aldershjem. For sykehjem blir det blant annet stilt krav om å ha tilknyttet en sykehjemslege. Edvardsen og Helland (2014)¹⁹ omtaler tilsvarende krav til aldershjem som følger:

«For aldershjem finnes ikke spesielle krav kvalitetskrav knyttet til drift og etablering av et aldershjem. Det betyr at det for eksempel er mulig å definere en bolig hvor den bare bor en beboer, eller et rom i en omsorgsbolig, som et aldershjem, og her kreve betaling etter egenandelsforskriften»

Det betyr altså at det ikke er noen klar avgrensning av begrepet institusjon. Kommunene kan altså selv i stor grad bestemme om et botilbud skal være institusjon (aldershjem) eller ikke. Det innebærer at det ikke uten videre blir riktig å sammenlikne dekningen av institusjon mellom kommuner. Vi vet ikke om i hvilken grad kommunene bruker begrepet institusjon ulikt. I praksis kan det derfor være at denne feilkilden ikke er så stor.

Feilkilden vil elimineres ved en mer entydig avgrensning av begrepet institusjon. Da vil det kunne utarbeides mer presis statistikk som grunnlag for kommunal planlegging.

¹⁹ Edvardsen og Helland (2014): «Betaling for beboere i institusjon». Av Åsmund Edvardsen og Leif Kåre Helland

36 ..og hva heter det som ikke er en institusjon?

Edvardsen og Helleland drøfter videre hvilket begrep man skal bruke på det som *ikke* er en institusjon:

«Hvis boligen ikke er en institusjon, vil den være en form for omsorgsbolig. Det finnes ingen lovdefinisjon av begrepet omsorgsbolig. Begrepet brukes om alle typer boliger utenfor institusjon. I St. mld. Nr. 35 (1994-95) omtales omsorgsbolig som: «en mellomløsning mellom brukernes opprinnelige bolig og en institusjonsplass. Disse boligene skal brukes av eldre og andre med pleie og omsorgsbehov». Slike boliger kan ha mange ulike betegnelser, som for eksempel velferdsbolig, trygdebolig, eldreleilighet, aldersbolig, trygdepensjonat, bo- og servicesenter, pleie- og omsorgshjem, bo- og aktivitetssenter og bokollektiv.»

Forfatterne bruker altså begrepet omsorgsbolig på det som ikke er institusjon. Det er kanskje litt forvirrende ettersom omsorgsboliger er et begrep brukt av Husbanken om boliger som har fått tilskudd. Det blir gitt pleie- og omsorgstjenester i andre kommunale (og private) bygg som kan være godt tilrettelagt for personer med behov for bistand, men som ikke mottar tilskudd fra Husbanken.

Forfatterne gir ellers en god oversikt over floraen av begrep som blir brukt i kommunene. De ulike begrepene kan være et uttrykk for at det ikke finnes noen felles forståelse av hva tilbudene skal omfatte. Som vi tidligere har vært inne på, kan kanskje nøkkelen til en bedre kommunal planlegging være å utarbeide statistikk som i større grad tok utgangspunkt med ulikt behov for bistand (jf. figur 3.1).

Litteratur

Beyrer og Hjemås (2016): «Kvalitet i IPLOS-registeret. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering 2015». Av Svetlana Beyrer og Geir Hjemås. Notater 2016/24 fra Statistisk sentralbyrå

Edvardsen og Helland (2014): «Betaling for beboere i institusjon». Av Åsmund Edvardsen og Leif Kåre Helland

Helsedirektoratet (2015): «IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester»

Helsedirektoratet (2014): «Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene? En undersøkelse til norske kommuner.»

Helsedirektoratet (2011): «Fra tro til kunnskap. Veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter»

Innst. 372 L (2015–2016) Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen Prop. 99 L (2015–2016)

NOU 2016:3: «Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Produktivitetskommisjonens andre rapport»

Statistisk sentralbyrå (2016): «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2015. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere».

Statistisk sentralbyrå (2015): «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere».

VID (2016): «Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad. Færre institusjonsplasser, mer omfattende hjemmetjenester» Utarbeidet av VID og Agenda Kaupang

IPLOS må bli en viktig del av denne utviklingen for å sørge for at opplysningene er integrerte, felles og relevante. Er kartleggingen kommunene gjør svært ulik sykehuset?

IPLOS – KARTLEGGING	SJUKEPLEIEOPPLYSNINGAR
1. <u>Alminneleg</u> husarbeid 2. Skaffe seg varer og <u>tenester</u> 3. <u>Personleg</u> hygiene 4. På og avkleddning 5. Toalett 6. Lage mat 7. Spise 8. Bevege seg <u>innandørs</u> 9. Bevege seg <u>utandørs</u> 10. Ivareta eigen helse 11. Hukommelse 12. Kommunikasjon 13. Beslutninger i <u>dagleglivet</u> 14. Sosial deltaking 15. Styre atferd 16. Syn 17. Hørsel	1. Aktuell situasjon 2. Mental status under innleggelse 3. Kommunikasjon/sanser (hørsel, syn, språk) 4. Beskriv funksjonsnivå: hjelpebehov, hjelpemiddel og grad av mobilitet/ falltendens. 5. Eliminasjon: spesifiser 6. Sirkulasjon, respirasjon: ødem? Angina? <u>Dyspnøe</u>? Surkling? Hoste? 7. Ernæring: diett, spiser selv? matallergi? mosa mat? 8. Sosialt: hjemmesituasjon/boforhold, spesielle familierelasjoner, nettverk 9. Hud/vev: sår, eksem 10. Smerter: kroniske?

IPLOS – KARTLEGGING	SJUKEPLEIEOPPLYSNINGAR
1. <u>Alminneleg</u> husarbeid 2. Skaffe seg varer og <u>tenester</u> 3. <u>Personleg</u> hygiene 4. På og avkleddning	4. Beskriv funksjonsnivå: - o hjelpebehov, - o hjelpemiddel, - o grad av mobilitet, - o falltendens,
5. Toalett	5. Eliminasjon: spesifiser
6. Lage mat 7. Spise	7. Ernæring; diett, spiser selv? matallergi? mosa mat?
8. Ivareta eigen helse	8. Sirkulasjon, respirasjon: ødem? Angina? <u>Dyspnøe</u>? Surkling? Hoste? 9. Hud/vev: sår, eksem 10. Smerter: kroniske?
• <u>Personopplysningar</u> • <u>Hustand</u> • Omsorg for barn under 18 år • Får privat <u>ikkje</u> betalt hjelp • Er boligen tilrettelagt?	• Aktuell situasjon

IPLOS kartlegging (kommune) versus Sykepleieopplysninger (sykehus). Vi står ikke så langt ifra hverandre i dag.

Kan vi få til ei «visning» med standardisert tekst og der det er mulig for å spesifisere /detaljere?

• Personleg hygiene: skår 3

Personlig hygiene ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐

Spesifiser

Middels behov for bistand, klarer **deler av aktiviteten sjølv**, men treng bistand til **deler av aktiviteten**. Bistandsytar kan evt. gå til og frå.