



lia, 12.12.2014

Til stede: Kari Hesselberg (KS) til kl. 12.30, Anne Gamme (KS) til kl. 12.30, Astrid Nesland (KS), Tone Rokseth (Bærum kommune), Odd Sigurd Vegsund (KMD), Arild Kormeseth (KMD), Linda Haugan (Helsedir), Hilde Hatleskog Zeiner (HOD), Elisabeth Boe (Oslo kommune), Martin Fjordholm (Oslo kommune), Michael Christian Kaurin (Helsedirektoratet) fra siste deler av møtet, Dag Abrahamsen (SSB), Trond Ekornrud (SSB), Anni Sutatip Thirpaks Fretheim (SSB), Hans Viggo Sæbø (SSB), Merete Thonstad (SSB) til 12.30, Linda M. Allertsen (SSB)

Kopi til: Tina Skarheim (KS), Halvor Haug (Hamar kommune), Brynjar Skar (Bergen kommune), Torild Fløysvik (SSB), Kjell Wolff (Bergen kommune), Maren Mathiesen Wilberg (Helsedir).

Referat fra utvidet KOSTRA – arbeidsgruppemøte, kommunale helse- og omsorgstjenester, 5. desember 2014

Dag Abrahamsen innledet med informasjon om dagens møte.

Sak 1. Rutiner for arbeidsgruppemøter

Dokumentasjon: Forslag fra Helsedirektoratet om fastere møteplan. Svar fra SSB/ved Abrahamsen på dette. Se dagsorden og sakspapirer, sendt ut i forkant av møtet.

Sak 1.1 Nytt mandat og dets konsekvenser

Dokumentasjon:

Referat fra Samordningsrådsmøte 29.8.2014:

http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/samordningsradet-for-kostra#Referat_fra_mte_29082014

Mandat for arbeidsgruppene for 2015:

<http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/mandat-for-arbeidsgruppene>

a) På Samordningsrådsmøte 29.8.2014 ble områdets mandat endret.

Etter forslag fra KS: Punkt 2.1 Arbeidsgruppene, her skal kulepunkt nr. 11 endres til:

«Arbeidsgruppene skal også i 2015 vurdere nye kvalitetsindikatorer, men også om hvilke endringer som da må gjøres i fagsystemene. Arbeidsgruppene skal utover å foreslå nye indikatorer rapportere særskilt om hva som må til av endringer i fagsystemene for å få dette gjennomført til Samordningsrådet i KOSTRA.»

I formøte mellom KS, Helsedirektoratet og SSB var det enighet om at mye av arbeidet med nye indikatorer først og fremst må skje utenfor selve arbeidsgruppen, i egne arbeidsutvalg, ev. med andre aktører enn arbeidsgruppedeltakerne.

KOSTRA-arbeidsgruppene må først og fremst oppfattes som en styringsgruppe, som foreslår arbeid/utredninger og vurderer forslag som legges fram.

b) Punkt 2.2 Spesielle oppgaver for arbeidsgruppene i 2015, nytt punkt 4:



«Arbeidsgruppen for Kommunehelse og omsorgstjenester skal innen 1. mars 2015 komme med forslag til flere nye kvalitetsindikatorer».

Abrahamsen presiserte at det var nettopp dette som var formålet med dagens møte: Å komme fram til forslag på nye kvalitetsindikatorer. En må for hver foreslåtte indikator vurdere om det er aktuelt å foreslå den publisert allerede i 2016, eller om det vil være behov for uttesting før endelig standpunkt til publisering.

Sak 1.2 Rutiner for arbeidsgruppemøter

Abrahamsen informerte om at det i perioden fra foreløpig publisering i mars til publisering i juni er mye som foregår i SSB, og det er ønskelig å legge hovedmøtet i KOSTRA-arbeidsgruppen utenom denne perioden. Det kom innspill fra flere i gruppen om andre tidspunkter der det er stort arbeidspress, blant annet tilknyttet statsbudsjett. Gruppen kom fram til at siste halvdel av november er et godt tidspunkt. Dette blir hovedmøtet, men ved behov er det et møte til, - helst i slutten av mars/før påske. Diskusjoner og avklaringer kan også skje per e-post.

Helsedirektoratet har foreslått at invitasjon til innspill tilknyttet dagsorden sendes ut to måneder før møtet, endelig dagsorden samt sakspapirer sendes ut to uker før møtet, utkast til referat sendes i alminnelighet innen en uke etter møtet, og godkjennes etter to. Det var enighet i gruppen at dette hørtes fornuftig og overkommelig ut.

SSB spilte inn at det er viktig at deltakerne i gruppen engasjerer seg i saker til møtet, samt deltakelse. KS spiller inn at det er en viktig arena for å få innspill fra kommunene, og det er viktig å få erstattet kommunedeltakere som ikke kan komme på møtet.

Vedtak:

1. Bedre koordinering mellom KOSTRA arbeidsgruppe for helse – og omsorgstjenester og KOSTRA arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid.
Om mulig bør det gå minst 3 uker mellom møter i de to gruppene slik at referatet/relevante saker fra én gruppe kan være sakspapir til den andre gruppa.
2. Dagsorden
 - Invitasjon til innspill på dagsorden sendes ut 2 måneder før møtet.
 - Ev. dialog rundt innspill
 - Endelig dagsorden sendes ut 2 uker før møtet
3. Sakspapirer
 - Sakspapirer sendes ut 2 uker før møtet
 - I sakspapirene må det enda klarere framgå om noe skal vedtas, gjerne med forslag.
4. Referat
 - Utkast til referat bør i alminnelighet sendes møtedeltakeren innen 1 uke etter møtet
 - Deretter 1 uke med innspill til endelig referat legges ut på nett, altså 2 uker etter møtet
5. Faste tidspunkt for arbeidsgruppemøter
Det årlige hovedmøtet i KOSTRA-arbeidsgruppen for helse- og omsorgstjenester avholdes i siste halvdel av november.



6. Ansvar for faste vikarer

KS skal ved frafall av gruppemedlemmer fra kommuner prøve å finne en ordning som sikrer at andre kommuner som kan delta på møtet.

Sak 2. Hvilke nye kvalitetsindikatorer er mest aktuelle?

Dokumentasjon: Forslag fra Helsedirektoratet; Nattfaste, og gjennomstrømning tidsbegrenset opphold. Se dagsorden og sakspapirer, sendt ut i forkant av møtet.

Sak 2.1 Innlegg fra KS v/ Anne Gamme:

KS informerte om at det er et stort utviklingsarbeid på gang, der det sees på kvalitet i register. KS ønsker innspill fra arbeidsgruppen på hvordan jobbe videre med kvalitetsindikatorer, og det er viktig med tilbakemelding fra kommuner. De påpekte at kvalitetsindikatorene må være evidensbaserte, og informerte om utfordringer med fagsystemene. Det er viktig å tenke utvikling både på kort og lang sikt, og det må diskuteres og avgjøres hva som skal inn i KOSTRA.

KS har følgende områder som forslag til nye kvalitetsindikatorer, og ønsker en diskusjon i gruppearbeid og plenum omkring disse:

- Andel beboere 65 år+ med legemiddelgjennomgang siste 6 mnd. (institusjon)
- Andel brukere 65 år+ med legemiddelgjennomgang siste 12 mnd. (hjemmesykepleie/ hjemmetjenesten)
- Andel beboere/brukere med kartlagt ernæringsstatus siste 6 mnd.
- Andel beboere/brukere i ernæringsmessig risiko
- Tannhelse/status – f.eks. andel beboere med sjekk siste året
- Trykksår
- Forekomst av helseassosierte infeksjoner

Sak 2.2 Innlegg fra Helsedirektoratet v/ Linda Haugan:

Det er to forprosjekt på gang i Helsedirektoratet, tilknyttet legemiddelgjennomgang og ernæring. Disse blir ferdigstilt i slutten av februar 2015. Så langt ser det ut til at rutiner og omfang for legemiddelgjennomgang og ernæring varierer mye mellom kommunene. Det er ønskelig å finne felles, standardisert måte å spørre om informasjon på disse områdene, og det skal da videre inn i fagsystemene til kommuner på sikt.

Indikatorer det er ønskelig å få på «lang sikt» innen **ernæring** er følgende:

- *Andel beboere i institusjon, med kartlagt ernæringsstatus*
- *Andel brukere av hjemme-baserte tjenester, med kartlagt ernæringsstatus.*
- *Andel beboere i institusjon, i ernæringsmessig risiko.*
- *Andel brukere av hjemmebaserte tjenester, i ernæringsmessig risiko.*
- *Andel sykehjemsbeboere som kan dokumentere at nattfasten ikke overstige 11 timer.*

Sistnevnte er det ønskelig å få informasjon om via KOSTRA, og med det en kvalitetsindikator på plass på kort sikt.

Innenfor **legemidler**, er følgende indikatorer ønskelig å få, også på «lang sikt»:

- *Andel beboere i institusjon (65 år og eldre) som har fått legemiddelgjennomgang, iht. Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.*



- *Andel brukere av hjemmebaserte tjenester (65 år og eldre) som har fått legemiddelgjennomgang, iht. Veileder om legemiddelgjennomganger IS-1998, siste seks måneder.*
- *Andel beboere (65 år og eldre) i institusjon, som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel*
- *Andel brukere (65 år og eldre) av hjemmebaserte tjenester, som har fått foreskrevet 10 eller flere legemiddel.*

Andelen eldre (på institusjon) som har fått foreskrevet 10 legemidler eller mer krever en kopling mellom IPLOS og reseptregisteret. Per i dag krever det søknad, samt at det er tekniske utfordringer knyttet til å få det til, og dette vil ta tid.

På «lang sikt» er det også ønskelig å få på plass indikator om **fall og trykksår**, og dette vil ev kreve tilsvarende forprosjekt som for ernæring og legemidler.

Ønskelige indikatorer på «mellomlang sikt» er:

- *Antall tjenesteytere som er innom en bruker*
- *Antall avlyste hjemmebesøk av totalt antall planlagte hjemmebesøk*
- *Infeksjoner*

For de to første er det på gang et samarbeid med KS om uttesting i kommuner gjennom et nyetablert effektiviseringsnettverk. Resultater vil foreligge i uke 3 i 2015, og de skal vurderes som nasjonale kvalitetsindikatorer i nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) i løpet av 2015. Når det gjelder infeksjoner skal dette området arbeides med i NKI, i samarbeid med FHI. Etter planen skal det foreslås indikatorer på dette området innen utgangen av 2015.

Ønskelige indikatorer på **kort sikt**:

- *Sykefravær*
- *Andel beboere på institusjon vurdert av tannhelsepersonell siste 12 mnd.*
- *Andel på langtidsopphold på institusjon som er vurdert av lege siste 12 mnd.*
- *Saksbehandlingstid*
Gjennomsnittlig tid fra søknaden om tjeneste er mottatt til vedtak er fattet.
- *Iverksettingstid*
Gjennomsnittlig tid fra vedtak om tjeneste, er fattet til tjenesten er mottatt for første gang. (Bolig med heldøgns bemanning, støttekontakt og BPA)
- *Nattfaste*

Når det gjelder sykefravær foreslo Helsedirektoratet at kvalitetsindikatoren for sykefravær i KOSTRA endres til å bli lik den som brukes ved publiseringen av nasjonale kvalitetsindikatorer på helsenorge.no. Dette vil da kreve at SSB bruker PAI-data som kilde. Sykefraværsindikatoren vil da kunne utvides til også å omfatte egenmeldt sykefravær.

Sak 2.3 Innlegg om foreslått kvalitetsindikator; Nattfaste, fra SSB v/ Linda M. Allertsen

På formøte mellom KS, Helsedirektoratet, KMD og SSB 30.9.2014 ble det vedtatt at Helsedirektoratet skulle foreslå spørsmål på nattfaste, som SSB skulle sende ut til de fire kommunene i arbeidsgruppen: Oslo, Tolga, Bergen og Hamar.

Spørsmålene som ble sendt ut ba om klokkeslett for start og avslutning av dagens første og siste måltid, samt kommentarfelter tilknyttet hvert av disse. I tillegg ble det bedt om generelle



kommentarer, deriblant om det var enkelt å svare og finne tilgjengelig informasjon svar, og relevans av spørsmål.

Veiledningen til spørsmålene var følgende:

- Tema for spørsmålene er måltider og nattfaste. Et **måltid** defineres som mat og drikke som tilfører energi, protein og andre næringsstoffer. For eksempel er en porsjon havregrøt å anse som et måltid mens et glass saft ikke er et måltid (Jf. tekst indikatordefinisjon). Det skal rapporteres for måltider som inngår i det faste tilbudet, dvs. at tilbud om mat og drikke til personer som våkner om natten ikke skal telle med.
- Oppgi tidspunkt i time og minutt, for eksempel kl. 07.10.
- Dersom noen beboere får mat etter behov og ikke til faste tider oppgis dette i kommentarfeltene i spørsmål 1b og 2b.

Tolga kommune besvarte ikke. Bergen sendte ut til 8 enheter der fire valgte ikke å svare med begrunnelse at de ikke kunne gi meningsfulle svar. Hamar kommune sendte inn besvarelse på spørsmålene fra syv enheter, og Oslo kommune løste oppgaven med utfyllende kommentarer fra Helseetaten, Sykehjemsetaten og Utviklingssenter for sykehjem i Oslo. Samlet sett vurderer SSB det til å gi et godt bilde av vurdering av Nattfaste som kvalitetsindikator.

Hovedfunn fra kartleggingen:

- 11 institusjoner har oppgitt tidspunkter for frokost og kvelds. Ti av disse har kommentert, og poengterer, at det gis individuelle måltider utenom. Både tidligere frokost, kvelds og nattmat, - etter behov og ønsker fra beboerne. Det oppgis også om fellesmåltider både sen kveld og natt, for noen beboere.
- Klokkeslett for frokost og kvelds:
 - En institusjon oppgir cirka klokkeslett for frokost og kvelds,
 - En institusjon opplyser om fleksibel frokost i perioden 08.45-10.15
 - En institusjon oppgir frokost til 08.30-10
 - To institusjoner oppgir to klokkeslett for frokost
 - To institusjoner oppgir to klokkeslett for kveldsmat. Det kommenteres at for en enhet er det to kveldsmåltider fordi beboere med langtkommen demens får egen servering av kvelds, - for at de skal kunne mester å spise før uro og forvirring er for stor.
 - Det oppgis også som kommentar at noen beboere ønsker å komme tidlig i seng, og de får da servert kvelds tidligere enn oppgitt tidspunkt.
 - Noen institusjoner kommenterer klokkeslett og tidspunkt for senere kvelds: ca.22, 22-23, 20.45-22.30. 20-22, fra klokken 18.30 og utover.
 - En institusjon spør om hva som menes med første måltid, da dette varierer veldig. Fem beboere får frokost klokken 9, mens de andre fem beboerne får frokost fra klokken 6 og utover. Hvilket tidspunkt skal oppgis?
- Nye sykehjem har beboergrupper på 6-8 beboere i hver, og tidspunkter for servering av fellesmåltider tilpasses den aktuelle beboergruppe og er ikke felles for hele institusjonen.
- Oslo kommune har diskutert nattfaste med ernæringsfysiolog, og det kommer innspill om at dersom nattfaste er definert med utgangspunkt i Helsedirektoratets faglige begrunnelse om 11 timer bør dette tydeliggjøres.



- Tilbakemeldinger viser at det bør tydeliggjøres hva som menes med første og siste måltid. Det er store individuelle forskjeller innad i institusjonene. Bergen kommune kommenterer at ernæringsrutiner/retningslinjene tilsier at det i betydelig grad vil være individuell tilpasning av måltider, også når det gjelder tidspunkter. Det kommenteres også at felles måltider er i langt mindre grad enn før dagens første og siste måltid.
- Sykehjemsetaten i Oslo kommune kommenterer at lengden på nattfaste til den enkelte pasient er en god indikator på kvalitet i ernæringsarbeid, - men det problematiske blir dersom en kvalitetsindikator skal basere seg på første og siste fellesmåltid. Dette vil ikke gi et realistisk eller godt bilde av det individuelle tilbudet til pasientene.

Linker fra Utviklingssenter for sykehjem i Oslo:

- <http://www.hioa.no/News/Gamle-spiser-for-lite-og-har-for-lang-nattfaste>
- [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20\(HEV\)/Internett%20\(HEV\)/Dokumenter/dokument/samfunnshelse/kartlegging_maltider_alders_og_s-hjem.pdf](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/helse-%20og%20velferdsetaten%20(HEV)/Internett%20(HEV)/Dokumenter/dokument/samfunnshelse/kartlegging_maltider_alders_og_s-hjem.pdf)
- <http://sykepleien.no/forskning/2011/06/spiste-flere-maltider>

SSB påpekte utfordringer tilknyttet kvalitet innenfor måltider på institusjoner; et eksempel fra besvarelse i kommentarfelt viser at de er godt i gang med ernæringsfysiolog, veiing og fokus på individuell tilnærming – men det er innført varm lunsj, og noen beboere nekter å spise «to middager».

Det er også kommet flere kommentarer på at ernæringsrutiner/retningslinjer går mot flere individuelle tilpassete måltider, da også for enkelte brukergrupper. Det er kommentert at fellesmåltider i mindre grad enn tidligere er dagens første og siste måltid, og at nattfaste kan være en god indikator på individnivå, - men problematisk dersom en kvalitetsindikator skal basere seg på kun fellesmåltid. Dette medfører at å besvare spørsmål om et enkelt klokkeslett for første og siste måltid på institusjonen trolig ikke vil kunne gi tilfredsstillende svar.

SSB stilte spørsmål om man muligens bør tenke nytt, kanskje et detaljert spørsmålsett vil kunne gi mer omfattende og relevante svar, der man ev. kan finne fram til en mer egnet kvalitetsindikator for nattfaste/ernæring. (Dette har f.eks. blitt utført på skjema 1 – der er kartlegging av Frisklivssentraler med et omfattende spørsmålsbatteri er gjennomført. Dette er ikke en årlig innhenting, men planen er å samle inn hvert 3.-5. år)
Allertsen understreket at prosjektet om kartlegging av ernæring, som nå foregår i Helsedirektoratet, er interessant i denne sammenhengen.

Sak 2.4 Gruppearbeid – diskusjon om forslag til kvalitetsindikatorer

SSB v/Abrahamsen innledet til gruppearbeid. Grunnet frafall til møtet ble det tre grupper framfor fire som først planlagt. Gruppene besto i hovedsak av hhv. en representant fra kommune, KS, SSB og direktorat/departement. Gruppene skulle først og fremst diskutere kortsiktige kvalitetsindikatorer; Nattfaste og gjennomstrømning – hvilke indikatorer vil være hensiktsmessig å benytte. Det var også åpning for diskusjon i gruppene om forslag til indikatorer, presentert av KS og Helsedirektoratet. Hver gruppe ble bedt om å lage et skriftlig sammendrag av diskusjonen.



Skriftlig tilbakemeldinger fra gruppene:

Gruppe 1:

- **Sykefravær:** OK som indikator.
Kommentar: det må avklares hvilket register man skal legge til grunn (AA eller PAI). Begge registre har sine sider, og når det er avklart, bør det kanskje en offensiv til for å forbedre datakvaliteten. Det vil antakelig være relevant å dele opp type fravær (langtid/kortid eller legemeldt/egenmeldt)
- **Andel beboere på institusjon (langtid!) vurdert av tannhelsepersonell siste 12 mnd.** (jf. Tannhelsetjenesteloven).
Kommentar: ta uttrekk og vurderes. Antakelig lettere for Oslo enn for resten av landet (tannhelsetjenesten er fylkeskommunal). Kan også være et uttrykk for hvor god dialog det er mellom institusjoner og tannhelsetjenesten, samt kapasitet i tannhelsetjenesten.
- **Andel på langtidsopphold på institusjon som er vurdert av lege siste 12 mnd.**
Kommentar: Legetimer pr. beboer pr. uke sier mer.
- **Saksbehandlingstid.**
Kommentar: OK indikator. Må genereres ut fra individuell data. Husk å se på fagsystemene...
- **Iverksettingstid.**
Kommentar: OK indikator. Må genereres ut fra individuell data. Husk å se på fagsystemene...
- **Nattfaste.**
Kommentar: Trenden heller mot at «spisetid» er individuelt, og at god kvalitet er å tilby mat i tråd med den enkelte beboers ønske, og dette kan variere fra individ til individ, og fra avdeling til avdeling og fra dag til dag. Registrering av planlagte måltider blir derfor lite meningsfullt. En god registrering forutsetter derfor at man registrerer hvert måltid som inntas individuelt. Dette forutsetter for det første at man gjør store endringer i fagsystemet, eller at man lager et eget system for registrering av måltider utenfor fagsystemet.

Dessuten: La oss si at man bruker 2 min på registrering per måltid per pasient. Fire måltider og 34 000 beboere (som det var på langtidsopphold per 31.12.2013) blir da nesten 100 mill. minutter på ett år. Dette igjen skulle tilsi 950 årsverk eller noe deromkring eller? (om det tar ett minutt per beboer per måltid, så snakker vi fortsatt om 475 årsverk)...

Å hente inn f.eks. «antall beboere med kartlagt ernæringsstatus» eller noe sånt sier kanskje mer om kvalitet på en enklere måte, selv om det kan være at man må gjøre endringer i fagsystemer også der.

- **Infeksjoner:** Dette kan være en god kvalitetsindikator på avdelings- eller institusjonsnivå, usikker på verdien på aggregert nivå for kommuner med 2-3 institusjoner eller flere. Det bør evt. vurderes hvordan den skal innrettes, hvordan og hvor den skal publiseres, tolkes og brukes. Usikker på hvordan den evt. bør tilpasses KOSTRA sin punktprevalens...

Gruppe 2:



- **Andel beboere i institusjoner der nattfasten ikke overstiger 11 timer**

Gruppen konkluderte med at nattfaste ikke er en god kvalitetsindikator slik det kan måles i dag. Variasjonen mellom kommunene er stor rundt faste måltid, samt at brukerne har krav på individuell tilpassing. Tone Rokseth nevnte også at brukerne har mulighet til å si nei til ernæring/mat, jamfør lov om brukerrettigheter som gjør det vanskelig å kartlegge nattfaste over 11 timer i dag. Det blei derimot nevnt at det kan bli en god kvalitetsindikator, når/dersom en kan registrere ernæringsplan og avvik fra planen elektronisk for hver beboer.

- **Antall tidsbegrensa opphold per plass**

Indikatoren gir ikke noen ny informasjon, da indikatoren «gjennomsnittlig tid på tidsbegrensa opphold» gir mer informasjon. Gruppen konkluderer med at man ikke ønsker «antall tidsbegrensa opphold per plass» som en ny kvalitetsindikator.

- **Andel på langtidsopphold på institusjon som er vurdert av lege siste 12 mnd.**

Gruppen mener at indikatoren over ikke er en god kvalitetsindikator. Indikatoren «Legetime per veke per beboer i sykehjem» som vert publisert i dag er en bedre indikator.

- **Tannhelse/status og saksbehandlingstid**

Indikator som omhandler tannhelse/status på tannhelse, samt saksbehandlingstid mener gruppen kan være gode kvalitetsindikatorer. Det var også uttrykt uro rundt definisjonen på en indikator som saksbehandlingstid, da det kan være mange feilkilder på måling av behandlingstid.

Gruppe 3:

Jeg oppfattet det slik under vårt gruppearbeid at vi kan slutte oss til kommentarene fra gruppe 1.

- **Sykefravær:** OK som indikator.

Kommentar: det må avklares hvilket register man skal legge til grunn (AA eller PAI). Det vil antakelig være relevant å dele opp type fravær (langtid/korttid eller legemeldt/egenmeldt)

- **Andel beboere på institusjon (langtid!) vurdert av tannhelsepersonell siste 12 mnd.** (jf. Tannhelsetjenesteloven).

Kommentar: ta uttrekk og vurderes. Antakelig lettere for Oslo enn for resten av landet (tannhelsetjenesten er fylkeskommunal).

- **Andel på langtidsopphold på institusjon som er vurdert av lege siste 12 mnd.**

Kommentar: Legetimer pr. beboer pr. uke sier mer.

- **Saksbehandlingstid.**

Kommentar: OK indikator.

- **Iverksettingstid.**

Kommentar: OK indikator.

- **Nattfaste.**

Kommentar: Trenden heller mot at «spisetid» er individuelt, og at god kvalitet er å tilby



mat i tråd med den enkelte beboers ønske, og dette kan variere fra individ til individ, og fra avdeling til avdeling og fra dag til dag. Registrering av planlagte måltider blir derfor lite meningsfullt. En god registrering forutsetter derfor at man registrerer hvert måltid som inntas individuelt. Dette forutsetter for det første at man gjør store endringer i fagsystemet, eller at man lager et eget system for registrering av måltider utenfor fagsystemet.

Indikatoren nattfaste er nyttig i institusjonenes egne kvalitets og avvikssystemer, men uegnet i KOSTRA.

- **Infeksjoner:** Dette kan være en god kvalitetsindikator på avdelings- eller institusjonsnivå. Uegnet i KOSTRA.

Sak 2.5 Diskusjoner i plenum:

Bærum kommune poengterte at en indikator ikke nødvendigvis er et svar, men heller et spørsmål, en indikasjon.

Nattfaste: Bred enighet i gruppen om at dette ikke vil være en god kvalitetsindikator på området, i alle fall slik den nå er utformet. Ernæring er interessant, men uklart hvordan måle dette området. Prosjektet om ernæring fra Helsedirektoratet kan være relevant i denne sammenheng. Bærum kommune mente det var viktig med en ernæringsindikator – kanskje spørsmål om det finnes en ernæringsplan var en mulighet. Ellers ble det spurt om ikke avvik i forhold til plan/mål for ernæringsstatus var mest interessant, et generelt mål for eldre og syke personer kan lett bli misvisende.

Saksbehandlingstid/iverksettelsestid: ulikheter i kommunene påvirker i hvilken grad dette kan være gode kvalitetsindikatorer og om det er lett å ta ut informasjon fra fagsystemer. Bærum kommune bruker bevisst negativ iverksettelsestid der vedtak om særlig hjemmesykepleie kan komme etter akutt tjenestestart.

Andel beboere på langtidsopphold med legetilsyn: Fanger ikke nødvendigvis opp det man er ute etter.

På spørsmål om legevurdering 1 gang i måneden kunne være mer relevant, ble det svart at eksisterende indikator om legedekning ved sykehjemmene her fortsatt burde kunne fungere.

Andel beboere på langtidsopphold med tannbehandling: Vurderes av flere i gruppa til å være en god kvalitetsindikator. Kan ellers en indikator på *tannhelsestatus* på sikt være aktuell?

Sykemeldt fravær: SSB sa at det kan være hensiktsmessig med en sammenligning av data fra henholdsvis AA-registeret med legemeldt fravær og sykefravær i PAI-registeret. Kvalitet i PAI-registeret diskuteres, og KS skal sjekke kvalitet og om det er mulig å utlevere data til SSB for sammenstilling av data mellom registrene. Oslo kommune mente det uansett var viktig at en fordeler sykefravær mellom institusjon og hjemmetjeneste, slik KS-indikatoren legger opp til.

Vedtak:

Nattfaste

Slik indikatoren har vært definert og uttestet nå, er den ikke en tilfredsstillende indikator på kvalitet på området. Når Helsedirektoratets forprosjekt innen ernæring foreligger, kan en vurdere om nye spørsmål rundt nattfaste eller annet peker seg ut, ev. om et større spørsmålsett kan brukes for alle kommunene én eller flere ganger med f.eks. 3-5 års mellomrom.



Egenmeldt sykefravær

KS sjekker kvalitet og definisjoner/dokumentasjon i PAI-registeret og undersøker mulighet for å overlevere data til SSB for videre sammenstilling og sjekk av de to kildene for sykefravær.

Frist: KS: 15.1.2015, Frist SSB: 15.2.2015

Andel på langtidsopphold med legetilsyn / Andel på langtidsopphold med tannbehandling

- SSB utarbeider oversikt på kommunenivå, for hhv. Andel med kontroll siste år, ugyldig verdi eller ikke utfylt.

Frist: 15.2.2015

Saksbehandlingstid/iverksettelsestid

- SSB lager oversikter på kommunenivå for ulike tjenester i samråd med Helsedirektoratet.

Frist: Framdrift avtales innen 15.1.2015

- SSB kontakter Bærum og Oslo kommuner for sammenlignbare uttrekk og løpende diskusjon

Frist: 20.12.2014

Sak 3. Forslag til kvalitetsindikator – gjennomstrømning tidsbegrenset opphold

SSB ved Dag Abrahamsen holdt innlegg og ba om diskusjon og avklaring på diverse forhold ved definisjon av tidsbegrenset opphold, som er av avgjørende betydning for å få avklart før en kan jobbe videre med (kvalitets-)indikatorer på gjennomstrømning.

- Antall mottakere med vedtak 31.12
- Antall opphold og dager gjennom året (ekskl. avlastning)
- Oppholdslengde
- Overlappende opphold
- Opphold med korte mellomrom

Diskusjoner og avklaringer i gruppa:

Lengden på korttidsopphold: Hva er god kvalitet? Her er det ulikheter mellom kommuner.

Bærum kommune har ved definerte mål og planer definert at opphold på 18 dager og færre er bra, mens Oslo kommune ikke har slik definisjon. Der er det heller tilstand som avgjør, og det kan skje noe som medfører at oppholdet blir lengre enn planlagt (også god kvalitet).

Det diskuteres også om overlappende opphold skal telles som ett eller flere opphold.

Tilbakemeldinger fra gruppen viser at det telles som ett opphold dersom et opphold videreføres. Kommuner benytter ikke nødvendigvis begrep som overlappende opphold. Det er opphold som telles, ikke antall vedtak. I praksis betyr dette at det kun er utreisedato som skal endres i IPLOS. Dersom en person er hjemme en dag, for så å komme tilbake til institusjonen, regnes dette som nytt opphold.

Forskrifter tilknyttet lange og korte opphold: Michael Kaurin fra Helsedirektoratet klargjorde: Hovedforskjell er at korttidsopphold er tidsbegrenset. Det er store forskjeller mellom kommuner og praksis her; Noen fatter lange vedtak, andre korte. Det står heller ikke i forskrift at det skal kreves egenbetaling etter 60 dager, men at kommuner kan kreve egenbetaling. Bærum kommune informerer om ulike måltall de har, på ulike typer korttidsopphold, og etter ulike målgrupper.

Helsedirektoratet påpekte at det ikke er hensiktsmessig eller ønskelig å legge føringer for å oppnå lik praksis i kommuner.



Avklaring:

Definisjon på et tidsbegrenset opphold:

- har sluttdato
- uavhengig av lengde (men minst 1 dag)
- 4 typer vedtak:
 - o Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling
 - o Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering
 - o Tidsbegrenset opphold – annet
 - o Avlastningsopphold

Vedtak:

Ut i fra ovenstående avklaring, går SSB gjennom variabler og indikatorer i KOSTRA som inneholder tidsbegrenset opphold.

Frist: 1.12.2015.

Sak 4. Innsamling av data til hjemmetjenestekartleggingen er avsluttet – førsteinntrykk

Innlegg fra SSB v/Abrahamsen:

Bakgrunn for prosjektet: Utvidelse av boligkartlegging høsten 2011, gjennomført i september/oktober 2014. Alle kommunale virksomheter i Enhetsregisteret med hjemmetjenestenæring har blitt bedt om å sende inn skjema til SSB. Dette favner totalt 3300 enheter, innenfor:

86.901 Hjemmesykepleie (ny)

87.203 Bofellesskap for personer med utviklingshemming

87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet

87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet

88.101 Hjemmehjelp (ny)

+ noen private hjemmetjenestevirksomheter

En kvalitetssikret populasjon av disse enheten, og tilknyttet informasjon om målgrupper, gir grunnlag for å lage oversikter over årsverk og utdanning fordelt etter ulike kategorier.

Det har blitt samlet inn data via KOSTRAs innrapporteringskanal, og hovedspørsmål har dekket type virksomhet, primær målgruppe, grad av integrasjon innen målgruppe eller virksomheter og regnskapsføring (der det blant annet har blitt spurt om kommunene har mer detaljert registrering enn det KOSTRAs funksjonskontoplan dekker).

Svarprosent er på vel 90 etter to runder med purringer, og SSB er nå i gang med revisjon og klargjøring før analyse.

Analysereport er planlagt publisert i april 2015.