

RAPPORT

2024

Anbefaling fra arbeidsgruppe
for revidering av samlemål for
funksjon i KPR Helse og omsorg

Rapport

Anbefaling fra arbeidsgruppe for revidering av samlemål for funksjon i KPR Helse og omsorg

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Område for Helsedata og digitalisering
Avdeling for registerkvalitet
Februar 2024

Tittel:

Anbefaling fra arbeidsgruppe for revidering av samlemål for funksjon i KPR Helse og omsorg

Forfatter(e):

Inger Johanne Landsjøåsen Bakken
Eirik Jønsberg
Iryna Antonova
Mette Odden Grimeland
Nina Berggaard

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Publikasjonstype:

Rapport (elektronisk)

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-435-2

Emneord (MeSH):

Helse- og omsorgstjenester, Registerdata, Kommunalt pasient- og brukerregister, kommuner

Sitering:

Bakken IJL, Jønsberg E, Antonova I, Grimeland MO, Berggaard N. "Anbefaling fra arbeidsgruppe for revidering av samlemål for funksjon i KPR Helse og omsorg". Rapport 2024. Trondheim: Folkehelseinstituttet 2016.

Innhold

Hovedbudskap	4
Sammendrag	5
Forord	6
1 Innledning	8
2 Metode	8
3 Resultater	10
3.1 Kompletthet i funksjonsmålene	10
3.2 Korrelasjon mellom funksjonsmålene	11
3.3 Prinsipalkomponentanalyser – definisjon av delmål	12
3.4 Prosjektgruppens anbefaling	15
3.5 Fordeling av delmål og samlemål i ulike grupper av tjenestemottakere	16
4 Diskusjon	17
5 Konklusjon	17
Referanser	19
Vedlegg: Tidligere anbefaling for beregning av delmål og samlemål	20

Hovedbudskap

Kommunene rapporterer individdata om helse- og omsorgstjenester til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i Folkehelseinstituttet. Her inngår data om i alt 20 forskjellige funksjonsmål. Disse blir samlet inn i forbindelse med saksbehandling ved tildeling av helse- og omsorgstjenester. Funksjonsmålene grupperes til ulike delmål og endelig samlemål. Prosedyren for grupperingene er ikke vurdert siden 2010 og i ettertid er det innført tre nye funksjonsmål. Det var derfor behov for ny evaluering av gruppering til delmål og samlemål. Helsedirektoratet som da var ansvarlig for KPR satte ned en arbeidsgruppe for dette i januar 2023.

Analysearbeidet i 2023 viser at det er tilstrekkelig kompletthet i innrapportering av funksjonsmål til at det er hensiktsmessig å beregne delmål og samlemål, og at funksjonsmålene kan grupperes til to distinkte grupper.

Arbeidsgruppen foreslår at det endelige samlemålet får samme verdi som delmålet som uttrykker størst omsorgsbehov. Arbeidsgruppen foreslår videre at skårene for delmål og samlemål kategoriseres på samme måte som før: Noe/avgrenset behov for bistand, Middels til stort behov for bistand og Omfattende behov for bistand.

Analysene viser at personer som mottar mer omfattende tjenester (for eksempel sykehjemsplass) oftere kategoriseres til «omfattende behov for bistand» enn personer som med mindre omfattende tjenester. Dette indikerer at de foreslåtte nye inndelingene er hensiktsmessige.

Sammendrag

Bakgrunn

I saksbehandling for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester brukes i alt 20 forskjellige funksjonsmål for kartlegging av omsorgsbehov. Resultatene fra kartleggingene rapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i Folkehelseinstituttet. Data om funksjon fordelt på 20 ulike variable er lite hensiktsmessig for statistikkformål, og informasjonen samles derfor til ulike delmål og samlemål basert på en rutine etablert i 2010. I 2023 vurderte Helsedirektoratet, som da var ansvarlig for KPR, at det var behov for ny evaluering av gruppering av funksjonsmålene, spesielt siden det var kommet til tre nye funksjonsmål siden forrige evaluering.

Metode

Vi undersøkte kompletthet i innrapporterte funksjonsmål for alle individer registrert som tjenestemottakere per 31.12.2022 (N=390 283) og så på sammenhenger mellom ulike funksjonsmål ved hjelp av korrelasjonsmatriser og prinsipalkomponentanalyser. Vi beregnet delmål og samlemål i ulike grupper av tjenestemottakere.

Resultat

Det var god kompletthet i innrapporterte funksjonsmål (>90 prosent). Dette gjaldt spesielt i de eldste aldersgruppene hvor det antallet tjenestemottakere er høyest.

Prinsipalkomponentanalysene indikerte at to ulike delmål er tilstrekkelig (fysisk og kognitiv funksjon) og at funksjonsmål for syn og hørsel kan holdes utenfor beregningen. Delmålet som uttrykker størst omsorgsbehov er foreslått brukt som samlemål, med kategoriseringer til gruppene Noe/avgrenset behov for bistand, Middels til stort behov for bistand og Omfattende behov for bistand. Personer med de mest komplekse tjenestene kategoriseres oftest til «omfattende behov for bistand».

Diskusjon

Endring fra fem til to delmål forenkler beregningen og bruken av delmål og samlemål. Vårt forslag til endelig samlemål viser økt omsorgsbehov for mottakere av mer omfattende tjenester.

Konklusjon

Arbeidsgruppen anbefaler at dagens system med fem ulike delmål og komplisert beregning av endelig samlemål erstattes av et enklere system med bare to ulike delmål og hvor det endelige samlemålet er gitt av verdien for det delmål som uttrykker størst omsorgsbehov.

Forord

Helsedirektoratet satte i januar 2023 ned en arbeidsgruppe som skulle evaluere håndtering av data om i alt 20 ulike funksjonsmål innrapportert fra kommunene til Kommunalt pasient- og brukerregister. Funksjonsmålene blir samlet inn i forbindelse med saksbehandling ved vurdering av tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tilsvarende evaluering er gjort tidligere i to ulike prosjekter (2003-05 og 2008-10). Resultater fra disse prosjektene er oppsummert i rapportene "Rapport fra prosjekt samlemål for funksjonsvariablene i IPLOS" fra februar 2005 (ikke lengre tilgjengelig på nett) og "Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemål" fra mai 2010 (Helsedirektoratet, 2010).

Det er kommet til tre nye funksjonsmål (ett i 2015, to i 2019) etter prosjektet i 2010. Helsedirektoratet vurderte derfor at det var nødvendig med en ny gjennomgang.

Hovedmandatet for arbeidet er å gjøre en vurdering av dagens beregning av delmål og samlemål basert på funksjonsmålene i helse- og omsorgsdataene i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Gruppen skal komme med en anbefaling hvor de tre nye funksjonsmålene også er vurdert.

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Inger Johanne Landsjøåsen Bakken, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet (prosjektleder)
- Lisa Victoria Burrell, postdoktor, Senter for omsorgsforskning, NTNU Gjøvik
- Øystein Døhl, seniorrådgiver, Trondheim kommune
- Siri Rostoft, Universitetet i Oslo og Ullevål universitetssykehus
- Beate Margrethe Huseby, fagdirektør, Helsedirektoratet
- Nina Berggaard, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet
- Eirik Jønsberg, seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet
- Iryna Antonova, seniorrådgiver, Helsedirektoratet
- Mette Odden Grimeland, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Alle medlemmene er utpekt av Helsedirektoratet. Øystein Døhl fra Trondheim kommune deltok også i forrige evaluering.

Arbeidet ble satt på pause våren 2023 og gjenopptatt i oktober 2023. Arbeidsgruppen har hatt tett kontakt på e-post i perioden frem til ferdigstilling av rapporten. Det er utarbeidet en forskningsartikkel basert på arbeidet som er innsendt for vurdering i vitenskapelig tidsskrift. Arbeidet er også presentert på webinar mellom Helsedirektoratet og sentre for omsorgsforskning (19.12.2023).

Ansvar for registrene i Helsedirektoratet ble 1.1.2024 overført til Folkehelseinstituttet. Medlemmene i prosjektgruppen som er ført opp som ansatt i Folkehelseinstituttet i listen over var tidligere ansatt i Helsedirektoratet.

Hovedmandatet for arbeidet er å gjøre en vurdering av dagens beregning av delmål og samlemål basert på funksjonsmålene i helse- og omsorgsdataene i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Gruppen skal komme med en anbefaling hvor de tre nye funksjonsmålene også er vurdert.

Arbeidsgruppen har diskutert mandatet og kommer med sine anbefalinger med utgangspunkt i analyser gjennomført i løpet av prosjektperioden.

Arbeidsgruppen ser det som viktig at det eksisterer en felles forståelse for samlemål for bruk i statistikkfremvisninger og forskningsprosjekter.

Arbeidet ble utført april 2023 – januar 2024.

Trondheim, februar 2024

Signatur

1 Innledning

Kommunene registrerer data om alle personer som har søkt om eller er blitt tildelt kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse tjenestene omfatter blant annet helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand til hjemmeboende og institusjonsbaserte tjenester. Data om tjenestene blir rapportert fra kommunene til Helsedirektoratet og inngår i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KPR omfatter data om slike tjenester fra og med 2017.

I saksbehandling om tildeling av kommunal helse- og omsorgstjeneste blir søkers funksjonsnivå vurdert. Vurdering av funksjon skal alltid gjøres ved nytt vedtak eller avgjørelse. Internasjonal klassifikasjon av funksjon funksjonshemming og helse (ICF) skal benyttes som klassifikasjon i funksjonsvurderingen (Helsedirektoratet, 2018). Noen variabler er valgt ut, tilpasset ICF-standard og testet for rapportering (se who.int for mer informasjon). Funksjonsvariablene skal registreres og ajourføres av saksbehandlere og dokumentasjonspliktige i tjenesten jf. lov om helsepersonell § 39 (lovdata.no). Denne informasjon rapporteres til KPR sammen med data om tjenestevedtak.

Funksjonsvariablene omfatter i alt 20 ulike mål for hjelpebehov. Disse skåres fra 1 ("Utgjør ingen problemer/utfordringer") til 5 ("Fullt behov for bistand/assistanse/helsehjelp") (Helsedirektoratet, 2022).

Basert på funksjonsmålene blir det i dag tilrettelagt fem ulike delmål og et endelig samlemål (Helsedirektoratet, 2024). Disse inndeles i tre kategorier basert på gjennomsnittsskår (≤ 2 : «noe/avgrenset behov for bistand», >2 og $\leq 3,0$: «middels til stort behov for bistand», $>3,0$: «omfattende behov for bistand») (se vedlegg for detaljer om dagens tilordning av delmål og samlemål).

Delmål og samlemål er ment å gi mer håndterbare fremstillinger av behov og funksjon enn enkeltmålene og er ment til bruk i statistikk og analyse. Delmål og samlemål skal ikke brukes som grunnlag for enkeltvedtak i saksbehandling.

2 Metode

Data fra KPR og Folkeregisteret inngår i analysene. Kvalitetsarbeid er hjemlet i forskriften for KPR. Alle tilrettelegginger og koblinger er gjort ved hjelp av analyseverktøyet R.

Alle tjenestemottakere per 31.12.2022 er inkludert, med unntak av de som kun er registrert med tjenester knyttet til tvang. Bruk av tvang rettet mot psykisk utviklingshemmede (i nødssituasjoner og planlagt) og helsehjelp med tvang etter pasientrettighetsloven rapporteres til KPR men vi vurderer ikke disse tjenestene som relevant for vurdering knyttet til funksjonsmål i denne rapporten.

Vi har sett på funksjonsmål samlet for hele populasjonen, i aldersgruppene under og over 67 år, for personer som døde i løpet av 2023 og for ulike pasientgrupper.

For å definere ulike pasientgrupper basert på diagnosekoder i KPR trakk vi ut alle diagnosedata innrapportert fra fastleger og legevakter i perioden 2017-2022, og brukte i tillegg diagnoseinformasjon innrapportert fra helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Diagnosedata ble brukt til å definere følgende grupper av tjenestemottakere (koder i parentes):

Demens: Alder \geq 67 år, diagnosekode demens (ICPC-2: P70; ICD-10: F00-F03, G30, G31)

Alvorlig psykisk lidelse: Alder \geq 18 år, diagnosekode schizofreni (ICPC-2: P72, ICD-10: F20)

Psykisk utviklingshemming: Diagnosekode psykisk utviklingshemming (ICPC-2: P85, ICD-10: F70-F79)

Ruslidelse: Alder \geq 18 år, diagnosekode ruslidelse (ICPC-2: P15-P19, ICD-10: F10-16, F18- F19)

Analysene av kompletthet i målingene er deskriptive, med vekt på fremstillinger fordelt på kjønn, aldersgrupper og tjenestetyper.

Vi har benyttet korrelasjonsmatriser og prinsipalkomponentanalyser for visualisering av sammenheng mellom variabler.

3 Resultater

I alt 390 283 personer var registrert som tjenestemottakere per 31.12.2022.

Helsedirektoratets statistikkpubliseringer gir fylldig informasjon om tjenestemottakere gjennom året (Helsedirektoratet, 2023), og vi gjengir ikke denne informasjonen her.

Vi gjør her bare oppmerksom på at gruppen av tjenestemottakere er sammensatt, for eksempel når det gjelder kompleksiteten i tjenestene som blir mottatt. Selv om gjennomsnittsalder er høy for gruppen som helhet, er alderssammensetning avhengig av tjenestetypen. Gjennomsnittsalder er høy for personer med vedtak om helsetjenester i hjemmet, mens personer som mottar støttekontaktjenester er betydelig yngre i gjennomsnitt. For begge disse gruppene av tjenester er det brukere i alle aldersgrupper (se appendiks 2).

Vi gjør videre oppmerksom på at statistikken på Helsedirektoratets nettsider omfatter helsetjenestemottakere gjennom året, mens vi har avgrenset til mottakere med tjeneste per 31.12.2022.

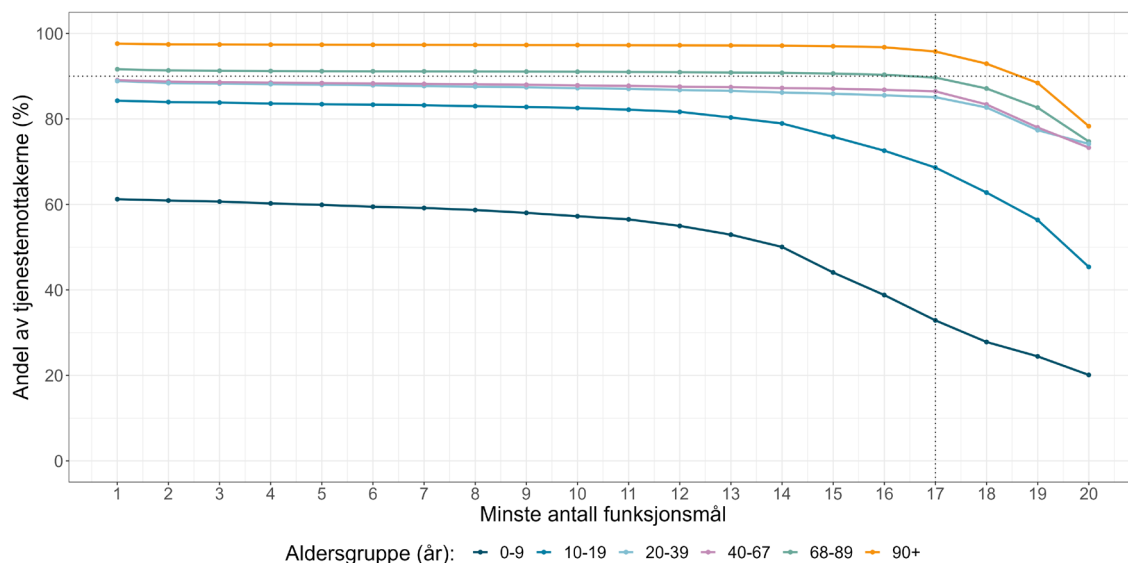
Statistikken som presenteres her vil derfor avvike noe fra statistikk presentert på nettsidene.

3.1 Kompletthet i funksjonsmålene

I totalbefolkningen av tjenestemottakere per 31.12.2022 var 91 prosent registrert med minst ett funksjonsmål med verdi 1-5 som var registrert som gyldig for rapporteringsåret 2022.

Komplettheten var ganske jevn og høy for alle funksjonsmålene 01-17 (86 - 90 prosent), og litt lavere for funksjonsmålene 18, 19 og 20 som ble innført senere i enn de andre (79 - 84 prosent).

Alder hadde stor betydning for antall funksjonsmål registrert (se Figur 1). Figuren viser andel blant tjenestemottakere med minst ett funksjonsmål, opp til andel med alle 20 funksjonsmål registrert. Vi ser at grafene er nokså flate for alle aldersgrupper, men at knekkpunktet kommer tidligere for de yngste aldersgruppene.



Figur 1 Minste antall funksjonsmål registrert, etter alder. Tjenestemottakere per 31.12.2022.

I aldersgruppen 0-9 år var 60 prosent av tjenestemottakerne registrert med minst ett funksjonsmål, mens bare 20 prosent i denne aldersgruppen var registrert med alle 20 funksjonsmålene (skår 9 holdt utenfor). I aldersgruppen 90 år og eldre var 98 prosent registrert med minst ett funksjonsmål, mens 78 prosent var registrert med alle 20 funksjonsmålene.

I alt 40 prosent av tjenestemottakere i aldersgruppen 0-9 år var altså helt uten registrerte funksjonsmål med meningsbærende skår (verdi 1-5), mens dette gjaldt bare 2 prosent i aldersgruppen 90 år og eldre.

Den lavere komplettetheten i funksjonsmålene for barn har sannsynligvis sammenheng med tjenesteytternes forståelse av relevans for skåringene. Når vi så nærmere på hvert enkelt funksjonsmål i de ulike aldersgruppene (ikke vist), fant vi for eksempel at funksjonsmål 18 (ivareta egen økonomi), svært sjelden ble utfylt med meningsbærende skår i den yngste aldersgruppen.

Helsedirektoratet oppfordrer til komplett funksjonsvurdering også for barn for å synliggjøre behov for bistand og som en viktig brikke til kunnskap. I henhold til veiledningen skal barn vurderes etter forventet aldersadekvat utvikling (Helsedirektoratet, 2022).

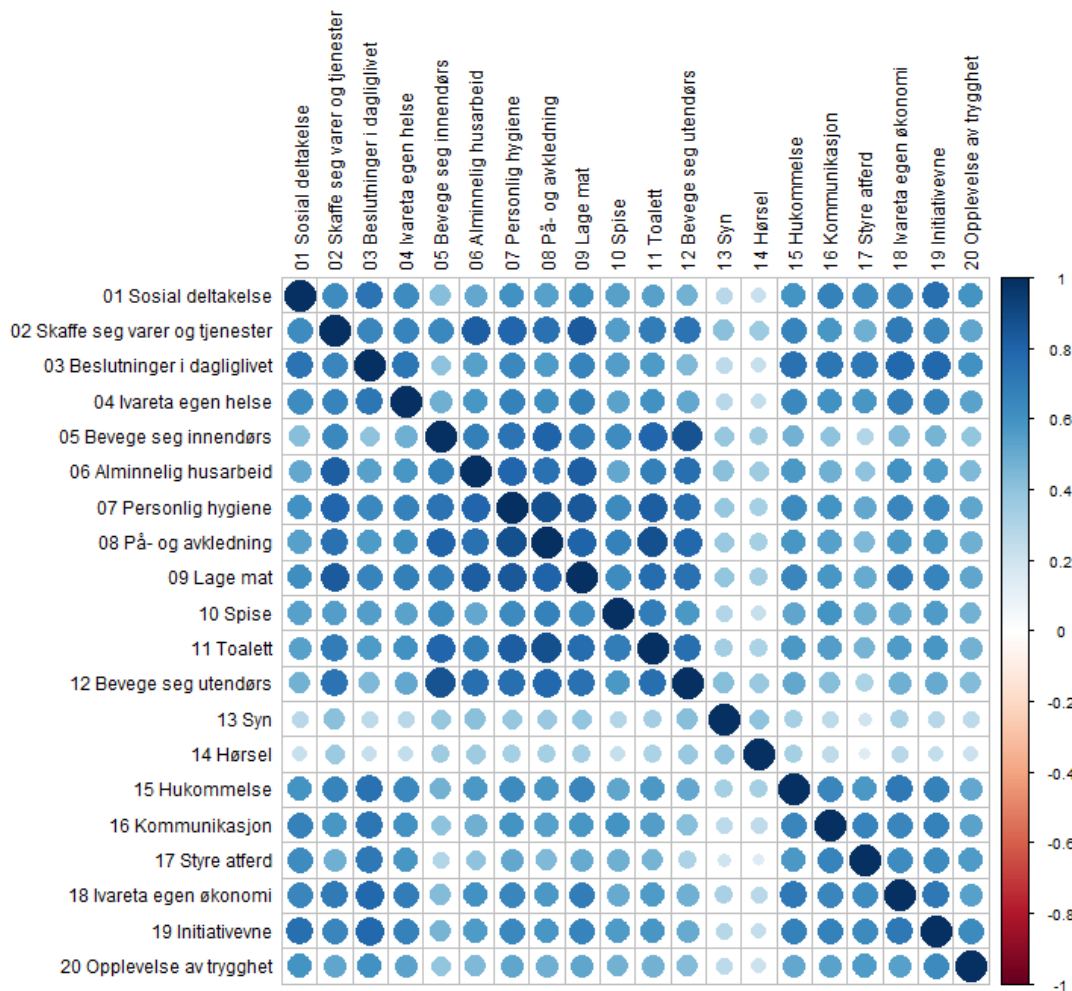
3.2 Korrelasjon mellom funksjonsmålene

For å se på sammenhenger mellom de ulike funksjonsmålene så vi først på korrelasjon mellom to og to mål (Figur 2).

Korrelasjon kan ha verdier fra -1 til +1. En korrelasjon på 0 uttrykker at det er ingen målbar sammenheng mellom variablene. For eksempel er det svært liten grad av korrelasjon/sammenheng mellom "14 hørsel" og "17 styre atferd" (Figur 2).

En korrelasjon på 1 uttrykker fullstendig positiv sammenheng (eksempel med høy positiv korrelasjon i Figur 2: "bevege seg utendørs" og "bevege seg innendørs"). Om korrelasjonen

har en absoluttverdi som nærmer seg 1 har det egentlig ikke hensikt å måle begge variablene, fordi begge egentlig uttrykker det samme.



Figur 2 Korrelasjonsplot, tjenestemottakere 2022. Mørkere blå farge indikerer høyere grad av positiv korrelasjon mellom funksjonsmålene

3.3 Prinsipalkomponentanalyser – definisjon av delmål

Prinsipalkomponentanalyse kan sees på som en utvidet korrelasjonsanalyse, hvor det blir forsøkt å se på sammenhenger mellom mange variabler under ett. Formålet med prinsipalkomponentanalyser er å samle flere komponenter for å forenkle datasettet. Prinsipalkomponentanalysene krever kompletthet i alle komponentene som skal analyseres, slik at analysegrunnet her var funksjonsmål for alle personer som var registrert med alle 20 målene.

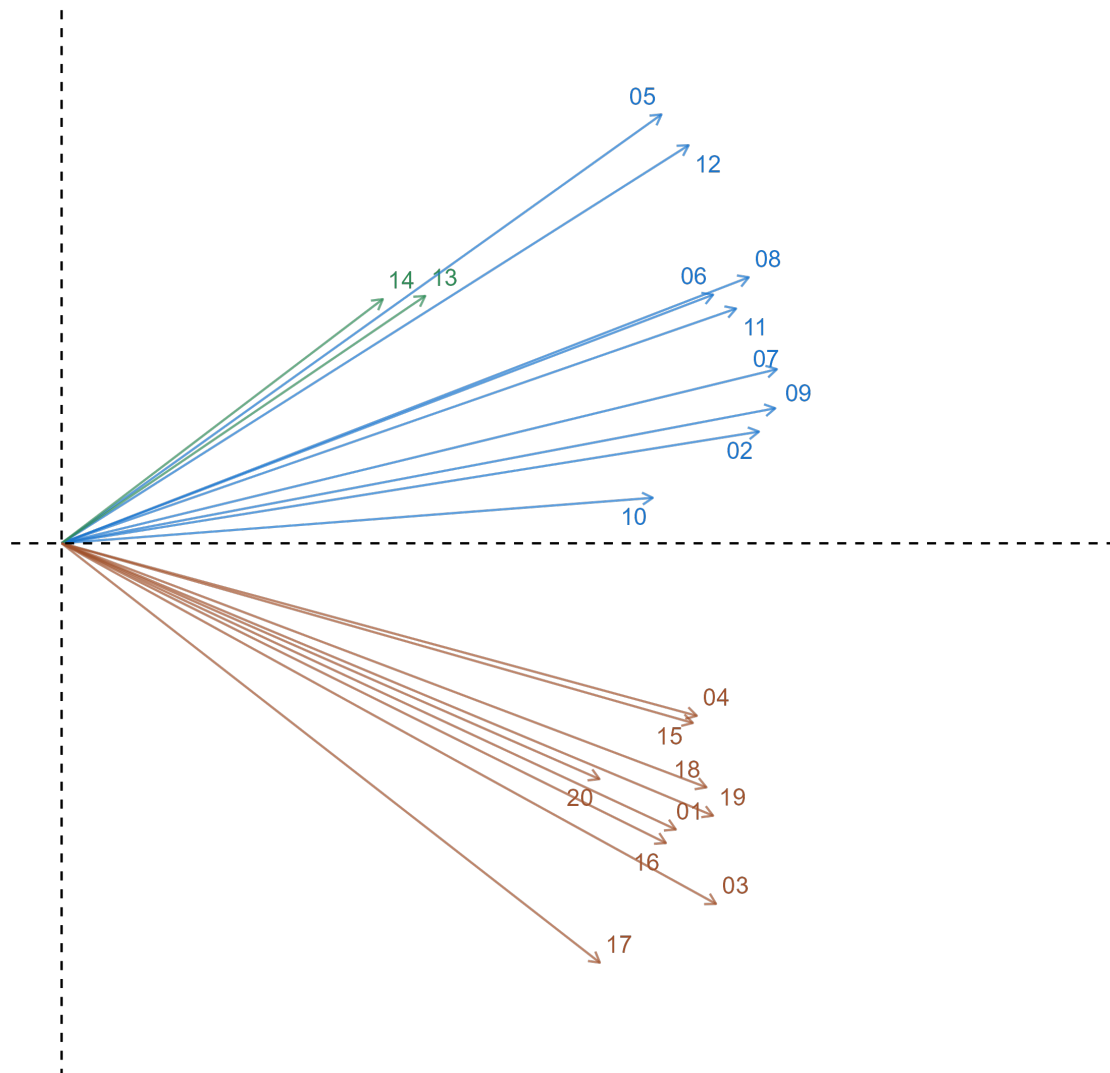
Vi startet med å se på hele populasjonen under ett, og gjentok analysene i ulike grupper. Kun resultater for totalpopulasjonen er gjengitt, siden analysene ga omtrent de samme

resultatene uavhengig av gruppene. Gruppene som ble undersøkt var basert på alder (over og under 67 år), diagnosegruppe, eller avgrenset til alle som døde påfølgende kalenderår som beskrevet i metodekapittelet.

Resultatene for totalpopulasjonen er gjengitt som såkalt biplott i Figur 4. Korte piler gir uttrykk for at en mindre del av variansen i datasettet forklares gjennom disse målene, og disse kan derfor vurderes til å ha mindre betydning (Kassambra, 2017).

Piler som er nærmest parallelle uttrykker en sterk grad av sammenheng mellom funksjonsmålene og kan vurderes for å grupperes sammen til samlemål. Piler som står 90 grader på hverandre uttrykker minst sammenheng. Disse vil det altså ikke være logisk å samle i samme gruppe.

Vi ser fra figuren at funksjonsmål for syn og hørsel forklarer en mindre del av variansen i datasettet. Pilene står nærmest 90 grader på piler for "styre atferd" og "beslutninger i dagliglivet", noe som uttrykker at det er liten grad av sammenheng mellom funksjonsmål for syn og hørsel og funksjonsmål for styre og beslutninger i dagliglivet.



Figur 3 Visualisering av prinsipalkomponentanalysen for totalpopulasjonen av tjenestemottakere. Grønne piler: 13 Syn, 14 Hørsel, Blå piler: 02 Skaffe seg varer og tjenester, 05 Bevege seg innendørs, 06 Alminnelig husarbeid, 07 Personlig hygiene, 08 På- og avkledning, 09 Lage mat, 10 Spise, 11 Toalett, 12 Bevege seg utendørs; Røde piler: 01 Sosial fungering, 03 Beslutninger i dagliglivet, 04 Ivareta egen helse, 15 Hukommelse, 16 Kommunikasjon, 17 Styre atferd, 18 Ivareta egen økonomi, 19 Initiativevne, 20 Opplevelse av trygghet.

Det ser dermed ut til å være to klare grupper for funksjonsmålene. Dette er i tråd med en mindre studie fra 2012 som inkluderte tjenestemottakere i Trondheim kommune (Døhl, Kalseth, & Magnussen, 2016). Videre ser vi at funksjonsmål for syn og hørsel har mindre betydning enn de andre funksjonsmålene, i tråd med evalueringen som ble gjort i 2010.

3.4 Prosjektgruppens anbefaling

Vi vurderer at dagens system med fem ulike delmål kan erstattes med et enklere system med bare to delmål, hvor funksjonsmålene for syn og hørsel på samme måte som tidligere ikke inngår.

Vi har kalt disse to gruppene av funksjonsmål "fysisk funksjon" og "kognitiv funksjon" etter lengre diskusjoner i prosjektgruppen. Selv om aktiviteter som inngår i gruppen for fysisk funksjon kan være komplekse, mener vi at disse to termene er meningsbærende og kan brukes.

I delmål for fysisk funksjon inngår funksjonsmål som befinner seg "over streken" i Figur 4, med unntak av funksjonsmål for syn og hørsel. I delmål for kognitiv funksjon inngår funksjonsmål som befinner seg "under streken" i denne figuren.

Endelig samlemål settes som det høyeste av de to delmålene. De aller fleste tjenestemottakere vil skåre nokså likt på begge delmålene, men i de tilfellene hvor det er ulik skår, mener vi at den høyeste skåren gir bedre uttrykk for det totale hjelpebehovet enn et gjennomsnitt av de to delmålene.

Delmål for fysisk funksjon skal inkludere følgende funksjonsmål:

- 02 Skaffe seg varer og tjenester
- 05 Bevege seg innendørs
- 06 Alminnelig husarbeid
- 07 Personlig hygiene
- 08 På- og avkledning
- 09 Lage mat
- 10 Spise
- 11 Toalett
- 12 Bevege seg utendørs

Delmål for kognitiv funksjon skal inkludere følgende funksjonsmål:

- 01 Sosial fungering
- 03 Beslutninger i dagliglivet
- 04 Ivareta egen helse
- 15 Hukommelse
- 16 Kommunikasjon
- 17 Styre atferd
- 18 Ivareta egen økonomi (ny etter 2010)
- 19 Initiativevne (ny etter 2010)

20 Opplevelse av trygghet (ny etter 2010)

Delmål for fysisk funksjon, delmål for kognitiv funksjon og endelig samlemål kategoriseres til tre nivåer på samme måte som tidligere:

- noe/avgrenset behov for bistand (verdi ≤ 2)
- middels til stort behov for bistand (verdi >2 og ≤ 3)
- omfattende behov for bistand (verdi >3)

3.5 Fordeling av delmål og samlemål i ulike grupper av tjenestemottakere

Vi har undersøkt hvordan delmål og samlemål beregnet som beskrevet over fordeler seg på ulike grupper av tjenestemottakere.

Vi ser at både delmål og samlemål ser ut til å ha logisk sammenheng med kompleksiteten i tjenestene. For eksempel er gjennomsnitt skår både for fysisk og kognitiv funksjon høyest blant de som har vedtak om sykehjemsplass (uttrykker størst hjelpebehov), og lavest for de som har støttekontaktjeneste.

Tabell 1 Antall tjenestemottakere per 31.12.2022 med andel (prosent) av disse som er registrert med funksjonsmål for de ulike tjenestetypene. Fordeling (prosent) av tjenestebehov målt gjennom foreslått nytt samlemål.

Tjenestetype	Antall tjenestemottakere (prosentandel med funksjonsmål)	Tjenestebehov, prosentandel blant tjenestemottakere med funksjonsmål		
		Noe/avgrenset behov for bistand	Middels til stort behov for bistand	Omfattende behov for bistand
1 Praktisk bistand - daglige gjøremål	100 407 (98,1)	24,5	35,7	39,8
2 Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	27 718 (97,5)	18,7	37,2	44,1
3 Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	4577 (97,6)	8,6	31,6	59,8
4 Dagaktivitetstilbud	34 248 (97,7)	16,5	33,8	49,8
5 Matombringing	35 045 (98,4)	18,4	36,4	45,2
6 Trygghetsalarm	116 812 (96,3)	32,1	36	32
7 Avlastning utenfor institusjon	9 827 (91,6)	10,7	40	49,3
8 Avlastning i institusjon	8 962 (98,5)	2,7	20,3	76,9
9 Støttekontakt	37 576 (95,2)	19,8	43,9	36,3
11 Omsorgsstønad	11 949 (94,8)	8,7	33,7	57,7
15 Helsetjenester i hjemmet	273 259 (90,8)	37	34,4	28,5

17 Dagopphold i institusjon	4026 (97,4)	16,4	37,9	45,6
18 Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	33 762 (96,8)	10,1	28,7	61,2
19 Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	16 488 (96,4)	12	33	55
20 Tidsbegrenset opphold - annet	20 232 (95,0)	11	29,7	59,3
21 Langtidsopphold i institusjon	46 794 (99,2)	0,8	6,3	92,9
25 Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold	15 063 (89,7)	20,8	34,5	44,7
26 Lokaliseringsteknologi (GPS)	3394 (96,7)	14,3	30	55,8
27 Elektronisk medisineringsstøtte	7571 (99,0)	21,8	47,5	30,7
28 Digitalt tilsyn	11 367 (98,2)	12,2	20,8	67
29 Bolig som kommunen disponerer for helse- og omsorgsformål	49 263 (97,3)	17,7	30,4	51,9

4 Diskusjon

Analysene viser at det for alle tjenestemottakere sett under ett er tilfredsstillende kompletthet i innrapporteringen av funksjonsmål. Dette gjelder på individnivå (andel av tjenestemottakere med registrert funksjonsmål) og på funksjonsmålsnivå (andel av tjenestemottakere som har registrert hvert enkelt funksjonsmål).

Komplettheten er litt lavere for de tre "nye" funksjonsmålene som ble innført etter forrige gjennomgang; komplettheten er imidlertid rundt 80 prosent også for disse.

Komplettheten i innrapportering av funksjonsmål er nokså lav for de yngste tjenestemottakerne og dermed også for de tjenestene som oftest brukes i de yngste aldersgruppene. Vi vil oppfordre til at funksjonskartleggingene også fylles ut komplett med skår 1-5 for de yngste brukerne, i tråd med retningslinjene.

Dagens samlemål tar ikke hensyn til tre av funksjonsmålene og tilretteleggingen er komplisert. Vi mener derfor at det er viktig å gå bort fra dagens samlemål.

Å gå over til et system med bare to delmål i stedet for fem vil være en betydelig forenkling fra dagens system.

Prosjektgruppens anbefaling er basert på analysearbeidet som beskrives i rapporten, kontakt med sektoren og de eksterne medlemmenes erfaring med datagrunnlaget i forskning og analyse.

5 Konklusjon

Basert på analysene i denne rapporten er vårt forslag at det nye systemet omfatter to samlemål, et for fysisk og et for kognitiv funksjon. De to delmålene beregnes som gjennomsnitt av funksjonsmålene som tilhører gruppen. Deretter velges den høyeste verdien av disse to som samlemål. Begge delmålene og samlemålet kategoriseres til tre

grupper (≤ 2 : «noe/avgrenset behov for bistand», > 2 og $\leq 3,0$: «middels til stort behov for bistand», $> 3,0$: «omfattende behov for bistand») på samme måte som tidligere.

Referanser

- Døhl, Ø., Kalseth, J., & Magnussen, J. (2016). Physical disability and cognitive impairment among recipients of long-term care. *Journal of Nursing Education and Practice*, ss. 1-7.
- Helsedirektoratet. (2010). *Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemål*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2018). *Bruk av kodeverk - Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2022). *3. Om funksjonsvurdering og skårinndeling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2022, Juni). *Funksjonsvurdering av barn*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2023). *Kommunale helse-og omsorgstjenester 2022*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet. (2024). *Beregning av delmål og samlemål*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>
- Kassambra, A. (2017). *Practical guide to principal component methods in R*. STHDA.

Vedlegg: Tidligere anbefaling for beregning av delmål og samlemål

Her gjengis beregning av delmål og samlemål slik det er blitt gjort tidligere.

I **første trinn** deles 15 funksjonsmål inn i 5 delmål:

A Sosial fungering:

- 01 Sosial fungering
- 03 Beslutninger i dagliglivet
- 17 Styre atferd

B Kognitiv svikt:

- 15 Hukommelse
- 16 Kommunikasjon

C Ivareta egen helse:

- 04 Ivareta egen helse

D Husholdsfunksjoner:

- 02 Skaffe seg varer og tjenester
- 06 Alminnelig husarbeid
- 09 Lage mat

E Egenomsorg:

- 07 Personlig hygiene
- 08 På- og avkledning
- 10 Spise
- 11 Toalett
- 05 Bevege seg innendørs
- 12 Bevege seg utendørs

I **andre trinn** beregnes gjennomsnitt av de rapporterte funksjonsmålene innenfor hver gruppe (verdi 9 holdt utenfor). Det beregnes delmål for alle personer som har minst én måling innenfor gruppen av funksjonsmål.

I **tredje trinn** kategoriseres hvert delmål som følger:

- Verdi 1,5: Lite/ avgrenset bistandsbehov (gjennomsnittsverdi $\leq 2,0$)
- Verdi 3,0: Middels til stort bistandsbehov (gjennomsnittsverdi $> 2,0$ og ≤ 3)
- Verdi 4,5: Omfattende bistandsbehov (gjennomsnittsverdi $> 3,0$)

I **fjerde trinn blir det** tatt et gjennomsnitt av verdiene tildelt i Trinn 3 (dvs. av de tilordnete verdiene 1,5, 3,0 og 4,5).

I **femte og endelige trinn** kategoriseres dette endelige samlemålet på samme måte som beskrevet for delmålene i Trinn 3:

- Verdi 1,5: Lite/ avgrenset bistandsbehov (gjennomsnittsverdi $\leq 2,0$)
- Verdi 3,0: Middels til stort bistandsbehov (gjennomsnittsverdi $> 2,0$ og ≤ 3)
- Verdi 4,5: Omfattende bistandsbehov (gjennomsnittsverdi $> 3,0$)

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no