

Anbefalinger til videre arbeid med rapportering for psykisk helse og rus i kommunen – En helhetlig gjennomgang av registrering og rapportering på psykisk helse- og rusfeltet

Først publisert: 31. oktober 2022

Siste faglige endring: 31. oktober 2022

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn og behov	5
3. Prosess og fremdrift	9
4. Resultater og anbefalinger	11
5. Vedlegg	31

Sammendrag

Helsedirektoratet har med bakgrunn i en henvendelse fra Helse- og omsorgsdepartementet om behov for bedre styringsdata gjennomført en helhetlig gjennomgang av rapporteringen fra kommunene for psykisk helse og rus-feltet. Det er et overordnet mål for Helsedirektoratet å samle og sikre best mulig rapportering til registre og å tilgjengeliggjøre dataene for å oppnå best mulig nytte i tråd med formålet. Det er også en målsetting å unngå ressurs- og tidkrevende særrapporteringer. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Kommune stat rapportering (KOSTRA) er lovpålagte innrapporteringer som bør ivareta sentrale myndigheters behov for data i størst mulig grad. Målet for gjennomgangen var å anbefale tiltak for å redusere eventuelle dobbeltregistrering og å avdekke kunnskapshull.

Bakgrunnen for denne gjennomgangen er at registrerings- og rapporteringsbyrden er stor på feltet, samtidig som det er en opplevelse av at kommune og stat får lite tilbake i form av styringsdata. Til KPR rapporteres aktivitetsdata uavhengig av årsak eller diagnose. Tjenestene som rapporteres er basert på tjenester beskrevet i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 og har vært rapportert siden 2007. Opplysningene hentes direkte fra den elektroniske pasientjournal (EPJ). I KPR rapporteres også tjenester som ytes til målgruppen mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk i kommunen. Kommunene står fritt til å innrette tjenestene slik de ønsker. Tjenestene tildeles på bakgrunn av behov og funksjon, uavhengig av diagnose og brukergruppe. En person kan ha ulike og sammensatte problem, og ha mange eller ingen diagnoser. Derfor er det vanskelig å skille ut tjenester til én enkelt brukergruppe i statistikken. For å få det til kan det være behov for sammenstillinger mellom ulike kilder og registeropplysninger.

I arbeidet er følgende kartlagt:

- gjennomgang av rapporteringer og kartlegginger for feltet
- kartlegging av dobbeltregistreringer
- kartlegging av mangler ved datagrunnlaget
- kartlegging av mangler i tilgjengelig statistikk og styringsinformasjon for kommuner og myndigheter

Helsedirektoratets interne arbeidsgruppe med representanter fra fire avdelinger har hatt 19 møter siden april 2021. Det er avholdt flere egne møter med avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester i Helsedirektoratet. Ved gjennomgangen av KOSTRA deltok Dag Ragnvald Abrahamsen, Linda Allertsen og Øyvind Isachsen Berntsen fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

KS er godt informert om arbeidet og sier følgende: «KS er svært opptatt av å redusere rapporteringsbyrden for kommunene og at rapporteringen gir størst mulig nytteverdi for alle ledd i kommunen. KS støtter at de foreslåtte tiltakene fra Hdir adresserer utfordringene og vil bidra godt til å redusere rapporteringsbyrden i de rapporterende enheter i kommunen. KS stiller seg derfor bak tiltakene.»

Oppsummering av arbeidsgruppas anbefalinger

Anbefaling til videre arbeid med IS-24/8 og KOSTRA:

1. Sette i gang et arbeid for å evaluere opplysningene som kartlegges i IS-24/8 sammen med kommunesektoren og SSB. Vurdere om noe kan foreslås tatt inn i KOSTRA-rapporteringen for å redusere den totale rapporteringsbyrden for kommunene.
2. Som en del av utredningen bør det gjennomføres en risikoanalyse slik at viktig kunnskap ikke går tapt.

Seks tiltak for å bedre datagrunnlaget og tilgjengeliggjøring av data fra KPR:

1. Heve kunnskapen i sektor om forvaltningsloven og krav til saksbehandling, og dokumentasjonsplikt, og dermed få en mer komplett og valid innrapportering fra alle kommuner fra psykisk helse og rusfeltet. Dette kan gjøres som et samarbeid mellom Helsedirektoratet og statsforvalter.
2. Kommunene har behov for data til styring, prioritering, planlegging og sammenligning på riktig nivå. Data fra KPR må tilgjengeliggjøres. Arbeidsgruppen anbefaler at statistikkvisninger/dashboard tilgjengeliggjør data åpent slik at alle som ønsker det har bedre tilgang til data.
3. Styringsdata basert på egne rapporterte data fra enheter og avdelinger i kommunen må tilgjengeliggjøres bak påloggingsløsning. Slik at de med tjenstlig behov får tilgang til styringsdata på riktig nivå. Styringsdata på dette nivået vil ikke kunne publiseres åpent på grunn av personvern. Fremstillingen av data fra Brukerplan bør være inspirasjon til enkle og pedagogiske framstillinger (se Figur 1, Figur 2, Figur 3).
4. Jevnlige publisering av sammenstilte styringsdata fra Norsk pasientregister (NPR) og KPR i dashboard som kan benyttes til å berike datagrunnlaget til KPR og identifisere målgruppen til styrings og kvalitetsforbedringsformål for å blant annet sikre gode pasientforløp.
5. Utvikle tjenestekodeverket som rapporteres til KPR.
 - Utrede, beskrive og teste en ny tjenestekode for psykisk helse- og rusarbeid. Det kan gjøre det enklere å fremstille statistikk over feltet og identifisere målgruppen. Det kan også gjøre det enklere for kommunen å rapportere riktig og gi mer komplette data.
 - Utrede, beskrive og teste hvorvidt forløp 1, forløp 2 og forløp 3 kan være en del av rapporteringen til KPR.
6. Videreutvikling av krav til rapportering til KPR for å gi bedre kunnskap om psykisk helse og rus i skolehelsetjeneste og helsestasjon gjennom statuskoder per konsultasjon/kontroll og per kategori.

Bakgrunn og behov

Bakgrunn

Helsedirektoratet kartla i et samarbeid på tvers av 7 avdelinger ("Lag for statistikk for helse- og omsorgstjenesten") i 2019 behovet for styringsdata på psykisk helse- og rusfeltet innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Laget initierte så en helhetlig gjennomgang av hva som rapporteres på feltet, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for gjennomgangen var at det over lengre tid har kommet kritikk fra helse- og omsorgstjenesten og statsforvalterne om at registrerings- og rapporteringsbyrden er stor på feltet, samtidig som de opplever at de får lite tilbake i form av egne styringsdata. Denne kritikken har i spesialisthelsetjenesten blitt forsterket ved innføringen av pakkeforløp psykisk helse og rus. Både helsemyndigheter og helsetjenesten selv, etterlyser bedre styringsinformasjon og bedre tilgjengeliggjøring av dataene. Se Tabell 2- Oversikt over datakildene tatt med i arbeidet, for en oversikt over de viktigste rapporteringer som gjøres i dag.

I tillegg til lovpålagte rapporteringskrav er det også flere frivillige rapporteringer fra kommunene. Rapporteringene innebærer i mange tilfeller at tjenestene må registrere det samme, eller tilnærmet like opplysninger på ulike plattformer og til ulike formål. Dobbeltregistrering kan bidra til registreringstretthet, noe som igjen kan resultere i manglende eller mangelfull rapportering, som igjen kan føre til dårlig datakvalitet.

I dette arbeidet har vi tatt for oss rapportering fra kommunene (IS-24/8, Brukerplan, KOSTRA og KPR).

Behov for kunnskap om feltet

For å utvikle helsetjenester av god kvalitet trengs det informasjon om hvilke tjenester det er behov for, samt kvaliteten på tjenestene som ytes og effekt av tjenestene. Det er i flere sammenhenger påpekt at vi har et for dårlig kunnskapsgrunnlag om tjenestene til personer med psykiske helseproblemer og rusproblemer. Dette er særlig gjeldende i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet har blant annet som mål å "få bedre oversikt over forekomst og omfang av psykiske plager/lidelser, bostedsløshet, rusmiddel- og voldsproblematikk blant befolkningen, og hvilke kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester disse mottar og/eller har behov for". Det er også et mål at "pasientene opplever sammenhengende pasientforløp på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste". (Tildelingsbrevet til Helsedirektoratet 2021 s.23.) Psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer representerer et svært sammensatt fagområde med tjenester og personell som både er spesifikt rettet mot målgruppen (lavterskeltilbud, samtaleterapi, eks..), og tjenester som ytes som del av øvrige helse- og omsorgstjenester i kommunene uavhengig av hvilke problemer som ligger til grunn (omsorgstjenester i hjemmet, oppfølging av fastlege, helsestasjon mv). Kommunene har organisert tilbudet noe ulikt, og de ulike tjenestene kan ha ulike navn og formål. Dette gjelder særlig lavterskeltilbud, der det ikke er krav om vedtak, men som likevel kan være av stor betydning for den enkelte bruker, og for det samlede tilbudet i kommunen. Eksempler på lavterskeltilbud som gis i enkelte kommuner er ACT/FACT-team, Rask psykisk helsehjelp (RPH).

Psykisk helse og rusfeltet er et prioritert område for tjenesteutvikling og det er et uttrykt ønske å kunne få mer informasjon om personer med psykiske vansker og/eller rusproblemer får den hjelpen de har behov for. Da trengs kunnskap om type helseproblem og omfang, og det trengs data om tjenestene for å vurdere kapasitet og kvalitet i forhold til behovene. Kommunale helse- og omsorgstjenester ytes ut fra den enkeltes behov. Målgruppen fremkommer derfor kun når det foreligger relevant diagnose. Det blir ikke registrert om psykisk helse- og rusproblematikk er del av årsak til behovet for hjelp. Det er ingen krav til at det skal foreligge en diagnose ved tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. En person kan ha mange eller ingen diagnoser. (nærmere om dette i omtale av de enkelte datakilder).

På bakgrunn av manglende kunnskap om dette fagområdet, har kommunene tatt i bruk eget kartleggingsverktøy (Brukerplan) for å få informasjon om omfang og karakteristika ved personer med psykisk helse og/eller rusproblemer som er tjenestemottakere i egen kommune. Kommunene mottar lokal og nasjonal statistikk fra Brukerplan. Helsedirektoratet innhenter i tillegg data om tjenester og ressursbruk for målgruppen i en særskilt rapportering fra kommunene (IS-24/8) til bruk i planlegging, kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling. Statistikk fra disse rapporteringene vil derfor være basert på data fra flere tjenester, der kommunene gjør omtrentlige beregninger om målgruppen på tvers av tjenesteområdene.

Et av de viktigste problemene for å styrke kunnskapsgrunnlaget for psykisk helse- og rusfeltet er å kunne identifisere målgruppen i eksisterende datakilder. I tillegg er det enkelte kunnskapshull når det gjelder en del av lavterskeltilbudene som ikke inngår i noen rapportering, med unntak av frisklivssentralene som rapporteres i KOSTRA. Det er også et ønske om tilgjengeliggjøring og sammenstilling av eksisterende data som sammen kan gi et mye bedre bilde av tjenestene, behandlingen og forløpene for målgruppen. I forbindelse med arbeidsgruppens gjennomgang av datakildene har det også blitt gjort et arbeid med å sammenstille data fra KPR (Helse- og omsorg og fastleger, legevakt, fysioterapeut mm.) og NPR for å se om kobling kan identifisere brukergruppen og gi mer innsikt også om deres pasientforløp. Noen eksempler på resultater er vist til slutt i denne rapporten.

Utfordringen er at tjenestene organiseres ulikt i kommunene, samtidig som tjenestemottakerne gjerne har sammensatte lidelser/tilstander. De kan ha behov for omfattende tjenester som krever ulik kompetanse, flere og gjerne samtidige tjenester, og samarbeid på tvers av tjenester og sektorer. Det er mennesker som trenger bolig, psykiske helsetjenester, rustjenester, somatiske helsetjenester, hjelp i hjemmet, råd og veiledning osv. De møter ulike tjenester over tid med behov for samordning og individuelle planer. Kommunene yter vedtaksfestede tjenester og tilbyr ulike lavterskeltilbud som ikke krever vedtak, som kurs og treffsteder. I denne gruppen finner vi personer i alle aldre, med både milde/moderate problemer med behov for kortvarige tjenesteforløp, til de med alvorlig og sammensatt problematikk som har behov for mer langvarige tjenesteforløp. Det er også gråsoner i tjenestene mot lavterskeltjenester. Det har over flere år vært et mål at det i større grad bør etableres flere lavterskeltilbud til brukergruppene. Disse skal være preget av lett tilgjengelighet uten henvisning.

Mange tjenestemottakere med psykiske helse- og rusproblemer har ofte behov for langvarige og sammensatte tjenester både fra kommunenivå og fra spesialisthelsetjenesten. En utfordring er å sikre gode pasientforløp der tjenestene samarbeider og der overganger mellom tjenestenivå sikrer god informasjonsflyt. Pakkeforløp for psykisk helse og rus er eksempel på tiltak for å ivareta dette. Kunnskap om kvalitet i pasientforløpene krever gode data fra ulike tjenestenivå og mulighet for kobling mellom datakildene. Registre og KOSTRA gir data om aktivitet, omfang, noe informasjon om tjenesten og tjenestemottaker, men lite om effekt av tjenesten. Noe av hensikten med rapporteringene må være å kunne vurdere effekt og kvalitet i tjenestene for å kunne tilby helhetlige og koordinerte tjenester av god kvalitet til brukerne.

I forbindelse med gjennomgangen har det kommet innspill fra arbeidsgruppen og Avd. Helse- og omsorgstjenester om hvilken type informasjon det er behov for: som kjennetegn ved personene (alder, diagnose, funksjon), kjennetegn ved tjenestene og behandlingen de mottar (omfang, varighet) og mer om forløp på tvers av sektorer som barnevern og NAV. Mesteparten av disse opplysningene finnes i helseregisterdata (KPR og NPR). Det kan imidlertid være vanskelig å identifisere hele målgruppen i KPR-data. En kobling av de ulike registerkildene kan muligens bidra noe til å løse dette, men det er avhengig av at kommunene dokumenterer og sikrer rapportering av tjenestene de yter.

Hvilke datakilder har vi?

Et overordnet mål for Helsedirektoratet er å sikre best mulig rapportering fra helsetjenestene til registre og å tilgjengeliggjøre registerdata på en god måte, slik at tjenestene har styringsdata som er nyttig for tjenesteutvikling, kvalitetsarbeid, styring og forskning. Det er også et mål å ha færrest mulig særreporteringer.

1.	IS-24/8 – Kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid
2.	Brukerplan; Kartleggingsverktøy for kommunene
3.	KOSTRA
4.	Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
5.	Kontinuerlige, elektroniske målinger av brukererfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (FHI)
6	Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer (KoRus Midt-Norge)
7.	KvaRus; Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler
8.	Norsk pasientregister (NPR)

Tabell 2- Oversikt over datakildene tatt med i arbeidet. Rapportering fra kommuner

Datakilde	Lovhjemmel	Databehandler	Metode for innhenting av data	Type publisering	Publi
KPR Fastlege, legevakt, fysioterapi mm. (utvalgte opplysninger fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR))	Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) - Lovdata	Helsedirektoratet	Overføring av data fra Kontroll og utbetaling av helse-refusjoner til KPR	Publisering av statistikk på WEB	Stati
KPR (Helsestasjon og skolehelse)	Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) - Lovdata	Helsedirektoratet	Uttrekk av journal-opplysninger Starter med innrapportering fra høst 2022	Foreløpig ingen publisering	
KPR (helse og omsorg)	Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) - Lovdata	Helse-direktoratet	Uttrekk av journal-opplysninger	• Publisering av nøkkeltall på web • Årsrapport • Inngår i Statistikkbanken i SSB sammen med KOSTRA	https://www.ssb.no/arsrapport
Brukerplan	Frivillig deltakelse Dispensasjon fra taushetsplikten etter		Elektronisk skjema-rapportering	Kommune-rapporter Regionale rapporter	Bruk

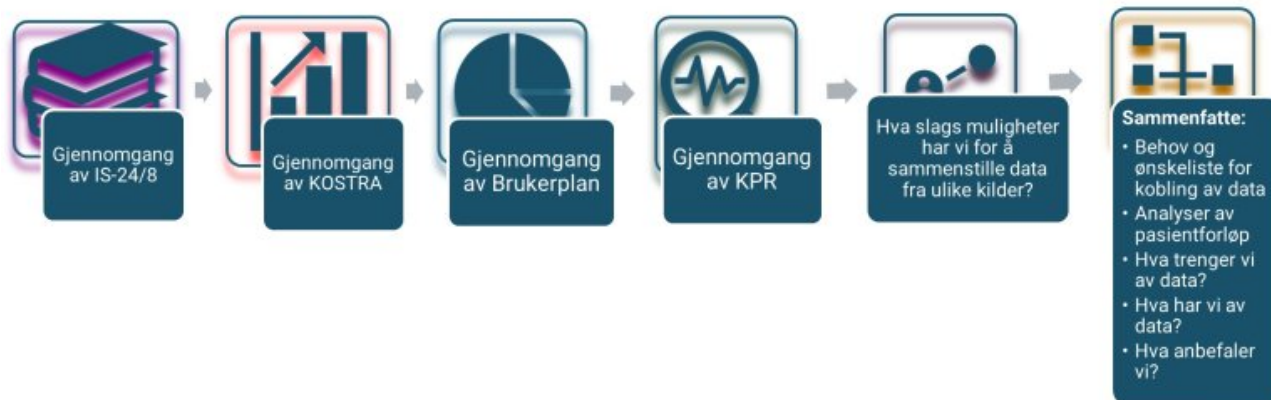
	helsepersonel-loven § 29B	KORFOR, Helse Stavanger	Saksbe-handlere vurderer ut fra kjennskap til brukerne	Årsrapport med nasjonale data	
IS-24/8	Frivillig deltakelse	Sintef AS	Elektronisk spørre-skjema	Årlig nasjonal rapport Statistikk-pakker til hvert statsforvalter-embete	Hjer
KOSTRA	Lov 22.06. 2018 nr.83 om kommuner og fylkes-kommuner § 16-1 KOSTRA-forskrift	SSB	KOSTRA-skjema. Elektronisk skjema for tjenestedata	Statistikk-banken, SSB Nøkkeltall, SSB Artikler, SSB	Psyk

Prosess og fremdrift

Arbeidsgruppen har gjennomført en gjennomgang av de ulike datakildene på feltet. Arbeidsgruppen har også hatt en dialog med relevante avdelinger i Helsedirektoratet og eksterne parter vedrørende behov for kunnskap om brukergruppen. Som en del av dette arbeidet har vi hatt et prøveprosjekt hvor vi har koblet registerdata fra KPR og NPR for å se hvilken kunnskap en kobling kan gi. Koblingen er en start på et grunnlag for framtidig tilgjengeliggjøring av registerdata. Videre koblinger er nødvendig for å vise hvilke muligheter en kobling gir for å dekke kunnskapshull og eventuelt avdekke mangler i de eksisterende rapporteringskravene. Først når registerdata sammenstilles og tilgjengeliggjøres vil reelle mangler dette kunne i rapporteringskrav avdekkes. Da vil det kunne sees opp i mot behov for kunnskap om feltet.

Plan og gjennomføring utredningsarbeidet

- Ukentlige arbeidsgruppemøter
- Kommunikasjon med fagavdelinger i Helsedirektoratet
- Samtaler og møter med eksterne aktører fra kommuner, KS, SSB og Psykologforeningen
- Arbeidet er presentert i Kontaktutvalget for Helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk
- Rapporten sendes ut på intern høring til alle divisjoner i Helsedirektoratet



Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppe	Navn	Stilling	Avdeling
Medlemmer	Jannick Berg Leknes	Seniorrådgiver	Psykisk helse og rus
	Kirsti Strand	Seniorrådgiver	Global helse og dokumentasjon
	Maja Kristiansen	Seniorrådgiver	Komparativ statistikk og styringsinformasjon
	Mette Odden Grimeland	Seniorrådgiver	Helseregistre, seksjon registerkvalitet
	Ranita Larsen Nersund	Seniorrådgiver	Komparativ statistikk og styringsinformasjon
	Siri Strømsmo	Seniorrådgiver	Psykisk helse og rus
Koordinator	Yvonne Solberg	Seniorrådgiver	Helseregistre, seksjon registerkvalitet

Arbeidsgruppen har hatt 19 møter siden april 2021. Gruppen har ved behov også hatt møter med eksterne og personer fra relevante avdelinger i Helsedirektoratet. Det er avholdt tre egne møter med Avd. kommunale helse- og omsorgstjenester i Helsedirektoratet. Ved gjennomgangen av KOSTRA deltok Dag Ragnvald Abrahamsen, Linda Allertsen og Øyvind Isachsen Berntsen fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Helsedirektoratet har hatt to møter med KS og KS sier følgende: «KS er svært opptatt av å redusere rapporteringsbyrden for kommunene og at rapporteringen gir størst mulig nytteverdi for alle ledd i kommunen. KS støtter at de foreslåtte tiltakene fra Hdir adresserer utfordringene og vil bidra godt til å redusere rapporteringsbyrden i de rapporterende enheter i kommunen. KS stiller seg derfor bak tiltakene.»

Oppsummert er dette vurdert i arbeidet med anbefalinger til videre arbeid

Gruppen har vurdert behovet for data om personer med psykisk helseproblematikk og/eller rusproblematikk. Det er foretatt en kartlegging av eksisterende datakilder for å få en oversikt over hva som blir innrapportert fra kommuner for å avdekke mulige mangler i datagrunnlaget samt påpeke eventuelle dobbeltregistreringer (Tabell 1- Rapporteringer innen psykisk helse- og rusfeltet). På bakgrunn av dette har gruppen vurdert ulike tiltak for å bedre kunnskapsgrunnlaget om brukergruppen, og vurdering av hva som kan gjøres for å ivareta mest mulig av databehovet gjennom de ordinære innrapporteringene til KOSTRA og KPR.

Arbeidsgruppen anbefaler noen konkrete tiltak for videre arbeid

- Kartlegge omfanget av dobbeltregistreringer (sammenligne variablene i de ulike rapporteringssystemene)
- Vurdere om det er områder/informasjon som mangler i dagens datakilder.
- Vurdere om noen av variablene som registreres i IS-24/8 og Brukerplan helt eller delvis kan fases inn i KOSTRA eller KPR
- Vurdere hvordan og hvilke variabler som best kan nyttes for å måle helhetlige pasientforløp (både i kommune- og spesialisthelsetjenesten) innenfor registrene NPR og KPR. Vurdere hvorvidt det er behov for bedre tilgjengeliggjøring av data og koblinger mellom datasett i register for å tilfredsstille behov for styringsinformasjon for psykisk helse- og rusfeltet.

Tilgrensning/avgrensning til andre pågående oppdrag

I denne omgangen ble rapportering fra systemer og personell i kommunene gjennomgått (punkt 1-4 i Tabell 1- Rapporteringer innen psykisk helse- og rusfeltet). Dette arbeidet må sees i sammenheng med rapporteringer fra spesialisthelsetjenesten, fordi koblinger og analyser av pasientforløp vil være avhengig av tilgjengelige data både fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor behov for å gjøre en lignende gjennomgang av rapporteringer i spesialisthelsetjenesten (se punkt 5-8) i tabell 1.

Resultater og anbefalinger

Gjennomgang av IS-24/8

IS-24/8 er en årlig kartlegging (spørreskjema) som SINTEF gjennomfører blant alle landets kommuner/bydeler på oppdrag fra Helsedirektoratet, som eier dataene. Målet med kartleggingen er å monitorere utviklingen i ressursinnsats i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid over tid. Kartleggingen startet i 2007 og gjaldt da kun psykisk helsearbeid i kommunene. Fra 2015 ble opplysninger om kommunens rusarbeid inkludert i kartleggingen. Opplysningene som samles inn handler om kommunenes ressursbruk og årsverksinnsats, kompetanse/utdanningsnivå blant ansatte, organisering av tjenestene, og andre opplysninger om innhold og utvikling i tjenestene. Spørsmålene som omhandler årsverk og utdanning holdes konstant hvert år, mens øvrige spørsmål kan endres fra år til år ut ifra hva Helsedirektoratet har behov for å kartlegge mht. sentrale satsninger og fokusområder på feltet. Eksempler på dette er Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), Bolig for velferd (2014-2020), og pakkeforløp psykisk helse og rus.

IS-24/8 er et sentralt styringsverktøy for Helsedirektoratet, HOD og statsforvalterne innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid ut fra våre respektive samfunnsoppdrag, både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Dataene som innhentes gjennom kartleggingen inngår som grunnlagskilde i flere sentrale satsninger. Statsforvalteren får en rekke oppdrag via tildelingsbrev og virksomhets- og økonomiinstruks hvor tall fra IS-24/8 benyttes som styringsparametre. Tall fra IS-24/8 brukes også i statsforvalterens årlige rapportering til Helsedirektoratet.

Innholdet i kartleggingen

Spørreskjemaet som benyttes i IS-24/8 er elektronisk og inneholder til sammen om lag 470 kvantitative og kvalitative variabler (hoved- og delspørsmål). Skjemaet er utviklet og blir revidert av forskere i SINTEF i samarbeid med Helsedirektoratet og en faglig referansegruppe. Fagansvarlig(e) for psykisk helse- og rusarbeid i kommunene har ansvaret for utfyllingen av skjemaet. Kommunene er anbefalt å arrangere et felles fagmøte for psykisk helse- og rusarbeid, med representanter både for tjenester til barn/unge og tjenester til voksne, for å fylle ut mest mulig av skjemaet i fellesskap. Opplysningene som etterspørres baserer seg på et anslag over hvilke ressurser som ytes overfor brukergruppen. Et anslag fra de ulike tjenestene samles og rapporteres i spørreskjemaet. Dette gjør at svarene i noen grad vil være basert på skjønnsmessige vurderinger fra fagpersonene i tjenestene. Kommunen rapporterer også på spørsmål om organisering og om ulike type tilbud, brukermedvirkning i kommunen m.m. Spørreskjemaet skal godkjennes av kommune-direktør/rådmann e.l. i kommunen før innsendelse.

Omfang og hyppighet av rapportering

IS-24/8 gir aggregert statistikk på kommune-, fylkes- og nasjonalt nivå. Resultatene fra kartleggingen publiseres i en årlig rapport av SINTEF. I tillegg til nasjonale resultater inneholder rapporten resultater for undergrupper av kommuner basert på befolkningsstørrelse og fylke. Rapporten sendes til alle kommuner og statsforvalterembeter, i tillegg til at den er offentlig tilgjengelig. Det vises ikke resultater for enkeltkommuner i den nasjonale rapporten, men hver kommune kan sammenligne seg med grupper av kommuner som ligner deres, med hensyn til befolkningsstørrelse og geografi. SINTEF lager også årlige statistikkpakker med relevante data (i Excel-format) til hvert statsforvalterembete. I disse statistikkpakkene

inngår resultater på kommunenivå for kommunene som hører til embetet. I tillegg inngår den overordnede årsverksstatistikken i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet^[1], og i ressursportalen for analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommunene^[2]. Her kan man hente ut tall på kommunenivå.

Datainnsamlingen gjennomføres årlig i perioden fra april til juni, og har høy oppslutning i kommunene. Gjennomgående har så godt som alle landets kommuner vært med i kartleggingen, men det har vært noe lavere deltagelse under koronapandemien. I 2021 deltok totalt 348 kommuner/bydeler, noe som gir en dekning på 93,5 prosent. Datagrunnlaget og de kvantitative anslagene som gjøres er godt kvalitetssikret i de fleste kommuner, ifølge SINTEF. Fafo, som har evaluert opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020), har også vurdert at det er grunn til å tro at anslagene på ressursbruk i IS-24/8 er pålitelige.^[3]

Anbefalinger til videre arbeid for IS-24/8

Informasjonen i IS-24/8 er viktig for å følge med på kommunenes arbeid innen psykisk helse- og rusfeltet. Nesten alle landets kommuner deltar i kartleggingen selv om den er frivillig. Samtidig er dette et meget omfattende spørreskjema å fylle ut. For å minske registreringsbyrden for kommunene, og å unngå for mye særrapportering, bør det være et mål å erstatte deler av IS-24/8 med innrapportering i KOSTRA. Spørsmålene som endres fra år til år ut fra myndighetens behov for å følge med, bør beholdes i IS-24/8. Vi anbefaler derfor at det settes ned en arbeidsgruppe som kan evaluere IS-24/8, og gi innspill til KOSTRA-arbeidsgruppe for videre vurdering om noe av informasjonen kan dekkes i KOSTRA-rapporteringen. Som en del av vurderingen bør det gjennomføres en risikoanalyse av hva slags type styringsinformasjon man mister ved å redusere IS-24/8, slik at viktig kunnskap ikke går tapt.

[1]

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/komm>

[2]

<https://www.ressursportal.no/kompetanse-og-personell/arsverk-og-sysselesatte/arsverk-i-psykisk-helse--og-r>

[3] Fafo (2018): *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2018/20657.pdf>

Gjennomgang av Brukerplan

Brukerplan er et verktøy for å kartlegge tjenestemottakere med psykisk helse- og rusproblemer i kommunen.^[1] Statistikken skal gi grunnlag for planlegging og prioritering i kommunene og skal bidra til datagrunnlaget for utformingen av den nasjonale politikken for psykisk helse- og rusarbeid. Kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) ved Helse Stavanger mottar data fra kommunene der brukeridentifikasjonen er kryptert. Kommunene skal ivareta pliktene i Personopplysningsloven (GDPR-delens Kapittel III), om enkeltbrukeres rett til informasjon og innsyn i de opplysninger som er registrert i Brukerplan. Tjenestemottakerne kartlegges ut fra en skjønnsmessig vurdering basert på opplysninger om brukerne som er kjent for tjenestene. Resultatene fra kartleggingen gir statistikk, og uten identifisering er det ikke mulig å følge den enkelte bruker over tid.

Brukerplan ble utviklet av Helse Fonna i samarbeid med fem kommuner. Verktøyet ble opprinnelig utviklet som kartleggingsverktøy innen rusfeltet. Fra 2011 er alle landets kommuner gitt tilbud om å kartlegge i Brukerplan. Fra 2015 har kartleggingen også omfattet personer med kjente psykiske helseproblemer uten rusproblemer.

Brukerplan gir informasjon over hvor mange brukere av kommunens helse- og omsorgstjenester som har en kjent problematikk knyttet til psykiske helse og/eller rusmiddel problemer, hva som er deres livssituasjon og funksjonsnivå, og hvilke tjenester som brukes og eventuelt etterspørres på kommunenivå og fra spesialisthelsetjenesten. Det er et mål at statistikken skal gi svar på hvordan situasjonen for personer med rus- og/eller psykiske helseproblem utvikler seg over tid når det gjelder omfang, levekår og funksjonsnivå.

Innholdet i kartleggingen

I Brukerplan kartlegges personer som er registrert med minst én kommunal tjeneste siste 12 måneder, og som fagpersoner, innen de aktuelle tjenester, vurderer at har et psykisk helseproblem og/eller rusproblem som går alvorlig ut over den daglige fungeringen og/eller relasjon til andre. I vurdering av alvorlighet brukes Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring»^[2] som deler inn i tre hovedforløp etter alvorlighetsgrad. Brukere som er i hovedforløp 2 og 3 skal kartlegges i Brukerplan. Det gjøres en individuell vurdering på åtte levekårsområder: *bolig, arbeid og meningsfull aktivitet, økonomi, fysisk helse, rus, psykisk helse, sosial kompetanse og nettverk*. I tillegg til dette kartlegges tjenestene som brukeren mottar i dag og det gjøres en vurdering av den enkelte brukers framtidige tjenestebehov. Oversikt over variabler som rapporteres er vedlagt (vedlegg 1).

Omfang og hyppighet av kartleggingen

Det mest vanlige er at kommunene gjennomfører kartlegginger én gang pr. kalenderår. En mindre andel kommuner kartlegger hvert andre år. Ved utgangen av 2019 var det 258 kommuner som kartla i Brukerplan. Det ble kartlagt i alt 58 790 brukere, hvorav 36 386 brukere med psykiske helseproblemer uten rusproblematikk. De 258 kommunene anslås å dekke ca. 80 prosent av alle innen disse gruppene tjenestemottakere 18 år og over i landet.

Organisering og oppfølging

Resultatet fra oppsummering av kartleggingene i Brukerplan tilgjengeliggjøres som statistikk for kommuner og statsforvaltere for lokal styring og kvalitetsarbeid. Helse Stavanger er dataansvarlig og har det faglige og tekniske ansvaret for Brukerplan, inkludert ajourhold og videreutvikling av kartleggingsverktøyet.

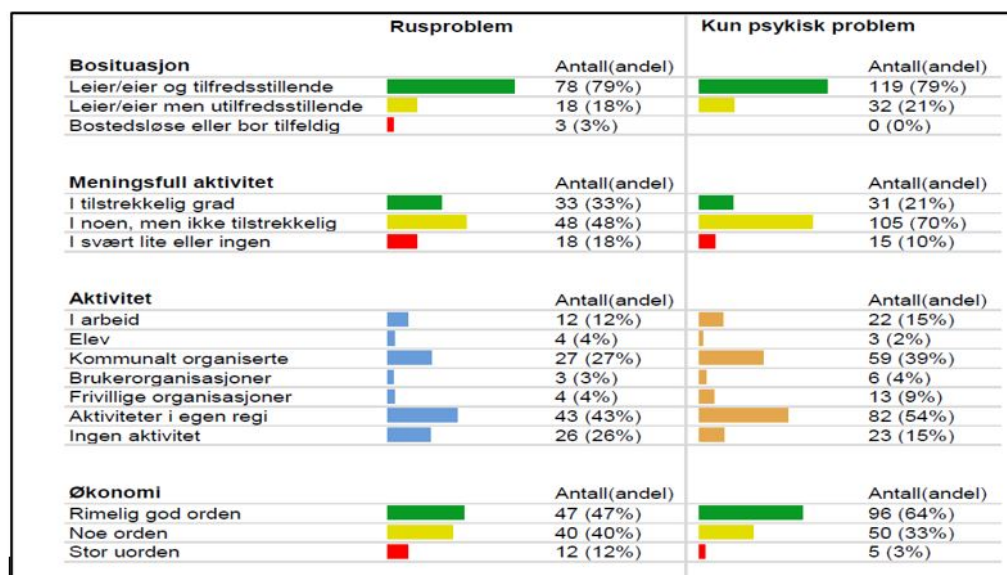
De syv KORUSene (regionale kompetansesentre på rusfeltet) har ansvaret for opplæringen og formidling av resultater i kommunene. I tillegg til kurs og veiledning, har de laget en opplæringsfilm om hvordan kartlegge. NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) bistår KORUS i formidlingsarbeidet. NAPHA og Statsforvalterne bruker resultatene i sitt arbeid for å forbedre kvaliteten på tjenestene i kommunene. Disse aktørene deltar også i det faglige utviklingsarbeidet med verktøyet samt i tilbakemelding til og oppfølging av kommunene.

Helsedirektoratet finansierer driften av Brukerplan ved Helse Stavanger, deltar i revisjonsgruppen og leder styringsgruppen for arbeidet.

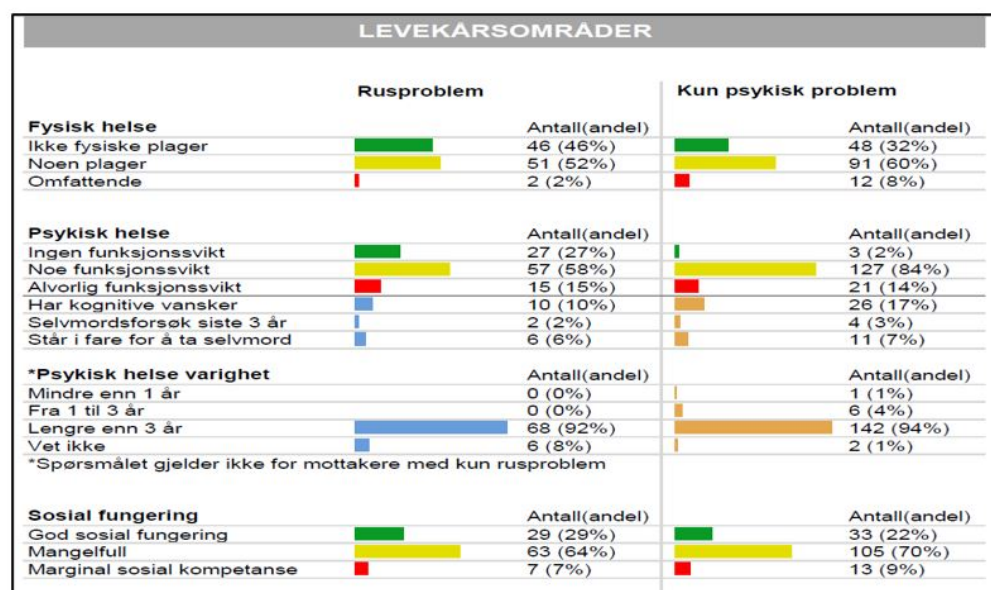
Oppfølging av resultatene

Statistikk fra kartlegging i Brukerplan kan brukes til ulike formål som utarbeidelse av strategidokumenter og handlingsplaner, nye tiltak eller prosjekter, saksopplysninger til faglig og politisk ledelse og/eller ved søknader om prosjektmidler og framtidige satsinger. Resultatene har inngått i evaluering av Opptappingsplanen for rusfeltet.^[3]

Hver kommune får en samlerapport fra KORFOR med resultatene fra kartleggingen i sin kommune. I tillegg utarbeides rapporter for det enkelte helseforetak/fylke etter bestilling, samt en årsrapport med nasjonale tall som oversendes Helsedirektoratet før publisering. Det arrangeres regionale samlinger for kommunene for å gjennomgå resultatene i fellesskap. Dette gir anledning til å analysere resultatene og sammenligne seg med andre kommuner. Stadig flere kommuner tilbys også egne dialogmøter for oppfølging av sine Brukerplan-data. Figur 1, Figur 2 og Figur 3 viser eksempler fra rapportene kommunene får.

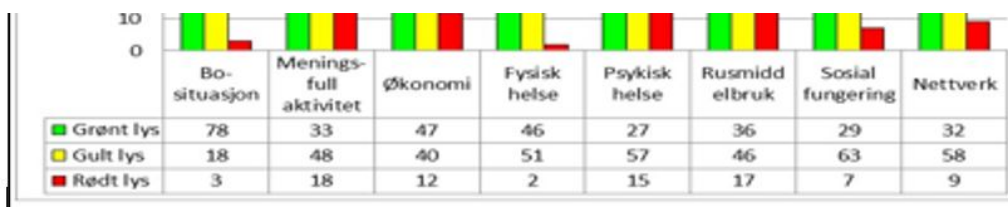


Figur 1 - statistikkvisning fra Brukerplan



Figur 2- statistikk fra Brukerplan





Figur 3 - statistikkvisning fra Brukerplan

Anbefaling til videre arbeid for Brukerplan

Inklusjonskriteriene i Brukerplan er på bakgrunn av fagpersoners (kartleggerens) egen vurdering av om personene har et kjent rusmiddelproblem og/eller psykisk helseproblem, og er derfor ikke avhengig av at det foreligger diagnose eller om opplysningene om personen er dokumentert i journal. Oppslutningen om Brukerplan må ses i sammenheng med hvordan statistikken tilrettelegges og oppleves som nyttig for kommunene.

Arbeidsgruppa har gjort en sammenligning av de enkelte variabler som innhentes i Brukerplan og til KPR (Vedlegg 2: Sammenligning av variable i Brukerplan og KPR). Det er noe sammenfallende opplysninger, men forskjellige metoder benyttes for innhenting av data. Rapportering til KPR er forskriftsfestet for mange av tjenestene som ytes til mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, mens Brukerplan er en frivillig rapportering der kommunene kartlegger kjente opplysninger om tjeneste-mottakere uavhengig av tjenesteområder. Data til KPR hentes direkte som et uttrekk fra EPJ. Brukerplan gir en rekke opplysninger om psykiske helse og/eller rusproblemer og livssituasjon (vedlegg 1). Skal tilsvarende informasjon innhentes til KPR må hvert enkelt informasjonselement vurderes i henhold til KPR-forskriften. Det Brukerplan gir som KPR ikke gir på samme måte er en samlet statistikk knyttet til en definert målgruppe, noe som var bakgrunnen for etablering av Brukerplan.

Brukerplan blir sett som viktig og nyttig statistikk for kommunene for planlegging og styring av tjenestene. Kommunenes behov for statistikk ligger til grunn for kartleggingen i Brukerplan, og data gis tilbake som tilrettelagt statistikk. Dersom KPR skal kunne gi tilsvarende nytte lokalt, må dataene gis tilbake i form av statistikk ut fra kommunenes behov til planlegging, kvalitetsutvikling og dimensjonering av tjenestene på riktig nivå. Per i dag er ikke data fra KPR tilgjengelig for avdelinger og enheter på denne måten.

[1] Brukerplan har rettslig grunnlag for å behandle opplysninger fra helse- og omsorgstjenesten. Tidligere har også NAV deltatt i kartleggingen, men de deltar ikke fra 2020 grunnet manglende hjemmelsgrunnlag.

[2]

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-fo>

[3] Prop.15 S (2015-2016) og Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2019)

Gjennomgang av KOSTRA

KOSTRA gir styringsinformasjon om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Statistikken gir grunnlag for sammenligner mellom kommuner og regionale inndelinger mot landsgjennomsnittet. Innrapporteringen er lovpålagt, og gjøres årlig til SSB. Hvert tjeneste-område har en partssammensatt arbeidsgruppe der ulike offentlige etater og fagdepartement deltar. Helsedirektoratet er medlem i arbeidsgruppene for helse- og omsorgs-tjenester og i arbeidsgruppen for tannhelsetjenester.

Helsedirektoratet har også deltatt i arbeids-gruppen sosialtjenester som har ansvar for rustjenester (funksjon 243) og krise-sentre.

En KOSTRA arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene ble etablert i 2012.[1] Gruppas ansvarsområde gikk på tvers av etablerte KOSTRA-områder og den fikk ansvar for en helhetlig vurdering av datainnsamling og publisering i KOSTRA på området. Gruppen fikk seinere også mandat til å utrede innhold i KOSTRA-funksjon 243 «Tjenester til personer med rusmiddelproblem». Gruppen hadde en koordinerende rolle overfor andre KOSTRA-grupper for problemstillinger innen psykisk helsearbeid og rusarbeid. Arbeidsgruppen ble etablert med midler fra Helsedirektoratet. I 2018 ble arbeidet lagt på is, med mulighet for oppstart ved behov. En av grunnene til at arbeidet stoppet opp var at en ventet på en avklaring av arbeidet med å splitte KOSTRA-funksjon 254 hjemmetjenester på ulike målgrupper. Dette arbeidet er fulgt opp i arbeidsgruppen for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er ikke gjort noen avklaring av arbeidsgruppas framtid.[2]

Et resultat av gruppas arbeid er at relevante nøkkeltall for psykisk helsearbeid og rusarbeid ble samlet i egen tabell: <https://www.ssb.no/statbank/table/12229/>. Nærmere omtale av arbeidet ligger i arbeidsgruppas årsrapporter.[3]

Innholdet i rapporteringen

Tjenester som ytes til personer med psykisk helse – og rusproblemer i kommunene rapporteres i hovedsak på skjema som KOSTRA-arbeidsgruppen for helse- og omsorgstjenester har ansvaret for. Rapporteringen gir informasjon om bl.a. antall institusjonsplasser og målgrupper. De mest relevante opplysningene tas med her:

Skjema 1: Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gir blant annet informasjon om

- Årsverk etter funksjon (behandling/rehabilitering, helsestasjon og skolehelsetjeneste, heldøgns helse – og omsorgstjenester, ø-hjelp (KAD) for leger, fysioterapeuter
- Om kommunen har forebyggende helsetjenester til ungdom 13–20 år
- Årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten og i helsestasjon for ungdom
- Årsverk for psykologer: samarbeid og hovedoppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Samarbeid andre aktører: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten med spesialisthelsetjenesten – deriblant barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger
- Om kommunen har psykologer i helse- og omsorgstjenestene, om de har samarbeid med andre kommuner om psykologstillinger og hvilke oppgaver disse er rettet mot (fagstøtte, helsefremmende og forebyggende arbeid, behandlings- og oppfølgingstilbud eller annet)

Skjema 4: Helse- og omsorgstjenester – samleskjema

- Om kommunen har dagaktivitetstilbud for ulike målgruppe (bl.a. for personer med psykisk utviklingshemming, demens, psykiske lidelser)

Skjema 5: Helse – og omsorgsinstitusjon

- Institusjonens navn, organisasjonsnummer, antall plasser (sykehjem, aldershjem, ø-hjelp)
- Antall plasser i spesielt tilrettelagte avdelinger for personer med demens, psykiske lidelser, rusomsorg
- Private og ideelle institusjoner plasser for psyk rus (usikre tall blir ikke publisert)

Skjema 6: Hjemmetjenestevirksomhet

- Type tjeneste (ambulerende, samlokalisert, BPA, dagsenter m.fl.)
- Målgruppe for virksomheten: blant annet for personer med demens, utviklingshemming, psykiske lidelser, rusproblemer
- Antall boenheter/plasser

Rapporteringen for hjemmetjenestevirksomhet er basert på en undersøkelse høsten 2016[4] der en kartla hjemmetjenestene etter målgruppe, organisering, regnskapsføring og utgifter etter årsverk fordelt på målgrupper[5].

Skjema 7: Personell og virksomhet i sosiale tjenester i NAV, rusmiddeltiltak, introduksjons-ordning og krisesenter

- Personell etter utdanningsgrupper i tilbud til personer med rusproblemer (f243)
- Antall midlertidig vedtak til rusmiddelmissbrukere i påvente av spesialisert behandling
- Kjøp av tiltak til rusmiddelmissbrukere utenfor kommunen
- Om kommunen har eget ungdomsteam/ -koordinator

Skjema 7B: Kommunenes krisesentertilbud og arbeid mot vold i nære relasjoner

- Om planer og organisering av arbeid mot vold i nære relasjoner
- Om hvilke av kommunens tjenester som har et formalisert samarbeid med kommunens krisesentertilbud (NAV, barnevern, psykisk helse- og rustjenester m.fl.)
- Lokalisering og samarbeid med andre kommuner for krisesentertilbudet

Frisklivssentralene

Helsedirektoratet anbefaler kommunene å organisere frisklivssentraler i tråd med veileder for kommunale frisklivssentraler.[6] Om kommunene har et sikt tilbud rapporteres årlig i KOSTRA -skjema 1 Personell og virksomhet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Hvert tredje år er det en utvidet rapportering om tilbudet, sist i 2019. SSB har analysert resultatene fra de utvidede rapporteringene fra 2013, 2016 og 2019. [7]

I den utvidede rapporteringen kartlegges bl.a samarbeid med andre kommuner om tilbudet, ansatteressurser, antall brukere med og uten henvisning, henvisningsinstans og type tilbud ved frisklivssentralen. I 2019 ble det også spurt om kommunene har andre tilsvarende forebyggende helsetjenestetilbud til sine innbyggere.

Alle frisklivssentraler skal ha et strukturert, individuelt tilpasset tilbud om støtte til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Utover dette basistilbudet anbefales det å ha et tilbud til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker og/eller risikofyllt alkoholbruk, dersom det er ressurser til det. Til personer med lettere psykiske plager og belastninger anbefales det å tilby kurs i depresjonsmestring (KID) og kurs i mestring av belastninger (KIB). I tillegg anbefales veiledet selvhjelp til personer med mild til moderat depresjon.

Omfang og hyppighet av rapportering

Kommunene rapporterer årlig på elektroniske skjema til SSB. Foreløpige data publiseres på ssb.no i mars og endelige tall foreligger 15. juni. Data ligger tilgjengelig i statistikkbanken og med utvalgte nøkkeltall og enkelte artikler som publiseres av SSB.[8]

Organisering og oppfølging

KOSTRA arbeidsgrupper ledes av SSB og sammensatt av representanter fra kommuner, KS, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og relevante fagdepartement og direktorat. Arbeidsgruppene foreslår endringer og utvikling av rapportering og publisering på sitt ansvarsområde. Årlige rapporter fra alle KOSTRA arbeidsgruppene[9] publiseres i en samlet rapport og endelig vedtak om endringer gjøres i det årlige møtet i Samordningsrådet for KOSTRA.[10]

Anbefaling til videre arbeid for KOSTRA

Helsedirektoratet bør vurdere om det er formålstjenlig å gjenoppta arbeidet i KOSTRA arbeidsgruppen for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Dette må vurderes i samråd med SSB og andre relevante aktører.

En kartlegging av hjemmetjenestene etter målgruppe er etablert i KOSTRA. Utredning av endring i funksjon 243 (rusomsorg) blir fulgt opp gjennom KOSTRA-arbeidsgruppe for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er derfor usikkert hvorvidt videre muligheter best bør behandles i de etablerte gruppene med Helsedirektoratets deltakelse i disse, eller om arbeidsgruppen for psykisk helsearbeid og rusarbeid bør etableres på nytt.

Arbeidsgruppen anbefaler at det gjøres et arbeid for å evaluere om noen av opplysningene som kartlegges i IS-24/8 heller kan ivaretas i KOSTRA

[1] [Mandat til arbeidstruppene i KOSTRA \(ssb.no\)](#)

[2] [Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunane \(ssb.no\)](#)

[3] [KOSTRA arbeidsgrupperapporter \(ssb.no\)](#)

[4] [Hjemmetjenestens målgrupper og organisering \(ssb.no\)](#)

[5] [Dagaktivitetstilbud i omsorgstjenesten \(ssb.no\)](#)

[6] Helsedirektoratet (2011), Veileder for kommunale frisklivssentraler, [etablering, organisering og tilbud](#).

[7] SSB (2020), [Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019](#). Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom.

[8] [KOSTRA \(ssb.no\)](#)

[9] [KOSTRA arbeidsgrupperapporter \(ssb.no\)](#)

[10] [Om samordningsrådet for KOSTRA \(ssb.no\)](#)

Gjennomgang av KPR

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester. Registeret skal tilgjengeliggjøre data. KPR-forskriften beskriver registerets formål:

"Forskriften skal sikre at innsamling og annen behandling av helseopplysninger i Kommunalt pasient- og brukerregister foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og er til individets og samfunnets beste.

Registeret skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helseopplysninger som er samlet inn til formålene angitt i andre ledd skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal." (§ 1-1.Formål)

En viktig fordel med registerdata, er muligheten for å koble data i fra de ulike kildene i KPR og NPR. Det gjør at man kan modellere og analysere forløp og sammenheng i helsetjenesten på individnivå og på gruppenivå som vist i Figur 4.



Figur 4 Eksempel på et forløp med rapportering til KPR og NPR og mulig nytte av data

Innholdet i rapporteringen

I KPR er det foreløpig to kilder; KUHR og data fra helse- og omsorg (tidligere IPLOS).[1]

KUHR Fastlege, legevakt, fysioterapi mm. (utvalgte opplysninger fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO). De utvalgte opplysningene som inngår i KPR er refusjonsdata fra ulike aktører som fastlege, legevakt, fysioterapi med mer.

KPR Helse- og omsorg

Opplysninger rapporteres til KPR for alle tjenestemottakere, uavhengig av brukergrupper og profesjoner. Tjenestene som rapporteres er basert på tjenester beskrevet i Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2. Det er de samme opplysningene som siden 2007 ble rapportert fra kommunen til IPLOS-registeret.

Registerdata henter data automatisk fra EPJ-systemer i tjenesten. Det betyr at hvis helsepersonell registrerer opplysningene der, så kan de automatisk hentes til register uten videre belastning i form av

dobbeltregistreringer. Rapporteringen til KPR er dermed avhengig at opplysningene dokumenteres riktig i EPJ.

Til KPR rapporteres både kommunale og private (finansiert av kommunen) tjenester som ytes til målgruppen mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk i kommunen. Relevante tjenester som rapporteres er:

- Helsetjenester i hjemmet (til hjemmeboende inkl. tjenester som ytes utenfor hjemmet)
- Institusjonstjenester
- Praktisk bistand
- Praktisk bistand opplæring
- Støttekontakt
- Tildelt bolig

I tillegg rapporteres en del opplysninger om tjenestene som ytes, som om personen er tildelt koordinator i kommunen og om det er etablert en individuell plan. Det rapporteres også opplysninger om personen som mottar tjenester, som funksjonsnivå, omsorg for barn, diagnose mm. Figur 5 viser et skjermbilde fra EPJ og viser hvordan opplysningene som rapporteres til registeret registreres i Cos Doc. Det er foreløpig 3 leverandører av EPJ til kommunene. Løsningene ligner på den som vises i Figur 5.

Figur 5 skjermbilde fra registeropplysninger i EPJ

Omfang og hyppighet i rapporteringen

Frem til og med 2022 rapporteres all registrering i EPJ fra året før til Helsedirektoratet i januar. Løpende rapportering og automatiske uttrekk av hendelser i EPJ piloteres i 2021 og skal iverksettes fra og med 2022 i alle kommuner. Det er noen kjente utfordringer som gjelder spesielt psykisk helse- og rusfeltet. At det gjøres et uttrekk direkte fra journalopplysningene er en fordel bl.a. for å redusere rapporteringsbyrden, men forutsetter at det legges godt til rette i EPJ og at kommunen følger forvaltningsloven og plikten til å

dokumentere etter Helsepersonelloven. Tjenestene rapporteres kun hvis det er lagt til en kobling i EPJ mellom tildelt tjeneste på organisasjonsnivå i kommunen og riktig tjenestekode som er koblet til uttrekket til registeret. Koblingen gjøres gjerne av systemansvarlige i kommunen. Er ikke koblingen opprettet blir tjenesten ikke rapportert til registeret. I EPJ har tjenesten lokale navn som for eksempel botjeneste for rusmisbrukere, og selve koblingen til tjenestekoden er ikke synlig for dokumentasjonspliktige eller saksbehandlere. Feltene i EPJ som vist i Figur 5 rapporteres kun dersom tjenesten er koblet til rapportering og opplysningene dokumenteres.

Manglende dokumentasjon fører til hull i rapporteringen til KPR

Lavterskeltjenester som ikke er et "knapphetsgode", men åpne tjenester der det ikke fattes vedtak, tas en beslutning eller gjøres avtaler, skal ikke rapporteres til KPR. Dersom det tas en beslutning, gjøres konkrete avtaler om oppfølging, samtaler, behandling så skal tjenesten rapporteres. Da skal det fattes et vedtak om tjenesten i henhold til forvaltningsloven[2] og saksbehandlingsveilederen[3]. Det er også utfordringer ved at kommunene har organisert seg ulikt og at ikke alle har samme praksis for registrering og dokumentasjon av tjenesten de gir. Erfaringer viser at mye oppfølging og mange tilbud i kommuner til personer med psykiske plager og rusproblematikk med rapporteringsplikt, ikke dokumenteres på en slik måte at de rapporteres til KPR. Som følge av dette er det store mangler i datagrunnlaget. For å forbedre dette må helsemyndighetene sørge for bedre kompetanse i de kommunale tjenestene om saksbehandling og dokumentasjon. Det antas at det vil ta tid å implementere en forståelse og praksis ute i tjenestene som gir et godt datagrunnlag innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Rapportering til KPR fordrer også at det er enkelt å registrere riktig i EPJ og at det ligger til rette for riktig saksbehandling og forvaltningspraksis i EPJ. Her er det også potensiale for forbedring.

Organisasjonsnummer og næringskoder og som rapporteres til KPR

Organisasjonsnummer fra utførende enhet skal rapporteres til KPR for de fleste tjenester. Dette gir informasjon om utførende enheter som er nødvendig for å finne ut hvilken type institusjon det er og hva slags enhet som utfører hjemmetjenester eller institusjonstjenester. Organisasjonsnummer bidrar til kvalitetssikring av dataene, og muliggjør sammenstilling av statistikk fra mange ulike kilder.

Det skal være samsvar mellom utførende enhet av tjenesten som rapporteres til registeret, næring/virksomhet for tjenesten og regnskapsføring i KOSTRA. Organisasjonsnummeret er hentet fra Enhetsregisteret i Brønnøysund. Kommunene har selv ansvar for at organisasjonsnumrene er riktig.

Organisasjonsnummer kan sammen med annen informasjon gi informasjon om:

- organiseringen av tjenestene
- informasjon om eierforhold (kommunalt, kommersielt eller ideelt)
- årsverk og utdanning for personell knyttet til utførende enheter
- fordelingen mellom ulike typer institusjoner og bofellesskap med og uten personell
- hvordan årsverk og profesjoner som yter tjenesten fordeler seg på ulike typer virksomheter
- om tjenestene er integrerte tjenester eller samlokalisering

Næringskoder

Næringskoder bygger på NACE-standarder som er europeisk standard som benyttes i alle europeiske land. De fire første siffer er fra en felles europeisk standard (Eurostat) og de 5 siste sifrene er nasjonale koder. De fastsettes etter gjeldende standard for næringsgruppering og er en beskrivelse av en enhets aktivitet. Næringskoder tildeles på grunnlag av den virksomhet/art/bransje enheten i hovedsak tilhører. Næringskodene gir mulighet for å se fordeling av årsverk og utdanning på de ulike tjenestetypene, samt å se årsverk i sammenheng med regnskapstall.

Arbeidsgruppen har som en del av arbeidet sett på bruken av næringskoder som er rapportert til KPR og gjort en vurdering av om næringskoder kan brukes for å fremstille statistikk på brukergrupper. De næringskodene som ser ut til å være mest brukt for tjenester til personer med psykiske helse- og rusproblematikk er:

- Hjemmesykepleie 86.901
- Hjemmehjelp 88.101
- Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede 87.302

Dette betyr at næringskodene slik de foreligger i dag ikke er egnet for å fremstille statistikk for brukergrupper.

Det foregår en revisjon internasjonalt nå. Dette arbeidet er forventet klart i 2023-2024. Dette vil tas inn i SSB sin statistikk. Revisjonen sendes ut på høring - her kan Helsedirektoratet gi innspill/forslag til å modernisere begrepsbruken på de nasjonale kodene(helsehjelp eller helsetjeneste og praktisk bistand eller bistand i hjemmet). Innspillene må koordineres med KOSTRA-gruppene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestedata i KPR

Opplysninger fra helsestasjon og skolehelsetjeneste skal rapporteres til KPR2020.

Rapporteringskravene er formidlet til EPJ-leverandørene og kommunene. Målet er rapportering fra kommunene høsten 2022.

Når data fra helsestasjon, skolehelsetjeneste og svangerskapsomsorgen blir rapportert fra kommunene vil disse dataene være en start for å kunne dekke noen av det manglende kunnskapsgrunnlaget fra disse tjenestene. Opplysningene vil sammen med andre helseregisteropplysninger (for eksempel fra NPR og KPR) kunne sammenstilles for å gi et bedre bilde av situasjonen også på dette feltet. Det er avhengig av at data publiseres og gjøres tilgjengelig på riktig nivå også for kommunene. Foreløpig er kravene til rapportering fra kommunene svært enkel, en start på rapportering til KPR og vil alene ikke kunne gi noe så mye informasjon om denne brukergruppen. Det er imidlertid gjort et arbeid for å sette opp noen felles standarder på bakgrunn av eksisterende retningslinjer som kan iverksettes i kommunene og så rapporteres fra [4]svangerskapsomsorgen, helsestasjon og skolehelsetjenesten.

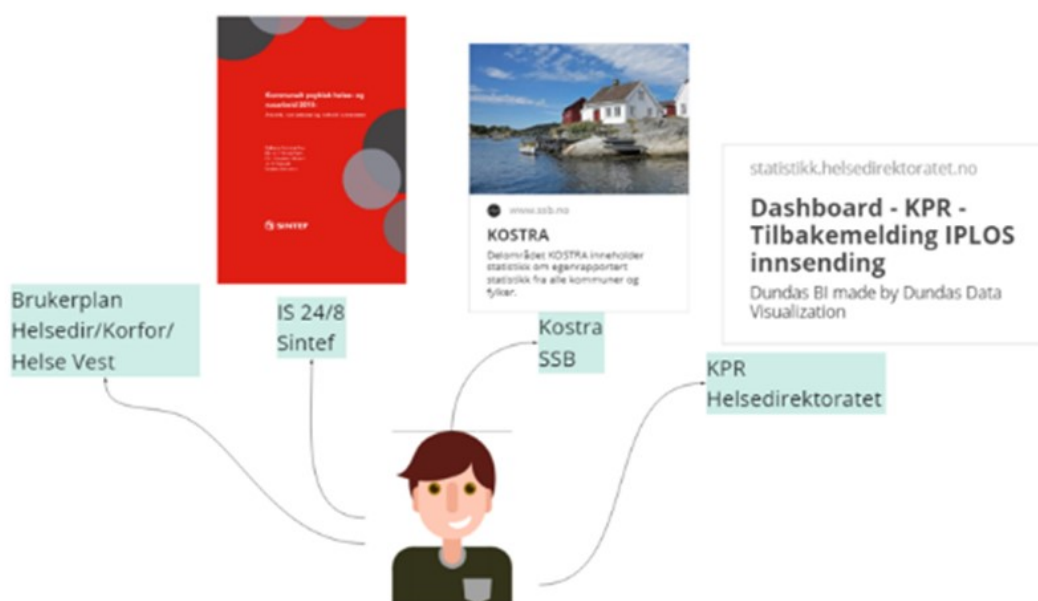
De nasjonal faglige retningslinjene inneholder ulike tema som skal tas opp i de ulike konsultasjonene. I samarbeid med fagmiljøer i kommunene har Helsedirektoratet utarbeidet et felles forslag til en standardisering av tema som er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer. Det vil også være tilhørende statuskoder til alle temaene som vist i Vedlegg 3: Innholdsmatrise for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert svangerskaps- og barselsomsorg og helsestasjon for ungdoms (HFU).

Reduksjon av dobbeltrapportering er avhengig av tilgjengelige registerdata fra KPR og NPR

Den beste muligheten for å dekke kunnskapshull for dette feltet er å tilgjengeliggjøre data fra KPR og koblede data mellom de ulike kildene i KPR og NPR, både på kommunalt nivå og nasjonalt nivå.



Kommunene bruker statistikkbanken i SSB der både KOSTRA-tall og KPR-data ligger. Kommunenes kompetanse i bruk av styringsdata varierer. De fleste kommunene kan ikke ta ut den informasjon de trenger fra egne systemer. Det er både tekniske barrierer og kompetanseutfordringer. Kommunene trenger enkle tabeller og grafer som de kan bruke. Grafer og tabeller bør derfor gjøres lett tilgjengelig i en portal som vil kreve pålogging fra riktig enhet. Den samme informasjonen i aggregert form må også gjøres tilgjengelig uten pålogging, i samsvar med gjeldende regler for personvern. Tabeller og grafer må for eksempel kunne eksporteres til Excel og tas ut i Powerpoint til videre bruk.



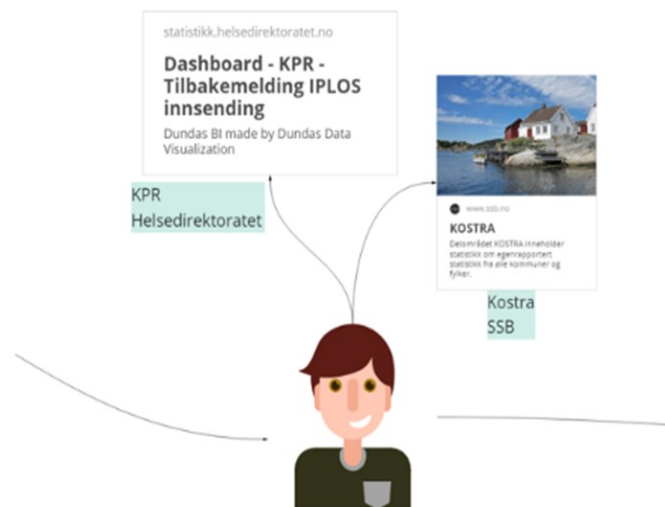
I daa bidrar Biøra til Helse-data aiennom å sikre dokumentasjon i pasientiournaler.

Hun sørger også for at riktige opplysninger om tjenester, personell og kostnader blir rapportert fra sin enhet til KOSTRA. I tillegg er det også en forventning til at hun skal rapportere til Sintef 24/8 og til Brukerplan.

Statistikk fra Brukerplan tilbakeføres til kommunene på en enkel måte som kommunene har nytte av (se Figur 1, Figur 2 og Figur 3) Kommunene forteller at de benytter statistikken de får tilbake i sin styring og planlegging av tjenestene. Dette bør vurderes i videre utvikling av KPR. Helsedirektoratet bør tilgjengeliggjøre data til kommunen på en pedagogisk og enkel måte at kommunen og tjenestestedene kan få økt nytte av data fra KPR til planlegging, styring og kvalitetsarbeid. Det samme kom frem i en rapport fra 2017[5].

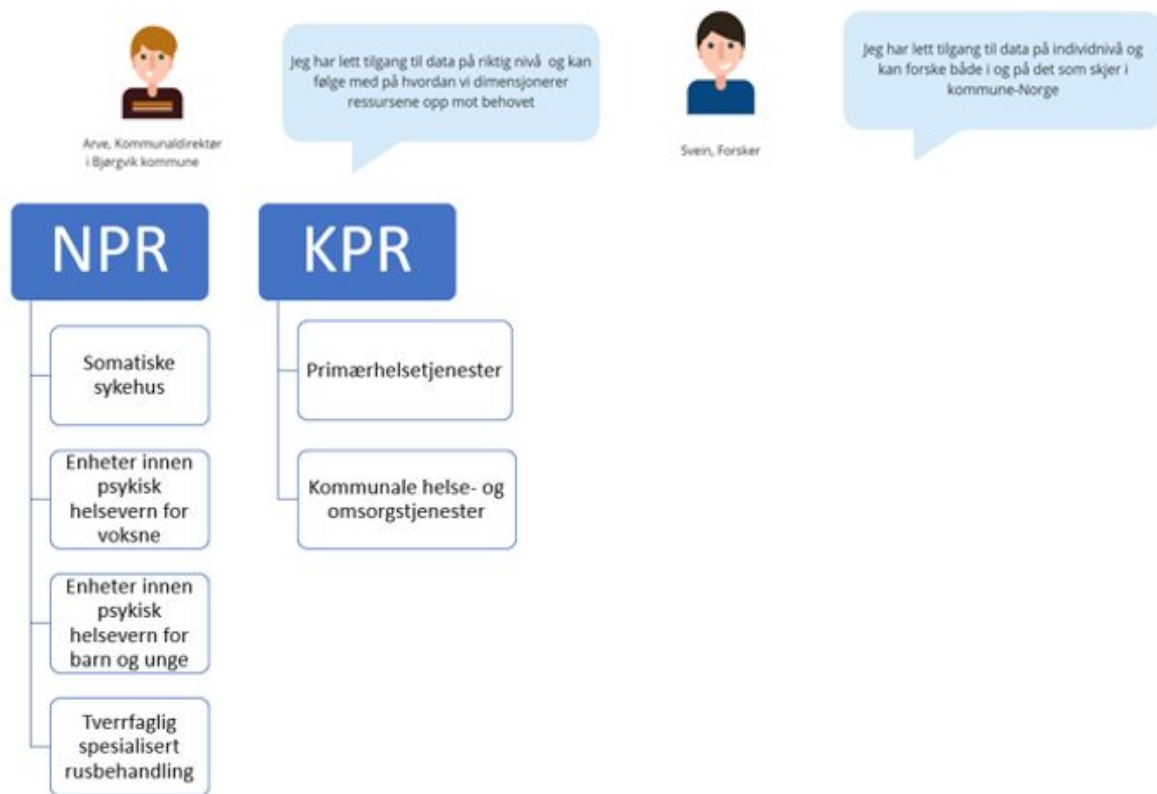
Som en del av dette arbeidet har vi hatt et prøveprosjekt hvor vi har koblet registerdata fra KPR og NPR for å se hvilken kunnskap en kobling kan gi. Koblingen gir også et grunnlag for framtidig sammenstilling og tilgjengeliggjøring av registerdata og viser hvilke muligheter en kobling gir for å dekke kunnskapshull og eventuelt avdekke mangler.

Figur 6, Figur 7 og Figur 8 viser hvilke registerdata som har vært aktuelle i koblingen. Det å sette sammen data fra registrene vil kunne dekke kunnskapshull om behandling og tjenester i kommune, spesialisthelsetjeneste og hos fastlege. Det kan gi kunnskap om alder, diagnose eller funksjonsnedsettelse, andre kjennetegn hos tjenestemottaker, kjennetegn ved tjeneste eller behandling, omfang og varighet og forløp før, under og etter behandling, diagnose eller funksjonsnedsettelse.

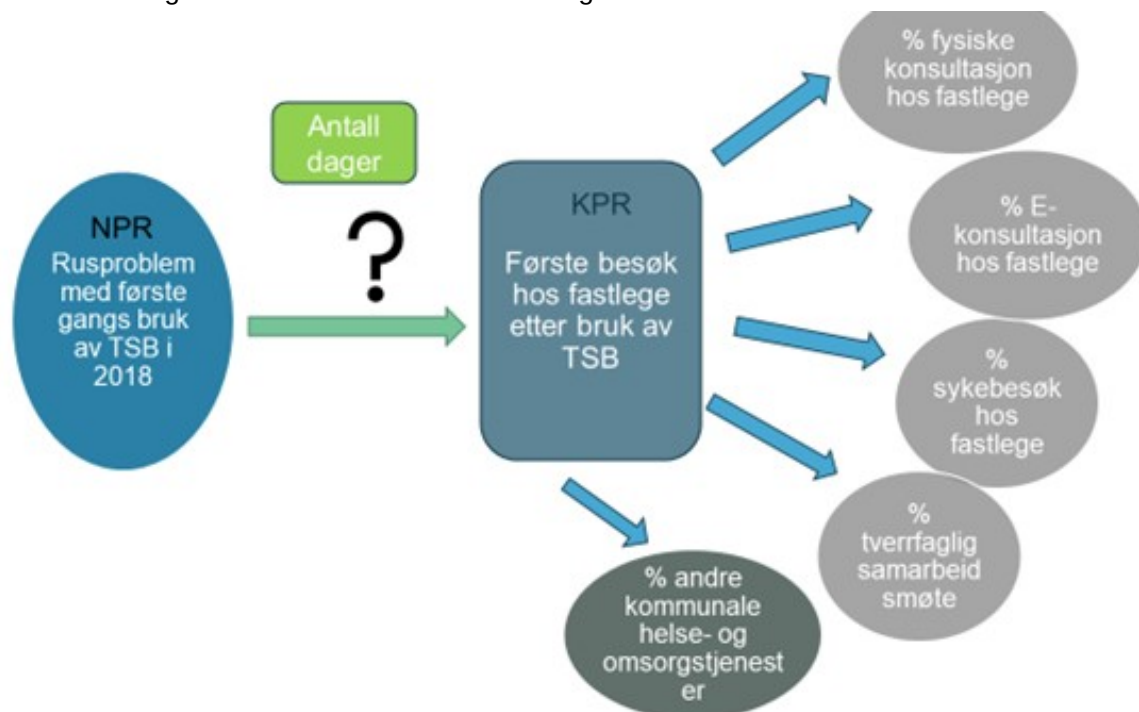


Slik situasjonen er nå synes ikke Bjørg at hun får tilgang til den statistikken hun trenger på det nivået hun har behov for. Hun får noen Kostra-statistikk fra statistikkbanken i SSB og fra Helsedirektoratets sider fra KPR, men denne er for overordnet til at den kan si noe på virksomhetsnivå. (Hun får også noe standardisert statistikk fra EPJ-leverandøren Visma). Bjørg ønsker seg oppdatert statistikk på virksomhetsnivå, fremstilt på en pedagogisk måte som lett kan sammenstilles og brukes i kommunikasjon med ledelsen.

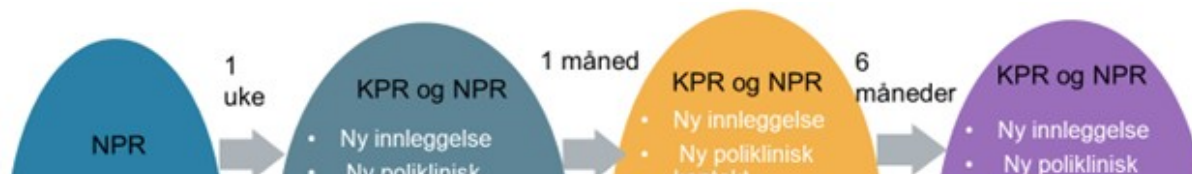




Figur 6 - forenklet figur med oversikt over innhold i registerne



Figur 7 - eksempel på kobling av registerdata for å vise oppfølging etter utskriving fra TSB





Figur 8 - eksempel på bruk av registerdata som kobling i forløp i rusbehandling

Funn fra kobling mellom NPR og KPR

Er pasienter registrert med diagnoser for psykiske lidelser eller rusproblemer i KPR registrert med tilsvarende diagnoser i spesialisthelsetjenesten?

Det er ikke forventet at diagnoser i KPR og NPR skal ha et fullstendig overlapp. Lite er kjent om komplettethet for diagnoser i KPR. Det er også ukjent i hvilken grad pasienter med diagnoser for psykiske lidelser er registrert med de samme diagnosene i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har undersøkt graden av overlapp for fire ulike pasientgrupper. Avhengig av hvilken diagnosegruppe man studerer kan graden av overlapp si noe om hvordan pasientene følges opp i de to nivåene i helsetjenesten.

For eksempel krever forskrivning av medikamenter for hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er derfor å forvente at pasienter som er registrert med denne diagnosen hos fastlegene er registrert med samme diagnose også i spesialisthelsetjenestene, i hvert fall om de bruker medikamenter knyttet til denne diagnosen.

Vi fant at blant 49 560 personer registrert med diagnose for ADHD i KPR i 2020 var i underkant av 80 prosent av disse var registrert med tilsvarende diagnose i NPR i perioden 2008-2020. For barn og unge i aldersgruppen 13-18 år var graden av samsvar nesten 90 prosent. For alle aldersgrupper samlet var andelen var høyest i Trøndelag (86 prosent) og lavest i Oslo (71 prosent). Vi ser altså at de aller fleste pasientene som er registrert med diagnosen ADHD i primærhelsetjenesten er registrert med samme diagnose i spesialisthelsetjenesten. Dette tyder på at overlapp i diagnosebruken i KPR er tilstrekkelig for denne pasientgruppen til å kunne brukes til analyser av pasientforløp. Kobling til Reseptregisteret for innhenting av informasjon om medikamentbruk kan være nødvendig for komplekse problemstillinger.

Schizofreni og psykose er alvorlige lidelser og vi hadde forventet at pasienter registrert med disse diagnosene i primærhelsetjenesten i stor grad også var gjenfinnbare med samme diagnose i spesialisthelsetjenesten. Blant 12 351 personer registrert med diagnose for schizofreni hos fastleger i 2020 var 68 prosent registrert med samme diagnose i perioden 2008-2020. Tilsvarende var 62 prosent av 3880 personer registrert med psykosediagnose hos fastlege i 2020 registrert med samme diagnose i spesialisthelsetjenesten 2008-2020. Her ser vi altså at det er en diskrepans mellom KPR og NPR i diagnosebruken. I analyser av pasientforløp for disse pasientgruppene kan det være hensiktsmessig å starte med avgrensninger av populasjonen basert på data fra NPR (alle pasienter med alvorlige diagnoser registrert i NPR, eller for eksempel pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten for schizofreni eller psykose).

Rusproblemer kan favne vidt fra begynnende alkoholproblemer til omfattende narkotikabruk som påvirker hele livssituasjonen og pårørende. I henhold til Folkehelse rapporten[6] har én av åtte voksne personer et alkoholbruk som tilsier at de burde få rådgivning og/eller oppfølging knyttet til eget alkoholbruk, mens andelen som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten er betydelig mindre. Ut fra dette kunne man

kanskje forventet at svært mange personer var registrert med diagnose knyttet til rus i primærhelsetjenesten, uten at de samme personene nødvendigvis var registrert med slik diagnose i spesialisthelsetjenesten.

Vi fant at i alt 33 088 personer var registrert med diagnose for rusproblemer hos fastleger i 2020. Blant disse var litt over halvparten (52 prosent) registrert med tilsvarende diagnose i spesialisthelsetjenesten. Det var ganske store geografiske variasjoner. I Vestland fylke var 62 prosent av alle pasienter med diagnosen hos fastlegen også registrert i spesialisthelsetjenesten, mot bare 47 prosent i Troms og Finnmark fylke. Disse tallene kan indikere at flere personer burde fått oppfølging av sitt rusbruk hos fastlegen.

Forløpsanalyser

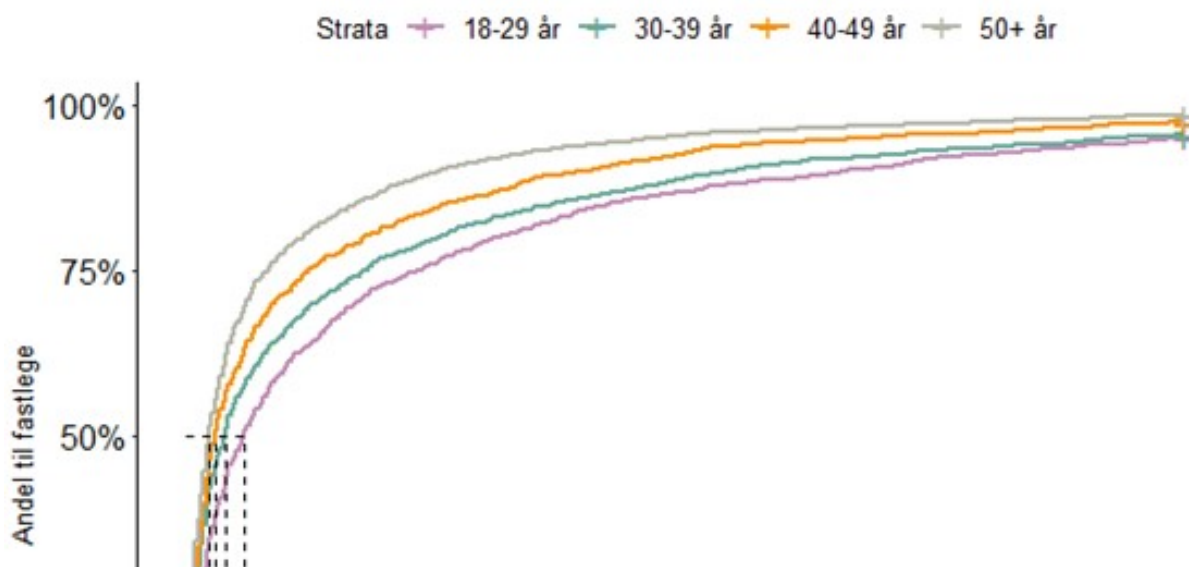
Gode forløpsanalyser krever data fra begge nivåene i helsetjenesten. Som beskrevet i det neste kapittelet er KPR ikke komplett rapportering av alle tiltak og tjenester i kommunen, men selv uten data om for eksempel bruk av lavterskeltilbud kan man oppnå mer informasjon gjennom registerkoblinger.

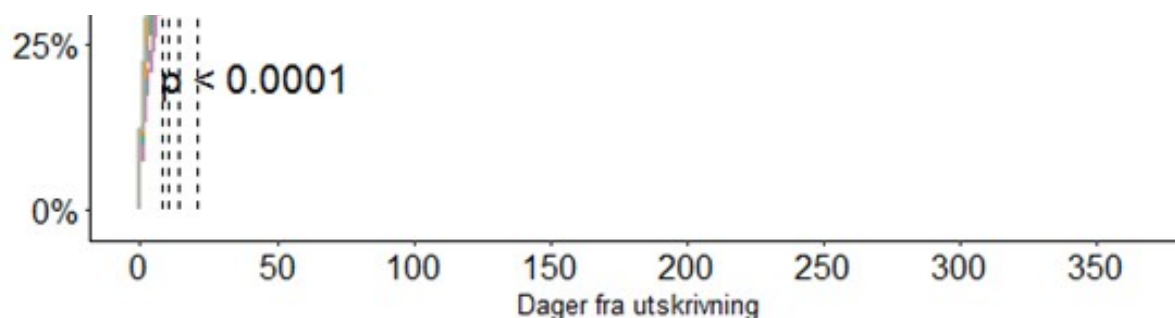
Alle analyser starter med en beskrivelse av problemstillingen, gjerne med flytskjema som viser hvor de ulike informasjonselementene skal hentes fra. Pasientpopulasjonen man skal innhente informasjon om kan enten ut fra karakteristika i et av registrene eller i begge. For eksempel kan det være aktuelt å definere "barn med ADHD" som alle barn registrert for første gang med diagnosen i løpet av et gitt tidsintervall i KPR og/eller NPR, for deretter å analysere geografiske variasjoner i hvordan barna følges opp.

For alvorlige psykiske lidelser som krever innleggelse kan det være av interesse å definere pasientpopulasjonen i data fra spesialisthelsetjenesten (NPR) for deretter å innhente informasjon om hvordan disse pasientene følges opp i primærhelsetjenesten fra KPR. I det følgende beskriver vi hvordan man kan bruke en slik metodikk til å se hvordan pasienter blir fulgt opp etter utskrivning fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Data fra NPR viste at i 2018 var i alt 7284 personer registrert med totalt 13671 innleggelser i TSB. Vi hentet ut data fra KPR for disse personene for å undersøke oppfølging i kommunale helsetjenester for disse personene.

Figur 9 viser andel som har vært i kontakt med fastlege (all type kontakt inkludert enkle kontakter) som funksjon av antall dager fra siste utskrivning fra opphold i TSB. De aller fleste hadde kontakt med fastlege, med raskest oppfølging for de eldste pasientene.





Figur 9 - Andel i kontakt med fastlege etter antall dager fra siste utskrivning fra opphold i TSB

Vi fant videre at innen to måneder fra utskrivning fra opphold i TSB hadde halvparten av pasientene vært til konsultasjon hos fastlege. Takst for tverrfaglig samarbeidsmøte var registrert for omtrent halvparten av pasientene innen et halvt år etter utskrivning.

Vi undersøkte også bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester for pasienter utskrevet fra opphold i TSB. Vedtak om ny tjeneste var registrert for omtrent en fjerdedel av pasientene det første året etter utskrivning.

Tabell 3 gir en oversikt over antall og andel med nye hendelser i somatisk sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester innen 7 dager, 31 dager og 180 dager etter utskrivning fra TSB (N = 7284). Vi ser at også spesialisthelsetjenester ble hyppig brukt etter utskrivning fra TSB. For eksempel hadde én av fem innleggelse i somatisk sykehus det første halve året etter utskrivning, og akuttinnleggelse var vanlig.

Tabell 3 - antall og andel med nye hendelser i somatisk sykehus og kommunale helse- og omsorgstjeneste etter antall dager etter utskrivning fra TSB

	7 dager		31 dager		180 dager	
Hendelse	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)	Antall	Andel (%)
Innleggelse	215	3,0	520	7,2	1647	22,9
Akutt innleggelse	189	2,6	485	6,7	1552	21,6
Polikliniske konsultasjon	284	3,9	905	12,5	2904	40,5
Fastlegebesøk	2946	40,8	4805	66,5	6500	90,1
Kontakt med legevakt	491	6,8	1198	16,6	3153	43,7
Omsorgstjeneste	136	1,9	309	4,3	1109	15,4

Disse eksemplene viser hvordan sammenstilte registerdata kan brukes i enkle forløpsanalyser. Kombinasjon av data fra NPR og KPR gir imidlertid ikke full informasjon om tjenestetilbudet til pasientgruppen. Dette beskrives i neste avsnitt.

Mangler i datagrunnlaget og rapporteringskrav til KPR

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

I flere sammenhenger har behovet for data om øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) kommet opp. I mangel på noe annet har det vært en særreportering fra kommunene til Helsedirektoratet om denne tjenesten. Denne særreporteringen har pågått siden 2012. For 2020 var det ingen rapportering, men rapporteringen skal gjenopptas for 2021. Det er uavklart om det vil fortsette etter det. Rapporteringen har gitt begrenset

innsikt i tilbudet, da den kun omfatter aggregert informasjon på kommunenivå. Videre mangler mange kommuner et system for å registrere det som blir etterspurt i skjemaet, noe som gjør dette til en arbeidskrevende oppgave for mange kommuner. Dette fører til usikkerhet om tallene. I tillegg har flere kommuner oppgitt at det er vanskelig for dem å skille mellom somatiske innleggelser og innleggelser for psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Til IS-24/8 rapporteres det også om kommunen har etablert et ØHD for pasienter/brukere med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk og erfaring fra om plassene blir benyttet. KOSTRA har også rapportering om ØHD. Det er derfor usikkert om særreporteringen bør opprettholdes. En løsning kan være å opprette en egen rapportering til KPR fra disse enhetene, som er svært ulikt organisert i kommunene. Det finnes noe informasjon i KPR om tjenestemottakere som allerede mottar helse- og omsorgstjenester, men for alle som ikke mottar tjenester før innleggelse i ØHD, er det ingen informasjon. Mange kommuner har opprettet et samarbeid om denne tjenesten. Det vil kreve utvikling av en egen melding til KPR.

Lavterskeltilbud og frisklivstilbud

Åpne tilbud uten vedtak, formelle avgjørelser eller avtaler, rapporteres ikke til KPR. Eksempler på slike tilbud er kurs, kafeer og andre lavterskeltilbud som er åpne for alle uten saksbehandling.

Registerrapportering gjøres på individnivå. Rapportering til register om slike tilbud er muligens ikke hensiktsmessig at gjøres på individnivå, men egner seg bedre som en KOSTRA-rapportering om tilbudet. Det må utredes om rapportering til register vil gi større nytte enn det vi får gjennom KOSTRA-rapporteringen av tilbudet. Data må kunne hentes fra eksisterende dokumentasjon i EPJ. Dette er en større utredning. Enhver endring og utvidelse av rapportering til registeret må sees i sammenheng med Direktorat for e-helses oppdrag om automatiske uttrekk og rapportering og felles kommunal journal.

Anbefaling for videre arbeid for KPR

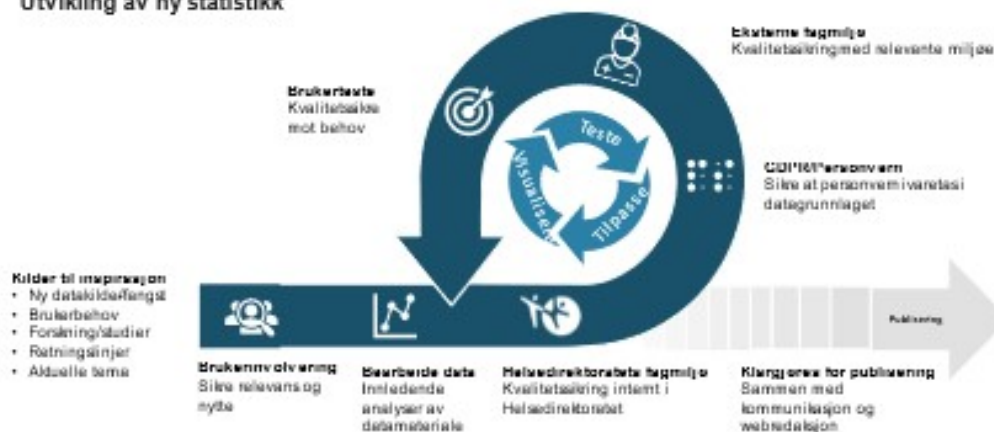
Arbeidsgruppen anbefaler at det gjøres seks tiltak for å bedre datagrunnlaget og tilgjengeliggjøring av data fra KPR:

I det videre arbeidet med tiltakene må alle relevante aktører involveres i arbeidet, herunder representanter fra kommuner, bruker- og pårørendeorganisasjoner mv.

1. Heve kunnskapen i sektor om forvaltningsloven og krav til saksbehandling, og dokumentasjonsplikt, og dermed få en mer komplett og valid innrapportering fra alle kommuner fra psykisk helse og rusfeltet. Dette kan gjøres som et samarbeid mellom Helsedirektoratet og statsforvalter.
2. Kommunene har behov for data til styring, prioritering, planlegging og sammenligning på riktig nivå. Data fra KPR må tilgjengeliggjøres. Arbeidsgruppen anbefaler at statistikkvisninger/dashboard tilgjengeliggjør data åpent slik at alle som ønsker det har bedre tilgang til data
3. Styringsdata basert på egne rapporterte data fra enheter og avdelinger i kommunen må tilgjengeliggjøres bak påloggingsløsning. Slik at de med tjenstlig behov får tilgang til data på riktig nivå. Data på dette nivået vil ikke kunne publiseres åpent på grunn av personvern. Fremstillingen av data fra Brukerplan bør være inspirasjon til enkle og pedagogiske framstillinger (se Figur 1, Figur 2 og Figur 3).
4. Jevnlige publisering av sammenstilte data fra NPR og KPR i dashboard som kan benyttes til å berike datagrunnlaget til KPR og identifisere målgruppen til styrings og kvalitetsforbedringsformål for å blant annet sikre gode pasientforløp.
5. Utvikle tjenestekodeverket som rapporteres til KPR.
 1. Utrede, beskrive og teste en ny tjenestekode for psykisk helse- og rusarbeid. Det kan gjøre det enklere å fremstille statistikk over feltet og identifisere målgruppen. Det kan også gjøre det enklere for kommunen å rapportere riktig og gi mer komplette data.

-

Utvikling av ny statistikk



Figur 10 - kvalitetssløyfe for utvikling av ny statistikk for helseregistre i Helsedirektoratet

Rapportering fra helsestasjon, skolehelsetjenesten og svangerskapsomsorgen vil på sikt fylle noen kunnskapshull om barn og unge og deres situasjon, dersom rapporteringen utvides slik det foreslås i Vedlegg 3: Innholdsmatrise for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert svangerskaps- og barselsomsorg og helsestasjon for ungdoms (HFU).

Helsedirektoratet må gi innspill på modernisering av næringskoder og nye behov for å definere nye næringskoder som kan passe for å bedre til å definere de faktiske tjenestene som ytes i kommunene og gi et riktige utvalg i statistikkproduksjon.

Utrede hvordan Øyeblikkelig hjelp døgnopphold kan rapporteres i sin helhet til KPR.

- Side 30/38

Vedlegg

Vedlegg 1: Variabelliste Brukerplan

Tema	Spørsmål	Tema	Spørsmål
Instans	Kartleggingsår	Bruk av rusmidler	Alkohol
	Kommune		Cannabis
	Tjenestetype		Heroin
	Instans		Sentralstimulerende
Kartlegger	Underavdeling		Illegale LAR-legemidler
	Kartlegger		Andre illegale legemidler
	Dato registrert		Doping midler
Om brukeren	BrukerID		Annet rus
	Fagsystemkode (kun intern bruk)		Ingen bruk av rusmidler
	Kategori		Injiserer
	Kognitive vansker		Tilbudt utstyr
	Fødselsår		Har tatt overdose siste året
	Kjønn		Fare for overdose
	Eget fødeland		Er i LAR
	Foreldres fødeland (brukere <23 år)	Levekårsområder	Bosituasjon
	Høyeste utdanning		Meningsfull aktivitet
	Arbeidserfaring		Økonomi
	Forrige arbeidsforhold		Fysisk helse
Bosituasjon	Bor alene		Psykisk helse
	Bor med partner		Rusmiddelbruk
	Bor med barn under 18 år		Sosial fungering
	Bor med voksne barn		Nettverk
	Bor med forelde/foresatte		Levekårsindeks
	Bor med venner/ bekjente		Samlet vurdering
	Bor med vet ikke	Psykisk helse	Selvmondsforsøk siste tre årene
	Bor med egne barn		Fare for selvmord

Barn	Obs bor med egne barn		Psykisk helse varighet
	Avtalt samvær/ noe kontakt egne barn	Vold	Utsatt for vold
	Obs avtalt samvær		Utsetter andre for vold
	Egne barn ingen kontakt	Type aktivitet	I utdanning
	Obs barn ingen kontakt		I arbeid (alle former)
	Bor med andres barn		Kommunalt organiserte aktiviteter
	Obs bor med andres barn		Aktiviteter i regi av brukerorg.
	Noe kontakt med andres barn		Aktiviteter i regi av frivillige org.
	Obs noe kontakt andres barn		Aktiviteter i privat/egen regi
	Bor med søsken under 18 år		Ingen av delene
	Bor med søsken obs	Kilde til livsopphold	I ordinært arbeid (uten tilskudd NAV)
	Gravid		Stillingsprosent
	Antall måneder gravid		Ytelser fra NAV (inkl arbeidstiltak)
	Obs gravid		Underholdt av andre
Planer	Individuell plan		Annen kilde
	Kriseplan		Vet ikke kilde
	Nettverksgrupper	Pakkeforløp	Pakkeforløp
	Andre planer		
	Ansvarsgruppe/formalisert samarbeid		
Tjenester:			
For hver tjeneste stilles det to spørsmål:			
- Har brukeren hatt tjenesten siste 12 måneder?			
- Skal tjenesten fortsette eller anbefales den som ny tjeneste?			
NAV-tjenester	Råd/veiledning	Barnevernstj. for brukeren selv	Hjelpetiltak
	Midlertidig bolig		Under omsorg
	Økonomisk sosialhjelp		Melding
	Kvalifiseringsprogrammet		LAR
	Arbeidsrettet tiltak		Akutt
	Varig tilrettelagt arbeid		Poliklinisk
	Økonomiforvaltning		Ambulant
	Midlertidig trygdeytelser		ACT, FACT

Boligtjenester	Varig trygdeytelser	TSB	Dagbehandling
	Ytelser knyttet til livsløp, fam.		Døgntilbud
	Bolig uten personale		Tvangstiltak 10-2
	Bolig med personale		Tvangstiltak 10-3
Helse- og omsorgstj	Fastlege	PHV	Tvangstiltak 10-4
	Saksbeh./koordinator/ruskonsulent		Akutt
	Medisinutdeling		Poliklinisk
	Psykisk helsearbeid		Ambulant
	Hjemmesykepleie		ACT, FACT
	ACT,FACT		Dagbehandling
	Psykolog i kommunen		Døgntilbud
	Praktisk bistand		Tvang observasjon (phvl §3-2)
	Støttekontakt		Tvang (phvl §3-3) døgnet
	Sykehjem		Tvang (phvl §3-3) – uten døgnet
	Omsorgsinstitusjon	Somatikk	Somatikk akutt
	Svangerskap/barsel tjenester		Somatikk poliklinisk
	Skolehelsetjenester		Somatikk døgntilbud
	Helsestasjon for ungdom	Andre	PPT/OT
	Lavterskeltjeneste/feltpleie		Frioms./fengsel/åpen soning
	Arbeids-/oppl.-/aktivitetstiltak		Tannlegetjenester
	Rusarbeid		Frivillige organisasjoner
	Andre oppsøkende tjenester		Bruker-/selvhjelpsorg.
	Fysio/ergo		Verge
	Hjelpetiltak		Annet
Barnevernstj. for brukerens barn	Under omsorg	Kommentar	Kommentar (kun intern bruk)
	Melding		

Vedlegg 2: Sammenligning av variable i Brukerplan og KPR

Sammenligning Brukerplan og KPR og NPR



Område brukerplan	Brukerplan	KPR IPLOS	KPR KUHR/Annet
Instans	Kartleggingsnr	ja	
	Kommune	ja	
	Tjenestetype	ja	
	Instans	Org.nr	
Kartlegger	Underavdeling	Org.nr	
	Kartlegger	nei	
	Dato registrert	ja	

Område brukerplan	Brukerplan	KPR IPLOS	KPR KUHR
Om bruker	Brukernr	ja	
	Fagsystemkode (kan intern bruk)	ja	
	Kategori	?	
	Kognitiv vurdering	ja	
	Fødselsnr	ja	
	Kjøn	ja	
	Eget fødselsnr	nei	
	Fødselsnr, fødselsnr (brukere <23 år)	nei	
	Høyeste utdanning – over 30 % skjønt	nei	
	Arbeids erfaring om de har erfaring skal i siste bok	nei	
	Forrige arbeidsforhold	nei	

Informasjonskild

2

Område brukerplan	Brukerplan	KPR IPLOS	KPR KUHR
Bosituasjon	Bor alene	ja	
	Bor med partner	ja	
	Bor med barn under 18 år	ja	
	Bor med voksne barn	nei	
	Bor med foreldre/foreldre	nei	
	Bor med søster/ bror/søster	nei	
	Bor med søster/ bror	nei	

Informasjonskild

Område brukerplan	Brukerplan	KPR IPLOS	KPR KUHR
Barn	Bor med egne barn	Omsorg for barn	
	Obs bor med egne barn	nei	
	Antall samvær/ som kontakt egne barn	nei	
	Obs antall samvær	nei	
	Egne barn ingen kontakt	nei	
	Obs barn ingen kontakt	nei	
	Bor med andres barn	nei	
	Obs bor med andres barn	nei	
	Noe kontakt med andres barn	nei	
	Obs noe kontakt andres barn	nei	
	Bor med spåke under 18 år	nei	
	Bor med spåke obs	nei	
	Gravid	nei	ja
	Antall måneder gravid	nei	Ja
	Obs gravid	nei	

Område	Brukerplan	KPR	KPR
--------	------------	-----	-----

brukerplan	n	IPLOS	KUHR
Planer	Individuell plan	ja	
	Krisplan	nei	
	Nettverksgrupper	nei	
	Andre planer	Nei/ja rehab	
	Ansvarsgruppe/formalisert samarbeid	koordinatør	
Levekårs-områder	Bokstasjon		
	Vereingstil aktivitet		
	Økonomi	Ja	
	Fysisk helse	ja	ja
	Psykisk helse		ja
	Rusmiddelbruk	nei	ja
	Sosial fangning	ja	
	Nettverk	nei	
	Uenkelmundeis	nei	
	Samlst vandring	Ja –	

Område brukerplan	Brugerplan	KPR IPLOS	KPR KUHR
Bruk av rusmidler	Alkohol	nei	
	Cannabis	nei	
	Heroin	nei	
	Sentralstimulerende	nei	
	Illegale LAR-legemidler	nei	
	Andre illegale legemidler	nei	
	Doping midler	nei	
	Annet rus	nei	
	legem bruk av rusmidler	nei	
	tejuarer	nei	
	Tilbedt utstyr	nei	
	Har tatt overdose siste året	nei	
	Fare for overdose	nei	
	Er i LAR	nei	ja

4

Område brukerplan	Brugerplan	KPR IPLOS	KPR KUHR
Psykisk helse	Selvmordstørsek siste tre årene	nei	
	Fare for selvmord	nei	Ja – diagnose?
	Psykisk helse varigstet	nei	ja
Vold	Utsett for vold	nei	
	Utsetter andre for vold	Styre egen atferd	
Type aktivitet	Utdanning	nei	
	Jobb (alle former)	nei	
	Kommunalt organiserte aktiviteter	Ja?	
	Aktiviteter i regi av brukerorg.	nei	
	Aktiviteter i regi av frivillige org	nei	
	Aktiviteter i privat/egen regi	nei	
	Ingen av delene		
Pakkeforløp	pakkeforløp	nei	I NPR

Helsekontroll

5

Tjenester

- For hver tjeneste stilles det to spørsmål:
- Har brukeren hatt tjenesten siste 12 måneder?
 - Skal tjenesten fortsette eller anbefales den som ny tjeneste?

Vedlegg 3: Innholdsmatrise for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inkludert svangerskaps- og barselsomsorg og helsestasjon for ungdoms (HFU)

- | Statuskode per kategori | Forklaring |
|-------------------------|------------|
| | |

OK		Veiledet og/eller observert og alt er ok(en knapp gir mulighet til å hake av alle) hvis det er noe som må følges opp mer på et tema kan de bruke kode der.
IT		Ikke tatt opp tema eller gjort observasjoner. Gir oversikt over temaer som ikke er snakket om.
OBS		Veiledet og/eller observert/spørsmål fra foreldre om noe som bør følges opp, ser det an til neste gang og tar det opp igjen. <i>(burde kanskje trigge åpen felt for kommentar ?)</i>
E		Følges opp med ekstrakonsultasjon oppfølgingssamtale
Henvist	<i>Andre kommunale tjenester</i>	Veiledet og/eller observert med grunn til henvisning. Fulgt opp med å henvise til riktig instans. <i>(burde kanskje trigge åpen felt for kommentar ?)</i>
	<i>Andre tjenester utenfor kommunen</i>	
Statuskode per konsultasjon		Forklaring
Ikke møtt		Bruker møtte ikke opp.
Avbestilt/Utsatt	<i>Av tjeneste</i>	Avtalt ny time
	<i>Av bruker</i>	
TS		Eksternt tverrfaglig samarbeid er etablert med ulike aktører: Barnehage, skole, PPT, psykisk helse, fastlege, fysioterapeut mm
TT		Bruk av tolk

