

Nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabiliteringstjenesten – tidligere og pågående arbeid

Først publisert: 25. oktober 2023

Siste faglige endring: 25. oktober 2023



Innhold

1. Innledning	3
2. NPR og KPR som datakilder	5
3. Arbeid knyttet til utvikling av NKI på rehabiliteringsfeltet	8
4. Uttesting av mulige NKI for rehabilitering i kommunen	14

Innledning

Målsettingen med rehabiliteringstjenesten er å gi personer som har funksjonsproblemer etter sykdom og/eller skade mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og samfunnsdeltakelse. Samtidig er det en viktig målsetting at det skal være likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Det er ønskelig å måle hvorvidt disse målsettingene nås ved å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabilitering.

Innhold

Det har i en årrekke vært ønskelig å framskaffe nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI[1]) på habilitering- og rehabiliteringsfeltet, og det har i flere omganger vært igangsatt arbeider med formål å utvikle NKIer på området. Grunnet mangler og svakheter i datagrunnlaget har arbeidet vært krevende. Svakheten i datagrunnlaget skyldes til dels at innrapporteringen fra sektoren har vært mangelfull, samt at registreringene som gjøres i fagsystemene ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å innrapportere den informasjon som er ønskelig for å kunne utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer. Utfordringene med datagrunnlaget gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Mens det foreligger en del data knyttet til rehabilitering, i hovedsak knyttet til aktiviteten, er det vanskelig å vise fram aktiviteten innen habilitering. Noe av habiliteringsaktiviteten inngår i rehabiliteringstallene, mens annen habiliteringsaktivitet foreløpig er vanskelig å identifisere. Det jobbes derfor med å kunne skille data for de to områdene. I 2023 publiserte Helsedirektoratet en rapport[2] om pasienter og opphold knyttet til habilitering, og det jobbes med ytterligere analyse på habiliteringsfeltet. Her, i denne rapporten, vil fokuset i hovedsak være på rehabilitering.

I kapittel 2 vil det kort redegjøres for de to primærkildene for data om rehabiliterings- og habiliteringstjenester; Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

I kapittel 3 vil det redegjøres for indikatorer som i tidligere arbeider har vært løftet fram og vurdert som mulige nasjonale kvalitetsindikatorer på rehabiliterings- og habiliteringsområdet, samt status for disse forslagene. I tillegg vil det redegjøres for arbeid med utvikling av mulige nye NKIer som pågår i dag, samt kort om andre mulige kilder for framtidige NKIer.

Det er et økende fokus på og etterspørsel etter forløpsanalyser, hvor man blant annet ser på tjenestene pasientene får innen og på tvers av tjenestenivåer, og på samhandling mellom nivåene. Et eksempel er lærings- og mestringsevne, herunder arbeid med levevaner, som er sentralt i all rehabilitering.[3] Det pedagogiske arbeidet har betydning for pasientsikkerheten[4] og inngår i alle helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.[5]

Ved bruk av data fra NPR og KPR, har vi sett på muligheten for å utvikle tre nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) knyttet til rehabilitering i kommunen. Vi har sett på pasientgruppen som ble skrevet ut fra sykehus etter behandling for hoftebrudd som hoveddiagnose og som fikk et "Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering" etter utskrivning fra sykehus. Dette arbeidet redegjøres det for i kapittel 4.

Definisjon av rehabilitering og habilitering

Definisjon av habilitering og rehabilitering jf. Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinatør:

"§ 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. Endret ved forskrift 10 april 2018 nr. 556 (i kraft 1 mai 2018)."

Fotnoter

[1] Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene våre. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal blant annet bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet.

[2] [Habilitering i spesialisthelsetjenesten 2017–2021](#) – Helsedirektoratet

[3] Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

[4] Forarbeidene til lov om spesialisthelsetjenesten Ot.prp. nr. 10 (1998-1999)

[5] [De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet - Helsedirektoratet](#)

NPR og KPR som datakilder

Under følger en oversikt over opplysninger om rehabiliteringstjenestene i NPR og KPR som kan være relevante ved utvikling av NKI knyttet til rehabilitering.

Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister inneholder data om alle kontakter som pasienter har med helseforetak/sykehus, avtalespesialister og andre institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene (RHFene). Data omfatter både administrativ informasjon og helseopplysninger for alle personer som har vært til utredning, på kontroll, har fått behandling, eller som venter på behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert på ulike måter. Ved noen helseforetak /sykehus er det egne rehabiliteringsavdelinger, mens ved andre helseforetak/sykehus foregår rehabiliteringen parallelt med annen behandling. I tillegg er det et stort omfang av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som utfører rehabilitering etter avtale med de regionale helseforetakene.

I helseforetakene/sykehusene kategoriseres aktiviteten mellom primær døgner rehabilitering, sekundær døgner rehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. Primær døgner rehabilitering vil si at det er rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skilles det videre mellom primær kompleks rehabilitering og primær enkel rehabilitering avhengig av grad av kompleksitet. Sekundær døgner rehabilitering vil si at pasienten mottar rehabilitering ved siden av eller i direkte forlengelse av behandling for hovedårsaken til innleggelsen. Dag- og poliklinisk rehabilitering er rehabilitering hvor pasienten ikke er innlagt, men ofte møter opp til en serie med behandlinger. Disse behandlingsseriene kan skje både individuelt og i grupper.

I tillegg har vi private avtaleinstitusjoner som ikke er anbudsutsatte og som mottar oppdragsdokumenter fra de regionale helseforetakene, samt private sykehus som genererer ISF-inntekter til de regionale helseforetakene på linje med helseforetak og avtaleinstitusjoner. Disse institusjonen rapporterer inn aktivitet på samme måte som offentlige institusjoner. I 2022 var det 54 private rehabiliteringsinstitusjoner, inklusive LHL-sykehuset Gardermoen, LHL Trondheim og Unicare Friskvern, som rapporterte aktivitetsdata til NPR. Dette er en gruppe private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner som har avtaler med de regionale helseforetakene. Disse avtalene har ulik form og varighet og er anbudsutsatte.

Eksempel på data som kan hentes ut fra registeret på dette feltet i dag er:

- Antall pasienter som har fått primær døgner rehabilitering (primær kompleks og primær enkel rehabilitering - avhenger av kompleksitetsgrad), sekundær rehabilitering, dag- og poliklinisk rehabilitering, privat rehabilitering (enten henvist fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten).
- Antall opphold
- Antall opphold per pasient og oppholdstid
- Oppholdslengde per pasient på døgner rehabilitering
- Antall kontakter/konsultasjoner per pasient
- Alder og diagnosegruppe på de forskjellige rehabiliteringspasientene
- Antall rehabiliteringspasientene som er rettighetspasienter
- Ventelistedata (fordelt mellom rettighetspasienter/og pasienter uten rett)

Noen av disse dataene publiseres på helsedir.no i dag; [Rehabilitering etter bosted - Helsedirektoratet](#). Andre data foreligger i rapporter mens noen er ikke publisert.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inneholder blant annet helse- og omsorgsdata om personer som har søkt, mottar eller har mottatt kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er data som innrapporteres en gang per år.

Til registeret rapporteres rehabilitering/habilitering utenfor institusjon, og tidsbegrenset opphold rehabilitering/habilitering i institusjon.

Rehabilitering/habilitering utenfor institusjon

Opplysningene er obligatorisk å registrere for alle brukere og angir om personen mottar rehabilitering/habilitering utenfor institusjon (inkluderer også hverdagsrehabilitering).

Rehabilitering og mestring har fått ett større fokus, der tjenestene må legge større vekt på det friske og på hva den enkelte ønsker og mestrer. Før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne anbefales det at rehabiliteringspotensialet alltid vurderes, jf. [Rundskriv I-5/2017](#). [6]

Tjenestene som inngår i rehabiliterings-/habiliteringsprosessen rapporteres i tillegg. Det kan være helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand opplæring og lignende.

Tidsbegrenset opphold i institusjon rehabilitering/habilitering

Hovedhensikten med oppholdet skal være rehabilitering/habilitering. Rehabilitering i institusjon kan skje enten i korttidsplasser tilknyttet sykehjem eller i kommunal rehabiliteringsinstitusjon.

Overordnet mål for oppholdet er økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.

Kriterier for oppholdet:

1. Ved innkomst: Tverrfaglig kartlegging og utredning av brukerens funksjonsnivå og behov for rehabilitering/habilitering.
2. Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får informasjon om og tilbys individuell plan og/eller koordinator. Dersom bruker ønsker dette, meldes behovet til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. For de som har en plan og/eller koordinator, etableres kontakt med denne - forutsatt samtykke.
3. Det er utarbeidet en plan for oppholdet med målsetting, konkrete tiltak med involvering fra ulike faggrupper avhengig av brukerens behov, og evalueringspunkter er tidfestet.
4. Minimum ett tverrfaglig evalueringsmøte sammen med bruker under oppholdet.
5. Ved avslutning av oppholdet evalueres måloppnåelse gjennom ny funksjonsvurdering som dokumenteres. Er ikke disse fem punktene gjennomført så er ikke dette et rehabiliterings- eller habiliteringsopphold.

For ytterligere informasjon se i [Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#). [7]
Informasjon om Registrering av tidsbegrenset opphold i institusjon rehabilitering finnes i Veileder for registrering av opplysninger som skal rapporteres til KPR. [8]

Utfordringer i datagrunnlaget fra KPR i dag

Ikke all rehabilitering synliggjøres gjennom den oppdelingen som foreligger i registeret i dag. Det kan for eksempel ligge elementer av rehabilitering under vedtak om praktisk bistand/daglige gjøremål eller helsetjenester i hjemmet. Hvis man tar ut statistikk på de tjenestemottakerne som mottar rehabilitering

/habilitering utenfor institusjon i dag og ser dette opp imot hvilke andre tjenester de mottar så kan man ikke vite hvor mye av dette som inngår som en del av rehabiliteringen/habiliteringen. Nye definisjoner i veileder/forskrift /retningslinjer og liknende vil kunne danne grunnlag for endringer i rapportering til KPR slik at ønsket/nyttig informasjon kan registreres. En presisering av antall timer og for eksempel hvilke deltjenester som ytes vil kunne være nyttig.

Datofeltene er i dag ikke regulerte, slik at det kan settes inn ugyldige datoer. For eksempel at tjenesten startet opp i for over hundre år siden.

Fotnoter

[6] [Rundskriv I-5/2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering - regjeringen.no](#)

[7] [Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Helsedirektoratet](#)

[8] [Rapportering av tjenester med definisjoner og rapporteringskrav - Helsedirektoratet](#)

Arbeid knyttet til utvikling av NKI på rehabiliteringsfeltet

Siden 2012 har ulike mulige nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabilitering vært løftet fram og diskutert. I dette kapitlet vil det redegjøres nærmere for arbeidet med disse. Datakilden for NKler knyttet til primærhelsetjenesten er KPR og NPR for spesialisthelsetjenesten. Noen NKler vil kunne dekke begge tjenestenivåene.

I tillegg finnes det andre datakilder som kan gi interessante data/indikatorer knyttet til rehabiliteringstjenestetilbudet. Disse vil det redegjøres for avslutningsvis i kapitlet. Her er det mulig at det finnes flere kilder enn de vi har fanget opp.

NKI i primærhelsetjenesten

Fysioterapi til beboere i sykehjem

I 2012 vurderte arbeidsgruppen for pleie og omsorg[9] fysioterapitimer per beboer i sykehjem som en mulig nasjonal kvalitetsindikator.[10] Begrunnelsen var at man ønsket kunnskap om fysioterapitilbudet til sykehjemsbeboere med behov for rehabilitering, da det er en antatt sammenheng mellom innsatsen fra ulike faggrupper og kvaliteten på det totale tjenestetilbudet. Indikatorforslaget ble ikke videreført, med den begrunnelse at en skulle jobbe videre med å utvikle bedre mål for kommunenes innsats innen (re)habilitering, både i institusjon og hjemmebaserte tjenester.

Effekt av rehabiliteringsopphold ut fra funksjonsmåling

I 2017/2018 ble det gjennomført et prosjekt[11] for å utvikle NKI for habilitering og rehabilitering i institusjon generelt. Prosjektet kartla muligheten for en ny resultatindikator for kommunal habilitering og rehabilitering i institusjon (døgnopphold) ved å bruke IPLOS funksjonskartlegging for å måle forbedring i funksjon etter rehabiliteringstjenester. IPLOS funksjonskartlegging måler pasienters funksjonsnivå/-tilstand på 18 ulike områder.

Konklusjonen ble at det på daværende tidspunkt ikke var mulig å utvikle eller publisere en kvalitetsindikator som viser funksjonsforbedring i løpet av et rehabiliteringsopphold med dagens registerdata. Årsaken var at majoriteten av kommunene i praksis ikke hadde registreringer av denne type data. Ifølge tallene fra IPLOS-registeret (nå KPR) ble pasientens funksjon registrert i to prosent av alle rehabiliteringsopphold. Konklusjonen var derfor at det var for prematurt å resultatindikatorer for kommunal rehabilitering på institusjon før et bedre datagrunnlag er på plass.

Det ble i 2019 igangsatt et pilotprosjekt med deltakende kommuner for å teste ut og jobbe med datagrunnlaget for rehabilitering i institusjon. Arbeidet ble imidlertid satt på vent på grunn av pandemien i 2020. Våren 2023 har arbeidet startet opp igjen. Formålet er å teste ut og jobbe med kvalitetsmål for rehabiliteringstjenesten. Det er for tidlig å si noe om mulighetene for at dette arbeidet vil resultere i en NKI. Dette avhenger av flere forhold. Dersom piloten er vellykket må det ruller ut for testing i hele landet, og det må gjøres endringer i nasjonal veileder (krav til funksjonskartlegging) og ikke minst endringer i KPR-melding og i kommunens registreringspraksis.

Kontinuitet i rehabiliteringstjenesten

Kontinuitet i helsetjenestene er viktig for at tjenestene skal være av god kvalitet. Det er foreslått at "Andel rehabiliteringsopphold (korttidsopphold i institusjon/rehabilitering i spesialisthelsetjenesten) hvor pasienten går over i rehabilitering i hjemmet" kunne være et mulig mål på kvalitet. Så lenge det ikke er mulig å skille mellom pasienter som bør ha rehabilitering i hjemmet etter rehabiliterings-opphold og de som ikke trenger det, så er dette vurdert til ikke å være en god indikator på kvalitet.

Gjennomsnittlig tid fra vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon er fattet til tjenesten starter

I 2014 ble det vurdert om det skulle utarbeides en NKI for gjennomsnittlig tid fra vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon ble vedtatt, til tjenesten starter opp. Den faglige begrunnelsen for opprettelse var at indikatoren kunne gi et bilde av kommunens oppfølging av vedtak og prioritering av tilbudet.

At det er ventetid mellom vedtaksdato og startdato trenger imidlertid ikke alltid være et tegn på dårlig kvalitet. Det kan være flere årsaker til at det er et tidsrom mellom vedtak og startdato. For eksempel kan det være pasienter som av helsemessige årsaker blir liggende lengre på sykehus enn planlagt. Noen ganger kan pasienten ha ønske om utsatt oppstart. Det kan også foreligge en del ulik praksis i registreringen, for eksempel at man ikke registrerer vedtaket før tilbudet starter opp. Så lenge det er en del usikkerhet rundt årsaken til opphold mellom vedtak og startdato, samt registreringspraksis, så anses gjennomsnittlig ventetid fra vedtak om tidsbegrenset opphold i institusjon er fattet til tjenesten starter, ikke som en god nasjonal kvalitetsindikator.

Individuell plan blant brukere i kommunen med vedtak om rehabilitering hjemme eller på institusjon

Det har eksistert to NKIer for individuell plan (IP); brukere med vedtak om rehabilitering i henholdsvis korttidsopphold i institusjon og hjemme-rehabilitering. Resultatene for de to indikatorene viser at andelen tjenestemottakere som har IP har holdt seg på et svært lavt nivå over mange år. Kun 1,7 prosent av beboere på rehabiliteringsopphold i institusjon hadde IP i 2021, mens tilsvarende andel var på 10 prosent for personer med hjemme-rehabilitering.

Det har blitt stilt spørsmål ved innretningen av indikatoren og kvaliteten på datagrunnlaget, både til 2022-dataene og tidligere års data. Den lave andelen som har IP på korttidsopphold kan henge sammen med at pasientgruppen på korttidsopphold ikke primært er målgruppen for IP, som er personer med langvarige og sammensatte behov. Lave andeler kan henge sammen med overgang fra ett kodeverk til et annet. Det ble derfor besluttet at data for 2022 om IP i korttidsopphold ikke skal publiseres.

I KPMGs evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering[12] fra 2020 var ett av funnene at dagens ordning med IP og koordinator fungerer dårlig. Evalueringen viser til at individuell plan og koordinator framstår ofte først og fremst som administrative funksjoner, og det er ofte lite eller ingen kobling til faktiske rehabiliteringsplaner som utarbeides av tjenesteleverandører.

Helsedirektoratet jobber nå med å vurdere en revisjon av IP-indikatoren, eventuelt å utvikle en ny. Konkret jobbes det med å utrede følgende indikatorer:

- Koordinator til utvalgte bruker/diagnosegrupper
- Individuell plan til utvalgte bruker/diagnosegrupper

Koordinator

I [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 1](#)[13] heter det at kommunene skal tilby koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. I Nasjonal faglig retningslinje om demens[14] heter det: "Kommuner og spesialisthelsetjeneste skal tilby koordinator til personer

med demens med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester." Helsedirektoratet jobber med å vurdere kvalitetsindikatorer om koordinator til utvalgte bruker/diagnosegrupper, blant annet personer med demens. Ett av tiltakene i Demensplan 2025 er å sikre at personer med demens, og som har behov for koordinerte tjenester, får tilbud om koordinator og IP.

Ventetid på rehabiliteringsopphold i kommunen etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Ventetid på rehabiliteringsopphold i kommunen etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten omtales i kapittel 4.

Personell og kompetanse innen rehabilitering i kommunen

Ved utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer generelt, pleier personell og kompetanse å bli foreslått som et område for mulig utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. I den nasjonale veilederen for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator[15], omtales i kapittel 8.3, "Habiliterings- og rehabiliteringsfaglig kompetanse i kommunene". I veilederen står det blant annet følgende om kompetanse i kommunene:

"Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. I tillegg er det behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse innen ernæring kan også være sentralt for mange brukergrupper.

I noen grad bør kommunene ha personell med videreutdanning utover grunnutdanning på høyskole- og universitetsnivå, eksempelvis blant ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. Noen bør ha etterutdanning relatert til brukergrupper innen barn, unge, rus og psykisk helse. I tillegg bør også spesialisering i form av realkompetanse vektlegges. Dette er kompetanse som oppnås gjennom erfaring knyttet til spesifikke pasientgrupper eller tilstander.

Helsefagarbeidere med etterutdanning innen habilitering og rehabilitering er også sentrale ressurser."

Vi har per i dag ingen datakilder som vil være dekkende for å utvikle robuste nasjonale kvalitetsindikatorer på personell og kompetanse. Statistisk sentralbyrå har statistikk over ansatte fordelt på yrkesgrupper som jobber i kommunene fordelt ned på ulike typer tjenester. Disse dataene er imidlertid ikke fordelt slik at kun habilitering og rehabilitering kan skilles ut. I tillegg sier ikke dataene noe om hvorvidt den enkelte jobber pasientrettet eller for eksempel administrativt.

Kompetansen som trengs i kommunene må ses i sammenheng med behovet, og kan derfor variere fra kommune til kommune. Å telle personell ut fra utdanning og under hvilken tjeneste de jobber vil ikke gi et dekkende bilde av kvaliteten på habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Kvaliteten på tjenesten må måles ut fra om hver enkelt pasient får det tjenestetilbudet de har behov for etter sykdom/og eller skade til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og samfunnsdeltakelse.

NKI i spesialisthelsetjenesten

Pakkeforløp for behandling og rehabilitering etter hjerneslag

I 2021 ble en nasjonal kvalitetsindikator fra pakkeforløp hjerneslag publisert for første gang. Indikatoren viser: Andel pasienter som får tverrfaglig funksjonsforbedring inkludert beslutning om videre rehabiliteringsforløp etter utskrivelse fra slagenhet. Indikatoren sier ikke noe direkte om rehabilitering, men målepunktet/NKI er en viktig premiss for at pasienter blir tilbudt riktig rehabiliteringstilbud.

Det jobbes med å utarbeide en mulig NKI som angir andel pasienter som får tverrfaglig kontroll i spesialisthelsetjenesten 3 måneder etter slaget. På kontrollen skal det også evalueres hvordan rehabilitering har fungert for pasienten, og eventuelle justeringer som må gjøres. Koden for å identifisere kontrollen er utviklet, men ennå ikke tatt i bruk.

Det jobbes også med flere muligheter for NKI fra pakkeforløpets rehabiliteringsdel, men før dette arbeidet kan fortsette må flere koder på plass både i NRP og i KPR. Pakkeforløpskoder ble utviklet i 2022, men de er ikke tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten enda.

Brudd på vurderingsgaranti og gjennomsnittlig ventetid på rehabiliteringstjenester i spesialist

Det knytter seg en del usikkerhet rundt kvaliteten på dataene, slik at det foreløpig ikke er hensiktsmessig å utarbeide NKI på brudd på vurderingsgarantien og gjennomsnittlig ventetid.

NKI i både primær- og spesialisthelsetjenesten

Koordinerende enheter i regionale helseforetak, helseforetak og kommune

Det er krav om koordinerende enheter både i de regionale helseforetakene og i helseforetakene. Koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering (KE) skal bidra til å sikre at pasienter/brukere får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. I spesialisthelsetjenesten er det koordinerende enheter på to nivåer; det er enheter i alle de fire helseregionene og det skal være koordinerende enheter i alle helseforetakene.

De regionale KE har etablert et nasjonalt nettverk med mål om å bidra til større grad av likhet i tjenester og funksjoner mellom helseregionene innen habilitering og rehabilitering, koordinerende enhet, individuell plan og koordinator.

Hvorvidt det er opprettet koordinerende enheter anses ikke å være en indikator som egner seg som mål for kvaliteten på tjenesten.

Eksempler på andre datakilder på rehabiliteringsfeltet

Ventetider rehabilitering med arbeid som formål

Arbeidsrettet rehabilitering skal bidra til at personer med helseproblemer kommer tilbake til arbeid. Det er en kombinasjon av tiltak rettet både mot helse og arbeid hvor deltakerne selv bidrar aktivt. Tiltakene gis samtidig over en bestemt tidsperiode. Rehabiliteringen kan innebære kartlegging, undervisning, aktivitet og veiledning. På helsenorge.no ligger det en oversikt^[16] over ventetider til enheter som tilbyr rehabilitering med arbeid som mål. Ytterligere omtale av arbeidsrettet rehabilitering finnes på NAVs nettsider.^[17]

Kvalitetsregister for arbeidsrettet rehabilitering

Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering drifter et kvalitetsregister^[18] for arbeidsrettet rehabilitering, som er åpent for alle klinikker med et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram. Registeret samler og dokumenterer resultater på endring i arbeidsdeltagelse og selvvardert arbeidsevne fra deltakere/pasienter på

rehabiliteringsinstitusjonene. Deltakelse er samtykkebasert og legger opp til å bli brukt i kvalitetsarbeid og forskning. Det var ca. 1 000 personer i registeret i 2019 (årsrapport).

Siden dette datamaterialet er begrenset, både til hvor mange enheter som deltar og til hvor mange personer som inngår i datamaterialet, vil det ikke være egnet som en NKI. Resultatene kan likevel være nyttige i kvalitetsutviklingsarbeid for de enhetene som deltar.

Brukerundersøkelser

Folkehelseinstituttet utførte i 2019/2020 en undersøkelse av pasienters erfaringer med døgnopphold i rehabilitering og publisert en rapport[19] basert på undersøkelsen i mai 2021. Undersøkelsen inkluderer private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtaler med et RHF og offentlige sykehusavdelinger hvor pasienter mottar rehabilitering over en gitt tidsperiode. I tillegg til den nasjonale rapporten, ble det laget egne lokale rapporter for hvert RHF og de ulike enhetene. Dette var en engangskartlegging og det er per i dag ikke planlagt noen oppfølgende undersøkelse.

Rehabiliteringsregisteret for spesialisthelsetjenesten

I 2020 startet Helsedirektoratet, i samarbeid med aktører i spesialisthelsetjenesten, en pilot for etablering av et rehabiliteringsregister. Rehabiliteringsregisteret skal være et samtykkebasert kvalitetsregister med opplysninger om rehabiliteringspasienter.

Registeret skal inneholde opplysninger om pasientenes opplevelse av egen helsetilstand, og vil kunne gi verdifull informasjon i arbeidet med å bedre kvaliteten på tjenestene. For å hente inn informasjon om dette, blir rehabiliteringspasienter bedt om å svare på et spørreskjema EQ-5D-5L (fhi.no) under sitt rehabiliteringsopphold. Spørsmålene i skjemaet omhandler gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter /ubehag og angst/depresjon, og en generell vurdering av hvordan de opplever egen helse. I tillegg vil pasientene 3 og 9 måneder etter endt opphold få mulighet til å svare på spørsmål om helsetjenestenes oppfølging, opplevd utbytte av rehabiliteringen og egen livssituasjon.

Registeret har som mål å inkludere alle rehabiliteringspasienter over 18 år som skal inn til et rehabiliteringsopphold hos et foretak eller en privat rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten.

For at registeret skal kunne opprettes må et HF ta oppdraget med å drifte det. Foreløpig har ingen HF tatt oppdraget.

Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PREM/PROM)

Flere medisinske kvalitetsregistre har utviklet PREM/PROM. For eksempel undersøker hjerneslagregisteret om forhold knyttet til rehabilitering og forbedring av funksjon på ulike variable, og om man har fått nødvendig hjelp /rehabilitering fra spesialist/kommunehelsetjeneste etter hjerneslag. Informasjonen er basert på egenrapportering fra pasientene 3 mnd. etter utskrivning og inneholder blant annet følgende indikatorer: [20]

- Andel selvhjulpne før og etter hjerneslaget
 - Funksjonsnivå før innleggelse og 3 mnd. etter hjerneslaget.
 - Andel pasienter selvhjulpne før og etter hjerneslaget, vurdert ved evne til toalettbesøk, påkledning og forflytning.
- EQ5D: Pasientenes egenrapporterte generelle helsetilstand 3 mnd. etter hjerneslaget, målt ved EQ5D.
 - Andel pasienter uten problemer med gange, vanlige gjøremål, personlig stell, smerter/ubehag eller angst/depresjon 3 måneder etter hjerneslaget.
- Andel pasienter som har fått dekket sitt behov for trening 3 mnd. etter hjerneslaget.
- Andel pasienter som har fått dekket sitt hjelpebehov 3 måneder etter hjerneslaget.

I rapporten heter det:

"Som et første bidrag for å framskaffe mer kunnskap om dekning av treningsbehov viser figur 49 andelen pasienter som etter egen oppfatning har fått dekket sitt treningsbehov, fordelt på sykehusene de fikk behandling ved. En slik figur gir informasjon om hvordan både rehabiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten og på kommunalt nivå i de kommunene som utgjør opptaksområdet for sykehuset fungerer i forhold til slagrammede. Figuren må tolkes med noe forsiktighet, da dekningsgrad for oppfølging ved 3 måneder varierer, og ved noen sykehus er det også svært få pasienter som danner grunnlaget for resultatene. Resultatene i figur 49 gir sannsynligvis likevel nyttig informasjon om hvordan slagrammede opplever at rehabiliteringstjenestene innfrir deres treningsbehov."

Dersom PROM/PREM fra Hjerneslagregisteret betraktes som aktuelle og relevante indikatorer innen rehabilitering, kan et neste steg være å ta kontakt med registeret om muligheten for å bruke datagrunnlaget som nasjonale kvalitetsindikatorer.

Fotnoter

[9] [Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg - PDF Free Download \(docplayer.me\)](#)

[10] Data om fysioterapitimer rapporteres i KOSTRA. Kommunene innrapporterer antall avtalte timeverk av fysioterapeuter (per uke) for fysioterapeuter med driftsavtale, fastlønnede fysioterapeuter og turnuskandidater. De avtalte timeverkene fordeles så på ulike funksjoner blant annet (re)habilitering.

[11] [Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal døgnrehabilitering. Kartlegging av resultatindikator for funksjonsforbedring \(IS-2737\)](#)

[12] [Evalueringsplan for rehabilitering og rehabilitering \(2017-2019\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[13] [Forskrift om rehabilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata](#)

[14] [Demens - Helsedirektoratet](#)

[15] [Rehabilitering og rehabilitering i kommunene - Helsedirektoratet](#)

[16] [Velg behandlingssted - Helsenorge](#)

[17] <https://www.nav.no/arbeidsrettet-rehabilitering#kort-om>

[18] [Kvalitetsregister | Arbeid og Helse](#)

[19] [Pasienters erfaringer med døgnopphold i rehabilitering. Desember 2019 - november 2020 - FHI](#)

[20] [Årsrapport 2022 Norsk hjerneslagregister.pdf \(kvalitetsregistre.no\)](#)

Uttesting av mulige NKI for rehabilitering i kommunen

Vi har med utgangspunkt i de to sentrale helseregistrene som foreligger i dag; Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), sett på muligheten for å utvikle en eller flere nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) knyttet til rehabilitering i kommunen.

For å kunne måle forskjeller i rehabiliteringstilbudet i kommunene bør det tas utgangspunkt i et sammenliknbart pasientgrunnlag. Behovet for et rehabiliteringstilbud etter for eksempel et sykehusopphold vil blant annet avhenge av hvilken sykdom/skade man skal rehabiliteres for, funksjonsnivået pasienten hadde før sykehusinnleggelsen og alder.

Vi valgte å se på pasientgruppen som ble skrevet ut fra sykehus etter hoftebrudd (som hoveddiagnose) og som fikk et "Tidsbegrenset opphold i institusjon - rehabilitering" etter utskrivning fra sykehus i 2021. Hoftebrudd ble valgt fordi det er en stor pasientgruppe med behov for rehabilitering i etterkant. Tanken var å utvide til andre pasientgrupper dersom analysen viste at det kan utvikles NKIer for valgt pasientgruppe (hoftebrudd).

I 2021 var 7 776 pasienter innlagt for hoftebrudd i spesialisthelsetjenesten. Av disse hadde 2 466 pasienter, det vil si rundt 31 prosent, minst ett tidsbegrenset opphold i institusjon rehabilitering/habilitering samme år. I uttrekket ble det ikke tatt hensyn til hvorvidt oppholdet tidsmessig kunne knyttes til oppholdet relatert til hoftebruddet, da det ville medført en del avklaringer knyttet til uttrekket som det tidsmessig ikke var mulig å gjøre.

Basert på uttrekket av pasientpopulasjon (2 466 pasienter) ble 50 tilfeldige pasienter trukket for å brukes i et testmateriale. Hensikten var å gå grundig gjennom disse og se om det var forhold i datamaterialet som det bør justeres/korrigeres for ved utarbeidelse av indikatorer.

Vi så på følgende mulige nasjonale kvalitetsindikatorer:

1. Gjennomsnittlig ventetid for å få plass på tidsbegrenset rehabiliteringsopphold (tildelt av kommunen) etter utskrivning fra sykehus etter hoftebrudd.
2. Gjennomsnittlig antall dager på tidsbegrenset rehabiliteringsopphold i institusjon for pasienter utskrevet fra sykehus etter hoftebrudd.
3. Andelen pasienter som var skrevet ut fra sykehus etter en hofteoperasjon som hadde hatt en funksjonsforbedring etter ett tidsbegrenset rehabiliteringsopphold i (kommunal) institusjon.

Forhold i datagrunnlaget som må avklares før utarbeidelse av gjennomsnittlig ventetid og gjennomsnittlig antall dager på tidsbegrenset opphold

- Noen pasienter manglet dato for utskrivning etter tidsbegrenset opphold.
- Pasienter kan skrives ut fra opphold på sykehus knyttet til hoftebrudd og inn i et annet opphold på sykehuset. Dersom disse skal inkluderes i indikatorberegningene må siste utskrivningsdato fra sykehus

legges til grunn. For pasientene som har hatt et nytt opphold på sykehuset vil det ikke være gitt at det "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering" utelukkende knytter seg til hoftebruddet. Dette må derfor stå som et forbehold i en eventuell indikatorbeskrivelse.

- Hva man gjør med pasienter som har et opphold på "Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling"? Det kan være at det er nødvendig/hensiktsmessig å gjøre en utredning/behandling før rehabilitering starter opp.
- Hvordan håndtere negativ ventetid? I vårt testmateriale var det en pasient som hadde oppstartsdato i "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering" dagen før pasienten var skrevet ut fra sykehus.
- Ved beregning av gjennomsnittlig ventetid for å få plass på "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering" må det tas stilling til hvorvidt dager som utskrivningsklar pasient skal telles med eller ikke.
- Ved beregning av gjennomsnittlig antall dager på "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering" må det tas høyde for at mange kommuner registrerer flere påfølgende opphold etter hverandre. Det må også besluttes hvordan man skal håndtere at det kan være en eller flere dager mellom oppholdene, og evt. hvor mange dager det maks kan være.
- Ved beregning av gjennomsnittlig antall dager på "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering" må det tas stilling til hvordan pasienter som reinnlegges på sykehus skal håndteres. Hvis pasienten igjen skrives ut til "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering", skal den rehabiliteringsperioden også telles med?
- Bør det settes noen grense for hvor lenge etter utskrivning "Tidsbegrenset opphold – rehabilitering" skal inngå? For eksempel dersom en pasient som får "Tidsbegrenset opphold – rehabilitering" 30 dager etter utskrivning, skal det knyttes til hoftebruddet? Hvor langt intervall etter sykehusoppholdet er rimelig å knytte rehabilitering til?

Forhold rundt funksjonsforbedring

Det foreligger noen utfordringer når det skal vurderes hvorvidt pasienter har hatt en funksjonsforbedring. For eksempel:

- Det må settes en grense for hvor mange dager før/etter inn/utskrivning som skal inngå i beregningen av en evt. indikator.
- Hvilke funksjoner skal inngå? Jf. oversikt over funksjoner i tabellen under. Skal det beregnes et samlemål dersom flere funksjoner inngår, og eventuelt hvordan skal det beregnes?
- Hvordan slår det ut, eller bør det slå, ut i indikatorene dersom en eller flere funksjoner går opp samtidig som en eller flere blir redusert?
- Bør det kontrolleres for om pasienten hadde funksjonsnedsettelse for de utvalgte målene forut for innleggelsen i sykehus grunnet hoftebrudd? (F. eks. Dårlig funksjonsskår på å bevege seg innendørs både ved inn/utskrivning, men også forut for hoftebruddet.)

Funksjonene som ble sett på i testdatasettet er de som er **uthevet** i denne punktlisten:

- Alminnelig husarbeid
- **Bevege seg utendørs**
- Styre atferd
- **Personlig hygiene**
- Ivareta egen helse
- Syn
- **På- og avkledning**
- Hukommelse
- Hørsel
- **Toalett**
- Kommunikasjon
- Opplevelse av trygghet

- Lage mat
- Beslutninger i dagliglivet
- Initiativene
- Spise
- Ivareta egen økonomi
- **Bevege seg innendørs**
- Sosial deltakelse

Oppsummering

Det knytter seg noe usikkerhet til hvor mye nytteverdi indikatoren "Gjennomsnittlig ventetid for å få plass på tidsbegrenset rehabiliteringsopphold etter utskrivning fra sykehus etter hoftebrudd" vil gi. Siden det er en tidkrevende jobb å foreta et data-uttrekk for å beregne denne indikatoren bør det gjøres nødvendige avklaringer knyttet til de forholdene som er nevnt ovenfor, før eventuelt videre arbeid foretas.

Gjennomsnittlig antall dager på tidsbegrenset rehabiliteringsopphold i institusjon for pasienter utskrevet fra sykehus etter hoftebrudd" er en mulig NKI som kan ha nytteverdi. Før det arbeides videre med å teste ut en slik indikator, bør spørsmål rundt forhold knyttet til datagrunnlaget som det vises til over avklares nærmere.

Med utgangspunkt i gjennomgangen av testdataene, anses det ikke som hensiktsmessig å gå videre med indikatoren "Andelen pasienter som er skrevet ut fra sykehus etter en hofteoperasjon som har hatt en funksjonsforbedring etter ett tidsbegrenset rehabiliteringsopphold i (kommunal) institusjon". Dette fordi det per nå ikke registreres funksjonsnivå inn/ut fra "Tidsbegrenset opphold - rehabilitering" i et slikt omfang at det gir godt nok datagrunnlag for en slik indikator. Dette er også i tråd med det som kom fram i rapporten[21] Helsedirektoratet utga i 2018. Der ble muligheten for ny resultatindikator for kommunal habilitering og rehabilitering i institusjon ved å bruke IPLOS funksjonskartlegging for å måle forbedring kartlagt.

Fotnoter

[21] IS-2737 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal døgnerhabilitering. Helsedirektoratet. 2018.

