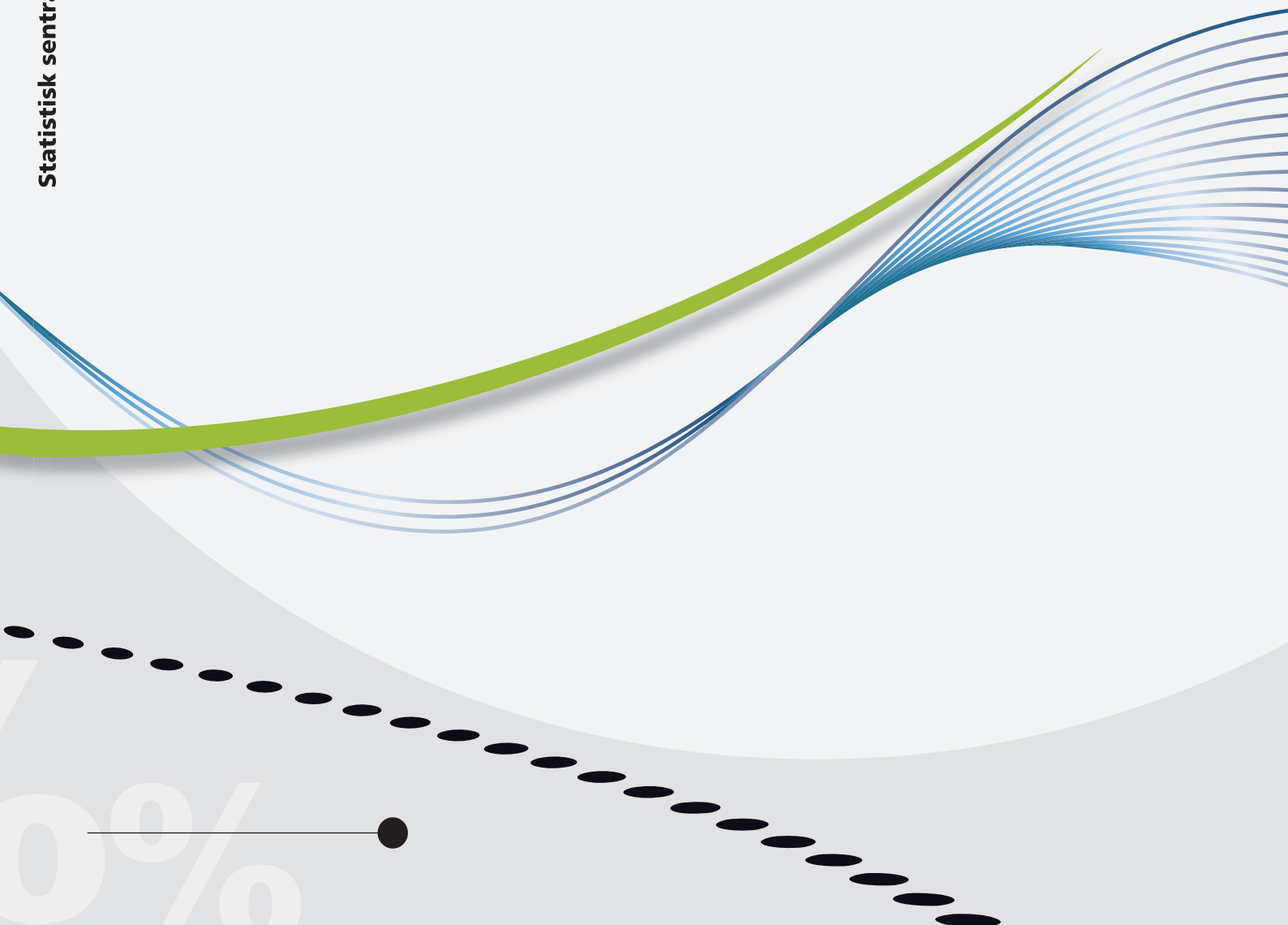




Berit Otnes

Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem

Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester



Berit Otnes

Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem

Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester

I serien Notater publiseres dokumentasjon, metodebeskrivelser, modellbeskrivelser og standarder.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 27.06.2018

ISBN 978-82-537-9771-7 (elektronisk)

Standardtegn i tabeller	Symbol
Tall kan ikke forekomme	.
Oppgave mangler	..
Oppgave mangler foreløpig	...
Tall kan ikke offentliggjøres	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Foreløpig tall	*
Brudd i den loddrette serien	—
Brudd i den vannrette serien	
Desimaltegn	,

Forord

I desember 2017 fikk Statistisk sentralbyrå (SSB) representert ved Seksjon for helse-, omsorgs- og sosialstatistikk i oppdrag fra Nasjonal institusjon for menneskerettigheter (NIM) å utrede mulige mål (variabler, indikatorer) for å kartlegge ivaretagelsen av menneskerettigheter i den kommunale omsorgstjenesten, med særlig vekt på situasjonen til eldre i sykehjem. NIM var spesielt opptatt av å få kartlagt bruk av tvang i sykehjem og ivaretagelsen av Eldres rett til helse i sykehjem.

Oppdraget er gjennomført i perioden fra desember 2017 til juni 2018.

Statistisk sentralbyrå, 5. juni 2018

Torstein Bye

Sammendrag

Notatet er en gjennomgang av variabler og indikatorer som inngår i eller ligger til grunn for SSBs helse- og omsorgsstatistikk, og som kan være med å belyse menneskerettighetssituasjonen for eldre i sykehjem.

I den Europeiske Menneskerettighetskonvensjonen og i FN's konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), framkommer flere elementer som ansees viktige for å vurdere menneskerettigheter. Det gjelder for eksempel:

- *Frihet fra tortur, straff og nedverdiggende behandling*
- *Rett til respekt for privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse*
- *Rett for enhver til høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk.*

Det er grunn til å påpeke at det i statistikken ikke finnes rene parallelle mål på i hvilken grad nevnte rettigheter er oppfylt. Det er videre grunn til å understreke at indikatorene som er valgt ut og tallene som presenteres her, ikke sier noe direkte om eventuelle krenkelser av menneskerettighetene til institusjonsbeboerne.

Notatet forsøker å vise til noen variabler og indikatorer som kan fungere som en delvis operasjonalisering av hvordan innholdsbestemte rettigheter ivaretas, noe som i sin tur blant annet kan redegjøre for å følge utviklingen over tid. Indirekte kan variablene og indikatorene gi et bakteppe for å vurdere menneskerettighetssituasjonen i norske sykehjem. bl.a. ved å vise hvor mange og hvilke grupper som utsettes for tvangstiltak, hvor mange som får oppfylt retten til privatliv gjennom å disponere eget rom med bad/wc, og hvordan kvaliteten på helsehjelpen kan variere mellom fylker og kommuner. Dette kan dessuten gi verdifulle innspill til videre arbeid, f.eks. til innretning av casestudier ved enkelte sykehjem eller til en bredere kartlegging av forholdene ned på institusjonsnivå.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning	6
2. Tema og problemstillinger	7
2.1. Datakilder	7
2.2. Avgrensninger	7
2.3. Metoder	7
2.4. Overordnet formål og problemstillinger	8
3. Oversikt over sykehjem	9
4. Rettigheter basert på den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), artikkel 3	11
4.1. Innholdsbestemmelse av rettigheten.....	11
4.2. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten	11
4.3. Vurderinger	12
5. Rettigheter basert på den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), artikkel 8	13
5.1. Innholdsbestemmelse av rettigheten.....	13
5.2. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten	13
5.3. Vurderinger	15
6. Rettigheter basert på FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), artikkel 12	16
6.1. Innholdsbestemmelse av rettigheten.....	16
6.2. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten	16
6.3. Vurderinger	23
7. Oppsummering og slutninger	24
7.1. Frihet fra tortur, straff og nedverdiggende behandling (EMK artikkel 3)	24
7.2. Rett til respekt for privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse (EMK artikkel 8)	24
7.3. Rett for enhver til høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk (ØSK, artikkel 12)	24
8. Videre arbeid	26
Referanser	27
Vedlegg A: Forslag til variabler	28
Vedlegg B: Om inndelingen i KOSTRA-grupper	31
Vedlegg C: Oversikt over variabler i KOSTRA om kommunale omsorgstjenester	33

1. Innledning

Rapporten er sluttproduktet av oppdraget SSB ved Seksjon for helse-, omsorgs- og sosialstatistikk har utført for NIM i perioden fra desember 2017 til juni 2018. Bakgrunnen for oppdraget er NIMs behov for mer kunnskap om menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem, og rapporten tar i all hovedsak sikte på å skissere hvilke mål (variabler og indikatorer) som finnes i eksisterende statistikk og som kan bidra til å belyse menneskerettighetssituasjonen.

Mulige mål ble diskutert på en workshop mellom NIM og SSB i mars 2018, og resultatet ble et forslag som SSB la fram i slutten av april, jf. vedlegg 1. For noen mål er rapporteringen fullstendig, det vil si at den dekker alle kommuner. For andre mål er imidlertid datagrunnlaget ufullstendig. I denne utredningen har SSB likevel valgt å presentere tall på disse områdene. Disse tallene gir ikke dekkende statistikk, men viser situasjonen i gruppen av kommuner som har rapportert.

Det er grunn til å understreke at tallene som presenteres her ikke sier noe direkte om eventuelle krenkelsers av menneskerettighetene til institusjonsbeboerne. Indirekte kan de imidlertid gi et bakteppe for å vurdere menneskerettighetssituasjonen i norske sykehjem, bl.a. ved å vise hvor mange og hvilke grupper som utsettes for tvangstiltak, hvor mange som får oppfylt retten til privatliv gjennom å disponere eget rom med bad/wc, og hvordan kvaliteten på helsehjelpen kan variere mellom fylker og kommuner. Dette kan dessuten gi verdifulle innspill til videre arbeid, f.eks. til innretning av casestudier ved enkelte sykehjem eller til en bredere kartlegging av forholdene ned på institusjonsnivå.

Gjennom sammenlikninger av kommunegrupper og kommuner kan det videre framkomme informasjon om hva som er beste praksis, og ikke minst kan det være nyttig å følge utviklingen over tid. I denne rapporten er det øyeblikksbilder som presenteres, i den forstand at det er situasjonen slik den var i siste år med tilgjengelig statistikk.

2. Tema og problemstillinger

2.1. Datakilder

SSBs statistikk over helse- og omsorgstjenestene i kommunene hentes inn, tilrettelegges og publiseres gjennom KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) og ved publisering av kommunenes rapporteringer til IPLOS-registeret (Individbasert-Pleie-og OmsorgsStatistikk). Mange av opplysningene i disse kildene kan ha relevans for å belyse menneskerettigheter for beboere i sykehjem.

Noen relevante opplysninger har noen kvalitetsutfordringer som gjør at opplysningene ikke inngår i dagens grunnlag for statistikk over omsorgstjenester. Dette gjelder for eksempel bruk av tvang, der det mangler registreringer fra nesten halvparten av kommunene, selv om registrering av tvangsbruk har vært obligatorisk siden 2009. Andre typer opplysninger er innført så sent som i 2016, for eksempel ernærings situasjon og legemiddelgjennomgang. Her vurderes innhold i og format på eventuell publisering som offisiell statistikk fortløpende.

Ytterligere andre opplysninger er registrert i de fleste kommuner, men det er likevel grunn til å tro at det er en viss underrapportering. Dette gjelder opplysninger om brukeren har vært vurdert av lege/tannlege siste 12 måneder. Underrapporteringen kan skyldes at kommunen lar være å oppdatere informasjonen hvert år, eller at omsorgstjenesten ikke vet om brukeren har blitt vurdert eller ikke (for eksempel vurdering av tannlege som er et fylkeskommunalt forvaltningsområde) og derfor svarer nei. Her vurderes innhold i og format på eventuell publisering som offisiell statistikk fortløpende.

Etter henstilling fra NIM har SSB valgt å inkludere de fleste av disse variablene i denne rapporten. Begrunnelsen er at det er viktig å få fram hvor det mangler og/eller er svake data for arbeidet med videre oppfølging av rapporten.

2.2. Avgrensninger

Utredningen begrenser seg til SSBs statistikk om omsorgstjenesten, med utgangspunkt i grunnlagstall og publisert statistikk basert på hhv. KOSTRA og IPLOS. Der det er mulig presenteres tall for KOSTRA-grupper eller fylker, i tillegg til tall for hele landet. KOSTRA-grupper er en gruppering av landets kommuner etter størrelse (folketall), frie inntekter og bundne utgifter (se vedlegg 2).

2.3. Metoder

Tabellene er hentet fra SSBs statistikkbank. Resultatene er presentert for KOSTRA-grupper og i noen tilfeller fylker, der det har vært mulig innen oppdragets rammer. Noen variabler er beregnet som andeler av beboere i sykehjem, eller av personer 80 år eller eldre i kommunene.

Det er mulig å hente flere opplysninger fra statistikkbanken. Man starter med å velge lenken <https://www.ssb.no/statbank>. I listen under overskriften «Velg statistikkområde og tabell» velger man først «Offentlig sektor», dernest «KOSTRA» og endelig «Omsorgstjenester». I den listen over tabeller som kommer opp velger man tabell nr. 07790 (med tittel «F1. Konsern – Pleie og omsorg – grunnlagsdata»). Under overskriften «statistikkvariable» finnes det en rullegardinmeny, der man kan velge mellom 159 ulike variable (se vedlegg 3). Alle disse variablene kan enkelt fordeles etter kommune, fylke eller KOSTRA-gruppe. Bare et utvalg av de mest relevante variablene er brukt i denne rapporten.

Noen av variablene som er brukt i rapporten er ikke lagt ut i statistikkbanken. Dette gjelder områder som hittil ikke har vært av tilfredsstillende kvalitet for statistikkproduksjon: Bruk av tvang, GPS, legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging/-risiko/-plan (Beyrer m.fl. 2017). Med unntak for tvang er tall for hele landet presentert i en egen publikasjon for IPLOS-registeret som publiseres årlig og neste gang i august 2018 (Mørk m.fl. 2017).

2.4. Overordnet formål og problemstillinger

Det overordnede formålet med oppdraget har vært å utrede ulike mål (variabler, indikatorer), for å kartlegge ivaretagelse av menneskerettigheter i den kommunale omsorgstjenesten. For å oppnå formålet er det gjennomført kartlegging/utredning av enheter på et så lavt nivå som datagrunnlaget har tillatt.

Med utgangspunkt i eksplisitt innholdsbestemte menneskerettigheter og avgrensningene skissert over, er følgende problemstillinger belyst:

- Hvilke muligheter finnes mht. å kartlegge tvungen helsehjelp overfor eldre i sykehjem og ivaretagelse av eldres rett til helse i sykehjem? Herunder kommer blant annet:
 - hvilke muligheter gir eksisterende datakilder?
 - hvilke data kan det arbeides videre med?
 - hvilke indikatorer/mål kan operasjonalisere NIMs behov og belyse relevante sider ved den kommunale omsorgstjenesten innenfor et rettighetsperspektiv?
- Hvilke eksisterende data er relevant og relativt lett tilgjengelig gjennom KOSTRA og IPLOS-registeret og eventuelle andre kilder utenfor SSB innenfor rammene av oppdraget? Herunder kommer blant annet også:
 - hvilke mulige løsninger finnes for ny datafangst for å dekke kunnskapsbehovet på området (primært kartlegginger som kan inngå i eksisterende intervju- og spørreundersøkelser eller i årlige rapporteringer av informasjon om brukere, tjenester, kapasitet og regnskap i den kommunale omsorgstjenesten)?
 - hvordan kan casestudier ute i kommunene innrettes for å styrke informasjonsgrunnlaget framover (en metode som kan følges opp i et prosjekt som kan starte opp etter utredningsprosjektets slutt)?

3. Oversikt over sykehjem

For å sette opplysningene om «menneskerettighetsvariablene» inn i en sammenheng, har NIM ønsket en oversikt over norske sykehjem. Tabell 3.1 viser hvordan institusjoner og plasser er fordelt mellom fylkene.

Tabell 3.1 Helse- og omsorgsinstitusjoner, plasser og gjennomsnittstørrelse, etter fylke.

Fylke	Institusjoner	Plasser	Størrelse: Plasser per institusjon i gjennomsnitt
01 Østfold	40	2 059	51
02 Akershus	68	3 868	57
03 Oslo	50	4 444	89
04 Hedmark	41	1 985	48
05 Oppland	44	1 781	40
06 Buskerud	50	1 962	39
07 Vestfold	36	1 767	49
08 Telemark	35	1 373	39
09 Aust-Agder	29	894	31
10 Vest-Agder	33	1 324	40
11 Rogaland	81	3 044	38
12 Hordaland	99	4 306	43
14 Sogn og Fjordane	37	1 129	31
15 Møre og Romsdal	70	2 426	35
16 Sør-Trøndelag	61	2 483	41
17 Nord-Trøndelag	35	1 065	30
18 Nordland	77	2 421	31
19 Troms	51	1 478	29
20 Finnmark	31	663	21
Hele landet	968	40 472	42

Kilde: IPLOS, SSB

Tabellen viser at det var i alt 968 helse- og omsorgsinstitusjoner i 2016, med til sammen 40 472 plasser. Oslo har mange store institusjoner, med en gjennomsnittlig størrelse på 89 plasser. Institusjonene i Finnmark hadde lavest gjennomsnittstørrelse med 21 plasser.

Når det gjelder langtidsopphold i institusjon publiseres det både tall per 31.12. og i løpet av året. Tabell 3.2 viser personer på langtidsopphold etter alder og bistandsbehov i 2017.

Tabell 3.2 Personer på langtidsopphold i institusjon, etter alder og bistandsbehov. I løpet av året og per 31.12. 2017. Antall og prosent

	I alt	Under 67 år	67 år og eldre	Andel som er 80 år og eldre	Andel med omfattende behov
Langtidsopphold i institusjon i løpet av året	47 508	2 396	45 105	77	:
Langtidsopphold i institusjon 31.12	32 733	1 888	30 845	74	84

Kilde: IPLOS, SSB.

Tabellen viser at det er flere personer som er på langtidsopphold i institusjon ute i kommunene om alle personer med slike opphold på ett eller annet tidspunkt i 2017 regnes med enn om det tas utgangspunkt i situasjonen per 31.12. Tabellen viser også at langtidsopphold i institusjon først og fremst er en tjeneste for personer som er 80 år og eldre.

Det er for øvrig en rekke tallstørrelser og indikatorer som kan hentes direkte fra statistikkbanken eller KOSTRA. Tabell 3.3 viser noen eksempler på tall og indikatorer.

Tabell 3.3 Eksempler på tallstørrelser og indikatorer tilgjengelig gjennom statistikkbanken og KOSTRA. 2017

	2017
Beboere i institusjon i alt	37 036
Beboere i institusjon 80 år og over	25 356
Institusjonsbeboere på langtidsopphold	28 636
Sykehjemsbeboere	34 712
Plasser i skjermet enhet for personer med demens	9 756
Antall institusjonsbeboere innskrevet på langtid som har omfattende bistandsbehov	24 363

Kilde: KOSTRA, SSB

4. Rettigheter basert på den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), artikkel 3

4.1. Innholdsbestemmelse av rettigheten

I EMK artikkel 3 heter det at ingen må bli utsatt for tortur, straff eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Bruk av tvang kan være nedverdiggende behandling. Store mangler i omsorgen kan også innebære nedverdiggende behandling.

4.2. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten

Siden 2009 er kommunene pålagt å registrere bruk av tvang i tjenesten, med henvisning til lovparagraf, og denne tvangsutøvelsen skal registreres i kommunenes fagsystemer og rapporteres til IPLOS-registeret.

Tre typer tvang skal registreres:

- Tvang i nødssituasjoner (omsorgstjenesteloven kap 9, §9-5, tredje ledd, bokstav a.)
- Planlagt tvang i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke brukerens grunnleggende behov (omsorgstjenesteloven kap 9, §9-5, tredje ledd, bokstav b og c)
- Helsehjelp med tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven §4 A-5)

I følge Veilederen for IPLOS-registeret gjelder både skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner (bokstav a) og planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte situasjoner (bokstav b) rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Det samme gjelder tiltak etter bokstav c, som er tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

(<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>).

Det skal registreres dato start og slutt, og dato for godkjenningsdato fra Fylkesmannen når det er planlagt tvang.

Tabell 4.1 Registrert bruk av tvang i kommunale omsorgstjenester, etter årsak. Alle typer tjenester. 2009-2017. Antall

År	I alt	Skade-avvergende i		
		Planlagt (tjeneste 14)	nødssituasjoner (tjeneste 23)	Helsehjelp m. tvang (tjeneste 24)
2009	946	402	453	136
2010	1 379	617	537	300
2011	1 552	303	881	413
2012	1 919	326	1 094	558
2013	2 272	375	1 266	724
2014	2 323	437	1 138	874
2015	2 506	847	1 211	1 000
2016	3 048	1 040	1 035	1 147
2017	3 185	1 127	997	1 235

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Vedtak etter pasient- og brukerrettighetslovens § 4 A-5, Helsehjelp med tvang, kan treffes for inntil ett år av gangen. Disse skal registres med dato for kommunens vedtak, og dato for start og slutt. Tabell 4.1 viser registrert bruk av tvang i den kommunale omsorgstjenesten. Det er ellers viktig å være oppmerksom på at tabell 4.1 gjelder alle som har mottatt omsorgstjenester, i og utenfor sykehjem.

Tabellen viser at registrert bruk av tvang øker i alt, planlagt og som helsehjelp med tvang. Tabellen viser også at registrert bruk av tvang som skadeavvergende i nødssituasjoner er for nedadgående.

Rapporteringen av bruk av tvang i kommunene er mangelfull. I 2017 var det 224 kommuner som rapporterte om bruk av tvang (av i alt 426). Samme år rapporterte disse kommunene om 3 185 personer som var registrert med tvangstiltak. I perioden fra 2009 til 2017 er det blitt registret stadig flere tilfeller av bruk av tvang, men det er vanskelig å si om dette skyldes mer samvittighetsfull registrering og rapportering eller økt bruk av tvangstiltak. Tabell 4.2 viser registrert bruk av tvang i institusjon (sykehjem) i omsorgstjenesten.

Tabell 4.2 Registrert bruk av tvang i kommunale omsorgstjenester, etter årsak. I institusjon (sykehjem). 2017. Antall

Personer i alt med tvangsvedtak	Antall personer med registrert tvangsvedtak i sykehjem		
	Planlagt (tjeneste 14)	Skadeavvergende i nødssituasjoner (tjeneste 23)	Helsehjelp m. tvang (tjeneste 24)
1 282	108	271	975

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

Tabellen viser at langt de fleste tilfellene av registrert bruk av tvang på sykehjem i 2017 var helsehjelp med tvang, som sto for årsaken til 3 av 4 tilfeller av bruk av tvang.

Med forbehold om at den registrerte tvangsbruken kanskje ikke representerer den reelle bruken ute i kommunene, kan vi sammenstille tallene i tabell 4.1 og 4.2 og slutte følgende:

- Om lag 40 prosent av alle personer som ble registrert med tvangsbruk i 2017 var pasienter ved sykehjem (1 282 av 3 185).
- Om lag 80 prosent av personer registrert med helsehjelp ved tvang var pasienter i sykehjem (975 av 1 235).

4.3. Vurderinger

Fordi datagrunnlaget om bruk av tvang har vært usikkert og mangelfullt, er det blitt lite brukt i statistikk og analyser. I praksis innebærer det at data har vært innhentet og lagret, men har ikke vært gjenstand for nærmere analyse.

Det er mulig å gå grundigere til verks, for eksempel ved å se nærmere på utviklingen i kommuner som har rapportert om bruk av tvang i alle år eller de fleste år for å studere utviklingen der. Det vil typisk ta form som casestudier. Da er det mulig å komme nærmere en beskrivelse av den reelle utviklingen i tvangsbruk, selv om mye fremdeles vil være usikkert. Med en slik tilnærming kan det også bli meningsfylt å sammenlikne utviklingen i ulike kommunegrupper (KOSTRA-grupper).

Det er også mulig å gå videre med tabeller av samme type som over, og se på om noen grupper er mer utsatt for tvang enn andre, for eksempel ulike aldersgrupper, kjønn, diagnoser (som også mangler for mange av brukerne) eller bistandsbehov (eventuelt bruke undergrupper som evne til å ivareta egen helsetilstand, sosial fungering og kognitiv svikt). Alt dette vil være nybrottsarbeid som vil kreve ekstern finansiering.

5. Rettigheter basert på den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), artikkel 8

5.1. Innholdsbestemmelse av rettigheten

I EMK, artikkel 8.1 heter det at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. I artikkel 8.2 står det at offentlige inngrep i utøvelsen av denne rettigheten ikke skal skje, med noen unntak. Det mest relevante i denne sammenhengen er at unntak kan skje når det er i samsvar med loven og nødvendig for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter. Disse rettighetene berører blant annet muligheten til medvirkning og medbestemmelse og respekt for privatliv.

5.2. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretakelsen av rettigheten

Det er særlig to av opplysningene i omsorgsstatistikken som kan være aktuelle.

- Å ha eget rom er en viktig forutsetning for å ha et privatliv når man bor i sykehjem. Etter hvert har de fleste sykehjemsbeboere eget rom, så vi har valgt å bruke andel som har et eget rom som er brukertilpasset og med eget bad/wc som kriterium for om forholdene for privatliv er lagt til rette.
- Bruk av GPS på pasienter som har en tendens til å «vandre», har et element av kontroll og overvåkning i seg, og kan tolkes som krenkende for privatlivet. På den annen side kan GPS gi slike pasienter økt frihet til å bevege seg utendørs.

Nye metoder for overvåkning utvikles og tas i bruk i sykehjem og omsorgsboliger, for eksempel elektronisk varsling når beboeren forlater senga eller rommet om natta, eller går ut av bygningen. Hensikten er å unngå at beboerne faller og blir liggende hjelpeløse, går seg vill eller forfryser seg. Foreløpig er det ingen sentral registrering av slike hjelpemidler.

Andel med eget rom i sykehjem

Opplysningene om rom i sykehjem hentes inn via KOSTRA, der hver kommune rapporterer inn hvor mange institusjoner og rom de har. Opplysningene regnes som fullstendige og korrekte, og tall for kommuner og fylker er tilgjengelige i SSBs statistikkbank. Tabell 5.1 viser antall rom i sykehjem etter brukertilpasninger og totalt.

Tabell 5.1 Rom i sykehjem, i alt og brukertilpasset enerom med bad/wc. Fylker. 2017

	Brukertilpasset enerom med bad	Rom i institusjon i alt	Andel brukertilpasset
Østfold	1 767	2 010	88
Akershus	3 519	3 920	90
Oslo	2 813	4 309	65
Hedmark	1 745	1 916	91
Oppland	1 461	1 735	84
Buskerud	1 793	1 924	93
Vestfold	1 557	1 753	89
Telemark	1 134	1 340	85
Aust-Agder	787	871	90
Vest-Agder	1 307	1 323	99
Rogaland	2 867	3 124	92
Hordaland	3 806	4 125	92
Sogn og Fjordane	979	1 054	93
Møre og Romsdal	2 119	2 313	92
Sør-Trøndelag	2 009	2 556	79
Nord-Trøndelag	861	1 023	84
Nordland	2 142	2 430	88
Troms	1 329	1 474	90
Finnmark	545	654	83
Hele landet	34 540	39 854	87

Kilde: KOSTRA, SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/09930/?rxid=85e72c60-c8ae-4d2d-929d-994ef2625a1b>

Tabellen viser at av fylkene har Oslo klart lavest dekning av brukertilpassede enerom med 65 prosent, mens Vest-Agder har tilnærmet full dekning av slike rom. Bryter man tallene ned på enkeltkommuner har nesten halvparten (197 av 426) kun brukertilpassede rom, og i alt tre av fire kommuner er enten på eller over landsgjennomsnittet. Bare i 27 kommuner er det mindre enn 50 prosent av rommene som er brukertilpassede enerom med eget bad/WC. Tabell 5.2 viser KOSTRA-gruppene rangert fra laveste til høyeste andel av rommene i sykehjem som er brukertilpassede enerom med bad/WC.

Tabell 5.2 Brukertilpasset enerom med bad/wc, etter KOSTRA-grupper. 2017. Prosent

KOSTRA-gruppe	Andel brukertilpasset enerom med bad
15. Oslo	65
7. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, lave frie inntekter	85
10. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	86
4. Små kommuner, høye bundne kostnader, lave frie inntekter	87
12. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	87
14. Bergen, Trondheim, Stavanger	88
1. Små kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	89
13. Store kommuner utenom de fire største byene	90
3. Små kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	90
8. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, middels frie inntekter	91
2. Små kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	91
5. Små kommuner, høye bundne kostnader, middels frie inntekter	91
11. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	91
6. Små kommuner, høye bundne kostnader, høye frie inntekter	93
16. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	98
Hele landet	87

Kilde: KOSTRA, SSB. <https://www.ssb.no/statbank/table/09930/?rxid=85e72c60-c8ae-4d2d-929d-994ef2625a1b>

Tabellen viser at det igjen er Oslo som har lavest andel med 65 prosent, mens gruppen som består av de ti kommunene med høyest frie inntekter per innbygger har høyest andel brukertilpassede rom med 98 prosent.

Ellers er det relativt små forskjeller mellom kommunene i de ulike KOSTRA-gruppene, og det er vanskelig å se noe klart mønster. Kanskje er det mulig å si at kommuner med lave frie inntekter stort sett har lavere andeler når det gjelder hvor mange av rommene som er brukertilpasset.

Bruk av GPS (pasient- og brukerrettighetsloven §4-6a)

Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi for brukere av hjemmetjenester ble første gang registrert i IPLOS i 2016. Det var bare 22 kommuner som rapporterte slik bruk for 2016, og Oslo og Stavanger kommune utgjorde nesten 80 prosent av alle rapporterte mottakere av GPS.

Det er usikkert om de andre kommunene ikke har tatt i bruk slik teknologi, eller om de ikke er forberedt på å rapportere om eventuell bruk. Noen kommuner har dessuten informert om at deres praksis er at bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) er lavterskelt tilbud og derfor ikke inkludert i IPLOS-rapporteringen. Tallene må følgelig tas med noen forbehold siden de dekker en så vidt liten andel av kommunene. Tabell 5.3 viser bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) gjennom året, etter alder og type brukere i 2016 og 2017

Tabell 5.3 Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) gjennom året, etter alder og type brukere. 2016 og 2017. Antall

År	I alt	Under 67 år	67 år og eldre	Av dette 80 år og eldre	
				2016	2017
2016, alle brukere	316	52	264	173	37
2016, brukere i sykehjem	70	7	63	37	37
2017, alle brukere	591	98	493	265	92
2017, brukere i sykehjem	148	9	139	92	92

Kilde: IPLOS, SSB

Tabellen viser at GPS i stor grad ble brukt for pasienter som var 67 år eller eldre, og at disse utgjorde 493 personer eller i overkant av 83 prosent av alle brukere av

GPS i 2017. Tabellen viser også at 70 personer eller 22 prosent av GPS-brukerne i 2016 var sykehjemsbeboere. I 2017 hadde andelen steget til 25 prosent.

I 2017 var det 32 kommuner som rapporterte om mottakere med GPS. Bare 6 av disse hadde registrert 5 eller flere brukere. I tillegg til to mindre kommuner var det de fire største byene som sto for de aller fleste registrerte brukerne, 98 prosent. Med forbehold om at kommunene har hatt problemer med å registrere GPS-brukerne i fagsystemene som statistikken er basert på eller at kommunal praksis varierer systematisk mellom større og mindre kommuner, ser det ut til at bruk av varslingsteknologi i omsorgstjenesten så langt er et storbyfenomen.

5.3. Vurderinger

Statistikken over *rom i sykehjem* er en del av KOSTRA-rapporteringen. Det er litt usikkert om denne rapporteringen vil bli videreført etter 2017, men dette er en indikator som er hensiktsmessig å følge med på videre med formål å styrke kunnskapsgrunnlaget på dette området.

Statistikken over bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) rapporteres gjennom IPLOS, og vil bli videreført etter 2017 som en del av KPR (kommunalt pasient- og brukerregister). Vi regner med at rapporteringen vil bli mer fullstendig etter hvert.

6. Rettigheter basert på FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), artikkel 12

6.1. Innholdsbestemmelse av rettigheten

I ØSK artikkel 12.1 heter det at konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Artikkel 12 annet ledd lister opp hvilke tiltak konvensjonspartene skal sette i verk for å oppnå oppfyllelse av rettigheten, blant annet for å minske spedbarnsdødeligheten, forbedre hygien i miljø og industri, forebygge og behandle sykdommer og skape vilkår som trykker alle legebekandling og pleie under sykdom.

Etter norske forhold kan dette konkretiseres slik: Staten er forpliktet til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, blant annet i form av tilstrekkelig og næringsrik mat, passende bolig, tjenester med tilstrekkelig kvalitet, tilstrekkelig omfang på helsehjelpen, og hjelpen skal gjøres tilgjengelig for alle uten forskjellsbehandling.

6.2. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten

På dette området er det mange variabler som kan være relevante for å belyse kvaliteten av tjenestene. Opplysninger om *legemiddelgjennomgang* og *kartlegging av ernæring* er først kommet inn i IPLOS-rapporteringen fra 2016. Det tar tid før alle kommuner kommer med i registreringen, så det første året er opplysningene mangelfulle.

Opplysninger om hvor mange som er *vurdert av lege eller tannhelsepersonell* har vært med fra kommunene startet å rapportere til IPLOS-registeret, men likevel ser det ut til å være en viss underrapportering. *Tilgjengelighet til tjenesten*, målt som andel av 80-åringer som har plass på sykehjem, finnes for alle kommuner. Det samme gjelder opplysninger om legetimer og fysioterapitimer per uke.

Legemiddelgjennomgang gjennomført i løpet av siste år

Legemiddelgjennomgang (LMG) skal gjennomføres av behandlende lege, alene eller i tverrfaglig team. Om gjennomgangen skal gjennomføres avhenger av pasientens alder, sykdomstilstand og behov for legemiddelbehandling. Målet med LMG er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres. Helsedirektoratet har en egen veileder for LMG (Helsedirektoratet 2012).

Det som skal registreres i IPLOS er om legemiddelgjennomgang er gjennomført. Svaralternativene er ja, nei, eller ikke relevant (ikke nødvendig). Denne variabelen er inkludert i Helsedirektoratets kvalitetsindikatorsystem, hvor SSB som databehandler på bestilling har foretatt uttrekk og tilrettelagt data og metadata for publisering (Helsedirektoratet 2018).

Tall for 2016 viser at i overkant av 40 prosent av alle institusjonsbeboere fikk gjennomført en legemiddelgjennomgang i løpet av året, mens det for vel ti prosent er registrert at de ikke har hatt en slik gjennomgang (Mørk m.fl. 2017).

Tallene fra SSBs rapport om kommunale helse- og omsorgstjenester viser også at det for over 40 prosent av de som er på langtidsopphold på institusjon mangler rapportering av om det er gjennomført legemiddelgjennomgang. Registrering av gjennomført legemiddelgjennomgang er en helt ny registrering for kommunene f.o.m. 2016-årgangen. Informasjonen inngår i rapporteringen til IPLOS-registeret.

Kartlegging av ernæring i løpet av året

Kartlegging av ernæring er hjemlet i Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Dette skal vurderes ved innleggelse for alle beboere i sykehjem, og deretter gjentas månedlig eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg. Det kreves at både kroppsmasseindeks, vekttap siste måned og redusert næringsinntak siste måned skal registreres.

I IPLOS-registeret registreres det bare om kartlegging er gjennomført, med svarkategoriene ja, nei eller ikke relevant (den siste kategorien er trolig lite aktuell for sykehjemsbeboere). Det registreres videre om brukeren er i ernæringsmessig risiko. Hvis svaret er ja, skal det registreres om det er utarbeidet en ernæringsplan. Kartlegging av ernæringsstatus, vurdering av ernæringsmessig risiko og planlegging av tiltak er vesentlig i arbeidet med å forebygge og behandle underernæring blant mottakere av helse- og omsorgstjenester.

Fra og med 2016 ble ernæringsstatus for mottakere av langtidsopphold på institusjon en del av kommunenes rapportering til IPLOS-registeret. Tallene viser at en drøy tredjedel, eller 35,8 prosent, av 47 000 tjenestemottakere i institusjon har fått gjennomført en ernæringskartlegging i løpet av 2016. Tallene viser også at det for over 40 prosent av de som er på langtidsopphold på institusjon mangler rapportering av om det er gjennomført en ernæringskartlegging.

For de som har fått gjennomført en ernæringskartlegging, til sammen 17 000 personer, er også ernæringsmessig risiko kartlagt. Av disse var det over en tredjedel (6 000 personer) som ble vurdert å ha en ernæringsmessig risiko, noe som for så vidt bekrefter at ernæringsmessig risiko er vanlig for denne gruppen. I gruppen som har ernæringsmessig risiko har drøye to tredeler fått utarbeidet en ernæringsplan som en del av tjenestemottakerens tiltaksplan.

For ordens skyld kan det nevnes at også denne variabelen er inkludert i Helsedirektoratets kvalitetsindikatorsystem, hvor SSB som databehandler på bestilling har foretatt uttrekk og tilrettelagt data og metadata for publisering (Helsedirektoratet 2018).

Vurdert av lege og tannhelsepersonell i løpet av siste 12 måneder

Et mulig mål på kvalitet i tjenesten er i hvilken grad beboerne blir vurdert av lege og tannhelsepersonell i løpet av året. I følge veilederen for IPLOS-registeret skal opplysningen innhentes fra tjenestemottaker, ikke fra tannhelsepersonell/lege. Det skal registreres måned og år for siste vurdering. For tannhelsepersonell registreres tidspunkt for siste undersøkelse. Med vurdert av lege menes at personen har hatt direkte kontakt med lege og gjennomgått undersøkelse eller vært tatt i behandling.

Disse opplysningene har vært rapportert til IPLOS-registeret siden 2007, men det er grunn til å tro at det hele tiden har vært underrapportering. Vi vet ellers gjennom KOSTRA og dialog med fylkestannleger at en betydelig større andel av sykehjemsbeboerne har vært undersøkt av tannhelsepersonell enn det IPLOS-rapporteringen tilsier. Tabell 6.1 viser andel institusjonsbeboere innskrevet på langtidsoppholds per 31.12. og som er vurdert av hhv. lege og tannhelsepersonell siste 12 måneder.

Tabell 6.1 Institusjonsbeboere på langtidsopphold per 31.12. som er vurdert av hhv. lege og tannhelsepersonell sist 12 måneder. 2009-2016. Antall og prosent

	Institusjonsbeboere	Lege	Tannhelsepersonell
2009	34 802	35	23
2010	34 469	41	25
2011	34 214	38	22
2012	34 012	42	25
2013	33 968	41	24
2014	33 882	45	28
2015	33 547	50	34
2016	33 094	55	38

Kilde: IPLOS, SSB. Se for eksempel tabell 5.1 her <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016>

Tabellen viser at andelen institusjonsbeboere på langtidsopphold som har blitt vurdert av hhv. lege og tannhelsepersonell siste 12 måneder stiger tilnærmet entydig over tid. Tabellen viser også at det er en større andel som blir vurdert av lege enn av tannhelsepersonell.

Det er grunn til å understreke at tilbakemeldinger fra fylkestannleger i KOSTRA er at IPLOS-rapporteringen fra kommunene er ufullstendig. Tannhelsetjenesten er en fylkeskommunal forvaltningsoppgave, og med tanke på at institusjonsbeboere er en prioritert gruppe i den offentlige tannhelsetjenesten er det grunn til å tro at det på fylkesnivå er bedre oversikt over tjenstedata for institusjonsbeboere. Tabell 6.2 viser andel av institusjonsbeboerne på langtidsopphold på institusjon (sykehjem) som er vurdert av lege siste 12 måneder i 2017 fordelt på KOSTRA-grupper.

Tabell 6.2 Institusjonsbeboere på langtidsopphold per 31.12. som er vurdert av lege siste 12 måneder, etter KOSTRA-gruppe. 2017. Prosent

16. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	27
4. Små kommuner, høye bundne kostnader, lave frie inntekter	35
5. Små kommuner, høye bundne kostnader, middels frie inntekter	37
1. Små kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	37
2. Små kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	42
6. Små kommuner, høye bundne kostnader, høye frie inntekter	46
3. Små kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	48
7. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, lave frie inntekter	49
12. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	49
8. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, middels frie inntekter	50
14. Bergen, Trondheim, Stavanger	51
13. Store kommuner utenom de fire største byene	53
11. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	54
10. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	60
15. Oslo	86
Hele landet	55

Kilde: IPLOS, SSB

Tabellen viser at Oslo og andre store kommuner, og noen mellomstore kommuner, er «flinkest» til å få sine sykehjemsbeboere vurdert av lege. Det er imidlertid grunn til å understreke at det er noe usikkerhet knyttet til om resultatene er mer avhengig av kommunal registreringspraksis enn faktiske forskjeller i vurdering av lege på institusjoner.

Oslo troner på topp i en klasse for seg, med 86 prosent av beboerne som er vurdert av lege siste 12 måneder. I de andre KOSTRA-gruppene varierer tallet fra 27 til 60 prosent, og landsgjennomsnittet er 55 prosent.

Alle gruppene som består av små kommuner har lave tall for legevurdering. De 10 rikeste kommunene ligger helt nederst i rangeringen, men denne gruppen består også av små kommuner. Det kan se ut til at nærhet til et arbeidsmarked med et stort antall leger har større betydning for om sykehjemsbeboerne blir vurdert av lege årlig, enn kommunenes økonomi. Oslo trekker gjennomsnittet noe oppover, fordi byen har mange sykehjemsbeboere og en høy andel legevurderte sykehjemsbeboere. Gjennomsnittstallet for landet utenom Oslo er 50 prosent.

Tall for enkeltkommuner viser at det i noen få kommuner (3) er mindre enn 10 prosent av beboerne på langtidsopphold som er vurdert av lege. På den annen side er det om lag 20 kommuner der alle beboere har vært vurdert av lege siste år. For vel 130 kommuner mangler det imidlertid opplysninger om legevurdering, enten fordi tallverdiene er for små (av personvern hensyn publiseres ikke tall mindre enn 5), eller fordi kommunen ikke har registrert denne opplysningen. Tabell 6.3 viser andel av institusjonsbeboerne på langtidsopphold på institusjon (sykehjem) som er vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder i 2017.

Tabell 6.3 Institusjonsbeboere på langtidsopphold per 31.12. som er vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder, etter KOSTRA-gruppe. 2017. Prosent

16. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	12
5. Små kommuner, høye bundne kostnader, middels frie inntekter	15
6. Små kommuner, høye bundne kostnader, høye frie inntekter	24
2. Små kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	27
1. Små kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	27
12. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	28
4. Små kommuner, høye bundne kostnader, lave frie inntekter	30
8. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, middels frie inntekter	31
14. Bergen, Trondheim, Stavanger	34
13. Store kommuner utenom de fire største byene	34
11. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	35
3. Små kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	35
7. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, lave frie inntekter	36
10. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	42
15. Oslo	65
Hele landet	37

Kilde: IPLOS, SSB

Tabellen viser at det stort sett er de samme kommunegruppene som scorer høyt på andel av sykehjemsbeboerne som er vurdert av tannhelsepersonell, som på legevurdering, og tilsvarende for dem som scorer lavt.

Oslo skiller seg ut i den ene enden, med 65 prosent som er blitt vurdert av tannhelsepersonell i løpet av året. I den andre enden er det, som for legevurdering, de ti rikeste kommunene som skiller seg ut. Det er bare 12 prosent av sykehjemsbeboerne der som er blitt vurdert av tannhelsepersonell i løpet av året. Landsgjennomsnittet er på 37 prosent – gjennomsnittet for landet utenom Oslo er 33 prosent.

Kommunegruppe 3, små kommuner med middels bundne kostnader og høye frie inntekter, avviker litt fra mønsteret med at små kommuner kommer dårlig ut. De har en andel på 35 prosent av sykehjemsbeboere som er vurdert av tannhelsepersonell i løpet av året.

Tall for enkeltkommuner viser at det bare er i en håndfull kommuner det er mindre enn 10 prosent av langtidsbeboerne som er vurdert av tannhelsepersonell. I vel 20 kommuner er alle langtidsbeboerne registrert av tannhelsepersonell siste år. Det mangler imidlertid opplysninger om vel 170 kommuner, enten fordi tallverdiene er for små (av personvern hensyn publiseres ikke tall mindre enn 5), eller fordi kommunen ikke har registrert denne opplysningen.

Dekningsgrad av langtidsplasser i sykehjem

Dekningsgraden er beregnet som alle brukere i langtidsopphold per innbyggere 80 år og over. Tabell 6.4 viser brukere av langtidsopphold på institusjon per innbygger 80 år og eldre etter KOSTRA-grupper i 2017.

Tabell 6.4 Brukere av langtidsopphold på institusjon per innbygger 80 år og eldre, etter KOSTRA-grupper. 2017

KOSTRA-gruppe	Dekningsgrad
8. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, middels frie inntekter	10,7
10. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	12,7
7. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, lave frie inntekter	12,9
13. Store kommuner utenom de fire største byene	13,2
1. Små kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	13,7
11. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	14
2. Små kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	14,4
12. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	15,4
3. Små kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	15,7
16. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	17,9
14. Bergen, Trondheim, Stavanger	18,3
6. Små kommuner, høye bundne kostnader, høye frie inntekter	18,7
5. Små kommuner, høye bundne kostnader, middels frie inntekter	18,7
4. Små kommuner, høye bundne kostnader, lave frie inntekter	19,4
15. Oslo	19,4
Hele landet	14,7

Kilde: KOSTRA <https://www.ssb.no/statbank/table/07790/tableViewLayout1/?rxid=87f273fe-4fb4-4432-a066-d7470ecd9758> (beboere i langtidsinstitusjoner) og <https://www.ssb.no/statbank/table/07790/tableViewLayout1/?rxid=2c59f0bb-a458-489a-a538-de2e0e5b10e0> (innbyggere 80 år og over).

Tabellen viser at dekningsgraden varierer fra i underkant av 11 prosent (KOSTRA-gruppe 8) til nærmere 20 prosent i Oslo og KOSTRA-gruppe 4. Felles for de tre KOSTRA-gruppene med lavest dekning er at de er mellomstore kommuner med lave eller middel frie inntekter og lave eller middels bundne kostnader.

I den andre enden av skalaen for dekningsgrad finner vi de fire største byene blant kommunegruppene med høyest dekning. Der finner vi også tre grupper som alle består av små kommuner med høye bundne kostnader (KOSTRA-gruppe 4, 5 og 6). At kommunene har høye bundne kostnader betyr at de er blant de 25 kommunene med høyest andel av utgifter som går til lovpålagte oppgaver. Å sørge for plass i sykehjem til innbyggere som trenger det, er én slik oppgave.

Tall for enkeltkommuner viser at vel 40 kommuner har en dekningsgrad av langtidsplasser i institusjon på under 10 prosent. Få kommuner, ni i alt, har dekningsgrad på mer enn 30 prosent i forhold til innbyggere 80 år eller eldre.

Legetimer per uke i institusjoner

Timer per uke i institusjon blir registrert i KOSTRA. Legetimer blir registrert for alle institusjoner under ett, og det skilles derfor ikke mellom langtidsopphold og tidsbegrenset opphold. Vi har derfor brukt tall for beboere i alt i nevneren i beregningen, og ikke bare de som er på langtidsopphold på institusjon. Det er ikke urimelig å tro at korttidsplassene er mer legeintensive, derfor hadde det vært ønskelig å skille de to størrelsene fra hverandre. Tabell 6.5 viser legetimer per uke per bruker i institusjon etter KOSTRA-gruppe. Legetimer per uke er målt i minutter per uke.

Tabell 6.5 Legetimer per uke per bruker i institusjon (minutter per uke), etter KOSTRA-grupper. 2017

KOSTRA-gruppe	Legetimer
5. Små kommuner, høye bundne kostnader, middels frie inntekter	22
4. Små kommuner, høye bundne kostnader, lave frie inntekter	23
6. Små kommuner, høye bundne kostnader, høye frie inntekter	25
10. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	25
1. Små kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	26
2. Små kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	26
11. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	27
3. Små kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	28
15. Oslo	30
12. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	31
7. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, lave frie inntekter	31
13. Store kommuner utenom de fire største byene	33
8. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, middels frie inntekter	34
14. Bergen, Trondheim, Stavanger	37
16. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	40
Hele landet	31

Kilde: KOSTRA <https://www.ssb.no/statbank/table/07790/tableViewLayout1/?rxid=87f273fe-4fb4-4432-a066-d7470ecd9758> (timer per uke) og <https://www.ssb.no/statbank/table/07790/tableViewLayout1/?rxid=87f273fe-4fb4-4432-a066-d7470ecd9758> (institusjonsbeboere i langtidsopphold)

Tabellen viser at de små kommunene med høye bundne kostnader er de som har færrest legetimer per uke i sine institusjoner. Disse kommunene er i de KOSTRA-gruppene som har høyest dekning av sykehjemsplasser, men er samtidig altså blant dem som har lavest legeinnsats.

Høyest legeinnsats har KOSTRA-gruppen som består av de ti kommunene med høyest frie inntekter per innbygger, med 40 minutter per beboer per uke. Gruppen som består av storbyene Bergen, Trondheim og Stavanger kommer på andreplass med 37 minutter. Gjennomsnittet for hele landet er 31 minutter per beboer per uke, og Oslo ligger omtrent på gjennomsnittet med 30 minutter per beboer per uke.

Fysioterapeuttimer per uke i institusjon

Fysioterapitimer per uke er registrert i KOSTRA på samme måte som legetimer, og regnet om til minutter per beboer i institusjon på samme måte som for legetjenester. Tabell 6.6 viser fysioterapeuttimer per uke per bruker av institusjon etter KOSTRA-gruppe. Fysioterapeuttimer per uke er målt i minutter per uke.

Tabell 6.6 Fysioterapeuttimer per uke per bruker i institusjon (minutter per uke), etter KOSTRA-grupper. 2017

KOSTRA-gruppe	Fysioterapitimer
4. Små kommuner, høye bundne kostnader, lave frie inntekter	18
6. Små kommuner, høye bundne kostnader, høye frie inntekter	18
10. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	19
5. Små kommuner, høye bundne kostnader, middels frie inntekter	19
14. Bergen, Trondheim, Stavanger	20
1. Små kommuner, middels bundne kostnader, lave frie inntekter	20
11. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	22
3. Små kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	22
13. Store kommuner utenom de fire største byene	22
8. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, middels frie inntekter	23
2. Små kommuner, middels bundne kostnader, middels frie inntekter	23
16. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	25
7. Mellomstore kommuner, lave bundne kostnader, lave frie inntekter	25
12. Mellomstore kommuner, middels bundne kostnader, høye frie inntekter	25
15. Oslo	33
Hele landet	23

Kilde: KOSTRA <https://www.ssb.no/statbank/table/07790/tableViewLayout1/?rxid=87f273fe-4fb4-4432-a066-d7470ecd9758> (fysioterapitimer) og <https://www.ssb.no/statbank/table/07790/tableViewLayout1/?rxid=87f273fe-4fb4-4432-a066-d7470ecd9758> (institusjonsbeboere i langtidsopphold)

Tabellen viser at det er litt mindre variasjon mellom kommunegruppene i bruk av fysioterapitimer, 18 minutter per beboer per uke i de KOSTRA-gruppene som bruker minst, og 33 minutter per beboer per uke i Oslo, som bruker mest av fysioterapitimer. Gjennomsnittet for hele landet er 23 minutter per beboer per uke.

Årsverk med fagutdanning per bruker i institusjon

I alt ble det utført om lag 59 000 årsverk i helse- og omsorgsinstitusjoner i 2016. Tabell 6.7 viser årsverk i institusjon etter utdanning i 2016.

Tabell 6.7 Årsverk i institusjon, etter utdanning, 2016

	Årsverk	Andel av årsverk
Sykepleiere	16 156	27
Hjelpepleiere	14 051	24
Vernepleiere, ergoterapeuter og andre med sosial fagutdanning	4 934	8
Annet personell med helseutdanning	2 683	5
Helsefagarbeidere	6 892	12
Leger	590	1
Fysioterapeuter	474	1
Pleiepersonell uten helse- sosialfagutdanning	10 893	18
Uspesifisert, administrativt	2 405	4
I alt	59 079	100

Kilde: KOSTRA. Noen kommuner har integrerte tjenester, det vil si at en person kan være ansatt i en institusjon, men jobbe både der og i hjemmetjenesten, eller omvendt. Dette har gjort det vanskelig å få til en helt eksakt deling av årsverkene i hjemmetjenester og institusjonstjenester, så slike inndelte tall er ikke blitt publisert. Mye tyder på at integrerte tjenester ikke har særlig stort omfang, så fordelingen mellom de to tjenestetypene blir ganske riktig.

Tabellen viser at de aller fleste årsverkene i institusjon i 2016 ble utført av personell med en eller annen form for helseutdanning, mens 18 prosent av årsverkene ble utført av personell uten noen helsefaglig utdanning. I tillegg er 4 prosent av årsverkene enten i administrative stillinger eller med uspesifisert utdanning. I sum vil det si at 22 prosent av årsverkene i institusjoner utføres av personell uten relevant helsefaglig utdanning.

Andelen av årsverkene i institusjoner som utføres av personell uten relevant utdanning varierer noe mellom fylkene. Tabell 6.8 viser andel årsverk i institusjon som er utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning etter fylke.

Tabell 6.8 Andel av årsverk i institusjon utført av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, etter fylke, 2017. Prosent

Fylke	Andel uten helse- og sosialfaglig utdanning
Vest-Agder	16,47
Nord-Trøndelag	17,87
Østfold	17,96
Telemark	18,98
Sør-Trøndelag	19,07
Aust-Agder	19,31
Hordaland	20,45
Hedmark	20,73
Rogaland	21,00
Møre og Romsdal	21,67
Oppland	21,74
Vestfold	22,01
Nordland	23,02
Akershus	23,43
Buskerud	23,68
Sogn og Fjordane	24,99
Finnmark	25,54
Oslo	25,82
Troms	28,03
Hele landet	21,89

Kilde: KOSTRA

Tabellen viser at det er i Vest-Agder, Nord-Trøndelag og Østfold at andelen ufaglærte er lavest, med under 18 prosent uten fagutdanning i sine sykehjem. Det er Oslo, Troms og Finnmark som har høyest andel ufaglærte, med en tilsvarende andel på over 25 prosent.

I alt ble det utført 1,4 årsverk per beboer i institusjoner. De ansatte med fagutdanning sto for 1,1 årsverk per beboer. Tabell 6.9 viser årsverk med fagutdanning og årsverk i alt per beboer i institusjoner i 2017.

Tabell 6.9 Årsverk med fagutdanning og årsverk i alt per beboer i institusjon, etter fylke. 2017

Fylke	Årsverk m/fagutd per beboer	Årsverk i alt per beboer
Østfold	1,11	1,36
Akershus	1,02	1,35
Oslo	0,85	1,16
Hedmark	1,16	1,49
Oppland	1,1	1,43
Buskerud	1,3	1,72
Vestfold	1,2	1,56
Telemark	1,22	1,51
Aust-Agder	0,93	1,16
Vest-Agder	1,22	1,47
Rogaland	1,16	1,49
Hordaland	1,06	1,35
Sogn og Fjordane	1,06	1,43
Møre og Romsdal	1,12	1,44
Sør-Trøndelag	0,96	1,19
Nord-Trøndelag	1,29	1,58
Nordland	1,2	1,57
Troms	1,16	1,64
Finnmark	1,18	1,59
Hele landet	1,09	1,41

Kilde: KOSTRA

Tabellen viser at årsverksinnsatsen per beboer med fagutdanning varierte mellom fylkene fra 0,9 i Oslo og Aust-Agder til 1,3 i Buskerud. Når det gjelder samlet årsverksinnsats varierte den fra 1,2 årsverk per beboer i Oslo og Aust-Agder til 1,7 årsverk per beboer i Buskerud.

6.3. Vurderinger

Variablene «Legemiddelgjennomgang» og «Ernæringskartlegging» er nye i IPLOS. De ble første gang registrert i 2016, og for dette året mangler det opplysninger for om lag 40 prosent av beboerne på langtidsopphold. Variablene «Vurdert av lege» og «Vurdert av tannhelsepersonell» er trolig beheftet med en viss underrapportering, selv om de har vært registrert i IPLOS helt fra starten i 2007.

De KOSTRA-baserte variablene i dette kapitlet må regnes som dekkende og pålitelige, med et mulig unntak for årsverkene i institusjoner, der integrerte tjenester kan gjøre det vanskelig å skille mellom institusjons- og hjemmetjenestedelen av omsorgstjenesten.

7. Oppsummering og slutninger

Rapporten er en gjennomgang av tall fra SSBs helse- og omsorgsstatistikk, i et forsøk på å belyse menneskerettighetssituasjonen for eldre i sykehjem.

7.1. Frihet fra tortur, straff og nedverdiggende behandling (EMK artikkel 3)

Frihet fra tortur, straff og nedverdiggende behandling (EMK artikkel 3) er forsøkt operasjonalisert som fravær av tvang. Registrering av lovhjemlet og nødvendig bruk av tvang er dessverre mangelfull, så tallene må tas med store forbehold. Fordi bare vel halvparten av kommunene rapporterte om tvangsbruk, er det umulig å vite hvor stor andel av brukerne som har tvangsvedtak.

Hvis vi ser kun på dem i omsorgstjenesten som er registrert med tvangsvedtak, ser det ut til at 40 prosent av dem (alle typer hjemler) er beboere i sykehjem. Av dem som har fått helsehjelp med tvang er imidlertid nesten 80 prosent sykehjemsbeboere. Trolig har dette sammenheng med at en stor andel av beboerne der har demens.

7.2. Rett til respekt for privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse (EMK artikkel 8)

Rett til respekt for privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse (EMK artikkel 8) er først og fremst operasjonalisert som det å ha sitt eget rom, som er brukertilpasset og med eget bad og WC. Denne retten er langt på vei oppfylt, i det nær 90 prosent av rommene i norske sykehjem tilfredsstillende dette kravet. Nyere normer legger føringer på at noen rom skal være tilrettelagt for 2 personer, for dem som ønsker å bo sammen med ektefelle/partner. Dette finnes det imidlertid ingen rapportering fra kommunene på.

Det er forholdsvis stor variasjon mellom fylkene når det gjelder hvor mange rom som er enerom, fra 99 prosent av rommene i Vest-Agder til 65 prosent i Oslo. I tillegg til Oslo har Oppland, Trøndelagsfylkene og Finnmark «eneromsandel» som ligger under landsgjennomsnittet. Når vi deler kommunene inn etter KOSTRA-gruppeinndelingen er det igjen Oslo som skiller seg ut, og - i den andre enden av skalaen - den gruppen som består av de ti kommunene med høyest frie inntekter per innbygger, som har «eneromsandel» på 98 prosent. Alle de andre kommunegruppene ligger rundt gjennomsnittet, med «eneromsandeler» fra 85 til 93 prosent.

Også bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS) er forsøkt brukt som mål på mulig inngrep i retten til privatliv. Denne registreringen ble først innført fra 2016, og både da og i 2017 mangler det opplysninger fra mange kommuner. Med forbehold om at kommunene kan ha hatt problemer med å registrere GPS-brukerne i det administrative systemet som statistikken er basert på, ser det ut til at bruk av varslingssteknologi i omsorgstjenesten så langt er et storbyfenomen. 22 prosent av alle registrerte GPS-brukerne i 2016 var sykehjemsbeboere, i 2017 hadde andelen steget til 25 prosent.

7.3. Rett for enhver til høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk (ØSK, artikkel 12)

Rett for enhver til høyest oppnåelige helsestandard, både fysisk og psykisk (ØSK, artikkel 12) er forsøkt operasjonalisert gjennom en rekke variable: Gjennomført legemiddelgjennomgang, kartlegging av ernæring og om man er vurdert av lege eller tannhelsepersonell siste år. I tillegg til disse individbaserte opplysningene har

vi brukt dekningsgrad av langtidsplass i sykehjem, for å vurdere hvor tilgjengelig tilbudet er. Videre har vi brukt mål på innsatsen av fagpersonell, leger, fysioterapeuter og annet fagpersonell for å belyse kvaliteten av tilbudet.

Legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging er nye variabler i IPLOS. Vurdert av lege/tannhelsepersonell: Det er neppe et krav, men kanskje ønskelig at alle sykehjemsbeboere blir vurdert hvert år? Jo flere som blir vurdert, jo bedre. I hele landet under ett ble 55 prosent av sykehjemsbeboerne vurdert av lege og 37 prosent av tannhelsepersonell. Oslo og andre store byer er flinkere til å få sykehjemsbeboerne vurdert årlig av lege og tannhelsepersonell. I Oslo ble 86 prosent av sykehjemsbeboerne vurdert av lege og 65 prosent av tannhelsepersonell i 2017. I de små kommunene er andelen som har blitt vurdert langt under gjennomsnittet for landet. I de ti kommunene med høyest inntekt per innbygger (alle små kommuner) ble 27 prosent vurdert av lege, og 12 prosent av tannhelsepersonell.

Hvor mange som har plass i langtidsinstitusjon i forhold til befolkningen 80 år eller eldre kan si noe om tilgjengeligheten av sykehjemstilbudet. På landbasis hadde knapt 15 prosent av alle over 80 plass i en institusjon. Oslo har faktisk relativt høy dekning, med 19,4 prosent. Også de andre storbyene (Bergen, Trondheim, Stavanger) hadde høy dekning relativt høy dekning, 18,3 prosent, og det samme gjaldt små kommuner med høye bundne kostnader, rundt 19 prosent.

Tilgang til kvalifisert personell i institusjonene kan indikere noe om kvaliteten på tjenesten. I gjennomsnitt ble det utført 32 minutter per bruker per uke av leger i sykehjem. Her er det små kommuner med høye bundne kostnader som er dårligst stilt med 22-25 minutter per bruker per uke (de samme kommunegruppene som har høyest dekning av sykehjems plasser). Oslo ligger omtrent på landsgjennomsnittet, mens de andre store byene og de ti rikeste kommunene får utført flest legetimer per bruker per uke med henholdsvis 37 og 40 minutter. Det ble utført i snitt 23 minutter per bruker per uke av fysioterapeut i sykehjemmene. Det er mindre forskjeller mellom kommunegruppene når det gjelder timer av fysioterapeut. I gruppene av små kommuner med høye bundne kostnader ble det utført 18-19 minutter per bruker per uke, mens Oslo var på topp med 33 minutter fysioterapi per bruker per uke.

Alt i alt ble 22 prosent av årsverkene i sykehjem utført av personer uten relevant helse- eller sosialfaglig utdanning, inkludert 4 prosent som enten var i administrative stillinger eller hadde uspesifisert utdanning. Nesten fire av fem hadde med andre ord relevant fagutdanning. Det var ikke så store forskjeller mellom fylkene i andel som manglet relevant fagutdanning. I Vest-Agder, Nord-Trøndelag og Østfold var det mindre enn 18 prosent som manglet fagutdanning, mens det var over 25 prosent som manglet fagutdanning i Finnmark, Oslo og Troms.

Der det har vært mulig er kommunetall inkludert, med tall fra statistikkbanken. Det er til dels små tall for enkeltkommuner, og SSB kan ikke publisere tabellceller med færre enn 5 enheter av personvern hensyn. SSB har heller ikke anledning til å publisere eller gi ut tall om den enkelte institusjon (beskyttet som juridiske personer). NMI kan eventuelt be om slike tall, så en kan få en vurdering av om hensynet til menneskerettsovervåkingen kan overstyre statistikklovens regler. Men en burde komme langt ved å studere kommunetallene, så kan en eventuelt kontakte kommuner med ugunstige tall, og be den enkelte spesifisere videre ned på institusjonsnivå.

8. Videre arbeid

Innenfor rammene av oppdraget har gjennomgangen i rapporten vist at det er noen variabler og indikatorer som allerede publiseres som offisiell statistikk eller som inngår i data- og statistikkleveranser som kan bidra til å belyse problemstillinger knyttet til blant annet tvungen helsehjelp overfor eldre i sykehjem og ivaretagelse av Eldres rett til helse i sykehjem. Det er også vist at det kan legges til rette for andre variabler og indikatorer som ikke publiseres som offisiell statistikk, men at det da kan bli et spørsmål om datakvalitet og forståelsen av hva variabelen og indikatoren egentlig uttrykker. Det er grunn til å tro at arbeidet som er dokumentert i rapporten kan videreføres og videreutvikles framover.

En videreføring innebærer å framstille omtalte variabler og indikatorer med nye årganger og – om mulig – etter flere kjennetegn innenfor rammene av en årlig leveranse av indikatorsett. Herunder ligger det også mulighet for en omtale og analyse av tall og statistikk som inngår i indikatorsettet.

En videreutvikling innebærer å sette i gang tiltak for å oppnå mer kunnskap om menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem framover. Det kan f.eks. inkludere:

- Styrke IPLOS-rapporteringen (les: framtidig KPR-rapportering, jf. nedenfor)
- Gjennomføre casestudier
- Utnytte muligheter i KOSTRA

Når det gjelder å styrke IPLOS-rapporteringen er dette en oppgave og et tiltak som ligger utenfor mer prosjektbasert arbeid. Samtidig vil IPLOS-registeret og rapporteringen av IPLOS-data fra kommunene til registeret få en annen forvaltning f.o.m. 2018-årgangen. Kort fortalt vil IPLOS-registeret inkluderes i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) f.o.m. 2018-årgangen, noe som kan bidra til at kommunene får en annen incentivstruktur mht. registrering og rapportering til registeret. KPR er et sentralt helseregister som Helsedirektoratet er databehandler for, og hvor det er direktoratet som står ansvarlig for utviklings- og kvalitetsarbeid i registeret.

Når det gjelder å gjennomføre casestudier i kommuner og på sykehjem er dette en mer nærliggende oppgave og tiltak som kan gjennomføres innenfor framtidige prosjekter. Utfordringen er å identifisere ulike kommuner/institusjoner som kan representere ulike aspekter ved dagens situasjon, f.eks. mht. rapportering av tvang til IPLOS-registeret og registrerte årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning på institusjoner. Det kan være en krevende øvelse å identifisere en slik populasjon, men om det settes noen uttrekkskriterier og det lykkes er det mulig å vurdere hvordan informasjonen kan overføres til andre kommuner/institusjoner og hva som skal til for å sørge for en enhetlig rapportering fra flere eller alle kommuner.

Når det gjelder å utnytte KOSTRA handler det om å bruke eksisterende rapporteringsløsning og infrastruktur til å påvirke alt fra skjemautforming til publisering av statistikk gjennom KOSTRA. I KOSTRA skjer det allerede i dag en kartlegging av institusjoner som inngår i KOSTRA skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner. I all hovedsak kartlegger skjemaet informasjon om antall plasser på institusjoner, men det kan være mulig å utvide kartleggingen til å gjelde annet enn kapasitet ved ulike institusjoner i omsorgstjenesten.

Referanser

- Beyrer, Svetlana m.fl. (2017): *Kvalitet i IPLOS-registeret 2016. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering*, Notater 2017/33, Statistisk sentralbyrå (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kvalitet-i-iplos-registeret-2016>)
- Helsedirektoratet (2012): *Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998*, Helsedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/465/Veileder-legemiddelgjennomgang-IS-1998.pdf>)
- Helsedirektoratet (2017): *IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, IS-1112*, Helsedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf>)
- Helsedirektoratet (2018): *Nasjonale kvalitetsindikatorer*, Helsedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer>)
- Mørk, Eiliv m.fl. (2017): *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*, Rapporter 2017/26, Statistisk sentralbyrå (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2016>)

Vedlegg A: Forslag til variabler

Bot, 26.04.2018

Forslag til variable fra pleie- og omsorgsstatistikken som kan belyse menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem

Bakgrunn: Hva er menneskerettigheter i sykehjem? Hvordan kan ivaretagelsen av dem måles?

Relevante rettigheter

1. *Rettighet (EMK, art 3) : Ingen må bli utsatt for tortur, straff eller nedverdiggende behandling*

Nedverdiggende behandling kan være tvang, eller store mangler i omsorgen.

2. *Rettighet (EMK art 8): enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.*

Berører bruk av tvang, muligheten til medvirkning og selvbestemmelse

3. *Rettighet (ØSK, art 12): Retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.*

Staten er forpliktet til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester, blant annet i form av tilstrekkelig og næringsrik mat, passende bolig, tjenester med tilstrekkelig kvalitet, tilstrekkelig omfang på helsehjelpen og at hjelpen tilgjengelig for alle uten forskjellsbehandling.

NB! Sykehjem avgrenses til langtidsopphold i institusjon.

Datakilder

SSBs statistikk over helse- og omsorgstjenestene i kommunene hentes inn gjennom KOSTRA-systemet (Kommune-Stat-Rapportering) og gjennom IPLOS (Individbasert-Pleie-og OmsorgsStatistikk). Mange av opplysningene i disse statistikkssystemene kan ha relevans for å belyse menneskerettigheter for beboere i sykehjem. Dessverre er noen av de relevante opplysningene av for dårlig kvalitet til at de kan brukes nå. Dette gjelder for eksempel bruk av tvang, der det mangler registreringer fra nesten halvparten av kommunene, selv om registrering av tvangsbruk har vært obligatorisk siden 2009. Andre typer opplysninger er innført så sent som i 2016, for eksempel ernærings situasjon og legemiddelgjennomgang. Her må vi vurdere om tall bør publiseres allerede nå, med forbehold, eller om man skal avvente mer fullstendige data for senere år. Andre opplysninger igjen er registrert i de fleste kommuner, men det er likevel grunn til å tro at det er en viss underrapportering. Dette gjelder opplysninger om brukeren har vært vurdert av lege/tannlege siste 12 måneder. Underrapporteringen kan skyldes at kommunen lar være å oppdatere informasjonen hvert år, eller at omsorgstjenesten ikke vet om brukeren har blitt vurdert eller ikke, og derfor svarer nei. Her blir det også en vurdering om man skal publisere det vi har, eller avvente kvalitetsforbedring.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over relevante variabler. De er gruppert etter hvilken artikkel i EMK/ØSK de kan belyse. For hver variabel er det oppgitt kilde, kvalitet og en anbefaling av om de skal tas i bruk eller ikke.

Fargekoder i variabeloversikten:

1. Rettighet (EMK, art 3)
2. Rettighet (EMK, art 8)
3. Rettighet (ØSK, art 12)

Foreslåtte variable til å belyse menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem

Variabel	Relevans	Kilde	Kvalitet	Bør brukes i videre rapportering
Bruk av tvang: tre typer tvang skal registreres i IPLOS	EMK art 3	IPLOS	Mangler opplysninger fra ca 200 kommuner	
Tvang i nødssituasjoner (omsorgstjenesteloven kap 9, §9-5, tredje ledd, bokstav a.)	"	"	"	Nei, avventer mer fullstendige data
Planlagt tvang i gjentatte nødssituasjoner og tiltak for å dekke brukerens grunnleggende behov (omsorgstjenesteloven kap 9, §9-5, tredje ledd, bokstav b og c)	"	"	"	Nei
Helsehjelp med tvang (Pasient- og brukerrettighetsloven §4 A-5)	"	"	"	Nei
Brukertilpasset enerom med eget bad/WC	EMK art 8	KOSTRA	Opplysninger fra alle kommuner	Ja
GPS (pasient- og brukerrettighetsloven §4-6a)	EMK art 8	IPLOS	Ny i 2016, kun opplysninger fra vel 20 kommuner	Nei, avventer mer fullstendige data
Vurdert av lege siste 12 måneder	ØSK Art 12	IPLOS	Trolig underrapportert	Ja?
Vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder	"	"	Underrapportert (lavere tall enn opplysninger fra fylkestannlegene, som ikke har kommunetall)	Ja?
Legemiddelgjennomgang gjennomført	"	"	Ny i 2016, opplysninger for ca 60 prosent av brukerne	Nei (?), avventer mer fullstendige data
Ernæringskartlegging siste år	"	"	Ny i 2016, opplysninger for ca 60 prosent av brukerne	Nei
Ernæringsmessig risiko vurdert?	"	"	Ny i 2016. opplysninger om alle som har fått vurdering	Nei
Ernæringsplan utarbeidet?	"	"	Ny i 2016. opplysninger om alle som har fått vurdering	Nei
Timer per uke av leger i institusjon (per bruker?)	"	KOSTRA	Opplysninger fra alle kommuner	Ja
Timer per uke av fysioterapeut i institusjon (per bruker?)	"	"	Opplysninger fra alle kommuner	Ja
Dekningsgrad langtidsplasser i sykehjem (plasser pr innbygger 80+)	"	KOSTRA	Opplysninger fra alle kommuner	Ja
Årsverk med fagutdanning per bruker i sykehjem	"	"	"	Ja

Kommentarer til tabellen

- Variable som har vært inne i diskusjonen, men ikke tatt med i tabellen, begrunnelse:
Individuell plan og koordinator brukes ikke for sykehjemsbeboere, bare relevant for mottakere av hjemmetjenester.
Bistandsbehov og diagnose (demens) har vært vurdert å bruke for å se på utvikling over tid, sammenholdt med utvikling i årsverk (med fagkompetanse). Tall fra KOSTRA viser at mens andelen av sykehjemsbeboere med omfattende bistandsbehov har økt i årene 2007-2016, fra 68 til 85 prosent, har andel med fagutdanning i sykehjem økt fra 75 til 79 prosent. Andelen fagutdannede kan vel sies å ikke ha holdt tritt med økningen i bistandsbehovet, så vi kan vurdere å ta inn en variabel om bistandsbehov/diagnose.
- Dekningsgrad er tatt inn som et mål på at tjenesten er tilgjengelig i tilstrekkelig grad.
- Vi står igjen med 7 variable som både er relevante og av god nok kvalitet. Vi kan vurdere å ta inn noen av de andre variablene i tillegg, legemiddelgjennomgang (1 variabel) og ernæringsstatus (3 variable).
- Selv om vi ikke anbefaler å ta i bruk tall om tvang, er vi åpne for å ta inn noen oversiktstabeller med landstall som viser utvikling over tid i forprosjektrapporten. I forprosjektrapporten vil vi stort sett bare ta inn noen eksempler på tabeller som kan illustrere hva vi kan få til. Fullstendige tabeller etter geografiske variable krever en god del utviklings- og kontrollarbeid, som er utenfor rammen av forprosjektet.

Forslag til disposisjon for sluttrapport for forprosjektet

Vi kan tenke oss sluttrapporten for forprosjektet disponert omtrent slik:

1. Innledning
2. Tema og problemstillinger
 - a. Datakilder
 - b. Avgrensninger
 - c. Metoder
3. Rettighet (EMK, art 3) : Ingen må bli utsatt for tortur, straff eller nedverdiggende behandling
 - a. Innholdsbestemmelse av rettigheten
 - b. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten, om mulig illustrert ved tabeller
 - c. Vurderinger
4. Rettighet (EMK, art 8): enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse
 - a. Innholdsbestemmelse av rettigheten
 - b. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten, illustrert med tabeller om mulig
 - c. Vurderinger
5. Rettighet (ØSK, art 12): Retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk
 - a. Innholdsbestemmelse av rettigheten
 - b. Variabler og indikatorer som potensielt kan bidra til å belyse ivaretagelsen av rettigheten, evt med eksempler på tabeller
 - c. Vurderinger

Oppsummering og slutninger

Videre arbeid

Hvilke *bakgrunnsvariable/grupperinger skal vi presentere tall for?* Det er trolig få kommuner som har færre enn 5 brukere med langtidsopphold i sykehjem, derfor bør det langt på vei være mulig å gi kommunetall uten prikking. Bortsett fra variablene om tvang og GPS (som ikke er foreslått brukt nå), er de fleste variablene slik at alle eller en stor andel av beboerne har en verdi. Da kan vi også rangere kommunene fra best til dårligst, om det skulle være ønskelig. Det kan likevel være greit å ta med noen tabeller med fylke, landsdel, kommunestørrelse eller KOSTRA-gruppe i en eventuell videreutvikling av rapportering på området (se vedlegg). I forlengelsen av prosjektet kan vi, der det er ønskelig, gi tidsserier fra 2009-2017.

Vedlegg B: Om inndelingen i KOSTRA-grupper

Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser¹

Grupperingen er beskrevet nærmere av Langørgeren, Løkken og Aaberge (2015). Kommunene er her gruppert langs tre ulike dimensjoner.

1. Folkemengde, hvor vi skiller mellom små, mellomstore og store kommuner. Små kommuner har færre enn 5000 innbyggere, mellomstore har fra 5000 til 19999 innbyggere, mens store kommuner har 20000 eller flere innbyggere
2. Bundne kostnader per innbygger, som er et mål på kommunenes kostnader for å innfri minstestandarder og lovpålagte oppgaver, og disse kostnadene varierer med demografiske, sosiale og geografiske forhold. For bundne kostnader per innbygger har vi valgt å bruke kvartilgrenser for å foreta en gruppering av kommunene. Kommuner med lave bundne kostnader omfatter de 25 prosent laveste kommunene rangert etter bundne kostnader per innbygger. Kommuner med høye bundne kostnader omfatter de 25 prosent høyeste kommunene rangert etter bundne kostnader per innbygger. De øvrige 50 prosent av kommunene har middels bundne kostnader
3. Frie disponible inntekter per innbygger, som er et mål på hvor mye inntekter kommunene har til disposisjon etter at de bundne kostnadene er dekket, og gir en antydning av kommunenes økonomiske handlefrihet. For frie disponible inntekter per innbygger har vi valgt å bruke kvartilgrenser for å foreta en gruppering av kommunene. Kommuner med lave frie disponible inntekter omfatter de 25 prosent laveste kommunene rangert etter frie disponible inntekter per innbygger. Kommuner med høye frie disponible inntekter omfatter de 25 prosent høyeste kommunene rangert etter frie disponible inntekter per innbygger. De øvrige 50 prosent av kommunene har middels frie disponible inntekter

Klassifiseringen bygger på de samme prinsippene som ble beskrevet i publikasjonen Langørgeren og Aaberge (1998), med senere oppdateringer i 2001, 2006 og 2011. Den nye grupperingen er foretatt på grunnlag av data for 2013. De fire største byene samt de 10 kommunene med høyest frie disponible inntekter er skilt ut i egne grupper. De øvrige kommunene er først fordelt etter folkemengde og størrelsen på bundne kostnader, før de blir delt opp videre etter frie disponible inntekter. Alle de fire store kommunene som har lave bundne kostnader per innbygger. Hensikten med gruppeinndelingen er å komme fram til sammenlignbare kommuner. Noen av gruppene inneholder så få kommuner at det gir et spinkelt grunnlag for sammenlikninger. Problemet løses ved at enkelte kommuner flyttes til sine nærmeste nabogrupper. Vi står da igjen med en klassifisering som omfatter 16 kategorier. Denne forenklete inndelingen er vist i tabellen nedenfor. I 2013 er det én kategori (foruten Oslo) som bare omfatter 2 kommuner. Dette gjelder for gruppe 9. For at disse kommunene skal inngå i en sammenligningsgruppe har vi valgt å flytte Fauske og Alta fra gruppe 9 til gruppe 12. Gruppe 9 blir dermed en tom kategori basert på data for 2013.

¹ Beskrivelsen er hentet fra den faglige veiledningen til KOSTRA-rapporteringen (Kommune-Stat-rapportering), http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/_attachment/231152?_ts=14df62334e0.

KOSTRA-gruppe:

Gruppe	Navn	Antall 2013
Gr. 1	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	21
Gr. 2	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	6 0
Gr. 3	Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	35
Gr. 4	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	15
Gr. 5	Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	40
Gr.	6 Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	47
Gr. 7	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	31
Gr.8	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	23
Gr.9	Mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	0
Gr.10	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	21
Gr.11	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	53
Gr.12	Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	19
Gr.13	Store kommuner utenom de fire største byene	49
Gr.14	Bergen, Trondheim og Stavanger	3
Gr.15	Oslo kommune	1
Gr.16	De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10

Vedlegg C: Oversikt over variabler i KOSTRA om kommunale omsorgstjenester

Avskrivninger, institusjon, konsern
 Avskrivninger, hjemmebaserte tjenester, konsern
 Brukerbetaling for praktisk bistand, konsern
 Brukerbetaling, institusjon, konsern
 Brutto investeringsutgifter, pleie- og omsorgstjenesten, konsern
 Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie og omsorg, konsern
 Korrigerte brutto driftsutgifter til aktivisering, konsern
 Korrigerte brutto driftsutgifter, pleie i institusjon, konsern
 Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, konsern
 Korrigerte brutto driftsutgifter for hjemmetjenester f254, konsern
 Korrigerte brutto driftsutgifter, drift av institusjon, konsern
 Brutto driftsutg., pleie og omsorg, konsern
 Brutto driftsutg., Aktiviserings- og servicetjenester, f234, konsern
 Brutto driftsutg., hjemmetjenester, f254, konsern
 Brutto driftsutg., institusjon, f253+261, konsern
 Brutto driftsutg., medfinansiering somatiske tjenester, f255, konsern
 Brutto driftsutg., Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene, f256, konsern
 Brutto driftsutgifter, helse og omsorg, konsern
 Lønnsutgifter, pleie og omsorg, konsern
 Lønnsutgifter til aktivisering, konsern
 Lønnsutgifter, pleie i institusjoner, konsern
 Lønnsutgifter i institusjoner, konsern
 Lønnsutgifter i hjemmetjenesten, konsern
 Lønnsutgifter, drift av institusjon, konsern
 MVA-refusjon drift, pleie og omsorg, konsern
 MVA-refusjon investering, pleie og omsorg, konsern
 Netto driftsutgifter pleie og omsorg (f234+253+254+261), konsern
 Netto driftsutgifter til pleie- og omsorg - Institusjoner (f253+261), konsern
 Netto driftsutgifter til pleie og omsorg i institusjoner (f253), konsern
 Netto driftsutgifter til drift av institusjonslokaler (f261), konsern
 Netto driftsutgifter, tjenester til hjemmeboende brukere (f254), konsern
 Netto driftsutgifter i alt, konsern
 Mottakere av pleie- og omsorgstjenester
 Mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, konsern
 Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 0-66 år
 Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 67-79 år
 Mottakere av institusjonstjenester og hjemmetjenester 80 år og over
 Mottakere av hjemmetjenester 0-66 år
 Mottakere av hjemmetjenester 67-79 år
 Mottakere av hjemmetjenester 67 år og over
 Mottakere av hjemmetjenester 80 år og over
 Mottakere av hjemmetjenester i alt
 Mottakere av både hjemmetjenester og støttetjeneste
 Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål i alt

Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål under 67 år
 Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 67-79 år
 Beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over
 Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning
 Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning 67 år og over
 Beboere i institusjon i alt
 Beboere i institusjon 18-66 år
 Beboere i institusjon under 67 år
 Beboere i institusjon 67-79 år
 Beboere i institusjon 80 år og over
 Institusjonsbeboere på tidsbegrenset opphold
 Institusjonsbeboere på langtidsopphold
 Sykehjemsbeboere
 Mottakere av avlastning
 Mottakere av støttekontakt
 Pleietrengende med pårørende som mottok omsorgslønn pr. 31.12
 Hjemmeboere med høy timeinnsats
 Mottakere av brukerstyrt personlig assistanse BPA
 Mottakere av matombringning
 Mottakere av trygghetsalarm
 System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten
 Plasser i skjermet enhet for personer med demens
 Plasser avsatt til rehabilitering i institusjon
 Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i institusjon
 Plasser i institusjoner, korrigert for utleie
 Plasser i institusjon inkl. barne-/avlastningsbolig, korr. for utleie
 Plasser i sykehjem, korrigert for utleie
 Plasser i aldershjem, korrigert for utleie
 Plasser i barneboliger, korrigert for utleie
 Plasser i avlastningsinstitusjoner, korrigert for utleie
 Plasser i boform med heldøgns omsorg, korrigert for utleie
 Kommunale sykehjems plasser
 Kommunale plasser i institusjon i alt, inkl. barnebolig/avlastn.inst., konsern
 Plasser i institusjon lokalisert i kommunen
 Plasser i barnebolig lokalisert i kommunen
 Plasser i avlastningsinst. lokalisert i kommunen
 Rom i institusjon
 Rom for en beboer i institusjoner
 Brukertilpasset enerom med bad/wc
 Rom i kommunale institusjoner
 System for brukerundersøkelser i institusjon
 Årsverk til aktivisering, f234
 Årsverk til aktivisering, f234, kommunekasse
 Årsverk i alt , pleie og omsorg
 Kommunale årsverk i pleie og omsorg, konsern
 Årsverk av personell med relevant fagutdanning
 Årsverk i brukerrettet tjeneste, f234+f253+f254

Årsverk i brukerrettet tjeneste, f234+f253+f254, kommunalt
 Årsverk i brukerrettede tjenester av fagutdannet, f234+f253+f254
 Årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole
 Årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet
 Årsverk av leger i institusjon
 Årsverk av fysioterapeuter i institusjon
 Psykiatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg
 Geriatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg
 Sykepleiere med annen spes./vd. utd., årsverk i pleie og omsorg
 Andre sykepleiere, årsverk i pleie og omsorg
 Vernepleier, årsverk i pleie og omsorg
 Hjelpepleier, årsverk i pleie og omsorg
 Ergoterapeut, årsverk i pleie og omsorg
 Sosionom, årsverk i pleie og omsorg
 Barnevernpedagog, årsverk i pleie og omsorg
 Miljøterapeut og pedagog, årsverk i pleie og omsorg
 Aktivitør, årsverk i pleie og omsorg
 Omsorgsarbeider, årsverk i pleie og omsorg
 Barne- og ungdomsarbeider, årsverk i pleie og omsorg
 Helsefagarbeider, årsverk i pleie og omsorg
 Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj, årsverk i pleie og omsorg
 Annet pleiepersonell m/helseutd., årsverk i pleie og omsorg
 Servicefunksjoner, årsverk i pleie og omsorg
 Administrativt personell (øk/adm), årsverk i pleie og omsorg
 Uspesifiserte årsverk i pleie og omsorg
 Fravær
 Legemeldt sykefravær i brukerrettede tjenester, kommunalt
 Timer pr. uke av leger i institusjon. Funksjon 253
 Timer pr. uke av fysioterapeuter i institusjon. Funksjon 253
 Antall tjenestemottakere utenfor institusjon
 Alle tjenestemottakere
 Tjenestemottakere som mottar minst 2 hjemmetjenester
 Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, i alt
 Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, 0-66 år
 Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, 67-79 år
 Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, 67 år og over
 Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov 80 år og over
 Hjemmetjenestemottakere, middels bistandsbehov, 0-66 år
 Hjemmetjenestemottakere, middels bistandsbehov, 67 år og over
 Hjemmetjenestemottakere, noe/avgrenset bistandsbehov, 0-66 år
 Hjemmetjenestemottakere, noe/avgrenset bistandsbehov, 67 år og over
 Tjenestemottakere med individuell plan
 Tjenestemottakere med og uten individuell plan, eksklusiv beboere på langtidsopphold
 Alle tjenestemottakere med noe/avgrenset bistandsbehov
 Alle tjenestemottakere som har omfattende bistandsbehov
 Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, praktisk bistand

Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmesykepleie
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetj.mottakere 0-66 år
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, hjemmetj.mottakere 67 år og over
Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken, totalt
Antall institusjonsbeboere som har omfattende bistandsbehov
Antall institusjonsbeboere innskrevet på korttid som har omfattende bistandsbehov
Antall institusjonsbeboere innskrevet på langtid som har omfattende bistandsbehov
Aleneboende tjenestemottakere som mottar både hjemmetjenester og støttetjenester
Eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie per 31.12
Antall tjenestemottakere utenfor institusjon som bor alene
Antall innbyggere 0-66 år
Antall innbyggere 18 år og over
Antall 67 år og over
Antall 67-79 år
Antall 80 år og over
Folkemengde i alt
Oppholdsdøgn totalt i institusjon
Oppholdsdøgn tidsbegrenset opphold i institusjon
Antall tidsbegrensede opphold gjennom året
Antall personer på tidsbegrenset opphold gjennom året
Langtidsbeboere 31.12, vurdert av lege siste år
Langtidsbeboere 31.12, vurdert av tannhelsepersonell siste år

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9771-7 (elektronisk)



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway