

Äldres behov av vård och omsorg

**Förslag till nya registeruppgifter från
socialtjänst och kommunal hälso- och
sjukvård**

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2013-12-3

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Förord

Den här rapporten presenterar Socialstyrelsens förslag till nya registeruppgifter som rör vården och omsorgen om äldre. Uppgifterna gäller äldres behov av socialtjänstinsatser och kommunal hälso- och sjukvård samt åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård. Syftet med att samla in uppgifterna är att skapa förutsättningar för att utvärdera hur vård och omsorg tillgodoser äldres behov.

Utredningsarbetet har sitt ursprung i ett uppdrag från regeringen till Socialstyrelsen om att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Rapporten riktar sig därför till regeringen.

För att producera nationell statistik av god kvalitet krävs att de uppgifter som rapporteras är väldefinierade och systematiskt använda. Utredningen har därför utgått från Socialstyrelsens modeller för att stödja ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation och ett nationellt fackspråk inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Ulrika Eriksson har varit projektledare för utredningsarbetet och huvudförfattare av rapporten. Ansvarig enhetschef har varit Anders Åberg.

Taina Bäckström
ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Statistiken behöver utvecklas.....	8
Läsanvisning till rapporten	8
Om uppdraget	8
Nuvarande statistikinhåll	11
Förslag till nya registeruppgifter	14
Uppgifter från socialtjänsten	14
Uppgifter från kommunal hälso- och sjukvård	17
Samhällsnytta och personlig integritet.....	18
Konsekvenser för kommunerna	21
Tidsplan för insamling.....	23
Rättsligt stöd	24
Socialtjänst.....	24
Kommunal hälso- och sjukvård.....	26
Att dokumentera behov och åtgärder	29
Tolkning av begreppet behov.....	29
ICF- gemensamt språk i vård och omsorg	29
En modell för behovsstyrd äldreomsorg	32
En modell för behovsstyrd kommunal hälso- och sjukvård	33
ICF i vård och omsorg – internationella jämförelser	35
Referenser	39

Sammanfattning

Många äldre har insatser från socialtjänsten samt den kommunala hälso- och sjukvården. Insatserna ska enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen vara baserade på behovet men eftersom det saknas nationella uppgifter om behov går det inte att följa upp detta. Statistiken behöver kompletteras för att på nationell nivå utvärdera hur äldres behov av socialtjänstinsatser och kommunal hälso- och sjukvård tillgodoses.

Uppgifter om behov, insatser och åtgärder i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård dokumenteras redan i dag i de lokala verksamheterna. Att samla in några av dessa uppgifter för nationella statistikändamål är en viktig pusselbit för att främja en god vård och omsorg om äldre i allmänhet och de mest sjuka äldre i synnerhet.

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag till ytterligare registeruppgifter från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Förslaget gäller personer 65 år eller äldre.

Socialstyrelsen föreslår att:

- Den officiella statistiken kompletteras med uppgifter om
 - äldres behov av socialtjänstinsatser
 - äldres behov av kommunal hälso- och sjukvård
 - åtgärder riktade till äldre i kommunal hälso- och sjukvård.
- Uppgifterna integreras i Socialstyrelsens befintliga register: registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL-registret) och registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning (HSL-registret).
- För att beskriva behov används det bedömda funktionstillståndet klassificerat enligt Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).
- För att beskriva vårdåtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård används Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).
- För att samla in uppgifter om behov från socialtjänstens äldreomsorg behöver bilagan till förordning (2001:100) om den officiella statistiken revideras så att Socialstyrelsen ges stöd för att behandla uppgifter om hälso-tillstånd.
- För att samla in uppgifter om behov från kommunal hälso- och sjukvård behöver förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården revideras så att Socialstyrelsen ges stöd för att behandla uppgifter om hälsotillstånd.
- KVÅ-uppgifter om vårdåtgärder utförda i kommunal hälso- och sjukvård kan samlas in från och med 2016.
- Uppgifter om behov från äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård kan samlas in två år efter det att förordningarna har ändrats så att Socialstyrelsen har stöd för att behandla uppgifterna.

Statistiken behöver utvecklas

Socialstyrelsen samlar sedan 2007 in personnummerbaserade uppgifter från kommunerna som rör omfattningen och inriktningen av beviljade socialtjänstinsatser. Kommunerna rapporterar även in statistikunderlag på personnummernivå om äldre som fått vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Både inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården saknas dock information om vilka behov som ligger till grund för insatserna och åtgärderna. Inom den kommunala hälso- och sjukvården saknas dessutom uppgifter om vilka åtgärder som utförs.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska vården och omsorgen vara baserad på behov. Det saknas dock nationella uppgifter för att följa och utvärdera hur väl socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården tillgodoser äldres behov av omsorg och vård. Statistiken behöver därför kompletteras.

Läsanvisning till rapporten

Rapporten redogör för Socialstyrelsens förslag till utökad statistikinsamling. Förslaget presenteras under rubriken *Förslag till nya registeruppgifter*. Här finns även en diskussion om samhällsnytta och personlig integritet, en beskrivning av förslagets konsekvenser för kommunerna samt en översiktlig tidsplan för insamlingen.

Förslaget bygger på Socialstyrelsens modeller för systematisk arbetssätt med strukturerad dokumentation i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Modellerna beskrivs, tillsammans med de klassifikationer som används för den strukturerade dokumentationen, under rubriken *Att dokumentera behov och åtgärder*. Kapitlet riktar sig till den som är intresserad av en utförlig beskrivning av bakgrunden till Socialstyrelsens förslag till utökad statistikinsamling.

Det rättsliga stödet för förslaget presenteras under rubriken *Rättsligt stöd*. Här ges även ett förslag till hur bilagan till förordningen om den officiella statistiken kan revideras så att Socialstyrelsen ges stöd att samla in och behandla uppgifter om äldres behov av äldreomsorg.

Om uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att arbeta för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre (regeringsbeslut S2012/2022/FST). I uppdraget ingår att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utveckla den personnummerbaserade statistiken och utreda hur myndigheten kan samla in behovsuppgifter.

Socialstyrelsen har därför tagit fram ett förslag till hur statistiken kan kompletteras med uppgifter om äldres behov av socialtjänstinsatser och kommunal hälso- och sjukvård samt med uppgifter om åtgärder riktade till

äldre i kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen vill skapa förutsättningar för nationell statistik av god kvalitet som dessutom kan ge underlag för lokal uppföljning och styrning. Därför utgår förslaget från de modeller Socialstyrelsen tagit fram för att beskriva behovet av insatser och åtgärder inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård (mer information finns under rubriken *Att dokumentera behov och åtgärder*). Utredningen inkluderar även en genomlysning av de legala förutsättningarna för de kompletteringar som Socialstyrelsen föreslår.

Det förslag som presenteras rör endast personer 65 år eller äldre eftersom de modeller som har tagits fram i dagsläget endast är utprovade i verksamheter som är riktade till äldre. Förslaget gäller inte heller landstingsdriven hemsjukvård eftersom den håller på att föras över till kommunerna och därför kommer att vara en del av den kommunala hälso- och sjukvården i framtiden [1].

Förslaget gäller personer 65 år eller äldre

Socialstyrelsens förslag till utökad statistikinsamling gäller personer 65 år eller äldre som har kommunala biståndsbeslutade insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller är mottagare av hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Det omfattar inte personer yngre än 65 år med insatser enligt samma lagstiftning.

Bakgrund till uppdraget

Kommunerna dokumenterar redan i dag de uppgifter som föreslås ingå i en nationell statistikinsamling men ett problem är att dokumentationen kan se ut på många olika sätt och ske med en varierande terminologi [2]. För att få en nationell statistik av god kvalitet behövs ett gemensamt nationellt språk, det vill säga gemensamma termer och begrepp. Socialstyrelsen har därför tagit fram ett nationellt fackspråk och stödjer utvecklingen av ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i kommunerna.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag om att utveckla statistiken. Som ett led i detta har myndigheten tagit fram modeller som stöd för ett behovsinriktat och systematiskt arbetssätt i äldreomsorgen (*Äldres behov i centrum*, ÅBIC) och den kommunala hälso- och sjukvården. Att arbeta enligt modellerna innebär att den äldres behov av vård och omsorg dokumenteras på ett strukturerat sätt med bland annat Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Den strukturerade dokumentationen kan användas för nationell statistik och har varit en grund för det förslag som presenteras i den här rapporten. Utförlig information om modellerna och klassifikationerna finns under rubriken *Att dokumentera behov och åtgärder*.

Nationell statistik främjar vården och omsorgen om äldre

För att kunna följa och utvärdera utvecklingen av kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen om äldre behövs god kunskap om de äldres behov, kommunernas insatser och resultat över tid. Dessa uppgifter dokumenteras i dag lokalt i kommunerna men bara uppgifter om beslutade insatser samlas in för nationella statistikändamål. Nuvarande statistik visar vilka insatser som ges men inte vilka behov insatserna ska tillgodose. Följaktligen saknas information om vilket behov äldre personer har av stöd från socialtjänsten för att få en skälig levnadsnivå eller vilka behov äldre har som leder till en åtgärd från den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär i sin tur att det saknas möjligheter att utvärdera om vården och omsorgen om äldre utgår från den äldres behov.

Genom att komplettera dagens statistik om insatser med information om orsakerna till insatserna kan man på en övergripande nivå följa insatsernas resultat. Med information om funktionstillståndet är det även möjligt att utvärdera likvärdigheten i insatserna utifrån behovet, för att se om det finns andra faktorer än behov som påverkar insatsernas volym och sammansättning, till exempel kön eller utbildningsnivå.

Många äldre har insatser från både vård och omsorg men endast en liten del av insatserna går att följa på nationell nivå [3]. Det behövs relevanta nationella registeruppgifter för att främja utvecklingen av en ändamålsenlig, evidensbaserad och god vård och omsorg om äldre. Uppgifter om behov, insatser och åtgärder i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård är en viktig pusselbit för att främja en god vård och omsorg om äldre i allmänhet och de mest sjuka äldre i synnerhet.

Uppgifter om behov främjar en god vård och omsorg om äldre

Genom att samla in personnummerbaserade uppgifter om behov är det möjligt att bland annat:

- utvärdera om vården och omsorgen om äldre är behovsbaserad
- utvärdera likvärdigheten mellan olika kommuner i insatser och åtgärder utifrån behov
- utvärdera socialtjänstinsatsernas effekt på äldres hälsa över tid och skapa underlag för evidensbaserad praktik
- utvärdera hälso- och sjukvårdens betydelse för behovet av socialtjänstinsatser
- planera för att äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård ska ha adekvat bemanning (volym och kompetens) på lokal och nationell nivå
- analysera behovet av äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård hos vissa diagnosgrupper (till exempel äldre med demenssjukdom)
- beskriva vilka behov som tillgodoses genom insatser från socialtjänsten eller åtgärder från kommunal hälso- och sjukvård samt studera förändringar över tid
- beskriva vilka behov av omsorg som tillgodoses i ordinärt respektive särskilt boende
- använda funktionstillståndet för att kategorisera särskilda boendens verksamhetsinnehåll.

Nuvarande statistikinhåll

Socialstyrelsen är statistikansvarig myndighet inom ämnesområdet socialtjänst som bland annat omfattar statistikområdet äldre- och handikappomsorg. Myndigheten samlar in vissa personnummerbaserade uppgifter om socialtjänstinsatser och kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning. Uppgifterna har samlats in från kommunerna sedan 2007 och ingår i två av Socialstyrelsens register: registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL-registret) och registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning (HSL-registret).

Statistik baserad på SoL- och HSL-registren redovisas inom ramen för Sveriges officiella statistik i tryckta rapporter två gånger per år [4]. Uppgifterna används även som underlag för öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre [5], Äldreguiden [6], kommun- och landstingsdatabasen Kolada [7], registeranalyser och forskning.

SoL-registret

SoL-registret innehåller personnummerbaserade uppgifter om vissa biståndsbeslutade insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, för äldre och personer med funktionsnedsättning (tabell 1). Uppgifterna är baserade på tvärsnittsinsamlingar vid specifika mätdatum. Registret omfattar knappt 300 000 personer 65 år eller äldre vid varje mätning. Registret innehåller inte uppgifter om serviceinsatser som ges utan biståndsbeslut enligt lagen (2009:47) om vissa kommunal befogenheter, och inte heller uppgifter från ansökningar om stöd från socialtjänsten som inte blir beviljade.

Socialstyrelsen genomförde 2012 tre större förändringar i insamlingen. Förändringarna innebär

- 1) en övergång till månadsvis inrapportering för att göra statistiken mer aktuell
- 2) en övergång från uppgifter om biståndsbeslutade insatser till uppgifter om *verkställda* biståndsbeslutade insatser för att statistiken ska bli mer relevant
- 3) en övergång från tvärsnittsuppgifter till löpande uppgifter för totalräknad statistik under året

För närvarande rapporterar cirka 90 procent av kommunerna in de nya uppgifterna till SoL-registret och från och med 1 januari 2014 kommer insamlingen att vara obligatorisk enligt föreskriften om socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter (SOSFS 2011:13).

Eftersom kommunerna nu rapporterar in uppgifterna varje månad arbetar Socialstyrelsen med att ta fram nya och snabbare sätt att redovisa statistiken så att den även ska finnas tillgänglig som underlag för att följa upp och styra verksamheten på lokal nivå.

HSL-registret

HSL-registret innehåller personnummer på de personer som haft minst en insats enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, under den föregående månaden (tabell 1). Uppgifterna avser varje kalendermånad och rapporteras till Socialstyrelsen två gånger per år enligt föreskriften om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:16). Registret omfattar ungefär 200 000 personer 65 år eller äldre vid varje mätning. Formerna för att samla in och publicera statistik håller på att ses över för att möta behovet av aktuella uppgifter och snabb återkoppling till verksamheterna.

Tabell 1. Innehåll i SoL-registret och HSL-registret

Uppgiftstyp	SoL-registret	HSL-registret
Personuppgift	personnummer kön ålder	personnummer kön ålder
Ort	kommunkod + ev. kommunal	kommunkod + ev. kommunal
Boendeform	ordinärt boende särskild boende annat boende enpersonshushåll ^a	- - - -
Insatsinformation	HEMTJÄNST hemtjänst antal beviljade timmar/månad <i>Beslut om hemtjänst avser:</i> service personlig omvårdnad ledsagning avlösning av anhörig matdistribution BOENDESTÖD boendestöd antal beviljade timmar/månad ÖVRIGA INSATSER trygghetslarm dagverksamhet korttidsvård/-boende kontaktperson/-familj annat bistånd anhörigbidrag ^b	Personen hade minst en HSL-insats under föregående månad (ja/nej) -

SoL-registret: registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. HSL-

registret: registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning.

^aUppgiften samlades in 2007–2009. ^bUppgiften samlades in 2007.

Förslag till nya registeruppgifter

Socialstyrelsens förslag innebär att ytterligare några av de uppgifter om vård och omsorg om äldre som dokumenteras lokalt i kommunerna samlas in till nationell nivå för statistikändamål. Uppgifterna ingår i den grundläggande dokumentationen men behöver dokumenteras på ett strukturerat sätt för att kunna användas för statistikändamål. Funktionstillstånd är en indikator på den äldres behov av socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsåtgärder. Socialstyrelsen föreslår därför att personnummerbaserade uppgifter om det bedömda funktionstillståndet, klassificerat enligt ICF, samlas in från både socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten föreslår dessutom att åtgärder klassificerade enligt KVÅ samlas in från kommunal hälso- och sjukvård. Uppgifterna skulle ge möjligheter att följa och utvärdera om vården och omsorgen tillgodoser äldres behov på ett effektivt och likvärdigt sätt.

Förslaget utgår från Socialstyrelsens modeller för att utreda och beskriva behov av insatser och åtgärder inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården (mer information finns under rubriken *Att dokumentera behov och åtgärder*). Modellerna är i första hand framtagna för att främja en behovsorienterad vård och omsorg, vilket innebär att modellerna ska ge verksamheterna goda förutsättningar att hantera det dagliga arbetet. I andra hand ska modellerna skapa förutsättningar för jämförbar statistik på nationell nivå.

Nedan följer en beskrivning av vilka uppgifter som föreslås samlas in från socialtjänsten respektive den kommunala hälso- och sjukvården för att främja en god vård och omsorg om äldre.

Uppgifter från socialtjänsten

Det bedömda funktionstillståndet beskriver vilka svårigheter den äldre har i sin dagliga livsföring och kan ses som en indikator på behovet av socialtjänstinsatser. Det bedömda funktionstillståndet avser biståndshandläggarens sammanvägda bedömning av den äldres behov i den aktuella situationen (det vill säga med hänsyn tagen till omgivnings- och personfaktorer). Behov som faller inom socialtjänstens område klassificeras i ICF framför allt i komponenten *aktiviteter och delaktighet*. Information om vilka svårigheter den äldre har i sin livsföring som leder till beviljade socialtjänstinsatser dokumenteras redan i kommunerna men oftast i fritext. Att samla in uppgifter om bedömt funktionstillstånd (klassificerat enligt ICF) för nationella statistikändamål innebär således ingen förändring av *vad* kommunerna ska utreda, bedöma och dokumentera utan *hur* den lokala dokumentationen ska struktureras.

Sammanfattningsvis innebär Socialstyrelsens förslag att:

- Den nuvarande statistikinsamlingen kompletteras med uppgifter om behov i form av bedömt funktionstillstånd klassificerat enligt ICF.
- Insamlingen omfattar endast de ICF-uppgifter som beskriver behoven som ansökan avser och som ger upphov till de beviljade insatserna.
- Insamlingen utgår från ICF-komponenten *aktiviteter och delaktighet* (samt kroppsfunktionen *känsla av trygghet*).
- ICF-uppgifterna klassificeras på nivå 2 (med några få undantag).
- För komponenten *aktiviteter och delaktighet* är det bedömningsfaktorn för genomförande (inte kapacitet) som anges.
- Flera koder för funktionstillstånd kan rapporteras för varje individ.
- Uppgifterna förs in i SoL-registret.

Viktiga termer och begrepp

- **ICF.** Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Framtagen av WHO som ett komplement till diagnosklassifikationen ICD-10.
- **Funktionstillstånd.** Tillståndet hos en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmågan till aktiviteter och delaktighet. Kan klassificeras enligt ICF. Kan ses som en indikator på behov av äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.
 - **Bedömt funktionstillstånd.** Funktionstillståndet vid ett visst tillfälle.
 - **Avsett funktionstillstånd.** Det funktionstillstånd som eftersträvas (målet).
 - **Grad av nedsättning/begränsning.** Anges med en siffra enligt en femgradig skala: ingen (.0), lätt (.1), måttlig (.2), svår (.3) och total (.4).
- **Hälsotillstånd.** Tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle. Hälsotillstånd kan beskrivas med funktionstillstånd klassificerade enligt ICF.
- **Hälsa.** Fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada.
- **ÄBIC.** Äldres behov i centrum. En arbetsmodell för att främja en behovsstyrd omsorg om äldre och skapa förutsättningar för jämförbar nationell statistik. I ÄBIC beskrivs individens behov utifrån ICF.
- **KVÅ.** Klassifikation av vårdåtgärder. Omfattar både kirurgiska och medicinska åtgärder.

Exempel på registeruppgifter

Handläggaren dokumenterar vilka behov som ligger till grund för beslutet om beviljade socialtjänstinsatser. I dag sker den dokumentationen oftast med fritext. I modellen med strukturerad dokumentation används istället ICF. Kraven på utredning och dokumentation följer av lag, modellen är endast ett verktyg som stödjer ett systematiskt arbetssätt enligt gällande lagar. Handläggaren utreder eller dokumenterar således inte mer än vad ansökan om stöd från socialtjänsten avser. Behovsuppgifterna dokumenteras lokalt men skulle med Socialstyrelsens förslag även rapporteras till nationell nivå för statistikändamål. Exempel på behovsområden i ICF som tillgodoses genom socialtjänstinsatser är: att gå, att äta, att bereda måltider, hushållsarbete, rekreation och fritid. Svårighetsgrad anges enligt den generiska bedömningsskalan (ingen, lätt, måttlig, svår eller total svårighet).

Hur detaljerade bör uppgifterna vara?

Uppgifterna som samlas in för statistikändamål bör vara så detaljerade att de blir ett bra underlag för att utvärdera hur socialtjänsten tillgodoser äldres behov av omsorg. Samtidigt bör uppgifterna inte vara mer detaljerade än nödvändigt av både tekniska och integritetsmässiga skäl. ICF-uppgifterna måste dock alltid vara på en nivå som är tillräckligt specifik för att biståndshandläggaren ska kunna bedöma funktionsbegränsningen inom området.

Socialstyrelsen anser att den andra nivån i ICF är lämplig för statistik på nationell nivå, med några få undantag. Andra nivån ligger under kapitelnivå och beskriver de livsområden där det finns begränsningar. Kapitelnivån i ICF innehåller många underkategorier och det är därför inte möjligt att gradera funktionstillståndet på kapitelnivå. En person kan ju ha stora begränsningar inom vissa livsområden inom ett kapitel men endast lätta inom ett annat område inom samma kapitel.

För vissa uppgifter inom kapitlet *hemliv* samt för information om *känsla av trygghet* [8] är det förmodligen nödvändigt att gå ned på en mer detaljerad nivå. Den andra nivån är nämligen inte tillräckligt detaljerad för att biståndshandläggaren ska kunna bedöma funktionsnedsättningen.

Uppföljning av resultat

Det bedömda funktionstillståndet vid uppföljning är en mycket relevant uppgift för både den lokala verksamheten och den nationella statistiken när det gäller att följa upp insatsernas resultat. Sedan andra halvåret 2012 innehåller SoL-registret totalräknad statistik med uppgifter om alla som under året har verkställda beslut om insatser från socialtjänsten, och inte enbart uppgifter om personer som har insatser vid specifika mätdatum. Det innebär att Socialstyrelsen automatiskt kommer att samla in ICF-uppgifter från uppföljningar som leder till ett nytt beslut om insatser. Därmed blir det möjligt att (baserat på en delmängd av registret) följa förändringar i de äldres funktionstillstånd över tid och relatera detta till de insatser som har satts in.

Den officiella statistikens nuvarande kategorisering av äldreomsorgsinsatser är dock för grov för att man ska kunna utvärdera resultatet av enskilda insatser. För att detta ska vara möjligt behöver insatserna beskrivas enligt

Klassifikationen av sociala insatser (KSI) [9]. KSI är under utveckling och beräknas vara klar 2014.

Validitet och reliabilitet

Socialstyrelsen har utvecklat ett instrument för behovsbedömning, Behov av stöd (BAS), där frågorna och svaren utgår från ICF [10]. Under utvecklingsarbetet testades validiteten och reliabiliteten i ett urval av ICF-termer. Försöken visade att både validiteten och reliabiliteten var tillräckligt goda:

- Validiteten är graden av överensstämmelse mellan den äldres svar på frågan om huruvida hon eller han tyckte sig behöva stöd, och handläggarens sammanvägda bedömning av den äldres stödbehov. Validiteten varierade mellan 72 och 93 procent för olika aktivitetsområden klassificerade enligt ICF.
- Reliabiliteten gäller överensstämmelsen mellan två handläggares bedömning av omfattningen av samma äldre persons svårigheter för olika detaljerade aktiviteter klassificerade enligt ICF. Reliabiliteten varierade mellan 0,60 och 0,88 (korrelationsmått). Dessutom visade studien att svaren bara avvek med ett steg på bedömningsskalan i de fall där handläggarnas bedömningar skiljde sig åt. Om en handläggare bedömt att en person har en ”måttlig” begränsning hade den andra handläggaren för det mesta bedömt begränsningen som antingen ”lätt” eller ”svår” (men inte ”ingen” eller ”total”).

Uppgifter från kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen föreslår att det bedömda funktionstillståndet klassificerat enligt ICF och åtgärder klassificerade enligt KVÅ samlas in för statistikändamål. Därutöver föreslås att vissa administrativa uppgifter om åtgärderna samlas in. Förslaget gäller även för privata utförare.

Sammanfattningsvis innebär Socialstyrelsens förslag detta:

- Socialstyrelsen samlar in uppgifter om behov i form av bedömt funktionstillstånd klassificerat enligt ICF samt åtgärder klassificerade enligt KVÅ.
- Insamlingen kompletteras även med vissa administrativa uppgifter om åtgärden, till exempel tidpunkt.
- Insamlingen utgår från det urval av ICF- och KVÅ-uppgifter som Socialstyrelsen har tagit fram för sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter [11].
- Flera ICF- och KVÅ-uppgifter kan rapporteras för varje individ.
- Uppgifterna förs in i HSL-registret.

Exempel på registeruppgifter

Socialstyrelsens urval ur ICF och KVÅ kan användas för strukturerad dokumentation av funktionstillstånd, mål, uppföljning av resultat samt åtgärder i utredning och behandling. Urvalet innehåller för närvarande 265 ICF-

kategorier och 291 KVÅ-kategorier. Nedan ges några exempel på möjliga registeruppgifter baserade på urvalet.

- Exempel på behovsområden: minnesfunktioner, smärtförmåelse, blodtrycksfunktioner, att genomföra daglig rutin, att gå, att äta. Svårighetsgrad anges enligt den generiska bedömningsskalan (ingen, lätt, måttlig, svår eller total svårighet).
- Exempel på åtgärder: intravenös läkemedelstillförsel, utprovning och förskrivning av rullstol, fallprevention, stöd vid personlig vård, trycksårsprefylax, hembesök.

Ytterligare arbete behövs för att säkra uppgifternas kvalitet

Socialstyrelsen har validerat urvalet av ICF-uppgifter för användning i kommunal hälso- och sjukvård, dels genom att professionerna fick bedöma relevansen, dels genom att jämföra dem med det "core set" som finns för post-akut geriatrisk vård [12]. Myndighetens bedömning är att det framtagna urvalet ur ICF kan användas för att bedöma äldres behov i verksamheten och som underlag för nationell statistik. Det behövs dock ytterligare utredningar och tester innan det går att avgöra mer specifikt vilka uppgifter som bör ingå i statistikinsamlingen.

Reliabiliteten i urvalet av ICF-uppgifter behöver testas för att avgöra hur tillförlitliga uppgifterna är och eventuellt revidera urvalet. Urvalet kan dessutom behöva kompletteras för dietister eftersom den yrkesgruppen tidigare inte har ingått i arbetet. Den kommunal hälso- och sjukvården bygger på insatser från många olika professioner och det är viktigt att inkludera majoriteten av dem för att få en korrekt bild av de äldres behov och kommunernas åtgärder. Socialstyrelsen måste också testa själva modellen för ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation (figur 4) i den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten (på liknande sätt som i arbetet med *Äldres behov i centrum*).

Samhällsnytta och personlig integritet

Socialstyrelsens uppfattning är att det finns en betydande samhällsnytta med att samla in uppgifter om äldres behov av kommunal hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. Detta eftersom uppgifterna skulle göra det möjligt att utvärdera och följa upp om vården och omsorgen är baserad på den äldre personens behov i enlighet med lagstiftarens intentioner. Efterfrågan på behovsuppgifter får också stöd i en (opublicerad) intervjustudie som Socialstyrelsen lät genomföra med forskare och utredare inom äldreområdet. I studien angavs funktionstillstånd som en av de mest önskvärda registeruppgifterna för att utvärdera vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Förslaget till utökad statistikinsamling bygger på Socialstyrelsens modeller för en behovsstyrd verksamhet. Ambitionen med modellerna är att främja en systematisk och behovsstyrd verksamhet och samtidigt skapa förutsättningar för jämförbar nationell statistik. Modellerna är dock bara verktyg för att leva

upp till de krav på utredningar och dokumentation som redan finns. Den enskilde ska således inte bli ”mer utredd” eller dokumenterad som en konsekvens av att kommunerna använder dessa modeller eller dokumenterar det bedömda funktionstillståndet enligt ICF för statistikändamål. Den utökade statistikinsamlingen gäller de uppgifter som handläggaren baserar beslutet om socialtjänstinsatser på. Insamlingen borde därför inte påverka den faktiska tid som kommunerna lägger på att utföra vården och omsorgen om äldre.

När det gäller integritet finns inga självklara principiella skillnader mellan att samla in uppgifter om funktionstillstånd som leder till ett behov av äldreomsorgsinsatser och funktionstillstånd som leder till ett behov av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Socialstyrelsens urval av ICF-uppgifter visar att behov inom ICF-komponenten *aktiviteter och delaktighet* inte bara tillgodoses med socialtjänstinsatser utan även med kommunala hälso- och sjukvårdsåtgärder. Samtidigt finns skillnader i synen på registeruppgifter från socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Nuvarande hälsodatastatistik innehåller uppgifter om sjukdomstillstånd, det vill säga ”orsak till åtgärd”, men har i hög grad saknat uppgifter om de åtgärder som utförs. För socialtjänststatistiken gäller det omvända, den innehåller uppgifter om insatser men saknar för det mesta information om orsakerna till insatserna. Detta kan leda till olika frågeställningar om integritetskänslighet även när det gäller samma typ av uppgift i båda verksamhetsområdena.

Det har under utredningens gång inte framkommit några indikationer på att en insamling av det bedömda funktionstillståndet för statistikändamål skulle kunna leda till men för den enskilde äldre (jämfört med insamling av andra känsliga personuppgifter). Ur ett integritetsperspektiv är det också viktigt att poängtera att ICF inte är en klassifikation av personer. Det är en klassifikation av människors hälsoegenskaper inom den kontext som deras personliga livssituationer och omgivning skapar [8]. Uppgifter om behov av vård och omsorg är i lagens mening känsliga personuppgifter. Behandling och användning av sådana nationella registeruppgifter är strikt reglerad i lagstiftning och får endast användas för statistikframställning och forskning. Lagstiftaren måste väga samhällsnyttan mot det intrång i den personliga integriteten som ett register innebär.

Synpunkter från rådet för etiska frågor och Äldrerådet

Frågor kring avvägningen mellan samhällsnytta och personlig integritet diskuterades i utskottet till Socialstyrelsens råd för etiska frågor samt i Äldrerådet. Äldrerådet är Socialstyrelsens forum för kontakter och samverkan med pensionärsorganisationerna. Diskussionerna gällde specifikt frågeställningar om att inkludera uppgifter om funktionstillstånd i SoL- och HSL-registren. I Socialstyrelsens tidigare publikationer finns en mer övergripande diskussion om integritetsfrågor och samhällsnyttan med personnummerbaserade register [13-15].

Råden lyfte fram både potentiella positiva och negativa konsekvenser med att samla in behovsuppgifter till nationell statistik. Råden ansåg att det är en

angelägen utveckling att fokusera på de äldres behov men att det är viktigt att väga samhällsnyttan mot intrånget i den personliga integriteten.

Råden ansåg att statistiken skulle kunna leda till en mer likvärdig bedömning av behov och insatser i landets kommuner. Socialtjänstlagen gäller alla äldre men kommunernas bedömningar kan variera när det gäller vilka behov som ska tillgodoses och omfattningen av de beviljade insatserna. Äldrerådet lyfte dock fram att det är viktigt att se till att nationella uppgifter om insatser i relation till behov inte leder till att schablonisera biståndsbedömningen.

Rådet för etiska frågor ansåg att en stor del av samhällsnyttan med registeruppgifterna är att följa förändringar över tid i hur äldres behov av vård och omsorg tillgodoses. Samtidigt sa man att det är viktigt att inse att det finns begränsningar i hur långtgående slutsatser man kommer kunna dra utifrån den här typen av statistik.

Råden poängterade att även om statistikuppgifterna samlas in från kommunernas grundläggande dokumentation är det viktigt att säkerställa att det inte blir en administrativ uppgift som i slutändan tar tid från utförandet av själva vården och omsorgen.

Sammanfattningsvis ansåg råden att det inte finns några principiella skillnader mellan att samla in uppgifter om funktionstillstånd från socialtjänst och från hälso- och sjukvård. Man ansåg inte heller att det finns specifika omständigheter med just de här uppgifterna (jämfört med andra känsliga personuppgifter om hälsa) som gör att en enskild kan lida men av insamlingen.

Personnummerbaserade uppgifter har störst samhällsnytta

Socialstyrelsens bedömning är att det inte finns några alternativ som är likvärdiga till en personnummerbaserad insamling. Enligt Socialstyrelsens uppfattning måste uppgifterna om behov och åtgärder vara personnummerbaserade och reglerade enligt föreskrift för att de ska vara fullständiga och hålla god kvalitet. Den officiella statistiken ska vara baserad på relevanta, aktuella och tillförlitliga uppgifter och kunna användas för allmän information, utvärdering och forskning.

Ett alternativ till registerbaserade uppgifter är annars mängdstatistik. Det är dock inte möjligt att följa upp eller genomföra epidemiologiska undersökningar med mängdstatistik eftersom det inte går att koppla ihop uppgifter som rör samma individ över tid eller från olika källor. Dessutom är det svårt att säkerställa tillförlitligheten i mängdstatistik. Individbaserad statistik är därför mer användbar, och då är det också mer relevant för kommunerna att lämna uppgifterna.

I dag samlar Socialstyrelsen in mängdstatistik om hemtjänst, särskilt boende och korttidsboende fördelat på enskild och offentlig regi [16], men det vore svårt att utöka mängdstatistiken med ICF-uppgifter om bedömt funktionstillstånd. Kommunerna skulle själva behöva ta fram många statistiska uppgifter för att få information om antalet äldre med en viss grad av begränsning inom olika livsområden, i förhållande till olika kombinationer av insatser och åtgärder. Tanken är att få en tabell med information om graden av begränsning (lätt, måttlig, svår eller total) för de nio olika kapitlen i kompo-

nenten *aktiviteter och delaktighet*, fördelat på olika insatskombinationer (till exempel hemtjänst avser endast service, hemtjänst avser endast personlig omvårdnad, särskilt boende, med flera). För det skulle dock tabellen behöva innehålla över 300 celler (4 nivåer av begränsning * 9 kapitel * 9 insatskombinationer). För att kunna redovisa statistiken uppdelad på kön och åldersgrupper i femårsintervaller skulle tabellen behöva innehålla över tre tusen celler. Med denna typ av rapportering vore det inte heller möjligt att på nationell nivå räkna ut ett övergripande statistiskt mått på behovet och koppla detta mått till det totala omfånget av insatser på individnivå. Med mängdstatistik går det inte heller att följa individer över tid eller utvärdera insatsernas resultat i förhållande till behoven. Syftet med att komplettera statistiken med uppgifter om behov kan således inte uppnås med mängduppgifter.

Konsekvenser för kommunerna

Arbetet inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården regleras av flera lagar. Modellerna för ett behovsinriktat och systematiskt arbetsätt med strukturerad dokumentation enligt ICF är verktyg för att bedriva ett gott arbete i enlighet med de gällande lagarna. En utökad statistikrapportering innebär således inte någon förändring av *vad* kommunerna är skyldiga att dokumentera utan *hur* det ska dokumenteras.

Det är inte nödvändigt för kommunerna att införa Socialstyrelsens modeller för att kunna rapportera de föreslagna registeruppgifterna. Uppgifter om bedömt funktionstillstånd klassificerat enligt ICF och åtgärder enligt KVÅ kan dokumenteras utan att modellerna införs i sin helhet. För att rapportera uppgifterna kommer dock kommunerna att behöva komplettera eller anpassa sina IT-system och utbilda personalen. Omfattningen av det arbetet kommer att variera beroende på grundförutsättningarna i kommunen och vilka förändringar i verksamheten som kommunen väljer att göra. Om regeringen väljer att ge Socialstyrelsen stöd för en utvidgad datainsamling kommer myndigheten att göra en konsekvensutredning innan förslaget träder i kraft. Syftet är att utreda hur kommunerna påverkas ekonomiskt och hur mycket arbete förändringen innebär för dem.

Under en omställningsperiod kan det ta längre tid att dokumentera enligt ICF:s standardiserade textdefinitioner än, som i dag, i fritext. Det finns dock ingenting som tyder på att det på sikt är mer tidsödande med strukturerad än fritextsbaserad dokumentation. Tvärtom borde en strukturerad dokumentation enligt ICF underlätta för verksamheterna genom att skapa ett gemensamt språk för de olika professionerna, tydliggöra den viktigaste informationen om patienten eller brukaren samt minska den tid som personalen måste lägga på att skriva och läsa större textmassor. En statistikinsamling av bedömt funktionstillstånd klassificerat enligt ICF borde därför på sikt inte öka arbetsbelastningen för dem som använder dokumentationen, och inte heller minska den tid personalen ägnar åt den äldre. Detta stöds även av det norska Helse-direktoratets erfarenheter sedan man införde IPLOS-registret som bygger på en strukturerad dokumentation enligt en ICF-liknande struktur (mer inform-

ation finns under rubriken *ICF i vård och omsorg– internationella jämförelser*).

Intervjustudie i åtta kommuner

Socialstyrelsen publicerar officiell statistik om kommunala insatser enligt SoL samt HSL utifrån de uppgifter som kommunerna lämnar. Kommunerna spelar således en avgörande roll för kvaliteten på den nationella statistiken. Socialstyrelsens föreskrifter om skyldighet att rapportera in underlag för statistik kan omvänt också ha en direkt effekt på kommunernas verksamhet.

Som en del av utredningsarbetet intervjuade Socialstyrelsen representanter för äldreomsorgen, den kommunala hälso- och sjukvården och statistikverksamheten i åtta kommuner. De inbjudna kommunerna valdes ut i samråd med SKL för att få kommuner med olika invånarantal, geografiskt läge, ansvarsfördelning för sjukvård i ordinärt boende och verksamhetssystem. Den minsta kommunen har drygt 20 000 invånare och den största drygt 300 000.

Intervjuerna genomfördes i grupp enligt ett semistrukturerat frågeformulär (samma frågor ställdes till alla informanter men med öppna svarsmöjligheter). Gruppens sammansättning varierade något mellan kommunerna men inkluderade ofta socialnämndens ordförande, medicinskt ansvarig sjuksköterska, kvalitetsutvecklare, förvaltningschefer och biståndshandläggare. Frågorna gällde det nuvarande arbetssättet för att utreda behov av vård och omsorg, uppfattningen om ICF, dokumentationsrutinerna och IT-stödet.

Kommunernas svar sammanfattas i de följande punkterna:

- De flesta kommuner är positiva till att använda ICF för dokumentation och för statistikrapportering. Som exempel nämnde de möjligheterna att jämföra de äldres behov i sin egen kommun med andra kommuner, skapa underlag för lokal verksamhetsplanering, förbättra rättssäkerheten för den enskilde, generera uppgifter för evidensbaserad praktik och underlätta dokumentationen för dem som har svårt att uttrycka sig i fritext.
- Alla kommuner ansåg att de skulle behöva utbilda personalen och anpassa det lokala IT-stödet.
- Drygt hälften av kommunerna uppgav att de hade en delvis strukturerad behovsbedömningsprocess medan resten hade en ostrukturerad process. Ingen av kommunerna använde ICF i socialtjänsten medan en kommun uppgav att ICF användes inom vissa verksamheter i den kommunala hälso- och sjukvården.
- Det varierar i vilken grad IT-systemen behöver förändras för att kunna dokumentera det bedömda funktionstillståndet. För statistikrapportering är både verksamhetssystemens indata- och utdatafunktioner av betydelse.
- Kommunerna uppskattade att det skulle ta cirka två år att införa de behovsorienterade arbetsmodellerna (alltså hela processen och inte enbart dokumentation av bedömt funktionstillstånd) i verksamheten. De största utmaningarna ligger i att utbilda personalen och anpassa IT-systemen.

Tidsplan för insamling

ICF-uppgifter

Socialstyrelsen har i dagsläget inte lagstöd eller förordningsstöd för att behandla uppgifter om funktionstillstånd från äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård. En utökad statistikinsamling förutsätter således att regeringen reviderar de aktuella förordningarna (mer information finns under rubriken *Rättsligt stöd*).

Efter en sådan revidering beräknar myndigheten att det tar cirka två år innan uppgifterna kan börja samlas in. Denna tid behövs för att revidera de berörda föreskrifterna, genomföra en konsekvensutredning enligt förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning, bedriva nödvändiga testverksamheter i ett urval kommuner och ge kommunerna tid att anpassa sina dokumentationssystem.

KVÅ-uppgifter

Socialstyrelsen bedömer att KVÅ-uppgifter kan samlas in till HSL-registret från och med år 2016.

Socialstyrelsen har redan stöd i lag och förordning för att samla in KVÅ-uppgifter. Myndigheten behöver dock revidera den aktuella föreskriften, genomföra en konsekvensutredning enligt förordningen om konsekvensutredning vid regelgivning, bedriva nödvändiga testverksamheter i ett urval kommuner och ge kommunerna tid att anpassa sina dokumentationssystem. Detta beräknas ta två år.

Rättsligt stöd

För att kunna lägga till nya uppgifter i ett befintligt register måste Socialstyrelsen ha lagstöd för att behandla uppgifterna.

Enligt 13 § personuppgiftslagen (1998:204), PuL, är det förbjudet att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv. Av bestämmelsen framgår även att sådana uppgifter betecknas som känsliga personuppgifter. Det finns dock flera undantag från förbudet.

Socialstyrelsens register bygger på individdata från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. De uppgifter som förekommer i Socialstyrelsens statistikverksamhet omfattas av sträng sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

Socialstyrelsens tolkning av gällande rätt i korthet

Socialstyrelsens bedömning är att det finns stöd i gällande rätt för att samla in personnummerbaserade uppgifter för statistikändamål om

- åtgärder från kommunal hälso- och sjukvård (den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt 18 § HSL).

Socialstyrelsens bedömning är att det inte finns stöd i gällande rätt för att samla in personnummerbaserade uppgifter för statistikändamål om

- funktionstillståndet hos äldre som beviljas socialtjänstinsatser (enligt 4 kap. 1 § första stycket SoL)
- funktionstillståndet hos äldre som har kommunal hälso- och sjukvård (den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt 18 § HSL).

Socialtjänst

Gällande rätt

Enligt 15 § lagen (2001:99) om den officiella statistiken får känsliga personuppgifter behandlas ”om det följer av föreskrifter som regeringen meddelar”. Regeringen har meddelat sådana föreskrifter i förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. I 8 § förordningen om den officiella statistiken anges att det är tillåtet att behandla känsliga personuppgifter när det anges i bilagan till förordningen. Enligt bilagan får Socialstyrelsen behandla känsliga personuppgifter som avser utbetalningar och andra insatser för framställning av statistik över äldre- och handikappomsorg. I 2 § förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnder att lämna statistiska uppgifter anges att uppgifter ska lämnas till Socialstyrelsen om ”enskilda som varit föremål för nämndens åtgärder i fråga om [...] annat bistånd enligt 4 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen som avser insatser till äldre”. Vidare får Socialstyr-

elsen, efter samråd med SKL, meddela närmare föreskrifter om uppgiftslämnandet. Socialstyrelsen har meddelat sådana föreskrifter, SOSFS 2011:13, om socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter. Av bilaga 3 framgår vilka uppgifter om insatser som ska lämnas.

Socialstyrelsens tolkning av gällande rätt

Enligt förordningen om den officiella statistiken är Socialstyrelsen en statistikansvarig myndighet och kan behandla känsliga personuppgifter om hälsa för att framställa statistik över äldre- och handikappomsorg. Socialstyrelsen behandlar uppgifterna i registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning för att få fram statistik. För att kunna utvärdera om vården och omsorgen utgår från den äldres behov är det nödvändigt att även behandla uppgifter om de funktionstillstånd som ligger till grund för att bedöma behovet av insatser.

Socialstyrelsens uppfattning är att det krävs en ändring i förordningen om den officiella statistiken för att uppgifter om funktionstillstånd ska kunna behandlas. I förordningen står det: "För framställning av statistik över äldre- och handikappomsorg får personuppgifter enligt 8 § behandlas som avser utbetalningar och andra insatser i samband med enskilda personers hälsotillstånd." Socialstyrelsen bedömer därför att det finns stöd för att behandla känsliga personuppgifter som "avser utbetalningar och andra insatser" men inte funktionstillstånd eller hälsotillstånd. Det skulle dock vara möjligt att samla in uppgifter om funktions- och hälsotillstånd om texten som reglerar framställningen av statistik över äldre- och handikappomsorg till exempel formuleras på liknande sätt som texten om framställning av statistik över stöd och service till funktionshindrade: "För framställning av statistik över stöd och service till funktionshindrade får personuppgifter enligt 8 § behandlas som avser enskildas hälsotillstånd och andra uppgifter i samband med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade."

Förordningen om skyldighet för socialnämnder att lämna statistiska uppgifter gäller däremot även för uppgifter om funktionstillstånd och hälsotillstånd.

För att kunna samla in de aktuella uppgifterna behövs även en ändring av föreskrifterna om socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter. Vidare anser Socialstyrelsen att det saknas lagstöd för att behandla de aktuella uppgifterna för personer som inte har beviljats en insats enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen.

Vilka författningar reglerar registren?

Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning

- Enligt 15 § **lagen (2001:99) om den officiella statistiken** får känsliga personuppgifter behandlas om det följer av föreskrifter som regeringen meddelar.
- Regeringen har meddelat sådana föreskrifter i **förordningen (2001:100) om den officiella statistiken**. I bilagan till förordningen framgår att känsliga personuppgifter får behandlas för att framställa statistik över äldre- och handikappomsorg ”som avser utbetalningar och andra insatser i samband med enskilda personers hälsotillstånd”.
- Enligt 2 § **förordningen (1981:1370) om skyldighet för socialnämnder att lämna statistiska uppgifter** anges att Socialstyrelsen ska få uppgifter om enskilda som varit föremål för nämndens åtgärder i fråga om annat bistånd enligt 4 kap. 1 § första stycket SoL som avser insatser till äldre.

Registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning

- Enligt 3 § **lagen (1998:543) om hälsodataregister** får personuppgifter i ett hälsodataregister behandlas för att bland annat framställa statistik samt för att följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvården. Enligt 12 § får regeringen meddela föreskrifter om de uppgifter som ett hälsodataregister får innehålla. Föreskrifter får även meddelas om uppgiftsskyldighet till ett hälsodataregister.
- Regeringen har meddelat sådana föreskrifter i **förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården**. Enligt 4 § får Socialstyrelsen behandla personuppgifter om personer som har fått hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL. Behandlingen får bland annat avse uppgifter om personnummer, åtgärder, tidpunkter för åtgärder, omfattning av åtgärder räknad i tid och ”om åtgärder vidtagits av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården eller av annan personal på delegation”. Enligt 5 § samma förordning ska kommunerna lämna uppgifter till registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Kommunal hälso- och sjukvård

Gällande rätt

Enligt 3 § lagen (1998:543) om hälsodataregister får personuppgifter i ett hälsodataregister behandlas för att bland annat framställa statistik samt följa

upp, utvärdera och kvalitetssäkra hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i 12 § lagen om hälsodataregister anger att regeringen får meddela föreskrifter om bland annat de uppgifter som ett hälsodataregister får innehålla. Föreskrifter får även meddelas om uppgiftsskyldighet till ett hälsodataregister.

Regeringen har meddelat sådana föreskrifter i förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt 4 § i förordningen får följande personuppgifter behandlas i registret:

- ”Sådana personuppgifter får behandlas som rör personer som fått hälso- och sjukvård enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Behandlingen får avse uppgifter om
 1. personnummer, bosättningsort, kommun som utfört vårdinsatser, nummer i Centrala företags- och arbetsställeregistret (CFAR-nummer) för utföraren av vårdinsatserna, åtgärder, tidpunkter för åtgärder, omfattning av åtgärder räknad i tid och om åtgärder vidtagits av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården eller av annan personal på delegation,
 2. folkbokföringsort, födelsehemort eller födelseort för den registrerade och dennes föräldrar, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.”

Enligt 5 § ska kommunerna, för de ändamål som anges i 3 § lagen om hälsodataregister, lämna de uppgifter som avses i 4 § 1 till registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare får Socialstyrelsen, efter samråd med SKL, meddela föreskrifter om hur den uppgiftsskyldighet som avses i första stycket ska fullgöras. Socialstyrelsen har meddelat sådana föreskrifter, SOSFS 2008:16, om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Vidare finns särskilda bestämmelser om behandling av personuppgifter för att framställa statistik i lagen (2001:99) om den officiella statistiken och i förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Enligt 15 § lagen om den officiella statistiken får känsliga personuppgifter behandlas om det stämmer med de föreskrifter som regeringen meddelar. Regeringen har meddelat sådana föreskrifter i förordningen om den officiella statistiken. Enligt 8 § förordningen om den officiella statistiken är det tillåtet att behandla känsliga personuppgifter när det anges i bilagan till förordningen. Enligt bilagan får Socialstyrelsen behandla känsliga personuppgifter om enskilda personers hälsotillstånd för att framställa statistik över bland annat hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsens tolkning av gällande rätt

Förordningen om den officiella statistiken anger att Socialstyrelsen är en statistikansvarig myndighet och får behandla känsliga personuppgifter om hälsa för att framställa statistik över den hälso- och sjukvård som avser enskilda personers hälsotillstånd. Socialstyrelsen behandlar uppgifterna i registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning, bland annat för statistikändamål. Det är viktigt att förbättra

den officiella statistiken för att kunna utvärdera hur väl vården och omsorgen tillgodoser äldres behov. Då är det nödvändigt att även behandla uppgifter om åtgärder och de funktionstillstånd som ligger till grund för bedömningen av åtgärder.

Vårdåtgärder

Bedömningen är att Socialstyrelsen har det lagstöd som krävs för att behandla personuppgifter om åtgärder (klassificerade enligt KVÅ), eftersom åtgärd är en sådan personuppgift som får behandlas enligt 4 § 1 förordningen om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Behandlingen av sådana uppgifter har även stöd i lagen och förordningen om den officiella statistiken.

För att kunna samla in sådana uppgifter behövs dock en ändring av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Funktionstillstånd

Bedömning är att Socialstyrelsen saknar det lagstöd som krävs för att behandla personuppgifter om de funktionstillstånd (klassificerade enligt ICF) som ligger till grund för att bedöma behovet av åtgärder. Dessa uppgifter behöver därför läggas till i både förordningen om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, och i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Bedömningen är att det inte behövs några ändringar i lagen och förordningen av den officiella statistiken.

Att dokumentera behov och åtgärder

Enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen ska vården och omsorgen vara behovsbaserad. Det är behovet som ska vara vägledande för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser på såväl befolkningsnivå som individnivå. Frågan är dock vad begreppet behov inbegriper och hur det kan beskrivas.

Tolkning av begreppet behov

Det finns flera sätt att tolka och definiera behov [17]. Socialstyrelsen använder den målrelaterade tolkningen i arbetet med att främja en behovsstyrd vård och omsorg av äldre [18]. Detta synsätt utgår från individens aktuella hälsotillstånd, där begreppet hälsa innebär fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada [19]. Begreppet hälsotillstånd kan således även användas inom socialtjänstens verksamhetsområde.

Enligt den målrelaterade tolkningen är ett *hälsorelaterat behov* skillnaden mellan det aktuella och det avsedda hälsotillståndet. Det avsedda hälsotillståndet är det samma som målet för insatserna. Målet för insatserna är emellertid inte alltid att förbättra hälsotillståndet; målet kan också vara att upprätthålla det aktuella hälsotillståndet och motverka en försämring.

För att beskriva äldres behov av vård och omsorg med hjälp av nationella registeruppgifter räcker det att samla in uppgifter om det aktuella (bedömda) funktionstillståndet. Det avsedda funktionstillståndet är mindre relevant för statistikändamål på nationell nivå eftersom det inte är ett faktiskt tillstånd hos den äldre utan ett måltillstånd. Vid en nationell utvärdering är insatsernas faktiska resultat det viktiga, oavsett det avsedda måltillståndet. I den lokala verksamheten är det däremot viktigt att sätta mål för att bedöma vilka insatser och åtgärder som ska utföras. Uppgiften är också viktig för den lokala uppföljningen av individen, det vill säga för att utvärdera om målet med insatserna har uppnåtts.

ICF- gemensamt språk i vård och omsorg

Funktionstillstånd är en persons kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt förmåga till aktiviteter och delaktighet. Funktionstillståndet kan ses som en specificering av det hälsotillstånd som leder till ett behov av insatser från vård eller omsorg.

ICF är utvecklad av WHO som ett komplement till diagnosklassifikationen International classification of diseases, tenth revision (ICD-10). ICF tillhandahåller ett standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och funktionstillstånd. En stor fördel med ICF är att den inte är sjukdomsspecifik

samt att den är professionsneutral och således kan tillämpas inom både vård och omsorg. I dag används ICF inom flera verksamheter, exempelvis hälso- och sjukvård, försäkringsmedicinska analyser, företagshälsovård samt rehabilitering.

Syftet med ICF är att:

- erbjuda ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- möjliggöra jämförelser av data mellan länder och mellan olika delar av verksamheter samt över tid
- ge en vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, dess konsekvenser och bestämningsfaktorer
- erbjuda ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem (det vill säga system som lagrar och hanterar information om enskildas hälsa eller om de aktiviteter som utförs i hälso- och sjukvården).

ICF som modell för att beskriva hälsa

ICF bygger på en biopsykosocialmodell av hälsa och består av två delar med vardera två komponenter. Den första delen omfattar funktionstillstånd med komponenterna kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt aktiviteter och delaktighet. Den andra delen omfattar kontextuella faktorer med komponenterna omgivningsfaktorer och personliga faktorer (figur 1).

Figur 1. Översikt över ICF



Källa: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen 2003)

ICF-modellens komponenter:

- *Kroppsfunktioner* omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen.
- *Kroppsstrukturer* avser anatomiska delar av kroppen.
- *Aktiviteter* motsvarar en persons genomförande av en uppgift eller handling.
- *Delaktighet* motsvarar engagemang i en livssituation.
- *Omgivningsfaktorer* utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga miljö i vilken människor lever, som kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktiviteter och delaktighet.
- *Personfaktorer* utgörs av personliga egenskaper, bland annat kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, coping-strategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper.

ICF som klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

Klassifikationen består av en hierarkisk struktur för de olika komponenterna. Kapitelnivån (1:a nivån) är den mest övergripande och den följs av kategorier på 2:a till 4:e nivån. Till varje kapitel respektive kategori finns en beskrivande text. Varje kapitel och kategori har även en kod som består av en liten bokstav följt av siffror. Personfaktorer har inte klassificerats och ingår därför inte i klassifikationen.

I den svenska översättningen av ICF används termen ”funktionstillstånd” för att beskriva såväl nedsättningar i kroppsfunktioner och kroppsstrukturer som begränsningar i förmågan till aktiviteter och delaktighet. Den som har en begränsning i sin förmåga att städa bostaden har således, enligt ICF, en begränsning i sitt funktionstillstånd.

Funktionshinder är en övergripande term för funktionsnedsättningar, strukturavvikelser, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. Det är viktigt att poängtera att ICF skattar olika aspekter av individens fungerande och inte själva individen.

ICF innehåller en generell skala för svårighetsgraden (figur 2) som utgår från vad som kan förväntas av en grupp personer utan det specifika funktionstillståndet. Varje steg i skalan motsvarar ett intervall av hur mycket funktionstillståndet avviker från referenspopulationen (i procent). Skalan inkluderar graderna ingen, lätt, måttlig, stor och total svårighet.

Figur 2. ICF:s bedömningsfaktorer anger graden av nedsättning

Bedömningsfaktorn anges efter decimalpunkten. Samtliga komponenter i ICF kvantifieras enligt samma skala.

xxx.0	INGEN funktionsnedsättning	(ingen, frånvarande, försumbar ...)	0–4 %
xxx.1	LÄTT funktionsnedsättning	(lätt, låg ...)	5–24 %
xxx.2	MÅTLIG funktionsnedsättning	(medel, ganska stor ...)	25–49 %
xxx.3	SVÅR funktionsnedsättning	(grav, hög, stor, extrem ...)	50–95 %
xxx.4	TOTAL funktionsnedsättning	(fullständig ...)	96–100 %
xxx.8	ej specificerat		
xxx.9	ej tillämbart		

Källa: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen 2003)

En modell för behovsstyrd äldreomsorg

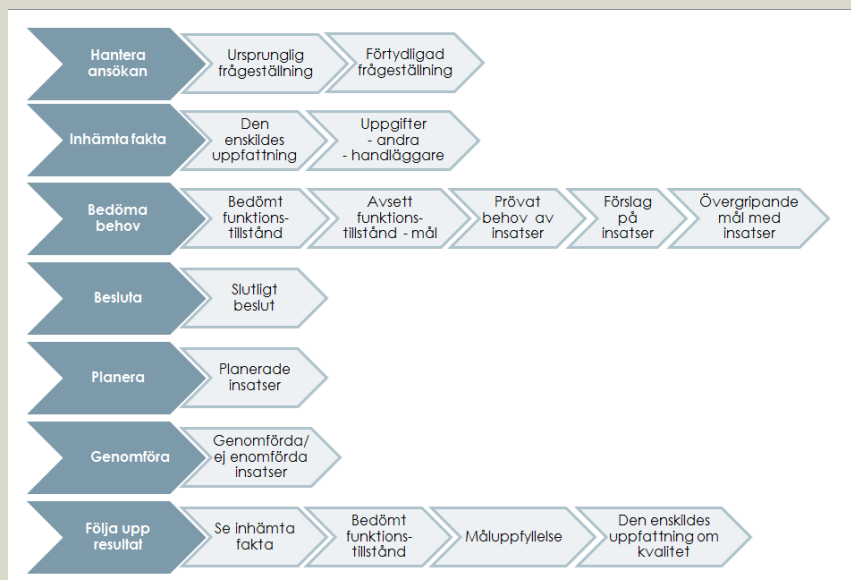
Socialstyrelsen har tagit fram en arbetsmodell för att främja en behovsstyrd omsorg om äldre och skapa förutsättningar för jämförbar nationell statistik. Modellen kallas *Äldres behov i centrum* (ÄBIC) och syftar till att sätta den äldres behov i centrum genom hela socialtjänstprocessen, det vill säga både under handläggningen och i utförandet av de beslutade insatserna (figur 3) [17]. Socialstyrelsen tog fram modellen utifrån gällande lagstiftning, aktuell kunskap om behov, handläggning och dokumentation samt den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket för vård och omsorg samt ICF. Modellen ger stöd för en helhetsbeskrivning av hur personen fungerar i sin livssituation och bygger på ICF som ett gemensamt språk för strukturerad dokumentation av bland annat funktionstillstånd.

Funktionstillståndet ska bedömas utifrån den situation den äldre befinner sig i, det vill säga i relation till omgivningsfaktorer såsom bostadens utformning och tekniska hjälpmedel. Det är således handläggarens sammanvägda bedömning som ska anges i graden av begränsning.

Socialstyrelsen erbjuder under 2013 och 2014 en kostnadsfri tvåstegsutbildning i modellen. Utbildningen riktar sig till blivande lokala processledare och chefer på central nivå inom kommunens äldreomsorg. Uppskattningsvis kommer drygt hälften av landets kommuner att ha minst en färdigutbildad processledare i slutet av år 2013. I maj 2013 hade 40 kommuner beslutat att införa ÄBIC.

Figur 3. Modell för behovsstyrd äldreomsorg

Äldres behov i centrum – processen för handläggning och dokumentation av äldre personers behov i sin livsföring.



Källa: Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF. Socialstyrelsen 2013.

En modell för behovsstyrd kommunal hälso- och sjukvård

Varje kommun ska enligt 18 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilt boende eller vistas i dagverksamhet (läkarinsatser ingår inte). En kommun kan också komma överens med landstinget om att den även ska ansvara för den hälso- och sjukvård som erbjuds i hemmet (hemsjukvård). Under senare år har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende förts över från landsting till kommuner, och vid 2014 års slut kommer all hemsjukvård att vara kommunaliserad förutom i Stockholms län [1].

År 2009 undersökte Socialstyrelsen hur kommunerna samlar in uppgifter till den officiella statistiken samt vilka funktionstillstånd, mål och vårdåtgärder som dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvården [2]. Undersökningen visade att det med den dåvarande dokumentationen som underlag inte gick att hämta mer detaljerade uppgifter om behoven och hälso- och sjukvårdsåtgärderna i den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har därför utvecklat en modell (figur 4) med ett nationellt fackspråk för att bedöma behov och följa resultat i den kommunala hälso- och sjukvården. Den utgår från ett processorienterat arbetssätt med strukturerad information (enligt ICF) utifrån den nationella informationsstrukturen [20] samt metoden för behovsbedömning, på samma sätt som i modellen *Äldres behov i centrum*.

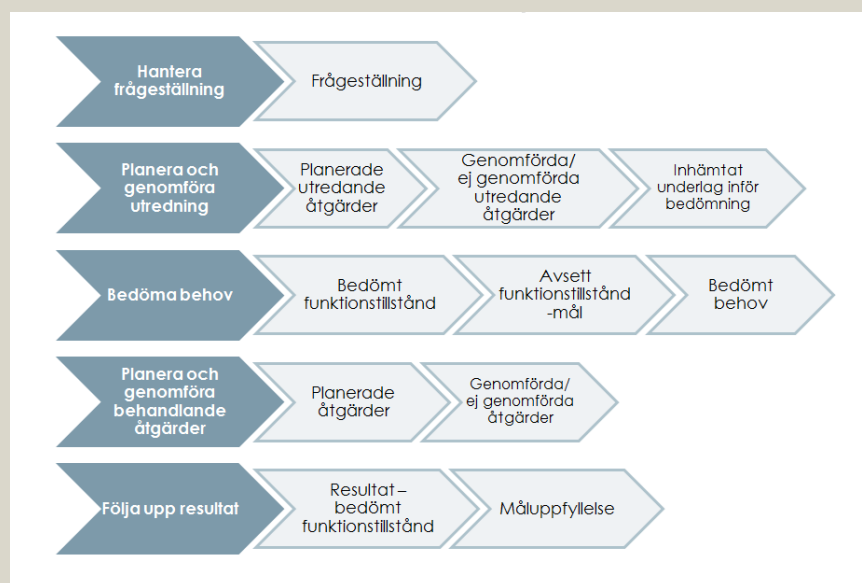
Under 2010 prövades modellen av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Personalen var positiv till att använda det systematiska arbetssättet och den strukturerade dokumentationen med stöd av ICF och KVÅ. Försöksverksamheten visar att ICF kan användas för att dokumentera behov, sätta mål och följa resultat på motsvarande sätt som inom socialtjänsten. Försöket visar även att KVÅ kan användas för att dokumentera åtgärder dels i utredningen, dels för behandling.

Socialstyrelsen har nyligen genomfört ett projekt för att ta fram ett urval av ICF- och KVÅ-uppgifter som kan användas för att strukturerat dokumentera behov och åtgärder enligt HSL 18 § [11]. Försöket har genererat en lista med 265 ICF-kategorier, varav 150 ICF-kategorier på andra nivån och 78 ICF-kategorier på tredje nivån. Urvalet ur KVÅ innehåller totalt 109 utredande åtgärder, 166 behandlande och preventiva åtgärder samt 16 administrativa åtgärder.

Den legitimerade personalen i kommunerna som möter äldre består framför allt av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, och det är dessa som ingick i försöken ovan. Därmed finns inga synpunkter från andra yrkesgrupper. Urvalet av ICF- och KVÅ-kategorier bör därför justeras för att även passa andra yrkesgrupper.

Figur 4. Modell för behovsstyrd kommunal hälso- och sjukvård

Modellen med processteg för att beskriva behov och åtgärder



Källa: Beskriva behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård – Urval ur ICF och KVÅ. Socialstyrelsen (beräknad publicering 2014)

Klassifikation av vårdåtgärder

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna, och det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av alla professioner. KVÅ är den första svenska åtgärdsklassifikationen som ger denna möjlighet. KVÅ omfattar både kirurgiska och medicinska åtgärder [21]. Klassifikationen används redan i dag för inrapportering till patientregistret. Det finns även ett antal åtgärds-koder i KVÅ som är baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder återfinns i KVÅ sedan 2008 och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik.

ICF i vård och omsorg – internationella jämförelser

I flera länder används ICF inom delar av vården och omsorgen som ett ramverk för att beskriva hälsa. ICF-modellen används även för att beskriva funktionstillstånd på makronivå i olika undersökningar. Som exempel kan nämnas Nederländerna där ICF används i rehabiliteringssammanhang för att specificera behandlingsmålet, och Australien som har applicerat ICF:s begreppsram på The Australian Bureau of Statistics (ABS) Survey of Disability, Ageing and Carer (SDAC). I Nederländerna är kunskap om ICF numer en del av sjuksköterskornas och andra hälsoprofessioners utbildning.

IPLOS-registret i Norge

Norge är det land som har kommit längst med nationell individbaserad statistik om enskildas behov av insatser. Norge inrättade 2006 ett obligatoriskt individbaserat register kallat ”individbaserat pleie- och omsorgsstatistik” (IPLOS). Registret innehåller uppgifter om behov samt de social-, hälso- och sjukvårdstjänster som kommunerna utför i hemmen eller i kommunalt boende för äldre och för personer med funktionshinder [22, 23]. IPLOS är baserat på ICF och ska i första hand användas på kommunal nivå för att behandla ärenden och utföra tjänster. I andra hand ska systemet generera statistik. Statistiken från IPLOS används för lokal och nationell styrning och budgetering samt för att planera vilka personalresurser som behövs och vilken kompetens de behöver. IPLOS har inte kopplat de enskilda biståndsvariablerna direkt till insatserna men flera kommuner har kopplat IPLOS mot sina egna kvalitetssystem för att kunna se kopplingen mellan specifika behov och insatser på lokal nivå.

I IPLOS dokumenteras biståndsbehovet med 17 variabler [24]. Dessa variabler ger tillsammans en bild av fem övergripande målområden (norska ”samlemål”): social funktion, kognitiv svikt, förmåga att ta hand om sin egen hälsa, hushållsarbete och egenomsorg. ”Samlemålen” är ett sammansatt statistiskt mått som har tagits fram för att förenkla de statistiska analyserna på nationell nivå. I stället för att analysera enskilda variabler kan man förhålla sig till sammansatta målområden, vilket förbättrar både validiteten och relia-

biliteten i analyserna. I efterhand går det att räkna fram ett statistiskt mått på enskildas sammanvägda biståndsbehov (tabell 2).

IPLOS-registret innehåller helårsdata för åren 2007–2012. Täckningsgraden och kvaliteten är nu tillfredsställande tack vare ett långvarigt och systematiskt arbete med information och utbildning till kommunerna. När registret infördes var det mycket som skulle på plats och vissa kommuner upplevde detta som att arbetsbelastningen tillfälligt ökade. Nu när IPLOS är etablerat uppger dock de flesta kommuner att registret inte medför något merarbete. Många kommuner anser dessutom att registret sätter fokus på att upprätthålla funktionsnivån hos brukarna, leder till en bättre hantering av ansökan och ger underlag för bättre styrning genom att till exempel tydliggöra verksamhetens bemanningsbehov [25].

Skillnader och likheter med Socialstyrelsens förslag

Uppgifterna som enligt Socialstyrelsens förslag ska ingå i den svenska statistiken påminner om uppgifterna i IPLOS-registret. Det finns dock flera viktiga skillnader, varav några listas här nedan:

- IPLOS-registret består av ett antal (i förväg specificerade) variabler som kommunerna lämnar information om (tabell 2). Detta är däremot inte aktuellt för registeruppgifter från den svenska äldreomsorgen där biståndshandläggaren bara ska dokumentera de bedömda funktionstillstånd som han eller hon anser är relevanta för beslutet om socialtjänstinsatser.
- För att få ett fullständigt register inkluderades även befintliga brukare i IPLOS (och inte bara nya brukare). Det tog kommunerna flera år att utreda dessa personer. Socialstyrelsen gör dock bedömningen att detta inte är nödvändigt vid en komplettering av den svenska statistiken. Registret kommer troligtvis nå en relativt hög täckningsgrad även om de nya uppgifterna bara samlas in vid nya beslut om insatser och åtgärder.
- IPLOS-registret inkluderar även personer under 65 år medan Socialstyrelsens förslag till utökad statistikinsamling endast gäller personer 65 år eller äldre.

Tabell 2. Exempel på statistik från norska IPLOS-registret

Andel med måttligt ("skår 3) eller stort till fullständigt bistandsbehov ("skår 4–5") fördelat på typ av insats och livsområde.

	Alle		Bare praktisk bistand		Bare hjemmesykepleie		Langtidsopphold i institusjon	
	Andel med skår 3	Andel med skår 4-5	Andel med skår 3	Andel med skår 4-5	Andel med skår 3	Andel med skår 4-5	Andel med skår 3	Andel med skår 4-5
01. Fungere sosialt	19,2	13,7	10,5	6,5	17,6	6,5	29,3	40,7
02. Skaffe seg varer og tjenester	21,7	27,2	21,3	12,2	19,4	13,2	13,9	76,6
03. Ta daglige beslutninger	14,5	17,8	8,7	8,1	13,5	6,2	20,5	60,7
04. Ivareta egen helsetilstand	36,1	25,3	16,1	11,1	54,9	12,2	20,0	74,5
05. Bevege seg innendørs	9,3	10,7	4,8	2,7	6,1	3,8	19,1	41,0
06. Alminnelig husarbeid	34,1	36,0	64,6	22,4	21,3	19,8	8,5	83,1
07. Vaske seg	21,5	18,5	11,0	6,8	17,1	6,1	25,1	63,4
08. Kle på og av seg	12,5	15,4	6,5	4,5	8,6	5,2	19,9	57,0
09. Lage mat	14,8	24,8	11,5	9,0	12,4	11,0	9,2	79,3
10. Spise	4,9	4,9	2,0	2,0	1,9	1,2	16,2	17,6
11. Gå på toalett	8,4	12,5	3,5	3,8	4,8	3,7	19,6	47,2
12. Bevege seg utendørs	14,4	21,7	11,7	7,5	12,4	10,6	14,6	65,8
13. Syn	5,7	3,6	3,8	2,5	2,9	1,5	14,0	8,9
14. Hørsel	6,0	3,0	3,3	1,4	3,5	1,2	14,7	9,7
15. Hukommelse	11,9	12,7	5,5	3,4	9,2	4,0	21,7	52,1
16. Kommunikasjon	9,5	8,6	5,4	4,6	6,1	2,6	21,4	28,0
17. Styre egen adferd	11,3	9,9	6,4	5,6	8,7	3,0	22,5	32,5

Källa: Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemål. Helse direktoratet 2010.

Fælles sprog i Danmark

Det danske Fælles sprog ("gemensamt sprog") är liksom norska IPLOS ett informationssystem som ska utgöra underlag för dem som ska styra, prioritera samt kvalitetssäkra insatserna som bedrivs inom den kommunala omsorgen [22, 26]. Fælles sprog lanserades 1998 av Kommunernas Landsforening (KL). Till skillnad från Norge är det KL och inte staten som har utvecklat och spridit systemet. Avsikten var att standardisera de begrepp som användes inom äldreomsorgen och få ett klassifikationssystem för dokumentation av kommunernas beslut. I Fælles sprog dokumenteras brukarens behov och de kommunala insatser som sätts in för att tillgodose den enskildes möjligheter att utföra dagliga aktiviteter och leva ett meningsfullt liv. Dokumentationssystemet är baserat på ICF-strukturen för hälsa och inklude-

rar dokumentation om förmåga att utföra aktiviteter och vara delaktig samt kroppsliga faktorer. Trots att Fælles sprog-systemet är frivilligt använder sig de flesta kommuner av det och det är till stora delar införlivat i kommunernas elektroniska journaler. Systemet används än så länge endast på lokal nivå.

Referenser

1. www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/a-o_aldrefragor/hemsjukvard.
2. Vem dokumenterar vad i den kommunala hälso- och sjukvården? - Resultat av en undersökning i sex kommuner. Socialstyrelsen; 2010.
3. Väntetider och patientens väg genom vården – exemplet multisjuka äldre. Delrapport juni 2013. Socialstyrelsen; 2013.
4. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen Socialstyrelsen; 2013.
5. www.socialstyrelsen.se/oppnajakforelser.
6. www.socialstyrelsen.se/jamfor/aldreguiden/jamfor.
7. www.kolada.se/.
8. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Socialstyrelsen; 2003.
9. www.socialstyrelsen.se/terminologi/pagaendeterminologiarbeten#3.
10. Den äldres röst– Instrument med nationellt fackspråk för Behov Av Stöd (BAS). Socialstyrelsen; 2013.
11. Beskriva behov och följ resultat inom kommunal hälso- och sjukvård– Urval ur ICF och KVÅ. Socialstyrelsen.
12. Grill, E, et al. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. Disabil Rehabil. 2005; 27:411-7.
13. Övergång till individbaserad statistik över vård och omsorg om äldre och funktionshindrade. Förslag till handlingsplan.: Socialstyrelsen; 2000.
14. Övergång till individbaserad statistik över vård och omsorg/stöd och service. Analys av vissa integritets- och sekretessfrågor. Socialstyrelsen; 2001.
15. Hälso- och sjukvårdens register räddar liv och förbättrar livskvalitet. Socialstyrelsen; 2008.
16. Äldre och personer med funktionsnedsättning– regiform år 2012. Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen; 2013.
17. Äldres behov i centrum – Vägledning för behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av äldres behov utifrån ICF Socialstyrelsen; 2013.
18. Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov.: Socialstyrelsen; 2006.
19. <http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=111>.
20. www.socialstyrelsen.se/nationellehalsa/nationellinformationsstruktur.
21. www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva.
22. Metoder och nyckeltal för uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada. Socialstyrelsen; 2009.
23. IPLOS Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester. Helsedirektoratet; 2009.
24. Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemål. Rapport fra Arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet; 2010.
25. Personlig kommunikation med Elisabeth Vatten på Helsedirektoratet i Norge. Juli 2013.
26. Fælles sprog II. Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde. Kommunernas Landsforening 2004.