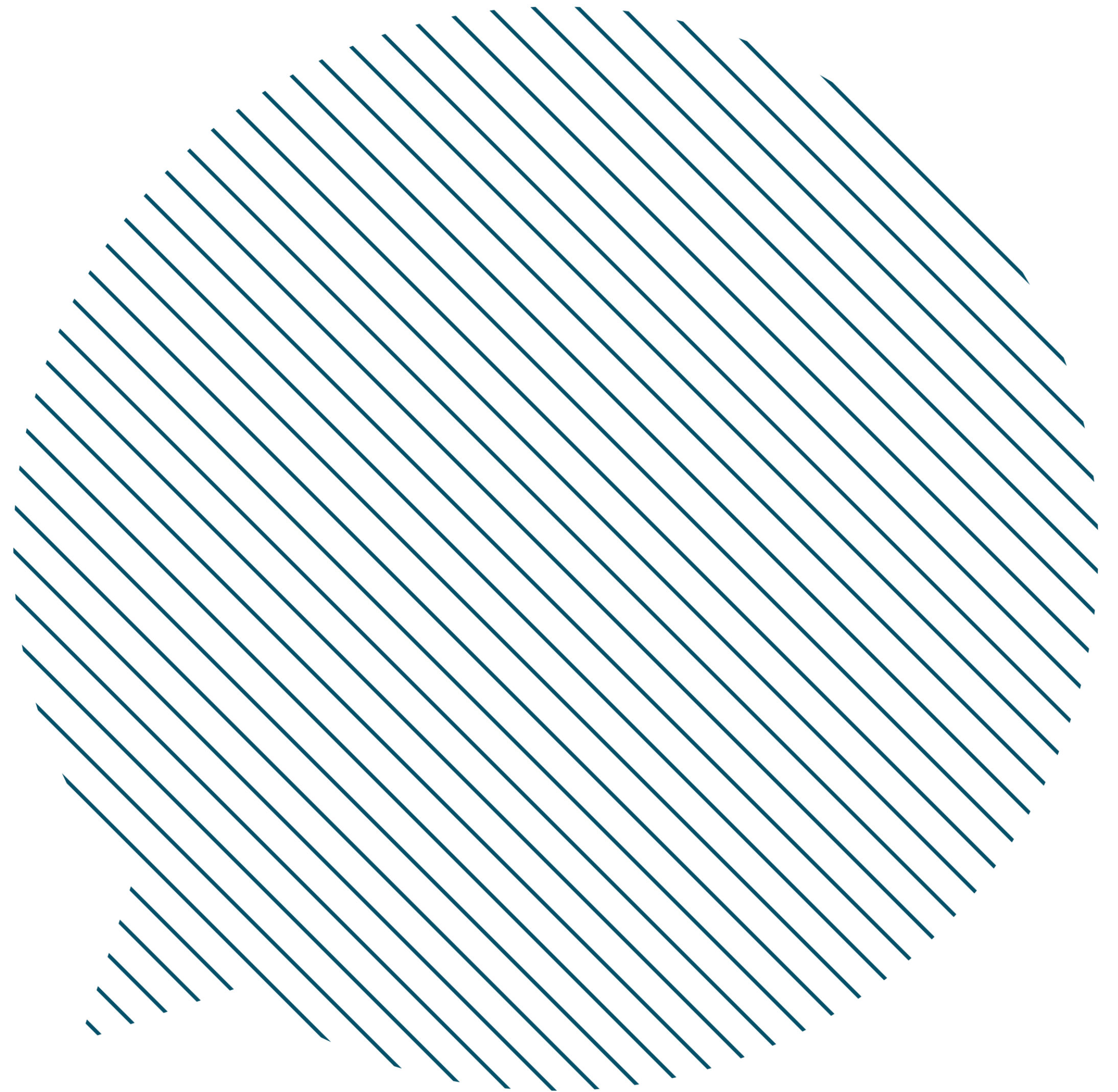


**IPLOS-temadag i
Aust- og Vest-Agder
25 oktober 2018**



09:30 - 10:00	Kaffe	
10.00 – 10.15	Velkommen	Fylkesmannen i Aust- og Vest- Agder
10.15 – 11.15	Status	Helsedirektoratet
11.15 – 12.15	lunsj	
12:15 – 13:00	Tjenester og økonomi: erfaringer fra Lillesand kommune	Maria Edelsteen Kjær og Ånon Eikeland
13.00 – 13.20	pause	
13.20 – 14:10	Resultater innrapporteringer – utfordringer	Helsedirektoratet
14:10 – 14:30	pause	
14:30 - 15.30	Kommunal pasient og brukerregister (KPR)	Helsedirektoratet

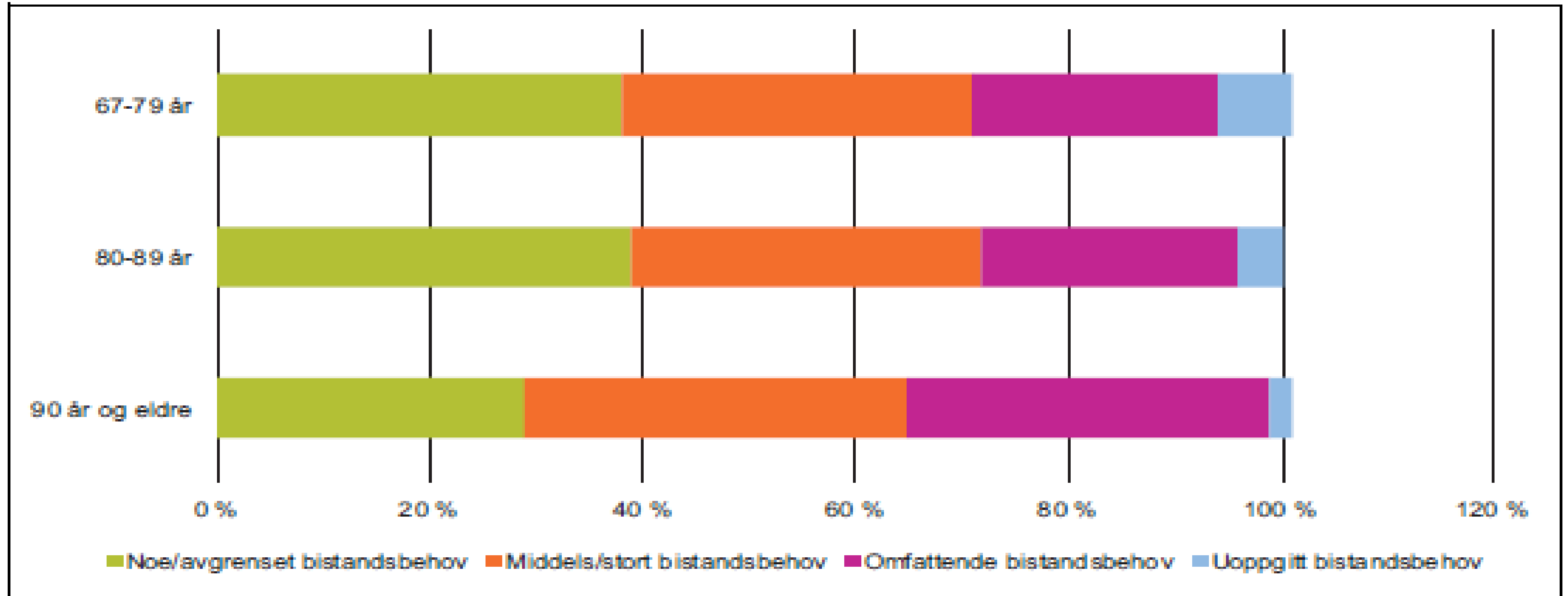


ill: Mario Gaarder



- (I) Statistisk sentralbyrå, Forskningsavdelingen (2018)
 - *The quality and effectiveness of municipal care for the elderly and disabled in Norway*
- (I) NTNU Gjøvik (2017)
 - *Cross Care Old/Samhandling i kommunehelsetjenesten*
- (K) Statistisk sentralbyrå, Forskningsavdelingen (2017)
 - *Er det en sammenheng mellom pensjoneringsalder, sykkelighet og dødelighet?*
- (I) Helsedirektoratet (2016)
 - *Kommunalt pasient- og brukerregister*
- (I) Agenda Kaupang (2016)
 - *Evaluering av SIO-prosjektet*
- (K) Universitetet i Agder (2016)

Eksempel: Meld. St. 15 39 Leve hele livet (s.39)



Figur 2.5 Mottakere av omsorgstjenester etter bistandsbehov 67 år og eldre i 2016

Kilde: Iplos. SSB-rapport 2017/26

Årets innsending

Innsendingsperiode: 1 – 15 januar

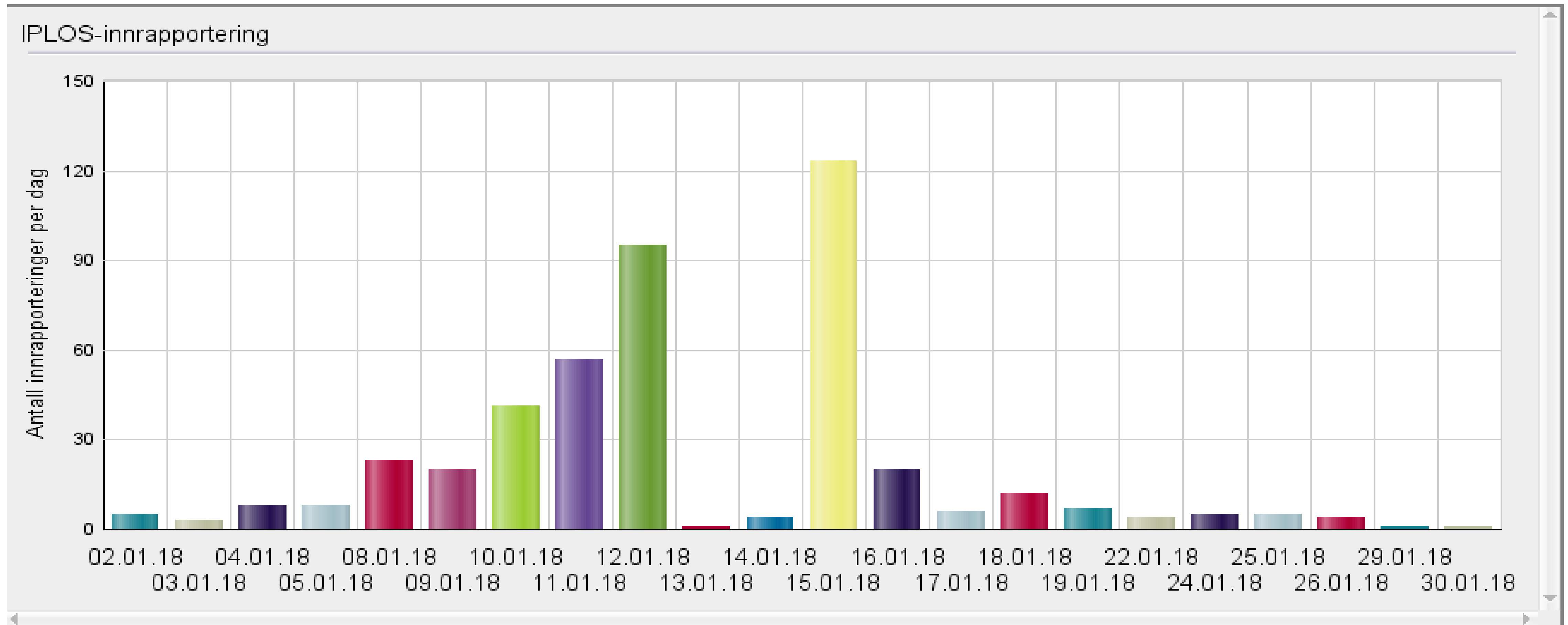
Ny norgesrekord 30 januar hadde alle kommuner rapportert

Førstegangsinnsending av 2017-data

Per tirsdag 16.januar kl 14: 376 kommuner av 428 har sendt inn, 47 kommuner gjenstår.

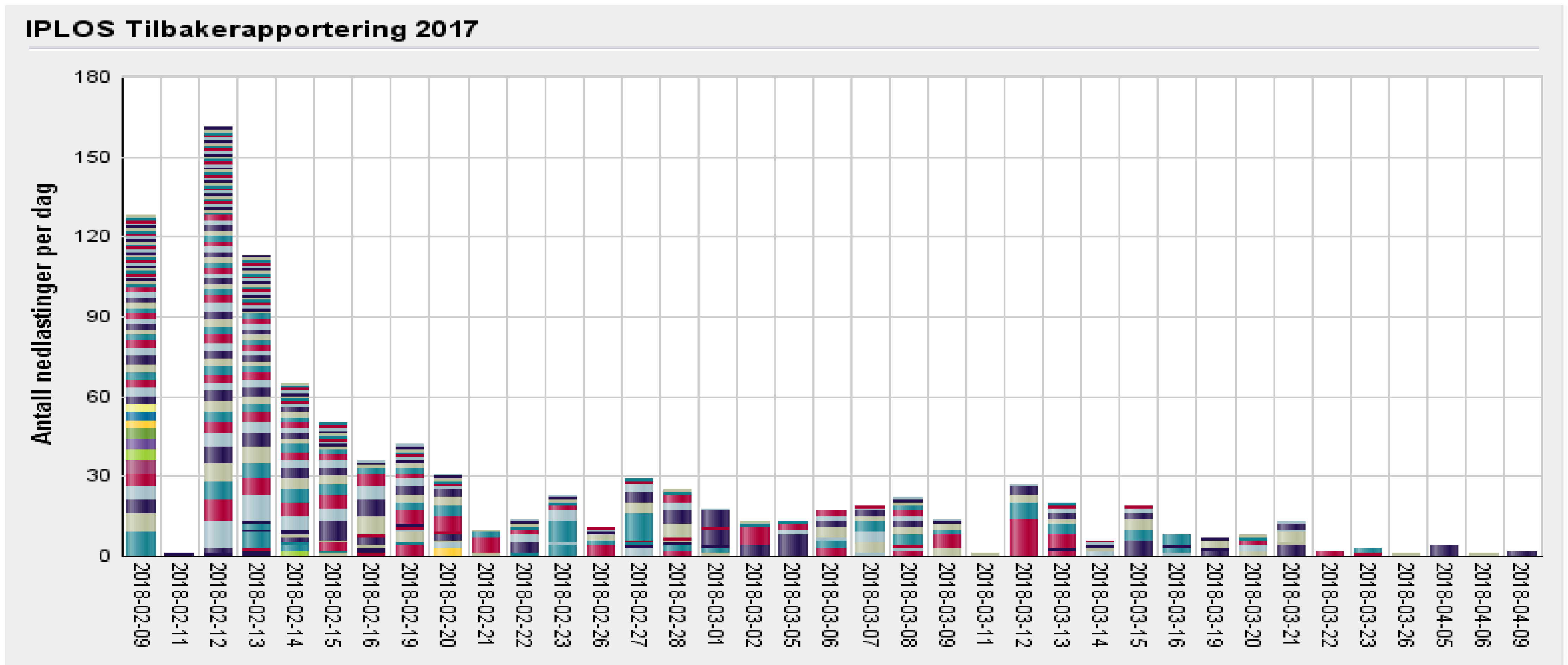
Per dato	15.januar	18.januar	Alle innrapportert
2018	384	(376 per 16.01)	30.januar ¹ (428 kommuner)
2017	326	382	10.februar (428 kommuner)
2016	327	367	18.februar (428 kommuner)

Antall innrapporteringer av 2017-årgangen i perioden 2.januar - 30.januar.



Noen kommuner sender inn flere ganger i løpet av perioden, slik at antall innrapporteringer er høyere enn antall kommuner

Antall nedlastinger av tilbakemeldingsfiler fra 9.februar - 9.april 2018



Rapporter 2018/26

STATISTIKK OM TJENESTER OG TJENESTEMOTTAKERE

Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017

PUBLISERT:

22. august 2018

- <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>

Årets innsending var siste gang IPLOS data ble sendt til det pseudonymet registeret i SSB.

Mål:

- Januar 2019 sendes IPLOS data til KPR

Ny kravspesifikasjon



Kravspesifikasjon - IPLOS i KPR

Hva er nytt og hva er endret?



Ny digital veileder

- Spørsmål og svar integrert
- Publisert i juni

Rapportering av IPLoS-data til KPR

Veileder for IPLoS-rapportering

Sist oppdatert: 09.02.2018

Søk i veilederen

Opplysninger om person og boforhold

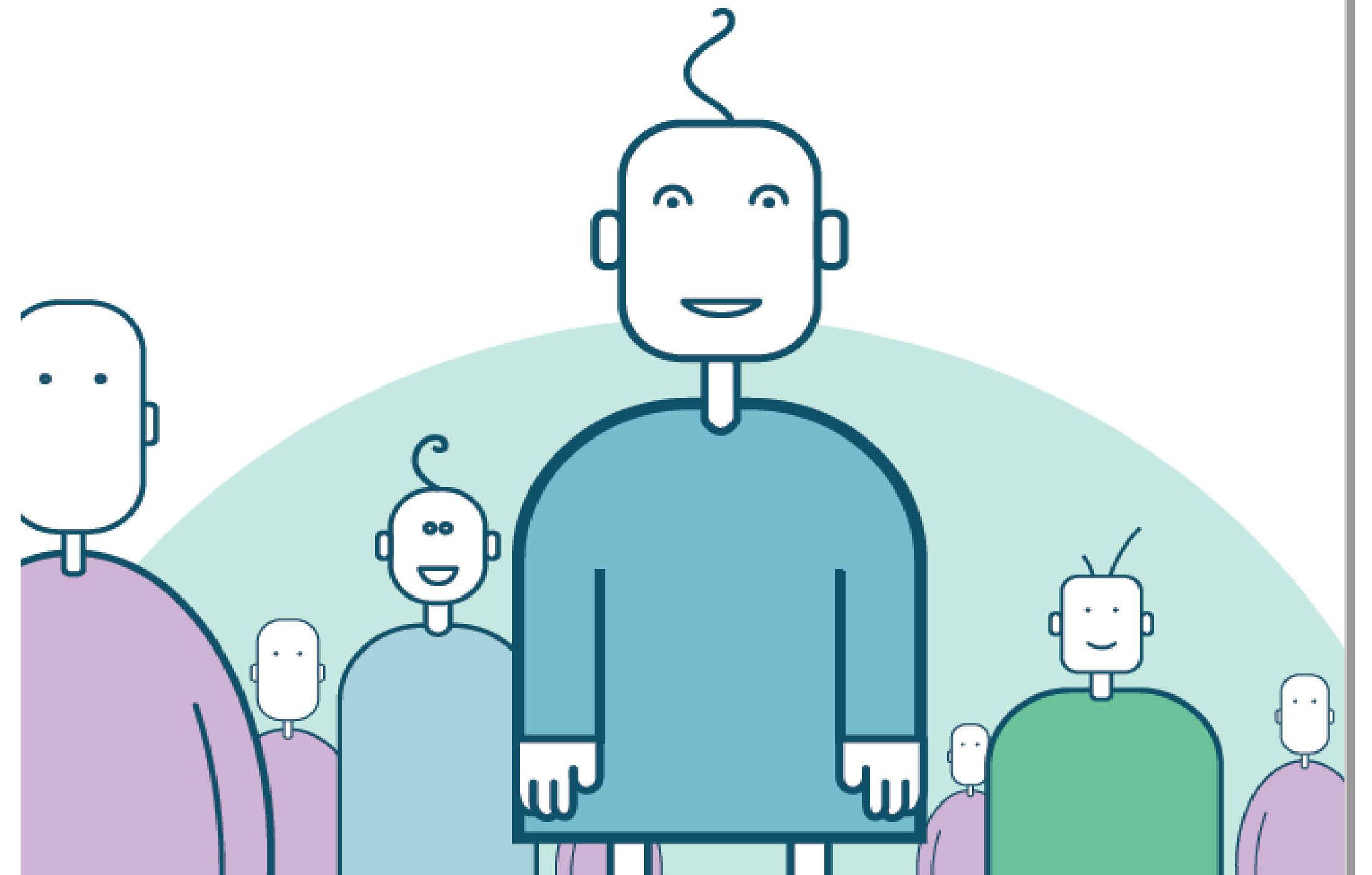
Vurdert av tannhelsepersonell/lege

<https://red-data.helsedirektoratet.no/preview/#/1200>

Informasjon om helse- og omsorgstjenester i Kommunalt pasient- og brukerregister

Fra IPLOS til KPR

Ny informasjonsbrosjyre tilpasset KPR



«HELDØGNS»

Behov for ny rapportering

*Et notat om bruken av begrepet
«heldøgns helse- og omsorgstjenester» i
statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*

- Heldøgns – [notat fra HOD og KS](#)

«Heldøgns omsorg er blitt et samlebegrep for svært ulike tilbud til ulike brukergrupper. Det eksisterer ingen felles forståelse eller definisjon av begrepet, noe som oppleves som et problem når det benyttes i statistikk, brukes som betegnelse på botilbud eller brukes til økonomiske formål.»

«Dagens helse- og omsorgstjeneste krever en ny tilnærming til begrepsbruk og definisjoner dersom man skal klare å lage god statistikk og gode grunnlag for framskrivninger. Det er denne nye tilnærmingen notatet tar sikte på å bidra til.»

Helse- og omsorgsdepartementet og KS legger en 2-trinns forståelse til grunn.

1. «Heldøgns»-begrepet knyttes til tjenestetilbudet uavhengig av boform.
2. Deretter vurderes boligbehovet og eventuelle krav til boligens egnethet og utforming som arena for omfattende tjenesteyting.

Ny løsning

Er det samlede tilbudet å anse som heldøgntjenestetilbud?

1. Ja
2. Nei

Er det samlede tilbudet å anse som heldøgntjenestetilbud (planlagt inn fra 2019)

Avklaring heldøgntjenestetilbud:

- Heldøgntjenestetilbudet kan variere og være mangfoldig ut fra individuelle behov.
- Det er innholdet i og omfanget av tjenestetilbudet som bestemmer om det er heldøgntjenestetilbud, ikke boformen eller organisasjonsformen.
- Tilbudet vurderes ut fra kommunale kriterier.

Bruk av informasjonen:

Hvem:

(behovsvurdering mm)

Hva:

- hvilke tjenester som inngår (som kan være **mangfoldig** ut fra individuelle behov)
- omfanget av tjenester (varierte ut fra individuelle behov)

Hvor:

- deretter kan man se på hvor brukeren bor
 - i eget hjem
 - omsorgsbolig
 - annen bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsbehov
 - institusjon

Ny rapportering:

Er det samlede tilbudet å anse som heldøgntjenestetilbud?

Rapporteres med:

Ja (dato)

Nei (dato)

Bolig: Omsorgsbolig eller annen bolig som kommunene disponerer til helse og omsorgsformål

Det er kun tildeling av bolig som skal rapporteres **alle alternativene** under utgår

1. Uten fast tilknyttet personell
2. Fast tilknyttet personell hele døgnet
3. Fast tilknyttet personell deler av døgnet

Boligen er en del av ordinær boligmasse

- Ja
- Nei



Venteliste

Bakgrunn:

HOL:

§ 3-2 a. *Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*

Hva må kommunene gjøre?

1. føre venteliste over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold
2. Fatte vedtak om venteliste plass for langtidsopphold eller tilsvarende bolig - kvalifisert for langtidsopphold
 - ✓ Hvis det er forsvarlig at du kan bo hjemme mens du venter
3. Særrapportering til Helsedirektoratet kvartalsvis
4. Rapportering til KPR/IPLOS

Resultat av første kartlegging

- Samlet rapporterer kommunene at 1420 personer står på venteliste.
 - Dette er personer som oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold, men som med forsvarlige tjenester kan bo i eget hjem eller motta andre tjenester.
- Av disse bor 457 personer i eget hjem, mens 963 personer er tildelt korttidsplass

Les mer her:

- <https://helsedirektoratet.no/nyheter/oversikt-over-personer-pa-venteliste-til-sykehjem>

Reservasjon av diagnoseopplysninger fjernes

- I KPR - forskriften er det ikke krav til reservasjon på innsending av diagnoseopplysninger.
 - Fjernes med hjemmel i KPR-forskriften.



© Foto/Mostphotos-Teerawut MASAWA

Opplysninger om legemiddelgjennomgang og ernæring



Nye variabler fra 2015

<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>

Legemiddelgjennomgang



Samarbeid med
pasientstikkerhetsprogrammet

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Rapportering av Legemiddelgjennomgang – kun på **sykehjem**

Skal registreres med avkrysning

- 1.Ja
- 2.Nei

Rapportering av LMG for personer i terminalfasen

- Personer i terminalfasen er et unntak: selv om de mottar bistand til legemiddelhåndtering er det ikke nødvendig med en full LMG. Det skal registreres "nei".

Krav til legemiddelgjennomgang (LMG):

LMG

- er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk.
- kan gjøres av behandlende lege alene eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet.
- skal baseres på en samstemt legemiddelliste fra aktuelle behandlingsnivå, samt relevante kliniske opplysninger.

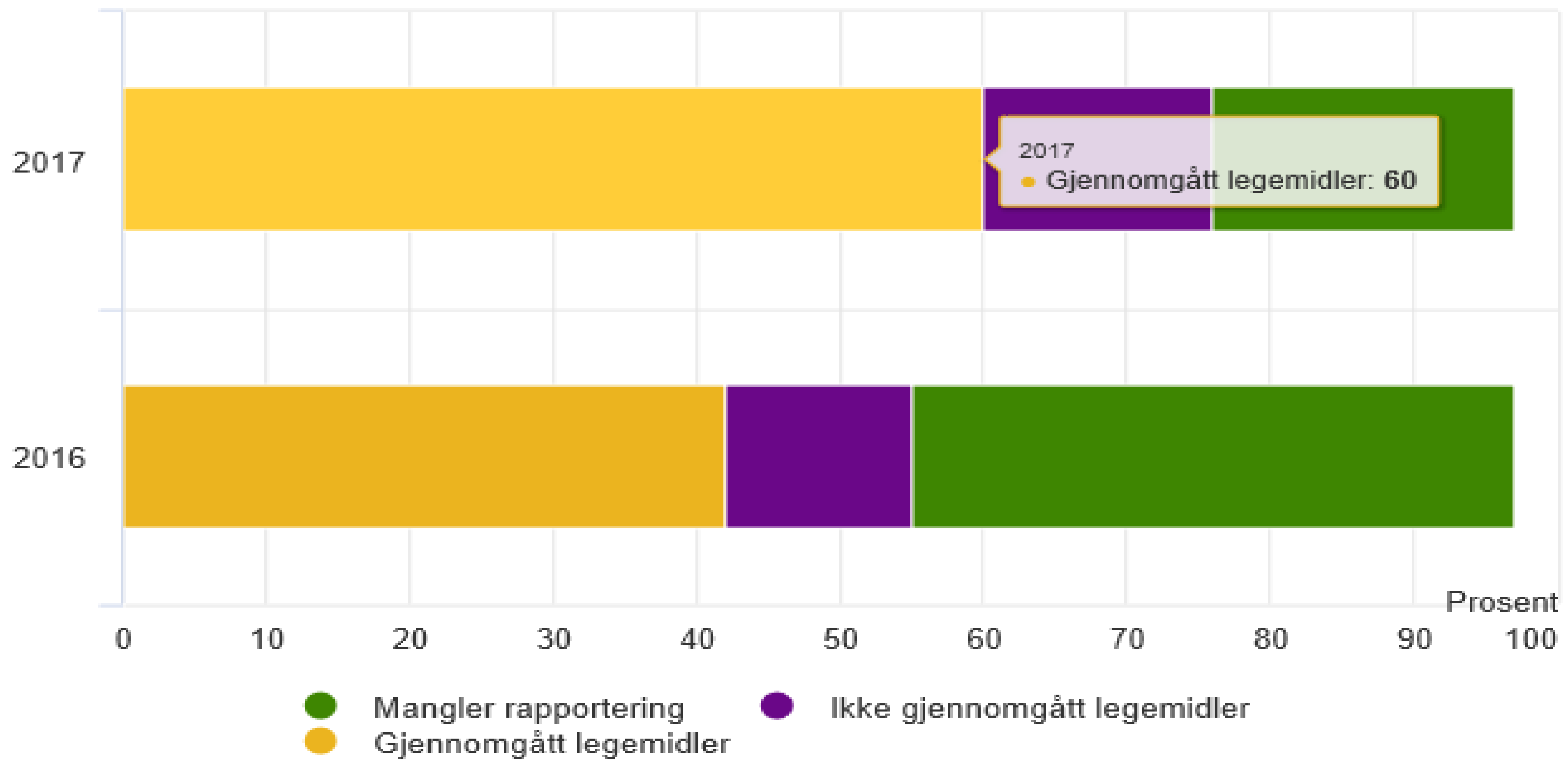
JA

- Svaralternativ "Ja" kan ikke rapporteres før det foreligger sikker informasjon fra lege om at LMG er gjennomført og dato for gjennomføring.

NEI

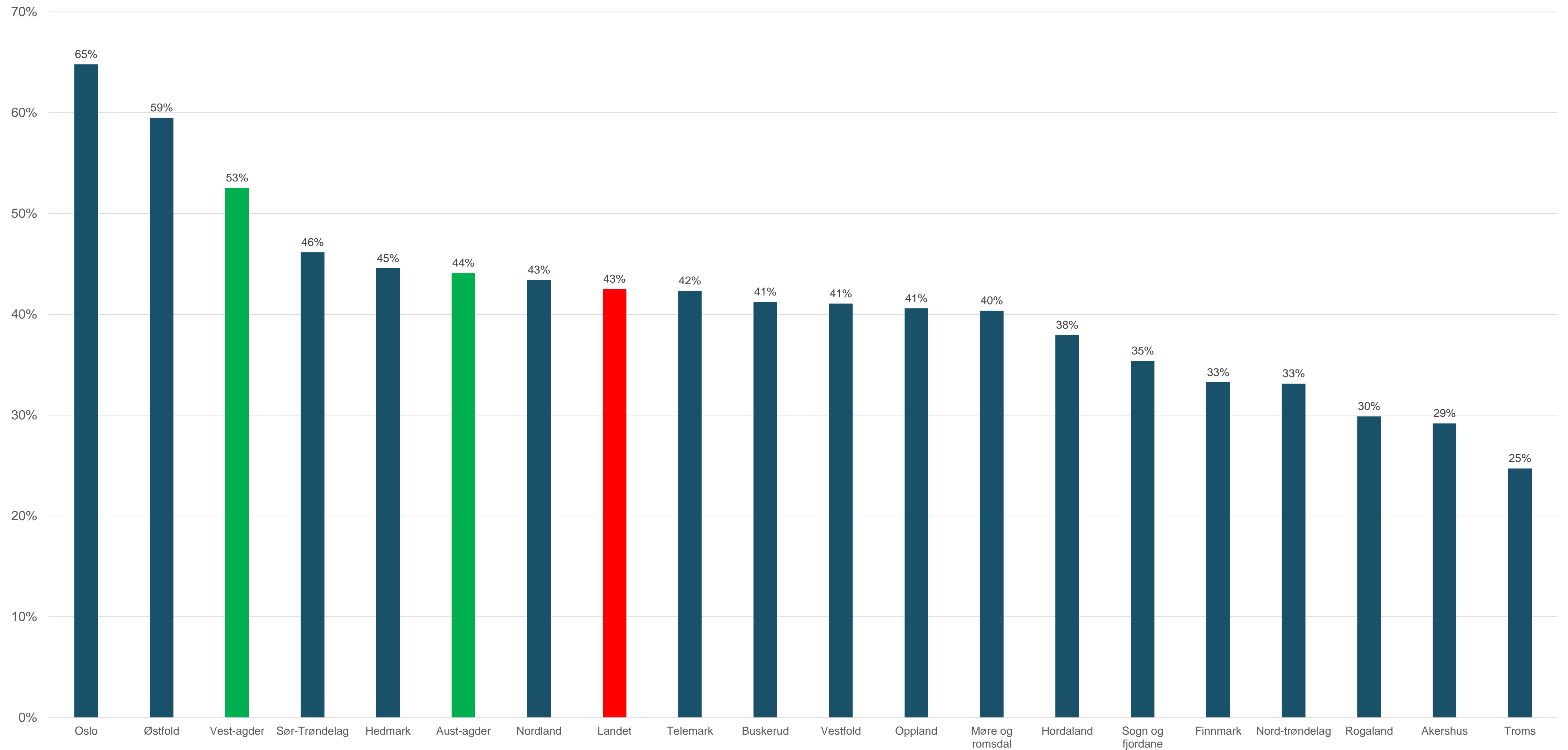
- Alle beboere på langtidsopphold skal ha en LMG. **Inntil den er gjennomført, registreres det "nei".**
- Les mer i veileder for legemiddelgjennomgang - <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-legemiddelgjennomganger>

Figur 2. Personer som har fått gjennomført legemiddelgjennomgang i løpet av året. 2016-2017

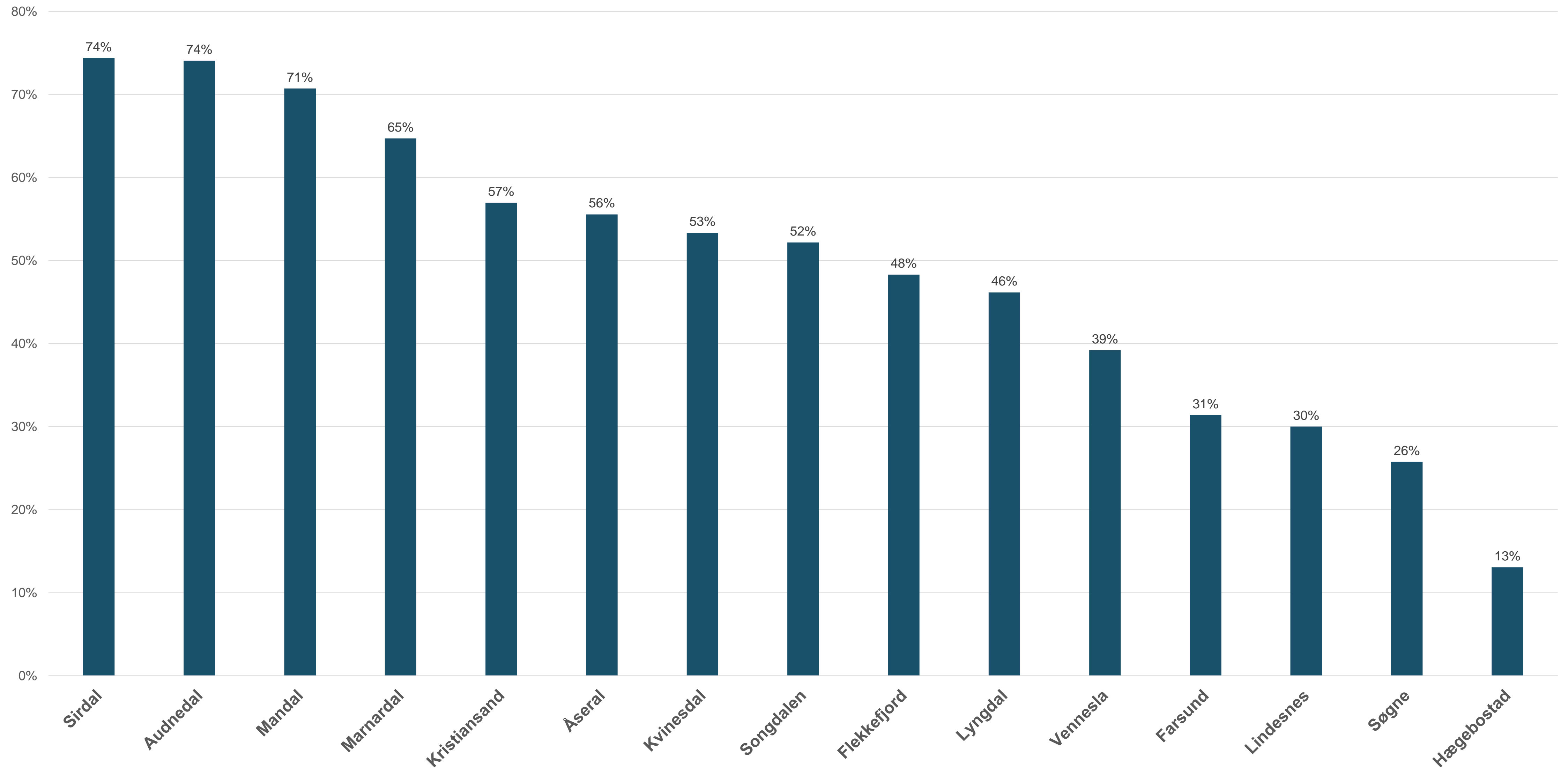


Kilde: IPLOS-registeret

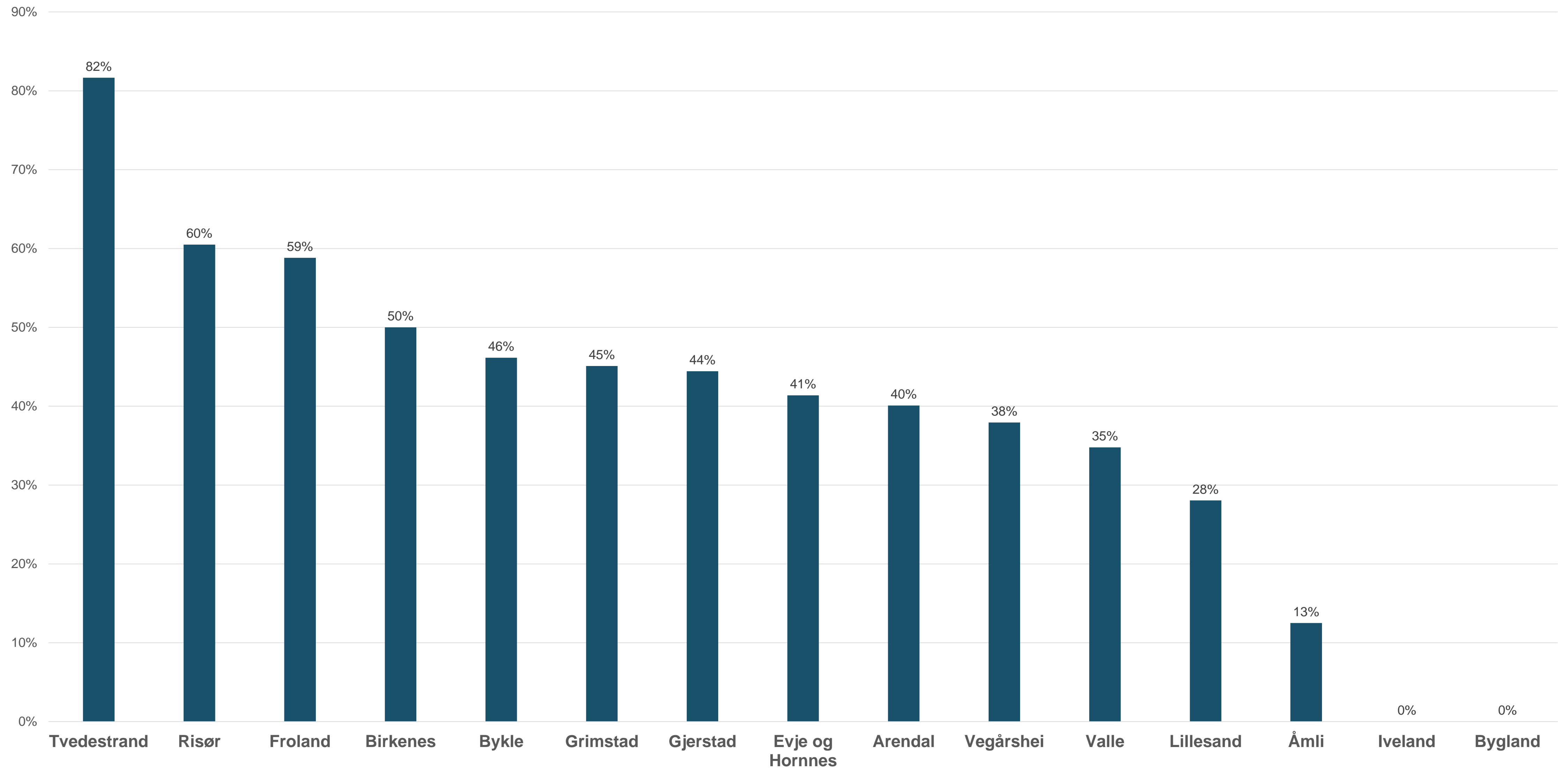
Andel på langtidsplass med registrert legemiddelgjennomgang i 2017 - Fylkene



Andel på langtidsplass med registrert legemiddelgjennomgang i 2017 – Vest-Agder



Andel på langtidsplass med registrert legemiddelgjennomgang i 2017 – Aust-Agder







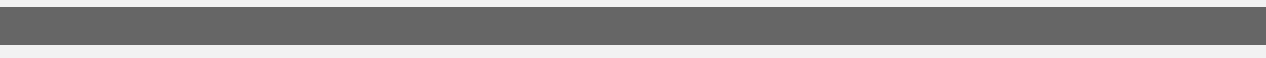

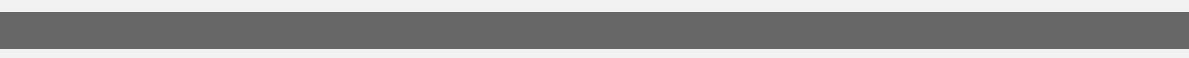

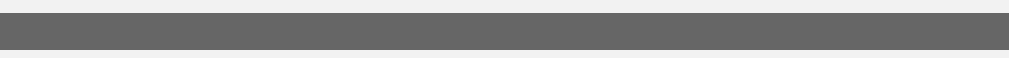

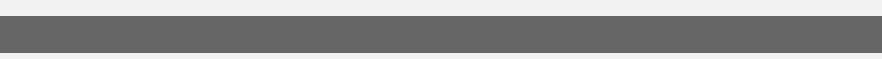



Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer på Helse Norge







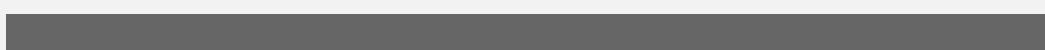








Kommunale helse- og omsorgstjenester

Indikatorer for kompetanse og sykefravær blant ansatte, samt legetid og enerom for beboere.

- <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>

Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang			
Behandlingssted	Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder	Hele landet:	14 900
		Andel	Antall
- Vest-Agder		64,2 ²⁾	636 ²⁾
Songdalen		100,0	13
Sirdal		100,0	28
Marnadal		78,6 ²⁾	11 ²⁾
Kvinesdal		76,2	16
Åseral		71,4 ²⁾	5 ²⁾
Kristiansand		71,1 ²⁾	339 ²⁾
Mandal		67,3	70
Vennesla		61,4 ²⁾	43 ²⁾
Lyngdal		56,7 ²⁾	17 ²⁾
Flekkefjord		53,9 ²⁾	41 ²⁾
Audnedal		47,1	8
Farsund		38,1	24
Søgne		35,0	14
Lindesnes		. ²⁾	. ²⁾
Hægebostad		. ²⁾	. ²⁾

Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang

		Hele landet:	49,0	14 900
Behandlingssted	Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder	Andel	–	Antall
- Aust-Agder		51,8 ²⁾		327 ²⁾
Tvedestrand		95,6 ²⁾		43 ²⁾
Risør		74,0		37
Birkenes		66,7		14
Valle		61,5 ²⁾		8 ²⁾
Froland		60,0		21
Bykle		60,0 ²⁾		6 ²⁾
Evje og Hornes		58,8		10
Gjerstad		52,9		9
Arendal		50,0		135
Grimstad		43,1		28
Vegårshei		42,1		8
Lillesand		14,3 ²⁾		8 ²⁾
Bygland		0,0		0
Åmli		. ²⁾		0 ²⁾
Iveland		. ²⁾		0 ²⁾

Risiko for underernæring



Rapport
IS-2336

Helsedirektoratet

Forprosjekt innen kvalitetsindikatorer for ernæring og legemiddelgjennomgang
Utredning fra Avdeling statistikk

Risiko for underernæring

Hvem skal vurderes?

- alle søkere/mottakere av helsehjelp, tidsbegrensede opphold i institusjon og langtidsopphold i institusjon
- Søkere/mottakere av andre tjenester bør også risikovurderes.

Hvorfor?

Følger av plikten til forsvarlighet i [Helsepersonelloven § 4](#) og [Helse- og omsorgstjenesteloven](#) om pasientsikkerhet og kvalitet.

Hvor ofte?

Ernæringsmessig risiko skal vurderes månedlig i henhold til [faglig retningslinje](#)

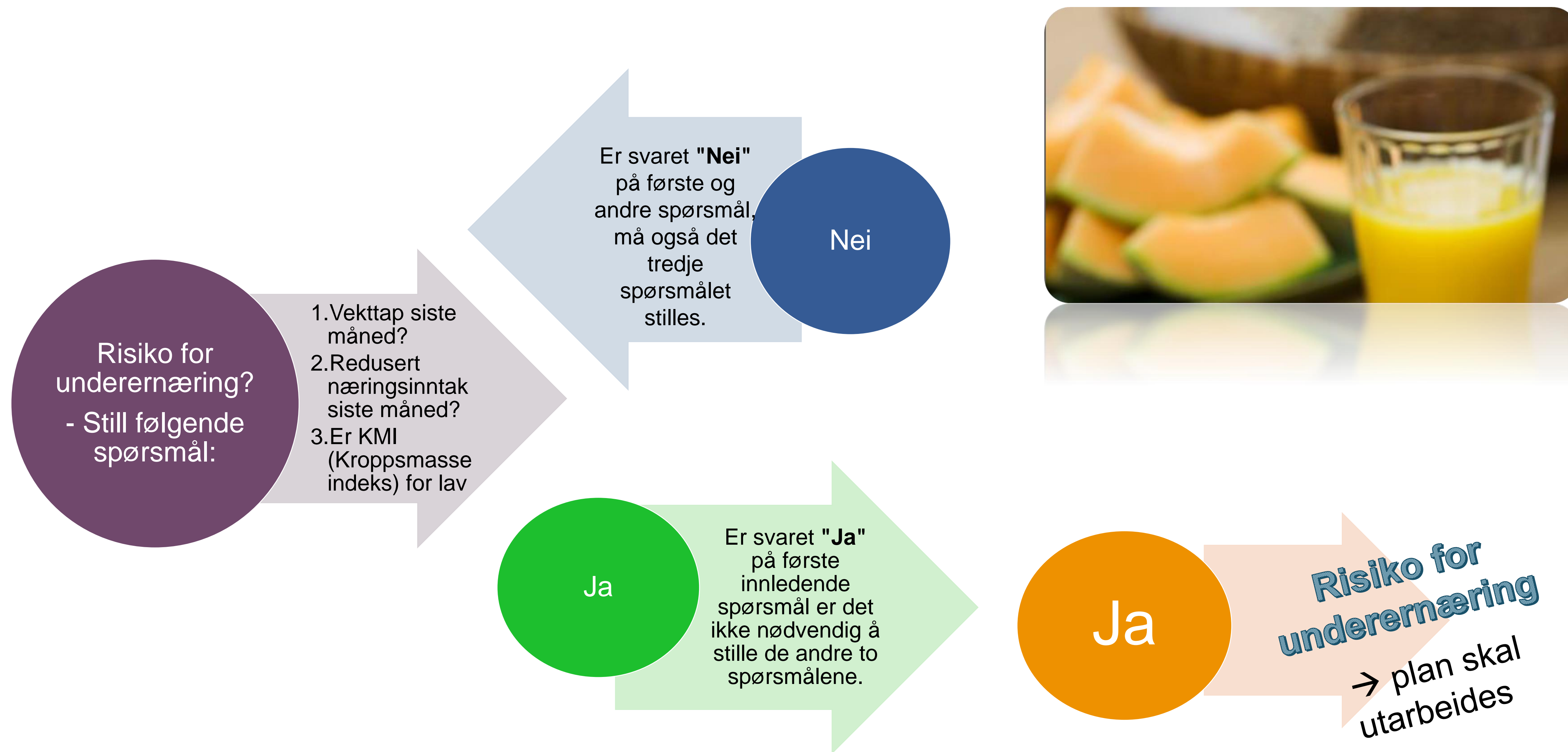


Unntak:

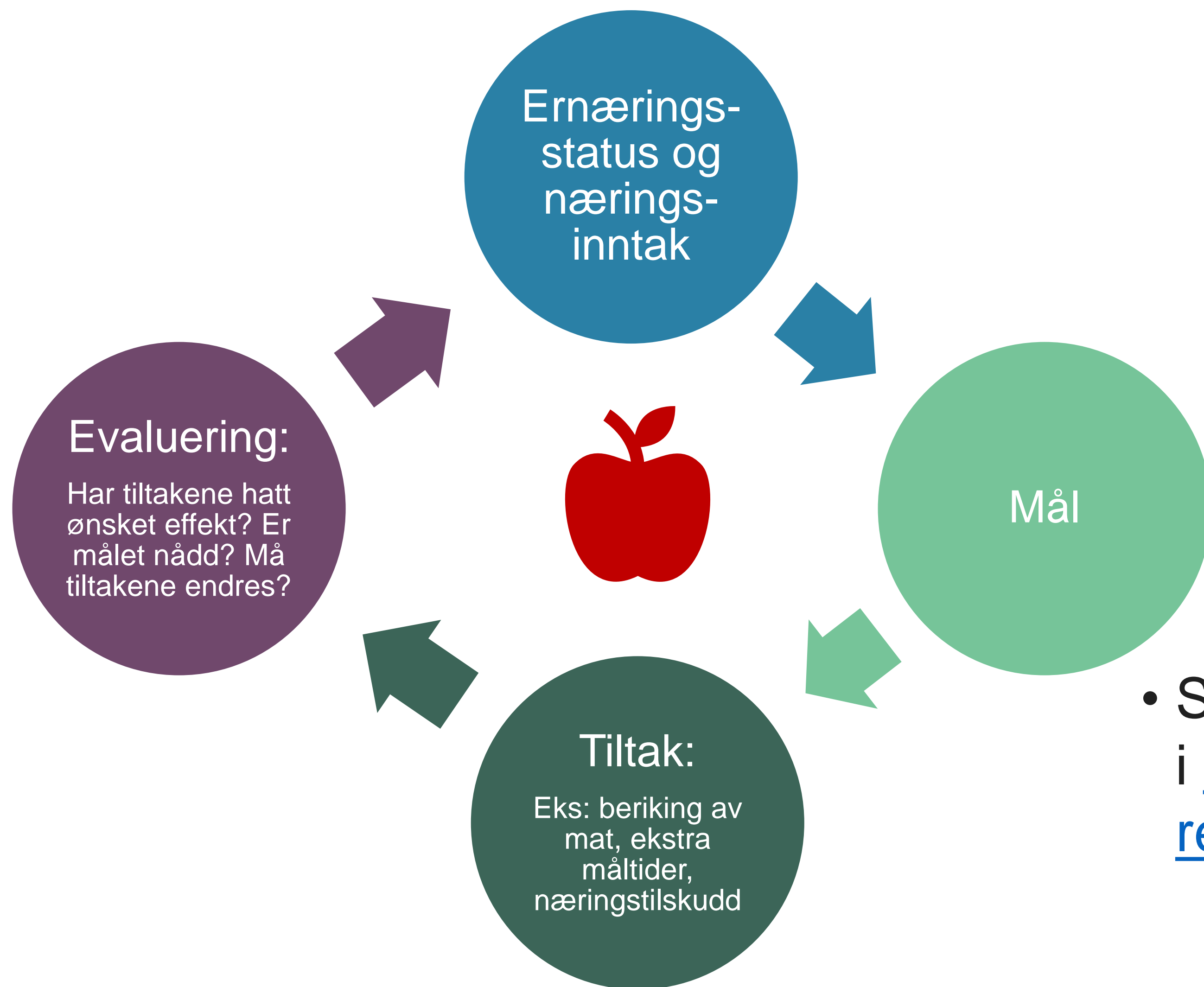
- personer i terminalfasen
- personer under 18 år
- gravid eller ammende

ikke krav i følge [nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring \(IS-1580\)](#) til å vurdere risiko for underernæring.

Hvordan vurdere risiko for underernæring?



Hva er kravene til en ernæringsplan?



- Se mer om ernæringsplan i [nasjonal faglig retningslinje](#)



«Leve hele livet» kapittel 6 Mat og måltider

Oppsummert er hovedutfordringene:

- Manglende systematisk oppfølging
- Manglende sosialt fellesskap og lite vektlegging av måltidsomgivelsene
- Få måltider og lang nattfaste
- Lite mangfold og valgfrihet
- Lang avstand mellom produksjon og servering

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte:

- Det gode måltidet
- Måltidstider
- Valgfrihet og variasjon
- Systematisk ernæringsarbeid
- Kjøkken og kompetanse lokalt

6.4 Systematisk ernæringsarbeid (s.113)

- Systematisk ernæringsarbeid handler om å følge opp den enkeltes ernæringsbehov for å unngå under- og feilernæring.

Dette betyr at alle pasienter og brukere i sykehus, sykehjem og brukere med vedtak om hjemmesykepleie:

- må kartlegges for ernæringsstatus, videre
- skal ernæringsmessig risiko vurderes og om nødvendig
- må det utarbeides en individuell ernæringsplan.

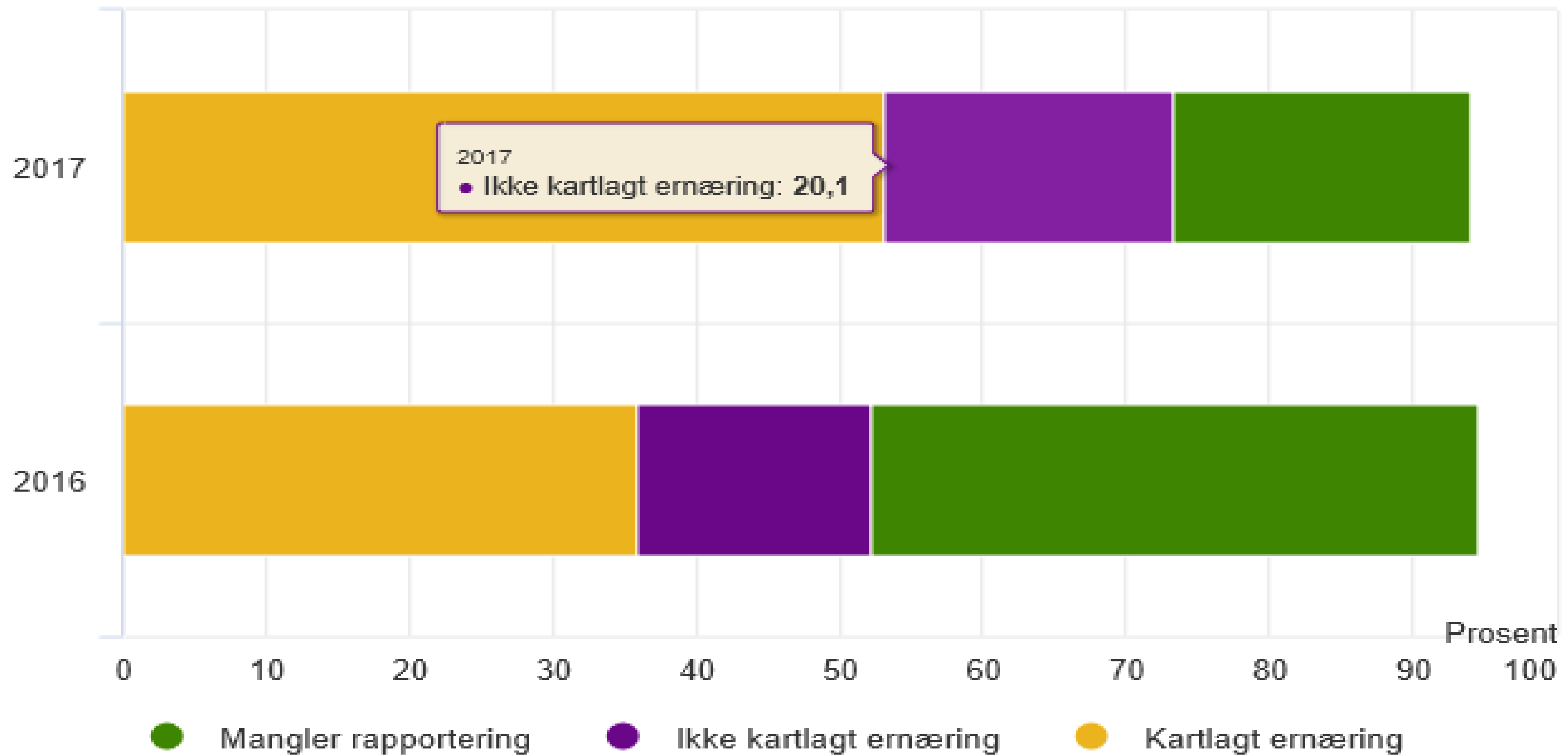


Meld. St. 15
(2017–2018)
Møding til Stortinget

Leve hele livet
En kvalitetsreform for eldre

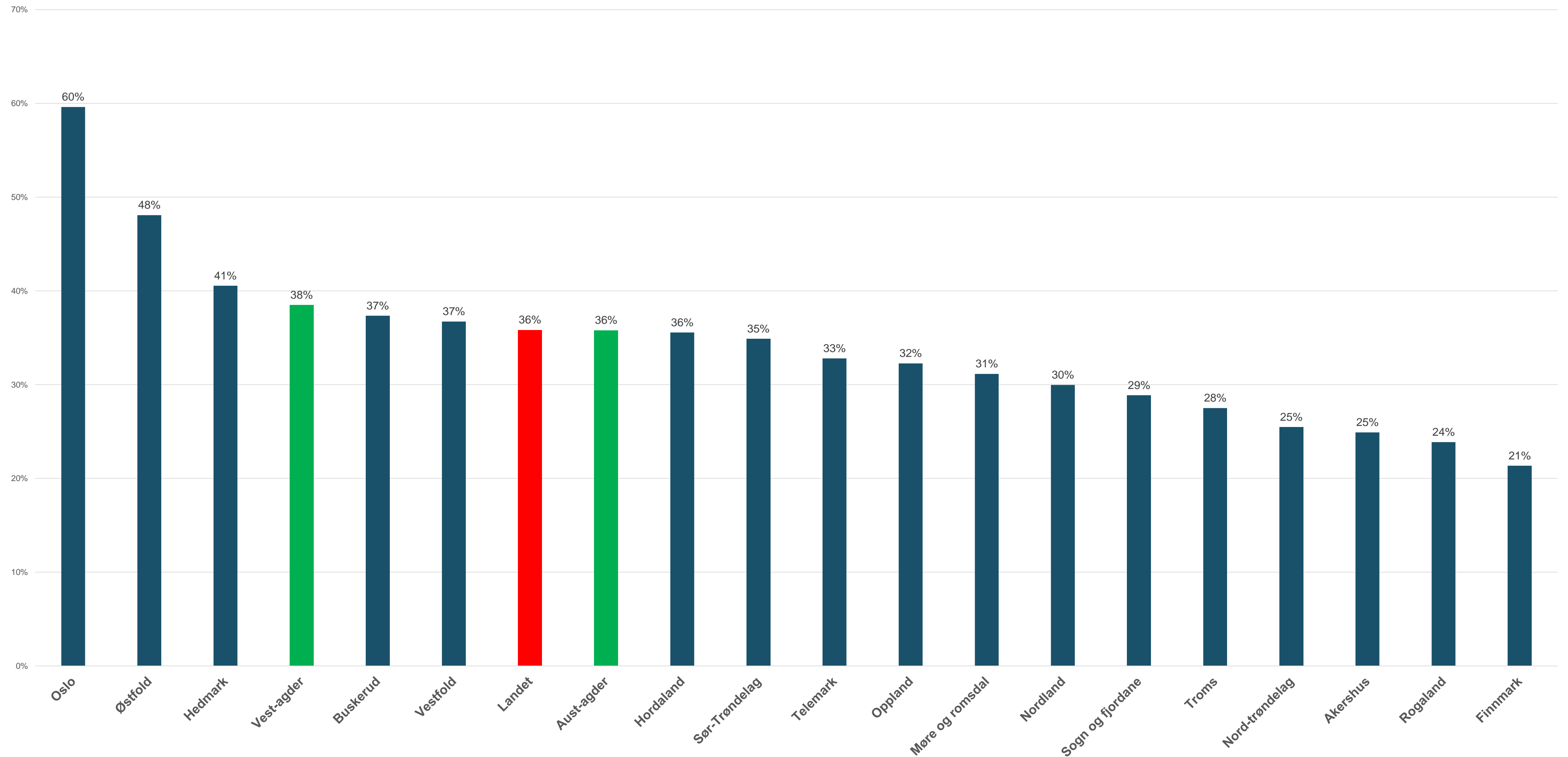


Figur 3. Personer på langtidsopphold i institusjon som har fått gjennomført ernæringskartlegging i løpet av året. 2016-2017

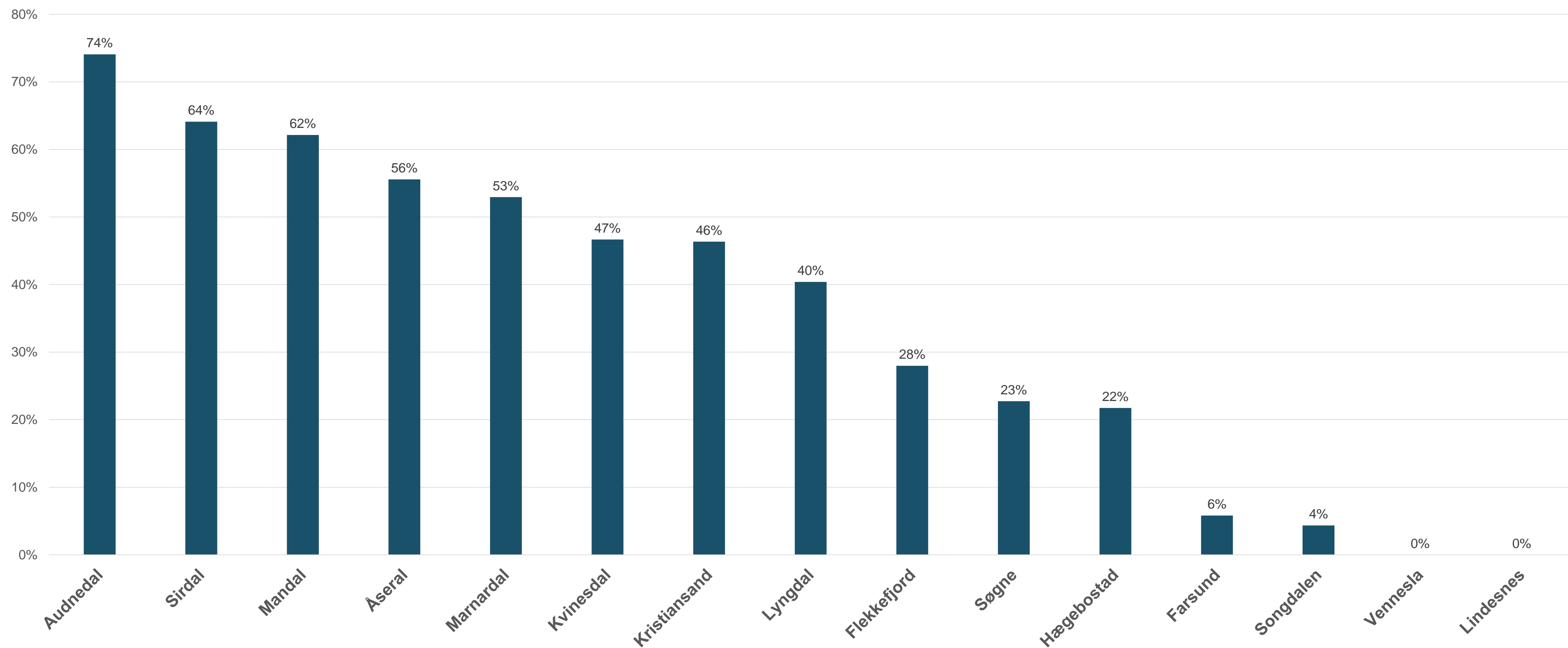


Kilde: IPLOS-registeret

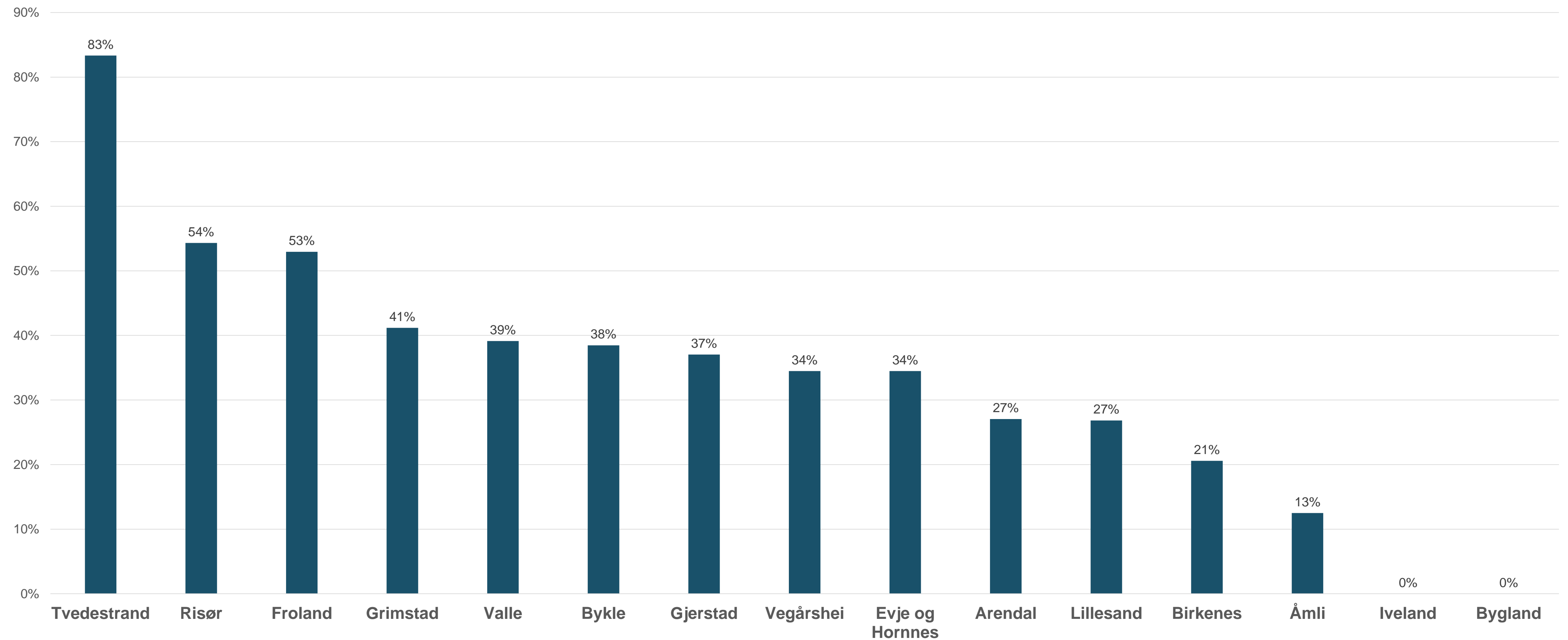
Andel på langtidsplass hvor ernæringsstatus er kartlagt i 2017 - Fylkene



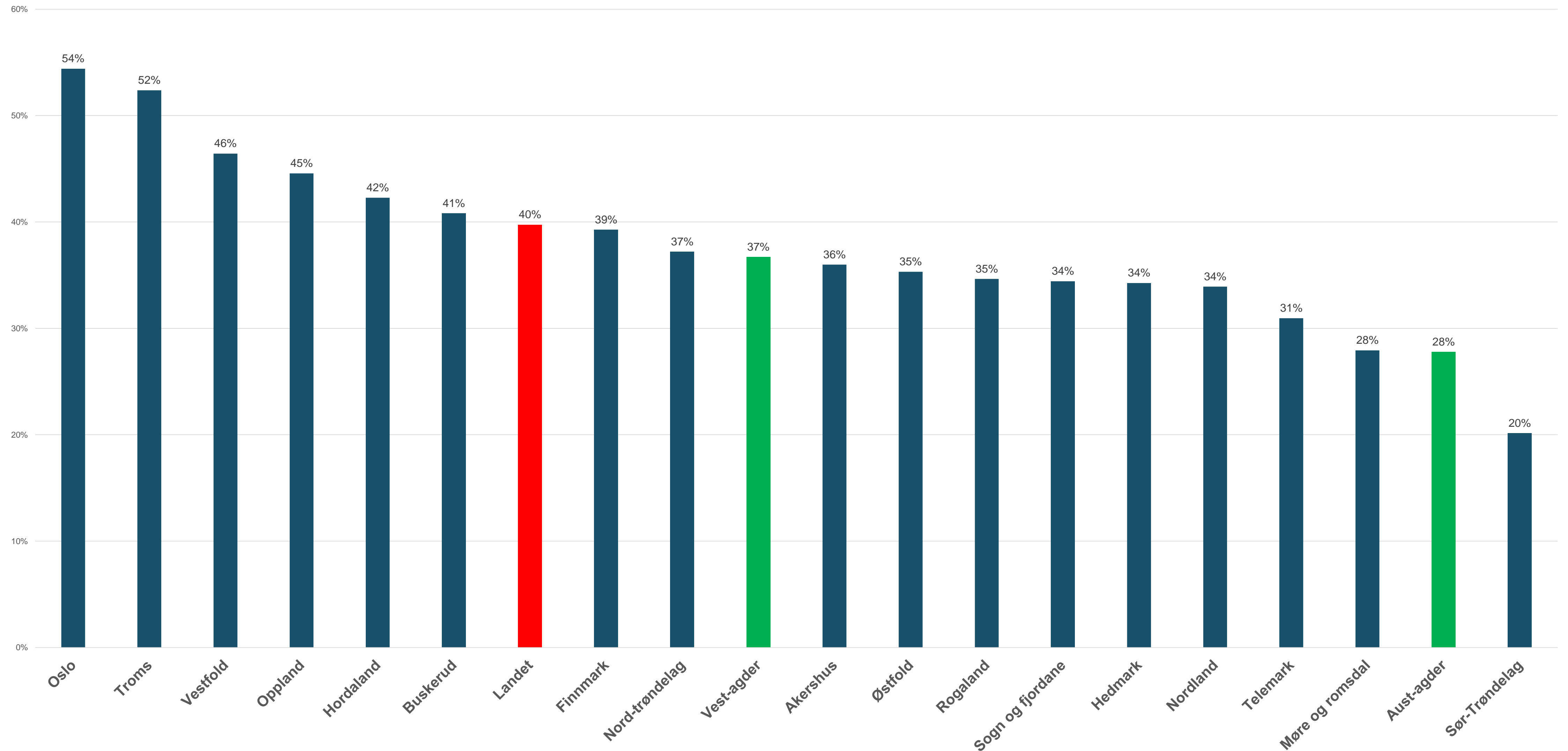
Andel på langtidsplass hvor ernæringsstatus er kartlagt i 2017 – Vest-Agder



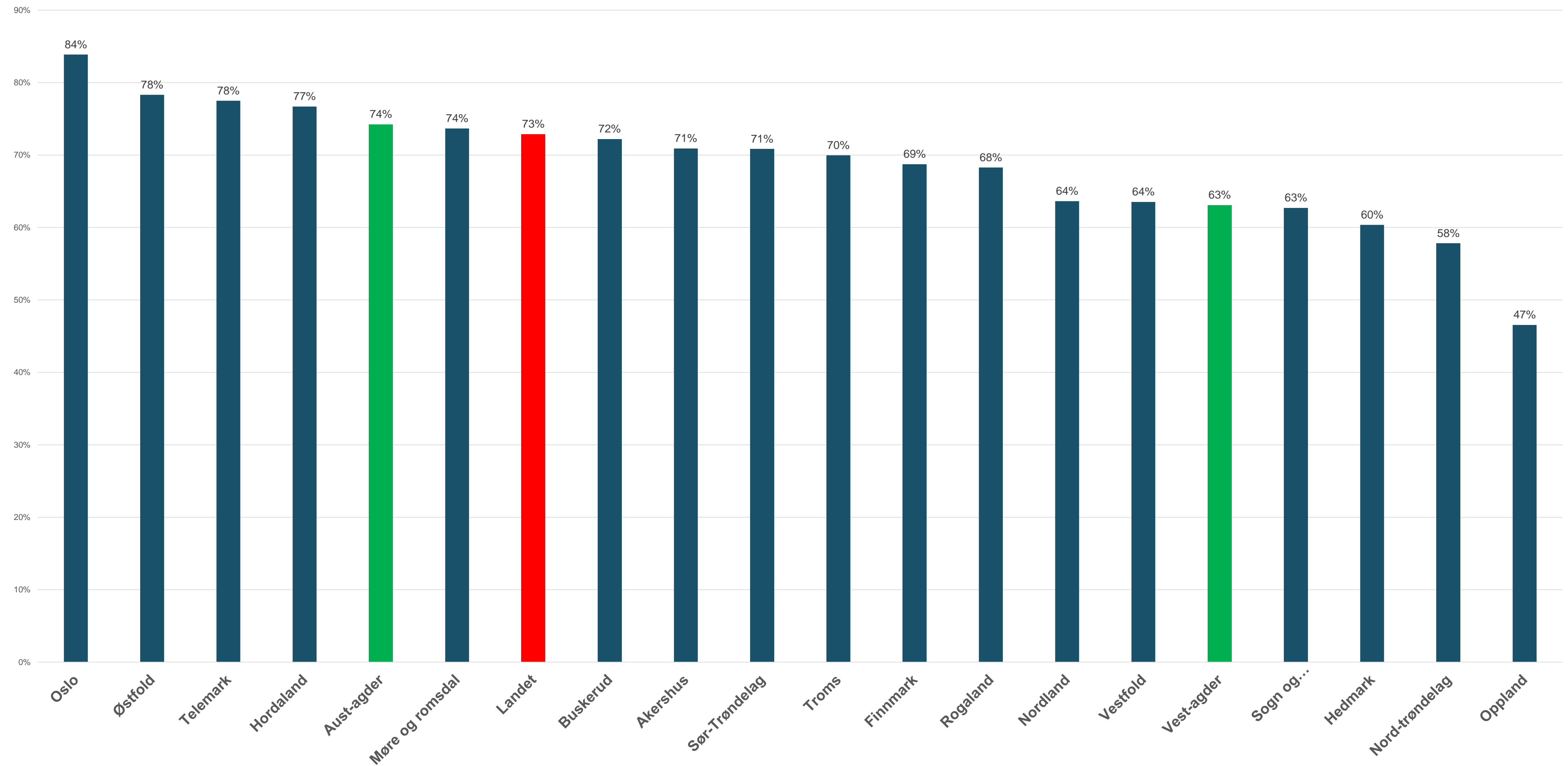
Andel på langtidsplass hvor ernæringsstatus er kartlagt i 2017 – Aust-Agder



Andel med risiko for underernæring av de som er kartlagt i 2017 - Fylkene



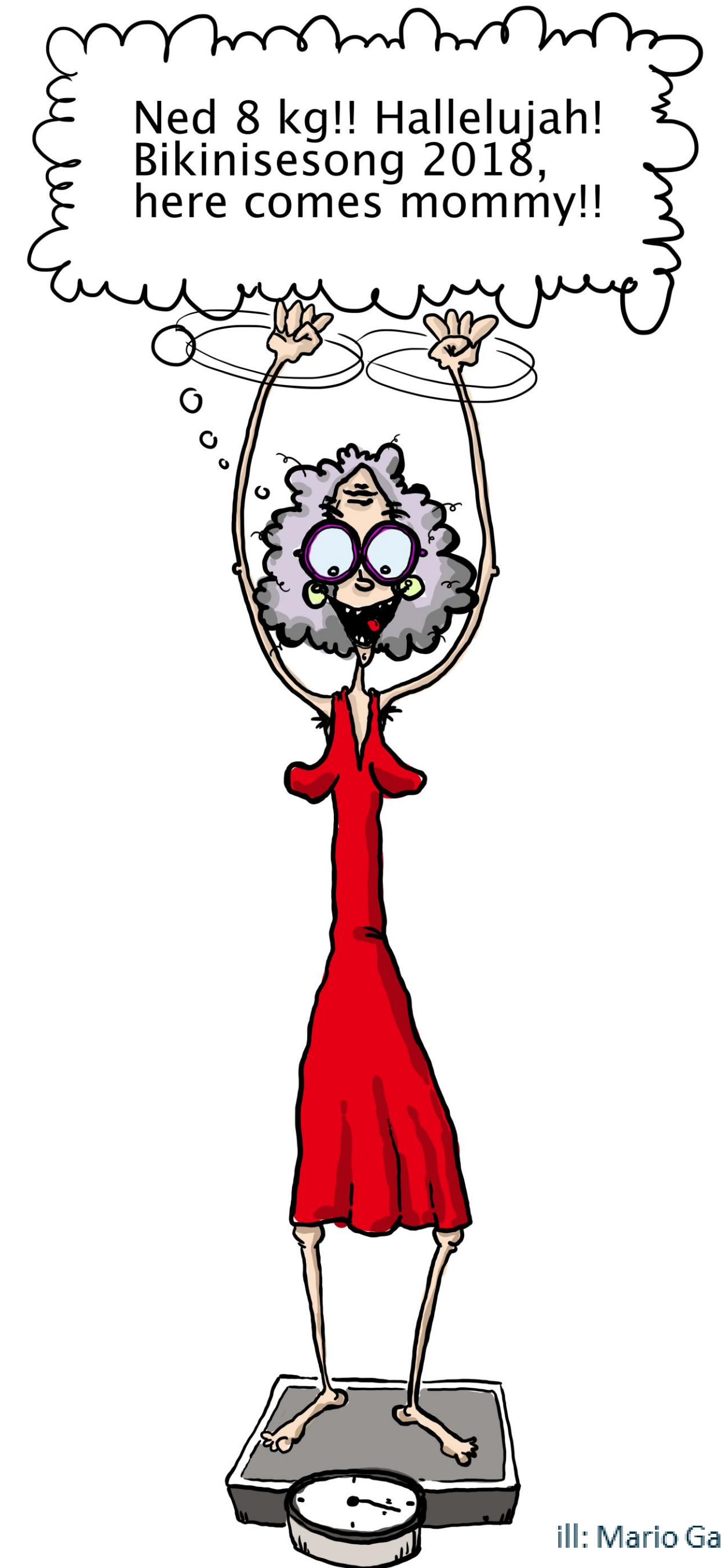
Andel med ernæringsplan av de som er vurdert med risiko for underernæring i 2017 - Fylkene



- Kvalitetsindikatorer

Hva hvis personen ikke ønsker en vurdering eller plan?

- Hvis personen selv ikke ønsker å svare på spørsmålene eller veies, er det din faglige vurdering som skal legges til grunn
- Faglig, etisk og juridisk plikt å iverksette tiltak hvis noe kan tyde på at personen er i risiko for underernæring
- Forsvarlige tjenester – «forsvarlighetskravet»



Siste nytt:



- Title: NATIONAL QUALITY INDICATORS ON NUTRITION CARE IN NURSING HOMES AND HOME CARE SERVICES IN NORWAY.
- has been **accepted** for **POSTER presentation** at the forthcoming ESPEN 2018 Congress to be held in Madrid, Spain from Saturday 01 September to Tuesday 04 September 2018.

Digitaliseringsbølgen er over oss

Velferdsteknologi må sees som en del av et større digitaliseringsløp i kommunene



Velferdsteknologi = normalen fra 2020!



Rapportering av velferdsteknologi

- Trygghetsalarm
- Lokaliseringsteknologi (GPS)
- Medisineringsstøtte (ny fra 2019)
- Digitalt tilsyn (ny fra 2019)

Elektronisk medisineringsstøtte (planlagt inn fra 2019)

Beskrivelse er under utarbeidelse



Utkast:

- «bruk av elektroniske medisindispensere som varsler via lys og lyd etter forhåndsinnstilte tidspunkt når medisinen skal tas».



Digitalt tilsyn (planlagt inn fra 2019)

Beskrivelse er under arbeid

Fra årets SSB rapport

- Trygghetsalarm og helsetjenester i hjemmet er de vanligste tjenestene for eldre. GPS-sporing tas også i bruk av stadig flere kommuner.
- Nytt er også at kommunene rapporterer bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS). I 2017 var det 611 personer som var registrert med vedtak om GPS-sporing med oppfølging fra kommunen. 84 prosent av de med GPS var personer over 67 år.

Les mer om anbefalinger om velferdsteknologiske løsninger i kommunene her:

- <https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#-anbefalinger-om-velferdsteknologiske-løsninger-i-kommunene>

Individuell plan (Nye koder – planlagt inn fra 2019)

- ja, virksom plan
- nei, individuell plan er ikke utarbeidet
- nei, ønsker ikke individuell plan
- nei, oppfyller ikke retten til individuell plan

Tabell 2.10 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per 31.12. som har individuell plan. Etter bistanndsbehov og alder. 2009-2017

	Antall mottakere	I alt	Har individuell plan	Har ikke individuell plan	Ønsker ikke individuell plan	Ikke relevant	Uoppgitt
2009	174 477	100	8	69	1	5	17
2010	174 570	100	8	68	1	10	13
2011	177 094	100	8	68	1	13	10
2012	178 687	100	9	66	2	15	10
2013	179 859	100	9	65	2	17	7
2014	180 444	100	10	65	2	18	5
2015	182 500	100	9	64	2	19	6
2016	185 505	100	8	63	3	22	5
2017	189 520	100	7	60	3	23	7
2017							
Noe/avgrenset bistanndsbehov	76 929	100	4	62	2	28	4
Middels til stort bistanndsbehov	74 259	100	8	63	3	22	3
Omfattende bistanndsbehov	29 055	100	19	59	4	16	3
Uoppgitt bistanndsbehov	9 277	100	1	12	1	9	77
Under 67 år							
Noe/avgrenset bistanndsbehov	32 705	100	8	64	4	20	3
Middels til stort bistanndsbehov	29 406	100	18	62	7	11	3
Omfattende bistanndsbehov	14 262	100	35	50	6	7	2
Uoppgitt bistanndsbehov	5580	100	1	12	1	7	79
67 år og eldre							
Noe/avgrenset bistanndsbehov	44 224	100	1	60	1	34	4
Middels til stort bistanndsbehov	44 853	100	1	65	1	30	4
Omfattende bistanndsbehov	14 793	100	3	68	1	24	3
Uoppgitt bistanndsbehov	3 697	100	0	13	0	12	75

Kilde: IPLOS

Koordinator (nye koder planlagt inn fra 2019)

- ja, oppnevnt koordinator
- nei, koordinator er ikke oppnevnt
- nei, ønsker ikke koordinator
- nei, oppfyller ikke retten til koordinator

Ulike koordinatorbenevnelser relatert til diagnosegrupper

- *Viser til:*

Helsedirektoratets veileder om [habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

Koordinatorer for diagnosegrupper

- [Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten](#)

- Om tjenester skal rapporteres til register eller ikke avhenger av:
 - hvilke type tjenester/oppfølging den enkelte person får, og ikke stillingsbenevnelser.

Tabell 2.11 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per 31.12 som har koordinator. Etter bistanndsbehov og alder. 2015-2017

	Antall mottakere	I alt	Har koordinator	Har ikke koordinator	Ikke relevant	Uoppgitt
2015	182 500	100	5	22	15	57
2016	185 505	100	9	42	26	23
2017	189 520	100	11	45	28	17
2017						
Noe/avgrenset bistanndsbehov	76 929	100	7	46	32	15
Middels til stort bistanndsbehov	74 259	100	11	48	28	13
Omfattende bistanndsbehov	29 055	100	21	43	24	12
Uoppgitt bistanndsbehov	9 277	100	1	7	8	83
Under 67 år						
Noe/avgrenset bistanndsbehov	32 705	100	14	46	26	14
Middels til stort bistanndsbehov	29 406	100	25	43	19	13
Omfattende bistanndsbehov	14 262	100	38	34	16	12
Uoppgitt bistanndsbehov	5 580	100	2	7	6	84
67 år og eldre						
Noe/avgrenset bistanndsbehov	44 224	100	2	46	37	15
Middels til stort bistanndsbehov	44853	100	3	52	33	12
Omfattende bistanndsbehov	14793	100	5	52	31	11
Uoppgitt bistanndsbehov	3697	100	0	8	10	82

Kilde: IPLOS

Rehabilitering og habilitering utenfor institusjon inkluderer også «hverdagsrehabilitering»

Rapporteres på følgende måte til registeret i dag:

- dato søknad mottatt
- dato vedtak/avgjørelse
- dato tjeneste start
- dato tjeneste slutt
- evt. avslag
- evt. dato klage mottatt og dato klagesvar fra kommunen

➤ Det vil si den rehabilitering/habilitering utenfor institusjon der tjenester som skal rapporteres til IPLoS-registeret er integrert.

Kriterier – gjennomføre 5 punkter



Er ikke disse 5 punktene gjennomført så er dette ikke rehabilitering eller habilitering.

- Jf. veileder:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Ny definisjon

§ 3. *Definisjon av habilitering og rehabilitering*

- Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.
- Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.
- Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=rehabilitering>



Utfordring

- Underrapportering
- Tilrettelegging i EPJ gjør rapporteringen krevende for kommunene

Det er behov for å endre måten dette rapporteres på i dag

- Eksempler på mulige løsninger :
 - Mottar personen Rehabilitering/habilitering utenfor institusjon (ja – nei)
 - Som en egenskap ved de tildelte tjenestene som har formål rehabilitering/habilitering
- Ulike løsninger skal drøftes med IT-leverandører



ill: Mario Gaarder

Behov for bedre kunnskap om kommunal rehabilitering

- Hvert år er mer enn 19 000 personer på rehabilitering i kommunale institusjoner.
- Kommunene har ulik registreringspraksis for pasientenes utbytte av oppholdet
- Det mangler nasjonal oversikt.



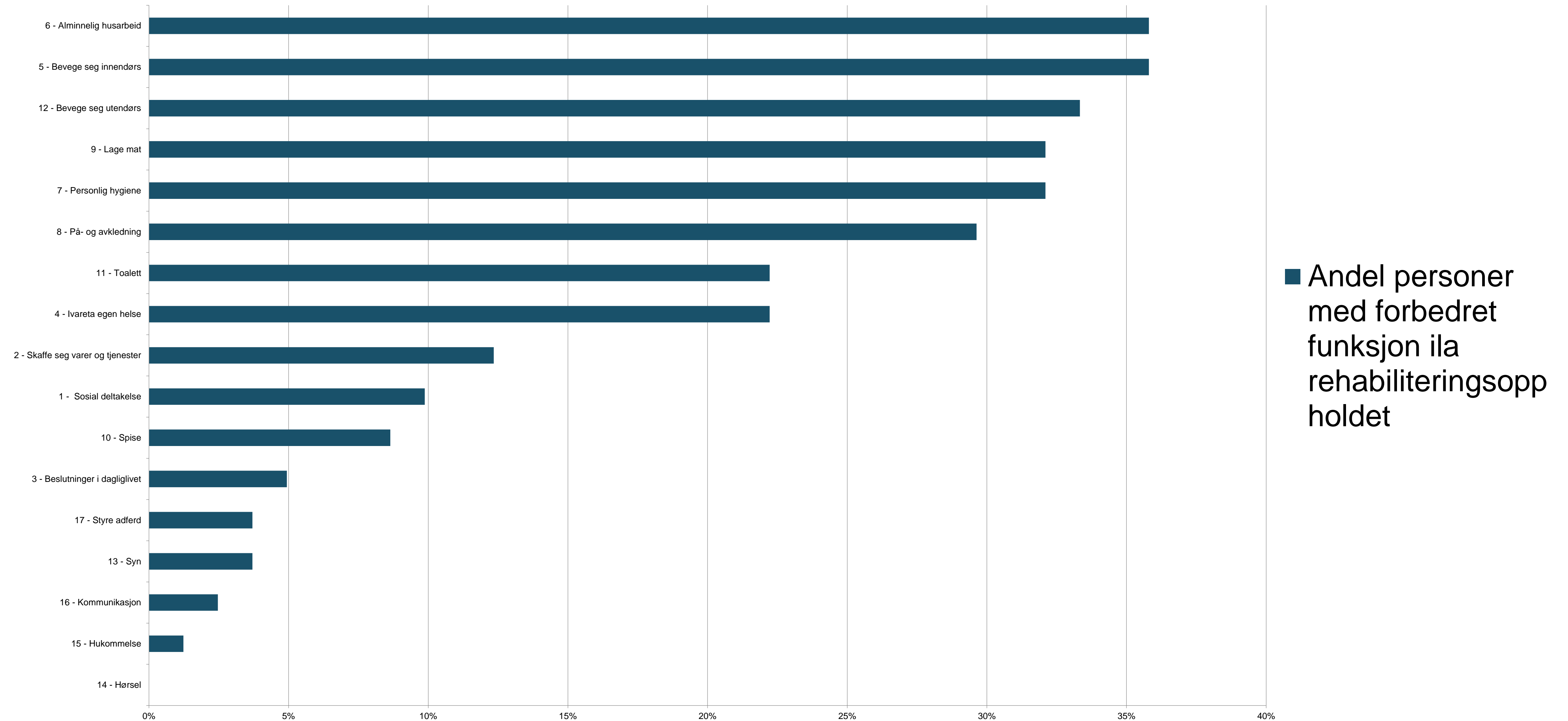
Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal døgner rehabilitering

Kartlegging av resultatindikator for funksjonsforbedring

Rapport
IS-2737

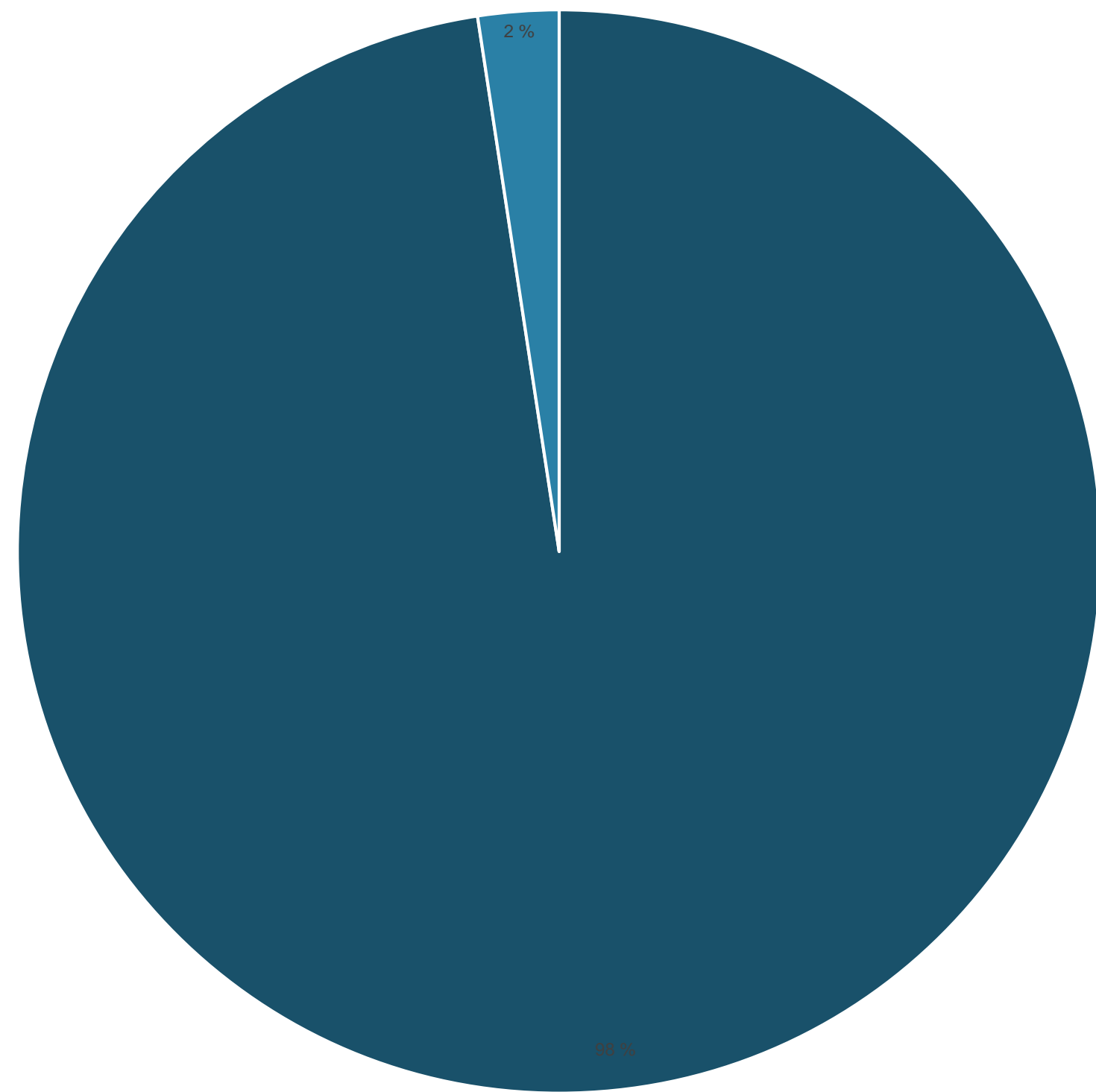
<https://helsedirektoratet.no/nyheter/behov-for-bedre-kunnskap-om-kommunal-rehabilitering>

Forbedring i funksjon, Bodø kommune



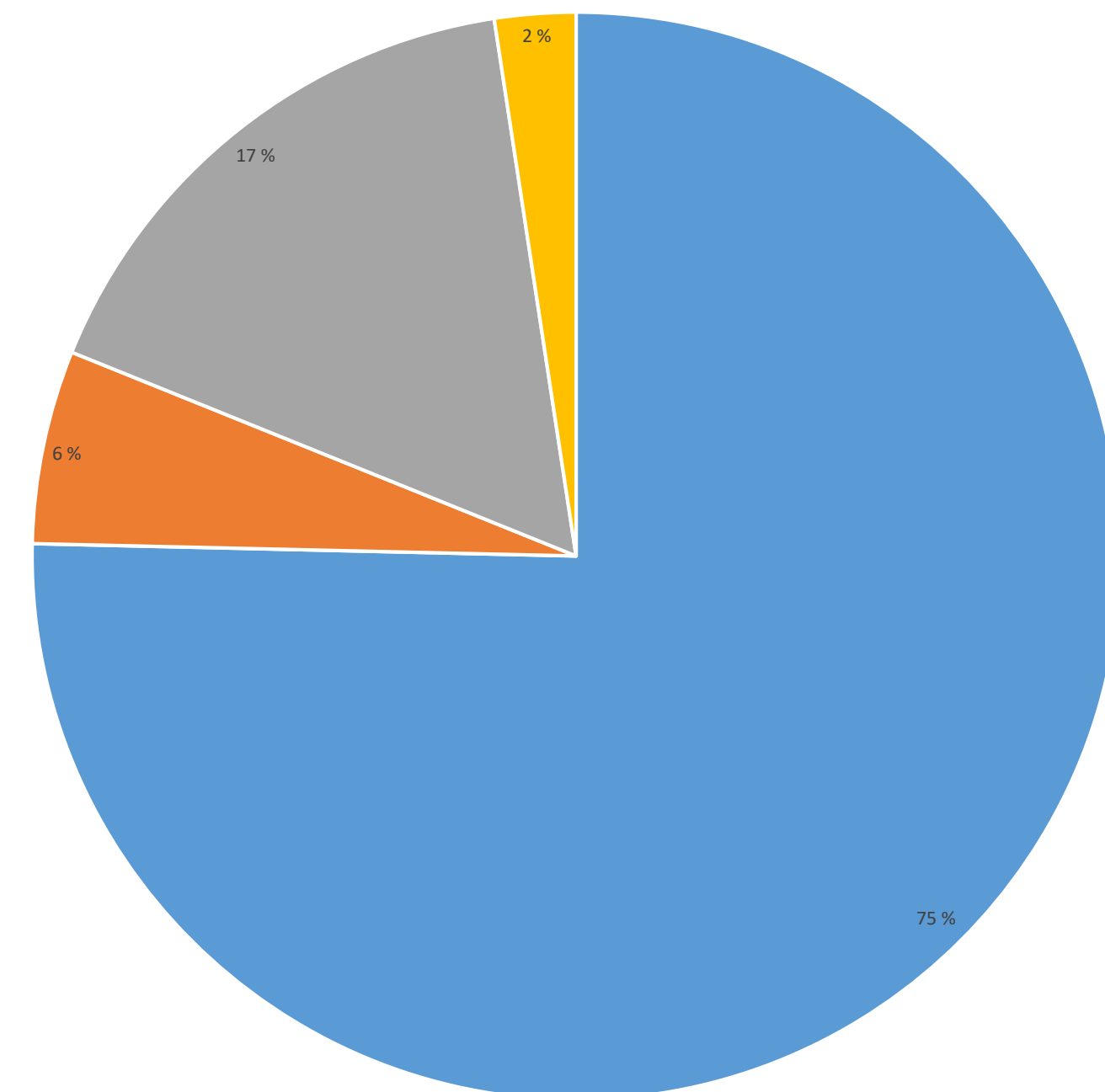
Resultater, landet

Antall opphold med/uten funksjonsvurdering inn/ut av oppholdet, landet 2017 (n=9630)



■ Antall som mangler komplett vurdering ■ Vurdering registrert både ved innkomst og utskrivning

Antall opphold med/uten funksjonsvurdering inn/ut av oppholdet, landet 2017 (n=9630)



■ Ingen vurdering ■ Vurdert ved inntak, men ikke ved utskrivning
■ Ikke vurdert ved inntak, men vurdert ved utskrivning ■ Vurdering både ved innkomst og utskrivning

Anbefaling

Momenter om hva som må på plass for å få indikator på sikt:

- 1. Spesifiserte registreringskrav og tydelig kommunikasjon fra Helsedirektoratet til kommunene**
- 2. Forbedring i kommunenes rutiner for funksjonskartlegging**
- 3. God praksis for registrering inn i fagsystem i kommunene**
- 4. Mulig å publisere indikator på datakvalitet**
- 5. Utvikling av endelig indikator må gjøres i samarbeid med kommuner**

Skåring av funksjonsvariabler

Brukes riktig metode
for
funksjonsvurderingen?



© Foto/ colourbox1018746

Hva er poenget med kodeverk i dokumentasjonen?

Stortingsmelding 9 (2012 – 2013) En innbygger en journal (kap. 3):

- -«*Bruk av terminologi skal bidra til at registrering av informasjon i IKT-systemer skjer i en standardisert form, slik at informasjonen kan gjenbrukes*»
- Enhetlig begreper snakker vi om det samme
- Kunne sammenligne seg med andre kommuner
- Strukturert dokumentasjon

WHO Family of Classification

- ICD-10 (11)
- **ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse**
- International Classification of Health Interventions (ICHI)

ICD-10, ICF og ICHI utfyller hverandre

Hva en pasient lider av (tilstand/diagnose)

Hva helsepersonell har utført av tiltak/prosedyrer/intervensjoner

Hvordan en person fungerer i sitt daglige liv



Skårinndeling i IPLOS

Bistand-/assistansevariable

Skårinndeling:

1. UTGJØR INGEN PROBLEM/UTFORDRING

for søker/tjenestemottaker

2. IKKE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE.

Utfører/klarar selv (eventuelt med hjelpemidler), men har utfordringer eller endret standard.

Endret standard vil si hvordan enkeltindividet utfører/klarar aktiviteten i forhold til tidligere.

Ikke behov for
personbistand

3. MIDDELS BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE.

Utfører/klarar deler av aktiviteten selv,
men trenger personbistand til andre deler av aktiviteten

Bistandsyter kan eventuelt gå til og fra.

Behov for
personbistand

4. STORE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE.

Utfører/klarar deler selv, men med bistandsyter
tilstede hele tiden. Bistandsyter er til stede for
assistanse/tilrettelegging/veiledning.

5. FULLT BISTANDS-/ASSISTANSEBEHOV.

Behov for personbistand til alle aktivitetene.

9. IKKE RELEVANT.

Opplysningen er ikke relevant for å kartlegge ressurser og vurdere behov for personbistand. Det foreligger ikke bistands-/ assistansebehov på registreringstidspunktet og opplysningen er ikke relevant for en helhetlig vurdering.

ICF har en skala som følger:

.0 Intet problem

.1 Lite problem

.2 Middels problem

.3 Stort problem

.4 Totalt problem

Skårmetodikk

Når du skal vurdere skår på bistandsvariablene husk alltid på:

- Ta alltid utgangspunkt i søker/tjenestemottakers ressurser – her og nå. Ikke hvordan personen har fungert eller hvordan det evt. blir når tiltak er iverksatt.
- Sett en skår som representerer søker/tjenestemottakers ressurser ut i fra en helhetlig vurdering.
 - Skår 1 betyr ingen problemer og vil synliggjøre ressurser,
 - Skår 2 betyr at personen ikke trenger personbistand til noen av aktivitetene beskrevet i variablene. (En obs = aktiviteten kan være viktig å følge med.)
 - Skår 9 – ikke relevant, gir ingen informasjon om funksjonen eller personens ressurser på området). Det **er** relevant å kjenne til om personen kan klare å gå på toalettet, ser og hører.
- Hver og en variabel skal vurderes for seg ut i fra beskrivelsene i veileder.
- Ett skår representerer en persons ressurser og begrensninger på hver funksjonsvariabel.

Eksempel

HUSK:

Det er personens **faktiske** funksjon som skal komme frem i skår uavhengig av diagnose, fysiske/psykiske hindringer eller hvor personen oppholder seg.

- Bor tjenestemottaker i institusjon, og man ikke får gjort en reell vurdering av hvordan personen utfører dagliglivets aktiviteter (eks. alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, lage mat), skal personen likevel vurderes ut fra hva personen klarer. Informasjonen er viktig for å vedlikeholde funksjoner hos tjenestemottakere på institusjon. Vurderingen som lå til grunn for vedtak om institusjonsplass kan være veiledende for senere vurdering av bistandsbehov.

Alminnelig husarbeid

Beskrivelse:

Om personen klarer å utføre vanlig husarbeid som å gjøre rent, vaske klær, bruke husholdningsapparater, lagre matvarer og kaste avfall.

Eksempel:

- Skår 3 skal benyttes hvis personen trenger noe bistand til en eller flere av disse aktivitetene. Ett eksempel kan være at personen gjør de fleste aktivitetene selv, men har problemer med å gjøre rent.
- Skår 4 skal benyttes hvis personen trenger bistand til alle aktiviteter og er delaktig sammen med bistasdyter.
- Skår 5 skal benyttes hvis personen trenger hjelp til alt og ikke er delaktig.

Bevege seg innendørs

Beskrivelse:

Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol. Trapper innendørs er ikke med.

Presisering

- Bevege seg utendørs og innendørs er hentet fra den delen av ICF kodeverket som beskriver fysisk funksjon og mobilitet. Bevege seg utendørs og innendørs skal **kun** beskrive den fysiske funksjonen, og skal vise om personen trenger bistand til selve mobiliteten. Andre faktorer som for eksempel hukommelse og å styre egen atferd skal ikke vurderes her.

Råd til vurderingen:

- Har personen behov for bistand/assistanse til å:
- gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs på flatt gulv, over terskler
- ut og inn av seng
- opp og ned av stol
- Vurder de ulike aktivitetene i variabelen - ut fra skårinndelingen (1-5).

Ta daglige beslutninger

Beskrivelse:

Har behov for bistand/assistanse til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser.

Eksempel:

- Skår 3 skal benyttes hvis personen trenger bistand til en eller flere av disse aktivitetene. Et eksempel på bruk av skår 3 er hvis personen klarer å ta noen enkle avgjørelser og valg på egenhånd, men trenger bistand når avgjørelsene blir mer kompliserte.
- Skår 4 skal benyttes hvis personen trenger bistand til alle aktiviteter og er delaktig sammen med bistsyter.
- Skår 5 skal benyttes hvis personen trenger hjelp til alt og ikke er delaktig.

Styre atferd

- Har behov for bistand/assistanse til å styre egen atferd. Med dette menes å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon overfor seg selv og andre.

Råd til vurderingen:

- Skår 3 skal benyttes hvis personen har noe manglende kontroll over egen atferd som for eksempel over verbal aggresjon.
- Skår 4 skal benyttes hvis personen har lite kontroll over egen atferd som betyr at personen må ha bistand til å styre sine impulser eller kontrollere sin aggresjon.
- Skår 5 skal benyttes hvis personen har fullt bistandsbehov til å styre egen atferd.

Vurder de ulike aktivitetene i variabelen - ut fra skårinndelingen (1-5).

Ivareta egen økonomi

- Hvis personen har verge – blir det skår 5 da..?

Vurdering av funksjonsnivå - barn

Er økonomi, husarbeid etc ikke relevant for barn?

Ivareta egen helse: Ikke relevant? eller sier barnet i fra når det har vondt i halsen f.eks?

Hva betyr normalutvikling i forhold til alder og utviklingstrinn?

- Eks:

Kan man forvente at en 12 åring normalt klarer gjøre noe husarbeid,

Kan det forventes at han vet at om han har 50 kroner så kan han ikke plukke varer for 60 kroner i butikken

Generelt vil det være store svingninger innenfor det vi betrakter som «normalt» blant barn. Noen barn kan kle på seg selv når de er 3 år og andre trenger mye hjelp. Det er normalt.

Delmål og samlemål

Bistandsvariablene blir i alt delt inn i fem funksjonsgrupper:

Delmål

- husholdsfunksjoner
- ivareta egen helsetilstand
- egenomsorg
- sosial fungering
- kognitiv svikt

Samlemål

- noe/avgrenset bistandsbehov
- Middels til stort
- Omfattende bistandsbehov

Mål:

Hva skal til..?
Lese veiledningsteksten!
Innhenting av relevant informasjon
Øve – øve og øve!

Behov for avklaringer

- Friskliv
- Lavterskeltilbud
- Psykisk helsetjeneste
- Ergoterapi og fysioterapi
- Trygghetsalarm

Rapportering av Frisklivsentraler?

Friskliv skal være en helsefremmende og forebyggende helsetjeneste

Det skal være:

- Lav terskel
- Ikke krav til vedtak eller henvisning.
- Personer som ønsker å benytte seg av dette tilbudet kan selv ta kontakt.

Rapportering til registeret?

Ja, hvis:

- det er en helsetjeneste
- det er praktisk bistand opplæring
- det er et knapphetsgode
- Vurdert at det er en nødvendig tjeneste på bakgrunn av behov
- Gjort klare avtaler om oppmøte
- Frisklivstilbud erstatter et tilbud som tidligere ble ytt i hjemmet

Skal lavterskeltilbud rapporteres?

«Lavterskeltilbud» er ikke definert i helse- og omsorgstjenesteloven.
→ en måte å innrette ulike tjenester på med ulike formål.

Vedtak?

Rapportering til IPLOS?

✓ Gjør en individuell vurdering

Rapportering av tjenester gitt av fysioterapeut og ergoterapeut

Det er ikke de ulike yrkesgruppenes innsats som rapporteres, men tjenester som ytes til enkeltindividet.

I saksbehandlingen er dette relevante spørsmål:

- Hva er formålet med tjenesten som ytes?
- Er det helsehjelp?
- Behandling?
- Praktisk bistand opplæring?
- Praktisk bistand?
- Rehabilitering?

Defineres tjenesten som behandling/utredning så skal tjenesten rapporteres som helsetjeneste i hjemmet.

Skal tjenester til personer med psykiske lidelser rapporteres?

- JA – dersom personene mottar tjenester som skal rapporteres til registeret
 - I forarbeidene til Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) presiseres det at nummeropplistingene i § 3-2 helse- og omsorgstjenester gjelder for tjenester som ytes til alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.
- Det presiseres også at nummeropplistingen er profesjonsnøytral.

Trygghetsalarm

Fra veileder i saksbehandling:

- «Trygghetsalarm og annen velferdsteknologi kan etter en konkret vurdering være «helsetjenester i hjemmet»
- «Trygghetsalarm kan etter en konkret vurdering være personlig assistanse.»

Fra IPLOS-veileder:

- Om trygghetsalarm er en helse- og omsorgstjeneste beror på en konkret og individuell vurdering av den enkeltes bistandsbehov.
- Trygghetsalarm som er tildelt for å dekke tjenestemottakers behov for helse- og omsorgstjenester skal rapporteres til IPLOS-registeret. Trygghetsalarm som tildeles etter andre kriterier skal ikke rapporteres

Tjeneste under 14 dager: krever ikke enkeltvedtak

- Er det krav til rapportering for disse brukerne som får tjeneste under 14 dager men ikke enkeltvedtak?
 - (eks bruker som bor på hytta i ei uke, hjemmesykepleien bytter på såret disse dagene («gjestepasient») og bruker samme sårprosedyre som hjemkommunen)

JA

Les mer om toukersregelen i [saksbehandlerveilederen](#)

Rapportering av dagaktivitetstilbud vs dagopphold i institusjon

To tjenestetyper:

- tjenestetype 4 Dagaktivitetstilbud
- tjenestetype 17 Dagopphold i institusjon

Dagaktivitetstilbud (dagsenter/dagtilbud)- hvilke tilbud skal rapporteres til IPLOS registeret?

Formålet med tjenesten dagaktivitetstilbud kan være hjelp til egenomsorg, sosial støtte, aktivisering og opplæring i dagliglivets gjøremål og lignende.

- Et vedtak eller beslutning om dagaktivitetstilbud kan gis til personer med ulike behov, diagnoser og ulik alder.
- Der hele eller deler av formålet er å gi nødvendig helsehjelp, for eksempel sårstell eller medisiner, kan dagaktivitetstilbud blant annet gis som dagopphold i kommunal institusjon. (tjenestetype 17 Dagopphold i institusjon)

Hva er formålet med tjenesten? Aktivitet eller helsehjelp?

Timer per uke

- Det er tiden som ytes i individrettede tiltak beskrevet i vedtak/avgjørelse som skal rapporteres. I IPLOS-registeret er det tiden individet mottar som blir synlig, ikke tiden personalet er på vakt.

Timer per uke - flere tjenesteytere

- Hvis det kun er en ansatt som yter tjenesten til individet skal tiden i dette feltet være det samme som feltet "timer per uke". Hvis det er flere tjenesteytere, to eller flere, som utfører tjenesten på grunn av tjenestemottakers behov vil, vil tallet i dette feltet være større. Formålet med denne registreringen er å dokumentere kommunens timeverk for å utføre tiltakene beskrevet i vedtak.

Økt kommunal nytteverdi av IPLOS-opplysningene - ANBEFALINGER

Et delprosjekt under forsøksordningen
med statlig finansierte omsorgstjenester



Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene
- Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester

Mandat for utredningsarbeidet



© Foto/Johnér

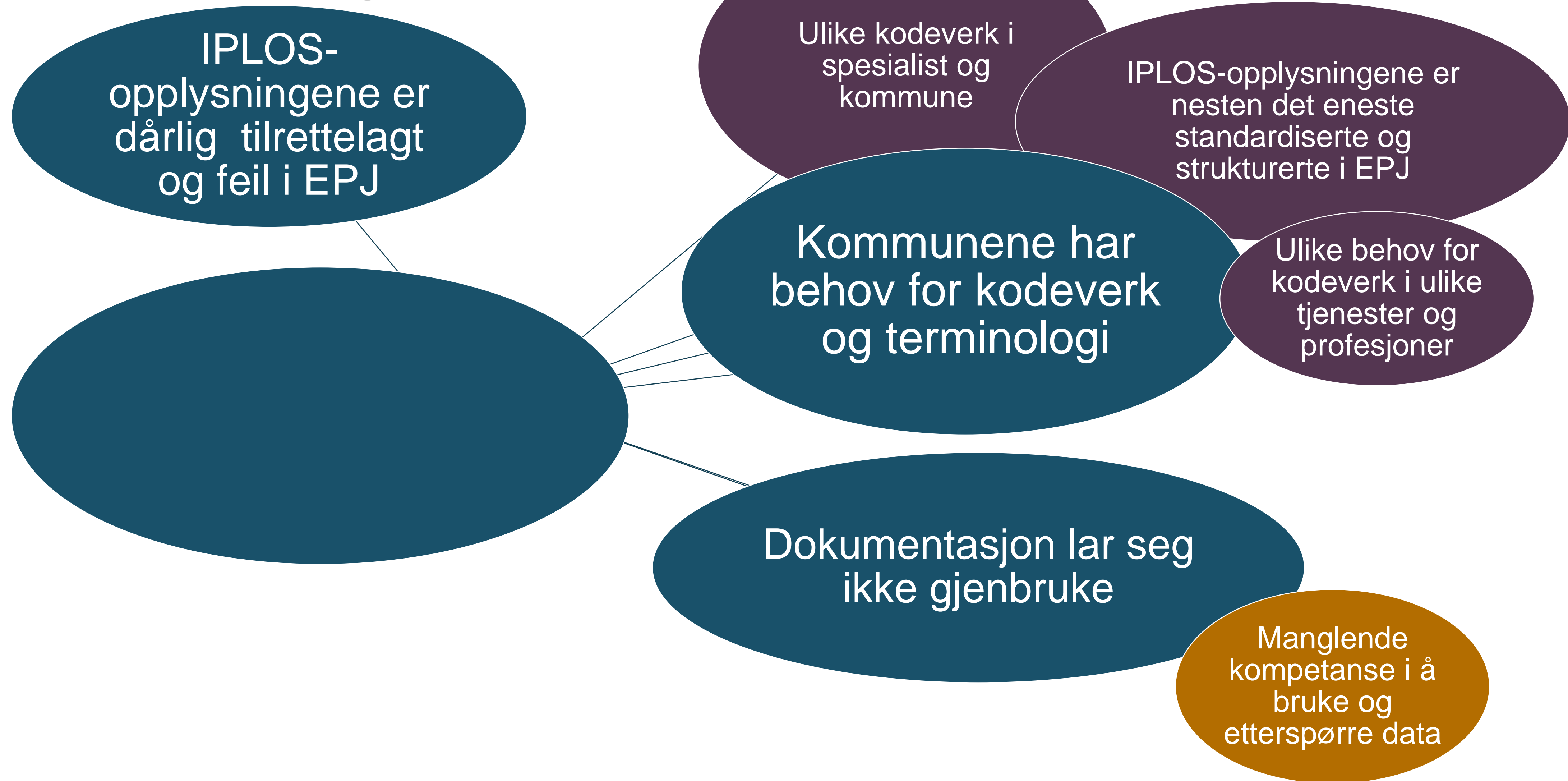
1. IPLOS-opplysninger i tiltakspakker som grunnlag for likhet i tjenestetilbudet og ressursutmåling
2. Økt kommunal nytteverdi

Arbeidsgruppa

Arbeidsgruppe	Navn	Stilling	Virksomhet
Faglig leder	Jorid Kalseth	Senior forsker	Sintef
Øvrige medlemmer	Anita Solvang Øystein Døhl Stine Johansen Haaland Iryna Antonova Terje P. Hagen Einar Stephan Anne Muggerud Solveig Marie Herbern	Fagleiar Rådgiver Prosjektleder Plan- og økonomikonsulent Professor Rådgiver Spesialrådgiver Seniorrådgiver	Flora kommune Trondheim kommune Stavanger kommune Fredrikstad kommune Institutt for UIO Drammen kommune Kongsberg kommune Helsedirektoratet
Delprosjektleder	Yvonne Solberg	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet

- 5 møter ; ett i Sverige(Socialstyrelsen og en kommune) sammen med representanter fra SIO kommunene
- Rapport

Utfordringsbilde



Arbeidsgruppens anbefalinger

1. IPLOS-OPPLYSNINGENE I EPJ OG STATISTIKK
2. KODEVERK OG STRUKTURERT DOKUMENTASJON
3. TILGJENGELIGE STYRINGSDATA
4. KOMPETANSE I KOMMUNEN
5. CASE-MIX SYSTEM



1. Endring i presentasjon av IPLOS-opplysningene og oppsett i EPJ

Anbefaler

- Endre begrepsbruk i EPJ og SSB
- Integrere beskrivelse/skåringsveiledning i EPJ
- Kun skåre aktivt på funksjonsområder der det er behov – skår 1 som default
- Forslag til nye variable
 - ✓ Trygghet
 - ✓ Initiativevne
 - ✓ Tilsyn



2. KODEVERK OG STRUKTURERT DOKUMENTASJON

Vurdering

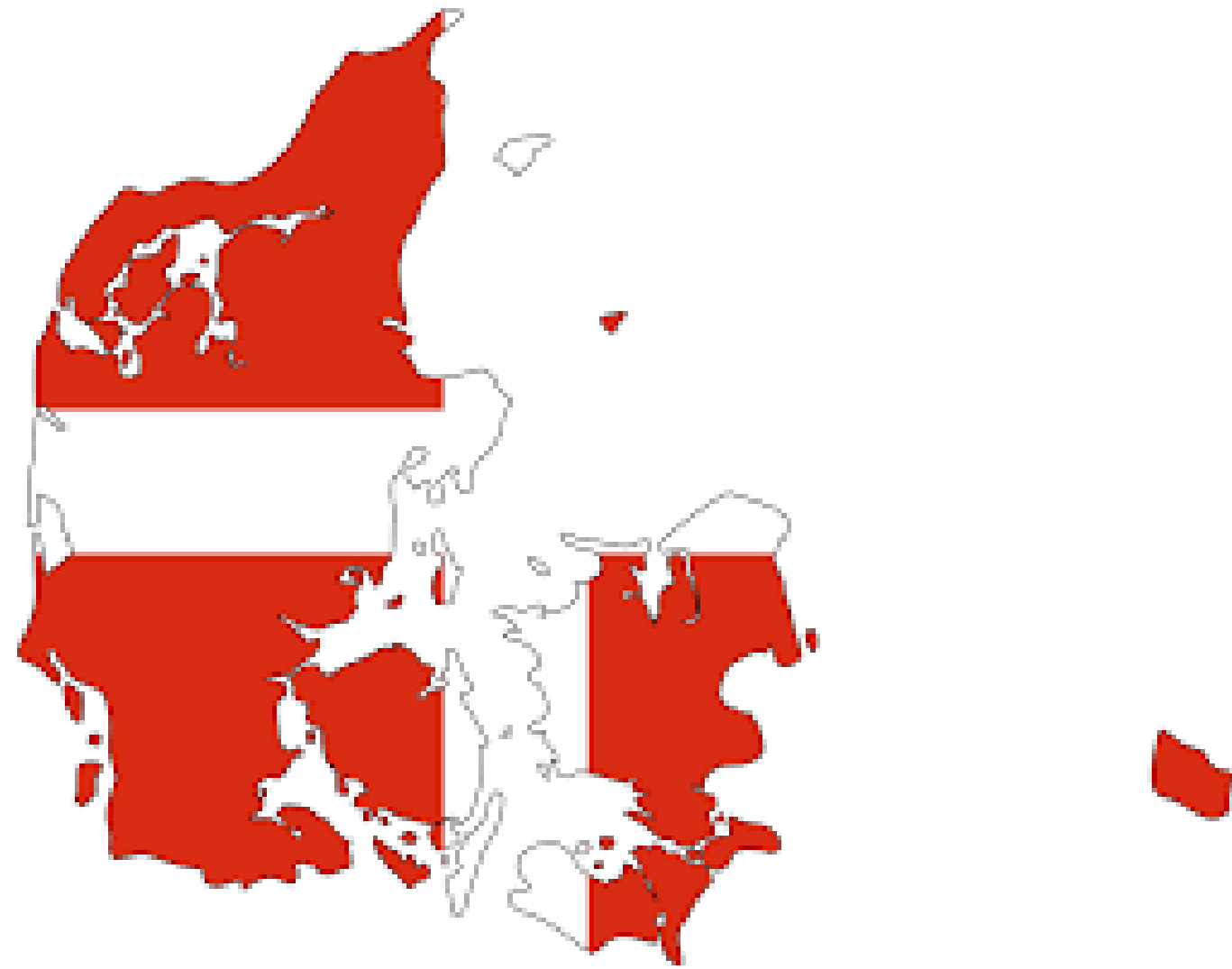
Behov - mer standardisert og strukturert dokumentasjon

Anbefaler

- Kodeverk i EPJ - Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) + SNOMED CT → utredes
- Sette standardiserte strukturerte og operasjonaliserte mål for tjenesten sammen med tjenestemottaker
- Unngå dobbeltarbeid i kartlegging og dokumentasjon
- Helhet i EPJ → nyttige og relevante dokumenterte opplysninger
- Samordnes med «Én innbygger – én journal» i dir. for e-helse i tett samarbeid med KS



Se til våre naboland...



Bruk av ICF i Sverige

Socialstyrelsen har lansert Individbasert IBIC

- IBIC er et behovsrettet og systematisk arbeidssett med en strukturert dokumentasjon av individets behov, ressurser, mål og resultat som bygger på ICF
- Målet for tjenesten settes sammen med individet
- Måloppnåelse måles på individnivå gjennom vurdering av om ønsket skår er oppnådd

[IBIC](#)

IBIC i Lund kommun

Nöjdare brukare och friskare medarbetare med IBIC

Lunds kommun är först i Sverige med att införa arbetssättet IBIC i hela vård- och omsorgsverksamheten. De positiva effekterna för både brukare och medarbetare är stora.

Sedan år 2013 har Lunds kommun arbetat med IBIC, ett målfokuserat arbetssätt inom vård och omsorg. Med IBIC låter man brukarens individuella behov beskrivas genom systematisk dokumentation och samtliga brukare följs upp. Handläggaren sätter också upp tydliga och mätbara mål utifrån brukarens individuella behov.

– Tidigare pratade man om insatser, men inte strategier. Om en brukare vill gå till en träffpunkt för att dricka kaffe men inte vågar, till exempel. Då är det viktigt att alla som finns runt brukaren känner till det – och vilken strategi man ska ha för att nå det målet, säger biståndshandläggare Emma Magnusson.



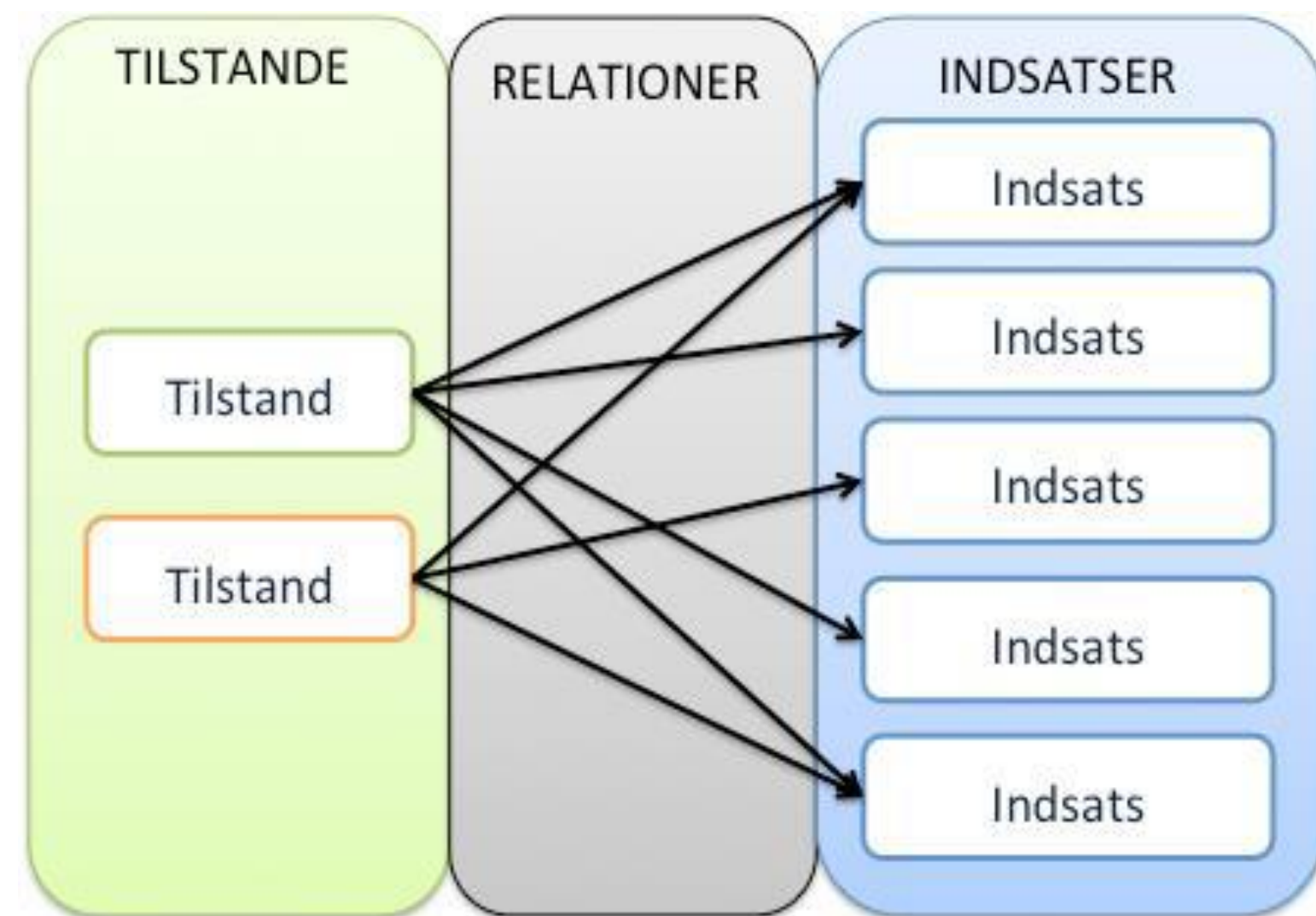
Les mer [her.](#)

Rapport om projektet [her.](#)

Bruk av ICF i Danmark – Fælles Sprog III

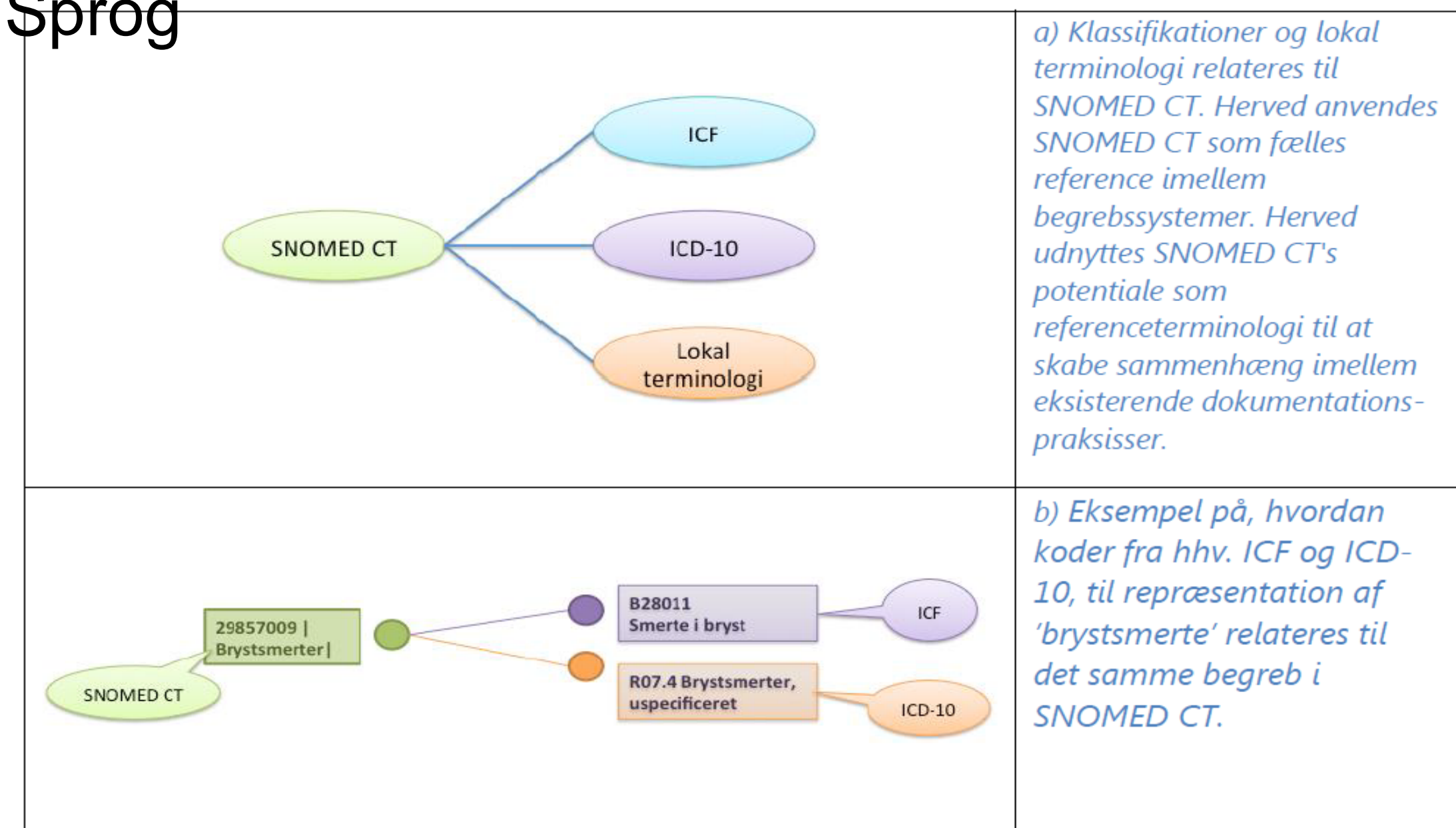
Kommunernes Landsforbund har lansert Fælles sprog med bl.a. ICF og SNOMED CT

Sammenhengen mellom tilstander, relasjoner og innsatser i Fælles Sprog



Fælles Sprog III

Sammenhengen mellom SNOMED CT og de andre klassifikasjonene som benyttes i Fælles Sprog



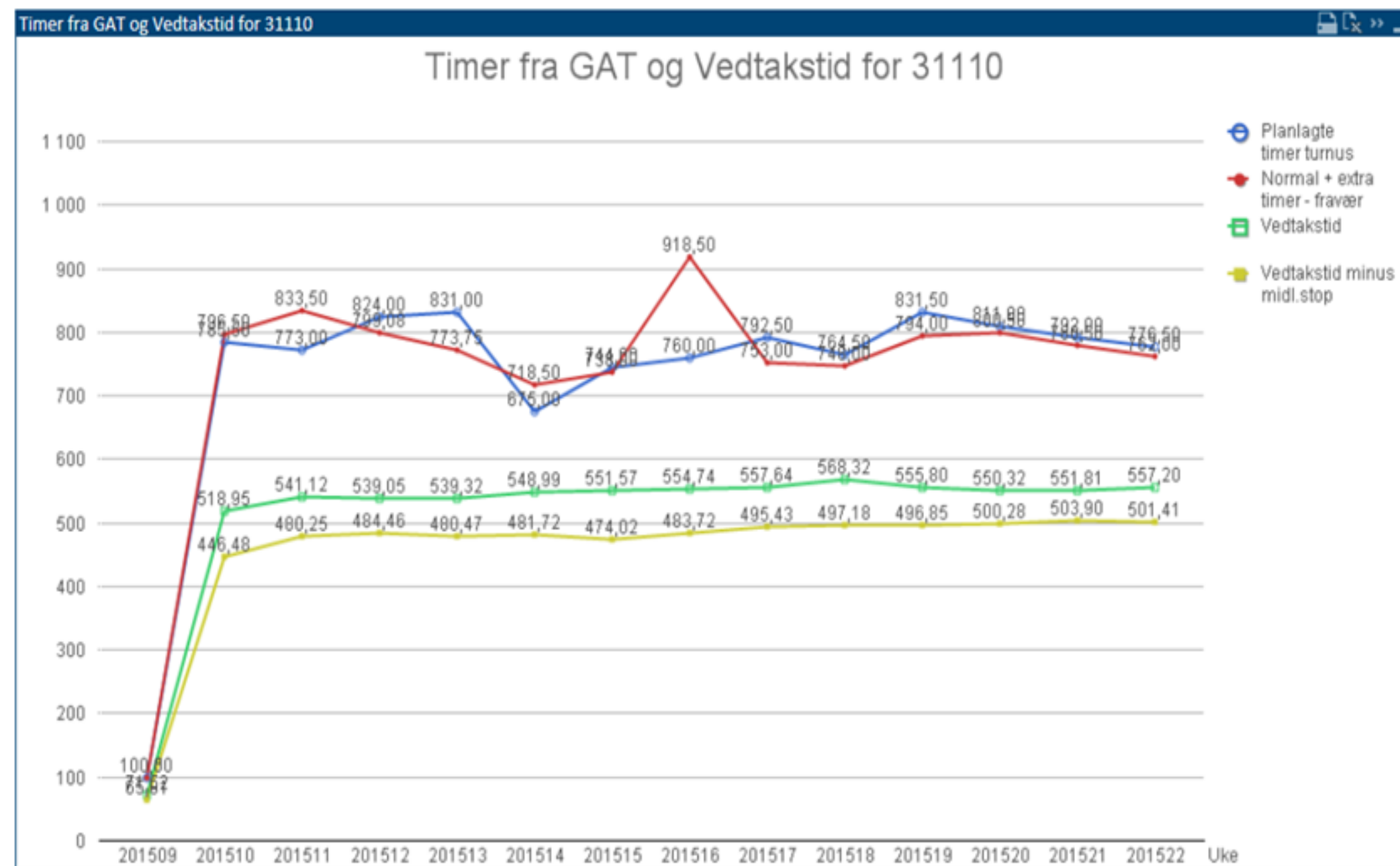
3. Styringsdata bør gjøres tilgjengelig på to måter:



Lokal statistikk

Nasjonalt løsnings

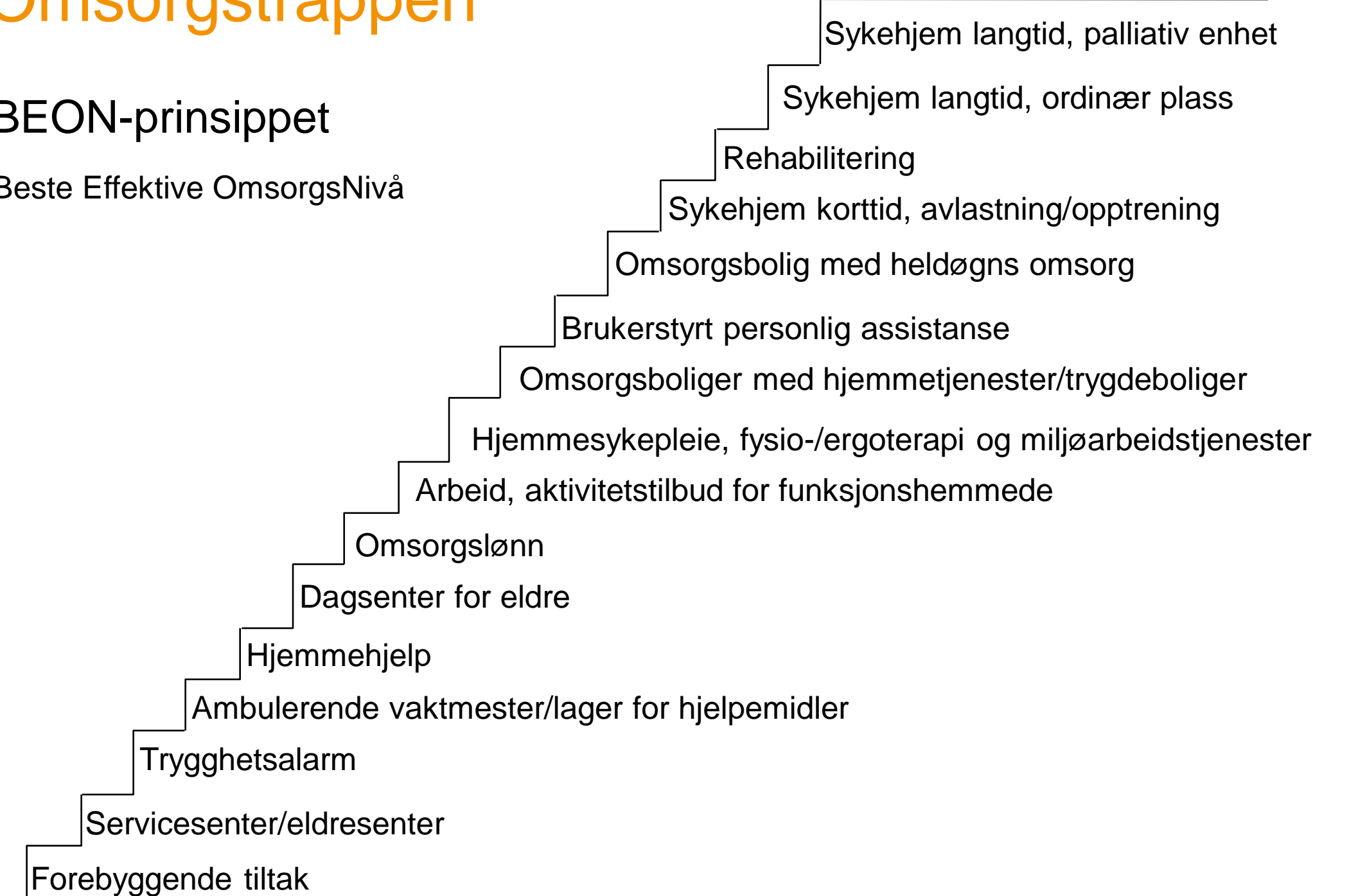
Kapasitetsutnyttelser



Omsorgstrappen

BEON-prinsippet

Beste Effektive OmsorgsNivå



Agenda kaupang foreslår at data fra registeret som illustrerer omsorgstrappen gjøres tilgjengelig for den enkelte kommune.

Omsorgstrappen

BEON-prinsippet

Beste Effektive OmsorgsNivå



Tabell 3.3 Tjenester som er gitt gjennom året etter tjenestetype og alder. 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
							I alt	Under 67 år	67 år og eldre
I alt	733 304	736 448	746 576	765 339	770 595	773 061	786 416	249 098	537 317
Praktisk bistand - daglige gjøremål	124 407	122 034	119 937	118 395	116 666	113 616	110 676	25 734	84 942
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	18 917	20 112	21 890	22 566	23 402	23 793	23 726	20 752	2 974
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistent	2 929	3 071	3 352	3 296	3 322	3 442	3 567	3 135	432
Dagsenter/dagtilbud	25 723	25 431	26 409	27 078	28 547	28 830	29 690	10 620	19 070
Matombringning	29 551	31 054	31 621	32 200	33 196	34 245	33 999	4 968	29 031
Trygghetsalarm	91 659	90 749	91 541	92 756	92 224	92 177	93 300	6 622	86 678
Avlastning utenfor institusjon/bolig	9 936	9 898	10 008	10 082	9 832	9 867	9 871	9 340	531
Avlastning i institusjon/bolig	7 318	7 296	7 755	7 852	7 864	7 752	7 779	3 330	4 449
Støttekontakt	32 705	33 898	34 517	35 188	35 772	36 425	36 862	29 340	7 522
Omsorgslønn	10 693	10 798	10 802	10 974	10 975	11 099	11 293	9 142	2 151
Helsetjenester i hjemmet	189 694	191 415	194 699	201 819	205 340	209 529	217 142	81 751	135 391
Re-/habilitering utenfor institusjon	33 157	29 268	29 663	29 114	28 774	29 247	34 887	13 321	21 565
Dagopphold i institusjon	8 319	8 063	7 844	8 362	7 396	7 035	6 562	466	6 096
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	20 307	20 954	21 933	26 833	27 611	27 528	27 927	2 560	25 367
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	12 190	12 532	13 505	14 754	15 352	15 200	15 716	1 883	13 833
Tidsbegrenset opphold - annet	20 863	20 221	19 869	21 679	22 314	21 925	22 372	2 070	20 302
Langtidsopphold i institusjon	48 989	48 563	48 333	48 543	48 205	48 063	47 955	2 577	45 378
Bolig uten fast tilknyttet personell	:	20 343	22 266	23 212	23 397	23 140	23 117	7 970	15 147
Bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	:	7 018	7 989	8 129	7 833	7 733	7 364	2 741	4 623
Bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	:	17 754	19 133	19 417	19 989	20 268	20 760	9 893	10 867
Bolig med uoppgitt på tilknyttet personell	:	5 976	3 510	3 090	2 584	2 147	1 851	883	968

Kilde: IPLOS

4. KOMPETANSE I KOMMUNEN

Vurdering:

- Viktig for å sikre at kommunen nyttiggjør seg av dokumentasjonen og styringsdata og kan yte evidensbasert og målrettede tjenester til sine innbyggere

Anbefaler:

- Sentrale grep for å utvikle kommunale lederes kompetansen i bruk av kvantitative beskrivelser og analyser



© Conny Fridh/Johnér

5. CASE-MIX SYSTEM

Vurderer:

- ikke egnet til bruk i inntektssystemet til kommunen eller til statlig finansiering av kommunale omsorgstjenester
 - vil kreve omfattende kontrollregimer
- kan likevel være nyttig verktøy for lokale analyser, planlegging, budsjettering og intern finansiering og som utgangspunkt for å sammenligne seg med andre kommuner

Anbefaler:

Arbeide videre med å utvikle et «case-mix»-system som knytter funksjonsnivå og andre relevante brukerkjennetegn til forventet ressursbruk



© Conny Fridh/Johnér

Rapport

Rapport



Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene

- Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester



Kommunalt pasient og brukerregister (KPR)

**– ET REGISTER FOR
FRAMTIDA**

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Lanseringen ble filmet og ligger ute på youtube/facebook.

Facebook: <https://nb-no.facebook.com/helsedirektoratet/>

YouTube: <https://www.youtube.com/user/hesedir>

I forbindelse med lanseringsseminaret ble det laget en liten informasjonsfilm

https://sh.helsedirektoratet.no/akom/Divisjoner/Digitalisering%20og%20helseregistre/Avd%20helseregistre/KPR/Film/HDir_KPR_V3_1_subs.mp4

Hvem har ansvaret for KPR

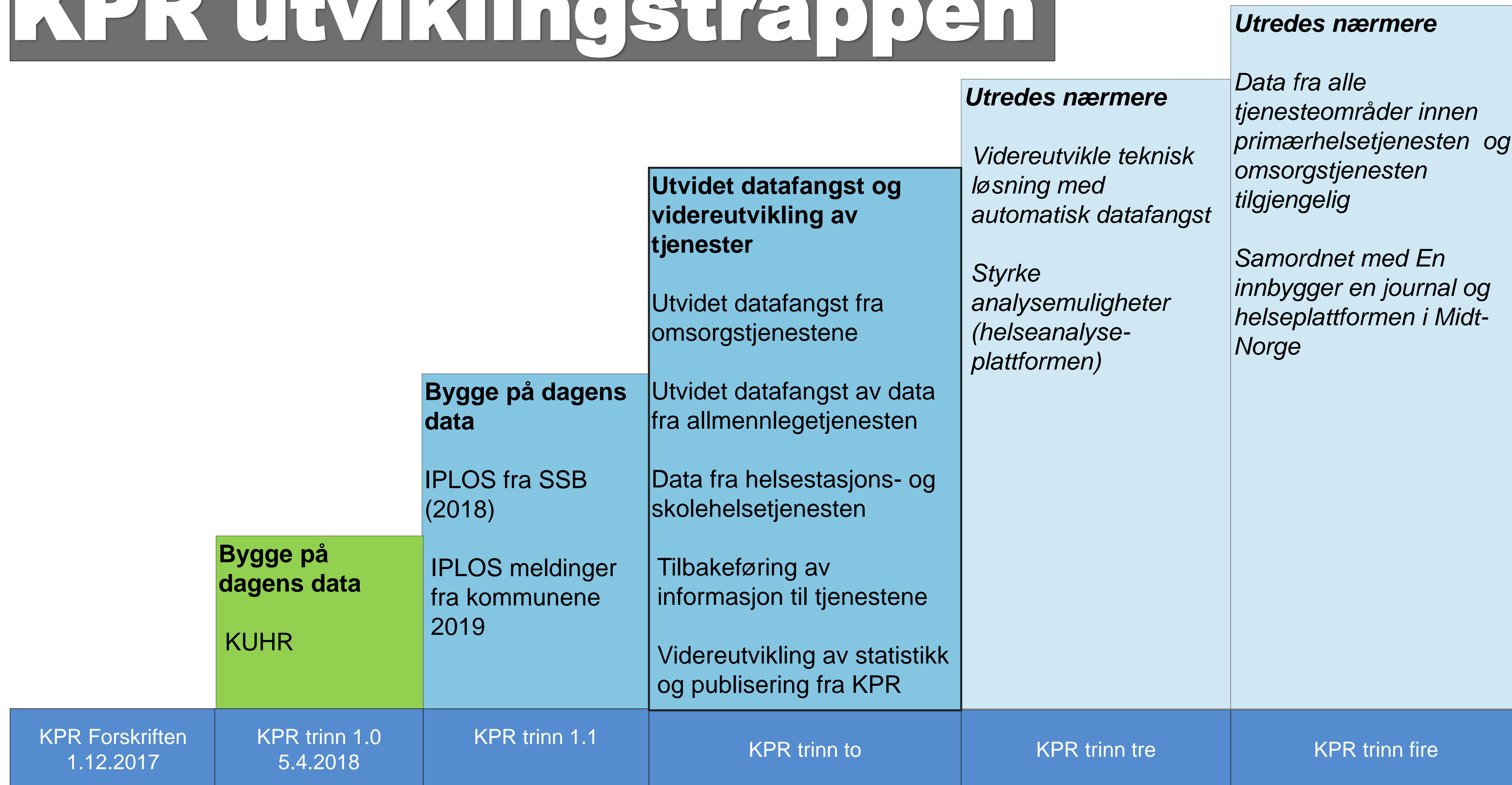
- Stortinget besluttet etablering av KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister) gjennom endring av helseregisterloven juni 2016
- Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle KPR til å bli en komplett datakilde til nytte for et bredt spekter av interessenter

Utvikling

- KPR utvikles trinnvis og skal inneholde data fra alle tjenester som er nevnt i [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#).
- Norsk pasientregister (NPR) inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialist-helsetjenesten.
 - NPR er den sentrale kilden til styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten.

KPR og NPR vil til sammen utgjøre en helhet hvor pasientforløpene kan følges.

KPR utviklingstrappen



- **Et godt kunnskapsgrunnlag** er en forutsetning for å yte gode helse- og omsorgstjenester
- **KPR skal etterhvert inneholde en helhet av relevante registerdata** som gir grunnlag for økt kvalitet på kommunale helse- og omsorgstjenester når din kommune skal:
 - *planlegge*
 - *forvalte*
 - *evaluere*
 - *forbedre*
 - *utvikle*

HVILKE RETTIGHETER HAR PASIENTER OG BRUKERE?

- har rett til å be om innsyn i egne data
- kan få vite hvem som har registrert opplysningen
- har rett til å få vite hvem som har mottatt opplysningen og hva de er brukt til
- kan melde fra om feil og be de rettet opp
- kan reservere seg mot at helseopplysninger blir utlevert fra KPR

- Det er utviklet tekniske løsninger for innsyn og reservasjon på helsenorge.no
- Her kan du lese mer om innsyn og reservasjon
- <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>

Helseregistre

Oversikt over norske helseregistre hvor det kan ligge opplysninger om deg, dine pårørende eller dem du representerer.

Når du benytter helsetjenester i Norge legges det opplysninger om deg inn i helseregistre. Hvilke opplysninger og registre det gjelder, er avhengig av hvilken type helsehjelp eller behandling du får.

Logg inn på helsenorge.no

Se mer informasjon om de enkelte helseregistrene ved å
logge inn på helsenorge.no.



INNHold

> [Liste over helseregistre](#)

Du har rett til innsyn i opplysningene som er lagret om deg. [I tjenesten Helseregistre](#) finner du informasjon om hvert enkelt register, og hvor du kan henvende deg for å få slikt innsyn. I noen registre kan du få digitalt innsyn med en gang, uten å kontakte registererret og be om det.

De som behandler opplysningene i disse registrene har taushetsplikt. Opplysninger som kan kobles til identifiserbare personer er strengt regulert.

Hvordan ivaretas personvernet?

Sentrale sikkerhetstiltak i NPR, KPR og IPLOS

- Omfattende tekniske og organisatoriske løsninger er etablert for å hindre at helseopplysninger misbrukes eller kommer på avveie.
- Fødselsnummer oppbevares kryptert og adskilt fra helseopplysningene.
- De som behandler opplysningene i KPR har taushetsplikt.
- Kun et fåtall spesielt autoriserte ansatte kan behandle forespørsler om innsyn.
- Utlevering av personidentifiserbare helseopplysninger fra KPR kan bare skje når det foreligger nødvendige tillatelser fra Datatilsynet, Regional Etisk Komite og øvrige myndigheter.

Fra lanseringsseminaret

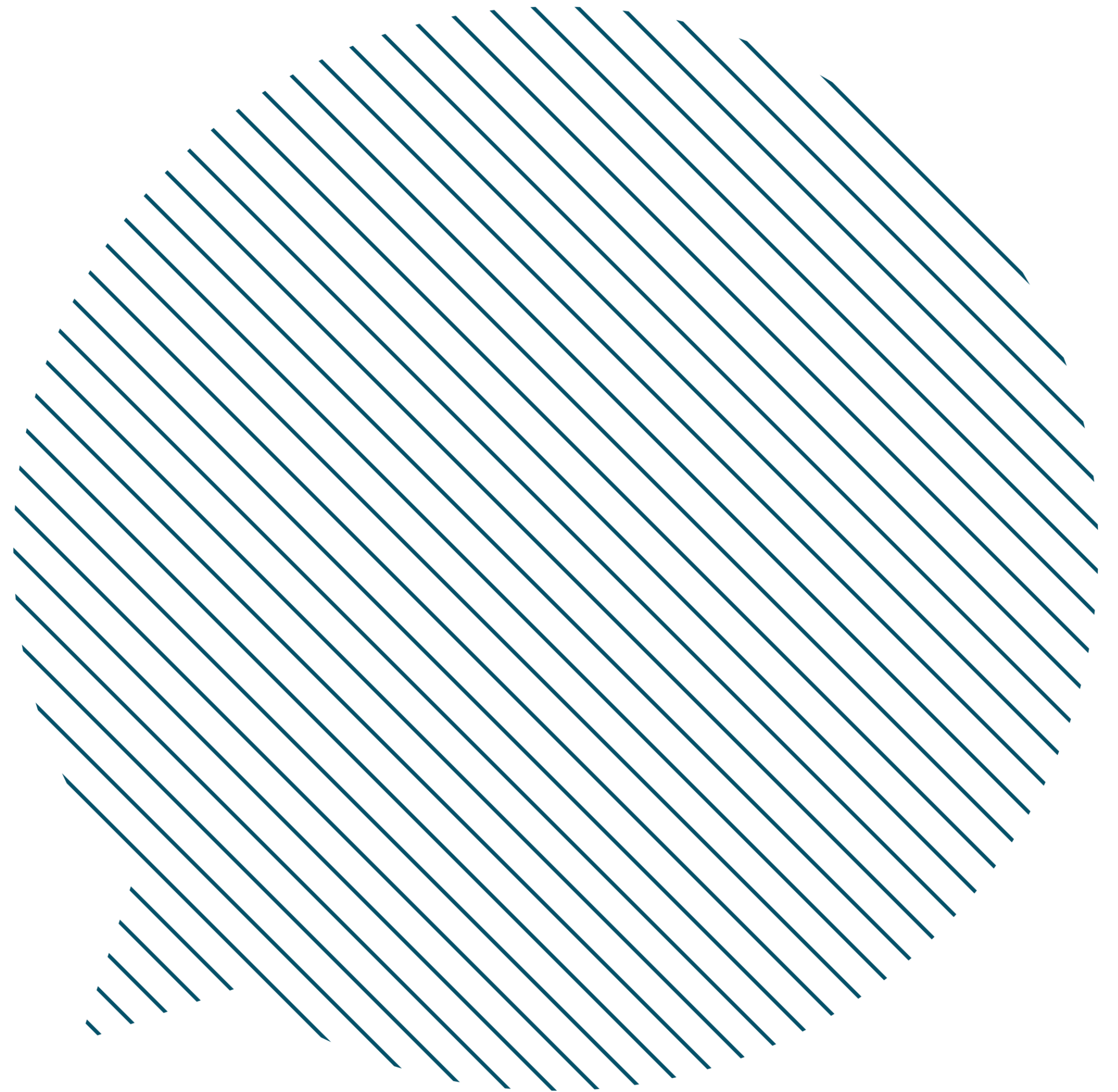
- Nytteverdi av koplinger

Personer med demens

Resultater fra kobling av KPR og NPR

Geir Selbæk, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse/UiO

Julie Kjelvik, Helsedirektoratet



Demenssykdom



Om datagrunnlaget og analysen

- Kobling av registrene KPR og NPR for hendelser i perioden 1. juli 2016 - 30. juni 2017
- Formålet har vært å belyse:
 - ✓ Hvor mange personer med registrert demens har vært i kontakt med fastlege og sykehus i løpet av et år?
 - ✓ Fastlegens aktivitet for pasientgruppen:
 - ✓ Hvor ofte er de hos fastlegen?
 - ✓ Hvilken type kontakt har de med fastlegen?
 - ✓ Hvilken aldersgruppe har hyppigst kontakt med fastlegen?
 - ✓ Ulik bruk i kommunene?

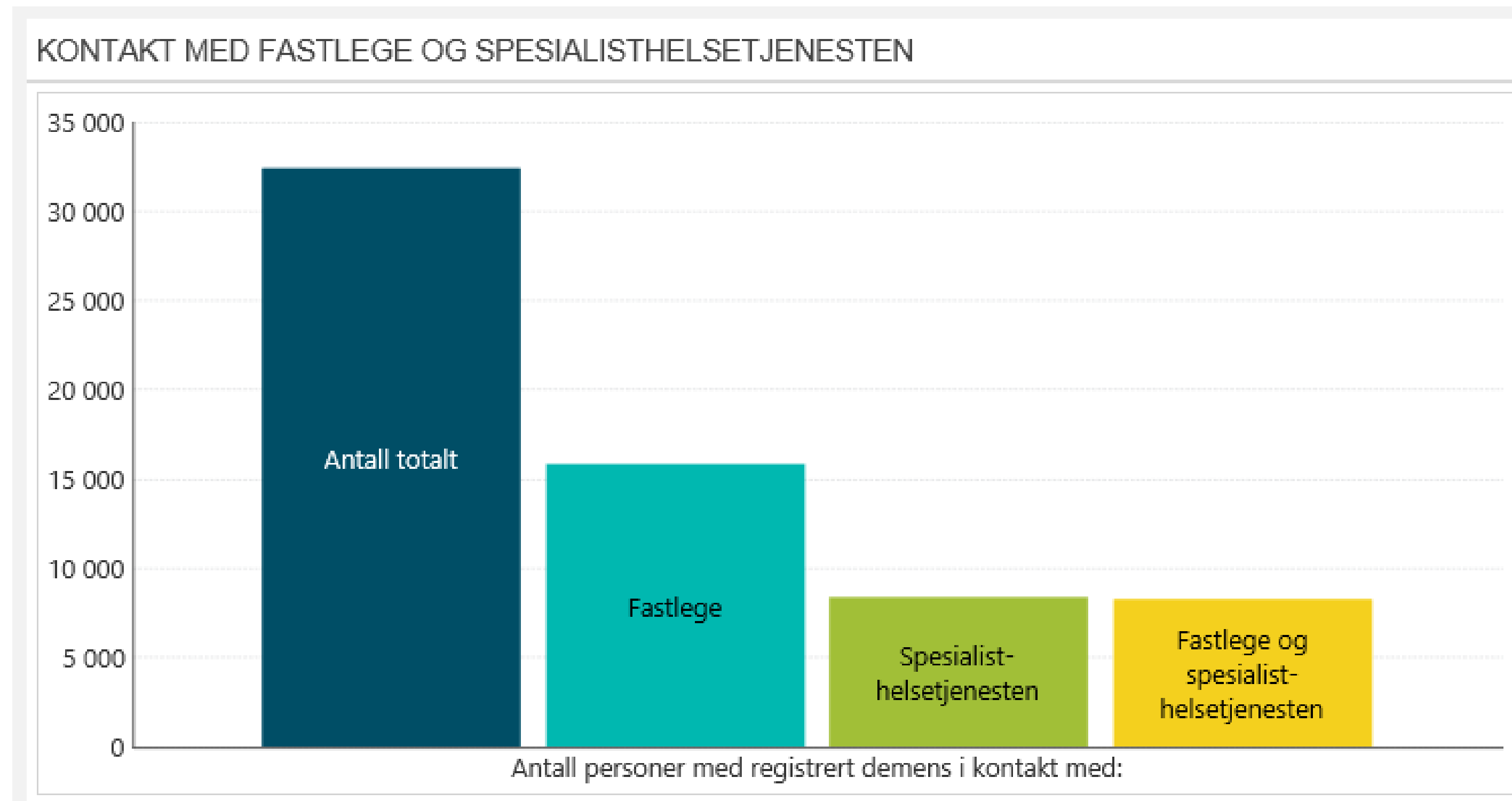


Nasjonal faglig retningslinje om demens

v3.1 | published on 2017-12-17

Siste estimat er på 80-104 000 personer med demens i Norge (FHI 2018: Psykisk helse i Norge)

32 000 personer med demens



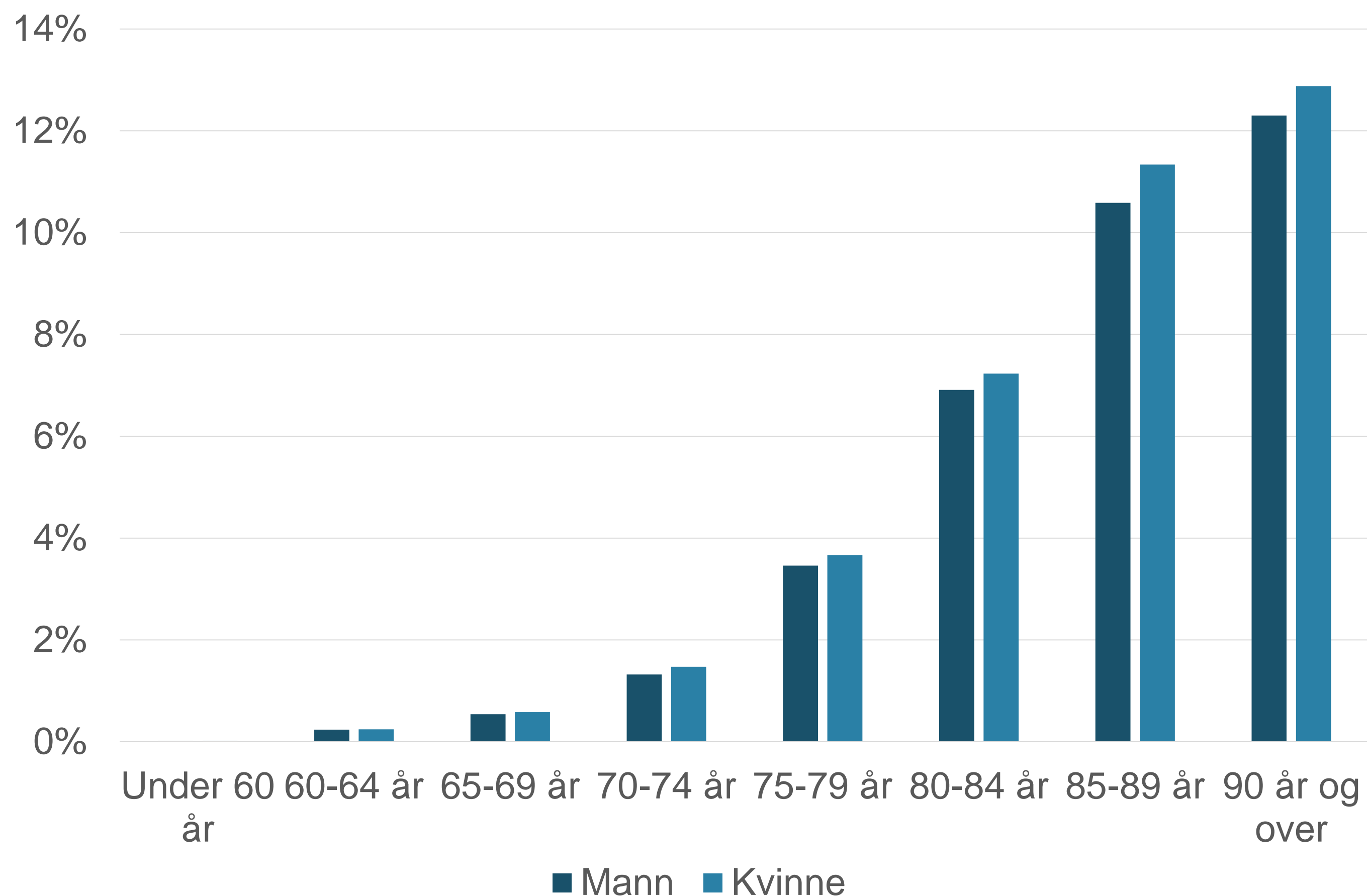
Kilde: KPR+NPR

Resultat:

- I alt 32 000 personer med registrert demens har hatt kontakt med fastlege eller sykehus i løpet av året
- Enten hoved- eller bidiagnose i KPR og/eller NPR
- Diagnosekoder:
 - ICD-10: F00-F03 og G30
 - ICPC-2: P70
- **Minimumstall.** Fanger ikke opp sykehjemsbeboere

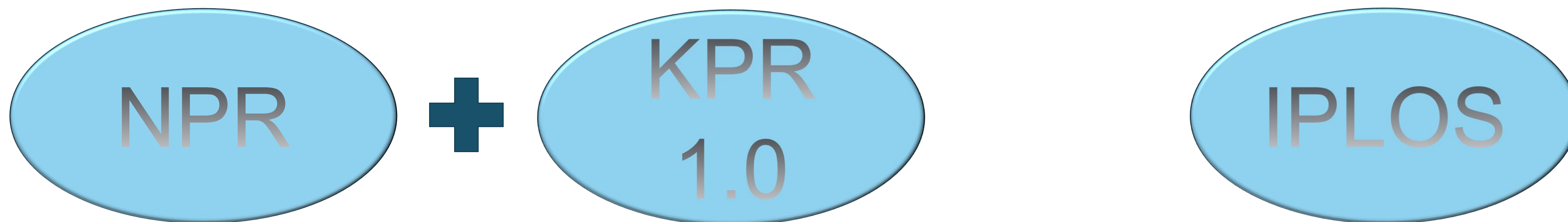
Andel av befolkningen

Andel personer med registrert demensdiagnose i befolkningen, prosent, etter alder (n=32 407)



- Aldersprofilen høyere og mer høyreforskyvd når sykehjemsbeboere inkluderes?
- Demografisk utvikling: Aldersprofil og nivå om 10-20 år?

Muligheter framover ...



KPR 1.0/NPR kan belyse:	Med IPLOS etter hvert inn i KPR:
Kontakthypighet med fastlege etter sykehus?	Hvor mange med demensdiagnose totalt i Norge? (sykehjem + fastlege + sykehus)
Hva behandles personer med demens for i sykehus?	Kontakt med fastlege før sykehjemsplass?
Hvor mange hjemmeboende med demens er på sykehus med hoftebrudd?	Hvilke hjemmetjenester mottar hjemmeboende med demens?
Kommunal variasjon på diagnose hos fastlege og diagnose i sykehus?	Er det mange med demensdiagnose som ikke mottar kommunale omsorgstjenester?

Datakvalitet i IPLoS-registeret

Årlig rapporteres det inn opplysninger om mer enn 300 000 personer til registeret.

SSB kontrollerer mer enn 10 millioner registreringer, og sender tilbakemeldinger på disse registreringene til kommunene.

Tilbakerapportering til tjenesten

- Tilbakerapportering til tjenesten er en forutsetning for god datakvalitet
- De som registrerer må se nytten av egen rapportering
- Ønske om at det etableres et system for tilbakemelding til tjenestene i første versjon av KPR
- Behov for etablering av en helhetlig "kvalitetssløyfe" for innsamling, validering og tilbakemelding til tjenesten

Testinnsending til KPR

- Det planlegges testinnsending til KPR i november
- Nærmere informasjon med veiledning vil bli sendt ut i god tid
- Ordinær innsending av 2018 data vil etter planen følge de samme frister som før - i januar
- NB: For denne innsendingen kreves det oppgradert siste versjon av EPJ som er under arbeid nå

Videre arbeid

Aktiv veiledning og informasjon ut mot kommunene

- Nyhetsbrev
- Veilederen
- Nytt «Questbackcase»?
- Temadager



HelseDirektoratet

IPLOS – Nyhetsbrev november 2015



©Disa Helén Walla Saasen (Illustrasjonsbilde)

Ny veileder er publisert:

Den vi sendte ut var med noen forskyvninger som vi har rettet opp i versjonen som du finner [her](#).

Ny Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator finner du [her](#), den er elektronisk men kan skrives ut i A4 format og som hefte.

Publisering av nye kvalitetsindikatorer fra IPLOS-registeret på Helsenorge.no

Alle kvalitetsindikatorer publiseres med tall på kommunenivå på [Helsenorge.no](#). [Her](#) ligger nyhetsbrev med blant annet publiseringen av nye indikatorer fra IPLOS-registeret.

Publiseres i november:

- Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 mnd.
- Andel beboere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av lege siste 12 måneder.

Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 mnd.

- Andel beboere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder.

Planlagt publisert i februar:

- Andel med virksom IP – rehabilitering og habilitering i institusjon
- Andel tjenestemottakere med vedtak om rehabilitering og habilitering i institusjon som har virksom individuell plan (IP).

Andel med virksom IP – rehabilitering og habilitering i hjemmet

- Andel tjenestemottakere med vedtak om rehabilitering og habilitering i hjemmet som har virksom IP.

Kvalitetsindikatorer som vurderes nå og forhåpentligvis publiseres i mai:

- Iverksettningstid for tjenestene:
1. Helse tjenester i hjemmet
 2. Langtidsopphold i institusjon
 3. Støttekontakt

Definisjon av indikator:

- Gjennomsnittlig tid fra vedtak om tjeneste er ført til tjenesten er mottatt for første gang.

Saksbehandlingstid

1. Helse tjenester i hjemmet
2. Langtidsopphold i institusjon
3. Støttekontakt

Definisjon av indikatorer:

Gjennomsnittlig tid fra søknad er registrert til vedtak er ført.

Viktig informasjon om søknadsdato

I overkant av 38 % av alle vedtak mangler søknadsdato. Manglende søknads vil også måtte publiseres på kommunenivå. Det ser ut til at det er profilkommunene som utgjør størsteparten av denne andelen.

«Søknadsdato» er den dagen kommunen ble oppmerksom på det mulige tjenestebehovet.

En kommune har plikt til å iverksette utredning og tjenester så snart de er oppmerksomme på et mulig tjenestebehov, enten opplysningene har kommet til veie muntlig, skriftlig, på søknadsskjema, i et møte, på telefon, via en intern henvisning el. Når tjenesten utvikles til en ny tjeneste, som ikke omfattes av vedtaket, må det treffes et nytt vedtak. Alle tjenester skal være dynamiske og utvikle seg i tråd med brukerens behov og den faglige utviklingen på feltet.

Eksempler på «søknader»:

- utskrivingsmeldinger fra sykehus
- behov meldt av tjenesteyter
- behov meldt av pårørende osv.



Takk for oss!

iplos@helsedir.no

<https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>

<https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasier-og-brukerregister>



ill: Mario Gaarder