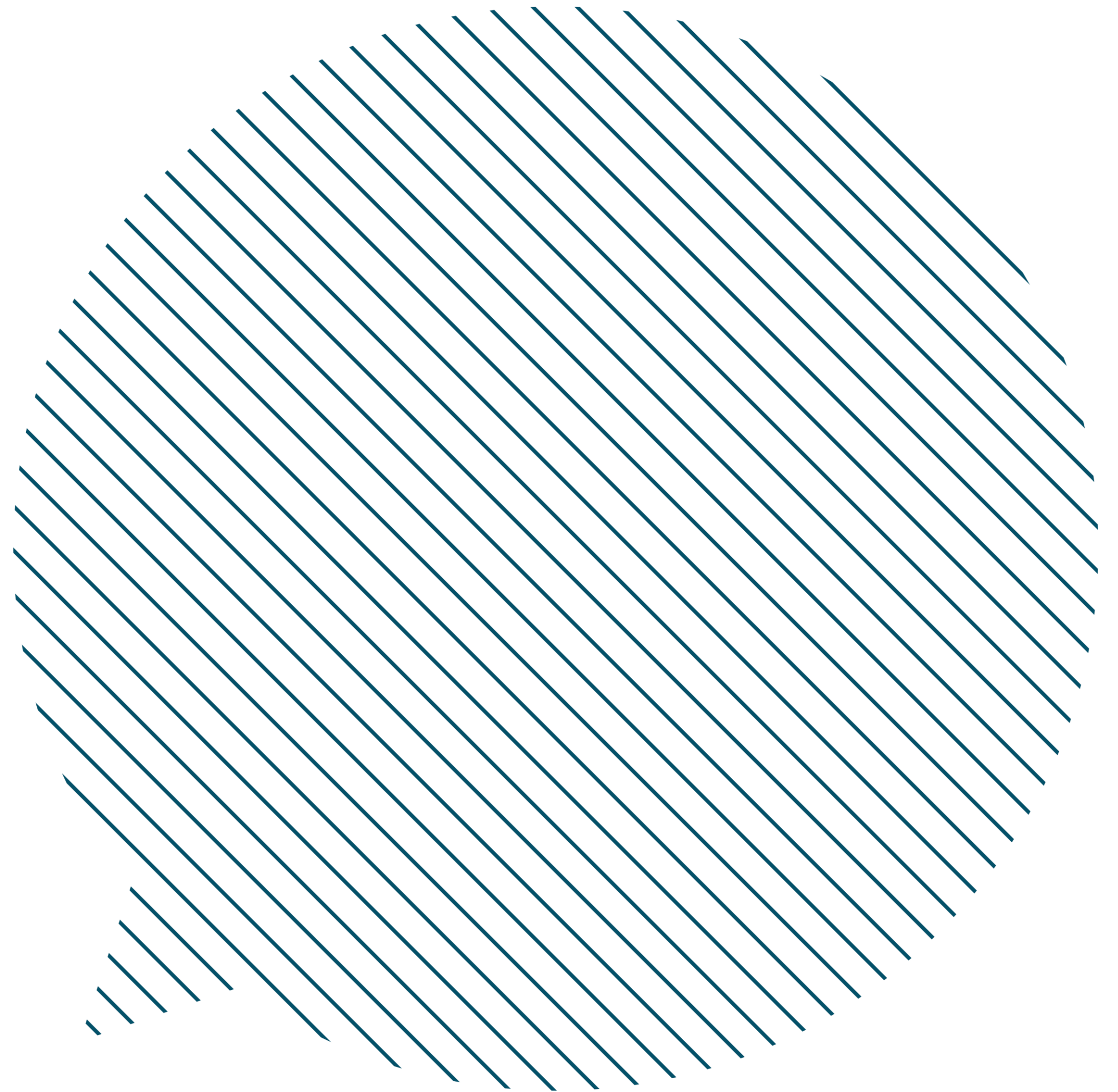


IPLOS temadag i Østfold

25.april 2018





ill: Mario Garder

Helsedirektoratet

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

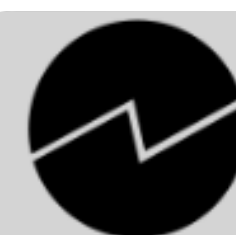
Prop. 1 S

(2017–2018)

Opposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)

FOR BUDSJETTÅRET 2018

Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790
Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

> STATISTIKK

> FORSKING

[Framsida](#) > [Helse](#) > Omsorgstenester

STATISTIKKBANKEN

Omsorgstenester

helsenorge.no
den offentlige helseportalen



Kommunale helse- og omsorgstjenester

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

Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene

- Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester

- (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)
 - *Økonometrisk analyse*

Årets innsending

Innsendingsperiode: 1 – 15 januar

Ny norgesrekord 30 januar hadde alle kommuner rapportert

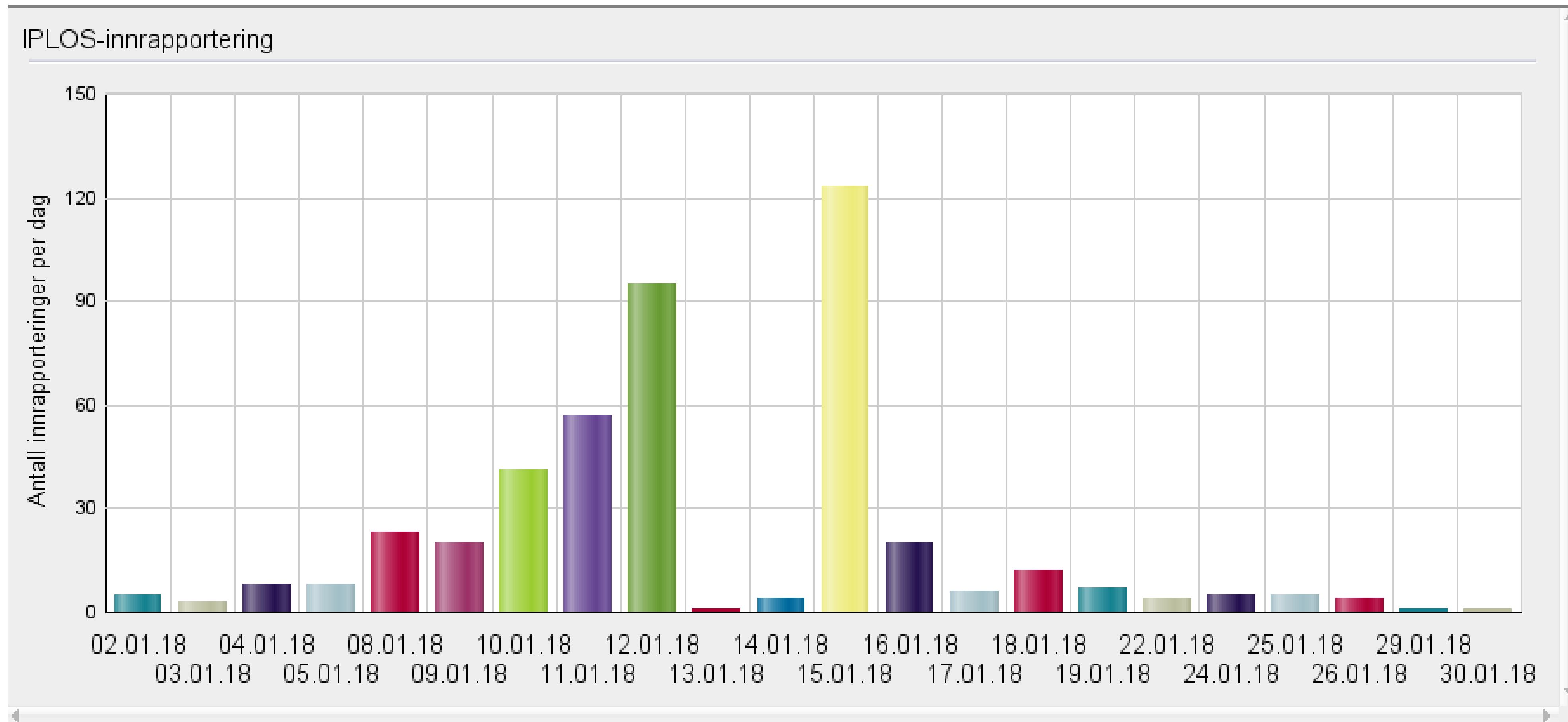
Førstegangsinnsending av 2017-data

Per tirsdag 16.januar kl 14: 376 kommuner av 426 har sendt inn, 47 kommuner gjenstår.

Per dato	15.januar	18.januar	Alle innrapportert
2018	364	(376 per 16.01)	30.januar ¹ (426 kommuner)
2017	326	382	10.februar (428 kommuner)
2016	327	367	18.februar (428 kommuner)

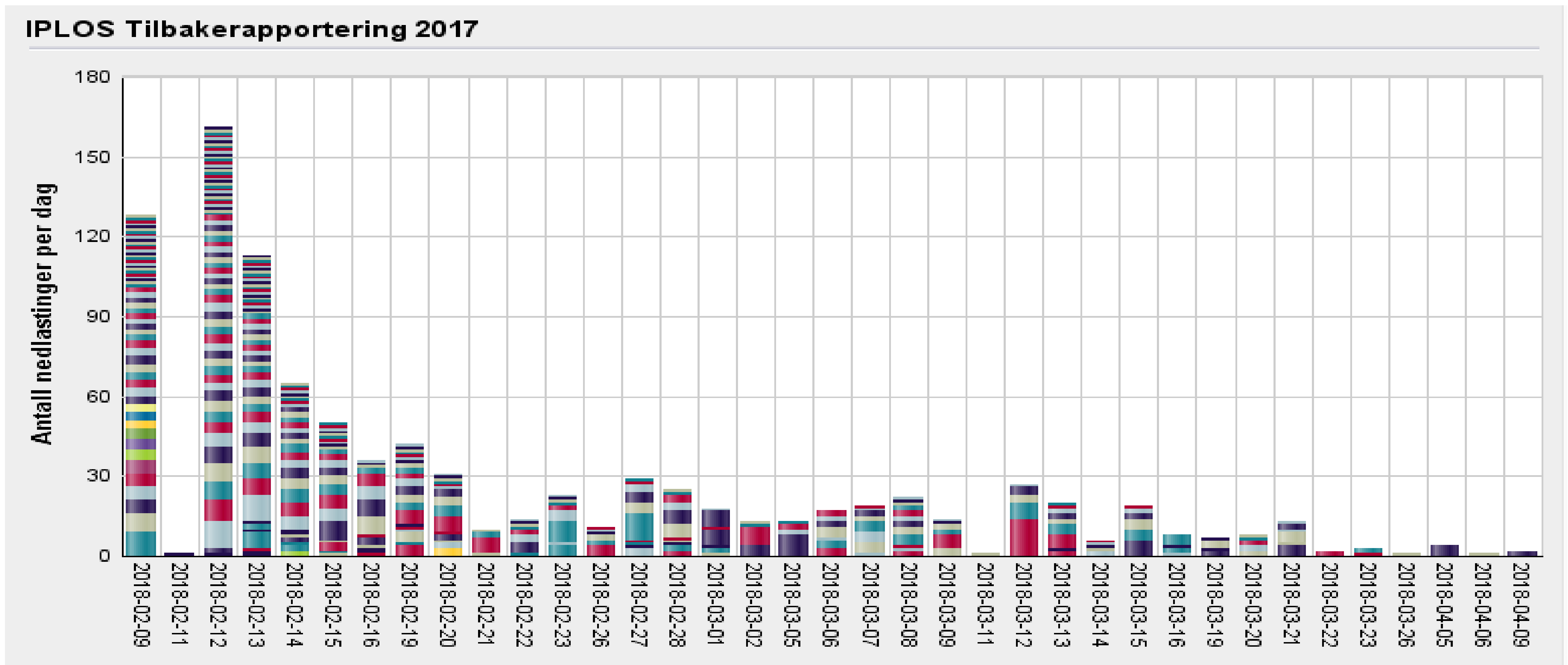


Antall innrapporteringer av 2017-årgangen i perioden 2.januar - 30.januar.



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



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

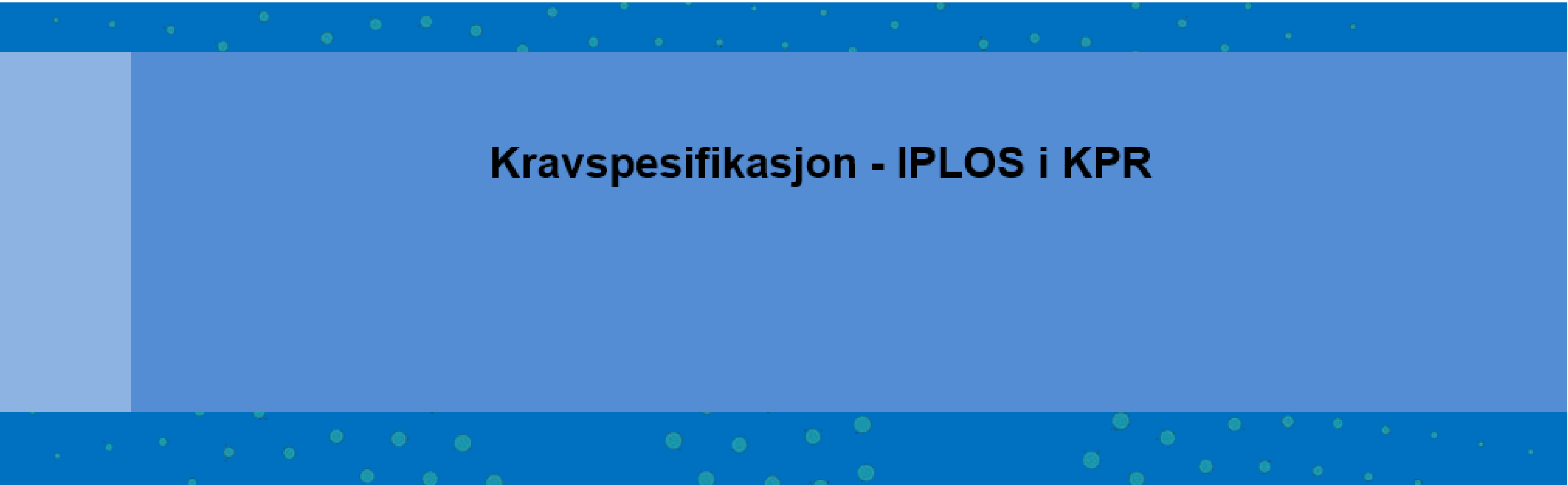
Mål:

- Januar 2019 sendes IPLOS data til KPR



© Foto/Colourbox

Ny kravspesifikasjon



Kravspesifikasjon - IPLOS i KPR



Hva er nytt og hva er endret?

- Ny digital veileder
- Spørsmål og svar integrert
- Klar til publisering før sommeren



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

Ny informasjonsbrosjyre tilpasset KPR

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

Fra IPLOS til KPR



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.»



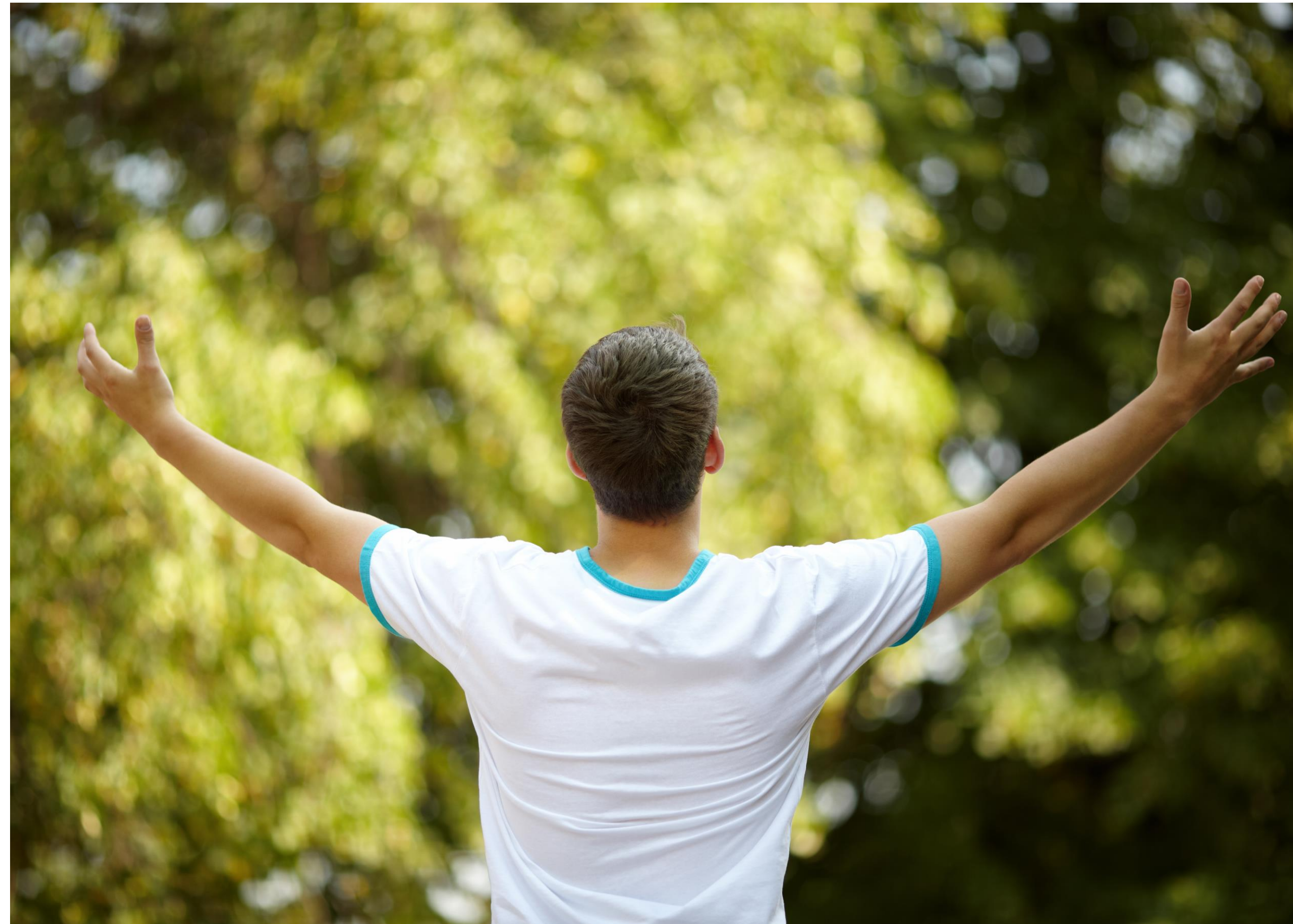
Helse- og omsorgsdepartementet og KS legger en 2-trinns forståelse til grunn. © Foto/Colourbox

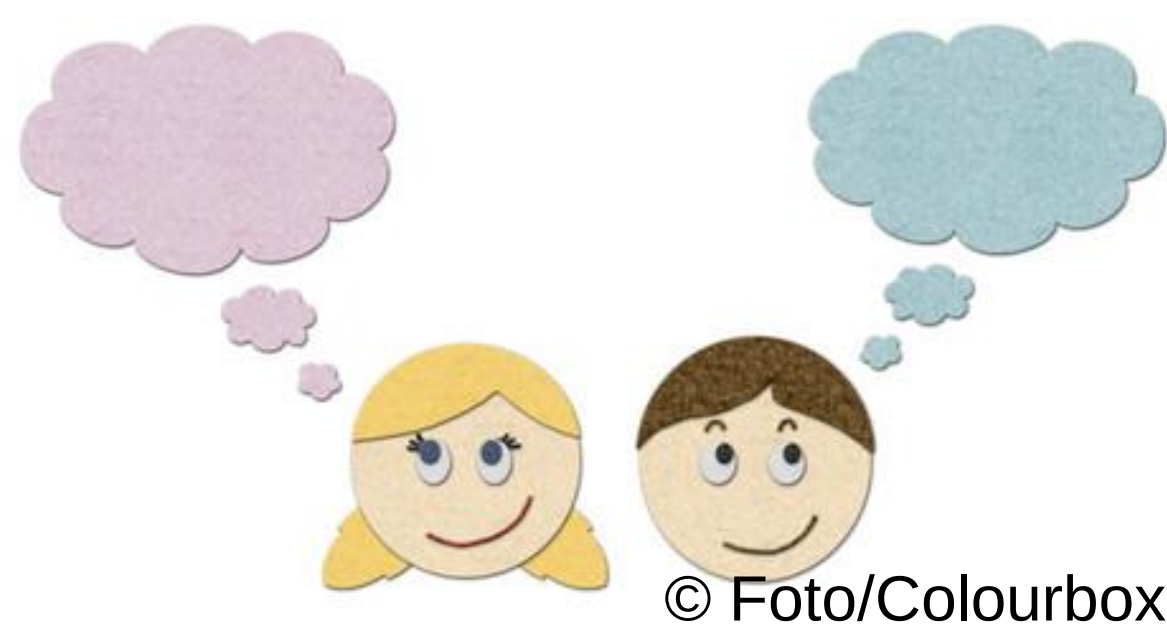
1. «Heldøgns»-begrepet knyttes til tjenestetilbudet uavhengig av boform.
2. Deretter vurderes boligbehovet og eventuelle krav til boligens egnethet og utforming som arena for omfattende tjenesteyting.

Ny løsning

Er det samlede tilbudet å anse som heldøgnstjenestetilbud?

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

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

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".



© Foto/Colourbox

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>

Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang				–
		Hele landet:	57,3	17 612
Behandlingssted	Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har hatt legemiddelgjennomgang i løpet av siste 12 måneder	Andel ▼	Antall	
- Østfold		65,3	999	
Rømskog		100,0	9	
Våler, Østfold		90,0 ²⁾	18 ²⁾	
Sarpsborg		89,7 ²⁾	321 ²⁾	
Marker		87,5 ²⁾	28 ²⁾	
Rakkestad		84,2 ²⁾	32 ²⁾	
Moss		78,4 ²⁾	76 ²⁾	
Askim		77,0 ²⁾	67 ²⁾	
Hvaler		76,0 ²⁾	19 ²⁾	
Råde		72,5 ²⁾	29 ²⁾	
Eidsberg		56,6 ²⁾	30 ²⁾	
Spydeberg		53,3 ²⁾	16 ²⁾	
Fredrikstad		49,5 ²⁾	211 ²⁾	
Halden		44,2 ²⁾	57 ²⁾	
Skiptvet		. ²⁾	. ²⁾	
Trøgstad		. ²⁾	. ²⁾	
Rygge		. ²⁾	. ²⁾	
Aremark		. ²⁾	. ²⁾	

Risiko for underernæring



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](#) s.. .



Unntak:

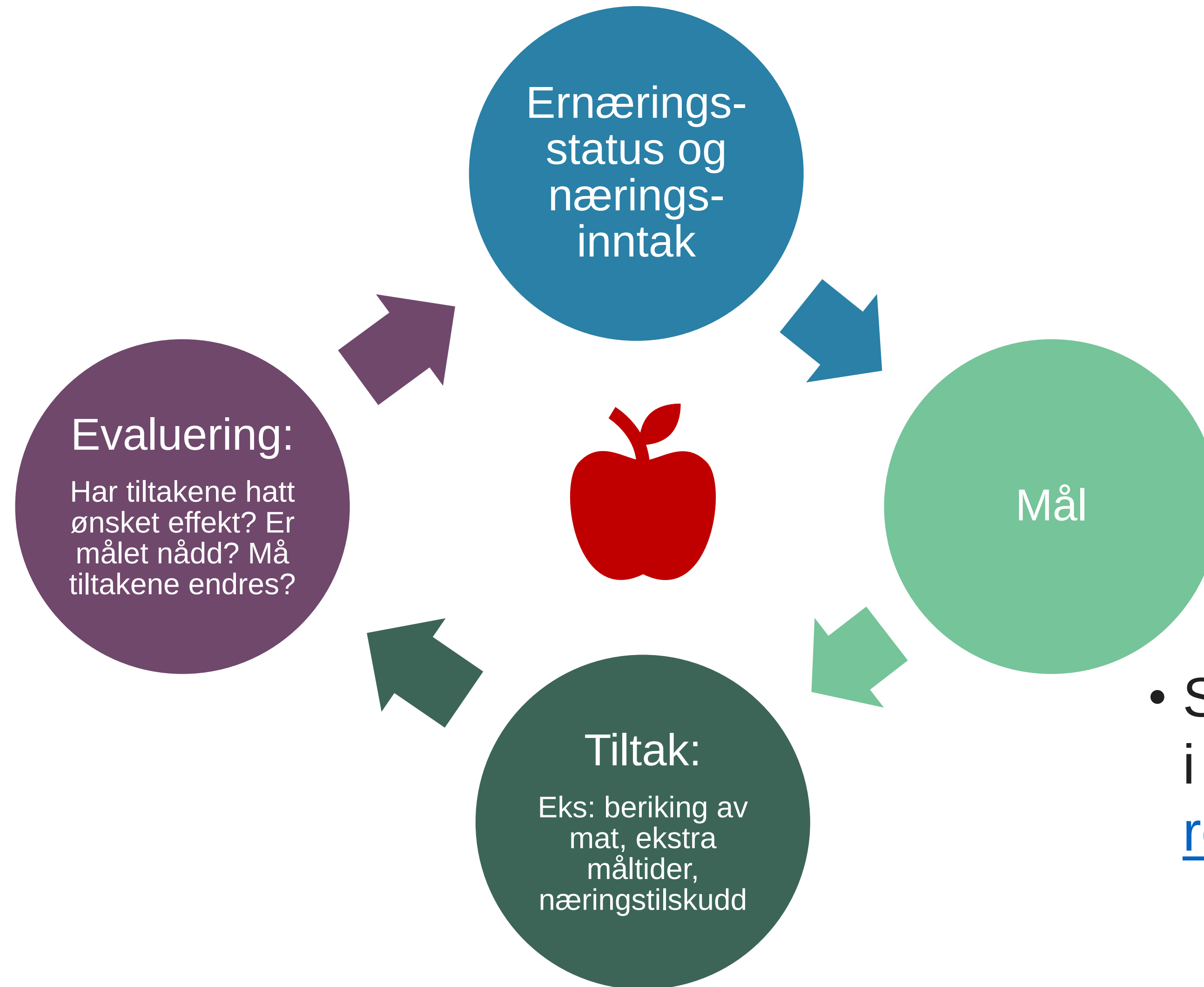
- personer i terminalfasen
- personer under 18 år
- gravid eller ammende

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](#)

2016- data

Andel beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i løpet av siste 12 måneder.

Hele landet:

50,5

15 503

Andel ▼

Antall

- Østfold

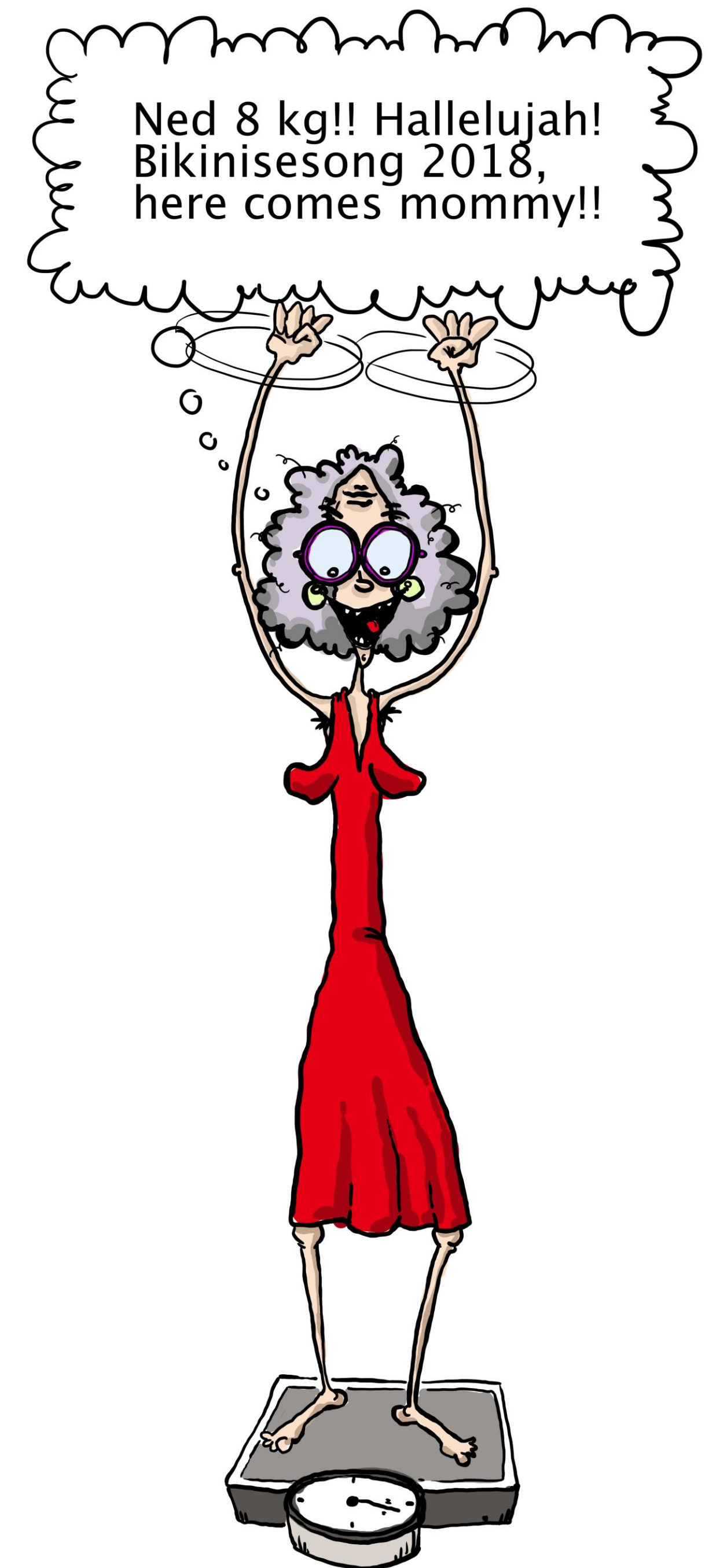
		59,9	916
Rømskog		100,0 ²⁾	9 ²⁾
Marker		93,8 ²⁾	30 ²⁾
Rakkestad		81,6 ²⁾	31 ²⁾
Sarpsborg		74,9 ²⁾	268 ²⁾
Fredrikstad		61,0 ²⁾	260 ²⁾
Moss		59,8 ²⁾	58 ²⁾
Råde		57,5 ²⁾	23 ²⁾
Hvaler		56,0 ²⁾	14 ²⁾
Trøgstad		53,2 ²⁾	25 ²⁾
Askim		49,4 ²⁾	43 ²⁾
Eidsberg		49,1 ²⁾	26 ²⁾
Halden		48,1	62
Aremark		35,7 ²⁾	5 ²⁾
Rygge		9,6	7
Skiptvet		. ²⁾	. ²⁾
Spydeberg		. ²⁾	. ²⁾
Våler, Østfold		. ²⁾	. ²⁾

Andel (67 år og eldre) med ernæringsstatus kartlagt, risiko for underernæring og med etablert ernæringsplan.

		Hele landet:	70,7	3 952				
Behandlingssted	Andel (67 år og eldre) beboere på langtidsopphold i institusjon med ernæringsstatus kartlagt, hvor det er ernæringsmessig risiko for underernæring med etablert ernæringsplan.	Andel ▼	Antall					
- Østfold		70,1	183					
Skiptvet		100,0 ²⁾	6 ²⁾					
Eidsberg		100,0 ²⁾	10 ²⁾					
Sarpsborg		88,8 ²⁾	71 ²⁾					
Moss		84,6 ²⁾	11 ²⁾					
Halden		70,0	14					
Fredrikstad		67,8 ²⁾	40 ²⁾					
Aremark		. ²⁾	0 ²⁾					
Askim		. ²⁾	. ²⁾					
Marker		. ²⁾	. ²⁾					
Hvaler		. ²⁾	. ²⁾					
Trøgstad		. ²⁾	. ²⁾					
Våler, Østfold		. ²⁾	. ²⁾					
Rakkestad		. ²⁾	. ²⁾					
Rømskog		. ²⁾	. ²⁾					
Råde		. ²⁾	. ²⁾					
Spydeberg		. ²⁾	. ²⁾					
		0	20	40	60	80	100	%

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»



Velferdsteknologi

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

Elektronisk medisineringsstøtte (planlagt inn fra 2019)

Elektronisk medisineringsstøtte

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

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

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

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



© Foto/Johnér

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>

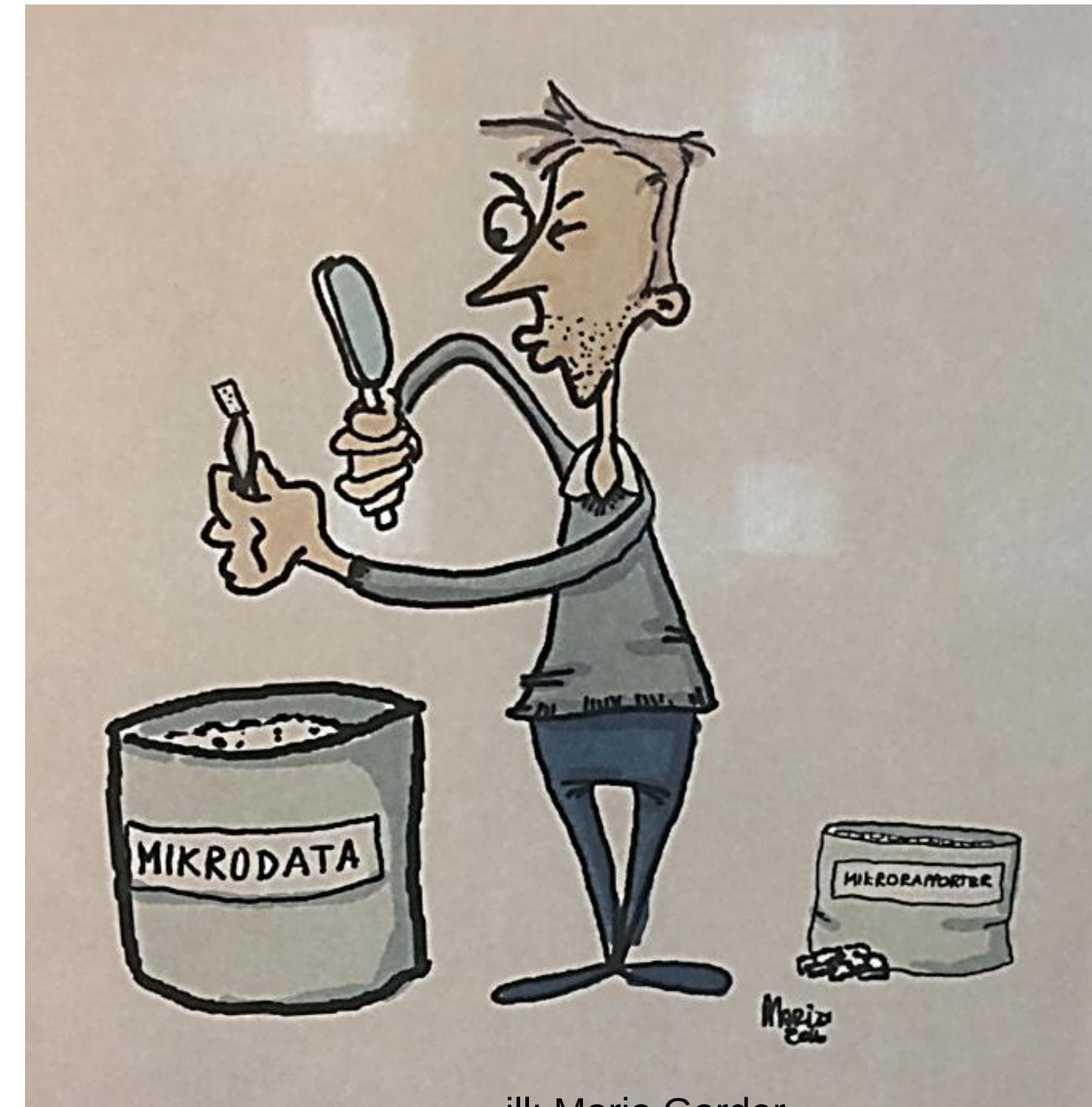


Utfordring

- Underrapportering
- Tilrettelegging i EPJ gjør rapporteringen krevende for kommunene

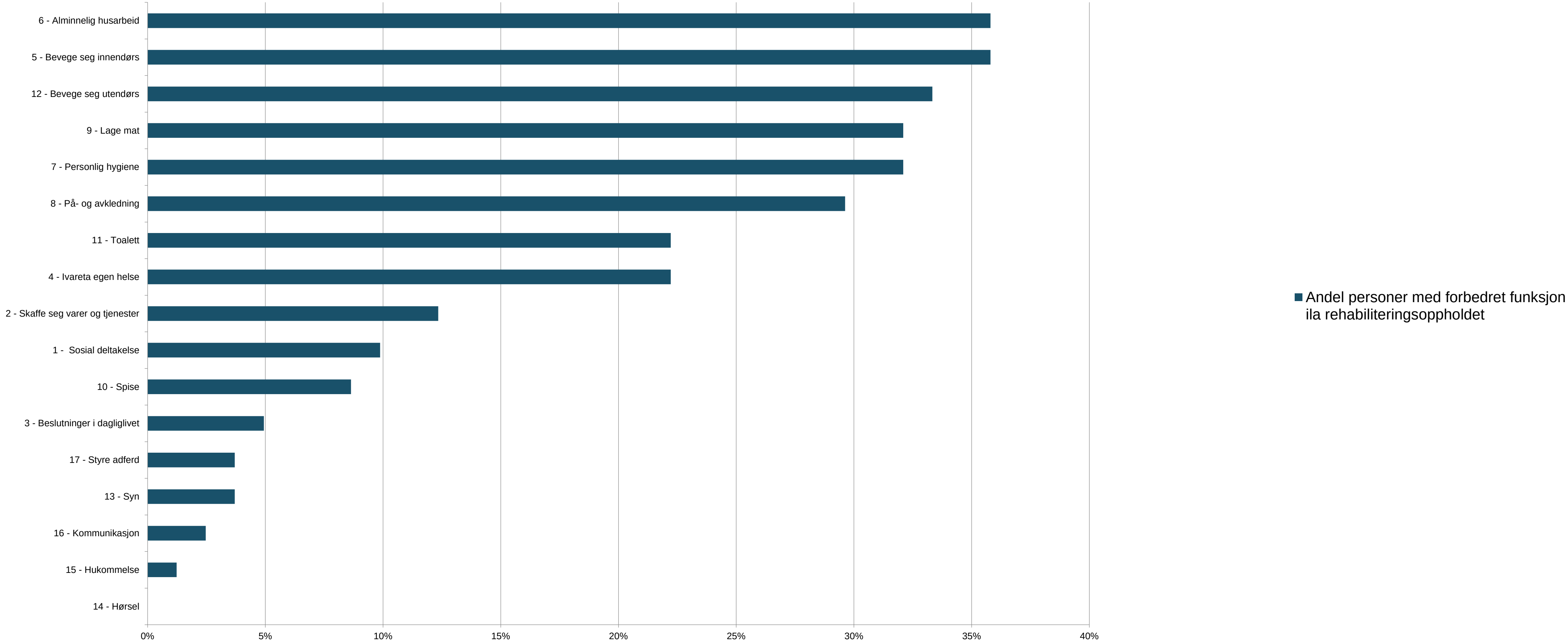
Det er behov for å endre måten dette rapporteres på i dag

- 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 Garder

Forbedring i funksjon, Bodø kommune



Behov for avklaringer

- Friskliv
- Lavterskeltilbud
- Psykisk helsetjeneste
- Ergoterapi og fysioterapi

Rapportering av Frisklivssentraler

Helsefremmende og forebyggende helsetjeneste

Det skal være

- Lav terskel for bruk av deres tilbud.
 - Ikke krav til vedtak eller henvisning.
 - Personer som ønsker å benytte seg av dette tilbudet kan selv ta kontakt.
-
- Frisklivssentralens tilbud er ikke vedtaksbaserte og frisklivssentralen kan ikke tildele noen brukere vedtaksbaserte kommunale tjenester.

Rapportering til registeret:

- Noen av deltakere ved frisklivssentralene kan være mottakere av vedtaksbaserte helse- og omsorgstjenester, som:
 - f. eks praktisk bistand og opplæring, helsetjenester til hjemmeboende, dagaktivitetstilbud osv., dvs. tjenester som rapporteres til registeret.
- Da er deltakerne saksbehandlet eksempelvis fra et tildelingskontor, som har kartlagt brukerens behov for tjenester og tilbud.
- Frisklivssentralens tilbud og andre tilbud som ikke krever vedtak, kan da likevel inngå som en del av et samlet tilbud.

Skal lavterskeltilbud rapporteres?

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

- Spørsmål om vedtak og innrapportering må derfor avgjøres ut fra den enkeltes pasient/brukers individuelle behov for oppfølging/tiltak/tjenester uavhengig av kommunens organisering av tjenestene.
- Kommunene har ansvar for kvalitet, innhold og forsvarlighet i tjenestene. Hvordan tjenestene er organisert skal ikke ha noen betydning for krav til dokumentasjon og rapportering.

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.

Lunsj

Kl. 11.30 – 12.30

Spørsmål og problemstillinger til H-dir fra:

- Rygge v/ Liv Dahl,
- Halden v/ Rita Labori,
- Rakkestad v/ Solveig Reinfjord

Mulighet for spørsmål fra salen....

Skåring av funksjonsvariabler

Brukes riktig metode
for
funksjonsvurderingen?



Hva er poenget med kodeverk i dokumentasjonen?

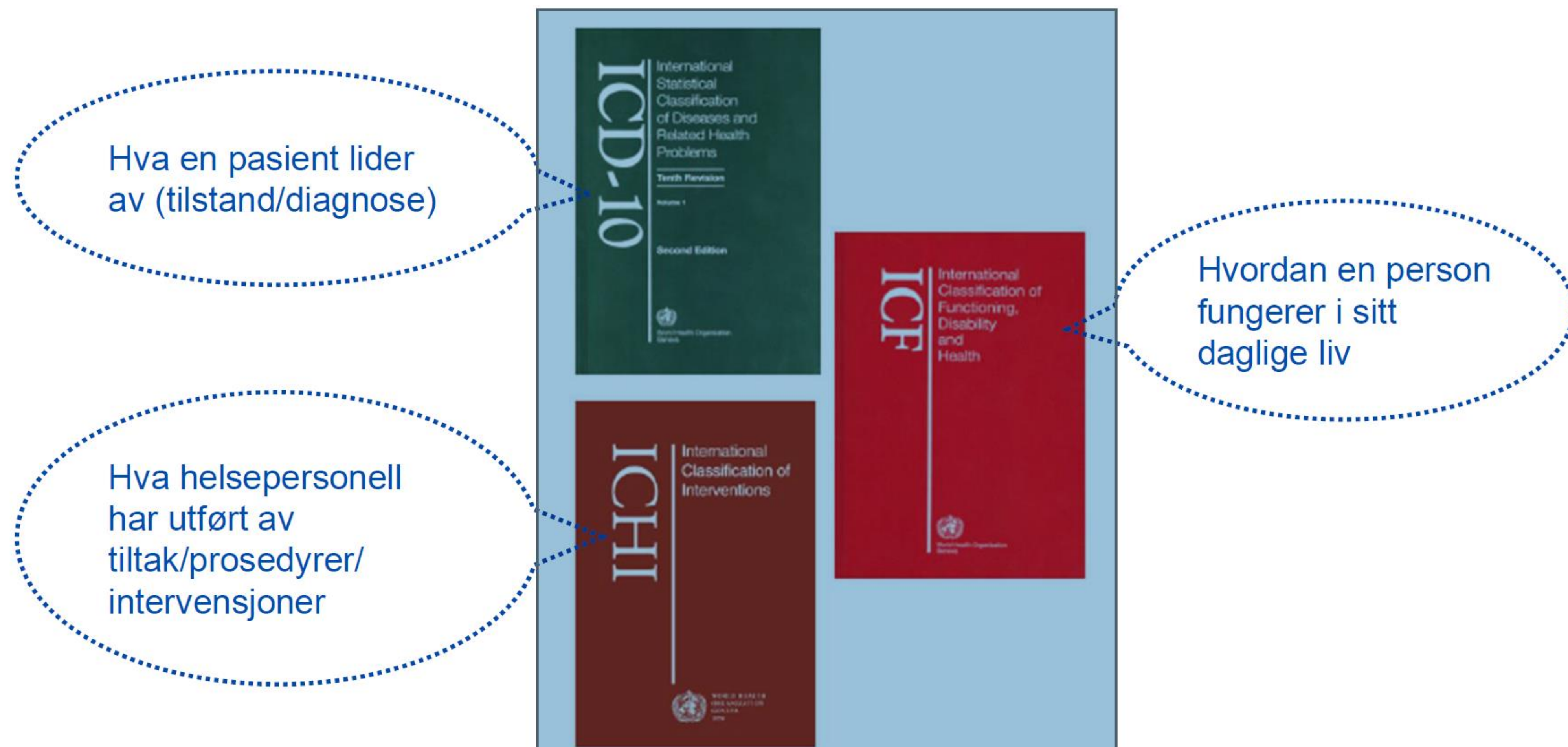
Stortingsmelding 9 (2012 – 2013) En innbygger en journal (kap. 3):

- *-«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



Skårinndeling i IPLOS

Bistand-/assistansevariable

Skårinndeling:

1. UTGJØR INGEN PROBLEM/UTFORDRING

for søker/tjenestemottaker

2. IKKE BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE.

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

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

Ikke behov for
personbistand

3. MIDDELS BEHOV FOR BISTAND/ASSISTANSE.

Utfører/klarer 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/klarer 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

Case Petter

- Mann 35 år
- Diagnose: Bipolar lidelse
- Han er inne i en depressiv fase
- Har ikke vært utenfor leiligheten sin på to uker
- Tar ikke medisiner
- Tar ikke kontakt med lege eller arbeidsgiver
- Har ikke handlet, ryddet
- Lager noe tørrmat
- Dårlig personlig hygiene, men ikke helt fraværende
- Ikke aggressiv eller problemer med å styre egen atferd



Foto: Hilde Kjølset

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.

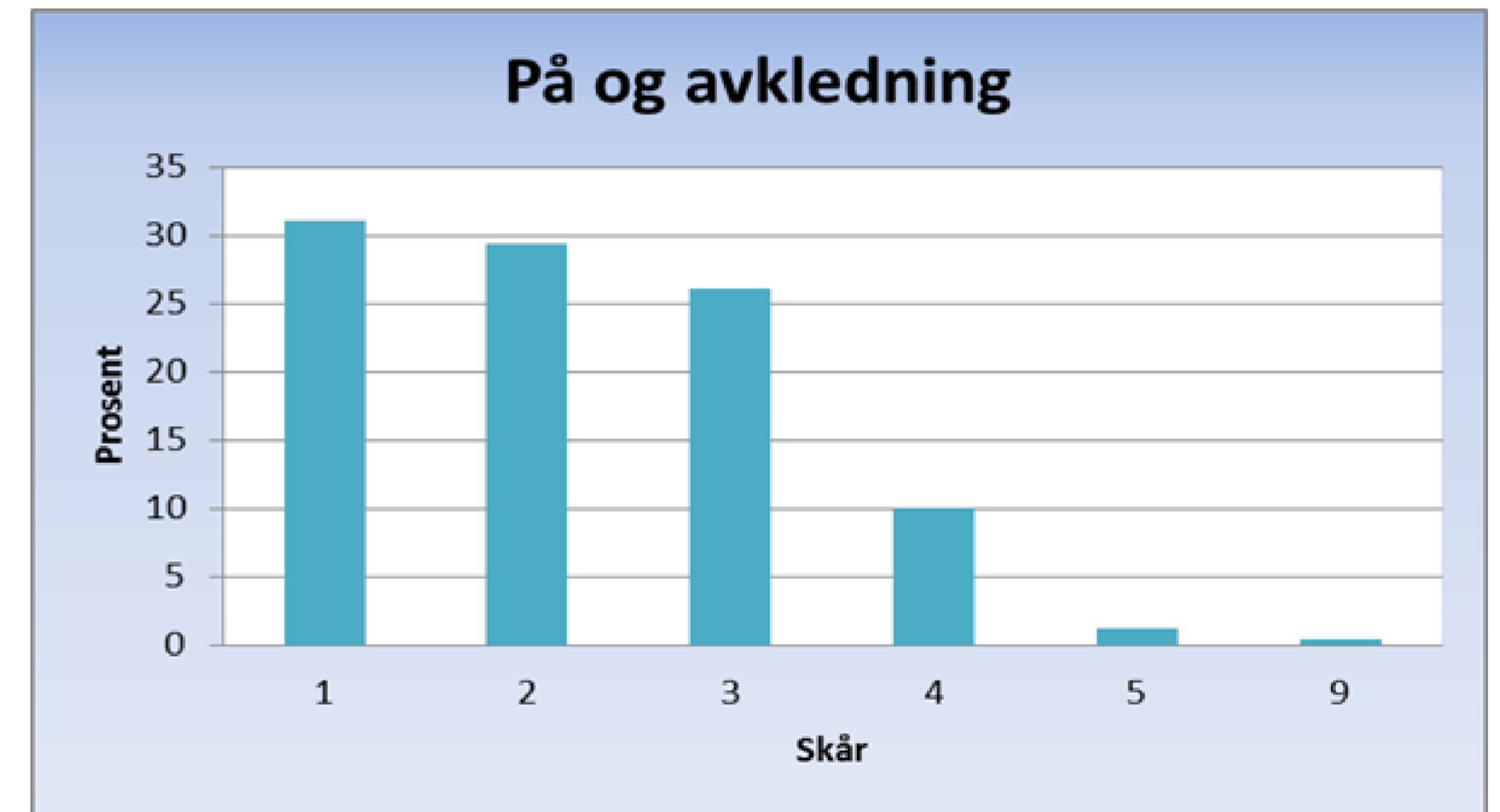
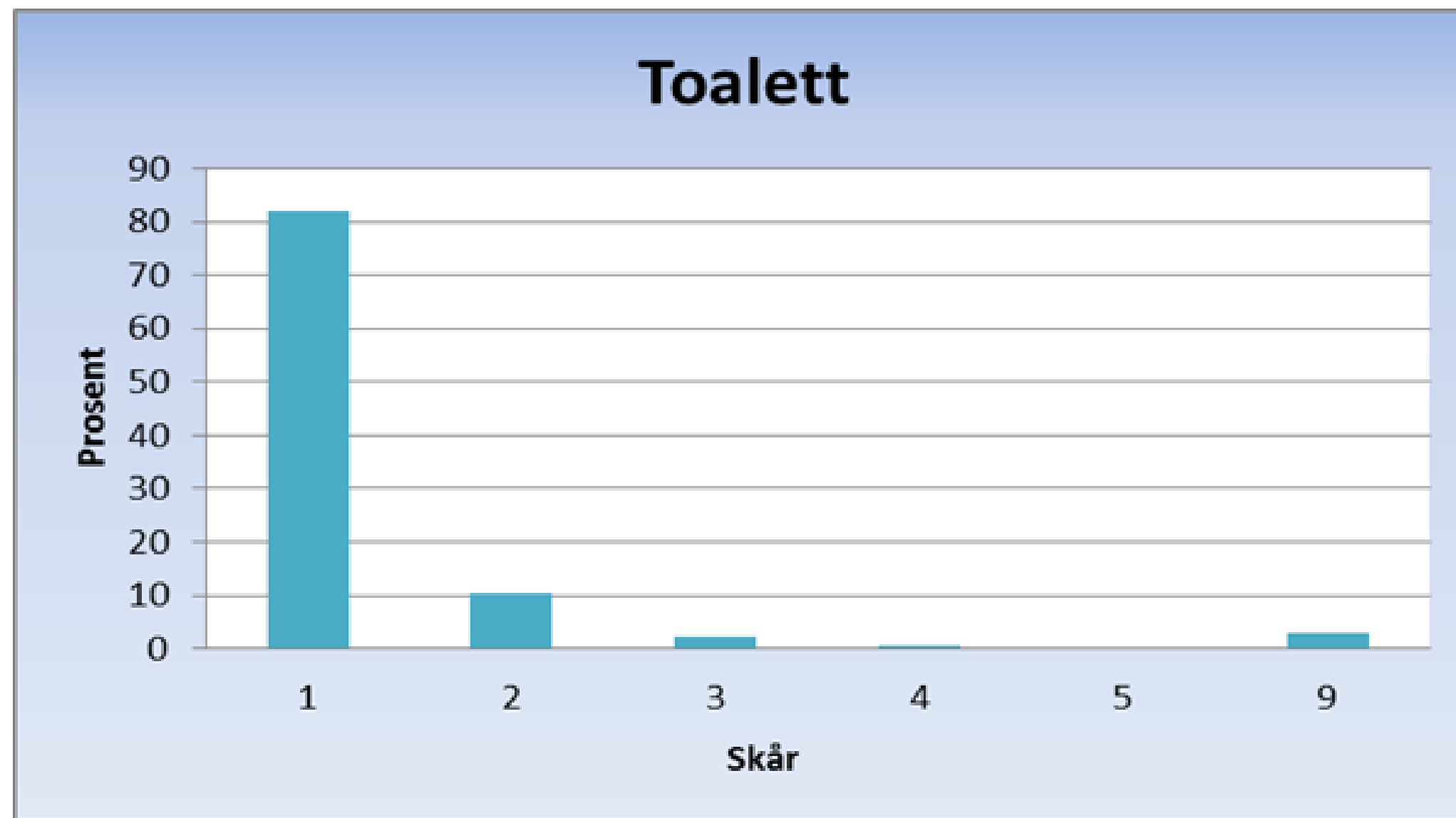
Resultater

Resultater fra landsundersøkelsen

Resultat undersøkelse med case - bistanivå	
Noe/avgrenset	0 %
middels	51 %
omfattende	49 %

Resultat undersøkelse med case - samlemål			
Kategori	Noe/avgrenset	Middels	Omfattende
A - Sosial fungering	10 %	46 %	45 %
B - Kognitiv svikt	82 %	14 %	4 %
C - Ivareta egen helse	2 %	26 %	72 %
D - Husholdsfunksjoner	4 %	25 %	71 %
E - Egenomsorg	68 %	28 %	5 %

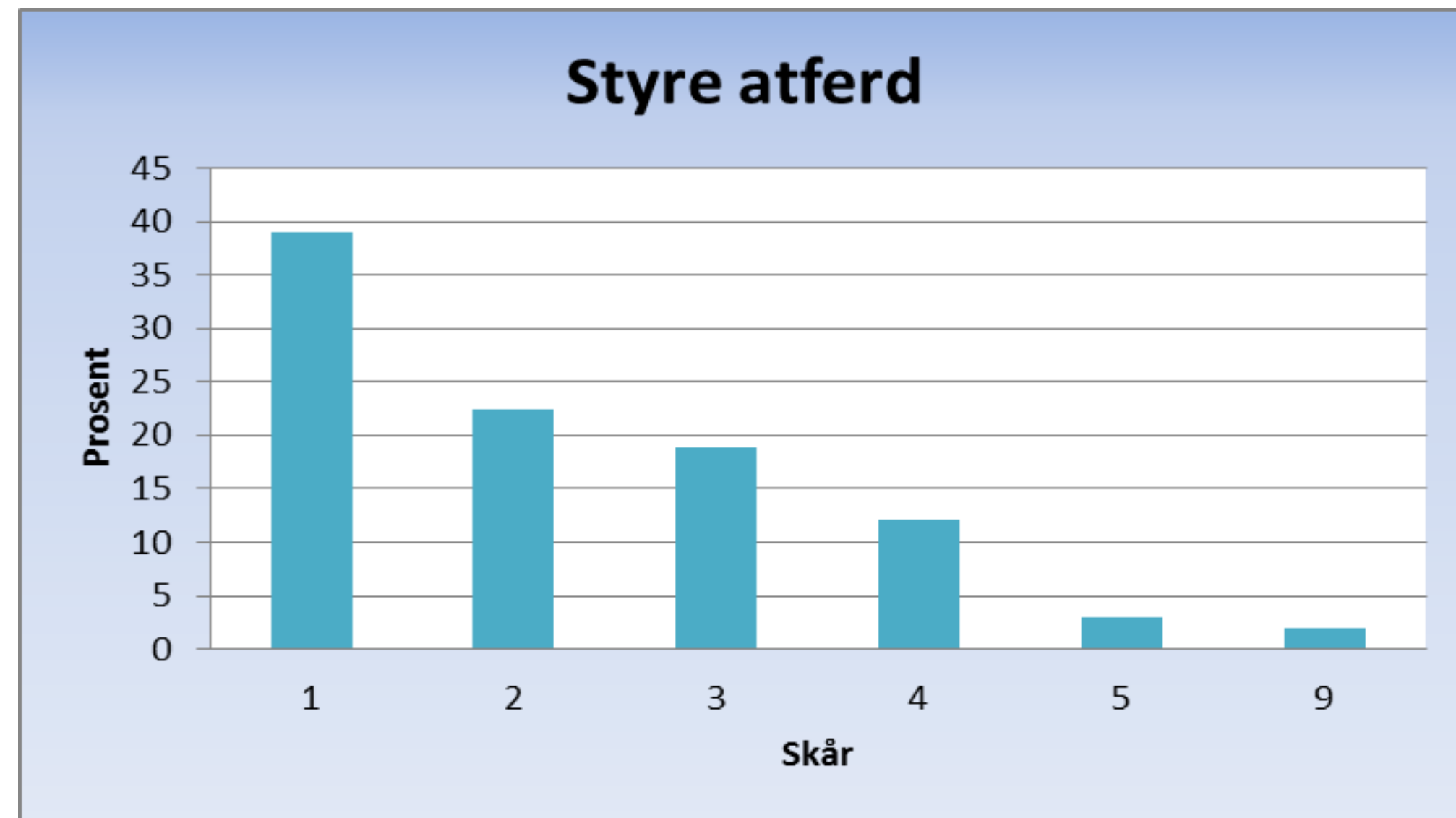
Resultater fortsetter



- Noen variable er enklere å vurdere enn andre
- Legger annet innhold i variabelen enn det som står i veiledningsteksten?
 - Skitne klær osv. – står ingenting i veileder om det.

Årsaker til feil vurdering:

- Legger annet innhold i variabelen enn det som står i veiledningsteksten når de vurderer.



Eks:



«Petter har en diagnose derfor må han ha problemer med å styre egen atferd»

«Har gitt 5 på styre egen adferd utifrå at han ikkhje reagerer på ringeklokke , uengasjert i henhold til egen helse ved sår, medisinerings OSV.»



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

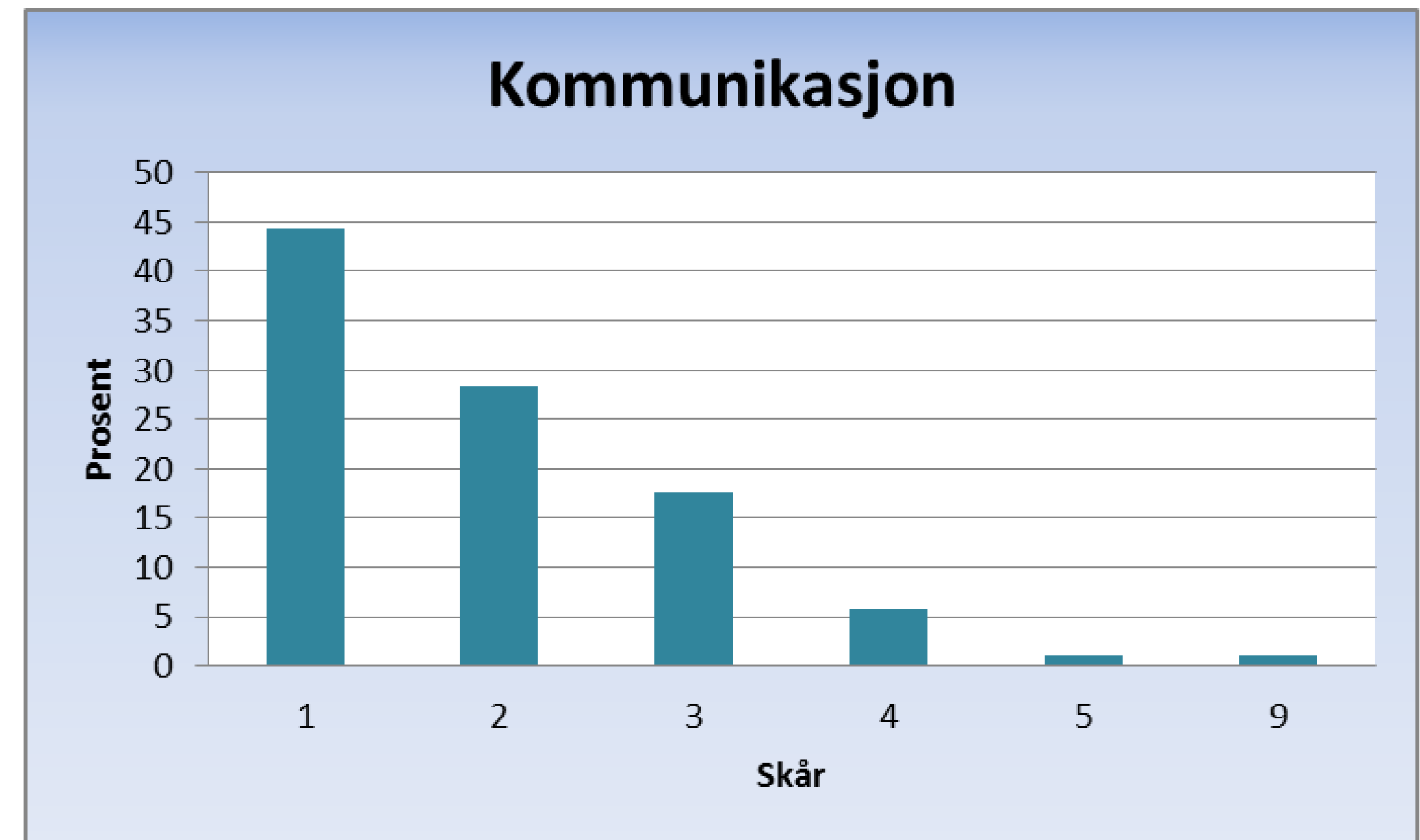
Mulig årsak til spredning:

- Legger annet innhold i variabelen enn det som står i veiledningsteksten når de vurderer?

Eks:

«Kommunikasjon- 4- klarer å snakke selv, men må ha bistand fra vennen.»

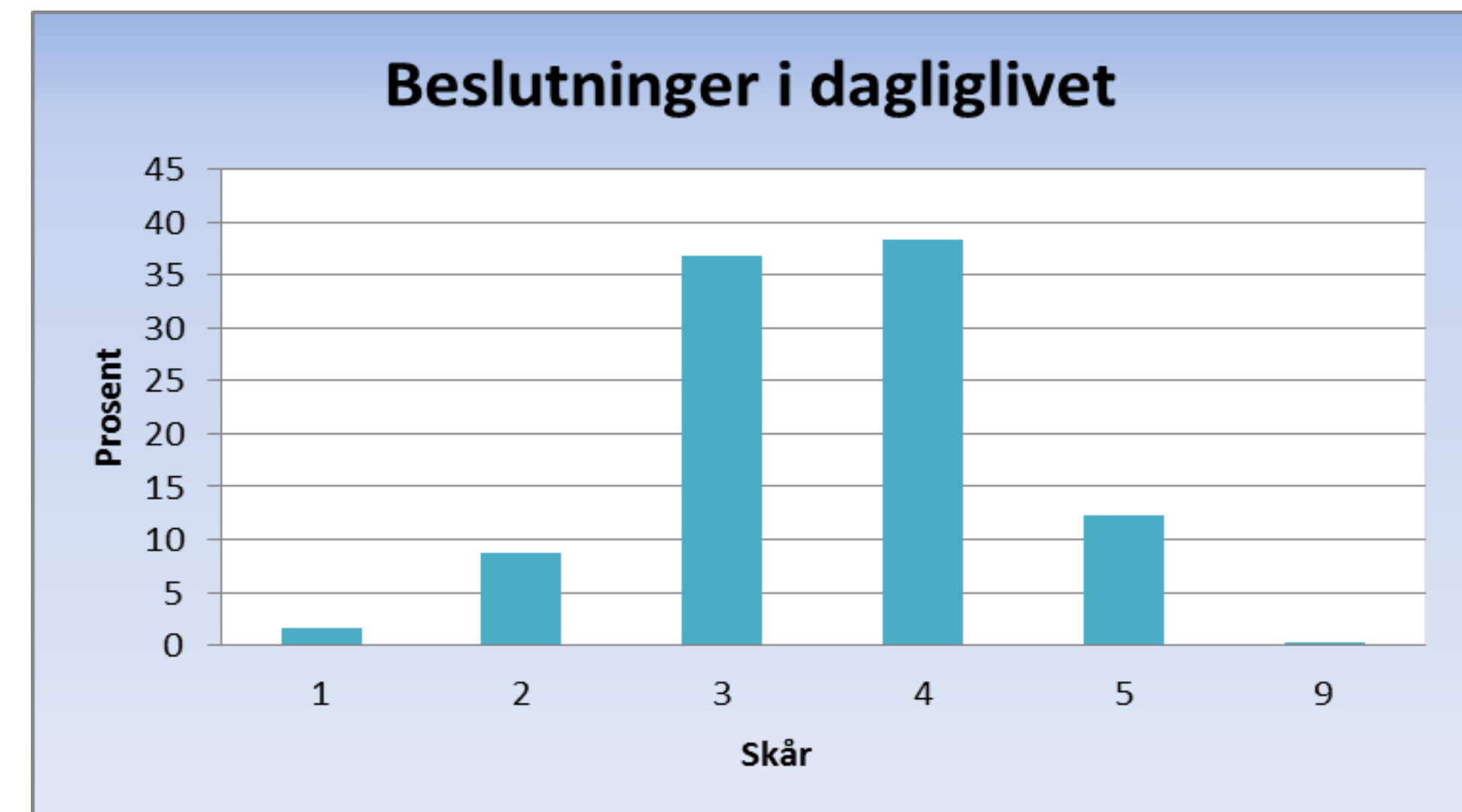
«Gitt score 2 på kommunikasjon fordi han i samtale under hjemmebesøket er lite pratsom, men det er nok depresjonen som gjør dette samt at han antagelig ikke tar sine medisiner som han skal.»



Årsaker til feil vurdering:

Usikker på metodikken:

- Bruke veiledningstekst
- Se de ulike delaktivitetene
- Sette skår for «nåsituasjon»



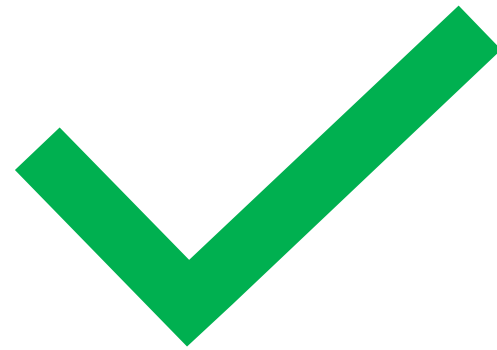
Eks:



«5 på beslutninger i dagliglivet. Han er veldig deprimert og har lite initiativ. Ser ikke sine egne behov og trenger derfor hjelp til å ta beslutninger.»

Kommentar som illustrerer rett bruk av metodikk

Beslutninger i dagliglivet:



«Petter har den siste tiden tatt mange uhensiktsmessige beslutninger i dagliglivet, han har handlet på en måte som ikke er gunstig, han trenger hjelp til å få livet på rett kjørl, han har dog ikke behov for bistand 24/7 får 3.»

Hvordan vurdere riktig?

Med utgangspunkt i case «Peter»

Beslutninger i dagliglivet

- ___ tar avgjørelser
- ___ organiserer daglige gjøremål
- ___ gjør valg mellom alternativer
- ___ disponerer tiden gjøremålene tar
- ___ integrerer uforutsette hendelser

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.

Mål:

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

Spørsmål og avklaringer fortsetter

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.

Opphold i spesialisthelsetjenesten - organisasjonsnummer

Registrering av org.nr ved opphold i spesialisthelsetjenesten

Opplever dere at kommunene får til dette (å sette org.nr)?

- Her vet vi det er utfordringer
- Det vil antagelig bli endringer

Derfor: ikke legg så mye vekt på dette i rapporteringen

Trygghetsalarm

- Spørsmål:
- Menes det kun de trygghetsalarmer som er innvilget som nødvendig helsehjelp tjenestetype 15? og ikke de som vi tildeler som et servisetilbud
- Hva definerer helsedirektoratet « trygghetsalarm som tildeles etter andre kriterier skal ikke rapporteres» Hva er andre kriterier?.
- Der trygghetsalarm innvilges som nødvendig helsehjelp, Hvilken tjenesten skal vi rapportere på, skal begge tjenester IPLoS rapportere?, tjeneste type 6 og eller 15?

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.»

Trygghetsalarm skal rapporteres som trygghetsalarm uansett hva det er hjemlet som

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

I GERICA velger vi *da 4 – Avgjørelse* (i stedet for *1 – Innvilget*)

- Er det krav til Iplos og ADL 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

- **Privat hjelp;** hva innebærer det?
(«Gjelder nødvendig hjelp i dagliglivet som gis av familie/venner/personer i nærmiljøet»),
hva er «nødvendig hjelp»? Eksempler
- **Svar:** det kan for eksempel handle om hjelp til personlig stell - hjelp til å spise..

Samfunnsdeltakelse

- Er svaret ja på spørsmål om mottar transport org., kultur og fritid når man blir kjørt (av pleier) i rullestol fra langtidsavdeling til felles stue for andakt der?
- Her har vi en del feilregistrering:
 - «Transportbehovet i forbindelse med tjenesten dagsenter vil ikke bli synliggjort her. Det gjelder bare ordinær utdanning og ordinært inntektsgivende arbeid.»
- ... «Personer som mottar trygd og ikke har ordinært inntektsgivende arbeid skal her registreres med nei, har ikke behov for bistand til arbeid.
 - Med arbeid menes en arbeidsplass, evt. vernet arbeidsplass utenfor hjemmet (det må være lønnet arbeid). Tjenesten dagsenter/dagtilbud/aktivitetstilbud regnes ikke som arbeid. Oppmuntringslønn og lignende er ikke lønnet arbeid.»
- Det er ikke lett å forstå at det dreier seg om ordinært inntektsgivende arbeid når man ser registreringen for seg (det er «fort gjort» å ta med eks psyk.utv.hemmede som jobber på dagsenter med ved etc og mottar transport til/fra, dette svares ofte ut med ja.
- **Enig og dette vil komme tydeligere fram i ny veileder!!**

Dagaktivitetstilbud vs dagopphold i institusjon

Fra nyhetsbrevet i des. 2017;

- **4 eller 17?? (4 Dagsenter, 17 Dagopphold i institusjon)**

Kan dere si noe mer om dette: «tjenestetype 17; *formålet for denne tjenesten er helsehjelp.*»?

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.

Hva er formålet med tjenesten? Aktivitet eller helsehjelp?

Vedr. tid pr. ressursinnsats og omfang

*Vi forstår det sånn;
Ressursinnsats = iplostid??
Omfang = vedtakstid (kan aldri bli mer enn 24 t x 7 = 168)*

Info: tiltaksplanen viser tid i saks/vedtaksbildet (Gericca) så vi lett kan fylle inn ressursinnsats og omfang. Men det vises ikke i tid hva vi har lagt inn som «dobbelt personale» (der der er to hjelpere) og hva som er registrert av tid på en hjelper. Summeringen viser bare tid totalt uavhengig av antall hjelpere, ergo får vi ikke vist forskjellen mellom omfang og ressursinnsats (for å «telle over» tiltaksplanen blir for tungvint i mange saker og travle hverdager; tiltaksplanen er levende, og om man benytter den fullt ut med tidsplaner har vi ikke «skyggeregnskap» ved siden av)

	Timer	Min.	Tidsbruk pr. uke, summert tiltak:				
Tid pr. uke (ressursinnsats):	4	0	Kommunalt (t/m):	4	-	0	1
Herav privat:	0	0	Privat (t/m):	0	-	0	0
Tid pr. uke (omfang):	2	0	Totalt (t/m):	4	-	0	1

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 inkludert 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

IPLOS-
opplysningene er
dårlig tilrettelagt
og feil i EPJ

Ulike kodeverk i
spesialist og
kommune

IPLOS-opplysningene er
nesten det eneste
standardiserte og
strukturerte i EPJ

Ulike behov for
kodeverk i ulike
tjenester og
profesjoner

Kommunene har
behov for kodeverk
og terminologi

Dokumentasjon lar seg
ikke gjenbruke

Manglende
kompetanse i å
bruke og
etterspørre data



© Conny Fridh/Johnér



© Crb/Johnér

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.



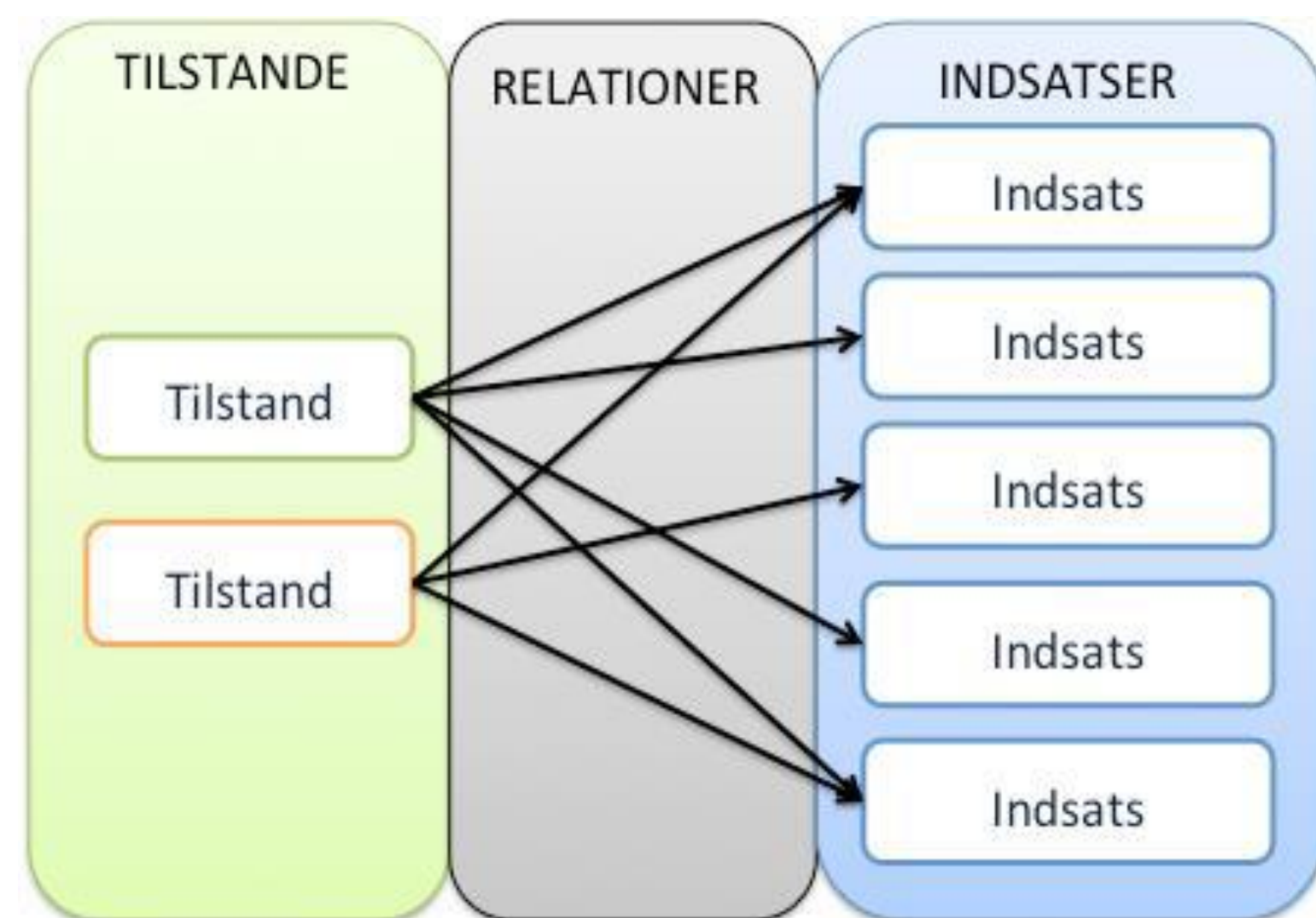
Les mer
[her.](#)

Rapport om
projektet
[her.](#)

Bruk av ICF i Danmark – Fælles Sprog III

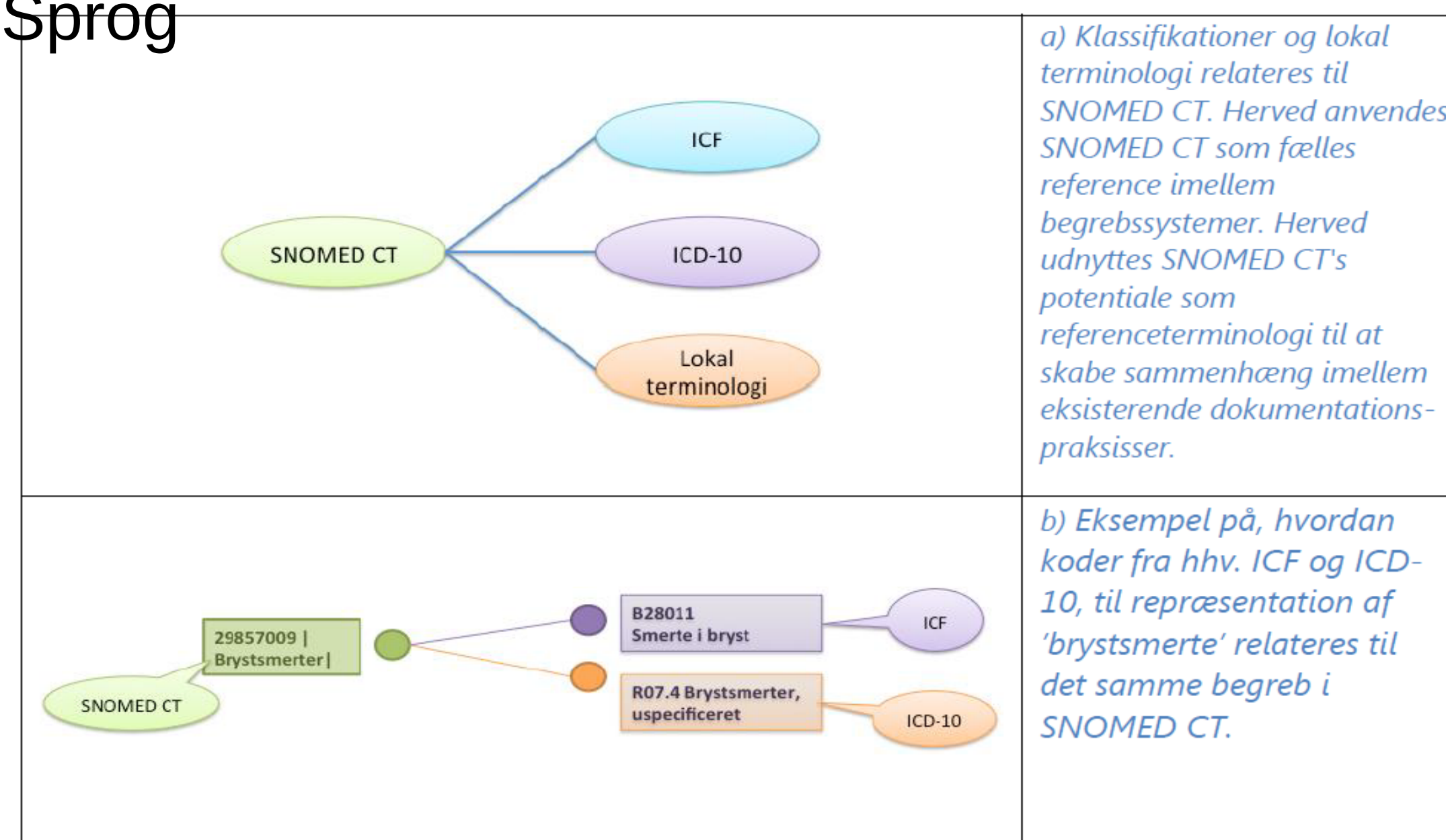
Kommunernes Landsforbund har lansert Fælles sprog med bl.a. ICF og SNOMED CT

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



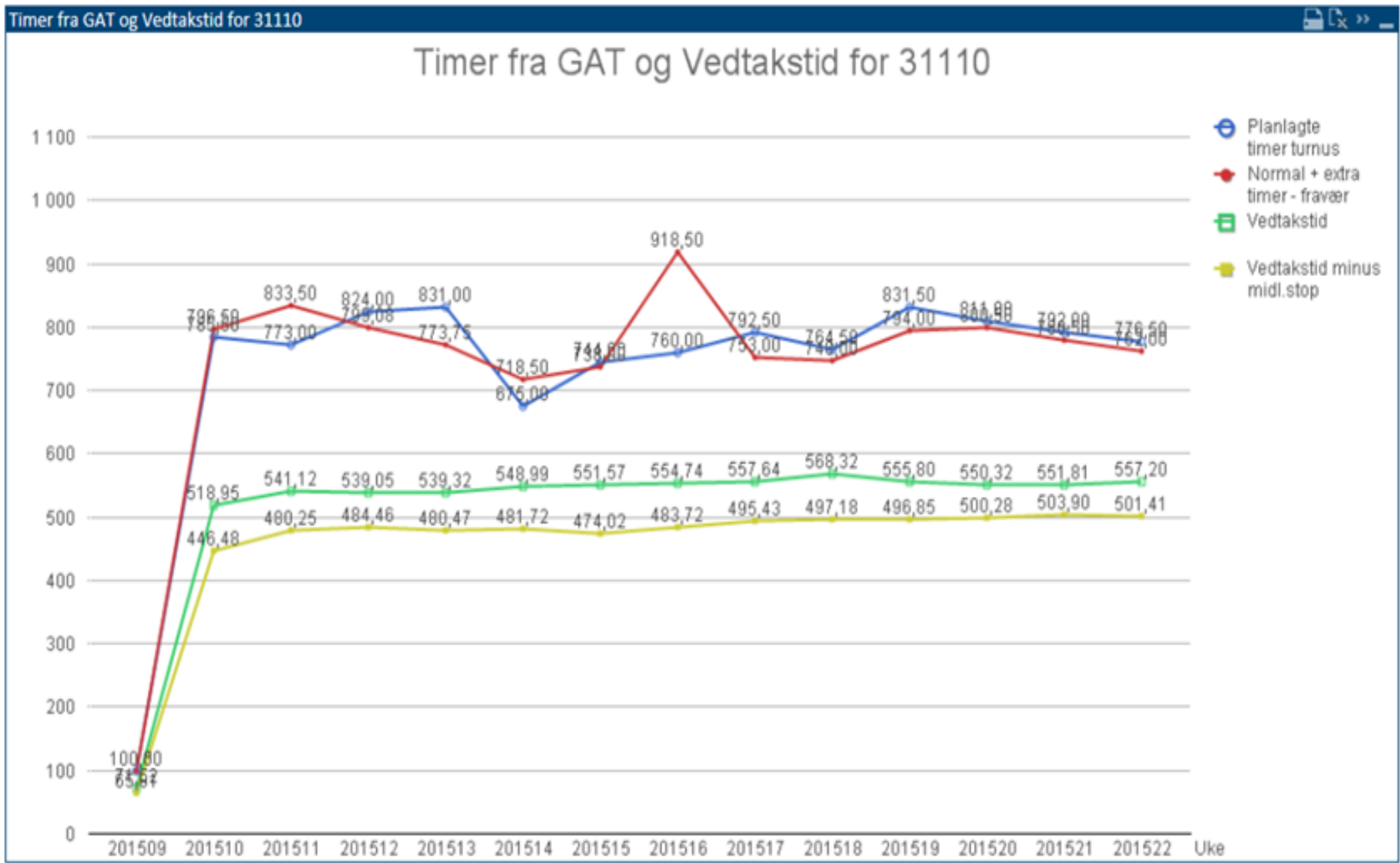
3. Styringsdata bør gjøres tilgjengelig på to måter:



Lokal statistikk

Nasjonalt løsnings

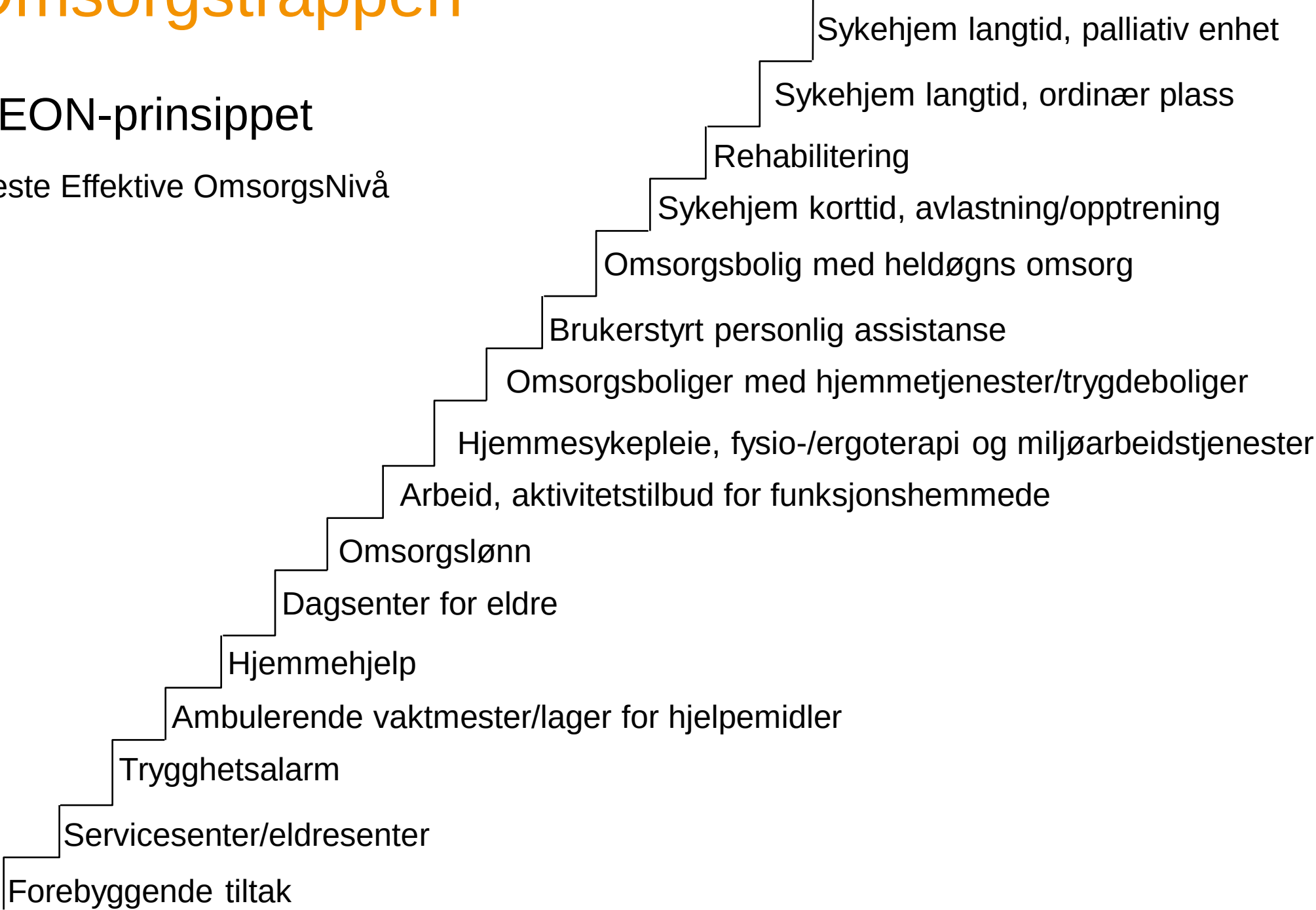
Kapasitetsutnyttelser



Omsorgstrappen

BEON-prinsippet

Beste Effektive OmsorgsNivå

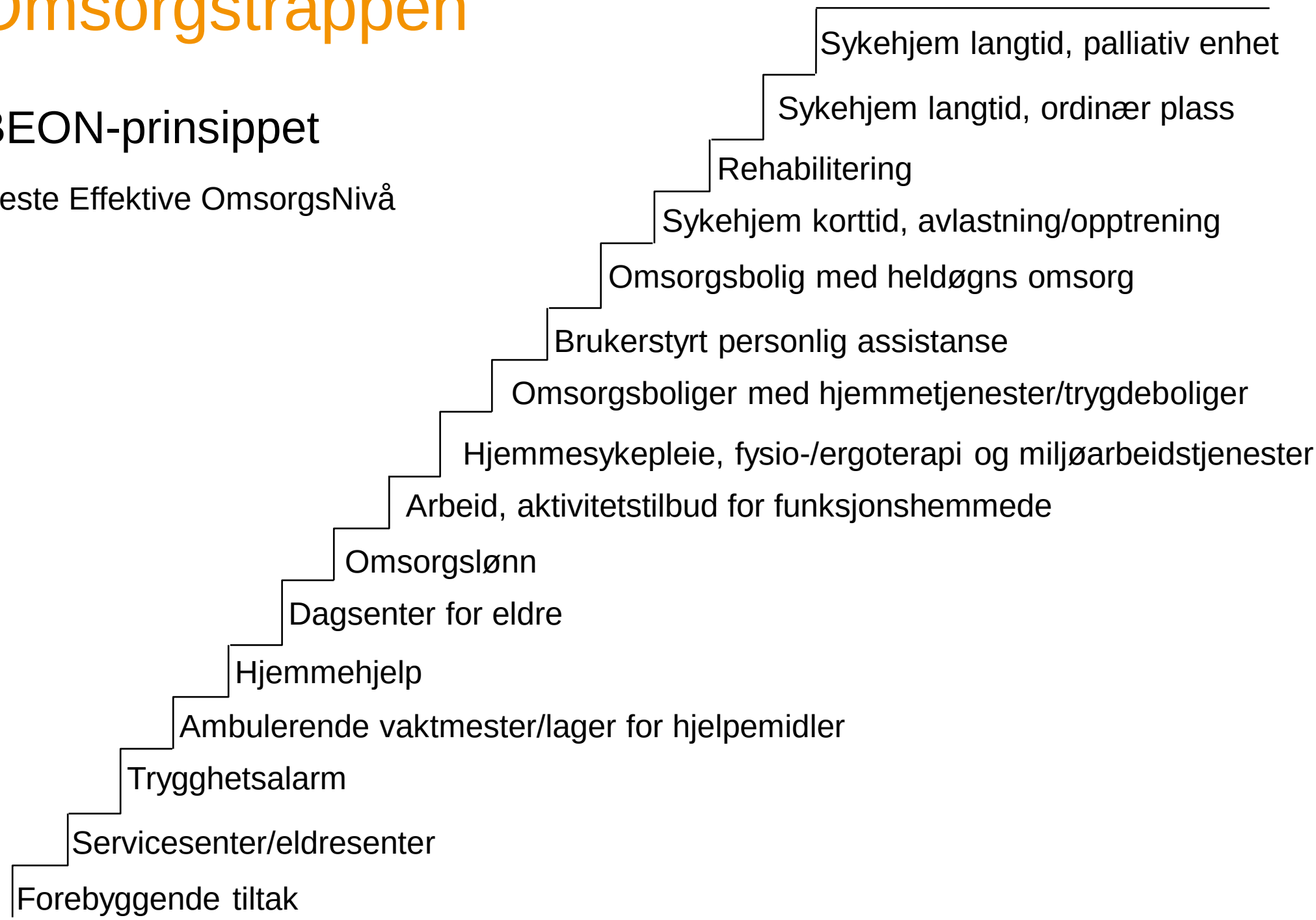


Agenda kaupang foreslår at data fra registeret som illustrerer omsorgstrappen gjøres tilgjengelig for den enkelte kommune.

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
Matombringing	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



Rapport

Rapport



Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene

- Et delprosjekt under Forsøksordningen med statlig finansierte omsorgstjenester

Kl. 14.35 – 14.40

Benstrekk

A background image showing a group of people ice skating on an outdoor rink at night. The scene is illuminated by warm, golden lights, creating a cozy and festive atmosphere. Several skaters are visible in the foreground and background, some wearing winter coats and hats. The ice surface is reflective, showing the silhouettes and lights of the skaters.

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/helsedir>

I forbindelse med lanseringsseminaret ble det laget en liten informasjonsfilm

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

Hvem har ansvaret for KPR

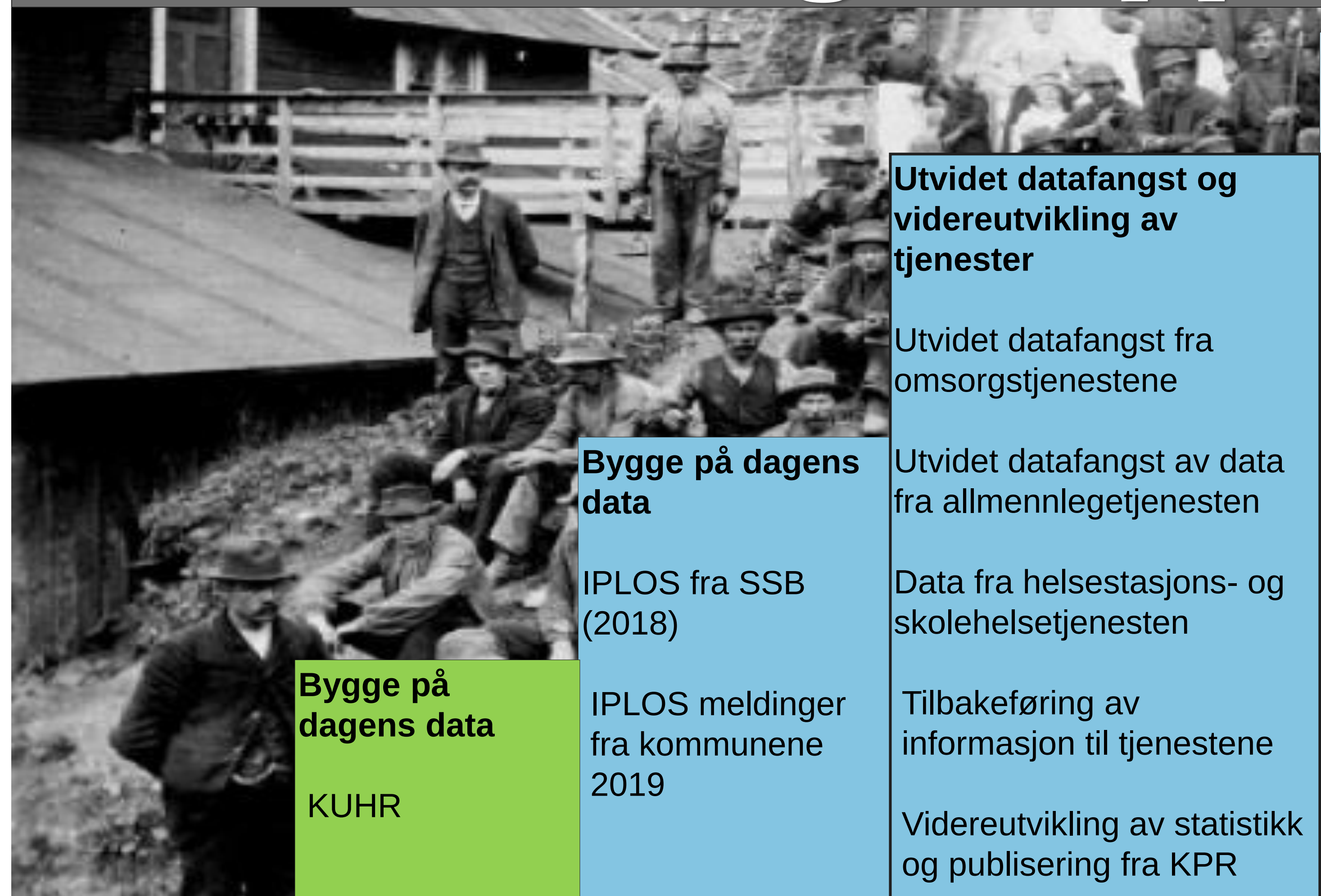
- Stortinget besluttet etablering av KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister) gjennom endring av helseregisterloven juni 2016
- Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle KPR til å bli en komplett datakilde til nytte for et bredt spekter av interessenter

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

	Bygge på dagens data KUHR		Utvidet datafangst og videreutvikling av tjenester Utvidet datafangst fra omsorgstjenestene	Utredes nærmere Videreutvikle teknisk løsning med automatisk datafangst Styrke analysemuligheter (helseanalyse-plattformen)	Utredes nærmere Data fra alle tjenesteområder innen primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten tilgjengelig Samordnet med En innbygger en journal og helseplattformen i Midt-Norge
	Bygge på dagens data IPLOS fra SSB (2018)		Utvidet datafangst av data fra allmennlegetjenesten		
	Bygge på dagens data IPLOS meldinger fra kommunene 2019		Data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten		
			Tilbakeføring av informasjon til tjenestene		
KPR Forskriften 1.12.2017	KPR trinn 1.0 5.4.2018	KPR trinn 1.1	Videreutvikling av statistikk og publisering fra KPR		
KPR trinn to			KPR trinn tre		KPR trinn fire

- **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 registeret 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

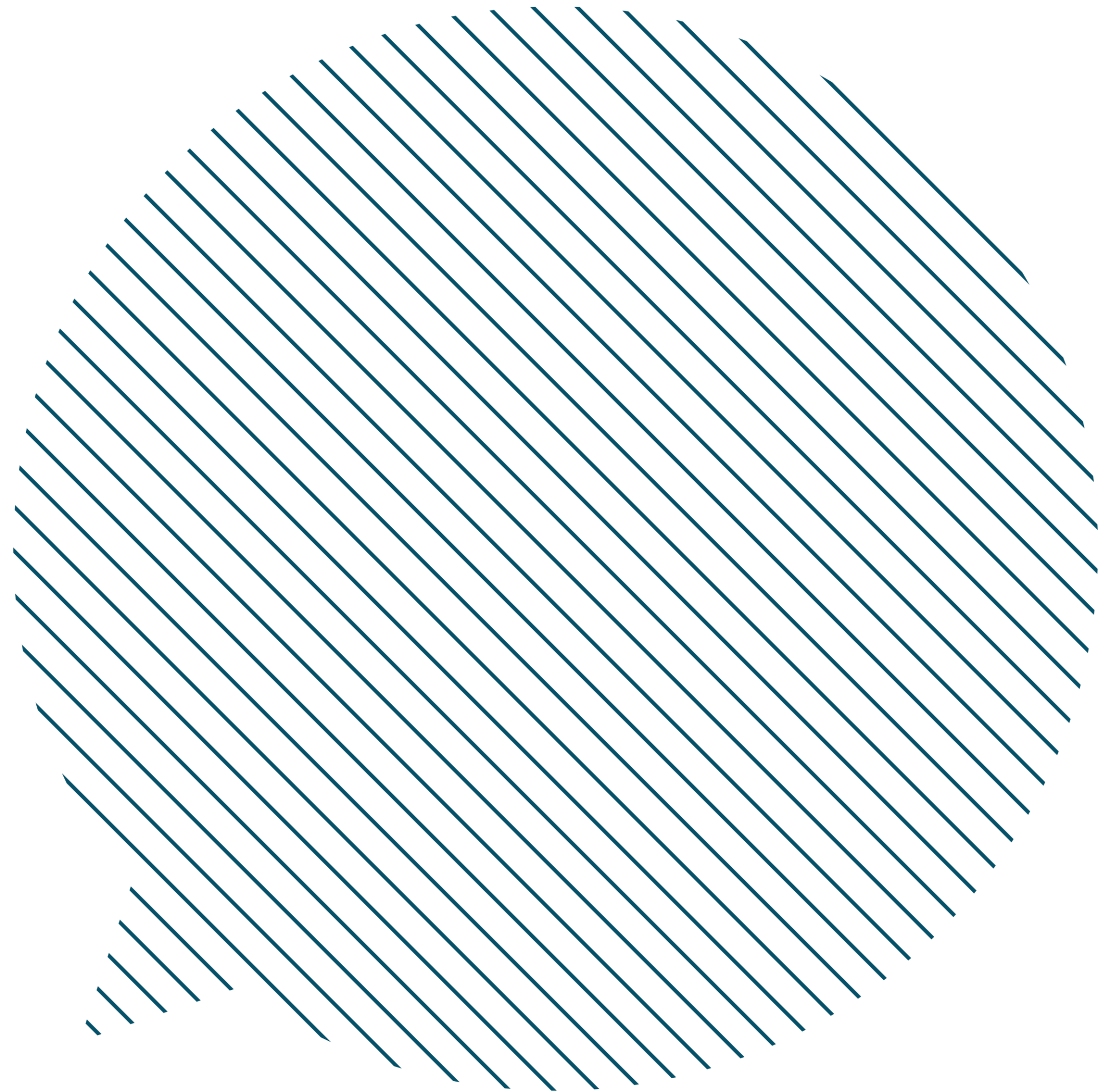
- Nytteverdi av koplinger

Personer med demens

Resultater fra kobling av KPR og NPR

Geir Selbæk, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse/UiO

Julie Kjelvik, Helsedirektoratet



Demenssykdom

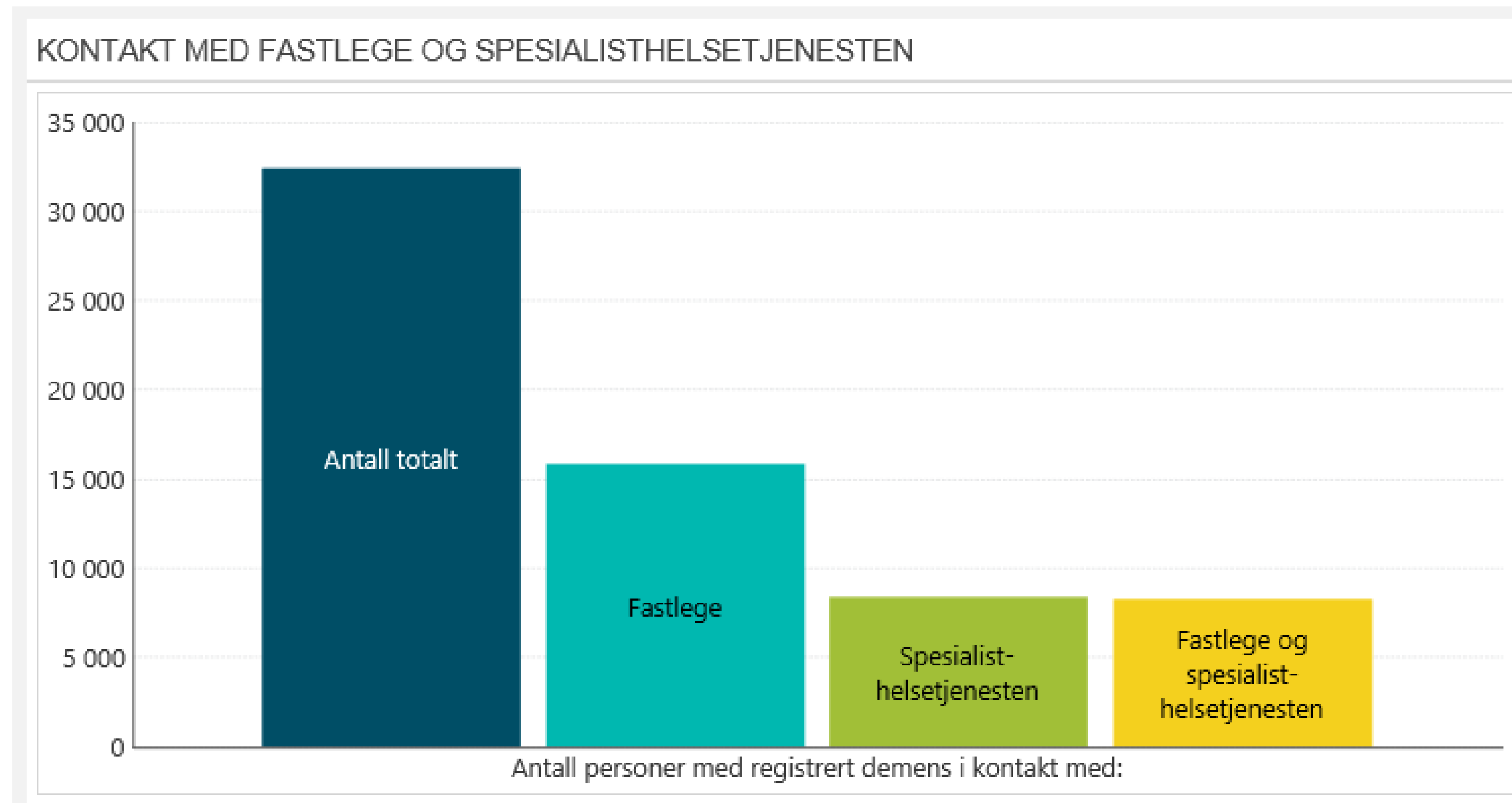


Siste estimat er på 80-104 000 personer med demens i Norge (FHI 2018: Psykisk helse i Norge)

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?

32 000 personer med demens



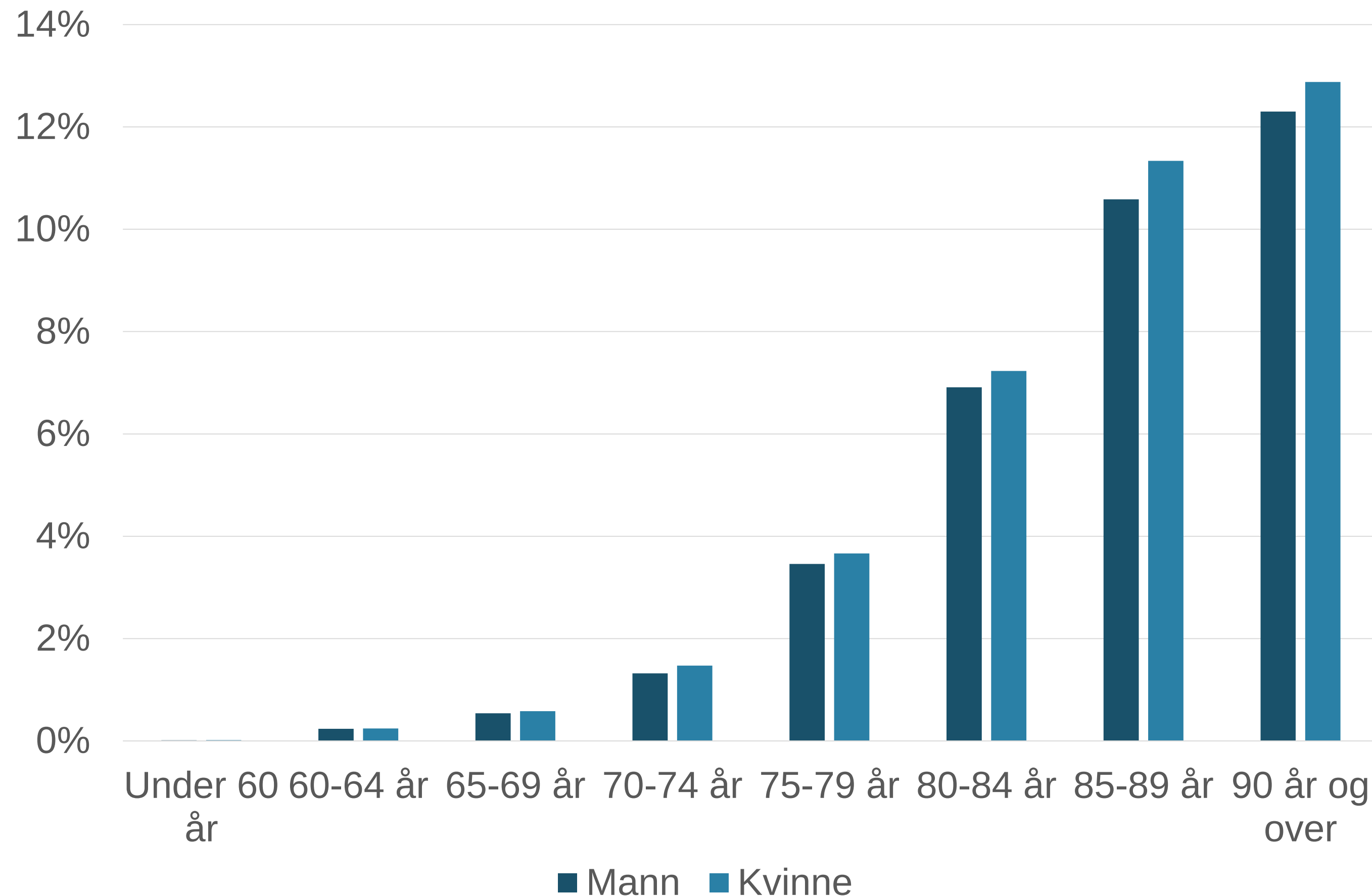
Kilde: KPR+NPR

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 ...



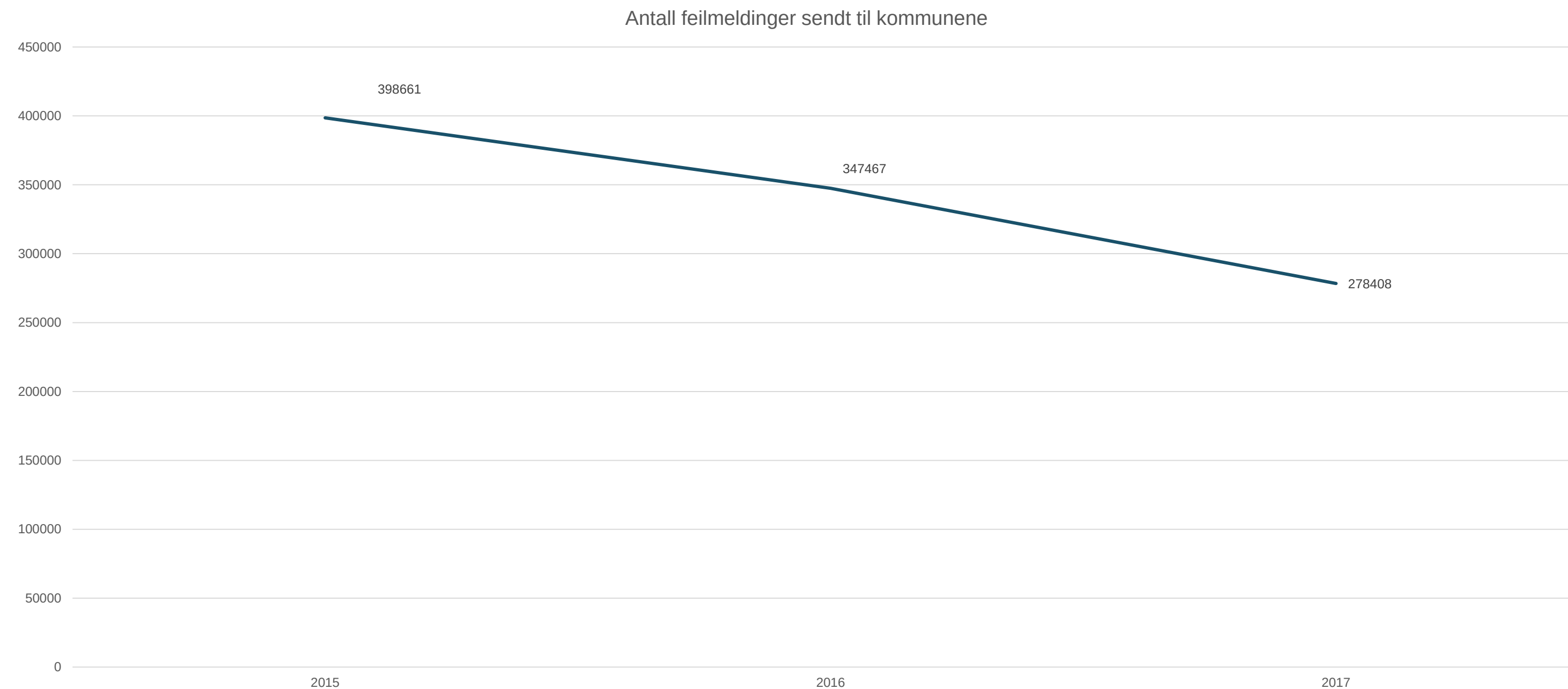
KPR 1.0/NPR kan belyse:	Med IPLOS etter hvert inn i KPR:
Kontakthypighet med fastlege etter sykehus?	Hvor mange med demensdiagnose totalt i Norge? (sykehjem + fastlege + sykehus)
Hva behandles personer med demens for i sykehus?	Kontakt med fastlege før sykehjems plass?
Hvor mange hjemmeboende med demens 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.

Nedgang i feilmeldinger etter innsending



- Årsaker
 - Diagnosereservasjon
 - Feilmelding på mangler kun på den siste registreringen av personopplysninger

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

Videre arbeid

Aktiv veiledning og informasjon ut mot kommunene

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

**Helsedirektoratet**

IPLOS – Nyhetsbrev november 2015



©sidseil Helen 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 kvalitetsindikatorene publiseres med tall på kommunenivå på [Helsenorge.no](#). [Her](#) ligger nyhetssak 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. Helsestjenester i hjemmet
2. Langtidsopphold i institusjon
3. Støttekontakt

Definisjon av indikator:
- Gjennomsnittlig tid fra vedtak om tjeneste er fattet til tjenesten er mottatt for første gang.

Saksbehandlingstid
1. Helsestjenester i hjemmet
2. Langtidsopphold i institusjon
3. Støttekontakt

Definisjon av indikatorer:
Gjennomsnittlig tid fra søknad er registrert til vedtak er fattet.

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>



ill: Mario Gaarder