

Til: Høringsinstansene  
Kopi:  
Dato: 1.02.23  
Saksnr: 23/2086-1

## Notat

Fra: Prosjekt KPR 2024  
Saksbehandler: Øyvind Christensen  
Ansvarlig: Olav Isak Sjøflot

### Høringsnotat

## Rapportering fra kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet til kommunalt pasient og brukerregister

### Sammendrag

Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) ble vedtatt ved lovendring i 2016. KPR skal utvikles trinnvis, med utgangspunkt i eksisterende innrapportering i KUHR-systemet og til IPLOS registeret. Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Tilbudet (KAD/ØHD) utgjør en viktig del av tilbudet til akutt helsehjelp i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet har samlet inn data for aktiviteten i ØHD siden 2012, og publisert egne rapporter om utviklingen. Helsedirektoratet vil vurdere erstatning av dagens statistikkrapportering på et Excel-skjema med innhenting av individbaserte helseopplysninger til KPR.

For å komme videre med dette arbeidet etablerte KPR-prosjektet en arbeidsgruppe, som kunne gi Helsedirektoratet råd om hvilke data som bør inngå i rapportering til KPR fra KAD/ØHD. Arbeidsgruppen foreslår at det etableres rapportering av følgende opplysninger fra KAD/ØHD til KPR i Helsedirektoratet:

1. Virksomhet (navn, adresse og organisasjonsnummer)
2. Tjenestekommune, eller kommuner dersom virksomheten er en interkommunal virksomhet (kommunenummer)
3. Pasient (fødselsnummer eller annen offisiell ID, kjønn, alder og bostedskommune)
4. Innleggelsestidspunkt (år, dato og klokkeslett)
5. Utskrivningstidspunkt (år, dato og klokkeslett)
6. Innskrivningsdiagnose (ICPC2 eller ICD-10, en eller flere)
7. Utskrivningsdiagnose (ICPC2 eller ICD-10, en eller flere)
8. Henvissende virksomhet (kategori med kodeverk og organisasjonsnummer/HER-ID)
9. Utskrevet til (kategori med kodeverk og organisasjonsnummer/HER-ID)

Data bør overføres løpende. Minimum daglig, etter mønster fra bl.a. helsestasjons- og skolehelsetjenestens rapportering til KPR.

Arbeidsgruppens forslag bør sendes på høring til virksomheter, faglige organisasjoner, EPJ-leverandører og andre interessenter.

Høringen gjennomføres av Helsedirektoratet, som grunnlag for en evt. beslutning om pålegg om rapporteringsplikt.

## Bakgrunn

Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) ble vedtatt ved lovendring i 2016. I [Prop. 106 L \(2015-2016\)](#) heter det bl.a. at KPR skal utvikles trinnvis, med utgangspunkt i eksisterende innrapportering i KUHR-systemet og til IPLOS registeret. I 2023 arbeides det med løpende rapportering av data fra helse- og omsorgstjenesten, og utvidelse av KPR med løpende innrapportering fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Kommunale akutte døgnheter (KAD eller ØHD) er, sammen med fengselshelsetjenesten, primærhelsetjeneste som per i dag ikke rapporterer data til KPR.

Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5. De første plassene ble opprettet i 2012, og tilbudet ble faset inn i kommunene fram mot 2016. I første omgang omfattet tilbudet i hovedsak somatiske diagnoser, men fra 1.1.2017 ble plikten utvidet til å gjelde voksne pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse er definert som: innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd.

Kommunal akutt døgnhet (KAD/ØHD) er et tilbud for pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten. Tilbudet erstatter sykehusinnleggelse for pasienter som kan få et like godt tilbud på KAD/ØHD som på sykehusene. Fastlege og allmennlege, legevaktslege, samt lege i sykehus kan legge pasienter direkte inn på KAD/ØHD etter avtale.

KAD/ØHD utgjør en viktig del av tilbudet til akutt helsehjelp i primærhelsetjenesten. Ett av formålene med øyeblikkelig hjelp døgntilbud er å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er nødvendig eller ønskelig. ØHD-plassene gir også pasientene et tilbud nærmere hjemmet og involverer kommunene tidligere i pasientforløpet. For at tilbudet skal fungere, kreves både god pasientbehandling og god kapasitetsutnyttelse.

Helsedirektoratet har samlet inn data for aktiviteten i ØHD siden 2012, og publisert egne rapporter om utviklingen. Den siste [rapporten](#) viser utviklingen i 2019. Informasjonsinnhenting har foregått ved at kommunene har fylt ut et Excel-skjema som gir aggregert informasjon om bruk av tilbudet. Mange kommuner har ønsket omlegging til en mer automatisert rapportering til Helsedirektoratet og KPR.

Etter intern dialog i Helsedirektoratet, ble det tok KPR prosjektet initiativ til å vurdere erstatning av dagens Excel-skjema med innhenting av individbaserte helseopplysninger til KPR. Et første steg på veien til ny rapportering er å beslutte hvilket innhold som skal rapporteres fra elektronisk pasientjournal (EPJ) til KPR. For å komme videre med dette arbeidet etablerte KPR-prosjektet en arbeidsgruppe, som kunne gi Helsedirektoratet råd om hvilke data som bør inngå i rapportering til KPR fra KAD/ØHD.

## Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen ble som nevnt etablert av KPR-prosjektet i Helsedirektoratet våren 2022 med interne og noen eksterne medlemmer. Basert på innspill og diskusjon i arbeidsgruppen vil KPR-prosjektet i Helsedirektoratet sende et forslag (dette dokumentet) til innhold i rapportering fra KAD/ØHD tjenestene på høring til KAD/ØHD enhetene, kommunene, aktuelle faglige organisasjoner, EPJ-leverandører og andre interessenter.

I tillegg til interne ressurser i Helsedirektoratet, tok prosjekt KPR 2024 kontakt med KAD enheten på Aker sykehus (Oslo kommune), Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin og Norsk forening for allmenmedisin (NFA).

### **Arbeidsgruppens medlemmer:**

Bjørnar Alexander Andreassen, Helsedirektoratet

Øyvind Christensen, Helsedirektoratet

Steinar Hunskaar, Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin

Janne Kristin Kjøllestad, Helsedirektoratet

Tiril Ludvigsen, Helsedirektoratet

Dario Mardal, Oslo Kommune

Silje Mortensen, Helsedirektoratet

Lars Rønningen, Helsedirektoratet

Elisabeth Stura, Norsk forening for allmenmedisin

Tonje Zahl-Thanem, Helsedirektoratet

Arbeidsgruppens har gjennomført 2 av 4 planlagte møter.

## Diskusjon av innhold i rapportering

Arbeidsgruppen har diskutert flere mulige typer innhold eller variabler i rapportering fra tjenesten.

Viktige kriterier for valg av opplysninger er at opplysningene skal kunne hentes direkte ut fra elektroniske pasientjournaler (EPJ) som brukes i tjenesten, og at data som etterspørres enten allerede er eller enkelt kan bli registrert i den ordinære kliniske dokumentasjonen av opplysninger i EPJ.

Videre må opplysningene være relevante og meningsfulle for tjenestene selv, slik at korrekt registrering oppleves meningsfull av helsepersonell med dokumentasjonsplikt i tjenestene.

Personvern hensyn veier også tungt ved rapportering til helseregistre som KPR.

Personvernforordningen (GDPR) legger til grunn at det skal være en eksplisitt lovhjemmel for behandling av opplysninger, opplysningene skal bare være det minimum som er nødvendig for

formålet (dataminimering) og det skal gjennomføres en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) i forkant.

#### Tilgang til data i eksisterende EPJ

Avdeling for komparativ statistikk og styringsinformasjon har hentet inne statistikk fra KAD/ØHD enheter, og har også samlet inn oversikter over hvilke EPJ løsninger som benyttes i sektoren. Det er stort mangfold i EPJ løsninger i sektoren, noen benytter løsninger for sykehus, andre benytter løsninger for helse- og omsorgstjenester og andre igjen benytter løsninger for allmennlegetjenesten.

Alle løsningene er i noen grad kjent av Helsedirektoratet, siden data fra disse løsningene sendes til enten Norsk pasientregister eller Kommunalt pasient- og brukerregister. Felles for disse løsningene er at de inneholder diagnoser og dato for inn og utskrivning, men det er lite sannsynlig at det finnes informasjon om kliniske prosedyrer i forbindelse med behandling og utredning som er registrert enhetlig på tvers av de kjente EPJ løsningene. Det er heller ikke sannsynlig at det finnes strukturert og felles målinger av funksjonsevne i samtlige EPJ-løsninger som er i bruk.

Det vil si at opplysninger om virksomhet, pasient, pasientens diagnoser og tidspunkt (dato og klokkeslett) for inn- og utskrivning, sannsynligvis er den eneste informasjonen som er tilgjengelig for uttrekk fra dagens EPJ-løsninger.

#### Data som kan være faglig relevante for tjenestene

Arbeidsgruppen har vurdert at data som nevnt ovenfor er viktig og relevant for tjenestene. Erfaring med helseregistre generelt er at registeret må oppleves som faglig relevant og nyttig for helsepersonellet som registrer inn opplysninger i elektronisk pasientjournal (EPJ). Tilbakemelding av klinisk relevant styrings- og kvalitetsinformasjon til tjenestene må ha svært høy prioritet for KPR, slik at datakvaliteten blir tilfredsstillende nok til at data fra registeret kan benyttes til andre formål som styring, planlegging og forskning.

Arbeidsgruppen mener det er viktig å få informasjon om tidspunkt for inn- og utskrivning, siden dette er viktige opplysninger for både pasientforløp og kunnskap om aktivitet og tjenestetilbud. Samt at tjenestene er kortvarige sammenlignet med innleggelse i sykehus eller sykehjem.

Arbeidsgrupper vurderer også diagnoser som faglig relevant, bl.a. fordi tilbudet skal ytes til pasienter med både psykisk og somatiske lidelser. Arbeidsgruppen mener også at diagnose bør registreres både ved innleggelse (satt av innleggende lege) og ved utskrivning (satt av lege i KAD/ØHD). Dette er opplysninger som kan være relevante for å vurdere om pasienter henvises til KAD/ØHD på riktig grunnlag, og kan dermed også ha konsekvenser for i hvilken grad KAD/ØHD er riktig omsorgsnivå for pasienten. Data om videre behandlingsforløp fra både KPR og NPR kan også belyse denne problemstillingen ytterligere.

Arbeidsgruppen antar at det er ulik praksis i KAD/ØHD når det gjelder bruk av diagnosekodeverk. Allmennlegetjenesten i Norge benytter ICPC2 kodeverket, mens spesialisthelsetjenesten benytter ICD-10. Siden KAD-enheter benytter elektroniske pasientjournaler (EPJ) for både primær- og spesialisthelsetjeneste, kan det tenkes at diagnoser registreres etter begge kodeverk. Henvises pasienten fra spesialisthelsetjenesten kan det også være at det registreres ICD-10 diagnoser i KAD/ØHD EPJ. Diagnosekoder må kunne rapporteres til KPR etter begge kodeverk, så lenge det er klart angitt i data hvilket kodeverk som er benyttet. Det finnes konverteringstabeller mellom de to diagnosekodeverkene som kan benyttes til å berike data med felles diagnosekoder.

I tillegg til data som nevnt ovenfor, har arbeidsgruppen vurdert registrering av opplysninger om kliniske prosedyrer i forbindelse med diagnostikk og behandling, og opplysninger om funksjonsevne.

KAD/ØHD-enheter skal i utgangspunktet tilby enkelte prosedyrer som av ulike årsaker ikke må gjennomføres med en sykehusinnleggelse. Variasjon i omfang av kliniske prosedyrer kan gi interessant informasjon om kliniske praksis, og kanskje også benyttes som grunnlag for faglig refleksjon mellom enheter dersom det avdekkes stor variasjon i utførelse av kliniske prosedyrer innenfor samme pasientgruppe. Data om funksjonsevne kan også være relevant for sammenligning av behandlingstilbud og videre behandlingsforløp.

Arbeidsgruppen mener det ikke kan utelukkes at rapportering i fremtiden også kan inneholde data om prosedyrer og funksjonsevne, men dette bør ikke gjennomføres i en første fase. Per i dag gjennomføres det ingen systematiske registrering av kliniske prosedyrer i primærhelsetjenesten, selv om takstkodeverket som benyttes i allmennlegetjenesten i mange sammenhenger gir informasjon om utført behandling. Takstkoder brukes imidlertid i hovedsak ikke i KAD/ØHD, og det finnes dermed hverken kodeverk eller motivasjon for kodet registrering av prosedyrer. Tilsvarende finnes det mange ulike instrumenter for koding av funksjonsevne. Ut over funksjonsevnekartlegging i helse- og omsorgstjenesten, har ingen har særlig utbredelse hverken i EPJ eller i tjenestene.

Arbeidsgruppen mener også det er viktig å kunne se behandling i KAD/ØHD i et forløpsperspektiv, både hvor pasienten er innskrevet fra og hvor pasienten er utskrevet til. Denne type opplysninger er godt egnet til å vurdere i hvilken grad KAD/ØHD bidrar til å redusere sannsynlighetene for sykehusinnleggelse, og i hvilken grad det er systematiske forskjeller mellom pasientgrupper risiko for etterfølgende sykehusinnleggelse. Forløpsdata kan også gi informasjon om i hvilken grad KAD/ØHD kan redusere liggetider for pasienten som overføres fra sykehus.

Informasjon om hvor pasienter blir henvist fra, og hvor pasientene henvises til kan gjøres enkelt med å beskrive noen enkle hovedkategorier. Slike kan være eget hjem, legevakt, sykehus, sykehjem osv. I epikrisene benyttes kodeverket [Ut til \(OID=7300\)](#) på [Volven](#) som inneholder kodeverdier for ulike kategorier av "utskrevet til". Enkle søk på Volven viser ikke noe tilsvarende kodeverk for henvist fra, men "Ut til" kodeverket kan muligens benyttes i begge tilfeller, eller evt. suppleres med et nytt kodeverk for dette. I tillegg til å få informasjon om hvilken kategori virksomhet eller sted, pasientene henvises fra og skrives ut til, hadde det også gitt stor verdi å vite mer presist hvem som skriver pasienten inn og hvem som mottar pasienten tilbake. Det beste hadde vært å identifisere virksomheter med organisasjonsnummer fra [Virksomhets og foretaksregisteret](#), eventuelt avlede denne informasjonen fra HER-ID, som benyttes til å identifisere avsendere og mottagere av meldinger i [Adresseregisteret](#) i Norsk helsenett. Dette er informasjon som bør være frivillig av hensyn til rapporteringsbyrden. Helsepersonell bør ikke bruke tid til å søke etter organisasjonsnumre eller HER-ID'er. Det beste hadde vært en løsning som kan bygges inn i EPJ i forbindelse med mottak av elektronisk henvisning, og utsendelse av elektronisk epikrise.

Arbeidsgruppen kan ikke se at det finnes andre innholdselementer som bør vurderes for rapportering til KPR.

### Personvern hensyn

Arbeidsgruppen har ikke vært sammensatt med særlig kompetanse til å vurdere personvern hensyn. Overordnet vurderer arbeidsgruppen at KPR forskriften gir et tydelig hjemmelsgrunnlag til innhenting eller behandling av opplysninger fra primærhelsetjenesten til KPR. En forutsetning er imidlertid at rapportering må skje innenfor de rammene som forskriften setter.

Arbeidsgruppens forslag til innhenting av personopplysninger med diagnoser om personer som behandles i KAD/ØHD er svært begrenset sett i forhold til hva som rapporteres av opplysninger fra andre helsetjenester til KPR. Hensynet til dataminimering kan derfor sies å være ivaretatt.

Når det gjelder en formell personvernkonsekvensvurdering (DPIA), mener arbeidsgruppen at en slik bør gjennomføres av Helsedirektoratet som dataansvarlig i forbindelse med et evt. vedtak om at kommunene skal ha plikt til å rapportere data fra KAD/ØHD til KPR.

### Arbeidsgruppens forslag oppsummert

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres rapportering av følgende opplysninger fra KAD/ØHD til KPR i Helsedirektoratet:

10. Virksomhet (navn, adresse og organisasjonsnummer)
11. Tjenestekommune, eller kommuner dersom virksomheten er en interkommunal virksomhet (kommunenummer)
12. Pasient (fødselsnummer eller annen offisiell ID, kjønn, alder og bostedskommune)
13. Innleggelsestidspunkt (år, dato og klokkeslett)
14. Utskrivningstidspunkt (år, dato og klokkeslett)
15. Innskrivningsdiagnose (ICPC2 eller ICD-10, en eller flere)
16. Utskrivningsdiagnose (ICPC2 eller ICD-10, en eller flere)
17. Henvissende virksomhet (kategori med kodeverk og organisasjonsnummer/HER-ID)
18. Utskrevet til (kategori med kodeverk og organisasjonsnummer/HER-ID)

Data bør overføres løpende. Minimum daglig, etter mønster fra bl.a. helsestasjons- og skolehelsetjenestens rapportering til KPR.

Data vil også inneholde mer administrative opplysninger om selve rapporteringen, f.eks. kontaktperson, men dette er ikke opplysninger som vil bli en del av analysegrunnlaget i KPR.

### Videre prosess

Arbeidsgruppens forslag bør sendes på høring til virksomheter, faglige organisasjoner, EPJ-leverandører og andre interessenter.

Høringen gjennomføres av Helsedirektoratet, som grunnlag for en evt. beslutning om pålegg om rapporteringsplikt.

Det er kommunene som vil være pliktsubjekt for rapportering. Kommuner som samarbeider om tjenestetilbudet, må også samarbeide om rapportering.

En evt. rapporteringsplikt bør opplyses god tid før ikrafttredelse, og endelig meldingsformat bør publiseres 1.4. sammen med øvrige meldinger til Helsedirektoratets helseregistre. Virkningstidspunkt for å ta i bruk meldingene er 1.1. året etter at meldingen er publisert.

Kommunene bør sende inn data fra og med 1.1.2017 (ikrafttredelsestidspunkt for KPR registeret), slik at det allerede ved oppstart finnes tidsseriedata for analyser og statistikk.

Helsedirektoratet bør ikke gi pålegg om rapportering av nye data til KPR, dersom det ikke finnes konkrete løsninger og ressurser for arbeid med datakvalitet og visninger av statistikk eller styringsinformasjon tilbake til rapporteringsenhetene.