

DESDE-LTC

BESKRIVELSE OG EVALUERING AV TJENESTER OG FORTEGNELSER OVER LANGTIDSOMSORG I EUROPA

KARTLEGGINGSTRE OVER LANGTIDSOMSORG

Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)

Prosjektref. A/101111

www.edesdeproject.eu



Desde-LTC er en tilpasning av instrumentet "European Tjeneste Mapping Schedule" (ESMS-I) (Johnson et al, 2000) (den inneholder også endringer med i ESMS-II), og "Description and Evaluation of Tjenestes for Disabilities in Europe" (DESDE) (Salvador-Carulla et al, 2006) og andre relaterte instrumenter (DESDAE og DESDE). Disse instrumentene har blitt utviklet av EPCAT gruppen (European Psychiatric Care Assessment Team); som koordineres av Centro Studi e Ricerche i Psichiatria, Torino, Italia, og PSICOST i Spania.

Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Tjeneste Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health tjenester. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000; 405:14-23.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Expert Panel. Usefulness of an instrument for the standard description and comparison of tjenester for disabilities based on a mental healthcare assessment model (DESDE). Acta Psychiatr Scand 2006; 111(Suppl. 432): 19-28

For ytterligere informasjon om ESMS ta kontakt med: Sonia Johnson (s.johnson @ ucl.ac.uk)
 For ytterligere informasjon om DESDE ta kontakt med: Luis Salvador-Carulla (luis.salvador @ telefonica.net), Asociación Científica Psicost asociacionpsicost@telefonica.net., Www.bridgingknowledge.net eller <http://www.edesdeproject.eu/>

Desde-LTC har blitt finansiert av Executive Agency for Health og forbrukersaker (EAHC) (Project Ref. 2007/116).

Desde-LTC har blitt utviklet av et europeisk konsortium som inkluderer følgende partnere:

- A. Spania: PSICOST (Luis Salvador-Carulla, Cristina Romero & Miriam Poole) og Fundació Caixa Catalunya (Josep Solans)
- B. STORBRIANNIA: London School of Economics (LSE) (Martin Knapp & David McDaid)
- C. ØSTERRIKE: University of Vienna (UWIEN, Østerrike) (Germain Weber)
- D. SINTEF (Norge) (Britt Venner)
- E. BULGARIA: PHA (Hristo Dimitrov)
- F. SLOVENIA: Scientific Research Center-slovenske Academy of Sciences og Arts (SRC SASA - ZRC SAZU) (Lilijana Sprah) og IRIO (Nec Jelen).

Ikke institusjonelle Samarbeidspartnere i dette prosjektet inkluderer: **STORBRIANNIA**: Dept of Mental Health Sciences Royal Free og University College Medical Schools (Sonia Johnson), **ITALIA**: Centro Studi e Ricerche i Psichiatria (CSRP) (Giuseppe Tibaldi), **SPANIA**: ETEA (Carlos García), Universitat Politecnica de Catalunya (Karina Gibert), Universitat d'Alacant (Manuel Palomar y Maria Teresa Roma).

Institusjonelle samarbeidspartnere var: OECD - Helse Divisió (Francesca Colombo), BULGARIA: Helsedepartementet. National Center for Public Health Protection (Zahari Zarkov), SPANIA: Departament de Salut, Direcció General d'Avaluació i Planificació, Generalitat de Catalunya (Josep Fuste), Institutt for Equity og helse, Jerez (Margarida Ledo), Avdeling for psykisk helse, Comunidad de Madrid (Maria Dolores Crespo), Avdeling for psykisk helse, regjering Cantabria (Jose Luis Vazquez-Barquero).

INTRODUKSJON

A. Generelle prinsipper

Hva er langtidsomsorg?

Langtidsomsorg er en generell betegnelse som "sammenfatter en rekke tjenester for personer som er avhengige av hjelp til grunnleggende daglige aktiviteter i en lengre tidsperiode" (OECD, 2005). Disse tjenestene inkluderer 'medisinske og/eller sosiale tjenester som er utviklet for å hjelpe personer som har et handikap eller kroniske omsorgsbehov. Tjenestene kan være kort- eller langtids, og kan tilbys i en persons hjem, i nærmiljøet eller i institusjonstjenester (US Dept of Health). I dag benytter medlemsstater flere forskjellige definisjoner på langtidsomsorg som ikke alltid stemmer overens (EC, 2008).

Hva er DESDE-LTC?

"Beskrivelse og evaluering av tjenester og fortegnelser over langtidsomsorg i Europa" (DESDE-LTC) er et instrument til en standardisert beskrivelse og klassifisering av tjenester for langtidsomsorg (LTC) i Europa.

Den følger en tilnærming til tjenesteevaluering som har blitt utviklet av EPCAT-gruppen (European Psychiatric Care Assessment Team) og PSICOST Scientific Association. Utviklingen av instrumentet begynte i 1997. Utgangspunktet var utviklingen av ESMS (Det europeiske Tjenestekartleggingseskjemaet) til evaluering av tjenester innen psykisk helse (Johnson et al., 2000¹), og relaterte tilpasninger til evaluering av

tjenester for eldre i Spania (DESDAE) (Salvador-Carulla et al, 2005) og tjenester for handikappede (Salvador-Carulla et al, 2006).

Dette instrumentet har til hensikt å samle tjenesteinformasjon om input og prosess på mesonivå (helse-/sosialområdene) og mikronivå (individuelle tjenester) som definert i en modifisert versjon av Thornicroft & Tansella Matrise for omsorgsvurdering (Tansella & Thornicroft, 1998).

DESDE-LTC gjør det mulig å utføre følgende oppgaver på en standardisert måte:

- Samle en standardfortegnelse over langtidsomsorg i et bestemt opptaksområde. Det inkluderer tilbudet av sosiale tjenester, helsetjenester og frivillig sektor. Privat sektor er valgfri, da det avhenger av formålet med analysen.
- Registrere endringer over tid i tjenestene i et bestemt opptaksområde.
- Beskrive og sammenligne **strukturen på og tilbudet av** langtidsomsorg mellom ulike opptaksområder.
- Måle og sammenligne nivået av **tilbud/tilgjengelighet og bruk av hovedtyper omsorg** (MTC) mellom ulike opptaksområder ved bruk av en internasjonal kode.

Hvem er målgruppen til DESDE-LTC

ESMS/DESDE modellen klassifiserer tjenester i henhold til den spesifikke målgruppen som er målgruppen til tjenesten som blir vurdert. Denne spesifikke versjonen av DESDE-LTC fokuserer på tjenester for følgende grupper:

- Voksne (18 +) og skrøpelige eldre (65 +) med:
 - i. alvorlig fysisk funksjonshemminger (registrert i offisielle nasjonale, regionale eller lokale registre for

- denne befolkningsgruppen, eller et tilsvarende system hvor registre ikke er tilgjengelige)
- ii. utviklingshemming (ID)
- iii. psykiske lidelser (ICD-10)
- iv. gamle/eldre personer med alvorlig funksjonshemming (registrert i offisielle nasjonale, regionale eller lokale registre for dette befolkningsgruppen, eller et tilsvarende system hvor registre ikke er tilgjengelige).

En fullstendig beskrivelse av disse LTC gruppene er gitt i avsnitt "B" i dette instrumentet.

Hva er strukturen på DESDE-LTC?

DESDE-LTC bruker et tresystem til å beskrive tilgjengelighet og bruk av tjenester (kartleggingstre). Dets samlede struktur er illustrert på side 12. Det har fire hovedseksjoner:

- A. Innledende spørsmål:** Disse spørsmålene er relatert til opptaksområdet og målgruppen som fyller ut spørreskjemaet.
- B. Kartleggingstrær for hovedtyper omsorg (MTC):** Disse gir en standardisert metode for å klassifisere og kode grunnleggende omsorgs-/tjenestekategorier for befolkningen i et bestemt opptaksområde, basert på hovedaktivitetene som tilbys innen hver tjeneste. Beskrivelsen av MTC i denne seksjonen er sammenfattet i Appendix I med en liste over hovedkarakteristika til tjenestene som blir analysert. Dette er supplert med en ordliste med spesifikke eksempler på kodene som brukes i Appendix II.
- C. Kartlegging av bruk av tjenester:** Dette gir en standardisert metode for å måle nivåer for hovedtyper omsorg hos befolkningen i et opptaksområde
- D. Tjenesteliste:** Denne tjenestelisten muliggjør en detaljert beskrivelse av individuelle tjenester for langtidsomsorg, i form av to

lister: En kategorisert tjenesteliste i henhold til kodene som er etablert i seksjon B, og karakteristika for hver tjeneste etter en tradisjonell tilnærming (tjenesteliste, tjenestefortegnelse eller tjenestekatalog).

DESDE-LTC har blitt utviklet for å muliggjøre **nasjonale og internasjonale sammenligninger**. Derfor må de viktigste omsorgstypene i hvert opptaksområde bli tildelt en spesifikk **kode**: Informasjon og/eller tilgjengelighet, Selvhjelp, Dagtilbud, hjemmetjenester*, poliklinisk og insitujonsomsorg.

Instrumentet DESDE-LTC skal gi en beskrivelse av de sosiale og medisinske tjenestene i et opptaksområde. Instrumentet muliggjør en separat analyse av de sosiale og medisinske tjenestene i området dersom det er anmodet om og enighet om dette i alle områdene som undersøkes.

Denne fortegnelsen kan brukes på to måter: i) en enkel beskrivelse for å kategorisere tjenester og hovedtyper omsorg i målområdet (med maks to siffer i kodifiseringen); ii) en kompleks eller kvantitativ vurdering for å sammenligne omsorgs- og tjenestetyper i flere opptaksområder, eller i det samme området over en tidsperiode.

En grunnleggende opplæring i bruken av DESDE-LTC er nødvendig før instrumentet tas i bruk.

B. Generelle retningslinjer

Tjenester som skal inkluderes: "Default" gruppen av tjenester som kartleggingstreet kan brukes til er sosiale tjenester og helsetjenester hvor pasienter med behov for langtids pleie og omsorg mottar dette i et gitt opptaksområde.

Tjenester kan bli inkludert i analysen når – som en generell regel – minst 20% av brukerne av tjenesten er personer med langvarige omsorgsbehov. Tjenester gitt av helsetjenester, sosiale tjenester, og tilbydere innen frivillig sektor eller privat sektor skal alle inkluderes med mindre annet er spesifisert i studiens formål.

Det er viktig å bemerke at det finnes ulike analyseenheter som brukes i denne typen forskning og at som med "like-med-like" sammenligninger må gjøres på tvers av en enkelt "enhet for analyse". Ulike analyseenheter omfatter **Macro-organisasjoner**, **Meso-organisasjoner** (f.eks sykehus), **Micro-organisasjoner** (f.eks en tjeneste) eller mindre enheter innen en tjeneste: Main Types Care (hovedtype omsorg), Omsorgsenheter, Intervensjonsprogrammer, Omsorgspakker, Tiltak, Aktiviteter eller Micro aktiviteter.

Desde-LTC er fokusert på evaluering av tjenester (Seksjon D) og "hovedtype omsorg" (**Main Types of Care**) (Seksjon B og C). Hver tjeneste blir beskrevet ved å bruke en eller flere koder basert på den viktigste pleie strukturen/aktiviteten som tilbys av tjenesten (Main Type of Care). For eksempel kan den samme tjenesten inkludere en dagtjeneste (kodet i gren D) og institusjonsomsorg (kodet i grenen R).

Tjenester lokalisert innen opptaksområdeet, og tjenester lokalisert utenfor opptaksområdeet, men som blir brukt av minst fem innbyggere av dette per år, per 100 000 innbyggere (for institusjonsomsorg og dagtilbud) inkluderes i kartleggingen. Tjenester som ligger innenfor opptaksområdeet, men som ikke gir tjenester til innbyggerne i dette skal inkluderes i kartleggingen, og klassifiseres med "0"-kode i avsnitt C (Utnyttelse).

Spesifikke tjenester som tilbyr langtids pleie- og omsorg innen et opptaksområde, men som ikke oppfyller inklusjonskriteriene for DESDE-LTC skal oppføres i et vedlegg til kartleggingen.

Operasjonalisering av "tjenester" eller **Basic Stable Inputs of Care (BSIC)**

En "tjeneste" eller en **Basic Stable Inputs of Care (BSIC)** defineres i denne kartleggingen: "as a minimal sets of inputs organised for care delivery".. Den er vanligvis sammensatt av en administrativ enhet med et organisert sett av strukturer og fagfolk som gir omsorg innenfor et gitt opptaksområde. BSICs er det minimale mikronivå funksjonelle systemet for organiseringen av omsorg. Innenfor produksjonsmodellen (input-prosess-utgang), refererer BSIC kun til funksjoner av omsorg og ikke til andre innganger (produkter og enheter), eller til prosedyrer (intervensjoner). Funksjonene som tilbys av tjenesten "mikro-organisasjon" kan beskrives ved mindre enhet for analyse kalt "Main Types of Care" beskrevet nedenfor.

Inklusjonskriterier (BSIC)

For å kode en type omsorg som en BSIC må følgende krav bli oppfylt:

Kriterium "A":

Tjenesten er registrert som en selvstendig juridisk organisasjon (med eget selskap, organisasjonsnummer, eller et offisielt register). Dette registeret finnes separat og er ikke en del meso-organisasjonen (for eksempel en rehabiliteringstjeneste innenfor et somatisk sykehus). **OM IKKE:**

Kriterium "B":

Tjenesten har en egen administrativ enhet og/eller egen sekretær, og oppfyller i tillegg to ekstra kriterier (se nedenfor). **OM IKKE:**

Kriterium "C":

Tjenesten oppfyller fire ytterligere "krav":

C1. Å ha sitt eget fagutdannet personale

C2. Alle aktiviteter er brukt av de samme brukerne.

C3. Å ha egne lokaler og ikke som del av andre tjenester (for eksempel et sykehus)

C4. Separat finansiering og spesifikke regnskapsføring

C5. Separert dokumentasjon når tjenesten finnes innenfor en meso-organisasjon

Generiske tjenester for befolkningen eller store grupper innen befolkningen, (dvs. eldre mennesker, innvandrere osv.) som er sentrale for mange brukere med behov for langtids pleie- og omsorg men som ikke har blitt spesifikt planlagt for denne populasjonen, bør ikke inkluderes. Unntaket er de tjenestene der mer enn 50% av brukerne er personer med langvarig pleie- og omsorgsbehov. Tjenester innen primærhelsetjenesten, som kan inneholde typer av omsorg for tjenestebrukere med LTC, men som ikke gir noen spesialisert omsorg for pasienter med LTC behov bør også utelukkes.

Eksklusjonskriterier (BSIC)

Eksklusjonskriterier er viktig for å skille BSIC fra andre deler av produksjonen av omsorg og andre organisasjoner i helsevesenet.

1. Andre komponenter i "produksjonen" av omsorg:

- Omsorgsprodukter, verktøy eller utstyr er andre input komponenter i "produksjonsmodellen". Helse og omsorgsprodukter som for eksempel injeksjoner, radiologi, eller kirurgisk materiale kodes ikke innenfor DESDE-LTC.

- Omsorgsintervensjoner er en del av behandlingsprosessen, og de kodes ikke som en del av DESDE-LTC. Omsorgsintervensjoner er oppført på "The International Classification of Health Interventions (ICHI)".

2. Andre organisasjoner i omsorgssystemet:

- *Innstillinger på andre nivåer i organisasjonen.* Organisatoriske systemer eksisterer på meso-nivået (grupperinger av tjenester eller strukturer som samler ulike tjenester innen en større organisasjon som feks et somatisk sykehus) eller på makro-nivået (feks store internasjonale helse organisasjoner) er ikke inkludert i denne klassifiseringen.
- Generisk tjenester for befolkningen eller store grupper innen denne, (dvs. eldre mennesker, innvandrere etc) som er viktig for mange brukere med langsiktig omsorg behov, men har ikke vært spesielt planlagt for denne populasjonen, bør ikke tas med, med unntak av disse tjenestene, der mer enn 50% av tjenesten brukerne er personer med langvarig omsorgsbehov. Tjenester innen primærhelsetjenesten som kan inneholde noen form for omsorg for brukere med LTC, men gir ikke noen spesialist omsorg for LTC bør også utelukkes med mindre det er ellers angitt i studien.

- Spesifikke langsiktig omsorg tjenester i et opptaksområde som ikke oppfyller inklusjonskriteriene for DESDE-LTC skal oppføres i et appendix til kartleggingen.

Operasjonell definisjon av Main Types of Care (MTC)

Typen omsorg som tilbys av tjenesten, "mikro-organisasjon" eller "Basic Stable Inputs of Care" (BSIC) blir her beskrevet ved hjelp av en mindre analyseenhet kalt "Main Types of Care" (MTC)

MTC er den viktigste beskrivelsen av den "generiske omsorg funksjonen" som tilbys av tjenesten. Disse generiske omsorg funksjonene beskriver den grunnleggende aktiviteten utført i en BSIC, som er valgt for at tjenesten skal kunne sammenlignes på sammenligninger på tvers av ulike områder i en iterativ prosess av en rekke europeiske ekspertgrupper innenfor de påfølgende ESMS/DESDE prosjekter¹.

Denne beskrivelsen er vanligvis, men ikke alltid inkludert i definisjonen på og i beskrivelsen av formålet med tjenesten. Her baseres kodingen på den faktiske aktiviteten og ytelsen av tjenesten, og ikke på dens teoretiske formål eller på dens navn. Disse beskrivelsene skal ikke overlappe. De kan telles kun en gang.

Hver omsorgs funksjon er beskrevet i et enkelt språk, og har en spesifikk alfanumerisk kode (for eksempel: tilbyr overnatting for akutte brukere i en setting med 24-medisinsk behandling: R2). Disse kodene er definert av en rekke kvalifiseringer hierarkisk ordnet i fem nivåer. Følgende nivåer brukes i DESDE-LTC:

1. Brukerens status:

Dette nivået gjelder klinisk status for brukere ved omsorgsfasiliteten (dvs. om det er en krisesituasjon eller ikke): akutt eller ikke-akutt pleie.

2. Generell type omsorg

Dette nivået beskriver de viktigste typene av omsorg (hjemme & ambulant/ikke-ambulant, tilstedeværende lege eller ikke)

3. Undertype omsorg.

Dette nivået refererer til intensiteten av omsorg som tjenesten tilbyr med unntak for insititusjonsomsorg, akutt pleie der det tredje nivået forteller om omsorg gis i et registrert sykehus eller ikke.

4. Spesifikke kvalifiseringer.

Dette nivået gir en mer spesifikk beskrivelse av den typen omsorg på som gis ved fasiliteten.

5. Ekstra kvalifiseringskriterier.

Dette nivået slår ekstra kvalifiseringskriteriene ved behov for å skille på tvers lignende pleie tjenester.

For å kode MTC for en enkelt BSIC skal følgende inklusjonskriterier brukes.

Inklusjonskriterier (MTC)

A. SENTRALE MTC:

Definisjonen og beskrivelsen gitt av DESDE-LTC for en gitt kode passer med de viktigste formål/mål ved en BSIC og med den rutinemessige aktiviteten. I tilfeller hvor det er uenighet mellom de definerte målsettinger og den faktiske/viktigste aktiviteten ved BSIC, vil den mest sentrale aktiviteten brukes for å velge MTC koden. Cut-off punkter er gitt når det er nødvendig å tillate koding basert på hovedaktiviteten / ytelse av en BSIC.

B. YTTERLIGERE MTC s:

Ytterligere MTCs bør brukes til å beskrive omfanget av hovedaktivitetene når de viktigste egenskapene til en BSIC ikke kan registreres av en enkelt DESDE-LTC kode. I slike tilfeller skal BSIC beskrives ved hjelp av MER ENN EN deskriptor. For eksempel en akutt enhet ved sykehus kan også gi 24 timers-akuttbehandling som ikke er ambulant, som er signifikant annerledes enn R2 (den

¹ EPCAT, MHEEN-II, DESDE-IMSERO, DESDE-LTC

mest framtreddende eller viktigste deskriptoren) og den kan være for en annen gruppe brukere. I tilfeller som dette har BSIC to viktige deskriptorer, eller MTC: R2,O3.

De påfølgende kravene skal følges når man registrerer en enhet ved bruk av flere koder:

- a. Den ekstra hovedaktivitet er avgjørende å skille BSIC fra andre relaterte BSICs både fra perspektivet til brukere og ledere. Etter forrige eksempel (R2, O3), vil en akutt sengeavdeling i et somatisk generelt sykehus med poliklinisk akuttbehandling være klart forskjellig fra en tilsvarende enhet uten legevakt. I dette tilfellet ville det blitt registrert en sekundær MTC i stedet for et ekstra kriterium burde klargjøre at enheten passer kriteriene for MTC
- b. Tjenesten oppfylder kriteriene A eller B for BSIC, men det er flere sentrale brukergrupper. I dette tilfellet skal den viktigste brukergruppen benyttes for å velge ut overordnet MTC, og de øvrige brukergruppene skal benyttes for å velge ut flere MTC's.
- c. Kliniske enheter som har blitt identifisert innen en tjeneste som oppfylder de tre første kriteriene i seksjon C sørget for en operasjonalisert definisjon av BSIC. Disse var:
 - i. Tjenesten er registrert og anerkjent som en juridisk organisasjon (med sitt eget organisasjonsnummer), og ikke som en del av en mesoorganisasjon (f.eks. et sykehus), og en separat offisiell EU-registrering.
 - ii. Tjenesten har sin egen administrative enhet og/eller sekretariat

iii. cKomplementære kriterier:

1. **c.1** Tjenesten har personale som er fagutdannet spesifikt til formålene for tjenesten.
 2. **c.2** Alle aktiviteter blir brukt av de samme brukerne.
 3. **c.3** Separat plassering (ikke som en del av en annen fasilitet, f.eks. et sykehus)
 4. **c.4** Separat finansiering
 5. **c.5** Eget budsjett (spesifikt regnskap)
- d. En betydelig del av aktiviteten til tjenesten er knyttet opp til en annen DESDE-LTC kode bortsett fra den mest sentrale koden. For eksempel, mer enn 20 % av aktiviteten tilbys som ikke-akutt, ikke-ambulant poliklinisk omsorg. I dette tilfellet skal BSIC kodes som O8, O6.

Eksklusjonskriterier (MTC)

Eksklusjonskriterier er viktig for å differensiere MTCer fra andre analyseenheter i helsetjenesteforskning.

- *Kliniske enheter* (eller omsorgsenheter). Analyseenheter som oppfylder noen av kriteriene, men som ikke oppfylder de samlede kriteriene for å bli kodet som en tjeneste (f.eks. en enhet for spiseforstyrrelser innenfor en akuttpsykiatrisk avdeling på et generelt sykehus).
- *Tjeneste aktiviteter*: MTCs er ikke enkle aktiviteter av tjenesten. MTCs beskrivelsene er basert på de viktigste aktivitetene eller funksjoner som er kritiske for å sammenlikne tjenester på tvers av ulike territorier. Tjenestes (BSICs) skal passe en kode, og det er

uvanlig at en tjeneste kan få mer enn tre koder. Når to klart forskjellige funksjoner for en tjeneste gir pleie og omsorg til den samme gruppen av brukere, bør kun en av dem bli kodet som en MTC, mens den andre bør regnes som en aktivitet og ikke som en MTC. Sjekk *nøye inklusjonskriteriene nevnt ovenfor før koding* en tjeneste aktivitet som en MTC. Aktiviteter innenfor en BSIC skal kodes ved hjelp av andre virkemidler for å beskrive de enkelte tjenestene.

Tjenester kan brukes til å definere andre enheter i analysen i tjeneste forskning hovedsakelig å beskrive omsorg gitt innenfor en enkelt tjeneste eller på tvers av ulike tjenes

- *Modality of Care** er en hovedtype intervensjon (eller aktivitet) som kan benyttes for å oppnå én av de begrensede antall oppgaver som til sammen utgjør hele spekteret av langtidsomsorg (De Jong, 2000). Den beskriver 10 typer av aktiviteter som identifiserer ulike mønstre for å gi omsorg innen typer av tjenester som er svært like.
- *Omsorgspakker*. En gruppe eller et sett integrerte omsorgsintervensjoner som er tiltenkt den samme gruppen av brukere
- *Intervensjonsprogrammer*: Et sett med aktiviteter som er planlagt innenfor en begrenset tidsperiode (vanligvis mindre enn 1 år, og ikke lenger enn 3 år) uten en fast tidsstruktur. Iblant utvikler tjenester seg fra programmer som blir endret gjennom årene.
- *Andre komponenter i produksjonen av pleie*: pleie-produkter, "varer", verktøy eller utstyr / andre input komponentene i produksjonsmodellen. Helserelaterte

produkter som injeksjoner, radiologi eller kirurgisk materiale skal ikke kodes ved bruk av DESDE-LTC.

Målgruppe:

'Standardbefolkningen' som DESDE-LTC er tenkt å brukes til er befolkningen i opptaksområdet med behov for langtidsomsorg. Den inkluderer eldre personer med handikap, personer med psykiske lidelser, psykisk utviklingshemming eller fysiske handikap (side 4).

Bruken av instrumentet er knyttet til studiebehovene. Følgelig vil inkluderingen av alle eller noen grupper av den nevnte befolkningen avhenge av studiets karakter, og vil bli beskrevet i seksjon A.

Muligheten for å endre målgruppen som instrumentet skal brukes på tatt i betraktning, vil vi fra nå av referere til **Målgruppe** i stedet for personer med behov for langtidsomsorg.

Å velge deler av DESDE-LTC

Utfylling av hele skjemaet vil gi en omfattende kartlegging av strukturen og nivået av tjenestetilbud i et opptaksområde.

Imidlertid er det ikke alltid mulig eller nødvendig å bruke hele instrumentet, og respondenter kan velge de delene av treet og av DESDE-LTC som de har behov for.

For eksempel kan instrumentet bli brukt til kun å kartlegge institusjonsomsorg, dersom dette er det eneste aspektet av tjenestetilbudet som er av interesse, eller seksjon B (tilgjengelighet) kan brukes uten seksjon C (bruk) dersom detaljert informasjon er utilgjengelig.

Ved komparative studier er det viktig at de samme seksjonene av skjemaet blir brukt i hvert opptaksområde.

Å definere opptaksområdet

DESDE-LTC har blitt utviklet til interregional sammenligning. Helse-, sosial- og kommunekart må tas med i betraktningen. En forberedende oppgave med å kartlegge opptaksområdene kan bli nødvendig når denne informasjonen ikke er tilgjengelig. DESDE refererer hovedsaklig til de minste opptaksområdene innenfor hvert felt. Sosialområder kan være større enn helseområder, og områder for spesialomsorg (psykisk helse) kan være mindre enn områder for LTC, men større enn områder for primæromsorg. Områder på mellom 50 og 250 000 innbyggere var skissert i det opprinnelige instrumentet, beregnet til bruk innen psykisk helse. Sammenligningsområder i DESDE-LTC kan bli utvidet til 50-500 000 innbyggere, avhengig av beliggenheten i referanselandet eller regionen, og den territorielle oppdelingen av det geografiske området som blir evaluert.

Ulike geografiske områder er kodet i forhold til sektoren som skal beskrives. For eksempel er helse-områder designet av stor bokstav "H", sosiale områder av "S" og pedagogiske områder av "E". Her bare "H" området har vært beskrevet:

H0: Pan-nasjonalt nivå.

For eksempel EU eller WHO's helseregioner.

H1: Nasjonalt nivå

For eksempel, det nasjonale helsevesenet i Spania

H2: Regionalt nivå

For eksempel fylke i Sverige, lander i Østerrike, regionalt helseforetaksområde i Norge etc.

H3: Maksimal administrative territoriale for fastsatt helseområde

For eksempel, det psykisk helse området dekket av en generelt akutt sykehus.

H4: Grunnleggende administrative territoriale område av spesialisert psykisk helse

For eksempel, opptaksområde dekket av et lokalt psykisk helse senter (DPS)

H5: Minimum lokale helse-administrative områder

For eksempel, kommuner, lokale helsemyndighet områder, området dekket av en primær omsorgssenter.

Referanseperiode for sammenligningen

Referanseperioden ved utfylling av seksjon B (koding) er én måned. Når informasjon er tilgjengelig kan gjennomsnittlig månedlig bruk i et kalenderår brukes. Imidlertid er det nødvendig, når informasjon ikke er tilgjengelig eller pålitelig, å innsamle data innenfor en enkelt spesifikk måned. Februar bør utelukkes. Måneder med ferie- og helligdager bør også utelukkes (Desember –jul, januar, april - påske, juli og august). Fortrinnsvis kan mai, juni, oktober og november velges, avhengig av helligdagskalenderen i de valgte landene eller områdene.

Innsamlingen av bruk av tjenester til seksjon C bør foretas i den samme referanseperioden.

Når denne informasjonen ikke er tilgjengelig, kan innsamlingen av bruken av tjenester følge ett av følgende mønster:

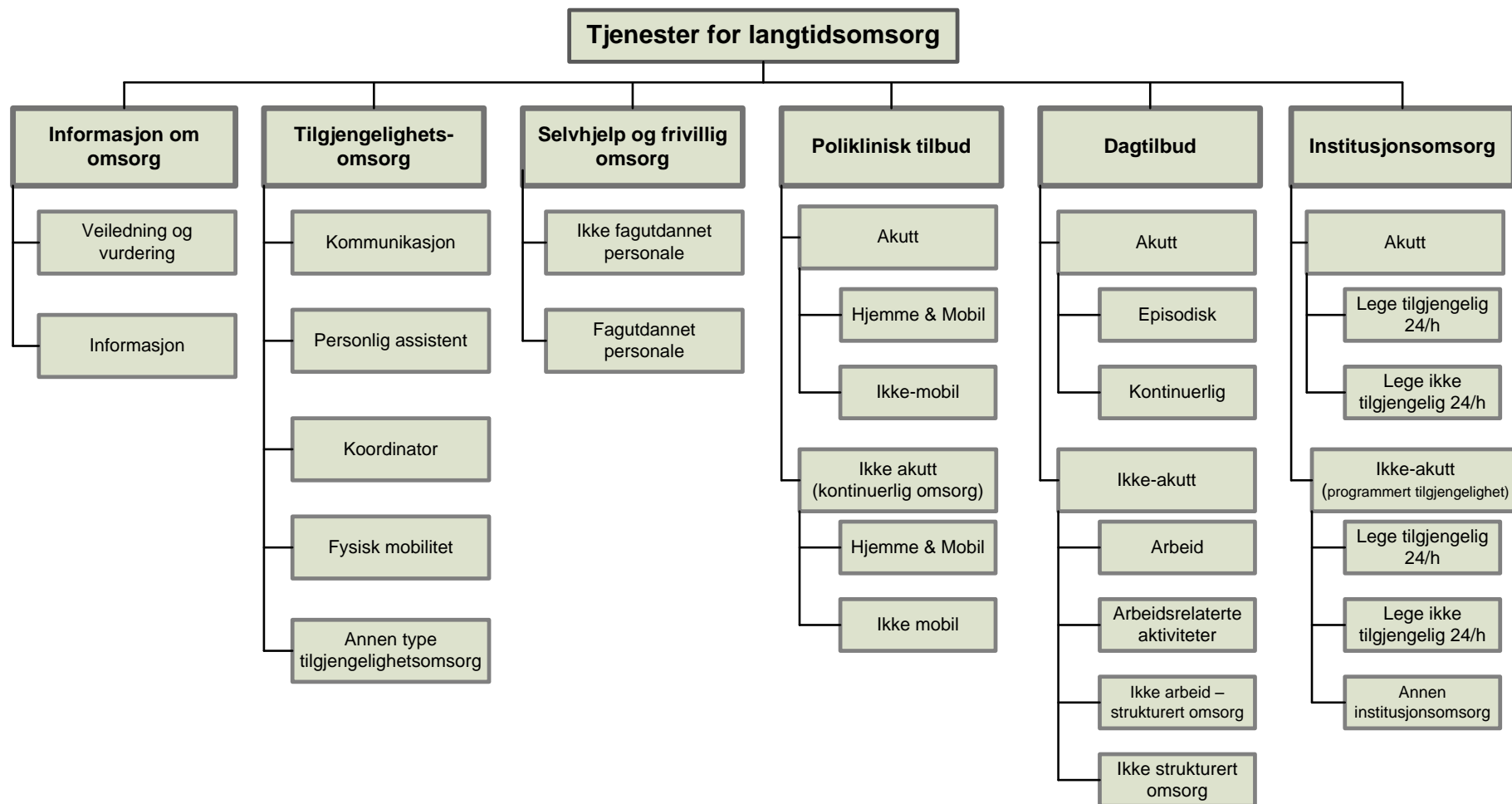
1. Direkte data innsamlet på en prospektiv måte:
- på én uke for poliklinisk og dagtilbud

- på én dag for informasjon og tilgjengelighet*, og for institusjonsomsorg.

2. Indirekte data innsamlet fra den gjennomsnittlige månedlige raten ut ifra årsbasis.

Alle områdene må ha samme referanseperioder, og registreres i seksjon A.

KARTLEGGINGSTRE OVER LANGTIDSOMSORG



SEKSJON A
SPØRSMÅL OM OPPTAKSOMRÅDET

INNLEDENDE SPØRSMÅL
(TEKNISK DATA FOR STUDIET)

1. Hvem har fylt ut skjemaet?

Navn	
Stilling	
e-post	
Dato for utfylling	

2. Hva er referansedatoen /tidsintervallet for utfylling av skjemaet?:
referansemåned (f.eks. fra 1. november til 30. november) eller
prospektiv registrering?

Fra .././.... til .././....

Prospektiv registrering på én dag: fra .././....

Prospektiv registrering på én uke: .././.... to .././....

Prospektiv registrering på én måned: .././.... to .././....

3. Hvilke informasjonskilder har blitt brukt for å utfylle skjemaet?

4. Navn og beliggenhet på opptaksområdet

5. I hvilken by, kommune eller region, og i hvilket land ligger
opptaksområdet?

6. Hva er dets totale folketallet i opptaksområdet?

7. Hvordan er opptaksområdet definert? (f.eks. kommune-
/fylkesgrenser, helsetjenestesektor osv.) Vennligst forklar
hvorvidt området følger folketellingsgrenser eller ei.

8. Standardpopulasjonen som DESDE-LTC vanligvis skal brukes på er populasjonen av brukere over 18 år i opptaksområdet med behov for langtidsomsorg, definert på side 4 (personer med store fysiske handikap, psykisk utviklingshemming, alvorlige psykiske lidelser og eldre personer med handikap).

Aldersintervall på målgruppen som skal inkluderes i registrering av tjenester (år)	Fra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Til	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnosegrupper som skal inkluderes i applikasjonen av instrumentet (kryss av de du vil inkludere i registreringene)

Store fysiske funksjonshemming	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------

Psykisk utviklingshemming	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------

Alvorlige psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

Eldre med funksjonshemming(psyk, fysisk, kognitiv)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Andre diagnosekategorier (spesifiser).....	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

SEKSJON B

PRINSIPPER FOR Å KARTLEGGE LANGTIDSOMSORG

A PRINSIPPER

- Formålet med seksjon B er å fremstille en altomfattende kategorisering av fasilitetene som tilbyr tjenester for brukere med behov for langtidsomsorg blant lokalbefolkningen, klassifisert i henhold til funksjon, tilgjengelighet og omgivelser.
- DESDE-LTC gir en liste over identifiserte tjenester i opptaksområdet, og koden som de er tildelt i Tillegg 1. Dette gir et raskt bilde av tilgjengeligheten og typen tjenester i referanseområdet. Se Templates i TOOLKIT.
- DESDE-LTC har en **ordliste** som gir definisjon på alle uttrykkene som brukes i kartleggingstrærne over langtidsomsorg i Tillegg II. Eksempler på tjenester innenfor hver kategori og retningslinjer for hvilke kategorier som bør utelukke hverandre følger med hver definisjon.
- Det er **seks store kartgrener** for 1) informasjon om omsorg, 2) tilgjengelighetstjenester, 3) selvhjelpstjenester og frivillige tjenester; 4) polikliniske tjenester, 5) dagtilbud og/eller strukturerte aktiviteter og 6) institusjonsomsorg. Imidlertid er ikke selvhjelpstjenester og frivillige tjenester inkludert i trærne for registrering av tjenester, da det antas at omfanget av deres aktivitet ofte ikke har blitt nøyaktig dokumentert.
- Plasseringen av hver tjeneste i treet er definert av en kombinasjon av en bokstav og et tall: (i) en stor "I", "S", "D", "O" eller "R" indikerer hvorvidt tjenesten er del av trærne informasjon og /eller tilgjengelighet, selvhjelp, strukturerte aktiviteter, poliklinisk eller lokalbaserte* og/eller institusjon; (ii) innenfor disse trærne har hver forgrening fått et nummer

- Noen tjenester kan godt oppfylle kriteriene for mer enn én forgrening på trærne. Dette vil især oppstå i området med svært integrerte lokalbaserte tjenester, hvor for eksempel den samme gruppen tilbyr akutthjelp, kontinuerlig omsorg og dagtilbud – flere detaljer gis i ordlisten.

FRIVILLIGE KODER

Desde-LTC kodingen kan suppleres med frivillige/ekstra koder som gir ytterligere informasjon om karakteristika ved tjenesten.

KODER FOR MÅLGRUPPEN

Disse kodene beskriver den viktigste målgruppen tjenesten er rettet mot. Denne kodes ved hjelp av store bokstaver før "kjernen" i DESDE-LTC kode:

Aldersgrupper

- **C** - Barn & Ungdom (f.eks et strukturert ikke-akutt dagtilbud for barn C-D4)
- **A** – Voksne
- **E** - Eldre / Eldre mennesker

Diagnostiske grupper

To store bokstaver etter alder skoden, men før desde-LTC kode beskriver den "supra-ordinale" gruppen av brukere:

- **SP** for alvorlige fysiske funksjonshemninger
- **ID** for intellektuelle funksjonshemninger
- **MD** for Mental Disorders (ICD-10)
- **ED** for eldre / eldre mennesker med funksjonshemninger
- **MG** kunne brukes til medisinske brukere uten noen nærmere spesifisering (generisk).

For eksempel: C [ID] - D1.1 for å beskrive Dag Akutte Tjenester for barn og ungdom med intellektuelle funksjonshemninger.

Tjenester beregnet for ICD seksjoner eller for bestemte sykdommer kan være kodet med tilsvarende ICD-10 kode før de gis en DESDE-LTC kode.

KODER FOR Å BESKRIVE EKSTRA EGENSKAPER

Disse valgfrie kodene har blitt innarbeidet til rette for en rask vurdering av de karakteristiske trekkene MTC og deres relaterte BSIC som kan være relevant til lokale retningslinjer eller for en bestemt forskning.

Disse kodene er knyttet til den generelle beskrivelsen av tjenesten som gis i seksjon "D", og er derfor ikke en del av den hierarkiske trestrukturen i DESDE-LTC systemet. Disse valgfrie kodene er små bokstaver som kan legges til på slutten av den numeriske kodingen for å gi en ytterligere beskrivelse om stedet der tjenesten ytes, spesielle egenskaper relevante for konkrete forskningsprosjekter, eller de midler som tjenesten leveres når dette er en viktig beskrivelse (for eksempel e-helse / telecare). Derfor de ikke bruker cut-off punkter.

"A" Akutt pleie (utfyllende)

Denne koden beskriver akutt omsorg som gis innen en ikke-akutte, ikke-institusjons setting (grener "O" og "D"), men som ikke passer kriteriene for en egen **Main Type of Care**. Som et eksempel kan det være aktuelt å skille tjenester med kapasitet til å gi akutt behandling som en ordinær aktivitet fra de ambulerende sentre som ikke gir akutt omsorg i et bestemt studie av disse tjenestene.

"C" Lukket omsorg

Denne koden beskriver en atskilt BSICs med høyt sikkerhetsnivå som er gitt under låste dører. Vanligvis er disse enhetene er for kriminalitet og rettsvesen eller for personer med psykiske lidelser med høy risiko for seg selv eller andre.

"D" Hjemmebasert omsorg

Denne koden beskriver BSICs gitt hjemme hos brukeren og ingen andre steder. Dersom en tjeneste (BSIC) gir ambulante hjemmetjenesten som del av en bredere og mer generell aktivitet bør den ikke være kodet som "d".

"E" eCare

Denne koden inneholder alle medisinske helsetjenester, sosiale tjenester og teknologier som bygger på moderne informasjons-og kommunikasjonsteknologi (IKT) (f.eks telemedisin, teleconsultation, teleradiologi, telemonitoring).

Spesialist enheter for helsepersonell (robotikk og avanserte systemer for diagnose og kirurgi, simulering og modellering enheter, helsetjenester rutenett, verktøy for opplæring) er IKKE med i koding.

Når en poliklinisk BSIC er basert på teleconsultation, kan en 'e' legges på slutten av DESDE-LTC kode for å skille denne tjenesten fra ansikt til ansikt tjenester. (F.eks O81.e)

"H" Omsorg gitt på sykehus

Dette er en tilleggskode som beskriver omsorg gitt i en meso-organisasjon registrert som et "sykehus", men som ikke er relatert til akutt institusjonsomsorg (f.eks en poliklinisk enhet eller en dag sykehus plassert i et sykehus for å skille disse BSICs fra liknende enheter i opptaksområdet)

Denne koden utelukker "Long-Term Care institusjonelle tjenester som er kodet som" I".

"I" Institusjonell omsorg

Denne koden beskriver en institusjons BSICs preget av ubestemte opphold for en definert befolkningsgruppe, som vanligvis har over 100 senger og som er beskrevet som "institusjon". Denne koden er relevant for å beskrive institusjonsopphold i hovedmålgruppen befolkningsgrupper: "C", "E", "ID" og "MD".

Denne ekstra koden kan gi relevant informasjon med hensyn til balansen mellom omsorg til bestemte grupper som psykisk helse, utviklingshemming eller alder, der store langsiktige institusjonsopphold karakterisert av en "institusjonell" pleie-modell (for eksempel akutt, tidsbegrenset og ubestemt opphold: R2.i, R4.i, R6.i).

"J" Tilbud under kriminalomsorgen

Tjenester hvis hovedmål er å gi kriminelle og brukere av rettsvesenet (sikkerhet eller fengsel sykehus, observasjonsenheter for pasienter under kriminalomsorg og rettsvesen varetekt, fysisk funksjonshemming og psykiatriske enheter i fengslene og regional sikkerhet enheter). Disse enhetene kan være kodet i en uavhengig treet på grunn av de spesielle egenskapene til målgruppen.

"L" Liaison Liaison "BSICs hvor konsultasjon om en undergruppe av brukere er gitt til andre område (f.eks poliklinisk konsultasjon om kognitive funksjonshemninger til en generell medisinsk tjeneste eller konsultasjon om psykiske lidelser til de generelle medisinske tjenester fra et sykehus).

"M" Case management

Case management inkluderer BSICs hvis hovedmål er definert som koordinering av omsorg, men som inkluderer flere former for klinisk arbeid som del av samordning av behandlingsprosessen. Disse tjenestene kan omfatte intensiv case management, aktiv oppsøkende, lokalbasert behandling, eller til personlig pleie. En spesiell oppmerksomhet må rettes mot om disse tjenestene oppfyller kriteriene for BSIC eller MTCs og ikke er avdelinger eller pleieprogrammer innenfor en tjeneste.

"R" Reference hovedtypen omsorg i et område

Denne bokstaven beskriver de viktigste og / eller offisiell henvisnings tjenester for en MTC som gis i opptaksområdet. Denne valgfrie kodingen er særlig relevant innen psykisk helse for å skille psykisk helse sentra fra andre polikliniske enheter i samme opptaksområdet, eller henvisning til akutte sykehuset tjeneste fra andre akutte enheter som også kunne brukes være den samme målgruppen innenfor opptaksområdet.

"S" Spesialisert omsorg

BSICs for en bestemt undergruppe innenfor målgruppen i opptaksområdet (f.eks tjenester for eldre personer med Alzheimers

sykdom innen den "E"-gruppen, eller tjenester for Eating Disorders innenfor "MD"-gruppen).

Ved behov, kan andre valgfrie koder bli lagt avhengig av de spesifikke målene for forskningen.

- Noen BSICs kan godt oppfylle kriteriene for MTCs i mer enn en gren av treet. Dette vil skje særlig i områder med svært integrerte sosiale tjenester der, for eksempel, det samme teamet kan gi akutt pleie og dag tjenester - flere detaljer er gitt i ordlista.

- Seksjon B tar sikte på å beskrive rutinemessig maksimal tjeneste ytelse i løpet av en definert tidsperiode. Det bør ikke brukes til å gi en beskrivelse av en tjenestes teoretiske kapasitet, eller høy intensitet ytelse som er klart uvanlig, og ikke representerer typiske ytelser i referanseåret. Desde-LTC koding er basert på den høyeste aktiviteten innen en gitt periode av tjenesten som passer inn i rekken av minimum ytelseskrav definert i instrumentet og avtalt for hver kode (f.eks D1: 20 %)

B RETNINGSLINJER FOR Å KODE LANGTIDS PLEIE OG OMSORG

BSICs er klassifisert i henhold til en rekke deskriptorer (typer og kvalifiseringer), for eksempel status for brukeren, omsorgstypologi, intensitet, tid for oppholdet, og om tjenesten ytes ambulant. Disse beskrivelsene gir en klassifisering basert på "Main Types of Care", inkludert informasjon om, tilgjengelighet til omsorg, selvhjelp og frivillig omsorg, poliklinisk omsorg, dagtilbud og boligtilbud. BSICs er ordnet eller organisert enten som et enkelt MTC eller i klynge kombinasjon av MTCs.

Det er noen eksempler på typer av omsorg som kan klassifiseres i hver kode. Denne listen av eksempler er ikke uttømmende. Noen instruksjoner er også gitt for situasjoner der grenene er gjensidig utelukkende (dvs. par av grener der en bestemt tjeneste aldri må bli klassifisert som en del av begge samtidig).

Kodesystemet følger den opprinnelige rekkefølgen brukt i European Service Mapping Schedule (ESMS) (Johnson et al, 2000) utviklet til bruk for psykisk helsevern og tilrettelegging for tjenester til funksjonshemmede (desde) (Salvador-Carulla et al, 2006) , selv om ordningen er blitt endret for å gjøre det egnet for klassifisering av LTC henhold til kriteriene (side 7). På grunn av denne regelen følger kodene ikke ordinal ordning i Branch "D" (Day Care).

Kodesystemet skal fylles ut etter fullført "Seksjon D" og ta hensyn til informasjonen der.

I. INFORMASJONSTJENESTER TIL OMSORG KODETRE

I INFORMASJONS- OG VURDERINGSTJENESTER

Tjenester hvis hovedformål er å tilby brukere med behov for langtidsomsorg informasjon og vurdering. Denne omsorgen innebærer ikke en påfølgende undersøkelse/oppfølging av brukeren.

I.1 Informasjon, Veiledning og Vurdering

Profesjonell vurdering og veiledning tilbys brukeren i denne tjenesten.

F.eks vurderings- og veiledningssentre hvor profesjonell inngripen inkluderer evaluering og utarbeiding av en individuell plan for brukeren.

I.1.1 Helserelatert

I.1.2 Utdannings og treningsrelatert

I.1.3 Sosialt og kulturelt relatert

I.1.4 Arbeidsrelatert

I.1.5 Annet (ikke arbeids) relatert

I.2 Informasjon

Utelukkende ment å gi brukere med behov for langtidsomsorg informasjon.

Dette inkluderer informasjon om tilgjengelighet. Vurderingstjenester er ikke inkludert her.

I.2.1 Interaktiv

Informasjonstjenester hvor informasjonsutveksling krever en interaksjon mellom brukeren (person med behov for langtidsomsorg) og fagpersonen

I.2.1.1 Ansikt til ansikt

Ment å informere brukere med behov for langtidsomsorg i interaksjon ansikt til ansikt

I.2.1.2 Annen interaktivt

Ment å informere brukere med behov for langtidsomsorg gjennom informasjonsteknologi (IT). For å bli kodet her må fasiliteten oppfylle følgende kriterier:

- Den har et spesifikt personale til langtidsomsorg.
- Den gir nyttig informasjon spesielt siktet mot langtidsomsorg
- når det gjelder nettsteder blir informasjon oppdatert minimum månedlig.

For å kunne få denne koden må personen som administrerer nettstedet og oppdateringen identifiseres.

Interaktive informasjonstjenester via Internett og telefon er medregnet her.

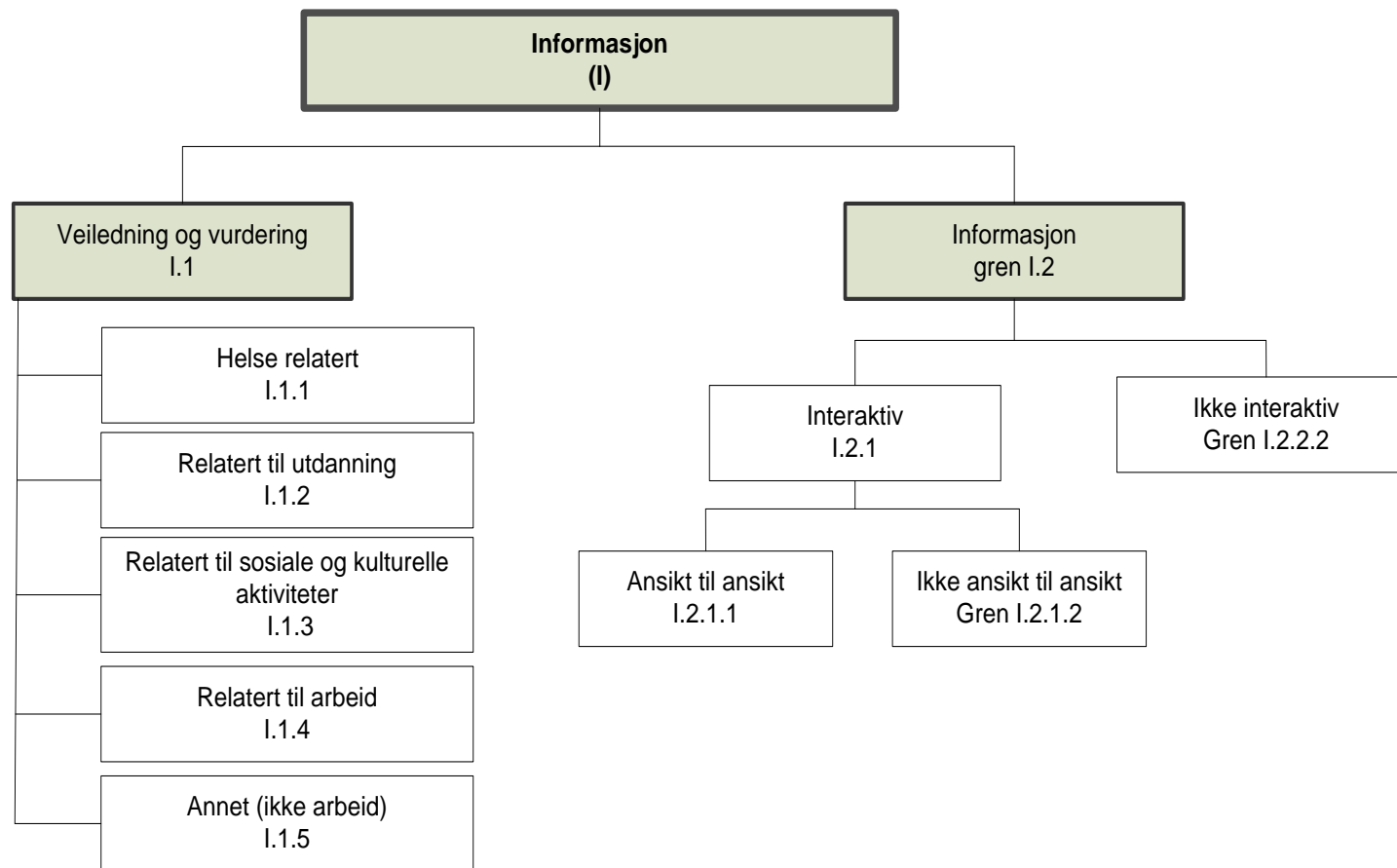
I.2.2 Ikke interaktiv

Tjenester som har til hensikt å informere brukere med behov for langtidsomsorg, hvor det ikke er noen interaksjon med brukeren, og/eller hvor informasjon ikke blir oppdatert på månedlig basis.

For å kunne få denne koden må personen som administrerer nettstedet og oppdateringen identifiseres.

Ikke interaktive, informative nettsteder er medregnet her.

KARTLEGGINGSTRE OVER INFORMASJONSTJENESTER TIL OMSORG



A. TILGJENGELIGHET TIL OMSORG KODETRE

A TILGJENGELIGHET TIL OMSORG

Tjenester hvis målsetting er å bedre tilgjengeligheten for pasienter som har behov for langtidspleie- og omsorg. Disse tjenestene inkluderer ikke direkte omsorg.

A1 Kommunikasjon

Tjenester som har som hovedmål å lette tilgangen til informasjon for brukeren. Tegnspråk og helse relaterte oversettelsestjenester inkluderes i denne delen av kartleggingen.

A2 Fysisk mobilitet

Tjenester hvis hovedformål er å bedre fysisk mobiliteten til pasienter med behov for langtids omsorg og pleie.

Dette omfatter tjenester hvis hovedformål er å bedre den fysiske mobilitet til personen med langsiktig omsorg behov, (f.eks transporttjenester). Den omfatter ikke forflytningsutstyr (f.eks rullestol)

A3 Personlig assistent

Tjenester som har som hovedmål å tilrettelegge for betalt personlig assistent (ikke helsepersonell) av brukere med langsiktig omsorg behov. Personlig assistent omfatter ikke noen form for direkte pleie tilbud (ubetalt eller frivillig assistanse er klassifisert i grenen "S")

A4 Koordinator

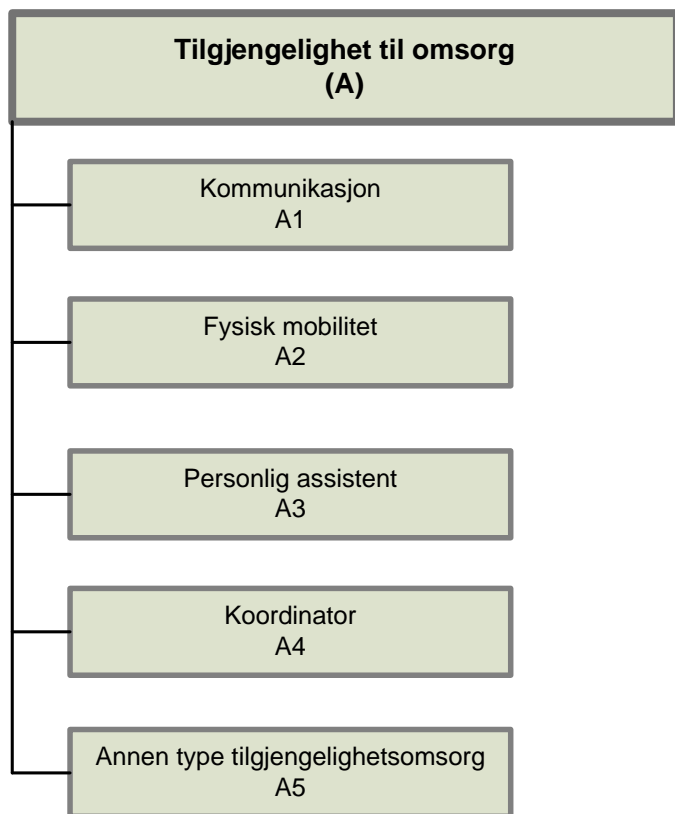
Tjenester som har som hovedmål å legge til rette for omsorg, samordning og tilgjengelighet til ulike typer tjenester,

fagfolk og undersøkelser av brukere med langsiktig omsorgsbehov. Koordinering av omsorg omfatter ikke noen form for direkte pleie (f.eks case management, men ikke intensiv ambulant behandling lokalt)

A5 Annet

Andre tilgjengelighet tjenester som har som hovedmål å lette tilgangen til omsorg som ikke inkluderer noen form for direkte pleie.

TILGJENGELIGHET TIL OMSORG – KARTLEGGINGSTRE



S. SELVHJELP OG FRIVILLIG OMSORG (S)**S SELVHJELPSTJENESTER OG TJENESTER MED FRIVILLIG PERSONALE.**

Formålet med disse fasilitetene er å gi brukere med behov for langtidsomsorg støtte, selvhjelp eller kontakt, med **ulønnet personale** som tilbyr institusjonsomsorg, dagtilbud, poliklinisk omsorg eller lokalbaserte care* (som beskrevet i andre grener).

S.1 IKKE FAGUTDANNET PERSONALE

Tjenester som er rettet mot brukere med behov for langtidsomsorg, hvor andelen fagutdannede som tilbyr vurdering av, inngrep hos eller støtte til brukere med behov for langtidsomsorg er under 60% av hele personale. 100% av personalet er ulønnet og har en frivillig tilknytning til tjenesten.

Selvhjelpsgrupper som ledes av brukere, uformelle omsorgsorganisasjoner med gjensidig hjelp og tjenester fullt og helt tilbudt av frivillige er medregnet i denne seksjonen.

S.1.1 Ikke fagutdannet personale, **Informasjon om tilgjengelighet**

S.1.2 Ikke fagutdannet personale til **tilgjengelighet til omsorg**

S.1.3 Ikke fagutdannet personale til **polikliniske tjenester og**

S.1.4 Ikke fagutdannet personale til **dagtilbud**

S.1.5 Ikke fagutdannet personale til **døgn tjenester**

S.2 FAGUTDANNET PERSONALE

Tjenester som er utviklet til brukere med behov for langtidsomsorg hvor minst 60 % av personalet er fagutdannet

eller særlig kvalifisert til å tilby inngrep og støtte til brukere med behov

For langtidsomsorg. 100 % av personalet er ulønnet og har en frivillig tilknytning til tjenesten

Tjenester drevet av ulønnede fagpersoner og spesialisert frivillig personale på regelmessig eller stabilt basis.

S.2.1 **Fagutdannet personale til informasjon om tilgjengelighet og omsorg**

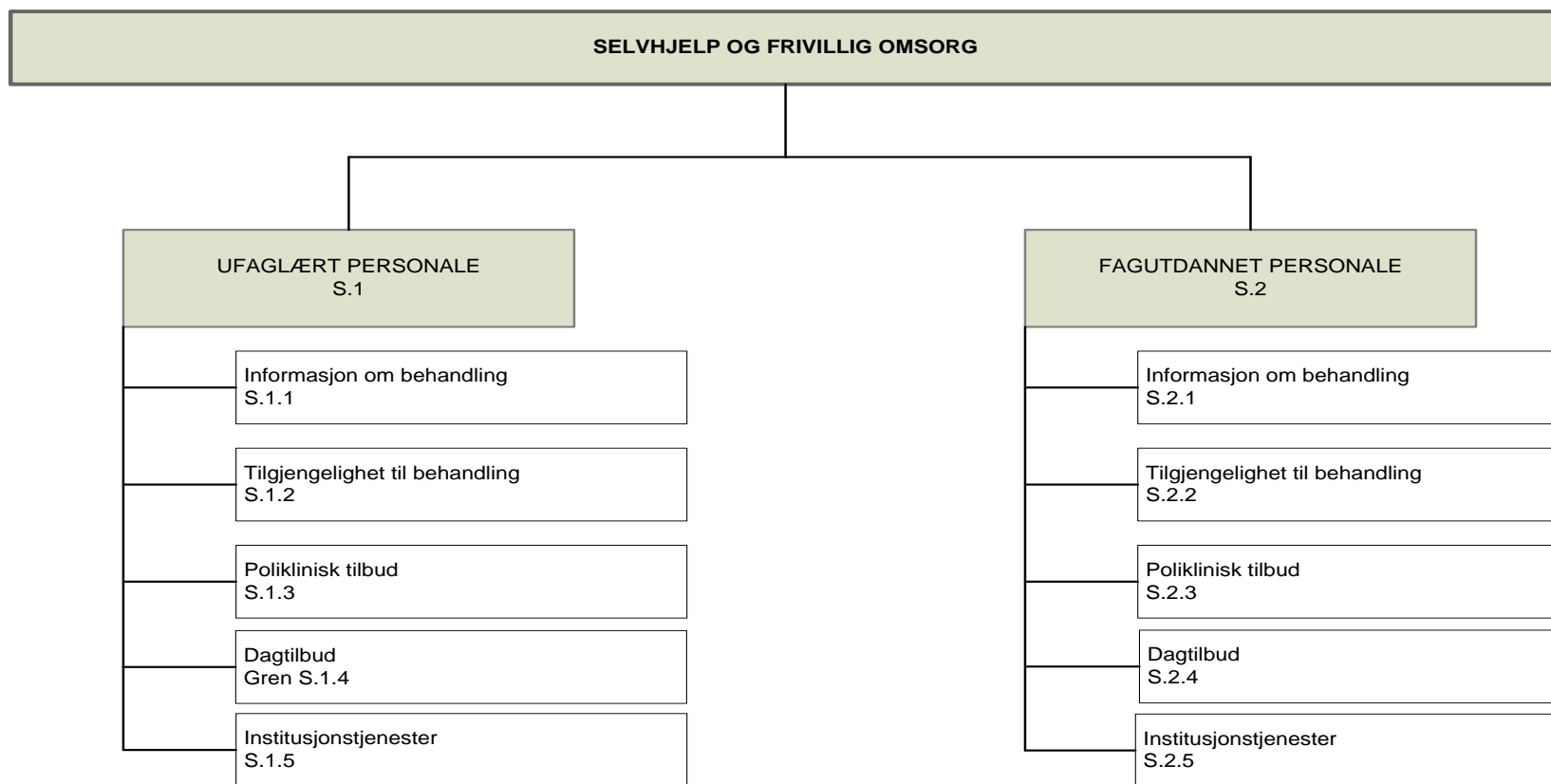
S.2.2 **Fagutdannet personale til tilgjengelighet til omsorg**

S.2.3 **Fagutdannet personale til polikliniske tjenester**

S.2.4 **Fagutdannet personalet til dagtilbud**

S.2.5 **Fagutdannet personale til døgn tjenester**

KARTLEGGINGSTRE OVER SELVHJELP OG FRIVILLIG OMSORG



O. POLIKLINISK OMSORG**O POLIKLINISK OMSORG**

Dette er tjenester som (i) involverer kontakt mellom personale og brukere med det formål å avhjelpe deres tilstand og de kliniske og sosiale vanskeligheter som følger med, og (ii) er ikke tilbudt som en del av levering av institusjonstjenester eller dagtilbud og strukturerte aktiviteter som definert ovenfor.

- O.1 Akutttilbud, Ambulant, Døgtjeneste: Krisetjenester** (i) tilbyr vurdering og innledende behandling som svar på en krise, forverring av en fysisk eller psykisk tilstand, atferd eller sosial funksjon som er relatert til tilstanden; og (ii) kan vanligvis tilby en reaksjon samme dag innenfor kontortid. I ambulante tjenester forekommer kontakten med brukere i en rekke miljøer, inklusiv brukeres hjem, etter hva som vurderes mest hensiktsmessig av fagpersoner og brukere. For at en tjeneste skal bli klassifisert som 'ambulant', må minst 20 % av kontaktene foregå utenfor lokalene hvor tjenesten er basert. For noen tjenester kan tjenestens hovedbase variere fra dag til dag (f.eks. tjenester i landlige områder som flytter fra bygd til bygd) – dette betyr ikke at de skal klassifiseres som 'ambulante', med mindre personalet går og utfører arbeid på steder utenfor plasseringen av hovedbasen den dagen. Døgtjenester er tjenester som er tilgjengelige 24 timer i døgnet, sju dager i uka..

Tjenester skal ikke klassifiseres som "ambulante" og "ikke ambulante" samtidig – dersom 20% av besøkene foregår utenfor hovedplasseringen skal tjenesten kun bli klassifisert som ambulant..

O.1.1 Helserelatert omsorg

Tjenester hvis hovedmål er den spesifikke kliniske omsorgen i løpet av perioden som er beskrevet ifølge koden, og hvor en del av personalet er kvalifisert innen helseomsorg eller har tilsvarende opplæring

O.1.2**Allmenn**

Tjenester hvor tilbudet ikke oppfyller kriteriene for terapi.

O.2**Kriseomsorg, Ambulant, Begrenset åpningstid:**

Som i O.1, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke alltid er tilgjengelige (åpningstid mindre enn 24 timer, 7 dager i uka).

Eksempler på forgreningene O1 og O2 – kriseteam og ambulante team som gir behandling i institusjoner for eldre. Lokalbaserte og polikliniske tjenester kan også tilby kriseomsorg (i tillegg til kontinuerlig omsorg) sånn at de blir klassifisert i begge forgreningene.

Tjenester som ikke skal klassifiseres som "døgnåpne" og "tidsbegrenset" samtidig. – dersom det er en periode i løpet av uka hvor tjenesten er stengt og ikke tillater besøk, må denne bli klassifisert som "tidsbegrenset".

O.2.1

Helserelatert omsorg. Tidsbegrensede tjenester som oppfyller kriteriene beskrevet i O.1.1

O.2.2

Allmenn. Tidsbegrensede enheter som oppfyller kriteriene beskrevet i O.1.2

O.3 Kriseomsorg, Ikke ambulans, Døgnstjeneste: Som i O.1, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke oppfyller kriteriene for 'ambulant'.

Telefonhjelpetjenester er medregnet her (tjenester som hjelper brukere med behov for langtidsomsorg med kommunikasjon, autonomi og sikkerhet i spesifikke situasjoner via en terminal som er koblet til en datamaskin, og et særlig apparat som aktiverer systemet).

O.3.1 **Helserelatert omsorg** (se O.1.1)

O.3.2 **Allmenn** (se O.1.2)

O4 Kriseomsorg, Ikke ambulans, Begrenset åpningstid: Som i O2, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke oppfyller kriteriene for 'ambulant'.

Eksempler på forgreningene O3 og O4 –Kriseenheter på generelle sykehus som kan tilby spesialomsorg til brukere med behov for langtidsomsorg

Tjenester skal ikke klassifiseres som "døgnåpne" og "tidsbegrenset" samtidig - dersom det er en periode i løpet av uka hvor tjenesten er stengt og ikke tillater besøk, må denne bli klassifisert som "tidsbegrenset".

O.4.1 **Helserelatert omsorg** (se O.2.1)

O.4.2 **Annet (Allmenn)** (se O.2.2)

O.5 Kontinuerlig omsorg, Ambulant, Høy intensitet: Disse fasilitetene tilbyr brukere jevnlig kontakt med en fagperson, det kan være et

langvarig forløp dersom det er nødvendig. For at en fasilitet skal bli klassifisert som 'ambulant', må minst 20% av kontaktene foregå utenfor lokalene hvor tjenesten er basert. For noen tjenester kan tjenestens hovedbase variere fra dag til dag (f.eks. tjenester i landlige områder som flytter fra bygd til bygd) – dette betyr ikke at de skal klassifiseres som 'ambulante', med mindre personalet går og utfører arbeid på steder utenfor plasseringen av hovedbasen den dagen. Dette er tjenester som har kapasitet til å foreta kontakt ansikt til ansikt med brukere minst tre ganger i uka når dette er klinisk nødvendig.

O.5.1 **Helserelatert omsorg**

Tjenester hvis hovedmål er den spesifikke kliniske omsorgen, i perioden som er beskrevet av koden, og hvor en del av personalet er kvalifisert innenfor helseomsorg (Psykologi, Medisin, Fysioterapi, Sykepleie) eller har tilsvarende opplæring.

O.5.1.1 **Omsorg 3 til 6 dager i uka**

Tjenester hvis hovedmål er den spesifikke kliniske omsorgen for brukere med en frekvens som er lavere enn 7 dager/uke, 3 timer/dag.

O.5.1.2 **Omsorg 7 dager i uka, minimum 3 timer/dag**

Tjenester hvis hovedmål er den spesifikke kliniske omsorgen for brukere med en frekvens på 7 dager/uke, 3 timer/dag.

O.5.1.3 **Omsorg 7 dager i uka inkludert natt**

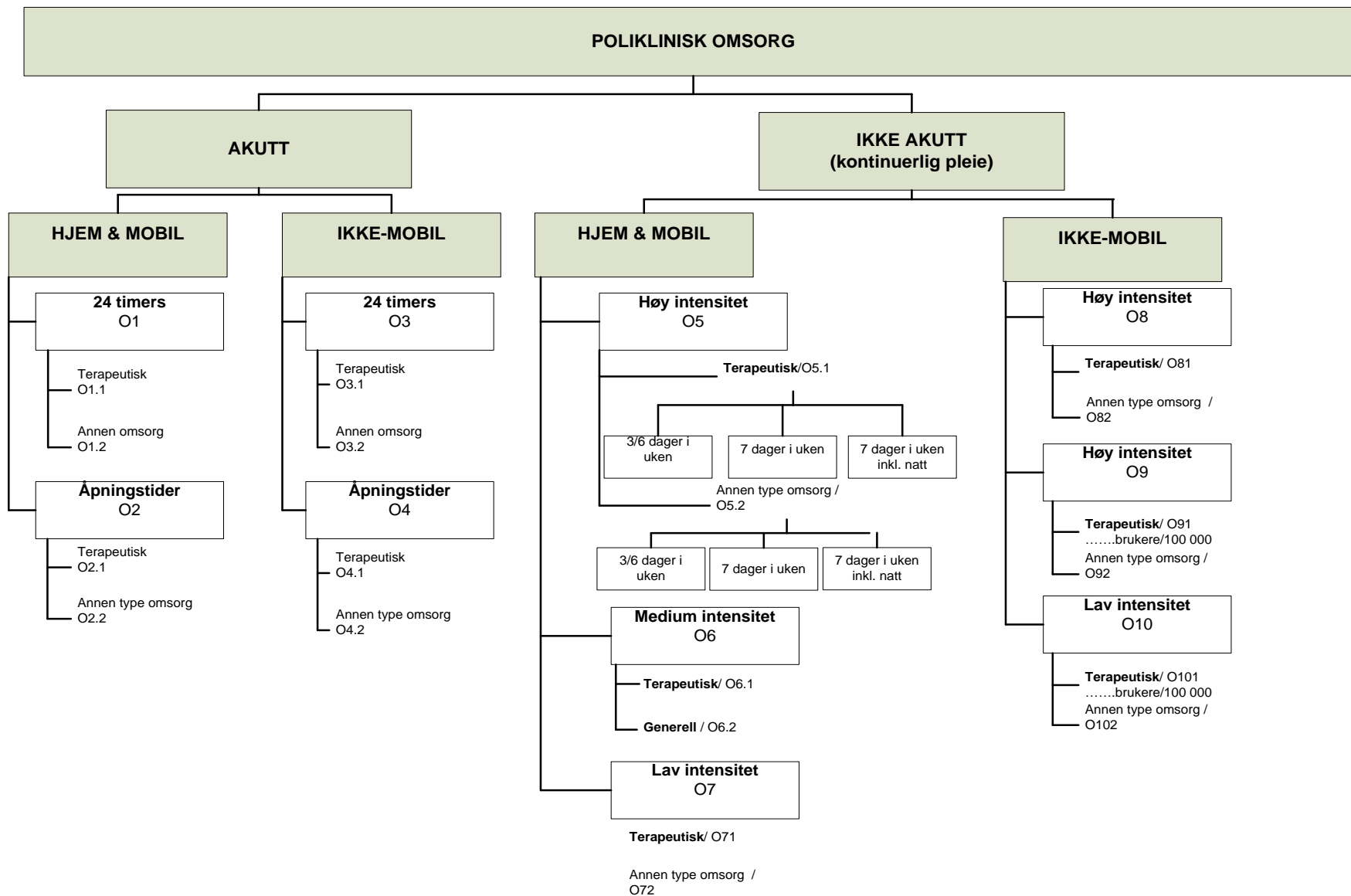
Tjenester hvis hovedmål er spesifikk klinisk behandling for brukere med en frekvens på 7 dager i uka, inkludert døgntilbud (overnatting)

- O.5.2 **Annet (Allmenn)**
Tjenester som ikke oppfyller kriteriene for terapitjenester.
- O.5.2.1 **Omsorg 3 til 6 dager i uka**
Tjenester som ikke har til hensikt å gi spesifikk klinisk behandling til brukere, med en frekvens lavere enn 7 dager/uke, 3 timer/dag.
- O.5.2.2 **Omsorg 7 dager i uka, minimum 3 timer/dag**
Tjenester som ikke har til hensikt å gi spesifikk klinisk behandling til brukere, med en frekvens på 7 dager/uka, 3 timer/dag.
- O.5.2.3 **Omsorg 7 dager i uka, inkludert døgntilbud (overnatting)**
- O.6 Kontinuerlig omsorg, Ambulant, Medium intensitet:** Som i O.5, bortsett fra det faktum at disse fasilitetene ikke har kapasiteten til å tilby kontakt til brukere tre ganger per uke, men kan tilby kontakt minst en gang hver 14. dag når dette er indisert.
- O.6.1 **Helserelatert omsorg** (se O.5.1)
- O.6.2 **Allmenn** (se O.5.2)
- O.7 Kontinuerlig omsorg, Ambulant, Lav intensitet:** Som i O.5, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke har kapasitet til å se brukerne så ofte som hver 14. dag.
- Eksempler på forgreningene O.5 til O.7 –Lokalbaserte nurse teams*(hjemmesykepleie) og ansvarsgrupper er gode eksempler på disse grenene.*
- ‘Høy intensitet’, ‘medium intensitet’ og ‘lav intensitet’ utelukker hverandre gjensidig – dersom en fasilitet er i stand til å tilby kontakt 3 dager i uka vil den bli klassifisert som ‘høy intensitet’, selv om noen av brukerne har en lavere kontaktfrekvens enn det. Dersom en tjeneste er i stand til å tilby kontakt en gang hver 14. dag, men ikke 3 dager i uka, er den regnet som ‘medium intensitet’, selv om kontakten er sjeldnere. Kun tjenester som ikke er i stand til å tilby kontakt minst en gang hver 14. dag klassifiseres som ‘lav intensitet’.*
- O.7.1 **Helserelatert omsorg** (se O.5.1)
- O.7.2 **Allmenn** (se O.5.2)
- O.8 Kontinuerlig omsorg, Ikke ambulant, Høy intensitet:** Som i O.5, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke oppfyller kriteriene for ‘ambulant’.
- O.8.1 **Helserelatert omsorg** (se O.5.1)
- O.8.2 **Allmenn** (se O.5.2)
- O.9 Kontinuerlig omsorg, Ikke ambulant, Medium intensitet:** Som i O.6, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke oppfyller kriteriene for ‘ambulant’.
- O.9.1 **Helserelatert omsorg** (se O.5.1)
- O.9.2 **Allmenn** (se O.5.2)
- O.10 Kontinuerlig omsorg, Ikke ambulant, Lav intensitet:** Som i O.7, bortsett fra det faktum at disse tjenestene ikke oppfyller kriteriene for ‘ambulant’.

Eksempler på forgreningene O.8 til O.10 – Poliklinikker og sentre for psykisk helse hvor mindre enn 20% av kontakten med brukere finner sted utenfor basen er eksempler som klassifiseres i denne seksjonen.

O.10.1 **Helserelatert omsorg** (se O.5.1)

O.10.2 **Allmenn** (se O.5.2)



D. DAGTILBUD**D DAGTILBUD HOVEDGREN (D):**

Dette er tjenester som (i) vanligvis er tilgjengelige for flere brukere samtidig (snarere enn å levere tjenester til enkeltpersoner én om gangen); (ii) tilbyr en kombinasjon av behandling for problemer relatert til psykiske lidelser, strukturerte aktiviteter, sosial kontakt og/eller støtte; (iii) har faste åpningstider hvor de vanligvis er tilgjengelige; og (iv) forventer at brukerne blir på stedet utenom periodene hvor de har kontakt med personalet ansikt til ansikt (f.eks. er tjenesten ikke bare basert på pasienter som kommer til avtaler med personalet og som forlater stedet rett etter deres avtalte møter).

Kodene følger ikke en ordinal rangering arrangement i denne grenen (se side 31).

AKUTT TILBUD**D0 Episodisk akutt dagomsorg**

Tjenester som vanligvis gir dagtilbud til brukere med en forverring av deres helse tilstand på en enkelt eller et begrenset antall episoder av omsorg i løpet av en definert tidsperiode.

D0.1 Høy intensitet

Tjenester som vanligvis gir høy intensitet dagtilbud til brukere med en forverring av deres helse tilstand på en enkelt eller et begrenset antall episoder av omsorg i løpet av en definert tidsperiode. Omsorgsepisoden varer mindre enn 24 timer, og brukeren er innlagt, og utskrives i løpet av samme dag. Omsorgsepisoden omfatter komplekse og koordinerte tjenestetilbud aktiviteter som diagnose og vurdering, intervensjoner, og andre type helsetjenester som krever høyt kvalifisert faglig personale og som ikke er begrenset til en enkelt ansikt-til-ansikt kontakt, som i planlagt poliklinisk behandling

Eksempler på akutt episodisk omsorg er dag kjemoterapi enheter i onkologi eller poliklinisk elektrokonvulsiv terapienheter i psykisk helse.

D0.2 Annen intensitet

Tjenester som vanligvis gir episodisk akutt pleie, men som ikke oppfyller høy intensitet kriterier.

D1 KONTINUERLIG AKUTT OMSORG

Tilbud der (i) brukerne er jevnlig innlagt på grunn av en krise eller en forverring i fysisk eller psykisk tilstand, atferd eller sosial fungering knyttet til deres helsetilstand, (ii) å lindre denne krisen / forverringen er det viktigste formålet med innretningen, (iii) Omsorg er tilgjengelig på en kontinuerlig basis - ikke episodisk, minst 5 dager i uken-løpet av en begrenset tidsperiode. Tjenesten er organisert for å gi et alternativ til sykehusinnleggelse eller å akselerere utskrivning fra døgninstitusjon før krisen er avsluttet eller brukeren er stabil.

Dag sykehus er vanligvis inkludert i denne delen.

Inntak er vanligvis tilgjengelig i løpet av mindre enn 4 uker fra krisen startet for bruker skrevet ut fra en akutt boenhet (R2 eller R3). Minst 80% av brukerne i de siste tolv månedene er innlagt i løpet av mindre enn fire uker etter at krisen oppsto (i ethvert annet tilfelle klassifisere tjenesten som D4.2.).

D1.1 Høy intensitet

Inntak er vanligvis tilgjengelig innen 72 timer. Minst 20% av brukerne i de siste tolv månedene er innlagt innen 72 timer. Dag sykehus med i denne delen har fokus på omsorg for brukere med en krise eller en betydelig forverring av sin helsetilstand som er knyttet til en risiko for seg selv, sin familie eller andre og trenger umiddelbar behandling. Disse tjenestene er et alternativ til

sykehusinnleggelse. Brukeren vil ha behov for innleggelse uten dette tilbudet.

D1.2 **Annen intensitet**

Heldags kontinuerlig akutt- og helseinstitusjoner som ikke oppfyller kriteriene for akutt kriseomsorg.

Dag sykehus med i denne delen er også fokusert på omsorg for brukere med en betydelig forverring av sin helsetilstand som fører til en risiko for seg selv, sin familie eller andre og trenger umiddelbar behandling. Disse tjenestene er ikke utformet som et alternativ til sykehusinnleggelse, men som en komplementær tilbud til sykehusinnleggelse som tillater tidlig utskrivelse før krisen er over. Brukeren vil ha behov for et lengre sykehusopphold uten dette tilbudet. Intensive case management-tjenester kan være kodet her.

IKKE AKUTT (D2-D9)

Alle dagtilbud som ikke oppfyller kriteriene for akutt kriseomsorg.

ARBEID (D2, D6)

Arbeidstilbud som gir brukerne mulighet til å jobbe for betaling. Disse er vanligvis vernet arbeid eller muligheter på det åpne arbeidsmarkedet.

D2 Høy intensitet arbeidsomsorg

Høy intensitet tilbud er tilgjengelige for brukere som deltar minst tilsvarende fire halve dager per uke. Ikke alle brukere må møte så ofte som dette for at tjenesten kan bli klassifisert som "høy intensitet", men det bør i det minste være mulig for dem å gjøre det.

D2.1 Ordinær sysselsetting

Brukere med registrerte funksjonshemninger som er betalt minst den offisielle minstelønn og organisasjonen følger standard arbeidsreglement i det åpne markedet. Der det ikke er en tariffestet minstelønn, foreslår desde-LTC å beregne et forventet nivå, basert på begynnerlønn for tilsvarende stillinger avertert i lokalpressen den siste måneden. Men ansatte med registrerte funksjonshemninger har kanskje ikke fått dette arbeidet gjennom fullt åpen konkurranse - jobben kan på noen måte være spesielt reservert for brukere med nedsatt funksjonsevne i henhold til nasjonale / regionale eller lokale forskrifter.

D2.2 Annet arbeid

Organisasjonen følger arbeidsreglement for brukere med funksjonshemninger. Ansatte er betalt minst 50% av de vanlige minstelønn for denne formen for arbeid. Der det ikke er minstelønn, foreslår vi at en beregner et forventet nivå, basert på begynnerlønn for tilsvarende stillinger avertert i lokalpressen den siste måneden. Arbeidet kan være i en vernet bedrift eller i en setting der noen arbeidere ikke er brukere med langtid omsorgsbehov.

D6 Lav intensitet arbeid omsorg

Tjenester hvor brukerne vanligvis er mindre enn tilsvarende fire halve dager per uke.

D6.1 Ordinær sysselsetting (som i D2.1)

D6.2 Annet arbeid (som i D2.2)

ARBEIDSTILBUD (D3, D7)

Dette er tilbud hvor brukerne utfører en aktivitet som ligner arbeid hvor betaling kan forventes i det åpne markedet, men der brukerne ikke er betalt eller blir betalt mindre enn 50% av

tariffønn for denne formen for arbeid. Der det ikke er minstelønn, foreslår vi å beregne et forventet nivå, basert på begynnerlønn for tilsvarende stillinger avtert i lokalpressen den siste måneden.

D3 Høy intensitet arbeidsrelatert omsorg (som i D2)

D3.1 Tidsbegrenset.

Dette er tjenester der brukerne utfører et arbeid som har en tidsbegrensning.

Det inkluderer sentre holder som driver arbeidstrening i en fastsatt periode f.eks 2 år.

D3.2 Tidsubestemt

Tjenester der brukerne utfører et arbeid som ikke har en fastsatt tidsbegrensning.

Det omfatter sentre og verksteder som har som mål sosial-og arbeidsintegrering.

Når et senter tilbyr opplæring eller fortsetter yrkesmessig virksomhet til den samme gruppen av mennesker for perioder (dvs mer enn 2 år er tjenesten ikke kodet som "tidsbegrenset" selv når den har forskjellige programmer med en tidsbegrensning (dvs. enkeltpersoner bruker senteret for en periode lenger enn varigheten av et kurs).

D7 Lav intensitet arbeidsrelatert omsorg (som i D6)

D7.1 Tidsbegrenset (som i D3.1)

D7.2 Tidsubestemt (som i D3.2)

IKKE ARBEIDSRELATERT STRUKTURERT DAGTILBUD (D4, D8)

Disse tjenestenengir strukturerte aktiviteter forskjellig fra *arbeid og arbeidsrelatert omsorg*. Slike aktiviteter kan omfatte ferdighetstrening, skapende aktiviteter som kunst eller musikk og gruppearbeid. Disse aktivitetene skal være tilgjengelig i løpet av minst 25% av tjenestens åpningstid.

D4 Høy intensitet strukturerte dagtilbud (som i D2)

D4.1 Helse relaterte

Dagtilbud som oppfyller kriteriene for planlagte tilgjengelighet. Viktigste funksjon er å gi langsiktig klinisk omsorg (fysisk, psykisk og / eller sosiale). Minst 20% av ansatte er kvalifisert helsepersonell.

Tjenester for fysisk rehabilitering og sosial eller psykologisk attføring er inkludert i denne delen. Tjenester for å bedre sosiale aspekter ved langsiktig omsorg utført av av helsepersonell er inkludert her (dvs. verksteder for trening av sosiale ferdigheter)

D4.2 Utdanning

Tjenester som tilbyr opplæring registrert og godkjent som del av den offisielle nasjonale eller regionale utdanning og opplæringssystem, med en godkjent læreplan.

Dette inkluderer sentre for spesialpedagogikk og yrkesutdanninger.

D4.3 Sosial- og kultur relaterte

Tilbud som tilbyr strukturerte aktiviteter knyttet til sosial og kulturell deltakelse.

Dette inkluderer sentre som tilbyr ikke-offentlig tilleggs- utdanning og opplæring, samt støtte til utdanning. Sportsaktiviteter, sosiale

klubber som muliggjør sosiale kontakter på en strukturert måte og verksteder hvis hovedmål ikke inkluderer sosial- og arbeidsintegrering er også inkludert.

D4.4 Andre strukturerte dagtilbud

Tilbud som ikke oppfyller kriteriene for "helsefremmende arbeid, utdanning eller sosial og kultur deltakelsesaktiviteter", men som tilbyr noen form for strukturert aktivitet.

Det inkluderer tjenester rettet mot forebygging.

D8 Lav intensitet strukturerte dagtilbud (som i D6)

D8.1 Helserelaterte (som i D4.1)

D8.2 Utdanningsrelaterte (som i D4.2)

D8.3 Sosial- og kulturellrelaterte (som i D4.3)

D8.4 Andre strukturert dagtilbud (som i D4.4)

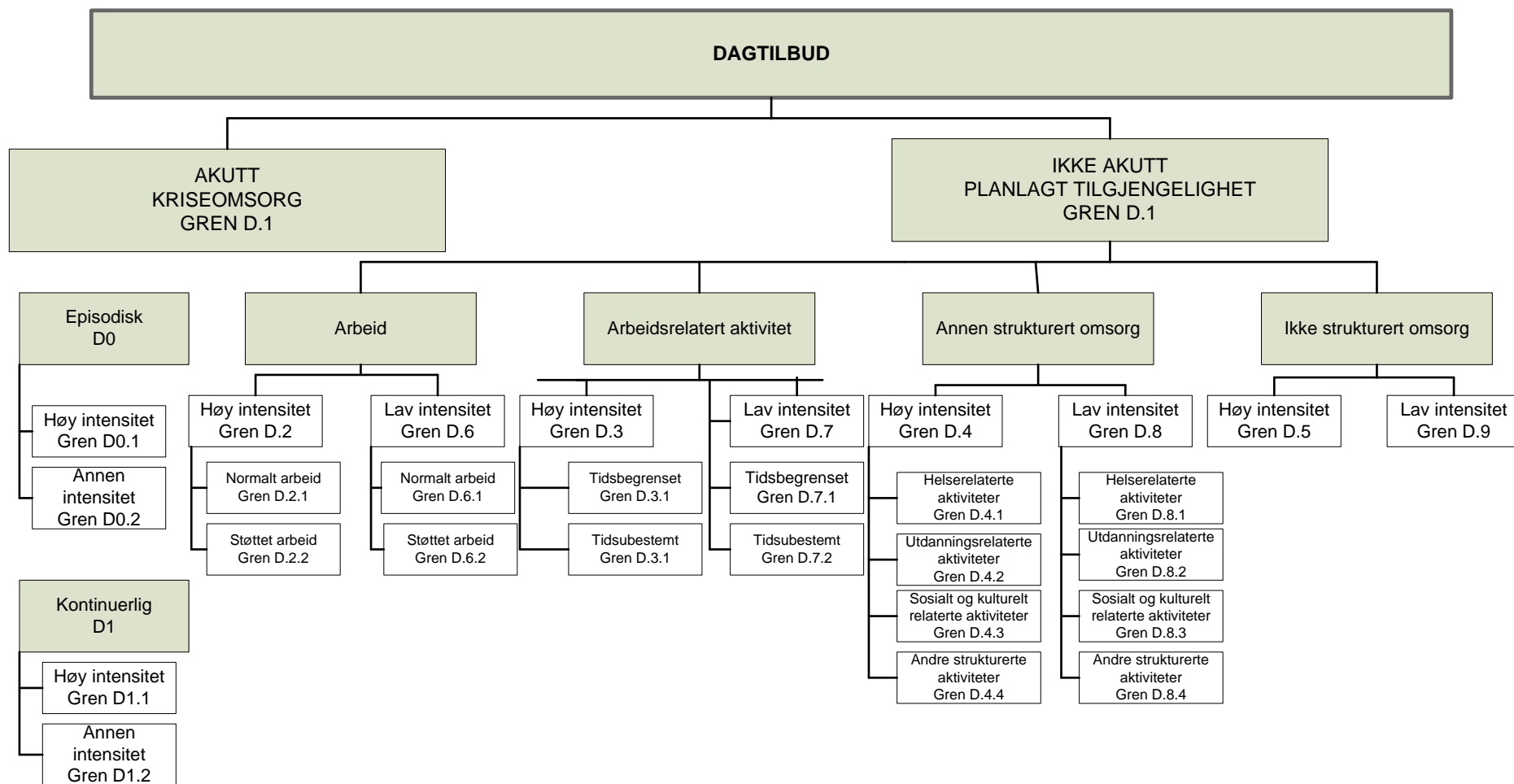
IKKE STRUKTURERTE DAGTILBUD (D5, D9)

Tjenester som oppfyller kriterier for ikke-akutte dag tjenester, men hvor arbeid eller annen strukturert virksomhet ikke er tilgjengelige, eller bare tilgjengelig i mindre enn 25% av åpningstiden, slik at de viktigste funksjonene for tjenesten er å tilby sosial kontakt, praktiske råd og / eller støtte.

Sosiale klubber med betalte ansatte som oppfyller kriteriene for "ikke strukturert omsorg" er inkludert i denne delen.

D5 Høy intensitet ikke-strukturert dagtilbud (som i D2)

D9 Lav intensitet ikke-strukturert dagtilbud (som i D6)



R. INSTITUSJONSOMSORG, DØGN**R DØGNTILBUD**

Tilbud som gir døgntilbud for brukere knyttet til den kliniske og sosiale helsetilstand – ikke brukere av tjenesten bare fordi de er hjemløse eller ikke i stand til å nå hjem.

Vanligvis er døgninstitusjon klassifisert som tilhørende kun en kode, selv om det enkelte ganger kan være nødvendig for å klassifisere et tilbud i mer enn én kode dvs. en institusjon som inneholder senger for kriseinnleggelse og senger for planlagte innleggelse for en ubestemt tidsperiode.

AKUTT

Tilbud der (i) brukerne er innlagt på grunn av en krise, en forverring av deres fysiske eller mentale tilstand, atferd eller sosial fungering som er knyttet til deres helsetilstand,, (ii) innleggelse er vanligvis tilgjengelig innen 24 timer, (iii) brukere beholde vanligvis sin egen bolig under innleggelsen. Minst 20% av brukerne i de siste tolv månedene oppfyller kriteriene for innleggelse for akutt kriseomsorg.

24 timers legedekning

Tilbud innenfor sykehus eller i andre døgnbaserte meso-organisasjoner der det er 24 timers dekning av en registrert lege (herunder leger i utdanning). Tjenester der dekningen er levert av medisinske studenter er utelatt.

Sykehus

Sykehus er meso-organisasjoner med legal status i de fleste land. I de land der det ikke er rettslig grunnlag for å bestemme hva som er sykehustjenester og i de tilfellene der det er tvil, bør tjenestene være klassifisert som sykehus BSIC om de dekker mer enn 20 senger og 24 timers legedekning. Lokale eller regionale

helseforvaltning bør konsulteres når det er tvil om hvilke tjenester som bør sees på som sykehustjenester eller ikke.

R0 Ikke-sykehus

Akutt helseinstitusjoner med 24-timers legdekning utenfor et registrert sykehus (f.eks sykehjem med 24 timers medisinsk omsorg som har mindre enn 20 senger, og som ikke er registrert som sykehus).

Eksempel på grenen R0 er akutte tjenester for spesifikke forhold med 24-timers lege dekning, men som ikke er registrert som sykehus på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå. (Dvs. enkelte boliger med lite service for personer med psykiske lidelser, geriatri eller hjerneskade)

Dette er en residual kode som skal være registrert kun etter en nøye vurdering.

Sykehus**R1 Høy intensitet**

Senger hvor brukerne er innlagt på grunn av en forverring av deres fysiske eller mentale status alvorlig nok til å kreve kontinuerlig overvåking i 24 timer i døgnet, og / eller å kreve spesielle isolasjons tiltak.

Eksempel grenen R1-Disse tjenestene omfatter intensiv omsorgstjenester for LTC. I psykisk helse vil "kontinuerlig overvåking" inkludere også sikkerhetstjenester der brukerne er innlagt fordi de er vurdert av leger å være for farlig for seg selv eller andre til å være i ikke-sikkerhetsavdeling, eller på grunn av en dom som sier at av sikkerhetsmessige årsaker må innlegges i sikkerhetsavdeling heller enn allmennavdeling. Senger i sikkerhetsavdeling i lukket sengepost som kan benyttes for

tvangsinnleggelse skal ikke automatisk bli kategorisert som sikkerhets senger-det er mulig for en pasient å bli tvangsinnlagt på en allmenn akutt tjenester. Avdelinger/poster med senger spesielt beregnet å gi en større grad av overvåkning og / eller sikkerhet enn de som brukere fra opptaksområdet vanligvis innlegges skal klassifiseres som høy intensitet.

R2 Middels intensitet

Akutt helseinstitusjoner med 24-timers legedekning i et registrert sykehus der (i) brukerne er innlagt på grunn av en forverring av deres fysiske eller mentale tilstand, atferd eller sosial fungering som er knyttet til deres helsetilstand, (ii) innleggelser vanligvis tilgjengelig innen 24 timer, (iii) brukere som regel beholder sin egen bolig under opptak. Tilbud som gir vanlig omsorg (middels intensitet) for overvåkning og / eller sikkerhet for inneliggende pasienter

Eksempel grenen R2-sykehusenheter der rutinemessige innleggelser fra et bestemt opptaksområde er inkludert. Det inkluderer også akutt enheter ved somatiske sykehus, psykiatriske sykehus og andre spesialiserte sykehus. En avdeling som er plassert i en meso-organisasjon og som mangler direkte 24-timers lege dekning, skal kodes her hvis det er 24-timers legedekning tilgjengelig på meso-organisasjonen som kan gi akutt behandling hvis nødvendig.

Disse døgntilbudene tilbyr vanligvis også poliklinisk akuttbehandling (foruten akutt døgnbehandling) slik at de vil bli klassifisert i begge grener (R2 & O3) dersom akuttbehandling for den spesifikke målgruppen er gitt i samme sykehus av personale fra tjenesten som beskrives.

R3 Ikke-24timer lege dekning

Tjenester uten 24-timers legedekning der (i) brukerne er innlagt på grunn av en krise, en forverring i deres fysiske eller psykiske tilstand, atferd eller sosial fungering som er relatert til tilstanden, (ii) opptak er vanligvis tilgjengelig innen 24 timer; (iii) brukere som regel beholde sine egne boliger.

R3.0. Sykehus

Akutt helseinstitusjoner uten 24-timers legedekning i et registrert sykehus.

Eksempel kode R3.0: Noen registrerte sykehus kan gi lav intensitet akutt pleie uten 24-timers medisinsk dekning (dvs. noen akuttavdelingene ved spesialiserte psykiatriske sykehus, noen sykehus for geriatrisk brukere, eller noen sykehus for hjerneskode). Et sykehus som ikke har 24-timers medisinsk dekning, men der denne kompetansen er tilgjengelig på meso-organisasjon hvor tjenesten er plassert, bør denne tjenesten IKKE kodes her. Dette er en residual kode som skal være registrert kun etter en nøye vurdering.

R3.1. Ikke-sykehus

Akutt helseinstitusjoner uten 24-timers legedekning utenfor et registrert sykehus.

R3.1.1 Helserelatert omsorg

Døgninstitusjon formål å gi definert klinisk omsorg, i perioden beskrevet av koden, og hvor en del av staben er kvalifisert på helse (psykologi, medisin, fysioterapi, sykepleie) eller har tilsvarende utdanning, men som ikke gir ikke 24 -timers legedekning.

Eksempel grenen R3.1.1-Det inkluderer en rekke ikke-sykehussenger som kan brukes som alternativ til

sykehusinnleggelse. Tjenester som krisebolig, krise eller nødsituasjon herberge, senger i primærhelsetjenesten eller psykiske helse sentre bør plasseres her. "Botilbud" med høy intensitet medisinsk personell, men uten 24 timers legedekning er inkludert her (dvs. sykehjem)

R3.1.2 Annen omsorg

Tjenester som ikke oppfyller kriteriene for akutt ikke-sykehus helserelevanter omsorg.

Ikke akutt (Planlagt Tilgjengelighet) (R4-R13)

Døgntjenester som ikke tilfredsstill kriteriene for akutt pleie. Kriseinnleggelse blir sendt til andre tjenester rutinemessig.

24 timer legedekning (R4-R7)

R6 Ikke tidsbegrenset opphold

Disse tjenestene oppfyller ikke kriteriene for 'tidsbegrensede' tjenester.

Eksempel grenen R6 - Det inkluderer sykehjem for eldre mennesker der brukerne er innlagt på ubestemt tid, og får hjelp av personalet 24 timer i døgnet.

Ikke-sykehus (som i R3)

Disse er tjenester med 24-timers medisinsk dekning som IKKE er offisielt registrert som 'sykehus' på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå.

R5 Tidsbegrenset (som i R.4).

R7 Ikke tidsbegrenset opphold (som i R6)

Ikke-24 legedekning (R8-R13)

Sykehus

Disse er tjenester offisielt registrert som 'sykehus' på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå.

R4 Tidsbegrenset

Disse er tjenester hvor fast maks liggetid er rutinemessig spesifisert (midlertidig opphold). En tjenester skal klassifiseres som tidsbegrenset dersom en maksimal lengde på oppholdet er fast for minst 80% av de som kommer inn.

Eksempel grenen R4 - Det inkluderer enheter for rehabilitering eller lokalbaserte terapeutiske programmer som angir en fast lengde i måneder eller år.

Tidsbegrenset (R8-R10) (som i R4)

R8

24timer støtte. Tjenester som gir institusjonsopphold utenom arbeidstiden, men hvor det er en prosedyre som garanterer at brukeren får 24 timer pleie.

Eksempel grenen R8 - Det inkluderer tjenester som gir ikke akutt omsorg fra 15:00 til 8 om morgenen fordi alle brukerne er på jobb fra 8 am til 16:00. Brukere kan være for hele dagen i boligen når det er nødvendig (for eksempel hvis en bruker blir syk). .

R8.1

Mindre enn 4 uker

Oppholdet er vanligvis begrenset til en kort tid, vanligvis mindre enn en måned Dvs. avlastningsenheter som tar i mot brukere med alvorlige problemer

R8.2

Over 4 uker

R9 Daglig støtte

Medlemmer av personalet er regelmessig på stedet minst fem dager i uka for noen del av dagen, med ansvar knyttet til overvåking og klinisk og sosial omsorg til brukeren.

R9.1 Mindre enn 4 uker (som i R8.1)

R9.2 Over 4 uker (som i R8.2)

R10 Lavere støtte

Dette er tjenester hvor brukeren befinner seg for formål knyttet til oppfølging av hans / hennes helsetilstand og hvor det er en direkte kobling mellom bosatt i tjenesten og noe støtte fra personalet, men hvor personalet er regelmessig tilstede færre enn fem dager per uke.

R10.1 Mindre enn 4 uker (som i R8.1)

R10.2 Over 4 uker (som i R8.2)

Eksempler R8 til R10 – Boliger, boliger for grupper, terapeutiske samfunn og andre tjenester for brukere med langsiktige omsorgs behov klassifisert i denne delen så lenge de angir en fast angitt lengde for oppholdet

For eksempel, tjenester som tilbyr rehabilitering med en fast tid eller de som tilbyr midlertidig opphold.

Ubestemt opphold (R11-R13) (som i R6)

R11 24timer støtte (som i R8)

R12 Daglig støtte (som i R9)

R13 Mindre støtte (som i R10)

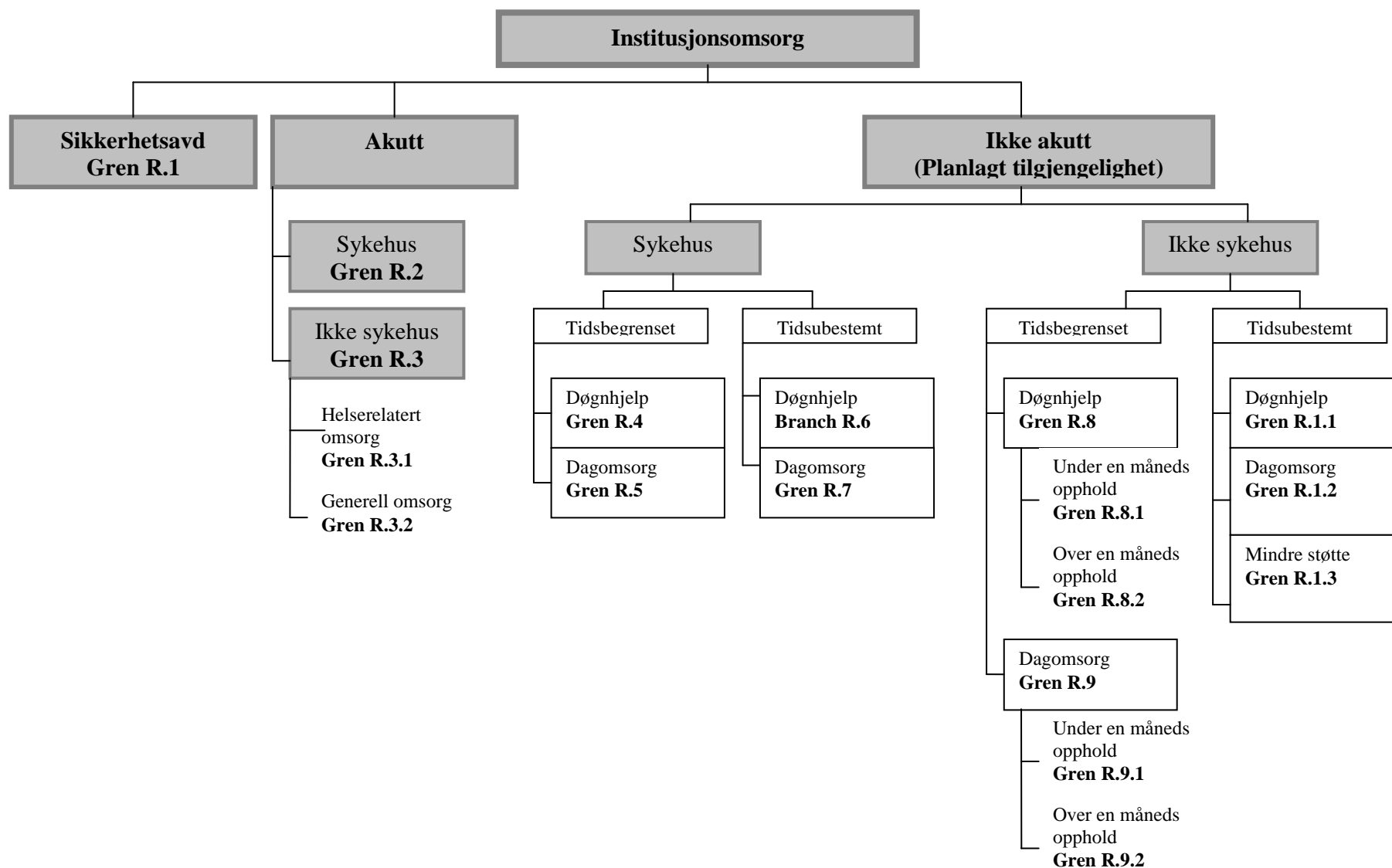
Eksempel grener R11 til R13 - Det inkluderer boligtilbud hvor det ikke varigheten av oppholdet er spesifisert og tilbyr permanent botilbud ved behov.

R14 Andre ikke-akutte

Døgnbaserte ikke-akutte tjenester ikke klassifisert annet sted.

Denne koden brukes for døgntilbud som ikke kan klassifiseres annet sted. Vanligvis krever disse en detaljert forklaring av egenskaper ved seksjon D og / eller andre koder fra ikke-bolig grener å forstå dens SD. Et mulig eksempel er herberge i nærheten av et omsorgssenter (vanligvis et sykehus), hvis viktigste mål er ikke å gi omsorg, men bare overnatting for brukere å delta i behandlingstilbudet. (pasienthotell). Men de lokale ansvarlige vurderer at denne tjenesten, som er offentlig finansiert, er en kritisk komponent i helsevesenetog derfor bør legges til den lokale kartleggingen.

KARTLEGGINGSTRE OVER INSTITUSJONSOMSORG



SEKSJON C

TRÆR TIL REGISTRERING AV TJENESTER

A. PRINSIPPER

omsorgstrærne i denne seksjonen muliggjør registrering av nivåer for tilbud av hovedformene for tjenester innenfor et opptaksområde. Følgende generelle prinsipper bør bemerkes:

- **Befolkning i opptaksområdet:** Grunnenheten er igjen befolkningen i referanseområdet. Registreringer bør derfor inkludere all bruk av tjenester for brukere med behov for langtidsomsorg blant medlemmer av denne befolkningen. Inkludert er alle de som har en permanent adresse i opptaksområdet, og de som hadde sin siste permanente hjemmeadresse i opptaksområdet innen de ble innlagt på en institusjon.

- **Målgruppe:** For å registrere kontakt med tjenester må målgruppene hvis kontakter vil bli registrert identifiseres. Standardmålgruppen til applikasjon av skjemaene er brukere med behov for langtidsomsorg. Imidlertid kan behovene ved bestemte studier eller strukturen på individuelle tjenester føre til en beslutning om å endre disse kriteriene.

I seksjon A er karakteritikk på målgruppen som er brukt i studiet spesifisert.

- **For å tillate sammenligninger mellom områder,** må bruken av tjenester per 100 000 lokale innbygger regnes ut for hvert opptaksområde. Dette kan gjøres ved å dividere totalen med antall innbyggere i opptaksområdet, og deretter multiplisere med 100 000.

- Dobbelregistrering kan oppstå når denne metoden brukes, f.eks. vil brukere som bor i en institusjon og benytter et dagtilbud bli talt med i to kategorier. DESDE-LTC er derfor ikke en gyldig metode for å fastslå et

samlet antall brukere av tjenester innen langtidsomsorg i et opptaksområde.

- Selv om en bruker kan benytte flere tjenester, og dermed bli registrert i flere ulike seksjoner av skjemaet, kan imidlertid ingen kontakt med en tjeneste bli talt med i mer enn én forgrening. Reglene som er satt opp nedenfor bevirker at hver kontakt mellom et individ og en bestemt fasilitet for personer med behov for langtidsomsorg bare blir talt én gang.

- Registreringene bør baseres på den kliniske befolkningen som fastslått ovenfor. I komparative studier er det avgjørende at samme målgruppe blir brukt i hvert senter.

- Den siste forgreningen i hvert tre oppsummerer nivået av bruk av omsorgsformene i denne bestemte forgreningen. Boksen skal brukes til hver sluttforgrening for å indikere registreringen av nivået av bruk for hver sluttforgrening. Registreringer for nærliggende områder kan legges sammen for å utlede det totale antallet for større brukskategorier (f.eks. kan registreringer av kontinuerlig omsorg av høy, moderat og lav intensitet bli lagt sammen, for å gi en overordnet registrering av kontinuerlig omsorg, som en boks er beregnet til.

- Når informasjon er begrenset, er det mulig å kalkulere data bare for overordnede kategorier i kartleggingstree.

Derfor er det mulig å oppnå ulike detaljnivåer i sluttinformasjonen, avhengig av tilgangen og tilgjengeligheten til den nødvendige dataen:

-**Nivå I:** Generell informasjon på nivået Hovedområder – f.eks. 90 brukere av poliklinisk tjeneste og Lokalbaserede tjeneste*, men ingen spesifisering av ambulant/ikke ambulant, eller av intensitetsnivået. Disse er klassifisert som O.

-**Nivå II:** Utvidet generell informasjon på nivået Underområder – f.eks. 20 plasser til ambulant omsorg av medium intensitet (klassifisert som O6), og

70 ikke-ambulante plasser av lav intensitet (klassifisert som O10) av kontinuerlig poliklinisk og lokalbaserte omsorg.

-Nivå III: Omfattende datainnsamling av eksterne graderinger:

-retrospektiv innsamling av databaser og prospektiv vurdering begrenset til én dag (f.eks. kriseomsorg)

-retrospektiv innsamling av databaser og prospektiv vurdering begrenset til én uke (f.eks.

Til den retrospektive innsamlingen av data kan man benytte den månedlige gjennomsnittlige bruksraten som er registrert i databasen over en spesifikk måned i det foregående året, unntatt ferie- og helligdagsperioder (desember, januar, februar, april, juli og august).

-Prospektive data begrenset til én måned

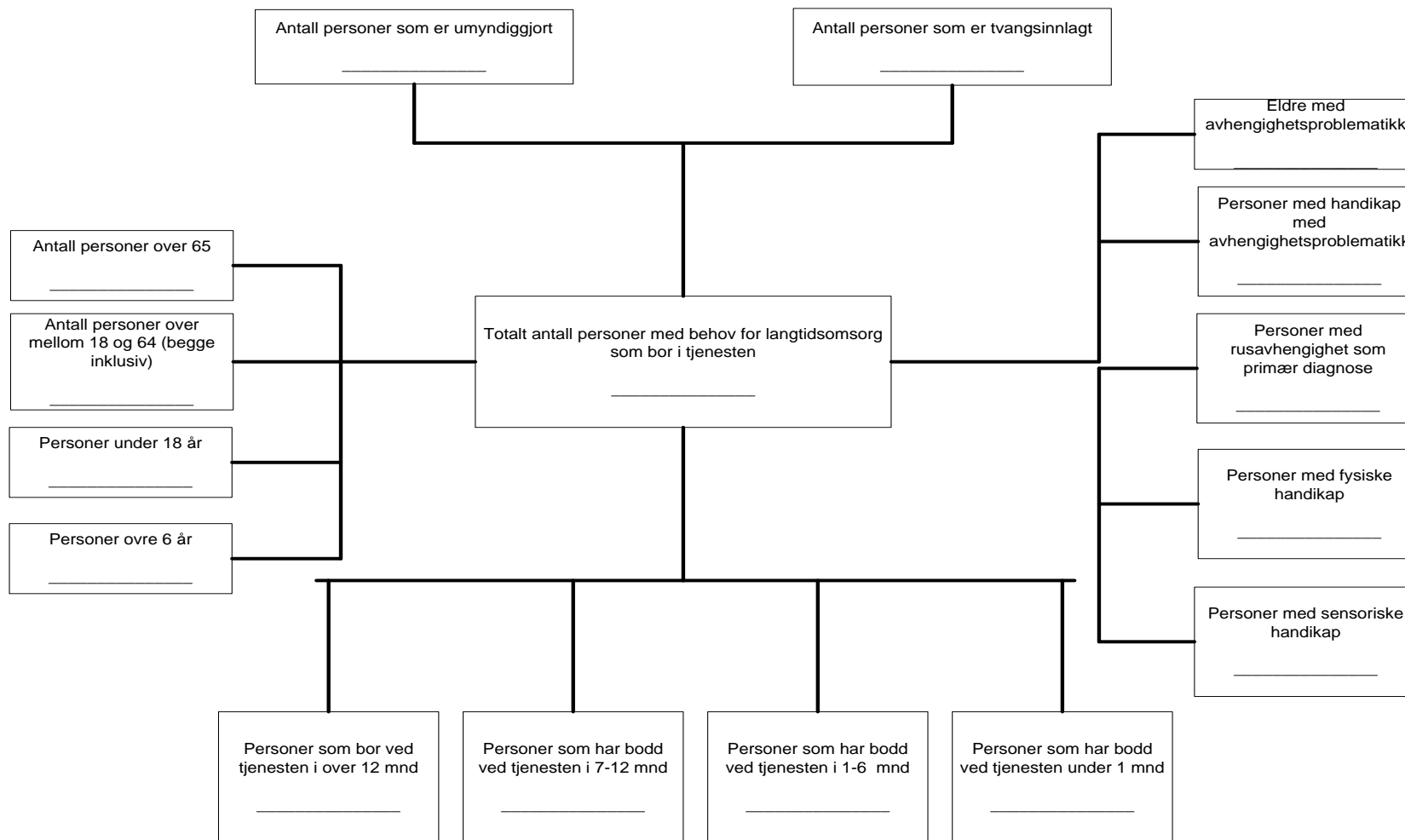
Det er viktig at spesifikasjonsnivået som er nådd så vel som referanseperioden for datainnsamlingen er den samme for alle de evaluerte områdene, og at dette er registrert i seksjon A, generell informasjon.

- Når informasjonen er begrenset, kan bare visse deler av treet velges og brukes alene, f.eks. når det ikke finnes noe informasjon om bruken av tjenesten, så bare fyll inn seksjon B, klassifiser og kodifiser tjenesten, men ikke fullfør registreringen i seksjon C. Igjen er det viktig for komparative studier at de samme delene av trærne blir utfylt på grunnlag av den samme målgruppen.

- Tjenesteregistreringstrærne har blitt utviklet sånn at der hvor dataene ikke er tilgjengelig allerede, skal det være mulig å innsamle informasjonen som kreves ved å utføre en prospektiv innsamling av bruk av tjenester blant befolkningen i referanseområdet.

- Selvhjelpstjenester er ikke inkludert i tjenesteregistreringsskjemaene, da det sannsynligvis er vanskelig å fastslå deres aktivitetsvolum nøyaktig.

I tilfelle bruk av prospektiv registrering, vil data for bruk av tjenester bli brutt ned som vist nedenfor:



B RETNINGSLINJER FOR Å TELLE TJENESTER SOM TILBYR LANGTIDS PLEIE OG OMSORG

Definisjoner på tjenestene i hvert kartleggingstre finnes i ordlisten til seksjon B (kartleggingstrær for langtidsomsorg).

Telling av tjenester bør begrenses til grenene "O", "D", og "R". I tillegg kan tjenester også telles for grenene "I" og "A".

Informasjonsregistrering omsorgstjeneste

Registreringen skal gjøres ved å beregne middelveien av kontakter i forhold til informasjon som er etablert med tjenesten, foretatt av målgruppen innenfor et opptaksområde den siste måneden. Dersom informasjonsinnsamlingen på dette nivået ikke er tilgjengelig, vil andre nivåer av kvalitet på informasjon bli nådd, som forklart i kapitlet om Prinsipper for registrering av bruk av tjenester.

Tilgjengelighetsregistrering omsorgstjeneste

Registreringen skal gjøres ved å beregne middelveien av kontakter i forhold til tilgjengelighet som er etablert med tjenesten, foretatt av målgruppen innenfor et opptaksområde den siste måneden. Dersom informasjonsinnsamlingen på dette nivået ikke er tilgjengelig, vil andre nivåer av kvalitet på informasjon bli nådd, som forklart i kapitlet om Prinsipper for registrering av bruk av tjenester.

Polikliniske tjenester

Krisetjenester- registreringen av bruk av krisetjeneste bør foretas ved å kalkulere det totale antallet krisekontakter den siste måneden.

-Ambulante krisekontakter – Krisekontakter er de som finner sted utenfor miljøet hvor personalet som er involvert har base rutinemessig.

-Ikke-ambulante krisekontakter- Krisekontakter er de som finner sted på stedet hvor personalet som er involvert har base rutinemessig den dagen.

(NB: Ikke-ambulante kontakter kan foregå i tjenester som har blitt klassifisert i Seksjon B som ambulante)

-Kontakter utenfor kontortid- krisekontakter som finner sted utenfor normal arbeidstid skal registreres som kontakter utenfor kontortid (f.eks. krisekontakter om natten eller i helgen).

-Kontakter i kontortid- krisekontakter som finner sted innenfor normal arbeidstid.

Tjenester innen kontinuerlig omsorg- Antall brukere av tjenester den siste måneden skal registreres. Dette skal inkludere alle brukere som har hatt kontakt med omsorgspersonale som (i) ikke var en krisekontakt, og (ii) ikke var en integrert del av omsorgen som leveres av institusjonstjenester eller dagtilbud.

-Ambulante tjenester innen kontinuerlig omsorg- Brukere bør registreres som ambulante tjenestebrukere dersom minst én av deres kontakter har funnet sted utenfor fasiliteten som er beregnet til brukere med funksjonshemming, eller omgivelser hvor omsorgsklinikker rutinemessig har huse.

-Høyintensitetsbrukere av kontinuerlig omsorgstjeneste- Brukere som i løpet av den siste måneden har vært tilsett tre ganger eller mer innenfor en enkelt uke skal klassifiseres som høyintensitets tjenestebrukere. Hvis en bruker f.eks. har vært sett mandag, onsdag og fredag i én av ukene den siste måneden, skal han/hun

klassifiseres som en høyintensitets tjenestebruker, selv om det ikke var noe annen kontakt i løpet av måneden.

-Moderatintensitetsbrukere av kontinuerlig omsorgstjeneste-
Brukere som har vært sett minst to ganger i løpet av måneden, men mindre enn tre ganger på en uke på noe tidsrom den siste måneden.

-Lavintensitetsbrukere av kontinuerlig omsorgstjenestese-
Brukere som har vært sett innenfor de siste tre månedene, men som har vært sett bare en eller to ganger den siste måneden, og som det er fastlagt en videre kontakt med innenfor de neste tre månedene.

(NB: Liksom med dagtilbud vil noen av de som er i kontakt med tjenester klassifisert i tjenestekartleggingstrærne i forrige seksjon som høyintensitetstjenester bli klassifisert her som lavintensitets tjenestebrukere. Dersom en bruker ses en gang om måneden av et medlem av et team er han/hun en lavintensitets tjenestebruker, selv om teamet er i kontakt med noen andre brukere flere ganger i uka).

Registreringstrær for dagtilbud

Akutte dagtilbud (øyeblikkelig tilgjengelighet): Det refererer til bruken av øyeblikkelig dagtilbud blant målgruppen den seneste måneden, som skyldes en krise.

Dersom informasjonsinnsamlingen på dette nivået ikke er tilgjengelig, vil andre nivåer av kvalitet på informasjon bli nådd, som forklart i kapittelet om Prinsipper for å telle tjenester som tilbyr langtidspleie og omsorg.

Planlagt tilgjengelighet dagtilbud (ikke akutt): For alle andre dagtilbud skal antallet personer som har benyttet hver type tjeneste i den siste måneden registreres, med personer delt opp i to kategorier:

- **Høyintensitetsbrukere-** brukere som har besøkt dagtilbudet tilsvarende minst fire og en halv dag per uke i minst tre av de fire siste ukene.

- **Lavintensitetsbrukere-** personer som har besøkt det ikke umiddelbart tilgjengelige dagtilbudet i løpet av den siste måneden, men hvis besøksmønster ikke oppfyller kriteriene for høyintensitetsbrukere.

Dersom informasjonsinnsamlingen på dette nivået ikke er tilgjengelig, vil andre nivåer av kvalitet på informasjon bli nådd, som forklart i kapittelet om Prinsipper for registrering av bruk av tjenester.

(N.B.: Det er viktig å understreke at mens Seksjon B er beregnet til å måle tjenestekapasitet, brukes Seksjon C til å måle nivåene for bruk av tjenesten blant befolkningen. Derfor vil, ved bruk av denne registreringsmetoden, noen av brukerne av tjenester som er klassifisert i tjenestekartleggingstrærne som 'høyintensitetstjenester' bli klassifisert her som 'lavintensitetsbrukere').

Tre til registrering av institusjonstjenester

akutt plass i løpet av registreringsperioden, skal bare akutt plassen telles med

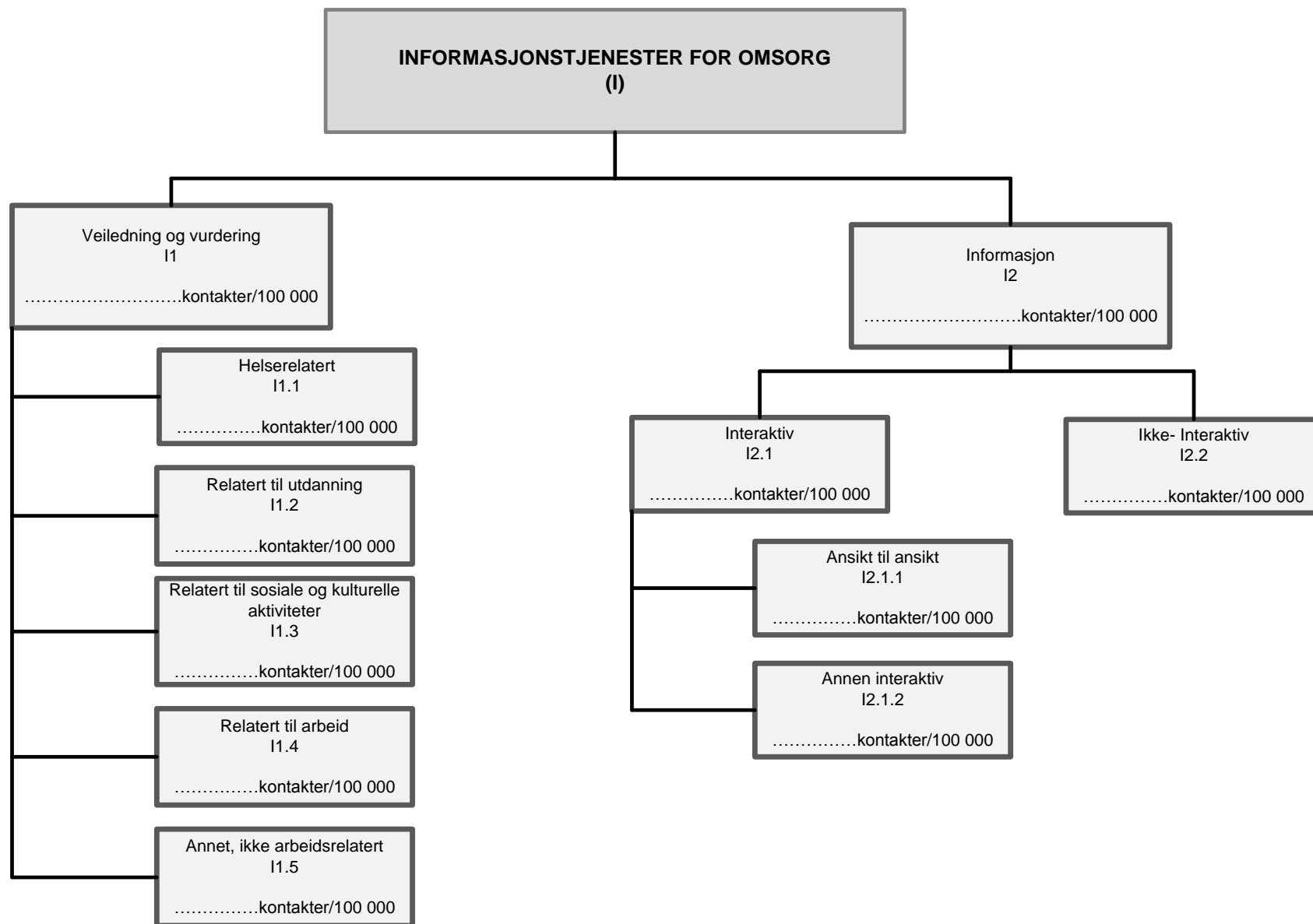
Hver type institusjonstjeneste er definert som i ordlisten til seksjon B (Kartleggingstrær for langtidsomsorg).

(Dersom antallet personer fra opptaksområdet som bruker en bestemt type institusjonstjeneste har variert i løpet av den siste måneden, skal middelveiden beregnes ved å registrere det totale antallet netter med belegg fra befolkningen i opptaksområde denne måneden, og deretter dividere dette med antall dager i måneden)

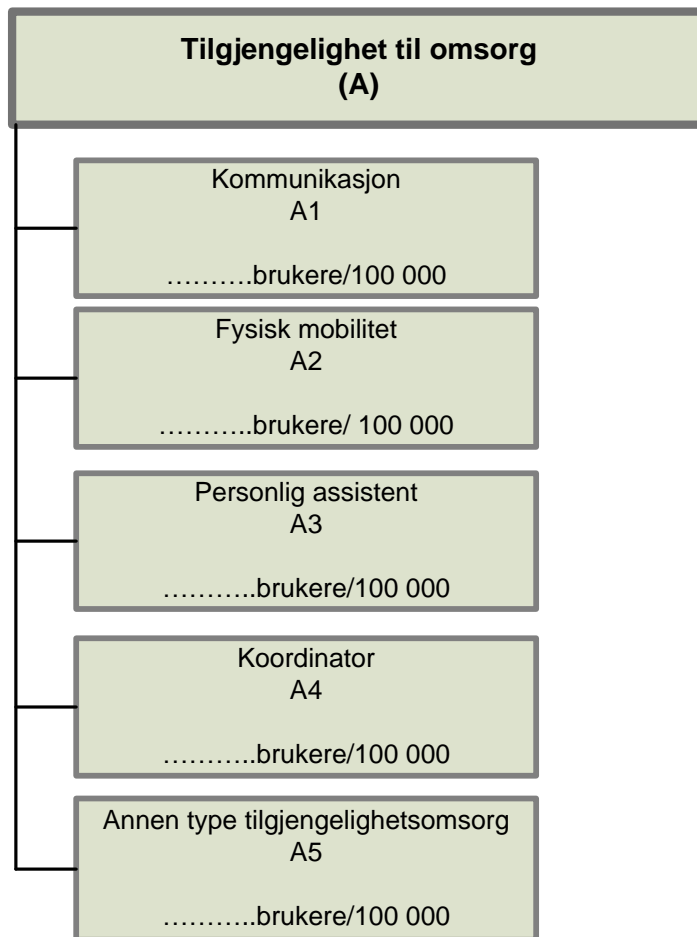
Registreringen for hver type institusjonstjeneste oppnås ved å kalkulere middelveiden av personer fra opptaksområdet som bor i hver type fasilitet på et hvilket som helst tidspunkt i den siste måneden.

Brukere skal ikke registreres som om de opptar to senger samme natt - dersom de har en langtids plass, men faktisk har blitt innlagt på en

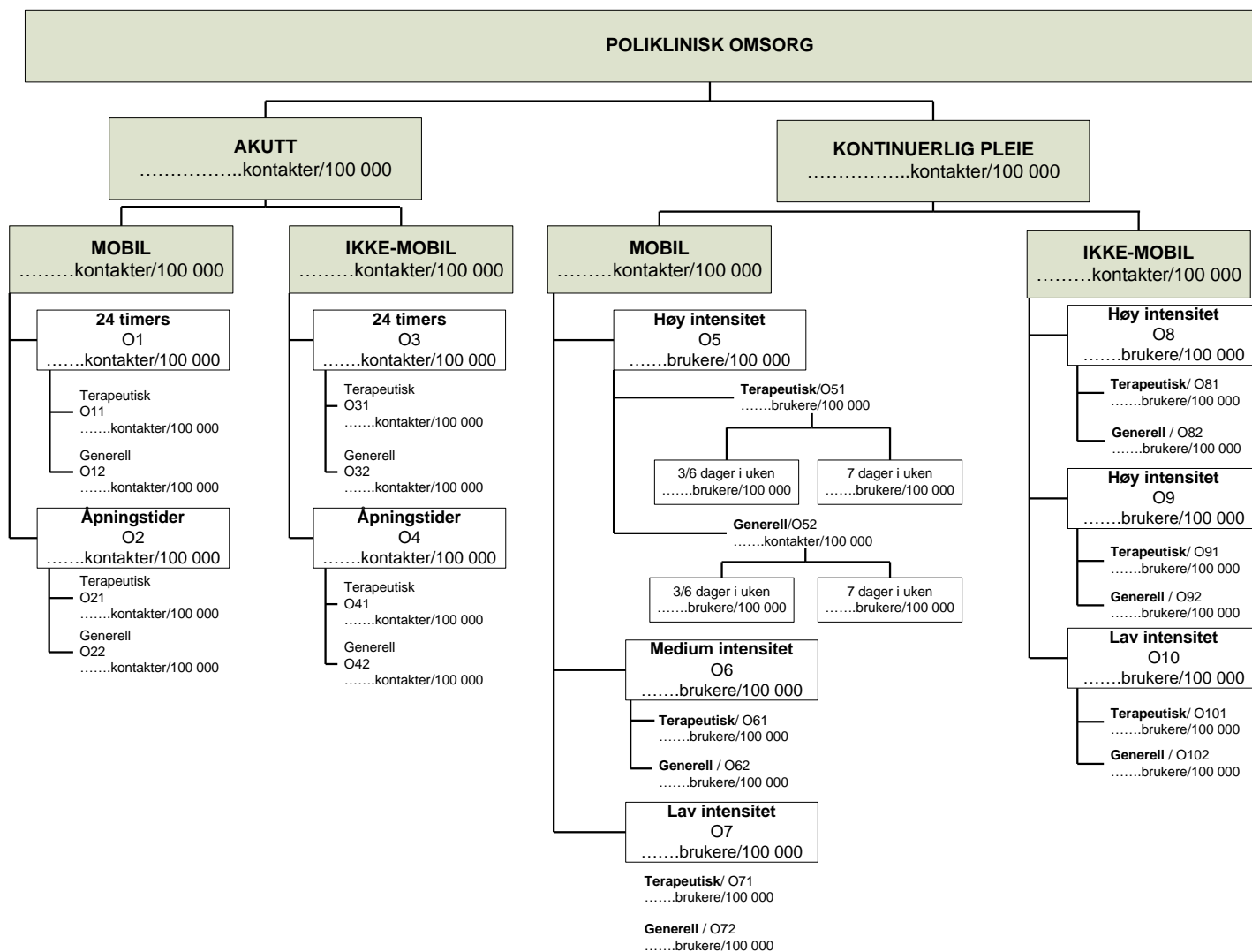
INFORMASJON OM TJENESTER – TELLING AV ANTALL KONTAKTER



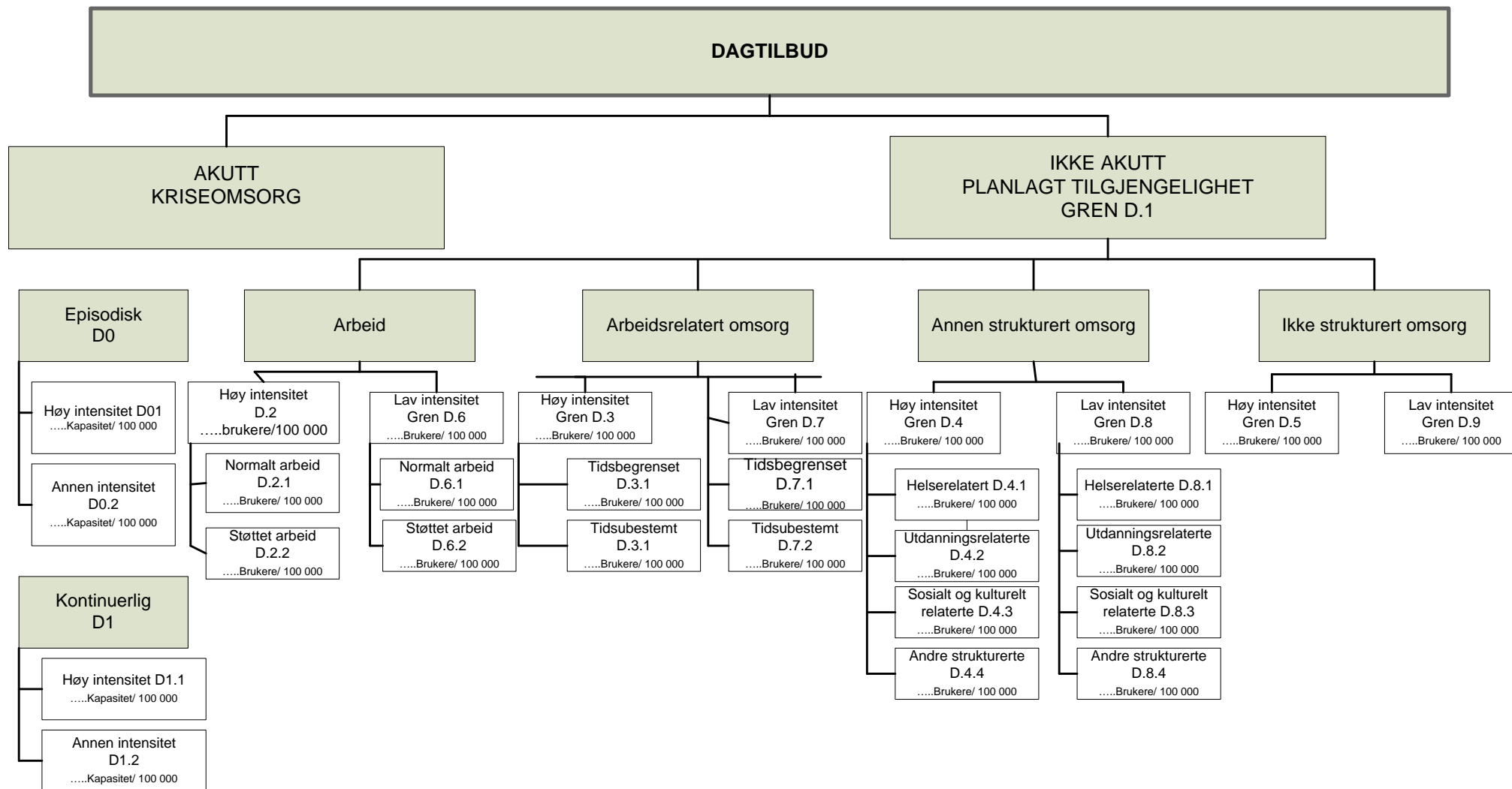
TILGJENGELIGHET TIL TJENESTER – TELLING AV ANTALL KONTAKTER



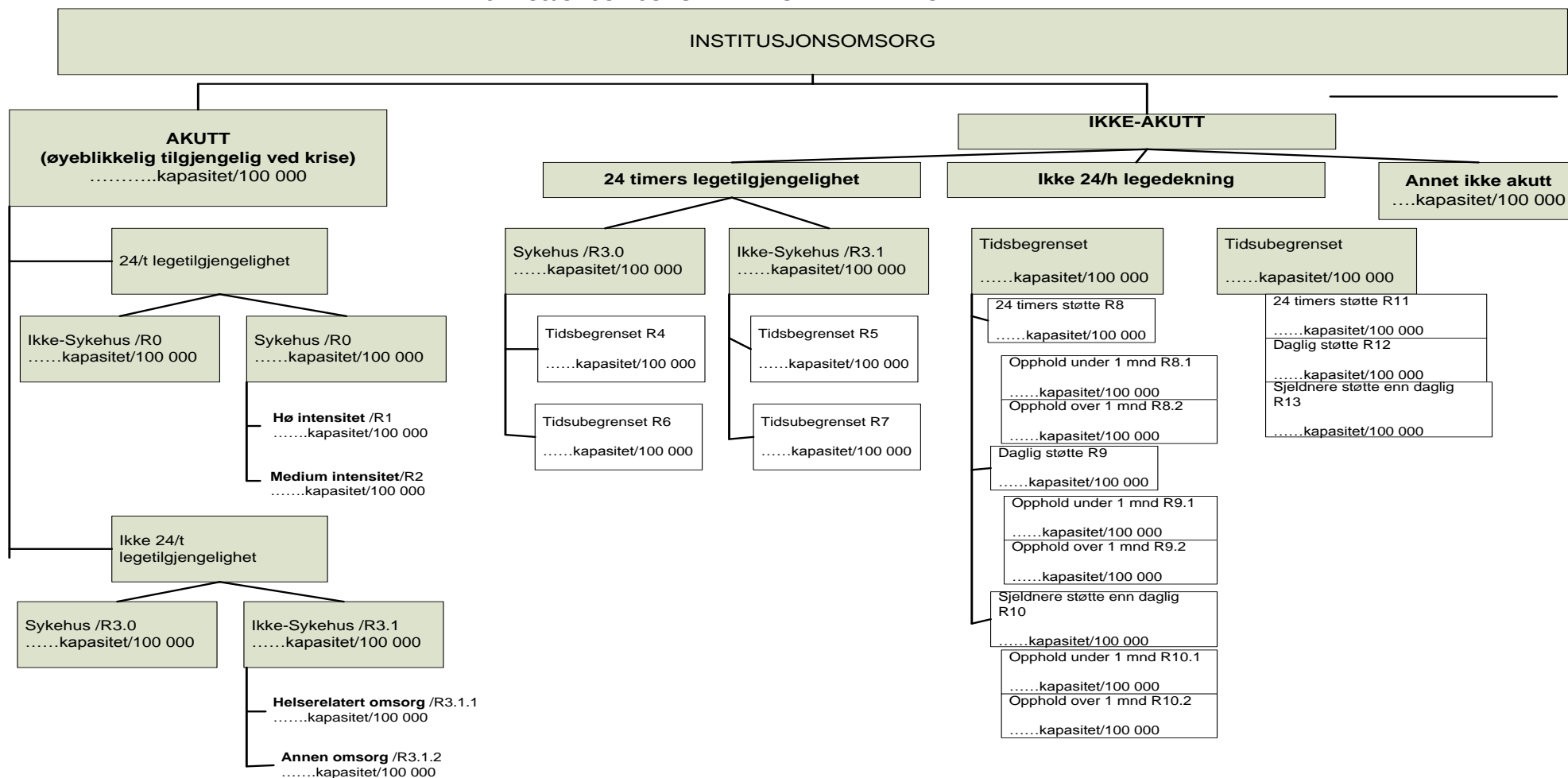
POLIKLINISK TILBUD – TELLING AV ANTALL KONTAKTER



DAGTILBUD – TELLING AV ANTALL KONTAKTER



INSTITUSJONSOMSORG – TELLING AV ANTALL KONTAKTER



SEKSJON D TJENESTEOPPLISTING

A PRINSIPPER FOR TJENESTEOPPLISTING

Denne seksjonen supplerer Seksjon B ved å tillate en mer detaljert opplisting av lokale tjenester samt beskrivelse av deres karakteristikk (tjenesteopplisting eller katalog).

Opplistingssarket skal kopieres så mange ganger som nødvendig for å gjennomgå alle lokale tjenester – opplistingssarkene er derfor ikke nummerert.

I Tillegg I er det en liste med alle tjenestene som finnes i referanseområdet som skal bli fylt inn i denne seksjonen.

B RETNINGSLINJER FOR TJENESTEOPPLISTING

Nedenfor er det spesifisert noen instruksjoner til utfyllingen av hvert element i spørreskjemaet:

1. NAVN PÅ TJENESTEN

Fullt navn på tjenesten.

2. DESDE-LTC-KODE

Gi kodene til tjenesten BTC i henhold til klassifiseringstrærne i Seksjon B

3. INSTITUSJON

Oppgi følgende data på tjenesten:

- Region, Provins, Kommune og Postnummer til tjenesten.
- Adresse, Telefon, Faks, E-post, Web-adresse til tjenesten.
- Tjenestens organisasjonsnummer as a legal enhet.
OFFISIELT REGISTRERINGSNUMMER eller tjenestens
AUTORISASJON.
- DATO FOR ETABLERING av tjenesten

- PLASSERING. Er tjenesten frittstående eller plassert innenfor en større institusjon (meso-organisasjon)
- LEDELSESINTANS. Instansen som er ansvarlig for ansettelse av personalet og for den overordnede ledelsen av tjenesten skal identifiseres.

4. RESSURSDEFINISJON

Beskriv typen tjeneste

5. SEKTOR

Denne kan klassifiseres som offentlig (nasjonal, regional eller lokal), eller privat (med fortjenesteformål eller ikke med fortjenesteformål).

6. EIERFORHOLD, LEDELSE OG FINANSERINGSKILDE

Eierforhold: Oppgi navnet på eieren av tjenesten

Ledelsesintans: Oppgi navnet på instansen som er ansvarlig for ansettelsen av personalet og ledelsen av tjenesten.

Finansieringskilde: Spesifiser om finansieringen er offentlig, privat eller annet

Legalt system: Beskriv tjenestens juridiske betegnelse: (Stiftelse, Kooperativ, Vernet bedrift, Statlig bedrift, Aksjeselskap eller annet.

7. KAPASITET

Spesifiser tilgjengeligheten av tjenesten evaluert i henhold til kriteriene for hver type omsorg.

-Telefonhjelpetjeneste

Oppgi antallet terminaler for tjenesten, med en spesifisering av opptatte og tilgjengelige terminaler.

-Hjemmehjelpetjeneste

Oppgi det totale antallet brukere, med en spesifisering av antall timer brukere / måned opptatt og tilgjengelig

-Dagtilbud

Oppgi det totale antallet plasser/senger som tilbys av tjenesten, med en spesifisering av opptatt og tilgjengelig plass.

-Institusjonsomsorgstjeneste

DERSOM INSTITUSJONSOMSORG/DAGTILBUD ER TILGJENGELIG

Beskriv det totale antallet senger/plasser som er tildelt langtidsomsorg, med en spesifisering av rom (enerom, tomannsrom, tremannsrom og annet), opptatt og tilgjengelig.

-Tidsbegrenset opphold

Oppgi antallet tidsbegrensede sengeplasser som er tilgjengelig ved tjenestene for langtidsomsorg.

8. PRIS

-Bare for telefonassistanse

Spesifiser kostnader per måned/bruker og kostnader per år/bruker.

-Bare for hjemmehjelp

Spesifiser offentlig pris, kostnader per måned/bruker og godkjent pris.

-Bare for institusjonstjenester og dagtilbud.

Spesifiser senger/plasser offentlig pris, godkjent pris og privat pris, og prisintervallet per seng.

9. SPESIFIKKE AKTIVITETER

Spesifiser om tjenesten tilbyr spesifikke og permanente aktiviteter for brukere med behov for langtidsomsorg, oppgi navnet på aktiviteten, hvorvidt den er individuell eller for grupper, antall timer og dager per uke. Hvorvidt denne aktiviteten har et spesifikt budsjett og foregår i spesifikke omgivelser (forskjellig fra tjenesten), og om den er godkjent av den tilhørende myndigheten.

INTERVENSJONSPROGRAMMER TILBUDT AV TJENESTEN. Spesifiser om tjenesten tilbyr spesifikke programmer for brukere med behov for langtidsomsorg, tidsskjemaet for når disse er tilgjengelige (timer og dager per uke) lengde, og hvorvidt dette programmet er godkjent av den tilhørende myndigheten eller ei.

ANDRE SPESIFIKKE AKTIVITETER

Registrer om det er en spesifikk aktivitet tilbudt av tjenesten for brukere i en avhengighetssituasjon, unntatt transport og måltider.

10. PERSONALE

Spesifiser personalet for hver fagkategori, Helse, Psykososial, Utdanning eller Ledelse og støtte, spesifiser om det er lønnet eller frivillig, og antall timer per uke.

Det kreves også en spesifisering av antall brukere med funksjonshemming som arbeider som personale for tjenesten, og prosentdelen som dette representerer i forhold til hele personalstaben.

11. HOVEDARBEIDSSTEDER (PLASSERING)

Spesifiser om tjenesten er tilgjengelig for lokale brukere, Lokal/ Kommune/Fylke /Nasjonal/Annet (f.eks. annet for området psykisk helse).

12. ADGANGSKRAV

Adgangskriteriene som hver tjeneste stiller til nye brukere av tjenesten i forhold til deres Alder, Kjønn og Type omsorg.

13. BRUKERPROFIL

Hovedmålgruppene som tjenesten er beregnet på. Spesifiser:

- Type avhengighet. I tilfelle en person oppfyller mer enn ett kriterium (f.eks. over 65 år og med psykisk lidelse), så spesifiser dem.
- Aldersrom
- Antall brukere/kontakter for hver type avhengighet

14. ÅPNINGSTIDER

Spesifiser tidspunktene og dagene når tjenesten er tilgjengelig

15. MAKSIMAL HYPPIGHET AV DELTAKELSE/KONTAKT:

Spesifiser den maksimale hyppigheten en bruker kan besøke/få besøk av tjenesten på normal måte. Dette besøket kan være daglig (spesifiser 1, 2 eller 3 ganger/dag), ukentlig (spesifiser mer eller mindre enn 3 ganger/uke), hver 14. dag eller månedlig.

16 OBSERVASJONER

Denne siste seksjonen har som formål å gi supplerende detaljer eller karakteristikk av den evaluerte tjenesten som ikke kom fram i noen av de tidligere elementene, og som bisitteren mente var viktig å få fram.

REFERANSER

De Jong A. Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405: 8-13.

European Commission. Long-Term Care in the European Union. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Dg [online] 2008 April 28 [cited 2009, January the 22nd]; 46 (26). URL available from:
http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/news_en.cfm?id=388.

Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health tjenestes. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23.

OECD. The OECD Health Project: Long Term Care for Older People. Paris: OECD Publishing; 2005.

Office of Disability, Aging, and Long-Term Care Policy. Glossary of Terms. United States. Department de Of Health & Human Services [on line] 12 November 2003 [cited 2009, January the 18th] URL available from:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/diction.shtml>.

Salvador-Carulla L. Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España. IMSERSO [en línea] 12/07/2005 [cited 2009, January the 18th]:
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-24.pdf>.

Salvador-Carulla L, Poole M, González-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, Lagares-Franco CM, for RIRAG/PSICOST Group and DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (Suppl.432): 19–28.

Salvador-Carulla L, Poole M, Bendeck M, Romero C, Salinas JA Coding long-term care services: eDESDE-LTC. *Int J Integr Care*. 2009 Apr–Jun; 9(Suppl): e64.

Tansella M, Thornicroft G. A conceptual framework for mental health services : the matrix model. *Psychol Med* 1998; 28: 503-508.

Weber G, Brehmer B, Zeilinger E, Salvador-Carulla L. A European classification of services for long-term care: the EU-project eDESDE-LTC. *Int J Integr Care*. 2009 Oct–Dec; 9(Suppl): e174.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth edition ICD-10. Who Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2004.

