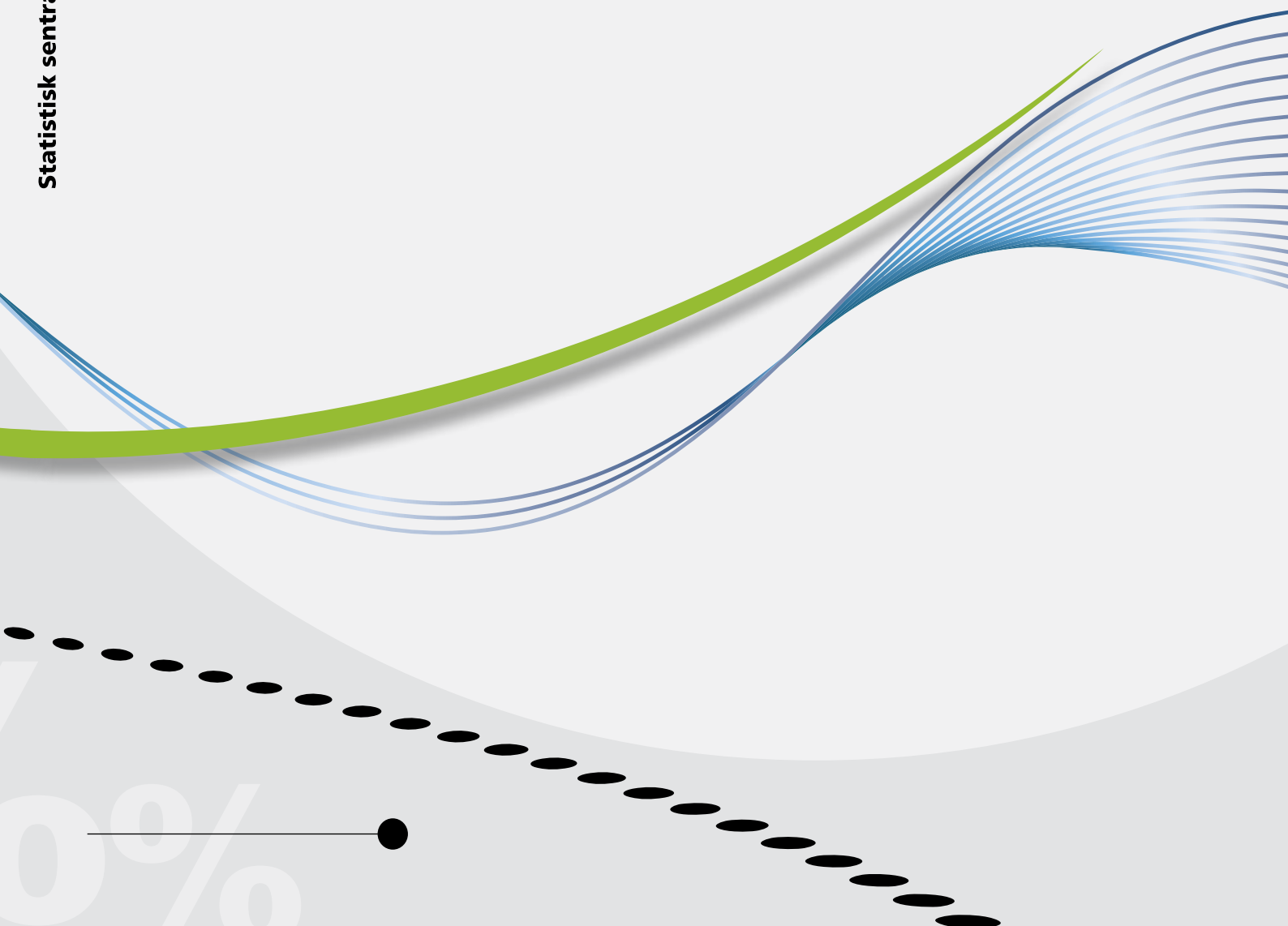
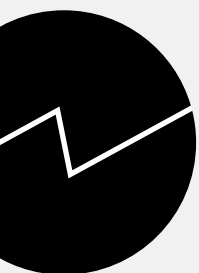


Arne Jensen

Årsrapport 2013

Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk
og sosialstatistikk



Arne Jensen

Årsrapport 2013

Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk

	Standardtegn i tabeller	Symbol
© Statistisk sentralbyrå	Tall kan ikke forekomme	.
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	Oppgave mangler	..
Publisert januar 2014	Oppgave mangler foreløpig	...
	Tall kan ikke offentligjøres	:
	Null	-
ISBN 978-82-537-8846-3 (elektronisk)	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
Emne: Helse	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
	Foreløpig tall	*
	Brudd i den loddrette serien	—
	Brudd i den vannrette serien	
	Desimaltegn	,

Forord

Statistisk sentralbyrå (SSB) har sekretariatet for Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk, og i den forbindelse gir SSB ut årsrapport med oversikt over utvalgets arbeid.

I 2013 har blant annet avtalen som ligger til grunn for kontaktutvalgets sammensetning, mandat og rolle blitt revidert. Denne følger som eget vedlegg (Vedlegg A). Referatene fra møtene som er gjennomført er også å finne i vedlegg (Vedlegg B-E).

Statistisk sentralbyrå, 16. desember 2013

Hans Henrik Scheel

Sammendrag

Notatet gjør rede for virksomheten i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk i 2013. Det inkluderer utvalgets avtale, mandat og representasjon (kapittel 1), utvalgets aktivitet (kapittel 2), arbeidsgruppene som rapporterer til utvalget (kapittel 3) og utvalgets saker i 2013 (kapittel 4).

Utvalgets avtale, mandat og representasjon er drøftet og endret i 2013. Tidligere avtale fra 2003 er oppdatert og de formelle avtalepartene Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Statistisk sentralbyrå signerte revidert avtale i august 2013 (jf. Vedlegg A).

Utvalgets aktivitet i 2013 bestod av fire møter som var berammet til henholdsvis mars, mai, september og november. Til hvert av møtene ble det utarbeidet referat som alle er godkjent (jf. Vedlegg B-E).

Arbeidsgruppene som rapporterer og sogner til utvalget har vært stabilt over tid. Arbeidsgruppene har enten sitt utspring i spesialisthelsetjenesten eller i KOSTRA.

Utvalgets saker i 2013 berørte flere temaer. Foruten oppdatering og revisjon av avtalen som ligger til grunn for utvalgets arbeid – *Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk* – var bl.a. ulike forvaltningsenheter og organisasjoners arbeid med kvalitetsindikatorer en viktig sak.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Innhold	5
1. Avtale, mandat og representasjon	6
2. Aktivitet	7
3. Arbeidsgruppene	8
4. Saker behandlet i utvalget i 2013	9
4.1. Oppdatering og revisjon av utvalgets avtale	9
4.2. Arbeid med utvikling og publisering av kvalitetsindikatorer	9
4.3. Andre saker.....	10
Vedlegg A. Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk	12
Vedlegg B. Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk torsdag 21. mars 2013	16
Vedlegg C. Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk onsdag 15. mai 2013	22
Vedlegg D. Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk onsdag 11. september 2013	25
Vedlegg E. Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk 20. november 2013	27

1. Avtale, mandat og representasjon

Det er *Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk* (jf. Vedlegg I) som ligger til grunn for Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikks arbeid. Denne ble gjennomgått av avtalepartene i 2013, og oppdatert/revidert versjon ble undertegnet i august 2013.

Det er Statistisk sentralbyrå som er sekretariat for og leder møtene i utvalget. Sekretariatsoppgaven er fordelt mellom Seksjon for helsestatistikk og Seksjon for leveårsstatistikk.

Det er per desember 2013 følgende forvaltningsenheter og organisasjoner representert i utvalget:

- Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) 1
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 1
- Helsedirektoratet (Hdir) 2
- Statistisk sentralbyrå (SSB) 2 + sekretariat
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) 1 (observatør, ikke formell avtalepart)
- Kommunesektorens organisasjon (KS) 2 (observatør, ikke formell avtalepart)
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) 2 (observatør, ikke formell avtalepart)

Det er per desember 2013 følgende personer som er faste medlemmer av utvalget:

- NAV: Pål Eivind Aamodt
- HOD: Khalid Lafkiri
- Hdir: Hanne Narbuvoold, Kirsti Strand
- SSB: Ann-Kristin Brændvang, Elisabeth Rønning, Arne Jensen (s),
Unni Grebstad (s)
- Bufdir: Helen Støversten
- KS: Anne Jensen, Magne Hustad
- FHI: Else-Karin Grøholt, Nora Heyerdahl

Utover de faste medlemmene kan forvaltningsenhetene og organisasjonene stille med andre personer ved behov for å belyse saker. Det er også tilfeller hvor utvalget har invitert andre enheter og organisasjoner på utvalgsmøter enn de som er representert i utvalget.

2. Aktivitet

Det er gjennomført i alt fire – 4 – møter i utvalget i løpet av 2013. Disse ble holdt på følgende datoer med tilhørende dagsorden:

- 21. mars (jf. Vedlegg II)
 - KOSTRA Sosialtjenesten – orientering om årsak til sosialhjelp og funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer
 - Helsedirektoratet – presentasjon av arbeidet med kvalitetsindikatorer
 - SSB – orientering fra seminar om statistikk og styringsdata ifm. samhandlingsreformen i helsevesenet 14. februar
 - SSB – orientering om arbeid med utenlandsk helsepersonell
 - Eventuelt

- 15. mai (jf. Vedlegg III)
 - Alle – oppdatering av kontaktutvalgets avtale generelt og mandat spesielt
 - Helsedirektoratet – orientering om publisering av kvalitetsindikatorer og statistikkstrategi
 - SSB – presentasjon av statistikk over under- og overvektige
 - SSB – presentasjon av rapport om funksjonshemmedes levekår
 - Eventuelt

- 11. september (jf. Vedlegg IV)
 - Alle – oppdatering av kontaktutvalgets avtale generelt og mandat spesielt
 - SSB – presentasjon av tre rapporter om tannhelsetilstand og bruk av tannlegetjenester
 - FHI – EUs helseportal med informasjon om helsestatistikker og helsepublikasjoner
 - Eventuelt

- 20. november (jf. Vedlegg V)
 - Helsedirektoratet – kvalitetsindikatorarbeid i Helsedirektoratet
 - KS – kvalitetsindikatorarbeid i KS
 - SSB – KOSTRA koordineringsgruppe for kvalitetsindikatorer, hvem, hva og hvordan
 - SSB – KOSTRA Sosialtjenesten og kvalitetsindikatorer, status og utviklingsmuligheter
 - Eventuelt

3. Arbeidsgruppene

Det er fire faste arbeidsgrupper som sorterer under Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- Arbeidsgruppe for spesialisthelsetjenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for tannhelsetjenesten

Arbeidsgruppene er underlagt de respektive fagdepartementer. Fagdepartementene kan avtale at ledelse og sekretariatsoppgaver for arbeidsgruppene utføres av andre. Det er SSB som har ledelse og sekretariat for de fire arbeidsgruppene som sorterer under Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk. For øvrig sorterer Arbeidsgruppe for spesialisthelsetjenester, KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester og KOSTRA arbeidsgruppe for tannhelsetjenester under Helse- og omsorgsdepartementet, mens KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester sorterer under Arbeidsdepartementet.

Det blir utarbeidet årsrapporter av alle KOSTRA arbeidsgrupper. Årsrapportene blir sendt ut til kontaktutvalgets medlemmer før de sendes til Samordningsrådet for KOSTRA. Oversendelsen til Samordningsrådet for KOSTRA finner sted ultimo juni hvert år.

4. Saker behandlet i utvalget i 2013

4.1. Oppdatering og revisjon av utvalgets avtale

Rammene for Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk og utvalgets arbeid er nedfelt i en egen avtale. Utvalget besluttet ultimo 2012 å foreta en gjennomgang av avtalens innhold. Bakgrunnen var at det har vært noen endringer i utvalgets representasjon og sammensetning, og at noe av begrepsbruken i avtalen var blitt foreldet.

Det er lite materielt som er endret i avtalen fra 2003. Når det gjelder representasjon har Helsetilsynet etter eget ønske trukket seg ut som avtalepart og medlem av utvalget, mens Arbeids- og velferdsdirektoratet er ny avtalepart. Formelle avtaleparter er dermed Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Statistisk sentralbyrå. I tillegg til avtalepartene deltar Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Nasjonalt folkehelseinstitutt med faste medlemmer.

Det er oppdatert en del mht. begrepsbruk. Den viktigste oppdateringen er at kommunale helse- og omsorgstjenester er det nye begrepet for kommunehelse-tjenester og pleie- og omsorgstjenester. Denne endringen framtvang seg med samhandlingsreformen i helsetjenesten og det nye lovgrunnlaget som er implementert med folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. I KOSTRA har dessuten arbeidsgruppene for hhv. kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester blitt slått sammen til én arbeidsgruppe for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er gjort noen presiseringer når det gjelder utvalgets forhold til arbeidsgrupper og fora. Det gjelder f.eks. KOSTRA arbeidsgrupper og Samordningsrådet for KOSTRA. Den nye avtalen – *Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk* – er å finne som vedlegg (Vedlegg I).

4.2. Arbeid med utvikling og publisering av kvalitetsindikatorer

Det er flere av medlemmene av Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk som arbeider med å utvikle og publisere kvalitetsindikatorer. De viktigste av disse er Helsedirektoratet, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Statistisk sentralbyrå (gjennom KOSTRA).

Det er særlig tre årsaker til at Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid med å utvikle og etablere et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem: 1) [Rammeverk for nasjonale kvalitetsindikatorer i helsetjenesten](#) som ble publisert i 2010, 2) [Helse- og omsorgstjenesteloven](#) som trådte i kraft 1. januar 2012, og 3) [Meld. St. 10 \(2012-2013\) God kvalitet - trygge tjenester](#) som ble godkjent 7. desember 2012. P.t. er det nedsatt kvalitetsindikatorgrupper og utført arbeid på områdene Pleie og omsorg, Psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten og Kreft, mens det er en gruppe på gang på området Psykisk helse og rus i primærhelsetjenesten i tillegg til at det vil bli nedsatt en kvalitetsindikatorgruppe for Hjerte/kar. All publisering vil skje på www.helsenorge.no, hvor det er en egen kvalitetsportal hvor sammenligninger kan gjøres på ulike nivåer (landsnivå, KOSTRA kommunegruppenivå, kommunenivå).

KS sitt grunnlag for arbeid med kvalitetsindikatorer er SØF-rapport nr. 2/12 *Bedre måling av kvalitet i kommunene* som ble publisert av NTNU v/Senter for økonomisk forskning i mai 2012. Rapporten fokuserte på objektiv resultat- og produktkvalitet, og tok for seg utvalgte områder. Siden den gang har arbeidet med kvalitetsindikatorutvikling fortsatt bl.a. gjennom arbeid i KOSTRAS arbeidsgrupper. KS arbeider nå videre med å følge opp en ny rapport som er utarbeidet av Agenda Kaupang *Fagsystemer til nye kvalitetsindikatorer - for folkevalgt styring*

som ble publisert av KS i september 2013. Rapportens utgangspunkt var den omtalte SØF-rapporten, og 67 indikatorer ble redusert til 14 på områdene pleie- og omsorgstjenesten (9 indikatorer), psykisk helsearbeid (3 indikatorer) og helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2 indikatorer).

KOSTRA koordineringsgruppe for kvalitetsindikatorer består av representanter fra Kommunal- og regionaldepartementet, KS og SSB. Formålet med kvalitetsindikatorer i KOSTRA har vært og er at alle kommuner og de fleste sektorer dekkes med et begrenset antall objektive indikatorer uten ekstra eller med begrenset oppgavebyrde. Den tidligere omtalte SØF-rapporten 02/12 om måling av kvalitet i kommunene står sentralt for koordineringsgruppas arbeid. Mandatet for arbeidsgruppene i KOSTRA understreker også at gamle/nye indikatorer skal opp til vurdering, og koordineringsgruppa skal bidra i arbeidsgruppens arbeid. I KOSTRA blir det brukt fire ulike typer av kvalitetsindikatorer – strukturkvalitet (ressurser, kompetanse), prosess (rutiner), produktkvalitet (tjenestenes innhold) og resultater (dekning av brukerbehov) – og fokus skal være å utvikle indikatorer som gir informasjon om de to sistnevnte, altså så langt ut i effektkjeden som mulig. Det er likevel viktig at det som skal bli målt skal være enkelt å måle og at data skal være lett tilgjengelig. I KOSTRA publiseres kvalitetsindikatorerne i egne faktaark etter type indikator, i tillegg til at de finnes publisert i generelle faktaark. Per november 2013 blir det publisert i alt 104 kvalitetsindikatorer fordelt på resultatkvalitet (41 stk.), produktkvalitet (33 stk.), prosesskvalitet (6 stk.) og strukturkvalitet (24 stk.).

4.3. Andre saker

Det er opp til utvalgets medlemmer å spille inn saker som er aktuelle å bringe inn på dagsorden til møtene. I tillegg til sakene om utvalgets avtale og arbeid med kvalitetsindikatorer, har det vært andre saker på dagsordenen til behandling i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- *KOSTRA Sosialtjenesten – årsaker til sosialhjelp og funksjon 243 i kommunenes funksjonskontoplan.* Når det gjelder arbeidet med å registrere årsak til sosialhjelp, så er det to ganger fremmet forslag til Samordningsrådet i KOSTRA om å ta inn spørsmål om grunnlag for vedtak om økonomisk sosialhjelp i KOSTRA-skjema 11 (Registreringsskjema for sosialhjelp). Når det gjelder funksjon 243 har KOSTRA-arbeidsgruppen for sosialtjenestestatistikk har konkludert med at funksjon 243 fortsetter som ”rusfunksjonen” i KOSTRA, men skal samtidig arbeide for bedre lovforankring av hvilke individrettede tiltak for rusmiddelmissbrukere som skal føres på funksjonen.
- *Samhandlingsreformen – seminar om statistikk og styringsdata.* SSB arrangerte et seminar i februar 2013, for å vurdere behov for statistikk og styringsdata i forbindelse med samhandlingsreformen i helsetjenesten. Dette var en konkret oppfølging til tidligere seminar og workshop i hhv. 2011 og 2012. Seminaret munnet ut i noen satsningsområder framover, bl.a. å styrke og kvalitetssikre registrering og rapportering av enheter i helsetjenesten, sammenligne regnskapsstørrelser mellom kommuneregnskap og regnskap i spesialisthelsetjenesten, koble sentrale helseregistre for å få mer informasjon om pasientflyt og ”helsetjenestekarrierer”, og utnytte lovpålagte samarbeidsavtaler for statistikkformål.
- *Utenlandsk helsepersonell.* WHO har vedtatt en kode/forordning om hvordan landene skal forholde seg til utenlandsk helsepersonell. Dette for å forhindre at rike land trekker til seg helsepersonell fra fattige land. Helsedirektoratet er med i arbeidet for å fastsette rutiner for slik ansettelse av utenlandsk helsepersonell. WHO ønsker også tall for hvordan status på dette området er pr. i dag. Definisjonen av utenlandsk helsepersonell er basert på hvilket land utdanningen er gjennomført. Norge protesterte mot den definisjonen da det ikke er ønskelig at nordmenn som tar utdanning i utlandet, blir registrert som utenlandsk helsepersonell som Norge har importert. På bakgrunn av dette, ble det besluttet også å samle inn opplysninger om landbakgrunn. SSB rapporterte

tall til WHO i 2012. Disse viste at Norge hadde 6 878 leger innen helse- og sosialtjenesten som var utdannet i utlandet. Av disse var 2 481 født i Norge. SSB leverte forholdsvis detaljerte data. De 6 878 legene ble fordelt etter hvilket land de hadde gjennomført utdanningen.

- *Helsedirektoratet – nettside for publisering av kvalitetsindikatorer og direktoratets statistikkstrategi.* Nettsiden for publisering av kvalitetsindikatorer kom inn på direktoratets nettsider 29. mai. På de nye nettsidene løftes tall og grafikk mer fram mens tekstlige fremstillinger følger i klikkbare lenker og menyer. Det er mulig å få opplysninger både om antall og andel for ulike variable. Det er mange valgmuligheter, blant annet behandlingssted og type behandling/diagnose. Helsedirektoratet arbeider med å etablere en statistikkstrategi. Det skal utarbeides et internt strategidokument i løpet av året. Eventuell kontakt ut mot eksterne og oppfølging av mer detaljert art vil følge i etterkant av dette interne arbeidet. Det er utarbeidet fem delstrategier som sier at 1) Helsedirektoratet skal medvirke til at det foreligger relevante data for helse- og omsorgssektoren, 2) Helsedirektoratet skal gjøre data tilgjengelig for forvaltning, forskning og befolkningen, 3) Helsedirektoratet skal samarbeide med andre aktører om helse- og omsorgsstatistikk, 4) Helsedirektoratet skal medvirke til en helhetlig registerforvaltning, og 5) Helsedirektoratet skal medvirke til å styrke og koordinere analysearbeidet.
- *SSB – presentasjon av to publikasjoner: «Under- og overvekt blant jenter og gutter» og «Funksjonshemmedes levekår».* SSB presenterte statistikk om under- og overvekt basert på data fra vernepliktsverket. Statistikken er også presentert i Samfunnsspeilet (jf. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/17-aarige-ungdommer-hver-10-jente-undervektig>). SSB presenterte rapporten ”Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorene for levekår og likestilling (jf. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/personer-med-nedsatt-funksjonsevne>).
- *SSB – presentasjon av tre rapporter om tannhelse som er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet.* SSB har utarbeidet tre rapporter på tannhelseområdet på oppdrag for Helsedirektoratet. De tre rapportene tar sikte på å omtale fakta og analysere ulike forhold på området, med utgangspunkt i flere nasjonale og internasjonale datakilder. Det ble trukket frem tre temaer i presentasjonen: 1) Organisering, finansiering og kostnader i tannhelsetjenesten i Norge, 2) Internasjonale sammenligninger med EU og andre nordiske land, og 3) Nasjonale analyser av sosiale og regionale forskjeller i tannhelsetilstand og tjenestebruk. Dokumentasjon er å finne her: Rapporten 29/2010 (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelse>), Rapporten 51/2010 (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelsetilstand-og-tannlegetenester>), og Rapporten 7/2013 (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/udekt-behov-for-tannlegetenester>).
- *FHI – presentasjon av en egen EU-helseportal.* EU har laget en helseportal hvor FHI har vært involvert fra starten av. Det er kun engelskspråklige publikasjoner, statistikker som tas med. Det skjer en årlig oppdatering i november hvert år. De som ønsker det kan sende aktuelle publikasjoner, forslag statistikker til FHI v/Heidi Lyshol (http://ec.europa.eu/health/index_en.htm)

Vedlegg A. Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk

1. Partene i avtalen

Parter i denne avtalen er Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltning representert ved Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV).

2. Formål

- 2.1. Den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå skal samarbeide for å samordne sine informasjonsbehov for statistikk og analyse.
- 2.2. Samarbeidet skal frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon for statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester. Datasettene består av data som minst en av partene har behov for. Det er en målsetning å frembringe et mest mulig heldekkende statistikkgrunnlag.
- 2.3. Avtalen skal bidra til samordning og effektivisering av rutineene for innsamling, utveksling, publisering og forvaltning av data, herunder også samordning av definisjoner og begrepsbruk.

3. Databehandler

- 3.1. For å samordne datainnsamlingen har partene avtalt at Statistisk sentralbyrå i hovedsak forestår innsamling som databehandler for den sentrale helse- og sosialforvaltning, jf. personopplysningsloven § 15 og helseregisterloven § 18
- 3.2. Statistisk sentralbyrå skal sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet, jf. personopplysningsloven § 13 og helseregisterloven § 16.

4. Organisering av samarbeidet

- 4.1. Avtalen forvaltes av Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk.
- 4.2. Kontaktutvalgets sammensetning er
 - 1 representant fra Helse- og omsorgsdepartementet
 - 1 representant fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)
 - 2 representanter fra Helsedirektoratet
 - 2 representanter fra Statistisk sentralbyrå

Kontaktutvalget kan ved behov i forhold til aktuelle saker, ha med flere representanter fra disse etatene.

- 4.3. Statistisk sentralbyrå er sekretariat for Kontaktutvalget.
- 4.4. Kontaktutvalget anses å være representert i arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten og i KOSTRA-arbeidsgruppene for helse- og

omsorgstjenester, tannhelsetjenester og sosialtjenester, ved de respektive etatenes medlemmer i arbeidsgruppene. Det forutsettes at etatenes medlemmer i arbeidsgruppene løpende holder sine representanter i Kontaktutvalget orientert om saker i arbeidsgruppene som skal fremmes i de årlige rapportene til Samordningsrådet. Se for øvrig avtalens punkt 10 om forholdet til Samordningsrådet i KOSTRA.

- 4.5. Kommunesektorens organisasjon inviteres til å delta i Kontaktutvalget for å ivareta kommunenes interesser som oppgavegivere og brukere av data. Kontaktutvalget kan også invitere andre instanser til å ta del i arbeidet i utvalget eller i utvalgets arbeidsgrupper.

5. *Avtalens omfang*

- 5.1. Avtalen omfatter data fra alle statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester, jf. avtalen punkt 2.2.
- 5.2. Forvaltningen kan samle inn data for styrings- og tilsynsformål (herunder intern eierstyring) i tillegg til det omforente datagrunnlag som denne avtalen tar sikte på, se avtalens punkt 6.4.
- 5.3. Både datainnhold i og dataflyt til/fra helseregistre og administrative registre/trygderegistre faller som hovedregel utenfor denne avtalen. Innholdet i datasettene må likevel løpende vurderes opp mot hvilke data slike registre kan gi. En eventuell overgang fra skjema- til registerbasert innsamling og publisering av personelldata vil fortsatt være omfattet av denne avtalen. Også ellers kan spørsmål om registerdata tas opp under henvisning til avtalen, dersom det ikke finnes et annet, mer egnet forum for å løse slike spørsmål. Partene kan på eget initiativ fremme saker for utvalget av felles interesse.

6. *Samordnet innsamling av data*

- 6.1. De aktuelle data skal tjene to ulike formål - myndighetenes databehov og den offisielle statistikken. Det er stor grad av sammenfall mellom disse to typene av data. Det er derfor rasjonelt med utstrakt samordning av arbeidet med datainnsamling og statistikkproduksjon.

Det må således tilstrebes at ett datasett samles inn bare én gang, og at data samles inn på en ensartet måte som i minst mulig grad belaster oppgavegiveren. Det må også brukes entydige felles definisjoner som samsvarer med fastlagte standarder på området.

- 6.2. Statistisk sentralbyrå skal ha en tosidig funksjon i arbeidet med helse- og omsorgsstatistikken og sosialstatistikken:
 - a) databehandler som på vegne av den sentrale helse- og sosialforvaltning skal samle inn, tilrettelegge og formidle data som dekker lokale og sentrale myndigheters behov for tilsynsdata og data for mål- og resultatstyring, samordnet med eventuell tilleggsinformasjon som er nødvendig for den offisielle statistikken
 - b) hente ut av dette datamaterialet alt som er av interesse for den offisielle statistikken.
- 6.3. Hver av partene definerer sitt eget databehov på grunnlag av lovpålagte og/ eller andre sentrale arbeidsoppgaver innen institusjonens definerte ansvarsområde.

Partene er likeverdige når det gjelder å beslutte hvilke data som skal samles inn innenfor tilgjengelige ressurser og egne hjemler. Partene har et felles ansvar for å foreta en nødvendig tilpasning og samordning, slik at den totale datamengden som samles inn framstår som en helhet med rimelig omfang og med nytteverdi også for oppgavegiver. Dette innebærer informasjonsplikt og drøftinger mellom partene før en beslutning tas. Når det gjelder kvalitetssikring av data før/ etter innsamling, kan det treffes avtale om at også andre enn Statistisk sentralbyrå deltar i kontrollarbeid, jf. de oppgaver Regional statsforvaltning ved Fylkesmann fortsatt er tillagt i KOSTRA.

- 6.4. Når forvaltningen skal gjennomføre større statistiske undersøkelser, skal melding om dette på forhånd sendes til Statistisk sentralbyrå, jf. statistikkloven § 3-3. Statistisk sentralbyrå har adgang til slike data for statistikkformål, i den utstrekning statistikkloven gir hjemmel for det.
- 6.5. Når det gjelder eierstyringen av spesialisthelsetjenesten, kan forvaltningen velge å holde utforming og rapportering av detaljerte styringsdata utenfor Kontaktutvalget og dets arbeidsgrupper.
- 6.6. Kontaktutvalget m/ arbeidsgrupper skal her behandle det datasett avtalepartene har behov for til andre formål enn eierstyring. Dette omfatter også det datasett Statistisk sentralbyrå skal benytte til offisiell statistikk
- 6.7. Så langt det er praktisk mulig bør endringer i statistikkopplegget fastlegges i kontakt med oppgavegiver. Oppgavegiver bør få beskjed om endringer i ønsket dataomfang før inngangen til det året data ønskes for. All datainnsamling vil være elektronisk.
- 6.8. Det må tilstrebes at de som avgir informasjon, får rask og lett tilgjengelig tilbakemelding om resultatene fra datainnsamlingen. Informasjonen må foreligge i en slik form at den virker meningsfull og har relevans for brukernes arbeidssituasjon.

7. *Hjemmel for datainnsamling*

- 7.1. For de statistikkområder hvor den sentrale helse- og sosialforvaltning har overordnet tilsynsmyndighet og som er omfattet av denne avtalen, vil den sentrale helse- og sosialforvaltning ha egen hjemmel i særlov til å hente inn opplysninger. Den sentrale helse- og sosialforvaltningen kan ved forskrift eller enkeltvedtak bli pålagt å gi de opplysninger som er nødvendig for utarbeidelse av offisiell statistikk, så langt lovbestemt taushetsplikt ikke er til hinder for dette, jf. statistikkloven § 2-2. Statistisk sentralbyrå har rett til å utnytte administrative datasystemer i statsforvaltningen som grunnlag for offisiell statistikk, jf. statistikkloven § 3-2.
- 7.2. Innsamling av opplysninger vil skje ved totrinns hjemmel. Opplysninger samles inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av en av avtalepartene i den sentrale helse- og sosialforvaltning med hjemmel i særlov/forskrift. Statistisk sentralbyrå beholder en kopi av opplysningene med hjemmel i statistikkloven § 2-2 for utarbeidelse av offisiell statistikk. Både den aktuelle hjemmelshaver og Statistisk sentralbyrå har selvstendig eiendomsrett til opplysningene.
- 7.3. Før innsamling av opplysninger skal den aktuelle hjemmelshaver skriftlig bekrefte overfor Statistisk sentralbyrå at den aktuelle innsamlingshjemmel er korrekt tilstrekkelig for den aktuelle innsamling.
- 7.4. Oppgavegiverne skal i hvert enkelt tilfelle informeres om hvilken hjemmel som er brukt for innsamling av data.

8. Publisering

- 8.1. Statistisk sentralbyrå skal tilgjengeliggjøre og spre relevant statistikk, og skal gi opplysninger til statistisk bruk for forskningsformål og for offentlig planlegging etter statistikklovens bestemmelser.
- 8.2. Kontaktutvalget skal forelegges planer om ny/ endret publisering fra alle avtalepartnere, med tanke på mulig samordningsgevinst.

9. Utlevering av data

- 9.1. For de undersøkelser hvor Statistisk sentralbyrå samler inn data på vegne av den sentrale helse- og sosialforvaltning med hjemmel i særlov, jf. avtalens pkt. 7, vil den aktuelle hjemmelshaver på forespørsel få utlevert grunnlagsmaterialet fra Statistisk sentralbyrå.
- 9.2. Utlevering etter pkt 9.1 omfatter kun ureviderte data slik de foreligger ved innsamling. For den del av datamaterialet som er overtatt av Statistisk sentralbyrå med hjemmel i statistikkloven § 2-2 og er gjenstand for statistisk bearbeiding, jf. punkt 7.2, er det statistikklovens regler for utlevering som gjelder.

10. Forholdet til Samordningsrådet i KOSTRA

- 10.1. Kontaktutvalget kan fremme vedtak om endringer i skjema for *kommunale og fylkeskommunale tjenester* via etatenes representanter i arbeidsgruppene. Dette forutsetter en tett og løpende kontakt mellom arbeidsgruppene og Kontaktutvalget slik at endringer fremmes i god tid før arbeidsgruppenes avlevering av rapport til Samordningsrådet. Jf også avtalens punkt 4.4. Arbeidsgruppenes rapport til Samordningsrådet leveres Kontaktutvalget til orientering samtidig som rapporten sendes Samordningsrådet. Når partene, gjennom arbeidsgruppenes forslag, er blitt enige om et datasett som minst en av partene har behov for (jf avtalens punkt 2.2), kan dette ikke omgjøres av Samordningsrådet. Kontaktutvalget m/ arbeidsgrupper skal imidlertid påse at statistikkutviklingen skjer i tråd med de prinsipper som er trukket opp i Samordningsrådets mandat.

11. Undertegning

Denne avtale er undertegnet i 4 -fire- eksemplar, hvorav hver part beholder 1 -ett- eksemplar.

Vedlegg B. Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk torsdag 21. mars 2013

Til stede: Khalid Lafkiri (HOD), Kirsti Strand (Helsedir), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Elisabeth Rønning (SSB), Magne Hustad (KS), Kristine Koløen (Bufdir), Harald Tønseth (SSB), Geir Hjemås (SSB), Helge Nome Næsheim (SSB), Else Bredeli (SSB, ref.)

Kopi til: Cathrine Meland (HOD), Anne Jensen (KS), Heidi Lyshol (FHI), Elisabeth Nørgaard (SSB), Arne Jensen (SSB), Anne Gro Pedersen (SSB), Andreas Hedum (SSB), Nora Heyerdahl (FHI), Olav Gjestvang (HOD), Tonje Ek Brunvold (NAV), Helene Støversten (Bufdir), Jorun Ramm (SSB), Unni Grebstad (SSB).

Sak 1 Orientering om årsak til sosialhjelp samt KOSTRA-funksjon 243 "Tilbud til personer med rusproblemer"

Harald Tønseth, SSB orienterte om to saker som var opp i KOSTRA-arbeidsgruppen for sosialtjenestestatistikk den 19. mars. Det gjelder funksjon 243 i KOSTRAs funksjonskontoplan, "Tilbud til personer med rusproblemer" og arbeidet med årsak til sosialhjelp. Begge sakene har vært problematisert og orientert om på tidligere Kontaktutvalgsmøter.

Når det gjelder funksjon 243 "Tilbud til personer med rusproblemer", så har det både før KOSTRA og nå i KOSTRA, vært ønske om å måle kommunenes utgifter knyttet til rusmiddelmissbruk. Man har ikke ambisjon om å dekke alle utgifter knyttet til dette, men har fokus på å få entydige indikatorer på området. Man har konsentrert seg om individrettede tiltak hjemlet i lov; tidligere sosialtjenesteloven og nå helse- og omsorgstjenesteloven. Når man ser på utgiftene som er ført på funksjon 243, har tilsynelatende mange kommuner ikke slike utgifter. Dette skyldes mest sannsynlig feilføring, og det har vært gjort noen forsøk på å finne ut av hva dette skyldes. En grunn til at ikke utgifter til tiltak for rusmiddelmissbrukeres føres på funksjon 243 er at tiltaket er integrert i øvrige sosialtjenester. Det viser seg også at det er vanskelig å skille tiltak for psykisk syke og tiltak for rusmiddelmissbrukere. Helsedirektoratet har fremmet forslag om å innlemme psykisk helse i funksjon 243. Arbeids- og velferdsdirektoratet har påpekt at å inkludere psykisk helse kan løse avgrensingsproblemet mellom psykisk syke og rusmiddelmissbrukere, men kan også skape nye avgrensingsproblemer i forhold til andre helselidelser og dermed andre helsetjenester.

KOSTRA-arbeidsgruppen for sosialtjenestestatistikk konkluderte med at man fortsetter med funksjon 243 som "rusfunksjonen" i KOSTRA, men skal samtidig arbeide for bedre lovforankring av hvilke individrettede tiltak for rusmiddelmissbrukere som skal føres på funksjonen. Tidligere gikk dette fram av sosialtjenestelovens § 6-1. Helse- og omsorgstjenesteloven, som blant annet avløser den tidligere sosialtjenesteloven, dekker antakelig dette, men har det ikke samlet i en enkeltstående paragraf. Arbeidsgruppen har bedt Helsedirektoratet om å avklare slik lovforankring innen innsamlingen av KOSTRA-data våren 2014. Fram mot datainnsamlingen i 2015 er det tenkt at en undergruppe av den ny-opprettede KOSTRA-arbeidsgruppen på psyk-rus-området skal arbeide videre med problematikken rundt funksjon 243. Arbeids- og velferdsdirektoratet er også med i denne gruppen.

Når det gjelder arbeidet med å registrere årsak til sosialhjelp, så er det to ganger fremmet forslag til Samordningsrådet i KOSTRA om å ta inn spørsmål om grunnlag for vedtak om økonomisk sosialhjelp i KOSTRA-skjema 11 (Registreringsskjema for sosialhjelp). Første gang gikk Samordningsrådet inn for å ha en pilot på dette før det tas med i KOSTRA-skjema 11. Andre gang (september

2012) ønsket Samordningsrådet at dette vurderes videre i KOSTRA-arbeidsgruppen for psyk-rus området (opprettet høsten 2012).

Det har vært mye diskusjon om muligheten til entydig avkrysning for de ulike årsakene til vedtak om sosialhjelp, og også diskusjon om ansatte på NAV-kontorene har nok informasjon og opplysninger til å foreta slik avkrysning. SSB savner å se gode tall fra piloten. Årsak til vedtak om sosialhjelp ligger som frivillige avkrysningsmulighet i fagsystemene. Helsedirektoratet mener at dette er opplysninger som saksbehandler uansett må ta stilling til før det ytes økonomisk sosialhjelp. Men SSB mener datagrunnlaget fra piloten så langt ikke ser ut til å kunne gi troverdig statistikk.

Helsedirektoratet utvikler samtidig registreringsverktøyet "Brukerplan" som er et verktøy for å kartlegge rus- og psykiske helse-problemer i kommunene. Dette kartleggingsverktøyet strekker seg utover økonomisk sosialhjelp. SSB tenker at dette vil være et bedre system.

KOSTRA-arbeidsgruppen for sosialtjenestestatistikk ønsker ikke å fremme saken på nytt for Samordningsrådet nå i år. Man tenker i stedet å gjøre en prøve-innsamling av årsak til sosialhjelp i ASSS-kommuner (samling av de 10 største kommunene) med evaluering av dette på ASSS-møtet i juni. Hvis det viser seg at det ikke er mulig for ASSS-kommunene å gi gode tall på dette, vil det mest sannsynlig også være vanskelig for mindre kommuner å gi gode data.

Helsedirektoratet påpekte at det er en viktig forskjell mellom piloten på sosialhjelp og "Brukerplan". Piloten er basert på innsamling av data som ligger i sosialtjenestens fagsystemer mens "Brukerplan" er kartlegging på frivillig basis for kommunene.

Helsedirektoratet påpekte videre at noe av årsaken til at arbeidet med å innlemme spørsmålene i skjema 11 tar lang tid og stadig må testes ut, er at Samhandlingsreformen medfører en del omorganisering i kommunene. Dette fører til at forhold piloten tok utgangspunkt i, vil være annerledes i dag. Med Samhandlingsreformen er rus mer knyttet opp mot helsetjenester, mens det tidligere var knyttet til sosialtjenesten. Dette gjør at det tar tid å ta beslutninger i denne saken.

SSB minnet om erfaringene fra spørsmål om brukergrupper i KOSTRA-skjemaet for kommunalt disponerte boliger. Der ble det i 2004 tatt inn spørsmål om hvilken brukergruppe personer som fikk kommunal bolig kunne kategoriseres i. Det var i utgangspunktet stor motstand i kommunene mot å ta inn slike spørsmål, da kommunene mente dette ikke var noe de hadde opplysninger om, og heller ikke så behov for å vite. Da skjemaet ble evaluert i 2009, var SSB innstilt på at disse spørsmålene kunne tas ut, med begrunnelsen at ikke alle kommuner kan gi disse opplysningene. Men da var det kommunerepresentantene i arbeidsgruppen som mente at disse spørsmålene måtte være med videre. Kommunene hadde tross alt lagt ned et stort arbeid med å tilrettelegge for registrering av brukergruppeopplysninger, samt at kommunene selv etter hvert så behovet for å tilpasse boligtilbudet etter hvem som skulle bo i boligene. Dette som et eksempel på at det tar tid å få gode tall på spørsmål som ikke i utgangspunktet er av interesse for kommunene, og som de ikke registrerer løpende i et elektronisk fagsystem.

KS minnet om den ulike organiseringen av tidligere sosialtjenester i kommunene. Lovpålagte sosialtjenester som økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringstønad og midlertidige botilbud ligger lovmessig under NAV i den forstand at de er hjemlet i lov om sosiale tjenester i NAV. I tillegg har kommunene lagt andre tjenester som ikke er hjemlet i denne loven, som rus, psykisk helse mv. helse, jf. nettsiden till NAV for oversikt over hvilke tjenester utover det lovpålagte som kommunene har under NAV-kontoret

(<http://www.nav.no/om+NAV/Om+NAV/Organisering+av+NAV-kontoret.315542.cms>).

En stor andel av kommunene har lagt inn rusbehandling, mens en liten andel kommuner har lagt inn tiltak for personer med psykiske lidelser. Ofte er det slik at jo mindre kommune/NAV-kontor, desto flere tjenester er lagt under kontoret. Noen har også lagt barnevern under NAV.

KS mener videre at "Brukerplan" vil bli mer anvendelig for kommunene dersom den også omfatter fastlegene.

SSB påpekte avslutningsvis at det vil være uheldig å etablere årsak til sosialhjelp i KOSTRA-skjema 11 dersom man på sikt, når forhåpentligvis "Brukerplan" blir tatt i bruk i de fleste kommuner, heller vil basere statistikken på data fra "Brukerplan".

Sak 2 Presentasjon av arbeidet med kvalitetsindikatorer

Hanne Narbu vold, Helsedirektoratet, presenterte arbeidet med kvalitetsindikatorer. Til grunn for Helsedirektoratets arbeid på dette området ligger rapporten "Rammeverk for nasjonale kvalitetsindikatorer i helsetjenesten" utarbeidet av Helsedirektoratet i 2010, og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-5, andre ledd, der det står: "Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig".

Arbeidet er organisert med utgangspunkt i en modell som bygger på internasjonale erfaringer fra OECD, Sverige, Danmark og Storbritannia. Man har lagt vekt på at indikatorene og de utvalgte fagområdene de dekker, skal være betydningsfulle både når det gjelder helsepolitikk, helseøkonomi, betydningen for sykdoms- eller helseforhold samt når det gjelder viktige ikke-medisinske verdier som vektlegges av brukerne. Organiseringen av arbeidet skal sikre konsensus i helsesektoren om at man måler de riktige tingene. Man har derfor lagt vekt på at kvalitetsindikatorgrupper, referansegrupper mv., er bredt faglig sammensatt.

Det er pr. i dag, 4 kvalitetsindikatorgrupper: to innen psykisk helse og rus (en gruppe for spesialisthelsetjenesten og en for primærhelsetjenesten), en innen pleie og omsorg og en innen kreftbehandling. Andre områder det vurderes å opprette indikatorgruppe for er diabetes, fødsel, hjerte/kar og astma/kols.

Det stilles følgende krav til kvalitetsindikatorerne: de skal være betydningsfulle, vitenskapelig begrunnet, nyttige, gjennomførbare (les: god datatilgjengelighet) og de skal publiseres jevnlig. Indikatorerne deles inn i strukturindikatorer (eks. har sykehuset en slagenhet?), prosessindikatorer (eks. ventetid på utredning og behandling) og resultatindikatorer (eks. re-innleggelser, pasienttilfredshet). Pr. i dag har man ca. 40 indikatorer. Det er flest prosessindikatorer, dernest resultatindikatorer og færrest strukturindikatorer.

Man ønsker i utgangspunktet ikke å initiere særreportering for å få data til kvalitetsindikatorerne, men heller ta utgangspunkt i eksisterende data og indikatorer. Det kan likevel være ønskelig å legge inn nye opplysninger i NPR for eksempel. Men det vil ta tid før slike data blir tilgjengelige. Vanligvis går det 2 år fra opplysningene samles inn første gang til de er tilgjengelige i NPR.

Indikatorerne publiseres på helsenorge.no tre ganger i året, i mai, august og november, jf. <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Kvalitet-i-helsetjenesten.aspx> og <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx>

Det er mest tekstlig framstilling av indikatorene som publiseres, men man jobber med en bedre publisering av tallene, med mer grafikk og tabeller. Man planlegger også et "dashboard" med de viktigste indikatorene for behandlingsstedene (ferdig i mai).

Neste publisering er planlagt til 29/5 og da med ny publiseringsløsning.

Helsedirektoratet ble spurt om hvordan det er å få data om tvangsinnleggelse ved psykiatriske sykehus. SSB opplevde ett år at en hel helseregion ikke klarte å levere data. Helsedirektoratet opplever alt på psykisk spesialisthelse som vanskelig i denne sammenheng – både tvangsinnleggelse og også epikrisetid. Men man jobber videre med dette, og epikrisetid får man inn i NPR. Helsedirektoratet publiserer det som ligger i registrene. Er det feil der, må sykehusene rette dette. Helsedirektoratet retter ikke tall fra registrene. Det er en håndskrevet protokoll som ligger til grunn for tvangsinnleggelse, og det er mye "datasvinn" før det kommer inn i NPR. Man strever med kvaliteten, men tenker at jo mer som publiseres, jo bedre blir registerkvaliteten på sikt.

Sak 3 Orientering fra samhandlingsseminar

Geir Hjemås, SSB orienterte om samhandlingsseminaret som ble holdt i SSB den 14. februar. Det har tidligere vært holdt samhandlingsseminar i de to foregående år. I år var ønsket å ha bred deltakelse med utgangspunkt i medlemmer av KOSTRA-arbeidsgrupper, Arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten og Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk.

På dagsorden stod presentasjon av arbeidet i 4 arbeidsgrupper som ble opprettet som oppfølging av samhandlingsseminaret i 2012. Videre så var det presentasjoner fra to representanter fra forvaltningen/rapportørene av helsedata: Helse Sørøst og Oslo kommune.

Seminaret endte opp med flere satsingsområder:

- Styrke og kvalitetssikre registrering og rapportering av enheter i helsetjenesten. Dette arbeidet vil være forankret i SSB og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet og SSB ønsker detaljert enhetsregistreringer. Men i kommunene jobber flere på tvers av enhetene. Det blir da et spørsmål om hva som er riktig enhetsnivå å registrere på.
- Sammenligne regnskapsstørrelser mellom kommuneregnskap og regnskap i spesialisthelsetjenesten. Forankret i KOSTRA og spesialisthelsetjenesten. Det kan blant annet bli problemer med regnskap knyttet til gjestepasienter. Man får ikke knyttet DRG til kommunal medfinansiering. Det er mulig man kan bruke NPR for å korrigere dette.
- Koble sentrale helseregistre for å få mer informasjon om pasientflyt og "helsetjenestekarrierer". Forankret i Helsedirektoratet og SSB. Det kan også være aktuelt å koble til KUHR. Også helseforetakene ønsker data om pasientforløp.
- Etablere en arbeidsgruppe som skal se på utnyttelsen av lovpålagte samarbeidsavtaler for statistikkformål. Forankret i Helsedirektoratet. Man antar at disse samarbeidsavtalene kan gi grunnlag for å kunne spore samhandling. Det kan være aktuelt å bruke KOSTRA-skjema for å hente inn noen av disse opplysningene.
- Avklare utskilling av ressurser som går med til hhv. skolehelsetjeneste og helsestasjon i kommunene. Forankret i Helsedirektoratet.
- Kartlegge frisklivssentraler i kommunene. Forankret i Helsedirektoratet. Det er ingen egen næringskode for frisklivssentraler. Men det er spørsmål om

kommunen har frisklivssentral i et KOSTRA-skjema. Helsedirektoratet har også noe tall om dette, men det er behov for opplysninger om hva som skjer på frisklivssentralene.

Kontaktutvalget etterspurte sluttrapporter fra arbeidet i de 4 gruppene som ble opprettet etter samhandlingsseminaret i 2012. Det er ikke utarbeidet noen omfattende rapporter, men i sakspapirene til årets seminar og i referatet fra seminaret, er det beskrevet kort hva gruppene har kommet fram til og anbefaler for videre oppfølging.

Sak 4 Utenlandsk helsepersonell

Helge Næsheim, SSB, orienterte om arbeid knyttet til utenlandsk helsepersonell. WHO har vedtatt en kode/forordning om hvordan landene skal forholde seg til utenlandsk helsepersonell. Dette for å forhindre at rike land trekker til seg helsepersonell fra fattige land. Helsedirektoratet er med i arbeidet for å fastsette rutiner for slik ansettelse av utenlandsk helsepersonell. WHO ønsker også tall for hvordan status på dette området er pr. i dag. Man starter med tall for leger, sykepleiere og jordmødre som arbeider i helse- og sosialsektoren. Det samles inn tall fra land som importerer utenlandsk helsepersonell da det viser seg å være enklest. Man tar utgangspunkt i hva landene har av data på dette området.

Definisjonen av utenlandsk helsepersonell er basert på hvilket land man har tatt utdanningen i. Norge proteserte mot den definisjonen da det ikke er ønskelig at nordmenn som tar utdanning i utlandet, blir registrert som utenlandsk helsepersonell som Norge har importert. På bakgrunn av dette, ble det besluttet også å samle inn opplysninger om landbakgrunn.

SSB rapporterte tall til WHO i 2012. Disse viste at Norge hadde 6 878 leger innen helse- og sosialtjenesten som var utdannet i utlandet. Av disse, var 2481 født i Norge. SSB leverte forholdsvis detaljerte data. De 6878 legene ble fordelt etter hvilket land de hadde tatt utdanningen i.

Det er uvisst om WHO lager rapporter på dette materialet.

Sak 5 Eventuelt

Elisabeth Rønning, SSB, orienterte om deltakelse i to internasjonale møter.

- 1) EHIS – European Health Interview Survey. SSB har deltatt på et møte i Eurostat i Luxembourg i februar i forbindelse med planlegging av ny felles helseundersøkelse. I følge en ny engangsforordning (formelt vedtatt 19.2. 2013) skal undersøkelsen gjennomføres i alle EU og EØS-land i løpet av 2013, 2014 eller 2015. Utvalget må økes noe for å møte EUs krav, og undersøkelsen vil inneholde en del nye spørsmål og måleinstrumenter. SSB planlegger å gjennomføre helseundersøkelsen høsten 2014. Det er sannsynlig at undersøkelsen vil gjentas hvert 5. år.
- 2) Eurostatmøte for Teknisk gruppe dødsårsaker (TG CoD) og workshop om elektronisk innrapportering for dødsårsaker, 5.-6. mars 2013 i Luxembourg. Sentrale punkt på dagsorden var:
 - a. Implementeringen av kommisjonsforordning (EU) nr. 328/2011 for dødsårsaksstatistikk (basert på rammeforordning nr. 1338/2008)
 - b. Ny standard populasjon er utarbeidet for beregning av Eurostat's standardiserte dødelighetsrater og er planlagt å bli tatt i bruk i 1.kvartal 2013.
 - c. Ny europeisk kortliste for publisering av dødsårsaker er klar. I tillegg er en arbeidsgruppe i gang med utarbeiding av en satellittliste med mer detaljerte dødsårsaker i tilknytning til kortlisten.
 - d. Workshop om elektronisk innrapportering for dødsårsaker. Flere land planlegger eller har i gangsett prosjekter og det ble gitt flere

presentasjoner. USA og Portugal har kommet langt. Andre land som jobbet med dette tema var Frankrike og Sveits. Imidlertid dekket bare denne type rapportering en liten del av totalen (5 % i Frankrike), resten er fortsatt papirbasert. Norge planlegger elektronisk innrapportering av dødsårsaker, fase 2 i FHI's migreringsprosjekt for DÅR (dødsårsaker). FHI gav en presentasjon om dette v/ P. Holmes.

Kirsti Strand, Helsedirektoratet, orienterte om det årlige møtet i NOMESKO som skal være i Helsinki i juni. Man skal se på hvordan man kan få sammenlignbare data når det gjelder kvalitetsindikatorer og også se på sosial ulikhet i dødsårsaker.

Det er aktuelt for NOMESKO å samarbeide med NOSOSKO. SSB ved Elisabeth Rønning er representert i NOSOSKO.

Helge Næsheim, SSB, trakk fram internasjonalt arbeid om inkluderende arbeidsliv. Det er en utfordring å definere gruppen av personer med redusert funksjonsevne. Det finnes ikke noen registeropplysninger for dette. Internasjonalt har man begrepet "disabled" som er så vidt at det nærmest vil omfatte alle. I Arbeidskraftundersøkelsen har man noen spørsmål om egendefinert funksjonsevne. Man har videre sett om man kan bruke opplysninger om hvem som får ytelser fra NAV som avgrensning. Problemet med det er at man ikke får med personer som har redusert funksjonsevne men som likevel er i inntektskivende arbeid (suksesshistoriene).

Til slutt oppfordret SSB alle til å si ifra hvis det er problemer med å bruke den nye nettsiden www.ssb.no

.

Vedlegg C. Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk onsdag 15. mai 2013

Til stede: Khalid Lafkiri (HOD), Kirsti Strand (Helsedir), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Heidi Lyshol (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Jostein Ellingsen (NAV), Unni Grebstad (SSB), Harald Tønseth (SSB), Berit Otnes (SSB), Julie Kjelvik (SSB), Else Bredeli (SSB, ref.)

Kopi til: Hanne Narbuvoold (Helsedir), Elisabeth Rønning (SSB), Magne Hustad (KS), Anne Jensen (KS), Olav Gjestvang (HOD), Tonje Ek Brunvold (NAV), Helene Støversten (Bufdir).

Sak 1 Oppdatering av avtale/mandat

Til møtet var det utarbeidet forslag til oppdatert avtale for Kontaktutvalget. Bakgrunnen for utkastet er behov for oppdatering av etatsnavn og parter i avtalen, avklaring i forhold til databehandleravtaler på de ulike statistikkene innen helse- og sosialtjenesten samt avklaring i forhold til KOSTRA og Samordningsrådet.

SSB har foreslått at FHI og NAV tas med som formelle avtaleparter. Helsetilsynet går ut som avtalepart etter eget ønske.

FHI ser flere moment i avtalen som de ønsker å vurdere nærmere før de trer inn som formell avtalepart. FHI ønsker blant annet å få med ”overvåking av folkehelsen” i forbindelse med avtalens formål generelt og som konkretisering av myndighetenes databehov i punkt 6.1. Videre ønsket FHI at behov for data til forskning også tas med i avtalen. FHI ønsket også å revurdere punkt 5.3 om at helseregistre som hovedregel holdes utenfor avtalen. FHI mener det bør komme frem at dersom man tar inn overvåking som ett av områdene for myndighetenes databehov, så vil dette kreve kobling mot helseregistre, og at dette bør komme med i punkt 5.3. Videre kommenterte FHI punkt 6.4 om forvaltningens plikt til å orientere SSB om større statistiske undersøkelser og etterlyste mer gjensidighet slik at SSB også informerer forvaltningen om undersøkelser. Til slutt tok FHI opp utlevering av grunnlagsdata nevnt i avtalens punkt 9. Det er hovedsakelig HOD som er hjemmelshaver for de grunnlagsdata FHI ønsker. Men HOD har ikke juridisk mulighet til å levere data fra SSB videre til FHI.

SSB ba FHI ta disse synspunktene med i en skriftlig tilbakemelding til SSB på utkastet til avtale. Noen av de juridiske sidene av det FHI her tar opp, behandles allerede i annet fóra, men det er likevel relevant å få tatt stilling til hva som eventuelt berører avtalen for Kontaktutvalget.

Kontaktutvalget ble enige om at alle parter tar utkastet til avtale opp internt i sine etater, og gir tilbakemelding på utkastet til SSB innen 15. juni.

Når det gjelder forholdet mellom databehandleravtaler på de ulike statistikk-områdene og avtalen for Kontaktutvalget, ønsker SSB å beholde avtalen som en overordnet intensjonsavtale.

SSB understreket viktigheten av at Kontaktutvalget følger opp avtalen og har et helhetlig blikk på data og statistikk på helse- og sosialtjenestområdet. Slik helhetlig tilnærming blir ikke dekket av KOSTRA og Samordningsrådet. Avtalen innebærer en forpliktelse til å utarbeide et heldekkende datamateriale, og ikke for eksempel bare data som er ment å dekke ulike betalingsordninger. Kontaktutvalget skal blant annet ha fokus på å skaffe data på udekkede felter av helse- og sosialtjenesten.

Avtalen forplikter også når det gjelder å samordne publisering, varsle hverandre om nye publiseringer, sørge for at man ikke går hverandre i næringen og at man publiserer det som gir mest samfunnsnyttig statistikk.

Når det gjelder forholdet mellom Kontaktutvalget, KOSTRA-arbeidsgruppene og Samordningsrådet i KOSTRA (avtalens punkter 4.4 og 10), foreslår SSB i utkastet til oppdatert avtale å tilpasse ordlyden i avtalen mer til dagens praksis. Det foreslås at Kontaktutvalget anser seg som representert i de aktuelle KOSTRA-arbeidsgruppene ved de respektive etatenes medlemmer i arbeidsgruppene. Dette fordrer at etatenes medlemmer i arbeidsgruppene *løpende* holder sine representanter i Kontaktutvalget orientert om saker som behandles i arbeidsgruppene, og at Kontaktutvalget dermed kan få behandlet forslag til endringer i KOSTRA-skjema og komme med innspill i god tid før arbeidsgruppen skal levere sin rapport til Samordningsrådet. SSB mener det da vil være tilstrekkelig at Kontaktutvalget får rapporten til orientering samtidig som arbeidsgruppen sender den til Samordningsrådet.

En slik ordning vil kreve at Kontaktutvalget oppgraderer fokuset på arbeidet rettet mot KOSTRA-arbeidsgruppene, i forhold til det som har vært tilfelle de senere årene.

Helsedirektoratet mener dette kan bli vanskelig å praktisere. Kontaktutvalgets medlemmer kommer eventuelt med nærmere kommentarer til dette etter behandling av utkastet til avtale internt i egen etat.

Det ble påpekt på møtet at arbeidsgruppen for sosialtjenester var utelatt i pkt 4.4 i utkastet til oppdatert avtale. Dette vil bli rettet opp.

Når det gjelder forholdet mellom Kontaktutvalget og Samordningsrådet, foreslår SSB å fastholde at Samordningsrådet ikke kan omgjøre vedtak om datainnsamling som Kontaktutvalget har gjort gjennom arbeidsgruppene. SSB poengterte at for saker som Samordningsrådet tar stilling til, vil det være fagdepartementet på det enkelte statistikkområdet som har endelig beslutningsmyndighet. I Kontaktutvalgsavtalen vil fagdepartementene og SSB være likestilt som beslutningsmyndighet.

Sak 2 Helsedirektoratet orienterer

- Helsedirektoratet presenterte den oppdaterte nettsiden for publisering av kvalitetsindikatorer som kommer på direktoratets nettsider 29. mai.

På de nye nettsidene løftes tall og grafikk mer fram mens tekstlige fremstillinger følger i klikkbare lenker og menyer. Det er mulig å få opplysninger både om antall og andel for ulike variable. Det er mange valgmuligheter, blant annet behandlingssted og type behandling/diagnose. Sidene er foreløpig statiske, men på sikt vil det arbeides med å koble til bakenforliggende data slik at sidene vil bli løpende oppdatert.

- Statistikkstrategi i Helsedirektoratet

Helsedirektoratet arbeider for tiden med å etablere en statistikkstrategi. Det skal utarbeides et internt strategidokument i løpet av året. Eventuell kontakt ut mot eksterne og oppfølging av mer detaljert art vil følge i etterkant av dette interne arbeidet. Det er utarbeidet fem delstrategier:

1. Helsedirektoratet skal medvirke til at det foreligger relevante data for helse- og omsorgssektoren
2. Helsedirektoratet skal gjøre data tilgjengelig for forvaltning, forskning og befolkningen
3. Helsedirektoratet skal samarbeide med andre aktører om helse- og omsorgsstatistikk
4. Helsedirektoratet skal medvirke til en helhetlig registerforvaltning
5. Helsedirektoratet skal medvirke til å styrke og koordinere analysearbeidet

Sak 3 Under- og overvekt blant jenter og gutter

SSB presenterte statistikk om under- og overvekt basert på data fra vernepliktsverket. Statistikken er også presentert i Samfunnsspeilet, se <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/17-aarige-ungdommer-hver-10-jente-undervektig>

Data er hovedsakelig basert på sesjon del 1 der det samles inn et internettbasert skjema med opplysninger blant annet om høyde og vekt. Det er svarskjema fra omtrent like mange gutter som jenter. Dette er egenrapporterte data. Det er også data fra mer objektive målinger av høyde og vekt på sesjon del 2. Men det omfatter kun ca 25 000 av de ca 60 000 fra sesjon del 1. I artikkelen i Samfunnsspeilet er det presentert en tabell med endringen i vekt fra egenrapportert til målt på sesjon del 2. Men det kan være vanskelig å vurdere disse resultatene. Det kan være naturlige årsaker til endringer i vekt, da det kan gå noe tid mellom sesjon del 1 og del 2.

Sak 4 Funksjonshemmedes levekår

SSB presenterte rapporten "Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorer for levekår og likestilling, se <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/personer-med-nedsatt-funksjonsevne>

Aldersgruppen 20 – 66 år er valgt fordi mye av fokuset har vært på sysselsetting blant personer med nedsatt funksjonsevne.

I rapporten er det gjort noen fordelinger på undergrupper av personer med nedsatt funksjonsevne, men det blir fort små tall. Undergruppene som er med er nedsatt syn/hørsel, bevegelsesvansker og psykiske vansker.

Det er ønskelig å kunne analysere nærmere på disse dataene for å få fram ulike sammenhenger.

Sak 5 Eventuelt

Presentasjonene som er holdt på møtet, sendes ut sammen med endelig referat.

Vedlegg D. Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk onsdag 11. september 2013

Til stede: Khalid Lafkiri (HOD), Kirsti Strand (Helsedir), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Heidi Lyshol (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Else K. Grøholt (FHI) Elisabeth Rønning (SSB), Unni Grebstad (SSB, ref)

Kopi til: Magne Hustad (KS), Anne Jensen (KS), Olav Gjestvang (HOD), Pål Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Helene Støversten (Bufdir), Jostein Ellingsen (Arbeids- og velferdsdirektoratet).

Sak 1 Status oppdatering av avtale/mandat

Helsedirektoratet overleverte ett eks. til alle avtaleparter på møtet. Eksemplaret til Arbeids- og velferdsdirektoratet (som ikke var til stede) sendes per post (elektronisk).

Helsedirektoratet viste til at direktøren i Helsedirektoratet heter Guldvog (og ikke med å som det står i avtalen).

Hovedårsaken til ny avtale er hovedsakelig behov for oppdatering av etatsnavn og parter i avtalen, avklaring i forhold til databehandlervtaler på de ulike statistikkene innen helse- og sosialtjenesten, samt avklaring i forhold til KOSTRA og Samordningsrådet.

I forbindelse med oppdatering av avtalen foreslo SSB at FHI og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) skulle tas med som formelle avtaleparter. NAV er derfor med som formell avtalepart, mens FHI ønsket å beholde observatørstatus.

Sak 2 Tannhelse. SSB v/Trond Ekornrud og Arne Jensen presenterer resultat fra tre rapporter om tannhelse

Dokumentasjon:

- Rapporter 29/2010 Tannhelse. Personell og kostnader, tannhelsetilstand og tannlegebesøk (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelse>)
- Rapporter 51/2010 Tannhelsetilstand og tannlegetenester. Analysar av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelsetilstand-og-tannlegetenester>)
- Rapporter 7/2013 Udekt behov for tannlegetenester. Internasjonale samanlikningar og analysar av sosiale og regionale skilnader i Noreg (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/udekt-behov-for-tannlegetenester>)

SSB har utarbeidet tre rapporter på tannhelseområdet på oppdrag for Helse- og velferdsdirektoratet. De tre rapportene tar sikte på å omtale fakta og analysere ulike forhold på området, med utgangspunkt i flere nasjonale og internasjonale datakilder. Det ble trukket frem tre temaer i presentasjonen:

- Organisering, finansiering og kostnader i tannhelsetjenesten i Norge
- Internasjonale sammenligninger med EU og andre nordiske land
- Nasjonale analyser av sosiale og regionale forskjeller i tannhelsetilstand og tjenestebruk

Tannhelsetjenesten i Norge

Tannhelsetjenesten i Norge er todelt og består av en offentlig og en privat sektor. Den offentlige sektoren skal i all hovedsak yte subsidierte tannhelsetjenester til prioriterte grupper slik de er definert i tannhelsetjenesteloven, men kan også yte tjenester til voksne betalende dersom de har kapasitet til å behandle disse.

Virksomheten i privat sektor er ikke regulert i egen lovgiving og er primært finansiert gjennom egenbetaling. Tjenesten er markedsstyrt og pasientene er fortrinnsvis 21 år og eldre. Totale kostnader til tannhelsetjenester var ifølge Helseregnskapet (*System og Health Accounts*) 12,1 mrd. kroner i 2010, hvorav fylkeskommunale utgifter utgjorde 2,75 mrd. kroner, folketrygdens utgifter 1,4 mrd. kroner og private husholdningers utgifter 7,95 mrd. kroner.

Internasjonale sammenligninger

Helseregnskapet visert at Norge bruker 4. mest per innbygger på tannhelse av OECD-landene i 2010. Videre har Norge høyest tannlegedekning av de nordiske landene, selv om forskjellene ikke er store verken når det gjelder tannleger, tannpleiere eller tannlegespesialister. Når det gjelder kariesforekomst viser tall for de siste tretti årene en jevn nedgang for alle nordiske land, men f.eks. Sverige kommer litt bedre ut enn Norge når det gjelder kariesforekomst blant 12-åringer. Det er grunn til å tro at bedringen i kariesforekomsten blant barn skyldes at det over tid er stadig flere barn som pusser tennene daglig, selv om andelen som pusser tennene flere ganger om dagen går noe ned i Norge sammenlignet med resten av Norden. Det er dessuten stadig færre barn som drikker brus eller andre sukkerholdige drikker daglig, selv om det blant norske barn i noen aldersgrupper og spesielt blant gutter fortsatt er en ganske stor andel som drikker brus. Når det gjelder bruken av tannlegetjenester er andelen voksne som har vært hos tannlege siste 12 måneder høyest i Sverige blant landene i Norden, mens det udekte behovet for tannlegetjenester blant personer i alderen 16 år og eldre er på om lag 9 % i både Sverige og Norge.

EU har laget en helseportal hvor FHI har vært involvert fra starten av. Det er kun engelskspråklige publikasjoner, statistikker som tas med. Det skjer en årlig oppdatering i november hvert år. De som ønsker det kan sende aktuelle publikasjoner, forslag statistikker til FHI v/Heidi Lyshol.

Nasjonale analyser

Analysene tok sikte på å avdekke hvilke sosiale og regionale forskjeller det er i hhv. tannhelsetilstand, bruk av tannlegetjenester, egenbetaling og udekt behov for tannlegetjenester i Norge. Det ble særlig fokusert på hvilke faktorer som hhv. øker og reduserer sannsynligheten for å ha dårlig egenvurdert tannhelse, dårlig tannstatus (under 10 egne tenner igjen), gå sjelden til tannlege (mer enn 2 år siden), ha høy egenbetaling hos tannlege, udekt behov for tannlegetjenester og udekt behov for tannlegetjenester pga. økonomi. Det er i all hovedsak sosiale forskjeller langs alle disse dimensjonene, og da særlig etter inntektsnivå, mottak av stønad og utdanningsnivå. De regionale forskjellene er noe svakere og litt mindre entydig, men det er forskjeller etter landsdel og bostedsstrøk (tettbygd/spredtbygd).

Sak 3 FHI v/Heidi Lyshol

EU har laget en helseportal hvor FHI har vært involvert fra starten av. Det er kun engelskspråklige publikasjoner, statistikker som tas med. Det skjer en årlig oppdatering i november hvert år. De som ønsker det kan sende aktuelle publikasjoner, forslag statistikker til FHI v/Heidi Lyshol.

http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

Sak 4 Eventuelt

Kommende publiseringer fra SSB

- Levekårsundersøkelsen publiserer nye data 18.9.2013
- KUHR-data publiseres 18.9.13

Det blir åpent hus på FHI 20. og 21.9.13 i forbindelse med «Elleville folkehelsedager».

Neste møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk blir onsdag 20. november 2013. Alle parter (medlemmer og observatører) ble anbefalt å spille inn saker til møtet

Vedlegg E. Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk 20. november 2013

Til stede: Else-Karin Grøholt (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Hanne Narbuvoold (Hdir), Kirsti Strand (Hdir), Janne Lind (Hdir), Khalid Lafkiri (Hdir), Olav Gjestvang (Hdir), Anne Jensen (KS), Rupinder Kaur Sethi (NAV), Arne Jensen (SSB) ref., Hans Viggo Sæbø (SSB), Harald Tønseth (SSB), Jorun Ramm (SSB), Unni Grebstad (SSB)

Sak 1 Kvalitetsindikatorarbeid i Helsedirektoratet v/avdelingsdirektør Hanne Narbuvoold

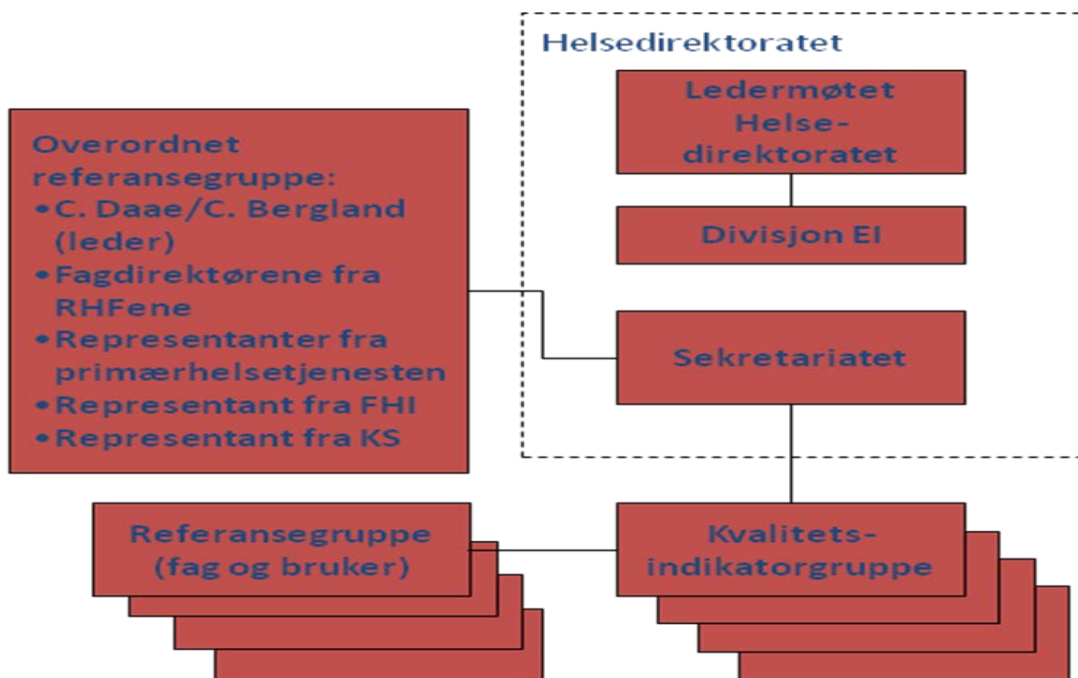
Dokumentasjon: PP-presentasjon

Det er særlig tre årsaker til at Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid med å utvikle og etablere et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem:

- [Rammeverk for nasjonale kvalitetsindikatorer i helsetjenesten](#) som ble publisert i 2010
- [Helse- og omsorgstjenesteloven](#) som trådte i kraft 1. januar 2012
- [Meld. St. 10 \(2012-2013\) God kvalitet - trygge tjenester](#) som ble godkjent 7. desember 2012

Det var i februar 2012 System for nasjonale kvalitetsindikatorer ble besluttet av ledermøtet i Helsedirektoratet. Modellen og rammeverket bygger på internasjonale erfaringer, og valgte fagområder skal blant annet være av helsepolitisk betydning. Modellen sørger for bred forankring i hele helsesektoren.

Figur 1. System for nasjonale kvalitetsindikatorer – modell



Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal legge til grunn følgende definisjon av kvalitetsbegrepet: "Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav, dvs. de krav vi allerede har i lov og forskrifts form."

Kvalitetsindikatorsystemet har flere formål og målgrupper, bl.a. å gi helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten et grunnlag og incitament til å drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer klassifiseres som strukturindikatorer (rammer, ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre, osv.), prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet som diagnostikk, behandling, screening og ventetid på utredning og behandling) og resultatindikatorer (overlevelse, reinnleggelser, tilbakefall, pasienterfaringer, osv.). Det er særlig politisk ledelse, men også helsetjenesten og brukere som foreslår hvilke fagområder som skal bli inkludert i kvalitetsindikatorssystemet.

Utviklingen av indikatorer er delt inn i ulike faser, hhv. 1) forberede og beslutte, 2) planlegge, utvikle, teste, 3) innhente data, publisere, og det er en egen metodikk for kvalitetsforbedring som ligger til grunn for arbeidet (*Deming's circle*). P.t. er det nedsatt kvalitetsindikatorgrupper og utført arbeid på områdene Pleie og omsorg, Psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten og Kreft, mens det er en gruppe på gang på området Psykisk helse og rus i primærhelsetjenesten i tillegg til at det vil bli nedsatt en kvalitetsindikatorgruppe for Hjerte/kar. All publisering vil skje på www.helsenorge.no, hvor det er en egen [kvalitetsportal](#) hvor sammenligninger kan gjøres på ulike nivåer (landsnivå, KOSTRA kommunegruppenivå, kommunenivå).

Sak 2 Kvalitetsindikatorarbeid i KS v/spesialrådgiver Anne Jensen

Dokumentasjon: PP-presentasjon

Det ble innledningsvis understreket at begrepet om kvalitet er komplekst og at utvikling av kvalitetsindikatorer er en kompleks øvelse. For eksempel er det sjelden enkelt å fastslå hva som følger av tjenester i seg selv og hva som følger av andre faktorer. Det overordnede formålet med indikatorene må dessuten være at de skal være til nytte for kommuner og andre tjenesteytende enheter som blir målt. I dialogen med kommunene har bl.a. KS erfart at det er behov for flere indikatorer og målepunkter som sier noe om kvalitet.

KS sitt grunnlag for arbeid med kvalitetsindikatorer er SØF-rapport nr. 2/12 [Bedre måling av kvalitet i kommunene](#) som ble publisert av NTNU v/Senter for økonomisk forskning i mai 2012. Rapporten fokuserte på objektiv resultat- og produktkvalitet, og tok for seg områdene pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sosialtjenesten, barnevernstjenesten, barnehagetjenesten og skolefritidsordningen. Siden den gang har arbeidet med kvalitetsindikatorutvikling fortsatt bl.a. gjennom arbeid i KOSTRAs arbeidsgrupper.

KS arbeider nå videre med å følge opp en ny rapport som er utarbeidet av Agenda Kaupang [Fagsystemer til nye kvalitetsindikatorer - for folkevalgt styring](#) som ble publisert av KS i september 2013. Rapportens utgangspunkt var den omtalte SØF-rapporten, og 67 indikatorer ble redusert til 14 på områdene pleie- og omsorgstjenesten (9 indikatorer), psykisk helsearbeid (3 indikatorer) og helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2 indikatorer). Kvalitetsindikatorene på disse områdene har vært og er til uttesting i respektive effektiviseringsnettverk (ASSS-nettverk for de ti største kommunene). En ny KS-rapport Kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner er ellers på trappene.

Sak 3 KOSTRA koordineringsgruppe for kvalitetsindikatorer - hvem, hva og hvordan v/seniorrådgiver Hans Viggo Sæbø

Dokumentasjon: PP-presentasjon

KOSTRA koordineringsgruppe for kvalitetsindikatorer består av representanter fra Kommunal- og regionaldepartementet (Arild Kormeseth), KS (Rune Bye og Chriss Madsen) og SSB (Hans Viggo Sæbø og Anni Fretheim). Kvalitetsindikatorer ble første gang publisert i KOSTRA i 2007. Indikatorene besto av uttrekk fra andre allerede eksisterende KOSTRA-indikatorer, og ble drøftet i seminarer med en rammeverksgruppe som pådriver. Siden den gang er indikatorsettet blitt litt komplett og kvalitetssikret. Formålet har vært og er at alle kommuner og de

fleste sektorer dekkes med et begrenset antall objektive indikatorer uten ekstra eller med begrenset oppgavebyrde.

Den tidligere omtalte SØF-rapporten 02/12 om måling av kvalitet i kommunene står sentralt for koordineringsgruppas arbeid. Mandatet for arbeidsgruppene i KOSTRA arbeidsgruppene understreker også at gamle/nye indikatorer skal opp til vurdering, og koordineringsgruppa skal bidra i arbeidsgruppens arbeid. Det er derfor gjennomført møter med arbeidsgruppens ledere. Det ble understreket at det er viktig å koordinere ulike innsatser og dra nytte av synergieffekter ved at flere miljøer arbeider med kvalitetsindikatorer.

I KOSTRA blir det brukt fire ulike typer av kvalitetsindikatorer – strukturkvalitet (ressurser, kompetanse), prosess (rutiner), produktkvalitet (tjenestenes innhold) og resultater (dekning av brukerbehov) – og fokus skal være å utvikle indikatorer som gir informasjon om de to sistnevnte, altså så langt ut i effektkjeden som mulig. Det er likevel viktig at det som skal bli målt skal være enkelt å måle og at data skal være lett tilgjengelig. Kravene til indikatorene er at de skal være relevante, pålitelige, sammenliknbare, tolkbare, påvirkbare og dokumenterte, mens indikatorsettet må være komplett nok, men ikke for stort. De største utfordringene viser seg å være pålitelighet og sammenliknbarhet, f.eks. i sammenheng med hvordan begreper blir innholdsbestemt.

I KOSTRA publiseres kvalitetsindikatorerne i egne faktaark etter type indikator, i tillegg til at de finnes publisert i generelle faktaark. P.t. blir det publisert i alt 104 kvalitetsindikatorer fordelt på resultatkvalitet (41 stk.), produktkvalitet (33 stk.), prosesskvalitet (6 stk.) og strukturkvalitet (24 stk.). Det jobbes videre med kvalitetsindikatorer i KOSTRA, bl.a. gjennom at et notat om veien videre er formidlet til alle arbeidsgruppene. I tillegg er det inngått et eget samarbeid med arbeidsgruppa innenfor KOSTRA helse- og omsorgstjenesten, hvor det er avtalt et seminar i Kommunal- og regionaldepartementets lokaler 22. januar.

Sak 4 KOSTRA sosialtjenesten og kvalitetsindikatorer - status og utviklingsmuligheter

Med utgangspunkt i kvalitetsindikatorer for sosialtjenesten ble det pekt på noen utfordringer med hensyn til «upartiske» mål. I seg selv vil et kvalitetsmål som økt gjennomstrømning trekke politisk oppmerksomhet (og ressurser) mot akkurat dette enkeltmålet, og bort fra andre og kanskje like viktige forhold. Noen indikatorer kan ligge tett opp mot produktivitetsmål (gjennomstrømning/ tilbakeføring), og derfor være i strid med interessene til (og attføringen av) svakere brukergrupper med behov for mer langsiktig innsats.

Det vil videre være en tendens til å måle enkle sammenhenger fremfor de forhold som reelt sett er viktigst for sektorens kvalitet. Bl.a. Riksrevisjonen har pekt på de farene for sosialtjenestens kvalitet som ligger i sen diagnostisering og ufullstendig journalføring. Slike forhold kan være langt mer avgjørende for kvaliteten på sektorens «output» (herunder overgang til ordinært arbeid) enn det som i dag måles.

Man har også en tendens til å overse målenes ev. ringvirkninger på tilgrensende sektorer. Det kan f.eks. være at et kvalitetsmål som økt overføring av klienter fra passiv situasjon til et offentlig tiltak, medfører uforutsette forstyrrelser på det ordinære, ufaglærte arbeidsmarkedet. Videre kan krav om arbeidsinnsats for unge sosialklienter fra dag 1 støte en del grupper vekk, uten at man vet hvilke byrder som derved oppstår for egen familie eller gjennom kriminalitet.

Sak 5 EventueltInternasjonalt

- OECD Health Care Quality Indicators (HCQI)
 - Tidligere 70 indikatorer som ble publisert i [Health at a Glance](#), men nå redusert
 - Helsedirektoratet deltar med Kunnskapssenteret for helsetjenesten
- Viktig at nasjonalt kvalitetsindikatorarbeid tar hensyn til internasjonalt arbeid på området
 - F.eks. WHO – NCD (Noncommunicable diseases)

Neste møte

- Innspill til temaer
 - Hvem rapporterer hva til internasjonale organisasjoner som f.eks. Eurostat, OECD og WHO?
 - Alle oppfordres til å spille inn saker
- Tidspunkt for neste møte
 - Mars 2014

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-8846-3 (elektronisk)



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway