

# Referat fra KOSTRA- arbeidsgruppemøte for Helse- og omsorgstjenester, 9. mai 2023

Ref yib

Møtet varte 09.30-14.30

## Til stede:

Bergen kommune:	Brynjar Skaar
Hamar kommune:	Halvor Haug
Vågå kommune:	Odd Erik Sveen
Helse- og omsorgsdepartementet:	Toril Berge Flatabø
Kommunal- og moderniseringsdepartementet:	Helga Aanderaa
Helsedirektoratet:	Mette Odden Grimeland Linda Haugan
Husbanken:	Hermund Urstad
KS:	Anne Gamme Martin Fjordholm
Statistisk sentralbyrå:	Dag R. Abrahamsen Trond Ekornrud Anne Brit Thorud Linda Allertsen (ikke sak 3-5) Merete Thonstad Bjarne Tautra Hoen Øyvind I. Berntsen Kari Anita Paulsen (sak 1-2)

## Saker:

Sak 1.	KOSTRA-funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer.....	2
Sak 2.	KOSTRA-funksjon 254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende.....	3
Sak 3.	KOSTRA-skjema 1 - rapportering på timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende.	7
Sak 4.	ASSS kommunehelse - føringspraksis .....	11
Sak 5.	Psykisk helse og rusarbeid i kommunene .....	20
Sak 6.	Legevakt - resultater fra kartleggingen (del E) og mulige nye spørsmål i skjema 1 ...	23
Sak 7.	Forslag til endring for bedre håndtering av plasser vs. rom i KOSTRA-skjema 5 .....	27
Sak 8.	KOSTRA regnskap: kjøp av tjenester .....	29

## Sak 1. KOSTRA-funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer

*Oppfølging: Deltakerne i arbeidsgruppen henstilles om å drøfte med sine respektive instanser interesse og muligheter for å sette av ressurser til å arbeide for en bedre tilrettelegging av utgiftsføring av rusomsorgstilbud, for eksempel ved å delta i arbeidsutvalg/gjenopplivet KOSTRA arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid.*

*Frist for tilbakemelding til SSB: 8. juni 2023*

*Fra møtet:*

SSB v/ Dag R. Abrahamsen orienterte om det pågående arbeidet med å kartlegge innholdet i F243 Tilbud til personer med rusproblemer. Funksjonen inneholder utgifter innen helse- og omsorgstjenester til tiltak for rusmiddelmissbrukere:

- a) Institusjonsopphold, kommunale og private
- d) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige

Siden slike institusjoner er definert som helse- og omsorgsinstitusjon iht. forskrift<sup>1</sup>, hører de mer naturlig hjemme under F253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. Å flytte utgiftsføring knyttet til rusomsorgsinstitusjoner vil med andre ord gi bedre samsvar mellom funksjonskontoplanen og lovverket. I tillegg vil dette gjøre kontoplanen mer oversiktlig, ved at F243 kun vil inneholde sosialtjenester til personer med rusproblemer, mens F253 vil inneholde alle helse- og omsorgstjenester i institusjon. Endringen vil også gi en tydeligere fordeling av utgiftene mellom ansvarsområdene til Arbeids- og inkluderingsdepartementet (F243) og Helse- og omsorgsdepartementet (F253). Endringen kan også gi bedre statistikk, siden koblinger mellom brukertall, ressurser og utgifter blir mer presise.

I forkant av en eventuell slik endring har SSB startet å kartlegge kommunenes utgifter til rusomsorgsinstitusjoner og andre utgifter til helse- og omsorgstjenesten som er ført på F243. Undersøkelsen vil gi en indikasjon på hva konsekvensene av en endring av F243 vil bli, både for F243 og F253. SSB har utarbeidet et spørreskjema hvor kommunen blir bedt om å føre opp utgifter til rusomsorgsinstitusjoner, og hvilken KOSTRA-funksjon utgiftene er ført på, og eventuelle øvrige helse- og omsorgsutgifter som kommunen har ført på F243. Kommunene får også anledning til å kommentere opplysningene. Spørreskjemaet har blitt sendt ut til et utvalg av 138 kommuner. Utvalget besto blant annet av kommuner med mer enn 20 000 innbyggere, og kommuner som hadde regnskapsrapportering som tydet på at kommunen har et rusomsorgstilbud. SSB har startet arbeidet med å analysere resultatene fra innsendte skjema. Frist for rapportering var 27.4.2023, men det kommer fortsatt daglig inn skjemaer. Mange kommuner rapporterer om store utfordringer i å plassere utgifter på denne funksjonen.

Behovet for kartleggingen ble tydelig da Oslo kommune begynte å registrere brukere av rusomsorgsinstitusjoner i KPR brukerdata, samtidig som utgiftene til rusomsorgsinstitusjoner korrekt iht. gjeldende kontoplan ble opprettholdt på f243. Også KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester har påpekt behovet for å kartlegge innholdet i F243. KS kommenterte at det er viktig å ha kunnskap om hvilke konsekvenser endringer i F243 kan få på tilskuddssystemet. SSB er også opptatt av å ha mer kunnskap for å komme videre i arbeidet med en ev. endring av F243. Husbanken kommenterte at nybygde bygninger for rusomsorg i hovedsak er omsorgsboliger, at det er viktig å kartlegge omfanget av botilbudet totalt.. SSB har sett at tilbud i rusomsorgsinstitusjon blir erstattet av botilbud i flere kommuner, og viste dessuten til kartleggingen av hjemmetjenester i KOSTRA skjema 6, som ved behov kan gjentas.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har tidligere vist interesse i å sammenligne resultatene som SSB samler inn gjennom denne kartleggingen med resultatene fra IS-24/8. SSB tar sikte på

---

<sup>1</sup> Jf. [Forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon, § 1 bokstav b.](#)

å publisere resultatene fra kartleggingen som et eget notat, forutsatt at det blir satt av ressurser til analyse og tolkning av det omfattende datamaterialet, bl.a. fagfolk utenfor SSB og finansiering.

## **Sak 2. KOSTRA-funksjon 254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende**

**Dokumentasjon:** Dokumentasjonsnotat «F254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende - forslag til oppdeling.docx», datert 2.5.2023. Oppdatert notat vil foreligge i arbeidsgruppens rapport til Samordningsrådet i juni.

**Vedtak:**

- 1. For regnskapsrapporteringen i 2024 foreslås KOSTRA-funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende avviklet, og erstattes av F257 Hjemmetjenester – bofellesskap/samløkaliserte omsorgsboliger med personellbase og F258 Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet med videre.*
- 2. Arbeidsutvalget for oppdeling av KOSTRA-funksjon 254 foreslås opprettholdt, og arbeider i så fall videre med detaljene knyttet til funksjonsbeskrivelsene.*
- 3. KOSTRA-skjema 4B foreslås opprettholdt for rapporteringen i 2024, i en forenklet form som speiler de nye funksjonene (dvs. uten målgruppeinndeling).*

**Oppfølging:**

- 1. Helsedirektoratet følger opp videre om*
  - a) avlastning for én bruker i ordinært bofellesskap skal regnes som avlastning utenfor institusjon eller i institusjon*
  - b) om plass for bruker under 18 år i ordinært bofellesskap skal regnes som barnebolig, og endres til ordinær bolig ved fylte 18*

*Frist: 5. juni 2023*

*Fra møtet:*

### **KOSTRA-skjema 4B – foreløpige resultater**

SSB orienterte om resultatene fra kartleggingen av KOSTRA-funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende som ble gjennomført gjennom det for anledningen nyopprettede KOSTRA-skjema 4B Utgifter til hjemmetjenester. Det var flere kommuner som kunne fordele hjemmetjenesteutgifter etter virksomhetstyper enn etter målgrupper. De fleste kommunene som kunne fordele utgiftene, fordelte minst 75 prosent av utgiftene. De fleste store kommuner kunne fordele en stor andel av utgiftene, mens halvparten av kommunene med mindre enn 5 000 innbyggere kunne fordele utgiftene til en viss grad.

Det var mange kommuner som meldte om utfordringer med å fordele utgiftene etter målgrupper, og under halvparten av kommunene kunne fordele utgifter til ulike målgrupper. Av kommunene som kunne fordele utgifter til bofellesskap/samløkaliserte omsorgsboliger med personellbase (boligbaser) kunne omtrent halvparten også fordele deler av utgiftene til boligbaser til ulike målgrupper. Det var med andre ord kun en tredjedel av kommunene som kunne fordele utgiftene til boligbaser på målgrupper.

Resultatene viste også at halvparten av utgiftene i de kommunene som kunne fordele, går til boligbaser, og i underkant av 30 prosent av utgiftene går til ambulerende hjemmetjeneste. Omkring 40 prosent av utgiftene går til tilbud tilrettelagt for personer med utviklingshemning, og 35 prosent av utgiftene går til tilbud tilrettelagt for eldre. Når det gjelder utgiftene til boligbaser går de i hovedsak (60 prosent) til tilbud tilrettelagt for personer med utviklingshemning.

## **Forslag til oppdeling av F254**

SSB foreslår at KOSTRA-funksjon 254 utgår, og erstattes av to funksjoner for regnskapsrapporteringen i 2024 (tekst pr 28.4.2023):

- F257 Hjemmetjenester – bofellesskap/samløkaliserede omsorgsboliger med personellbase
- F258 Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet med videre

### **257 Hjemmetjenester – bofellesskap/samløkaliserede omsorgsboliger med personellbase**

1. Helse- og omsorgstjenester til beboere i kommunale eller private samløkaliserede boliger, som gis fra
  - a) personellbase tilknyttet omsorgsboligene, registrert i Enhetsregisteret
  - b) andre virksomheter på samme sted som omsorgsboligene, som gir supplerende bistand, for eksempel et sykehjem som gir tjenester på nattetid
2. Gjelder følgende hjemmetjenester fra personellbase tilknyttet beboere i bofellesskap/samløkaliserede omsorgsboliger:
  - a) praktisk bistand og opplæring
  - b) helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste
  - c) avlastning (utenfor institusjon?)
- ~~3. Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2, skal føres på KOSTRA-funksjon 257 dersom brukeren får tjeneste fra personell fra en personellbase i tilknytning til omsorgsboligen. Ellers skal inntektene føres på KOSTRA-funksjon 258 Hjemmetjenester ambulerende virksomhet med videre.~~

Unntak:

4. Hvis en personellbase har utgifter til hjemmetjenester for brukere utenfor de tilknyttede samløkaliserede omsorgsboligene/bofellesskapet, skal denne delen av utgiftene føres på KOSTRA-funksjon 258 – Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet mv.
5. Ambulerende bistand fra andre virksomheter til kommunalt disponerte boliger med personellbase utgiftsføres på KOSTRA-funksjon 258 – Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet mv.
6. Utgifter til bygningsdrift og vedlikehold av kommunalt disponerte boliger og tilhørende fasiliteter, der det er en leiekontrakt om boligen mellom brukeren og kommunen, skal føres på KOSTRA-funksjon 265 Kommunalt disponerte boliger. Inntekter av husleie skal også føres på KOSTRA-funksjon 265.
7. Botilbud bygd opp rundt én enkeltbruker føres på F258 Helse- og omsorgstjenester fra ambulerende virksomhet mv.
8. Avlastningsopphold i avlastningsbolig eller på sykehjem skal utgiftføres på KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon, uavhengig av brukernes alder.
- ~~9. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på KOSTRA-funksjon 840 Rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd.~~

### **258 Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet med videre**

1. Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende i private hjem eller kommunalt disponert bolig, som gis fra en ambulerende virksomhet, herunder:
  - a) Praktisk bistand og opplæring
  - b) Brukerstyrt personlig assistanse
  - c) Avlastning utenfor institusjon

- d) Omsorgstønad
  - e) Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste
- ~~2. Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2, skal føres på KOSTRA-funksjon 257 dersom brukeren får tjeneste fra personell på stedet. Ellers skal inntektene føres på KOSTRA-funksjon 258 Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet med videre.~~

Unntak:

- 3. Helse- og omsorgstjenester som gis fra en personellbase til brukere i samlokalisert bofellesskap/omsorgsboliger på stedet, skal føres på KOSTRA-funksjon 257 Hjemmetjenester – bofellesskap/samlokaliserte omsorgsboliger med personellbase.
- ~~4. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på KOSTRA-funksjon 840 Rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd.~~

### **Arbeidsutvalget for oppdeling av F254 foreslår opprettholdt**

I forslaget datert 28.4.2023 og behandlet på arbeidsgruppemøtet er det fortsatt noen detaljer knyttet til funksjonsnavnene og innholdet i funksjonsbeskrivelsene som må avklares ytterligere. SSB foreslår derfor at arbeidsutvalget for oppdeling av F254 jobber videre med dette opp mot KOSTRA regnskapsgruppe og KOSTRA Samordningsråd. Det dreier seg blant annet om:

- målgrupper skal nevnes eksplisitt i funksjonsbeskrivelsene
- hvilke tjenester som skal nevnes eksplisitt i funksjonsbeskrivelsene,
- rekkefølgen på tjenestene som nevnes eksplisitt i funksjonsbeskrivelsene bør justeres,
- inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring skal nevnes i funksjonsbeskrivelsene,
- unntaket knyttet til avlastningsopphold i avlastningsbolig skal inkludere tekst om brukerens alder,
- unntaket knyttet til vertskommunetilskudd HVPU skal nevnes i funksjonsbeskrivelsene

### **KOSTRA-skjema 4B Utgifter til hjemmetjenester foreslår opprettholdt**

SSB foreslo også at KOSTRA-skjema 4B Utgifter til hjemmetjenester opprettholdes for rapporteringen i 2024, med rapporteringsfrist 15.4, i en forenklet form som speiler de nye funksjonene (dvs. kun inndeling i virksomhetstype, og ikke målgruppe). Dette kan bidra til å kvalitetssikre regnskapsrapporteringen, og kan gi informasjon om inndelingen av F254 også for 2023-årgangen. Og ikke minst vil rapportering som speiler den regnskapsføringen som skal påbegynnes 1.1.2024 fungere veiledende for kommunene ved innarbeiding av de nye funksjonene. Kommunene vil også gjennom skjemaet ha mulighet til å kommentere valg og eventuelle utfordringer de måtte ha med den nye rapporteringen, noe de ikke har anledning til kun ved filuttrekk av regnskapsdata.

### **BPA i bofellesskap**

KS viste til undersøkelser som ASSS har gjennomført av BPA-ordningen. Det er tilfeller av at brukere i samlokaliserte bofellesskap mottar BPA, som tilsier at det kan være nødvendig å nevne denne tjenesten i funksjonsbeskrivelsen av F257. SSB presiserte at tjenestene som ev. skal nevnes i beskrivelsen er KPR-tjenester, som BPA er. Dermed får en best mulig konsistens mellom omfang av tjenester registrert i brukerdata og utgifter.

### **Egenandel for praktisk bistand og opplæring**

SSB ba om innspill på teksten knyttet til egenandel for praktisk bistand og opplæring, og om det er nødvendig å nevne dette i funksjonsbeskrivelsen. Bergen kommenterte at dette er godt kjent for kommunene, og ikke behøver å nevnes eksplisitt.

### **Vertskommunetilskudd HVPU**

SSB ba om innspill på teksten knyttet til [vertskommunetilskudd HVPU](#). Dette blir videre håndtert av arbeidsutvalget og Kostras regnskapsgruppe.

### **Yngre personer med bevegelsesnedsettelse**

SSB kommenterte at yngre personer med bevegelsesnedsettelse ikke var en egen målgruppe i KOSTRA-skjema 4B. Resultatene fra KOSTRA-skjema 6 Hjemmetjenestevirksomhet viste at denne målgruppen ofte får tilbud fra virksomheter som også gir tilbud til personer med utviklingshemning.

### **Påvirkning på tilstøtende funksjoner**

SSB kommenterte at det er nødvendig å kartlegge om endringen i F254 kan føre til bevegelser på F253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. Inndelingen av F254 kan avdekke feilføring eller utilsiktede forskjeller i utgiftsføringen mellom kommuner. Særlig kan dette gjelde integrerte tjenester, f.eks. der sykehjem bistår nærliggende boliger. KS kommenterte at slike endringer kan oppstå som følge av høyere bevissthet, og at presisjon i veiledningsmaterialet kan hjelpe til å avdekke feil i føringspraksis.

### **Barnebolig og avlastningsbolig**

Helsedirektoratet viste til et høringsnotat forut for Forskrift for helse- og omsorgsinstitusjon. Der heter det at «Særskilte boliger som brukes til avlastningsopphold skal regnes som institusjon». KS påpekte at status på avlastningsboliger endrer seg idet brukeren fyller 18 år. SSB kommenterte at dette er utfordrende å håndtere i praksis, og at dette også berører registrering i Enhetsregisteret.

### **Kom opp etter møtet**

Helsedirektoratet har ettersendt juridisk vurdering med hensyn til hva som er å anse som institusjon når det gjelder barne- og avlastningsboliger:

*Dette får Helsedirektoratet mye spørsmål om og det kommer signaler om at det oppleves krevende å sette helt klare grenser. I høringsnotatet forut for institusjonsforskriften står det følgende:*

*«Alle heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud utenfor foreldrehjemmet for barn og unge som har behov for tjenester på grunn av funksjonshemninger skal regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Dette gjelder ikke tiltak der barna eller de unge oppholder seg der bare på dagtid.*

*Avlastning for disse barna/unge kan organiseres på mange måter. Hvis kommunen har særskilte boliger som regelmessig benyttes til avlastningsopphold, skal imidlertid disse regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenestelov § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c.»*

*Etter dette vil det være riktig å registrere alle tilbud utenfor privat hjem der det regelmessig gis avlastning til et eller flere barn som «avlastning i institusjon».*

### **SSB tolker dette slik:**

Da forstår vi det slik at en enkeltplass som brukes som avlastning på korttid eller barnebolig på langtid, skal føres som institusjonstjeneste, også når dette gjelder enkeltplass i en omsorgsbolig med bemanning/bofellesskap med plasser som ellers sorterer under hjemmetjeneste.

Vi forstår det også slik at når et barn fyller 18 år, må tjenestevedtak endres fra institusjon til hjemmetjeneste om tjenesten gis fra omsorgsbolig/bofellesskap eller annet tilbud i hjemmetjenesten.

Er det snakk om kun 1 frittstående plass utenfor bofellesskap, skal da etter en slik tankemåte institusjonstype endres i Enhetsregisteret fra 87.305 Barnebolig til 87.302/87.303 Omsorgsbolig/bofellesskap med fast tilknyttet bemanning hele/deler av døgnet... Men siden SSB av personvern hensyn ber kommunene om å ikke skille ut virksomheter med kun én plass som egen enhet (men la det inngå i passende eksisterende enhet), blir dette problemet mindre. Det er likevel en del slike enkelttilbud driftet av private, men en kan her sannsynligvis iverksette spesielle tiltak for i alle fall å unngå å publisere adresse i Enhetsregisteret.

### **Sak 3. KOSTRA-skjema 1 - rapportering på timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende**

*Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår at det utføres en kartlegging blant alle kommuner i KOSTRA-skjema 1 for 2023-årgangen. Omfanget av kartleggingen vil ikke være stor, om lag to til tre spørsmål. Kartleggingen skal gi oversikt over hvorvidt timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende er holdt utenfor eller inkludert i timeverksrapporteringen, og eventuelt på hvilken funksjon disse timene er ført.*

*SSB utformer forslag til spørsmål som skal inngå i kartleggingen, og arbeidsgruppen vil få dem til gjennomsyn og kan komme med forslag til justeringer.*

### **Fra saksdokumentene**

#### **Sak 3.1.1 Bakgrunn**

Denne saken omhandler føring av timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende i KOSTRA-skjema 1, del 3-1 «Antall avtalte timeverk av fysioterapeuter» (timeverksmatrisen).

Matrisen for føring av timeverk av fysioterapeuter i skjema 1 omfatter funksjonene 241, 232, 233, 253, 256 og 120. Funksjon 254 **Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende** er per nå ikke inkludert i timeverksmatrisen. Det er dermed en risiko for at slike timeverk holdes utenfor kommunenes rapportering og at statistikken over timeverk/årsverk av fysioterapeuter ikke er heldekkende.

**3-1. Antall avtalte timeverk av fysioterapeuter. Antall timer per uke. Oppgis med to desimaler.**

- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke ved utgangen av året - **ikke årsverk**
- Ikke medregnet legevakt
- Ikke medregnet fengselshelsetjenesten
- Ikke medregnet overtid, full stilling regnes som 36 timer per uke
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar
- Det er bare avtalefestede timeverk som skal rapporteres
- Timeverk benyttet til koronatiltak som smittesporing og opplysningstelefon føres under f233. Døgnpost for koronapasienter føres på f256.

	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241)	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Ø-hjelp døgnoophold "KAD" (funksjon 256)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Fysioterapeut med driftsavtale							
Fastlønnede fysioterapeuter							
Turnuskandidater							
I alt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

I Veileder til kontoplan i KOSTRA<sup>2</sup> er funksjon **254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende** beskrevet slik:

**254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende**

1. Praktisk bistand og opplæring
2. Brukerstyrt personlig assistanse
3. Avlastning utenfor institusjon
4. Omsorgsstønad
5. Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste
6. Tiltak til rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig («hjemmeboende») som faller inn under hjemmesykepleie, praktisk bistand og avlastning.
7. Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2.
8. Avlastningsopphold i avlastningsbolig eller på institusjon registreres under funksjon 253.
9. Vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840.

Det spesifiseres ikke i veilederen, under funksjon 254, noe nærmere om føring av utgifter og årsverksinnsats knyttet til fysioterapeuter.

Under funksjon 241 i samme veileder står det imidlertid at:

«(..) utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre personellgrupper hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS<sup>3</sup>, skal føres i sin helhet på funksjon 241, ikke funksjon 254».

<sup>2</sup> <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen-i-kostra/id551573/>

<sup>3</sup> Her må arbeidsgruppen spille inn til KOSTRA regnskapsgruppe at IPLOS endres til Kommunalt Pasient- og Brukerregister (KPR)



## 241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

1. Utgifter til allmenmedisin:
  - a. Basistilskudd fastleger per capita tilskudd
  - b. eventuelle kommunale legekontor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekontor
  - c. legevakt
  - d. fengselshelsetjenesten
  - e. turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
  - f. fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapipraksis)
  - g. ergoterapi
  - h. hjelpefunksjoner til fysioterapeuter og ergoterapeuter.
  - i. formidling av hjelpemidler (ekskl. arbeidsinnsats knyttet til vurdering/utplassering av hjelpemidler som utføres av personell knyttet til funksjonene 234, 253 eller 254)
  - j. tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning
2. For fysioterapeuter eller ergoterapeuter som kun arbeider med en bestemt målgruppe f.eks. i helsestasjon eller aldersinstitusjon, benyttes relevant funksjon, jf. punkt 5.3 om fordeling. Tilsvarende vil legers arbeidstid tilknyttet offentlige tilsynsoppgaver høre hjemme på respektive funksjoner (f.eks.232, 253 osv.). **Merk dog at utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre personellgrupper hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS, skal føres i sin helhet på funksjon 241, ikke funksjon 254.** Praktisk kompensasjon\*, reiseutgifter og ev. husleietilskudd som er avtalt med den enkelte lege, føres på samme funksjon som legens lønn. De samfunnsmedisinske oppgavene legene ivaretar som f.eks. miljørettet helsevern vil i stor grad høre hjemme på funksjon 233. \*) *Den kompensasjon legen tildeles som følge av tapt arbeidsfortjeneste ved å utføre en offentlig oppgave framfor å være i egen privat praksis.*

Av dette følger det at utgifter og årsverk av fysioterapeuter (og de øvrige personellgruppene) hvis timer registreres med antall timer i KPR brukerdata (tidl. IPLOS), skal føres på funksjon 254.

Ettersom det ikke er en egen kolonne for funksjon 254 i matrisen for timeverk av fysioterapeuter i KOSTRA-skjema 1, er det som nevnt en risiko for at det kan mangle timeverk av fysioterapeuter som er knyttet til denne funksjonen.

### ***Sak 3.1.2 Hva vet vi om føringspraksisen knyttet til timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende?***

Hvilken praksis kommunene har for føring av timeverk av fysioterapeuter, som ifølge veilederen skal føres på Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (f 254), har vi ingen god oversikt over.

Høsten 2022 gjorde SSB undersøkelser blant bydelene i Oslo, med spørsmål om timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende var inkludert i rapporteringen av timeverk i skjema 1 eller ikke. Undersøkelsen ble besvart av/omfattet 12 bydeler og tilbakemeldingen tyder på at bydelene i all hovedsak **ikke** utelater timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende fra rapporteringen i skjema 1.

1 av 12 bydeler beskrev at de holdt slike timeverk utenfor (bydelen presiserte at dette gjaldt et lite antall timer). 11 av 12 bydeler svarte at slike timeverk var inkludert i rapporteringen. 6 av disse 11 bydelene beskrev videre at timene var ført på funksjon 241. De øvrige fem bydelene spesifiserte ikke hvilken funksjon som var benyttet. Undersøkelsen tyder altså på at det for bydelene i Oslo ikke er store mangler knyttet til timeverk av fysioterapeuter.

Videre har SSB fått følgende spørsmål/ kommentar fra ASSS-kommunene, vedr. veilederen til kontoplanen i KOSTRA og utgiftsføring:

«**Hverdagsrehabilitering - 241 eller 254?** F241: Her står det at det skal skilles mellom hvorvidt timer er registrert i IPLOS eller ikke. Dette fører i noen tilfeller til at helt like tjenestetilbud føres på ulike funksjoner, dvs. 241 og 254. Er dette tilsiktet? Ref. at KOSTRA-funksjon skal knyttes til behov, som jo er det samme for tjenestemottakeren. **Nettverket har tidligere konkludert med at 241 skal brukes uansett,** det må være fordi man var uenig med veileder, ref. punktet over.»

Kommentaren som er markert over kan også vitne om en føringspraksis blant de største kommunene der timeverk tilknyttet funksjon 254 ikke holdes utenfor, men inkluderes i funksjon 241.

### **Sak 3.1.3 Veien videre**

For å sikre at statistikken over timeverk av fysioterapeuter er heldekkende, og at timer som ifølge veileder skal føres på funksjon 254 ikke havner utenfor statistikken, bør det vurderes om funksjon 254 skal inkluderes i timeverksmatrisen for fysioterapeuter i KOSTRA-skjema 1.

Det er samtidig indikasjoner på at slike timeverk allerede kan være inkludert i det som rapporteres i skjema 1, men omfanget er uvisst.

Ettersom det er uklart hvordan føringspraksisen er blant kommunene, kan det i første omgang være hensiktsmessig å få en bedre oversikt over hvorvidt timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende (f254) er holdt utenfor eller inkludert i timeverksrapporteringen, og eventuelt på hvilken funksjon timeverkene er rapportert.

En inklusjon av funksjon 254 i timeverksmatrisen vil medføre et tidsseriebrudd for statistikken over årsverk av fysioterapeuter. Gjennom en kartlegging av føringspraksis blant kommunene vil man også få bedre kunnskap om karakteren til og omfanget av tidsseriebruddet.

SSB forslår derfor at det i KOSTRA-skjema 1 for 2023 årgangen gjøres en kartlegging blant alle kommuner om hvorvidt timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende (f254) er holdt utenfor eller inkludert i timeverksrapporteringen. Kartleggingen vil ikke være stor i omfang, om lag to til tre spørsmål i skjema.

Når resultatet av denne kartleggingen er på plass og man har bedre kunnskap om dagens føringspraksis, så kan en inklusjon av funksjon 254 i timeverksmatrisen vurderes gjennomført for 2024-årgangen.

### **Sak 3.1.4 Forslag til vedtak**

SSB foreslår at arbeidsgruppen vedtar at det utføres en kartlegging blant alle kommuner i KOSTRA-skjema 1 for 2023-årgangen. Omfanget av kartleggingen vil ikke være stor, om lag to til tre spørsmål. Kartleggingen skal gi oversikt over hvorvidt timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende er holdt utenfor eller inkludert i timeverksrapporteringen, og eventuelt på hvilken funksjon disse timene er ført.

### **Referat fra arbeidsgruppemøtet**

Merete Thonstad (SSB) presenterte bakgrunnen for saken og rapportering av timeverk for fysioterapeuter i KOSTRA-skjema 1 punkt 3-1, og hvorvidt det er behov for å inkludere funksjon 254 i timeverksmatrisen.

Matrisen for føring av timeverk av fysioterapeuter i skjema 1 omfatter funksjonene 241, 232, 233, 253, 256 og 120, mens funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende ikke er inkludert. Det er dermed en risiko for at slike timeverk holdes utenfor kommunenes rapportering, og at statistikken over timeverk/årsverk av fysioterapeuter ikke er heldekkende.

For å sikre at statistikken over timeverk av fysioterapeuter er heldekkende, og at timer som ifølge veileder skal føres på funksjon 254 ikke havner utenfor statistikken, bør det vurderes om funksjon 254 skal inkluderes i timeverksmatrisen for fysioterapeuter i KOSTRA-skjema 1. Det er samtidig indikasjoner på at slike timeverk allerede kan være inkludert i det som rapporteres i skjema 1, men omfanget er uvisst.

SSB foreslår derfor at arbeidsgruppen vedtar at det utføres en kartlegging blant alle kommuner i KOSTRA-skjema 1 for 2023-årgangen. Omfanget av kartleggingen vil ikke være stor, om lag to til tre spørsmål. Kartleggingen skal gi oversikt over hvorvidt timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende er holdt utenfor eller inkludert i timeverksrapporteringen, og eventuelt på hvilken funksjon disse timene er ført. Det kan også vurderes å spørre om hvor mange timeverk som skulle vært ført på f254 om funksjonen hadde ligget i matrisen.

Arbeidsgruppen var positive til forslaget om en kartlegging via skjema 1 før man eventuelt velger å ta inn funksjon 254 inn i timeverksmatrisen.

#### **Sak 4. ASSS kommunehelse - føringspraksis**

*Vedtak: 1. a) SSB får mandat til å følge opp de innspillene fra ASSS som er relevante for arbeidsgruppen. I den forbindelse ønskes innspill fra medlemmene i etterkant av møtet på de enkelte punktene i notatene fra ASSS  
1b) Det kan også bli nedsatt et utvalg fra arbeidsgruppen til å drøfte innspillene mer inngående.*

*2. Helsedirektoratet ser nærmere på helsestasjonsbegrepene for innvandrere og for eldre under f233, og om en eventuell alderspresisering i f232.*

*3. KDD følger opp internt innspillene om  
a) hvorvidt føring av øremerkede tilskudd burde være på relevant funksjon eller sammen med rammetilskudd  
b) ASSS sitt ønske om en mer interaktiv nettside for regnskapsveilederen*

I samband med ASSS-kommunehelsesamlinga i Sandnes 3.-4. har nettverket i forkant sendt over eit notat (vedlegg ASSS-kommunehelse\_føringspraksis) om føringspraksis av utgifter til SSB. SSB vil delta på samlinga i Sandnes, men det er fint om arbeidsgruppa kan sjå på spørsmåla/innspela frå ASSS. Det er fleire spørsmål knytt til kor ein skal føra ulike deltenester, stillingar og oppgåver. I tillegg er det fleire stader dei peikar på at rekneskapsrettleiaren er uklår og kan føra til ulik praksis for føring. Det kan difor vera grunn for arbeidsgruppa og vurderer om det er behov for tekstlege presiseringar i rekneskapsrettleiaren.

#### **Fra saksdokumentene**

##### **Sak 4.1.1 Første notat fra ASSS**

###### **Sak 4.1.1.1 Om KOSTRA-veilederen**

Vi opplever at veilederen ikke i tilstrekkelig grad greier å bidra til lik føringspraksis i kommunene. Kan SSB si noe om Kostrahjelp.no? Kan kommunene forholde seg til svarene herfra som «fasit»?

KOSTRA-SPM: Disse har vi etter hvert forstått er spørsmål som er stilt og besvart pr kalenderår av Fylkesmann/Statsforvalter. De er ikke lett tilgjengelig, hvorfor ikke? Kostrahjelp.no hjelp refererer ofte til disse. Og hvis man bruker Statsforvalteren, kan man være sikker på at man får samme svar uavhengig av fylke?

Å kun distribuere KOSTRA-veilederen i pdf-format oppleves utdatert. Det samles utrolig mye informasjon gjennom KOSTRA-rapporteringer. Vi mener at det burde legges mer ressurser i å hjelpe kommunene til riktig og lik føringspraksis. Veilederen burde hatt/vært en egen nettside, hvor man også kunne finne tidligere KOSTRA-SPM og stille egne spørsmål. Alle spørsmål og svar burde publiseres og slik være til hjelp for andre kommuner. Med god søkefunksjon og kobling til alle tidligere stilte spørsmål tilknyttet den enkelte funksjon, ville nok det etter hvert ofte være tilstrekkelig å bruke nettsidene til å få svar på det man lurer på.

KOSTRA på ssb.no oppleves lite brukervennlig og vanskelig å orientere seg i. Hvorfor ikke jobbe mer med brukervennlighet, og legge inn veileder og Kostrahjelp-funksjon der?

Om innhold i veilederen: hvor enkelt er det å få inn nye presiseringer? Vi ser behovet for å avveie mellom å være kort og konsis, og å gi tilstrekkelig med informasjon til å kunne velge riktig funksjon. Som kommuner føler vi ofte behov for flere eksempler. Samtidig vil man med digital versjon kunne ha en mer fleksibel tilnærming mht. utforming med hovedpunkter og underpunkter. Kobling mot allerede stilte spørsmål vil også kunne redusere behovet for mange konkrete eksempler i hovedteksten.

#### **Sak 4.1.1.2 Om legevakt**

Mange kommuner opplever store utfordringer med driften av legevakt, og et enklere sammenligningsgrunnlag kunne være til nytte. I dag er det blandet sammen med øvrig legevirkosomhet på funksjon 241. Hva skal til for å få en egen funksjon? Alternativt en annen måte å skille ut informasjon om legevakt?

#### **Sak 4.1.1.3 Om føringspraksis**

##### *Sak 4.1.1.3.1 Kommuneoverlege/kommunelege*

Det er ulik føringspraksis for kommuneoverleger i ASSS: F120,233,241,253,254,301. Vi mistenker at det kan ha med å gjøre at veilederen på dette området ikke passer så godt til større kommuner. I veilederen brukes begrepet kommunelege, er dette et begrep som brukes i mindre kommuner? I større kommuner kaller vi det kommuneoverlege. Veilederen bør beskrive bedre hvilken/hvilke funksjon(er) denne rollen bør føres på.

Drammen har spurt Kostrahjelp.no til råds, kan vi følge svaret deres (se vedlegg kommuneoverlege lenger ned)? I så fall kan dette også være et innspill til bedre veileder.

##### *Sak 4.1.1.3.2 Tjenester til flyktninger*

Hva ligger i begrepet «helsestasjon for innvandrere» under F233? Og er innvandrere og flyktninger det samme?

Fra Hdir ([Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente - Helsedirektoratet](#)): Helseundersøkelser av asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente: undersøkelse for tuberkulose, tidlig helsekartlegging og identifisering av oppfølgingsbehov, nyfødtscreening, hørselsscreening, vaksinasjon innen tre måneder, helseundersøkelse ved tre måneder etter ankomst. Antar at alt dette er F233? Evt. nyfødtscreening, hørselsscreening = F232?

Legetjenester etter dette = 241 - å anse som fastlegetjenester? Hdir ([Finansiering av helsetjenester til asylsøkere - Helsedirektoratet](#)): «Dersom det er behov for legeundersøkelse før asylsøkeren har fått tildelt fastlege, må denne utføres av annen fastlege eller i regi av legevakt.»

Generelt bør vel tjenestetilbud til flyktninger føres på samme funksjoner som tilsvarende tilbud til resten av befolkningen, selv om det er organisert som en egen flyktninghelsetjeneste? Jfr. spm om hva som ligger i begrepet helsestasjon for innvandrere under F233.

#### *Sak 4.1.1.3.3 Forebyggende arbeid og grensegangen mot behandling + området psykisk helse og rus*

Dette er det desidert vanskeligste temaet i arbeidet med føringspraksis, alle kommunene opplever utfordringer på dette området. Det ligger noen vedlegg under lenger ned, ref. forebyggende arbeid.

#### *Forebygging vs. Behandling*

Hva betyr "forebyggende" i KOSTRA-sammenheng? Skal man forebygge at skade eller sykdom oppstår eller også redusere skadeomfang/hindre forverring av tilstand? Når går dette over til å være behandling?

Eksempler (noen av disse kommer som egne tema lenger ned): feltsykepleie, psykososialt kriseteam, tverrfaglig lavterskeltilbud ved rusproblematikk (inkl. lege), rask psykisk helsehjelp. Se også punkt Helsestasjon under.

#### *Psykisk helse og rus – vanskelig på alle områder*

Psykisk helse og rus er generelt et vanskelig område, og det er svært ulik føringspraksis i kommunene. Disse gruppene har også somatiske helseutfordringer. Det er vanskelig å lese ut av veilederen hvor tjenester til denne gruppen skal føres, utover det som er nevnt under F243 og F254. Grensegang F243 og F241 er vanskelig, og F254 er også litt uklar, ved at «psykisk helsetjeneste» er nevnt der. Hva betyr sistnevnte for grensegangen F254 mot F241? Å skille mellom psykisk helse og rus er problematisk, siden svært mange har kombinert rus- og psykisk helseproblematikk. F243 tematiserer kun rus.

#### *Sosialt forebyggende arbeid - grensegang 233 mot 242*

F233 sier bl.a. «annet forebyggende arbeid etter helse- og omsorgsloven § 3-3 Helse- og omsorgstjenesteloven». I nevnte lov står det bl.a. «forebygge sosiale problemer». Samtidig tilhører sosialt forebyggende arbeid F242. Det er vanskelig å vurdere hvilke typer sosialt forebyggende tjenester som skal føres på F233. F242 nevner også «forebyggende rusmiddelarbeid», hva ligger i dette?

#### *Sak 4.1.1.3.4 Helsestasjon*

Veilederen sier under F232: «All helsestasjonstjeneste», samtidig som den definerer at helsestasjon for eldre og for innvandrere skal føres på F233. Det er forvirrende. Behov for at F232 presiserer at 232 gjelder kun barn og unge, samt at F233 presiserer hva som ligger i begrepet helsestasjon når det brukes der.

Kommunene opplever en uklar grensegang mellom F232 og F233 for barn og unge. Tjenestetilbud som i noen kommuner ligger hos helsestasjon er hos andre organisert utenfor. Dette kan påvirke valg av funksjon. Her er det behov for bedre presisering i veilederen. F232 refererer til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, som åpner for vid tolkning av forebyggende tjenester.

Hvilke forebyggende tjenester til barn og unge skal føres på F232, hhv. F233? Kostrahjelp.no skriver eksempelvis at lavterskeltilbud innenfor psykisk helse for barn og unge kan føres på 232 (se vedlegg helsestasjon). Asker har helsesykepleier på F232, men psykolog, familieterapeut og tverrfaglig spesialist på F233. Andre eksempler: forsterket helsestasjon med tilbud til gravide og småbarnsfamilier med rushistorie, for å forebygge rusbruk, overvektsteam.

*Sak 4.1.1.3.5 Hverdagsrehabilitering – 241 eller 254?*

F241: Her står det at det skal skilles mellom hvorvidt timer er registrert i IPLOS eller ikke. Dette fører i noen tilfeller til at helt like tjenestetilbud føres på ulike funksjoner, dvs. 241 og 254. Er dette tilsiktet? Ref. at KOSTRA-funksjon skal knyttes til behov, som jo er det samme for tjenestemottakeren.

Nettverket har tidligere konkludert med at 241 skal brukes uansett, det må være fordi man var uenig med veileder, ref. punktet over.

Under F241 står det «fysio/ergo som KUN arbeider med en bestemt målgruppe». Samtidig viser veilederen til pkt 5 om fordeling. Kan være litt forvirrende, kanskje greit å droppe «kun» i veilederen?

*Sak 4.1.1.3.6 Forebyggende hjemmebesøk*

Det virker naturlig at forebyggende hjemmebesøk hører inn under F233. Ulik praksis i kommunene handler kanskje først og fremst om at ikke alle splitter lønn mellom 254 og 233, hvis det ikke er dedikerte ressurser til dette formålet.

Det kan kanskje være lurt med en presisering under F254 (og under F241) av at hverdagsrehabilitering skal på 233?

*Sak 4.1.1.3.7 Psykososialt kriseteam*

Hdir: «...sentral del av kommunenes tilbud for å forebygge og avhjelpe allerede oppståtte traumer». Går det an å si noe generelt om hvor psykososialt kriseteam hører hjemme ut fra denne definisjonen? Så kan det være ulikt hvilket tilbud den enkelte kommune har i praksis.

Noen bruker funksjonene der medlemmene av teamet ellers føres, andre fører alt på F233, F241, F242 eller F339.

*Sak 4.1.1.3.8 Tilskudd frivillige organisasjoner*

Kunne veilederen nevnt føring av tilskudd til frivillige organisasjoner under relevante funksjoner? Eksempler kan være Fontenehus, Alternativ til vold, brukerorganisasjoner rus, Frelsesarmeen, Røde kors.

*Sak 4.1.1.3.9 Folkehelsekoordinator og barnekoordinator*

Folkehelsekoordinator: KOSTRA-SPM 13-003: i hovedsak 233, men kan være 120, 301 evt. andre iht. arbeidsoppgaver.

Barnekoordinator: Denne er ny, og det er fint om vi kan få råd om KOSTRA-funksjon. Er 254 riktig funksjon?

*Sak 4.1.1.3.10 KOSTRA-skjema 1 (Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)*

Vi har registrert at det er flere kommuner som fører regnskap på én funksjon, men rapporterer årsverk på en annen. Dette må den enkelte kommune rydde opp i. Har det med her mest for å gjøre oppmerksom på problemet. Kan dette tydeliggjøres i veilederen for å unngå at dette vedvarer?

*Sak 4.1.1.3.11 SLT-funksjon (rus og kriminalforebyggende)*

SLT- koordinator (Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak) – hvilken KOSTRA-funksjon?

Ifølge Konfliktrådet: «Modellen bidrar til å koordinere informasjon, kunnskap og ressurser mellom kommunale aktører og politi, samt næringsliv og frivillige organisasjoner når dette er naturlig.»

Kommunene fører denne på F233 eller F242, evt. delvis på F120. Hva er riktig? Ref. også grensegang sosialt forebyggende arbeid F233 og F242.

#### *Sak 4.1.1.3.12 Feltpleie*

Vi trenger hjelp til plassering av «felt(syke)pleie», her brukes både F241, F233 og F243. Det kan nok være noe ulikt tilbud i kommunene, men kjernen virker å være den samme.

Definisjon Asker: «Feltsykepleie er et lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige over 18 år som oppholder seg i Asker. Feltsykepleie involverer hovedsakelig skadereduksjon, somatisk helsehjelp og forebygging av overdoser. Tjenesten er gratis og timebestilling er ikke nødvendig.» Det står også «...avlaste det ordinære hjelpeapparatet som for eksempel fastlege, legevakt og kommunehelsetjenesten».

#### **Sak 4.1.1.4 Vedlegg**

##### *Sak 4.1.1.4.1 Kommuneoverlege*

*Svar fra Kostrahjelp.no på spørsmål fra Drammen og kommuneoverlege og KOSTRA-funksjon*

Hvilke funksjoner som lønn til kommuneoverlege skal rapporteres på avhenger av hvordan stillingen er fordelt mellom kommuneoverlegens ulike arbeidsoppgaver. Etter KOSTRA Hovedveileder rapporteres utgifter og inntekter på aktuell funksjon, det vil si den funksjonen som inntekten eller utgiften gjelder. Utgifter og inntekter som gjelder flere funksjoner, fordeles på de aktuelle funksjonene. Slik vi forstår det er kommuneoverlegen kommunens medisinske rådgiver og bidrar til at kommunen ivaretar sine oppgaver innen folkehelsearbeid, miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.

Dersom en funksjons andel av en stilling (funksjonsandelen til en stilling, eller stillingens funksjonsandel) er mindre enn 20 prosent, kan fordeling av denne stillingsandelen unnlates hvis full fordeling bare har marginal betydning for KOSTRA-tallenes pålitelighet og sammenlignbarhet. Den rapporteringspliktige må først vurdere om fordeling bør gjennomføres fullt ut, før man unnlater å fordele. Fordeling av stillingsandeler som er mindre enn 20 prosent fordeles når andelen kan identifiseres og dette har betydning for KOSTRA-tallenes pålitelighet og sammenlignbarhet. Stillingsandeler større eller lik 20 prosent skal fordeles. Det kan sikkert variere fra oppgave til oppgave og kanskje også fra kommune til kommune, hvor "hands on" kommuneoverlegen for eksempel jobber med forebyggende helsearbeid (funksjon 233).

Ut fra de oppgaver vi kan se ligger til kommuneoverlegen kan det være aktuelt å fordele på blant annet:

- [Funksjon 233](#) Smittevern, vaksinerings, miljørettet helsevern
- [Funksjon 120](#) Rådgivning/støtte til kommunedirektør/direktør for helse og omsorg, overordnet beredskapsarbeid /deltakelse i kriseledelse, overordnet strategiarbeid/analyse/overvåkning knyttet til innbyggernes helsestatus, evt. arbeid med budsjett og økonomiplan
- [Funksjon 301](#) Dersom kommuneoverlegen utfører arbeidsoppgaver i forbindelse med kommunens overordnede planarbeid knyttet til kommuneplanens samfunnsdel.

#### Sak 4.1.1.4.2 Forebyggende arbeid

Fra Kostrahjelp.no:

Forebygging og rehabilitering inkl. hjelpemidler

241

Funksjonen omfatter blant annet:

- ergoterapi og fysioterapi, inkludert **fysioterapeuter med kommunal driftsavtale** og kommunalt ansatte i fysioterapipraksis (gjeldende **satser for fysioterapeuter**)
- hjelpefunksjoner til fysioterapeuter og ergoterapeuter.
- formidling av hjelpemidler, som f.eks. krykker, rullator/gåstol etc., inkl. lager for hjelpemidler, jf. **KOSTRA-SPM 10-031**.
- tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning (NPE).
- **lavterskeltilbud og forebyggende helsearbeid - f.eks. innen psykisk helse kan også i noen tilfeller høre hjemme her**

Fra Kostrahjelp.no:

#### FUNKSJON 243 Tilbud til personer med rusproblemer

Tiltak for rusmiddelmissbrukere, bl.a.

Eksempler på utgifter som omfattes av denne funksjonen kan være:

- behandlingstiltak for rusmisbrukere
- ettervern
- stillinger i sosialtjenesten med ansvar for oppfølging av rusmisbrukere, samt tilsvarende stillinger ved NAV-kontoret dersom disse er lønnet av kommunen
- direkte klientrettet virksomhet i utekontakten
- **psykisk helse-tiltak som er knyttet til denne funksjonen**
- institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige (gjelder både private og kommunale institusjoner)

Formuleringen under funksjonen er ment å begrense seg til å omfatte utekontakt rettet mot rusmiddelmissbrukere, jf. **KOSTRA-SPM 10-030**.

Helse- og omsorgstjenesteloven:

##### § 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å **forebygge sykdom, skade og sosiale problemer**. Dette skal blant annet skje ved **opplysning, råd og veiledning**.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter **folkehelse-loven § 5**.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

##### § 3-3 a. Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

0 Tilføyd ved lov **16 juni 2017 nr. 55** (ikr. 1 jan 2018 iflg. **res. 16 juni 2017 nr. 777**).

#### Sak 4.1.1.4.3 Helsestasjon (fra Kostrahjelp.no)

##### 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

1. All helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for ungdom, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette omfatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperettet helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll samt barselomsorg. Jf. **helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2** første ledd nr. 1 og 2.
2. Vaksiner på helsestasjon og skolehelsetjenesten (som gis til barn og unge som del av ordinært vaksineprogram).



## § 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
  - a. helsetjeneste i skoler og
  - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

### FUNKSJON 232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

#### Forebyggende helsearbeid for barn og unge

All helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for ungdom, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole) omfattes av denne funksjonen.

Det omfatter f.eks. utgifter til

- foreldreveiledningsgrupper og annen grupperettet helsestasjonstjeneste
- jordmortjeneste, svangerskapskontroll og barselomsorg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 1 og 2
- forebyggende helsearbeid - omfatter også vaksiner på helsestasjon og skolehelsetjenesten (som gis til barn og unge som del av ordinært vaksineprogram), jf. KOSTRA spørsmål 19-010
- annet forebyggende helsearbeid, eksempelvis lavterskeltilbud, f.eks. innen psykisk helse for barn og unge
- utgifter til lokaler som benyttes til tjenester dekket innenfor denne funksjonen, jf. KOSTRA-SPM 14-006

#### Sak 4.1.1.4.4 Folkehelsekoordinator

##### KOSTRA-SPM 13-003

Et spørsmål knyttet til hva slags funksjon det skal være på folkehelsekoordinator og tilskudd til folkehelsearbeidet. Flere steder er alt dette ført som adm f120. Etter min mening er det feil. Jeg vil heller ha det på f233 forebyggende,- pengene skal jo brukes på brukerne og ikke oss ansatte. Alternativt fordeles til andre funksjoner. Har dere noe svar?

##### Svar:

Helsedirektoratets tilskudd innenfor folkehelsearbeidet kan tenkes å knytte seg til ulike tjenester og ulike Kostra-funksjoner (f.eks. 233 og 243), men i den grad tilskuddene knytter seg til brukerrettede tiltak, skal de alle føres på aktuell tjenestefunksjon.

Når det gjelder lønn til folkehelsekoordinatoren, må det gjøres en konkret vurdering og fordeling ut fra hvilke arbeidsoppgaver han/hun utfører. Vi antar at arbeidsoppgavene kan tenkes å omfatte flere funksjoner, men at 233 være riktig funksjon i de fleste tilfellene. Dette omfatter eksempelvis opplysning, råd og veiledning overfor barn og unge, velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede, jf. veiledningen til funksjon 233. Dersom folkehelsekoordinatoren derimot utfører arbeidsoppgaver i forbindelse med kommunens overordnede planarbeid (budsjett og økonomiplan), henføres dette til funksjon 120. Eventuelt arbeid med kommuneplanens samfunnsdel henføres til funksjon 301.

#### Sak 4.1.1.4.5 Barnekoordinator (helse- og omsorgstjenesteloven)

##### § 7-2 a. Barnekoordinator

For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.

Barnekoordinatoren skal sørge for

- a. koordinering av det samlede tjenestetilbudet,
- b. å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester,
- c. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet,
- d. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse, og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner og
- e. fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kommunens plikt til å oppnevne barnekoordinator gjelder frem til barnet fyller 18 år.

#### **Sak 4.1.2** *Nytt notat tilsendt fra ASSS 8.5.23*

##### **Sak 4.1.2.1** **Veileder til kontoplanen i KOSTRA**

Det er på tide med en digital veileder, med support-funksjon og enkel tilgang til tidligere stilte spørsmål og svar.

*Om innhold i veilederen:*

Hver KOSTRA-funksjon bør inneholde:

- Kort beskrivelse av hva som er intensjonen med den aktuelle funksjonen og hvilken informasjon den skal gi
- Definisjon av sentrale begreper, som f.eks. «forebyggende»
- Konkrete eksempler på hva som skal føres på funksjonen
- Spesifisere hva som evt. ikke skal føres på funksjonen, der det måtte være naturlig
- Lenke til lovtekster og evt. annet som refereres til i teksten

##### **Sak 4.1.2.2** **Kommnehelse i ASSS**

232 Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

233 Annet forebyggende helsearbeid

241 Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

*Grensegang mot andre funksjoner utenfor kommnehelse, derunder:*

242 Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid

243 Tilbud til personer med rusproblemer

254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

##### **Sak 4.1.2.3** **Forebyggende arbeid – vi ønsker**

- Tydelig definisjon av begrepet «forebyggende»
- Tydeligere skille mellom F232 og F233. Hvor vidt favner F232? Er F232 kun lovpålagte tjenester?
- Tydeligere skille mellom F233 og F242. F233 refererer til Helse- og sorgstjenesteloven § 3-3, som har ordlyd som passer direkte inn i «navnet» til F242 (forebygge sosiale problemer gjennom råd og veiledning).

*Konkrete innspill til endringer i tekst:*

- Fjerne tekst «all helsestasjonstjeneste» fra F232, og heller presisere at F232 kun gjelder gravide, barn og unge (spesifisere alder)
- Begrepet «helsestasjon» bør ikke brukes utenfor F232. Beskriv heller innholdet i tjenester som i dag kalles «helsestasjon for eldre» og «helsestasjon for innvandrere» under F233.
- F233: Hvorfor bruke ordet «innvandrer»? Skriv evt. flyktninger og asylsøkere, hvis det er disse det gjelder. En innvandrer er vel bare en vanlig innbygger i denne sammenheng?

##### **Sak 4.1.2.4** **Behandling og rehabilitering**

- Tydeligere definisjon av begrepet «behandling», også sett i forhold til «forebygging»
- Grensegang F241 og F243 – er behandling av «personer med rusproblemer» noe annet enn behandling av andre mennesker? Er F243 og «behandlingstiltak» kun behandling mot rusmiddelavhengighet?

- Rehabilitering og skillet mellom timer i IPLOS eller ikke: er logikken bak skillet at tjenesten er av mer varig karakter med timevedtak (F254), og mer kortvarig uten vedtak (F241)? Det bør i så fall fremgå, slik at man skjønner logikken.

#### **Sak 4.1.2.5 Psykisk helse og rus**

Dette må jobbes mer med hvordan denne gruppen skal passe inn funksjonskontoplanen. I praksis opptrer psykisk helse- og rusproblematikk i stor grad i kombinasjon. Det er vanskelig å skjønne hva man vil med F243, og psykisk helse er påfallende fraværende i veilederen.

##### *Referat fra arbeidsgruppemøtet*

Trond Ekornrud (SSB) informerte om notater fra ASSS med innspill til arbeidsgruppen, og om sin deltakelse på møtet 3. mai i ASSS kommunehelsetjenester. I etterkant av at sakspapirene til arbeidsgruppemøtet ble sendt ut, har ASSS skrevet en forkortet versjon av sitt innspillsnotat. Dette vil bli lagt inn i referatet til arbeidsgruppemøtet.

Ekornrud holdt foredrag på ASSS-møtet om bl.a. KOSTRA-hjulet, og om hvilken instans det var riktig å kontakte med ulike spørsmål og innspill. Det som har med regnskapsveilederen i KOSTRA å gjøre, er det KDD eller Statsforvalteren som skal svare på. Ikke alle var kjent med nettsiden: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen-i-kostra/id551573/>

ASSS spurte om SSB kunne gå god for innholdet på kostrahjelpen.no. Svaret er at dette er driftet av et privat konsultantselskap, og at SSB ikke kjenner kvaliteten på hjelpetjenesten. Videre spurte ASSS om de ulike Statsforvalterne svarer det samme når kommunene spør dem om en problemstilling, og Ekornrud kunne formidle at Statsforvalterne i hvert fall hadde jevnlig koordineringsmøter med KDD om KOSTRA-regnskap. ASSS var misfornøyd med pdf-format på regnskapsveilederen, de ønsket en mer interaktiv versjon der f.eks. allerede stilte spørsmål og svar om et emne kom automatisk opp. KDD kunne selvsagt ikke love på stående fot å videreutvikle KOSTRA-siden på regjeringen.no, men ville ta med seg innspillet.

ASSS mente det var uklare begreper i KOSTRAS regnskapsveileder, slik som «sosialt forebyggende arbeid» i funksjon 242 og 243. I stedet for å revidere veilederen, ble det mye «klatting» fra år til år, som til slutt ga en utdatert og uoversiktlig veileder. ASSS var opptatt av konsekvenser for andre funksjoner ved endring av én funksjon, og av grenseganger mellom funksjoner. F. eks. kunne grensen mellom forebygging og behandling noen ganger være uklar. Det ble også spilt inn at hverdagsrehabilitering er en utfordring å plassere under funksjon.

ASSS ønsket ellers legevakt som egen KOSTRA-funksjon, mer om det under sak 6.

ASSS har spilt inn at begrepet «helsestasjon for innvandrere» måtte endres. Det som egentlig menes er vel «helsestasjon for asylsøkere, flykninger og familieegjenforente» e.l., for innvandrere (iht. SSBs definisjoner) skal gå til de vanlige helsetjenestene. Det ble nevnt av flere i arbeidsgruppen at det var litt forvirrende at helsestasjonsbegrepet ble brukt under funksjon 233, når det finnes en egen funksjon med helsestasjon i navnet, nemlig 232. Både helsestasjon for eldre og for innvandrere står under funksjon 233. Det ble spilt inn at f232 godt kunne ha med en presisering av at den kun gjaldt tjenester for barn og unge, f. eks. i alderen 0-18/20 år. Må dessuten vurderes om dette med helsestasjon for flykninger mv. også gjelder for barna deres (f233), eller skal disse unge gå på vanlig helsestasjon (eller i hvert fall kostnadsføres på f232?) Det ble påpekt at Helsedirektoratet må på banen med begrepsavklaringer her før en opprydding i funksjonstekstene, og de skal se nærmere på saken.

SSB ba arbeidsgruppen om mandat til å jobbe videre med ASSS-innspillene, og det var ingen protester. SSB ber om innspill i etterkant av møtet på om det er andre forslag til endringer som bør bli med i notatet som skal sendes til KOSTRA-regnskapsgruppen. Det kan hende det blir nedsatt et utvalg med representanter fra arbeidsgruppen til å se nærmere på saken. Det blir viktig å systematisere konkrete innspill til forandrede tekster til funksjonene, slik at veilederen blir mer brukervennlig.

På arbeidsgruppemøtet ble det nevnt at en hovedmålsetning med KOSTRA er at man skal kunne sammenligne tall mellom kommunene. Det finnes eksempler på at kommuner får ulike tilskudd, og at utgiftene dermed ikke er sammenlignbare. Enkelte øremerkede tilskudd blir dessuten regnskapsført under rammetilskudd, slik som vaksinasjonstilskuddet under korona. Det ble nevnt at øremerkede tilskudd burde føres på relevant funksjon, og ikke sammen med rammetilskudd. Et eksempel er vertskommunetilskudd, som føres som rammetilskudd. Kommuner må da gå inn i regnskapssystemene for å sammenligne seg, og kan ikke bruke KOSTRA. KDD viste til at mange av tilskuddene til kommunene i forbindelse med pandemien har blitt gitt som rammetilskudd, siden kommunene skulle ha anledning til å håndtere pandemien ulikt i henhold til lokale forhold og forutsetninger. Vaksinasjonstilskudd ble fordelt avhengig av antall personer i aktuelle aldersgrupper for vaksinerings. Innen ASSS-kommunene var det veldig stort sprik mellom utgifter rapportert på funksjon 233. Tekstlige presiseringer vil kunne gi mer sammenlignbare tall, ved at det kan lede til bedre føringspraksis.

## **Sak 5. Psykisk helse og rusarbeid i kommunene**

### **Forslag til utvidet publisering fra skjema 1 og av årsverk for relevante utdanninger**

*Vedtak: Arbeidsgruppen konkluderte med at det er interesse for å publisere noe basert på opplysningene, men at SSB bør tenke gjennom hvordan man framstiller tallene.*

*Det er også behov for å se på spørsmålsformuleringen i 2022-skjemaet og vurdere om det er behov for å justere dette fom. neste års rapportering. SSB vurderer utforming og følger opp med Helsedirektoratet.*

Det ble tatt inn en ny del i KOSTRA-skjema 1 f.o.m. 2020-årgangen: «7 Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Den inneholdt spørsmål om kommunene hadde knyttet til seg psykologkompetanse, i så fall hvordan (ved ansettelse, interkommunalt samarbeid eller kjøp), om tjenesten var lokalisert i egen eller i annen kommune og hvilke oppgaver psykologene utfører (fire hovedkategorier). Antall og andel kommuner med tilknyttet psykologkompetanse samt avtalte psykologårsverk blir nå publisert i Statistikkbanktabell: [13533: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny \(K\)](#)

I 2021-skjemaet ble det i tillegg tatt inn spørsmål om hvilke målgrupper psykologenes arbeid var rettet mot. SSB vurderer å publisere disse opplysningene – f.eks. i en av Statistikkbanktabellene på området Psykisk helsearbeid og rusarbeid: [12228: Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene - grunnlagstall \(K\)](#) og [12229: Utvalgte nøkkeltall for psykisk helsearbeid og rusarbeid \(K\)](#) SSB ønsker i tillegg arbeidsgruppens vurdering av om det i disse to tabellene er ønskelig å ta inn noen flere årsverkstall for helse- og omsorgstjenesten som kan være relevante for psykisk helse- og rusarbeid. SSB har fått forslag fra én kommune om å inkludere vernepleiere. En annen mulig aktuell utdanningsgruppe kunne være de med master i psykologi (ikke profesjonsstudiet), eller er det andre utdanninger som arbeidsgruppen tenker kan være relevante her? (Se i tabellene hvilke (videre)utdanninger som allerede er inkludert.)

Merete Thonstad (SSB) orienterte om spørsmål knyttet psykologkompetanse som er blitt tatt inn i KOSTRA-skjema 1 de siste årene. F.o.m. 2020-årgangen ble det tatt inn flere spørsmål som gjaldt hvordan kommunene har tilknyttet seg psykologkompetanse, samt hvilken type arbeid psykologenes oppgaver var rettet inn mot. F.o.m. 2022-årgangen ble det også stilt spørsmål om hvilke målgrupper psykologenes arbeid er rettet inn mot.

Det var i alt 11 målgrupper kommunene ble bedt om å svare på. Ved marspubliseringen var det 189 kommuner/bydeler i Oslo som hadde svart på spørsmålene. Flest kommuner oppga å ha tilbud til ungdom. Etter andre kjennetegn var personer med psykiske helseproblemer tilbudet flest hadde. Det var vanligst med 3-4 tilbud, noe nær en tredjedel av kommunene rapporterte om. Hver fjerde av kommunene som hadde svart på målgruppe hadde 8 eller flere målgrupper.

Arbeidsgruppen ble spurt om det er noe interesse for at SSB publiserer disse målgruppetallene på ssb.no., eller om det er behov for å se på spørsmålsformulering og eventuelt justere denne før neste års rapportering. Her må man vurdere om det bør avgrenses til tilbud som faktisk ble benyttet, eller holder det at et tilbud fantes om noen meldte seg. Dette er noe uklart ut fra spørsmålsstillingen som ligger inne i skjema for 2022-rapporteringen. En kommune poengterte at det kan være usikkerhet knyttet til disse tallene på grunn hvordan spørsmålet er stilt, og foreslo at det kan være aktuelt med egen kategori "Ingen spesifikk målgruppe" istedenfor ja/nei-spørsmål.

Helsedirektoratet sa at de trengte å se mer på disse tallene før de kunne gi svar på om det er ønskelig at tallene publiseres. Det blir viktig å få klart hva som skal styre rapporteringen: intensjon eller faktiske brukere?

KS sa at de utgangspunktet ønsker at alle tall som blir samlet inn også blir benyttet, og det bør være viktige grunner hvis man ikke skal publisere det på et eller annet vis, og mente at SSB er best egnet til å vurdere hvilket format som er mest hensiktsmessig, f.eks. som tall i statistikkbanken eller i en artikkel. Det er samtidig viktig at SSB formulerer og presenterer tallene på en slik måte at man unngår å gi inntrykk av at det ikke foregår arbeid på andre områder. Mye taler for at det er mer aktuelt å skrive noe om tallene i en artikkel fremfor tall i statistikkbanken, så man kan kontekstualisere opplysningene i større grad.

SSB ba i tillegg om arbeidsgruppens vurdering av om det er ønskelig å ta inn flere årsverkstall fra SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk for helse- og omsorgstjenesten (eventuelt sosialtjenesten) som kan være relevante for psykisk helse- og rusarbeid. SSB har fått forslag fra én kommune om å inkludere vernepleiere siden disse utfører samme type oppgaver som psykiatriske sykepleiere. En annen mulig aktuell utdanningsgruppe kunne være de med master i psykologi (ikke profesjonsstudiet), eller andre utdanninger som arbeidsgruppen tenker kan være relevante.

Når det gjelder vernepleiere, så var det ca. 14 500 årsverk innen helse- og sosialtjenester i 2021. SSB understreket at dersom et tilsvarende tall skal inkluderes i statistikken for psykisk helse- og rusarbeid, så kan det gis et inntrykk av at alle disse vernepleierårsverkene er rettet inn mot psykisk helse- og rusarbeid, noe som ikke er tilfelle. Det er derfor viktig med gode forklaringstekster dersom disse skal inkluderes i statistikken.

KS var i utgangspunktet positive til å inkludere flere årsverkstall når dette blir hentet fra register, og ikke vil medføre ekstra rapporteringsbyrde for kommunene. Helsedirektoratet må se mer på dette internt og kommer tilbake med innspill i etterkant av møtet.

## **Gjenopplive arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene?**

Tidligere fantes det en KOSTRA-arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid, men den gikk i dvale fra 2018 av. Det ble vedtatt at arbeidsgruppen skulle stilles i bero fram til det er tatt en avgjørelse om håndteringen av KOSTRA-regnskapsfunksjon 254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende. SSB drifter i mellomtiden statistikkområdet. Området sorterer nå innunder KOSTRA-arbeidsgruppene for helse og omsorg og for sosialtjeneste, men det skrives likevel årlig egne rapporter til Samordningsrådet om hva som har skjedd på fagområdet.

Det har vært ytre ønske fra enkelte hold om en gjenoppliving av arbeidsgruppen. Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene er stadig et høyaktuelt tema, og relevante saker på fagfeltet kan drukne litt i saksmengden i de i utgangspunktet omfattende, nåværende arbeidsgruppene.

Da arbeidet i gruppen stanset, var følgende etater og avdelinger representert:

- SSB; seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk
- Helsedirektoratet; avdeling statistikk og avdeling psykisk helse og rus
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
- Husbanken
- Arbeids- og velferdsdirektoratet; Tjenesteavdelingen; seksjon oppfølging
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD)
- Statens institutt for folkehelse
- KS
- Stavanger kommune; oppvekst og levekår
- Nøtterøy kommune; tjeneste for psykisk helse og rus
- Holmestrand kommune
- NAPHA
- KORUS

I Helsedirektoratets rapport: «Anbefalinger til videre arbeid med rapportering for psykisk helse og rus i kommunen – En helhetlig gjennomgang av registrering og rapportering på psykisk helse- og rusfeltet» står følgende anbefaling: *Sette i gang et arbeid for å evaluere opplysningene som kartlegges i IS-24/8 sammen med kommunesektoren og SSB. Vurdere om noe kan foreslås tatt inn i KOSTRA-rapporteringen for å redusere den totale rapporteringsbyrden for kommunene.*

Dag Abrahamsen (SSB) orienterte om at det kan være behov for å gjenopplive arbeidsgruppen for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Dette er et område hvor det er stor interesse for tiden. En egen arbeidsgruppe på dette området vil danne et godt utgangspunkt for arbeidet med å evaluere opplysningene som kartlegges i IS-24/8 sammen med kommunesektoren og SSB, samt vurdere om noe kan foreslås tatt inn i KOSTRA-rapporteringen for å redusere den totale rapporteringsbyrden for kommunene. Som nevnt under sak1, kan det også være aktuelt å sammenholde IS24/8-data med resultatene fra undersøkelsen om utgifter i f243 Tilbud til personer med rusproblemer.

SSB understreket at dersom skal ta på seg arbeidet med å være sekretariat i arbeidsgruppen, så må det følge eksterne midler med til oppgaven. SSB er også avhengig av at flere instanser kan delta i en arbeidsgruppe for å gjøre en jobb på dette området. SSB ber HOD og/eller Helsedirektoratet vurdere om det er aktuelt å finansiere sekretariatsarbeidet til SSB i en arbeidsgruppe.

## Sak 6. Legevakt - resultater fra kartleggingen (del E) og mulige nye spørsmål i skjema 1

Vedtak:SSB jobber videre med å ta inn en matrise for organisering av legevakt for ulike tidsrom på døgnet og i helg/helligdager i KOSTRA-skjema 1 for 2023. Denne matrisen vil erstatte tidligere spørsmål om organisering. Partene som tidligere har vært involvert i diskusjonene om nye legevaktsspørsmål, vil bli spurt til råds om utformingen av matrisens kategorier.

SSB ser på muligheter for å skille ut legevakt fra funksjon 241, f.eks. ved å ta inn en liten kartlegging i skjema 1 for å få vite mer om utgiftsføringen. Det vil også være nødvendig å gi velbegrunnede innspill til KOSTRA regnskapsgruppe og KDD om arbeidsgruppens ønske om å splitte f241, og her vil SSB trenge bidrag fra arbeidsgruppens medlemmer i prosessen. Det vil bli kalt inn til et eget møte om saken.

Ansvarlig: Statistisk sentralbyrå

### Fra saksdokumentene

#### Sak 6.1.1 Bakgrunn

I dagens KOSTRA-skjema 1, punkt 2-1, rapporterer kommunene avtalte timeverk for leger fordelt etter avtaleform og KOSTRA-funksjon, som illustrert under:

2-1. Antall avtalte timeverk av leger. Antall timer per uke. Oppgis med to desimaler.							
<ul style="list-style-type: none"><li>- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke ved utgangen av året - <b>ikke årsverk</b></li><li>- Overtid skal ikke inkluderes i avtalte timeverk, full stilling regnes som 37,5 timer per uke</li><li>- Medregnet leger som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene</li><li>- Ikke medregnet legevakt</li><li>- Ikke medregnet fengselshelsetjenesten</li><li>- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar, dette gjelder også for Ø-hjelp døgnoophold</li><li>- Timeverk benyttet til koronatiltak som smittesporing og opplysningstelefon føres under f233. Døgnoophold for koronapasienter føres på f256.</li><li>- I linjen for "Leger uten avtale" skal kun de timeverkene som er <b>finansiert av kommunen/bydelen</b> rapporteres</li></ul>							
	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241)	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Ø-hjelp døgnoophold "KAD"(funksjon 256)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Næringsdrivende leger med fastlegeavtale							
Kommunalt ansatte leger							
Leger i spesialisering 1 (LIS1)/Turnusleger							
Leger uten avtale							
I alt							
							Forrige rapporteringsårs verdi på legetimer i alt

Kommunene blir imidlertid bedt om å ekskludere timeverk ved legevakt. Det har ved flere tidligere anledninger blitt gjennomført utredninger hvor formålet har vært å se på mulighetene for å innføre årlig rapportering på avtalte timeverk ved legevakt. De tidligere forsøkene har konkludert med at den store forskjellen i organisering legevaktordningen mellom kommuner på ulike tider av døgnet, samt bruken av ulike vakttyper på ulike tider av døgnet vil gjøre det for utfordrende å etablere en rapportering som gir sammenlignbare tall på tvers av kommunene.

KOSTRA-arbeidsgruppe for helse- og omsorg besluttet i 2021 å gjøre en ny vurdering om mulig framtidig rapportering på avtalte timeverk ved legevakt via KOSTRA-skjema 1. En av årsakene til dette er et ønske om at statistikken for den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være mest mulig heldekkende. Tidligere analyser viser blant annet at fastlegenes arbeid ved legevakt utgjør en betydelig del av den totale arbeidsmengden (Fastlegenes

tidsbruksundersøkelse 2019). En generell viktig forutsetning for å kunne innføre årlig rapportering på avtalte timeverk av leger til legevakt, er at kommunene er i stand til å fremskaffe den aktuelle informasjonen ved hjelp av relativt enkle midler.

**Sak 6.1.2 Funn fra legevaktkartleggingen vedr. rapportering av timeverk til legevakt**  
Basert på svarene til kommunene i legevaktkartleggingen om hvorvidt de vil være i stand til å rapportere avtalte timeverk/årsverk for leger i legevakt, så vurderer SSB at det ikke vil være hensiktsmessig å innføre en rapportering på timeverk for leger ved legevakt i KOSTRA med det første. En for stor andel kommuner opplyser om utfordringer langs flere dimensjoner med å rapportere på dette. Blant annet trekker flere kommuner frem vanskeligheter med å måle timeverk/årsverk pga. ulike vaktordninger (tilstedevakt, beredskapsvakt, kompetansebakvakt), manglende oversikt fordi kommunen selv ikke er vertskommune og manglende registrering i fagsystemer.

I legevaktkartleggingen i KOSTRA – skjema 1 ble kommunene også bedt om å oppgi utgifter til legevaktordningen sin. Det fremkom i kartleggingen at det var utfordringer med å kunne rapportere netto driftsutgifter til legevakt for svært mange kommuner. Samtidig viste kartleggingen at det det flere temaer innen legevakt som kommunene hadde god oversikt over, og som det kan være aktuelt å ta inn i skjema 1 som faste årlige spørsmål.

### **Sak 6.1.3 Alternative nye spørsmål**

#### **Sak 6.1.3.1 Antall leger**

Kartleggingen viste at kommunene har relativt god oversikt over hvor mange av kommunens leger som bidrar med vakter i legevakt fordelt etter hvilke avtaleformer de har med kommunen. En mulig årlig rapportering i KOSTRA-skjema 1 kan være:

- a) Antall leger, fordelt etter type lege: fast ansatte ved legevakt, fastleger og andre leger, som bidrar i legevakt.
- b) Følgende tilleggsspørsmål i KOSTRA-skjema 1 del 2-2, hvor kommunene allerede blir bedt om å rapportere antall leger med og uten fastlegeavtale i den kommunale helse- og omsorgstjenesten: «Antall som bidrar ved legevakt?».

<b>2-2. Antall leger.</b>	
Rettledning: Omfatter de leger som er nevnt i punkt 2-1, også leger som arbeider deltid.	
	Antall leger per 31.12.
Antall leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med fastlegeavtale	<input type="text"/>
Antall leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten uten fastlegeavtale	<input type="text"/>
I alt	<input type="text"/>

<b>Merknader:</b>
<input type="text"/>

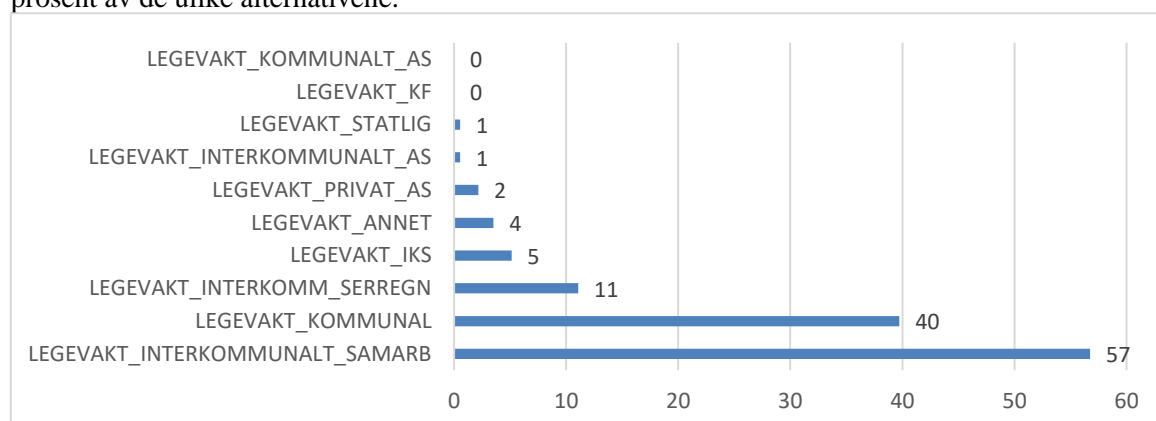


### Sak 6.1.3.2 Endrede svaralternativer på punkt 2-3 «Organiseringsform for legevakten»

Per i dag er alternativene i punkt 2-3 «Organiseringsform for legevakten» som følger:

2-3. Organisering av legevaktstjenesten	
(flere avkryssninger er mulig)	
Organisasjonsform	
Kommunal etat/enhet	<input type="checkbox"/>
Kommunalt foretak (KF)	<input type="checkbox"/>
Kommunalt AS	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt samarbeid	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt samarbeid m/ særregnskap	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt selskap (IKS)	<input type="checkbox"/>
Interkommunalt AS	<input type="checkbox"/>
Private aktører	<input type="checkbox"/>
Statlig virksomhet (helseforetak, AMK o.l.)	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>
Hvis annet, vennligst spesifiser	<input type="text"/>

Dette er resultatene av organiseringsform for legevakt fra 2020 som illustrerer forekomsten i prosent av de ulike alternativene.



Som det fremkommer av oversikten over er det flere av alternativene som er lite anvendt. SSB forslår å endre kategoriene til tilsvarende svaralternativer for organisasjonsform som i legevaktkartleggingen (med flere avkryssinger mulig):

2-4. Legevaktkartlegging
<b>Hvilke legevaktstjenester/legevaksordninger hadde deres kommune per 31.12.2021?</b>
Følgende virksomheter skal <b>ikke</b> inkluderes i kartleggingen: - Koronarelaterte legevakter (f.eks. luftveisklinikk, feberklinikk) - Legevaktssentral
Dersom dere hadde en kombinasjon av alternativene under (f. eks gjennom døgnet eller i helger), skal alle de aktuelle formene for organisering krysses av for. Dere skal deretter svare på spørsmål for alternativene dere har krysset av for. De aktuelle spørsmålene til hver del er merket med <b>Del A, B, C, D</b> , og disse vil bli tilgjengelig for utfylling avhengig av hvilke(t) alternativ for organisering av legevakt som dere krysser av for.
<input type="checkbox"/> <b>A.</b> Kommunen hadde egen kommunal legevakt for sine innbyggere uten samarbeid med andre kommuner, <b>inkluderer også eventuell daglegevakt</b>
<input type="checkbox"/> <b>B.</b> Kommunen var fast vertskommune for interkommunal legevakt (inkluderer IKS)
<input type="checkbox"/> <b>C.</b> Kommunen var deltakerkommune i interkommunal legevaksordning (inkl. IKS) og kommuner som hadde legevakt på omgang)
<input type="checkbox"/> <b>D.</b> Kommunen kjøpte hele eller deler av legevaktstjenesten driftet av private leger/aktører eller offentlig eid spesialisthelsetjeneste
<b>Har dere eventuelle kommentarer til legevaktorganiseringen?</b>
<input type="text"/>

Her må det også vurderes om kommunene skal bli bedt om å svare ulike relevante oppfølgingsspørsmål knyttet til de ulike organiseringsformene. Slik som i kartleggingen for del C- deltakerkommuner:

**DEL C: For deltakerkommuner i interkommunal legevaksordning (inkl. IKS)**

C-1 Kryss av i hvilken type legevaktordning kommunen deltok i av følgende alternativ?

Kommunen var deltakerkommune i samarbeid med vertskommune

Kommunen var deltakerkommune i en interkommunal legevakt der legevakten er lokalisert i flere av kommunene eller går på omgang mellom kommunene

Kommunen var deltaker i interkommunalt selskap, Interkommunalt AS (hvor legevakten ikke er lokalisert i deres kommune)

I tillegg kan det for eksempel være til spørsmål om hvilke tider på døgnet de ulike ordningene gjelder for, eventuelt med et kommentarfelt som kommuner som har avvikende ordninger. For eksempel:

	Organiseringsform	Tid på døgnet (sett kryss)			
		Dag	Kveld	Natt	Helg
A	Egen kommunal legevakt, inkludert daglegevakt				
	Vertskommune for interkommunal legevakt				
B	Vertskommune for interkommunalt selskap (IKS).				
C	Deltakerkommune i samarbeid med vertskommune				
	Deltakerkommune i interkommunal legevakt som er lokalisert i flere kommuner eller som går på omgang				
	Deltakerkommune i interkommunalt selskap/interkommunalt AS				
D	Private aktører				
	Annet? Spesifiser				

#### Sak 6.1.3.3 Andre alternativer til rapportering på legevakt

- Splitte opp funksjon 241, slik at legevakt får en egen funksjon (utgifter/årsverk)?

SSB har blant annet fått følgende innspill fra ASSS-kommunene:

*"Om legevakt: Mange kommuner opplever store utfordringer med driften av legevakt, og et enklere sammenligningsgrunnlag kunne være til nytte. I dag er det blandet sammen med øvrig legevirkosomhet på funksjon 241. Hva skal til for å få en egen funksjon? Alternativt en annen måte å skille ut informasjon om legevakt? "*

Det er i så fall en lengre prosess som må via KOSTRA – regnskapsgruppen og Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD).

- Annet?

#### Sak 6.1.3.4 Formøter om saken

Det har vært avholdt to formøter om disse forslagene til legevaktsspørsmål i KOSTRA-skjema 1. Det første møtet var mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS og SSB, og det andre mellom Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Helsedirektoratet og SSB. Forslaget som vakte mest interesse, var matrisen med organiseringsform for legevakt for ulike tidsrom: dag, kveld, natt og helg (+helligdager). Dersom dette forslaget blir vedtatt, vil SSB i samarbeid med de andre involverte aktørene utarbeide en fornuftig inndeling av organiseringsform med en god, tilhørende veiledning.

#### *Referat fra arbeidsgruppemøtet*

Trond Ekornrud (SSB) fremla noen resultater fra legevaktkartleggingen som var i KOSTRA-skjema 1 for 2021. (<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevakttjenesten-i-norske-kommuner-i-2021>) Kommunene ble bl.a. spurt om det var greit å finne frem til timeverkstall per uke for leger i legevakt, men det var så mange kommuner med forbehold at SSB anbefaler inntil videre å holde legevakt utenfor matrisen for legetimer under pkt. 2.1 i skjema 1.

Ekornrud påpekte at dersom nye legevaktsspørsmål skal inn i skjema 1, må det være til nytte som styringsinformasjon for kommunene og helseforvaltningen. Kartleggingen indikerte at det var greit for kommunene å telle antall leger som hadde bidratt ved legevakten, mens årsverk var vanskelig (bortsett fra for leger som var fast ansatt ved legevakten). Det var liten interesse for å ta med antall leger eller årsverk, både på formøter og i selve arbeidsgruppemøtet. NKLM påpekte at de hentet antall leger fra KUHR, men det er noen (avtakende) utfordringer med at noen kommuner ber om refusjoner på kun ett, felles helsepersonellnummer.

I en årrekke har det ligget inne spørsmål om organisering av legevakt i kommunene i skjema 1, men deler av svaralternativene er etter hvert litt utdatert. SSB ønsker derfor å endre inndelingen i organiseringsformer mer i tråd med det som var i legevaktkartleggingen. I tillegg foreslår SSB at kommunene kan krysse av i en matrise for sin organisering av legevakten for ulike tidsrom (dag, kveld, natt og helg + helligdager). Det var stemning for forslaget i formøtene, der NKLM mente dette ville være informasjon som utfylte de opplysningene de samler inn i sine 2-årlege kartlegginger fra landets legevakter. Det var ingen protester på arbeidsgruppemøtet mot å ta inn en slik matrise til erstatning for de nåværende organiseringsspørsmålene i skjema 1.

I legevaktkartleggingen var det spurt etter netto driftsutgifter til legevakt, noe mange kommuner hadde problemer med å rapportere. Det var lagt få føringer på hva som skulle inkluderes/ekskluderes, bortsett fra å holde utgifter til koronalegevakt utenfor. Kommunene har ingen plikt til å ha egne utgiftsføringer på legevakt, siden tjenesten inngår som en av mange komponenter i f241 «diagnose, behandling, (re)habilitering.»

Både SSB og andre parter har vært inne på at en splitting av funksjon 241 i hhv. legevakt og resten av f241 kan være en mulig vei å gå for å få frem kommunenes driftsutgifter til denne viktige tjenesten. SSB og arbeidsgruppen har f.eks. fått følgende innspill fra ASSS-kommunene:

*"Om legevakt: Mange kommuner opplever store utfordringer med driften av legevakt, og et enklere sammenligningsgrunnlag kunne være til nytte. I dag er det blandet sammen med øvrig legevirkosomhet på funksjon 241. Hva skal til for å få en egen funksjon? Alternativt en annen måte å skille ut informasjon om legevakt? "*

Det var stemning for å se videre på mulighetene for en slik oppsplitting av f241. Dette er i så fall en lengre prosess som må via regnskapsgruppen i KOSTRA og Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD). Helsedirektoratet har signalisert at de nå kan være interessert i en ytterligere kartlegging av utgifter til legevakt i skjema 1, noe som kan være et første steg i prosessen.

#### **Sak 7. Forslag til endring for bedre håndtering av plasser vs. rom i KOSTRA-skjema 5**

*Oppfølging: Statistisk sentralbyrå tar innspillene fra møtet til etterretning, og vil komme tilbake til arbeidsgruppen med et oppdatert forslag innen 24. mai.*

Ansvarlig: Statistisk sentralbyrå

#### **Saksdokumentasjon:**

SSB foreslår endringer i KOSTRA-skjema 5, for å gjøre det enklere for kommunene å besvare spørsmålene om plasser og rom i helse- og omsorgsinstitusjoner. Med dagens skjema er det

mange kommuner som strever med å rapportere konsistente tall for romkapasitet og plasser, og mellom plasser totalt og plasser i drift (budsjetterte plasser). De største misforståelsene blant kommunene er (1.) at de ikke oppfatter forskjellen mellom rom og plasser, (2.) at de ikke skjønner at vi spør etter institusjonens bygningsmessige utforming, og (3.) at de regner med ØHD-rom i antall rom.

Endringene SSB foreslår er i hovedsak:

1. **Endre rekkefølgen på spørsmålene om rom og plasser.** I dagens skjema spørres det om plasser først, deretter rom. SSB foreslår å spørre først om antall rom i institusjonen, og fremheve at det er den bygningsmessige utformingen vi spør etter. Vi mener dette vil være en mer intuitiv rekkefølge for skjemaet.
2. **Legge til en matrise for utfyllingen av rom og plasser.** Matrisen vil bestå av kolonner for rom og plasser, og rader for størrelsen på rommet (til én beboer, et ektepar, to beboere, tre eller flere beboere).
3. **Endre delen om spesielle tilbud.** Her vil vi i større grad ha en automatisk utregning av langtidsplasser og tidsbegrensede plasser, og gjøre noen endringer i formuleringene.

Meningsinnholdet i spørsmålene skal ikke endres, men det kan være at de foreslåtte endringene bidrar til å avdekke misforståelser og feil rapporteringspraksis.

Skjemaet vil bli noe mer omfattende, og noe av dataene SSB samler inn vil kun bli å anse som kontrollvariabler. SSB tror det likevel vil være tidsbesparende, både ved at det blir enklere for kommunene å rapportere inn korrekte tall og mindre bearbeiding av dataene i etterkant av datainnsamlingen. Dermed blir dataene fra KOSTRA5 av bedre kvalitet på et tidligere tidspunkt.

SSB presenterte de foreslåtte endringene i skjemaet. Skjemaet vil fortsatt åpne for at kommunene kan rapportere inn plasser til øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) på en institusjon, uavhengig av hvilken institusjonstype det er.

KS støttet forslaget, forutsatt at kommunene opplever at forslaget er forståelig. KS kommenterte at det er viktig å ha oversikt over hva som er den teoretiske kapasiteten i institusjonstilbudet. Det er viktig at det ikke finnes plasser som ikke fanges opp i statistikken, for at den skal gi god styringsinformasjon. Det er viktig at skjemaet presiserer hva det spørres om: teoretisk kapasitet i en beredskapssituasjon, eller i en ordinær situasjon. SSB kommenterte at kommuner ofte er opptatt av å få dokumentert eventuelt overbelegg i rapporteringen.

HOD kommenterte at «budsjettert for» også kan være uklart, og at det kan vurderes å bruke «plasser i bruk» eller «planlagt bruk», men det viktigste er at det er klart for kommunene hva som menes. SSB er usikker på begrepsbruken her, og ser nærmere på det basert på innspill fra møtet. I det nåværende skjemaet er det tilsvarende begrepet «i drift».

Hamar kommenterte at kommunene har endret praksis til rom med én seng, og at presset på sykehjemsplasser i teorien kan føre til at man blir nødt til å ta rom med to senger i bruk. Det er en utvikling på gang i sykehjem og omsorgsboliger som henger sammen med befolkningsutviklingen. Husbanken kommenterte at andelen senger med to rom fortsatt er lav (1 prosent). SSB kommenterte at den største utfordringen med dagens skjema er knyttet til plasser i drift og kapasitet, og at den foreslåtte endringen kan gjøre utfordringen mindre.

KS kommenterte det pågående samarbeidet med HOD om [heldøgnsbegrepet](#). Det er viktig å favne utviklingen fremover i tid, og kartlegge hva som skal til for å ha et heldøgns tilbud hjemme som kan erstatte tilbud i omsorgsbolig/institusjon. Noe av utviklingen er forsøkt fanget

opp gjennom KPR, som har en egen registrering på om brukers tjenester er å oppfatte som et heldøgnsstilbud.

Helsedirektoratet kommenterte at det er svakheter ved rapporteringen av heldøgns tjenester i KPR. Det kan være for enkelt for den som rapporterer å rapportere en tjeneste som heldøgns tjeneste. Det mangler også veiledning for dette i EPJ, og det er potensial for forbedring av datore registrering. Helsedirektoratet ser at tallet på heldøgns tjeneste stiger, men at det er en jobb å gjøre på datakvaliteten.

SSB kommenterte at det er hensiktsmessig å teste ut det nye skjemaet på kommuner som har kjente avvik i skjemaet. Skjemaet vil også bli lagt ut for testing til alle kommunene i desember, og det vil være mulig å komme med innspill til skjemaet da. SSB ba også om tilbakemeldinger fra arbeidsgruppemøtet på de foreslåtte endringene.

Bergen og Vågå var positive til uttesting av skjemaet. Bergen kommenterte at begrepet «ikke-medisinske innleggelses» er fremmed, og at det bør droppes.

## **Sak 8. KOSTRA regnskap: kjøp av tjenester**

### **Kjøp av vikartjenester**

*Oppfølging: Arbeidsgruppens kommuner undersøker om en enkelt kan gi oversikt over utgifter til kjøp av vikartjenester og ev. kjøp av annen konsulentbistand fra private virksomheter for regnskapsåret 2022, fordelt på den enkelte KOSTRA-funksjon*

*Dokumentasjon: [Private kommersielle og ideelle tjenestetilbydere i helse- og omsorgstjenesten: Omtale av data og datagrunnlag](#)*

*Fra møtet:*

Dag Abrahamsen (SSB) innledet, og kunne opplyse om at det i de siste månedene hadde kommet noen henvendelser vedrørende private virksomheter innen helse og omsorgstjenester, blant annet fra media og det såkalte [avkommersialiseringsutvalget](#).

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomgikk SSB i 2018 [mulighetene for å hente ut data om private aktører på området](#), og påviste flere begrensninger.

En av disse var at KOSTRAs artskontoplan ikke gir mulighet for å skille ut kjøp av vikar- eller konsulenttjenester. SSBS ansvarlig for KOSTRA regnskapsrapportering, Anne Brit Thorud, påpekte at artene skal være generelle på tvers av sektorer, og skal beskrive en type inntekt/utgift. Det er Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) som forvalter artskontoplanen. Det er høyere terskel for å gjennomføre endringer i artskontoplanen enn i funksjonskontoplanen.

Kjøp av vikar- eller konsulenttjenester skal etter dagens artskontoplan føres på den store sekkeposten 270 «Andre tjenester (som inngår i egenproduksjon)». For 2022 (foreløpige tall) utgjør denne arten 9,5 milliarder, eller 2,4 prosent av brutto driftsutgifter.

Antageligvis vil det først og fremst være arbeidsintensive tjenester (helse-omsorg, utdanning) som der representert. Ved en eventuell utskilling av nye arter, må de tydeliggjøres hvem dette er nyttig for, om det skal inngå i offisiell statistikk. En må også utrede hvor enkelt det er for kommunene å fordele tall på slike arter. For KOSTRA-regnskapet kan dette være interessant,

men hun rådet arbeidsgruppen å sondere med KDD/KS om det er forhold som tilsier at slik utskilling av nye arter ikke er aktuelt.

Det kan antas at også andre områder enn helse og omsorgstjenester med arbeidsintensive tjenester, som utdanning, har en del kjøp av vikar og konsulenttjenester, men omfanget er ukjent. Derfor ble det foreslått at arbeidsgruppens kommuner undersøkte om en **enkelt** kan gi oversikt over kjøp av vikartjenester og ev. kjøp av annen konsulentbistand fra private, fordelt på den enkelte KOSTRA-funksjon.

Dersom dette utgjør en rimelig andel av bruttoutgiftene, sendes forslaget om å skille ut vikarkjøp og eventuelt kjøp av konsulentbistand som egen art til KOSTRA regnskapsgruppe.

### **Kjøp fra ideell vs. kommersiell virksomhet**

*Vedtak: SSB lager en oversikt over kjøp fra private fordelt på KOSTRA-funksjoner innen helse- og omsorgstjenester. Basert på dette, vurderes ulike tilnærminger for oppfølging.*

Abrahamsen opplyste at det også har kommet noen henvendelser om å skille utgiftstall mellom private ideelle og private kommersielle tilbud finansiert av kommunene, og da særlig plasser i institusjon. I første omgang mener SSB en her bør analysere andre eksisterende datakilder. Her er særlig regnskapsart 370 Kjøp fra andre (private) aktuell for å påvise hvilke KOSTRA-funksjoner som særlig skiller seg ut med kjøp fra private. For omsorgstjenestene kan en sammenstilles kjøpstallene med KPR-brukertall for aktuelle tjenester for å fange opp utførende virksomhet, forutsatt at orgnr for denne er korrekt registrert.

Det ble også poengtert at Helsepersonellkommissjonen i sin utredning «[Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste NOU 2023:4](#)» etterlyser bedre kunnskap om private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Mens KOSTRA tar for seg det offentlige tilbudet innen kommunene, blir oversikt over helprivate tjenester og spesialisthelse utenfor denne KOSTRA-gruppens mandat.