

REFERAT
Møte KOSTRA arbeidsgrupper for
kommunehelseteneste og pleie- og omsorgstenester

Måndag 9. mai 2011 kl. 10.00-16

Tysdag 10. mai 2011 kl. 09.00-15

Måndag 9.mai, kl. 10-16

kl. 10-11

Til stades:	3
1. Publisering av ureviderte tal 15.3.2011 kommunehelse/pleie og omsorg	4
1.1. Datainnngang.....	4
1.2. Estimerte landstal	5
1.3. Oppdatering av plassar i institusjon og bebuarar i heildøgns bemanna bustad	5
1.4. Heile biletet	5
1.5. Pleie og omsorg – publisering av gjennomsnitt for bebuarar i heildøgns bemanna bustad 15.03.2011.	6
1.6. Førespurnader frå kommunane	7
2. Nye spørsmål i skjema 1 ”Personell og verksemd i kommunehelsetenesta.”	7
2.1. Helsestasjons- og skulehelsetenesta: Ny kvalitetsindikator innan tannhelse.....	7
2.2. Re-/habilitering nye spørsmål under punkt 6 i skjema 1.....	8
3. Personellstatistikk frå register	8
3.1. Helsestasjons- og skulehelsetenesta	8
3.2. Servicepersonell i bustader	13
3.3. Vidareutdanning	13
4. Forslag til endringar i faktaarket	14
4.1. Generelt	14
4.1.1. Måltal: Prosent eller promille?	14
4.1.2. Bruken av netto driftsutgifter som samanlikningsgrunnlag på tvers av kommunar	14
4.2. Kommunehelse	15
4.2.1. Innføring av ein indikator som måler utgifter mot årsverk	15
4.2.2. Andre endringar i faktaark for kommunehelse.....	15
5. Rekneskap (behandla 10.05).....	16
5.1. Funksjon 120 Administrasjon og stab	16
5.2. Øyremerka midlar.....	16
5.3. Regnskapsføring av kommunalt eide plassar i utlandet med driftstilskot	17
6. KUHR-databasen	17
7. Frisklivssentralar	18
8. Mottakarar og tenesteytarar av individuell plan	19
9. Samhandling – konsekvensar for KOSTRA-statistikken?	20
9.1. Lokalmedisinske sentre	20
9.2. Seminaret 17.03.2011	22
9.3. Diskusjon.....	22

Tysdag 10.mai, kl. 9-16

10.Bustader med bemanning: fordeling av målgrupper.....	23
Kvalitetsindikatorsystem	25
11.Endringar i skjema	26
11.1. Skjema 4: Pleie- og omsorgstenester – samleskjema	26
11.1.1. Bustader med heildøgns bemanning	26
11.1.2. Brukarbetaling: Skjema samsvara ikkje med praksis i kommunen	26
11.2. Skjema 5: Institusjonar for eldre og funksjonshemma	27
11.2.1. Forslag til nye spørsmål for å presisere bygningsmessig kapasitet vs plassar i drift 28	
11.2.2. Fasa ut kategorien kombinerte alders- og sjukeheimar?	28
11.2.3. Handtering av private institusjonar som sel plassar både til helseføretak (spesialisthelseteneste) og kommunane.....	29
11.2.4. Gje årsak til opphøyr (nedlagd, omdefinert til bustad/anna verksmed)	29
11.2.5. Dagplassar.....	30
11.2.6. Plassar drivne av kommune, refundert av helseføretak	30
11.2.7. Skjerma eining: definisjon	30
11.2.8. Ombygging	31
11.2.9. Rehabiliteringsavdeling i skjering mellom kommunehelse og pleie og omsorg.....	31
11.2.10. Adecco	31
11.2.11. Punkt 3 Spesielle tilbod	32
12.Endringar i faktaark, pleie og omsorg	32
12.1. ”Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+”	32
12.2. SSB: forslag til fjerning av indikatorar og grunnlagstal.....	33
13.IPLOS.....	33
13.1. Rapportering 2010 og oppdatering av 2009-årgangen	33
13.2. Statistikk over bustader	33
13.2.1. Handtering av ledige plassar leigd ut utanfor pleie- og omsorgstenestene.....	33
13.2.2. Gjenlevande ektefelle.....	33
13.3. Forslag til nytt kostnadsomgrep: ”Brutto driftsutgifter per bebuardøgn” erstattar ”Korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal plass”.	34
13.4. Kostnader per time	34
13.5. Kjøp/sal av tenester over kommunegrensa.....	34
14.Lindrande behandling/ palliasjon.....	35

Til stades:

Kommunehelse=K Pleie og omsorg=P	Organisasjon	Navn	09.mai	10.mai
	Kommunal- og regionaldepartementet	Alexander Wiken Lange	Frafall	Frafall
KP	KS	Anne Jensen	Frafall	1
P	KS - los-bistand	Geir Halstensen	Frafall	Frafall
K	KS	Anne Gamme	Frafall	1
K	KS, Tolga kommune	Kjetil Brodal	1	1
P	KS / Hamar kommune	Halvor Haug	1	Frafall
K	Helsedirektoratet	Nina Brøyn	1	1
P	Helsedirektoratet	Pål Strand	1	1
P	Helsedirektoratet	Michael Kaurin	1	1
K	Helsedirektoratet	Elin Johanne Sæther	Frafall	Frafall
K	KS / Oslo kommune	Martin Fjordholm	1	1
P	Oslo kommune	Elisabeth Bøe	1	1
P	Bergen kommune	Kjell A. Wolff	Frafall	Frafall
K	Bergen kommune	Brynjar Skaar	1	1
KP	Statistisk sentralbyrå	Espen Ottesen Vattekar	1	1
KP	Statistisk sentralbyrå	Åsne Vigran	1	Frafall
KP	Statistisk sentralbyrå	Bjørn Gabrielsen	Frafall	Sak 12
KP	Statistisk sentralbyrå	Trond Ekornrud	1	1
P	Statistisk sentralbyrå	Brith Sundby	Frafall	1
KP	Statistisk sentralbyrå	Dag Abrahamsen	1	1
Observatør for ASSS				
K	ASSS/KS	Margareth Belling	Frafall	Frafall
P	ASSS/KS	Eva Rinnan	Frafall	Frafall
Gjestedeltakere				
	Statistisk sentralbyrå	Arne Jensen	Sak 3-9	
	Statistisk sentralbyrå	Julie Kjelvik	Sak 3-9	
	Statistisk sentralbyrå	Maja Kalcic		Sak 12
Gjesteforelesere				
	Helsedirektoratet	Ellen Blom	Sak 7	
	Helsedirektoratet	Lene Palmberg Thorsen	Sak 7	
	Statistisk sentralbyrå	Andreas Hedum	Sak 7-9	
	Helsedirektoratet	May Cecilie Lossius	Sak 8	
	Statistisk sentralbyrå	Borgny Vold		Sak 10

1. Publisering av ureviderte tal 15.3.2011 kommunehelse/pleie og omsorg

1.1. Datainnngang

Svarprosenten i 2011 ser ut til å vera betre enn nokon gong. For å sjå utviklinga, har KOSTRA-IT laga eit oversiktssystem:

http://skjema.ssb.no/xtra/mottatt_antall_tid.asp?hub=13

For skjema 1, 4, 5 og IPLOS har vi følgjande status:

	Skjema 1	Skjema 4	Skjema 5	IPLOS
Forventa	445	445	1355	431
Svarprosent 15.03.11	95,7	98,9	99,6	98,6
Inngjekk i publisering 15.03.2011	426	440	1304 ¹	425
Svarprosent 15.02.11	74,6	85,2	77,9	
Talet på mottekne 15.02.2011	332	379	1055	
Svarprosent 15.06.10	100	100	100	99,8
Svarprosent 15.03.10	93	96,2	95,5	95,8
Svarprosent 15.02.10	67,9	79,3	80,6	63,1
Svarprosent 06.06.09	99,8	100	100	99,6
Svarprosent 12.03.09		98	98,7	98,4
Svarprosent 19.02.09		91,2	-	81,6
Svarprosent 30.05.08	99,8	100	100	98,4
Svarprosent 06.03.08		95,7	97,6	97,1
Svarprosent 2007	100	100	100	
Svarprosent 2006	97,8	99,1	99,5	
Svarprosent 2005	99,3	99,6	99,5	
Svarprosent 2004	99,1	99,8	98,1	

Tabell 1 Svarprosent for kommunehelse og pleie og omsorg 2004-2011

¹ I tillegg kjem 46 innsende institusjonar som grunna mangelfull handtering ikkje kom med i publiseringa 15.03.2011. Desse er tekne med i svarprosenten, og i ekstrapubliseringa 13.04.2011.

Frå møtet

Lenkje til presentasjonen: http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak1_Publisering_15032011.ppt

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte om datainngangen. Det har vore god svarprosent på alle dei tre ulike skjema. Per 15.3. hadde skjema 1, 4, 5 og IPLOS alle ein svarprosent på over 95 prosent. Dette er betre enn nokon gong tidlegare.

1.2. Estimerte landstal

I mange år er det to ynskjer som har gått igjen når det gjeld KOSTRA-tala:

- Nasjonale summar for totalar på nivå 3 grunnlagstal
- Estimat av landstall i mars

Utfordringa med summar er at det ofte manglar nokre få kommunar, som gjer at ein ikkje kan summera kommunetala for å få landstal. Ved å innføra estimat som gjer sumtal om alle kommunar har levert, slår ein to fluger i ein smekk. I mars var det berre lagt inn moglegheit for estimat etter ratemodellen (dvs. variabelen må vere proporsjonal med folkemengde eller annan forklaringsvariabel). I juni vil ein også leggja inn estimat basert på m.a. fjorårsverdi med eller utan justering for stigning.

Les meir om nasjonale tal her: <http://www.ssb.no/kostra/art-2011-03-15-02.html>

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte. Dess fleire som innrapporterer, dess betre blir tala. Store oppstartskostnader i små kommunar kan gjera at ratemodellen basert på befolkningstal ikkje tar høgde for dette. Modellen er under utbetring og Dag sit i ei prosjektgruppe som har ansvar for å testa og vidareutvikla estimeringsmodellane. Stort sett så ser det ut som om dei nye modellane fungerer bra i uttestinga etter 15.mars. Det har ikkje kome førespurnader frå kommunane om denne nye mulegheita, det er nok helsestyresmakter og andre som har størst interesse av landstal.

Når det gjeld publisering av IPLOS-tal informerte Helsedirektoratet om at det jobbast med ei tilnærming som inneber å leggja inn tilfeldige verdiar - anten 0 eller 5 - til erstatning for individtal mindre enn 5, som no prikkast. .

1.3. Oppdatering av plassar i institusjon og bebuarar i heildøgns bemanna bustad

Grunna overgang til ein ikkje heilt tilpassa ny teknisk revisjonsløyising, klarte ein ikkje å handtera institusjonar som vart innsende med eit organisasjonsnummer som ikkje var definert for skjema 5. Dette gjaldt 46 institusjonar. Også grunna overgang til den nye tekniske løysinga svikta oppdatering av 2009-tal. SSB valde difor å publisera nokre hovudtal for heildøgns butilbod 13.04.2011: [Heildøgnsstilbod i pleie og omsorg for eldre med uendra dekningsgrad](#). Ein var dermed rundt 3 månader tidlegare ute enn vanleg med nasjonale tal for institusjonsplassar, rett nok ureviderte, men med tilnærma fullteljing.

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB , orienterte og presiserte at dei nasjonale tala som vart publisert 15.03 var estimerte tal.

1.4. Heile biletet

Det vert arbeida vidare med detaljundersøkingar innan pleie og omsorg (og til dels kommunehelse). Omfanget av kommunale føretak, interkommunale selskap og §27 interkommunalt samarbeid innan kommunehelse og pleie og omsorg er nærmast neglisjerbart i nasjonal samanheng. For institusjonar innan

pleie og omsorg held den private delen seg ganske konstant på rundt 10 prosent, men kanskje med ei lita auke for kommersielle aktørar og tilsvarande nedgang av ideelle. Samstundes ser den kommersielle delen innan heimetenestene ut til å auka. Her har fleire av verksemdene no skilt ut egne einingar innan pleie og omsorg etter oppfordring frå SSB. Dermed er det no mogleg å laga tilsvarande statistikk for heimetenestene som ein har for institusjonar, t.d. fordeling av årsverk og brukarar etter kommunal eller privat tenestetilbydar. Tida ser no meir moden ut for at ein på nytt kan føreslå å bruka brutto driftsutgifter og alle institusjonar i indikatorar framfor korrigererte brutto driftsutgifter og berre kommunale plassar.

Gj.snitt alle kommuner	2003	2006	2009	2010
Andel kjøp av tjenester fra private, kommunehelse	21,2	21,1	20,6	21,2
Andel kjøp fra egne foretak og IKS, kommunehelse	0,2	1,2	1,1	1,1
Andel kjøp fra andre offentlige virksomheter, kommunehelse	4,9	3,6	3,8	3,8
- herav andel kjøp fra andre kommuner, kommunehelse	:	2,1	2,4	2,4
- herav andel kjøp fra fylkeskommuner, kommunehelse	:	0,3	0,2	0,2
- herav andel kjøp fra staten, kommunehelse	:	1,3	1,2	1,2
Andel kjøp av tjenester fra private, pleie og omsorg	6,8	6,7	8,1	8,6
Andel kjøp fra egne foretak og IKS, pleie og omsorg	0,2	1,6	1,2	1,4
Andel kjøp fra andre offentlige virksomheter, pleie og omsorg	1	0,6	0,7	0,6
- herav andel kjøp fra andre kommuner, pleie og omsorg	:	0,4	0,5	0,5
- herav andel kjøp fra fylkeskommuner, pleie og omsorg	:	0,1	0,1	0
- herav andel kjøp fra staten, pleie og omsorg	:	0,1	0,2	0,2

Tabell 2 Kjøp av tjenester for områder relatert til pleie og omsorg

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte. Dei mange mulegheitene for organisering og former for konkurranseutsetjing fører til at ein i nokre tilfelle ikkje har presis statistikk for det offentlege tilbodet. SSB sin seksjon for offentlege finansar sjekkar opp tal når det gjeld overføringar og sal mellom ulike nivå. Dette vil bidra til å gi eit betre oversiktsbilete på området enn berre kjøp frå staten. Desse tala er særleg interessante å følgja i tida som kjem med tanke på den kommande samhandlingsreforma.

1.5. Pleie og omsorg – publisering av gjennomsnitt for bebuarar i heildøgns bemanna bustad 15.03.2011.

I gjennomsnittsberekningar vert ikkje kommunar med blank i teller eller nemnar tekne med. Ved overgang til nytt revisjonssystem vart manglande oppgåve behandla som 0, og ikkje som tidlegare blank. Dermed fekk ein langt lågare dekningsgrad for "Andel plasser i heildøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+" i 2010 enn i 2009, sjølv om grunnlagstala var nærmast uendra. Indikatoren er derfor fjerna på landsnivå, og blir oppdatert først 15.06.2011.

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte.

Kom fram i ettertid

Ein analyse etter møtet viser at for dei aller fleste kommunane hadde ein tal for yngre bebuarar, men ikkje for dei eldre. Ein må såleis anta at rett verdi for dei fleste utfylte eldre bebuarane faktisk ER 0. I publisering 15.06.2011 har ein derfor vald å vise berre tal for 2010, ikkje tidlegare.

1.6. Førespurnader frå kommunane

Mange kommunar – og fleire enn tidlegare - ser ut til å sjekke tala sine nøye. SSB har teke imot mange detaljerte spørsmål, men det er peika på få feil utover dei nemnde.

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte. Dei detaljerte spørsmåla kan tyda på at oppgåvegivarane byrjar å få god kjennskap til det grunnleggjande skjema ønskjer at det skal rapporterast på. I tillegg må ein i enkelte tilfelle vurderer om det er behov for betre presiseringar anten i skjema eller rettleiaren.

2. Nye spørsmål i skjema 1 ”Personell og verksemd i kommunehelsetenesta.”

2.1. Helsestasjons- og skulehelsetenesta: Ny kvalitetsindikator innan tannhelse

- Ny kvalitetsindikator: ”Delen 2-åringar som har behov for vurdering og eventuelt behandling i tannhelsetenesta grunna orale forhold”
- Nye spørsmål i skjema 1: den nye kvalitetsindikatoren som skal publiserast i KOSTRA-tannhelse er avhengig av å få innlemma dei relevante spørsmåla som gjer det muleg å laga indikatoren i skjema 1. Arbeidsgruppa var positive til å innlemma spørsmål om dette (jamfør førre arbeidsgruppemøte 12.02.2010 og høyring via e-post med svarfrist innan 21.januar 2011.
- Arbeidsgruppa må drøfta den konkrete ordlyden i spørsmåla på arbeidsgruppemøtet.. Forslag til nytt spørsmål: ”*Talet på 2-åringar som har behov for vurdering og eventuelt behandling i tannhelsetenesta grunna orale forhold*”.

Frå møtet

Lenkje til presentasjon:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak2_Nye_sporsmal_skjema1_SSB.ppt

Trond Ekornrud, SSB, orienterte. Arbeidsgruppa har tidlegare gått inn for å innlemma spørsmål i skjema 1 som gjer det muleg å få på plass ein kvalitetsindikator innan tannhelse. Indikatoren vil mellom anna kunne seia noko om barnevern-aspektet som er ein viktig del at helsestasjonstenesta. Vidare vil ein til ein viss grad få kartlagt behovet blant 2-åringar for tannlegekonsultasjon. Den offentlege tannhelsetenesta innkallar per i dag ikkje barn før dei er tre år, medan alle barn og unge frå 0-18 inngår i dei prioriterte gruppene som har rett på gratis tannbehandling. Til sist vil indikatoren også seia noko om samhandlinga mellom helsestasjonstenesta og den offentlege tannhelsetenesta i fylkeskommunane. Dette er eit viktig aspekt å få kartlagt med tanke på den komande samhandlingsreforma. Helsedirektoratet presiserte at dette ikkje er ein kvalitetsindikator innanfor tannhelsetenesta, men for helsetenesta generelt.

Indikatoren vil i første omgang bli publisert innanfor KOSTRA-tannhelse på fylkesnivå.

Oppfølging: Helsedirektoratet i samarbeid med SSB følgjer opp saka ved å kontakta fagsystema som helsestasjonane nyttar for å få implementert dette i journalsystemet.

2.2. Re-/habilitering nye spørsmål under punkt 6 i skjema 1

Endring av spørsmål under punkt 6-1 om re-/habilitering (jamfør høyring via e-post sendt 22.12.2010)

- Første spørsmål under dette punktet ”Benytter kommunen/bydelen seg av individuelle planer [...]” ønskjer ein å bytta ut med følgjande spørsmål: ”Antall tenestemottakere i kommunen som har *en virksom individuell plan*” jamfør forskrift om individuell plan. (Med verksame planar meiner ein at brukar har fått oppnemnd koordinator og at planarbeidet er igangsett. – At planen er i bruk som et aktivt verktøy for å koordinera tenesteytinga til brukar. – At den er under kontinuerleg evaluering). Føreskrift om individuell plan, utdjupa i rettleiar til føreskrifta som ligg til grunn.
- *Kor mange tenesteytarar har rolla som koordinator, og kva sektor kjem dei frå?* Alternative sektorar kan vera: Helse, NAV, skole, barnehage, kultur. Arbeidsgruppa må, som avtala, fatta eit endeleg vedtak om det er ønskjeleg med denne endringa på arbeidsgruppemøtet.

Frå møtet:

Lenkje til presentasjonen til Helsedirektoratet:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak8_Individuell_plan_Hdir.ppt

Helsedirektoratet og SSB orienterte.

Vedtak:

- *Arbeidsgruppa stiller seg positive til å implementera spørsmåla føreslått av Helsedirektoratet via e-posthøyring 22.12.2010.*
- Dei andre spørsmåla som blei føreslått også innlemma i skjema 1 på møtet må arbeidsgruppa ta stilling til via ei ny e-posthøyring.

For meir, sjå under sak 8.

3. Personellstatistikk frå register

3.1. Helsestasjons- og skulehelsetenesta

Med mindre registertal for 2009 skulle avvike mykje frå skjematal, vart det vedteke i 2010 at ein i juni 2011 publiserer registertal.

SSB v/ Åsne Vigran orienterer:

”Det har vært planlagt overgang til bruk av registerbasert personellstatistikk som kilde for kommunehelsetjeneste. I arbeidsgruppemøte høsten 2010 ble det vedtatt å gå over fra juni 2011 for helsestasjon og skulehelsetjenesten, selv om man beholder rapporteringen på skjema ytterligere ett år.

Til arbeidsgruppemøtet er det kjørt ett uttrekk med følgende kriterier:

Bedrifter med næring 86.903 innenfor kommune eller kommunekonsern på område (variabel f_kaggr = '04' Kommunehelsetjeneste). På filen fra 2009 gir dette et resultat som følger av tabell 3. I tabellen er de mest vanlige helsepersonellgruppene for denne tjenesten vist. Størrelsen på den enkelte gruppe av personell gir små tall på kommunenivå. Det vil derfor være nødvendig å slå sammen en del utdanningsgrupper når tallene presenteres på kommunenivå, enten basert på utdanningsnivå for alle ansatte eller ved å synliggjøre de gruppene som til nå er presentert i den foreliggende statistikken for helsestasjonstjenesten.

I motsetning til registreringen i skjema 1 vil uttrekket fra registerbasert personellstatistikk kun omfatte de personer som faktisk er registrert på næringen skole- og helsestasjonstjeneste, 86.903. Kommuner som ikke har skilt ut denne tjenesten, men rapporterer de ansatte sammen med kommunehelsetjenesten på andre næringskoder til Aa-registeret, vil ikke få presentert tall.

Tabell 3 Avtalte årsverk og avtalte årsverk eksklusive lange fravær i helsestasjon og skolehelsetjeneste, pr 4 kvartal 2009.

	Avtalte årsverk	Avtalte årsverk ekskl. lange fravær
Årsverk ekskl. lege/fysioterapeut	3442,9	
Helsesøster	1 819,0	1 691,2
Sykepleier	481,3	442,8
Jordmor	247,0	227,7
Ergoterapeut	37,2	33,0
Psykolog	32,6	30,5
Vernepleier	36,2	35,0
Hjelpepleier og omsorgsarbeider inkl. barnepleier	118,4	106,2
Helsesekretær	37,5	33,5
Annet personell med og uten helseutdanning	632,7	583,8
Lege og legespesialist inkl. stud. med lisens	81,3	77,3
Fysioterapeut	119,6	106,3
Årsverk i alt inkl. lege/fysioterapeut	3 642,9	3 367,3

I en kommuneutkjøring av foreløpige tall for 2010 viser det seg at 27 kommuner fortsatt ikke har registrert helsestasjonen som egen næring. I tillegg har noen større kommuner mistenkelig lave tall. Om lag 20-30 kommuner ble kontaktet høsten 2010 basert på resultatene fra 2009. Det bør rettes henvendelse til de som fortsatt mangler utskilling av tjenesten i løpet av høsten 2011.

Størst avvik sammenlignet med resultatene for skjema 1 Kommunehelsetjenesten ser vi for utdanningsgruppene leger og fysioterapeuter hvor de fleste antakelig ikke er ansatt i helsestasjonen, men i kommunehelsetjenesten generelt, også for den delen av avtalen deres som gjelder helsestasjon.

I tillegg har en del sykepleiere yrke som helsesøster – selv om de ikke er registrert med slik utdanning. Dette kan skyldes etterslepet i utdanningsstatistikken – og vil kunne se annerledes ut dersom man får mulighet til å bruke utdanningsfilen for statistikkåret, fra 2012.

Basert på resultatene av kjøringen av landstall kan en forenklet tabell for helsestasjon og skolehelsetjenesten på kommunenivå se ut som tabell 4.

Tabell 4 Årsverk i skole- og helsestasjonstjeneste, 4 kvartal 2009. Næring 86.903

		Avtalte årsverk			
		Utdanning			
		Avtalte årsverk i alt	Helsesøster og sykepleier	Jordmor	Annen helsefaglig utdanning
2009		3 642,9	2 300,3	247,0	608,0
					487,5

En tabell basert på utdanningsnivå vil se ut som tabell 5:

Tabell 5 Årsverk i skole- og helsestasjonstjeneste, etter utdanningsnivå. 4 kvartal 2009. Næring 86.903

	Avtalte årsverk	Avtalte årsverk eksklusive lange fravær
Enheter i alt	3 642,9	3 367,3
Helse- og sosialfaglig utdanning på videregående nivå	170,7	153,5
Helse og sosialfaglig utdanning på høyskole og universitetsnivå	2 976,6	2 756,1
Grunnskoleutdanning	281,9	259,2
Utdanning på videregående nivå	114,7	108,0
Utdanning på universitets- og høyskolenivå	89,1	81,2
Uoppgitt utdanning	9,8	9,3

Vedlagte hyperlink viser de sist publiserte tallene for skole- og helsestasjonstjenesten fra KOSTRA-skjema 1.

<http://www.ssb.no/xls/emner/03/02/helsetjko/tab-2010-07-08-07.html>

Tabell 6 viser utkjøring av helsestasjon (funksjon 232) med eksisterende kodet utdanning/yrke

Tabell 6

Avtalte årsverk for personell i helsestasjon, kommunekonsern 4. kvartal 2009.

	Avtalte årsverk	Avtalte årsverk eksklus- ive lange fravær
I alt	3643,85	3368,14
Fastlege	-	-
Turnuslege	0,13	0,13
Andre private leger	81,17	77,16
Fysioterapeut	119,64	106,34
Jordmor	247,96	228,47
Helsesøster	1819,04	1691,21
Psykiatrisk sykepleier	107,93	93,01
Andre sykepleiere	373,38	349,76
Psykolog	32,64	30,49
Ergoterapeut	37,19	33,00
Vernepleier	36,19	35,02
Psykisk miljøarbeid	15,22	14,44
Miljøterapeut	130,02	118,37
Hjelpepleier	100,96	90,23
Helsesekretær	39,33	35,12
Servicefunksjoner uten utdanning	19,25	16,96
Annet adm. personale	232,70	218,09
Brukerrettet personell med helse- og sosialfaglig utdanning	35,16	31,26
Brukerrettet personell med vg. utdanning	56,30	52,44
Uspesifisert, annet	159,66	146,62
Helsefagarbeider	-	-

Det er gjort ei samanlikning mellom 2009-tal frå register mot kva som er rapportert i skjema.

I samanlikningane held ein årsverk frå lege og fysioterapeut utanfor, sidan me veit at desse små stillingane ofte ikkje er registrert under helsestasjon/skulehelseteneste i register.

Tabell 7 Samanlikning årsverk i helsestasjon/skulehelseteneste, skjema mot register 2009

	Avtalte årsverk, ekskl. lege/fysio	Helsesøster	Jordmor	Psykiatrisk sykepleier	Andre sykepleiere	Lege	Fysiotera peut
2009 register	3443	1819	248	108	373	78	191
2009 skjema	3096	2067	295			210	204

På kommunenivå får me følgjande resultat for 2009:

- I register manglar det heilt årsverk for 30 kommunar
- 28 kommunar har meir enn 5 årsverk meir i register samanlikna med skjema
- 20 kommunar har meir enn 5 årsverk mindre i register samanlikna med skjema (11 av desse har ikkje årsverk i register i det heile)

Pr. 03.05.2011 er det berre 4 kommunar som ikkje har registrert helsestasjon. I tillegg har 20 av kommunane ikkje registrert tilsette. Sidan hausten 2010 har SSB hatt springande kontakt med desse kommunane, og ein

håper at også disse får betre registreringar i løpet av året. Samstundes må det understrekast at fleire kommunar får dekkja denne tenesta ved interkommunalt samarbeid, og derfor ikkje har registreringar.

Forslag:

- Overgang frå skjema til register i publiseringa juni 2011.
- Spørsmål om timar i Helsestasjons- og skulehelsetenesta, skjema 1, punkt 4.1 vert oppretthalde inntil vidare for å oppnå god overlapping.
- Rekneark med skjematal vert lagt ut for kontroll
- Totaltal for kommunehelsetenesta frå register leggjast ut i faktaarket
- Totaltal for fråvere i kommunehelsetenesta frå register leggjast ut i faktaarket

Korleis vise tidsseriar?

Fleire tilnærmingar kan vere moglege:

- a) Berre vise registertal framover, skjematal vert lagt i eige rekneark for spesielt interesserte
- b) Både registertal og skjematal i ein overgangsperiode
- c) Registertal vert oppdatert bakover i tid. Landstal (som ikkje avveik mykje frå skjema 2007-2008) må då oppdaterast.

SSB foreslår løysing a).

Frå møtet

Åsne Vigran, SSB, orienterte med bakgrunn i tala frå det utsende sakspapiret. Det ble også diskutert om lege- og /fysioterapiårsverk frå skjema skulle inngå i totaltala for f232.

Arbeidsgruppa gjekk inn for å publisere tal for årsverk frå register, inkludert legar og fysioterapeutar, fordelt på KOSTRA-funksjonane 232, 233 og 241, i staden for totalen på kommunehelse, som foreslått av SSB.

Vedtak:

- Registerbaserte tal for årsverk i helsestasjon og skulehelseteneste erstattar skjematal fom. 15. juni 2011
- Spørsmål i skjema 1 om timar i helsestasjon og skulehelseteneste (pkt.4.1) vert oppretthaldne
- Rekneark med tal frå skjemarapporteringa vert lagt ut for kontroll
- Registerbaserte totale tal for kommunehelsetenesta vert lagt ut i faktaarket
- Registerbaserte totale tal for fråvere i kommunehelsetenesta vert lagt ut i faktaarket:
http://www.ssb.no/kostra/innrapp/2010/KOSTRA_skj1_f232_2010_20110609.xls
- I publiseringa av gruppa "Anna personell" i Tabell 7 Årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta vert det skilt ut årsverk med og utan fagutdanning"
- Framtidige tidsseriar viser berre registerbaserte tal

I ettertid:

Tal for fråvere viste seg så små i mange kommunar at dei ikkje kunne publiserast. SSB valde difor ikkje å vise denne variabelen. For neste år vil SSB vurdere om ein berre skal publisere t.d. andel fråvere som indikator på nivå 2, og ikkje som grunnlagstal på nivå 3.

3.2. Servicepersonell i bustader

Skal servicepersonell i bustader trekkast ut av f254 Hjemmetjenester, tilsv. som for institusjonar, ut av f253? For institusjonar først desse på f261 "Institusjonslokaler", mens for bustader skal servicepersonell i følge kontoplanretteiinga først på f265, og dermed forsvinn desse årsverka ut av pleie- og omsorgsstatistikken.

Forslag frå SSB:

Servicepersonell i bustader trekkast ut av f254 Hjemmetjenester og over på f265.

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte.

Det vart kommentert at servicepersonell i bustader på nokre område inngår i behandlinga av bebuarane. Dette gjeld til dømes innafør psykisk helsearbeid og rusarbeid. Det er likevel grunn til å skilje dei ut for at registreringa skal vere i tråd med KOSTRA funksjonskontoplan.

Vedtak:

Årsverk av servicepersonell i bustader vert trekt ut av KOSTRA funksjon f254 Heimetjenester og vert ført på KOSTRA funksjon f265 Kommunalt disponerte boliger.

3.3. Vidareutdanning

Det vert vist til rapport til Samordningsrådet for 2010. Her blei det føreslått å sjå nærare på indikatorar for vidareutdanning hausten 2010. Ettersom dette til dels fell inn under arbeidet med Samhandlingsreforma, har ein vald å la vurderinga rundt dette integrerast i arbeidet med personellflyt.

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte.

Det vart kommentert frå Helsedirektoratet at dei ønskjer at dette temaet vert behandla innafør KOSTRA, og ikkje som ein del av prosjektet om personellflyt.

Det vart understreka at arbeidsgruppa bør bli informert om alle arbeid som vert gjennomført, initiativ som vert tatt og utviklingstrekk som skjer som følge av Samhandlingsreforma.

Vedtak:

- SSB føreslår eit eige prosjekt innafør rammene av KOSTRA arbeidsgruppa som tek for seg arbeidet med indikatorar for vidareutdanning.

4. Forslag til endringar i faktaarket

4.1. Generelt

4.1.1. Måltal: Prosent eller promille?

Historisk har ein for ulike indikatorar vald å bruke promille framfor prosent, spesielt for å unngå for små tal. I KOSTRA kan det vere noko forvirrande å operere med begge deler. Samtidig vil ein då få avvik på einskilte indikatorar i forhold til fagstatistikk. Burde ein konsekvent bruke prosent?

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte.

Det vart kommentert at publisering av for små tal vert lite meningsfylt. Intensjonen må vere at dei tala som vert presentert i KOSTRA kan bli brukt i samanlikningar over tid og mellom kommunar.

Det vart informert om at det skjer ein god del utvikling av ulike løysingar for publisering av tal i samband med utviklinga av nye ssb.no, blant anna når det gjeld KOSTRA.

Vedtak:

- Det er hensiktsmessig å avvente dei nye publiseringsløysingane i nye ssb.no før det vert teke endeleg stilling til spørsmålet om måltal.

4.1.2. Bruken av netto driftsutgifter som samanlikningsgrunnlag på tvers av kommunar

Ved fleire høve den siste tida har SSB fått førespurnader om korleis ein skal tolke indikatorar med netto driftsutgifter. Det dreier seg om desse indikatorane:

Kommunehelse

Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, kommunehelsetjenesten, konsern

Netto driftsutgifter i prosent av samlede netto driftsutgifter, konsern

Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj. pr. innb 0-5 år

Netto driftsutg til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetj. pr. innb 0-20 år

Netto driftsutgifter til forebyggende arbeid, helse pr. innbygger, konsern

Netto driftsutg til diagnose, behandling og rehabilitering pr. innbygger, konsern

Pleie og omsorg

Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutg.

Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten, konsern

Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over, konsern

Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 67 år og over, konsern

Tabell 8 Netto driftsutg. khelse/plo

Samanlikning av slike indikatorar kan vere komplisert, ettersom fleire faktorar kan trekka i ulik retning for den einskilte kommune, t.d.:

- øymerka inntekter
- dyr eller billig drift
- mange eller få brukarar
- lite eller stort bistandsbehov
- føresetnader elles

KS frårådar bruk av ”Netto driftsutgifter for pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutg.”,

ettersom høge utgifter kan skuldast høg del brukarar eller stort bistandsbehov. SSB foreslår at ein brukar brutto driftsutgifter, og kanskje per brukar i staden for per innbyggjar i målgruppa der det er relevant.

Forslag til vedtak:

Indikatorane med netto driftsutgifter blir droppa.

Frå møtet

Det vart diskutert om indikatorane som omhandlar netto driftsutgifter kan bli droppa i publiseringa. Dette gjeld i alt 10 indikatorar under høvesvis kommunehelse (6 indikatorar) og pleie og omsorg (4 indikatorar). Bakgrunnen er at SSB ved fleire høve har fått førespurnader om tolkinga av desse indikatorane, og at bruken av tala gjerne krev meir inngåande kjennskap til kva situasjonen i kommunane faktisk er.

Det vart kommentert at omgrepet netto driftsutgifter gir eit uttrykk for korleis kommunane prioriterer sine frie midlar (inntekter). Det må også bli sett i samanheng med kva slag dimensjonar KOSTRA som rapporteringssystem er tenkt å dekkje (prioritering, dekningsgrad og produksjon). Det vart også kommentert at netto driftsutgifter er ein størrelse som vert brukt på politisk nivå i kommunane.

Det vart også diskutert om det er meir hensiktsmessig å presentere tala etter brukarar enn etter innbyggjarar som til dømes 0-66 og 67+.

Vedtak:

- Indikatorane som omhandlar netto driftsutgifter vert behaldne i publiseringa
- Publiseringssløysinga for indikatorane vert vurdert; i KOSTRA eller gjennom statistikkbanken

4.2. Kommunehelse

4.2.1. Innføring av ein indikator som måler utgifter mot årsverk

I pleie og omsorg har ein indikatoren ”Lønnsutgifter pr kommunalt årsverk ekskl. fråvær, pleie og omsorg, konsern”. SSB har fått ein førespurnad på tilsvarende indikator i kommunehelsetenesta. Om ein ynskjer ein slik indikator: Mest aktuell er kanskje lønnsutgifter pr årsverk i helsestasjons-/skulehelsetenesta?

Vedtak:

Sjå 4.2.2

4.2.2. Andre endringar i faktaark for kommunehelse

SSB oppfordrar deltakarane til å tenke igjennom om indikatorar og grunnlagstal som ikkje er strengt nødvendige kan sløyfast.

SSB legg her fram eit forslag over sumaren.

Vedtak:

Det vart bestemt at forslaga til endringar i samanheng med kommunehelse (dagsorden pkt. 4.2) vert behandla i KOSTRA arbeidsgruppa hausten 2011.

5. Rekneskap (behandla 10.05)

For artskontoplan, sjå

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/tema/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen.html?id=551573>

Saka vart flytta til møtet neste dag (10. mai).

5.1. Funksjon 120 Administrasjon og stab

Skal personell som jobbar mot anna personell internt leggst under funksjon 120 Administrasjon og stab, eller inn under den aktuelle fagfunksjon? SSB meiner det siste. Avklaring frå KRD i eige prosjekt avventast før sumaren 2011².

Frå møtet:

Det er nedsett ei eige gruppe i KRD som skal sjå på f120. SSB meiner dette skal rekneskapsførast etter fagfunksjon. Arbeidsgruppa ser an innstilling frå regnskapsgruppa når den kjem.

5.2. Øyremerka midlar

”Korleis skal ein definere øyremerka middel?”, er det fleire kommunar som spør. SSB føreslår å presisera rekneskapsrettelearen på relevante fagområde.

Michael Kaurin, Helsedirektoratet, hadde laga følgjande oversikt:

Ressurskrevende tjenester	http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/tilskuddsenger/ressurskrevende_tjenester/generelt_om_tilskuddsenger_12727	Utbetalt for utgifter påløpt i 2009 - kr. 4.033.644.000
Vertskommunetilskuddet		Budsjett 2011 - kr. 965.149.000
BPA		Budsjett 2011 - kr. 84.790.000
Tilskudd landsbystiftelsen		Budsjett 2011 – kr. 65.850.000
Tilskuddsmidler til samhandlingstiltak og lokamedisinske sentra m.m.	http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/tilskuddsenger/n__kan_det_s_kes_om_samhandlingsmidler_7929	Budsjett 2011 - kr. 131.000.000
Tilskudd til Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester	http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/tilskuddsenger/kunngj_ring_av_tilskudd_til_utviklingssentre_for_sykehjem_og_hjemmetjenester_2011_793134	Budsjett 2011 kr. 27.882.000
Tilskudd lindrende behandling og omsorg ved livets slutt	http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/tilskuddsenger/lindrende-behandling/	Budsjett 2011 kr. 8.500.000
Tilskudd Nevroplanen 2015	http://www.helsedirektoratet.no/helse_omsorg/tilskuddsenger/_nevroplan_2015____kunngj_ring_av_to_nye_tilskuddsordninger_740304	Budsjett 2011 kr. 6.000.000

Tabell 9 Øyremerka middel til kommunalt pleie- og omsorgsarbeid

Sjekk <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommuner> for totaloversikt og ytterlegare informasjon.

² Aasmund Olavsson Vinje: ”Ferdaminne fraa sumaren 1860” (1861) har elles 150-års jubileum i år.

Frå møtet:

Det er fleire artar som kan nyttast til å føra ulike tilskot og refusjonar, m.a.

700 Refusjon fra staten (krav til motytelse)

800 Rammetilskudd (ikkje krav til motytelse)

810 Andre statlige overføringer (ikkje krav til motytelse)

Det er ikkje muleg å skilja støtte til konkrete prosjekt og område som t.d. HVPU-reforma.

Det visast elles til arbeidet under samhandlingsreforma.

5.3. Regnskapsføring av kommunalt eide plassar i utlandet med driftstilskot

Ein kommune spør:

"Vi har en utfordring knyttet til hvordan vi skal utgiftsføre driftstilskuddet for alle plassene til vår institusjon i Spania. Dette er 100% eid av kommunen med et eget organisasjonsnummer under kommunen. Vi har til nå ført dette på 370. Imidlertid er jo plassene rapportert inn som kommunale plasser. Hadde det vært riktig å føre driftstilskuddet på art 375? Pr nå blir korrigerte brutto driftsutgifter feil for oss fordi utgiften er ført på 370 og korrigeres bort, mens plassene telles med i nevner. Dersom vi skal bruke 375 vil det ikke finnes noen motpost på 775, da dette føres i regnskap i Spania."

Svar frå SSB:

"Korrigerede brutto driftsutgifter skal omfatte kommunes/kommunekonsernets egenproduksjonen – her inngår ikke kjøp av tjenester eller overføringer, verken i definisjonen for kommune eller for konsern. Så driftstilskuddet vil ikke komme med i korrigerede brutto driftsutgifter uansett hvilken 300-art det føres på. Ut fra antagelsen om at dette er et AS skal tilskuddet føres på art 370."

Frå møtet

Institusjonar i utlandet som sel plassar til norske kommunar kan ikkje førast i einingsregisteret. Førebels er ikkje dette noko stort problem, samstundes dukkar det opp nye tilfelle (jamfør Stavanger).

SSB ser an situasjonen framover, og vurderar fortløpande om ein skal foreslå tiltak.

6. KUHR-databasen

Nina Brøyn, Helsedirektoratet, orienterer om status for HELFOs KUHR-database (Helseøkonomiforvaltningas system for – kontroll og utbetaling av helserefusjonar) for innrapportering av betalte eigendelar.

For siste tal, sjå <http://www.helfo.no/statistikk/Sider/fire-av-fem-innbyggere-i-kontakt-med-lege.aspx>

Frå møtet

Nina Brøyn, Helsedirektoratet, orienterte.

KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjonar) er HELFO (Helseøkonomiforvaltninga) sitt oppgjørssystem for behandlarar. Dette inkluderer blant anna refusjonar til legar, fysioterapeutar og kiropraktorar.

Helsedirektoratet orienterte om at dei, på bakgrunn av det dei kjenner til om oppgjørssystemet (HELFO sine egne rapportar), p.t. vurderer at databasen ikkje er godt eigna som statistikkgrunnlag for allmennlegetenesta i kommunane. I all hovudsak er grunnen at det er økonomidata som vert samla inn for refusjonsføremål og ikkje for statistikkføremål.

Helsedirektoratet vurderer fleire moglege kjelder for data om legetenesta i kommunane. I tillegg til at forvaltninga av KUHR kan bli endra gjennom lov- og forskriftsendringar og såleis leggje til rette for utnytting av data for statistikkføremål, vurderer direktoratet ei tilnærming lik den som vart brukt i prosjektet SEDA (Sentrale data frå allmennlegetenesta). Denne tilnærminga er bygd opp omkring tilgang til allmennlegane sine pasientjournalar.

Det vart kommentert at det finst fleire døme på register og databasar som er utnytta i produksjon av offisiell statistikk, trass i at dei i utgangspunktet tener andre formål. Det vart også kommentert at HELFO sine rapportar og publiseringar på eigne nettsider kan tyde på at data kan bli brukt i meir regulær statistikkproduksjon.

Vedtak:

- Helsedirektoratet held KOSTRA arbeidsgruppa oppdatert om det vidare arbeidet

7. Frisklivssentralar

Helsedirektoratet ved Ellen Blom og Lene Palmberg Thorsen orienterer. Grunnlag for nye spørsmål eller statistikk i KOSTRA?

Frå møtet

Lenkje til presentasjonar:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak7_Frisklivssentraler.ppt

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/sak7_Friskliv_kartleggingsskjema.doc

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/sak7_Rapporterte_Frisklivssentraler_2011.doc

Helsedirektoratet ved Ellen Blom og Lene Palmberg Thorsen orienterte.

Frisklivssentralar har eksistert i fleire år og har vore omtalt i offentlege dokumenter før Samhandlingsreforma vart sett på dagsordenen. Frisklivssentralar vart blant anna omtalt i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Noreg. Frisklivssentralar er eit instrument for kommunane for å førebygge sjukdom og drive helsefremmande arbeid.

Frisklivssentralane er inkluderte og omtala i lov - og planverket for Samhandlingsreforma:

- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (Prop. 90 L (2010-2011))
- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. (helse- og omsorgstenesteloven) (Prop. 91 L (2010-2011))
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (Meld. St. 16 (2010-2011))

Helsedirektoratet har produsert ei rettleiing for frisklivssentralar, men kommunane står fritt med omsyn til etablering, organisering og innhald i einingane. Dei fleste er organiserte under helse- og sosialtenesta i kommunane. Samstundes er det nokre som kan tilby kortsiktige tenestetilbod, medan andre har meir langsiktige tenesteperspektiv.

Helsedirektoratet ønskjer meir informasjon om organisering, omfang, brukarar, samarbeidspartnarar og kven som viser brukarar til frisklivssentralar. KOSTRA kan vere ein mogleg kjelde til meir informasjon.

Det vart diskutert ulike moglege tilnærmingar til å samle inn og publisere informasjon om frisklivssentralane. Det vart blant anna foreslått å gjennomføre filuttrekk frå enhetsregisteret samt å kartlegge noko gjennom KOSTRA skjema 1. Talet på brukarar kan vere ein viktig dimensjon. Det er

likevel ei utfordring at det er få standardar for desse einingane, at få av einingane har elektroniske fagsystem og at det er store variasjonar med omsyn til organisering.

Vedtak:

- SSB gjere nokre søk i Enhetsregisteret
- Helsedirektoratet utformar eit spørsmål til skjema 1 (t.d. ”Har kommunen ein frisklivssentral?”), med tilhørande rettleiing. Frist 01.09.2011

8. Mottakarar og tenesteytarar av individuell plan

May Cecilie Lossius, Helsedirektoratet orienterer.

Frå møtet

Lenkje til presentasjonen:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak8_Individuell_plan_Hdir.ppt

Helsedirektoratet v/ May Cecilie Lossius orienterte om bruk av individuelle planar i helse- og omsorgstenesta i kommunane, og kva for ei rolle dei såkalla koordinerande einingane spelar i samanheng med planane.

Helsedirektoratet har fått gjennomført ei undersøking om førekomsten av individuelle planar (Rambøll Management AS). Rambøll-undersøkinga hadde god svarprosent (77 prosent av kommunane) og det vart til saman dokumentert at det er inngått i overkant av 22 000 individuelle planar. Kommunane meldte dessutan at dei var opptatt av å få dokumentert innsatsen på dette området, blant anna i lys av Samhandlingsreforma.

Helsedirektoratet ønskjer å inkludere nokre av spørsmåla som vart stilt i Rambøll-undersøkinga i KOSTRA skjema 1. Det gjeld først og fremst spørsmål om individuell plan som tidlegare har vore på høyring i KOSTRA arbeidsgruppa, med frist for innspel 21. januar:

- Talet på tenestemottakarar i kommunen som har ein verksam individuell plan (som erstatning for eksisterande spørsmål om individuell plan i skjema)
- Kor mange tenesteytarar som har rolla som koordinator
- Kva sektor koordinatorane kjem frå

Helsedirektoratet ønskjer i tillegg å inkludere spørsmål om koordinerande eining i skjema. Desse vart også stilt i Rambøllundersøkinga, men har ikkje vore på høyring i KOSTRA arbeidsgruppa:

- Talet på kommunar som har etablert ein koordinerande eining
- Om koordinerande eining er tillagt overordna ansvar for individuell plan
- Talet på årsverk og ressursar som vert brukt i koordinerande einingar

Det vart understreka at fokuset på bruk av individuell plan og etablering av koordinerande einingar må sjåast i lys av oppfølging av Samhandlingsreforma. På nokre område kan likevel bruk av individuell plan vere utfordrande, blant anna i rusarbeid og psykisk helsearbeid. Dessutan er det variasjonar mellom kommunane med omsyn til kor tilgjengeleg informasjonen om individuell plan er i fagsystema.

Det vart kommentert at ei kartlegging av individuell plan er avhengig av standardisert bruk av omgrepet. Det gjeld blant anna i høve til korleis individuell plan vert innhaldsbestemt i IPLOS. Det vert også påpeika at det må vere mogleg å trekkje opplysningane direkte ut frå eksisterande fagsystem.

Vedtak:

- Helsedirektoratet samanliknar tal for individuelle planar frå Rambøllundersøkinga med tilsvarende tal frå IPLOS
- Kommunane vurderer moglegheita til å trekkje tal for individuelle planar frå fagsystema
- Kommunane fremmar problemstillinga i ASSS-nettverket og involverer KS

9. Samhandling – konsekvensar for KOSTRA-statistikken?

9.1. Lokalmedisinske sentre

- Michael Kaurin, Helsedirektoratet: plasser for ”før-”, ”i staden for-” og ”etterbehandling”

Frå møtet

Lenkje til presentasjonen:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak9.1_Lokalmedisinske_sentre_%20Hdir.ppt

Helsedirektoratet v/Michael Kaurin orienterte om behov for ny statistikk i KOSTRA ved oppbygging av lokalmedisinske senter. Den nye lova om kommunale helse og omsorgstenester (Prp. 90 L) inneber at kommunane skal sørgja for tilbod om døgnopphald til pasientar som treng hjelp på ein augeblink. Dette gjeld i første omgang somatiske akuttpasientar, men på sikt også andre grupper som til dømes utskrivingsklare pasientar og ”unødvendige innleggingar”. Dette vil uansett gi eit auka behov for ulike korttidsplassar i kommunane. Staten og kommunane har behov for å følgja med på korleis tilboda i kommunane endrar seg ved innføring av eit nytt lovverk og gjennomføringa av samhandlingsreforma. I statistisk samanheng blir det ei utfordring å gruppera institusjonsplassane på ein måte som gjer at ein får fram den viktigaste informasjonen for kommune og stat.

Når det gjeld kjenneteikn for dei lokalmedisinske sentra så vil desse variera i form og innhald frå kommune til kommune. Meininga er at dei skal kunna tilby heilskaplege og integrerte tenester før, i staden for og etter spesialisthelsetenester. Dei lokalmedisinske sentra legg vekt på eigenmeistring og tidleg intervensjon. Dette inkluderer rehabilitering og lærings- og meistringstilbod. Dei legg også vekt på tverrfagleg tilnærming som inkluderer re-/habiliteringstenester, tenestar til barn og unge, tenestar for kronikarar og personar med kognitiv svikt. Sentra kan samlokalisertast med allmennlegetenester, psykisk helse og rustenestar. Vidare vil ei samlokalisering med desentraliserte spesialisthelsetenester, samt plassar til lindrande behandling, sjukestove, legevakt vera aktuelt.

Per i dag vert det telt følgjande i skjema 5 under punkt 3:

- Plassar avsett til tidsavgrensa opphald

Av desse:

- Plassar spesielt avsett til rehabiliteringsopphald
- Avlastning

Nye forslag:

- Plassar spesielt avsett til tilbod før sjukehusinnlegging
- Plassar spesielt avsett til tilbod i staden for sjukehusinnlegging
- Plassar spesielt avsett til tilbod etter sjukehusinnlegging

Vidare må ein sjå på kva type plassar ein kan operera med frå sjukeheimen, etter utskrivning, før eller i staden for – akuttplassar, rehabiliteringsplassar og lindrande plassar. Når det gjeld lindrande plassar kan desse hentast frå Nasjonalt register over palliative verksemder (RallReg).

Arbeidsgruppa vart einige om at dette er noko ein bør sjå nærmare på. Korttidsplassar er særleg interessant med tanke på innføringa av samhandlingsreforma. Ein bør også sjå om det ligg uutnytta mulegheiter i IPLOS i samband med dette. Det finst mellom anna opplysningar om vedtak i IPLOS som kan gjera det mogleg å skaffa til vegs noko av denne informasjonen. Det kan også henda at ein eingongsundersøking kvart 5.år er tilstrekkeleg. Det blei også presisert at innføringa av den nye lova også vil få konsekvensar utover plassar i lokalmedisinske sentra. Ein bør også venta ei auke blant personell som årsak av dette.

Vedtak:

Arbeidsgruppa var einige om at ei kartlegging bør setjast i gang og i løpet av hausten. Helsedirektoratet og SSB legg fram forslag i løpet av september 2011.

Kartlegging av data om lokalmedisinske sentra m.m. (SSB prosjekt)

Lenkje til presentasjonen:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak9.1_Lokalmedisinske_sentre_SSB.ppt

Prosjektet ønskjer å kartleggje nokre av dei utfordringane ei reorganisering av helsevesenet representerer i statistikk samanheng. I korte trekk handlar det om korleis einingane i helsevesenet og tenestene dei utfører skal bli handtert for statistikkføremål. Prosjektet tek sikte på å kartleggje moglegheita for å etablere statistikk over verksemda i lokalmedisinske sentra, som etter gjeldande definisjonar skal vere kommunalt eigde selskap med utstrekt samhandling med spesialisthelsetenesta.

Med utgangspunkt i eit avgrensa utval einingar som er definert som lokalmedisinske sentra eller tilsvarende, skal prosjektet blant anna:

- Kartleggje kva for opplysningar som er å finne i eksisterande register i SSB (t.d. Bedrifts- og føretaksregisteret) og andre institusjonar (t.d. NPR og IPLOS i Helsedirektoratet), samt i ulike rapporteringskanalar.
- Kartleggje kva for opplysningar som ikkje kan bli samla inn frå eksisterande kjelder og vurdere metodar for datainnsamling av slike opplysningar.
- Kartleggje og dokumentere tilgangar til register som er nødvendige og eventuelle juridiske hindringar for utvikling av ønska statistikk.

Prosjektet tek sikte på at kartlegginga blant anna inkluderer intervju med relevante informantar i dei utvalde einingane. I tillegg til rapporteringsansvarlege kan relevante informantar vere personar som brukar ulike fagsystem i den einskilte kommune (t.d. teneste-, regnskaps- og personalavdeling). Intensjonen er å få innsikt i kva kommunen har av informasjon om kostnader, pasientar og personell i sine fagsystem som ikkje vert rapportert eller registrert andre stader.

Prosjektet skal i første omgang gå fram til 31. desember 2011.

9.2. Seminaret 17.03.2011

Det vert vist til utsende presentasjonar. Desse, samt HOD sin presentasjon er no lagde ut på http://www.ssb.no/kostra/kommune/sam_helseomsorg.html. På møtet gjer SSB ein oppsummering av gruppearbeidet og peker på sentrale utfordringar framover.

Frå møtet

Lenkjer til presentasjonane:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak9.2_Samhandlingsreformen_kostnadsflyt.ppt

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak9.2_Samhandlingsreformen_pasientflyt.ppt

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak9.2_Samhandlingsreformen_personellflyt.ppt

Seminaret fokuserte på tre område – kostnadsflyt, pasientflyt og personellflyt.

Når det gjeld *kostnadsflyt*, vart det fremma forslag om å etablere ein ny artskonto for kjøp av tenester frå helseføretak i kommunerekneskapet og/eller etablere ein ny artskonto for sal av tenester til kommunar i helseføretaka sine rekneskap og/eller etablere eiga rekneskapsrapportering for lokalmedisinske sentra.

Når det gjeld *pasientflyt* vart det understreka at det er behov for meir kunnskap om pasientar og pasientflyt, at opplysningar som er registrert i eksisterande register kan bli brukt betre, og at ei samanstilling av opplysningar frå høvesvis Norsk pasientregister og IPLOS vil styrke kunnskapsgrunnlaget om pasientstrømmar. Blant anna ble bruk av informasjon om utskrivingsklare pasientar nemnd. Det vart også orientert om at det skal bli etablert ei oppgjersordning for kjøp og sal av tenester mellom ulike nivå i helsetenesta.

Når det gjeld *personellflyt* vart det påpeika at den private verksemda representerer ei stor utfordring. Det er likevel grunn til å tru at samhandling kan bli målt ved hjelp av avtaleverk for bruk av personell på tvers av nivåa i helsetenesta, medan personell kan bli fordelt med bakgrunn i tal for omsetnad, sal av plassar, DRG-poeng, bebuardøgn (NPR), timar (IPLOS) m.m. Helsedirektoratet sitt prosjekt med fokus på personellflyt ved hjelp av registeropplysningar og meir informasjon om vidareutdanning vart også nemnd som tiltak.

9.3. Diskusjon

Veit vi meir no som forslag til lov om folkehelsearbeid, forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstenester og stortingsmeldinga om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er lagt fram? <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/samhandling-for-et-friskere-norge.html?id=639875>

132 mininyheter om samhandlingsreformen

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2011/132-mininyheter-om-samhandlingsreformen.html?id=641066>

Frå møtet

Arbeidsgruppa ønskjer å sjå an verknadene av samhandlingsreforma framover. Eit nytt seminar er absolutt aktuelt, men kanskje ikkje før om 2 år, då ein har fått samla meir erfaring.

10. Bustader med bemanning: fordeling av målgrupper

Orientering om undersøking

I 2010 utarbeida SSB ein rapport om moglegheitene til å ta i bruk registerbasert personellstatistikk på områda psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunane. Rapporten viser til at ein stor del av årsverka innanfor psykisk helsearbeid ser ut til å bli gitt i bemanna bustader. Særrapporteringen for 2009 i regi av Helsedirektoratet (IS-24/2009) har vist at om lag 40 prosent av årsverka i psykisk helsearbeid for vaksne er knytt til bemanna bustader (ikkje publiserte tall), mens svært få årsverk i slike tenester let seg identifisere frå register.

Gjennom arbeid med kvalitetssikring av IPLOS har det blitt registrert mange nye bustader i Enhetsregisteret, men vitjingar SSB hadde hos fleire kommunar viser at mange ikkje følgjer inndelingsreglane og ikkje har skilt ut bemanna bustader som egne verksemder. Samstundes gir ikkje Enhetsregisteret informasjon om kva slags målgruppe bustadane er berekna for. SSB trur informasjon om mål-/brukargruppe for bemanna bustader kan vere av stor verdi på mange område innan pleie og omsorg, t.d. i forbindelse med demensplan og opptrappingsplanar for psykisk helse og rusarbeid, ikkje berre innan psykisk helsearbeid og rusarbeid.

I tillegg er det behov for å auke kvaliteten på personellregistreringane. Talet på tilsette i desse bustadane må samsvara med drifta, noko som ikkje alltid er tilfelle. SSB meiner difor at ein i skjema som kartlegg mål-/brukargrupper for bemanna bustader, samstundes kan fokusere på bustader kor det ikkje er registrert tilsette i det heile. I skjemaet kan ein anten be om ei forklaring på kvifor det ikkje er registrert tilsette, og/eller oppfordre kommunane til å flytte tilsette til rett eining (bedrift).

Medan innsamlinga for psykisk helsearbeid som har vore gjort av Helsedirektoratet berre har dreia seg om dei kommunale bustadane, meiner SSB det er grunn til å også ta med dei private bustadane disponerte av kommunane, ettersom desse er ein del av heile tilbodet.

Det har òg kome ynskjer om fleire spørsmål knytt til bustadane, t.d. om felles personalbase og fellesrom. I første omgang trur SSB det er viktig å ikkje overbelasta kommunane. Slike eventuelle tilleggsspørsmål kan vurderast å bli lagt inn på eit seinare tidspunkt og bli tilbakeført.

I tillegg meiner SSB at kartlegginga slik han planleggjast, og vil bidra til generell heving av kvaliteten på registra for relevante næringer.

For å kunne identifisere årsverk i bemanna bustader for personar med psykiske lidningar og –problem og/eller rusmiddelmissbruk, foreslår SSB at det blir etablert eit nytt skjema for å kartleggje relevante einingar. Rapporteringa blir heimla i statistikkloven §2-2, som inneber opplysningsplikt.

I første omgang blir det gjennomført ei pilotundersøking for rundt 15 utvalde kommunar, og deretter ei kartlegging av alle kommunar hausten 2011. Første år for ein eventuell innlemming i KOSTRA er 2013-årgangen.

SSB foreslår at skjemaet har tilsvarande funksjonalitet som andre KOSTRA-skjema, og rapporteringa skjer på same tekniske internetbaserte plattform. Dette inneber:

- Passordbeskytta rapporteringsportal
- Automatisk purring etter tidsplan
- Interaktivt skjema
- Pre-utfylte opplysningar (liste aktive verksemder innan utvalde næringer)
- Integreerte kontrollar allereie ved utfylling

Fleire seksjonar og avdelingar i SSB vil bidra i arbeidet (seksjon for helsestatistikk, seksjon for levekårsstatistikk, seksjon for arbeidsmarknadsstatistikk, seksjon for planlegging og brukartesting, seksjon for statistiske populasjonar). Relevante KOSTRA-arbeidsgrupper vil trekkast inn i arbeidet med å fastsette

skjemaet sitt faglege innhald. Dette gjeld i hovudsak KOSTRA-arbeidsgruppene for pleie- og omsorgstenester, samt kommunale bustader og bustadsverkemidlar. Slik skjemaet foreløpig er planlagt, vil ei liste over alle aktive bedrifter som sorterer under tre næringer i Enhetsregisteret per kommune være eit grunnleggjande element. Dei tre næringane er:

87.203 - Bufellesskap for utviklingshemma

87.302 - Bufellesskap for eldre og funksjonshemma med fast tilknytt personell hele døgnet

87.303 - Bufellesskap for eldre og funksjonshemma med fast tilknytt personell deler av døgnet

Tabell 10: Talet på aktive verksemdar, utan tilsette og talet på tilsette fordelt på næring

Næring:	Aktive verksemdar	Herav: Bedrifter utan registrerte tilsette	Tilsette
87.203 Bufellesskap for utviklingshemma	798	90	19 794
87.302 Bufellesskap for eldre og funksjonshemma med fast tilknytt personell hele døgnet	751	173	14 583
87.303 Bufellesskap for eldre og funksjonshemma med fast tilknytt personell deler av døgnet	184	63	2 694
Sum bustadnæringar	1 733	326	37 071

I tillegg til å betre kvaliteten generelt i registra, vil også ein slik rapportering fungere som opplæring i registrering i ER og Aa-reg.

Forslag til vedtak:

a) Arbeidsgruppa anbefaler ei kartlegging av målgrupper for bemanna bustader, i første omgang i løpet av 2011.

b) Både kommunale og private bustader vert kartlagde

c) Forslag til målgrupper (Her må det arbeidast vidare med å definere målgruppene, for å sikre gjensidig utelukkande kategoriar):

- Personar med psykiske lidningar
- Personar med rusmiddelproblem
- Personar med psykiske og rusmiddelproblem
- Personar med demens
- Personar med utviklingshemming
- Personar med fysisk funksjonshemming
- Anna målgruppe, spesifiser

Frå møtet

Lenkje til presentasjon:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak10_Bolig-kartlegging_SSB.ppt

SSB v/Borgny Vold orienterte med bakgrunn i sakspapira utsendt på førehand om spørjeskjema for kartlegging av målgruppe for bemanna bustader, som planleggast sendt til kommunane til hausten. Hensikta er både å betre moglegheitene for å utvikle statistikk om psykisk helsearbeid og rusarbeid, og i tillegg kvalitetssikre dei opplysningane som er registrert om bemanna bustader i Enhetsregisteret. Undersøkinga er tenkt gjennomført i KOSTRA-portalen, men utanom KOSTRA. I 2012 vil ein vurdere om, og i så fall korleis, opplegget skal inkludrast i KOSTRA. Oslo kommune informerte om at dei generelt har eit stort arbeid med kommunal rapportering, og at mykje av dette føregår manuelt, men at det blir arbeida med å utvikla program som skal gjera dette mindre ressurskrevjande i framtida.

SSB spurde om det er interessant å inkludere fleire spørsmål enn om målgruppe, i sær på noko lengre sikt viss skjemaet inkludrast i KOSTRA. Det blei trekkje fram at ein i tillegg kan kartleggja ulike typar (omsorgs-)teknologi samt brannvern i bustadane. Helsedirektoratet lurte på om GAB-registeret (Grunneigendomar, Adresser, Bygningar) har utnytta oversikt over brannvernklassifisering av bustader. SSB sjekkar internt med relevant fagseksjon om slik oversikt finst.

Fleire i arbeidsgruppa uttrykte stor interesse for pilotprosjektet, mellom anna fordi det er eit viktig tiltak å få kartlagt ressursbruken i bemanna bustader. Ein bør også sjå nærare på mulegheitene til å henta ut relevant informasjon frå IPLOS i etterkant av kartlegginga.

SSB jobbar vidare med konkretisering av spørjeskjema, som kategorisering av målgruppa og evt. andre spørsmål. I etterkant har planane også blitt drøfta i KOSTRA-arbeidsgruppene for høvesvis sosialtenester og kommunale bustader.

Arbeidsgruppa gjekk inn for at også dei private bustadene burde innlemmast i undersøkinga.

Vedtak:

- Arbeidsgruppa tok SSB orientering til etterretning.
- SSB arbeider vidare med konkretisering og utforming av spørjeskjema i samarbeid med relevante miljø og kommunar.
- Arbeidsgruppa anbefalar å inkludere private bustadar i undersøkinga.
- SSB undersøker om det finst oversikt over brannvernklassifisering i GAB

Kvalitetsindikatorsystem

v/ Nina Brøyn, Hdir

Frå møtet

Lenkje til presentasjonen:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Kvalitetsindikatorsystem_Hdir.ppt

Helsedirektoratet v/Nina Brøyn orienterte. Bakgrunnen for utviklinga av eit kvalitetsindikatorsystem botnar i at Kunnskapssenteret fekk i oppdrag å laga eit utkast til rammeverk for eit nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i 2009. Kunnskapssenteret gjennomførte eit større seminar med aktuelle aktørar og brukarar av systemet kor prinsipielle tema blei drøfta. I juni 2010 tok Helsedirektoratet imot ein rapport med utkast til rammeverk. Helsedirektoratet utarbeida hausten 2010 eit endeleg samanfatta rammeverk. Våren 2011 planlegger Helsedirektoratet i samarbeid med Kunnskapssenteret å publisera kvalitetsindikatorar i den nye helseportalen. Hausten 2011 skal rammeverket implementerast i saman med etablering av dei ulike faggruppene. Organiseringa av kvalitetsindikatorsystemet inneber at Helsedirektoratet vil vera overordna myndigheit, medan Kunnskapssenteret får rolla som nasjonalt utviklings- og analysemiljø, samt ansvar for drifta av prosjektet. Helsedirektoratet kjem på si side til å delta med sine fagavdelingar i dei ulike kvalitetsindikatorgruppene og bistå sekretariatet med innspel og kvalitetssikring.

Publiseringsnivå vil vera avhengig av kva som er muleg for dei ulike enkeltindikatorane. Helseportalen er meint å vera eit verktøy for brukarar av helsetenestene i landet og ikkje eit styringsreiskap for helsemyndigheitene.

11. Endringar i skjema

11.1. Skjema 4: Pleie- og omsorgstenester – samleskjema

11.1.1. Bustader med heildøgns bemanning

- i. Kjøp av plassar frå andre kommunar? Skal lokaliseringskommune eller kjøparkommune føre opp bebuarane? Kva med kjøp frå privat verksemd utanfor kommunen? Blir løyst i IPLOS på litt sikt?
- ii. Korleis rekna ut kostnader per plass i bustad? IPLOS og tildelte timar? Tilsette og løn?

Frå møtet:

SSB påpekte at nokre av bebuarane i bustadar rapportert i skjema 4 kan gjelde institusjon. Samanstilling av data om plassar frå skjema 5 og antall bebuarar ved institusjonar i IPLOS kan avsløre dette, sidan kvaliteten på organisasjonsnummer rapporterte i IPLOS no begynner å få tilfredstillande kvalitet. Foreløpig er ikkje kvaliteten på rapporterte organisasjonsnummer for bustadar god nok. IPLOS kan erstatta spørsmål om bebuarar i bustad på noko sikt, jf sak 10.

Det er usikkert korleis *kostnader* per plass i bustad skal handterast. I motsetning til institusjonar, skal bebuarar i bustad ha vedtak om timetal for tenester, men det er ulikt korleis dette vert praktisert i kommunane. I prisnippet skal bebuarar ha eit vedtak om heildøgnsbustad, og i tillegg eit vedtak om timar teneste.

I Oslo er ein pliktig til å visa timetal overfor revisor. Utførte timar blir ikkje registrert godt nok. Helsedirektoratet påpeika at det alltid er eit økonomisk incitament for å vera grundig.

Bergen kommune mente at eit tal for gjennomsnittleg timar per brukar i bustad vil vere av stor interesse. Ein treng ikkje knytte eit slikt tal til kostnader for å få eit visst oversyn over omfanget.

SSB jobbar vidare med desse problemstillingane, og er takknemleg for innspel undervegs.

11.1.2. Brukarbetaling: Skjema samsvara ikkje med praksis i kommunen

Innspel frå ein kommune:

Prisene som er oppgitt på skjemaet gjelder i utgangspunktet praktisk bistand utenom rengjøring.

Det er ellers egne priser for praktisk bistand rengjøring, hvor det i tillegg er inndeling etter størrelsen på boligenheten; over og under 60 kv.m.

I skjemaet har vi allikevel lagt inn mottakere, som bare får rengjøring; da det ellers ville blitt et misvisende tall ifht. kommunens samlede antall mottakere av praktisk bistand.

Det må også bemerkes at prisene som er oppgitt for klassen 2 – 3G er et gjennomsnittsbetrag. Dette skyldes at det er politisk vedtatt at dette skal inndeles i 2 – 2,5G og 2,5 – 3G, med differensiert pris.

Her følger de forskjellige prisene etter kommunens inndeling:

1. Egenbetaling for renhold utført av Bygningsservice

Inntektsgrunnlag G= Grunnbeløpe folketrygden	Pris for renhold pr. gang under 60 kv.m.	Pris for renhold pr. gang over 60 kv.m
0 – 2 G	0	0
2 – 3 G	170	230
Over 3 G	230	320

Abonnementsordning trer inn dersom renhold overstiger 8 ganger pr. måned eller dersom summen av antall timer praktisk bistand og antall ganger renhold overstiger 8 (se pkt. 2 på arket).

2. Egenbetaling for praktisk bistand i form av blant annet handling, oppvask og klesvask utført av hjemmetjenesten

Inntektsgrunnlag G= Grunnbeløpet i folketrygden	Abonnementspris for tjenestemottake som har mer enn 8 timer bistand pr m	Timepris til og med 8 timer bistand pr mår
0 – 2 G	0	0
2 – 2,5 G	1380	175
2,5 – 3 G	1840	230
Over 3 G	2530	320

3. Når det gjelder kapittel 5.2 "Takster pr. 31.12.2010", har jeg som avtalt lagt inn antall brukere som har inntekt mellom 0 – 2 G, i rubrikken "Antall brukere som skulle betale".

Dette for å få frem det reelle antall brukere, regner med at det er det som er ønsket fra SSBs side, og ikke bare de som betaler. Det står ikke definert noe i veileder ifht. dette.

Gjeld dette mange kommuner?

Frå møtet

Bergen kommune hadde ikkje høyrd noko om at denne inndelinga var problematisk. Oslo kommune på si side opererer med utgiftstak *per år* under 2G av di utgiftene ikkje fordeler seg jamt over året. Det hadde difor vore meir hensiktsmessig å sjå på utgiftstak i løpet av året i staden for månaden. KS bør ta stilling til om dette er meir relevant. Dette er eit spørsmål om tverrsnittstatistikk versus gjennomstrømningsstatistikk. I nasjonal statistikk på området blir det publisert årsløpstabellar.

Vedtak:

KS bør ta stilling til om eit gjennomsnittsbetrag for året er meir relevant enn per månad. Dette blir ikkje føreslått som noko endring, men noko ein bør undersøka vidare.

11.2. Skjema 5: Institusjonar for eldre og funksjonshemma**Antall PLASSER**

BOLIGTYPE	Midl. ute av drift	I drift	
Sykehjem	15	37809	
Sykehjem komb. med aldershjem		1667	
Sykehjem komb. med statlig virksomhet		723	Av disse
Aldershjem		1196	82 statlige plasser
Barnebolig		186	
Avlastningsbolig/-Inst.		1288	
Privat forpleining/grønn omsorg		43	
Totalt	15	42912	

Inst sykehjem/aldershjem 41313

Antall INSTITUSJONER

BOLIGTYPE	Midl. ute av drift	Nedlagt	I drift
Sykehjem	1	16	877
Sykehjem komb. med aldershjem			34
Sykehjem komb. med statlig			22

virksomhet			
Aldershjem	3		63
Barnebolig	7		58
Avlastningsbolig/-Inst.	14		231
Privat forpleining/grønn omsorg	1		15
Totalt	1	41	1300

Inst sykehjem/aldershjem

Tabell 11: Institusjonar per 31.12.2010, publisert 13.04.2011

11.2.1. Forslag til nye spørsmål for å presisere bygningsmessig kapasitet vs plassar i drift

No er det usikkert om kommunane har rapportert berre plassar i drift (men grunna presisering for 2010 har nok nokon rapportert ledige plassar som dei ikkje gjorde før). Ein bør bruka plassar i drift for utgifter og dekningsgrad. "Belegg" = (plassar i drift) / (plassar totalt) gir ledig kapasitet/overbelegg. Det kan vere viktig å vise ledig kapasitet (mot slutten av året) av fleire grunnar:

- Andre kommunar kan bli informert om ledige plassar (jf. samhandling)
- Viser om kommunen er i stand til å drive alle plassane
- Viser overkapasitet
- Ein kan samanlikna med støtte frå Husbanken
- Ein kan samanlikna plassar i drift ved slutten av året og gjennomsnittleg gjennom året

Merk at ei endring her vil kunne føre til brot i tidsseriane, både i KOSTRA og andre plassar.

Frå møtet

Dag Abrahamsen, SSB, orienterte. Grunna modernisering som føregår er det fleire tosengsrom i institusjonar/sjukeheimar som blir ombygde til bustadar. Dette kan forklara noko av endringar i talet på plassar. Hovudspørsmålet her er om ein i enno sterkare grad skal be kommunane om å rapportera plassar *totalt*. Ein veit at nokre kommunar berre rapporterar plassar *i drift*. Det talet kan ein imidlertid hente frå IPLOS. Ein mulegheit kan vera å spørja om *både* plassar totalt *og* i drift. Det vil uansett vera interessant å samanhalde dei to tala for å avdekka eventuelle store differansar. Det vil også vera nyttig informasjon i samband med samhandlingsreforma – fleire kommunar kan ha potensial til å selje plassar.

Når det gjeld utgiftstal vil desse berre vera knytt til plassar i drift, ikkje teoretisk kapasitet (*plassar i alt*). Ein endring ved å innføre spørsmål om *både* plassar totalt *og* i drift vil kunne føre til brot i tidsserien. Her vil det vere muleg å rekna seg tilbake i tid med utgangspunkt i totaltalet. Om ein tidlegare berre har oppgitt plassar i drift, må dette korrigerast bakover i tid til totaltalet,. Det må vurderast om ein skal ta ein slik endring direkte inn i KOSTRA, eller om ein i første omgang heller bør gjennomføra ei undersøking., t.d. i eitt fylke.

Arbeidsgruppedeltakarane vart oppfordra til å undersøke i sine kommunar. SSB sjekkar opp særleg med Oslo kommune og kjøp utanfrå.

Vedtak:

- SSB gjennomfører enkeltundersøking i eitt fylke, i tillegg til Oslo
- Kvar av kommunerepresentantane i arbeidsgruppa undersøkar kva som er situasjonen i deira eigne kommunar.
- På bakgrunn av undersøkingane avgjer ein om KOSTRA skjema 5 skal innføre spørsmål om *både* plassar totalt *og* i drift

11.2.2. Fasa ut kategorien kombinerte alders- og sjukeheimar?

Ein kan ikkje skilja dei 34 kombinerte alders- og sjukeheimane i IPLOS, uansett blir vedtak om langtidsopphald her registrerte som langtidsopphald i sjukeheim. Ein utfasing av desse vil føra til brot i tidsserien og fleire plassar i sjukeheimar, men kan førast noko tilbake i tid. SSB har dessutan mistanke om at ein del av desse institusjonane er delt tilbake i tid, utan at dette er praksis i dag. Dersom alle mottakarar blir

behandla likt, er det ingen grunn til å oppretthalda ein kombinert kategori. Omvendt, dersom det er eit skilje mellom ulike avdelingar, og dei tilsette også arbeider kvar sin stad, bør verksemda splittast i to, og registrerast som ein aldersheim og ein sjukeheim i Enhetsregisteret.

Forslag:

SSB sender ein førespurnad til dei aktuelle verksemdene:

- Er det skilje på bebuarane sitt bistandsbehov og er tenestene heimla i kvar si lov (sjukeheim: kommunehelsetj.lov, aldersheim: sosialtj.lov)?
- Jobbar dei tilsette på kvar si avdeling, eller er avdelingane integrerte?

Frå møtet

SSB orienterte.

Vedtak:

SSB sender ein førespurnad til nokon av dei 34 aktuelle verksemdene innan 15.09.2011:

- Er tenestene heimla i kvar si lov (sjukeheim: kommunehelsetj.lov, aldersheim: sosialtj.lov)?
- Jobbar dei tilsette på kvar si avdeling, eller er på dei ulike avdelingane etter behov?
- Er bebuarane inndelt på aldersheim/sjukeheim etter bistandsbehov?
- Arbeidsgruppa avgjer om kategorien kombinert alders- og sjukeheim kan fjernast avhengig av resultatet på undersøkinga

11.2.3. Handtering av private institusjonar som sel plassar både til helseføretak (spesialisthelseteneste) og kommunane

Gjennom IPLOS dukkar det opp nokre institusjonar som tidlegare berre har vore registrert med plassar og årsverk i spesialisthelsetenesta. SSB har no vald å inkludere nokre av desse plassane i pleie- og omsorgstala, men ynskjer å diskutere reglar for detta. Det er ein føresetnad at verksemda ikkje lar seg skilje ut i ein kommunal og ein spesialistdel.

SSB orienterte: Til no har plassar (og tilhøyrande årsverk) frå kvar einskild institusjon blitt kategorisert som anten kommunehelse eller spesialisthelsetenesta.

Oslo kommune presiserte at dei ofte kjøper plassar utanbys, og då særleg innanfor psykisk helsearbeid. Dersom dette er frå private institusjonar som óg sel til helseføretak, er det viktig at dei kommunale plassane kjem med i den kommunale oppstillinga. På grunnlag av det fremmast forslag for KOSTRA-rapportering 2012. Det visast også til forslag under 10.2.6.

SSB føreslår:

- Fordele årsverk mellom spesialisthelse og kommune etter talet på plassar?
- Angje eit minimumstal for plassar før ein skal dela, t.d. 5

Vedtak:

SSB lagar ein oversikt i løpet av hausten 2011 på grunnlag av IPLOS, KOSTRA-skjema, skjema frå spesialisthelsetenesta og Enhetsregisteret som viser omfanget av institusjonar som har plassar som servar både kommune og stat.

11.2.4. Gje årsak til opphøyr (nedlagd, omdefinert til bustad/anna verksmed)

Informasjon om årsak til opphøyr vil gjere etterarbeid mot Enhetsregisteret lettare.

Kom fram på møtet:

Ein bør sjå på teksten når det gjeld m.a. ”avheimling”, t.d. visa til kommunaltenestelova/sosialtenestelova og om dette har blitt erstatta av butilbod i bustad.

SSB føreslår:

Nytt spørsmål til punkt 3: Gje årsak til opphøyr (nedlagd, avheimla, anna (spesifiser))

Vedtak:

- Arbeidsgruppa foreslår nytt spørsmål til punkt 3 i KOSTRA skjema 5 når det gjeld årsak til opphøyr.
- SSB foreslår konkret tekst innan 01.09.2011.

11.2.5. Dagplassar

Dagplassar skal ikkje lenger rapporteras i skjema 5. I nokre kommunar kan dagplassar vere eit viktig tilbod i omsorgstrappa, og vere ganske utbedt. Skal ein:

- Spesifisere dagplassar i skjema 5? I tillegg til samla tal for alle plassar?
eller
- Bruke IPLOS og omgjera ein dagplass til ½ døgnplass?

Kom fram under møtet:

SSB orienterte: Overgangen mellom dagsenter og dagplassar er vanskeleg å fanga. Førebels må ein sjå nærmare kva ein kan få ut av IPLOS. Vidare kan ein kanskje foreta ei undersøking om dette til hausten. Helsedirektoratet peika på at vedtaket er basert på timar per veke, slik at ein kan få eit ganske presist anslag på omfanget gjennom IPLOS, samanlikna med heildøgns plassar.

Vedtak:

SSB undersøker omfang av dagplassar i løpet av hausten 2011, og fremjar forslag til handsaming i 2012.

11.2.6. Plassar drivne av kommune, refundert av helseføretak

Samhandling avdekkjer fleire nye problemstillingar, som gjer at ein må leggje inn nye element i statistikkgrunnlaget.

Kom fram under møtet:

SSB viste til at rundt 100 plassar blir rapporterte som statleg verksemd. I tillegg til dei statlege plassane i kommunale sjukeheimar, har ein interesse av plassar selde til helseføretak i dei private institusjonane som også sel plassar til kommunane. Ein bør dessutan undersøke dei få institusjonane det gjeld om drift av dei statlege plassane vert refundert av helseføretaka. Dette kjem naturleg inn under SSB sitt samhandlingsprosjekt.

Det visast også til forslag under 10.2.3.

Forslag:

Det blir oppretta ein eigen region for helseføretak i p5 "Plassar disponerte av andre kommunar". Ved å ta desse plassane med, vert produksjonsutgifter per plass rett, og spesialistplassane kan haldast utanfor dekning for lokaliseringskommunen (og kan haldast utanfor landstal).

Vedtak:

SSB legger inn ein eigen region for helseføretak i punkt 5 "Plassar disponerte av andre kommunar", og justerar berekningane etter dette. Spørsmålsteksta endrast til "Plassar disponerte av andre kommunar eller helseføretak"

SSB undersøker korleis dei statlege plassane handsamast i samhandlingsprosjektet sitt.

11.2.7. Skjerma eining: definisjon

På førespurnad frå ein kommune påpeikar Helsedirektoratet (Blom) at nemninga "Skjerma eining" viser til eit forelda lovverk, og legg til grunn avlasing av rom/avdelingar. "Tilrettelagt" er ei betre nemning, som inneber små avd. (8-12), med i størst muleg grad fast personell som har kompetanse på demens.

Kom fram under møtet:

SSB v/ Dag Abrahamsen orienterte: Det er ikkje lenger rett å bruke omgrepet "skjerma eining". "Tilrettelagt for personar med demens" kan vere eit betre uttrykk.

Sannsynlegvis opererer mange kommunar med to nivå av plassar for personar med demens: Enklare tilrettelegging, og forsterka avdelingar. Plassar i den siste kategorien er dyrare. Kanskje bør ein dele kategorien i to, tilrettelagt og forsterka?

Helsedirektoratet vart oppfordra til å jobba med definisjonen saman med Oslo kommune. Det er ein fordel om definisjonane kan knytast til lov/forskrift eller bygningsmessig utdjuping frå td. Husbanken.

Forslag:

Helsedirektoratet oppdaterer definisjon

Vedtak:

Helsedirektoratet, i samarbeid med Oslo kommune, oppdaterer definisjon for punkt 3 ”skjerma eining for personar med demens”.

11.2.8. Ombygging

Ein kommune har etterlyst presisering.

Kom fram på møtet:

SSB orienterte: Definisjonen skal vera grei, sjølv om nokre få kommunar kan ha plassar under ombygging per 31.12., som kan gje ein rapporteringsutfordring. Ein bør sjå på presisering av rettleiingsteksten i samband med andre presiseringar.

Forslag:

Rom som ikkje kan nyttast pga. ombygging, skal ikkje reknast med (er ikkje tilgjengelege)

Vedtatt:

Arbeidsgruppa foreslår å presisere i rettleiinga til punkt 4 at rom som ikkje kan nyttast pga. ombygging ikkje skal reknast med.

11.2.9. Rehabiliteringsavdeling i skjering mellom kommunehelse og pleie og omsorg

Døme: Alt på ein rehab.-institusjon blir utgiftsført på f241, men definert (og heimla) som sjukeheim i KOSTRA skjema 5. Også mykje dagtenester.

Forslag:

- Skilje i to verksemdar, korttids sjukeheim og rehab.inst. under kommunehelse
- Fordela utgifter mellom f241 og f253

Kom fram på møtet:

SSB orienterte.

Helsedirektoratet understreka at slike rekneskapsdilemma kjem til å bli mykje meir utbreidd i samband med samhandlingsreforma. Rehabilitering er eit mykje meir omfattande prosjekt som dreg inn mange ulike delar av tenestene kommunane tilbyr. Ein må derfor vere førebudd på å måtte flytta litt grenser her.

SSB poengterte det som naturleg å løfta slike spørsmål inn i samhandlingsprosjektet.

I Oslo har Bjerke og Vestre Aker dagrehabiliteringstilbod. Det er usikkert korleis dette tilbodet blir ført.

Vedtak:

SSB skal prøva å sjå kva statistikk dei kan laga på området, som ein del av samhandlingsprosjektet.

11.2.10. Adecco

6-7 institusjonar vart våren 2011 overført frå privat til kommunalt eigarskap. Korleis handtera dette for 2011?

Forslag:

Dette er eit sjeldsynt tilfelle, og dermed kan ein godta at nokre indikatorar i dei involverte kommunane vert misvisande.

Kom fram på møtet:

Utgifter per bebuardøgn kan handtera dette, men det må ein spesialløyising til for å handtera skifte av eigarskap.

Vedtak:

SSB undersøker utslaget av eigarskifte for Adecco spesielt, og om det finnast enkle løysingar for å handtere slike situasjonar i framtida.

Etter møtet:

Dersom ein brukar ”brutto driftsutgifter”, som føreslått nedanfor for Utgifter per bebuardøgn, er ikkje eigarskap eit problem. Då vil ein uansett ta med alle plassar – og alle utgifter, uavhengig av eigarskap.

11.2.11.Punkt 3 Spesielle tilbod

Forslag:

Utvida med m.a. plassar til rusomsorg/og psykiske lidningar. Fleire spesialplassar som burde vere med, forutan demens?

Kom fram på møtet:

Forslaget kan sjåast i samanheng med Helsedirektoratet sitt forslag om spørsmål om plassar knytt til samhandlingsreformen. I tillegg til kategoriar for desse plassane, må ein ha ein ”annan”-kategori der plassar som ikkje passar i dei andre kategoriane kan spesifiserast. Dette kan gje grunnlag for å justere kategoriane om det skulle visa seg nødvendig. Endeleg spørsmålstekst og rettleiing fastsettast etter at SSB har undersøkt med nokre kommunar.

Vedtak:

SSB undersøkar med nokre kommunar kven kategoriar som er aktuelle, jf. sak 9.1 plassar i lokalmedisinske senter.

På bakgrunn av undersøkinga foreslå ein kategoriar innan 15.09.2011.

12. Endringar i faktaark, pleie og omsorg

Dagens nøkkeltal og grunnlagstal, sjå Excel-vedlegg.

12.1. ”Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+”

Indikatoren ”Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+” har opphavet sitt i Handlingsplanen for eldreomsorgen frå 1997. I høve til eldreomsorgen er han misvisande, i det berre rundt ein tredel av bebuarane i heildøgns bemanna bustad er 80 år eller eldre, medan ein tar med alle bebuarane i slike bustader i berekninga. Det kan diskuterast om ein bør inkludere ein tilsvarende indikator for dei yngre bebuarane.

SSB føreslår følgjande:

a) Indikatoren ” Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+” erstattast av ”Andel bebuarar i institusjon og heldøgnsbemannet bolig 80 år og over i prosent av bef. 80+”. Dette vil måle faktisk dekning i staden for teoretisk kapasitet. Grunna dårleg utfylt orgnr i IPLOS, kan ein ikkje tilbakeføre denne indikatoren lenger tilbake enn høgst 2009-årgangen.

b) Ny indikator: ”Andel bebuarar heldøgnsbemannet bolig 18-67 år i prosent av bef. 18-67 år”.

Frå møtet:

SSB understreka at det er 54 indikatorar innan pleie og omsorg i dag.

Helsedirektoratet peika på at ein kanskje burde skilja mellom rapportering og publisering: KOSTRA er todelt. På eine sida samlar ein inn tal i skjema, på den andre sida publiserer ein tal. Publiseringa kan gjerne skje andre stader på dei ulike fagområda, enn som ein del av KOSTRA. For pleie og omsorg kunne ein t.d. ha en eigen temaside for Samhandling.

Fleire peika på at ein kunne trengje ein finare inndeling enn berre to alderskategoriar. Tanken om langt færre indikatorar innan KOSTRA, og heller detaljerte samanstillingar på fagområde, vert spela inn til KOSTRAs arbeidsgruppe for ”nye ssb.no”

Vedtak:

- Indikatoren behaldast som før.
- Tanken om langt færre indikatorar innan KOSTRA, og heller detaljerte samanstillingar på fagområde, vert spela inn til KOSTRAs arbeidsgruppe for ”nye ssb.no”

12.2. SSB: forslag til fjerning av indikatorar og grunnlagstal

SSB oppfordrar deltakarane til å tenke igjennom om indikatorar og grunnlagstal som ikkje er strengt nødvendige kan sløyfast. Slik kan ein få betre oversikt over tala, samt førebu seg på dei kutt som sannsynlegvis vil kome med nye nettsider neste år. Ikkje minst for SSB som får ein del førespurnader på kvifor så mange IPLOS-tal er prikka for også større kommunar. Dette skuldast for høg detaljeringsgrad, særleg på nivå 3. Færre og større kategoriar vil gje mindre prikking.

Det er òg naturleg at arbeidsgruppene har synspunkt på om – og i så fall korleis – indikatorar som fjernast frå KOSTRA kan publiserast.

Heile handsaminga av publisering innan kommunehelse og pleie og omsorg er foreslått som eit tema på KOSTRA-seminar til hausten.

Vedtak:

Forslag til omstrukturering av KOSTRA-tal vart utsett til hausten 2011.

13. IPLOS

13.1. Rapportering 2010 og oppdatering av 2009-årgangen

13.2. Statistikk over bustader

13.2.1. Handtering av ledige plassar leigd ut utanfor pleie- og omsorgstenestene

Helsedirektoratet understreka at plassar leigd ut utanfor pleie- og omsorgstenestene ikkje skal registrerast i IPLOS.

13.2.2. Gjenlevande ektefelle

Helsedirektoratet presiserte: Dersom den personen som har fått vedtak døyr, skal evt. gjenlevande ektefelle ikkje registrerast i IPLOS, om ikkje vedkommande har eit bistandsbehov innan pleie- og omsorgstenestene.

13.3. Forslag til nytt kostnadsomgrep: "Brutto driftsutgifter per bebuardøgn" erstattar "Korrigererte brutto driftsutgifter per kommunal plass".

Gabrielsen hadde gjort anslag som tyda på brutto driftsutgifter rundt 2 500.- per plass. Ved å bruka brutto driftsutgifter framfor korrigererte brutto driftsutgifter, får ein også med dei private institusjonane. Det var lite sprik i tala frå kommunane.

13.4. Kostnader per time

13.5. Kjøp/sal av tenester over kommunegrensa

Korleis vert kjøp/sal av tenester over kommunegrensa registrerte (vertskommune og/eller betalande kommune?) Kva er rett, og korleis handtere dette?

Frå møtet

Lenkje til presentasjonen:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/Sak13_IPLOS_SSB.ppt

Bjørn Gabrielsen, SSB, orienterte. Grunna mistenkjeleg stor nedgang i talet på bebuarar i bustader til pleie- og omsorgsføremål disponerte av kommunen, vart det ikkje publisert tal på bebuarar for 2009. Nyinnsending hausten 2010 avslørte at dette m.a. skuldast at mange av dei som tidlegare var rapporterte som bebuarar, ikkje hadde vedtak som følgje av eit bistandsbehov, og derfor ikkje skulle rapporterast.

13 prosent av kommunane står framleis utan bebuarar i bustad. Vidare har 13 prosent meir enn halvert tala frå 2008. Bebuartal for 2009 er difor enno ikkje publisert i KOSTRA. SSB vil vurdera om det skal bli brukt tal for per 1.1.2010 (basert på innsending av 2010-data).

Nye 2009-data basert på estimat vert planlagt publisert etter 15.06.2011.

Etter 2008 vil ein uansett få stor nedgang på bustadar.

Når det gjeld IPLOS-registreringa for 2010-tal har det vore ein god datainnngang. Per 15.3. var det 425 kommunar som hadde innrapportert. Det er framleis etterverknader av innføringa av IPLOS versjon 3.0. Problem knytt til fagsystema skal drøftast på eige leverandørmøte i juni. Det er også manglar knytt til nye variablar og 3.0 versjonen. 2010-tala viser også at det framleis er problem knytt til registreringar i bustader. 8,5 prosent av kommunane oppgjev ikkje bebuarar i bustad, og over 15 prosent av kommunane har halvert talet på bebuarar samanlikna med 2008-tal. Kommunane melder om betra kontroll av bustadtal. Brukarar som er feilaktig registrert som bebuar i bustad i Pleie og omsorg er truleg fjerna.

SSB har gjennomført ulik testing med bakgrunn i IPLOS-tala. Den første testen vart gjort på indikatoren "Brutto driftsutgifter per bebuardøgn i institusjon". Her freista ein å måla alle dagar i institusjonsopphald. Det blei ikkje justert for dødsfall. Berre dei som har inndato blei telt med, og ein har ikkje justert for utelukkande tenester. Resultata viser mellom anna at korttid utgjør vel 20 prosent av alle dagane. Kostnadene ligg mellom 2300 og 2400 kroner per døgn (for kommunar med tal er gjennomsnittet 2600 kroner). Det er få ekstremverdiar på over 4000 eller under 1500, i alt er det snakk om 5,7 prosent. Det som står att når det gjeld testinga er å korrigera for dødsfall, og vurdera korrigerering av overlappende tenestar.

Den andre testen som blei gjennomført er på indikatoren Brutto driftsutgifter per tildelt time heimetenester. Indikatoren er heller ikkje her justert for dødsfall. Både inn- og utdato blir telt med, og uoppgitt blir sett til 3 heimesjukepleie og 8 timar andre tenester (gjennomsnittleg timetal). Det er heller ikkje justert for utelukkande tenester. Resultata viser mellom anna at kostnadene ligg på mellom 400 og 500 kroner. Medianen er 430 og gjennomsnittet er 470. Det er nokså stor spreiding frå under 200 til nær 2000. Også her

står det att å juster for dødsfall og utelukkande tenester. Det er også ønskeleg å utvikla ein modell som kan gi estimat for manglande oppgåve for timar og veker.

Når det gjeld kjøp og sal over kommunegrenser inneheld IPLOS følgjande identitetar: Avsendarkommune og bustadkommune (oppgåve og folkeregister). I tillegg kan beliggenheitskommune for tenesteytar hentast via organisasjonsnummer i BoF (institusjon/bemanna bustad). Det er rett nok uvisst om dette kan brukast med omsyn til det gjeldande regelverket når det gjeld kopling. Det er snakk om tre ulike variantar av denne problematikken:

1. Registrert utførar/registrert bukommune
2. Registrert utførar/ikkje registrert bukommune
3. Ikkje registrert utførar/registrert bukommune (private einingar sender normalt ikkje inn IPLOS-data)

Årets datainnngang bør vurderast i løpet av hausten 2011 og då bør ein sjå om det er samsvar mellom IPLOS og ulike skjemadata. SSB anbefaler at ein opprettheld spørsmåla i skjema, men at det er ei målsetjing at IPLOS kan erstatta skjema som datakjelde på sikt.

Oppsummert kan ein seia at det står att ein del arbeid med oppfølging etter innføring av 3.0-versjonen. Kommunane kan retta opp og senda inn data i løpet av hausten 2011. Det vil også vera muleg å innføra indikatoren Brutto driftsutgifter per bebuardøgn i institusjon allereie til neste år. Når det gjeld indikatoren Brutto driftsutgifter per tildelt time heimetenester bør denne utreiast vidare. For utleige av tenestar bør ein i løpet av hausten 2011 sjå på samanhengen mellom tal i IPLOS og skjema.

Vedtak:

Arbeidsgruppa foreslår indikatoren ”Brutto driftsutgifter per bebuardøgn i institusjon”.

14. Lindrande behandling/ palliasjon

Michael Kaurin, Helsedirektorat orienterte om Omsorgsplan 2015 fokuserer på lindrande behandling og palliasjon. Dette står og sentralt i samhandlingsreforma. I palliasjonsregisteret (Pallreg) er det 241 plassar per i dag. Pallreg bør utbetrast. Dette er eit enkelt register, men inneheld meir informasjon enn kva KOSTRA har per i dag. Det er gjeve stimuleringstilskot på 8 millionar til området. Helsedir ser føre seg ei utvikling på dette området, og noko som kjem til å veksa i tråd med ei implementering av samhandlingsreforma.

SSB nemde at det for nokre år sidan berre var rapportert om lag 100 plassar i skjema 5. Arbeidsgruppa føreslår at Helsedirektoratet tek initiativet til ei arbeidsgruppe når det gjeld drøfting av ulike spesialplassar. Oppstartsmøte i denne gruppa bør haldast tidleg på hausten

Gruppa bør også vurdere om Pallreg skal inviterast til KOSTRAs haustmøte.

Vedtak:

Helsedirektoratet tek initiativet til ei arbeidsgruppe når det gjeld drøfting av ulike spesialplassar innan 01.09.2011.