

Referat KOSTRA arbeidsgrupper for kommunehelsetjeneste og pleie- og omsorgstjenester

Mandag 19. april 2010 kl. 09.30-15

Tirsdag 20. april 2010 kl. 09.00-15

Møterom 2m8

Møtedeltakere

Arbeidsgruppemedlemmer

Møtedeltakelse

Mandag 19. april Tirsdag
20. april

Kommunehelse = K
Pleie og omsorg = P

	Kommunal- og	Alexander Wiken	Fra kl. 12	Ja
KP	regionaldepartementet	Lange		
KP	KS	Anne Jensen	Ja	Ja
P	KS - los-bistand	Geir Halstensen	Nei	Ja
K	KS	Kari Rolstad	Nei	Nei
K	KS, Tolga kommune	Kjetil Brodal	Nei	Nei
P	KS / Hamar kommune	Halvor Haug	Nei	Nei
K	Helsedirektoratet	Linda Haugan	Ja	Ja
P	Helsedirektoratet	Pål Strand	Ja	Ja
P	Helsedirektoratet	Michael Kaurin	Ja	Ja
K	KS / Oslo kommune	Grethe Sundby	Ja	Nei
P	KS / Oslo kommune	Åse Løset	Ja	Ja
P	Bergen kommune	Kjell A. Wolff	Askefast	Askefast
K	Bergen kommune	Brynjar Skaar	Askefast	Askefast
		Espen Ottesen	Ja	Ja
KP	Statistisk sentralbyrå	Vattekar		
KP	Statistisk sentralbyrå	Åsne Vigran	Ja	Ja
KP	Statistisk sentralbyrå	Bjørn Gabrielsen	Nei	Ja
KP	Statistisk sentralbyrå	Trond Ekomrud	Ja	Ja
P	Statistisk sentralbyrå	Brith Sundby	Nei	Ja
KP	Statistisk sentralbyrå	Dag Abrahamsen	Ja	Ja
Observatør for ASSS				
K	ASSS/KS	Margareth Belling	Ja	Nei
P	ASSS/KS	Eva Rinnan	Nei	Nei

Møteplan

Mandag 19. april

1. Generelt om datainnngang og rapportering v/ Trond Ekornrud	4
2. Funksjonsdiskusjon.....	5
3. Endring i skjema	6
3.1. 1-4. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten	6
3.1.1. 4-1 Antall timeverk	6
3.1.2. 4-3: Aktivitet	6
3.1.3. F120 med i totaltall?	6
3.1.4. 4-3 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	7
3.1.5. 4-4 Forebyggende helsetjenester til ungdom.....	8
4. Endringer i faktaark	8
5. Personellstatistikk	9
5.1. Register versus skjema	9
5.2. Fordeling av årsverka på helsestasjon- og skolehelsetjeneste	10
5.3. Pleie- og omsorgsstatistikken	11
5.4. Rehabilitering – plassering av virksomheter på sektor og KOSTRA-funksjon.....	11
6. Kommunal tjenesteproduksjon - hvordan få med hele bildet?	12

Tirsdag 20. april

7. Generelt om datainngang og rapportering v/ Dag Abrahamsen	14
8. IPLOS.....	14
8.1. Overgang til ny IPLOS-versjon.....	14
8.2. Samlemål	15
8.3. Rapport fra KS.....	16
9. Forslag til endringer i skjema 4	16
9.1. 4-2.2 Integreerte/samordnede tjenester	16
9.1.1. Fortsatt med i skjema?	16
9.1.2. Personell innen administrativt, vaskeri, rengjøring.....	17
9.1.3. Har integreerte tjenester og delt inn i distrikt.....	18
9.2. 4-3 System for brukerundersøkelser.....	18
9.3. 4-4 Tjenestenes tilgjengelighet per 31.12.....	19
9.4. p5 Tjenestetilbud	20
9.4.1. Matombringing og trygghetsalarm.....	20
9.4.2. p6 Egenbetaling.....	23
9.5. Definisjon av bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet mm.	23
10.Forslag til endringer Skjema 5 Institusjoner for eldre og funksjonshemmede	23
10.1. Definisjon av institusjoner	24
10.1.1. Aldershjem.....	24
10.1.2. Barneboliger/avlastning	24
10.1.3. Privat forpleining	24
10.2. 5-2 Opplysninger om institusjonen	25
10.2.1. Skjema 5 vs BoF/Enhetsregistret	25
10.2.2. 5-2 Angivelse av antall plasser	25
10.2.3. 5-3 Spesielle tilbud	26
10.2.4. Skjermet enhet for personer med demens	26
10.2.5. Rehabilitering og avlastning i institusjon.....	26
10.2.6. Plasser til palliativ/terminal pleie.....	26
10.3. 5-4 Bygningsmessig utforming	27
10.4. 5-5 Plasser disponerte av andre kommuner/bydeler.....	27
10.5. 5-6 Samordnede/integreerte tjenester.....	28
10.6. 5-7 Lab-tjenester	28
11.Endringer i faktaark	32
12.Vedlegg: Aktuelle KOSTRA-funksjoner	34

1. Generelt om datainnngang og rapportering v/ Trond Ekornrud

Underlag:

[Skjema 1 - Personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten.](#)

Presentasjon:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/datainnngang_rapportering_190410_eko.ppt

Trond Ekornrud, SSB, kunne opplyse at det var en noe høyere datainnngang til 1503-publiseringen i år: Pr. 1603 hadde 95 prosent av kommunene levert skjema1, mot 93 prosent på tilsvarende tid i 2009.

Gjennomsnitt alle kommuner

	2008	2009
Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	9,3	9,3
Fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten	8,9	8,3
Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,33	0,35
Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	0,34	0,31

Det ser ut til å bli en viss nedgang av årsverk for fysioterapeuter. Dette henger delvis sammen med at avtaleløse fysioterapeuter ikke lenger skal innrapporteres.

Samtidig har antall legetimer pr. institusjonsbeboer økt fra 0,33 til 0,35 timer.

Ekornrud understrekte at dette er ureviderte tall.

Det var enighet om at en også burde fjerne disse avtaleløse fysioterapeutene for tidligere årganger i faktaarket, slik at en kan opprettholde en tidsserie.

Fra Statistikkbanken er det uansett mulig å hente ut avtaleløse fysioterapeuter.

Det ble på høstmøtet opplyst at de avtaleløse fysioterapeutene uansett kunne hentes fra Norsk Pasientskadeerstatning, NPE. Ekornrud etterlyste her status fra Helsedirektoratet.

Vedtak:

- 1) SSB oppdaterer fysioterapitall for tidligere årgangen i juni-publiseringen, slik at de avtaleløse fysioterapeutene ikke inngår.
- 2) Helsedirektoratet sjekker status for NPE mht. avtaleløse fysioterapeuter innen 14.05

2. Funksjonsdiskusjon

Presentasjon: http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/funksjonsdiskusjon_19042010.ppt

Dagens funksjoner er beskrevet på <http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/kostra/Hovedveileder2010.pdf>.

Funksjon 233 Annet forebyggende helsearbeid *Navneendring?*

F233 fungerer som sekkepost til de mange virksomheter som ikke naturlig passer inn under f232 el. f241. Bør navnet på f233 endres til "Annen helsetjeneste", altså droppe "forebyggende" i navnet? Beskrivelsen må da også endres noe.

Og: Utfører kommunene fremdeles næringsmiddeltilsyn?

Psykisk helseteam i kommunene

SSB får ofte spørsmål om hvilken funksjon årsverkene i psykisk helseteam o.l. skal føres på. Slik regelen er i dag, skal dette være f233, men arbeidet med statistikk for psykisk helsearbeid og mulighetene som gis i den nye versjonen av IPLOS (kobling av tjeneste til organisasjonsnummer) vil kunne si noe om dette i større grad reelt er pleie- og omsorgstjenester.

Diskusjon fra møtet:

Det var enighet om at f233 nok inneholder noe mer enn det som kan kalles forebyggende. Hovedtanken er at f233 ikke skal være individrettet, i motsetning til f241. Spesielt knytter det seg usikkerhet til hvordan psykisk helsearbeid håndteres i de ulike kommuner. Her ble det vist til arbeidet som foregår med å utvikle statistikk for mottakere med psykiske vansker/lidelser og rusproblemer, og arbeidsgruppen foreslo å avvente en evt. justering av f233 til dette arbeidet er ferdigstilt.

Kommunalt næringsmiddeltilsyn er overtatt av det statlige Mattilsynet, og må utgå i kulepunkt 2.

Vedtak:

Kulepunkt 2 i beskrivelse av f233 endres fra:

- Programmer/kontroller (screening), næringsmiddeltilsyn, teknisk/hygienisk personell, veterinær, opplysning/kampanjer.

til

- Programmer/kontroller (screening), ~~næringsmiddeltilsyn~~, teknisk/hygienisk personell, veterinær, opplysning/kampanjer.

Funksjon 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste

En kommune lurer på om en kan føre fysioterapeut som jobber kun med barn på f232, selv om vedkommende ikke er tilknyttet helsestasjon.

Og er det rimelig at helsestasjon for innvandrere skal legges til f232, mens helsestasjon for eldre legges til f233?

Fra møtet:

Regelen er at individrettet tjeneste – også mot barn – skal føres på f241 Diagnose, behandling og re-/habilitering. Det er de rene gruppeorienterte eller lovpålagte kontrollene som skal legges på f232.

I ettertid:

KS v/ Anne Jensen melder om at helsestasjoner for innvandrere er en del av de lovpålagte oppgaver innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og skal således føres på f232, slik det presiseres.

Bedriftshelsetjeneste

Er det egentlig rimelig at bedriftshelsetjenesten til kommunens ansatte skal på administrasjon, og ikke heller på 233, som all annen bedriftshelsetjeneste? Det er jo uansett forebyggende, og kommuneansatte må da kunne ses på som andre ansatte? Hva slags bedriftshelsetjeneste gjenstår da til 233?

Diskusjon fra møtet:

Det var ikke sterke følelser for å gjøre endringer, en antok at det uansett dreier seg om svært få årsverk, som ikke slår ut i nevneverdig grad på kommunenivå. Begrunnelsen for å legge slik bedriftshelsetjeneste på administrasjon er at det ikke er et tilbud til kommunens innbyggere, men ett velferdstilbud til ansatte.

3. Endring i skjema

Presentasjon: http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/endringer_skjema_190410_eko.ppt

3.1. 1-4. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

3.1.1. 4-1 Antall timeverk

En kommune mente det fort kunne være ulik praksis om en tok med årsverk til administrasjon el. ikke. SSB mener dette er et argument for registerovergang: da kan en velge utdanning og/eller yrke.

KS sa seg enige i at registerovergang her vil kunne forhindre slike ulikheter i større grad.

3.1.2. 4-3: Aktivitet

Kommentar fra samme kommune:

Alle får tilbud om kontroller, men møter ikke av ulike årsaker. Burde være kolonner for antall tilbudt ikke møtt/gjennomført. Burde være lett å ta ut av fagsystem. Def. på "fullført" burde dessuten komme klarere fram: På f.eks. 4-årskontroll skal barnet innom både helsesøster og lege. Mange dropper lege, og da skal en vel ikke regne det som fullført?

Kommunen henviste til Helsesøsterforbundet, som har synspunkter her.

Elin Sæther, Helsedirektoratet, mente at det ikke var nødvendig med egen kolonne her, kommunene purrer til vedkommende har gjennomført undersøkelsen.

SSB viste ellers til at muligheter i fagsystemer for filuttrekk sjekkes i forbindelse med psykisk helse/rus-prosjektet.

3.1.3. F120 med i totaltall?

SSB ønsker å ta opp til vurdering om timer for leger og fysioterapeuter ført på funksjon 120 Administrasjon og fellestjenester burde inngå i totalen, slik det gjøres i de nasjonale tallene.

Alle var enige i at en bør ha same totaltall alle steder.

Åsne Vigran, SSB, påpekte at en i internasjonal rapportering oftest har fokus på brukerrettede årsverk, dvs. at administrasjon ikke er med. Den internasjonale rapporteringen baserer en seg uansett på register, slik at tallene uansett vil ha noe avvik i forhold til de skjemarapporterte.

Pål Strand, Helsedirektoratet stilte spørsmålet om det var de nasjonale tallene som burde endres? Administrasjonstallet kan uansett hentes fra Statistikkbanken

I tillegg kan SSB vise til omfanget av administrasjon:

År	Legar i alt	Diagnose, behandling og rehabilitering	Helsestasjon/skole	Miljøretta helsevern	Anna førebyggjande arbeid	Institusjonar for eldre og funksjonshe mma	Administ rasjon	adm andel av total i prosent
2000	3 809	3 102	228	82	65	230	103	2,7
2001	4 109	3 376	231	80	80	249	93	2,3
2002	4 151	3 429	232	75	71	257	87	2,1
2003	4 131	3 417	224	77	72	259	82	2,0
2004	4 150	3 444	217	78	72	260	80	1,9
2005	4 219	3 502	214	77	75	275	76	1,8
2006	4 281	3 566	207	75	73	289	71	1,7
2007	4 396	3 645	207	70	79	320	75	1,7
2008	4 533	3 749	216	64	80	343	80	1,8

	Fysioterap eutar i alt	Diagnose, behandling og rehabilitering	Helsestasjon/skole	Miljøretta helsevern	Anna førebyggjande arbeid	Institusjonar for eldre og funksjonshe mma	Admini strasjon	adm andel av total i prosent
2000	3968	3163	263	6	74	355	109	2,7
2001	4112	3299	271	5	68	369	99	2,4
2002	4130	3351	263	3	65	357	91	2,2
2003	4152	3405	249	7	57	357	77	1,9
2004	4162	3449	237	6	62	332	76	1,8
2005	4148	3452	231	8	68	311	77	1,9
2006	4205	3498	223	10	71	333	71	1,7
2007	4255	3538	212	10	69	353	73	1,7
2008	4334	3616	202	9	76	357	74	1,7

Vedtak:

Helsedirektoratet diskuterer internt/med HOD om hva slags totaltall som skal brukes.
Frist for tilbakemelding: 31.05.2010.

3.1.4. 4-3 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

3.1.4.1. Overføring fra fagsystem bedre enn skjemarapportering?

En kommune mener rapportering i skjema av antall fødte i løpet av året, samt antall for de ulike aldersgruppene ved helsekontroller ofte blir misvisende pga. ulikt tellingstidspunkt og populasjon i teller og nevner. Kommunen mente her at fagsystemene ville kunne gi bedre tall for indikatoren.

Oppfølging:

SSB ser nærmere på denne muligheten til å bruke tall fra fagsystem i løpet av høsten 2010.

3.1.5. 4-4 Forebyggende helsetjenester til ungdom

3.1.5.1. Fjerne spørsmål

Helsedirektoratet foreslo å droppe spørsmål 4-4 a,b,c, da dette dreier seg om lovpålagte tjenester hvor kontroll faller inn under Helsetilsynet. En vil dessuten kunne få med eventuelle som ikke skulle ha tjenesten i spørsmålet om åpningstid, der feltet i så fall vil være tomt/0.

Har kommunen/bydelen per 31.12. i drift, evt. tilgang til gjennom interkommunalt samarbeide:		
	Antall	
a. Helsestasjon for ungdom		
b. Skolehelsetjeneste ved alle grunnskoler		☐ Ja ☐ Nei
c. Skolehelsetjeneste ved alle videregående skoler		☐ Ja ☐ Nei ☐ Har ikke videregående skole
Hvis nei i b. eller c., hvorfor ikke?		

Forslaget ble støttet av de øvrige.

Vedtak:

Spørsmål 4-4 a,b,c under -4 Forebyggende helsetjenester til ungdom fjernes.

3.1.5.2. Aldersintervall Helsestasjon for ungdom

Det er sprik i skjema, veiledning og faktaark når det gjelder aldersintervall for Helsestasjon for ungdom (HFU).

Vedtak:

Helsedirektoratet sjekker om aldersintervall for HFU skal være 13-20 el. 14-20 år.

Frist: 21.05.2010

4. Endringer i faktaark

På høstens møte ble det foreslått å fjerne lege-/fysioterapeutårsverk per 1000 plasser i sykehjem, siden en også har lege-/fysioterapeuttimer pr sykehjemsbeboer. Alle var enige i dette.

Vedtak:

Følgende indikatorer foreslås fjernet fra faktaarket, nivå 2:

- Legeårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten
- Fysioterapiårsverk pr 10 000 innbyggere, kommunehelsetjenesten

SSB har i ettertid avklart med KOSTRA-ledelsen at fjerning av indikatorer på nivå 2 i faktaarket kan gjennomføres allerede ved publisering 15.06.2010, så lenge impliserte variabler på nivå 3 beholdes.

5. Personellstatistikk

v/ Åsne Vigran og Trond Ekornrud

5.1. Register versus skjema

Presentasjon: http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/regbas_skjema_f232_eko.ppt

På arbeidsgruppemøte 1.-2. april 2009 vart det presentert tal for årsverk som samanlikna funna i register og skjema. Tala viste at det totale talet på årsverk for helsestasjons- og skulehelsetenesta var gode både for 2006 og 2007. Viss ein bryt det ned på dei ulike yrkesgruppene var det rett nok ein del skilnader. Tala i register og skjema for 2008 viser den same tendensen:

Funksjon 232 – helsestasjons- og skulehelseteneste:

Næringsgrunnlag for F232 i registeret:

85.143 helsestasjons- og skulehelseteneste

Tabell: Avtalte årsverk i helsestasjons- og skulehelseteneste, etter utdanning og datakjelde (2007 og 2008)

	2007			2008		
	Skjema 1	AA-register	Avvik skj-reg i %	Skjema 1	AA-reg	Avvik skj-reg i %
Helsesøster	1986	1598	20	2035	1647	19
Jordmor	287	226	21	295	238	19
Psykiatrisk sjukepleiar	69	60	13	79	66	-14,5
Andre sjukepleiarar	81	342	-128	69	381	-452
Ergoterapeut	23	28	-23	16	27	-70
Psykolog	55	18	67	59	24	59
Hjelpepleier	41	80	-95	40	99	-148
Anna	391	582	-49	486	566	-16
Totalt	2933	2935	0	3079	3048	1

Som ein kan sjå er det totale talet på årsverk for register tilnærma likt skjema for 2008. Avviket er på 1 prosent. Samanlikna med 2007 ligg det totale talet på årsverk i skjema og register nærmare kvarandre i 2008. Viss ein ser på dei ulike yrkesgruppene er det framleis forskyvingar. SSB meiner dette i stor grad skuldast at kommunane tilset personar utan autorisasjon som helsesøster og fører dette opp som årsverk i skjema. For jordmødrer skuldast sannsynligvis skilnadene at kommunane kjøpte tenesta frå andre kommunar, frå spesialisttenesta eller frå private føretak.

Ofte kan tilfelle også vera at helsesøster og jordmødrer arbeider innanfor andre område i kommunehelsetenesta som eigentleg skal førast på funksjonane f241 Diagnose, behandling, re-/habilitering og f233 førebygging. Viss ein legg samanliknar årsverkstala frå register for utdanningane helsesøster, jordmor og psykolog for alle desse funksjonane med tala innrapportert i skjema finn ein følgjande:

Årsverk i alt frå register (f232, f233, f241) samanlikna med skjema (f232)			
	Skjema 1	2008	
		Aa-register	Avvik skj-reg i %
Helsesøster	2035	1 901	7
Jordmor	295	282	5
Psykolog	59	63	-7

Som ein kan sjå er avviket i prosent mellom skjema og register enno mindre for dei ulike yrkesgruppene om ein samanliknar årsverk for register for alle desse funksjonane (f232, f233 og f241) med tala som er innrapportert i skjema. SSB vil halda fram med å samanlikna 2008-tal frå skjema og register på kommunenivå under revisjonsarbeidet i 2010. Det vil bli viktig å få stadfesta ev. årsaker til kvifor det er skilnader mellom helsesøster- og jordmørårsverk i skjema og register.

Diskusjon frå møtet:

Åsne Vigran poengterte at det ikkje lenger er autorisasjon for helsesøster (fom. 2002). Dei personane som tek helsesøsterutdanninga blir rekna som helsesøster. Utdanningsstatistikken ligg eitt år bak. Det er difor tenkjeleg at personar som ikkje er helsesøster mest sannsynleg har teke utdanninga nyleg. Dessutan kunne ho opplyse om at dersom ein la yrkeskodinga til grunn, var det heile 327 sjukepleiarar med yrke helsesyster i registertala. Då kjem ein svært nær skjematala.

Vigran kunne også bekrefte at ”hjelpepleiarar” og inkluderer omsorgsarbeidarar.

Det ble stilt spørsmål om korleis samhandling og kjøp frå andre kommunar ble handterte. SSB svarte at det ikkje var spesifisert. Ein veit derfor ikkje om dei rapporterte årsverktala alle er frå eigen kommune, eller om nokre kan vere kjøpte frå andre kommunar.

Abrahamsen peika på at delen kommunar som rapporterer berre ekstern kjøpt jordmøteneste (interkommunalt eller 2. linje) kan gje ein viss indikasjon på omfanget.

Etter møte har SSB sjekka dette talet:

Del av kommunane utan eigenprodusert jordmøteneste:

År	Ikkje jordmør i kommune/bydel	Lyst ledig	Tilgang på ekstern jordmøteneste i kommune/bydel	Tilgang på ekstern jordmøteneste utanfor kommune/bydel
2005	12,1	1,8	6,7	4,2
2008	13,9	1,1	7,6	7,4
2009 urevidert	11,7	0,7	6,1	5,6

Det er altså ein del kommunar som baserer seg på kjøpte jordmøtenester.

Forslag:

SSB foreslår at ein kontaktar dei kommunar som baserer seg på kjøpte jordmøtenester for å kartlegge omfang og korleis ein har ført årsverka i KOSTRA.

Frist: 30.09.2010

5.2. Fordeling av årsverka på helsestasjon- og skulehelseteneste

Helsedirektoratet kunne fortelje at dei hadde fått påbod frå Helse- og omsorgsdepartementet om å fordele innsatsen på helsestasjon og skulehelseteneste kvar for seg. SSB har, basert på tidlegare erfaringar fråråda ei slik oppdeling, då tala vert svært usikre. I motsetnad til totaltalet, som vanlegvis er avtalefesta, vil innsatsen på dei ulike områda i helsestasjons- og skulehelsetenesta variere gjennom året, og det eksisterer ikkje standardar på området. Avhengig av kommunal praksis og organisering, og kven og når ein spør, vil ein difor få ulike svar.

På oppdrag frå Helsedirektoratet hadde TNS Gallup utført ei slik undersøking som skilte mellom helsestasjon og skulehelseteneste. Tala avveik i stor grad frå det som er samla inn i KOSTRA.

Vedtak:

1) Helsedirektoratet og SSB samarbeider om å finne årsaka til det store avviket mellom KOSTRA og TNS Gallup sine tal. Tidsfrist for rapport til arbeidsgruppa: 30.09.2010

2) KS sjekkar ut kommunane sine Effektiviseringsnettverk:

- a. KOSTRA skjema 1 mot register (registertal og skjematall for 2009 oversendast frå SSB innan utgangen av juni
- b. moglegheitene i å fordele årsverk (timer/uke) mellom skulehelseteneste og helsestasjon

Tidsfrist for tilbakemelding til arbeidsgruppa: 30.09.2010

3) SSB tar kontakt med dei kommunar som syner store forskjellar mellom skjematall og registertal, og om mogeleg rettar opp. Tidsfrist for rapport til arbeidsgruppa: 30.09.2010.

4) Årsverk samlast inn i skjema også for 2010, men ein publiserer frå register i mars 2011, så sant haustens undersøkingar ikkje skulle tala i mot det.

5.3. Pleie- og omsorgsstatistikken

Kommentarer til foreløpige tall ved Åsne Vigran.

5.4. Rehabilitering – plassering av virksomheter på sektor og KOSTRA-funksjon

Opprydding i pleie og omsorgstall i forbindelse med overgang til ny næringsstandard SN 2007 viser at det nok er en del feilplasseringer av på næring 86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Her finner en også mye rehab utenfor institusjon, og det er da et spørsmål om dette skal føres på f241 Diagnose, behandling og re-/hab, eller på f233 Andre forebyggende helsetjenester.

Det er også et spørsmål om det dreier seg om kommunehelse eller pleie og omsorg f254. IPLOS vil kanskje kunne bidra til noe her på sikt.

Utdanning	Årsverk i alt
Rehab utenfor plo-institusjon	534,8
Annet personell med og uten helseutdanning	114,6
Helsesekretær	1,3
Helsefagarbeider, hjelpepleier og omsorgsarbeider inkl. barnepleier	106,7
Ergoterapeut	65,3
Fysioterapeut	110
Jordmor	7,5
Sykepleier	103,1
Vernepleier	21,4
Helsesøster	1,5
Lege og legespesialist inkl. stud. med lisens	3,2
Psykolog	0,2

Vedtak:

Årsverk til re-/habilitering utenfor institusjon legges til funksjon 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering.

6. Kommunal tjenesteproduksjon - hvordan få med hele bildet?

v/ Anne Brit Thorud, SSB

Presentasjon:

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

Tradisjonelt sett har den kommunale og fylkeskommunale virksomheten/tjenesteproduksjonen foregått i regi av den enkelte kommune selv. I en slik situasjon vil nøkkeltall for kommunens egenproduksjon av tjenester (produsentperspektivet) også dekke tjenester kommunens innbyggere får (sørge-for perspektivet). Økende krav til effektiv tjenesteproduksjon og økonomisk balanse gjør at kommunene også velger alternative måter å organisere tjenestene på i tillegg til den tradisjonelle forvaltningsmodellen. Dels skjer dette ved at (hele eller deler av) tjenesten skilles ut i egne foretak (KF/FKF), kommunalt eide AS, interkommunale selskaper (IKS), forskjellige former for kommunale samarbeid, og dels ved bruk av private produsenter av tjenester. Dette mangfoldet i organisering og aktører skaper utfordringer for statistikken i KOSTRA.

Prosjektet "Kommunal tjenesteproduksjon - Hvordan få med hele bildet" kartla i 2009 hvordan de enkelte statistikkene forholder seg til dette i dag og hvilke problemstillinger de står overfor. Prosjektresultatet viste at det er store variasjoner mellom statistikkene i forhold til hva som rapporteres og publiseres samt at det er uvisst om det er godt nok samsvar mellom populasjonen i variablene regnskap, tjenester og personelldata. For å ta tak i disse funnene, er SSB i gang med en oppfølger til dette prosjektet.

Konsern omfatter tall fra (fylkes)kommuneregnskapet og regnskapene fra (fylkes)kommunale foretak (KF/FKF) samt interkommunale samarbeid og interkommunale selskaper (IKS). Tallene for regnskap vil være korrekte både på kommune- og landsnivå ved bruk av de ulike regnskapsbegrepene, så i de fleste sammenhenger vil det være riktig å velge konserntall så langt det er mulig. For tjeneste- og personelldata er det ulik grad av mulighet for justering av kjøp/salg og samarbeid.

Egne faktaark for konsernregnskap og tilsvarende tabeller i Statistikkbanken er nå innført på de fleste KOSTRA-områder, også kommunehelse og pleie og omsorg. Publiseringen 15. mars i år ble utvidet med faktaark for konsern for 9 nye områder, hvorav fem av disse gjelder kommunene. De nye faktaarkene viser nøkkeltall og grunnlagsdata for kommunenes ressursbruk og eventuell tjenesteproduksjon i konsernet på områdene kommunehelse, pleie og omsorg, sosialtjeneste, tilrettelegging og bistand for næringslivet samt sysselsetting.

I 2008 hadde 33 KF/IKS rapportert regnskapsdata på funksjonene innenfor pleie og omsorg (234, 253, 254, 261), tilsvarende innen kommunehelse (232, 233, 241) var 29. Kommunene disse KF/IKS er hjemmehørende i (for kommunehelse og pleie og omsorg samlet) er Moss, Aremark, Marker, Follo, Eidsberg, Sørumsdal, Ørland, Bærum, Asker, Sørumsdal, Oslo, Kongsvinger, Hamar, Eidskog, Gjøvik, Kongsberg, Gol, Nedre Eiker, Drammen, Tønsberg, Kristiansand, Lyngdal, Sandnes, Stavanger, Sola, Bergen, Vaksdal, Flora, Ålesund, Ulstein, Norddal, Hitra, Malvik, Namsos, Frosta, Vestvågøy, Vågan, Vardø og Hammerfest.

For juni-publiseringen må årsverk og plasser knyttet til kommunale foretak og IKS skilles ut særskilt, slik at en får det samstemt med regnskapstallene. I mars-publiseringen er dette ikke gjort.

Fra møtet:

Anne Brit Thorud, SSB, presenterte prosjektet. Power-point-fila som ble presentert, er nå utvidet med kommunehelsetall, i tillegg til pleie- og omsorg.

En skal i nær framtid besøke alle KOSTRA arbeidsgrupper.

Årsverk i KF, IKS og §27-samarbeid blir tatt ut fra kommunetall i juni. I marspubliseringen er det ikke forskjell på kommunetall og konserntall hva gjelder årsverk.

Thorud understreket at normalt skal konsernarket brukes, kommunearket publiseres pga at kommunene trenger dette for å kvalitetssikre dataene som er innrapportert fra kommunekassa. Særlig for kommuner som har stor grad av foretaksorganisering vil ikke kommunearket gi data som er sammenlignbare med andre kommuner. En vil vurdere publiseringsformen framover (bla. om kommunearket kunne plasseres på en mindre framtreddende plass enn konsernarket), men også noe i påvente av nye ssb.no. Arbeidsgruppen så helst at en ble stående igjen med kun konsernarket som hovedoppdrag snarest mulig, og at en da samtidig vurderte navnebytte, ”konsern” kan forvirre. SSB har så langt mottatt få signaler utenfra på at de doble arkene har vært problematiske.

Foreløpige tall pr. 15.03 viste en svarprosent på kun rundt 60. Endelige tall for 2008 landet på 70 prosent. I tillegg til å få opp innrapporteringsprosenten, er det viktig at regnskapene er korrekt avstemt (artene for internkjøp/-salg mellom kommunekassa og særbedriften (artene 375 vs 775 og 380 vs 780 osv., skal gå i 0). Dette kan gjøres gjennom at kommunene tar et større ansvar for rapporteringen fra særbedriftene.

For pleie og omsorgs vedkommende er det viktig at også tjenestedata (i dette tilfelle plasstall) også avstemmes i forhold til kommune og konsern. Det er ikke gjort nå.

For kommunehelsetjeneste er det svært liten grad av foretaksorganisering og IKS/§27-samarbeid. Det er kun når det gjelder legevakt det er en større grad av interkommunalt samarbeid (og noe på jordmortjeneste som omtalt over), men her er det ikke tjenestedata. På personellsiden kan det her være vanskelig å oppnå en korrekt fordeling, da de fleste samarbeid ikke er av en slik art at det registreres i Enhetsregisteret.

I tillegg til jordmortjenestens organisering, ble SSB bedt om å sjekke opp legevaktorganiseringen, slik det er besvart i skjema 1, del 2-3:

	2005	2008	2009 urevidert
Kommunal legevakt	42,0	35,7	33,3
Kommunalt foretak	1,8	1,6	0,7
Kommunalt AS	0,0	0,0	0,2
Interkommunalt samarbeid	57,4	62,7	55,7
Interkommunalt særregnskap	9,8	10,8	11,0
Interkommunalt selskap	4,5	6,7	8,5
Interkommunalt AS	0,2	0,0	0,2
Privat AS	1,3	1,3	0,9
Statlig legevakt	-	2,9	2,5
Annet	-	0,9	1,8

Thorud ba ellers om at en i Samordningsrådsrapporten viste status for organisering av tjenestene på de ulike områdene i eget avsnitt.

Vedtak:

Thorud ba om tilbakemeldinger/innspill på de framlagte utfordringer skissert i notat på http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/oppgaver_arbeidsgruppene.doc innen 31. mai.

7. Generelt om datainnngang og rapportering v/ Dag Abrahamsen

Underlag:

[Skjema 4 - Pleie- og omsorgstjenester - samleskjema](#)

[Skjema 5 - Institusjoner for eldre og funksjonshemmede](#)

Presentasjon:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/datainnngang_plo_2010.ppt

Dag Abrahamsen orienterte. Sammenlignet med i fjor er det noe lavere svarprosent i skjema 4 og 5 til den foreløpige publiseringen 15.mars. For skjema 5 kan noe av årsaken være at en del institusjoner som er medregnet egentlig ikke er rapporteringspliktige – en har tatt utgangspunkt i alle institusjoner i Enhetsregisteret som har næringskode som skulle tilsi rapportering. For tall hentet fra IPLOS kan den nye programversjonen ha vært med på å redusere noe av mottaksandelen.

8. IPLOS

Underlag:

IPLOS-rapport for 2008-tallene (Notater 2009/48):

http://www.ssb.no/emner/03/02/notat_200948/notat_200948.pdf

8.1. Overgang til ny IPLOS-versjon

v/ Bjørn Gabrielsen

Presentasjon:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/arbeidsgruppe_iplos_20100421.ppt

Bjørn Gabrielsen orienterte. IPLOS har gjennomført en overgang til ny programversjon, IPLOS 3.1. og innsending for året 2009 skjer etter den nye versjonen. Nye versjoner av fagsystemene ble gjort tilgjengelige for kommunene mot slutten av 2009. Den nye versjonen inneholder flere omfattende endringer både når det gjelder innhold, nye variabler og struktur. Noe av denne omleggingen har kommet i siste liten for mange av systemleverandørene og tidsfristen har vært svært begrenset for å gjennomføre omlegging ute i kommunene. Særlig er innføring av organisasjonsnummer for boliger med bemanning særs krevende for kommuner og SSB. Dette kan gå utover datakvaliteten for 2009.

I april ble det oppdaget en alvorlig feil hos en av de store leverandørene, dette medførte at en måtte annullere data for alle kommunene som nyttet seg av det bestemte fagsystemet. I alt inkluderte dette rundt 130 kommuner, disse må sende inn data på nytt og fristen for dette er satt til 18.mai 2010.

I den nye IPLOS-versjonen har registrering av boligtype blitt fjernet som egen variabel (beboere i bolig skal nå kun hentes fra tjenestetype). Dette har fått konsekvenser for antall beboere i boliger, som er blitt sterkt redusert. Man så seg derfor nødt til å annullere variabler og indikatorer knyttet til boliger i publiseringen 15.03. En håper imidlertid kvaliteten skal bedre seg ved nye innsendinger, slik at dette kan publiseres 15.06.

Den foreløpige innrapporteringen viser også store mangler på nye variabler. Det er uklarerheter knyttet til registrering av reservasjon mot innsending av diagnose. Diagnoseopplysninger leses derfor ikke inn i IPLOS-registeret for 2009-data. I tillegg ser det ut til at ett av fagsystemene har hatt for høye tall på individuell plan for tidligere årsganger.

Når det gjelder det videre arbeid våren 2010 vil kommunene som ikke har levert bli purret på av Helsedirektoratet via fylkesmannen. Feillister vil bli sendt ut til kommunene over situasjonen per 31.12. Eventuelle flere feil som oppdages i fagsystemene meldes til leverandørene.

[Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene \(IPLOS\). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2008.](#)

8.2. Samlemål

v/ Pål Strand, Helsedirektoratet

Presentasjon:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/hdir_iplos_samlemal_20100420.ppt

Pål Strand orienterte. Arbeidet med å utvikle et samlemål på bakgrunn av datagrunnlaget i IPLOS har konkludert med at tidligere arbeid på området har vært grundig. Det nye samlemålet har kun mindre justeringer i tillegg til en bedre beskrivelse av hva samlemålet består av. Samlemålet opererer med tre ulike størrelsesordener:

- Noe/avgrenset bistandsbehov
- Middels til stort bistandsbehov
- Omfattende bistandsbehov.

Ønsket med disse inndelingene er å forenkle analyser og lage ett sammenfattet uttrykk for behovet. I så måte er det viktig å presisere at samlemålet i nasjonal statistikk er noe annet enn ett vanlig gjennomsnitt.

Samlemålet er basert på de 17 bistandsvariablene i IPLOS som igjen er kategorisert etter de 5 delmålene som ligger til grunn for samlemålene. Disse er:

- Sosial fungering
- Ivareta egen helse
- Husholdsfunksjoner
- Egenomsorg
- Kognitiv svikt

Nytt for samlemålet per 4.mars 2010 er at de to bistandsvariablene "Bevege seg innendørs" og "Bevege seg utendørs" er innlemmet under delmålet "Egenomsorg (Syn og hørsel)".

Samlemålet bygger på en scoreinndeling hvor graderingene "1. Utgjør ingen problem/utfordring" og "2. Ikke behov for bistand/assistanse" blir regnet i kategorien "Ikke behov for personbistand".

Kategoriene "3. Middels behov for bistand/assistanse", "4. Store behov for bistand" og "5. Fullt bistands-/assistansebehov" blir alle kategorisert i gruppen "Behov for personbistand". Disse verdiene kan regnes som ordinale nivåer som rangeres i tre grunnleggende nivågrupper;

- 1-2: mottar ikke bistand,
- 3: mottar bistand deler av tiden
- 4-5: mottar bistand hele tiden.

Algoritmen har 4 trinn. Trinn 1 består i å gruppere og vekte bistandsvariablene. Trinn 2 består i å beregne gjennomsnittsverdier for de 5 variabelgruppene. Hver bistandsvariabel har en score fra 1 til 5 (kun heltall). For hvert individ beregnes en uvektet gjennomsnittsscore for variablene i hver av de 5 variabelgruppene. Trinn 3 består i omdanne bistandsnivåer for hver av de 5 variabelgruppene. Trinn 4 består i å omgjøre ett overordnet samlemål til endelige bistandsnivågrupper. I forbindelse med dette blir det regnet ut et aritmetisk gjennomsnitt av de fem gruppene med bakgrunn i de avledede i

verdiene og tilordnes bistanstsnivåene ”lite bistanstsnivå”, ”middels til stort bistanstsnivå” og ”omfattende bistanstsnivå”.

Strand presiserte at samlemålet er laget for et statistisk formål som gir et fugleperspektiv på behov og sier noe om de store trekkene i behovsfordeling, og er derfor ikke presist nok til ressurstildeling, men har relevans for større (robuste) grupper av tjenestemottakere, men gir ikke grunnlag for å gjøre direkte slutninger om enkeltmottakere av tjenester og må aldri brukes slik, for eksempel når det gjelder enkeltvedtak.

Flere i arbeidsgruppen mente det var interessant å se at timer brukt på den yngste aldersgruppen (18-49 år) for folk med omfattende bistanstsnivå er høyere enn for eldre aldersgrupper med samme bistanstsnivå. Det ble diskutert eventuelle årsaker til dette.

8.3. Rapport fra KS

Geir Halstensen delte ut en rapport utarbeidet av KS. Rapporten er basert på KOSTRA-tall for pleie- og omsorg, og finnes her: <http://www.ks.no/PageFiles/7123/PleieOmsorg-rapport%202004-2008.pdf>.

9. Forslag til endringer i skjema 4

Referat fra forrige arbeidsgruppemøte 15.-16.10.2010:
http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/ref_plo_20091015_16.doc
(utdrag herfra vises i kursiv og innrykk)

Underlag: [Skjema 4 - Pleie- og omsorgstjenester - samleskjema](#)

9.1. 4-2.2 Integrerte/samordnede tjenester

Dag Abrahamsen orienterte. Med bakgrunn i arbeidsgruppemøtet høsten 2009 var det kommet forslag til en rekke endringer i skjema 4 og 5. Møtepapiret som var sendt ut i forkant skisserte forslagene til endring og de ulike endringspunktene ble gjennomgått i tur og orden.

Presentasjon:
http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/integrerte_tj_2008.ppt

Følgende endringsforslag ble drøftet:

Ca. halvparten av kommunene rapporterer at de har integrerte tjenester. Ved å sammenholde årsverksfordeling fra de kommunene som IKKE har integrerte tjenester med vedtakstimer og beboerdøgn i IPLOS (og evt. regnskapstall), kan en komme fram til en brøk for fordeling av årsverk i de kommuner som HAR integrerte tjenester. Så snart en slik sammenstilling er gjennomført (og fordelingen har vist seg stabil over 2-3 år), kan dette spørsmålet utgå.

9.1.1. Fortsatt med i skjema?

SSB har foreløpig gjort en enkel analyse. Det ser ut til at mange kommuner oppgir at de har integrerte tjenester, men dette utgjør så lite at det ikke gjør utslag på landstallene. I de få kommuner som har integrerte tjenester i større omfang, vil det gi innvirkninger på årsverksfordeling.

SSB foreslår at spørsmålet fortsatt tas med, og at en undersøker omfanget av (og kvaliteten på) tall (mottakere, årsverk og utgifter) for de kommuner som oppgir større omfang av integrerte tjenester.

Fra møtet:

En sammenligning av skjema 4 og 5 når det gjelder integrerte tjenester og årsverksrapportering viser at det er langt færre årsverk som er rapportert i skjema 5 enn 4. Mest sannsynlig er det her snakk om en underrapportering i skjema 5. Dette skyldes mest sannsynlig at de som rapporterer data i skjema 4 har en bedre totaloversikt enn hva som er tilfelle for skjema 5. Siden 2004 har en hatt spørsmål om integrerte tjenester med noe varierende omfang og ulike formuleringer. I 2005 rapporterte 50 prosent av kommunene at de hadde integrerte tjenester. 61 prosent av kommunene oppgir i 2008 at de ikke har integrerte tjenester. I 61 kommuner er mer enn 50 prosent av disse årsverkene integrerte, samtidig oppgir kun 38 av disse kommunene at de har mer enn 20 integrerte årsverk.

Innvirkningen av integrerte tjenester på fordeling av årsverk mellom institusjon og hjemmetjenester synes neglisjerbar for de fleste –mer enn 90 prosent - av kommunene. De drøyt 4 000 integrerte årsverkene utgjør kun rundt 3 % av totalt antall årsverk i pleie og omsorg fra register. Siden integreringen går begge veier, vil effekten på landsbasis være enda mindre.

Helsedirektoratet mente det var viktig å beholde ja/nei-spørsmålet om integrerte tjenester for å følge utviklingen i kommunene på dette området.

Videre mente flere at det var viktig å sjekke kvaliteten på årsverkstall, og hvordan disse harmoniserte med utgiftene. SSB påpekte at det er kommunes plikt å forebedre sine registertall. SSB vil i løpet av høsten lage en rapport om kvalitet og forbedringsgrunnlag, basert på i sitt prosjekt om tverrgående revisjon. Det er i denne forbindelse naturlig å kontakte de kommuner som måtte ha mistenkelige tall, både hva gjelder regnskap og årsverk.

Forslag til konklusjon:

SSB analyserer 2009-tallene og ser om tendensen er den samme som for tidligere årganger, dvs. underrapportering i skjema 5 og svært få kommuner med andel integrerte tjenester av betydning. Hvis så er tilfellet foreslås følgende endringer:

- Spørsmål 6 i skjema 5 om integrerte tjenester tas ut, da det ikke er samsvar med skjema 4
- Spørsmål om årsverksfordeling i skjema 4, punkt 2, tas ut, da dette er forbundet med mye forvirring og stor rapporteringsbyrde, for de få kommuner som har integrerte tjenester i noe omfang
- Kun ja/nei-spørsmålet om integrerte/samordnende tjenester beholdes, slik at en om ønskelig kan omfordele årsverk hentet fra register

9.1.2. Personell innen administrativt, vaskeri, rengjøring

Dag Abrahamsen orienterte. SSB har mottatt spørsmål fra kommuner om: Hvordan plasseres ledere og merkantilt når en har organisert tjenestene etter distrikt? Skal integrerte tjenester kun innbefatte brukerrettede tjenester? Hva med kjøkken/vaskeri?

Skal de inngå kun i totalt (som er litt vanskelig å forstå)

Forslag til vedtak:

Det spesifiseres at administrativt, vaskeri, rengjøring IKKE skal inngå, det er den brukerrettede delen som er av interesse her.

9.1.3. Har integrerte tjenester og delt inn i distrikt

Dag Abrahamsen orienterte. Noen kommuner har stilt spørsmål om innleide årsverk skal telles med eller ikke. Regelen er klar om dette ikke skal gjøres, men det er ut i fra kontakt med kommuner rimelig å tro at mange kommuner gjør dette. Men hvor stort omfanget i disse kommunene er vet en ikke.

Vedtak:

Teksten og praksis gjennomgås i samarbeid med noen kommuner. SSB følger dette opp med kommunene som har kommet med direkte spørsmål om dette.

9.2. 4-3 System for brukerundersøkelser

System for brukerundersøkelser (hhv. institusjon og hjemmetjenester) er kvalitetsindikatorer. Det er ikke aktuelt å kutte ut disse, men KS sitt opplegg "Bedre kommune" favner de fleste kommuner.

Oppfølging:

SSB tar ut KOSTRA-tall og KS-tall som underlag til en vurdering innen 31.01.2010

Dag Abrahamsen orienterte. KS-tallene på bedrekommune.no viser at det i 2009 bare ser ut til å ha vært med 64 kommuner, og av disse var det bare 40-50 som hadde gjennomført brukerundersøkelse.

Andel kommuner med brukerundersøkelser, KOSTRA-skjema 4:

	2005	2006	2007	2008	Ureviderte tall 2009
Hjemmetjenester	55	61	59	59	59
Institusjon	54	60	58	58	57

SSB spurte om det kan være det aktuelt å gjeninnføre spørsmålet om når siste undersøkelse ble gjort. Helsedirektoratet mente at det viktigste er å få kartlagt om kommunen har system for brukerundersøkelser. I tillegg bør en klargjøre om årsintervallet skal være tre eller fem år mellom hver gang en undersøkelse gjennomføres.

Forslag til vedtak:

Arbeidsgruppa ble enig om å la spørsmålet stå slik det står i skjemaet i dag. Helsedirektoratet undersøker om en skal holde seg til intervaller på 3 eller 5 år.

9.3. 4-4 Tjenestenes tilgjengelighet per 31.12

Dette er prehistoriske tall som er av lite interesse i dag. SSB får ikke forespørsler om disse. Sannsynligvis har de aller fleste kommuner 24 timers hjemmesykepleie, og graden av praktisk bistand er neppe av stor interesse.

Oppfølging:

SSB tar ut KOSTRA-tall som underlag til en anbefaling innen 31.01.2010.

Dag Abrahamsen orienterte om tjenestenes tilgjengelighet. Slik er fordelingen for 2008 og ureviderte tall 2009 (det forventes ikke store endringer):

Hjemmesykepleie

	Alle ukedager	Ordinær dagtid	Ettermiddag/ kveld	Hele døgnet
Antall 2009	433	46	64	348
Andel 2009	100,0	10,6	14,8	80,4
Andel 2008	99,8	—*	—*	86,0

* Det hadde blitt noe kluss med innlesing her

Merknad [DRA1]: Har gått ned fra 2008

Arbeidsgruppa blei enig om at det viktigste å ha med er hvorvidt tjenesten tilbys hele døgnet eller ikke. Antall ukedager er ikke nødvendig å ha med.

Praktisk bistand

	Alle ukedager	Ordinær dagtid	Ettermiddag/ kveld	Hele døgnet
Antall 2009	215	276	97	103
Andel 2009	49,7	63,7	22,4	23,8
Andel 2008	50,9	69,8	17,8	30,2

Merknad [DRA2]: Har også gått ned

Det var enighet om at det ikke var av interesse å vite når praktisk bistand var tilgjengelig, verken ukedager eller når på døgnet.

Forslag til vedtak:

I punkt 4 i skjema 4 ”Tjenestenes tilgjengelighet per 31.12” tas rad for ”Praktisk bistand” ut. For ”Hjemmesykepleie” beholde kun tidsrom på døgnet, kolonne ”Alle ukedager” går ut.

9.4. p5 Tjenestetilbud

9.4.1. Matombringning og trygghetsalarm

Antall mottakere hentes fra IPLOS. Hvorvidt tjenesten ytes av privat virksomhet eller av egen eller annen kommune/bydel kan finnes fra tjenesteyters organisasjonsnummer, men dette er en frivillig opplysning.

Oppfølging:

SSB lager tabell for 2008 som sammenholder KOSTRA-data med IPLOS-mottakere innen 31.01.2010. En kan da vurdere andel privat fra KOSTRA, samt om tjenestetilgjengelighet i KOSTRA samsvarer med IPLOS.

Dag Abrahamsen orienterte og viste fordelingen for de ureviderte tallene i 2009:

For KOSTRA har en følgende fordeling i ureviderte tall 2009 (omfatter 433 kommuner/bydeler):

	Egen kommune/bydel	Interkommunalt	Privat	Kjøpt fra annen kommune/bydel	Har ikke
Matombringning	90,1	0,0	4,4	1,6	2,1
Trygghetsalarm	84,3	2,5	12,5	1,2	0,0
Vaktmestertjeneste	56,8	0,2	3,2	0,2	35,1
Fotpleie	8,5	2,1	80,8	0,0	7,6
Ferieavlastning	81,5	1,2	9,7	2,5	10,6
Helgeavlastning	83,8	1,8	9,9	2,5	9,0
Trygghetsplasser	28,2	1,6	0,7	1,2	60,3
Eldresenter (dagtilbud)	65,8	0,5	9,0	0,5	21,7
Dagsenter – fysisk funksjonshemming	41,8	1,6	1,6	2,3	46,7
Dagsenter - utviklingshemming	67,9	2,5	4,8	5,5	20,1
Dagsenter – psykiske lidelser	75,8	2,3	1,8	1,8	15,2
Dagsenter -demens	41,3	0,9	2,1	1,6	47,3
Andre dagsentre	29,8	0,2	4,4	0,9	53,3

Helsedirektoratet informerte om at HOD er usikre på det som er foreslått fjernet. Helsedirektoratet skal forhøre seg igjen med HOD og gi tilbakemelding om det evt. er i orden å fjerne dette fra skjema. Oslo kommune mente dette er en type spørsmål som best egner seg i en form for undersøkning.

KS etterlyste absolutte tall på nivå 3 for Dagsenter. Dette er et stort kostnadsområde og per i dag har en ikke noe styringsinformasjon for dette.

SSB mente at en i framtida heller – basert på Enhetsregisteret - bør jobbe med å utviklestatistikk på antall eldresentre og tilhørende årsverk innenfor eldresentre. Andelen private eldresentre er heller lav, og de kommunale skal etter gjeldende regler skilles ut i Enhetsregisteret, selv om dette i mindre grad er gjort pr. i dag.

Kom til etter møtet:

I desember 2009 var det kun oppført 125 eldresentre i Enhetsregistret, mot godt over 300 som oppgir at de har dette i KOSTRA skjema 4. Da de aller fleste her er kommunale (se tabell over), burde det ligge an til at langt flere kan skilles ut i ER.

SSB tar sikte på å lage en oversikt over dagsenter i enhetsregisteret og årsverk og eierforhold knyttet til disse som et ledd i arbeidet med psykisk helse og rus-prosjektet i løpet av høsten 2010. Kommuner

som har rapportert at de har dagsentre eller kommunalt eldresenter i skjema 4, blir bedt om å skille dette ut om så ikke er gjort.

Dag Abrahamsen gikk videre gjennom flere forslag til endring fra referatet på høstmøtet:

9.4.1.1. Vaktmestertjeneste

Anses som uviktig, er ikke etterspurt. Kan dessuten ha ulik definisjon og navn, i Bergen er navnet servicetjeneste.

Forslag:

Vaktmestertjeneste fjernes.

9.4.1.2. Fotpleie

Anses som uviktig, er ikke etterspurt.

Forslag til vedtak:

Fotpleie fjernes.

9.4.1.3. Ferieavlastning og helgeavlastning

Anses som uviktig, er ikke etterspurt. IPLOS vil dessuten ved evt. behov kunne gi tall på omfanget av avlastning om sommeren og til jul/nyttår. Helgeavlastning antas utbredt og selvfølgelig dersom en tilbyr avlastning. Det er for øvrig ikke definert om det dreier seg om avlastning i eller utenfor institusjon (og SSB har heller ikke mottatt spørsmål om dette). IPLOS skiller her.

Forslag til vedtak:

Ferieavlastning og helgeavlastning fjernes.

9.4.1.4. Trygghetsplasser

Spesiell ordning som er uklart definert. SSB har ikke registrert etterspørsel.

Forslag til vedtak:

Trygghetsplasser fjernes.

9.4.1.5. Eldresentre

I mange kommuner nå kalt seniorsentre. Ved innføring av nye næringskoder der eldresentre har fått sin egen (88.103). Ettersom også eierforhold da er tilgjengelig gjennom Enhetsregisteret (BoF) faller behovet for dette spørsmålet bort. Nå kan en dessuten få opplysninger om antall sentre og antall ansatte/årsverk på disse. Det kan imidlertid være en del sentre drevet av frivillige som ikke har fast ansatte, og således ikke er registreringspliktig. Før en endelig beslutning bør opplysninger i skjema 4 avstemmes mot opplysninger i BoF.

Forslag til vedtak:

Eldresentre fjernes, men først bør rapporteringene i skjema avstemmes mot oppføringer i ER.

Kom til etter møtet:

På grunnlag av at kun rundt 1/3 av kommune som har oppgitt at de har eldresenter, har skilt dette ut i Enhetsregisteret, foreslår SSB at bør en vente minst ett år før en tar dette ut av skjema 4, slik at en fortsatt beholder kontrollmulighet her.

9.4.1.6. Dagsenter for personer med:

- fysisk funksjonshemming
- utviklingshemming
- psykiske lidelser
- demens

Andre dagsenter (f.eks. flere brukergrupper)

Også for dagsentre er det i den nye næringsstandard opprettet egen næringskode (sammen med "aktivitetssentre"). Dersom en får lagt inn en tilleggsvariabel (se tilsv. for skjema 5) som angir evt. målgruppe, får en bedre opplysninger enn det som finnes i skjema. Gruppearbeidet kom også fram til at det kan være av interesse å ha et spørsmål om tjenestene i hovedsak gis som vedtak, eller om det er et lavterskeltilbud. Vedtak om dagsenter skal for øvrig oppgis i IPLOS, men foreløpig er det frivillig om en oppgir orgnr. på dagsenteret. Uansett vil en kunne få mer detaljerte opplysninger fra dagens ER enn det som rapporteres i skjema 4. Også her bør de kommuner som har større avvik mellom skjema og ER kontaktes.

Forslag til vedtak:

Dagsentre fjernes, men først bør rapporteringene i skjema avstemmes mot oppføringer i ER. Det vurderes om det kan være hensiktsmessig med noen tilleggsopplysninger i et hjelperegister.

Kom til etter møtet:

I mai 2010 er de registrert 617 dagsentre/aktivitetssentre i drift i totalt 254 kommuner. 68 av disse har imidlertid 0 ansatte. Her vil SSB ta kontakt, for å avklare om virksomheten er nedlagt. Totalt er det registrert nærmere 5 000 ansatte på dagsentre/aktivitetssentre.

Selv om avviket mellom skjema 4 og Enhetsregisteret er noe mindre enn hva tilfellet er for eldresentre, foreslår SSB at en også beholder spørsmålene omkring dagsenter i skjema 4 inntil det er bedre samsvar med Enhetsregisteret.

SSB kommentar:

I 2009-årgangen har en mulighet til å sjekke i hvilken grad matombringning og trygghetsalarm er utfylt her, og evt. grad av privat innslag. En bør derfor vente med å fjerne disse to om det av interesse å se den private andelen. SSB rekker tidligst høsten 2010 å kjøre en grundigere kvalitetskontroll av oppføringer på dagsentre og eldresentre mot ER.

Forslag til vedtak - oppsummering:

I skjema 4 p 5 Tjenestetilbud opprettholdes følgende punkter:

- Eldresenter (dagtilbud)
- Dagsenter – fysisk funksjonshemming
- Dagsenter - utviklingshemming
- Dagsenter – psykiske lidelser
- Dagsenter - demens
- Andre dagsentre

Ovenstående punkter vurderes på nytt i 2011, samtidig som SSB jobber med å bedre kvaliteten i Enhetsregisteret/Aa-registerets oppføringer.

Følgende punkter tas ut:

- Matombringning – kan fjernes fra skjema - IPLOS gir antall, driftsansvarlig mindre viktig
- Trygghetsalarm – kan fjernes fra skjema – IPLOS gir antall, driftsansvarlig mindre viktig
- Vaktmestertjeneste
- Fotpleie
- Ferieavlastning
- Helgeavlastning
- Trygghetsplasser

9.4.2. p6 Egenbetaling

Spørsmål om egenbetaling for praktisk bistand kan ikke enkelt erstattes, men på gruppearbeidet ble det nevnt at de fleste (alle?) fagsystemer har oversikt over takstene. Således burde det kunne være mulig for fagsystemene å sende uttrekksfil med takstene framfor at en må legge inn manuelt i skjema.

Dag Abrahamsen orienterte om egenbetaling. Tallene blir også brukt i prisindeksen og vil derfor ikke være gunstige å fjerne.

Forslag til vedtak:

SSB mener det anses som en forholdsvis stor oppgave å implementere en automatisk innhenting av disse opplysningene, og i og med at en del punkter fortsatt vil være med i skjema 4, foreslås det å ikke gjøre noe med dette punktet foreløpig.

9.5. Definisjon av bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet mm.

Dag Abrahamsen orienterte. Det har ikke vært mange henvendelser i forhold til rapportering i KOSTRA-skjema 4, men SSB antar en del vil dukke opp når en begynner å revidere IPLOS-data. Det er som nevnt på høstmøtet 2009 tidligst aktuelt om 2-3 år å sløyfe dette etterspurte punktet fra skjema 4 – kommunene må opprette rutiner – og ikke minst skille ut aktuelle boliger i ER først.

Bedrifts- og foretaksregisteret anbefaler at en framfor å skille ut hver boligvirksomhet på eget organisasjonsnummer, heller samler boliger av samme type under ett felles organisasjonsnummer.

Forslag til vedtak:

IPLOS vil på sikt kunne brukes til kilde for en variabel for beboere i heldøgnsbemannet bolig, men SSB trenger minst en to-årsperiode med overgang før man kan fjerne spørsmålet fra skjema 4.

10. Forslag til endringer Skjema 5 Institusjoner for eldre og funksjonshemmede

Dag Abrahamsen orienterte. Til grunn for presentasjonen lå referatet fra forrige arbeidsgruppemøte 15.-16.10.2010:

http://www.ssb.no/kostra/kommune/referat/ref_plo_20091015_16.doc
(utdrag herfra vises i kursiv og innrykk)

Samt skjema som underlag:

[Skjema 5 - Institusjoner for eldre og funksjonshemmede](#)

SSB hadde på høstmøtet 2009 foreslått en del punkter i skjema 5 til diskusjon, og antydte muligheten av å foreslå å kutte ut hele skjema 5 for 2010-rapporteringen. Disse ble kommentert i plenum før gruppearbeidet. Nytt revisjons- og mottakssystem gjør det nå enklere å forhåndsutfylle data istedenfor å innhente disse spørsmålene fra skjema. Samtidig har det vist seg at en sentral variabel som plasstallet nok fortsatt trenger en presisering, og det foreslås derfor at skjemaet opprettholdes, men forenkles.

KS poengterte at en bruker boligtallene i KOSTRA aktivt, men etterlyser innsikt om de som har behov for pleie rett under institusjonsnivå.

Åse Løset mente det bør gjøres en jobb i forhold til rapportering av ulike institusjoner/brukere.

Rusfunksjonen bør fjernes siden denne er uklar. Dag Abrahamsen viste til at en bl.a. i arbeidet med psykisk/helsearbeid-rus-statistikk var i gang med å avklare registrering av tjenester i grenseland

mellom pleie og omsorg og psykisk/ris: Ett skritt må være å sammenligne oppføringer i enhetsregisteret mot IPLOS-vedtak.

10.1. Definisjon av institusjoner

Fremdeles hersker det en del forvirring rundt definisjoner av institusjon. Inkludering av "boform med heldøgns omsorg" i sykehjemstallene ser dog ut til å ha virket etter hensikten; Det har ikke kommet forespørsler fra rapportører som lurer på hvor dette skal føres.

10.1.1. Aldershjem

Fra en kommune via fylkesmannen har vi fått følgende spørsmål/kommentar

Skal aldershjem regnes med?

Svaret er ja.

Men for de som ikke kjenner sosialtj. loven godt, er det ikke åpenbart at disse inngår i § 4-2 d).

Det går heller ikke fram av selve lovteksten, man må til merknadene for å se at denne § har en innskrenkende definisjon (som omfatter aldershjem). Det er mulig de burde lagt inn noe i veilederen om det.

Ikke svart på hvitt i veilederen at aldershjem er en mulighet – bør utdypes.

10.1.2. Barneboliger/avlastning

SSB har levert tall til Helsetilsynets rapport 2/2010 vedr. barneboliger og avlastningsboliger for barn (http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetsrapport2_2010.pdf).

Tilsynet synes her å følge de definisjoner som KOSTRA har forholdt seg til, uten at en har diskutert om KOSTRA-tallene gir et korrekt bilde. Det er ofte ulik forståelse i hva som ligger i begrepene barneboliger og avlastningsinstitusjoner.

10.1.3. Privat forpleining

SSB har fått rapportert inn et par institusjoner som dreier seg om enkeltplasser i private hjem, "private besøkshjem". Kan dette egentlig regnes som institusjon? Det må vel være en forutsetning at det dreier seg om noe utenfor tjenesteyters hjem, med unntak av "grønn omsorg" o.l.

Totalt er det kun rapportert inn 11 stk innen boligtype 13, "privat forpleining"

Knr	Kommune	Navn
0111	Hvaler	Tiltak for Funksjonshemmede
0216	Nesodden	VALHALL AVLASTNING DA
0626	Lier	Delekant bo- og omsorgshjem
0626	Lier	Grøstad bo- og omsorgssenter
0626	Lier	Knut Hårberg
0626	Lier	Kopperud Gård
0626	Lier	LIEBRÅTEN BO OG OMSORGSHJEM
0626	Lier	Tamburhaugen Bo- og omsorgshjem
1121	Time	Grødeland bu og omsorgsheim
1870	Sortland	AVLASTNINGS-/BARNEBOLIGEN BUVEIEN
2004	Hammerfest	Blinken 17

Mange av disse har kun 1 beboer.

Det er viktig å avvete den nye helse- og omsorgsloven før man eventuelt endrer til nye definisjoner. Helsedirektoratet mente dog at den nye loven mest sannsynlig ikke vil få store konsekvenser for definisjonene.

Forslag til vedtak:

Arbeidsgruppemedlemmene ble enige om at IPLOS-vedtak kobles mot KOSTRA skjema 5 slik at en kan danne seg et bilde av i hvor stor grad det er sammenheng mellom de institusjoner som registreres i KOSTRA og respektive tjenester som registreres på institusjonene i IPLOS. Veileder går igjennom og utdypes der det er behov:

- det må spesifiseres at det bl.a. dreier seg om aldershjem når lovteksten omtaler ”bolig med heldøgns pleie”.
- SSB kontakter Helsetilsynet for om mulig i større grad klargjøre definisjoner av barneboliger og avlastningsinstitusjoner
- evt. klargjøringer i ny helse- og omsorgslov tas inn i veileder

10.2. 5-2 Opplysninger om institusjonen

Dag Abrahamsen orienterte videre om forslagene til endringer i skjema 5.

10.2.1. Skjema 5 vs BoF/Enhetsregistret

Med unntak av plasstillene finnes alle opplysninger i BoF/Enhetsregistret, og det er nå meget bra samsvar mot skjema.

Forslag:

Punkt beholdes som før, med preutfylling.

10.2.2. 5-2 Angivelse av antall plasser

Det har vist seg at en del institusjoner oppgir kun antall plasser i bruk, ikke teoretisk kapasitet (dvs bygningsmessig utforming). Det foreslås at dette understrekes også i p2, ikke bare i p4. Antall beboere (dvs. faktisk bruk) hentes fra IPLOS.

Kom fram i møtet:

Beboerdøgn er et bedre mål enn avsatte plasser når en skal se på utgifter, og SSB tar i løpet av høsten 2010 sikte på å utrede muligheten til å lage nye indikatorer til erstatning for dagens.

Forslag:

I punkt 5-2 Opplysninger om institusjonen: I angivelse av antall plasser utheves det:

”Oppgi antall plasser slik det er bygningsmessig utformet, uavhengig om plassene er i bruk eller ikke på telle tidspunktet.”

10.2.3. 5-3 Spesielle tilbud

Dag Abrahamsen orienterte om spesielle tilbud som i hovedsak gjelder sykehjem.

I skjemaet er det følgende som er innlemmet:

- Skjermet enhet for personer med demens
Plasser spesielt avsatt for tidsbegrenset opphold:
Av disse:
 - Plasser spesielt avsatt for rehab. opphold (innrettet mot mestring og gjenvinning/opprethold av funksjonsevnen)
 - Avlastning

10.2.4. Skjermet enhet for personer med demens

Det etterlyses bedre definisjon av "skjermet enhet".

Vedtak:

Helsedirektoratet tar dette med tilbake og melder tilbake til arbeidsgruppa innen 15.06.2010.

10.2.5. Rehabilitering og avlastning i institusjon

Fra høstmøtet:

Når det gjelder rehabilitering og avlastning, vil IPLOS gi tall for dette. Til en viss grad vil ikke plasser være avsatt på forhånd, men etableres etter behov. Slike spesielle tilbud vil likevel forutsette spesialkompetanse. SSB bør lage en sammenstilling mellom IPLOS og data fra skjema 5 for grunnlag til en beslutning.

SSBs kommentar:

Innføring av ny IPLOS-versjon medfører en del kontroller - bl.a. på avlastning i institusjon - som ikke er implementert. Kvaliteten på rehabilitering i institusjon er dessuten usikker. En vurdering av dette vil ikke være klar før sommeren.

SSB lurte på om noen har behov for disse opplysningene. Helsedirektoratet drøfter internt/med HOD og gir beskjed innen 15.06.2010 om en trenger å opprettholde siste del av spørsmål 5-3:

Forslag til vedtak:

Forutsatt at Helsedirektoratet/HOD gir tilslutning, foreslås følgende tatt ut fra spørsmål 5-3:

Plasser spesielt avsatt for tidsbegrenset opphold:

Av disse:

- Plasser spesielt avsatt for rehab. opphold (innrettet mot mestring og
- gjenvinning/opprethold av funksjonsevnen)
- Avlastning.

10.2.6. Plasser til palliativ/terminal pleie

På møtet høsten 2009 ble det diskutert om det var aktuelt med nye plasstyper, f.eks. terminal/palliativ pleie/lindrende behandling. Helsedirektoratet kunne her opplyse at det nylig er opprettet et eget register over dette, PallReg.

[Hentet fra <http://forskningssweb.org/slb/nyheter/>]

PallReg er et åpent, webbasert register driftet av de fem regionale kompetansesentrene for lindrende behandling. På www.pallreg.no kan en søke opp og se på informasjon om palliative tilbud både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Registeret er åpent for alle. I PallReg er virksomhetene registrert i kategorier i henhold til Standard for palliasjon og Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Registeret omfatter følgende virksomhetstyper i sykehus: Palliative team og enheter (palliative sentre), regionale kompetansesentre for lindrende behandling, smerteklinikker, kreftavdelinger og

kreftpoliklinikker. I kommunehelsetjenesten er følgende virksomheter registrert: Palliative enheter og øremerkede senger i sykehjem, kreftsykepleiere, ressurspsykepleiere i kompetansenettverk og kommunale prosjekter for lindrende behandling. De regionale kompetansesentrene har i fellesskap ansvar for drifting og oppdatering av registeret. Nærmere informasjon om de registrerte virksomhetene finnes på det enkelte kompetansesenterets nettsider.

Noen stikkprøver viser meget bra samsvar mellom det nye registeret og opplysninger gitt i skjema 5 i 2006, da dette spørsmålet var inne.

SSBs kommentar:

Antallet palliative institusjonsplasser anses foreløpig så lavt at det ikke er aktuelt å innlemme på kommunenivå. Samtidig synes *PallReg* å gi langt bredere oversikt over palliative tilbud enn det som kan synes hensiktsmessig for KOSTRA. En måtte i så fall lage et uttrekk av sengeposter.

Vedtak:

En tar ikke inn noe om palliativt tilbud i skjemaet

10.3. 5-4 Bygningsmessig utforming

Det var bare 6 institusjoner som rapporterte ”rom dimensjonert for flere enn 2 beboere” i 2008, så dette bør vurderes tatt ut.

Forslag til vedtak:

Spørsmål i punkt 4 ”Rom dimensjonert for 2 beboere” og ”Rom dimensjonert for flere enn 2 beboere” foreslås tatt ut og erstattes av ”Rom dimensjonert for 2 eller flere beboere”. –

10.4. 5-5 Plasser disponerte av andre kommuner/bydeler

Dag Abrahamsen orienterte. Avvik mellom beboeres hjemmekommune (evt. innsenderkommune for heldøgns bemannede boliger) og institusjonens beliggenhetskommune, kan indikere at plassen er utleid. Ved langtidsopphold vil beboer normalt skifte adresse til institusjonens/boligens. I prinsippet skal betalende kommune sende inn IPLOS-opplysninger, slik at en blir uavhengig av beboers bostedsadresse.

Nå begynner organisasjonsnumrene for institusjonene å falle på plass i IPLOS, 92 prosent (993 stk) av institusjonene innen pleie og omsorg registrert i IPLOS har gyldig organisasjonsnummer. Det blir dermed mulig å sammenligne IPLOS-tall med de ca. 140 institusjonene (hovedsakelig private utenom Oslo) som i skjema 5 oppgir salg til annen kommune/bydel en beliggenhetskommune.

For 2008 viser fordeler antall utleide plasser seg slik:

	Totalt	Sykehjemsplasser
Landet	4313,1	4038
Oslo	3716,7	3561

SSB følger fortløpende kvalitet på orgnr og samsvar mellom plasser i skjema 5.

10.5. 5-6 Samordnede/integrerte tjenester

*Kontrollspørsmål som kan droppes, tilsvarende for hele kommunen finnes i skjema 4.
SSB lager sammenstilling mellom skjema 4 og skjema 5 vedr. integrerte tjenester.*

Arbeidsgruppa gikk inn for å fjerne dette spørsmålet i skjemaet, se diskusjon under punkt 9.1.

Forslag til vedtak:

Spørsmål 5-6 vedrørende samordnede/integrerte tjenester foreslås tatt ut.

10.6. 5-7 Lab-tjenester

Bakgrunn:

<http://www.noklus.no/Fordeltakere/Sykehjem/tabid/112/Default.aspx>

Dag Abrahamsen orienterte. På høstmøtet ble det vurdert å la NOKLUS-tall erstatte deler av dagens punkt 7, og sløyfe de øvrige spørsmål:

Deltakelse i NOKLUS søkes innhentet direkte fra NOKLUS, øvrige spørsmål foreslås evt. innhentet ved egne spørreundersøkelser ved behov.

Helsedirektoratet undersøker mulighetene til å få liste fra NOKLUS over sykehjem (inkl. orgnr). SSB avstemmer dette mot skjemadata, bl.a. for å se hvor mange som oppgir annet kvalitetssystem enn NOKLUS.

Forslag til vedtak:

- Helsedirektoratet undersøker mulighetene til å få liste fra NOKLUS over sykehjem (inkl. orgnr).
- SSB tar ut data for 3-4 siste år og sammenstiller med IPLOS-tall 2008 følgende:
 - Lab-tjenester, avstemming mot evt. NOKLUS-data

Slik var spørsmålene for 2009-rapporteringen (identisk med tidligere år):

7 Laboratorietjenester	
Utfører institusjonen laboratoriearbeid (f.eks. Blodprøvetaking, Urinstrimmel, CRP, Blodsukker eller HB)	
☐ Ja ☐ Nei	
Hvis ja, institusjonen:	
☐ deltar i NOKLUS kvalitetssystem	☐ har annet kvalitetssystem
Dersom annet, spesifiser	
Hvis nei:	
☐ analyser utføres av nærliggende legekontor	
☐ analyser utføres av nærliggende sykehjem	
☐ analyser utføres av nærliggende helseforetak	
☐ annet	
Dersom annet, spesifiser	
8 Merknader:	

NOKLUS tall for mars 2010 er mottatt, og sammenstilt med ureviderte KOSTRA-tall for 2009 (pr. 19.03.2010). NOKLUS har da 768 sykehjem i sin liste, mens KOSTRA skjema 5 har registrert 758 sykehjem/aldershjem og 6 andre (barnebolig/avlastningsbolig) med kvalitetssystem, av disse har 613

NOKLUS. Hovedårsaken til at NOKLUS opererer med høyere tall enn KOSTRA er at det inngår en del bofellesskap og bokollektiv som regnes med i hjemmetjenesten og følgelig ikke registreres i skjema 5. Det er dog også en del tilfeller av sykehjem som er med i NOKLUS-oversikten, og ikke i KOSTRA. Her kan det gjerne være KOSTRA som er feil. Ettersom bare ca. halvparten av virksomhetene i NOKLUS-lista har oppgitt orgnr (og sikkert en del av disse igjen med feil orgnr), er det ikke gjort forsøk på å koble mot KOSTRA.

	2005	2006	2007	2008	2009 urevidert
Antall sykehjem/aldershjem	1 011	1 003	1 006	997	Ca 995
Med kvalitetssystem	596			735	764
Med i NOKLUS	253			541	613
Andel NOKLUS av alle institusjoner	25,0			54,3	61,6

Når det gjelder de andre spørsmålene i punkt 7, fordeler disse seg slik for 2008 (kun sykehjem, ikke aldershjem):

	Antall	Andel
Antall sykehjem:	920	100
Av disse med kvalitetssystem:	680	73,9
Sykehjem med NOKLUS	507	55,1
Oppgitt annet	105	

De som har oppgitt ”annet lab-system” fordeler seg slik (flere kan ha svart det samme):

analyser utføres av nærliggende helseforetak
 Analyser utføres også av nærliggende legekantor
 anaalyser blir sendt til sykehuset av tilsynslege v
 Benytter nærliggende helseforetak / sykepleier tar
 Blodprøver leveres nærliggende helseforetak
 Capiro
 Det er utarbeidd eige internkontrollsystem
 Diakonhjemmet
 Egen kontroll
 Egen kontroll mot legekantor
 Egendefinert
 Egenkontroll og kontroll opp mot legekantor
 Egenutviklet + Furst
 Eget
 Eget internt kvalitetssystem, leverer bl. pr Ski
 Eget Iso-sertifisert kvalitetssystem
 Eget kvalitetssystem
 Eget og Furst
 eget og nærliggende helseforetak
 eget overordnet kvalitetssystem
 Eget system sammen med lokalt legekantor
 egne rutiner
 Eigenkontroll
 Ein har utarbeidd eige internkontrollsystem
 enklere prøver/stix
 Får oppdateringer fra Gjøvik sykehus
 Får sjekka utstyr hos Aukra legekantor som er medl
 Gerica og ProfDoc
 gjennom legekantor

Glukolite
 Har generelt system
 Har internt kvalitetssystem. NOKLUS fra 2009
 hb,crp,bls,inr og urin stix
 Hb,CRP,INR,BLSog urinstix gjøres lokalt
 hb,inr,bls,crp og urinstix gjøres lokalt
 IK system
 IKKS
 Institusjonen sitt eige
 Intern kontroll-Bergen kommune
 Interne rutiner
 interne rutiner for kontroll av apparater
 internt kontrollsystem
 Internt system
 Iso-serifisert kvalitetssystem
 Kontroll av app. fra leverandør + Vital kontakt.
 Kontrollerer prøver opp mot laboratoriet Betanien
 Kvalitetslosen
 Legesenteret sitt
 IOVISENBERG KOMMER X 1 PR UKE I TILLEGG.
 Medeco
 noe analyseres v/Ringerike sykehus, følger anbefal
 Noklus fra 2009
 Oppfølging fra sykehuset
 PPS
 Prøver analyseres av helseforetak og andre lab.
 prøver analyseres også på legekantor og sjukehus
 rutinar utarb.m/personnell v/legektr.Bygt på Noklu
 Rutinebeskrivelser. Fleste prøver sendes legekant.
 Rutinebeskrivelser.Fleste prøver sendes legekantor
 Samarbeid, legekantor, Noklus
 Sammen med Våler legekantor - NOKLUS
 se merknad
 Sender til sykehus, legekantor og FÜRST
 sendes legekantor
 Service på HB og CRP apparat av leverandør
 Skal tilsluttes NOKLUS gjennom NLSH
 SKBO, kvalitetssystem KOLIBRI
 TAR ENKLE PRØVER OG SENDER DE TIL NÆRMESTE
 SYKEHUS
 Tar HB og CRP,INR,BLS,stix på institusjonen
 tar prøver selv, avtale m/Lovisenberg
 Tar prøver selv. Noe sendes til analyse på sykehus
 Tar ut stix og blodsukker
 Tilsynslegen tar blodprøver for analyse.
 Tretten Legekantor
 under utarbeidelse
 Utfører selv
 Utfører selv, eget apparat
 Ved nærliggende legesenter og sykehus.
 via legekantoret
 Vilberg legesenter
 Viser til våre nettsider.

Som en ser, kommer flesteparten av disse svarene inn under ”nei”, og følges opp i skjema i neste spørsmål. De som har svart ”nei, utfører ikke lab-tjenester”, fordeler seg slik:

LAB_ALTERNATIV	Antall
Analyser utføres av nærliggende legekantor	115
Analyser utføres av nærliggende sykehjem	20
Analyser utføres av nærliggende helseforetak	67
Annet	23
Ubesvart	772
Totalt	997

Konklusjon:

NOKLUS-tallene ligger noe høyere enn KOSTRA, som nok har to hovedårsaker; En tar med en del bofellesskap/bokollektiv, og KOSTRA kan ha noe underrapportering.

En nærmere kontroll på institusjonsnivå er teknisk mulig, men vil være arbeidskrevende, ettersom kvaliteten på orgnr er lav på NOKLUS. Det bør uansett vurderes om en trenger de øvrige spørsmål i punkt 7.

Arbeidsgruppen ble bedt om å ta stilling til følgende:

- Hele punkt 7 tas ut. Antall sykehjem med NOKLUS kvalitetssystem innhentes fra NOKLUS.
- Spørsmål om NOKLUS beholdes, men spesifisering av ”*annet kvalitetssystem*” droppes.
- Selv om skjemaspørsmål droppes, bør det vurderes om det er aktuelt å innhente NOKLUS-tall som en årlig rutine for publisering på nivå 3. Dette forutsetter imidlertid langt høyere kvalitet på organisasjonsnummer enn hva tilfellet er i dag
-
-

Kom fram under møtet:

Oslo kommune mente en på prinsipielt grunnlag bør vurdere om dette spørsmålet skal være med i skjemaet..

Forslag til vedtak:

Hdir og KS vurderer punkt 5-7 Laboratorietjenester i fellesskap og gir tilbakemelding innen utgangen av mai om punktet bør utgå.

11. Endringer i faktaark

Dag Abrahamsen orienterte. I forkant av møtet var det sendt ut referat fra forrige møte hvor endringene i faktaarkene var skissert. Arbeidsgruppen ble enig om å gjennomføre forslagene fra møtet i fjor høst om å droppe hele 27 indikatorer i hovedarket for pleie og omsorg. Færre indikatorer vil gjøre faktaarket mer oversiktlig. Det er viktig å presisere at det her er snakk om faktaark på nivå 2. Variabelne som ligger til grunn vil fortsatt være tilgjengelig for sammenstillinger på nivå 3.

I tillegg hadde Geir Halstensen, KS, på møtet høsten 2009 fremmet forslag om 8 nye variabler som berørte timefordeling fordelt på alder 0-66/67+, på nivå 3. Dette vil muliggjøre analyse av utgifter fordelt på disse aldersgruppene. Dette var det også enighet om å ta inn. I forhold til høstens forslag, foreslo SSB at en brukte gjennomsnittlig antall timer i stedet for sum. Gjennomsnittet gir mer informasjon, og kan multiplisert med antall brukere gi sumtall. Halstensen var enig i dette.

Variabelne

Antall brukere i hjemmetjenesten under 67/over 67 år med omfattende bistandsbehov
eksisterte allerede under navnet

”Hjemmetjenestemottakere, omfattende bistandsbehov, 0-66 år/67 år og over”

Av den grunn foreslår SSB å bruke hhv. ”tildelte timer” og ”mottakere” istedenfor ”vedtakstimer” og ”brukere”.

Kom fram etter møtet:

SSB har tatt opp saken med KOSTRAs styringsgruppe. Rent formelt skal endringer i faktaarket og skjema meldes inn som forslag til samordningsrådet, for deretter å ble behandlet i august. Dette innebærer at forslag framstilt ikke kan effektueres før året etterpå. I dette tilfellet mener en samstemt arbeidsgruppe at en reduksjon i antall indikatorer vil gi så store gevinster at dette bør gjennomføres allerede i juni 2010. Så sant tilhørende variabler (nevner/teller) beholdes på nivå 3, godkjennes nedenstående forslag.

Forslag til vedtak:

Følgende 6 variabler foreslås tatt inn på nivå 3 på faktaarket for alle kommuner:

Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetj.mottakere, 0-66 år

Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmetj.mottakere, 67 år og over

”Hjemmetjenestemottakere, noe/avgrenset bistandsbehov, 0-66 år”

”Hjemmetjenestemottakere, middels bistandsbehov, 0-66 år”

”Hjemmetjenestemottakere, noe/avgrenset bistandsbehov, 67 år og over”

”Hjemmetjenestemottakere, middels bistandsbehov, 67 år og over”

Forslag til vedtak:

Følgende indikatorer på nivå 2 foreslås tatt ut/endres i publisering 15.06.2010:

Indikator	Kommentar
Brutto investeringsutgifter, pleie og omsorg pr innbygger	Ut, brukes lite
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole	Droppes i hovedsak, beholdes i kvalitetsark (som har langt færre indikatorer)
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet	Droppes, indikator "Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste" er viktigere
Andel fravær av totalt antall årsverk	
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb. 0-66	
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb. 67-79 år	Droppes, nok å beholde eksisterende indikatorer fordelt på institusjon og hjemmetjenester
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb. 80 år	
Netto driftsutg. til kjernetjenester til hjemmeboende per innbygger (justert f254)	Ut, brukes lite
Avskrivninger, hjemmebaserte tjenester, i prosent av netto driftsutg	Ut, brukes lite
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende pr. 1000 innbyggere	Ut, beholder de 3 som fordeler på aldersgrupper
Andel tjenestemottakere utenfor institusjon som mottar minst 2 kjernetjenester	Ut, brukes lite
Andel tjenestemottakere utenfor institusjon som mottar både kjernetjenester og støttetjenester	Ut, brukes lite
Lønnsutgifter pr mottaker av kjernetjenester til hjemmeboende (i kroner)	Ut, brukes lite
Andel kommunalt eide omsorgsboliger	Ut, brukes lite, nok at den er i boligarket
Netto driftsutgifter til pleie- og omsorg i institusjoner (funksjon 253) per innbygger	
Netto driftsutgifter til drift av institusjonslokaler (funksjon 261) per innbygger	Ut, brukes lite
Netto driftsutgifter, institusjon (f253+f261) pr innbygger 80 år og over	
Netto driftsutg. pr. institusjonsplass	Ut, brukes lite
Avskrivninger, institusjon, i prosent av netto driftsutgifter, institusjon	Ut, brukes lite
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	Endres til beboere istf. plasser, men først som forslag i 2011, etter at SSB har vurdert endringen høsten 2010
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+	Endres til beboere istf. plasser, men først som forslag i 2011, etter at SSB har vurdert endringen høsten 2010. Gir faktisk dekning istf. teoretisk
Årsverk leger pr 1000 plasser i institusjon	Droppes, holder med "Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem" (men mister da lengre tidsserie)
Årsverk fysioterapeuter pr 1000 plasser i institusjon	Droppes, holder med "Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem" (men mister da lengre tidsserie)
Andel kommunale sykehjemsplasser av kommunale institusjonsplasser	
Korrigerte brutto driftsutg., pleie i institusjon, pr. kommunal plass	Ut, de fleste kommuner har kun sykehjemsplasser
Korrigerte brutto driftsutg til drift av institusjon pr. kommunal plass	Ut, holder med totalen "Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass"
Korrigerte brutto driftsutgifter (f.261) pr. rom i kommunale institusjoner	Ut, holder med totalen f253+f261
Lønnsutgifter pr institusjonsplass i kommunale institusjoner	Ut, holder med Korrigerte brutto driftsutg pr komm. plass
Netto driftsutgifter til aktivisering/støttetjenester per innbygger (justert funksjon 234)	
Netto driftsutgifter til aktivisering pr. innbygger 67 år og over	Foreslår å bruke pr. innb. 18+
	Droppes, trenger ikke å være samsvar med mottakere 67+ som faktisk mottar f234-tjeneste

12. Vedlegg: Aktuelle KOSTRA-funksjoner for regnskapsåret 2010

(endringer fra 2009 i rødt)

120 Administrasjon

(1) Administrativ ledelse:

Administrative lederstillinger som hører inn under funksjon 120 er lederstillinger som leder andre ledere og som har koordineringsoppgaver utover ren arbeidsledelse. Det betyr at laveste ledernivå (ledere av tjenestestedet) defineres som en del av de funksjonene som tjenestestedet ivaretar.

Som administrative ledere defineres i denne sammenhengen stillinger med omfattende økonomiske og administrative fullmakter, men ikke arbeidsledere med faglige koordinerings-, veilednings- og oppfølgingsoppgaver.

På samme måte som for andre stillinger forutsettes det imidlertid at administrative lederes ressursbruk fordeles på aktuelle funksjoner, dersom deler av arbeidstiden er knyttet til konkret utadrettet tjenesteyting som hører inn under en annen funksjon enn 120. Dette kan eksempelvis dreie seg om en teknisk sjef som i deler av sin arbeidstid arbeider med reguleringsplanlegging eller lignende som hører inn under funksjon 301.

Se forøvrig avsnitt 2.3 om fordeling av lønnsutgifter.

(2) Støtte- og stabsfunksjoner:

Støttefunksjoner for styring og utvikling av hele kommunen er en del av funksjon 120. Dette omfatter oppgaver knyttet til sekretariat for politisk ledelse, økonomiforvaltning, overordnede personalfunksjoner, informasjon som ikke gjelder bestemte tjenesteområder og organisasjon/organisasjonsutvikling.

Planarbeid som er mer enn interne planer for den virksomhet det gjelder, og som er en del av den overordnede strategiske ledelse, føres på funksjon 120. Unntak fra dette er arbeid med kommuneplan som skal føres på funksjon 301.

Faglige og merkantile støtte- og stabsfunksjoner som er knyttet til administrative ledere (jf. punkt 1 ovenfor) følger i utgangspunkt sin leder og plasseres på funksjon 120. Den andelen av arbeidstiden som er knyttet til støtte til bestemte tjenester og tjenestestedet plasseres imidlertid på de respektive funksjonene som tjenestene/tjenestestedene ivaretar.

Det betyr at faglige stabsstillinger som bidrar til utvikling, koordinering og direkte brukerrettede oppgaver av bestemte tjenester, knyttes til de funksjonene som de aktuelle tjenestene sorterer under. Innsats til oppfølging, kontroll og forvaltningsoppgaver iht. lovverk knyttes til funksjon 120.

Dette har bl.a. betydning for føring av utgiftene til kommunale bestillerenheter: Oppgavene som er knyttet til vurdering av behovsutvikling og innspill til budsjettarbeidet, innhenting av anbud og inngåelse/oppfølging av kontrakter med aktuelle leverandører knyttes til funksjon 120. Bestillerenhetens arbeid med vurdering av søknader, tildeling og oppfølging av tjenester til enkeltbrukere derimot knyttes til de funksjonene som tjenestene sorterer under.

Tilsvarende fordeles ressursinnsatsen til merkantile støttefunksjoner: Den andelen av arbeidstiden som går med til å betjene en administrativ leder (jf. punkt 1 ovenfor) i forbindelse med forværelsesoppgaver, skriving av saksframlegg, brev osv. knyttes til funksjon 120. Arbeid som er knyttet til betjening av tjenester/tjenestestedet i forbindelse med registrering av brukere, beregning og oppfølging av brukerbetaling og andre merkantile oppgaver føres på de funksjonene som de aktuelle tjenestestedene ivaretar.

Forutsetningen om fordeling av ressursinnsatsen gjelder bl.a. for kommunale servicekontor/servicetorg som ivaretar merkantile støttefunksjoner i forbindelse med sentralbord, informasjon og mottak av søknader osv. for flere tjenester.

(3) Fellesfunksjoner og fellesutgifter:

Fellesfunksjoner som føres på funksjon 120 er:

- Felles funksjoner for ledere/medarbeidere som er knyttet til funksjonene 100 eller 120 (bl.a. resepsjon, sentralbord, kantine og andre velferdstiltak).
- Bedriftshelsetjeneste for kommunens ansatte. Overordnet HMS-arbeid.
- Post- og arkivfunksjonen.
- Felles regnskapsfunksjon

- Hustrykkeri. Innkjøp av papir/kontormateriell som hustrykkeriet foretar for kommunale enheter som yter tjenester som er definert under andre funksjoner enn 120 belastes imidlertid de aktuelle funksjonene.
- Felles IKT-løsninger for hele kommunen. Dette inkluderer anskaffelse, drift og vedlikehold inkl. brukerstøtte knyttet til fellessystemer – tilgjengelige for alle kommunale enhetene – mens utgifter knyttet til "fagsystemer" (pleie- og omsorgssystemer, sosialsystemer, system for barnehageopptak, geografiske informasjonssystemer til reguleringsplanlegging og forvaltning av eiendommer og anlegg m.m.) belastes de funksjonene som systemene betjener.

Fellesutgifter som føres på funksjon 120 er:

- Kontingent til KS
- Frikjøp av hovedtillitsvalgte. Frikjøp av tillitsvalgte på tjenestestedene føres på aktuell tjenestefunksjon.
- Utgifter knyttet til innføring og administrasjon av eiendomsskatt.
- Alle andre fellesutgifter føres på de funksjonene som betjenes, eventuelt funksjon 180. Aktiviteter tilknyttet servicetorg/servicekontor skal fordeles på aktuelle funksjoner som betjenes.

232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste

All helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for innvandrere, og all skolehelsetjeneste (grunn- og videregående skole). Dette innbefatter foreldreveiledningsgrupper, annen grupperett helsestasjonstjeneste, jordmortjeneste og svangerskapskontroll.

233 Annet forebyggende helsearbeid

Annet forebyggende helsearbeid enn helsestasjons- og skolehelsetjeneste:

- Miljørettet helsevern, bedriftshelsetjeneste og annet forebyggende arbeid etter kommunehelseloven.
- Programmer/kontroller (screening), næringsmiddeltilsyn, teknisk/hygienisk personell, veterinær, opplysning/kampanjer.
- Helsestasjon for eldre.

Bedriftshelsetjeneste: Utgifter og inntekter for kommunalt organisert bedriftshelsetjeneste som gjelder andre arbeidstakere enn kommunens eget personale føres under funksjon 233. Bruk av bedriftshelsetjenesten til kommunens eget personale belastes funksjon 120. Dersom bedriftshelsetjenesten bare brukes til kommunale arbeidstakere, føres alle utgifter på funksjon 120.

234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og funksjonshemmede

Tjenester til eldre, funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser, utviklingshemmede mv.:

- Eldresentre og dagsentre for hjemmeboende,
- aktivitetssentre for utviklingshemmede m.m,
- aktivisering av funksjonshemmede barn utover aktivisering i forbindelse med grunnskoleundervisning,
- transporttjenester,
- støttekontakt,
- matombrining,
- trygghetsalarm (kjøp, installering, vedlikehold og drift av alarmene, men ikke utgifter som er knyttet til utrykninger, som føres på funksjon 254),
- vaktmester,
- vask av tøy for hjemmeboende utført av institusjon eller privat foretak,
- ferietilbud og andre velferdstiltak for eldre og funksjonshemmede,
- frivillighetssentraler,
- frisør og fotpleie til eldre og funksjonshemmede.

Obs: Eldresentre/dagsentre er aktivitetstilbud der brukerbetaling ikke er hjemlet i vederlagsforskriftene for institusjon.

Utgifter til dagopphold på institusjon, dvs. tjenester innvilget ved enkeltvedtak, med betaling/egenandel

241 Diagnose, behandling, re-/habilitering

Utgifter til allmennmedisin:

- per capitatilskudd
- eventuelle kommunale legekantor inkludert sykepleiere og annet personell på helsesenter/legekantor
- legevakt
- fengselshelsetjenesten
- turnusleger (for eksempel tilskudd og utgifter til veiledning)
- fysioterapi (med avtale og kommunalt ansatte i fysioterapipraksis)
- ergoterapi
- hjelpefunksjoner til fysioterapeuter og ergoterapeuter.
- formidling av hjelpemidler (ekskl. arbeidsinnsats knyttet til vurdering/utplassering av hjelpemidler som utføres av personell knyttet til funksjonene 234, 253 eller 254)
- tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning

For fysioterapeuter eller ergoterapeuter som kun arbeider med en bestemt målgruppe f.eks i helsestasjon eller aldersinstitusjon, benyttes relevant funksjon, jfr. lønnsfordelingsprinsippet.

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. Praksiskompensasjon*, 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.*

253 Bistand, pleie, omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede

Direkte brukerrettede oppgaver i forbindelse med **bistand**, pleie og omsorg i institusjoner og boformer med heldøgns pleie og omsorg **for eldre og funksjonshemmede** (jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 6 og sosialtjenesteloven § 4-2 d, jf. også § 7-2 i forskrift til lov om sosiale tjenester). I tillegg **til døgnopphold** inkluderer dette også dag- og nattopphold, samt tidsbegrenset opphold på slike institusjoner, f.eks. **re-/habilitering** og avlastning. Omfatter også servicefunksjoner som:

- Husøkonom
- kjøkken
- kantine/kiosk
- vaskeri
- aktivitør

Dersom institusjonens servicefunksjoner (for eksempel kjøkken og vaskeri) yter tjenester overfor hjemmeboende, **skal disse utgiftene fordeles mellom funksjon 253 og funksjon 234**. Renhold av institusjonslokaler føres på funksjon 261.

Funksjonen omfatter videre:

- Medisinske forbruksvarer,
- tekniske hjelpemidler,
- inventar og utstyr,
- administrasjon/ledelse av institusjonen (forutsetningen er at eventuelle ledere ved avdelinger/poster ikke har fullstendig lederansvar),
- inntekter av oppholdsbetaling,
- utgifter til hjelp i og betjening av avlastningsboliger,
- døgnmulkt **utskrivningsklare** sykehuspasienter.

Kommunale institusjoner knyttet til rusomsorg føres på funksjon 243.

254 Bistand, pleie og omsorg til hjemmeboende

Kommunale pleie- og omsorgstjenester ytt til personer som bor i eget hjem (inkludert tjenester til beboere i boliger for eldre og funksjonshemmede med eller uten fast bemanning) som registreres i IPLOS med vedtak knyttet til antall timer per uke. Tjenestene er (jf. IPLOS registerkort og veileder):

- Praktisk bistand, daglige gjøremål og opplæring i daglige gjøremål
- Brukerstyrt personlig assistent
- Avlastning utenfor institusjon
- Omsorgslønn
- Pleie og omsorg utenfor institusjon (hjemmesykepleie og vedtak/beslutning om bistand som ledd i kommunens psykiske helsearbeid)
- Inntekter av brukerbetaling for hjemmetjenester.

Avlastningsopphold i avlastningsbolig eller på institusjon registreres under funksjon 253.

261 Institusjonslokaler

1. Utgifter til drift og vedlikehold av institusjoner **for eldre og funksjonshemmede (hjemlet etter kommunehelsetjeneste- og sosialtjenesteloven, jf. funksjon 253)** med tilhørende tekniske anlegg og utendørsanlegg.

Dette omfatter lønn mv. til eget drifts-/vedlikeholdspersonell, innkjøp av materiell og utstyr til drift og vedlikehold, og kjøp av drifts-/vedlikeholdstjenester (eksempelvis vaktmestertjenester, snøryddingsavtaler, renholdsavtaler, serviceavtaler på tekniske anlegg, avtaler om vakthold og tilsyn mv.) som er knyttet til institusjons-/bolokaler. Dessuten avskrivninger av egne bygg

Som driftsaktiviteter regnes løpende drift, renhold, vakthold, sikring, energi og vann, avløp og renovasjon (jf. tabell avsnitt 5.1.1). Renhold av institusjonslokaler (dette føres ikke lenger på funksjon 253). Skillet mellom vedlikeholdsutgifter og utgifter til påkostning/investering er beskrevet i Kommunal regnskapsstandard (F) nr. 4 Avgrensningen mellom driftsregnskapet og investeringsregnskapet, se www.gkrs.no.

2. Forvaltningsutgifter knyttet til institusjons-/bolokaler (administrasjon, forsikringer av bygg og pålagte skatter og avgifter knyttet til institusjonslokaler) føres på funksjon 121.

3. Investeringer i og påkostning av institusjons-/bolokaler.

4. Husleieutgifter ved leie av institusjonslokaler/boliger.

- Ved leie fra AS eller andre private (herunder IKS hvor kommunen ikke er deltaker) føres husleien i på art 190.
- Ved leie fra kommunalt foretak føres husleien på art 380 i kommunens regnskap, og inntektsføres på art 780 i foretakets regnskap.
- Ved leie fra interkommunalt selskap (hvor kommunen er deltaker) føres husleien på art 375 i kommunens regnskap, og inntektsføres på art 775 i selskapets regnskap.
- Dersom kommunen har en internhusleieordning (leie mellom enheter som inngår i kommunens regnskap), skal faktiske utgifter til drift og vedlikehold komme fram på riktig art/funksjon, jf. avsnitt 5.1.1 og art 190.

5. Inntekter knyttet til utleie av lokalene til eksterne (andre enn kommunen selv eller kommunalt foretak).

6. Inventar og utstyr (innbo/løsøre) knyttet til pleie- og omsorgstilbudet inngår ikke her, men føres på funksjon 253.