



dra, 01.07.04

Referat KOSTRA arbeidsgruppe for kommunale helse- og omsorgstjenester 23. og 27.04.04

Til stede:

Fylkeslegen i Møre og Romsdal:	Marie Eide
Fylkeslegen/Helsetilsynet i Troms:	Birgit Heier Johansen (kun 23.04)
Statens helsetilsyn:	Gunstein Sundene
Kommunal- og regionaldepartementet:	Hans Øyvind Hvidsten
Kommunenenes Sentralforbund/Hamar kommune:	Halvor Haug
Kommunenenes Sentralforbund:	Magne Hustad (kun 23.04)
Sosial- og helsedirektoratet:	Nina Ruth Kristoffersen
Sosial- og helsedirektoratet:	Helle Gran
Sosial- og helsedirektoratet:	Marit Gausel Blom (kun 23.04)
Sosial- og helsedirektoratet:	Tommy Grav (sak 4)
Sosial- og helsedirektoratet:	Jan Tvedt (sak 5)
Oslo kommune:	Åse Løset
Statistisk sentralbyrå:	Thea Schjerven (regnskap)
	Bjørn Gabrielsen (helse)
	Marit Wahlgren (helse - referent)
	Brith Sundby (helse - referent)
	Dag Abrahamsen (helse - møteleder)
	Tonje Køber (arbeidsmarked, sak 3)

Fraværende medlemmer i arbeidsgruppen:

Kommunenenes Sentralforbund:	Mimmi Kvisvik
Oslo kommune:	Grethe Sundby
Bergen kommune:	Harald Aasen
Bergen kommune:	Per Waardal
Statistisk sentralbyrå:	Harald Tønseth

Kopi til:

Torild Fløysvik, Anne Britt Svinnset,, Elisabetta Vassenden, Kari Solaas Paulsen

Saksliste:

Sak 1.	KOSTRA-mandatet for 2004	2
Sak 2.	Permanent sammenslåing kommunehelsetjeneste og pleie og omsorgstjenester?	5
Sak 3.	Personellstatistikk	6
Sak 4.	Forebyggende tiltak i kommunehelsetjenesten	9
Sak 5.	Tjenester innen psykisk helsearbeid.....	10
Sak 6.	Erfaringer med årets innsamling	11
Sak 7.	Endringer av faktaarkene/skjemaene	12
Sak 8.	Institusjonsstatistikk - definisjoner/avklaringer	14
Sak 9.	Detaljer for de enkelte skjemaer - skjema 3, 4, 5 og 6.....	16
Sak 10.	Saker til orientering:.....	18
Sak 11.	Eventuelt	19



Sak 1. KOSTRA-mandatet for 2004

Dokumentasjon:

- KOSTRA-mandat: <http://www.ssb.no/kostra/sr/>, tfl 11.12.03
- Notat: KRDs forventninger til arbeidsgruppene 2004
- Rapport: Felles indikatorer for å måle kvalitet i pleie- og omsorgstjenester, februar -04.
- Prosjektskisse: Kvalitetsmålinger i pleie- og omsorgssektoren, v1.6, jsv/dra 14.01.04

a. Kvalitetsmålinger/kvalitetsindikatorer

• *Pleie og omsorg*

For pleie- og omsorgstjenesters vedkommende ble det vedtatt å søke "arbeidsgruppen for kvalitetsindikatorer" (initiert av Sosialdepartementet) om hjelp til å velge ut egnede indikatorer til bruk allerede for statistikkåret 2004 (dvs. før IPLOS er tilgjengelig - i 2007). Tidsfristen ble her satt til 16.06.04. SSB sendte skriftlig henvendelse til SHdir v/ Marit Kise 28.04.04, og saken ble tatt positivt opp i møte 29.04.04. Så snart lista fra indikatorarbeidsgruppen foreligger, oversendes den til høring blant arbeidsgruppemedlemmene. Høringsfrist senest 24.06.04

Vedtak: *SSB sender forslag over kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenester fra indikatorarbeidsgruppen ut på høring til arbeidsgruppemedlemmene så snart dette foreligger.*

Ansvarlig: dra
Tidsfrist: 17.06.04

Forslag fra SHdir ble i ettertid utsendt og kommentert , se rapport til samordningsrådet.

• *Kommunehelse*

Det ble en kort diskusjon rundt de foreslåtte indikatorer for kommunehelse:

- ✓ Årsverk til forebygging pr. 10.000 innbyggere
- ✓ legeårsverk på institusjon pr. beboer
- ✓ antall tiltak på helsestasjon for ungdom (av prevensjonsveiledning/samlivsundervisning, forebygging av psykiske problemer, forebygging av rusmisbruk)

Det ble en diskusjon om hvorvidt det var rett å se på legeårsverk pr. beboer eller pr. plass - avtalen med legene dimensjoneres gjerne etter kapasiteten, og ikke etter beboertallet - sistnevnte er i større grad gjenstand for svinginger; I tillegg til at beboerantallet i seg selv kan variere noe, benytter stadig flere seg av fastlege. Dessuten er det en del institusjoner med underdekning - opptil 10% i enkelte kommuner.

Det ble også foreslått å ta inn tilsvarende indikator for fysioterapeuter. Når det gjelder forebygging, er det også aktuelt å se på helsesøstre og annet personell, som ergoterapeuter (ikke lovpålagt).

KRD poengterer at brukertilfredshetsundersøkelser foreløpig ikke er aktuelt. Det kan likevel være interessant å registrere klager - har kommunene system for dette?

Disse og spørsmål rundt ovenstående eller forslag til andre indikatorer - ble vedtatt utsatt til eget møte.

Nytt møte for kommunehelsefaglige spørsmål (hvor kvalitetsindikatorer vil være en hovedsak) ble i etterkant av møtet berammet til tirsdag 25.05.04.



b. Ventelister/kø

For pleie og omsorg vil IPLOS kunne gi svar på en del spørsmål vedrørende iverksettingstid. Arbeidsgruppen anser dette som tilstrekkelig foreløpig. Det blir gjort oppmerksom på at tjenesten i noen tilfeller ytes før vedtak blir fattet. *Eks : Hjelpen starter fredag når personen kommer hjem fra sykehus, og vedtak blir fattet over helga.*

Kartlegging av ventelister for hjemmetjenester er sannsynligvis enklere enn for institusjon. Et generelt problem som ble trukket fram er at køer ikke sier noe om at ventetid avhenger av behov - noen får tjeneste umiddelbart, mens andre med mindre presserende behov må vente lenge på samme tjeneste.

Når det gjelder kommunehelse har arbeidsgruppen tidligere vurdert muligheter for å måle ventetid hos lege/fysioterapeut, men har kommet til at det ikke er forsvarlig å pålegge kommunene en slik økning i oppgavebyrden. Det ville likevel kanskje være mulig å spørre om kommunen har stilt krav til et kvalitetssystem som sikrer time hos fastlege/fysioterapeut? Møtedeltakerne mente at det ville bli vanskelig å få gode svar her - et system kan være så mangt, og sier intet om i hvor stor grad det er i bruk. I mindre kommuner trengs det ikke et system - en har oversikten uansett.

Vedtak: For pleie- og omsorgstjenester anbefaler arbeidsgruppen å vente med å vurdere variabler til IPLOS er innført i 2007. Videre tilrår arbeidsgruppen ikke å lage statistikk for ventelister/kø i kommunehelsetjenesten. Dette vil være en stor byrde for kommunen, samtidig som datakvaliteten antas å bli dårlig.

c. Innspill fra Effektiviseringsnettverkene

KRD presiserer at Effektiviseringsnettverkene skal kunne få komme med forslag til indikatorer. En slik invitasjon er sendt KS 06.04.04 gjennom representantene Sigbjørn Iversen/Michael Kaurin i kvalitetsindikator-arbeidsgruppen ledet av SHdir.

d. Behov for revisjons- og kontrollhandling

Vi er bedt om å vurdere om det er aktuelt å kontrollere riktigheten av enkelte av dataene som oppgis i skjemaene. Det ble pekt på følgende variabler med nær tilknytning til lovpålagte oppgaver, og som lett påvirkes av økonomiske prioriteringer:

- Legeårsverk på institusjon

Innen kommunehelse kan det synes som om en del kommuner har mangelfulle rutiner når det gjelder å føre opp legetimer på institusjonene. Framfor revisjon, tror vi at framheving av denne variabelen som kvalitetsindikator kan gjøre nytten. Det bør også vurderes hvorvidt tilsvarende indikator bør framheves for fysioterapeuter. Dette diskuteres på møtet 25.05.04.

- Betaling for korttidsopphold

Videre har enkelte interesseorganisasjoner ytret ønske om at en vurderer om kommunene har en tendens til å vedta korttidsopphold til rehabilitering/behandling (bruker må betale) framfor avlastning (gratis for bruker). Arbeidsgruppen mener det ikke er grunn til slike mistanker, og finner det ikke nødvendig med nærmere kontroll her.

- Vakanser

Det ble en lengre diskusjon rundt viktigheten av informasjon om vakanser. Når det gjelder lovpålagte oppgaver, vil eventuelle avvik bli påpekt av SSB under revisjonen. Disse skyldes



normalt feilføringer, og ikke faktisk avvik. Statistikken for vakanser synes samtidig så usikker (grunnet ulik praksis i føringen) at den er til liten hjelp for å besvare hvorvidt nedgang i årsverk skyldes personellmangel eller bevisst nedtrapping. I skjema 4 for pleie- og omsorgstjenester har en sammenstilt vakanser med budsjetterte stillinger for å presisere at det skal være avsatt penger til ledige stillinger.

Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår å fjerne spørsmål om vakanser, både i skjema 1 (punkt 1-3, 2-3, og 3-3) samt skjema 4 (punkt 4-4). Dette gjelder også spørsmålet om budsjetterte stillinger i skjema 4, punkt 4-4.



Sak 2. Permanent sammenslåing kommunehelsetjeneste og pleie og omsorgstjenester?

Arbeidsgruppene for kommunehelsetjeneste og pleie og omsorgstjenester ble slått sammen som en prøveordning i 2003, og vedtatt forlenget fram til dette møtet i 2004.

For:

- tilgrensende funksjoner og delvis overlappende tjenester
- tilgrensende lovverk
- brukere mottar ofte sammensatte tjenester der begge områder berøres
- personellstatistikk for de to områdene henger nært sammen

Mot:

- i utgangspunktet er dette to store områder, begge med mange vanskelige definisjonsspørsmål
- Ca. 40-50% av sakene er kun relatert til ett område
- fare for at kommunehelse forsvinner i pleie/omsorg

Særlig sistnevnte punkt ble veiende tungt, og det ble derfor vedtatt å splitte gruppene, men med det tillegg at en også avholder fellesmøter, fortrinnsvis på høsten.

Vedtak:

Arbeidsgruppen for kommunale helse- og omsorgstjenester foreslår splitting av gruppen til:

- ***Arbeidsgruppe for kommunehelsetjeneste***
- ***Arbeidsgruppe for pleie- og omsorgstjenester***

Det skal avholdes separate møter for hver av arbeidsgruppene, men med møterett for medlemmer fra begge grupper. Møteinnkalling og møtereferat for alle møter sendes alle medlemmer i begge grupper. Det skal videre avholdes fellesmøter for begge grupper i den grad det er behov.



Sak 3. Personellstatistikk

Overgang fra skjema- til registerbasert personellstatistikk

Dokumentasjon:

- Pleie og omsorg: Sammenligning av tall fra skjema og register, notat fra Tonje Köber datert 21.04.04.
- Oversikt over forskjeller skjema-register ton/dra 23.04.04

Tonje Köber orienterte om arbeidet så langt med overgangen fra skjemarapportering til registeruttrekk for pleie- og omsorgstjenestene. God kvalitet på dataene er avhengig av at kommunene registrerer korrekt. Mange kommuner har tall i Arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) som samsvarer bra med rapporteringen for 2002, mens andre har tydelig mangelfull registrering.

I skjema for 2002 ble kompetansen til hovedtilsatt ved fravær mindre enn 4 måneder rapportert, og vikarens kompetanse ved fravær ut over dette. Registerstatistikken inneholder alle avtalte årsverk, også for midlertidig ansatte. Dermed blir totaltallet noe høyere (gjørne 10-20% på kommunenivå) enn skjematall i 2002. Dersom enn subtraherer alt legemeldt sykefravær, blir totalt antall årsverk litt lavere enn for 2002 - kortvarig fravær erstattes ofte ikke av vikar. En har mulighet til å trekke fra legemeldt sykefravær som overstiger en bestemt grense, f.eks. 4 måneder.

På sikt kan det være aktuelt å prøve å måle faktisk utført arbeid - dvs. inkl. overtid i tillegg til avtalte årsverk. Det er planlagt et prosjekt om utført arbeidstid for helsepersonell på ulike yrkeskategorier i Arbeidskraftundersøkelsen. SHdir vil trolig avsette penger til dette for 2004.

SSB foreslo å slå sammen hjelpeleier og omsorgsarbeider-utdanningene i statistikken, da en her har mange med lang erfaring uten formell utdanning. Dette ble imøtegått, da det nå er ulike yrker og ulike utdanninger.

Köber gjorde oppmerksom på at enkelte yrkesgrupper uten formelle utdanningskrav var vanskelig å skille, f.eks. pleieassistenter og assistenter på kjøkken og i andre servicetjenester. En har foreløpig valgt å legge disse til pleieassistenter, noe som gir et for høyt tall.

Registrering av videreutdanning

En har mulighet for å hente videreutdanning /forutsetter vitnemål og 1 års varighet (20 vekttall/60 studiepoeng) fra register, istedenfor fra skjema som til nå.

Kommunehelsetjeneste

Når det gjelder kommunehelsetjeneste, er heller ikke i år registreringen i Aa-reg tilstrekkelig god til at vi vil anbefale å basere statistikken på den. Eksempelvis har 54 kommuner overhodet ikke registrert årsverk for funksjon 232 skolehelse/helsestasjonstjeneste. Også lege- og fysioterapiregistreringen er mangelfull. Det jobbes med tiltak for å bedre personellregistreringen innen kommunehelse.

Årsverk

Det er mulig å tenke seg 3 indikator typer knyttet til årsverk:

- *årsverk pr. bruker (pleie og omsorg):*

Det er ikke mulig å kategorisere årsverk i forhold til de mottakergrupper personellet betjener. Arbeidsgruppen framholder imidlertid viktigheten av at brukerfokus kommer fram. Fram til i dag har det vært benyttet kun f253, f254 og f261 i begrepet "brukerrettede årsverk". Hjølet har hatt med innrapporterte årsverk i skjema4 også for funksjon 234 "aktivisering av eldre og



funksjonshemmede" samt funksjon 120 "administrasjon" når en har omtalt "årsverk i alt". Begrepene blir mer presise om vi klart skiller mellom "brukerrettede årsverk" og "årsverk i alt", det første begrepet måler forhold med tjenestemottaker i sentrum, det siste begrepet relaterer seg til utgifter. Dersom vi fra brukerrettede årsverk utelater årsverk tilhørende f261 (varierer sterkt grunnet ulik organisering i kommunene) og f120 samt årsverk tilhørende administrasjon og service i f253 og f254, får vi et bedre mål for brukerrettet innsats. En bør vurdere om f234 "aktivisering av eldre og funksjonshemmede" skal tas med - mange av institusjonsbeboerne og hjemmetjenestemottakerne benytter seg av denne tjenesten, men også en del friskere eldre som vi ikke har brukertall for. f234 er dessuten en mer frivillig tjeneste fra kommunens side, og kan slå svært ulikt ut. Det er derfor kanskje bedre å kjøre årsverk for f234 isolert som gjort til nå i KOSTRA, og kun satt opp mot lønnsutgifter (som til nå). Det ble diskutert om også dekningsgrad årsverk for innbyggere 67+ (ev. 80+) burde innføres, men dette ble ansett å være en misvisende indikator, ettersom pleiebehovet varierer sterkt fra kommune til kommune.

Arbeidsgruppen foreslår navnet: "brukerrettede årsverk i alt", bestående av f253 og f254 fratrukket årsverk til administrasjon og service.

- *årsverk i forhold til lønnsutgifter:*

I forhold til lønnsutgifter må alle årsverk som er ført på de tilsvarende funksjoner i regnskapet tas med, men bare de årsverk som vi har regnskapstall for (ikke selvstendige kommunale foretak, interkommunale selskaper eller private aktører):

Forslag til navn: "kommunale årsverk i alt", som inkluderer alle årsverk med lønn i kommuneregnskapet for funksjonene f234, f253, f254 og f261. Det vises for øvrig til orienteringen som ble gitt under sak 10 c) "Samsvar tjenestedata-regnskapsdata i lys av kommunal organisering".

Færre årsverkskategorier i faktaarket

- Slå sammen psykiatriske og geriatrike sykepleiere til spesialistsykepleiere, ev. slå spesialistsykepleierne sammen med andre sykepleiere
- egen kategori for personell uten helse- eller sosialfaglig utdanning, men med videregående/høyskole/universitetsutdanning
- Statistikkbanken kan fremdeles inneholde mer detaljerte fordelinger om ønskelig, f.eks. i tråd med SHdirs helse- og sosialpersonellstatistikk.

Definisjon faglært/uten (relevant) utdanning

Det er et sterkt ønske fra KRD og SOS om at det utvikles kvalitetsindikatorer innen særlig pleie- og omsorg, men også innen kommunehelse. En mulig indikator er da andelen faglært personell, dvs. årsverk av personer med helse- eller sosialfaglig utdanning, jf.

"Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006 – Rekruttering for bedre kvalitet" (Rekrutteringsplanen). Målet er her 90% faglært personell - for 2002 var prosentandelen 77%.

En konsentrerer seg i så fall om de brukerrettede tjenestene, slik at årsverk innen service og administrasjon holdes utenfor. Nå er det en del ansatte i brukerrettet tjeneste som også innehar viktig kompetanse utenom helse- og sosialfag, eller som er i gang med slik utdanning, men ikke har fullført. SHdir ved Erling Steen stiller nå spørsmål om også disse burde telles med. Spesielt i Oslo kan det være mye høyt kvalifisert personell som ikke nødvendigvis bør utelukkes. Det er ikke tvil om at også personer uten helse- eller sosialfaglig kompetanse kan gjøre en god jobb. I mange tilfelle kan det til og med være unødvendig fordyrende å tilsette faglært personell.

Vedtak: Arbeidsgruppen tar SSBs orientering til etterretning. SHdirs personellstatistikkgruppe rådspørres om detaljer vedrørende årsverkskategorier og evt.



korrigering for legemeldt sykefravær. Definisjoner for personellstatistikken i kommunale helse- og omsorgstjenester må dessuten harmoniseres med personellstatistikk på andre områder. Forslag til detaljer i definisjoner og indikatorer oversendes arbeidsgruppen til uttalelse høsten 2004 (på møtet ble det opplyst før sommerferien).

Endring i spørsmålstekst

Forslag: "Ubesatte stillinger" (skjema 4) endres til "Ubesatte stillinger omregnet til heltidsstillinger ("årsverk") med én desimal pr. 31.12, som i skjema 1.

Det vises til vedtak under sak 1d) Vakanser ble her i sin helhet vedtatt tatt ut av skjemaet.



Sak 4. Forebyggende tiltak i kommunehelsetjenesten

a. SHdir: Strategi for forebygging av astma, allergi og innerelaterte symptomer

Dokumentasjon: Innspill fra Nina Ruth Kristoffersen, SHdir

SHdir er ansvarlig for tiltak inne miljørettet helsevern for perioden 2004 til 2009. Siden miljørettet helsevern er kommunehelsetjenestens/ kommunelegens ansvar, må det være riktig at evt. nye spørsmål kommer på kommunehelseskjemaet. SHdir har jo også tidligere varslet at det kan komme ønsker om ytterligere info om miljørettet helsevern -- det var jo en større utredning av indikatorer for noen år siden (v/ Ellen Amundsen på Folkehelseinstituttet) som åpnet for slike ønsker. Forslaget må vurderes i forhold til hvor viktig slik info er for å belyse sentrale politiske satsingsområder -- behøves data hvert år fra samtlige kommuner? Hvor stor blir oppgavebyrden? Kan vi forvente god datakvalitet om såpass sensitiv informasjon? Hva med publisering?

Tommy Grav, SHdir, orienterte. En har svakt kunnskapsgrunnlag når det gjelder utbredelse av forebyggende tiltak på inneklimateområdet (radon, fukt (tette hus/sick buildings), tobakk). Dette er vanskelig å måle, og ikke individorientert statistikk. Relevant for KOSTRA? Kan en pilot-undersøkelse være aktuelt?

Følgende fikk ansvar for å undersøke i hvilken grad det finnes kunnskaper om forebyggende helsevern:

Tommy Grav: Undersøker mer, spesielt når det gjelder muligheter for samordning og oversikt. Prøver å utarbeide konkrete forslag til spørsmål.

Birgit H. Johansen: Går gjennom forskriftene på området

Åse Løset: Har undersøkt med Oslo kommune. Spørsmål knyttet til mhv for helse- og velferdsetaten er for overfladiske og subjektive til at de er hensiktsmessige i denne sammenheng.

Dag Abrahamsen: Hører med Husbanken.

Informasjon oversendes Dag Abrahamsen innen 18.05.04 kl. 14, og diskuteres på møtet 25.05.05. Det vises til referat fra dette møtet, etter planen utsendt på høring innen 21.06.04.

b. Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten

Vi er bedt spesielt om å se nærmere på spørsmål, veiledning og definisjoner i skjema 1, punkt 3-6 "Aktivitet i helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten". Bør det gjøres endringer her?

Dette punktet ble utsatt til møtet 25.05.04



Sak 5. Tjenester innen psykisk helsearbeid

Jan Tvedt, SHdir, orienterte om Opptrappingsplan for psykisk helse, og fremmet ønske om en sterkere fokus på psykisk helsearbeid i KOSTRA og helsestatistikken for øvrig. Slik situasjonen er nå, er spørsmål på området spredt over mange ulike skjemaer (1, 3, 4, 5, 6, 8, 13, 15 mm.). Tvedt mente det ikke var nødvendig med et nytt skjema (noe som også står i motsetningsforhold til KOSTRA-filosofien om ikke å kategorisere etter diagnose), men at det kunne være aktuelt med enkelte tilleggsspørsmål. Dette må ses i forhold til IPLOS, som vil gi en del ekstra informasjon som vi i dag ikke har, spesielt når det gjelder funksjonsevne/tjenestebehov. Videre skal kommunene rapportere til fylkesmannen om bruk av øremerkede midler. Arbeidet konsentreres om fire nøkkelområder: bolig, meningsfull aktivisering, fysisk aktivisering og sosial kontakt. Det kan bli aktuelt med et møte over sommerferien for å avklare detaljer om statistikken rundt psykisk helsearbeid, ev. sett i sammenheng med spesialisthelsetjeneste.

Det vises til notat fra SHdir v/ Jan Tvedt datert 08.06.04 om ønsker vedrørende statistikk for psykisk helsearbeid. På dette grunnlag er forslagene innarbeidet i referatets sak 7 og i referat fra kommunehelse (planlagt utsendt innen 21.06.04).

Helle Gran utarbeidet svar til en del spørsmål som ble fremmet av SSB. Hennes forslag ble godkjent uten større diskusjon.

Avgrensing mellom kommunehelsetjeneste og pleie/omsorg

Spørsmålet om hvordan tjenester innen psykisk helsearbeid skal registreres, ble behandlet på KOSTRAs arbeidsgruppemøte 26.05.03 men vi kom ikke frem til en permanent løsning.

Ny definisjon for tjenester utført av personell med spesialutdanning i psykisk helsearbeid:

Tjenester til hjemmeboende utført av personell med spesialutdanning i psykisk helsearbeid skal registreres uavhengig om dette er eneste tjeneste eller om det gis sammen med andre hjemmetjenester, og uavhengig av om tjenesten ytes i tjenestemottakers hjem eller et annet sted (evt. kontor).

Pleie, omsorg, hjelp til hjemmeboende i form av psykisk helsetjeneste skal utgiftsføres på funksjon 254. Råd og veiledning som gis på helsestasjoner eller annet sted skal utgiftsføres på funksjon 233 (forebyggende helse- og sosialarbeid).

Sykepleietjenester – også psykiske helsetjenester – er vanligvis ikke å regne for forebygging. Men dersom kommunene oppretter stillinger som skal drive forebyggende psykisk helsearbeid – fra et kontor eller fra helsestasjon, skal det registreres på 232 eller 233.

Vedtak/beslutning om psykisk helsetjeneste vil vanligvis være oppfølging av behandlingsopplegg, inkl. medisiner, tilsyn og samtaler som ikke kan regnes for forebygging (primær forebygging).

Avgrensing mot statlige tilskudd og dagsentre

Tjenester ytt på dagsentre skal føres på 234 (aktivisering av eldre og funksjonshemmede) uavhengig av mottakernes diagnose, og uavhengig om det er psykisk helsearbeid som utøves.

Det ble ikke ansett som en løsning å opprette en egen KOSTRA-funksjon for psykisk helsearbeid, spesielt da dette strider mot KOSTRA-prinsipper om ikke å kategorisere etter mottakergrupper.



Sak 6. Erfaringer med årets innsamling

a. Publisering av ureviderte data 15.03.04

Som en hjelp til kommunene publiseres ureviderte data 15.03. Her skal kommunene få anledning til å oppdage feil i egen rapportering når en sammenligner seg med andre. Vi ser viktigheten i dette, men opplever stadig at disse dataene brukes av andre instanser - især mediene - som om de var endelige.

Arbeidsgruppen så ikke feilaktig informasjon som problematisk, snarere tvert imot; Ved at mediene tar tak i avvik - ikke minst manglende innsending - skjerpes kommunenes rapporteringsrutiner. En ev. passordadgang som for statussidene kan medføre at personer som kunne ha oppdaget feil ikke gjør det. Arbeidsgruppen så derfor ingen grunn til å endre på dagens rutiner.

b. Innkomne data

	Skjema 1	Skjema 3	Skjema 4	Skjema 5	Skjema 6
Forventet	467	990	465	1319	465
Svarprosent 02.03.04	87	96	91	89	91
Svarprosent 21.04.04	95	97	97	96	97
Mottatt 10.06.04	463	1037	464	1294	463
Svarprosent	99	105	100	98	100

Det har blitt foretatt 2 purrerunder pr. e-post ~~allerede~~. Siste purrerunde pr. e-post ble utført i midten av mai. Deretter ble det tatt kontakt med kommuner som fortsatt mangler skjemaer over telefon. Inngangen så langt synes noe bedre enn for 2002, men 25 institusjoner manglet, hovedsakelig pga. at mye ressurser var brukt på å oppdatere delregisteret for institusjoner. Disse vil forhåpentligvis foreligge i endelige tall.



Sak 7. Endringer av faktaarkene/skjemaene

a. Overordnede skjemaendringer

- Skjema 3 - Aktivitetssenter og dagsenter

foreslås utgått: Det er svært liten etterspørsel etter data på området, vanskelig å få inn data fra alle institusjoner og mye tvil vedrørende forskjeller på dagsentre/aktivitetssentre og eldresentre. Sistnevnte har ikke vært med de siste årene. Mye arbeid nedlegges i kommunene uten at informasjonen blir nyttiggjort. Meget omfattende arbeid å produsere statistikk for året og fra tidligere år, krever minst 2-3 månedsverk. Flere spørsmål som gjelder skjema 3 på aggregert form er allerede delvis tatt opp i skjema 6.

Vedtatt: Arbeidsgruppen foreslår at skjema 3 går ut, og at skjema 6, spørsmål 3 utvides med spørsmål 7 i skjema 3 vedrørende aktivitetstilbud.

- Skjema 4 - Personell i pleie- og omsorgstjenestene

Under sak 1d ble det vedtatt å droppe spørsmål om vakanser og budsjett (spørsmål 4). Samtidig kan opplysninger om videregående utdanning (spørsmål 3) hentes fra register. I løpet av høsten foretas det en sammenligning av tallene i skjema mot tallene fra register. Etter ønske fra SHdir v/ Jan Tvedt, avventes en evaluering av registerdataene før det tas stilling til om registerinnhenting er tilstrekkelig. Dermed gjenstår kun spørsmål 2 om omsorgslønn og spørsmål 5 om samordnede/integrerte tjenester. Spørsmål om omsorgslønn kan inngå i spørsmål 4 i skjema 6 om avlastning og støttekontakt.

Vedtatt: Arbeidsgruppen foreslår at skjema 4 går ut, og at spørsmål 2 og 5 overføres til skjema 6. Dersom registerdataene ikke er tilstrekkelige, legges også spørsmål 3 om tverrfaglig utdanning inn i skjema 6.

- Skjema 6

Arbeidsgruppen ønsker å presisere at hjemmetjenester også kan ytes utenfor hjemmet, og anbefaler derfor en endring av navnet for skjema 6.

Vedtatt: Arbeidsgruppen foreslår at skjema 6 endrer navn fra "Hjemmetjenester, støttekontakt og avlastning" til "Pleie- og omsorgstjenester til hjemmeboende".

b. Forslag til forenklinger

Det er i dag svært mange variabler i faktaarkene, og det er vanskelig å finne fram. Spesielt gjelder dette pleie og omsorg. Endringer innen kommunehelsetjeneste ble diskutert på møtet 25.05.04. For pleie og omsorg ble følgende tatt opp:

Forslag fra SSB:

- Kutte alle grunnlagsdata på nivå 3 som ikke brukes som indikatorer, og heller legge dem inn i Statistikkbanken.

De fleste mente her at det er bedre å legge ut mye - ulike instanser har ulikt behov, og nivå 3 er viktig for egenkontroll.

- Begrense indikatorer i pleie og omsorg som går på dekning av ulike aldergrupper til kun den mest relevante aldersgruppe (f.eks. 80+) og ev. hele populasjonen, slik som det er gjort for kommunehelse. De øvrige fordelinger gjøres tilgjengelig i Statistikkbanken.

Mange mente her at Statistikkbanken er for tungvint, selv om den reflekterer endelige tall tidligere enn KOSTRA. Nå viser det seg at en har en mulighet til selv å velge indikatorer en ønsker å ha med. Ved å gå utenom faktaarket, og isteden velge [Grunnlagsdata og detaljerte data for egne sammenstillinger](#), og deretter [Kommune - Nøkkeltall](#), kommer en inn i et oppsett for valg av ønskede indikatorer på nivå 2. Nåværende opplegg synes derfor tilfredsstillende.



- Droppe all fordeling på f262 (drift og vedlikehold av bolig - utgått f.o.m. 2002-statistikkåret)/f261 (botilbud i institusjon - lite i bruk).

Vedtatt: Arbeidsgruppen foreslår å droppe f262 i sin helhet i KOSTRA-faktaarkene, men beholde f261 på nivå 3. f261 vil dessuten inngå i totaltall for årsverk.

- Holde årsverk tilhørende funksjon 120, administrasjon utenfor faktaarkene. Denne lar seg ikke hente fra register isolert for pleie- og omsorgsstatistikken.

Vedtatt: Årsverk tilhørende f120 foreslås holdt utenfor faktaarkene og ellers i pleie- og omsorgsstatistikken.

c. *Forslag til nye nøkkeltall (utover de som fremmes som kvalitetsindikatorer):*

- årsverk i pleie og omsorg pr. 1000 innb. 80+
- Andel ressurskrevende mottakere av totalt antall mottakere av hjemmetjenester.

Begrunnelse: KOSTRA bør også ha en dekningsindikator tilsvarende som for "Hjulet". Dekning i forhold til innbyggertall vil ikke være følsom for kommunalt skjønn ved tildeling av tjenester, slik som årsverk pr. mottakere er. Arbeidsgruppen mente at dette tallet måtte ses i forhold til mottakere, ikke innbyggere. Derimot ble det etterlyst en indikator med ressurskrevende mottakere (lønnsutgifter over 700.000.-).

Vedtatt: Arbeidsgruppen foreslår å opprette et nytt nøkkeltall på nivå 2: Andel ressurskrevende mottakere av totalt antall mottakere av hjemmetjenester. Definisjonen av ressurskrevende endres fra "lønnsutgifter over 600.000.-" til "lønnsutgifter over 700.000.-".

(Tilkommet etter møtet):

Nye forslag fra Dag Abrahamsen:

- andel kommunale institusjonsplasser av totalt antall institusjonsplasser (viser graden av privatisering, inkluderer også avlastning/barneboliger))
- andel beboere av totalt antall plasser (kan avdekke overbelegg/underbelegg)

d. *Endring av funksjonsnavn for f261 "Botilbud i institusjon"*

"Botilbud" er i beste fall intetsigende.

e. **Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår at funksjon 261 endrer navn fra "Botilbud i institusjon" til "Drift og vedlikehold av institusjon".**

Endring av funksjonsbeskrivelser f254: Omsorgslønn

Arbeidsgruppen foreslår følgende endringer:

I SSBs veiledning for utfylling

(http://www.ssb.no/kostra/kommune/skjema/2003/kommune_sjemaveil_1novbrevet.pdf) bør det nevnes at omsorgslønn inngår i funksjonen . **I KRDs hovedveileder**

(<http://odin.dep.no/filarkiv/195183/kostrahovedveileder2004.pdf>) s. 21 bør det refereres til lov om sosiale tjenester §4-2 e som gjelder omsorgslønn, i tillegg til a og b. Videre hadde det her vært naturlig å flytte omsorgslønn opp til oppramsingen av de andre tjenestene.



Sak 8. Institusjonsstatistikk - definisjoner/avklaringer

Avgrensing av "institusjon" i forhold til avlastningsinstitusjoner/barneboliger

KOSTRA-indikatorer relatert til institusjoner har til nå ikke hatt et klart skille mellom sykehjem og aldershjem på den ene siden, og avlastningsinstitusjoner og barneboliger på den andre siden. Da KOSTRA ikke inneholder klare retningslinjer for hva som skal forstås med "institusjon innen pleie og omsorg", ser vi behovet for en klargjøring.

Avlastning:

05 Barnebolig (etter lov om sosiale tjenester): avlastning for funksjonshemmede barn

10 Avlastningsinstitusjon

I avlastningsinstitusjon/barneboliger vil antall beboer m/avtale ofte overskride antall plasser, f.eks. fast turnus, med fri hver 3. helg. En bør her kunne tillate antall beboere > antall plasser. Vi foreslår at en for institusjoner fortsatt fører opp antall beboere pr. 31.12. Telling av beboere med avlastning blir bedre når IPLOS innføres. I forhold til 261 er det naturlig å ta med barneboliger og avlastningsinstitusjoner, men ikke i forhold til pleie.

Antall utskrivninger lite relevant når en er på avlastning annenhver helg. Vi foreslår at antall utskrivninger droppes for avlastningsinstitusjoner/barneboliger.

06 ble i utgangspunktet foreslått tatt ut, men Øyvind Brandt/SOS mente i ettertid at denne burde beholdes, da definisjonen for aldershjems plasser bør holdes ren av hensyn til sammenlignbarhet over tid.

Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår at antall plasser og beboere i avlastningsinstitusjon/barnebolig brukes i separate statistikker, og ikke inngår i tallet på institusjonsplasser/-beboere totalt. Antall utskrivninger bør her droppes. Det foreslås videre at det skilles sterkere mellom barneboliger/avlastningsinstitusjoner i forhold til de andre institusjonstypene i skjema 5, og at de automatiske kontrollene tilpasses institusjonstypen.

Definisjon av "plasser"

Presisering: Antall plasser skal indikere den teoretiske bygningsmessige kapasiteten for pleie og omsorg i kommunen. Dermed skal også plasser som ikke er i bruk inngå her.

Definisjon av "brukere" (NB! ny informasjon tilkommet etter møtet)

I noen nøkkeltall er "brukere" definert som "antall mottakere av hjemmetjenester + antall plasser i institusjon". Samtidig brukes også nøkkeltall "Beboere i institusjon i prosent av brukere av pleie- og omsorgstjenester" der "brukere" er definert som "antall mottakere av hjemmetjenester + antall heldøgnsbeboere i institusjon". Det er *beboere*, og ikke *plasser* som skaper kostnader. For budsjettering og arbeidsavtaler er det imidlertid ikke uvanlig å ta utgangspunkt i antall plasser. Spesielt for nøkkeltallet "Beboere i institusjon i prosent av brukere av pleie- og omsorgstjenester" blir det merkelig om en skal bruke "plasser" i nevner, og også i teller. SSB foreslår at en bruker "heldøgnsbeboer" framfor "plasser" i alle nøkkeltall som inneholder "brukere i alt". For å vurdere hvorvidt kommunen har over- eller underbelegg foreslår vi videre et nytt nøkkeltall "Antall heldøgnsbeboere i prosent av antall institusjonsplasser". (Avlastning og barneboliger holdes da utenfor iht. ovenstående betraktninger.)

Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår at en endrer begrepet "bruker" til "(tjeneste-)mottaker". Det foreslås videre å endre definisjonen for "mottakere i alt" fra "hjemmetjenestemottakere + institusjonsplasser" til "hjemmetjenestemottakere + institusjonsbeboere". Videre foreslås det at en for nøkkeltall som ikke er regnskapsrelaterte bruker "alle mottakere" framfor "kommunale mottakere".



Korrigerings av utleieplasser

En del institusjoner leier ut plasser til andre kommuner. I KOSTRA behandles ikke disse plassene særskilt. Små kommuner med mange utleieplasser vil dermed fremstå med unaturlig høy plassdekning for sine innbyggere.

Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår at utleieplassene fordeles på de respektive leietagende kommuner, slik det blir gjort i "Hjulet".

Rusreform II

Åse Løset, Oslo kommune hadde en henvendelse til KRD via SSB 23.03.04:

Gjennom *Rusreform II* føres fylkeskommunale institusjoner i rusomsorgen over til kommunene. Omsorgsdelen - rehabilitering - er kommunens ansvar, behandling er statens ansvar.

Det dreier seg om forholdsvis få, men store institusjoner i få kommuner, og mange er private. Oslo kommune har halvparten av plassene.

I hvilken kommunal statistikk skal disse institusjonene og tilhørende virksomhet rapporteres?

KRDs svar 20.04.04 fra Bent Devik, justert med kommentar fra Helle Gran i e-post 25.05.04: Sosialtjenesteloven § 7-12, viser til Forskriften vedr. definisjon av hva som skal regnes som bolig med heldøgns omsorgstjenester etter Sosialtjenesteloven, jf. tjenesten i §4-2 d. (Og forskriften gjelder, også etter endringene i sosialtjenesteloven.) Forskriftens §7-2 ramser opp: 1)aldershjem, 2)bolig for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for særlig omsorg, herunder avlastningsbolig og 3)privat forpleining. Rusinstitusjoner nevnes ikke.

Derfor må funksjon 243 være riktig når det gjelder kommunale rusinstitusjoner, som Åse Løset spurte om. Men for rusmisbrukere som bor i egen eller kommunalt tildelt bolig ("hjemmeboende"), skal tiltak som faller inn under hjemmesykepleie, praktisk bistand, støttekontakt, avlastning registreres under funksjon 254.

Vedtak: Arbeidsgruppen tar svar fra KRD med kommentarer fra Helle Gran til etterretning, og svaret innarbeides i veiledningen til funksjon 253 og 254.

Tilgrensing mot statlig virksomhet

Tilkommet etter møte: Utdyping fra Helle Gran.

Rehabilitering/habiliteringsinstitusjoner er ofte delvis statsbetalt, delvis kommunalt betalt, og sorterer under spesialisthelsetjeneste (bl.a. Røysumtunet, 973 254 928, næring 85.113 - somatisk spesialsykehus (epilepsi)). Ofte er institusjonene private, men spesialisthelsetjeneste registrerer kun helstatlige, ikke private institusjoner. Videre har en del sykehjem ordinær somatisk pleie, kombinert med rehab/hab. Den rehabilitering/habilitering som drives etter kommunehelsetjenesteloven i kommunal regi skal registreres som ordinær kommunal tjeneste. Øremerkede rehabiliteringsplasser på sykehjem er en del av den ordinære kommunale rehabiliteringen og vil vanligvis være plasser/avdelinger på ordinære kommunale sykehjem. Grensen på om en skal registrere plassene, ev. hele institusjonen innen kommunalstatistikken må avgjøres i hvert enkelt tilfelle.

Forslag: Grensen på om en skal registrere plassene, ev. hele institusjonen innen kommunalstatistikken må avgjøres i hvert enkelt tilfelle

Rehabilitering/habiliteringsinstitusjoner som faller inn under kommunens ansvarsområde behandles som type 1 - "sykehjem" eller type 3-institusjoner "Somatisk sykehjem kombinert med statlig virksomhet." Plasser bekostet av staten tas ikke med.



Sak 9. Detaljer for de enkelte skjemaer - skjema 3, 4, 5 og 6

Skjema 5

Utleie av plassandeler

Avlastningsinstitusjoner leier ofte ut prosenter av plasser til andre kommuner. Dette lar seg ofte ikke føre, da skjemaet bare operer med hele plasser.

Vedtak: Arbeidsgruppen foreslår at institusjonsplasser som leies ut til kommuner i skjema 5 konverteres fra heltall til desimaltall. Plassen regnes som utleid når den ikke har stått ledig mer enn 1 uke.

p3 Korttidsopphold

Definisjon av korttidsopphold foreslås endret fra 3mnd til 60 dager (jf. vederlagsforskriften). I ettertid har Dag Abrahamsen undersøkt: I de fleste kommuner er det vanlig å bruke 3 måneder som grense for korttidsopphold. 60 dager brukes kun i forhold til vederlagsforskriften - en omtaler korttidsopphold også utover dette.

Korttidsopphold som forlenges etter vedtak, regnes som flere korttidsopphold, 1 for hvert vedtak.

p3 dag-/nattplasser og trygghetsplasser

Bør dagplasser, nattplasser og trygghetsplasser føres opp som egne alternativ under punkt 3 dersom de innebærer spesiell tilrettelegging? Arbeidsgruppen anser dagens skjema som tilfredsstillende her. Det er vanskelig å få god statistikk for dagplasser/nattplasser - beboerstatistikken synes her bedre. Trygghetsplasser finnes foreløpig i svært få kommuner, men spørres etter i skjema 6.

p6, 7, 8 antall beboere pr. 31.12

En del kommuner fyller ut konsekvent for 31.12, selv om dette ikke er representativt pga. ferieavvikling. Er det bedre å bruke f.eks. 01.10?. Samsvarer da med telletidspunktet for årsverk, men kan være vanskelige å huske så langt tilbake?

Arbeidsgruppen mener beboertallet er tilfredsstillende. Problemer knyttet til telledatoen løses ved innføring av IPLOS.

Lagt til i ettertid: Vi foreslår å presisere i skjema at antall beboere pr. 31.12 skal være representativt for en vanlig dag ved slutten av året.

p10: samordning/integrering

Mange kommuner har distrikts- eller soneinndeling, der de ansatte er organisert kun på kommune, ev. sone, og der de jobber både med hjemmesykepleie og på institusjon.

Forslag til føring: Ofte vil de ansatte ha en institusjon som base og ansettelsessted, og da burde skjema for 2003 kunne være dekkende. Dersom så ikke er tilfelle, kan personell med ansettelsessted sone eller kommune sentralt og som både jobber på institusjon og i hjemmetjenester oppføres med antall årsverk på institusjon og i hjemmetjenesten.

Ansettelsessted	Anslagsvis antall samordnede årsverk	
	Institusjon	Hjemmetjeneste
Fra skjema 5: Institusjon		
Fra skjema 5: Hjemmetjeneste		
Fra skjema 6: Sone/sentralt		



Vedtak: Arbeidsgruppen anbefaler at samordningsspørsmålet i skjema 4 (som er foreslått flyttet til skjema 6), utvides for å kartlegge omfanget av samordnede sone-/sentralansatte årsverk. Det understrekes at årsverksfordelingen skal følge utgiftsfordelingen.

p 9 utskrivninger

Når endret diagnose medfører overføring til/fra f.eks. demensavdeling skal dette regnes som en utskrivning, selv om avdelingen er en del av institusjonen.

Beboere som dør i innskrivningsperioden på sykehjemmet, men som er overført til sykehus i all hast og dør der, før en har fått skrevet ut vedkommende, er i praksis innskrevet på sykehuset. Dødsfallet skal derfor registreres der.

Skjema 6

p 5a Hjemmetjenester

Det er mistanke om underrapportering for praktisk bistand i kommuner som bruker Gerica; annet enn hjemmehjelp kan ikke oppsummeres innen praktisk bistand fra Gerica, f.eks. mangler personlig assistent. Dette løses i stor grad ved innføring av IPLOS, som har en mer detaljert tjenestebeskrivelse.

p 6 Spesielt ressurskrevende brukere

Bør taket endres fra 600 000.- til 700 000.- i utgifter pr. år?

SHdir vurderer om spørsmålet bør utvides for å dekke behov i lys av momenter som framkommer i kommunenes særskilte rapportering til SHdir med innsendingsfrist 15.04.04.

Vedtak: Taket for ressurskrevende brukere endres fra 600 000.- til 700 000.- i utgifter pr. år iht. endrede føringer.

p 7 Egenbetaling

Foreslått inntatt i veiledning:

For de kommuner som har betalingsordninger som avviker fra oppsettet i spørsmål 7 skal en bruke høyeste sats i skjema, og spesifisere detaljer som ikke kommer med i merknadsfeltet.

heldøgnsomsorg - Nytt spørsmål?

Vi har ingen statistikk over hvor mange plasser i omsorgsboliger som har heldøgnsomsorg. Det krever en betydelig grad av personalressurser.

Spørsmålet avventes inntil rapport om boliger til pleie- og omsorgsformål fra KRD foreligger.

Problemstillingen utgår etter forslag fra Marie Eide: Heldøgnsomsorg skal ikke tilknyttes stasjonært til omsorgsboliger.



Sak 10. Saker til orientering:

a. ROBEK-kommuner

Prosjekt for Troms fra KRD: v/ Birgit Heier Johansen.

ROBEK, Fylkesmannens oppgave og KOSTRAs rolle. Eksempel på analyse av en kommune og kommunens forventninger til at Fylkesmannen kommer og erfaringer med å være der.

<http://www.kvafjord.kommune.no/article/articleprint/354/-1/2/> samt rapport som ble oversendt arebidsgruppen. Det ble ikke tid til denne presentasjonen.

b. IPLOS

Helle Gran orienterte og delte ut infomateriell. Oppdaterte opplysninger på

<http://www.shdir.no/index.db2?id=550&PHPSESSID=7bea052bffb6adaf1e4837175fd26b98>.

c. Rapport fra kommunerevisjonen i Oslo

Rapport 3/2004 "Er nøkkeltallene i KOSTRA pålitelige? Pleie og omsorg i fem bydeler i 2002 ." peker på en del feilkilder i KOSTRA-dataene, bl.a. feil definisjoner i enkelte tilfelle. Dette gjelder bl.a.:

- upresis veiledning som fører til inkonsekvent splitting av utgifter til IKT på fellessystemer og fagsystemer
- sammenblanding av forbruk (kjøp av plasser internt) og produksjonskostnader på institusjon

Åse Løset mente at det var en del misforståelser fra kommunerevisjonens side spesielt når det gjelder internsalg, og kommer tilbake med nærmere opplysninger. Arbeidsgruppen tar ellers rapporten til etterretning.

d. Tjenestedata i forhold til organisering

Thea Schjerven orienterte.

SSB prosjekt vedrørende fristilling og konkurranseutsetting i KOSTRA avdekket mange problemer når det gjelder samsvar mellom tjenstedata og regnskap. Pr. dags dato har vi kun tilgang til regnskapsdata fra kommuneregnskapet, og ikke fra selvstendige kommunale foretak (KF), interkommunale selskaper (IKS) eller private foretak. Det er derfor viktig at disse skilles ut. Med en oppgradering av institusjonsregisteret for helse- og sosialtjenester, samt bruk av personellregister, har vi fått bedre mulighet til å identifisere ulike organisasjonsformer.

Så langt er det imidlertid ikke så stor andel av virksomheten som ikke er rent kommunalt: Virksomheter innen pleie og omsorg organisert som KF gjelder 345 årsverk, hovedsakelig innen hjemmetjenester. Det er registrert 6 interkommunale institusjoner, sannsynligvis interkommunalt samarbeid med regnskap i vertskommunen, ikke rene IKS.

Videre er det registrert ca. 5500 årsverk i private virksomheter, med ca. 1200 årsverk som AS, 1000 årsverk som Forening/Lag/Innretning og 3000 årsverk som stiftelse. Dette utgjør ca. 5% av den totale årsverksinnsatsen i pleie og omsorg. På landsbasis gir dette mindre innflytelse, men på kommunalt nivå vil en privat institusjon ha stor innvirkning om den tas med i årsverkstallet.

Nå er det kun regnskapsindikatorer for f253 som delvis tar hensyn til at en ikke har tilgang til alle regnskapstall.

Med den registerbaserte statistikken er dette enkelt. Til nå synes det å være uklare retningslinjer hvorvidt bare kommunal virksomhet skal vises i KOSTRA. Når det gjelder årsverk i forhold til antall brukere eller plasser, virker det naturlig at alle data er med, uavhengig av organisering, all den tid kommunen er ansvarlig for tilbudet. På landsbasis kan det være interessant å fordele



indikatorer mellom kommunale og private aktører, men foreløpig synes det å være noe tidlig å gjøre tilsvarende på kommunenivå.

Problemer rundt KF skal kunne løses.

Arbeidsgruppen tar orienteringen til etterretning, og forslår følgende:

**I forhold til regnskap må årsverk som ikke kommer fram i lønnsregnskapet utgå.
Viktigheten av foretaksnummer som grunnlag for eierforhold må understrekes i skjemaveiledning.**

e. Nye faktaark

- indikatorer for vare- og tjenestekjøp
Orientering til KRD ble oversendt arbeidsgruppemedlemmene.
- brukerbetaling
For vårt vedkommende kjøp av hjemmetjenester f.o.m. 2003-statistikkåret. Viser meget store kommunale forskjeller

Sak 11. Eventuelt

Halvor Haug ønsket en indikator når det gjelder pleietyngde. Ønsket vil delvis kunne bli løst ved den forslåtte indikator "Antall ressurskrevende mottakere i prosent av totalt antall mottakere av hjemmesykepleie" under sak 7c. Ytterligere muligheter vil foreligge når IPLOS er innført.

Åse Løset etterlyste gjennomgang av KOSTRA-evaluering fra [Cap Gemini nov. 2002](#). Det har ikke kommet innspill/kommentarer fra arbeidsgruppemedlemmene.