

KOSTRA arbeidsgruppemøte helse- og omsorgstjenester

24.3.2015 kl. 9.30-15.30

Saksliste

Kl. 9.30

Oppsummering av vedtak og oppfølging	3
Sak 2 KOSTRA rapporteringsfrister og dataoppdateringer	3
1 Velkommen og presentasjon av deltakerne.....	5
2 KOSTRA rapporteringsfrister og dataoppdateringer	5
2.1 Tidspunkt for arbeidsgruppemøter	5
2.2 Endelige tall i juni	5
2.3 Rapporteringsfrist fremskutt fra 15. februar til 15. januar	5
3 Forenkling av KOSTRA-skjemaer innen helse og omsorg	7
4 Bruken av KOSTRA/helse- og omsorgssidene – nettsidestatistikk	8
5 Kvalitetsindikatorer	9
5.1 Status for Helsedirektoratets indikatorer	9
5.2 Status for KS sine indikatorer	10
5.2.1 Brukerundersøkelser (i samarbeid med SSB)	10
5.2.2 Egenmeldt sykefravær	12
5.2.3 FOU-rapport om kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner (til orientering).....	14
5.3 Status for SSBs indikatorer	14
6 Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i helse- og omsorgsinstitusjoner - i lys av ny helse- og omsorgstjenestelov og samhandlingsreform	15
6.1 Lovgivning	15
6.2 Konsekvenser for KOSTRA	16
6.3 Generelt om tidsbegrenset opphold	16
6.4 Spesielt om ø-hjelp-plasser	17
6.5 Spesielt om plasser avsatt for medisinsk innleggelse	19
6.6 Kategorien «annen type tidsbegrensede plasser»	20
7 Funksjonskontoplan	26
7.1 Avvikle eller endre innhold i funksjon 255 «Medfinansiering somatiske tjenester»?	26
7.2 Gjennomgang av KOSTRA funksjonskontoplan – mer detaljert inndeling etter målgrupper?	26
7.3 Oppfølging av spørsmål tilknyttet funksjonskontoplan	27

8	Fastlegekonsultasjoner på kommunenivå (orienteringssak).....	28
9	Forslag til endringer i KOSTRA-skjema	30
9.1	KOSTRA skjema 1 Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	30
9.1.1	Punkt 2. Leger og Punkt 3. Fysioterapeuter	30
9.1.2	Punkt 2-3 Organisering av legevakttenesta.....	31
9.1.3	Punkt 4-1. Organisering av jordmortjenesten.....	32
9.1.4	Punkt 4-2. Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	33
9.1.5	Punkt 6 Rehabilitering og samhandling.....	36
9.2	KOSTRA skjema 4 Helse- og omsorgstjenester - samleskjema.....	36
9.2.1	Punkt 2 System for brukerundersøkelser	36
9.2.2	Punkt 3 Tilgang til tjenestene per 31.12.....	36
9.2.3	Punkt 4 Tjenestetilbud	36
9.2.4	Punkt 5 Egenbetaling for praktisk bistand	37
9.2.5	Punkt 6 Beboere i samlokaliserte BOLIGER disponert til pleie- og omsorgsformål per 31.12, med FAST TILKNYTTET PERSONELL HELE DØGNET.....	37
9.3	KOSTRA skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner	37
9.3.1	Punkt 3 Plasser og rom	37
9.3.2	Punkt 4 Spesielle tilbud	37
10	Forslag til endringer i KOSTRA faktaark.....	38
10.1	Kommunehelseteneste	38
10.1.1	Endring av indikator – frå talet på personar med VU i psykisk helsearbeid til årsverk med VU	38
10.2	Pleie og omsorg	38
10.2.1	Droppe variabler tilknyttet «omsorgsboliger»?	38
10.2.2	Fordele årsverk etter funksjon?	40
11	Til orientering	40
11.1	Personellregister – EDAG (Elektronisk Dialog med ArbeidsGiver)	40
11.2	Status for oppfølging av saker fra arbeidsgruppemøter i 2014	42
11.3	IPLOS.....	42

Ref.: Allertsen/Ekornrud, 28.4.2015

Til stede: Helsedirektoratet: Tonja Moen Hansen (sak 5), Kristine Hartvedt (sak 9), Linda Haugan, Kjersti Kellner (sak 9), Ranvir Singh Rai (sak 5)

Helse- og omsorgsdepartementet: Hilde Hatleskog Zeiner (fra 10.30)

KS: Kjetil Brodal (Tolga) Halvor Haug (Hamar (fom. sak 3)), Kari Hesselberg, Linda Krogh Lyche (ASSS/Bærum), Brynjar Skaar (Bergen), Tina Skarheim, Martin Fjordholm (Oslo)

Rambøll: Marianne Holmesland

SSB: Dag Abrahamsen, Linda Allertsen, Trond Ekornes, Anni Sutatip Thirpaks Fretheim, Eiliv Mørk, Merete Thonstad, Åsne Vigran (sak 11.1)

Vista: Simen Pedersen

Fraværende:

Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Odd-Sigurd Vegsund

KS: Anne Gamme

Møte i KOSTRA arbeidsgruppe for helse og omsorg 24.03.2015

Det var sendt ut omfattende sakspapirer i forkant av møtet. SSB har valgt å flette referat for de enkelte sakene inn under relevant punkt i sakspapirene (grønn skrift). For oversiktens skyld, står alle vedtakene som ble fattet på møtet oppsummert under.

Grunnet tidsnød rakk en ikke lenger enn til sak 9.1.4. SSB sender de resterende saker ut på høring i egen e-post. Ved behov innkaller SSB/Helsedirektoratet til møte.

Oppsummering av vedtak og oppfølging

Sak 2 KOSTRA rapporteringsfrister og dataoppdateringer

Vedtak:

- Det gjennomføres en grundigere undersøkelse blant arbeidsgruppens medlemskommuner og deretter i ASSS om innrapporteringsfrist for KOSTRA skjema 1, 4 og 5 for å finne ut om 15. januar er realistisk.
 - **Ansvar: KS Frist: 15. juni 2015**
- Forutsatt realisme: Innrapporteringsfrist for KOSTRA skjema 1, 4 og 5 framskyndes fra 15. februar til 15. januar f.o.m. rapporteringen for 2015-årgangen. Det informeres om dette i KOSTRAs november-brev til kommunene.
 - **Ansvar: SSB Frist: før 1. november 2015**

- Målsetning om endelige tall i juni. Det medfører at kommunene må sende inn ev. oppdateringer senest 20. mai (nåværende frist er 30. september). SSB melder dette inn til KOSTRA Samordningsråd for egen behandling («toppnotatsak»).
- **Ansvar SSB Frist: 15. juni 2015**

Sak 3 Forenklinger av skjema i KOSTRA helse- og omsorg

Oppfølging:

- SSB skaffar oversikt over treff på nettsidene og sender over til Vista, med arbeidsgruppa på kopi .
- **Ansvar: SSB Frist: 1. juli 2015**

Sak 4 Bruken av KOSTRA/helse- og omsorgsidene – nettsidestatistikk

Oppfølging:

Sjå sak 3..

Sak 5 Kvalitetsindikatorar

Oppfølging kvalitetsindikatorar i KS:

Representantane frå KS undersøker internt om det føreligg planar om ein eigen rapport basert på testing av kvalitetsindikatorar, og gir tilbakemelding til arbeidsgruppa. **Frist 1.6.2015.**

Vedtak brukarundersøkingar:

- Behalda spørsmåla om system for brukarundersøkingar i skjema 4 inntil vidare.
- SSB gjer rettleiing tydelegare/bakar mest mogleg informasjon inn i skjema. **Frist 15.9.2015.**

Vedtak eigemeldt sjukefråvere:

- Arbeidsgruppa blei einige om at ein må forklara kva som er årsaka til forskjellar mellom PAI og Aa-registeret.

Ansvar: SSB og KS. Frist: 15.06.2015.

Oppfølging av kvalitetsindikatorar:

Iverksettingstid/saksbehandlingstid: SSB i samarbeid med KS og Helsedirektoratet arbeider vidare og freistar å bli einige om ein felles definisjon. **Frist: Status blir vurdert 1.6.2015.**

Vurdert av lege/tannlege: SSB freistar å ferdigstille tal. **Frist: 1.6.2015**

Sak 6 Plasser avsett til tidsavgrensa opphald i helse- og omsorgsinstitusjonar

Vedtak:

- SSB sender ut endringsforslagene i skjemaversjon på e-post til arbeidsgruppen. **Frist: 1.6.2015**

Sak 7 Funksjonskontoplanen

Vedtak:

- Funksjon 255 «Medfinansiering somatiske tjenester foreslås satt til opphør f.o.m. regnskapsåret 2016.

Oppfølging av underfunksjoner:

KS gjennom ASSS-nettverket sjekker muligheter for et felles kodesett av underfunksjoner.

Ansvar: KS. Frist: 15.11.2015.

Sak 9 Forslag til endringar i KOSTRA-skjema

Detaljert referat:

1 Velkommen og presentasjon av deltakerne.

Dag Abrahamsen ønsket velkommen. Han påpekte at en for framtiden tok sikte på å legge hovedmøter som dette til høsten for bedre tid, og ev. oppfølging av enkeltsaker på våren.

2 KOSTRA rapporteringsfrister og dataoppdateringer

v/ Dag Abrahamsen, SSB

2.1 Tidspunkt for arbeidsgruppemøter

Forslag om en gradvis bedre tilpasning av KOSTRA arbeidsgruppemøter til datainnsamling ble vedtatt på møtet 8.12.2014. Det innebar at vi søker å ha hovedmøter for helse- og omsorgsgruppen og psykisk-rus-gruppen i siste kvartal, fortrinnsvis november – og med minst 3 ukers mellomrom. Etter behov kan en legge bearbeidingsmøter og enkeltsaker til eget møte i 1. kvartal, før påske, ev. kun ved e-post-utveksling. Dette vil frigjøre tid i 2. kvartal til at SSB kan konsentrere seg om å ferdigstille dataene i juni.

2.2 Endelige tall i juni

Det viser seg at muligheten for kommunene til å sende inn data helt fram til 1. oktober har vært lite benyttet, slik at det bare har vært ubetydelige dataendringer etter juni-publisering. Til nå har endelige tall for år 2014-1 blitt publisert samtidig med foreløpige tall for år 2015 15. mars.

Ved å sette siste frist for innsending til 20. mai har flere fordeler:

- en vil kunne komme med endelige tall nesten ett år tidligere enn i dag
- SSB slipper ekstraarbeidet ved å oppdatere en årgang ¾ år etterpå
- kommunens rapportører husker bedre hva de har rapportert om all kontakt rundt revisjon skjer innen mai
- en reduserer risiko for ulike versjoner av datasett på ulike publiseringssteder

2.3 Rapporteringsfrist fremskutt fra 15. februar til 15. januar

F.o.m. 2013 ble frist for innsending for IPLOS-data fremskutt fra 15. februar til 15. januar. Dermed har alle kommuner levert data i god tid før mars-publiseringen. Alle kommuner hadde levert 2014-årgangen allerede 10. februar 2015. I 2013 undersøkte arbeidsgruppen hvorvidt det var mulig å sende inn også skjema 4 og 5 innen 15. januar. Det ble da foreløpig konkludert med at tiden ikke var inne, hovedsakelig med følgende motforestillinger:

- KOSTRA skjema 4 «Samleskjema for helse og omsorgstjenester», «Punkt 5: Egenbetaling for praktisk bistand»: Faktureringsgrunnlaget for antall betalende med egenandel praktisk bistand er ikke klart så tidlig som 15. januar
- Det kan bli noe knapp tid til kvalitetssikring av dataene – spesielt for skjema 1, som mange kommuner tradisjonelt rapporterer en del senere enn skjema 4 og 5.

SSB mener at disse innvendingene i stor grad dreier seg om rutiner i kommunen, og erfaringer viser at de fleste kommuner prioriterer etter fristene. Dersom det kun er et spørsmål om antall betalende brukere som er den eneste reelle utfordringen for tre skjemaer, må en søke en løsning her, f.eks. gjennom filuttrekk direkte fra fagsystem. Det bør også undersøkes om en kunne oppnådd høyere og tidligere svarprosent på skjema 1 ved å bruke filuttrekk for lege- og fysioterapitimer. Tidligere innlevering har så mange fordeler – bl.a. basert på de gode erfaringene med tidlig IPLOS-rapportering - at SSB ønsker å foreslå innleveringsfrist 15. januar.

- høyere svarprosent til mars-publiseringen
- gjennomgang av data kan starte langt tidligere enn før

- En samtidig innrapportering av skjema og IPLOS vil muliggjøre en sammenstilling av data fra de to kildene ved IPLOS-tilbakemelding til kommunene, noe som gir bedre muligheter for kvalitetssikring av begge datakilder
- SSB unngår i større grad at tilbakemeldinger og purringer inntreffer samtidig med regnskapsavslutning, noe flere kommuner har klaget på tidligere
- Det er status pr. 31.12 som skal rapporteres i KOSTRA-skjemaene. Det er rimelig å anta at datakvaliteten avtar desto lenger fra årsskiftet rapportering skjer.
- Purring av de siste kommunene kan i større grad intensiveres før mars, slik at en kan konsentrere seg om revisjon framfor purring i tillegg etter mars.

På grunn av de mange fordelene ved tidlig rapportering ble kommunene ved årets rapportering oppfordret til å rapportere skjema 4 og 5 innen 15. januar. Det resulterte i en nær dobling av innrapporterte skjema 4 og 5 i forhold til 2014. For skjema 1, som ikke var innlemmet i denne oppfordringen, var svarprosenten faktisk noe lavere i 2015 enn i 2014. 15. januar har uansett antall innleverte skjema ligget så lavt at det må sterkere krutt til enn en anmodning for å øke svarprosenten til et tilfredsstillende nivå.

Forslag til vedtak:

- Det gjennomføres en grundigere undersøkelse blant arbeidsgruppens medlemskommuner og deretter i ASSS om innrapporteringsfrist for KOSTRA skjema 1, 4 og 5 15. januar er realistisk. Ansvar KS. Frist 15.10.2015
- Forutsatt realisme: Innrapporteringsfrist for KOSTRA skjema 1, 4 og 5 framskyndes fra 15. februar til 15. januar.
- Målsetning om endelige tall i juni. Det medfører at kommunene må sende inn ev. oppdateringer senest 20. mai (nåværende frist er 30. september).

Referat frå møtet:

Det var einigheit om at KS skal følgja opp kommunane i arbeidsgruppa og ASSS-kommunane med ei grundigare undersøking for å finna ut om kommunane kan levera skjema innan 15.januar. Det blei samstundes understreka at KOSTRA skjema 1 Personell og verksemd i den kommunale helse- og omsorgstenesta er eit omfattande skjema der mange ulike delar av helsetenesta i kommunen er involvert. Det kan difor tenkjast at det blir vanskeleg å få koordinert og levert inn til 15.januar. Dette må uansett undersøkings til KS freista å få svaret på.

Det var elles ingen som hadde motførestellingar til forslaget om at endelege tal skal publiserast 15.juni i framtida. Det vil føra til at kommunane må senda inn eventuelle oppdateringar seinast 20.mai. Den noverande fristen for dette er 30.september.

Vedtak:

- Det gjennomføres en grundigere undersøkelse blant arbeidsgruppens medlemskommuner og deretter i ASSS om innrapporteringsfrist for KOSTRA skjema 1, 4 og 5 for å finne ut om 15. januar er realistisk.
 - **Ansvar: KS Frist: 15.6.2015**
- Forutsatt realisme: Innrapporteringsfrist for KOSTRA skjema 1, 4 og 5 framskyndes fra 15. februar til 15. januar f.o.m. rapporteringen for 2015-årgangen. Det informeres om dette i KOSTRAS november-brev til kommunene.
 - **Ansvar: SSB Frist: før 1.november 2015**
- Målsetning om endelige tall i juni. Det medfører at kommunene må sende inn ev. oppdateringer senest 20. mai (nåværende frist er 30. september). SSB melder dette inn til KOSTRA Samordningsråd for egen behandling («toppnotatsak»)
 - **Ansvar SSB Frist: 15.juni 2015**

3 Forenkling av KOSTRA-skjemaer innen helse og omsorg

Gjennomgang på vegne av KS v/ Vista Analyse (Simen Pedersen) og Rambøll (Marianne Holmesland).

1 – Kort om oppdraget fra KS

2 – Kort om overordnede funn

3 – Innspill fra KOSTRA-arbeidsgruppen (runde rundt bordet) – hva burde forenkles i KOSTRA-skjemaene 1, 4 og 5?

4 – Diskusjon rundt konkrete forenklingsforslag som vi kommer tilbake til

Referat frå møtet:

Simen Pedersen og Marianne Holmesland fra Rambøll orienterte om arbeidet med oppdraget frå KS. Bakgrunnen for oppdraget er eit ønske om å forenkla rapporterings-, dokumentasjons- og rutinekrav for kommunane. Målsetjinga for oppdraget er å identifisera og kartleggja statlege krav til dokumentasjon, saksbehandling, system og prosedyrar (rutinar), og opplevde krav av kommunane. I samband med dette ønskjer dei å kartleggja statlege rapporteringskrav i KOSTRA og IPLOS. Vidare er målsetjinga med oppdraget å føreslå reduksjon, forenkling og samordning av rapporterings-, dokumentasjons- og rutinekrav.

Tilnærminga frå Vista er analytisk der dei i første omgang ønskjer å kartleggja nå-situasjonen. I andre omgang ønskjer dei å vurdere og dokumentera. Det inneber mellom anna å sjå på kva mekanismar som har bidrege til auka rapporterings- og dokumentasjonsomfang. Kva er nytteverdien av dagens rapporterings- og dokumentasjonskrav, og vurdere om dette kan gjennomførast på ein enklare måte i framtida. Til sist ønskjer Vista å føreslå kva for nokre rapporteringskrav og rapporteringspunkt som kan fjernast, forenklast og samordnast. Her vil ein også sjå på tiltak som kan sikra ein betre balanse mellom rapportering og dokumentasjon og utnytting av informasjonen.

I samband med kartlegginga har dei gjennomført dokumentanalyse av regelverk, rapportar og andre relevante dokument. I tillegg har dei gjennomført kvalitative djupneintervju med ulike aktørgrupper for å få oversikt over krav, prosessar og nytteverdi. Dei har også gjennomført arbeidsseminar med relevante aktørar i startfasen til prosjektet, og ønskjer å gjera det same i avslutningsfasen. På desse seminara har fokuset vore på dei identifiserte krava og gjennomgå forenklingsforslag.

Når det gjeld å føreslå forenklingar i KOSTRA, har det blitt gjennomført eigen workshop med SSB og Helsedirektoratet der ein føretok ein gjennomgang av krav til rapportering i IPLOS, KOSTRA skjema 1, 4 og 5. I samband med dette arbeidet har ein tatt utgangspunkt i om dataene som blir rapportert i dag er viktig styringsinformasjon («need to know») eller om det er snakk om mindre viktig som styringsinformasjon («nice to know»). I så måte er det viktig å stilla spørsmål om dataa som blir rapporterte blir dobbeltrapportert, har dårleg kvalitet, og har høge kostnader å skaffa til vegs.

Når det gjeld overordna funn frå arbeidet med KOSTRA er det mellom anna oppdaga at 1.- novemberbrevet, som SSB sender ut til kommunane, ikkje når fram til alle dei som burde få det. Brevet blir sendt ut til postmottaket i kommunen, men fleire kommunar har ikkje gode nok rutinar for vidaresending av dette. Det blei i samband med dette drøfta måtar for å betre nå. Det blei blant anna føreslått at kommunane oppretta ein eigen e-postkonto for KOSTRA. Fleire av kommunane i arbeidsgruppa var rett nok skeptiske til dette. Ein annan mulegheit er å bruka e-postadressene til dei KOSTRA-ansvarlege frå året før i tillegg til adressene til postmottaka i kommunane.

Når det gjeld rettleiinga til kvart enkelt skjema, kan desse bli betre. Ein bør freista å få inn så mykje av rettleiingstekst som muleg i sjølve skjema, og så lite som muleg i egne rettleiarar. All erfaring tilseier at det er svært få som tek seg bryet med å lesa egne rettleiingar, så sant ikkje informasjonen er

plassart i samband med spørsmålet ein skal svara på. SSB fortalde at dette er ei utfordring dei er klar over. Det har blitt gjennomført ein totalgjennomgang av KOSTRA-skjema 13 med assistanse frå spørjeskjemametodikar. Her blei all rettleiing plassert i skjema og eigen rettleiing blei fjerna. Det er ønskeleg å gjera ein liknande gjennomgang for KOSTRA skjema 1, 4 og 5, men detter er krev mykje tid og ressursar. I mellomtida blir det å gjera dei justeringane ein ser som openbare til neste års rapportering. SSB har fått enkelte tilbakemeldingar på justeringar i dei ulike skjemaa som dei følgja opp. Klikkbare infoknappar i sjølve skjema kunne vore muleg, men nokre av kommunane påpeika at der fleire personar fyller ut same skjema, sender dei ofte papirversjonen til kvarandre.

Ein peika òg på at informasjonen kommunane rapporterte for same skjema i fjor er vanskeleg tilgjengeleg. SSB kommenterte at det ligg ei lenkje med fjorårets rapportering i høgre marg på innrapporteringssida (<http://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/kostra-innrapportering>). Her kan kommunane logga seg inn med fjorårets pinkode og sjå kva som blei rapportert i fjor. Det er tenkjeleg at dette er noko tungvint for kommunane, då dei ofte ikkje tek vare på fjorårets pinkode. SSB får fleire førespurnader om fjorårets rapporterte tal i samband med rapporteringa.

Ein ser også at fleire av tala som blir samla inn i skjema og IPLOS ikkje blir publisert som statistikk. Vista meinte det kunne verka som fleire av spørsmåla i skjema er prega av å vere kjekke å ha¹ heller strengt nødvendige. Det er også mistanke om at fleire av tala som blir publisert er lite brukt og nedlasta. SSB har i samband med dette lova å gi Vista ein oversikt over bruken av tala på ssb.no. SSB tek kontakt med Vista når desse føreligg, og sender òg ut resultatata til arbeidsgruppa. Elles så opplever Vista etter samtalar med kommunane at det er ulik bruk av KOSTRA-tal mellom små og store kommunar. Store kommunar er i større grad flinke til å bruka tala. KS understreka at dette bilete ikkje heilt samsvarar med egne erfaringar i ASSS-nettverka, der små kommunar er minst like flinke til å ta i bruk KOSTRA-tala.

Det blei drøfta om talet på nedlastingar i Statistikkbanken for bestemte tabellar og indikatorar/variablar er ein god variabel på om dette er viktig styringsinformasjon. KS og fleire deltakarar frå kommunane kommenterte at mange tal blir lasta ned av nøkkelpersonar og arbeida med, og vidareformidla til fleire brukarar. Eit døme på dette er Tina Skarheim, leiar i ASSS-nettverket for dei ti største kommunane, som gjer dette for deltakarane i nettverket. Internt i fleire kommunar var dette òg tilfelle (jf. Oslo og Bergen kommune).

Oppfølging:

- SSB skaffar oversikt over treff på nettsidene og sender over til Vista, med arbeidsgruppa på kopi .

4 Bruken av KOSTRA/helse- og omsorgssidene – nettsidestatistikk v/ SSB

Referat frå møtet:

Det førelåg ikkje resultat klare på arbeidsgruppemøtet.

Oppfølging:

SSB følgjer opp og sender ut oversikt til både Vista Analyse og arbeidsgruppa.
Frist: 15.6.2015 (For meir sjå sak 3).

¹ https://www.youtube.com/watch?v=gL_TtqBjtrs

5 Kvalitetsindikatorer

Oppfølging fra arbeidsgruppemøte 5.12.2014. Det ble vedtatt at en skulle gå videre med indikatorer på følgende områder:

- **Helsedirektoratet**
 - legemiddelgjennomgang
 - ernæring

- **KS**
 - flere tjenesteytere
 - avlyste besøk
 - brukerundersøkelser (i samarbeid med SSB)
 - sykefravær (legemeldt OG egenmeldt)

Referat frå møtet:

KS orienterte om dei ulike kvalitetsindikatorane. Fleire av indikatorane er testa ut i ulike nettverk, men deltakarane frå KS som var til stades var usikre på om det førelåg planar om ein eigen rapport basert på denne uttestinga.

Oppfølging:

Representantane frå KS undersøker dette internt og gir tilbakemelding til arbeidsgruppa. Frist 1.6.2015.

- **SSB**
 - IPLOS
 - gjennomstrømning
 - tidsbegrenset opphold
 - iverksettingstid/saksbehandlingstid
 - vurdert av lege/tannlege

5.1 Status for Helsedirektoratets indikatorer

Referat frå møtet:

Helsedirektoratet orienterte om arbeidet med nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Organiseringa er noko endra sidan starten. Mellom anna har det blitt etablert ei overordna kvalitetsindikatorgruppe for kommunale helse- og omsorgstenester, som har ansvaret for å sjå på fokusområde som bør prioriterast, etablering av generiske kvalitetsindikatorar og leggja planar for vidare arbeid i åra som kjem.

Når det gjeld mulege kvalitetsindikatorar knytt til legemiddelgjennomgang og ernæring, har desse blitt behandla i eit eige forprosjekt. I samband med dette har det blitt arbeida med å få etablert nye registreringar (variablar) i IPLOS, fått etablert ein ny meldingsstandard for pleie- og omsorg, standardisering av tilrettelagt EPJ og fått utarbeidd standardisert klinisk dokumentasjon som er forankra i sektoren. Mykje av dette arbeidet er påbyrja , og ein tek mellom anna sikte på å gjera dei nye variablane i IPLOS, som har blitt rapportert via EPJ, tilgjengeleg frå februar 2016

Når det gjeld arbeidet i kvalitetsindikatorgruppa for pleie og omsorg, har dei fått ny prosjektleiar sidan sist. Arbeidet i denne gruppa har i all hovudsak bestått i å testa og ferdigstilla kvalitetsindikatorar frå SSB, PAI-registeret til KS og IPLOS. I tillegg har ein arbeida med testing av indikatorane i effektiviseringsnettverka til KS.

5.2 Status for KS sine indikatorer

5.2.1 Brukerundersøkelser (i samarbeid med SSB)

v/ Astrid Nesland, KSog Dag R. Abrahamsen, SSB

Dokumentasjon:

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

[KOSTRA hovedveileder 2014](#)

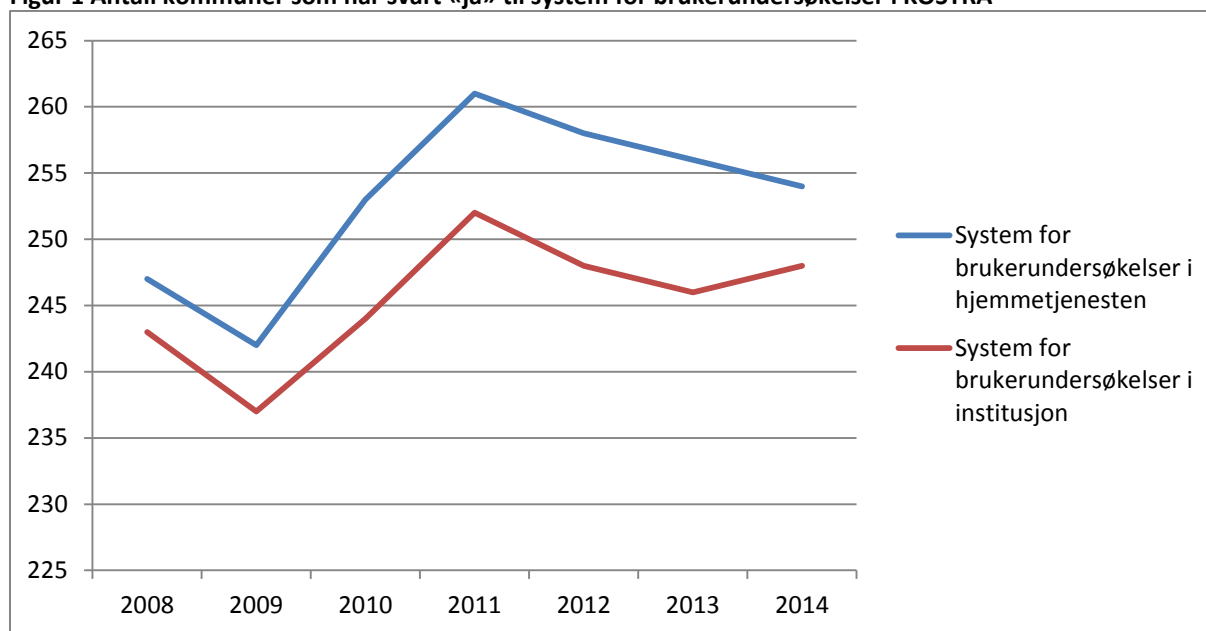
<http://www.bedrekommune.no>

www.ssb.no/tabell/06408

Bakgrunn:

Til arbeidsgruppemøtet 20.5.2014 hadde Helsedirektoratet spilt inn forslag om å droppe indikatoren knyttet til brukerundersøkelser, siden en ikke så nytten i disse. Om det blir gjennomført brukerundersøkelser, om disse er dekkende for å måle kvaliteten på tjenestene/tilbudet, og hvor vidt de blir benyttet til lokalt forbedringsarbeid er mer interessante for direktoratet. Dette ble da imøtegått med at det er nettopp system for brukerundersøkelser en spør etter, som forutsetter et lokalt forbedringsarbeid. Kravet til å kunne svare «ja» på at en har system for brukerundersøkelser i KOSTRA er at det er gjennomført siste 3 år og minst halvparten av brukerne er forespurt.

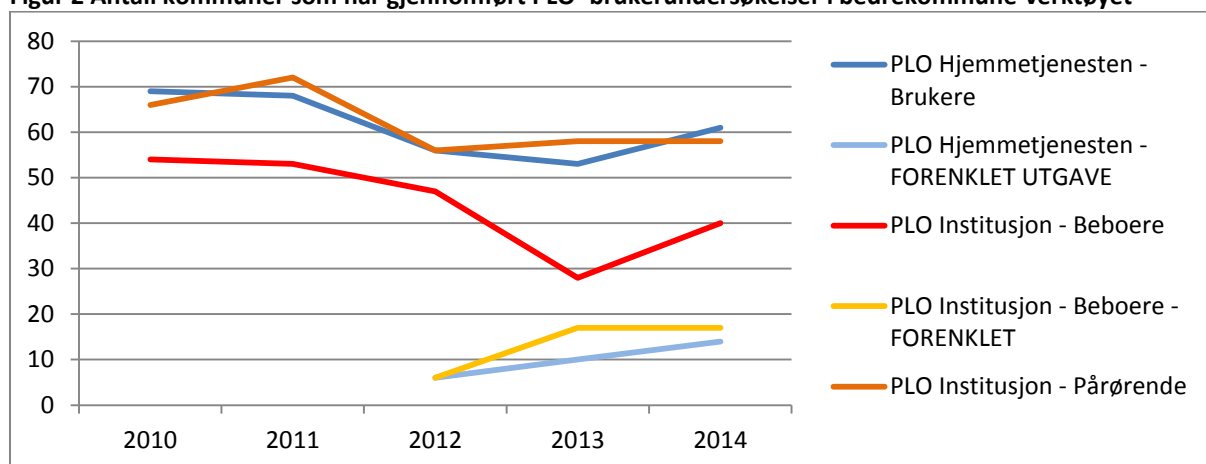
Figur 1 Antall kommuner som har svart «ja» til system for brukerundersøkelser i KOSTRA



Kilde: KOSTRA www.ssb.no/tabell/06408

KS har i mange år gjennomført brukerundersøkelser på mange fagområder gjennom sitt «Bedrekommune»-verktøy. Innen pleie og omsorg er det nå to typer brukerundersøkelser for hjemmetjeneste og tre for institusjon. I tillegg er det undersøkelser for tjenester innen psykisk helse og for personer med utviklingshemming.

Figur 2 Antall kommuner som har gjennomført PLO- brukerundersøkelser i bedrekommune-verktøyet



Kilde: KS, basert på skjemaer definert på

http://www.bedrekommune.no/bedrekommune.no/?module=Articles;action=Article_publicShow;ID=649

Det er i stor grad ulike kommuner som er med for hvert år. Siden det er ressurskrevende å utføre brukerundersøkelser, og anbefaler KS kommunene å vurdere hvorvidt de skal ta den samme undersøkelsen hvert år eller å undersøke hvorvidt tiltak de har igangsatt etter forrige undersøkelse har gitt effekt, så alle kommuner gjør ikke dette hvert år.

Antall kommuner som deltar hvert år gjennom bedrekommune har vært temmelig stabilt, men altså ulike kommuner fra år til år.

På møtet 20.5.2014 ble det vedtatt at KS og SSB i samarbeid skal se nærmere på sammenhengen mellom KOSTRA-tall og tall fra bedrekommune.no.

KS kjenner til mange kommuner som lager sett med undersøkelser selv eller bruker andre konsulentfirmaer. Begrunnelsen kan være at de ønsker å bruke egendefinerte spørsmål som passer til flere tjenester i et helhetlig styringssystem. Andre kommuner er så små at de bruker andre former for brukerdiallog som fanger opp opplevd kvalitet. KS gir gjennom bedrekommune bare et tilbud, og har ingen kontroll med eller oversikt over hvorvidt kommunene velger andre undersøkelser.

Tabell 1 Sammenstilling av data fra KOSTRA og bedrekommune

	2013	2012	2011	ant. kommuner 2011-2013	Andel kommuner med system for brukeru. I KOSTRA OG i utført bedrekommune
Antall kommuner som har system for brukerundersøkels er - hjemmetjeneste	256				
- herav med undersøkelse i bedrekommune (hver kommune bare telt en gang i 3-årsperioden)	61	51	32	144	56 %

Antall kommuner som har system for brukerundersøkelser - institusjon	246				
- herav med undersøkelse i bedrekommune	57	50	35	142	58 %

Kilde: KS, basert på skjemaer definert på

http://www.bedrekommune.no/bedrekommune.no/?module=Articles;action=Article_publicShow;ID=649

Det er altså drøyt halvparten av kommunene som har oppgitt at de har system for brukerundersøkelser i 2013, som har gjennomført brukerundersøkelser i perioden 2011-2013. Om en antar at en del kommuner forholder seg til andre brukersystemer enn bedrekommune, kan tallene stemme, men det kan nok være aktuelt å undersøke dette nærmere. Helsedirektoratet foreslår også en bedre presisering i selve spørsmålsteksten, f.eks. at minst halvparten av institusjonene i kommunen og at private institusjoner også skal inngå. Dagens veiledningstekst er omfattende, selv om spørsmålene er sterkt redusert i forhold til spørsmålene i KOSTRA 2004-2006.

Forslag til vedtak:

KS, Helsedirektoratet og SSB samarbeider om å vurdere om det kan være aktuelt med spørsmål til en noe grundigere spørsmålsbolk rundt brukerundersøkelser som kan bli kjørt hvert 5. år, første gang i 2016. Særlig kan det være av interesse å kartlegge omfanget av andre verktøy enn hva som brukes i bedrekommune. Forslag til avgjørelse/spørsmål skal foreligge innen 1.11.2015. Resultatene av en ev. utvidet spørsmålsbolk kan brukes til å evaluere og ev. endre dagens to spørsmål.

Referat frå møtet:

KS og SSB orienterte om kva dei samanhalde tala for KOSTRA og «bedrekommune»-verktøyet viste. Det ser ut til at tala frå dei to kjeldene stemmer nokså godt overeins. Samstundes skulle det ha vore interessant å undersøkt dei endå nærmare.

Det var samstundes einigheit om at rettleiinga til spørsmåla i skjema 4 bør gjerast tydlegare ved neste års rapportering. Ein bør her freista å få mest muleg av den relevante informasjonen ein treng for å svara i sjølve skjemaet, og ikkje berre gøymd vekk i rettleiaren.

Vedtak:

- Arbeidsgruppa blei einige om å behalda spørsmåla om system for brukarundersøkingar i skjema 4 inntil vidare.
- SSB gjer rettleiing tydelegare/bakar mest mogleg informasjon inn i skjema. Frist 15.9.2015.

5.2.2 Egenmeldt sykefravær

Dokumentasjon:

KOSTRA PLO kvalitetsindikatorer www.ssb.no/tabell/06408

KS sitt PAI-register: <http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/lpas/Fravar/Sykefravarstall-for-kommuner-og-fylkeskommuner/>

I KOSTRA er det en egen kvalitetsindikator for legemeldt sykefravær:

2009 2010 2011 2012 2013

**Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale
årsverk i brukerrettet tjeneste**

9,5 9,2 8,5 9,0 8,6

Kilde: KOSTRA www.ssb.no/tabell/06408

SSB har ikke individdata for egenmeldt sykefravær, kun utvalg på virksomheter.

KS sitt tall for helse og omsorg, 4. kvartal 2013-3. kvartal 2014 er 11,2 prosent, fordelt på hhv. legemeldt med 9,9 og egenmeldt med 1,3 prosent

(http://www.ks.no/PageFiles/58385/Tabell%203%20Sykefrav%c3%a6rsprosjenter_kvinner_og_menn_sektor.pdf?epslanguage=no). Det egenmeldte sykefraværet utgjør mao. kun drøyt 10 prosent av totalt fravær. Spørsmålet er om det er mulig å bruke denne nyansen på kommunenivå, og ikke minst om dette rettferdiggjør innføring av en helt ny datakilde, annen populasjon og andre definisjoner, med den risiko for forvirring og feiltolkninger dette innebærer. I utgangspunktet er SSB skeptiske til å innføre denne indikatoren. Om arbeidsgruppen ønsker å jobbe med å innføre egenmeldt fravær, er det nødvendig at KS utarbeider en nytte-kost-analyse av å innføre egenmeldt sykefravær basert på PAI-tall i KOSTRA.

Forslag til vedtak:

Indikator for egenmeldt sykefravær basert på PAI-registret foreslås ikke innført.

Referat frå møtet:

SSB orienterte om kvalitetsindikatorane om sjukefråvere som finst i KOSTRA per i dag. Desse inneheld berre legemeldt sjukefråvere. Det kjem av at SSB ikkje har informasjon om eigenmeldt sjukefråvere fordelt på ulike utdanningsgrupper på kommunenivå. Tal for dette føreligg berre på overordna nivå, og er basert utvalsundersøkinga AKU.

I PAI-registeret til KS er det derimot opplysningar om både eigenmeldt og legemeldt sjukefråvere. SSB ytra ønske om å få tilgang til desse tala på kommunenivå frå KS for å samanlikna og vurdere kvaliteten på tala i dei to ulike kjeldene. KS sine deltakarar skulle følgja opp og sørgja for at SSB fekk tilgang til tala.

KS meinte det var uheldig å publisera tilnærma like kvalitetsindikatorar på ulike nettstader med ulike datakjelder. Det var eit ønske frå KS at ein burde ha same kjelde for desse kvalitetsindikatorane begge stader (ssb.no og helsenorge.no).

Helsedirektoratet orienterte om at dei har vedteke å bruka indikatorane frå PAI-registert i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet på kommunenivå. PAI-registeret muleggjer både å visa legemeldt og eigenmeld sjukefråvere, men også å fordela det mellom heimebaserte tenester og institusjon.

Det blei elles drøfta om kvalitetsindikatoren, slik den blir publisert i KOSTRA i dag, sa noko som helst om kvaliteten i tenesta. Fleire av kommunane var usikre på nettopp dette. Dette er nyttig styringsinformasjon, men utan at det nødvendigvis seier noko kvaliteten i tenesta. Det blei difor føreslått at ein burde vurdere å gjera om indikatorane til «vanlege» indikatorar. SSB ønska å venta med dette til det var gjort ytterlegare samanlikningar av SSB sine tal frå Aa-registeret og KS sine tal frå PAI-registeret. Det var samstundes einigheit om at dersom ein vel å publisera indikatorane basert på ulike kjelder, at ein synleggjer og forklarar brukarane kva som er forskjellen mellom dei to tala frå PAI-registeret og Aa-registeret. Det blei også nemnd at SSB for nokre år sidan utarbeida eit notat om forskjellane.

Vedtak:

Arbeidsgruppa blei einige om at ein må forklara kva som er årsaka til forskjellar mellom PAI og Aa-registeret.

Ansvar: SSB og KS. Frist: 15.06.2015

5.2.3 FOU-rapport om kartlegging og bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner (til orientering)

Prosjekt om kartlegging av kommunenes bruk av objektive kvalitetsindikatorer i norske kommuner er utført av Agenda Kaupang på oppdrag fra KS

<http://www.ks.no/tema/Innovasjon-og-forskning1/forskning-og-utredning/Ferske-FoU-rapporter/FoU-Kartlegging-og-bruk-av-objektive-kvalitetsindikatorer-i-norske-kommuner/>

Referat frå møtet:

KS orienterte kort om FOU-rapportane. Nokre av funna frå prosjektet er følgjande:

- 60 % av landets kommunar bruker objektive kvalitetsindikatorar og bruken aukar i takt med kommunestorleiken (til 92% i kommunar over 15 000 innbyggjarar)
- Det er størst bruk av kvalitetsindikatorar innan grunnskule, pleie og omsorg, barnehagar, sosiale tenester og helse
- Bruken av felles/like indikatorar på tvers av kommunegrensene er relativt lite utbreidd
- Sjølv om kommunane opplever bruken av objektive kvalitetsindikatorar som nyttig, konkluderer rapporten med at kommunane har kome kort i dette arbeidet
- For å auka bruken av objektive kvalitetsindikatorar krevjar det involvering både frå politisk nivå i eigen kommune og sentral drahjelp
- Store avgrensingar i fagsystema og relativt lite nyare forskning er andre avgrensingar når det gjeld bruken av objektive kvalitetsindikatorar

5.3 Status for SSBs indikatorer

v/ Dag Abrahamsen, SSB

På kvalitetsindikatorverkstedet i desember 2014 fikk SSB i oppgave å se nærmere på en del IPLOS-baserte indikatorer:

- gjennomstrømning
- tidsbegrenset opphold
- iverksettingstid/saksbehandlingstid
- vurdert av lege/tannlege

Gjennomstrømning og tidsbegrenset opphold jobbes det kontinuerlig med i ulike oppdrag, og en tar sikte på å ferdigstille en helhetlig analyse i løpet av 2015.

«Vurdert av lege/tannlege» er det målsetning om å ferdigstille i løpet av mai, slik at data kan publiseres i juni forutsatt tilfredsstillende kvalitet.

«Iverksettingstid/saksbehandlingstid» kan være noe mer krevende, men det er fortsatt målsetning også her om ferdigstilling i løpet av mai.

Referat frå møtet:

SSB orienterte om status for dei kvalitetsindikatorane som dei hadde fått ansvaret for å sjå nærmare på. For iverksettingstid/saksbehandlingstid bør det likevel nemnast at denne er krevjande. Det er ikkje eintydig kva definisjon som skal ligga til grunn for registreringane, og korleis ein skal telja dette. KS påpeika at dei i sine undersøkingar hadde avdekt ulik praksis.

Oppfølging:

Iverksettingstid/saksbehandlingstid: SSB i samarbeid med KS og Helsedirektoratet arbeider vidare og freistar å bli einig om ein felles definisjon . **Frist:** Status vurderast 1.6.2015

Vurdert av lege/tannlege: SSB søker å ferdigstille tal. **Frist:** 1.6.2015

6 Plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i helse- og omsorgsinstitusjoner

- i lys av ny helse- og omsorgstjenestelov og samhandlingsreform

v/ Dag Abrahamsen, SSB

6.1 Lovgivning

I tiden før KOSTRA ble obligatorisk - dvs. før 2001 – var det tre kategorier pleie- og omsorgsinstitusjoner: sykehjem, aldershjem og de såkalte boformer for heldøgns omsorg og pleie. Sistnevnte kategori var lite tydelig definert, men datainnsamling for disse enhetene antydte at det ofte gjaldt heldøgns tilbud til yngre brukere med særlige behov. Sammenblanding med «boliger med bemanning» innen hjemmetjenesten forekom hyppig. Ettersom det bare dreide seg om noen hundre plasser, besluttet SSB i samråd med helsemyndighetene og KOSTRA-arbeidsgruppen fom. 2008-årgangen å la disse enhetene regnes med i sykehjemspopulasjonen, siden de iht. forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (<http://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932>) skal likestilles med sykehjem. Denne forskriften angir i §3-2 særlig at sykehjem mv. skal ha

- a) *en administrativ leder*
- b) *en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling*
- c) *en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien*

i motsetning til f.eks. aldershjem, som ikke har spesifiserte bemanningskrav.

Innføringen av KOSTRA medførte også at barne- og avlastningsboliger, definert i daværende sosialtjenesteloven, inngikk i institusjonsbegrepet og dermed KOSTRA regnskapsfunksjon 253.

I likhet med boform for heldøgns omsorg og pleie er forståelse og praksis for bruk av barne- og avlastningsboliger ulik i kommunene. Helsetilsynet peker på noen av presisjonsutfordringene i sin rapport 2/2010 «Det vil helst gå bra...»

(https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrappor2_2010.pdf, s. 16). I IPLOS-registreringene og SSBs kartlegging av hjemmetjenesten høsten 2014 kommer det klart fram at mange kommuner gir særlig avlastning, og også vedtak om barnebolig, fra boliger som inngår i hjemmetjenesten. SSB har av på grunn av den store usikkerheten som hersker rundt praksis når det gjelder barne- og avlastningsboliger ikke egne publiseringer der plassstallet inngår, men de inngår på kommunenivå KOSTRA-publiseringen.

Innføring av helse- og omsorgstjenestelov i 2011samlet de ulike institusjonstypene i Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon (<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1254>):

- a) *Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger*
- b) *Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige*
- c) *Aldershjem*
- d) *Sykehjem*
- e) *Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.*

I tillegg til de tidligere nevnte institusjonstyper i a), c) og d), har en også tatt med rusomsorgsinstitusjoner som tidligere var omtalt i sosialtjenesteloven, samt en ny institusjonsform «døgnplasser for øyeblikkelig hjelp», såkalte ø-hjelp-plasser, et viktig element i samhandlingsreform som ble igangsatt i 2012.

6.2 Konsekvenser for KOSTRA

Lovendringer tilsier at en må legge inn en del nye forutsetninger i beregning og fordeling av antall plasser.

Alle plasstypene inngår nå i KOSTRA skjema 5 «Helse- og omsorgsinstitusjoner», i tillegg til de såkalte private pleiehjemmene, som strengt tatt ikke lenger er definert i lovverket, men som noen få kommuner fortsatt benytter i tjenestetilbudet. I tillegg har en institusjonskategorier for hhv. kombinasjon av sykehjem og aldershjem samt sykehjems og statlig virksomhet. Dette gir følgende institusjonskategorier for KOSTRA skjema 5 pr. 2014-årgangen:

- Sykehjem
- Kombinert aldershjem og sykehjem
- Sykehjemsavdeling kombinert med statlig virksomhet (sykestue/ fødestue, psykiatrisk avd., distriktsmedisinsk senter mm.)
- Aldershjem
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge (barnebolig)
- Avlastningsinstitusjon/-bolig
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Privat forpleining, opphold hos privatpersoner

Det viser seg særlig utfordrende å få inn rapportering på de privateide rusomsorgsinstitusjoner, og ettersom oversikt ikke er etterspurt, har SSB foreløpig ikke prioritert datainnhenting her.

I tillegg til ø-hjelp-plasser, foreskriver også samhandlingsreformen et utvidet kommunalt tilbud av medisinske plasser. I motsetning til ø-hjelp-plasser, skal de medisinske plassene regnes med blant sykehjems plasser, men rapporteringen tyder på at det er en viss sammenblanding mellom disse to plasstypene. Det er tilfeller der samme institusjon fører opp plassene på ø-hjelp det ene året og sykestue det neste året.

6.3 Generelt om tidsbegrenset opphold

Utvikling i ulike tidsbegrensede plasser (kun sykehjem og aldershjem), KOSTRA skjema 5) samt beboere på tidsbegrenset opphold (IPOS, inkludert avlastning i institusjon):

År	2011	2012	2013 ²	2014 ¹
Antall enheter med tidsbegrensede plasser ³	633	614	657	
Antall plasser avsatt til tidsbegr. opphold totalt²	6 623	6 753	7 536	
Rehabilitering	2 071	2 257	3 101	
Avlastning	887	846	1 327	
Ø-hjelp-plasser ²	50	115	309	
Medisinske plasser	404	1 007	994	
Annet tidsbegrenset opphold ⁴	3 211	2 528	1 801	
IPOS: beboere på tidsbegrenset opphold	9 192	9 907	9 082	

Fra 2012 til 2013 har det vært en markant økning i antall plasser avsatt til tidsbegrenset opphold i sykehjem og aldershjem. Som det går fram av tabellen skyldes mye av dette rundt 200 ny ø-hjelp-plasser, men i enda større grad nærmere 500 flere plasser satt av til avlastning. Uten at det er gjort noen direkte skjemaendringer for avlastningskategorien, ser vi en sterk økning fra 2012 til 2013.

² pr. 5.3.2015, oppdateres med justerte tall og 2014 etter 15.3.2015

³ Tom. 2012 er ØHD-plasser fra egne ØHD-avdelinger inkludert i ant. ØHD-plasser og plasser avsatt til tidsbegrenset opphold

⁴ Fom. 2013 inngår også en del medisinske plasser i «annet tidsbegrenset opphold», spesielt fleksible plasser.

Av pedagogiske hensyn ble imidlertid kategoriseringen lagt om i 2013, slik at antall plasser avsatt til tidsbegrenset opphold totalt ble beregnet som summen av de spesifiserte kategoriene OG kategorien «Annet tidsbegrenset opphold». Tom. 2012 anga en i utgangspunktet antall plasser til tidsbegrenset opphold som generell kategori, for deretter å fordele en del av plassene i enkelte kategorier, herunder «annen type medisinsk innleggelse». I 2013 var det nærmere 500 plasser i den nye «annen»-kategorien som må kunne karakteriseres som medisinske på grunnlag av nærmere spesifisering. Rundt 200 plasser ble også brukt både som medisinske plasser og som generelt tidsbegrensede plasser som avlastning og rehabilitering. De aller fleste av de medisinske plassene i «annen»-kategorien ser ut til å kunne falle inn under de allerede eksisterende medisinske plass-kategoriene. Særlig bør plasser kalt «utredning» og «utskrivningsklare pasienter» kunne plasseres under «observasjon»-kategorien.

Samtidig som vi ser en økning i antall tidsbegrensede plasser, har det vært en omtrent like sterk nedgang i antall beboere på tidsbegrenset opphold registret i IPLOS fra 2012 til 2013. Det er mulig at ø-hjelp-tilbudet spiller en viss rolle her, ettersom de som er integrert i syke- eller aldershjem blir telt med i KOSTRAs antall tidsbegrensede plasser, mens ø-hjelp-pasienter ikke er registrert i IPLOS⁵. Gjennom året var det også en nedgang i beboerdøgn på tidsbegrenset opphold, fra 2,7 millioner i 2012 til 2,5 millioner i 2013.

6.4 Spesielt om ø-hjelp-plasser

Ettersom ø-hjelp-plassene i stor grad befinner seg på sykehjem, er det uklart i hvilken grad kommunene teller disse med i sykehjemsavdeling eller ikke når de rapporterer på KOSTRA skjema 5. Enkelte sykehjem kombinert med statlig virksomhet oppgir ø-hjelp-plassene i «annet»-kategorien, og vil dermed automatisk ikke tellet med i *sykehjemsplasser*. De regnes uansett med blant plasser avsatt for tidsbegrenset opphold.

Framfor å gjette seg fram til hvorvidt ø-hjelp-plassene skal trekkes fra den enkelte institusjon eller ikke, foreslår SSB tre endringer i skjema 5, punkt 3 for å skille ut disse plassene klarere:

- Legge til nye institusjonstype «**Øyeblikkelig-hjelp-avdeling**»
- Flytte kategori for tidsbegrenset opphold «**Øyeblikkelig-hjelp-plasser**» til nye hovedkategori

Antall plasser slik bygningen er utformet per 31.12, uavhengig om plassene er i bruk eller ikke på telletidspunktet.

	I sykehjemsavd.	I aldershjemsavd.	I annen type avd.	Totalt

endres til:

Antall plasser slik bygningen er utformet per 31.12, uavhengig om plassene er i bruk eller ikke på telletidspunktet.

I sykehjemsavd.	I aldershjemsavd.	Ø-hjelp-plasser	I annen type avd.	Totalt

⁵ Fra 2015 skal ø-hjelp registreres for personer som allerede mottar tjenester

Dermed må kommunen ta et mer bevisst valg når en rapporterer sykehjemsplasser og ø-hjelp-plasser. Høyst sannsynlig vil en del av de sykehjemsplassene som er rapportert i dag erstattes av ø-hjelp-plasser, slik at en for disse enhetene får en reduksjon i antall sykehjemsplasser.

Rene avdelinger for ø-hjelp-plasser blir fjernet fra plasstallet for sykehjem og tidsbegrenset opphold i KOSTRA tall for 2013 og 2014 som publiseres 16.3.2015.

I 2013 dreide det seg om 9 enheter med totalt 46 plasser.

År	2011	2012	2013	2014
Antall enheter rapportert med kun ø-hjelp	1 ⁶	4 ⁷	9 ⁸	
Antall plasser	4	10	46 ⁹	

Utvikling i ø-hjelp-plasser og -enheter totalt (de fleste av plassene i sykehjem):

År	2011	2012	2013	2014
Antall enheter med ø-hjelp-plasser	30	54	117	
Antall plasser	50	115	309	

Flesteparten av ø-hjelp-enhetene deles av flere kommuner.

Uansett tyder henvendelser fra kommunene på at det spesielt i oppstarten, men også på sikt, vil være utfordringer med å anslå antall plasser, og ikke minst fordele disse på deltakende kommuner i interkommunalt samarbeid. Å bruke antall oppholds-døgn registrert i IPLOS kan gi en bedre tilnærming, men to forhold gir her utfordringer:

- det er kun de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester (som rapporteres til IPLOS registeret) forut for innleggelse i ø-hjelp-plass som registreres og rapporteres til IPLOS -registeret (jf. IPLOS-veiledning på nett IPLOS-spørsmål-svar side <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar>)
- i hvilken grad rutiner sikrer at fastlegen som legger inn pasienter på ø-hjelp informerer videre til IPLOS-registreringsansvarlig. Helsedirektoratet opplyser at det ved innleggelser på ø-hjelp eller til spesialisthelse oftere og oftere går meldinger til pleie- og omsorgstjenesten om dette (dersom de mottar omsorgstjenester). Disse opplysningene dokumenteres videre i EPJ.

Rapporten «Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene» (<https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/Undersøkelse%20om%20bruken%20av%20øyeblikkelig%20hjelp%20døgnopphold%20i%20kommunen.pdf>)

antyder at kun en beleggspersent på 30-50 for mange av de plassene som er avsatt/gitt tilskudd til (s.11). Her poengteres det også at en del kommuner har en glidende overgang mellom sykehjemsplass og ø-hjelp-plass (s. 12), noe som fører til ytterligere usikkerhet for plass-tallet.

⁶ Kommunalt eid sykestue

⁷ Sykestue på helseforetak, en kommunal sengepost på helseforetak, samt 2 legevaktsenheter

⁸ 5 egne ØHD-enheter, 2 legevakt og 2 sykestuer

⁹ Hvorav én enhet har 12 plasser

6.5 Spesielt om plasser avsatt for medisinsk innleggelse

Utvikling i medisinske plasser og enheter (kun sykehjem og aldershjem),:

År	2011	2012	2013 ¹⁰	2014
Antall plasser for medisinsk innleggelse totalt	404	1007	994	
herav:				
LINDRENDE		344	448	
INTERMEDIÆR		219	200	
SYKESTUE		40	43	
OBSERVASJON		111	106	
ETTERBEHANDLING		146	182	
ANNEN MEDISINSK		148		
annen type tidsbegrenset plass			1810	

En ser en signifikant økning for lindrende plasser. For de øvrige plasstypene er det interessant å se i hvor stor grad nivået er stabilt.

For 2015-skjema bør en vurdere om det burde vært et eget spørsmål om annen type medisinske plasser, samt et felt som summerer automatisk de medisinske plassene totalt, og at en legger inn alternativbetegnelser på noen av de eksisterende kategoriene, slik at flest mulig plasser kan plasseres her. Mot dette kan en vurdere om en skal droppe kategorisering, slik Helsedirektoratet har foreslått, og heller ramse opp de typer plasser som inngår i «plasser for medisinsk innleggelse». Ettersom tilskudd til slike plasser er falt bort fra 2015, anses det som naturlig å droppe spørsmålene om finansiering.

¹⁰ F.o.m. 2013 er ikke «annen type medisinske plasser inkludert, men inngår i «annen type korttidsplass»

6.6 Kategorien «annen type tidsbegrensede plasser»

Kategorien «annen type tidsbegrenset plass» ble f.o.m. 2013 endret til å inneholde både «annen type medisinske plasser» (enn de spesifiserte kategoriene), samt øvrige ikke-medisinske plasser. Av de rundt 1800 plassene i annen-kategorien er rundt 1300 angitt å være ikke-medisinske. Her er den største gruppen med over 1 100 plasser bare kalt «generell korttid», i tillegg er denne nevnt i kombinasjon med rundt 200 av de andre ikke-medisinske plassene. Øvrige svar synes såpass spesifikke at SSB mener det ikke er aktuelt med egen kategori.

Forslag fra Helsedirektoratet:

Plasser spesielt avsatt for tidsbegrenset opphold			
	Antall	Drives noen av plassene i samarbeid med andre kommuner	
		Ja	Nei
Plasser spesielt avsatt for rehab. opphold			
Avlasting			
Øyeblikkelig helsehjelp - døgnplasser i kommunen			
Lindrende (palliativ)			
Andre korttidsplasser med behandlingsformål			
Trygghetsplasser (lavterskeltilbud uten søknad)			
Tidsbegrensede plasser i alt			
Hvis kommunen disponerer plasser i spesialisthelsetjenesten, oppgi antall:			
For annen type tidsbegrensede plasser, vennligst beskriv type:			

Kommentarer fra SSB:

i. Ø-hjelp-plasser

Siden ø-hjelp-plasser ikke er å anse som sykehjemsplass, mener SSB det er en helt nødvendig å flytte kategorien «Øyeblikkelig helsehjelp - døgnplasser i kommunen» fra del 4 «Spesielle tilbud» til del 3 «Plasser og rom», på linje med hovedkategori plasser sykehjem, aldershjem og «annen avdeling». I dagens skjema vet vi ikke om rapportør har telt med ø-hjelp-plasser i tallet på sykehjemsplasser eller ikke.

ii. Trygghetsplasser

I spesifikasjonsfeltet for «annen type tidsbegrensede plasser» angis kun 25 trygghetsplasser i 2013 og 80¹¹ i foreløpige tall for 2014. Egen kategori vil sannsynligvis øke antallet noe, men SSB mener at spørsmålet bør ha relevans for langt flere institusjoner enn de 7 som har oppgitt trygghetsplasser i «annet-kategorien» i 2014. SSB forslår derfor at eventuelle trygghetsplasser fortsatt oppgis i «annet-kategorien».

iii. Interkommunalt samarbeid

SSB mener det er en god ide å spørre om interkommunalt samarbeid for hver plass, og ikke generelt som i dagens skjema. En kunne tenke seg at en i stedet for ja/nei burde spørre «av disse, antall i samarbeid med andre kommuner». En slik tilnærming vil gi ytterligere informasjon, men tilbakemeldinger viser at denne type plasser tildeles etter behov mellom kommunene, slik at antallet blir usikkert. En bedre tilnærming kan da være å telle antall døgnopphold registrert i IPLOS av ulike kommuner på samme institusjon.

iv. Plasser i spesialisthelsetjenesten

Det er noen få tilfeller i KOSTRA skjema 5 der kommunene har oppgitt plasser i spesialisthelsetjenesten som de disponerer – sendt inn som eget skjema med organisasjonsnummeret til spesialisthelsetjenesten og med institusjonstype «sykehjem kombinert med statlig virksomhet». Videre skal oppholdsdøgn på slike plasser også registreres i IPLOS. SSB mener derfor at det er unødvendig å ha dette som eget spørsmål, da det lett vil oppstå tvil om en teller sykehjemsplasser eller sykehusplasser.

¹¹ Eventuelt i kombinasjon med andre plasser/fleksibelt etter behov

Nåværende skjema 5, punkt 4 «Spesielle tilbud», medisinske plasser

Øyeblikkelig helsehjelp - døgnplasser i kommunen				
<i>Plasser for medisinsk innleggelse</i>				
		Finansiering (flere kryss mulig):		
	Antall plasser	Kommunalt	Tilskudd fra helseforetak	Annen type tilskudd, spesifiser nedenfor
Lindrende (palliativt)		☐	☐	☐
Intermediært		☐	☐	☐
Sykestue		☐	☐	☐
Observasjon		☐	☐	☐
Etterbehandling		☐	☐	☐
.				
Annen type tidsbegrensede plasser		☐	☐	☐
.				
Tidsbegrensede plasser i alt				
For annen type tidsbegrensede plasser, vennligst beskriv type:				
Spesifisering av annen finansiering enn kommunal/HF				

foreslås endret til:

**Flyttes til p 3,
hovedkategorier**

Øyeblikkelig helsehjelp - døgnplasser i kommunen				
<i>Plasser for medisinsk innleggelse</i>				
		Finansiering (flere kryss mulig):		
	Antall plasser	Kommunalt	Tilskudd fra helseforetak	Annen type tilskudd, spesifiser nedenfor
Lindrende (palliativt)		☐	☐	☐
Intermediært		☐	☐	☐
Sykestue		☐	☐	☐
Observasjon		☐	☐	☐
Etterbehandling		☐	☐	☐
.				
Annen type tidsbegrensede plasser		☐	☐	☐
.				
Tidsbegrensede plasser i alt				
For annen type tidsbegrensede plasser, vennligst beskriv type:				
Spesifisering av annen finansiering enn kommunal/HF				
 				

medisinske

Drives noen av plassene i samarbeid med andre kommuner

Ja/Nei

NY! Annen type ikke-medisinske plasser plasser

Merknader til plasser

Dvs. i klartekst

Punkt 3 - Plasser

I sykehjemsavd.	I aldershjemsavd.	Ø-hjelp-plasser	I annen type avd.	Totalt

Punkt 4 Spesielle tilbud

..

Plasser spesielt avsatt for tidsbegrenset opphold:

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

Plasser for medisinsk innleggelse

	Antall plasser	Driftes noen av plassene i samarbeid med andre kommuner (ja/nei)?
Lindrende (palliativt)		
Anne type medisinsk behandling		

Tidsbegrensede plasser i alt	
------------------------------	--

Merknader til plasser	
-----------------------	--

Forslag til vedtak:

- a) Opprette ny kategori for helse- og omsorgsinstitusjon «*øyeblikkelig-hjelp-avdeling*» i KOSTRA skjema 5.

Referat fra møtet:

Enighet i gruppen om at dette høres fornuftig ut. Med dette får vi også med Oslos egen KAD-avdeling.

For store kommuner ser det ut til at det er god kontroll på antall plasser, og bruk, av ø-hjelpsplasser. Oslo kommune bruker legevaktsystemet for å holde oversikt over bruk av ø-hjelp; pleie- og omsorgssystemet fungerer ikke for en så stor og rask sirkulasjon av pasienter. Oslo kommune opplyste at i 2014 var det kun 16 prosent av pasientene på kommunal akutt døgnenhet KAD som ble skrevet ut til sykehjem eller omsorgsbolig.

- b) KOSTRA punkt 3: Flytte kategori for tidsbegrenset opphold «*øyeblikkelig-hjelp-plasser*» til nye hovedkategori (sammen med sykehjem, aldershjem og annen type plass). Felt for «*Ø-hjelp-plasser*» er åpent for sykehjem og egne øyeblikkelig-hjelp-avdeling.

Referat fra møtet:

Enighet i gruppen om at dette høres fornuftig ut.

- c) Innskrenke medisinske plasser til:
- lindrende
 - annen medisinsk behandling (f.eks. intermediær, observasjon, utredning, etterbehandling)
- d) Egen kategori for «annen type ikke-medisinsk korttidsopphold»
- e) Frivillig felt for spesifikasjon av alle typer plasser: «Merknader til plasser»
- f) Feltet «For annen type tidsbegrensede plasser, vennligst beskriv type:» fjernes
- g) Alle spørsmål tilknyttet finansiering fjernes som følge av overgang til rammefinansiering
- h) Spørre hvorvidt noen av følgende plasser drives i samarbeid med andre kommuner:
- Plasser spesielt avsatt for rehab. opphold
 - Avlasting
 - Øyeblikkelig helsehjelp - døgnplasser i kommunen
 - Lindrende (palliativ)
 - Andre korttidsplasser med behandlingsformål

Referat fra møtet:

Det ble diskutert i gruppen at det er store forskjeller mellom store og små kommuner i hvilken grad interkommunalt samarbeid benyttes, og i hvilken grad dette kan synliggjøres fra kommunene på en hensiktsmessig måte. Tolga kommune kommenterer at det er få plasser for ø-hjelp per nåværende tidspunkt, og det påpekes i gruppen at det først er fra 1.1.16 av dette er lovpålagt. For Tolga vil det være under én plass satt av til ø-hjelp, - vurdert behov er 2 plasser i samarbeid med nabokommuner. SSB kommenterer at å fordele disse plassene på kommuner vil være utfordrende.

Videre diskutert gruppen at ø-hjelpsplasser og andre medisinske plasser kan variere etter behov, også gjennom fleksibel utnyttelse ved samlokalisering. En stund kan det være behov for tre plasser i en kommune, og en periode kan det være behov for disse plassene i en annen kommune. Så gjør man seg opp et internt regnskap på slutten av året, og fordeler mellom kommunene før rapportering til SSB.

Kommunene mente at å fordele plasser på kategoriene er det vanskeligste i hele KOSTRA-rapporteringen. Det er derfor viktig med konkrete definisjoner av de ulike typene plasser som

etterspørres, - hva man definerer som medisinsk innleggelse og rullerende opphold kan variere. Kommunene etterspurte sumfelter, og tydelige markeringer på hva som henger sammen i skjema . Kommunene i gruppen har ulike oppfatninger av hva som er hensiktsmessig og viktig, når det gjelder spesifiserte plasser og brukergrupper. Bergen kommune mener f.eks. plasser satt av til utskrivningsklare pasienter er viktig (observasjon/etterbehandling), mens Oslo kommune har god kontroll på dette og ikke ser behov for dette i skjema.

Vedtak:

Arbeidsgruppen går i utgangspunktet inn for de foreslåtte endringer, men ber om at SSB sender ut endringsforslagene i skjemaversjon på e-post til arbeidsgruppen, slik at en har tid til å gjennomgå dette. Frist: 1.6.2015

7 Funksjonskontoplan

v/ Dag Abrahamsen, SSB

Dokumentasjon: [KOSTRA hovedveileder](#)

7.1 Avvikle eller endre innhold i funksjon 255 «Medfinansiering somatiske tjenester»?

SSB har fått innspill fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet ved Charlotte Herje om arbeidsgruppen vil vurdere å avvikle funksjon 255 «Medfinansiering somatiske tjenester». I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115) går det frem at kapittel 2 om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er opphevet jf. endringsforskrift FOR-2014-12-11-1590.

Slik er innholdet i funksjon 255:

Utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Medfinansieringen gjelder kun iht. helse- og omsorgstjenesteloven §11-3. Utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten skal føres under art 400.

Utgifter til utskrivningsklare pasienter (§ 11-4) skal ikke føres på denne funksjonen, men på funksjon 253.

En kommune i nord stiller spørsmålet er om det kan være hensiktsmessig å beholde funksjonsnummeret og heller endre innholdet til medisinske plasser som nå kommunen i større grad. De mener at denne type tidsbegrenset opphold er noe helt annet enn langtidsplasser og avlastningsplasser. De som taler i mot dette, er at enn så lenge ser det ut til at økningen vi så i forbindelse med Samhandlingsformen nå ser ut til å ha stabilisert seg på rundt 1500 plasser. Analyse av plasskategoriene tyder dessuten på at det er et ikke ubetydelig skjønnsmessig skille mellom medisinske plasser og andre former for korttidsplasser. I mange tilfeller brukes de samme plassene til ulike formål – både medisinske og ikke-medisinske – fleksibelt etter behov.

Før en tar stilling til om funksjon 255 skal avvikles eller få endret innhold, foreslår SSB at kommunene i arbeidsgruppen redegjør for eget syn.

Referat fra møtet:

Det påpekes fra SSB ved Seksjon for offentlige finanser at det ikke er hensiktsmessig eller ønskelig å endre innhold av nåværende funksjoner, da det vil skape uklarheter ute i kommunene, samt at det kan være aktuelt å hente inn funksjonen igjen på et senere tidspunkt. Pga. etterslep i utbetaling fra stat til kommune vil det forventes bevegelser på kontoen også i 2015.

Vedtak:

Funksjon 255 «Medfinansiering somatiske tjenester foreslås satt til opphør f.o.m. regnskapsåret 2016.

7.2 Gjennomgang av KOSTRA funksjonskontoplan – mer detaljert inndeling etter målgrupper?

Hjemmetjenestekartleggingen høsten 2014 viste at mange kommuner bruker en mer detaljert regnskapsføring enn det KOSTRA legger opp til. Siden hjemmetjenesteområdet er stort, er det særlig vanlig at tjenester til personer med utviklingshemming og med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er skilt ut som egen tjeneste med eget regnskap. For gruppen med rusproblemer er det en egen funksjon, funksjon 243 «Tilbud til personer med rusproblemer». Selv om det her tydelig går fram at generell hjemmetjenester skal føres på funksjon 254 «Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende», tyder hjemmetjenestekartleggingen på at dette skjer i bare

liten grad. En hovedårsak er nok at mange rusomsorgsenheter har feilaktig sosialtjenestenæring i Enhetsregisteret, og derfor ikke ble omfattet av hjemmetjenestekartleggingen. Ellers er også funksjon 234 «Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelser» aktuell for mange målgrupper.

Selv om det altså er en egen funksjon for målgruppen personer med rusproblemer, er det viktig å drøfte med de respektive brukerorganisasjonene konsekvenser og håndtering av ev. flere tilsvarende funksjoner. Ettersom de fleste målgruppene får tjenester fra flere funksjoner, mener SSB det er langt mer hensiktsmessig med underfunksjoner under hver hovedfunksjon, framfor å ha egne selvstendige funksjoner for målgruppene tilsvarende f243. Dette har flere fordeler:

- o Tidsserier brytes ikke
- o Kan være frivillig, uansett forstyrres ikke hovedfunksjon om ikke alle kommuner opererer med underfunksjon
- o De fleste kommuner med mer detaljert internregnskap opererer allerede med slike undergrupper. Hovedutfordringen er at det ikke er opprettet noen standard på området.
- o I større grad uavhengig av kommunal organisering

7.3 Oppfølging av spørsmål tilknyttet funksjonskontoplan

SSB foreslår at en drøfter spørsmål om funksjonskontoplan med kommunene i KOSTRA arbeidsgruppe for helse og omsorg og arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid, så i ASSS, i tillegg også utvalgte kommuner som har sagt seg interessert i å komme med innspill, før en tar stilling til konkrete forslag.

Til diskusjon:

Kommunene undersøker følgende forhold rundt internt regnskapsføring

- a) Er det behov for/realistisk å ha en egen funksjon (ev. underfunksjon til f253) for medisinske korttidsplasser, slik at disse kan skilles fra ordinære langtidsplasser?

for funksjonene 234, 253 og 254:

- b) Blir det brukt en mer detaljert regnskapsfunksjon internt i kommunen for ulike målgrupper? (personer med utviklingshemming, psykiske lidelser, rusproblemer mm.)

Referat fra møtet:

SSB har gjennomgått Hjemmetjenestekartleggingen, der kommunene spørres om de bruker mer detaljerte underfunksjoner. Det er mange kommuner som benytter dette i dag, og 76 kommuner (inkludert 6 bydeler i Oslo) har benyttet kommentarfelt for spesifisering. En del kommuner besvarer hva de ønsker og ser behov for av mer konkret føring (til KOSTRA) per i dag, og følgende kategorier nevnes; PU, Psykisk helse, et skille mellom «ordinær hjemmetjeneste» og døgnbemannet bolig, mulighet for å skille ut administrasjon og opplæring, og et skille mellom de over og under 67 år. Det er mange kommuner som oppgir at de bruker en mer detaljert føring i dag, med underkategorier tilknyttet funksjonene. Kodesettene varierer fra tresifret til femsifret. Blant annet har Bergen kommune oversendt hele funksjonskontoplanen, noe som gir bedre forståelse enn et begrenset kommentarfelt i skjema

Bergen kommune fikk nylig innført underfunksjoner, etter pålegg fra forretningsutvalget i bystyret for å kunne skille mellom ulike brukergrupper. Bærum kommune opplyser om at også der kom underfunksjoner i bruk etter ønsker fra politisk hold. Det påpekes i gruppen at noen gråsoner oppstår også ved underfunksjoner; i hvilken kategori havner en person over 67 år med psykiske helseproblemer?

Arbeidsgruppen påpekte behov for mer presise føringer, samtidig som det i små kommuner kan være vanskelig å skille mellom brukergrupper.

En del kommuner i hjemmetjenestekartleggingen kunne gjennomføres en mer detaljert føring, så

ikke nytteverdien i dette. Noen var også bekymret for at mer detaljert føring kunne medføre mindre fleksibel ressursbruk i små kommuner.

Funksjonskontoplanen blir tema for neste ASSS-møte i pleie og omsorgs-nettverket 2.-3.6.2015.

Dersom de 10 største kommunene kan bli enige om et felles kodesett av underfunksjoner, og som så kan uttestes med godt resultat, vil det være grunnlag for å teste ut i mindre kommuner. I motsatt fall er det neppe aktuelt å gå videre i denne omgang.

Oppfølging:

KS gjennom ASSS-nettverket sjekker muligheter for et felles kodesett av underfunksjoner. Dette blir sak på dagsorden ASSS-møte i Kristiansand 2.-3.6-2015. SSB og Helsedirektoratet kommer også til å delta på møtet.

8 Fastlegekonsultasjoner på kommunenivå (orienteringssak)

v/ Trond Ekorndrud, SSB

Dokumentasjon:

Excel-dokumentet i møteinnkallinga «Fastlegedata frå KUHR_kommunenivå»

Bakgrunnen for denne orienteringssaka er at SSB, våren 2012, lanserte fastlegestatistikk med KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjonar) som datakjelde. Opplysningar om konsultasjoner hos fastlege frå KUHR vart kopla saman med bakgrunnskjenneteikn hos pasientane henta frå SSB sine statistikkregister. Fastlegekonsultasjonane vart presentert etter pasientane sine bakgrunnskjenneteikn alder, kjønn, utdanningsnivå og innvandringsbakgrunn. Tala har så langt blitt publisert på fylkesnivå og er tilgjengelege i lenkja under:

<http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar>

Sidan KUHR-data er individbaserte er det muleg, ved koplingar til SSB sine statistikkregister, å publisera tala på kommunenivå. Dette gjer det interessant for arbeidsgruppa å vurdere om det kan vera relevante indikatorar å innlemma om aktiviteten ved legekontora i kommunane. Tala føreligg allereie i KUHR-databasen og vil følgjeleg ikkje by på ekstra rapportering eller oppgavebyrde for kommunane.

Arbeidsgruppa vedtok følgjande på arbeidsgruppemøte 25.april 2013:

At følgjande indikatorar om fastlegekonsultasjoner på kommunenivå vert innlemma f.o.m publiseringa i mars 2014:

- *Talet på konsultasjoner (legens kommune) per 1000 innbyggjarar (alle i kommunen)*
- *Talet på konsultasjoner (legens kommune) per 1000 innbyggjarar, 67 år og eldre (eller 80 år og eldre)*

Den siste indikatoren er meint å ta høgde for å ulike aldersprofilar i kommunane.

Grunna manglande tid og ressursar blei det ikkje gjort tilstrekkeleg med statistikkfaglege vurderingar før marspubliseringa i 2014 til at SSB meinte det var forsvarleg å publisera dei ovannemnde indikatorane. Publiseringa blei dermed sett på vent inntil vidare.

Til møtet 25.mars har SSB lista ut og vurdert følgjande indikatorar på kommunenivå:

- Gjennomsnittleg tal på konsultasjoner per innbyggjar i alt (pasientens bustadkommune)
- Gjennomsnittleg tal på konsultasjoner per innbyggjar i alt (legens praksiskommune)

Gjennomsnittleg tal på konsultasjoner per innbyggjar i alt (pasientens bustadkommune)

For denne indikatoren er det kjørt ut tal på kommunenivå for perioden 2010-2013 (sjå arkfana «Pasientens bostedskommune» i excel-dokumentet). Ein gjennomgang viser at tala på kommunenivå er nokså konsistente frå år til år. Avvika mellom max-verdi og min-verdi varierer frå 1,448 konsultasjonar til 0,005 konsultasjonar. Dei største avvika finn ein i dei fleste tilfelle mellom 2010 og 2013-årgangen. For mange kommunar ser det ut til at gjennomsnittleg tal på konsultasjonar gjennomgåande lågare i 2010 enn for alle dei andre årgangane for eit stort fleirtal av kommunane. Det ser ut som 2010-årgangen med KUHR-data er noko ufullstendig, og det kjem særleg til syne når ein fordeler tala ned på kommunenivå. Frå og med 2011-årgangen ser det ut til differansen mellom max- og min-verdi er betrakteleg mindre.

Elles viser gjennomgangen at gjennomsnittleg tal på konsultasjonar for landet er 2,6 konsultasjonar per innbyggjar i 2013. På kommunenivå varierer tala frå 4,081 konsultasjonar per innbyggjar i Eidskog kommune til 1,469 konsultasjonar per innbyggjar i Rødøy kommune.

SSB vurderer at kvaliteten på tala for perioden 2011-2013 er god nok til å publisera denne indikatoren på kommunenivå ved junipubliseringa 2015.

Gjennomsnittleg tal på konsultasjonar per innbyggjar i alt (legens praksiskommune)

For denne indikatoren er det kjørt ut tal på kommunenivå for perioden 2012-2013 (sjå arkfana «Legens praksiskommune» i excel-dokumentet). Tala viser at tala for fleirtalet av kommunane er konsistente mellom dei to årgangane. Avvika mellom max-verdi og min-verdi for enkeltkommunar varierer frå 1,843 til 0,001, i tillegg til at fleire kommunar er registrerte med 0 konsultasjonar. Her er det viktig å understreka at fleire kommunar kjøper heile, eller delar av, fastlegetenesta frå andre kommunar, eller så er dei med i interkommunale samarbeid om tenesta. Her vil fastlegen stort sett vera registrert med praksis i ein av desse kommunane, og følgjeleg vil alle dei andre kommunane i det same samarbeidet vera registrert med null konsultasjonar for den aktuelle legen. I tala som er kjørt ut er det ikkje justert for denne type kommunale samarbeid som er omtala ovanfor. Dette har heller ikkje vore ønskeleg då målet er å visa gjennomsnittlege talet på konsultasjonar i legane sin praksiskommune. Store differansar frå eitt år til eitt anna kan blant anna skuldast omorganisering av fastlegeordninga i den aktuelle kommunen.

Gjennomgangen viser, som tidlegare nemnd at nordmenn har i gjennomsnitt 2,6 konsultasjonar med fastlegen sin i 2013. På kommunenivå varierer det frå 5,337 konsultasjonar i Fosnes kommune til 0,371 i Røyrvik kommune, viss ein fordeler det etter legens praksiskommune.

SSB vurderer at kvaliteten på tala for perioden 2012-2013 er god nok til å publisera denne indikatoren på kommunenivå ved junipubliseringa 2015.

Konklusjon:

SSB vurderer kvaliteten på tala som god nok til å publisera følgjande indikatorar på kommunenivå ved junipubliseringa 2015:

- Gjennomsnittleg tal på konsultasjonar per innbyggjar i alt (pasientens bustadkommune)
- Gjennomsnittleg tal på konsultasjonar per innbyggjar i alt (legens praksiskommune)

Fram til juni vil SSB også gjera dei same vurderingane når det gjeld indikatorane for aldersgruppene 67+ og 80+. Desse er meint å ta høgde for ulike aldersprofilar i kommunane:

- *Gjennomsnittleg tal på konsultasjonar 67 år og eldre (legens praksiskommune og pasientens bustadkommune)*
- *Gjennomsnittleg tal på konsultasjonar 80 år og eldre (legens praksiskommune og pasientens bustadkommune)*

Arbeidsgruppa vil bli orientert i framkant av junipublisering om kva som blir resultatet av denne gjennomgangen.

Referat fra møtet:

Dette var en orienteringssak som ikke ble gjennomgått på møtet. Tallene er nå publisert i KOSTRA.

9 Forslag til endringer i KOSTRA-skjema

9.1 KOSTRA skjema 1 Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

v/ Trond Ekornrud, SSB

Dokumentasjon: [Skjema 1 - Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten](#)

9.1.1 Punkt 2. Leger og Punkt 3. Fysioterapeuter

- Helsedirektoratet foreslår at funksjonene **233 miljørettet helsevern** og **233 annet forebyggende arbeid** slås sammen i timeverkregistreringen under punkt 2-1.

(Det er ikke ønskelig å kutte splittingen av funksjon 233 under 5-1.)

2-1. Talet på timeverk av legar. Talet på timar per veke. Svar med to desimalar.							
- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke i utgangen av året - ikke årsverk							
- Overtid skal ikke regnes med							
- Medregnet legar som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene							
- Ikke medregnet legevakt							
- Ikke medregnet fengselshelsetjenesten							
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar							
	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid, (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Annet forebyggende helsearbeid, (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Næringsdrivende legar med fastlegeavtale							
Kommunalt ansatte legar							
Turnuslegar							
Legar uten avtale							
I alt							

- Helsedirektoratet foreslår at funksjonene **233 miljørettet helsevern** og **233 annet forebyggende arbeid** slås sammen i timeverkregistreringen under punkt 3-1.

(Det er ikke ønskelig å kutte splittingen av funksjon 233 under 5-1.)

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

- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke i utgangen av året - ikke årsverk
- Medregnet fysioterapeuter som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene
- Ikke medregnet legevakt
- Ikke medregnet fengselshelsetjenesten
- Ikke medregnet overtid
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar
- Det er bare avtalefestede timeverk som skal rapporteres

	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenester (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid, (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Annet forebyggende helsearbeid, (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Fysioterapeut med driftsavtale							
Fastlønnede fysioterapeuter							
Turnuskandidater							
I alt							

Kommentarer fra SSB:

SSB har ikke registrert problemer med utfylling her, og mener det vil være forbundet med mye ekstraarbeid å omarbeide tidsserien. Imidlertid mener vi spørsmål 5-1 i sin helhet bør kunne fjernes. Hvorfor ønsker Helsedirektoratet å opprettholde dette og samtidig fjerne det fra timeverksrapporteringen for leger og fysioterapeuter?

9.1.2 Punkt 2-3 Organisering av legevakttjenesta**2-3. Organisering av legevakttjenesten**

(flere avkryssninger er mulig)

Organisasjonsform

Kommunal etat/enhet



Kommunalt foretak (KF)



Kommunalt AS



Interkommunalt samarbeid



Interkommunalt samarbeid m/ særregnskap



Interkommunalt selskap (IKS)



Interkommunalt AS



Privat AS



Statlig virksomhet (helseforetak, AMK o.l.)



Annet



Hvis annet, vennligst spesifiser

Spørsmåla har vore stilt til kommunane i fleire år, men blir ikkje publisert i KOSTRA-statistikken. Den siste tida har tala berre blitt brukt til interne føremål i SSB. Det har ikkje vore etterspurnad etter tala frå andre etatar. Tala for dei fire siste tilgjengeleg årgangane viser følgjande:

Andel ulike organisasjonsformer av legevakttjenesten. Prosent*. 2010-2013

	2010	2011	2012	2013
LEGEVAKT_KOMMUNAL	28,9	27,4	29,3	27,2
LEGEVAKT_KF	0,4	0,7	0,4	0,6
LEGEVAKT_KOMMUNALT_AS	0,0	0,4	0,0	0,0
LEGEVAKT_INTERKOMMUNALT_SAMARB	48,1	48,2	47,8	50,0

LEGEVAKT_INTERKOMM_SERREGN	11,0	12,1	10,9	9,8
LEGEVAKT_IKS	7,3	6,5	6,1	6,8
LEGEVAKT_INTERKOMMUNALT_AS	0,0	0,6	0,8	0,6
LEGEVAKT_PRIVAT_AS	0,6	0,6	0,4	0,2
LEGEVAKT_STATLIG	2,6	1,7	2,9	2,3
LEGEVAKT_ANNET	1,1	1,9	1,5	2,5
LEGEVAKT_ANNET_SPEK	0,0	0,0	0,0	0,0

Tala viser at det er interkommunalt samarbeid som er den mest vanlege organiseringsforma for legevakttenesta. Det er om lag halvparten om kommunane som organiserer legevakttenesta på denne måten. Den nest mest vanlege forma for organisering er kommunal legevakt som i underkant av ein tredjedel av kommunane vel som organisering av tenesta. Den tredje mest vanlege organiseringsforma er interkommunal samarbeid med særreknenskap som utgjer om lag 10 prosent av alle organiseringsformene. Den fjerde største er interkommunalt selskap med i underkant som sju prosent i 2013.

Tala viser elles at fordelinga mellom dei ulike organiseringsformene av legevakttenesta er stabile. Dei fire vanlegaste organiseringsformene har variert særst lite i fireårsperioden som er studert her. Det er med andre ord lite som skulle tilseia at denne fordelinga kjem til å endra seg nemneverdig i åra som kjem. Det er kan henda først når kommunereforma er gjennomført at ein på ny kan koma til å sjå endringar i mønsteret me ser i dag. Det kan då vera aktuelt å gjennomføra ei ny kartlegging via KOSTRA skjema 1.

Forslag til vedtak:

SSB foreslår at punkt 2-3. Organisering av legevakttenesta blir fjerna frå skjema 1 f.o.m. 2015-årgangen.

Referat fra møtet (sak 9.1.2):

Arbeidsgruppen diskuterte punkt 2.3 i skjema; Organisering av legevakttenesten. Helsedirektoratet ønsker å beholde skjema slik det er i dag. HOD nevner at NIBR på oppdrag fra KMD samler inn og publiserer data for organisering av legevakttenesten hvert fjerde år.

Oppfølging:

Før en tar endelig stilling om ev. å fjerne punktet om organiseringa av legevakttenesten for 2015-rapporteringen, (men tas inn igjen med jevne mellomrom). undersøker HOD/Helsedirektoratet NIBR-publiseringen.

Siste:

I ettertid viser det seg at NIBR-publiseringen ikke holder tilstrekkelig detaljeringsnivå, og ettersom Helsedirektoratet gjerne vil beholde punktet, foreslår SSB at det blir stående, og at en heller etter kommunereformen vurder fjerning.

9.1.3 Punkt 4-1. Organisering av jordmortjenesten

Her ønsker Helsedirektoratet et underspørsmål til spørsmål 1. Hvis det svares ja, ønsker Helsedirektoratet at bydelene/kommunene oppgir stillingsandel.

Siden det kan forekomme interkommunalt samarbeid må vi finne en måte å påse at vi ikke får «dobbelregistreringer».

Kommentarer fra SSB:

Årsverkstillene for jordmødre blir hentet fra register. Det vil innebære at jordmødre i interkommunale samarbeid bare vil være registrert med arbeidsforhold i en av de samarbeidende kommunene. Det vil ikke være et problem med dobbeltregistrering i register.

Forslag til vedtak:

SSB anbefaler at det ikke blir tatt inn tilleggsspørsmål om stillingsandeler for kommuner som inngår i interkommunale selskap om jordmortjenesten.

Referat fra møte:

Helsedirektoratet har behov for å vite omfanget av jordmødre i svangerskapsomsorgen. Dette får en delvis svar på gjennom spørsmålet som allerede ligger i KOSTRA, det vil si om kommunen/bydelen har en jordmor som er ansatt i svangerskapsomsorgen. Svarer på det spørsmålet gir Helsedirektoratet imidlertid ikke et nok dekkende bilde, og de foreslo derfor at det legges inn et underspørsmål, hvor kommunene som svarer at de har en ansatt jordmor oppgir stillingsandel.

9.1.4 Punkt 4-2. Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

a. Helsedirektoratet foreslår å endre:

«Antall fullførte 2-3-årskontroller» til

«Antall fullførte 2 årskontroller med helsesøster og lege på helsestasjon»

Begrunnelse: i følge veilederen anbefales det at konsultasjonen ved to års alder bør være **både** hos helsesøster og lege. Mange steder har kun helsesøster eller kun til lege konsultasjonen. En endring i spørsmålsstillingen vil kunne medføre en nedgang i andelen.

Kommentarer fra SSB:

SSB er i utgangspunktet positive til endringer i spørsmålsformuleringer som gjør aktualiteten i spørsmåla bedre. Samtidig vil en endring i formulering bety brudd i tidsserien. Forslaget til endring må uansett testes i løpet av høsten. Det er viktig av kommunene lett kan hente ut tallet fra sine saksbehandlingssystem uten for mye merarbeid. I tillegg bør informasjonen gi merverdi - helst for både kommuner og sentrale myndigheter. Basert på resultatene må det vurderes om spørsmålet skal fremmes i 2016, dvs. tidligst inn i skjema 1 f.o.m. 2016-rapporteringen.

Forslag til vedtak:

Teste ut endring av indikator

«Antall fullførte 2-3-årskontroller» til

«Antall fullførte 2 årskontroller med helsesøster og lege på helsestasjon»

Frist: 1.11.2015.

Ansvar: Helsedirektoratet

b. Helsedirektoratet foreslår å kutte spørsmålet om fødselsforberedende kurs.

Begrunnelse: Det er lite sannsynlig at tallet som rapporteres på fullførte fødselsforberedende kurs i regi av helsestasjon er reelt.

Kommentarer fra SSB:

SSB er i utgangspunktet positive til å fjerne spørsmål fra skjema som ikke blir brukt. Samtidig vil en fjerning av dette spørsmålet bety brudd i tidsserien på et område hvor det etterlyses mer tall. Det hadde vært interessant å høre om kommunene bruker disse tallene i styringsøyemed.

Forslag til vedtak:

Kutte spørsmålet om fødselsforberedende kurs.

c. Ønske om nytt spørsmål:

«Blir alle gravide spurt om erfaringer med vold som en del av svangerskapsomsorgen?» Svar ja/nei.

Begrunnelse: Etter sterk anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold (IS-2181) skal alle gravide spørres om erfaringer med vold, både nåværende og tidligere erfaringer med vold. Helsedirektoratet ønsker å kartlegge i hvor stor grad kommunene har implementert retningslinjen.

Kommentarer fra SSB:

Ja og nei spørsmål bør unngås i det lengste. Publisering på kommunenivå vil gi lite nyansert informasjon. Det kan være snakk om svært forskjellige situasjoner i to kommuner som har svart nei på spørsmålet. Forslaget til nytt spørsmål må uansett testes i løpet av høsten. Det er viktig at kommunene lett kan hente ut tallet fra sine saksbehandlingssystem uten for mye merarbeid. Basert på resultatene må det vurderes om spørsmålet skal fremmes i 2016, dvs. tidligst inn i skjema 1 f.o.m. 2016-rapporteringen.

Forslag til vedtak:

Teste ut spørsmålet «Blir alle gravide spurt om erfaringer med vold som en del av svangerskapsomsorgen?»

Frist: 1.11.2015.

Ansvar: Helsedirektoratet

d. Ønske om nytt spørsmål:

«Antall hjemmebesøk utført av **jordmor** innen ett-to døgn etter barnets hjemkomst fra føde/barselavdeling».

Begrunnelse: Dette er en sterk anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057). Dette er forelagt HOD i ny revidert forskrift nr. 450 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Kommentarer fra SSB:

Forslaget til nytt spørsmål må uansett testes i løpet av høsten i kommunene. Det er viktig at kommunene lett kan hente ut tallet fra sine saksbehandlingssystem uten for mye merarbeid. Basert på resultatene må det vurderes om spørsmålet skal fremmes i 2016, dvs. tidligst inn i skjema 1 f.o.m. 2016-rapporteringen.

Forslag til vedtak:

*Teste ut spørsmålet «Antall hjemmebesøk utført av **jordmor** innen ett-to døgn etter barnets hjemkomst fra føde/barselavdeling»*

Frist: 1.11.2015.

Ansvar: Helsedirektoratet

e. Forslag til ny formulering

Endre: «Antall **førstegangs** hjemmebesøk til nyfødt innen 2 uker etter hjemkomst» til:

«Antall hjemmebesøk utført av **helsesøster** innen 2 uker etter hjemkomst fra føde/barselavdeling som første konsultasjon i helsestasjon 0-5 år».

Begrunnelse: Dette er ett lovpålagt hjemmebesøk i forskrift nr. 450 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Kommentarer fra SSB:

Forslaget til endring i nytt spørsmål vil føre til tidsseriebrudd. Her vil også nytt spørsmål måtte testes i løpet av høsten i kommunene. Det er viktig at kommunene lett kan hente ut tallet fra sine saksbehandlingssystem uten for mye merarbeid. Basert på resultatene må det vurderes om spørsmålet skal fremmes i 2016, dvs. tidligst inn i skjema 1 f.o.m. 2016-rapporteringen.

Forslag til vedtak:

Teste ut spørsmålet «Antall hjemmebesøk utført av **helsesøster** innen 2 uker etter hjemkomst fra føde/barselavdeling som første konsultasjon i helsestasjon 0-5 år».

Frist: 1.11.2015.

Ansvar: Helsedirektoratet

Basert på resultatene må det vurderes om spørsmålet skal fremmes i 2016, dvs. tidligst inn i skjema 1 f.o.m. 2016-rapporteringen.

Referat fra møtet:

Kommunene mente at dette kan være vanskelig å gi gode data på. Det vil kreve merarbeid og opptelling, for å kartlegge alle 2-årskontroller der både helsesøster og lege har vært inkludert. Å endre kategoriene fra 2-3 år til 2 år kan medføre et brudd i statistikken, og Helsedirektoratet opplyser at det kun er kontroller for barn som er 2 år det ønskes å samles inn statistikk for her. Det vises til forskrifta, der barn skal gjennomføre kontrollen ved 2-årsalder, og der både helsesøster og lege skal være representert.

Innvendingene som kommer i gruppen mot å endre spørsmål i skjema, gjelder alle endringsforslagene tilknyttet helsestasjon. Det viste seg å bli større diskusjoner enn antatt for endringsforslagene, og det ble ikke tid til grundig gjennomgang og konklusjoner. Ingen vedtak ble fattet, og det er ønskelig å ha videre dialog om denne saken på e-postutvekslinger, ev. møte.

Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjeneste foreslås det et møte mellom Helsedirektoratet og SSB hvor hele feltet, inkludert forslag til endringer i skjema 1 ovenfor, blir gjennomgått. På møtet må det også settes opp en fremdriftsplan. Det er uenighet om endringen foreslått i a og e. Siden det foreslås å teste ut nye spørsmål (c og d), kan en mulighet være å teste ut også foreslåtte endringer i a og e. Hvis vi foretar en uttesting både av forslag til endring og de nye spørsmålene høsten 2015 så kan forslagene fremmes for arbeidsgruppen og eventuelt implementeres fra 2016-rapporteringen.

Dette arbeidet må også sees i sammenheng med arbeidet som skal starte opp med Kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR) høsten 2015. Det skal nedsettes en egen arbeidsgruppe for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i forbindelse med KHOR-prosjektet. Det blir derfor viktig at med god dialog mellom arbeidsgruppene for KOSTRA helse- og omsorg og KHOR-gruppa for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Oppfølging:

SSB sender de resterende saker ut til arbeidsgruppen for kommentarer til forslag, ev. i bearbeidet form etter avtale med Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet og SSB blir enige om et bilateralt møte hvor det blir laget en framdriftsplan for testing av forslag til nye spørsmål i skjema 1 under punkt 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Målsetningen er å teste dette ut høsten 2015. Basert på resultat fra testingen må det vurderes om hvilke spørsmål som kan inkluderes f.o.m. 2016-rapporteringen. Arbeidet må sees i sammenheng med utviklingen av et nytt kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR). Helsedirektoratet kaller inn til møte.

9.1.5 Punkt 6 Rehabilitering og samhandling

- Bør samhandling tas ut av punkt 6, da punkt 6-2 ble tatt ut i fjor?

Kommentarer fra SSB:

Dette bør absolutt fjernes fra overskriften.

Forslag til vedtak:

Samhandling fjernes fra overskriften i neste års skjema.

9.2 KOSTRA skjema 4 Helse- og omsorgstjenester - samleskjema

Dokumentasjon: [Skjema 4 - Helse- og omsorgstjenester - samleskjema](#)

v/ Dag Abrahamsen, SSB

9.2.1 Punkt 2 System for brukerundersøkelser

Ikke forslag til endringer nå. Jf. egen sak foran.

9.2.2 Punkt 3 Tilgang til tjenestene per 31.12

Forslag fra Helsedirektoratet om å kutte ut spørsmålet fremmet i 2014 til møtet 20.5.2014.

«Spørsmålet ble etablert i forbindelse med utbyggingen av omsorgsboliger, der det var en forutsetning for å få tilskuddet at man hadde en døgnkontinuerlig vakt i hjemmetjenesten for å få tilskudd for å bygge ut omsorgsboliger. Helsedirektoratet antar at alle kommuner nå har 24 timers tjeneste og at spørsmålet derfor bør utgå.»

Kommentarer fra SSB:

Det ble konstatert at drøyt 10 % av kommunen hadde svart at de ikke hadde 24/365-hjemmesykepleie: Endelige tall for 2013 viser at 51 kommuner hadde svart at de hadde hjemmesykepleie dag/kveld, men ikke hele døgnet. Nivået for foreløpige tall 2014 er tilsvarende. Her kan det være snakk om interkommunalt samarbeide. Men spørsmålet er ikke etterspurt, slik at SSB ikke vil være motvillig til å droppe dette.

9.2.3 Punkt 4 Tjenestetilbud

Kommentarer fra SSB:

Kan på sikt være aktuelt å fjerne dersom en får kartlagt dagsentre grundig med utgangspunkt i Enhetsregisteret, og inkonsistens mellom skjema og Enhetsregisteret blir minimert.

9.2.4 Punkt 5 Egenbetaling for praktisk bistand

I forbindelse med Vista Analyse sin skjemagjennomgang på vegne av KS ble det etterlyst nærmere begrunnelse for å opprettholde spørsmålene.

Kommentarer fra SSB:

SSB bruker tallene i konsumprisindeksen. Prisene på hjemmebasert omsorg publiseres ikke alene, men tallene inngår i delindeksen Sosiale omsorgstjenester sammen med priser på skolefritidsordning samt kommunale og private barnehagetakster. Delindeksen sosiale omsorgstjenester publiseres.

Delindeksen hjemmebasert omsorg, som inngår i KPI, gjøres kun én gang i året, og beregnes på bakgrunn av informasjonen SSB får fra punktene 5.1-5.4. For at vi skal kunne beregne hvilke priser som faktisk betales må vi vite om det brukes timespris, eventuelt pristak eller månedspris. Vi må ha priser både fra i fjor og i år for at vi skal kunne beregne prisendringene. Og vi må også ha antall måneder så vi ser hva som faktisk betales gjennom året.

5.1 Betalingsordning

Timespris vil bli ganget opp med et gitt antall timer pr mnd dersom pristak ikke er lagt til grunn, hvis $\text{timespris} * \text{antall timer} > \text{pristak}$ så brukes pristak, men dersom $\text{timespris} * \text{antall timer} < \text{pristak}$, så brukes $\text{timespris} * \text{antall timer}$. Månedspris inngår som månedspris

5.2 Takster pr. 31.12 forrige år + antall brukere

5.3 Takster pr 1.1 gjeldende år

For å beregne prisrelativene mellom de to periodene trenger vi priser i begge perioder.

5.4 Antall måneder

Brukes til å beregne hva som betales gjennom året

Vi bruker generelt alle dataene vi får – eneste grunn til at en av kommunene skulle bli droppet fra beregningen er dersom det mangler pris i en av periodene og vi ikke får tak i disse prisene på andre måter (vha. hjemmesiden, telefon, epost). Det er viktig for SSB at resultater blir korrekte, og prisdataene blir derfor nøye sjekket. Slik SSB ser det vil det bli vanskelig å gjøre beregningene uten informasjonen som ligger i pkt.5.1-5.4.

9.2.5 Punkt 6 Beboere i samlokaliserte BOLIGER disponert til pleie- og omsorgsformål per 31.12, med FAST TILKNYTTET PERSONELL HELE DØGNET

SSB foreslår at det presiseres at alle beboere som bor i bolig med heldøgns bemanning skal telles, uavhengig av om en har vedtak om heldøgns tjenester eller ikke. Antall beboere totalt blir da en indikasjon på teoretisk kapasitet (forutsatt at alle leiligheter er i bruk).

9.3 KOSTRA skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner

Dokumentasjon: [Skjema 5 - Helse- og omsorgsinstitusjoner](#)

v/ Dag Abrahamsen, SSB

9.3.1 Punkt 3 Plasser og rom

Forslag til ny plasskategori, jf. sak 6.

9.3.2 Punkt 4 Spesielle tilbud

Forslag til større endringer på tidsbegrensede plasser, spesielt for medisinsk innleggelse, jf. sak 6.

10 Forslag til endringer i KOSTRA faktaark

10.1 Kommunehelseteneste

v/ Trond Ekorndrud, SSB

10.1.1 Endring av indikator – frå talet på personar med VU i psykisk helsearbeid til årsverk med VU

Per i dag blir indikatoren «Antall personer med vidareutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere (khelse + plo)» publisert i faktaark og nivå 2 i statistikkbanken i KOSTRA-kommunehelse. Indikatoren viser kor mange personar med universitets-/høgskoleutdanning som har tverrfagleg vidareutdanning i psykisk helsearbeid, sett i forhold til innbyggjartalet. Tala blir henta med utgangspunkt i NAVs Aa-register og utdanningsstatistikk.

SSB meiner det er hensiktsmessig å endra denne indikatoren til «Årsverk av personar med vidareutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggjarar (helse og sosial)». Bakgrunnen er at årsverk er ein meir presis storleik enn talet på personar, og at denne indikatoren allereie blir publisert i faktaarket for psykisk helsearbeid og rusarbeid. Elles så er det viktig å gjera merksam på at me føreslår å endra næringa på indikatoren frå pleie og omsorg og kommunehelse til helse og sosial. Me meiner at vidareutdanning i sosialtenesta også vil vera relevant med tanke på psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunane. Vidare er det etter SSB si meining uheldig å ha to nesten identiske indikatorar i to ulike faktaark, og me fryktar at det kan bidra til å skapa forvirring blant brukarane.

Forslag til vedtak:

Indikatoren «Antall personer med vidareutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere (khelse + plo)» endrast til «Årsverk av personer med vidareutdanning i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere (helse og sosial)» i KOSTRA kommunehelse på nivå 2. Følgjeleg vil variabelen på nivå 3 «Antall personer med vidareutdanning i psykisk helsearbeid (khelse + plo)» bli endra til «Antall årsverk med vidareutdanning i psykisk helsearbeid (helse og sosial)».

10.2 Pleie og omsorg

v/ Dag Abrahamsen, SSB

10.2.1 Droppe variabler tilknyttet «omsorgsboliger»?

I KOSTRA-tabellen har en holdt seg til den opprinnelige versjonen for definisjon av omsorgsboliger, dvs. boliger som er støttet med tilskudd fra Husbanken fra 1994 til ca. 2011. Deretter etablerte Husbanken en ny tilskuddsordning der en ikke talte med nye boliger til det opprinnelige tallet for omsorgsboliger. I tillegg skaper begrepet «bolig» i denne sammenheng unødvendig forvirring med begrepet «heldøgnsbemannet bolig» som i KOSTRA skjema 4, punkt 6 gjelder hele bygningskomplekset. Av den grunn kan det være mer hensiktsmessig å bruke begrepet «beboere» framfor «boliger».

Variablene

- Omsorgsboliger i alt
- Omsorgsboliger som er kommunalt eide

har for 2013 og 2014 vært prikket, og var uendret de siste årene før 2013.

Tallene vil inntil videre fortsatt være tilgjengelig i boligtabellene.

Forslag til vedtak:

Variablene

- Omsorgsboliger i alt
- Omsorgsboliger som er kommunalt eide

fjernes fra KOSTRA pleie og omsorgstabeller.

10.2.2 Fordele årsverk etter funksjon?

I dag er det kun årsverk under funksjon 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse som blir publisert særskilt, de øvrige årsverk publiseres samlet sammen med f234. Selv om fordeling av årsverk etter funksjon er temmelig etterspurt, har SSB til nå vært tilbakeholdne med å publisere, ettersom en har antatt at graden av integrasjon i mange kommuner er så stor at slike tall lett blir misvisende. Hjemmetjenestekartleggingen høsten 2014 tydet imidlertid på at det var liten grad av institusjonstjenester på hjemmetjenesteenhetene – med unntak av avlastnings- og barneboliger, samt noe dagsenter. Dette er imidlertid små tjenester sammenlignet med institusjoner, og vil neppe medføre store skjevheter. Omvendt er det nok litt mer hjemmetjeneste på institusjonene, men i de aller fleste tilfelle er nok dette eget personell som lett kan skilles ut.

Foruten å etterkomme etterspørselen etter data på grunnlagsnivå, er et hovedargument at sammenstilling til indikatorer mot brukere eller døgn/timer vil gi helt ny innsikt i ressursbruken. Dessuten vil rutinemessig publisering medføre langt enklere oppfølging og ikke minst forståelse for nytten av å splitte opp virksomheter etter næring.

Forslag til vedtak:

Årsverk fordelt etter funksjon samt sammenstilling med aktuelle indikatorer testes ut i arbeidsgruppens kommuner samt i ASSS.

Tidsfrist: 1.11.2015

Ansvar: SSB/KS

11 Til orientering

11.1 Personellregister – EDAG (Elektronisk Dialog med ArbeidsGiver)

v/ Åsne Vigran, SSB

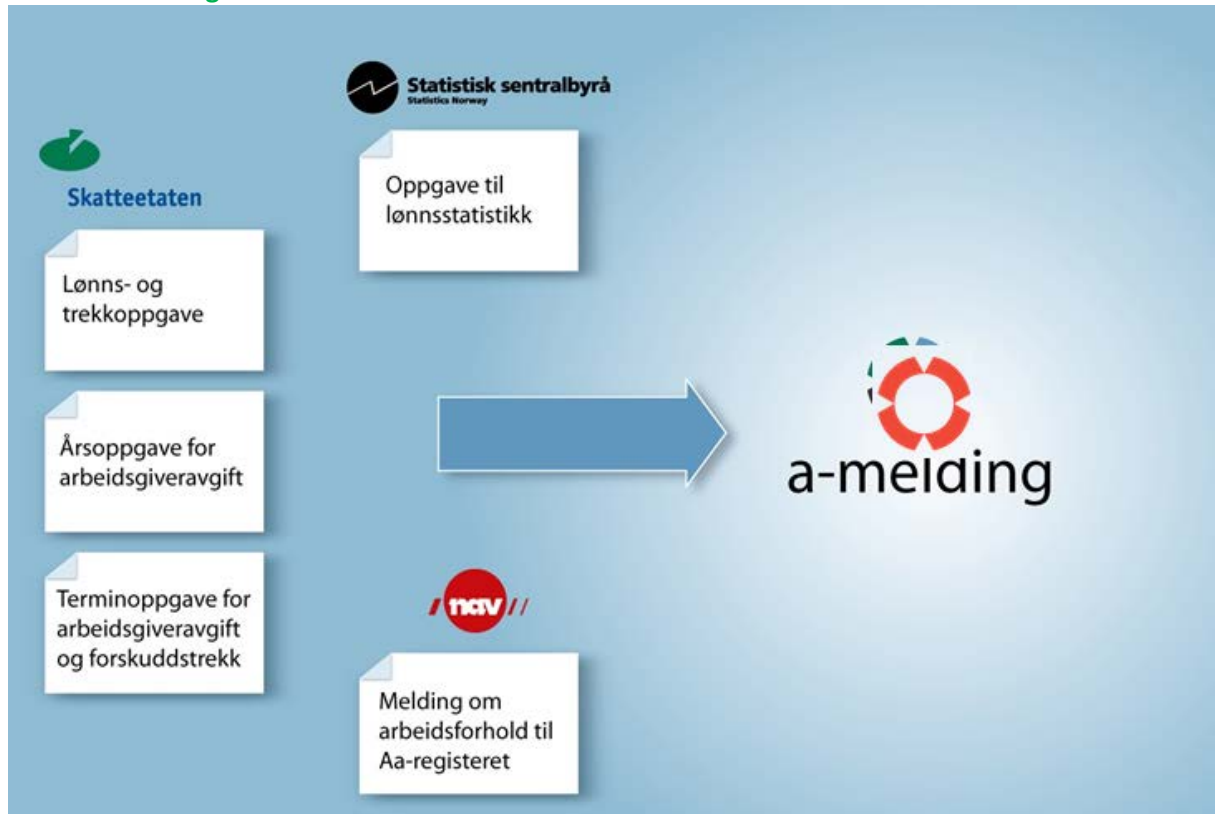
Referat fra møtet:

Det er EDAG-prosjektet som har jobbet med utformingen av A-ordningen – både når det gjelder det tekniske og det juridiske. A-ordningen er en digital samordning av all rapportering om inntekt, arbeidsforhold og skattetrekk til NAV, Skatteetaten og SSB. Ordningen trådte i kraft fra 1.januar 2015, og skal forvaltes av etatenes felles forvaltning (EFF). EFF er organisert under skattedirektøren.

A-opplysningsloven er *lov om arbeidsgivers innrapportering av ansettelses- og inntektsopplysning med mer* – og ble vedtatt i 2012. Denne loven med tilhørende forskrifter sier noe om hvordan **a-ordningen** vil være, og når og hvordan **a-meldingen** skal sendes inn.

A-meldingen er en elektronisk melding med alle opplysninger arbeidsgiverne skal sende inn om skattetrekk, ansatte og lønn. Denne blir rapportert inn samtidig til NAV, Skatteetaten og SSB. Selve a-løsningen sørger for at den enkelte etat bare får opplysninger den har hjemmel i loven for å få. Meldingen erstatter fem manuelle skjema, og skal brukes av alle arbeidsgivere fra og med 1.januar 2015. Første innsendingsfrist var 5.februar 2015, og skal sendes inn minimum en gang i måneden med opplysninger fra måneden før.

Hva er A-meldingen?

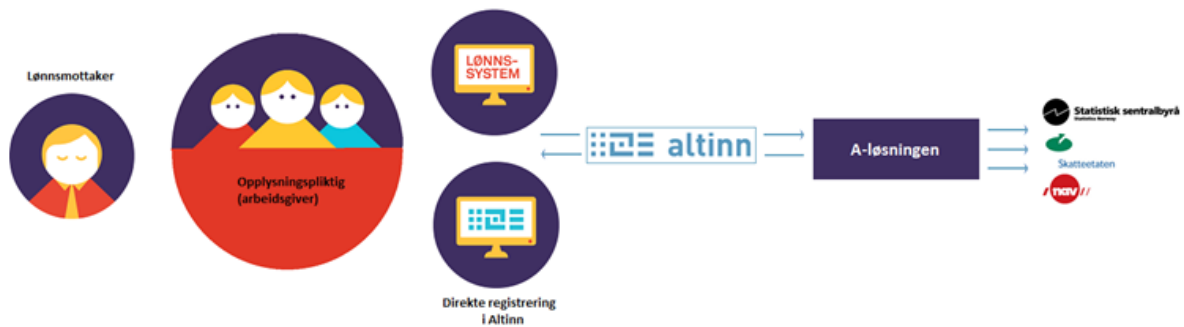


A-meldingen baserer seg på fem av skjemaene som i dag leveres til Skatteetaten, NAV og Statistisk sentralbyrå. I dag er det et utvalg virksomheter som leverer oppgave til lønnsstatistikk til Statistisk Sentralbyrå – denne informasjonen vil nå SSB kunne hente direkte ut fra a-meldingen. Fra NAV er det melding om arbeidsforhold til Aa-registeret som vil inngå i a-meldingen. Fra Skatteetaten er det lønns- og trekkoppgaven, års-oppgaven for arbeidsgiveravgift og terminoppgaven for arbeidsgiveravgift og forskuddstrekk som vil inngå i a-meldingen.

A-meldingen inneholder opplysninger om:

- Status på arbeidsforhold; start- og stoppdato på arbeidsforholdet, arbeidstid, yrke, permisjon, etc.
- Informasjon om lønn og pensjoner (kontantytelser), naturalytelser og utgiftsgodtgjørelser
- Informasjon om ytelser fra NAV: foreldrepenger, uførepensjon, sykepenger, m.m.
- Informasjon om forskuddstrekk og arbeidsgiveravgift

Innrapporteringen skjer på følgende måte:



A-løsningen mottar og sammenstiller dataene fra lønssystem og direkte registrering i Altinn. Når det gjelder de ulike etatene kan en kort fortalt si at Skatteetaten driver inn pengene, NAV bruker pengene og SSB dokumenterer og teller alt sammen. Etatenes fellesforvaltning (EFF) har på sin side ansvar for å forvalte ordningen, motta, sammenstille, gi tilbakemelding til rapportører, sende data til etatene, drive sanksjonering. I tillegg driver de brukerstøtte (1. og 2. linjetjeneste).

De viktigste endringene med A-ordningen er følgende:

- Fra ulike tidspunkt for innrapportering til fast status per måned
- Statusrapportering på arbeidsforhold
- Månedlig innrapportering på personnivå
- Ny inntektsrapportering
- Opplysninger om yrke også for ansatte i staten

Forhåpentligvis vil den nye ordningen gi bedre datakvalitet på årsverkstall i helse- og omsorgstjenesten. Kravet til månedlige rapportering vil sikre mer oppdaterte opplysninger og gi et bedre bilde av den faktiske personellsituasjonen for de enkelte enhetene.

11.2 Status for oppfølging av saker fra arbeidsgruppemøter i 2014

11.3 IPLOS

Informasjon fra Helsedirektoratet v/ Mette O. Grimeland.

Nye variabler:

Vi har som målsetting at de nye variablene skissert under, vil komme i ny kravspesifikasjon til IT-leverandører i april 2015 og ny veileder vil også komme etterhvert. Forhåpentlig tilgjengelige for registrering i kommunens fagprogram fra 1.1.2016.

Ernæring og legemiddelgjennomgang

Dette er to satsingsområder innenfor Nasjonal kvalitetsindikatorarbeid i omsorgstjenesten. Det planlegges å legge inn nye variabler, alle med svaralternativene ja/nei/ikke relevant:

1. Hatt legemiddelgjennomgang
2. Gjennomført ernæringskartlegging
3. Er i risiko for underernæring
4. Ernæringsplan

Ny bistandsvariabel:

1. Ivareta egen økonomi

Rapportering av ressursinnsats

Ny registrering av tid der tilfellene av flere tjenesteytere vil bli synlig. Vi jobber nå med å utarbeide en god definisjon.

Rehabilitering og habilitering

Vi vurderer en inndeling av denne variabelen for å få mer informasjon. Jobber også for å få opp forståelsen av registrering og rapportering av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon.

Innsending av IPLOS data via Norsk Helsenett – fase 2

Forberedelser til fase 2 er igangsatt. Nærmere informasjon vil bli sendt ut.

Questbackcase

For å teste forståelsen av skår metodikken av bistandsvariablene sendte vi ut case til kommunene i februar. Mottaket stengte 12.3.2015. Det har kommet inn 1479 svar. Rapport og nyheter fra besvarelsene kommer.

Registrering av organisasjonsnummer

I samarbeid med SSB jobber vi med en avklaring om organisasjonsnummer. Frem til denne avklaringen kommer er det ikke nødvendig å jobbe med opprettelse av nye organisasjonsnummer

Diagnoseprosjektet

I diagnoseprosjektet arbeider Helsedirektoratet for å forbedre rapporteringen fra kommunene til IPLOS-registeret. Målet er at det skal registreres tilstrekkelig diagnoser i registeret til å kunne lage statistikk og analyser av sykdomsgrupper. Diagnoseprosjektet fase 1 er avsluttet og oppsummert i rapport:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnoser-i-iplos-registeret--et-forprosjekt-med-kommunene-harstad-stange-og-sandefjord/Sider/default.aspx>

Fase 2 av prosjektet går gjennom 2015 og vil være rette mot de store kommunene. I tillegg må dialogen med fagleverandørene fortsette.

Nyhetsbrev

Se Helsedirektoratets hovedside om IPLOS:

<https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret>

SSB viser også til de to siste rapportene:

[Pleie- og omsorgstjenesten 2013 Statistikk om tjenester og mottakere](#)
[Kvalitet i IPLOS-registeret](#)