



eko/lia/dra, 21.05. 2015

Til stede: Jan Tvedt (Hdir), Kirsti Strand (Hdir), Odd Sigurd Vegsund (KMD), Kari Hesselberg (KS), Hermund Urstad (Husbanken), Sandro-Moe Melgalvis (HOD), Eli Karin Fosse (Stavanger kommune), Jocelyne Clench-Aas (FHI), Marit Engen (Fylkesmannen i Buskerud), Nina Klevan (Holmestrand kommune), Petter Dahle (Napha), Marit Håland (BrukerPlan), Dag Abrahamsen (SSB), Linda Allertsen (SSB), Merete Thonstad (SSB), Trond Ekornrud (SSB)

Frafall: Thor Hallgeir Johansen (Helsedirektoratet), Inge Bendik Sandvold (Fylkesmannen i Vestfold), Mario Gaarder, Helsedirektoratet (KI-arbeidsgruppe psykisk helse og rus), Lena Sjølie (Nøtterøy kommune)

Referat frå arbeidsgruppemøte KOSTRA psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunane, 17.04.15

Sak 1. KOSTRAs funksjonskontoplan og kommunal organisering

Dag Abrahamsen (SSB) orienterte. Utgangspunktet for funksjonsinndelinga i KOSTRAs funksjonskontoplan er at den ikkje skal vera knytt til bestemte modellar for organisering av tenestene i kommunane, i tillegg skal den vera nøytral overfor målgrupper. Funksjon 243 tilbod til personar med rusproblem er eit døme på ein funksjon som kan seiast å harmonera dårleg med dette prinsippet, særleg fordi endringar i helse- og omsorgslovgivinga no sidestiller personar med rusmiddelproblem med andre målgrupper som skal få tilbodet sitt igjennom helse- og omsorgstenestene. Det er med andre ord utfordringar knytt til vegen vidare dersom ein skal utarbeide KOSTRA-statistikk etter målgrupper generelt og psykisk helsearbeid og rusarbeid spesielt.

SSB opplever ein stadig aukande etterspurnad etter statistikk for ulike målgrupper, som t.d. personar med funksjonshemming, psykiske lidningar og eller med rusproblem, fordelt etter årsverk, rekneskap, plassar og brukardata. I samband med dette har det blitt planlagt og gjennomført fleire tiltak dei siste åra. Hausten 2014 gjennomførte SSB ei kartlegging av heimetenestene i kommunane, som eit resultat av ønsket frå KOSTRAs Samordningsråd om å få vita meir om målgruppene. Helsedirektoratet ønskjer at SSB skal gjera ei liknande kartlegging av dagsentertilbodet i kommunane.

ASSS-kommunane for pleie og omsorg skal i samband med dette diskutere mulegheitene for ei felles inndeling etter målgrupper, på samling i 2.-3.6.2015. Dersom ein kjem i mål med eit felles syn på inndeling, er det grunnlag for KOSTRA arbeidsgruppene å arbeida vidare med problemstillingane.

Den nye helse- og omsorgstenestelova seier følgjande om målgrupper:

«§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og



innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.»

Om tenester seier den følgjande:

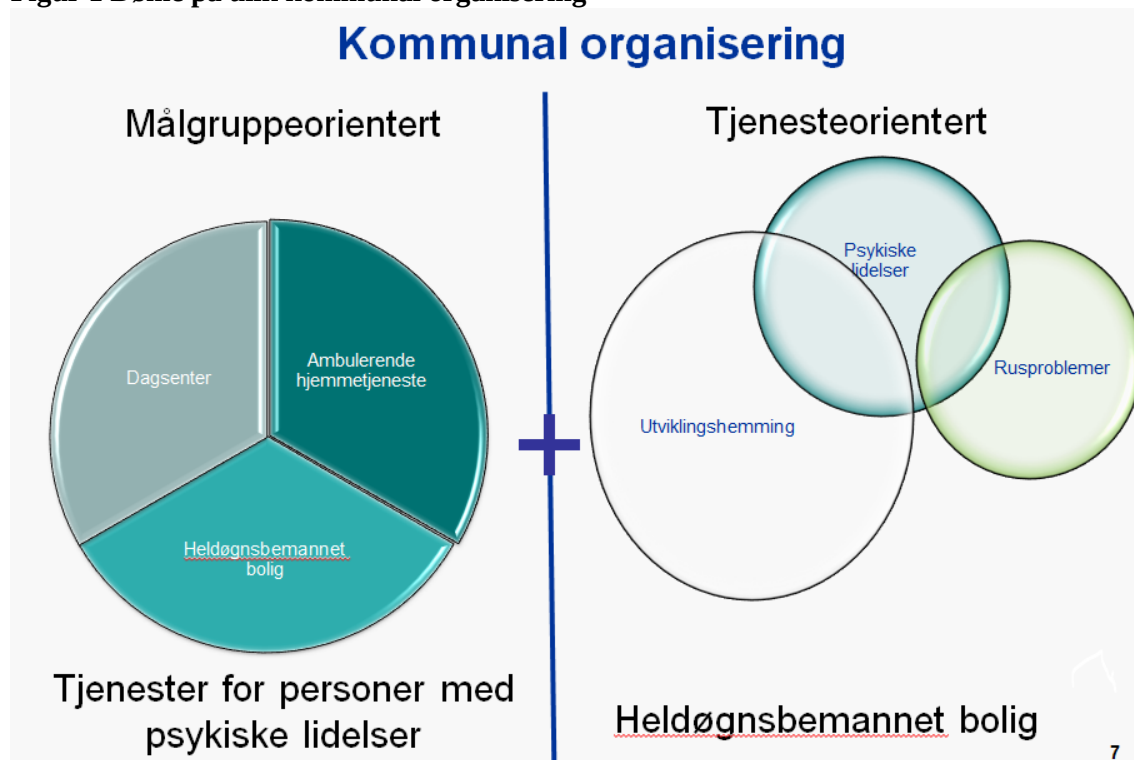
«§ 3-2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*

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

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.»

Når det gjeld den kommunale organiseringa kan denne variere mykje:

Figur 1 Døme på ulik kommunal organisering





På den eine sida kan ein ha ei målgruppeorientert kommunal organisering av tenestene rundt ulike målgrupper (døme til venstre i figuren). På den andre sida kan ein ha ei tenesteorientert organisering der fleire ulike målgrupper vil ta imot same type teneste (døme til høgre i figuren). I mange kommunar er det òg slik at organiseringa er ei blanding av dei nemnde døma, ofte avhengig av kva målgrupper og tenester det er snakk om. Ein ser ein tendens til at tenester utført til målgruppene «personar med rusmiddelproblem» og «personar med psykiske lidningar» har blitt meir og meir vovne inn i kvarandre, og det er ofte utfordrande å skilja dei. Dette er også ein av grunnane til Helsedirektoratet ønskjer å sjå IS-8 og IS-24 rapporteringane i lag. F.o.m. 2015 vil dei be om felles rapportering i eit nytt IS-skjema.

KOSTRAs funksjonskontoplan tek utgangspunkt i regnskapstal. I tiellg kan personellressursar fordelast etter dei same funksjonane gjennom Enhetsregisteret sine næringskoder.

Når det gjeld funksjonar som omfattar helse- og sosialtenesta i KOSTRA er det følgjande:

232	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
233	Annet forebyggende helsearbeid
241	Diagnose, behandling, re-/habilitering
234	Aktiverings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
253	Helse- og omsorgstjenester i institusjon
254	Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
261	Institusjonslokaler
242	Råd, veiledning og sosialt forebyggende arbeid
243	Tilbud til personer med rusproblemer
244	Barnevernstjeneste
251	Barnevernstiltak når barnet ikke er plassert av barnevernet
252	Barnevernstiltak når barnet er plassert av barnevernet

Innanfor alle desse funksjonane vil det vera rimeleg å anta at utgifter og personell knytt til psykisk helsearbeid og rusarbeid vil finna stad. Tidlegare har det vore drøfta å etablera ein ny eigen funksjon knytt til psykiske lidningar. Helsedirektoratet orienterte på møtet at det heller var meir aktuelt å prøva å etablera ein samlefunksjon for personar med rusmiddelproblem og personar med psykiske lidningar. Erkjenninga av at målgruppene bør sjåast i samanheng er den viktigaste årsaka til dette standpunktet.

Ein ny funksjon som inkluderer både rusarbeid og psykisk helsearbeid vil få konsekvensar for den allereie eksisterande funksjon 243 tilbod til personar med rusmiddelproblem. Den vil også få konsekvensar for andre helse- og omsorgsfunksjonar der utgiftene knytt til desse målgruppene blir ført i dag. Det vil bety brot i tidsseriane som finst fram til no. Det blei understreka at det er viktig å ev. utreia konsekvensane av ei innføring av ein ny funksjon, eller større endingar av eksisterande funksjonar. Vidare blei det nemnd at ein eigen funksjon for to målgrupper korkje er i tråd med prinsippa i KOSTRAs funksjonskontoplan eller den nye helse- og omsorgstenestelova.



SSB stilte spørsmålet om firesifra underfunksjonar i kontoplanen er vegen å gå. Desse kan brukast etter behov under den enkelte hovudfunksjon. Meininga er då at underfunksjonane skal gjelda ulike målgrupper, som t.d.

- psykiske lidningar
- rusproblem
- utviklingshemming
- demens
- yngre med fysiske funksjonsnedsettingar
- eldre med fysiske funksjonsnedsettingar

Forslaget er også presentert i arbeidsgruppa for KOSTRA kommunale helse- og omsorgstenester. Som oppfølging har ASSS-kommunane, med Bergen og Bærum i spissen, fått i oppgåve å prøva og einast om ei felles inndeling i målgrupper. Det er sett av tid til dette arbeidet på neste fellesmøte i nettverket i starten av juni i Kristiansand. Her kjem SSB og Helsedirektoratet til å delta.

Fordelane med underfunksjonar er at dei i større grad er uavhengig av kommunal organisering. Det vil heller ikkje føra til endra tidsseriar sidan ein held fast på den overordna tenesteheilskapen. Ein annan fordel er at det vil vera enkelt å ta ut data for eigne målgruppeeiningar, supplerer med målgruppedata frå einingar integrert med andre målgrupper. Ein kan da velje om ein skal legge til alt frå integrerte grupper, eller berre ein standardisert berekna del.

Einingsregisteret

For å fordela desse årsverk på ein god måte, kan ein bruka Einingsregisteret der alle kommunale einingar av ein viss storleik skal registrerast. Hovudreglane i Einingsregisteret er følgjande:

1. Kvar eining kan berre ha éin næring -> éin KOSTRA-funksjon
2. Ein eller fleire næringar (verksemdar) er tilknytt éin KOSTRA-funksjon
3. Kvar tilsett blir gitt tilhøyrse til ein eining i Aa-registeret /A-meldinga

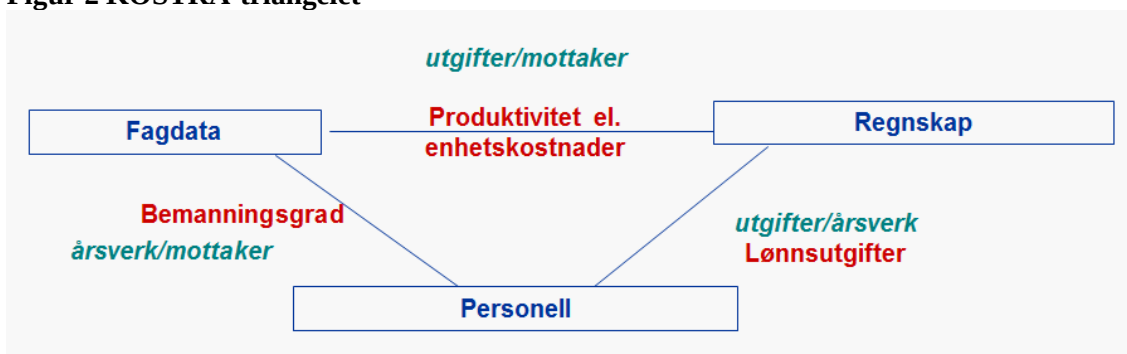
Det er Einingsregisteret som har blitt nytta for å gjennomføra heimetenestekartlegginga, og som skal brukast til ein eventuell dagsenterkartlegging.

Utfordringane med å fordela årsverk og utgifter etter målgrupper oppstår ofte i samband med integrerte tenester. Tenestene kan vera integrerte i næring og/eller ulike målgrupper. Ved integrering arbeider dei tilsette fleksibelt ved behov i ulike næringar eller med ulike målgrupper. Det som ofte framstår som integrerte tenester kan ofte vise seg å bare vera samlokalisering, der kvar tilsett arbeider berre innan same næring. Kartlegginga tok sikte på å vise omfanget av integrering innanfor ulike næringar og målgrupper.

Det blei elles orientert om viktigheita av å sjå fleire tal i samanheng. I KOSTRA gjeld dette tenestedata, rekneskap og personell.



Figur 2 KOSTRA-triangelet



Ved å sjå tal frå ulike datakjelder i samanheng bidreg ein til kvalitetssikring internt i kommunen. Viss ein oppdagar mistenkjelege tal, er det viktig at rette avdelingar i kommunen blir kontakta og rettar opp, anten det gjeld data for teneste, rekneskap eller personell. For å unngå feilrapportering eller registrering i utgangspunktet, er det viktig med ei felles forståing av definisjonane av dei ulike tenestefunksjonane på tvers av fagavdelingane i kommunane.

Konklusjon:

Arbeidsgruppa blei einige om å sjå an utfallet av ASSS-møtet i byrjinga av juni. Erfaringar og konklusjonar herifrå kan leggja føringar på kva ein skal gjera vidare når det gjeld å betre synleggjera utgifter og personell knytt til målgrupper generelt og psykisk helsearbeid og rusarbeid spesielt.

Sak 2. SSB og Helsedirektoratet deltek på ASSS-samlinga 2.6.2015. Heimetenestekartlegginga 2014

Dag Abrahamsen orienterte om heimetenestekartlegginga som blei utført hausten 2014. Bakgrunnen var m.a. ei utviding av bustadkartlegginga som blei gjennomført i 2011. Heimetenestekartlegginga bedde om svar frå alle kommunale verksemder i Einingsregisteret med heimetenestenæring. I tillegg blei nokre private heimetenesteverksemder inkludert. I alt var det 3 300 einingar som blei spurd. Innsamlinga blei gjennomført via KOSTRA-portalen i perioden september-oktober 2014. Dei viktigaste spørsmåla ein ønska å kartleggja var:

- Kva type verksemd det var snakk om (eventuelt avklare feil næring)?
- Kva primære målgrupper arbeider eininga med?
- Kva er graden av integrasjon målgruppe/verksemder?
- Har kommunen/eininga meir detaljert rekneskapsføring internt enn KOSTRAs funksjonskontoplan?

Ein av hovudkonklusjonane frå kartlegginga er at det er store skilnader mellom kommunane. Responsen på kartlegginga var positiv, og blei stort sett ønska velkommen. Det blei meldt om få problem med utfylling av skjema. Svarprosenten var på om lag 90% etter to purringar, og er tilstrekkeleg til at det er landsrepresentativt.

Abrahamsen understreka at dette er ei kartlegging av kommunane sine inndelingar i Einingsregisteret. Det kan avvika frå intern reell inndeling eller organisering. Inndelinga i Einingsregisteret bør difor sjåast på som ei minimumsmåling for inndeling. Dersom reglane blir følgde, kan inndelinga gjerast meir detaljert. Ein av fordelane med ei slik kartlegging er at ho



opnar for automatisert rapportering i framtida når det gjeld årsverk, utdanning, plassar og ev. utgiftsfordeling.

Dei foreløpige hovudfunna slår mellom anna fast at det er god kvalitet på næringskode. Samstundes ser ein at det er få einingar integrert med institusjon. Om det same gjeld for institusjonseiningane, vil det vera muleg å publisera årsverk fordelt etter høvesvis institusjon og heimetenester. Ei målsetjing bør vera å stilla i saman tal for årsverk, rekneskap og brukarar. . Eit anna viktig funn er at mange kommunar ikkje knyter personar med utviklingshemming og rus/psykiatri med heimetenesta i det heile teke, men i staden for berre tenkjer eldre og yngre med nedsett funksjonsevne.

Om lag tre av fire einingar er bustad med bemanning/base for brukarar i nærområdet (gangavstand), og det er svært få einingar som ikkje høyrar inn under heimetenesta. To av tre einingar har berre ein type teneste/verksemd/næring. På spørsmål om kva som er primærmålgruppene til einingane (muleg å svara to), er kategoriane utviklingshemming og fysisk funksjonshemming (eldre og yngre) høgast representert. Det er om lag 400 einingar retta mot psykiske vanskar, og om lag 100 retta mot rusmiddelproblem. I tillegg er det over hundre einingar retta mot dobbeldiagnose. Blant desse er det ein del som svarer psykisk lidningar og rusproblem som dei to diagnosane. To av tre einingar har berre éi målgruppe, og det er særleg i kommunar med fleire enn 50 000 innbyggjarar at dette er vanlegast.

Vidare er bustad med bemanning/base for brukarar er den vanlegaste tenesta for dei fleste målgruppene, medan ambulerande verksemd er nest vanlegast. Dette gjeld også for målgruppene personar med psykiske lidningar og personar med rusmiddelproblem. Det må igjen understrekast at inndelinga i målgrupper gjeld einingar. Om ein fordel målgrupper etter årsverk, utgifter eller brukarar, vert bildet ganske annleis.

Når det gjeld rekneskap, svarer om lag 50 prosent av heimetenesteeiningane at dei har ein meir detaljert rekneskapsføring enn KOSTRA-standarden som finst i dag. På spørsmål om dei ønskjer meir detaljert rekneskapsføring svarer 30 prosent ja, 40 prosent nei og 30 prosent at dei ikkje veit. Det er ikkje særlege variasjonar i svara fordelt etter kva målgruppe einingane gir tenester til.

Det blei kommentert frå fleire i arbeidsgruppa at omgrepet dobbeldiagnose bør formulerast om til ROP dersom det er snakk om personar med både psykiske lidningar og rusmiddelproblem. SSB poengterte at det ikkje nødvendigvis er psykiske lidningar og rusmiddelproblem som dekkjast av dobbeltdiagnose; andre alternativ er også mogleg. Innhaldet i dobbeltdiagnose kjem fram via kommentarfelt, og er ikkje fullstendig kartlagt for alle kommunane. Det blei nemnd at ein del personar med kognitiv svikt eller utviklingshemming òg kunne ha psykiske lidningar.

Arbeidsgruppa tok gjennomgangen til orientering.



Sak 3. Gruppesamtale; Funksjonskontoplan, målgrupper og registrering av årsverk

SSB innledet til gruppesamtale, der to av kommunane har forberedt svar på følgende spørsmål:

På kva måte kjem kommunen fram til årsverkstala i fjorårets rapportering til IS-24 (psykisk helsearbeid i kommunane) og IS-8 (rusarbeid i kommunane)

- Korleis tel ein grensetilfelle når personell jobbar både mot målgruppene psykisk og rus?
- Korleis tel ein grensetilfelle når personell jobbar mot andre målgrupper i tillegg?
- Kva einingar inngår når ein tel årsverk (berre einingar retta mot målgruppene personar med psykiske lidningar eller rusproblem eller også integrerte med andre målgrupper)?

Reknekap

- a) Bruker kommunen i dag internt rekneskap for målgruppene personar med psykiske lidningar eller rusproblem?
- b) Dersom internt rekneskap, korleis bereknar ein i så fall utgifter, spesielt når det gjeld:
 - i. grensetilfelle og einingar som er gitt i samband med årsverksrapportering?
 - ii. organisering av tenestene – korleis fordela utgifter for einingar som har fleire målgrupper?
- c) I kva grad samsvarer utgifter med årsverkstal?

Oppsummering (blir presentert i plenum)

- a) Korleis har kommunen generelt løyst utfordringane ved årsverksrapportering?
- b) Kan tilsvarende tilnærmingar som for årsverksrapportering bli brukt ved ei rekneskapsregistrering på områda, ev. kva er forskjellane?

Deltakarene på møtet blei delt inn i to grupper, der Stavanger og Holmestrand kommune presenterte i kvar si gruppe, med påfølgjande diskusjonar:

Hovudtrekk frå Stavanger kommune:

Stavanger kommune har 18 bufellesskap for personar med psykiske lidningar, og 4 einingar knytt til ROP-lidningar. I tillegg har kommunen ca. 200 bustadar med ambulant miljøarbeidarteneste for menneske med alvorleg rusproblematikk, og 4 hybelhus med stasjonær bemanning for same gruppe. Fire helse- og sosialkontor og fire NAV-kontor forvaltar tenester og ytingar for blant anna menneske med psykiske lidningar og ruslidningar. Årsverk som er direkte knytt til bueiningar for rusmiddelavhengige blir ført på funksjon 243. Det same gjeld enkelte årsverk på helse- og sosialkontora. Ved rapportering IS-8 bereknar ein delen av årsverk på helse- og sosialkontor og NAV-kontor (kommunal del) som blir brukt i arbeidet med rusmiddelavhengige.

For menneske med psykiske lidningar, finst det, i tillegg til bufellesskap, også eigne aktivitetssentra, som det blir berekna årsverkstal for psykiske lidningar frå. Vidare blir delen av årsverk frå helse- og sosialkontora og NAV-kontora berekna (kommunal del).

Rapportering til IS-24 og IS-8 blir koordinert frå fagstab Levekår (rådmannsnivå) i samarbeid med aktuelle verksemder. Fjorårets tal blir brukt som utgangspunkt, og desse blir sendt ut til aktuelle personar og verksemder, som deretter rapporterer inn årets tal til Levekårstaben. Ein del er enkelt, og ein del er skjønnsbasert. Ved store endringar frå fjoråret blir bakgrunn og grunnlag sjekka grundig av dei rådgivarane som er ansvarlege for samanstilling av innrapporterte årsverk.

Stavanger kommune ønskjer å kunna skilja mellom målgrupper, og har ikkje underfunksjonar per i dag. Det er behov for styringsdata for målgrupper, også for rekneskapsdata. Samstundes



blei det peika på det at det er viktig å unngå brot i tidsseriar. Definisjonar av funksjonar har utvida seg, og dette bør ein sjå på.

Diskusjonar i gruppa og plenum:

Det er ulike oppfatningar i gruppa om det er hensiktsmessig å slå saman psykisk helse og rus, - å ikkje skilje desse to gruppene. Argument for å slå saman er at det er stadig fleire med ROP-lidingar, og det er vanskelig å skilje rus frå psykisk helse. Argument for å behalde ei inndeling er at det er få, samanlikna med psykisk helse, med rusproblem, samt at tala blir brukt til førebygging der det er viktig at brukargruppe er så konkret som mogleg. Fleire i gruppa seier dei har vore for å behalde disse gruppene åtskilte, men ser at det i praksis kan vera vanskeleg. Det kan vera hensiktsmessig å sjå både på funksjonar, - moglegheiter for å få ein tilsvarende funksjon som på rus for psykisk helse, - og underfunksjonar. Det kan være behov for ein meir finmaska inndeling, med både rus, psykisk helse og ROP.

Hovudtrekk frå Holmestrand kommune:

Leiar for psykisk helseteneste har ansvar for å fylla ut skjema for IS-8 og IS-24 rapportering. Det fungerer greitt, men kommunen har eit forbettringspotensial i forhold til undernemnde. Det kan vera ei utfordring for små kommunar å skilja ut kor stor del av ei stilling kommunen til dømes bruker til arbeids- og aktivitetsretta tiltak, og tiltak retta mot ungdom og unge vaksne.

Holmestrand kommune har internt rekneskap for målgruppa. Det finst ei eiga psykisk helseteneste for vaksne som har god oversikt over kva for nokre stillingar som brukast til psykiske lidingar og kva som brukast til rus. Det er i stor grad samsvar mellom utgifter og årsverk.

Holmestrand kommune bruker i dag Brukerplan. Dei synest det er fint at kartleggingsverktøyet har fått endringar som skil psykisk lidingar og rus. Det må for kommunane vera hensiktsmessig at både NAV og helse- og omsorgstenestene (inkludert barnevern) bruker systemet, då dettevil gi eit betre og meir heilskapleg bilete.

Diskusjonar i gruppa og plenum:

I oppsummering og diskusjonar i plenum blei det nemnd at SSB bør spela inn til KMD at funksjonskontoplanen bør bli gjennomgått.

Det blei diskutert at det er store skilnader i kommunane om det er behov for meir detaljert føring på rekneskap og brukargrupper, og i korleis grad dei har tatt i bruk meir detaljert føring per i dag.

Det blei sagt at det er ulik praksis i kommunane for korleis ein i IS-8 og IS-24 fører tiltak NAV har for personar i målgruppene. Her er det òg avvik i definisjonane mellom dei to IS-skjemaa når det gjeld om NAV-aktivitet skal takast med eller ei.

Vidare blei det peika på at vedtak om heimetenester kan vera fatta ut ifrå behova til ein persone, ikkje på bakgrunn av diagnosen til tenestemottakaren. Det kan gjera det vanskelegere å skilja ut målgruppene med psykisk helse- og rusproblem.

Til oppfølging:

Vidare arbeid i KOSTRA-arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunar (samt KOSTRA-arbeidsgruppe for helse- og omsorgstenester) er avhengig av resultat i ASSS-nettverket.



Sak 4. Orientering om IS-24 (psykisk helsearbeid i kommunar) og IS-8 (rusarbeid i kommunar) ved Helsedirektoratet (Jan Tvedt, samt Thor-Hallgeir Johansen via e-post i etterkant av møtet.)

Det skal no vere ei rapportering frå kommunane, der Sintef vidarefører arbeidet med psykisk helsearbeid, samstundes som dei har overtatt rapporteringa av rusarbeid (frå Rambøll). Rapporteringa vil framleis bestå av ein del årsverk, og ein del kvalitative spørsmål, som er meir forskningsbaserte. Overgangen til éi rapportering fører til fleire utfordringar, til dømes kravet om at det ikkje skal føra til eit brot i statistikken. Det har blitt nedsett eit gruppe som mellom anna har arbeida med å sjå på omgrepsbruk mv.

Det skal rapporterast for status i kommunane ei veke i 2015, som skal representere endringane gjennom året 2014. Det er enda uavklart om statistikken skal presenterast som årgang 2014, 2015 eller 2014/2015. Ved dei to sistnemnte vil det bli ei endring i omgrep, framfor endring i reell praksis.

Sintef er godt i gang med rapporteringa. Planen er at årleg publisering av rapporteringa skal skje på sommaren, men det kan sjå ut til at dette ikkje blir mogleg i år.

Sak 5. Orientering om BrukerPlan, ved prosjektleder Marit Håland frå Stavanger Universitetssjukehus

BrukerPlan er i utgangspunktet eit verktøy for kommunar som ønskjer å kartlegga omfanget og karakteren av rusmiddelmissbruk i kommunen. Frå 2015 er det også mogleg å registrera personar med psykisk helse problematikk, som ikkje har eit rusproblem. Kartlegginga kan brukast til kvalitetssikring, utvikling og evaluering av tenester, og som grunnlag for tenesteforskning. BrukerPlan er godkjent av Datatilsynet (konsesjon) og det førelegg ein oppdragsavtale mellom Helsedirektoratet og Helse Stavanger.

Kartlegginga omfattar innbyggjarar frå 16 år som tek imot tenester frå kommunane sine omsorgs-, helse- og velferdstenester, og som blir vurdert av ein fagperson i instansen til å ha eit rusmiddelproblem, eller psykiske problem (utan kjent rusproblematikk). Rusmiddel- og psykisk problem blir i denne samanheng definert som problem som går alvorlig utover daglig fungering og/eller relasjonar til andre.

Alle kommunar må signera databehandlingsavtale, og kartlegginga inkluderer alle instansar som den enkelte kommune meiner er relevant: Rus- og psykiatriteneste, NAV, pleie/omsorg, helsestasjon, barnevernsteneste, ungdomsteam, og fastlegar (der det lar seg gjera).

Det er fagpersonale som kartlegg, og det er deira vurderingar som blir lagt til grunn. Kartlegginga føregår i eit eige fagsystem, og består av demografiske opplysningar (til dømes kjønn, alder og omsorg for barn), bruk av tenester siste år og forventta bruk framover, samt aktuelt funksjonsnivå innanfor åtte område.

Resultata kan brukast til følgjande:

- Dokumentera omfang og karakter av rusmiddelmissbruk blant brukarar av kommunen sine tenester – samanlikna med andre kommunar.
- Dokumentera omfanget av psykiske problem blant kommunen sine brukarar av tenestene til kommunen – samanlikna med andre kommunar.
- Ved fleire kartleggingar blir utviklingstrekk vist i omfanget og karakteren av problemet og utviklinga i tilbod for alle brukarar, for utvalde/prioriterte brukargrupper, eller for enkeltbrukarar
- Dokumenterer dei tenester som brukarar har fått det siste året.



Fordelar med å få inn nokre data frå BrukerPlan i KOSTRA er at mykje blir kartlagt, og det gir eit meir heildekkande bilete av tenestene. Ulemper er at det er ei friviljug kartlegging, der kommunane sjølv vel kva dei vil kartleggje og nokon kommunar sine kartleggingar er meir omfattande enn andre.

Sak 6. Eventuelt

- SSB inviterte Sintef (ved Solveig Ose) til dette møtet for ein presentasjon av arbeidet med samanslåinga av rapportering av rus og psykisk helse i kommunane. Under her ønska ein presentasjon av nye data, bruk av omgrep, nytt skjema og rutinar. Dei kunne ikkje delta, og Helsedirektoratet føreslo å heller ha ein gjennomgang etter at det pågåande arbeidet er klart. SSB vurderer med dette å kalle inn til eit nytt KOSTRA-møte hausten 2015, med presentasjon av det som tidlegare har vore IS-24 og IS-8. I tillegg kan det vera saker frå arbeidet i ASSS-nettverksmøta (om funksjonskontoplan og underfunksjonar) som kan vera hensiktsmessig å ta vidare til hausten.
- IPLOS registrerer nå også dei som har fått tilbod om individuell plan og takka nei. Tidlegare har alle som har fått tilbodet blitt registrert i same kategori.
- Neste veke blir KOSTRA- arbeidsgruppemøte for Sosialtjenester gjennomført. Helsedirektoratet tar med seg gruppa sin diskusjon om funksjonskontoplan til dette møtet.
- Husbanken informerte om at det blir publisert ein rapport nå for LAR, Helse Sør-Øst