



Lia, m.fl., 10.05.16

Til stede, begge dager: Hilde Hatleskog Zeiner (HOD), Astrid Nesland (KS), Kjetil Brodal (Tolga kommune), Halvor Haug (Hamar kommune), Linda Haugan (Helsedirektoratet), Mette Odden Grimeland (Helsedirektoratet), Anni Fretheim (SSB), Trond Ekornrud (SSB), Linda M. Allertsen (SSB), Dag Abrahamsen (SSB – møteleder),
Dag 1, og relevante saker: Merete Thonstad (SSB), Inger Merethe Skarpaas (Helsedirektoratet), Martin Fjordholm (Oslo kommune), Greetje Refvem (KS), Kristine Hartvedt (Helsedirektoratet), Kjersti Kellner (Helsedirektoratet)
Dag 2, og relevante saker: Martin Fjordholm (Oslo kommune), Michael Kaurin (Helsedirektoratet), Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Helge Næsheim (SSB)

Referat KOSTRA arbeidsgruppemøte, Helse- og omsorgstjenester 09. – 10. mai 2016

Sak 1.	Oppfølging av fjorårets rapport til Samordningsrådet v/ SSB	2
Sak 2.	Oppfølging av forrige KOSTRA arbeidsgruppemøte, 5.11.15, v/SSB	3
Sak 3.	Innrapportering av 2015-data v/ SSB.....	3
Sak 4.	Splitting av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten v/SSB	7
Sak 5.	Ønske om mer detaljerte tall for fysioterapi og ergoterapi, v/SSB	10
Sak 6.	Frisklivssentraler, v/SSB.....	13
Sak 7.	Årsverksrapportering – fra AA-register til A-ordning v/ Helge Næsheim, SSB	14
Sak 8.	KOSTRA-skjema 1, forslag til endringer, v/SSB	15
Sak 9.	KOSTRA-modernisering i SSB, orientering v/ Marte Hvamb i SSB	17
Sak 10.	Hjemmetjenester og målgrupper, orientering v/SSB	20
Sak 11.	Rettighetsfesting av opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, v/SSB.....	23
Sak 12.	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) / Kommunal akutt døgnenhet (KAD), v/SSB 25	
Sak 13.	KOSTRA-skjema 4, forslag til endringer, v/SSB	27
Sak 14.	KOSTRA-skjema 5, forslag til endringer, v /SSB	28
Sak 15.	Differensiert rapportering, v/SSB	29
Sak 16.	KOSTRA faktaark – forslag til endringer i publisering, v/SSB.....	30
Sak 17.	Regnskapsveileder, v/SSB	32
Sak 18.	Oppfølging av saker fra KOSTRA-arbeidsgruppemøtet 9. – 10. mai 2016.....	34



Sak 1. Oppfølging av fjorårets rapport til Samordningsrådet v/ SSB

Dokumentasjon: <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/kostra-arbeidsgrupperapporter-2015>

Anbefalte tiltak	Status
3.3.1 innsendingsfrist for skjema 4 og 5 endres fra 15.2 til 15.1	Gjennomført, sak 3
3.3.3 innsendingsfrist for korrigerte tall endres fra 1.10 til 20.5	Gjøres gjeldende f.o.m. 2016. Ingen endringer i KOSTRA skjema 1, 4 og 5 høsten 2015.
4 Avvikle funksjon 255 «Medfinansiering somatiske tjenester» f.o.m. regnskapsåret 2016.	OK
5.1 Skjema 1, punkt 4-1: Nytt spørsmål om omfang av kjøpte jordmortjenester utenfor egen kommunes regi	Fulgt opp på arbeidsgruppemøte 5.11.2015, se egen sak
5.2 Skjema 1, punkt 6: Ordene «og samhandling» tas ut av overskriften	OK
Skjema 1, punkt 6-1, mer detaljerte spørsmål rundt koordinerende enhet	OK
5.3 Skjema 4, punkt 2, Brukerundersøkelser: Gjennomgang av skjemaveiledning	Selv om veiledning er svært lang, har SSB foreløpig ikke kommet fram til hvordan denne skal reduseres.
5.4 Skjema 4, punkt 6, Beboere i bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet: Utvidet skjematekst	OK
5.5 Skjema 4, punkt 3 Tilgang til tjenestene: Vurdere endring i spørsmålstekst	OK
5.6 Skjema 5, punkt 3 Plasser til «Øyeblikkelig hjelp – døgnopphold»: Ny hovedkategori	OK
Skjema 5, punkt 4 Tidsbegrensede og medisinske plasser: Forenkling	OK
6.1.1 Omsorg grunnlagstall: Droppe omsorgsboliger	Utføres til publisering 15.6.2016
6.2 Omsorg Nye nøkkeltall og kvalitetsindikatorer: Andel beboere på langtidsopphold på institusjon vurdert av lege/tannhelsepersonell siste 12 mnd.	OK
6.3.1 Kommunehelse nøkkeltall/grunnlagstall: Endring av indikator – fra antall til årsverk personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid	Årsverk ikke tilgjengelig. Utføres til publisering 15.6.2016. Tilbakeføring av beregning for også 2013 og 2014 vurderes når årsverk 2015 foreligger
6.3.2 Omsorg nøkkeltall: Endre andel brukerbetaling fra korrigerte brutto driftsutgifter til brutto driftsutgifter	Utføres til publisering 15.6.2016
8.3 Det nedsettes et utvalg/arbeidsgruppe fra sentralt hold med ansvar for å finne gode metoder for å håndtere de behov som kommunereformen vil skape når det gjelder statistikk.	Ønske om å håndtere statistikkutfordringer i forbindelse med kommunereformen er notert i KOSTRAs moderniseringsprosjekt

Fra møtet:

Punkt 5.3: SSB og KS har tidligere sett nærmere på brukerundersøkelser, og mulighet for å gjøre veiledningen på dette punktet enklere. De har ikke kommet fram til noen konkret forslag. Det ble reist spørsmål i gruppen om det er nødvendig å spørre om brukerundersøkelser årlig. KS informerte om at det har vært ønske fra regjeringen om en nasjonal undersøkelse om brukerundersøkelser, og en rapport er i siste slutfase nå. Det ble enighet i gruppen at det er fornuftig å vente til denne rapporten foreligger, for så å vurdere om spørsmålet tas ut eller endres.



SSB kommenterte at det har kommet spørsmål fra kommuner om hvordan de skal besvare om de har brukerundersøkelser, og da har en grundig veiledning vært hensiktsmessig å vise til.

Vedtak:

- *KS orienterer arbeidsgruppen så snart rapport om brukerundersøkelser foreligger*
- *Punkt 5.3: Spørsmål om brukerundersøkelser, i skjema 4, vurderes behov for etter rapport fra KS om brukerundersøkelser foreligger.*

Sak 2. Oppfølging av forrige KOSTRA arbeidsgruppemøte, 5.11.15, v/SSB

2.1: *Fra sak 1, arbeidsgruppemøtet 05.11.2015: Data som samles inn, men ikke publiseres:*

Vedtak: SSB skal lage oversikt over utlevering av upubliserte skjemadata.

Status: Ikke gjort, foreslås tatt inn i Samordningsrådsrapport 2016

Fra møtet:

Helsedirektoratet kommenterte at det er viktig at publikum og kommuner får tilgang til data som er samlet inn via KOSTRA. Et eksempel er frisklivssentraler, der en relativt stor kartlegging ble utført og ingen indikatorer publiseres på ssb.no. Flere i gruppen melder behov for en oversikt, variabeloversikt eller liknende, på hva SSB samler inn data på. Det reises også spørsmål fra gruppen om SSB tar betalt for å levere KOSTRA-data ut ved forespørsler. SSB besvarte at det leveres ut data ved henvendelser, og at dette normalt ikke tas betalt for. Det er noen unntak, f.eks. dersom kvalitetssjekk og kvalitetsarbeid (bearbeiding) er nødvendig. Det er også viktig å ivareta sensitivitetshensyn.

Det kommenteres også at det er viktig at arbeidsgruppen blir informert dersom det foregår særskilte rapporteringer og eksterne innsamlinger, som berører våre skjema og områder. Dette for å holde oversikt over hva som skjer på området, men også viktig for å ivareta gruppens mandat som blant annet innebærer å unngå dobbeltrapporteringer.

2.2: *Sak 5 fra arbeidsgruppemøtet 05.11.2015: Jordmortjeneste:*

Status: Følges opp i sak 4 her

2.3: *Sak 6 fra arbeidsgruppemøtet 05.11.2015: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Splitting av årsverk.*

Status: Følges opp i sak 4 her

Sak 3. Innrapportering av 2015-data v/ SSB

Endring av rapporteringsfrist fra 15.2 til 15.1 forløp helt smertefritt. Riktignok ble det en hektisk start for året for SSB, men 15.1.2016 var en tilnærmet like stor andel skjemaer levert som for 15.2.2015. En sparte altså inn en hel måned, og fikk konsentrert innsamlingsarbeid og oppfølging til en mye kortere periode. SSB mottok ikke negative kommentarer fra rapportørene grunnet tidligere frist. Samtidig så også framskyndet frist for skjema 4 og 5 til å påvirke innrapportering av skjema 1, slik at innrapporteringsandel her hele tiden har ligget høyere enn i 2015.

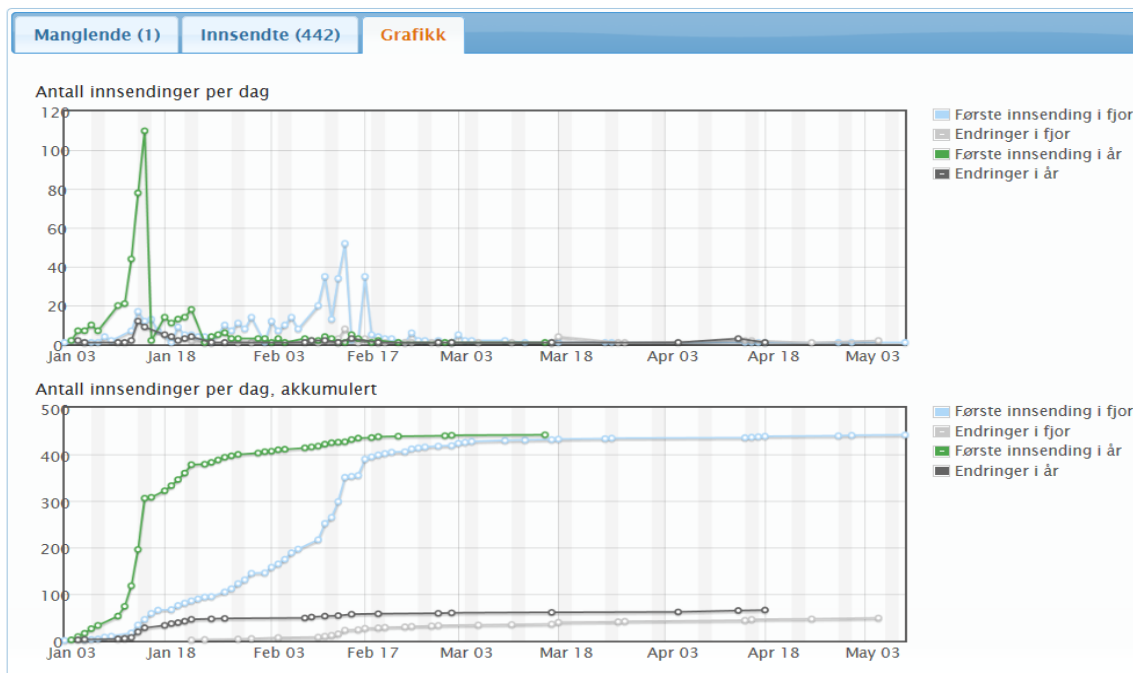
IPLOS har over flere år hatt gode erfaringer med innrapporteringsfrist 15.1.



Tilbakemelding til kommunene om kvalitet på registreringen blir sendt ut på CD, og stadig tidligere år for år. I 2016 foregikk utsendingen i begynnelsen av februar. I 2015 sendte i overkant 100 kommuner inn på ny etter publisering 15.3. I 2016 ble det for første gang sendt ut en påminnelse om muligheten for å sende inn korrigerte/oppdaterte tall innen 15.4. Dette resulterte i at drøyt 250 kommuner sendte inn på ny.

KOSTRA 2015
4. Helse- og omsorgstjenester - samleskjema
Rapport er oppdatert per 21.04.2016 10:10:20

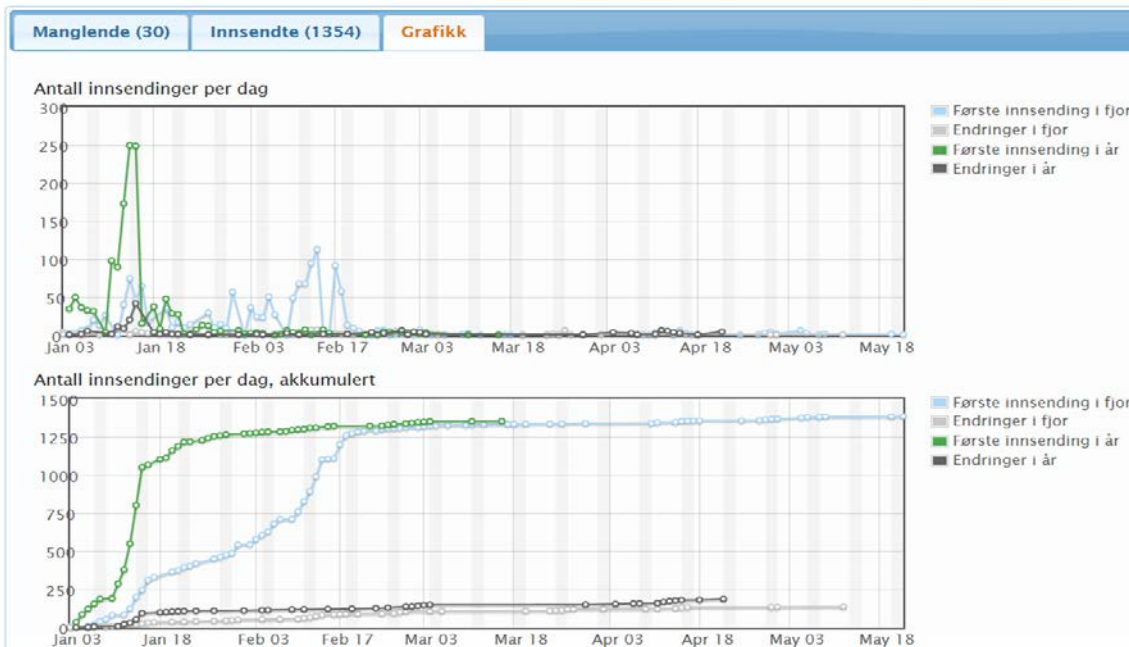
Rapport per skjema
Velg skjema 4. Helse- og omsorgstjenester - samleskjema
Filtrer på





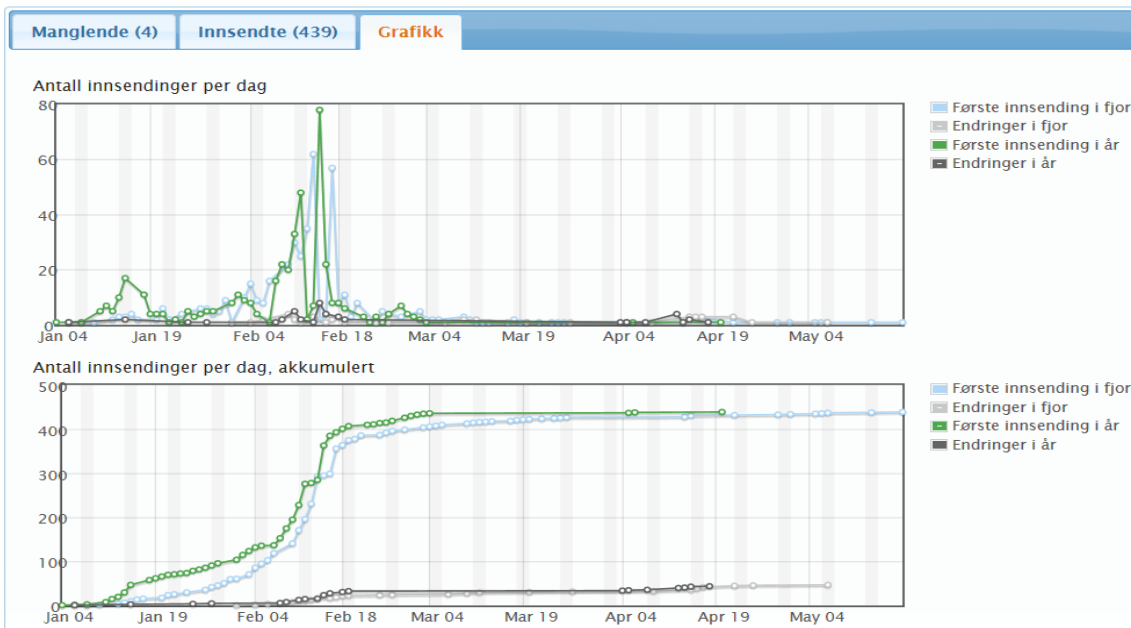
5. Helse- og omsorgsinstitusjoner
Rapport er oppdatert per 23.04.2016 14:13:39

Rapport per skjema
Velg skjema 5. Helse- og omsorgsinstitusjoner
Filtrer på



KOSTRA 2015
1. Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Rapport er oppdatert per 21.04.2016 10:11:55

Rapport per skjema
Velg skjema 1. Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Filtrer på





	Skjema 1	Skjema 4	Skjema 5	IPLOS
<i>2015-årgangen</i>				
Forventet 31.12.2015	443	443	1358	428
20.01.2016	65	344	1160	
20.02.2015	407	438	1322	428
10.03.2015	436	441	1354	428
andel	98,4	99,5	99,7	100,0 ¹
03.06.2015	443	443	1358	428
<i>2014-årgangen</i>				
Forventet 31.12.2014	443	443	1413	428
20.01.2015	24	81	364	352
20.02.2015	386	405	1269	428 ²
10.03.2015	415	430	1309	428
andel	93,7	97,1	92,6	100
08.06.2015	443	443	1389	428
	100	100	98,3	100
<i>2013-årgangen</i>				
Forventet 31.12.2013	443	443	1411	428
20.01.2014	29	49	208	
20.02.2014	392	421	1256	424
10.03.2014	423	433	1312	428
andel	95,5	97,7	93	100
30.05.2014	443	443	1366	428
	100	100	96,8	100

Fra møtet:

Det ble reist spørsmål fra arbeidsgruppen om framskyndet innrapportering betyr at det er mulig å få endelige data til 15. mars. Det opplyses fra regnskapssiden at data ikke kommer inn før på et senere tidspunkt. Det er ulike rutiner og frister i kommunene, før innsending. Oslo kommune informerte at de har et løp der det stenges og sendes inn SSB i slutten av februar / begynnelsen av mars. Men da stenges også mulighet for korrigeringer av regnskapsdata. Fra tjenestesiden ble det kommentert at det med framskyndet frist ble mer tid til å purre kommuner som sendte inn sent. Det ble også utført kontrollsjekker mot IPLOS som planlagt. I

¹ Det ble gjort en ekstrainnsats for å få med siste avlastningsbolig til skjema 5

² Siste kommune rapporterte IPLOS 10.2.2015



år har SSB vært opptatt med flere oppgaver, men et mål er å få editert mest mulig før 15. mars. Store kommuner prioriteres. Det ble poengtert at til tross for stort fokus på den første publiseringen i mars, er KOSTRA-løpet slik at planen er at kommuner skal avdekke feil, og ha mulighet for opprettinger før siste publisering. Det vil dermed fremdeles ikke være endelige tall i mars, men forhåpentligvis færre endringer 15. juni enn tidligere.

Sak 4. Splitting av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten v/SSB

Det er et ønske fra både helsemyndigheter og kommuner om splitting av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Årsakene er blant annet følgende:

- Synliggjøre hvordan årsverk fordeler seg mellom deltjenestene helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste
- Ha muligheter for å sette inn målrettede tiltak for å bedre møte brukerbehovene i de to tjenestene
- I dag blir det kun publisert årsverk hentet fra register samlet for de to deltjenestene
- Viktigheten av å fordele årsverk blir nevnt i statsbudsjettet:
Helse- og omsorgsdepartementet ber her Helsedirektoratet om å samarbeide med SSB for å få bedre oversikt over årsverkene i de to deltjenestene

Historikk:

- Tidlig på 90-tallet ble det samlet inn årsverkstall i skjema fordelt mellom de to tjenestene
- I 2004-2005 ble det gjennomført en kartlegging på oppdrag for Helsedirektoratet med splitting
- I 2012 publiserte KS/ASSS en rapport som inneholdt årsverkstall splittet mellom de to deltjenestene. I tillegg har det vært nedsatt flere utvalg og holdt flere møter for å drøfte temaet

Alle disse undersøkelsene viste stor usikkerhet omkring oppsplitting mellom årsverk på helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Nå-situasjon:

- *Årsverk hentet fra register blir publisert for de to deltjenestene samlet i KOSTRA*
- *Alle kommunalt tilsatte i næring 86.903 helsestasjons- og skolehelsetjeneste i Enhetsregisteret (pluss årsverk fra leger og fysioterapeuter rapportert i KOSTRA skjema 1)*
- *Det finnes ikke en mer detaljert inndeling på næring i Enhetsregisteret*
- *Det finnes heller ikke annen informasjon i Enhetsregisteret som gjør det mulig å splitte mellom de to deltjenestene*
- *2014-tall viser blant annet følgende for helsestasjons- og skolehelsetjenesten:*
 - *Det er i alt 4 381 årsverk totalt for hele landet samlet*
 - *Det er 170 kommuner som har under 3 årsverk tilknyttet de to deltjenestene*
 - *Det er 200 kommuner som har under 4 årsverk tilknyttet de to deltjenestene*
 - *40 kommuner utgjør ca. 50 prosent av årsverkene i de to deltjenestene*
- *Arbeidsgruppen for KOSTRA helse- og omsorgstjenester gjennomførte gruppearbeid med kartleggingen som tema på arbeidsgruppemøte i november 2015. Her ble det blant annet diskutert:*



- Hva formålet med kartleggingen bør være? Hva nivå kartleggingen bør være på? Hva bør kartleggingen inneholde?
- Det ble ikke fattet et konkret vedtak på møtet om veien videre. Samtidig var det enighet om at det måtte besluttes om en kartlegging skulle gjennomføres, og om SSB eventuelt skal gjennomføre denne

Helsedirektoratet har i forbindelse med arbeidsgruppemøtet 9.-10. mai spilt inn forslag til utforming av en eventuell kartlegging:

[Helsedirektoratets forslag pr 21.4.2016](#)

	Leger	Fysioterapeuter	Jordmødre	Helsesøstre	Psykolog/spesialist i psykisk helse/psykiatri sk sykepleier	Annen helsefaglig utdanning	Annet personale	Administrative årsverk	Totale årsverk
Helsestasjon 0-5 år									
Skolehelsetjenesten grunnskole									
Skolehelsetjeneste vgs									
Helsestasjon for ungdom									
Sum									
Kan vurderes slått sammen.									

Veiledning:

1. Det skal oppgis i årsverk. F. eks. er 50 % stilling 0,5 årsverk. Det kan brukes inntil to desimaler.
2. Ved interkommunalt samarbeid skal **kun** kommunenes egen andel av årsverkene registreres.
3. Ved kjøp av jordmortjeneste fra regionalt helseforetak oppgis den andel årsverk som er kjøpt.
4. Hvis f. eks. en helsesøster jobber 50 prosent i fagstilling og 50 prosent administrativt føres det henholdsvis 0,5 årsverk på helsesøster og 0,5 årsverk på administrative årsverk.

Samarbeider kommunen din med andre kommuner om å tilby noen av følgende tjenester (interkommunalt samarbeid)?

	Ja	Nei
Helsestasjon 0-5 år		
Skolehelsetjenesten		
Helsestasjon for ungdom		
Sum		

SSBs hadde følgende kommentarer til en kartlegging:

Det vil være mest hensiktsmessig å gjennomføre en kartlegging på kommunenivå. Det blir ellers viktig å ta utgangspunkt i registertall for helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det vil gi en ekstra kvalitetskontroll av tallene som blir registrert i a-ordningen. Det blir ellers viktig å dokumentere rutiner av registrering og uttak av data når det gjelder årsverk/timeverk mellom de to deltjenestene. I forbindelse med utvikling og uttesting av spørreskjema for kartleggingen bør ASSS-kommunene, i tillegg til Tolga og Hamar, bli brukt aktivt.

SSB foreslo også at en kartlegging av kjøp og salg av jordmortjenester bør inkluderes i kartleggingen.

På sikt kan delingen komme inn i KOSTRA-skjema, men forut for dette:

Det bør ha vært gjennomført en kvalitetskontroll av register, det bør være samsvar mellom register og situasjon i kommunene. Kommunene bør ha gjort en vurdering av registertallene, og gjort en fordeling av disse.

Det bør være rutiner, i kommunenes fagsystem mv, som gjør det enkelt å hente ut tallene



Fra møtet:

Det ble reist spørsmål fra kommune om hva årsaken til kartleggingen er, og om det er nødvendig dersom det er tenkt inn i KOSTRA.

Helsedirektoratet kommenterte videre: Det arbeides med retningslinjer, ekstra midler mot Kompetanseløftet 2020. Det er nødvendig med informasjon om status for årsverk ved helsestasjon og skolehelsetjeneste per 2016, og med det en kartlegging til høsten.

Helsedirektoratet har rist til 15. august overfor Helse- og omsorgsdepartementet for å komme med forslag til hvordan dette tenkes løst.

Det ble informert om at det er avklart at Helsedirektoratet, via Fylkesmennene, skal gjennomføre kartleggingen til høsten. Det er ønskelig med kartlegging for en kvalitetssjekk av register. SSB spilte inn at det er mangelfulle opplysninger i register om avtaler mellom kommuner og private. Dette er også årsak til at årsverk innen fysioterapi og leger fortsatt er i skjema.

SSB informerte at det er nødvendig å finne ut hvordan kommuner kan finne årsverkstall differensiert på helsestasjon og skolehelsetjeneste; om de er lett tilgjengelig, ligger i fagprogram mv. Det er ikke ønskelig å ta inn detaljerte spørsmål i KOSTRA, der besvarelse i stor grad kan antas å kunne være preget av skjønn.

SSB har tidligere foreslått, og foreslo på møtet, å legge ved tidligere rapportert årsverkstall ved en kartlegging. Med det kan kommunene se hva de har rapportert, sjekke om det stemmer og fordele dette på helsestasjon og skolehelsetasjon og ulike kategorier. Helsedirektoratet, Oslo kommune mv stilte seg positiv til dette.

Oppfølging etter møtet:

Det kom mange innspill fra arbeidsgruppemedlemmene til skjemaforslaget Helsedirektoratet har utarbeidet, fra arbeidsgruppemedlemmene:

- Fra kommune: Forslaget til skjema ser greit å fylle ut, kommunen har disse opplysningene tilgjengelig. For kommuner, og bydeler, som ikke har videregående skole, bør man oppgi det.
- SSB: Samarbeid bør presiseres. Hvem samarbeider, - og omfang av kjøp og salg bør sees i sammenheng.
- Oslo kommune: Skjema kan misforstås, - Annet fagpersonell, annet hjelpepersonell bør presiseres. Bør ta bort det som kan være en tjeneste et annet sted, slik at dobbeltregistreringer unngås.
- SSB: Bør presisere om det er utdanning eller yrke/stilling man er ute etter. Utdanning finnes i registre.
- Helsedirektoratet: Jordmortjenesten skal også kartlegges
- Flere spiller inn at alderskategori 0-5 år kan misforstås, dersom svangerskapskonsultasjoner skal tas med.
- Oslo kommune: Ungdomsskoler kan ansette psykologer, uten at dette telles inn under skolehelsetjeneste. Ansatt i skolen
- Kommune: Vi har allerede spørsmål om jordmortjeneste i skjema i dag, - JA/NEI spørsmål som ikke publiseres.
- SSB: Det spesifiseres i veiledning at også antall av årsverk som er kjøpt skal oppgis,
- Det var enighet i gruppen om at splitting av årsverk i skolehelsetjeneste og helsestasjon bør gjennomføres årlig.



- Flere spilte inn at det bør presiseres at også barselomsorg skal rapporteres for helsestasjon. Alder 0-5 år kan være upresist.

Til orientering:

Helsedirektoratet gjennomfører en kartlegging, via Fylkesmennene, i høst. Skjemaet testes ut i kommuner, via ASSS.

Til oppfølging:

- Arbeidsgruppen får anledning til å spille inn kommentarer på skjema og innhold.
- Etter gjennomført kartlegging vil SSB og Helsedirektoratet sammenlikne innrapporterte tall med registertall. Formålet er å kvalitetssikre både de innrapporterte tallene og registertallene. På høstens KOSTRA-arbeidsgruppemøte vil det besluttet om hvorvidt, og i hvilket omfang, splittede årsverkstall kan hentes inn via KOSTRA-skjema 1 fra neste år.

Sak 5. Ønske om mer detaljerte tall for fysioterapi og ergoterapi, v/SSB

Dokumentasjon: Innspill fra ASSS helsenettverket:

Nasjonale føringer tilsier at kommunene skal satse på rehabilitering i kommunene for å sørge for en bærekraftig utvikling. Samhandlingsreformen tilsier at kommunen har fått overført større ansvar. Et av ansvarsområdene som kommunen nå har hovedansvaret for er rehabilitering. Denne vridningen av ansvarsforhold og ønsket prioritering kan vanskelig la seg måle på ressursbruk nivå eller på tiltaksnivå slik rapport nå foreligger. Det er derfor ønskelig å gjøre endringer i KOSTRA slik at rapportene speiler de nasjonale satsningene og dreiningen av tjenestene i kommunene.

- Innrapportering av ergoterapi på lik linje som fysioterapi i KOSTRA.
 - o Dette skulle være gjennomførbart ettersom ergoterapi rapportering har blitt prøvd ut i flere år i KS rapporten gjennom ASSS samarbeidet. KOSTRA og KS rapporten har ikke samme bruksområde i kommunen og det er ønskelig å få lik rapportering på begge fagområdene. Ergoterapi og fysioterapi er i de fleste kommuner organisert i samme virksomhet og lik rapporteringsmåte underletter i daglig drift, rapportering og grunnlag for ressursfordeling i kommunen.
- Splitte opp/ skille ut spesialisert rehabilitering i institusjon funksjon 253.
 - o Akutte tjenester er skilt ut fra 253 og skal rapporteres på 263 da det bl.a. er av stor interesse av å kunne måle/ sammenligne denne type drift kommuner i mellom. På lik linje som akutt tjeneste i kommunen skiller seg ut fra tradisjonell sykehjemsdrift, korttidsplasser og skiller også spesialisert rehabilitering i institusjon seg ut og vil være like viktig å kunne måle/ sammenligne kommuner mellom. Kommunene (ASSS) rapporterer i dag fysioterapi (KOSTRA) og ergoterapi (KS rapport kommunehelse) på 253. Tidsbruk timer blir fordelt på alle plasser med unntak av akutt plassene med heldøgns helse og omsorgstilbud. Intern telling av tildelte tjenester fordeler seg svært ulikt den rapporteringen som fremkommer i «nøkkeltall» Fysioterapi pr. uke pr. beboer i sykehjem. Den største andelen av tjenestene gis til brukere av spesialisert rehabilitering institusjon eller korttidsplasser tilknyttet rehabilitering. Det vil derfor være svært misvisende tall som fremkommer vedrørende ressursbruk per sykehjemsbeboer. Her sammenligner man epler og pærer.
- Det foreslås å splitte opp 241 i flere funksjoner;
 - o Diagnose, behandling for alder 0-17 år
 - o Diagnose, behandling for alder 18 +
 - o Spesialisert hjemrehabilitering
 - o Hverdagsrehabilitering

Begrunnelsen er den samme som over. Dreining av ansvar og nasjonale føringer for bærekraftig utvikling i kommunehelse kan måles og sammenlignes på de ulike tiltaksområdene som kommunen Norge nå bygger opp.



SSB kommenterte:

SSB mente forslaget om utvidet rapportering for ergoterapeuter og fysioterapeuter er et godt eksempel på et ønske/behov fra de ti største kommunene, om mer detaljert rapportering/styringsinformasjon. Bra å diskutere dette på et arbeidsgruppemøte, men SSB må ivareta både store og små kommuner sine ønsker og behov. Så lenge «alle kommuner skal med» - prinsippet gjelder i KOSTRA vil mange endringsforslag ikke være relevante for et flertall av kommunene.

- **Ergoterapeuter:** Om en ønsker å gå vekk fra registerdata til fordel for skjemadata, skal dette begrunnes godt. I mandatet til KOSTRA-arbeidsgruppene understrekes det at det skal jobbes med en overgang fra skjemabaserte årsverk til register baserte årsverk, for å holde rapporteringsbyrden nede. På nåværende tidspunkt blir årsverkstall for ergoterapeuter i kommunale helse- og omsorgstjenester hentet fra register.

Tall for 2014 viser at det er 1 845 ergoterapeutårsverk for landet totalt, i kommunale helse- og omsorgstjenester. Av disse utgjør årsverk i de ti største kommunene vel 42 prosent. For de resterende 418 kommunene gjenstår det omtrent 1 000 årsverk som skal fordeles på alle de samme funksjonene og avtaleformene som fysioterapeuter og leger rapporterer per i dag. SSB mener at dette kan bli en for detaljert rapportering sett i forhold til merverdien det gir. Den foreslåtte endringen, og fininndelingen, vil ikke nødvendigvis være relevant eller enkelt å hente ut for et flertall av småkommuner. Det er f.eks. 255 kommuner med under to årsverk for ergoterapeuter. Man kan også risikere at rapporteringen blir skjønnsbasert.

- **Fysioterapeuter:** Den foreslåtte endringen kan også her bli for detaljert å gjennomføre dersom alle kommuner skal med. Når det gjelder splitting av institusjonsårsverk viser tall for 2014 at det er 94 kommuner med 2 eller færre årsverk innenfor institusjon. En videre inndeling kan bli for detaljert og vanskelig å gjennomføre dersom alle kommunene skal med. Det samme gjelder aldersgrupper for funksjon 241. SSB er i tvil om tallene er noe kommunene lett kan hente ut av fagsystem eller nedfelte avtaler, eller om kommuner er nødt til å gjøre skjønnsbaserte beregninger.

SSB mente at forslaget til utvidet rapportering i skjema 1 for ergoterapeuter og fysioterapeuter ikke bør gjennomføres, fordi mer detaljert rapportering ikke vil være relevant for flertallet av store kommuner. I tillegg vil verdien av mer detaljerte tall ikke veie opp for den økte rapporteringsbyrden.

Det samme gjelder oppsplitting etter aldersgrupper for funksjon 241. SSB sa at de er i tvil om dette er noe alle kommuner enkelt kan hente ut fra fagsystemene side eller fra nedfelte avtaler, eller om det er nødvendig med beregninger. Det kan være risiko for at rapporteringen blir skjønnsbasert, og det kan bli problematisk å sammenlikne på tvers av kommuner.

SSB poengterte at det er en økende etterspørsel og behov for data på et mer detaljert nivå enn tidligere. Dette kommer fra både sentrale helsemyndigheter og større kommuner, - eksempelvis ASSS-kommuner. Som et første steg på veien anbefalte SSB å teste den foreslåtte rapporteringen på ASSS-kommuner, for å undersøke om denne fordelingen er mulig å gjennomføre.



Fra møtet:

KS sa seg enig i SSBs konklusjon, og foreslo at dette kan testes ut i ASSS-kommuner. Det var uklart i gruppen om noe allerede er registrert og testet ut. Dette sjekkes nærmere. Det kom kommentar fra kommunerepresentant at for små kommuner gir det lite mening med en fordeling på KOSTRA-funksjon her. Helsedirektoratet informerte at de har diskutert dette internt, og sa seg enig i at dette blir for smått. Da kan være mange flere yrkesgrupper man kunne tatt med i skjema, slik som logopeder, framfor veldig detaljert på noen.

SSB foreslo å ta opp mulighet for differensiert rapportering i Samordningsrådet igjen til høstens møte.

Kvalitetsindikatoren «Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem»:

ASSS har spilt inn at det blir misvisende med alle beboere i sykehjem i nevner. Hoveddelen av fysioterapeuttenesten i sykehjem er rettet mot spesialisert rehabilitering i institusjon eller korttidsplasser tilknyttet rehabilitering.

SSB foreslo at det bør vurderes om bare beboere med rehabiliteringsopphold skal inkluderes i nevner.

Helsedirektoratet reiste spørsmål om dette vil være riktig, - det vil tilsynelatende bli bedre kvalitet, men stemmer det? Det ble diskusjon i gruppen om fysioterapi for langtidsplasser, med info om at det er i hovedsak på rehabiliteringsoppholdene, korttidsplasser, at fysioterapeutene gjør en innsats.

Kommunerepresentant spilte inn at plasser kan brukes fleksibelt, mens antall timer til fysioterapi er fast.

ASSS blir særlig bedt om å teste ut hvordan årsverk til fysioterapeutene blir brukt i institusjon:

- Rehabilitering
- Andre tidsbegrensede plasser
- Langtidsplasser

KOSTRA arbeidsgruppe anbefaler ASSS til å teste ut alle sine innspill, og undersøke om det det er mulig å få sikre tall som enkelt kan rapporteres.

Vedtak:

- Enighet i arbeidsgruppen om at det ikke er hensiktsmessig med mer detaljert rapportering over fysioterapeuter og ergoterapeuter, i KOSTRA-skjema 1. En mer detaljert rapportering kan testes ut i de store kommunene, og andre frivillige kommuner, for å se om dette lar seg gjennomføre for dem.
- I KOSTRA-rapporten til Samordningsrådet, som sendes ved utgangen av juni 2016, spiller SSB nok en gang inn behov for differensiert rapportering.
- ASSS sjekker hvordan årsverk til fysioterapeutene blir brukt i institusjon.
- Endring av kvalitetsindikator: SSB følger opp dette til neste KOSTRA-arbeidsgruppemøte.



Sak 6. Frisklivssentraler, v/SSB

Dokumentasjon:

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane>

Utkast til oppdatert kartlegging sendt ut med sakspapirene

Samordningsrådet har tidligere vedtatt av KOSTRA skjema 1 kan benyttes til utvidete kartlegging for enkeltområder med tre til fem års mellomrom. For 2013-rapporteringen ble det gjennomført en utvidet kartlegging av frisklivssentraler. Målet var å få informasjon om ressurser, kurs, aktiviteter og samarbeid med andre aktører. Kartleggingen resulterte blant annet i en rapport utarbeidet av SSB på oppdrag av Helsedirektoratet (Frisklivssentraler i kommunane – kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud») Helsedirektoratet ønsker ny kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 for 2016 rapporteringen.

Det har nå gått tre år siden forrige kartlegging, og Helsedirektoratet ønsker ny kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 for 2016 rapporteringen. SSB og Helsedirektoratet har gjennomført bilaterale møter om dette. Det blir stort sett tilsvarende kartlegging som forrige gang, med noen justeringer på bakgrunn av kommentarer fra kommuner. For eksempel vil kommuner som ikke har et frisklivstilbud bli bedt om å oppgi evt. andre forebyggende og helsefremmende tilbud.

Arbeidsgruppen må ta stilling til om det skal gjennomføres en ny kartlegging for 2016-rapporteringen. Det er også viktig at kommunene ser på forslaget for ny kartlegging, og vurderer om dette er spørsmål som kan besvares uten for mye merarbeid, og uten å måtte gjøre egne beregninger og skjønnbaserte vurderinger.

Representant fra KS spilte inn at det ikke er ønskelig med for detaljerte kartlegginger. Dette er mer forskningsrettet, og en særrapportering, som går noe bort fra KOSTRAs opprinnelige hensikt. Oslo kommunes representant sa seg enig, og sa videre at oppfølging av veiledere prinsipielt hører hjemme under Fylkesmannen. Det foreslås å høre med samordningsrådet, - hva har de gitt sin tilslutning til? SSB understreket at samordningsrådet ga tilslutning til å ta inn utvidete kartlegginger i KOSTRA-skjema med ujevne mellomrom. Tilslutningen ble gitt med utgangspunkt i frisklivskartleggingen som ble gjennomført i 2013. SSB var samtidig enig med arbeidsgruppen om å høre med samordningsrådet på nytt.

Helsedirektoratet spilte inn at KOSTRA sikrer god svarprosent, og det var ingen klager på oppgavebyrden eller annet sist, verken fra kommunene som rapporterte eller i KOSTRA-arbeidsgruppen. Det ble videre sagt at Frisklivssentraler er en tjeneste i utvikling, og det er behov for data både fra Helsedirektoratets side og i kommunene.

Vedtak:

- Det gjennomføres ny kartlegging om frisklivssentraler, i KOSTRA-skjema 1 for rapporteringsåret 2016.
- SSB og Helsedirektoratet gjennomgår skjema og kommer med nytt, oppdatert forslag, som må godkjennes tidlig høst 2016.



Sak 7. Årsverksrapportering – fra AA-register til A-ordning v/ Helge Næsheim, SSB

Dokumentasjon: <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kostra-publisering-15.mars-uten-tall-for-ansatte-og-arsverk>

Overgangen fra aa-register til a-ordningen medførte at det ikke var mulig å publisere tall for ansatte og årsverk for 2015 ved marspubliseringen av KOSTRA, for de kommunale og fylkeskommunale tjenesteområdene. Det nye registeret er knyttet mot lønnsutbetalinger og skattetrekk, og gir på mange måter et bedre datagrunnlag enn tidligere. Men, det nye registeret medfører et brudd i statistikken mellom 2014 og 2015.

I den nye A-ordningen skal alle arbeidsgivere sende melding om alle arbeids- og ytelsesforhold siste måned innen 5. i måneden etter. Dette er en egen modul i lønns- og personalsystemene. Melding sendes inn via Altinn, mens NAV sender melding om ytelser til. SSB får uttak av data 15. hver måned. Dette innebærer hyppigere informasjon enn tidligere. I tillegg inneholder den nye A-ordningen mer informasjon om arbeidsforhold enn tidligere. Den nye ordningen vil gi mer korrekte tall for hvem som teller som ansatt. I tillegg er det flere med rapportert yrke. Her blir det også brukt samme standard for alle som rapporterer. Den nye ordningen vil også gi mer presise tall fordelt på virksomhet.

Utfordringen med den nye rapporteringen gjelder årsverk. I gamle A-registeret ble det rapportert avtalt arbeidstid per uke. 37,5 time ble antall som heltid, med unntak av innenfor helse- og omsorg hvor en regnet 35,5 timer som heltid. Årsverkstallene publisert i KOSTRA fram til og med 2014 ble utledet av opplysningene om avtalt arbeidstid. I den nye ordningen blir årsverk utledet fra innrapporterte opplysninger om stillingsprosent. Utfordringen her med ny ordning er at mange timelønnte står med uoppgitt stillingsprosent. For disse skal det rapporteres antall timeverk. En gjennomgang av tallene viser usannsynlig lave timetall for flere timelønnte. Mange står oppført med 0 timer. Dette skyldes blant annet at det ikke har vært obligatorisk å fylle ut denne opplysningen. I tillegg har enkelte lønns- og personalsystem hatt 0 timer som default, og det har ikke vært mulig å endre for rapportørene. Dette gjør det utfordrende å gi korrekte årsverkstall. Det vil spesielt være utfordrende innenfor helse- og omsorgstjenesten hvor det er mange timearbeidere.

Det jobbes nå med et imputeringsopplegg for sysselsatte med mangelfulle opplysninger. SSB sjekker rimeligheten av disse tallene, og vil avgjøre om det er hensiktsmessig å publisere årsverkstall til publiseringen 15. juni.

En gjennomgang av 2015-data viser at antall lønnstakere er høyere enn i fjor, med grunn i at flere bedrifter er med. Samtidig viser tallene at det i ny A-ordning er omtrent 500 000 personer som mangler stillingsprosent, av disse er vel 100 000 tilknyttet helse- og omsorg.

Næsheim kommenterte at det tidligere også har blitt beregnet årsverkstall. De fikk inn tall for november, og gjorde et anslag for resten av året. Registertallene nå vil være på individnivå og er greie for de med 100 prosent stilling. Det kan imidlertid se ut som årsverk har blitt overvurdert tidligere.

På forespørsel fra arbeidsgruppen blir det opplyst om at det ikke er mulig å skaffe tilsvarende årsverkstall som for 2015, bakover i tid.



Helsedirektoratet stilte spørsmål om en full stilling, -innen Helse- og omsorg er full stilling definert som 30 timer per uke, i stedet for 37,5 timer. Næsheim opplyste om at dette er under endring, - man skal få rapportert stillinger i 80-90 prosent også. Legemeldt sykefravær vil også, som tidligere, være mulig å ta ut.

Det kommer også innspill fra gruppen om at små stillinger, eksempelvis støttekontakt med fire timer per uke, rapporteres som 100 prosent stilling av kommuner.

Vedtak:

Ingen vedtak.

SSB orienterer arbeidsgruppen dersom årsverkstall for 2015 ikke blir tilgjengelig til KOSTRA-publiseringen i juni.

Sak 8. KOSTRA-skjema 1, forslag til endringer, v/SSB

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

Sak 8.1 Antall gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi

Helsedirektoratet har spilt inn forslag til å ta ovennevnte spørsmål, punkt 4.2, ut fra skjema 1. Dette er begrunnet med at arbeidet i KPR-arbeidsgruppe for helsestasjons- og skolehelsetjeneste har avdekket at spørsmålet ikke har særlig verdig slik spørsmålet er formulert i dag. Det rapporteres ulikt og gir derfor ikke data av god kvalitet. På møtet ble det i tillegg spilt inn at det er mange steder som tilbyr slike kurs, blant annet sykehus, private jordmødre mv.

Vedtak: Spørsmål om *antall gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi* tas ut fra skjema 1, fra og med rapportering av årgang 2016.

Sak 8.2 Funksjon 233 Annet forebyggende helsearbeid og funksjon 254 Hjemmetjenester - fysioterapeuter

Helsedirektoratet har meddelt ønske om at funksjon 254, helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende, tas inn i timeverksrapporteringen for fysioterapeuter (se sak 5). SSB orienterte at begrunnelse for at dette ikke er med per i dag er få årsverk. KS kommenterte at det er interessant i å få med funksjon 254 her, viktig at også hverdagsrehabilitering synes. Hverdagsrehabilitering gjelder de som bor hjemme, og er også tilknyttet planlagte mål og flere aktører. Utviklingen går mot flere fysioterapeuter i hjemmetjenesten enn tidligere.

Det ble også diskutert i gruppen om det fortsatt er ønskelig med rapportering av funksjon 233 oppsplittet mellom 233 – miljørettet helsearbeid og funksjon 233 – annet forebyggende helsearbeid. Tall for 2014 viser at det er 146 årsverk totalt på funksjon 233. 11,2 av årsverkene er rapportert på *miljørettet helsevern* mens de resterende 134,8 er rapportert på *annet forebyggende helsearbeid*. Helsedirektoratet ønsket å diskutere dette internt før endelige beslutning blir tatt.



Dersom det blir foretatt en endring for fysioterapirapporteringen må arbeidsgruppen også ta stilling til om de samme endringene skal gjøres for legerapporteringen i skjema 1.

Til oppfølging:

- KS sjekker muligheter i ASSS, og ser på tall på funksjon 254 her, da med fordeling over og under 18 år. Tilbakemelding til arbeidsgruppen innen 15.9.2016.
- På bakgrunn av ASSS-uttestingene, må arbeidsgruppen vurdere om de foreslåtte endringene skal gjelde timeverksrapporteringen for leger i KOSTRA-skjema 1.
- Eventuelle endringer kan først foreslås våren 2017, dvs. for 2017-årgangen med innsamling i 2018.
- SSB følger opp mot ASSS høsten 2016.

Sak 8.3 Åpningstid for helsestasjon for ungdom

SSB har spilt inn et forslag til endring under punkt 4.3:

- Åpningstid for helsestasjon for ungdom: antall dager i uken
- Åpningstid for helsestasjon for ungdom: antall timer i uken.

Bakgrunn til endring er at spørsmålet har blitt misforstått, og tilbakemeldinger fra rapportører tyder på at spørsmålene ikke er gode. Opplysningene gjør det heller ikke mulig å sammenlikne omfanget av tilbudet, på tvers av kommunene. Dette gjør det vanskelig å publisere indikatoren «Åpningstid ved helsestasjon for ungdom per 1000 innbyggere 13-20 år.» SSB foreslår å fjerne denne indikatoren.

Det var samtidig ønske om å beholde selve spørsmålene i skjema inntil videre. En av årsakene var at opplysningene i det minste gir svar på hvilke kommuner som har tilbudet. Dersom spørsmålene fjernes vil denne informasjonen bortfalle. Det var samtidig enighet om at spørsmålene med fordel kan justeres og at definisjoner presiseres i veileder.

Vedtak:

- Indikatoren *Åpningstid ved helsestasjon for ungdom per 1000 innbygger 13-20 år* tas ut ved publisering i 2017, av årgang 2016.
- Spørsmål om åpningstid for helsestasjon for ungdom består i skjema 1. Eventuell justering av spørsmål, samt presisering av definisjoner og veiledning, diskuteres per e-post av arbeidsgruppen.
- SSB følger opp innen 1.9.2016.

Sak 8.4 Eventuelt, under sak 8 – endring av skjema 1:

KS spilte inn to saker på møtet, forslag fra ASSS:

- Andel nyfødte med hjemmebesøk endres fra 14 dager til 10 dager.
Det ble orientert fra gruppen at denne indikatoren nettopp ble endret, - fra 1 uke til 2 uker. Hjemmebesøk og veiing ble diskutert, og det kan være misforståelser her ved rapportering.

I etterkant av møtet: 9.5.2016: Helsedirektoratet har sjekket opp og gitt følgende beskjed per e-post:



«Angående hjemmebesøk av helsesøster anbefales det at det gjøres 7-10 dag etter fødselen. Den siste/nyeste retningslinjen som stadfester dette er barselsretningslinjen, s. 33.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>

Anbefalingen i den nye retningslinjen for helsestasjon 0-5 år, som nå er ute på høring er likelydende.»

I veiledningen (utgitt i 2014) står også følgende: «Familier med spedbarn skal få besøk hjemme i sitt eget miljø. Tradisjonelt har tilbudet om hjemmebesøk av helsesøster vært gitt helst innen 14 dager etter fødselen. Dagens praksis med tidligere hjemreise fra føde-/barselavdelingen medfører at det første hjemmebesøket bør skje på et tidligere tidspunkt.» (s. 26, 4.3.1 Helsestasjonen)

Det kan diskuteres nærmere om det er hensiktsmessig og på sikt endre indikatoren, for å gi oversikt og statistikk over antall hjemmebesøk innen 10 dager, framfor 14 dager. SSB bemerker at denne indikatoren ble endret i 2015, - fra en til to uker. Det er ikke hensiktsmessig med årlige endringer av indikatorer i skjema. I tillegg bemerkes det at veiledningen presiserer at det tradisjonelt har vært gitt tilbud om hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, og det er trolig mange kommuner som arbeider mot dette. SSB vurderer det dermed som hensiktsmessig å beholde dagens tekst.

- Spørsmål om legetimer per beboere i sykehjem.

KS lurte på om denne indikatoren gjaldt kun sykehjemsplasser eller alle institusjonsplasser. Dersom det er institusjonsplasser, mente de det er bedre å kalle indikatoren «legetimer pr beboere på institusjonsplass» ev. å endre beregningen av indikatoren slik at det er fordelt på sykehjemsplasser.

SSB skulle undersøke saken videre.

I etterkant av møtet: Det er alle institusjonsplasser i nevneren, men sykehjemsplassene utgjør 97,5 prosent, samtidig er aldershjem er på vei ut. For aldershjem er det i utgangspunktet ikke lovpålagt med legetilsyn, men mange av plassene ligger i kombinerte alders- og sykehjem, slik at en antar at mange aldershjem uansett vil ha legedekning.

I løpet av det nærmeste året har SSB målsetning om å bruke næringskoding på virksomhetene til å bestemme hvilke institusjoner som er sykehjem, slik at en om ønskelig kan trekke disse helt ut. Men med så liten andel aldershjemsplasser, som likevel kanskje har legedekning, mener SSB det mest fornuftige vil være å la denne indikatoren stå uendret.

Vedtak:

Det ble ikke vedtatt å endre tekst for «Andel nyfødte med hjemmebesøk», og tekst i skjema 1 for dette punktet, på nytt i år. Kan ev tas opp videre ved en senere anledning.

Dag to av KOSTRA-arbeidsgruppemøtet:

Sak 9. KOSTRA-modernisering i SSB, orientering v/ Marte Hvamb i SSB

Dokumentasjon:

- (pleie og) omsorg: F1. Konsern - Pleie og omsorg - nøkkeltall (K)
www.ssb.no/tabell/07800



- kommunehelse: E1. Konsern - Kommunehelse - nøkkeltall (K)
www.ssb.no/tabell/07893
- psykisk helsearbeid og rusarbeid: Psykisk helsearbeid og rusarbeid - nøkkeltall (K)
www.ssb.no/tabell/10441

Nøkkeltall fra hovedsidene:

- <http://www.ssb.no/pleie>
- <http://www.ssb.no/helsetjko>
- Oppsummering fra workshop 28.4.15, med representanter fra KS, Helsedirektoratet og SSB, ble sendt ut til medlemmene i KOSTRA-arbeidsgruppen, og ligger i møtetapirene til dette møtet.

Bakgrunn for prosjektet:

- Faktaark-løsningen er uoversiktlig og vanskelig å bruke for sluttbruker uten opplæring.
- Høye svartider har tidvis ført til nedetid og utilgjengelighet for sluttbruker.
- Lite fleksibel løsning med høy brukerskrel for fagsiden i SSB
=> mye tid brukes til opplæring og ineffektivt arbeid med produksjon av KOSTRA-tall.
- Teknisk løsning fra 90-tallet
=> behov for spesialkompetanse i forvaltningen noe som gir stor sårbarhet ved sykdom og fravær.

Effektmål:

- Møte brukernes behov og forventninger til enkel tilgang til data
- Tilrettelegge for hensiktsmessig gjenbruk av data og annen informasjon fra KOSTRA-systemet
- Effektivisere arbeidet internt med å produsere KOSTRA-tallene. Få en robust løsning og forutsigbare kostnader til support og forvaltning
- Få en robust informasjonsmodell for KOSTRA data som henger sammen med SSBs øvrige produksjonsprosesser

Ny formidlingsløsning i KOSTRA medfører at faktaarkene forsvinner, og blir erstattet av Kommunefakta og Statistikkbanken. KOSTRA-tall skal bli lettere tilgjengelige på ssb.no, og enklere å bruke. Det blir trolig en trinnvis lansering, der kommuneprofil kommer først med dagens faktaark, og fra 2018: kommuneprofil med Kommunefakta.



FAKTAARKENE	KOMMUNEFAKTA
Alle KOSTRA-nøkkeltall vist per tjenesteområde strukturert under ulike overskrifter.	Utvalgte KOSTRA-nøkkeltall vist per tjenesteområde. (Resten er i statistikkbanken).
Kommunekasse- og konserntall	Kun konserntall (resten i statistikkbanken)
Viser tall per kommune og sammenlignet med kommunegruppe, fylke og hele landet og over flere år.	Samme som på <u>faktaarkene</u> . Kan påvirke visningen mer for hvor mye man vil se.
Lage egen kommunegruppe for sammenligning.	Samme som på <u>faktaarkene</u> .
Laste ned tallene for videre eget bruk.	Samme som på <u>faktaarkene</u> + API .
Grafisk visning (figurer) til hvert nøkkeltall.	Usikkert omfang (trolig kun på noen få utvalgte tall i kommuneprofilen, men disse er til gjengjeld mer interaktive enn dagens). Resten av grafene kan man lage i statistikkbanken, bortsett fra datafordelingen.
Forklaring/informasjonstekst til hvert nøkkeltall.	Samme som på <u>faktaarkene</u> .
Grunnlagsdata (mellomregninger, teller/nevner)	Blir liggende som tabell i statistikkbanken.
Viser ett og ett tjenesteområde (må klikke frem og tilbake).	Kan se flere tjenesteområder og samtidig, og det blir enklere å velge dem.

Arbeidsgruppens oppgaver i moderniseringen:

- Velge ut tall til Kommunefakta-tabell for deres tjenesteområde
- Finne fram til ønskelig tabell-struktur i Statistikkbanken

Planer framover:

I årets arbeidsgrupperapport til Samordningsrådet skal det orienteres om gruppens arbeid med dette framover. I rapporten for 2017 skal alt være klart (Kommunefakta-tabell og ønskelig tabell-struktur i Statistikkbanken). Ny KOSTRA-publisering skjer i mars 2018, med foreløpige tall for 2017.

Info, via diskusjoner og innspill i gruppen:

- Etter spørsmål om uttesting av ny formidlingsløsning, ble det orientert at det har hatt vært og skal bli gjennomført fokusgrupper med aktuelle brukere som journalister og etter hvert medlemmer av arbeidsgrupper. En forutsetning for og lyktes er et godt testmiljø.
- Valg fra søk brukere har gjort i Kommunefakta og inn i statistikkbanken er planlagt at skal følge brukere ved senere anledninger
- Ved ny publiseringsløsning blir det slutt på innlogging i Statistikkbank
- API: Muliggjør å ta ut store mengder data til eget bruk. Beskrives som «et sugerør inn i Statistikkbanken».
- Alle tall vil ligge i Statistikkbanken. Viktig å sjekke struktur av tabellene.
- Kommuneprofil skal administreres av formidlingsavdelingen i SSB. Denne siden medfører at man skal kunne se flere fagområder samlet.



Kommunefakta-tabell:

Det har vært gjennomført workshoper for alle tjenesteområdene i KOSTRA, med utvalgte, sentrale aktører. For Helse- og omsorg var Helsedirektoratet, kommuner og KS representert.

Forslag til Kommunefakta-tabell, som ble utarbeidet på workshopen, ble presentert i gruppen. Det er hovedsakelig tenkt at Kommunefakta skal bestå av nøkkeltall, men også relevante grunnlagstall kan tas med.

Arbeidsgruppen diskuterte om det er mest hensiktsmessig å benytte brutto driftsutgifter eller netto driftsutgifter, og det kom mange gode innspill og forslag til nøkkeltall. Det kom innspill fra gruppen at flere områder innenfor Helse- og omsorg kan være nyttig å løfte fra i Kommunefakta, - eksempelvis ressursbruk til syke som helhet (ikke kun eldre), legedekning, øyeblikkelig hjelp, heldøgnstilbud til både yngre og eldre.

For årsverk helsetjeneste barn og unge kom det innspill at alderskategori 0-5 år bør vurderes endret til hele den aktuelle gruppen, 0-20 år. Det ble her svart fra SSB at vurdering av aldersgruppe i slike indikatorer hadde vært gjort ved flere anledninger tidligere, men at det selvfølgelig kan gjøres igjen. Grunnen til at en forrige gang landet på 0-5 år er at det er her størsteparten av ressursene til nå har ligget.

Det kom også innspill om mulighet for å benytte per 1000 innbygger framfor per 10 000 innbygger.

Oppfølging:

SSB med hjelp av deltakerne på workshopen, jobber videre med tabell som skal i Kommunefakta. Saken tas opp igjen på et senere KOSTRA-arbeidsgruppemøte.

Sak 10. Hjemmetjenester og målgrupper, orientering v/SSB

Rapport for kartlegging av hjemmetjenesten målgrupper og organisering ble publisert 11.4.2016:

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering>

Rapporten fremmet fem oppfølgingstiltak (side 61 i rapporten):



1. Gjennomgang av definisjoner i eksisterende kontoplan, skjemaspørsmål og veiledninger

En del av utfordringene både med å funksjonsfordele regnskap og ikke minst årsverk kan fjernes ved oppdaterte og mer presise definisjoner. Foruten KOSTRA funksjonskontoplan, gjelder dette veiledninger i tilknytning til registreringer i KOSTRA-skjemaer for helse- og omsorgstjenestene, Enhetsregisteret og personalsystem. Dessuten bør en søke å oppnå optimal konsistens mellom KOSTRA og Husbanken når det gjelder heldøgnsbegrepet. Ikke minst blir dette viktig dersom heldøgnsstilbud blir rettighetsfestet. Det er naturlig at ansvar her tillegges helsemyndighetene og KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester.

2. Årsverk fordelt etter KOSTRA-funksjon på kommunenivå

For å oppnå årsverksfordeling på funksjon må følgende gjennomføres:

- Konsistenssjekk på kommunenivå av årsverk mot utgifter og brukere
- Gjennomgang av virksomheter med flere tjenestetyper: Konsistenssjekk på årsverk og antall brukere (IPLOS-data) med ulike tjenestetyper
- Konsistenssjekk av årsverk i private virksomheter mot regnskap («kjøp fra private»).

3. Årsverk og brukerdata i virksomheter med kun én målgruppe

Sammenstilling av opplysninger om målgruppe fra denne undersøkelsen kan gi grunnlag for flere nye sammenstillinger, for eksempel indikatorer for utdanningsnivå og årsverk per bruker etter målgruppe.

4. Årsverk fordelt etter målgruppe for landet for målgruppene utviklingshemming og eventuelt psykiske lidelser

Data om målgruppene utviklingshemming og psykiske lidelser er særlig etterspurt, ettersom de utgjør en betydelig andel av hjemmetjenestenes brukere.

5. Standardisert kontoplan

Diskusjon om standardisering av et mer detaljert regnskap kan foregå parallelt med arbeidet med personelldata. Først når ASSS-kommunene har kommet fram til en omforent og velfungerende kontoplan, kan det være aktuelt å vurdere tilsvarende for mindre kommuner.

Sak 10.1 Standardisert kontoplan, med mulig bruk av fire siffer i kontostreng for funksjon 254, behandlet i ASSS-samling 9. mai 2016:

Følgende informasjon fra ASSS-nettverkets sak ble formidlet til KOSTRA-arbeidsgruppen, via powerpointpresentasjon fra ASSS:

- Arbeidsgruppe ble oppnevnt forrige møte, som skal utarbeide et forslag til SSB, om inndeling og kategorier av fire siffer i kontostreng for funksjon 254 (Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende). Følgende kommuner er med i arbeidsgruppen: Bergen, Fredrikstad, Bærum, Tromsø og Sandnes.
- Det har lenge vært et ønske om mer regnskapsmessig informasjon om innhold i funksjonen. Det finnes ikke informasjon om fordeling av brutto – og nettodriftsutgifter på målgrupper eller type tjeneste. Heller ikke årsverkstall som sier noe om innhold i funksjonen publiseres



- Virksomhet: Alle kommuner deler inn virksomheter etter beliggenhet (en virksomhet for hver adresse, dersom minst en person har sin faste arbeidsplass der), alle virksomheter får organisasjonsnummer som kobles til tjenester til hver bruker (IPLOS) og ansatte (årsverk og kompetanse, A-ordning og utdanningsregister). Men, det er ingen kobling mellom virksomhet og regnskap.
- Fra SSBs kartlegging av hjemmetjenester: Av boligbaser; 88,3 prosent av de 419 enhetene i ASSS-kommunene har kun én målgruppe. For de 122 ambulerende tjenester i de ti største kommunene er det en betydelig mindre andel med kun en målgruppe, 44,3 prosent.
- Konkret forslag fra ASSS: « Det bør være uproblematisk for kommunene å splitte regnskapsføringen på målgrupper for boligbaser, så lenge det er høy andel som betjener bare en målgruppe. Det gjøres en videre undersøkelse av dataene for å se om det er mulig å skille ut ambulerende tjenester på målgrupper. En konkret mulighet for inndeling på fire siffer i første omgang vil være»:
 - 254.1 Boligbaser for utviklingshemmede
 - 254.2 Boligbaser for eldre (består av «Fysisk begrensning 67 +» og «Demens»)
 - 254.3 Boligbase for psykisk syke
 - 254.4 Boligbase for andre
 - 254.5 Ambulerende tjenester (for alle målgrupper)
 - 254.9 Andre tjenester/virksomheter (eks. bestillerkontor)
- Disse gruppeinndelingene ble diskutert på samlingen, i tillegg til ev regler for å splitte virksomheter med flere primære målgrupper.
- Det er også behov for avklaring om ambulerende tjenester skal splittes opp på tilsvarende målgrupper, eller om det skal være en egen kategori.
- Ingen vedtak, saken arbeides videre med til neste ASSS-samling, i november..

Abrahamsen (SSB) som har vært i kontakt med ASSS-representant, orienterte at også Oslo kommune og Drammen kommune blir med i arbeidsgruppen som jobber videre med dette. Det ser ut til at hovedutfordringene for standardisert firesifret kontoplan gjelder ambulerende tjenester, og for virksomheter der beboere har flere diagnoser og behov. Det kan se ut til at det muligens er behov for en underkategori innenfor psykisk helse.

KOSTRA-arbeidsgruppen diskuterte behov for aldersinndelinger, og Helsedirektoratet spilte inn at det er viktig å se psykisk syke i sammenheng med rus (framfor andre diagnoser, som ev kan være aktuelle).

Oppfølging:

KOSTRA-arbeidsgruppen avventer arbeidet i ASSS med kontoplan, for å vurdere om dette er aktuelt å foreslå for KOSTRA, ev. i differensiert rapportering.

Sak 10.2 Årsverk fordelt etter KOSTRA-funksjon på kommunenivå:

SSB har tallene her, men det er ikke publisert tidligere grunnet at man har trodd at integrasjon mellom tjenester har vært større enn det som kom fram som tilfelle, gjennom Hjemmetjenestekartleggingen. For å kunne oppnå fordeling på årsverk innen for funksjon, må det gjennomføres en sjekk av årsverk mot utgifter og brukerdata. I tillegg må virksomheter med flere tjenestetyper sjekkes nærmere; årsverk og antall brukere (IPLOS-data) med ulike tjenestetyper. Det kan også være behov for å vurdere muligheter for oppsplitting i Enhetsregisteret.



Årsverk i private virksomheter mot regnskap må også sjekkes nærmere, - herunder «kjøp av private». Må finne og ev inkludere manglende virksomheter. I dag publiseres årsverk kun for lokaliseringskommunen, der tjenesten utføres. Å korrigere for salg av årsverk over kommunegrensene, slik det tidligere ble gjort for sykehjemsplasser, er sannsynligvis ikke hensiktsmessig.

Oppfølging:

- Så snart årsverkstall foreligger, oversendes disse fordelt på KOSTRA-funksjonene 234, 253, 254 og 261, sammen med relevante utgiftstall og brukertall til ASSS for vurdering av konsistens/kvalitet.
- Dersom SSB vurderer kvaliteten som tilfredsstillende, legges det opp til publisering av årsverkstall fordelt på funksjon. Pga. omlegging av KOSTRA, kan det være hensiktsmessig at publisering i første omgang skjer gjennom en utvidet www.ssb.no/tabell/09934.

Sak 11. Rettighetsfesting av opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, v/SSB

Dokumentasjon:

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-99-l-20152016/id2483443/?ch=1&q=>
- <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/heldøgns-omsorg---kommunenes-dekningsgrad/>
- <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar/bolig#hvordan-defineres-bolig-med-fast-personale?>

Regjeringen har nå meldt inn forslag om å rettighetsfeste også heldøgns botilbud i hjemmetjenesten.

Dette kan øke etterspørselen etter data om brukere og plasser innen et slikt tilbud, jamfør nylig rapport fra Agenda Kaupang og VID vitenskapelige høyskole, etter oppdrag fra KS.

Sak 11.1 Definisjon heldøgns plasser

Mens SSB anser kvaliteten for god når det gjelder institusjonsstatistikk, er saken en annen for botilbud i hjemmetjenesten. En hovedårsak til mer usikre tall her, er mangelen på en formell definisjon av «heldøgns bemanning».

I regjeringens forslag er følgende definisjon lagt til grunn (punkt 5.4):

«Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes i lovforslaget boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom



vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.»

En slik definisjon synes å favne bredere enn det SSB, Helsedirektoratet og brukerorganisasjonene la til grunn i 2005 da «bolig med heldøgns tjeneste» ble implementert i KOSTRA skjema 4, og IPLOS i 2007. Spesielt kan en tenke seg at beboere i bolig som betjenes fra nærliggende sykehjem kan regnes med i proposisjonen.

Diskusjoner og innspill fra arbeidsgruppen:

Helsedirektoratet viste til definisjon heldøgns bemanning fra IPLOS-registeret:

«Boligen har fast tilknyttet personell hele døgnet når bygningen (bokomplekset/bofellesskapet) har tjenesteyter til stede hele døgnet. Det godtas at personell i boligen tar kortvarige tilsynsrunder i nærliggende bygning/bokompleks/bofellesskap. Organisasjonsnummer skal registreres.»

Gruppen drøftet at begrepet «nærliggende» er sentralt her, og i definisjonen fra regjeringen er velferdsteknologiske innretninger sentralt. Det ble fra HOD, med enighet fra flere, påpekt at det viktige er forsvarlig bemanning, individuelle rettigheter og vedtak om tjeneste. Det ble påpekt at det samme vil gjelde ved institusjonsopphold; både kortvarige tilsynsrunder samt teknologiske innretninger ved behov for beboere er sentralt. Trygghet for beboerne er viktig.

Det var enighet i gruppen om at felles definisjon og bruk av begrep bør tilstrebes, og at lovforslagets definisjon er et naturlig utgangspunkt framover. Definisjoner i IPLOS og skjema 4 må sjekkes nærmere, og parallelle justeringer bør tilstrebes.

Vedtak:

Det opprettes et arbeidsutvalg høsten 2016 for å se nærmere på begreper og statistikk vedrørende boliger. Aktuelle medlemmer kan være fra KOSTRA arbeidsgruppe for helse og omsorg samt KOSTRA arbeidsgruppe for bolig, f.eks. Husbanken, KS, Helsedirektoratet, KMD og SSB.

Ansvar: SSB, innkalling sendes aktuelle medlemmer innen 25.8.2016.

Sak 11.2 Telle beboere eller plasser?

Et annet dilemma er om en ønsker data om brukerne, dvs. de som faktisk har fått vedtak om heldøgns tjenester, eller plasser, dvs. teoretisk, mulig kapasitet. Tanken var at beboertall i KOSTRA skjema 4 skulle erstattes av IPLOS-tall når disse var av tilstrekkelig bra kvalitet og i større grad sammenfallende med KOSTRA. De siste årene har det vært kun svak stigning i totaltallet, og spriket mellom antall beboere i KOSTRA skjema 4 og IPLOS har hele tiden vært på drøyt 5 000.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ¹
KOSTRA skjema 4						
Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning	20 936	21 675	22 015	21 786	22 221	22 796
IPLOS						
Beboere med vedtak om bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet	15 220	16 350	16 421	16 879	17 041	
Beboere med vedtak om bolig med fast tilknyttet personell deler av døgnet	5 737	6 575	6 581	6 319	6 217	

¹ Foreløpige tall 2015

SSB har konkret sett flere årsaker til avvikene, blant annet:

- KOSTRA-skjema 4 teller beboere i boliger med heldøgns omsorg. Mange beboere har ikke selv vedtak om heldøgns tjeneste. Således kan tallene i skjema-4 være mer et uttrykk om teoretisk kapasitet målt i antall plasser.
- Selve boligen kan være uten kommunal disposisjonsrett. Da har ikke kommunen anledning til å gi vedtak om bolig, kun vedtak om heldøgns tjeneste. Registrering av heldøgns botilbud i IPLOS forutsetter at boligen disponeres av kommunen.
- Fremdeles ser noen kommuner ut til feilaktig å inkludere institusjoner, og feilaktig ikke inkludere boliger for personer med utviklingshemming eller psykiske lidelser, i sine beboertall i skjema 4
- Ulik forståelse av registrering i IPLOS og KOSTRA, bl.a. hva en skal legge i «hele døgnet» vs. «deler av døgnet».

Dette ble ikke diskutert på møtet, og må tas opp igjen på et senere tidspunkt. SSB sjekker nærmere ulikheter i registreringene for skjema 4 og IPLOS.

Vedtak:

- SSB sjekker enkeltkommuner med store avvik mellom rapporter antall beboere i skjema 4 og IPLOS-registeret. Ev. endring i skjema fra beboere til antall plasser, tas opp på neste KOSTRA-møte, ev. med et arbeidsutvalg i forkant.
- Ansvar: SSB, innen 15.10.2016.

Sak 12. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) / Kommunal akutt døgnenhet (KAD), v/SSB

Dokumentasjon:

<https://helsedirektoratet.no/nyheter/kommunenes-erfaringer-med-bruken-av-oyeblikkelig-hjelp-dognplasser>

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk>

Drift av ØHD-tilbudet skal iht. KOSTRA-veilederen utgiftsføres på funksjon 256 «Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene», og ikke funksjon 253 «Helse- og omsorgstjenester i institusjon».

I KOSTRA-tallene er plasser for øyeblikkelig hjelp ikke inkludert i sykehjemsplasser fra og med 2015.



Det finnes tilfeller med kombinasjon av sykehjem med kommunal akutt døgnenhet (KAD) og andre, noen ganger statlig drevne, spesialistplasser. ØHD-plasser inkluderes ikke i dekningsgrad og produktivitet, men må av tekniske hensyn inngå i beregning av antall rom. Slike kombinerte virksomheter plasseres i kategorien «sykehjem. Institusjoner med kun ØHD og ev. statlig virksomhet, rapporteres med institusjonstype «øyeblikkelig hjelp – døgnopphold».

Foreløpige tall fra KOSTRA-skjema 5:

BOLIGTYPE	Antall virksomheter	Antall ØHD-plasser	Antall utleide ØHD-plasser
Sykehjem	131	349	14
Sykehjem kombinert med statlig virksomhet	1	1	0
Sykehjem kombinert med aldershjem	16	48	3
ØHD-virksomhet	11	131	89,5
Totalsum	159	529	106,5

Foreløpige 2015-tall viser at det er 159 institusjoner i 156 kommuner som har tilsammen 529 ØHD-plasser. Disse er ofte delt mellom flere kommuner, slik at antall kommuner med ØHD-tilbud er større.

For en del kommuner er det en utfordring å rapportere antall plasser:

- beleggsprosenten er ofte lav
- en har et visst antall tidsbegrensede plasser som brukes til både ØHD og andre formål
- ved samhandling mellom flere kommune eller stat kan fordeling av plasser være utfordrende

SSB presenterte følgende spørsmål til diskusjon:

- Hvilke planer har en for analyse/publisering av registrering av ØHD-døgn/-brukere i IPLOS?
- Er det aktuelt å sammenholde ØHD-plasser fra KOSTRA skjema 5 med liggedøgn fra IPLOS-data?

Diskusjon og innspill fra arbeidsgruppen:

- En kommunerepresentant kommenterte at det er mye interkommunalt samarbeid om ØHD-plasser. Et eksempel er Kongsvinger kommune, som har en egen avdeling med ØHD-plasser, som flere nærliggende kommuner benytter seg av.
- HOD og Helsedirektoratet spilte inn at det er mange ulike organiseringer her, og måter å fordele kostnader på. En måte er å fordele utgifter etter innbyggertall, for noen har vertskommunen en høyere andel av utgifter.
- Helsedirektoratet informerte om en kartlegging de har utført, som viste at 323 kommuner har plasser for ØHD, i alt 499 plasser.
(<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk>)
- Til IPLOS-registeret rapporteres start, sluttdato, organisasjonsnummer. Men tallene må vurderes nærmere. Det gjøres oppmerksom på at ikke all ø-hjelp-aktivitet rapporteres til IPLOS-registeret: rapporteringen til IPLOS registeret fanger opp personer som har tjenester som rapporteres til IPLOS-registeret..
- I utgangspunktet skal plasser for øyeblikkelig hjelp fanges opp av skjema 5. Det skal opprettes et skjema for virksomheter som tilbyr ØHD. Dette forutsetter imidlertid at



SSB får beskjed av kommunene om hvor de henter tilbud om ØHD fra – og at SSB oppretter skjema som skal sendes inn.

- Det ble opplyst at kommunene har god oversikt over totalt antall plasser for øyeblikkelig hjelp.
- Det ble påpekt at det kjøpes plasser også fra sykehus. I Kongsvinger kommune, fungerer avdelingen med ØHD-plasser også som legevakt på kveldstid. Det er krav om faglig kompetanse.
- SSB foreslo for 2016-skjema å ta med spørsmål om plasser for øyeblikkelig hjelp i KOSTRA-skjema 4. Kommuneskjema for helse- og omsorgstjenester vil være hensiktsmessig, for å gå mot en fulltelling på dette.
- SSB informerte at det er kommet spørsmål om det skal rapporteres årsverkstall funksjon 256 i KOSTRA-skjema 1: *Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene*. Det er nok få som rapporterer på dette, - og det bør muligens ta en sjekk i lønnsutgiftstallene for funksjon 256 for å få en ide av omfanget av årsverk. ØHD-funksjonen vil i de fleste tilfeller bare være en del av større virksomheter, som de ansatte også vil være involvert i. Det var imidlertid enighet i gruppen at øyeblikkelig hjelp stilles likt som legevakt, slik at det ikke skal rapporteres årsverk.

Vedtak:

- Det er ønskelig å få inn spørsmål om plasser for øyeblikkelig hjelp i KOSTRA-skjema 4. SSB, i samarbeid med Helsedirektoratet og Oslo kommune, lager et utkast til spørsmål og veiledning. SSB følger opp mot rapport til Samordningsrådet 30.6.2016. Finjustering av spørsmål og veiledning gjøres innen 15.9.2016.
- Det må vurderes videre om det i KOSTRA-skjema 5, punkt 5 «Salg av plasser til andre kommuner» skal inkluderes en kolonne om punkt om øyeblikkelig hjelp.
- Det bør tydeliggjøres i veiledningen for skjema 5 at ØHD-plasser skal med
- Det skal ikke rapporteres årsverk på funksjon 256 i noen av KOSTRA-skjemaene

Sak 13. KOSTRA-skjema 4, forslag til endringer, v/SSB

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

SSB orienterte om at det har kommet få innspill til endringer i skjema 4, og noe er allerede diskutert i løpet av dette arbeidsgruppemøtet. I tillegg til det som allerede er tatt opp og diskutert (se sak 11 og 12) ønsker SSB å legge inn mer info fra veileder til infoknapper.

Vedtak:

- Fra sak 11: Definisjon av heldøgns plasser bør være lik, og det kan være hensiktsmessig å benytte definisjonen regjeringen har utarbeidet. Det jobbes videre med behov for presiseringer i skjema 4 og tilknyttet veiledning.
- Fra sak 11: SSB sjekker enkeltkommuner med store avvik mellom rapporter antall beboere i skjema 4 og IPLOS-registeret. Ev. endring i skjema fra beboere til antall plasser, tas opp på neste KOSTRA-møte.
- Fra sak 12: Spørsmål om plasser for øyeblikkelig hjelp (ØHD, KAD) legges inn i skjema. Helsedirektoratet og SSB presiserer hva som skal med, og veiledning. SSB følger opp mot rapport til Samordningsrådet 30.6.2016.
- SSB utarbeider mer informasjon fra veiledning til informasjonsknapper ved rapportering av skjema.



Sak 14. KOSTRA-skjema 5, forslag til endringer, v /SSB

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

SSB informerte om at det har kommet en del spørsmål og hendelser til SSB fra kommuner etter at kommunebarometeret ble publisert.

Det har blant annet kommet spørsmål om definisjon på «Brukertilpassede enerom med eget WC og bad», fra punkt 3 i skjema, fra en kommune som etter å ha diskutert med andre kommuner mener å ha rapportert feil i flere år.

Brukertilpasset enerom med eget WC og bad:

Rom (bygningmessig utforming – slik bygningen er planlagt brukt, ikke provisoriske løsninger.)

Antall brukertilpassede enerom med eget WC og bad:

Det presiseres:

- * rommet skal være tilknyttet BÅDE bad OG WC
- * det skal være egen atkomst fra rommet til bad og WC
- * både bad og WC i tillegg til rommet skal være brukertilpasset.

Med "brukertilpasset" menes at rommet er utformet/innredet slik at nødvendig pleie kan skje på en hensiktsmessig måte for aktuelle pasienter.

Eksempler:

- 1) Enerommene har bad og WC, men rommene er ikke innredet med tanke på fysisk funksjonshemming. Det er ikke uvanlig at pasientene enten er sengeliggende eller i rullestol. Da må vedkommende benytte bad på gangen, istedenfor det på rommet. Disse rommene skal IKKE telles med.
- 2) På et sykehjem er alle rom beregnet for én beboer, og de er brukertilpasset. Bad og WC er plassert mellom to rom, slik at to pasienter benytter samme bad og WC. Ingen av plassene skal telles med som brukertilpasset med eget WC og bad.

Det ser ut til at kommuner kan ha ulik definisjon på hva som skal telles som rom med wc og bad – om dusj må være inkludert eller ikke. SSB har fått innspill fra kommune om at dette har blitt diskutert, og at for noen pasienter er vaskemuligheter på bad viktigere enn en dusj.

I tillegg, og i tilknytning til pasientbehov, kommenterte SSB at brukertilpasset rom i skjema kan være skjønnspreget, og skape misforståelser. Det vises til eksempel 1 i veiledningen, der rom med wc og bad ikke skal telles som «brukertilpasset rom med wc og bad» dersom pasient er sengeliggende og ikke får benyttet dette badet på rommet. Slik det står nå er det altså ikke nødvendigvis enerom med wc og eget bad som telles og rapporteres.

Diskusjon og innspill i gruppen, brukertilpasset enerom med wc og bad:

Flere spilte inn at det er forventet at det er dusj på et bad. SSB presiserer dette i veiledning. Det ble også kommentert at enerom er det som er vanlig nå, og de aller fleste har eget wc og bad (inkludert dusj). Det som ikke måles, er hvor mange som har enerom, men som selv ikke ønsker dette. Gruppen konkluderte ikke på punkt om *brukertilpasset*, og SSB lar det stå som før i veiledningen, ev inntil videre.

Demensplasser:

SSB informerte om at en større kommune har fremmet ønske om å inkludere demens også som korttids plass, ikke bare langtids. SSB spurte om dette kan være aktuelt i mange kommuner, og hvordan «annet»-kategorien for tidsbegrenset opphold blir brukt.

Diskusjon og innspill fra gruppen, demensplasser:



Det ble informert at det er etablert noen tidsbegrensede plasser for yngre personer med demens. Det ble også poengtert, fra KS, at det er ulike grader av demens, og ulike behov. Mange er på somatiske avdelinger ved store utfordringer. Det kom også innspill i gruppen at det foregår en del utredning for demens, der pasienter er under observasjon og langtidsopphold eller annet vurderes.

Spesifiseringer fra «annen-kategori» bør gjennomgås, og dersom mange rapportører nevner samme type plasser, kan det vurderes om disse bør få eget felt.

Vedtak:

- Brukertilpassede enerom med wc og bad: SSB presiserer i veiledning at dusj er inkludert på bad. Tas også med i selve skjema.
- Ingen vedtak for punkter om brukertilpasset rom og tidsbegrenset plasser for demens. SSB, og resten av gruppen, tar ev dette opp igjen på et senere tidspunkt ved behov.
- Fra sak 12.: Det må vurderes om det i KOSTRA-skjema 5, punkt 5 Salg av plasser til andre kommuner, skal inkluderes en kolonne om øyeblikkelig hjelp.
- SSB gjennomgår «annen-kategori» for plasser for demens. Dersom SSB mener det er grunnlag for nye kategorier spilles dette inn i Samordningsrådsrapporten.

Sak 15. Differensiert rapportering, v/SSB

SSB orienterte om at KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester mottar stadig flere ønsker om mer detaljert rapportering – og publisering enn det KOSTRA i dag legger opp til.

SSB har arbeidet med blant annet disse områdene den siste tiden:

- Fordele årsverk mellom helsestasjon og skolehelsetjeneste, og fordele årsverk på hver av disse etter utdanning
- Korrigere årsverk fra jordmor etter kjøp/salg over kommunegrenser og fra helseforetak
- Årsverk av fysioterapeuter fordelt ytterligere mer detaljert enn i dag
- Årsverk av ergoterapeuter fordelt på samme vis som fysioterapeuter
- Brukere, plasser, årsverk og utgifter fordelt etter målgrupper i hjemmetjenesten og dagaktivitetstilbud
- Heldøgntilbud i hjemmetjenesten

Innspillene kommer særlig fra helsemyndighetene og de største kommunene (ASSS-nettverket), men også mindre kommuner har slike ønsker.

KOSTRAs Samordningsråd har så langt vært avvisende til tanken om differensiert rapportering og publisering. KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester har forståelse for at en ønsker å holde obligatorisk rapportering på et så lavt nivå som mulig. Særlig vil eventuell innføring av en mer detaljert kontoplan innebære økt arbeidsmengde, og kanskje mer usikre registreringer for mange kommuner. KOSTRA sentralt har opplyst at omlegging av regnskapssystemet også er teknisk krevende.

På den annen side vil en mer detaljert rapportering for de store (og eventuelt frivillige) kommunene kunne gi data av tilfredsstillende kvalitet, og medføre større innsikt i effekter av ulik tjenesteorganisering og ressursbruk, og eventuelt bidra til landsestimat med tilstrekkelig kvalitet. Arbeidsgruppen mener det er viktig å komme i møte – innenfor eller utenfor



rammene av KOSTRA - de kommuner som ønsker å gjøre en innsats for større forståelse av tjenestene.

Diskusjon og innspill fra gruppen:

KS har diskutert dette internt, og mener det er viktig at en prinsipiell avklaring skal gjelde for alle områder, og ikke kun området helse- og omsorg.

Det ble også spilt inn at KOSTRA i utgangspunktet skal gjelde for alle kommuner.

Det ble også påpekt at det å unngå økt oppgavebyrde for rapportører ligger i arbeidsgruppens mandat, og må tas hensyn til.

Vedtak:

KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester samt KS/ASSS samarbeider om et notat som inngår i rapport til Samordningsrådet, der en understreker behovet for mer detaljert rapportering, med konkrete eksempler. En ber videre om at differensiert rapportering behandles på prinsipielt grunnlag i KOSTRAs Samordningsråd. Det må også belyses at man må ta hensyn til at økt oppgavebyrde ikke er ønskelig, og må begrunnes ved særlig stor nytte.

Sak 16. KOSTRA faktaark – forslag til endringer i publisering, v/SSB

Dokumentasjon:

www.ssb.no/tabell/07793

www.ssb.no/tabell/07800

SSB innledet med at selv om det nå er omlegging på gang av KOSTRA-publisering (sak 9) og faktaarkene skal ut, er det enda to år til det trer i kraft. SSB ser at det kan være behov for noen endringer innen den tid, i eksisterende faktaark.

Følgende forslag har blitt sendt til arbeidsgruppen i forkant av møtet, via møtepapirene:

Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass, konsern

Hentet fra Nøkkeltall omsorg.

Forslag til endring:

Endre nevner fra «kommunal plass i alt» til «kommunal plass i drift». Da unngår en for lave tall når plasser står tomme, men kan likevel beholde «plass i alt» for dekningsgrad (ev. bytte til «i drift» også her?) og belegg.

Konkret betyr dette å endre indikatoren «Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass, konsern» til «Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass i drift, konsern»

Diskusjon og innspill i gruppen:

Ble ikke diskutert i stor grad, men kom innspill og påpekning om kommunale vs. private plasser. Enighet i gruppen om å beholde eksisterende indikator, med per plass i alt.

Dagaktivitet:

Dagaktivitet er et tilbud som blir stadig viktigere og mer utbredt for ulike målgrupper, både som forebygging, re-/habilitering og som avlastning. Så langt har det ikke vært publisert egne tall for denne tjenesten, verken på kommunenivå eller i Statistikkbanken. I første omgang



foreslår SSB å innføre et nytt grunnlagstall her. Dagaktivitet bør også inngå som nøkkeltall i forbindelse med KOSTRAs omstrukturering, f.eks. brukere av andel brukere omsorgstjenester i alt. Forslag fra SSB: *Antall brukere av dagaktivitet – pr. 31.12 el. gjennom året?*

Diskusjon og innspill i gruppen:

Det kom innspill om at dette bør ses nærmere på før en beslutter. Antall brukere av dagaktivitet i IPLOS bør sjekkes nærmere. Og man må vurdere antall brukere gjennom året vs. per 31.12. Dersom god kvalitet kan man muligens publisere noe neste år.

KS spurte om det kan være aktuelt med en fordeling etter alder, - over og under 67 år, eller annet.

Det var også enighet om at det bør vurderes om man skal publisere antall brukere eller plasser, Brukere med vedtak, og mottakere totalt av dagaktivitet ble også diskutert. Oslo kommune informerte om at det har god oversikt over begge deler, - vel 2 900 brukere av dagaktivitet gjennom året, hvorav ca. 2 300 med vedtak.

Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn:

Fra nøkkeltall, kommunehelsetjeneste.

Samles inn i skjema 1, punkt 4-2. Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Antall fullførte helseundersøkelser innen utgangen av 1. trinn, grunnskolen.

SSB orienterte om at mange kommuner, kanskje særlig mindre, har ulik praksis fra år til år når en gjennomfører hovedbolken av undersøkelser i skolen. Ettersom skoleåret er forskjøvet i forhold til folketallet, vil andelen «Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn» kunne svinge opp og ned rundt 100 prosent fra år til år. Et glidende gjennomsnitt for indikatoren to siste år vil kunne forhindre disse svingningene, og det vil være langt lettere å identifisere kommuner som generelt ligger på et lavt nivå her.

SSB foreslo å innføre glidende gjennomsnitt for indikatoren «Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn».

Diskusjon og innspill fra gruppen:

SSB forklarte at dette betyr å legge sammen to klasser, for så å publisere et gjennomsnitt av dette. Data hentes fra SSBs befolkningsstatistikk. Det kom innspill fra kommunerepresentant om at GSI (Grunnskolen informasjonssystem: <https://gsu.udir.no/>) kan være aktuelt å bruke. Da får man direkte korrelasjon med flyttinger, og der elever går på skoler tilknyttet andre kommuner og bydeler i Oslo.

Det var enighet i gruppen om at dette må sjekkes nærmere før vedtak kan tas. SSB sjekker GSI nærmere, og presenterer tall over glidende gjennomsnitt på et senere møte.

Vedtak:

- Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass, konsern: Beholder eksisterende indikator, med per plass i alt.
- Dagaktivitet som indikator: Må sjekkes og diskuteres nærmere på før man tar en avgjørelse. Brukere i IPLOS bør sjekkes nærmere. Tas opp igjen på et KOSTRA-arbeidsgruppemøte høsten 2016.
- Gjennomsnitt for indikatoren «Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn»: Dette må diskuteres nærmere før vedtak kan tas. SSB



sjekker GSI nærmere. SSB sjekker tall for glidede gjennomsnitt, og ev endring av tall presentert på denne måten. Presenteres på et senere arbeidsgruppemøte.

Sak 17. Regnskapsveileder, v/SSB

Dokumentasjon:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen/id551573/>

SSB har spilt inn dette punktet ved sakspapirer til arbeidsgruppen i forkant av møtet. Det ble orientert om at både Helsedirektoratet, enkelte kommuner og SSB den siste tiden har sett behov for en del presiseringer i KOSTRAs regnskapsveileder. Spesielt viktig er det å påse konsistens mellom funksjoner.

Rehabilitering

I veiledning for f241 er det indirekte nevnt at re-/habilitering med IPLOS-registrering skal inngå i f254, men tilsvarende er ikke presisert for funksjon 254:

«Merk dog at utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre personellgrupper hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS, skal føres i sin helhet på funksjon 241, ikke funksjon 254.»

VEILEDNING TIL REGNSKAPSRAPPORTERINGEN I KOSTRA – REGNSKAPSÅRET 2016

SIDE29

241 Diagnose, behandling, re-/habilitering

Utgifter til allmennmedisin:

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

For fysioterapeuter eller ergoterapeuter som kun arbeider med en bestemt målgruppe f.eks i helsestasjon eller aldersinstitusjon, benyttes relevant funksjon, jfr. lønnsfordelingsprinsippet. Tilsvarende vil legers arbeidstid tilknyttet offentlige tilsynsoppgaver høre hjemme på respektive funksjoner (f.eks 232, 253 osv.). Merk dog at utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere, av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre personellgrupper hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS, skal føres i sin helhet på funksjon 241, ikke funksjon 254. Praksiskompensasjon*, reiseutgifter og ev. husleietilskudd som er avtalt med den enkelte lege, føres på samme funksjon som legens lønn. De samfunnsmedisinske oppgavene legene ivaretar som f.eks miljørettet helsevern vil i stor grad høre hjemme på funksjon 233. *) Den kompensasjon legen tildeles som følge av tapt arbeidsfortjeneste ved å utføre en offentlig oppgave framfor å være i egen privat praksis.



254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

- Praktisk bistand og opplæring
- Brukerstyrt personlig assistent
- Avlastning utenfor institusjon
- Omsorgslønn
- Helsetjenester i hjemmet, herunder sykepleie (hjemmesykepleie) og psykisk helsetjeneste

Inntekter fra egenandel for praktisk bistand og opplæring, jf. forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 2.

Avlastningsopphold i avlastningsbolig eller på institusjon registreres under funksjon 253.

Innspill og diskusjon i gruppen:

- Helsedirektoratet spilte inn at IPLOS bør tas med i forklaring til funksjon 254 også. Det må presiseres hva som skal med av IPLOS. Alle yrkesgrupper bør med, og ikke kun fysioterapi. Det bør presiseres nærmere hvilke grupper og tjenesteområder som skal med og ikke, og det ble foreslått at teksten bør være mer tjenesteorientert og ikke yrkesorientert. Det bør komme underpunkter på hvilke tjenester dette handler om.
- Det foreslås å endre overskrift på funksjon 241, - slik det står nå tenker man umiddelbart at dette kun omhandler rehabilitering/habilitering.
- Helsedirektoratet påpekte behov for å koordinere funksjon 241 Diagnose, behandling, re-/habilitering mot funksjon 254 Hjemmetjenester når det gjelder rehabilitering.
- Oslo kommune fortalte at de har fått spørsmål om hvordan hjemme rehabilitering skal rapporteres. Helsedirektoratet kommenterte at de har sett at mange kommuner ikke har rapportert dette i IPLOS.
- Ved hjemmetjeneste og fysioterapi: Timene føres ofte på hjemmetjeneste og ikke fysioterapi. I små kommuner kan reelt en fysioterapeut dekke flere funksjoner.
- Det ble informert fra en kommune at fysioterapeuter i stor grad veileder andre for hjemme rehabilitering, de gir altså opplæring. Dette er ofte privatpraktiserende fysioterapeuter med driftstilskudd.
- Det foreslås for ASSS/KS at rehabilitering kan være tema på neste ASSS-samling
- Det var enighet i arbeidsgruppen om at samsvar mellom tekst i de aktuelle skjemaveilederne, regnskapsveilederne og IPLOS-veilederen er viktig.
- I regnskapsveilederen er det viktig med samsvar i teksten mellom de ulike funksjonene som blir berørt.

De resterende innmeldte sakene om regnskapsveilederen ble ikke ferdig diskutert:

- Psykisk helsearbeid/psykologtjenester
- Dagopphold i institusjon vs. dagaktivitetstilbud til hjemmeboende
- Rusomsorgsinstitusjoner

SSB foreslo at dette diskuteres videre høsten 2016 både i KOSTRA-arbeidsgruppe for helse og omsorg, samt KOSTRA-arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid- og rusarbeid.

Vedtak:



Arbeidsgruppen samler forslag, per e-poster i etterkant av dette arbeidsgruppemøtet. Forslag spilles inn til regnskapsgruppen i SSB, som behandler saken før den kan tas videre til Samordningsrådet våren 2017.

SSB koordinerer, og legger fram innspill til møtet i KOSTRA arbeidsgruppe helse og omsorg høsten 2016.

Generell tilbakemelding:

- Bør komme klarere frem hvem som skal gjøre hva og til hvilke frister. Foreslår at dette gjøres klarere i referatet. Kan også sette opp en enkel oversikt til slutt slik at det blir lettere å kvittere ut.

F. eks.

Sak	Oppfølging	Ansvar	Frist

Sak 18. Oppfølging av saker fra KOSTRA-arbeidsgruppemøtet 9. – 10. mai 2016

Sak omhandler	Oppfølging. Gjennomføring av tiltak	Frist
Sak 1. Oppfølging av Samordningsrapport 2015		
	<i>KS orienterer arbeidsgruppen så snart rapport om brukerundersøkelser foreligger</i>	<i>Når rapport om brukerundersøkelser foreligger</i>
	<i>Punkt 5.3, fra forrige referat: Spørsmål om brukerundersøkelser, i skjema 4, vurderes behov for etter rapport fra KS om brukerundersøkelser foreligger.</i>	
Sak 4. Splitting av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten		
	<i>Arbeidsgruppen får anledning til å spille inn kommentarer på skjema og innhold.</i>	
	<i>Etter gjennomført kartlegging vil SSB og Helsedirektoratet sammenlikne innrapporterte tall med registertall. Formålet er å kvalitetssikre både de innrapporterte tallene og registertallene. På høstens KOSTRA-arbeidsgruppemøte vil det besluttes om hvorvidt, og i hvilket omfang, splittede årsverkstall kan hentes inn via KOSTRA-skjema 1 fra neste år.</i>	<i>I etterkant av kartlegging fra Helsedirektoratet.</i>
Sak 5. Ønske om mer detaljerte tall for fysioterapi og ergoterapi		
	<i>Enighet i arbeidsgruppen om at det ikke er hensiktsmessig med mer detaljert rapportering over fysioterapeuter og ergoterapeuter, i KOSTRA-skjema 1. En mer detaljert rapportering kan testes ut i de store kommunene, og andre frivillige kommuner, for å se om dette lar seg gjennomføre for dem.</i>	



	<i>I KOSTRA-rapporten til Samordningsrådet, som sendes ved utgangen av juni 2016, spiller SSB nok en gang inn behov for differensiert rapportering.</i>	30.06.16
	<i>ASSS sjekker hvordan årsverk til fysioterapeutene blir brukt i institusjon.</i>	
	<i>Endring av kvalitetsindikatoren "Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem": SSB følger opp dette til neste KOSTRA-arbeidsgruppemøte.</i>	Høst 2016
Sak 6. Frisklivssentraler		
	<i>Det gjennomføres ny kartlegging om frisklivssentraler, i KOSTRA-skjema 1 for rapporteringsåret 2016.</i>	
	<i>SSB og Helsedirektoratet gjennomgår skjema og kommer med nytt, oppdatert forslag, som må godkjennes tidlig høst 2016.</i>	September 2016
Sak 8. KOSTRA-skjema 1, forslag til endringer		
Sak 8.1. Antall gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi:	<i>Spørsmål om antall gravide som fullførte fødselsforberedende kurs i helsestasjonens regi tas ut fra skjema 1, fra og med rapportering av årgang 2016</i>	Høst 2016
Sak 8.2. Funksjon 233 Annet forebyggende helsearbeid og funksjon 254 Hjemmetjenester - fysioterapeuter:	<i>KS sjekker muligheter i ASSS, og ser på tall på funksjon 254 her, da med fordeling over og under 18 år. Tilbakemelding til arbeidsgruppen innen 15.9.2016.</i>	15.09.2016
	<i>På bakgrunn av ASSS-uttestingene, må arbeidsgruppen vurdere om de foreslåtte endringene skal gjelde timeverksrapporteringen for leger i KOSTRA-skjema 1. Eventuelle endringer kan først foreslås våren 2017, dvs. for 2017-årgangen med innsamling i 2018.</i>	
	<i>SSB følger opp mot ASSS høsten 2016.</i>	Høst 2016
Sak 8.3. Åpningstid for helsestasjon for ungdom	<i>Indikatoren Åpningstid ved helsestasjon for ungdom per 1000 innbygger 13-20 år tas ut ved publisering i 2017, av årgang 2016.</i>	Høst 2016
	<i>Spørsmål om åpningstid for helsestasjon for ungdom består i skjema 1. Eventuell justering av spørsmål, samt presisering av definisjoner og veiledning, diskuteres per e-post av arbeidsgruppen.</i>	Høst 2016
Sak 9. KOSTRA modernisering		
	<i>SSB med hjelp av deltakerne på workshopen, jobber videre med tabell som skal i Kommunefakta. Saken tas opp igjen på høstens KOSTRA-arbeidsgruppemøte.</i>	Neste møte. Endelig frist: Samordnings-rapport 2017.
Sak 10. Hjemmetjenester og målgrupper		



10.1. Standardisert kontoplan, med mulig bruk av fire siffer i kontostreng for funksjon 254	<i>KOSTRA-arbeidsgruppen avventer arbeidet i ASSS med kontoplan, for å vurdere om dette er aktuelt å foreslå for KOSTRA, ev. i differensiert rapportering.</i>	Følges opp etter høstens ASSS-møte
Sak 10.2. Årsverk fordelt etter KOSTRA-funksjon på kommunenivå	<i>Så snart årsverkstall foreligger, oversendes disse fordelt på KOSTRA-funksjonene 234, 253, 254 og 261, sammen med relevante utgiftstall og brukertall til ASSS for vurdering av konsistens/kvalitet.</i>	Høst 2016
	<i>Dersom SSB vurderer kvaliteten som tilfredsstillende, legges det opp til publisering av årsverkstall fordelt på funksjon. Pga. omlegging av KOSTRA: en ev. publisering i første omgang skjer gjennom en utvidet tabell 09934 i Statistikkbank.</i>	Høst 2016
Sak 11. Rettighetsfesting av opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester		
Sak 11.1. Definisjon heldøgns plasser	<i>Det opprettes et arbeidsutvalg høsten 2016 for å se nærmere på begreper og statistikk vedrørende boliger. Aktuelle medlemmer kan være fra KOSTRA arbeidsgruppe for helse og omsorg samt KOSTRA arbeidsgruppe for bolig, f.eks. Husbanken, KS, Helsedirektoratet, KMD og SSB.</i>	25.9.16 (SSB)
Sak 11.2. Telle beboere eller plasser?	<i>SSB sjekker enkeltkommuner med store avvik mellom rapporter antall beboere i skjema 4 og IPLOS-registeret. Ev. endring i skjema fra beboere til antall plasser, tas opp på neste KOSTRA-møte, ev. med et arbeidsutvalg i forkant</i>	15.10.2016
Sak 12. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) / Kommunal akutt døgnenhet (KAD)		
	<i>Det er ønskelig å få inn spørsmål om plasser for øyeblikkelig hjelp i KOSTRA-skjema 4. SSB, i samarbeid med Helsedirektoratet og Oslo kommune, lager et utkast til spørsmål og veiledning. SSB følger opp mot rapport til Samordningsrådet 30.6.2016.</i>	Finjustering av spørsmål og veiledning gjøres innen 15.9.2016.
	<i>Det må vurderes videre om det i KOSTRA-skjema 5, punkt 5 «Salg av plasser til andre kommuner» skal inkluderes en kolonne om punkt om øyeblikkelig hjelp.</i>	Høst 2016
	<i>Det bør tydeliggjøres i veiledningen for skjema 5 at ØHD-plasser skal med</i>	Høst 2016
Sak 13. KOSTRA-skjema 4, forslag til endringer		
	<i>Fra sak 11: Definisjon av heldøgns plasser bør være lik, og det kan være hensiktsmessig å benytte definisjonen regjeringen har utarbeidet. Det jobbes videre med behov for presiseringer i skjema 4 og tilknyttet veiledning.</i>	Høst 2016
	<i>Fra sak 11: SSB sjekker enkeltkommuner med store avvik mellom rapporter antall beboere i skjema 4 og IPLOS-registeret. Ev. endring i skjema fra beboere til antall plasser, tas opp på neste KOSTRA-møte.</i>	Høst 2016



	<i>Fra sak 12: Spørsmål om plasser for øyeblikkelig hjelp (ØHD, KAD) legges inn i skjema. Helsedirektoratet og SSB presiserer hva som skal med, og veiledning. SSB følger opp mot rapport til Samordningsrådet 30.6.2016.</i>	
	<i>SSB utarbeider mer informasjon fra veiledning til informasjonsknapper ved rapportering av skjema.</i>	Høst 2016
Sak 14. KOSTRA-skjema 5, forslag til endringer		
	<i>Brukertilpassede enerom med wc og bad: SSB presiserer i veiledning at dusj er inkludert på bad. Tas også med i selve skjema.</i>	Høst 2016
	<i>Fra sak 12.: Det må vurderes om det i KOSTRA-skjema 5, punkt 5 Salg av plasser til andre kommuner, skal inkluderes en kolonne om øyeblikkelig hjelp.</i>	Høst 2016
	<i>SSB gjennomgår «annen-kategori» for plasser for demens. Dersom SSB mener det er grunnlag for nye kategorier spilles dette inn i Samordningsrådsrapporten.</i>	Høst 2016
Sak 15. Differensiert rapportering		
	<i>KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester samt KS/ASSS samarbeider om et notat som inngår i rapport til Samordningsrådet, der en understreker behovet for mer detaljert rapportering, med konkrete eksempler. En ber videre om at differensiert rapportering behandles på prinsipielt grunnlag i KOSTRAs Samordningsråd. Det må også belyses at man må ta hensyn til at økt oppgavebyrde ikke er ønskelig, og må begrunnes ved særlig stor nytte.</i>	30.06.2016
Sak 16. KOSTRA Faktaark – forslag til endringer i publisering		
	<i>Dagaktivitet som indikator: Må sjekkes og diskuteres nærmere på før man tar en avgjørelse. Brukere i IPLOS bør sjekkes nærmere. Tas opp igjen på et KOSTRA-arbeidsgruppemøte høsten 2016.</i>	KOSTRA arbeidsgruppemøte høst 2016
	<i>Gjennomsnitt for indikatoren «Andel barn som har fullført helseundersøkelse innen utgangen av 1. skoletrinn»: Dette må diskuteres nærmere før vedtak kan tas. SSB sjekker GSI nærmere. SSB sjekker tall for glidede gjennomsnitt, og ev endring av tall presentert på denne måten. Presenteres på et senere arbeidsgruppemøte.</i>	KOSTRA arbeidsgruppemøte høst 2016
Sak 17. Regnskapsveileder		
	<i>Arbeidsgruppen samler forslag, per e-poster i etterkant av dette arbeidsgruppemøtet. Forslag spilles inn til regnskapsgruppen i SSB, som behandler saken før den kan tas videre til Samordningsrådet våren 2017.</i>	SSB koordinerer, og legger fram innspill på møtet høsten 2016.