



KOSTRA-arbeidsgruppe for helse-omsorg arbeidsgruppemøte 20.-21.04.17 Referat

Ref.: Dag Abrahamsen / Trond Ekornrud / Merete Thonstad / Othilde Skjøstad / Gunnar Claus, 26.05.2017

Til stede:

KS: Laila Kleven (kun 20.4), Anne Gamme (sak 2.3-15), Anne Jensen (kun 21.4), Martin Fjordholm (kun 21.4, fom. sak 13)

Bergen kommune: Brynjar Skaar

Tolga kommune: Kjetil Brodal

Oslo kommune: Elisabeth Bøe

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD): Jens-Kristian Jebsen

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Liv Bagstevold (kun 20.4), Hilde Hatleskog, Kjersti Sandem (kun 20.4, sak 6)

Helsedirektoratet (Hdir): Kristine Hardtvedt (kun 20.4), Linda Haugan, Mette Odden Grimeland, Emma Lähdekorpi (student), Øyvind Christensen (kun 21.4, sak 11-13)

SSB: Fatima Valdes Haugstveit, Eiliv Mørk, Gunnar Claus, Anni Sutatip Thirpaks Fretheim, Trond Ekornrud (kun 20.4), Dag Abrahamsen, Merete Thonstad (kun 20.4), Othilde Skjøstad (kun 21.4)

Kopi til fraværende: Halvor Haug (Hamar kommune) og Linda Allertsen (SSB)

Møtene varte fra kl. 9.30-16 20.4, kl. 9-14 21.4 (da avsluttet under sak 18 pga. brannalarm. Sak 17 ble ikke gjennomgått)

Noen av sakene fra dagsorden byttet rekkefølge pga. forsinkelser og at noen måtte gå tidligere. Sakene vil bli referert til i den rekkefølge de sto i på dagorden. Dag Abrahamsen var møteleder.

Oppsummering av oppfølgingspunkter

Sak	Tiltak	Ansvarlig	Tidsfrist
1	Skjema 1, 4 og 5: Skjemakontroll mot fjoråret direkte under utfylling for de viktigste variablene.	SSB	30.9.2017
2.1	Skjema 1: Innføring av enkle spørsmål om årsverk fordelt mellom helsestasjon og skolehelsetjeneste. SSB analyserer tall fra Helsedirektoratet sommeren 2016 mot registertall, og foreslår endelig utforming over sommeren. Mer detaljerte spørsmål vurderes ca. hvert 4. år.	SSB	30.9.2017
2.2	Skjema 1: Nytt spørsmål: forebyggende hjemmebesøk. Hdir tar med innspillene tilbake, og kommer eventuelt tilbake med et revidert forslag senere. Her bør det også foreslås spørsmål som kan ta ut, slik at skjemaet ikke eser ut.	Helsedirektoratet	10.6.2017
2.3	Skjema 1, punkt 4-1 Organisering av jordmortjenesten: Endring av overskrift	SSB	30.9.2017
2.3	Opplysninger om gravides erfaringer med vold vurderes å inngå i KPR, ikke KOSTRA skjema 1.	Helsedirektoratet	-
2.3	Skjema 1, punkt 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: førstegangs hjemmebesøk til nyfødt: Behov for ny formulering. Hdir kommer med forslag til ordlyd så snart ny forskrift foreligger.	Helsedirektoratet	15.9.2017
2.3	Skjema 1, punkt 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Antall fullførte 2-3-årskontroller: ny formulering.	SSB	30.9.2017
2.4	Skjema 1, punkt 4-3: Helsestasjon for ungdom: Erstatte de med følgende to spørsmål: 1. Har kommunen/bydelen helsestasjon for ungdom (Ja/Nei) 2. Har kommunen/bydelen et samarbeid med andre kommuner/bydeler om helsestasjon for ungdom (Ja/Nei)	SSB	30.9.2017
2.5	Skjema 1, punkt 4-4: Spørsmålet om behov for tannhelsetjenester for 2-åringer fjernes i KOSTRA-skjema 1 for 2017.	SSB	30.9.2017
4	Skjema 1, punkt 2 leger og 3 fysioterapeuter: En ny kolonne for f256 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold settes inn i timeverksmatrisen i skjema 1 for 2017.	SSB	30.9.2017
5	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold - Helsedirektoratet kvalitetssikrer korrekt betegnelse for ØHD (tjeneste) og KAD (virksomhet). Skjema 4: Alle spørsmål knyttet til ø-hjelpsplasser under punkt 7 fjernes f.o.m. neste års rapportering.	Helsedirektoratet	10.6.2017
		SSB	30.9.2017

	• Skjema 5: Det presiseres at spørsmål om rom under punkt 3 ikke skal inkludere ø-hjelpsplasser.		
6	Heldøgns tjenester SSB kaller inn til et eget møte med Helsedirektoratet og KS og eventuelt andre relevante aktører før sommeren for å diskutere veien videre og ansvarsfordeling for arbeidet med å få etablert nye registreringer/rapporteringer knyttet til heldøgnsbegrepet. Skjema 4, 5: Avlastning, rullerende opphold, trygghetsplasser, ØHD mm. blir vurdert på møtet om heldøgns tjenester	SSB	15.6.2017
8	Trygghetsplasser: SSB følger opp og undersøker med de kommunene som har oppgitt trygghetsplasser i merknadsfelt og hva som ligger i rapporteringene deres. Skjema 5: Ev. presiseringer vurderes	SSB	30.9.17
10	Lavterskeltilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer: Ev. innføring av spørsmål følges videre opp i arbeidsgruppa for psykisk helsearbeid og rusarbeid før det tas stilling til om spørsmål om lavterskeltilbud tas inn i KOSTRA-skjema 4.	KOSTRA arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid / SSB	23.5.17
11	IPLOS: indikatorer for reell ventetid på tjenester (tid fra søknadsdato til tjenestestart).	SSB / Helsedirektoratet	Høsten 2017
13	KPR/IPLOS: Uttesting av IPLOS-innsending til KPR skal ikke foregå samtidig med innsending av offisielle data til SSB.	Helsedirektoratet	Våren 2018
14	KOSTRA modernisering: a) forslag til endelig utforming for kommunefakta KOSTRA - inkl. detaljert men folkelig beskrivelse, samt forslag til nye tilleggstabeller i Statistikkbanken - som innspill til samordningsrådsrapporten b) Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet vurderer om det er noe i veien for å bruke betegnelsen « bruker » framfor « mottaker » i tabellene.	SSB Helsedirektoratet / Helse- og omsorgsdepartementet	10.6.2017 26.6.2017
18	Regnskapsføring av HVPU-tilskudd, KOSTRA-funksjon 234 Aktivisering/servicetjenester og f254 Hjemmetjenester: Flg. setning inkluderes: Ev. vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840 Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd.	SSB	30.6.2017

Saksliste

Sak 1.	Datainnngang, kvalitet og editering.....	5
	Kommunehelsetjenester	6
Sak 2.	Helsestasjons- og skolehelsetjenester – forslag til endringer i skjema	6
Sak 2.1	Splitting av årsverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten	6
Sak 2.2	Nye spørsmål: forebyggende hjemmebesøk	9
Sak 2.3	Justering av spørsmål helsestasjons- og skolehelsetjenesten.....	10
Sak 2.4	Helsestasjon for ungdom	13
Sak 2.5	Behov for tannhelsetjenester	15
Sak 3.	Frisklivssentraler	16
Sak 4.	Kommunale Akutte Døgnplasser (KAD) – timeverk leger og fysioterapeuter	17
	Omsorgstjenester	17
Sak 5.	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD).....	17
Sak 6.	Heldøgns tjenester	18
Sak 7.	Avlasting.....	19
Sak 7.1	Avlastning i bofelleskap	19
Sak 7.2	Rullerende opphold.....	20
Sak 8.	Trygghetsplasser.....	20
Sak 9.	KOSTRA skjema 4 –boligplasser.....	20
Sak 10.	Lavterskeltilbud psykisk helse og rus.....	21
Sak 11.	Kommunebarometeret	21
Sak 12.	Samdata	23
Sak 13.	Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) – status.....	23
Sak 14.	KOSTRA modernisering	24
Sak 14.1	Flere tall i Statistikkbanken	24
Sak 14.2	Nye tall	24
Sak 14.3	Tall som ikke lenger skal publiseres.....	24
Sak 14.4	Særlige IPLOS-utfordringer	25
Sak 14.5	Valg av indikatorer til Kommunefakta KOSTRA	25
Sak 15.	Spesialiserte og detaljerte innsamlinger og publiseringer: Hva skal KOSTRAs rolle være?	28
Sak 16.	Målgrupper i hjemmetjenesten	28
Sak 17.	Behov for data om lederkompetanse	29
Sak 18.	Kontoplan	29
Sak 18.1	Føring av vertskommunetilskudd HVPU	29

Sak 1. Datainnngang, kvalitet og editering

Dokumentasjon:

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

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

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

IPLOS <http://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/iplos>

SSB v/Dag Abrahamsen informerte. Fra i fjor av var innsendingsfristen for KOSTRA-skjemaene 4 og 5 15. januar. Det har gått greit å ha kortere tidsfrist, og alle skjemaene var sendt til SSB innen utgangen av februar. Dermed har kvalitetssikringen av data kommet langt tidligere i gang enn før. Det var også færre feil enn før, siden noen nye kontroller nå kommer opp ved utfylling av skjema.

Skjema 4:

- Nye kontroller i spørsmål 5 «Egenbetaling for praktisk bistand»
- Nye spørsmål om øyeblikkelig hjelp: mange kontroller

Særlig fokus på beboere i heldøgnsbemannede boliger: 25 kommuner med store endringer fra 2015 ble kontaktet. De fleste sendte inn på ny, både pga. dobbeltrapporteringer og manglende boliger året før.

Skjema 5:

11 institusjoner med endringer på mer enn 30 plasser ble kontaktet. Kun 1 skyldtes feil.

Skjema 1:

Fristen for innsending er fortsatt 15. februar, og det var 11 kommuner som ikke hadde sendt inn i tide til marspubliseringen.

Neste år: SSB legger inn kontroll mot fjoråret direkte under utfylling for de viktigste variablene.

IPLOS, nye innrapporteringsrutiner

SSB v/Eiliv Mørk orienterte om erfaringer med nytt system for IPLOS-datafangst fra og med 2017. Det har skjedd to større endringer ved innsamling av 2016-dataene:

- Kommunene har sendt inn data via Norsk Helsenett
- Feilmeldingene fra SSB har gått via sikret filsluse

En årsak til omleggingen er at den nye løsningen er sikrere enn å sende CD-er, som dessuten er dyrt, umoderne (nye PC-er har ikke lengre innebygget CD) og tar tid. Alle kommunene må nå bruke PC i sikker sone hos seg. De sender data kryptert til Skatteetaten, som er pseudonymforvalter. Det oppsto noen uforutsette problemer. Det var bl. a. feil i web-adressene kommunene skulle bruke for innsending til Skatteetaten, og det oppsto problemer med noen e-postadresser ved utsending av feilmeldinger fra SSB. For IPLOS er innsendingsfristen 15. januar. Til tross for noen «barnesykdommer» ved det nye systemet, hadde SSB fått inn data fra alle kommunene 10.2.2017, vel en uke tidligere enn i fjor.

SSB v/Fatima Valdes Haugstveit informerte om noen funn fra de foreløpige IPLOS-dataene for 2016. Av 800 000 registreringer, var kun 1 promille endret som følge av nyinnsending. De største avvikene ser ut til å skyldes manglende rapportering av trygghetsalarmer samt veksling i føring mellom hhv. dagopphold på institusjon og dagaktivitet. Det ble kommentert at dagopphold er ment å være mer medisinsk orientert enn dagaktivitet, og at det er viktig med klare definisjoner siden tjenestene registreres litt om hverandre. Dagaktivitet er kandidat til å være med i SSBs reviderte tabeller i Statistikkbanken, siden dette vil være en lovpålagt tjeneste for målgruppen demens fom. 2020.

Kommunehelsetjenester

Sak 2. Helsestasjons- og skolehelsetjenester – forslag til endringer i skjema

Sak 2.1 Splitting av årsverk helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Dokumentasjon:

Rapport fra Helsedirektoratet IS-2543: [Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)

Notat fra Helsedirektoratet 24.3.2017: Innmelding av saker til arbeidsgruppemøte 20.-21. april 2017, punkt 3. (innbakt i sakspapir/referat)

Trond Ekornrud, SSB, innledet. Denne saken har vært en gjenganger i mange år. Det ble vist til fremlegg om saken på forrige KOSTRA arbeidsgruppemøte 21.11.2016. F.o.m. 2010 har tall for årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vært hentet fra SSBs sysselsettingsregister. Helsedirektoratet ønsker detaljerte timeverktall gjeninnført i KOSTRA skjema 1, spesielt splitting mellom årsverk fordelt på henholdsvis helsestasjon og skolehelsetjenesten. De ønsker også at det åpnes for muligheter for en utvidet kartlegging f. eks. hvert 4 år.

- Bakgrunn:
 - Et ønske fra helsemyndighetene og kommuner om å splitte årsverk på deltjenestene innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten (funksjon 232) blant annet for å:
 - Synliggjøre hvorledes årsverk fordeler seg mellom deltjenestene helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten
 - Ha muligheter for å sette inn målrettede tiltak for å bedre møte brukerbehovene i de to tjenestene
 - SSB publiserer i dag registerbaserte årsverk samlet for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (funksjon 232) Det er ikke mulig å splitte tjenestene ut fra registeropplysninger
 - Helsedirektoratet gjennomførte sommeren 2016 via fylkesmannsembetene en kartlegging med fordeling på de ulike deltjenestene og ulike yrker/utdanninger, med rapport om kartleggingen publisert høsten 2016
 - Arbeidsgruppen foreslo i samordningsrapporten fra 2016 å inkludere en svært forenklet rapportering av årsverk splittet på deltjenestene i KOSTRA-skjema 1 f.o.m. 2017-rapporteringen
 - Utformingen av den forenklete rapporteringen skal gjøres på grunnlag av erfaringer med Helsedirektoratets undersøkelse sommer/høst 2016 og sammenlikning med SSBs registertall. Basert på dette skal en utvikle og teste en sterkt forenklet spørsmålsmodul i 2017, med sikte på inkludering i KOSTRA 2018 (innrapportering av 2017-årgangen).

Helsedirektoratets forslag til årlig spørsmål i KOSTRA-skjema

	Svangerskaps- og barselomsorg og helsestasjon 0-5 år	Skolehelse-tjenesten	Helsestasjon for ungdom	Annet (herunder reisevaksine, smittevern, asylmottak/flyktninger)	Sum
Årsverk kostnadsført over funksjon 232					

Veiledning til utfylling:

1. Det skal oppgis i avtalte 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 benyttede årsverk registreres. F.eks. en helsesøster som jobber 50 prosent i egen kommune og 50 prosent i nabokommunen, skal settes opp med 0,5 årsverk i hver av kommunene.
3. Ved kjøp av jordmortjeneste fra regionalt helseforetak eller kommune skal den andel årsverk som er kjøpt telles med.
4. Tilskuddsstillinger/prosjektstillinger som er kostnadsført over regnskapsfunksjon 232 skal tas med.

5. Leger/fysioterapeuter m.m. som er ansatt i f. eks. kommunen (og ikke helsestasjons- og skolehelsetjenesten), men som jobber en andel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og hvor lønnsutgiftene kostnadsføres over regnskapsfunksjon 232 skal tas med.

SSB har gjort en grov sammenligning mellom data fra register og Helsedirektoratets skjema. Det var ca. 7 prosents differanse mellom totaltallene for årsverk i tjenestene, med høyeste tall i register. Vi har også timeverkstall for fysioterapeuter og leger fra KOSTRA-skjema 1. Det er store avvik for enkeltkommuner, og avvikene mellom kildene går begge veier. En sammenlikning av tallene fra skjemarapporteringen til Helsedirektoratet og registertall fra SSB (med og uten tall fra KOSTRA-skjema 1) viser blant annet:

Register vs. skjema (inkluderer ikke leger og fysioterapeuter)

Mellom 0 og 1 årsverk i avvik	240 kommuner
Mellom 1 og 2 årsverk i avvik	78 kommuner
Mer enn 2 årsverk i avvik	110 kommuner

Register + skjema vs. skjema (inkluderer leger og fysioterapeuter)

Mellom 0 og 1 årsverk i avvik	254 kommuner
Mellom 1 og 2 årsverk i avvik	52 kommuner
Mer enn 2 årsverk i avvik	122 kommuner

Mulige grunner til avvik:

- Ulike telletidspunkt. (Registertall hentet ut 3. uke i november 2015, Hdirs skjema fra nåsituasjonen sommer 2016)
- Skjemarapporteringen inkluderer kjøp av tjenester fra spesialisthelsetjenesten
- Avtalte årsverk (register) vs. avtalte årsverk eksklusive lange fravær
- Litt usikkerhet rundt arbeid med smittevern, flyktninger, tuberkulose og reisevaksiner: Ulik organisering i kommunene, Hdir spurte ikke konkret hva Annet-kategorien omfattet i sin kartlegging. Også litt uklart om disse oppgavene inngår i årsverksregister under f232 eller f233, og hvordan tjenestene er kostnadsført. Hdir var åpne for at man kan kutte ut den foreslåtte Annet-kolonnen om tjenestene ikke er ment å inngå i f232
- I register kan det i sjeldne tilfeller være helsestasjonsvirksomhet som er rapportert under f. eks. administrasjon eller andre helsetjenester

Hdir har også foreslått en kartlegging hvert fjerde år i skjema 1:

(Årsverk kostnadsført under 232)	Leger	Fysioterapeuter	Jordmødre	Helse-søstre	Psykolog/spesialist i psykisk helse/psykiatriske sykepleiere	Annet fagpersonell (med minimum 3-årig høyskoleutdanning)	Hjelpespersonell (f. eks. sekretær, assistenter, hjelpepleiere)	Administrative årsverk/ledere	Totale årsverk
Svangerskaps- og barselomsorg									
Helsestasjon 0-5 år									
Skolehelsetjenesten barneskole									
Skolehelsetjenesten ungdomsskole									
Skolehelsetjeneste vgs									
Helsestasjon for ungdom									
Annet (her under herunder reisevaksine, smittevern, asylmottak/flyktninger)									
Sum									

Arbeidsgruppen var samstemte om at det skal innføres årlig rapportering av årsverksfordeling innen helsestasjons- og skolehelsetjenester i KOSTRA-skjema 1 fra 2017-årgangen. Utgangspunktet er forslaget til Helsedirektoratet, men det er behov for å vurdere nærmere hva det er mest hensiktsmessig å spørre etter. Samordningsrådet har tidligere gitt rom for å ta inn utvidede kartlegginger om enkelte tema med 3-5 års mellomrom, og det kan være aktuelt her. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en slik detaljerte rapportering som Hdir foreslo hvert fjerde år, men mye hyppigere. Hovedårsakene er politikernes behov for oppdaterte data og dessuten økt satsing på fagfeltet. Ingen andre støttet dette, både av hensyn til oppgavebyrden for kommunene, at det nå var enighet om nye årlige opplysninger i KOSTRA-skjema 1 og at kombinert med registerdata kan dette langt på vei kan gi svar på yrkes- og utdanningsfordelinger.

Det ble drøftet om skolehelsetjenesten burde vært mer finfordelt i den årlige rapporteringen. Videregående skoler ble foreslått holdt utenfor, siden mange kommuner ikke har egen vgs. Det er dessuten forskjeller i ressursbehov til skoletjenester ved videregående og barneskoler. På den annen side ble fremholdt at jo mer detaljert rapportering, jo mer arbeid for kommunene og unøyaktige data kunne det bli. Helsedirektoratet viste til erfaringer fra sin kartlegging av tjenesten i 2016, der kommunene stort sett syntes det gikk greit å svare. Det var størst problemer knyttet til hvor leger og ledere var kostnadsført.

Normeringskrav for helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil komme 30. oktober, og foreløpig vet vi ikke hvilke deltjenester det der vil komme krav om egne tall for. Arbeidsgruppen mente det er for tidlig å konkludere vedrørende endelig spørsmålsutforming for de nye, årlige dataene i KOSTRA-skjema 1. Saken må følges opp i etterkant i arbeidsgruppen, og det må tas med et forslag til utforming i rapporten til Samordningsrådet, der vi ber om fullmakt til ferdigstilling høsten 2017. Hdir ønsker å publisere de nye tallene i SAMDATA kommune uansett, slik at de vil bli tilgjengelige for kommunene. SSB vil publisere de nye dataene når kvaliteten er vurdert som god nok.

Vedtak: Videre arbeid og prosess:

- SSB gjennomfører ytterligere sammenlikninger av data fra skjema og register og tester i et eget prosjekt før en kommer med anbefalinger om hvordan en skal utforme kategoriene i skjema 1 for 2017-rapporteringen. Det blir her særlig viktig å analysere utdanning (helsesøster og jordmor) på kommunenivå. Forslaget til Helsedirektoratet er et godt utgangspunkt
- Dette arbeidet skal etter planen gjennomføres vår/høst 2017 og skal forankres i arbeidsgruppen i god tid før klargjøring av nytt skjema oktober 2017

- Arbeidsgruppen ber om at det i samordningsrapporten blir inkludert en rapportering i skjema for 2017-årgangen, samtidig som man har åpning for å fatte beslutning om endelig utforming av rapporteringen i skjema etter rådsmøtet høsten 2017
- Holder mulighetene åpne for en utvidet kartlegging på feltet i KOSTRA-skjema 1 ca. hvert 4. år

Sak 2.2 Nye spørsmål: forebyggende hjemmebesøk

Dokumentasjon:

Notat fra Helsedirektoratet 24.3.2017: Innmelding av saker til arbeidsgruppemøte 20.-21. april 2017, punkt 1.

Trond Ekorndrud, SSB, innledet. Helsedirektoratet har fremmet forslag om å ta inn spørsmål om forebyggende hjemmebesøk i KOSTRA-skjema 1.

- Bakgrunn:
 - Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet rettet mot kommunens eldre og bidra til mestring i eget liv.
 - Forebyggende hjemmebesøk kan organiseres som tilbud om individuelle besøk til eldre i en gitt aldersgruppe, som et gruppetilbud eller som individuelle besøk til personer i en risikogruppe. Kan brukes som arena for å gi eldre kjennskap til kommunens tilbud innen helse, kultur. Idrett og frivillig sektor, til å få tilbakemeldinger fra de eldre og oversikt over deres livssituasjon.
 - På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte Helsedirektoratet et treårig utviklingsprogram (2011 – 2013) for forebyggende hjemmebesøk til eldre. Evalueringen av utviklingsprogrammet viser at formålet med de fleste hjemmebesøk er å fremme helse og mestring. I 2016 fikk direktoratet oppdrag med å utarbeide et veiledningsmaterieell for forebyggende hjemmebesøk, og dette er planlagt publisert i februar 2017.
 - En nasjonal kartlegging viste at fra 2003-2013 har det vært en økning fra 8 % til 25 % av landets kommuner som tilbyr forebyggende hjemmebesøk. Det er altså et stadig større antall kommuner som tilbyr dette. Samtidig er det Hdirs inntrykk at enkelte kommuner avviker eller har planer om å redusere på tilbudet om forebyggende hjemmebesøk.
 - Helsedirektoratet vurderer det som hensiktsmessig at det opprettes en indikator i KOSTRA om kommunen har/har ikke forebyggende hjemmebesøk. Dette vil gjøre det mulig å følge utviklingen over tid og gi viktig informasjon om kommunenes satsning på det forebyggende arbeidet rettet mot eldre innbyggere.

Helsedirektoratets forslag til spørsmål i skjema 1

Konkret foreslår Helsedirektoratet at det i Skjema 1 – Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten legges til et nytt punkt 5-3 med følgende tekst:

Forebyggende hjemmebesøk i kommunen et tilbud om råd og veiledning til eldre som ikke har tjenester eller som har begrensede tjenester fra kommunen. Det er en del av det helhetlige forebyggende arbeidet rettet mot eldre i kommunen.

Årlige spørsmål om organisering

5-3-1 Har kommunen / bydelen et tilbud om forebyggende hjemmebesøk?

☐ Ja ☐ Nei

5-3-2 Har kommunen / bydelen et samarbeid med andre kommuner om forebyggende hjemmebesøk?

☐ Ja ☐ Nei

Så foreslår Helsedirektoratet at det med jevne mellomrom, f. eks. hvert 4 år legges inn utvidede spørsmål. Følgende spørsmål foreslås da:

5-3-3 Hvilke aldersgrupper er tilbudet rette mot?

- ☐ 65 år +
- ☐ 70 år +
- ☐ 75 år +
- ☐ 80 +
- ☐ Annet – sett inn alder: _____

5-3-4 Hvor mange fikk tilbud om hjemmebesøk?

- ☐ Antall _____

5-3-5 Hvor mange hjemmebesøk ble gjennomført?

- ☐ Antall _____

5-3-6 Hvor mange gjennomførte hjemmebesøk resulterte i tildeling av tjenester?

- ☐ Antall _____

Under arbeidsgruppens drøfting av forslaget ble det stilt spørsmål ved om dette var en lovpålagt oppgave som det var viktig å samle informasjon om. Det ble påpekt at det er viktig at ikke den totale spørsmålsmengden i skjema 1 eser ut, men at noe helst bør gå ut om noe nytt skal komme inn. Spørsmål om legevaksordningen har tidligere vært nevnt som kuttkandidat. Det var enighet om at det er få indikatorer når det gjelder forebygging, men det ble stilt spørsmål om det var fornuftig å innhente opplysninger om hjemmebesøk via KOSTRA. Det er heller ingen løsning med flere omfattende undersøkelser via fylkesmennene hvert år. Hdir mente det kunne være greit å ta inn opplysningene i skjemaet i noen år mens hjemmebesøktjenesten bygges opp, for helsemyndighetene har behov for mer informasjon. Det ble stilt spørsmål ved om det ville være noen effekt av å be om opplysningene, og at ja /nei- spørsmålsformen sa lite om innholdet i tjenesten. Andre tjenester som dagaktivitetstilbud mente noen var viktigere, og dette vil bli lovpålagt fra 2020.

Vedtak: Hdir tar med innspillene tilbake, og kommer eventuelt tilbake med et revidert forslag senere. Her bør det også foreslås spørsmål som kan ta ut, slik at skjemaet ikke eser ut.

Sak 2.3 Justering av spørsmål helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Dokumentasjon:

Notat fra Helsedirektoratet 24.3.2017: Innmelding av saker til arbeidsgruppemøte 20.-21. april 2017, punkt 4.

Trond Ekorndrud, SSB, innledet. Sett i lys av den nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon som ble lansert februar 2017, ønsker Helsedirektoratet endringer i skjema 1. Skolehelsetjenestedelen lanseres til sommeren, og innspill i KOSTRA-skjemaet knyttet til skolehelsetjenesten vil evt. foreslås til neste år.

Under 4-1 Organisering av jordmortjenesten

Helsedirektoratets forslag til ny overskrift: Svangerskaps- og barselomsorgstjenester i kommunen

Forslag til nytt spørsmål:

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

Svar: ja/nei.

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

Under diskusjonen i arbeidsgruppen ble det påpekt at forslaget til endring av overskriften er i tråd med ordlyden i retningslinjer. Alle syntes ny overskrift var akseptabel. Vedrørende spørsmålet om vold ble det hevdet at dette ikke var lovpålagt å spørre om, men bare sto i retningslinjer. Det ble spurt om nytteverdien av å ta dette inn på skjema 1 - gir det god styringsinformasjon? Om svaret fra en kommune er nei på spørsmålet, vet man ikke om det er én gravid eller de fleste gravide som ikke har blitt spurt. Det er fare for at de fleste kommuner uansett vil svare ja, og det er vanskelig å føre tilsyn med spørsmålet. Ordlyden i spørsmålet er dessuten til å misforstå. Det ble nevnt at det kommer et nytt KOSTRA-skjema om vold i nære relasjoner, men en tror ikke det er aktuelt å hente ut opplysninger fra helsestasjon der. I Helsekort for gravide blir ikke voldsopplysninger registrert for å unngå å utsette kvinnen for fare. Det ble påpekt at å gjøre en egen kartlegging om gravide og vold, vil medføre stor rapporteringsbyrde. Det er stor interesse for å vite mer om vold, og et nytt lovforslag er på trappene. Hdir ønsker å få opplysninger om vold inn i journalsystemet til helsestasjonene, og vil gjerne inkludere det i KPR på sikt.

Vedtak:

- a) *Helsedirektoratets forslag om ny overskrift på punkt 4-1 i KOSTRA-skjema 1 tas inn fra og med 2017-årgangen.*
- b) *Opplysninger om gravides erfaringer med vold skal heller vurderes å inngå i KPR.*

Endringsforslag under 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet har her foreslått å ta inn følgende nye spørsmål:

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

Hdirs begrunnelse: Tidlig hjemmebesøk er en sterk anbefaling i nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (IS-2057). Dette er forelagt HOD i ny revidert forskrift nr. 450 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Tiltaket er viktig for å tydeliggjøre forskjellen på hjemmebesøk av jordmor som primært er et barselsbesøk til mor og hjemmebesøk av helsesøster som er den første kontakten helsesøster har med familien.

Forslag til ny formulering under 4-2:

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

Hdirs begrunnelse: Dette er et lovpålagt hjemmebesøk i forskrift nr. 450 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten, og inngår også i den nye retningslinjen.

Det ble sagt på møtet at hjemmebesøk er første start for helsesøster med kontakt med barnet og familien, mens jordmor skal følge opp mor etter fødselen. Om bare en av dem kommer på hjemmebesøk, får man ikke gitt faglig forsvarlig tilbud til både mor og barn. Helse- og omsorgsdepartementet viste til at forskrift for helsestasjoner skal revideres før sommerferien. Det vil da kanskje komme mer spesifikke krav til fagperson på hjemmebesøk og mindre spesifikt mht. tidspunkt etter fødselen. Det ble nevnt at i små kommuner kan noen ganger annet helsepersonell, som fastlegen, komme på hjemmebesøk i stedet. I noen kommuner jobber jordmødre kun i en liten stillingsandel, f. eks. en dag i uken. Kan da bli vanskelig å komme på hjemmebesøk innen 1-2 dager. SSB viste til at tilbakemeldinger fra kommunene tyder på at det for noen er litt uklart om jordmorbesøk også skal telles med, slik spørsmålet er formulert i dag. Det blir tydeligere hva man ber om når det blir to spørsmål. Noen var litt skeptiske til å ha med siste ledd i det endrede spørsmålet: *«som første konsultasjon i helsestasjon 0-5 år».*

Vedtak: *Det var enighet om at det er fornuftig å presisere spørsmålsstillingen vedrørende første hjemmebesøk til nyfødte, siden noen er usikre på om det kun er besøk av helsesøstre som skal rapporteres her. Videre er det også ønskelig å ha et eget spørsmål om hjemmebesøk utført av jordmor, da dette tilbudet retter seg mer mot nybakte mødre. Siden det skal komme en ny forskrift om helsestasjoner før sommeren, avventes ordlyden derfra. Helsedirektoratet og HOD legger frem et nytt forslag for arbeidsgruppen innen 15.9.*

Videre foreslo Helsedirektoratet følgende endring under 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

- ii. Fra: «Antall fullførte 2-3-årskontroller» til:
«Antall fullførte 2 årskontroller med helsesøster og lege på helsestasjon»

Hdirs begrunnelse: Konsultasjonen skal ved to års alder være både hos helsesøster og lege for å sikre et faglig forsvarlig tilbud, og er i tråd med de nasjonal faglige retningslinjene. Flere steder har kun tilbud om enten helsesøster eller lege ved konsultasjonen.

En fullført konsultasjon skal være gjennomført av både lege og helsesøster for å gi et helhetlig og faglig forsvarlig tilbud i tråd med de nasjonal faglige retningslinjene.

Ved drøftelse av forslaget i arbeidsgruppen ble det vist til at noen helsestasjoner ikke har tilknyttet lege, men benytter barnets fastlege. Hdir fremholdt at målet er at legen kommer til helsestasjonen for å få til tverrfaglighet. SSB opplyste at noen få kommuner teller to undersøkelser når lege og helsesøster utfører hver sin. En kan da få «dekningsgrad» på over 100 prosent sett ift. antall barn i aldersgruppen. Det bør antakelig heller stå «antall barn som har fullført» i stedet for «antall fullførte kontroller». Vi kan risikere et tidsseriebrudd om vi endrer spørsmålet, slik at ny indikator må lages. En tredeling av spørsmålet ble også foreslått, kontroller med: bare lege, bare helsesøster eller begge yrkesgrupper. Hdir ønsket spørsmålet slik de nå foreslår, siden det er i tråd med retningslinjene.

Det var diskusjon om hvorvidt bare lovpålagte tjenester skal med i KOSTRA. Flere viste til at det var viktig å følge kvaliteten på tjenestene, og en retningslinje er også grunnlag for kvalitetsindikatorer. KOSTRA er ikke ment å være et tilsynsorgan.

Det har vært noe uklarhet om kontroller av hvilke barn som skal telles med slik spørsmålet nå står: er det kun de mellom 2 og 3 år, er det inklusive alle treåringer og kan barn på nesten 2 år telles med? Det ble her understreket at de som har gjennomført det som nå betegnes som en 2-årskontroll, skal telles. Det ble opplyst at det inkluderte 3-åringer som har gjennomført 2-årskontroll, og det bør presiseres i veileder.

Vedtak: Punkt 4-2 endres fra:

«Antall fullførte 2-3-årskontroller»

til:

«Antall fullførte 2 årskontroller med helsesøster og lege på helsestasjon» tas inn i KOSTRA-skjema 1 for 2017.

Helsedirektoratets endringsforslag under 4-4 Samarbeid med andre aktører:

Hdir foreslår å endre kolonne to fra; «Har helsestasjons- og skolehelsetjenesten etablert rutinemessig forpliktende samarbeid () med spesialisthelsetjenesten (2. linje) som:»

til

«Har helsestasjons- og skolehelsetjenesten etablert rutinemessig forpliktende samarbeid (med formelle avtaler, regler og rutiner) med:»

Videre foreslår Hdir å endre disse:

- Habiliteringsteam
- Barne- og ungdomspsykiatiske avdelinger
- Andre sykehusavdelinger
- Annet
- Hvis andre sykehusavdelinger/annet, vennligst spesifiser

Til:

- Ansvarlig for kommunenes folkehelsearbeid
- Barnehage (samarbeid med helsestasjon)
- Skole (samarbeid med skolehelsetjenesten)
- Kommunelegen

- Fastlegen
- Psykolog og kommunenes øvrige psykiske helsetjeneste
- Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP)
- Barnevern
- Tannhelsetjenesten
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Nav

Hdirs begrunnelse: De aktuelle samarbeidspartene som er beskrevet i nasjonal faglig retningslinje er disse vi foreslår her. Faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten er mest relevant når det gjelder BUP som derfor kan slås sammen med de andre kommunale aktørene.

Kommentarene i arbeidsgruppen sprikte litt. Noen mente at de nåværende kategoriene ikke er oppdaterte, de er både for generelle og noe savnes. I det nye forslaget ble det også påpekt mangler. Spesialisthelsetjenesten hadde falt ut av Hdirs forslag ved en glipp. Det var ønske om å beholde «Annet» for å fange opp tjenester som ikke sto i listen. Noen stilte spørsmål ved hva nytten var ved å ha så detaljerte svaralternativer. Arbeidsgruppen på feltet for KPR hadde påpekt at det var for lite samarbeid. Man trengte å vite mer, siden samarbeid gir en indikasjon på kvalitet. Et eksempel er skolehelsetjenesten. Noen steder er det ikke samarbeid mellom skoler og helsetjenesten i tilstrekkelig grad.

Det ble stilt spørsmål ved hva som skal til for at det er et rutinemessig forpliktende samarbeid. Hvem har ansvaret for å få avtalen på plass? Dessuten er kommunelegen en overordnet, ikke en vanlig samarbeidspartner. Det var noe skepsis til å inkludere de kommuneinterne forholdene. Tannhelsetjenesten vil antakelig bli en kommunal tjeneste snart. Det ble hevdet at forslaget var for lite gjennomtenkt; Det hadde ikke vært gjennom høringsrunde som kunne bidratt til kvalitetssikring. Det ble uttrykt skepsis til å ta kommunale samarbeidsforhold inn i KOSTRA. Flere ønsket å beholde 4-4 slik det er nå, så får en se an hva som skjer i forskrifter fremover.

Vedtak: Vi lar foreløpig punkt 4-4 om samarbeid med andre aktører være slik det står i dagens skjema 1.

Sak 2.4 Helsestasjon for ungdom

Dokumentasjon: Sakspapir

Spørsmålet om åpningstid ved helsestasjon for ungdom (HFU) har gitt rom for flere tolkninger og dermed usikker kvalitet på svarene. Tidligere har kommunene blitt bedt om at ved flere helsestasjoner for ungdom i kommunen, skal de føre opp gjennomsnittlig åpningstid. Saken var også oppe på arbeidsgruppemøtet i fjor høst, og det ble ytret ønske om endring av spørsmålet. Det eneste noenlunde sikre man kunne få ut av tallene, er hvor mange kommuner som har dette tilbudet til ungdommer. Det ble dermed vedtatt at SSB skulle samle inn, men ikke publisere nøkkeltall basert på svarene for 2016. I 2016-skjemaet har SSB forsøkt å be om at antallet helsestasjoner for ungdom føres opp i merknadsfeltet:

Åpningstid ved helsestasjon for ungdom	
Ved flere helsestasjoner for ungdom:	
- før opp gjennomsnittlig antall timer i uken ved stasjonene under "Antall timer i uken"	
- vennligst oppgi antall helsestasjoner for ungdom i kommunen i merknadsfeltet under punkt 4-4	
Antall dager i uken	
Antall timer i uken	

Hadde denne presiseringen noen effekt? Hva er det egentlig vi ønsker å si noe om: tilgjengelighet ved at det er åpent mange dager/timer, antall åpningstimer totalt ift. innbyggere i alderen 13-20 år, om kommunen har et slikt tilbud (ja/nei) eller noe annet? Dessuten kan flere ansatte, som f. eks. helsesøster og psykolog, være tilgjengelige for ungdommen i åpningstiden i større kommuner (uten at det synes i timetallene).

Kom fram i møtet:

Merete Thonstad, SSB, innledet:

Tall SSB har sett på for tidligere år angir indikerer at kommunene fører opplysninger om helsestasjon ulikt. Det så bl.a. ut til å være misforståelser om hvorvidt *åpningstid* var timer totalt, eller gjennomsnitt per dag eller uke. Kvaliteten ser tilsynelatende noe bedre ut for 2016, men det er fortsatt noen feil, f.eks. HFU-er med timer oppført, men ingen dager. Videre kan registrerings av timer være ulik: i en kommune med rundt 5 000 innbyggere er det f.eks. oppgitt HFU med åpningstid på 37,5 timer i uka, noe som kanskje kan forklares av at HFU er samlokalisert med helsestasjon, og derfor i praksis åpen samtidig.

Det er ellers kanskje ikke tilstrekkelig å måle tilgjengelighet for ungdommene bare ved åpningstid. Enkelte HFU-er har flere ansatte/yrkesgrupper til stede, og noen kommuner har store geografiske avstander, mens andre har fleksible løsninger og «åpen dør for ungdom» i vanlig kontortid. Tre kommuner skriver at de har flere enn én HFU. Åtte kommuner opplyser at de ikke har egen HFU, men ungdommene deres kan benytte HFU i en annen kommune. Det sistnevnte gjelder antakeligvis for enda flere kommuner, siden mange går på videregående skole i en nabokommune og kan benytte HFU der. Foreløpige tall for 2016 viste at gjennomsnittlig åpningstid for HFU for alle kommuner om bare de med åpningstid > 0 inkluderes, blir 3,82 timer i uken. Det var om lag 100 kommuner som i 2016 oppga 0 timers HFU-tilbud for sine ungdommer i egen eller annen kommune. Alle bydeler i Oslo har HFU.

En gjennomgang av merknadsfeltet under rapporteringen for HFU i KOSTRA-skjema 1 viser blant annet:

- HFU drifter studenthelsetjenesten ved universitetet og har derfor ekstra ressurser til å ha åpnet flere dager i uka. Det er gode rutiner for hvordan ressursene fordeles og brukes på ungdom 13-24 år og studentene.
- Helsestasjon for ungdom 3 timer med helsesøster og 2 timer med lege
- Ordinær HFU med Drop-in har åpent to dager/uke. I tillegg er det oppfølging av ungdom på ruskontrakter og HFU -psykisk helse som har konsultasjoner med ungdom etter avtale. Lege tilsted 10% stilling.
- Vi har en helsestasjon for ungdom og i tillegg en helsestasjon for kjønn og seksualitet som er byomfattende (tidligere LHBT)
- Kommunen har ikke egen helsestasjon for ungdom, men ukentlig trefftid på begge kommunale skoler og videregående skole. I tillegg kan man møte på helsestasjon etter avtale.
- Åpningstid - helsestasjon for ungdom. Helsesøster er tilgjengelig for ungdom i si 100% stilling, i realiteten kvar dag. En dag i uken på skole
- Helsestasjonen er åpen for henvendelser/avtaler med ungdom alle ukedager.
- Vi tilbyr åpen-dør på alle 6 skoler i stedet for helsestasjon for ungdom.
- Helsestasjon for ungdom organisert etter behov og har ikke fast åpningstid.
- Helsestasjon for ungdom er i form av "åpen dør". Da kommer ungdommen. Erfaring med faste dager og tider er at ingen møtte opp, selv om flere steder for tilbudet ble prøvd. Bl.a. på ungdomsklubben.

På spørsmål om spørsmålene om HFU skal stå, endres eller fjernes i skjemaet, skisserte SSB fire mulige løsninger:

1. Spørsmålene om helsestasjon for ungdom kan stå slik de er nå, eventuelt presiseres noe for å få mer entydige svar.
2. Spørsmålene kan tas ut av skjema 1 slik de nå står, og heller erstattes med et ja /nei-spørsmål om hvorvidt kommunen har helsestasjon for ungdom. (Eller om ungdommene i kommunen har tilbud om HFU, slik at man får med de som kan benytte tilbudet i nabokommunen.)
3. Alternativt kan HFU-spørsmålene droppes helt i det årlige skjemaet, og bare være med i eventuelle kartlegginger med noen års mellomrom.

4. Opplysninger om HFU kan vurderes videre i sammenheng med de øvrige spørsmålene om årsverk mv. ved helsestasjoner. Om en kommune har årsverk på HFU, gir det svar på om kommunen har tilbudet og sier noe om «volumet» på tjenesten.

Arbeidsgruppa var enige om at spørsmålene som blir stilt i skjema 1 i dag ikke gir nyttig styringsinformasjon utover om en kommune har tilbudet eller ikke. De sier ikke noe om omfanget av tjenesten og egner seg dårlig til sammenligning på tvers av kommuner. Det var enighet om å erstatte dagens spørsmål med to spørsmål som fanger opp om kommunen har etablert tilbudet og om de har etablert tilbudet i samarbeid med andre kommuner. Det var også enighet om å se svarene i disse spørsmålene i sammenheng med den utvidete rapporteringen på årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jf. sak 2.1.

Vedtak: Arbeidsgruppa var enige om å fjerne dagens spørsmål i KOSTRA skjema 1 og erstatte de med følgende to spørsmål:

1. Har kommunen/bydelen helsestasjon for ungdom (Ja/Nei)
2. Har kommunen/bydelen et samarbeid med andre kommuner/bydeler om helsestasjon for ungdom (Ja/Nei)

Sak 2.5 Behov for tannhelsetjenester

Etter anmodning fra Helsedirektoratet ble følgende nye spørsmål for helsestasjoner tatt inn i skjema 1, punkt 4-4, for 2016-rapporteringen:

«Antall 2-åringer som har behov for vurdering og eventuelt behandling i tannhelsetjenesten pga. orale forhold.» Det har vært ønske om å få inn et slikt spørsmål om tannhelse for 2-åringer i en årrekke. Det har imidlertid vært tvil om kommunene ville klare å besvare spørsmålet. Helsedirektoratet opplyste i fjor om at alle fagsystemer for helsestasjoner nå er tilrettelagt for å svare på spørsmålet. Tilbakemeldinger SSB har fått fra kommunene tyder på at ikke alle er i stand til å hente denne opplysningen ut fra fagsystemet sitt. Resultatene fra den foreløpige 2016-rapporteringen underbygger dette. En gjennomgang av kommunenes svar viser at ca. 120 kommuner har rapportert tall uten merknader, vel 250 kommuner har rapportert 0 og 50 kommuner melder om at de ikke registrerer disse tallene. På landsbasis viser foreløpige tall for 2016-rapporteringen at 654 2-åringer hadde behov for vurdering og eventuelt behandling hos tannhelsetjenesten. Tallene viser samtidig store forskjeller på fylkes- og kommunenivå. For ASSS-kommunene er det f.eks. bare Oslo kommune (to bydeler) som har rapportert inn (usikre) tall. Det er med andre ord altfor dårlig kvalitet på tallene til at SSB vil publisere disse.

Eksempler på tilbakemeldinger fra kommunene er blant annet:

- Det foreligger ikke tall på barn henvist tannhelsetjeneste, da dette ikke er systematisk registrert. Det antas at antall barn er svært lavt, mindre enn 5.
- Vi har ingen registrering i våre fagsystemer på 2 åringer med behov for vurdering og evt. behandling i tannhelsetjenesten.
- Antall 2-åringer som har behov for vurdering og eventuelt behandling i tannhelsetjenesten" har ikke vært registrert av helsesøstertjenesten, men er innhentet fra tannpleier.
- Antall 2-åringer er et anslag, da dette ikke telles i helsestasjon eller tannhelsetjeneste.
- 4.4 rapport tannhelse: Usikkert - antall estimert ut i fra hukommelse da verken tannhelsetjeneste/helsestasjon har sikre data. Tilfeller av henvendelse pr tlf. til tannhelsetjeneste/anbefaling til foreldre.
- Vi har ikke statistikk i CGM WinMed på antall 2 åringer vi har anbefalt tannhelsetjeneste pga. orale forhold.
- Føres ingen statistikk på 2-åringer og tannhelsetjenesten. Ved spørsmål om orale forhold i konsultasjoner, bes foresatte ta direkte kontakt med tannhelsetjenesten, evt. de får hjelp til å kontakte dem.
- Vi kan per i dag ikke ta ut data som viser antall 2 åringer som har behov for vurdering og behandling i tannhelsetjenesten. Dette vil være mulig når vi tar i bruk helseprofiler i vårt datasystem. Aktuelle barn blir henvist fortløpende.

- Alle to-åringer i kommunen blir innkalt til tannhelsetjenesten for samtale og eventuelt undersøkelse.

På bakgrunn av 2016-rapporteringen og tilbakemeldingene fra kommuner foreslår SSB at spørsmålet om behov for tannhelsetjenester for 2-åringer ikke tas med i KOSTRA-skjema 1 for 2017. Årsaken er at dataene foreløpig er mangelfulle og usikre. Når alle kommuner har tatt i bruk fagsystemer som har tilrettelagt for de aktuelle opplysningene og kommunene faktisk registrerer disse, kan det vurderes å ta inn spørsmålet i KOSTRA på nytt. Det var enighet i arbeidsgruppen om å støtte forslaget til vedtak.

Vedtak: Spørsmålet om behov for tannhelsetjenester for 2-åringer fjernes i KOSTRA-skjema 1 for 2017.

Når alle kommuner har tatt i bruk fagsystemer som har tilrettelagt for de aktuelle opplysningene og kommunene faktisk registrerer disse, kan det vurderes å ta inn spørsmålet i KOSTRA på nytt.

Sak 3. Frisklivssentraler

Dokumentasjon:

Notat fra Helsedirektoratet 24.3.2017: Innmelding av saker til arbeidsgruppemøte 20.-21. april 2017, punkt 2.

I skjema 1 stilles det årlig spørsmål om kommunen har frisklivssentral og om de i så fall samarbeider med andre kommuner. Det ble gjennomført en kartlegging av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 for 2016 (med omtrent samme spørsmål som i den for 2013). Helsedirektoratet ønsker en utvidelse av de årlige spørsmålene til også å omfatte punkt 5-2-4 fra 2016-kartleggingen:

Ressurser ved frisklivssentralen	
5-2-4. Ansatteressurser ved frisklivssentralen. Antall timeverk. Antall timer per uke.	
	Klinisk ernæringsfysiolog
	Bachelor ernæring
	Fysioterapeut
	Psykolog
	Sykepleier
	Lege
	Ergoterapeut
	Pedagog
	Andre
Hvis "Andre", spesifiser:	
	Antall timeverk i alt:

- SSB mener det ikke vil gi særlig merverdi å inkludere årlig rapportering på timeverk ved frisklivssentralene i KOSTRA-skjema 1
- 2013-kartleggingen viste at det var 191 årsverk totalt ved frisklivssentralene (0,9 årsverk per kommune som har frisklivssentral). Det utgjorde bare 0,1 prosent av de totale årsverkene innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- 2016-kartleggingen (foreløpige tall) viser en økning fra 2013, men det er fremdeles snakk om så få årsverk at SSB mener at kartlegginger med jevne mellomrom vil gi tilstrekkelig med informasjon.

Arbeidsgruppen ble etter kort diskusjon enige om at oppgavebyrden ved å ta inn disse detaljerte spørsmålene, ikke sto i forhold til nytten av informasjonen. Årsverkene som her skal fordeles utgjør dessuten en svært liten andel av årsverkene innen kommunehelsetjenesten. Det ble ytret ønske om å undersøke hvor stor andel årsverkene ved frisklivssentraler utgjør av årsverk fra register på funksjon f 233: Annet forebyggende helsearbeid. Hvis denne andelen var høy, kunne man kanskje lage en beregning av yrke/utdanning basert på register? Det ble påpekt at f233 var en «sekkepost» hvor mye forskjellig inngikk.

Vedtak: De foreslåtte, årlige tilleggsspørsmålene om ansatteressurser ved frisklivssentraler tas ikke inn i skjema 1.

Sak 4. Kommunale Akutte Døgnplasser (KAD) – timeverk leger og fysioterapeuter

Utgifter til KAD skal i regnskapene føres på funksjon 256. Det kom derfor opp spørsmål under årets rapportering om hvor avtalte timeverk til KAD skulle føres i hhv. lege- og fysioterapeutmatrisene for timeverk i skjema 1, siden f256 ikke er et alternativ her:

	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Næringsdrivende leger med fastlegeavtale						
Kommunalt ansatte leger						
Turnusleger						
Leger uten avtale						
I alt						

Tilbakemeldinger fra kommunene tydet på at noen førte disse timeverkene på f241 eller f253, mens andre vurderte å ikke ta med KAD-timene (deriblant Oslo). For å unngå et brudd i tidsseriene her, valgte SSB å kontakte ASSS om saken. ASSS henstilte så til sine 10 kommuner om å inkludere KAD-timeverkene under f241 eller 253 i matrisen, og heller oppgi antall timer til KAD i merknadsfeltet.

SSB fremmet forslag om å ta inn en egen kolonne for KAD i timeverksmatrisen, i hvert fall for leger. De største kommunene har en del fysioterapeuter ansatt på KAD, så det ble ytret ønske om at det også for dem ble en egen kolonne for f256.

Vedtak: En ny kolonne for f256 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold settes inn i timeverksmatrisen for leger og fysioterapeuter) i skjema 1 for 2017.

Omsorgstjenester

Sak 5. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Dokumentasjon:

- Sakspapir til møtet
- Notat fra Helsedirektoratet 24.3.2017: Innmelding av saker til arbeidsgruppemøte 20.-21. april 2017, punkt 5.
- Spørreskjema fra Helsedirektoratet: Aktivitet i kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud siste år
- Følgebrev fra Helsedirektoratet 31.1.2017: Rapportering på kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp
- Ppt-presentasjon ØHD-SSB.pptx

SSB v/ Dag Abrahamsen orienterte. Utgangspunktet for tjenesten er samhandlingsreformen fra 2008. Kommunene mottok øremerkede tilskudd t.o.m. 2015 for å opprette ØHD-plasser for somatiske pasienter. F.o.m. 1.1.2016 skal alle kommuner ha tilbudet. F.o.m. 1.1.2017 inkluderer det også tilbud for psykisk/rus-pasienter. Det finnes en egen KOSTRA-funksjon (f256) som fanger opp utgiftene knyttet til tjenesten. ØHD-plasser skal ikke inngå i sykehjemsplasser. Foreløpige tall for 2016 viser at kommunene totalt hadde i underkant av 700 millioner knyttet til denne tjenesten. Det er kun 258 kommuner som står oppført med utgifter på funksjon 256 i 2016.

Det råder en viss begrepsforvirring knyttet til denne tjenesten. Det er to betegnelser som blir brukt om hverandre. Dette er Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) og Kommunale akutte døgnenheter(KAD). SSB lurte på hva som er den rette betegnelsen. I KOSTRA funksjon 256 blir Øyeblikkelig hjelp døgnopphold brukt siden dette er i

tråd med ordlyden i helse- og omsorgsloven. Har praksis endret seg siden denne funksjonen ble introdusert i 2012? Bergen kommune forsto det slik at Øyeblikkelig hjelp døgnopphold er navnet på tjenesten, mens Kommunal akutt døgnenhet ofte er navnet virksomheten i kommunene. Således må en virkelig passe på når spørsmål utformes på området. For sikkerhets skyld ble helsemyndighetene bedt om å kvalitetssikre denne forståelsen og endelig spørsmålsforming.

Da spørsmålene om ØHD plasser ble foreslått innhentet via skjema 4 (under punkt 7-1 og 7-2), var det med utgangspunkt i at opplysninger om ØHD skulle samles inn via KOSTRA. I ettertid har HOD pålagt Helsedirektoratet å samle inn ytterligere informasjon om ØHD. Dette har medført en viss dobbeltrapportering fra kommunene. Det legges opp til at Helsedirektoratet vil gjennomføre tilsvarende kartlegging rundt ØHD også for neste år.

Resultater fra den foreløpige 2016-rapporteringen i skjema 4 viser blant annet at langt færre kommuner oppgir døgn enn plasser. Det kan skyldes at det er merarbeid for kommunene å rapportere dette. De rapporterte tallene viser ellers at 153 kommuner oppgir at de kjøper plasser fra andre kommuner. I tillegg rapporterer mange kommuner alle plassene i et samarbeid som kjøpt til egen kommune, noe som åpenbart er feil og fører til dobbeltrapportering i skjema. Svarene i punkt 7-1 og 7-2 i skjema samsvarer bra. Det er kun avvik i 8 kommuner. Hovedårsaken til dette er trolig at det ikke er mulig å legge inn desimaltall på beliggenhet i punkt 7.2.

Med utgangspunkt i dette hadde SSB foreslått at spørsmål om døgn under punkt 7 kuttet i skjema 4 f.o.m. neste års rapportering. Spørsmål knyttet til kjøp/salg over kommunegrense eller fra helseforetak opprettholdes. Bakgrunnen for kuttene i skjema er at Helsedirektoratet fortsetter sin detaljerte særtrapportering på området i alle fall for 2017-rapporteringen hvor til dels de samme spørsmålene som i skjema 4 inngår. Arbeidsgruppens mandat er tydelig på at man skal unngå slik dobbeltrapportering. Det var enighet i arbeidsgruppa om å kutte ut spørsmålet om døgn i skjema 4.

I utgangspunktet hadde SSB foreslått å beholde de øvrige spørsmål om ØHD-plasser i skjema 4. SSB kunne imidlertid konstatere at det var temmelig bra samsvar mellom ØHD-plasser i institusjon i skjema 4 og skjema 5. Langt de fleste plassene – 580 eller rundt 90 prosent av totalt 700 ØHD-plasser - inngikk dessuten i institusjon. Her må en spørre om disse på institusjonsnivå for å unngå at de telles med i sykehjemsplasser. Videre ble det påvist langt større usikkerhet i de få plassene som ikke var lokalisert til institusjon. Konklusjonen i arbeidsgruppen var derfor at alle spørsmål i skjema 4 vedr. ØHD tas ut, dvs. hele punkt 7. Ved behov kan ev. enkelte spørsmål tas inn om noen år.

Når det gjelder skjema 5, ble det ellers foreslått at ø-hjelpsplasser ikke inngikk verken i sykehjemsplasser eller rom (ettersom det ofte kan være mange plasser per rom).

Vedtak:

- *Helsedirektoratet kvalitetssikrer korrekt betegnelse for ØHD (tjeneste) og KAD (virksomhet).*
- *Alle spørsmål knyttet til ø-hjelpsplasser under punkt 7 fjernes i skjema 4 f.o.m. neste års rapportering.*
- *Spørsmål om ø-hjelpsplasser i skjema 5, inkludert salg over kommunegrense eller kjøp fra helseforetak opprettholdes.*
- *I skjema 5 presiseres det at spørsmål om rom under punkt 3 ikke skal inkludere ø-hjelpsplasser.*

Sak 6. Heldøgns tjenester

Dokumentasjon:

- Notat fra Helse- og Omsorgsdepartementet/KS om utdyping av heldøgnsbegrepet til bruk i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning datert mars 2017: «Heldøgns». <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/notat-om-begrepet-heldogns-helse--og-omsorgstjenester/id2546112/>
- Sakspapir sendt ut i forkant av møtet

Kjersti Sandem i HOD innledet om innholdet i notatet som HOD og KS har utarbeidet om heldøgnsbegrepet til bruk i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning. I notatet er det lagt opp til en todelt definisjon av begrepet:

- For det første knyttes «heldøgns»-begrepet til tjenestetilbudet uavhengig av om tjenestemottakeren bor i sykehjem, omsorgsbolig eller eget hjem. Det er brukers behov og tildeling av tjeneste som avgjør. Både hjemmetjeneste, dagaktivitetstilbud og aktiv overvåkningsteknologi kan sikre «heldøgns tjeneste».
- For det andre vurderes boligbehovet for seg, og eventuelle krav til boligens egnethet og utforming som arena for omfattende tjenesteyting.

SSB sa at den nye definisjonen gjør at dagens registreringer i KOSTRA og IPLOS ikke lenger fanger opp heldøgnsbegrepet i tilstrekkelig grad. KS sa at de ønsker en definisjon som skal gjøre det mulig å kartlegge tilbudet ute i kommunene. KS ser for seg at dette kan være en overbygging som kan føre til litt økt rapportering, men det mente de at det var verdt.

Når det gjelder KOSTRA, foreslo SSB at spørsmål 6 i KOSTRA skjema 4 om beboere i samlokaliserte boliger tas ut. I stedet foreslås det å spørre om plasser i bolig tilrettelagt for heldøgns tjeneste. Arbeidsgruppa var enige i at det nåværende spørsmålet i skjemaet ikke lenger er relevant med den nye definisjonen på plass. HOD var samtidig skeptisk til å fjerne spørsmålet og sitte igjen uten noe informasjon. SSB påpekte samtidig at spørsmålet, om det opprettholdes, ikke lenger er uttømmende for heldøgnsbegrepet slik det nå defineres.

Når det gjelder IPLOS, inkluderer dagens registreringer tildeling av hhv. omsorgsbolig og «annen bolig». Hver av disse blir fordelt på heldøgns bemanning, deler av døgnet og uten bemanning. SSB foreslo at arbeidsgruppa vurderer om det i framtiden skal registreres behov/tildelt heldøgns tjeneste og aktiv overvåkningsteknologi. Både Helsedirektoratet og SSB sa det var viktig at det ble gjort nøye vurderinger om hva man ønsket å måle knyttet til heldøgns tjeneste før man inkluderte noe i IPLOS. Det ble for øvrig understreket at prosessen med å få inn nye registreringer i IPLOS ikke er gjort i en håndvending.

Når det gjelder videre arbeid ble deltakerne enige om at SSB kaller inn til et eget møte med Helsedirektoratet og KS og eventuelt andre relevante aktører for å diskutere veien videre for arbeidet med å få etablert nye registreringer/rapporteringer innenfor området. Dette kan f.eks. gjøres ved å gjenopplive arbeidsutvalget som ble nedsatt høsten 2016, men som har vært sovende i påvente av omforent forståelse av heldøgnsbegrepet mellom HOD og KS. SSB påpekte samtidig at de mener at Helsedirektoratet bør lede det videre arbeidet.

Vedtak: SSB kaller inn til et eget møte med Helsedirektoratet og KS og eventuelt andre relevante aktører før sommeren for å diskutere veien videre og ansvarsfordeling for arbeidet med å få etablert nye registreringer/rapporteringer knyttet til heldøgnsbegrepet.

Sak 7. Avlastning

Dokumentasjon:

- Sakspapir sendt ut i forkant av møtet

Avlastning kan gis som tjeneste både i institusjon og utenfor institusjon. Hva som egentlig er forskjellen mellom «i institusjon» og «utenfor institusjon», hva tjenesten skal inneholde, og ikke minst avgrensning til andre tjenester, er svært uklart.

Dette medfører ikke bare usikkerhet i tallene for avlastning, men også at noen kommuner registrerer avlastning der andre kommuner registrerer andre tjenester. Dermed blir også øvrige tall usikre. Løsningen i statistikkproduksjon har i noen tilfeller vært å utelate avlastning når en ser på større deler av tjenestetilbudet. For mindre kommuner som ikke har så mange institusjonsplasser, vil avlastningsplasser kunne gi ganske store utslag på nøkkeltallene som viser «Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass». En mellomstor kommune påpeker at 14 avlastningsplasser utgjorde 19 millioner i 2016.

IPLOS-tallene for avlastning i institusjon er så usikre at de i flere indikatorer er trukket ut, f.eks. i «Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon, konsern». Dermed ser tallene mer tilforlatelig ut for flere kommuner, men de med store utgifter til avlastning vil ha for store tall.

Vedtak: Det ble ikke fattet vedtak i denne saken.

Sak 7.1 Avlastning i bofelleskap

Er avlastning i bofelleskap «avlastning i institusjon» eller «avlastning utenfor institusjon»? Ofte gis IPLOS-tjeneste «avlastning i institusjon» i bolig og utgiftsføres som institusjon f253), men slikt tilbud skal ikke/er ikke naturlig å skille ut med eget organisasjonsnummer (færre enn 5 fast ansatte/integrert i øvrig tjeneste).

SSB stilte spørsmål om det kunne være aktuelt å ta inn spørsmål om avlastningsplasser i bofellesskap i skjema 4. Helsedirektoratet mente at avlastningsplasser bør ses i sammenheng med heldøgns tjenestetilbud i IPLOS, jamfør sak 5.

Vedtak: Det ble ikke fattet vedtak i denne saken.

Sak 7.2 Rullerende opphold

Rullerende opphold er en ekstra utfordring i IPLOS – her er det ikke gjort analyser av bruk, men det ser ut til å være svært få kommuner som registrerer rullerende opphold. En kan også stille spørsmålet om rullering også burde ha vært tilgjengelig å registrere på avlastning utenfor institusjon». Og kanskje for andre tjenester?

Vedtak: Ingen vedtakssak

Oppsummert avlastning:

Vedtak:

håndtering av statistikk tilknyttet avlastning følges opp videre på møte om heldøgns tjenester

Sak 8. Trygghetsplasser

Flere kommuner melder om behov for egne registreringer av trygghetsplasser. Det er særlig fordi disse er et frivillig tilbud, der bruker selv kan komme og gå etter behov, og ikke skal telles med bl.a. sykehjemsplasser. SSB stilte videre spørsmål om trygghetsplasser ev. skal legges inn skjema 5 (for hver institusjon) eller skjema 4 (sum).

SSB påpeker imidlertid at trygghetsplasser – som ofte gjelder mange plasser på få rom - kan påvirke andelen enerom. Rom tilknyttet trygghetsplasser (i likhet med ØHD) foreslås derfor trukket ut når en teller andel enerom. I så fall må det gjøres en presisering i punkt 3 i KOSTRA 5 om rom på institusjon, og det er viktig at trygghetsplasser – i likhet med ØHD-plasser – ikke inkluderes i romtallet.

Oslo kommune mente på sin side at trygghetsplasser utgjorde en viktig del av kommunens plasser på sykehjem og ønsket ikke å fjerne disse fra sykehjemstallene.

Vedtak:

- A. SSB følger opp og undersøker med de kommunene som har oppgitt trygghetsplasser i merknadsfelt og hva som ligger i rapporteringene deres innen utgangen av september:
 - regner kommunen disse som sykehjemsplasser?
 - lavterskeltilbud eller vedtaksbasert?
 - omtrentlige kostander per plass
 - antall beboere på rom som brukes til trygghetsplasser
- B. Resultater fra SSBs undersøkelse om trygghetsplasser følges opp av utvalg som vurderer heldøgnsstilbudet.

Sak 9. KOSTRA skjema 4 –boligplasser

Nye spørsmål som skal inkluderes i skjema 4?

- antall boliger tilrettelagt for heldøgns pleie (se sak 6)?
- antall trygghetsplasser (se sak 8)?
- antall avlastningsplasser (i og utenfor institusjon/ i bolig) (se sak 7 og 7.1)?
- antall ØHD-plasser (se sak 5)?

Konklusjon: Ser på hele boligbegrepet i lys av heldøgnsnotatet.

Vedtak:

Sak 10. Lavterskeltilbud psykisk helse og rus

I undersøkelsen av dagaktivitetstilbud som SSB gjennomførte høsten 2015, kom det fram at mange kommuner ønsket å formidle at de hadde lavterskeltilbud som ikke ble registrert i IPLOS eller på annen måte. For enkelte målgrupper kan det være mer hensiktsmessig med lavterskeltilbud framfor tjenester som krever vedtak. Dette gjelder særlig for målgruppen(e) personer med psykiske lidelser og personer med rusproblemer, men kan kanskje være aktuelt også for andre målgrupper. Helsedirektoratets IS-24/8-rapport for 2016 peker på at noen kommuner er opptatt av muligheten for å tilby lavterskeltilbud

(<https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/download/?pubId=SINTEF+A27975>)

SSB stilte spørsmålet om det skal inkluderes et enkelt ja/nei-spørsmål – ev. gjennomsnittlig besøk per dag - for lavterskeltilbud for målgruppen(e) personer med psykiske lidelser og personer med rusproblemer i skjema 4, punkt 4.

Selv om de aller fleste kommunene nå rapporterer årsverk samlet for både psykisk helsearbeid og rusarbeid til Helsedirektoratets årlige IS-24/8-undersøkelse, tyder kommunenes kommentarer på at det kan være hensiktsmessig å spørre om hver målgruppe for seg.

Helsedirektoratet framholdt at dette også ble behandlet i arbeidsgruppa for KOSTRA psykisk helsearbeid og rusarbeid. Samtidig kunne det være aktuelt bare å spørre om personer med psykiske lidelser, mens personer med rusarbeid inkluderes i skjema for sosialtjenesten som har ansvaret for KOSTRA-funksjon 243. Arbeidsgruppen ble enig om at saken må følges videre opp i arbeidsgruppen for psykisk helsearbeid og rusarbeid – og ev. arbeidsgruppe for sosialtjenester - før det tas stilling til om det skal inkluderes nye spørsmål i skjema 4. Det er viktig at denne arbeidsgruppen definerer hva som menes med et «lavterskeltilbud».

Vedtak: *Innføring av ev. lavterskeltilbud for personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer følges videre opp i arbeidsgruppa for psykisk helsearbeid og rusarbeid før det tas stilling til om spørsmål om lavterskeltilbud tas inn i KOSTRA-skjema 4.*

Sak 11. Kommunebarometeret

Dokumentasjon: sakspapir

Kommunal Rapport har spilt inn følgende som mulige indikatorer for sitt «Kommunebarometer»:

Siden Helsedirektoratet publiserer disse statistikkene, oppfordres SSB til å publisere dem også i KOSTRA, ettersom data da raskere ville bli tilgjengelig og brukt:

- Andel vedtak om hjemmetjenester som iverksettes innen 15 dager
- Andel vedtak om sykehjemsplass som iverksettes innen 15 dager
- Andel vedtak om sykehjemsplass som iverksettes etter mer enn 1 måned
- Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i arbeid og studier
- Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter

Hvilke erfaringer har Helsedirektoratet med disse tallene?

Arbeidsgruppen bes ta standpunkt til om dette er så viktige og kvalitetsmessig gode tall at de bør publiseres allerede i 2018.

Kom fram i møtet:

Dag Abrahamsen, SSB, innledet.

(En fant det hensiktsmessig å kjøre sak 11 om kommunebarometeret rett før sak 15 om hva KOSTRAs rolle skal være.)

Kommentarer til:

- *Andel vedtak om hjemmetjenester som iverksettes innen 15 dager*
- *Andel vedtak om sykehjemsplass som iverksettes innen 15 dager*
- *Andel vedtak om sykehjemsplass som iverksettes etter mer enn 1 måned*

SSB påpekte at dette dreier seg om tall levert fra SSB til Helsedirektoratets kvalitetsstatistikk, <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer/eksisterende-nasjonale-kvalitetsindikatorer#kommunale-helse--og-omsorgstjenester>

Fire tjenester er lagt til grunn for beregning av iverksettingstid. Store utfordringer med beregning. Viktig å påpeke at dette gjelder iverksettingstid, og ikke ventetid fra søknad til mottatt tjeneste. Søknadsdato er ikke med, kun dato fra vedtak til iverksetting. Utgangspunktet burde være søknadsdato, men her har kvaliteten foreløpig vært for dårlig. Beregninger gjennomføres kun innen samme år. En ser mye feilregistreringer.

KS: Må komme tydelig fram at dette er iverksettingstid og ikke ventetid. Vanskelig å forklare for politikere. Viktig å få opp kvalitet på data fra søknadstidspunkt. Prinsipielt burde de fleste data som rapporteres inn publiseres. Dersom publisering kan bidra til bedre datakvalitet, bør det publiseres. Men hvis det er tvil om hva man teller, er det en grunn til å la være. Uansett: Gjør brukerne av statistikken oppmerksom på hva variabelen inneholder og si noe om svakheter med målingen.

Hdir: Understreker at i «Andel vedtak om hjemmetjenester som iverksettes innen 15 dager» inngår også negativ iverksettingstid, dvs. at tjeneste er mottatt FØR vedtak. Også forskjellig mellom kommunene hvordan søknadsprosessen foregår, ulike prosedyrer.

Datosetting bidrar til at man skal kunne få forløpstall. Fra møter med kommunene har Helsedirektoratet erfaring med at mange kommuner har fått seg en aha-opplevelse. Dermed kan man nøste i hvor feilkildene er.

Oslo kommune: registreringen er viktig. Bydelen har et krav til seg om at de skal ha 14 dager på hhv søknad og iverksetting. Men resultatet av dette er det ikke alltid man kan tolke fornuftig, fordi andre ting kan skje som gjør at tiden før iverksettelse forlenges (for eksempel sykehusopphold).

Kommentarer til:

- *Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i arbeid og studier*
- *Andel med funksjonshemninger som får bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter*

Hdir/SSB: indikatorer om andel funksjonshemninger er seg nok mer et ønske om indikatorer enn allerede eksisterende indikatorer.

KS: forstår ikke alle indikatorene, for eksempel hva ligger i «andel med funksjonshemninger»?

Vedtak:

Det jobbes videre med å få på plass indikatorer for reell ventetid. Inntil da vurderes det som tilstrekkelig at iverksettingstid kun publiseres på Helsedirektoratets kvalitetssider. For indikatorene knyttet til andel med funksjonshemninger må det gjøres et utredningsarbeid, som forutsetter større interesse også fra andre aktører enn kun Kommunal Rapport.

Sak 12. Samdata

Dokumentasjon: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>

- presentasjon fra møtet (vedlagt i utkast tilsendt møtedeltakerne)

Kom fram i møtet:

Helsedirektoratet fant det hensiktsmessig å orientere om KPR (sak 13) før Samdata.

Linda Haugan, Helsedirektoratet, orienterte og demonstrerte den siden som ligger ute. Løsning med kart og figurer. Utallige muligheter for å velge variabler, grupper og sammenhenger.

- Rapport med statistikk om primær- og spesialisthelsetjenesten (tilgjengelig på nett og papir) + nettbasert fremstilling.
- Rapporten sier noe om utviklingen mellom 2010 og 2015, og variasjon mellom kommunene.
- Nytt i rapport: koblinger mellom data (IPLOS, KUHR, NPR, kap. 10)
- Basert på data fra IPLOS, KUHR, KOSTRA (regnskap), NPR
- Data fremstilles i kartvisning, som tall per innbygger, i prosent av landsgjennomsnittet og som prosent endring fra 2010 + absolutte tall
- nettløsning (Dundas - kompatibelt med Microsoft-applikasjoner):
 - Portal for å sammenligne statistikk mellom kommuner – indikatorer
 - enkelt å bruke/implementere
 - avløser tidligere samhandlingsstatistikk

Oslo kommune: ønsker data på bydelsnivå, slik KOSTRA kan tilby.

Vedtak:

Informasjon fra Helsedirektoratet tas til orientering.

Sak 13. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) – status

Dokumentasjon:

- <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>
- presentasjon fra møtet (vedlagt i utkast tilsendt møtedeltakerne)

Kom fram i møtet:

Helsedirektoratet fant det hensiktsmessig å orientere om KPR før Samdata (sak 12).

Øyvind Christensen, Helsedirektoratet, orienterte:

KPR startet opp i 2015, og Stortinget vedtok registeret i 2016 gjennom endring i helseregisterloven. Lovvedtaket forutsetter en forskrift, som skal gi mer detaljerte bestemmelser om registeret. Forskriftsutkast ble sendt på høring desember 2016, men selve forskriften er ennå ikke vedtatt. KPR arbeider videre og regner med at forskriftshjemmel vil foreligge ved årsskiftet 2017/18. Hovedformålet med KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester.. Helsedirektoratet skal levere KPR-1 (KUHR¹ og IPLOS) klar før jul. KUHR data vil bli rapportert daglig, men IPLOS data leveres årlig og første leveranse vil ikke bli før i 2019 (årsdata for 2018).

KPR-2-3-4 vil inneholde data fra flere tjenester, og mer data fra tjenester som rapporterer til KPR 1. Når «en innbygger - en journal» er operativt, er det naturlig at denne blir kilden for KPR (KPR 4). Det jobbes også med sammenstilling av KPR og NPR², slik at en kan undersøke pasientforløp helhetlig. Særlig aktuelt er det å følge pakkeforløp psykisk-rus mellom ulike nivåer i helsetjenestene.

¹ Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjoner

² Norsk PasientRegister

En er usikker på om en vil klare målsetning om en test av innsending av IPLOS-dato fra et utvalg pilotkommuner høsten 2017. En planlegger dobbelrapportering fra kommunene i 2018 – rapportering både til Helsedirektoratet (uttesting) og SSB (normal innrapportering). Det jobbes med en innsyns- og reservasjonsløsning for håndtering av data tilknyttet enkeltindivid på Helsenorge.no. Retningslinjer for utlevering av data i KPR til andre interessenter har foreløpig ikke vært prioritert.

Flere data kan være ønskelig:

- Henvendelser og epikriser
- Data om målinger, f.eks. blodtrykk og blodsukker
- Resepter
- Tannhelse (også private)
- Privatfinansierte primærhelsetjenester
- Drøm (?) «Alle meldinger» som finnes om helse i ett register.

KS: Ønsker seg mye mer inn i KPR, særlig knyttet til omsorgsdata.

IPLOS-rapporten er viktig for spesielt interesserte, men ugjennomtrengelig for de fleste. KS ønsker bedre/enklere presentasjoner på elektronisk form.

Oslo kommune: ønsker seg forløpsstatistikk og bedre tilgang til data utover det KOSTRA kan tilby i dag.

SSB: Viktig at uttesting av IPLOS-innsending til KPR ikke forstyrrer ordinær innsending av offisielle data til SSB, som normalt foregår fra 2. januar ut april.

Vedtak:

Uttesting av IPLOS-innsending til KPR skal ikke foregå samtidig med innsending av offisielle data til SSB. Informasjon fra Helsedirektoratet tas for øvrig til orientering.

Sak 14. KOSTRA modernisering

Dokumentasjon:

Dokumentasjon: sakspapir: regneark med forslag på indikatorer, hovedsakelig utarbeidet av eget arbeidsutvalg våren 2016.

SSB: Retningslinjer for omstrukturering av Statistikkbanktabeller i KOSTRA

Sak 14.1 Flere tall i Statistikkbanken

De øvrige KOSTRA-tall i faktaarkene vil, med noen få unntak, flyttes til Statistikkbanken. Noen indikatorer kan det være aktuelt å beholde uendret, særlig IPLOS-tall pga. sensitivitetsutfordringer, mens andre kan det være mer hensiktsmessig å generere fra nye grunnlagsdatatabeller. I motsetning til nå, anbefales det mindre, mer temaorienterte grunnlagstabeller enn dagens mastodoner, f.eks. omsorgstabell www.ssb.no/tabell/07790 med 159 grunnlagstall.

Sak 14.2 Nye tall

Under omleggingen ut 2018 må inkludering av nye tall i størst mulig grad begrenses, og særskilt begrunnes.

Sak 14.3 Tall som ikke lenger skal publiseres

I utgangspunktet skal ingen av dagens indikatorer fjernes. De skal bare fordeles annerledes, slik at de antatt mest brukt av allmennheten skal være tilgjengelig på høyeste nivå, mens de mer spesielle indikatorene legges i Statistikkbanken, enten på samme form som før (ferdig sammenstilt indikator), eller som variabler inndelt i kategorier, der bruker selv setter sammen ønsket teller og nevner. Noen få indikatorer og grunnlagstall kan det være aktuelt å ta helt ut. Noen er allerede blinket ut, men SSB antar det vil kunne dukke opp noen flere under flytteprosessen. Det er særlig disse det vil være viktig å diskutere i arbeidsgruppen framover.

Sak 14.4 Særlige IPLOS-utfordringer

Det må vurderes om beregnede indikatorer basert på færre enn 5 personer må prikkes, f.eks. timetall og andel med omfattende bistandsbehov for en viss tjeneste. Dette forutsetter selvfølgelig at grunnlagstall ikke er lagt ut. Videre kan det vurderes flere tabeller kun for større kommuner.

Kom fram på møtet:

Othilde Skjøstad fra SSB gikk igjennom de forestående strukturelle endringene for KOSTRA-publiseringen.

Kommunefakta er todelt, Kommuneprofil, dvs. utvalgte kommunetall er på plass i dag (mest «ikke-KOSTRA»-tall):

<http://www.ssb.no/kommunefakta>

Faktaarkene på

- o [E1. Konsern - Kommunehelse - nøkkeltall](#)
- o [F1. Konsern - Pleie og omsorg - nøkkeltall](#)
- o [Psykisk helsearbeid og rusarbeid - nøkkeltall](#)

skal utgå i 2018, og bli erstattet av «Kommunefakta KOSTRA», samt ekstra tabeller i Statistikkbanken. Kommunefakta KOSTRA skal også være tilgjengelig i Statistikkbanken på samme måte som dagens faktaark er det. I statistikkbanktabellen kan en vurdere å utvide kommunefakta-tabellen noe for å få med etterspurte sammenligningsindikatorer.

- **Enklere**
 - o færre nøkkeltall vises og dermed enklere tabell (resten i banken)
 - o enklere inngang til region og tjenesteområder
- **Kun tall på konsernnivå** (resten finnes i banken)
 - o gir færre tall og enklere visning
- **Lett å sammenligne**
 - o flere årganger for min kommune (tidsserier)
 - o andre kommuner
 - o lage egen kommunegruppe
 - o se gjennomsnitt for fylket og hele landet med og uten Oslo
- **Finne detaljer**
 - o hvordan nøkkeltallet er beregnet
- **Forklaring til hvert nøkkeltall**
 - o klikkbar metainformasjon som gir lett tilgang til beregning og hva som inngår uttrykt i enkle allmenne begreper
- **Laste ned tall for videre bruk** (.csv)

Sak 14.5 Valg av indikatorer til Kommunefakta KOSTRA

Det har til nå vært rundt 100 indikatorer totalt innen KOSTRA kommunehelse og omsorgstjenesten, fordelt på to hovedtabeller (i tillegg til 16 indikatorer i faktaarket for psykisk helsearbeid og rusarbeid). Våren 2016 kom et eget arbeidsutvalg fram til en liste med kun 15 indikatorer for helse-omsorg. Etter en gjennomgang i forkant av møtet, gjorde SSB noen justeringer, og i forslaget som ble sendt ut, var det 18 indikatorer, herav 11 fra omsorg, 5 fra kommunehelse og 2 generelle for hele helse- og omsorgsområdet.

Vil arbeidsgruppen gå for denne, eller bør det gjøres mindre justeringer?

Til generell diskusjon:

For å få færrest mulig tall:

- Slå sammen omsorg og kommunehelsetjeneste for flg. indikatorer:
 - netto driftsutgifter
 - brutto driftsutgifter
 - årsverk

Gruppen sa seg enig i at det var hensiktsmessig å slå sammen områdene kommunehelse og omsorg i ett faktaark, slik at en enkelt kan få oversikt over og se sammenhenger mellom kommunehelsetjeneste og omsorgstjenesten. Det er samtidig viktig at årsverk og utgifter fordelt etter funksjon i størst mulig grad gjelder de samme tjenestene og populasjon.

For å unngå forvirring, mente SSB det i tillegg kunne være hensiktsmessig å begrense seg til kun ett regnskapsbegrep på kommunefaktanivå, og framholdt «brutto driftsutgifter» som det mest allment forståelige. Oslo kommune ønsket på sin side at «netto driftsutgifter» ble brukt, ettersom det var dette var viktigste analyseindikator for kommunene. Ettersom kommunefakta er rettet mot alle brukere, ble en enig i hovedsak å benytte brutto driftsutgifter i kommunedata (men opprettholde «Netto driftsutgifter omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter»), og henvise til egen regnskapstabell for alle regnskapsvariabler. Samtidig framholdt Oslo kommune det som viktig å bruke utgifter per mottaker framfor utgifter per innbygger, siden befolkningssammensetningen varierer sterkt fra kommune til kommune.

Det ble vedtatt å endre rekkefølgen for indikatorene noe, fra generelle indikatorer til de mer sære. Da vil en kunne unngå noe forvirring.

Samtidig var det gjennomgående ønske om at populasjonen skal være mest mulig lik i alle indikatorene, f.eks. unngå å bruke både sykehjem og institusjon. SSB vedgikk at det mest korrekte i de fleste tilfeller her er institusjon, men foreslo å bruke sykehjemsbegrepet når det er mulig, siden det er mest presist og etterspurt.

Det var enighet om ikke å inkludere de «lettere» tjenestene matombrining og trygghetsalarm i indikatorer med hjemmetjenestemottakere.

- Mottakere eller brukere?
SSB stilte spørsmål om en i de kommende tabeller skal bruke betegnelsen «mottakere» eller «brukere» i omsorgstjenesten. Nå er det en blanding. Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet **diskuterer dette internt** og kommer tilbake med svar.
- Prosent framfor pr 1000 innbyggere eller 10 000 innbyggere?
En bør i størst mulig grad bruke samme andelsmålestokk for alle indikatorer. For brukerfrekvens i omsorgstjenesten besluttet gruppen å bruke 100 som nevner, dvs. prosent. Grunnen til at en for lege- og fysioterapitetthet har et så høyt forholdstall som 10 000, er at tallet blir mindre enn 1 om nevner er lavere, slik at det blir vanskeligere å lese. Et forslag var å snu teller og nevner, så at en i stedet for årsverk pr 10 000 innbyggere bruker innbyggere per årsverk.
Gruppen tok ikke endelig stilling her, ettersom de to SSB-medarbeiderne på kommunehelsetjeneste hadde forfall denne dagen.

Diskusjon rundt enkelte indikatorer går i det følgende igjennom, etterfulgt av et sammendrag av alle, der SSB også foreslår endret rekkefølge for indikatorene.

Mottakere av hjemmetjenester per 1000 innb. 67-79 år

SSB: valget 67-79 år er basert på en tanke om når kommunen setter inn disse tjenestene. En kan ikke ha alle aldersgrupper, og det er mer interessant å velge en aldersgruppe der variasjon mellom kommunen antas å være størst, både som følge av prioritering og organisering av tjenestetilbud (f.eks. satsning på sykehjem framfor heldøgnsbemannet bolig). Flere tok imidlertid til orde for å bruke 80+ i stedet for 67-79. Dermed blir indikatoren mer sammenlignbar med tilsvarende institusjonsindikator, og framstillingen blir mer ensartet ved å bruke samme aldersgruppe. Det var enighet om å endre til 80+ i stedet for 67-79 år.

Dessuten ble det påpekt viktigheten av at det tydelig framgår at hjemmetjenestene også har en stor andel yngre brukere.

Kom til etter møtet: Kan det derfor være en idé å ha en indikator «andel brukere av hjemmetjeneste 18-66 år?». Når formålet er å peke på at det ikke bare er eldre som får hjemmetjenester, kan denne indikatoren være lettere å forholde seg til.

Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc:

Det ble stilt spørsmål om dette er en viktig indikator. Er ikke enerom standard nå i våre dager?
Det ble påpekt at det blir stadig høyere krav til størrelse på bad for å kunne sikre forsvarlig omsorg. Mange sykehjem har fremdeles gamle bad som er veldig små og lite hensiktsmessige. Derfor at er «Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc» fremdeles en viktig indikator, mens opprinnelig indikator «Andel plasser i enerom» er mindre interessant, ettersom denne nå er på 95 prosent på landsbasis og 100 prosent i 287 kommuner.

Andel innb. 67-79 med dagaktivitetstilbud

Forslag til ny indikator, ettersom dette er et satsningsområde, spesielt for personer med begynnende demens, der Helsedirektoratet gir tilskudd per plass. Data er tenkt hentet fra IPLOS, og brukere forutsettes derfor å ha enkeltvedtak. Selv om en ikke bruker diagnoseopplysninger i uttrekk fra IPLOS, antas det at demens vil gjelde en stor del av de som får tilbudet i denne aldersgruppen.

Kom fram i møte: Det var enighet om å gå for forslaget slik det ble framlagt.

Ressursinnsats i IPLOS

Oslo kommune påpekte at kommunene har begynt å registrere ressursvedtakstid, som angir hvor mange timer totalt et vedtak innebærer, korrigert for hvor mange timeverk som brukes på tjenesten per uke – antall samtidige ansatte inkluderes. Dette er tall som er interessante å få frem – dette er en bedre indikator enn eksisterende vedtakstid for å se i sammenheng med regnskapstall.

SSB svarte at en må vurdere kvaliteten på denne nye registreringen før en foreslår publisering. Det har bl.a. vært utfordringer i kommunene ved at de ikke har oppgradert fagsystemene sine til nye versjoner som inneholder registrering av nye variabler.

Vedtak:

SSB utarbeider forslag til indikatorer for kommunefakta og øvrige nye tabeller i Statistikkbanken. Dersom noen variabler foreslås fjernet, skal dette markeres spesielt. Siden målgruppen for kommunefakta – KOSTRA er alle brukere av SSB.no, og ikke bare kommuner og forvaltningen, gis SSB myndighet til å bestemme endelig utforming dersom det er uenighet i arbeidsgruppen.

Oppfølging:

I løpet av mai tar SSB sikte på å sende ut høringsforslag til endelig utforming for kommunefakta KOSTRA - inkl. detaljert men folkelig beskrivelse, samt forslag til nye tilleggstabeller i Statistikkbanken - som innspill til samordningsrådsrapporten 30.6.

Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet vurderer om det er noe i veien for å bruke betegnelsen «bruker» framfor «mottaker» i tabellene.

Tidsfrist: 26.6.2017

Kom til etter møtet: SSB trenger noe mer tid her for å få samrådd seg internt og utarbeide beskrivelse – frist endres fra 31.5 til 10.6.

Ansvarlig: SSB

Tidsfrist: 10.6.2017

Sak 15. Spesialiserte og detaljerte innsamlinger og publiseringer: Hva skal KOSTRAs rolle være?

Fra møtet:

Sak 11 om Kommunebarometeret ble utsatt til etter gjennomgangen av KPR og Samdata, og gled naturlig inn i sak 15 om KOSTRA-rollen.

SSB påpekte at det var lite hensiktsmessig om ulike publiseringskanaler viser det samme.

KS kommenterte at KOSTRA er den foretrukne kanal inntil en ser alternative kanaler, for eksempel Samdata. Dette er konkurrerende virksomheter. Formålet med KOSTRA er særlig å være innrapporteringskanal, men en forventer at det som først hentes inn, også publiseres. Fortsatt anser KS KOSTRA som den beste datakilden.

SSB understreket videre at et hovedformål med KOSTRA er å se ting i sammenheng, for eksempel regnskap og tjenstedata, uttrykt i indikatorer som gir grunnlag sammenligne mellom kommuner og ulike typer gruppegjennomsnitt. Det kan likevel bli for mange indikatorer å holde rede på, for mye detaljer, når en også skal prøve å se helheten. Omstruktureringsprosessen som nå er i gang er et forsøk på å rette på det.

KS understreket at KOSTRA er kommunenes viktigste mulighet til å se de ulike funksjonene i sammenheng. Så får andre publisere detaljert på ulike sektorer. Men KOSTRA skiller seg ut som å være unikt for kommunenes synspunkt til å sammenligne seg med andre.

SSB påpekte at det er viktig med gode grensesnitt for å hente ut data automatisk. Men hvor langt skal en gå i tilrettelegging? Er det best med forhåndsdefinerte indikatorer, eller skal en publisere grunnlagstall som heller kan settes sammen av brukerne på egen hånd?

Vedtak:

Diskusjonen tas til orientering

Sak 16. Målgrupper i hjemmetjenesten

Dokumentasjon: Presentasjon fra KS med helt foreløpige tall fra 8 kommuner.

I KS sitt storkommunesamarbeid ASSS har det i lengre tid pågått et prosjekt med sikte på å fordele utgifter til de største målgruppene innen hjemmetjenesten. Hva er status?

Orientering ved KS/ASSS.

Kom fram på møtet:

Martin Fjordholm fra KS orienterte om ASSS-arbeidet. En har fått tall fra 8 kommuner, der utgifter for 2016 til boligbaser (boliger med personalbase) ble fordelt mellom målgruppene personer med utviklingshemming, psykisk lidelser eller eldre – og øvrige hjemmetjenester.

Oslo trenger lenger tid for å legge om regnskapet, og vil etter planen først være klar for ny regnskapsføring i 2018. Kommunene har brukt noe ulike definisjoner og har ulik detaljeringsgrad. Kun én kommune hadde sum for utgifter til hjemmetjenestene som var identisk med tilsvarende KOSTRA-tall. Fjordholm anså avvikene på maksimum 10 prosent av KOSTRA-tallene som mindre alvorlig.

På direkte forespørsel fra KS svarte Tolga kommune at de med sine drøyt 1600 innbyggere ikke helt så behovet, men burde heller ikke ha problemer med å kunne fordele utgifter

Tallene og ikke minst praksis for beregning vil bli diskutert på kommende ASSS-samling 4.5.2017. Her vil en også diskutere om det er mulig også å inndelege ambulante tjenester etter de samme målgruppene.

Vedtak:

Arbeidsgruppen tar orienteringen til orientering

Sak 17. Behov for data om lederkompetanse

Dokumentasjon:

Notat fra Helsedirektoratet 24.3.2017: Innmelding av saker til arbeidsgruppemøte 20.-21. april 2017, punkt 6.

Helsedirektoratet har fått i oppgave å kartlegge ledelse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette arbeidet har startet opp og det jobbes med å avklare/kartlegge dagens datagrunnlag på området. Helsedirektoratet har, og vil ha, møter med både KS og SSB angående dette fortløpende. Vi ønsker at saken settes opp på arbeidsgruppemøtet i april, i første omgang som en orienteringssak. Dersom vi kommer lengre i det pågående kartleggingsarbeidet rundt datagrunnlaget er det mulig at vi vil komme med forslag om spørsmål inn i KOSTRA på dette med lederkompetanse. Saken best da endres fra en orienteringssak til en drøftings/beslutningssak.

Saken ble ikke behandlet på møtet 21.4, men vil ev. bli tatt opp igjen ved behov.

Sak 18. Kontoplan

Dokumentasjon:

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

Sak 18.1 Føring av vertskommunetilskudd HVPU

Inntekter for vertskommuner for personer med utviklingshemming skal føres på f 840 Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd, ikke 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eller f234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Hva er årsaken til det?

Bør i det minste dette speiles i forklaring i f 254?

Uansett medfører ordningen med at tilskudd skal føres på en annen funksjon enn utgiftene at vertskommunene kommer særlig høyt ut når det gjelder utgifter, både på f234 og f254.

Kom fram på møtet:

SSB meddelte at saken er sendt til Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD).

Det ble også stilt spørsmål om ikke vertskommunetilskuddet nå over 20 år etter HVPU-reformen var i ferd med å forsvinne.

Kom fram etter møtet:

Svar fra Charlotte Herje, KMD 3.5.2017:

«Det ble presisert i KOSTRA veilederen for 2016 at vertskommunetilskuddet for personer med psykisk utviklingshemming skal føres på funksjon 840. Bakgrunnen var at ikke alle kommunene rapporterte tilskuddet på funksjon 840, men til forskjellige tjenestefunksjoner der utgiftene påløp. Det førte til at nøkkeltallene ble forskjellige, avhengig av hvor kommunene rapporterte tilskuddet. De fleste kommunene førte tilskuddet på 840. For å sikre ensartet inntektsføring, og ettersom tilskuddet dekker flere funksjoner på utgiftssiden, gikk KOSTRA regnskapsgruppen inn for funksjon 840.»

SSB kommentar:

Slik er dagens f840:

840 Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd

- Statlig rammetilskudd
- Øvrige generelle statstilskudd som ikke skal henføres til tjenestefunksjon
- Funksjonen omfatter også tilskudd fra Sametinget til drift og utvikling av tospråk-fylkeskommune
- Vertskommunetilskudd HVPU
- Positiv og negativ inntektsutjevning (skatteutjevning)

Statlig rammetilskudd føres på art 800, mens andre generelle statstilskudd føres på art 810 (men ikke nødvendigvis på funksjon 840).

Dette ble altså presisert så sent som i fjor. Det kan nok forklare grunnen til at flere kommuner tok kontakt. Vi foreslår derfor tilsvarende presiseringer i de to antatt mest berørte funksjonene 234 og 253:

Forslag til vedtak (godkjennes/justeres pr epost):

234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse

Tjenester til eldre, personer med funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, utviklingshemming mv.:

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

Merk: Eldresentre/dagsentre er aktivitetstilbud der brukerbetaling ikke er hjemlet i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Utgifter til dagopphold på institusjon, dvs. tjenester innvilget ved enkeltvedtak, med betaling/egenandel hjemlet i denne forskriften kapittel 1 om egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon mv. skal føres på funksjon 253.

Ev. vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840 Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd.

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.

Ev. vertskommunetilskudd HVPU skal inntektsføres på funksjon 840 Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd.