



met, eko, guc, dra 15.12.2017

KOSTRA arbeidsgruppemøte helse-omsorg 08.12.2017 – referat

Dagsorden

Sak 1.	Referat/oppfølging arbeidsgruppemøte 20.-21.4.2017	3
Sak 2.	Helsestasjons- og skolehelsetjenester – fordeling av registertall skjema	5
Sak 3.	Nye spørsmål: forebyggende hjemmebesøk.....	7
Sak 4.	Heldøgntilbud/splitting av f254 Hjemmetjenester	10
Sak 4.1	Heldøgntilbud - status 29.11.2017	10
Sak 4.2	Splitting av utgifter på f254 Hjemmetjenester	12
Sak 5.	Ny tabell for IPLOS: enkelttjenester, tjenestegrupper og alder på kommune- /bydelsnivå	13
Sak 6.	Nye beregninger/tabeller for IPLOS: forløpsdata	15
Sak 6.1	Beskrivelse	15
Sak 6.2	Nasjonalregnskapet – helseregnskap.....	16
Sak 6.3	KS/NHO/Virke: beregning av enhetskostnader	17
Sak 7.	Iverksettingstid vs. ventetid.....	18
Sak 8.	Lavterskeltilbud	19
Sak 9.	KOSTRA modernisering/omstrukturering	21
Sak 9.1	Temaområder	22
Sak 9.2	Definisjoner.....	22
Sak 10.	Øvrige forslag til endringer i skjema	23
Sak 10.1	<i>skjema 4 samleskjema</i>	23
Sak 10.1.1	Brukerbetaling.....	23
Sak 10.1.2	Velferdsteknologi.....	23
Sak 10.1.3	Koordinatorer	23
Sak 10.1.4	Frivillighet.....	23
Sak 10.2	<i>KOSTRA-skjema 5: helse- og omsorgsinst.</i>.....	24
Sak 10.2.1	Endre brukertilpasset enkeltrom til universelt utformet?	24
Sak 10.2.2	Samlokalisering/integrerte tjenester	25
Sak 10.2.3	Spesialplasser langtid: ikke mulig å spesifisere "annen", som på korttid ..	25
Sak 10.2.4	Risikotavle	25
Sak 11.	Forslag til nye grunnlagstall / indikatorer	26
Sak 11.1	Vedtatte timer.....	26
Sak 11.2	Forbruk/brukere gjennom året gir grunnlag for nye/erstatte indikatorer.....	26
Sak 11.3	Turnover.....	26
Sak 11.4	Plasser i drift vs. totalt.....	26
Sak 11.5	Andel 80+ som IKKE mottar tjenester.....	26



Tilstede:

Hilde Hatleskog Zeiner, HOD
Ragnhild Røhme Fjærtøft, HOD (sak 1-2)
Anette Kristiansen, HOD
Jens-Kristian Jebsen, KMD
Anne Jensen, KS
Linn Pettersen, NHO (sak 5-6)
Kjetil Brodal Brodal, Tolga kommune (fra kl 10)
Mette Odden Grimeland, Helsedirektoratet
Linda Haugan, Helsedirektoratet
Kristine Hartvedt, Helsedirektoratet (sak 1-4)
Elisabeth Bøe, Oslo kommune
Brynjar Skaar, Bergen kommune
Martin Fjordholm, KS
Jeanette Øynes, SSB (sak 5-6)
Anni S. Fretheim, SSB (sak 5-6)
Fatima Valdes Haugstveit, SSB
Arne Jensen, SSB
Merete Thonstad, SSB
Gunnar Claus, SSB
Trond Ekornrud, SSB
Dag R. Abrahamsen, SSB

Dag Abrahamsen fra SSB ledet møtet, som varte fra kl. 9.30 til 15.

Ved møtestart kunne Hilde Hatleskog Zeiner opplyse at hun fom. neste møte vil bli erstattet av Anette Kristiansen.



Sak 1. Referat/oppfølging arbeidsgruppemøte 20.-21.4.2017

Dokumentasjon:

Endelig referat på <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/kommunehelse-og-omsorgstjeneste>

Oppfølging:

Noen saker ble ikke løst før sommeren, SSB foreslår her:

Sak	Tiltak	Ansvarlig	Forslag 29.11.2017
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 tas ut, slik at skjemaet ikke eser ut.	Helsedirektoratet	Helsedirektoratet ønsker å gjenta opprinnelig forslag på arbeidsgruppemøtet 08.12.2017
5	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold Helsedirektoratet kvalitetssikrer korrekt betegnelse for ØHD (tjeneste) og KAD (virksomhet).	Helsedirektoratet SSB	SSB foreslår å opprettholde betegnelser som til nå.
14	KOSTRA modernisering: a) 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	SSB foreslår å innarbeide «bruker» i nye tabeller og oppdaterer eksisterende etter hvert.
17	Behov for data om lederkompetanse. Rakk ikke å gjennomgå på møtet 21.4. Fremme på ny 8.12.2017?	Helsedirektoratet	Helsedirektorat har ikke gitt beskjed om at en ønsker å ta opp saken.

Fra møtet:

Møteleder gikk ikke nærmere inn på enkeltsakene. Under punkt 9.1 i møtet påpekte imidlertid Helsedirektoratet at de ønsket at betegnelsen «tjenestemottaker» skulle brukes framfor «bruker». I tillegg til argumentene for å benytte «bruker» framfor tjenestemottaker som kom fram på møtet 20.4.2017, supplerte SSB med at det generelle uttrykket i KOSTRA var



«bruker». Det ble etterlyst en begrunnelse for Helsedirektoratets ønske, og denne ble formidlet i ettertid via e-post 11.12.2017:

En bruker er etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav f: «*en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.*» En pasient er i samme lov § 1-3 første ledd bokstav a) definert som «*en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle*». Brukerbegrepet omfatter på denne bakgrunn ikke pasienter. Skillet mellom pasienter og brukere stammer fra skillet mellom den tidligere sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Der mottakere av det som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven er i dag brukere, mens mottakere av kommunale helsetjenester er pasienter. Dersom man ønsker å omtale begge grupper under ett f.eks. personer som mottar tjenester i hjemmet, kan man bruke tjenestemottaker som en fellesbetegnelse. Tjenestemottaker er ikke et definert begrep etter pasient- og brukerrettighetsloven og bør defineres i dokumentet som både pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Man bør derfor benytte de gjeldende begrepene i forhold til de ulike tjenestene, og dersom mottakere av tjenestene skal ses under ett, kan man benytte tjenestemottakere, eventuelt mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppfølging:

Tas opp på neste møte våren 2018.

Fram til da gjør SSB løpende vurderinger under omstrukturering av KOSTRA-tabellene, og kontakter arbeidsgruppen per. e-post ved behov.



Sak 2. Helsestasjons- og skolehelsetjenester – fordeling av registertall skjema

Til orientering:

Nye spørsmål knytt til årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta

Basert på vedtaket frå samordningsrapporten 2017 har SSB inkludert eit spørsmålsbatteri knytt til fordeling av årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta i skjema 1 for 2017-rapporteringa. Spørsmåla er utarbeidd i samråd med Helsedirektoratet og seksjon for metodar i SSB. Eitt av føremåla med rapporteringa er at kommunane og bydelane i Oslo skal fordela allereie innrapporterte tal for helsestasjons- og skulehelsetenesta på dei ulike deltenestene. Det betyr at ein skal fordela årsverk for legar og fysioterapeutar for funksjon 232 rapportert inn i skjemaet i punkt 2-1 og 3-1. I tillegg skal dei fordela dei resterande årsverka i helsestasjons- og skulehelsetenesta rapportert inn til a-ordninga. Kommunane skal også justera for eventuelle kjøp og sal av årsverk.

Under finn de den siste versjonen (per 30.11.2017) av spørsmåla knytt til fordeling av årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta i skjema 1 under punkt 4-5 for 2017-rapporteringa.

4-5. Fordeling av årsverk i Helsestasjons- og skulehelsetenesta (funksjon 232).

Avtalte årsverk for helsestasjons- og skulehelsetenester retta mot kommunen sine egne innbyggjarar skal her fordelast på ulike deltenester.

Kommunen skal fordela summen av avtalte årsverk rapportert i skjema 1 under punkt 2-1 (legar) og punkt 3-1 (fysioterapeutar) for funksjon 232 og avtalte årsverk for resterande stillingar rapportert inn til a-ordninga under næringa skule- og helsestasjonsteneste. Dersom kommunen kjøper helsestasjons- eller skulehelsetenester frå andre kommunar, spesialisthelsetenesta eller private aktørar, skal desse årsverka i tillegg inkluderast i rapporteringa under, medan årsverk selt til andre kommunar skal ekskluderast.

Ifølgje tal frå skjema 1 og tidlegare innsende opplysningar var talet på avtalte årsverk i helsestasjons- og skulehelsetjenesten (funksjon 232) i 2017 følgjande:

Avtalte årsverk legar frå punkt 2-1.

Avtalte årsverk fysioterapeutar fra punkt 3-1.

Avtalte årsverk frå register (a-ordninga)

Tilleggsinformasjon om kjøp og sal av helsestasjons- og skulehelsetenester (funksjon 232)

Har kommunen kjøpt helsestasjons- og skulehelsetenester frå andre kommunar, private eller spesialisthelsetenesta?

☐ Ja ☐ Nei

Viss ja, ver venleg å gi talet på avtalte årsverk som er kjøpt

Har kommunen seld helsestasjons- og skulehelsetenester til andre kommunar?

☐ Ja ☐ Nei

Viss ja, ver venleg å gi talet på avtalte årsverk som er seld

Sum talet på avtalte årsverk i helsestasjons- og skulehelsetenesta (funksjon 232) retta mot kommunen sine innbyggjarar i 2017, blir då:

Ver venleg og fordel kommunen sine avtalte årsverk, korrigert for kjøp og sal:

i Svangerskaps- og barselomsorg/Helsestasjon 0-5 år

i Skulehelsetenesta barneskule

i Skulehelsetenesta ungdomsskule

i Skulehelsetenesta vidaregåande skule

i Helsestasjon for ungdom

Sum fordelte årsverk

Dersom Sum fordelte årsverk avvik frå Sum talet på avtalte årsverk frå berekninga over, ver venleg kommenter her:



Referat fra møtet:

Kommunene i arbeidsgruppa ble spesielt oppfordret til å teste ut de nye spørsmålene og sammenligne mot registertall i KOSTRAs skjemaportal fra 1.12.2017. Problem og spørsmål meldes til SSB omgående! På møtet var det registertall hentet fra A-ordningen 3. uke i november 2016 som automatisk kommer opp i skjema 1. Om mulig så sent i løpet, forsøker en å få inn registertall for høsten 2017.

Merete Thonstad og Trond Ekorud, SSB, orienterte om bakgrunnen for de nye spørsmålene tilknyttet fordeling av årsverk på de ulike tjenestene.

Det ble gjennomført en demo som viste funksjonaliteten ved rapporteringen av tallene i innrapporteringsportalen i KOSTRA.

Helsedirektoratet kunne opplyse at fordelingstallene de selv samlet inn i 2016, alt hadde vært til nytte, bl.a. ved at de viste behov for større satsning på helsetjenester i barneskolen. Helsedirektoratet og HOD mente generelt at så detaljerte tall er nødvendig for faglige styringsformål og oppfølging.

På spørsmål om det var nødvendig å dele årsverk etter barne- og ungdomsskole, svarte Helsedirektoratet at det var ulike anbefalinger til årsverkstetthet på ulike trinn og deltjenester. Helsedirektoratet påpekte at det var viktig at det gikk klart fram av skjema og veileder at årsverk fra ledere som ikke er overordnet og tverrgående, også skal fordeles. HOD støttet dette.

HOD tok videre opp spørsmålet om hvilke år SSB vil presentere tal for årsverk splittet på deltjenester.

SSB understreket at de innrapporterte tallene som kommer inn for 2017-årgangen ikke vil bli publisert i KOSTRA i 2018. Det må gjennomføres en kvalitetsvurdering av tallene og kommentarene som kommer inn fra kommunene og sannsynlig én årgang til før fortsatt innsamling og publisering kan vurderes. Informasjonen kommunene gir i merknadsfeltet blir i så måte viktig, for eksempel om registertallene har stort avvik fra det kommunen mener er reell situasjon. En analyse vil også påpeke behov for endringer og ev. utvidelse med f.eks. 4 års mellomrom.

Tolga kommune advarte mot at det nok kunne være tilfeldigheter som styrte rapportering i små kommuner med bare én helsesøster (< 3000 innb.): behovet for innsats på enkeltområder svinger mye over kort tid. KMD ga uttrykk for at det i budsjettsammenheng ikke var bruk for så detaljerte tall. KS ba om at kvalitet på resultatene for 2017 ble vurdert. De var usikre på om det gir mening med så mye detaljer, spesielt ytterligere utvidet skjema, all den tid kommunene har stor frihet knyttet til hvordan tjenestene skal organiseres. KS forutsetter at skjemaet vurderes av arbeidsgruppa i møtet våren 2018. Flere påpekte dessuten at det er viktig at KOSTRA ikke brukes til tilsynsformål.

På spørsmål opplyste SSB at antall personer involvert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten enkelt kunne tas ut fra registertallene ved behov.

SSB tok under denne saken videre opp noen mindre endringer i skjema 1. Bl.a. var spørsmål om helsestasjon for ungdom (HFU) endret for enklere rapportering. Våren 2018 bør en vurdere om hele HFU-bolken under 4-3 kan erstattes av den nye årsverksfordelingen. Arbeidsgruppen stilte også spørsmål rundt definisjon av HFU. Er f.eks. kun et digitalt tilbud tilstrekkelig for at



kommunen skal kunne rapportere at de har HFU? Det ble ikke konkludert her, men dersom det er store avvik mellom årsverk i HFU som nå blir samlet inn og svar på 4-3, kan oppfølging nettopp avdekke slike forhold. Dersom det er bra samsvar, vil en mulig konklusjon være å droppe punkt 4-3.

Det kom innspill fra flere i arbeidsgruppen om at noe mer utfyllende informasjon burde legges i info-knapper og forklaringsteksten over merknadsfeltet nederst i spørsmålsbatteriet, bl.a. slik at ev. usikkerhet i utfylling kom fram. I tillegg må uttrekkestidspunkt for registertall oppgis i ledetekst.

Oppfølging:

1. SSB følger opp, og ser om det er mulig å justere ledetekst og infoknapper før 1. januar.
2. Svar fra 4-3 sammenstilles med årsverk HFU for å avdekke avvikende forståelser.

Sak 3. Nye spørsmål: forebyggende hjemmebesøk

Dokumentasjon:

[Referat fra møtet 20.4.2017](#), gjengitt her i grått:

Dokumentasjon:

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

Trond Ekornrud, 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 veiledningsmateriell 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 avvikler 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 legevaktsordningen 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. Helsedirektoratet 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: Helsedirektoratet 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.

Kom fram på møtet:

Det ble minnet om viktige vurderinger som bør gjøres i forbindelse med nye spørsmål som skal inkluderes i KOSTRA:

- Er spørsmålet/spørsmålene **relevante** for KOSTRA?
- Er spørsmålet/spørsmålene **egnet** for KOSTRA?
- Er rapportørene (fylkeskommuner, kommuner, bydeler, institusjoner) i stand til å fremskaffe etterspurt informasjon ved hjelp av relativt **enkle midler**?
- Er rapportørene (fylkeskommuner, kommuner, bydeler, institusjoner) i stand til å fremskaffe etterspurt informasjon som ikke er **skjønnsbasert**?
- Er det **andre kilder** til samme eller tilnærmet lik informasjon?
- Er det **andre rapporteringer** på samme område?
- Er spørsmålet/spørsmålene gjort til gjenstand for **uttesting**?
- Er innsamlet informasjon tenkt **anvendt** i en eller annen konkret sammenheng?

Flere i arbeidsgruppen var skeptiske til å inkludere de nye spørsmålene i KOSTRA-skjema 1, både de årlige ja/nei-spørsmålene og den utvidete kartleggingen som var foreslått hvert fjerde år. KS mente at de var usikre på verdien disse tallene ville ha ute i kommunene. Det var ellers skepsis til å be alle kommuner rapportere på noe som tidligere kartlegging har vist at bare om lag 25 prosent av kommunene har. Flere mente det var lite sannsynlig at kommunen hadde god og sammenlignbar statistikk på «ikke-brukere». Det kunne videre være vel så viktig at kommunen informerte om nye tilbud og muligheter, som f.eks. ny teknologi eller informasjon om relevante organisasjoner og møteplasser. Sterk fokus på hjembesøk blir for snevert. Dessuten kan forslaget om utvidet kartlegging bli svært vanskelig å sammenligne mellom kommuner, siden de tilbyr denne tjenesten til ulike aldersgrupper og med ulikt innhold. Noen har kanskje ingen øvre eller nedre aldersgrense, og hvordan kan man da se på tilbud per 1000 innbyggere e.l.?

Oppfølging:

Helsedirektoratet kommer til å ta med seg tilbakemeldingene fra arbeidsgruppen og spørsmålene knyttet til inkludering av nye spørsmål i KOSTRA. Helsedirektoratet vil vurdere et omarbeidet forslag til nye spørsmål til møtet i arbeidsgruppen våren 2018.



Sak 4. Heldøgnsstilbud/splitting av f254 Hjemmetjenester

Sak 4.1 Heldøgnsstilbud - status 29.11.2017

Dokumentasjon:

HOD/KS mars 2017: [Heldøgns](#)

[Referat fra møtet i arbeidsutvalget 4.9.2017](#)

Referat fra møtet:

Helsedirektoratet v/ Mette Grimeland presenterte en foreløpig skisse til framtidig registrering i KPR når det gjelder heldøgns tjenester for å ivareta statistikk om heldøgnsstilbud iht. HOD/KS-notatet "[Heldøgns](#)" fra våren 2017.

Frist for kravspesifikasjon til fagsystemleverandørene i nye KPR er 1.april 2018. Det betyr at det er kort med tid igjen for å få inn eventuelle nye registreringer. Det er samtidig viktig ikke å forhaste seg. En skisse over framtidig registrering av heldøgns tjenester i KPR ble presentert:

Institusjon eller bolig tilrettelagt for heldøgns tjenester			
	Behov	Hva har vi?	Forslag til tilføyelser for å møte behov
BEHOV	1. Hvem mottar heldøgns omsorgstjenester?	Kriterier som må være oppfylt uansett tjeneste: - Faglig forsvarlige tjenester - Trygghet og behov ivaretatt - Rask responstid – tilsvarende institusjon - Tjenester tilgjengelig hele døgnet avhengig av behov individet har	
	2. Hvem står på venteliste?		
IPLoS	3. Hvordan dekkes behovet - hvilke tjenester ytes?	Helse- og omsorgstjenester omfatter tjenester som ytes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4, nr. 5 og nr. 6 og § 3-6 og § 3-8.	Er tilbudet å anse som et heldøgns tilbud? Ja Nei
		Egnet bolig Ja Nei	Oppfyller retten i henhold til kommunale kriterier – satt på venteliste Ja Nei
KOSTRA			To nye bistandsvariable: • Opplevelse av trygghet • Initiativene
			Velferdsteknologi: • T-alarm • Lokaliseringsteknologi • Medisineringsstøtte • Digitaliseringstilsyn
			Annen bolig + omsorgsbolig = bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål
			Fjerne: Bemanning tilknyttet bolig
			Fjerne: Bolig er en del av ordinær boligmasse

Kilde: Helsedirektoratet

Behovet for ny informasjon i KPR når det gjelder heldøgns tjenester er følgende:

- Hvem mottar heldøgns omsorgstjenester
- Hvem står på venteliste
- Hvordan dekkes behovet - hvilke tjenester ytes?

Per i dag finnes det registreringer i IPLoS om personer har egnet bolig til heldøgns tjenester.

Når det gjelder forslag til tilføyelser i registreringen for å møte behovet for heldøgns tjenester, foreslås det foreløpig følgende:

- Er tilbudet å anse som et heldøgns tilbud (ja/nei)
- Oppfyller retten i henhold til kommunale kriterier – satt på venteliste (ja/nei)
- To nye bistandsvariable (basert på [ICE](#), begge er innført i Danmark og Sverige)



- Opplevelse av trygghet
- Initiativevne
- Velferdsteknologi
 - Trygghetsalarm
 - Lokaliseringsteknologi
 - Medisineringsstøtte
 - Digitaliseringstilsyn

Det foreslås å fjerne registreringer knyttet til annen bolig og omsorgsbolig = bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål. Følgende foreslås fjernet:

- Bemanning tilknyttet bolig
- Bolig er en del av ordinær boligmasse

Helsedirektoratet har sendt ut forslaget til gjennomsyn til et utvalg kommuner. Tilbakemeldingene fra kommunene er så langt positive til at dette lar seg registrere. Det er samtidig en jobb som må gjøres når det gjelder avgrensinger og definisjoner vedrørende hva som skal inngå og ikke inngå i et heldøgnsstilbud.

SSB understreket viktigheten av å gjøre tilstrekkelig testing av nye registreringer som skal inngå i KPR. Det er viktig med entydige avgrensinger og definisjoner i begreper dersom dataene skal kunne brukes til offisiell statistikk, være sammenlignbare mellom kommuner og samtidig skal kunne brukes som styringsdata av lokale og sentrale myndigheter. Blant annet stilte SSB spørsmål ved det skjønsmessige og subjektive tilsnittet vurdering av «opplevelse av trygghet» innebærer, særlig siden det her ofte dreier seg om brukere med sterkt nedsatte kommunikasjonssevner som selv ikke er i stand til å gi uttrykk for dette. Samtidig er «opplevelse av trygghet» spesielt viktig for noen brukergrupper, som personer med psykiske lidelser eller rusavhengighet. KS påpekte at det her blir viktig å undersøke erfaringer fra nabolandene.

Ved å fjerne egen registrering av bemanningsgrad i tilknytning til boliger, mente Helsedirektoratet at en i større grad ville kunne tydeliggjøre at det skal være individuell setting av vedtakstimer framfor fordeling av timer etter tilgjengelige personellressurser. En tenker seg videre at med avkrysning av «heldøgnsstilbud», vil en anse alle tjenester som en sammensatt pakke som oppfyller heldøgnsbehovet. Hva som kan inngå, er helt individuelt. Ev. tjenester som ikke er tilknyttet heldøgnsstilbudet vil en ikke kunne identifisere.

Når det gjelder registreringer om teknologi, var flere betenkte om for detaljerte og konkrete registreringer, som på kort tid kunne være utdaterte.

I saksbehandlingen vil det bli et eget vedtak om «heldøgns omsorg». Tilsynsmyndigheten og klageadgang kan derved ivareta forsvarlighetsoppfølging.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å skille de to gruppene: de som kan få et annet tilbud og dem det er akutt for.

KS: Tar høyde for at omsorgstrappen er ulik fra kommune til kommune. Ok som en stor overbygning, som ikke stenger noen muligheter. «OK som en overbygning» betyr ikke at KS anser det som ble presentert for endelig. Det bør arbeides videre med definisjoner. KS ønsker å bli involvert før det konkluderes med heldøgns definisjon i KPR.



Løsningen i KPR må harmonere med KOSTRA. KS minner om at KOSTRA er og bør være autorativ kilde for data om kommunene. Det bør gjøres avklaringer mellom KS, HOD og SSB som oppfølging av arbeidsgruppemøtet.

SSB spurte om det kunne være aktuelt med en tredje kategori i IPLOS; venteliste i tillegg til avslag og innvilget tjeneste?

SSB mener videre det er behov for omfattende analyser av eksisterende data og uttesting før en ev. kan foreslå nye spørsmål i skjema tilknyttet heldøgnsstilbudet. Særlig bør en analysere sammenhengen mellom IPLOS-registrering på heldøgnsbemannet bolig, næring (via orgnr.) på tjenesteytende virksomhet og beboere i heldøgnsbemannet bolig i KOSTRA-skjema 4. Inntil videre foreslås det derfor å beholde spørsmål om beboere i heldøgnsbemannet bolig i skjema 4 uforandret.

Ettersom opprinnelig forslag fra SSB om å vurdere spørsmål om varslings- og lokaliseringsteknologi i KOSTRA-skjema 4 i stor grad ser ut til å kunne bli erstattet av nye IPLOS-registreringer, foreslo SSB å avvente resultater fra IPLOS/KPR-oppdatering.

Oppfølging:

Helsedirektoratet følger opp utarbeiding av ny rapportering i KPR. De vil rådføre seg med fagleverandørene når det gjelder implementering i fagsystemene og kommuner når det gjelder avgrensinger og definisjoner. Det er ønskelig at Helsedirektoratet orienterer om status for arbeidet i arbeidsgruppa underveis og på neste møte våren 2018.

Sak 4.2 Splitting av utgifter på f254 Hjemmetjenester

KS v/ Martin Fjordholm orienterte om status på prosjektet i ASSS-nettverket.

Referat fra møtet:

Saken ble tatt opp etter sak 7.

ASSS-nettverket har fastslått at det går an å splitte på målgrupper. Det er samtidig noen utfordringer, eksempelvis om en bør splitte mellom bosted og ambulante tjenester. Mange tjenester er heller knyttet til målgrupper etter alder eller diagnose. I tillegg bør en vente og se hva arbeidet med KPR og heldøgntjenester vil resultere i. Det kan tenkes at noe av dette vil gi nyttig informasjon knyttet til ulike målgrupper. Arbeidsgruppen for ASSS-nettverket vil utarbeide et notat i løpet av første del 2018, som skal gi status og diskutere fordeling av utgifter på målgrupper og utfordringer knyttet til dette.



Sak 5. Ny tabell for IPLOS: enkelttjenester, tjenestegrupper og alder på kommune-/bydelsnivå

Dokumentasjon:

www.ssb.no/tabell/11645

Tall fra den nye tabellen erstatter mange av IPLOS-tallene i www.ssb.no/tabell/07790, og gir i tillegg mer detaljerte tall på aldersgrupper og ikke minst for hver enkelt tjeneste, alt på kommune-/bydelsnivå. Dette er muliggjort gjennom egenproduserte programvare for konfidensialitet (prikking).

En særlig utfordring oppstår nå pedagogisk: I KOSTRA har en til nå hatt en variabel over antall brukere av hjemmetjenester, i betydning «unike brukere». Denne er beregnet ut fra:

06969: Brukarar av pleie- og omsorgstenester, etter alder og tenestetype (F) (2007 - 2016)

Tabell: 06969: Brukarar av pleie- og omsorgstenester, etter alder og tenestetype (F)

[Logg inn](#)

Rotér tabell	Sorter tabell	Rediger tabell	Vis grafisk	Lagre som
		Vis kode/tekst OK	Kurve OK	Excel OK
Brukarar av pleie- og omsorgstenester, etter region, tenestetype, tid og statistikkvariabel				
		2016		
		Brukarar av pleie- og omsorgstenester		
0 Hele landet				
Tenester i alt		278 017		
Berre praktisk hjelp		35 954		
Berre heimesjukepleie		87 199		
Både praktisk hjelp og heimesjukepleie		62 352		
Tidsavgrensa opphald i institusjon		9 550		
Langtidsopphald i institusjon		33 094		
Andre tenester til heimebuande		49 868		

Her er enkeltområdene gjensidig utelukkende. I den nye tabellen kan samme person være representert på flere tjenester samtidig. En får dermed et bedre mål for volum, f.eks. når en skal sammenstille med årsverk. Tallene i den nye tabellen der det fordeles på hjemmetjenester, gjelder mao. antall enkelttjenester som var aktive per 31.12. Etter hvert vil også tabellene gjennom året (neste sak) utvides med samlekategorien tjenestetype, slik at en får tall som best kan sammenstilles med funksjonsfordelte utgifter gjennom året.

Utfordringen med å telle pr. 31.12 er størst på hjemmetjenesteområdet f254 og f234, med sine mange enkelttjenester som mange brukere har flere av. Institusjonstjenester er per. def. gjensidig utelukkende, slik at vi ikke vil ha samme utfordring: Hver bruker kan bare motta en institusjonstjeneste av gangen¹.

¹ Skulle noen beboere mot formodning være feilaktig registrert med flere institusjonstjenester samtidig, vil kun sist registrerte telles.



En mulighet er å droppe tjenestetyper i den nye tabellen, og heller innføre den i tabellene «gjennom året» (neste sak), der de også vil være mer relevante og pedagogisk enklere å forklare?

Fra møtet:

Fatima Valdes Haugstveit (SSB) holdt innlegg om en ny statistikkbanktabell

www.ssb.no/tabell/11645.

Tallene i tabellen gjelder per 31.12., og kan fordeles på landsnivå, fylke, kommune og bydeler i Oslo. Det er nytt med kommune/bydelsnivå, før var hjemmetjenester kun fordelt på fylkesnivå. Mer detaljerte tall på kommune- og bydelsnivå har vært etterlyst i lang tid. Tidligere tabeller brukte 0-66 år som den yngste aldersgruppen, men er her splittet opp i 0-49 år og 50-66 år. Tabellen inneholder alle typer omsorgstjenester for perioden 2009-2016. Det har vært en del utfordringer pga. prikking/anonymisering. Må anonymisere når det er få (under 5) og sekundærprikke² på nivået over. I motsetning til i tidligere KOSTRA-tabeller, er tallet 0 ikke prikket, siden det ikke er sensitivt. Det er mange kommuner med små tall, men totalene er likevel nesten ikke prikket for store tjenester. Flere kommuner får nå se sine tall for praktisk bistand, og erfaringer fra Sverige viste at det ble mer rapportering når de fikk se tall per kommune. I den nye tabellen er også tjenestegruppingen standardisert, slik at den følger KOSTRAs regnskapsfunksjoner.

En annen tabell fra SSBs statistikkbank: www.ssb.no/tabell/06969 (Brukarar av pleie og omsorgstjenester, etter alder og tenestetype) viser unike tjenestebrukere. Summen av unike tjenestebrukere vil avhenge av hvilke andre hjemmetjenester man inkluderer. Det kom innspill fra møtedeltakerne om at det var nyttig både med statistikk over unike brukere og tildelte timer innen de forskjellige hjemmetjenestene.

Oppfølging:

Siden dette er ny tabell med etterlengtet informasjon, er det viktig at den brukes flittig, og at ev. behov for justeringer meldes til SSB omgående.

Ansvar: Alle

² Fjerning av tall >4, slik at en ikke kan regne seg fram til fjernede tall på grunnlag av summer.



Sak 6. Nye beregninger/tabeller for IPLOS: forløpsdata

Sak 6.1 Beskrivelse

Dokumentasjon:

- [Mer detaljert informasjon om kommunale omsorgstjenester i løpet av året](#)
- [Mest praktisk bistand til «yngre» brukere](#)

Tidligere i høst ble tre tabeller for forløpsdata gjennom året publisert:

11642:	Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetype (K)	(2009 - 2016)
11643:	Forbruk av omsorgstenester i timar i løpet av året, etter alder og tenestetype (K)	(2009 - 2016)
11644:	Forbruk av omsorgstenester i døgn i løpet av året, etter alder og tenestetype (K)	(2009 - 2016)

Dette gir helt nye muligheter for å sammenstille vedtatt tjenestetid mot f.eks. utgifter gjennom året for den enkelte tjenestegruppe.

- antall brukere gjennom året
- timer gjennom året
- døgn gjennom året

fordelt på kommune/bydel, alder og tjeneste.

De nye tabellene stiller langt høyere krav til kvalitet, bl.a. at timevedtak, start- og sluttdato er registrert korrekt.

Timetallene i den nye tabellen gjelder vedtatt tid.

Ikke minst er det her viktig å være oppmerksom på at noen kommuner ikke gir individrettede timevedtak for beboere i bemannede boliger, men i stedet fordeler timer avhengig av tilgjengelig personell tilknyttet boligen.

Det er derfor viktig å skille på ulike begrep for tid:

- Vedtatt tid
- Ansikt-til-ansikt-tid (faktisk tid med brukeren)
- Utført tid (reisetid, administrasjon mm.)
- Ressurstid i IPLOS (ny fom. 2016, tid utført for individrettede tiltak av to eller flere samtidige tjenesteytere)

Fra møtet:

Dag Abrahamsen (SSB) innledet om de nye IPLOS-tabellene med forløpsdata. Samme person kan ha flere tjenester samtidig, og med de nye tabellene kan man telle vedtatte timer for alle de ulike tjenestene gjennom året. Tidligere har man kun sett på unike brukere, men disse har ikke vært så godt egnet til å sammenstille med regnskapstall som disse nye volumtallene. De ulike tidsbegrepene over viser til «vedtatt tid» som kommunen tildeler brukerne per tjeneste. Oslo kommune registrerer ressurstid og utført tid i internt fagsystem. Dette kan brukes til planlegging av arbeid og nøkkeltall til økonomi. Foreløpig er ikke systemene tilrettelagt for andre tidsbegreper. Ingen har foreløpig analysert ressurstid i IPLOS.

Tidligere var det kun tall per 31.12 i KOSTRA/IPLOS-tabellene for omsorg, men det er usikkert hvor representativt det tidspunktet er. De nye tabellene har forløpsdata årlig for antall



brukere, timer og døgn for hvert år tilbake til 2009. Det er ønskelig med tilbakemeldinger fra kommuner og andre på de nye tabellene, og innspill til endringer er velkomment. Det å kunne måle volumet er det viktigste med de nye tabellene. Man kan da også analysere vilkårlige tidsrom, men riktig datosetting i IPLOS blir da svært viktig. Det burde kanskje stilles krav til fagsystem om feilmelding eller hindre for å fylle ut videre med ulogiske eller manglende datoer? Tjenester kan avløse hverandre, og vi har i mange tilfeller sett at kommuner ikke avslutter en tjeneste, men lar den løpe i det uendelige. I IPLOS må man da sette en sluttdato. Hjemmetjenester beregnes i timer og opphold på institusjoner i døgn. Artikkelen henvist til over viser hvordan den ene tjenesten trumfer den andre. Det er viktig med felles forståelse mellom fagsystemleverandører, kommunale tjenesteutøvere og rapportører, sentralt mottaksapparat (Helsedirektoratet/SSB) og sluttbruker.

I forløpstabellene er det geografiske nivået land, fylke og kommune. Etter hvert er planen å innføre KOSTRA-grupper og bydeler her. Alle tabellene har aldersgrupper og enten antall: tjenestebrukere, timeforbruk eller døgn. Foreløpig er ikke de personene i IPLOS som er registrert med antall vedtatte timer = 0 inkludert i SSBs statistikk, men de er med hos Helsedirektoratet, da imputert med gjennomsnittlig tid for landet. Det dreier seg om 17 700 personer som er med i «brukere i alt», men Helsedirektoratet har to tabeller med ulike populasjoner. Når antall timer til hjemmetjenester per kommune blir publisert, regner man med at registreringen av timer vil bedre seg. Flere gjorde oppmerksom på at 0 timer ikke nødvendigvis var feil, spesielt for nyregistrerte og akutttilfeller så en ofte an behovet før timer ble satt.

Oppfølging:

I forbindelse med oppdatert kravspek 1.4.2018, bes fagsystemleverandørene særskilt å legge til rette for best mulig kvalitet på datoregistreringer.

Ansvar: Helsedirektoratet

Sak 6.2 Nasjonalregnskapet – helseregnskap

Dokumentasjon:

<https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2017-03-13>

Muligheter for bruk av de nye tabellene mot helseregnskapet i Nasjonalregnskapet (NR) ble presentert av Jeanette Øynes, SSB.

Helseregnskapet er et såkalt satellittregnskap til NR, der det er laget et mer detaljert regnskap for helsesektoren.

Et sentralt poeng i Nasjonalregnskapet er å få fram i hvilken grad utgiftsøkning skyldes økte priser eller økt volum. Dessuten vil det i mange tilfeller være nødvendig med veiing: hva koster den enkelte deltjeneste på et område?

I Bruttonasjonalproduktet (BNP) vurderes endringer ut fra faste priser. For varer som f. eks. laks, er enhetspris og salgsverdi kjente størrelser, og volumet kan da beregnes. Med omsorgstjenester må man observere volumet direkte, for man har ikke markedspriser å forholde seg til. NR ønsker å forbedre volummålene og ta hensyn til at innholdet i helsetjenester kan endre seg. De ser både på omsorgstjenester som er hjemmebaserte og i institusjon. Per i dag brukes antall plasser i institusjon til beregningene. For hjemmetjenester (f254) ser de på antall brukere. Private tjenestetilbydere er med nå, men NR ønsker her bare å se på sektoren «Kommunal forvaltning» slik det er mulig til en viss grad for institusjonsplasser. SSB kommenterte her at dette var et kjent ønske, som det til nå ikke har vært mulig å prioritere. De private utgjør rundt 8 prosent, og gjelder både kommersielle og ideelle aktører.



NR vil nå bruke de nye forløpsdataene for å måle volum på mer detaljert nivå. De må vekte tjenester mot hverandre, men KOSTRA-funksjoner er ikke detaljerte nok. KS, VIRKE og NHO har laget en nyttig rapport om enhetskostnader (se under 6.3), som NR kan vurdere å benytte. NR har begynte arbeidet med å ta i bruk mer detaljerte data til beregninger i Helseregnskapet. De har bl.a. fjernet de private institusjonene. Deretter så de på splitting av aldershjem og sykehjem. Kostnader per plass i aldershjem utgjorde ca. 60% av kostnadene i sykehjem iht. enhetskostnadsrapporten. Nå bruker de antall beboerdøgn fordelt på korttids-, rehabiliterings- og langtids plass, og det ga litt endring når man tok hensyn til plasstype.

For hjemmebaserte tjenester brukte NR før antall brukere, men ønsker nå å se på antall timer i stedet. Det blir da stort avvik fra tidligere. Det er veksten blant enkelte brukergrupper som slår ut. Organisasjonsnummer kan brukes til å splitte mellom kommunal og privat virksomhet. Splitte mellom praktisk bistand og hjemmesykepleie ga nesten ingen effekt.

Oppfølging:

SSB v/ Nasjonalregnskap jobber videre med de nye tabellene.

Sak 6.3 KS/NHO/Virke: beregning av enhetskostnader

Dokumentasjon: <http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/utvikling/effektiviseringsnettverkene/beregning-av-enhetskostnader-pleie--og-omsorgstjenester---hefte.pdf>

De nye tabellene gir nye muligheter for beregning av enhetskostnader. Linn Pettersen fra NHO har vært med på å lage veilederen, og hun uttrykte stor interesse for de nye tabellene.

Rapporten om enhetskostnader fra KS, NHO og VIRKE ble møtt positivt, og vil være nyttig for flere parter. I SSBs KOSTRA-tall er kjøp fra private mht. institusjon nå 12 prosent, og for hjemmetjenester 8 prosent. Innen kommunehelsetjenestens f241 (diagnose, behandling mv.) er andelen 25 prosent. Samtidig utgjør de private legeårverkene om lag 70 prosent av totalen. En forklaring er at basistilskuddet til fastleger fra staten utgjør mye av legelønningene. I Oslo har 20 prosent av brukerne privat, praktisk bistand.

	2016		Beløp i 1000 kr	
	Brutto driftsutgifter Kommunekonsern	Kommunalt	Kjøp fra andre (private)	Andel privat kjøp av BDU
232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	3 525 416	3 498 779	26 637	0,8
233 Annet forebyggende helsearbeid	1 338 031	1 299 755	38 276	2,9
234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse	5 930 915	5 302 293	628 622	10,6
241 Diagnose, behandling, re-/habilitering	11 896 690	8 720 181	3 176 509	26,7
253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon	43 113 559	37 649 382	5 464 177	12,7
254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	53 685 819	49 183 915	4 501 904	8,4
256 Akutthjelp helse- og omsorgstjenester	697 418	691 579	5 839	0,8
261 Institusjonslokaler	4 701 811	4 544 230	157 581	3,4

Kilde: www.ssb.no/tabell/05065 6.12.2017

KOSTRA-indikatoren «Utgifter pr. bruker av hjemmetjenester pr. 31.12.» vil bli vurdert endret ut fra nye forløpsdata. I denne omgang lages ikke endringer for 2017, men vil se mer på det i 2018.

Oppfølging:



NHO vil vurdere en oppdatering med de nye tabellene som grunnlag, i samarbeid med KS og Virke. Da vil en også vurdere å ta med BPA i neste rapport.
SSB foreslår indikator som kobler timer gjennom året mot utgifter til vårmøtet 2018.

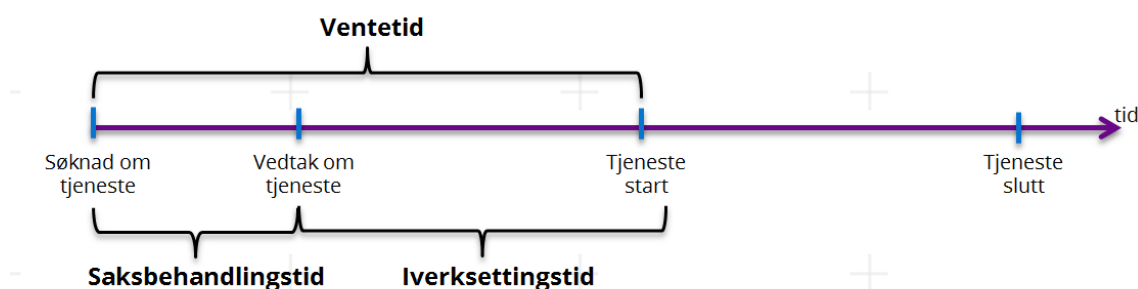
Sak 7. Iverksettingstid vs. ventetid

Dokumentasjon:

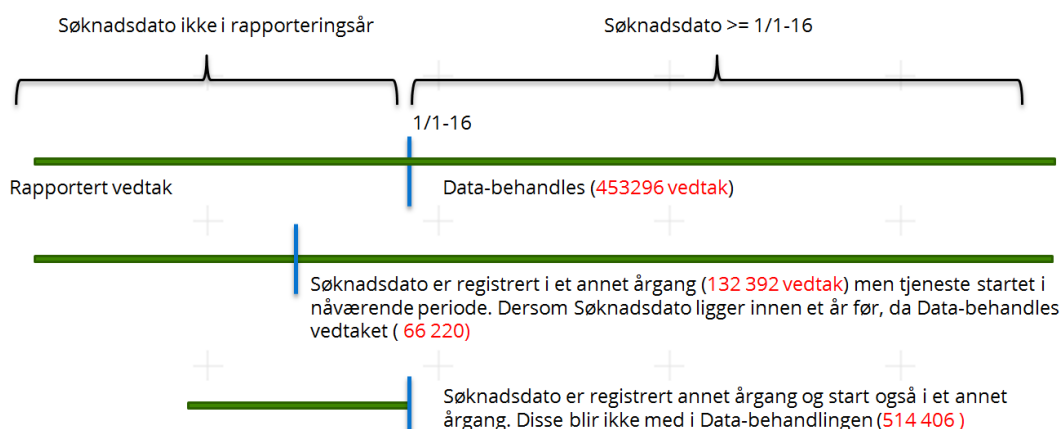
<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-for-primerhelsetjenesten/nokkeltall-primerhelsetjenesten-del-1>

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innbyggerne-i-store-kommuner-venter-lengst-pa-omsorgstjenester>

Til nå har Helsedirektoratet publisert «iverksettingstid» - tiden mellom vedtak og iverksetting, og kalt dette ventetid. Mange vil også kalle tiden fra søknad til iverksetting for ventetid, mens tiden fra søknad til vedtak blir saksbehandlingstid. Det kan argumenteres for flere varianter og definisjoner, og tallene i seg selv vil ofte kunne være farget av den enkelte kommunes praksis for registrering og behandling. For å unngå forvirring, foreslår SSB at en tar sikte på å utarbeide statistikk for alle typer tidsrom, med god og lett tilgjengelig dokumentasjon.



Fatima Valdes Haugstveit redegjorde for hva som er forskjellen mellom ventetid i IPLOS og iverksettingstid. Ventetid er fra søknad om tjenesten er mottatt til tjenestestart. Iverksettingstid er fra vedtaksdato til tjenestestart. Det er mange dilemmaer knyttet til tidsberegninger. I beregningene har en valgt å se kun på årets og fjorårets data, ettersom det var kun 66 000 av 133 000 vedtak året før som startet året etterpå.





Antall observasjoner er 1,2 mill., under 450 000 ligger i 2016. Over 0,5 mill. har hatt vedtak lenger tilbake enn fjoråret. Det ble påpekt at det ofte kan væretolkningsutfordringer: Søknadsbehandling kan være kort om man f. eks. søker hofteskifte, så tar det lang tid før det iverksettes.

Den såkalte «10-dagers regelen» som Helsedirektoratet anbefaler, tilsier at det må gå minst 10 dager fra en tjeneste er avsluttet til samme type tjeneste begynner, for at det ikke skal anses som samme tjeneste.

Det ble stilt spørsmål om det kunne være slik at enkelte fagsystem automatisk satte søknadsdato=vedtaksdato. Uansett har søknadsdato fått bedre kvalitet de senere årene.

Julie Kjelvik i Helsedirektoratet kan kontaktes for spørsmål knyttet til ventetid.

Avhengig av formål, vil både saksbehandlingstid, iverksettingstid og total ventetid være av interesse. En kommer nok uansett ikke unna en del rariteter knyttet til spesielle forhold som gir svært tidlig søknadsdato eller negativ iverksettingstid, dvs. at tjenestestart er datert før både vedtak og søknad. Av den grunn vil det derfor ofte være langt mer hensiktsmessig å operere med antall vedtak inndelt etter lengde, framfor en gjennomsnittstid.

	SUM	Negativ IV-tid	0-15 dager	16-30 dager	31 dager og mer
Tjeneste type					
1-Praktisk bistand - daglige gjøremål	38837	7264	16471	4716	10386

Oppfølging:

Arbeidsgruppen tar presentasjonen til orientering.

Sak 8. Lavterskeltilbud

Dokumentasjon:

- Veileder Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (IS-2076) [«Sammen om mestring»](#)
- [Rundskriv I-4/2017 «Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved «lavterskeltilbud»- særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.»](#)
- Veileder for saksbehandling (IS-2442)
- [Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk](#)

Til enkelte tjenestegrupper kan såkalte lavterskeltilbud være aktuelt. Det har rådet tvil om disse skal registreres. Særlig i IPLOS har dette vært en problemstilling, men også i KOSTRA skjema 1 og 4 kan dette være aktuell problemstilling, f.eks. i forbindelse med frisklivssentraler og dagaktivitet.

Helsedirektoratet har forslått en generell beskrivelse av lavterskeltilbud, og IPLOS-veileder tar sikte på å gjøre noen justeringer her for å klargjøre hva som SKAL registreres ved å gå helt vekk fra «lavterskel»-begrepet.

Bakgrunn

Det har kommet spørsmål fra kommuner om hvordan såkalte «lavterskel»-tilbud skal forståes og hvor og hvordan disse tjenestene/tilbudene skal rapporteres til IPLOS-registeret og til KOSTRA.



I veileder Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (IS-2076) [«Sammen om mestring»](#) skisseres det ulike pasientforløp som har utløst spørsmål om krav til vedtak og rapportering. Krav til rapportering kan ikke knyttes til ulike pasientforløp eller ulike tilbud. Spørsmål om vedtak og innrapportering må derfor avgjøres ut fra den enkeltes pasient/brukers individuelle behov for oppfølging/tiltak/tjenester uavhengig av kommunens organisering av tjenestene.

Det vil si at, uavhengig av forløp og type tilbud (lavterskel), skal retningslinjer, rundskriv og veileder følges.

Kommunene har ansvar for kvalitet, innhold og forsvarlighet i tjenestene. Hvordan tjenestene er organisert skal ikke ha noen betydning for krav til dokumentasjon og rapportering.

Gjeldende retningslinjer og veiledere - krav til dokumentasjon og rapportering:

- «Lavterskeltilbud» er ikke definert i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er en måte å innrette ulike tjenester på med ulike formål.
- [Rundskriv I-4/2017 «Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved «lavterskeltilbud»- særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering.»](#)
 - Her avklares at helsepersonellets dokumentasjonsplikt – og at journalføring også kan gjelde i «lavterskeltilbud».
 - Dokumentasjonsplikten etter helsepersonellovens § 3 tredje ledd gjelder dersom tilbudet anses som helsehjelp uavhengig av type virksomhet. Her fremgår det av bestemmelsen at enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål er helsehjelp dersom handlingen utføres av helsepersonell og er underlagt reglene i helsepersonelloven. (s. 2 avsnitt 4)
- Hvilke tjenester som skal ha enkeltvedtak er nærmere beskrevet i: [Veileder for saksbehandling \(IS-2442\)](#).
- Tjenester som skal rapporteres til IPLOS-registeret er hjemlet i forskrift: [Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk](#)
 - «§ 1-1a. Virkeområde
Denne forskriften regulerer opplysninger om personer som har søkt, mottar og har mottatt helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenester omfatter i denne forskriften tjenester som ytes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 4, nr. 5 og nr. 6 og § 3-6 og § 3-8.»
 - Tjenestene skal rapporteres til IPLOS-registeret uavhengig av alder, diagnose og hvor søker/tjenestemottaker oppholder seg - eller hvilken yrkesgruppe som utøver tjenesten.
- Hvilke KOSTRA funksjoner de ulike tilbudene hører inn under må sees i forhold til gjeldende KOSTRA-veileder. Behov for evt. endringer tas i KOSTRA arbeidsgrupper. Per i dag rapporteres aktivitetsdata om frisklivssentraler til KOSTRA – hvorvidt andre lavterskeltilbud skal rapporteres til KOSTRA vil bli vurdert i arbeidsgruppene fortløpende.



Kom fram på møtet:

Mette Grimeland fra Helsedirektoratet kommenterte de nye fortolkningene de hadde kommet fram til. En vil dessuten oppdatere IPLOS-veilederen ved å fjerne omtale av lavterskeltilbud helt, og i stedet konsentrere seg om hva som SKAL rapporteres. Siden tjenestesammensetning og organisering er veldig ulik i kommunene, er det vanskelig å gi veldig konkrete veiledninger. Kommunene er imidlertid opptatt av å få rapportert sine tilbud, og da er spørsmålene hvordan og hvor det ev. skal gjøres. Poenget med lavterskeltilbud er ofte at bruk ikke skal registreres, og da blir konsekvensen at en i mindre grad har grunnlag for å rapportere.

Oppfølging:

Arbeidsgruppen tar presentasjonen til orientering.

De neste sakene var kun til orientering i denne omgang – en rakk ikke å gjennomgå disse tilstrekkelig. Deltakerne ble oppfordret til å komme med ønsker før møtet om noe var av spesiell interesse og burde diskuteres.

Oppfølging sak 9-11:

Til møtet våren 2018 ønskes også innspill på om de nedenstående saker som ikke ble tatt opp.

Ansvar: Alle

Tidsfrist: 15.2.2018

Sak 9. KOSTRA modernisering/omstrukturering

Dokumentasjon:

[KOSTRA: Arbeidsgrupperapporten \(Notat 2017/29\)](#)

Hovedmålet er å ferdigstille hovedtabellen som ble foreslått i Samordningsrådsrapporten for 2017, [KOSTRA: Arbeidsgrupperapporten \(Notat 2017/29\)](#), s. 112. Ikke helt uventet genererer den store omstruktureringen av KOSTRA-tabellene løpende nye spørsmål og problemstillinger.

Fra møtet:

Dag Abrahamsen, SSB, viser fem eksempler som viser utfordringer knyttet til å legge om indikatorer. «Flytter» indikatorer inn i det nye oppsettet med kommunefakta nå iht. Samordningsrådsrapport, og optimaliserer indikatorer i framtidige publiseringer.



Indikator	Beregning av enhet nå	Spørsmål
Årsverk pr bruker av omsorgstjenester	Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker=hjemmetjenester iht. f254+plasser i inst.	Plasser byttes med beboere pr. 31.12? Pr. 31.12 – unike brukere eller antall aktive tjenester? Alle tjenester eller utvalgte? Korrigere for fravær og brukerrettet?
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester	Brukere 31.12 iht. f254	Pr. 31.12 – unike brukere Def. hjemmetjenester: kun helsetj. i hjemmet + praktisk bistand («klassisk») eller som KOSTRA f254 (inkl. omsorgslønn og avlastning)?
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år	Brukere 31.12 iht. f254	Antall brukere pr. 31.12 eller gjennom året
Utgifter pr. bruker av hjemmetjenester (i kroner)	Delvis ny: fra KBU til BDU. Brukere 31.12 iht. f254	Antall brukere gjennom hele? året? Alle tjenester i KOSTRA f254 legges til grunn.

Sak 9.1 Temaområder

P.t. tenker vi oss en inndeling av alle grunnlagstall og noen indikatorer i flg. områder:

- regnskap
- personell
- brukere
- institusjon
- hjemmetjeneste
- aktivisering
- befolkning (relevante aldersgrupper og kjønn)

Bør ta sikte på en hierarkisk inndeling, slik at de mest etterspurte tallene er lettest tilgjengelig

Sak 9.2 Definisjoner

- hjemmetjenester: forslag: følge regnskapsføring iht. f254 overalt
- rehabilitering utenfor institusjon er ikke nevnt i funksjonsveileder - er det hjemmetjeneste?



Sak 10. Øvrige forslag til endringer i skjema

Sak 10.1 skjema 4 samleskjema

Sak 10.1.1 Brukerbetaling

- i. hvorfor spørre begge år?
- ii. antall brukere som skal betale. Aktuelt for IPLOS?
- iii. Til nå er det kun spurt om brukerbetaling for praktisk bistand. Hva med
 - egenandel
 - dagsenter
 - trygghetsalarm
 - matombringing

Sak 10.1.2 Velferdsteknologi

Innspill fra Anne Gamme på NSHs eldrekonf. 21.-22.9.2017

- Lindåsprosjektet: <http://www.samveis.no/landkart/lindasprosjektet/>
- Bergen kommune: forsøk på 18 beboere: sparer mange besøk og vedtakstimer som følge av elektronisk medisineringsstøtte
<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/smart-omsorg/10578>
- Fredrikstad: Elektronisk nøkkelhåndtering: sparer 8 stillinger, 5-6 mill. i året
- Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Nye spørsmål, særlig tilknyttet teknologi som er med på å sikre heldøgnsstilbud?
<https://helsedirektoratet.no/velferdsteknologi#-rapporter-og-utredninger>

Fra møtet:

se sak 4.1.

Sak 10.1.3 Koordinatorer

- pårørendekontakt: ansvarsfordeling kommune-pårørende
- samhandling
- kreft
- demens
- rehabilitering (i skjema 1 nå)
- psyk-rus

Sak 10.1.4 Frivillighet

- enkeltpersoner
- organisasjoner
- kommunal tilrettelegging
- frivillighetssentraler (i Enhetsreg.)
- b. ernæring
 - spørre når middag serveres på sykehjem?



Sak 10.2 KOSTRA-skjema 5: helse- og omsorgsinst.

Sak 10.2.1 Endre brukertilpasset enkeltrom til universelt utformet?

Fra møtet:

SSB foreslo å endre spørsmål i KOSTRA-skjema 5 punkt 3 fra brukertilpasset til universelt utformet. «Brukertilpasset» er avhengig av aktuell bruker, og kan dermed endre seg over tid. I IPLOS har en registreringen «Bolig er egnet for bruker», som bør være mer relevant. Dessuten ligger det lett en skjønnsmessig forståelse av begrepet. «Universelt utformet» gjelder derimot bygningsmessig utforming, er klart definert i Husbankens tilskuddsregler, og kan knyttes til plass uavhengig av bruker. Det ble kommentert at rom som ikke er universelt utformet, likevel kan være brukertilpasset, f.eks. om det dreier seg om personer med psykiske lidelser. Dermed vil andel universell utformede rom fort bli lavere enn brukertilpassete rom.

Det blir mao. tidsseriebrudd ved slik endring her.

SSB anbefaler likevel overgang her av følgende grunner:

- KOSTRA-skjema 5 bør være ressurs-/bygningsmessig orientert, ikke brukerrelatert.
- IPLOS har egen registrering «Bolig er egnet for bruker»
- «Universelt utformet» er definert i Husbankens tilskuddsregler, i motsetning til «brukertilpasset», som ikke er definert andre steder enn i KOSTRA-skjema 5.

Oppfølging:

De enkelte deltakerne bes om å forhøre seg med sine instanser. Om SSB ikke får innsigelser, foreslås endringen for innsamling i 2019 på vårmøte 2018.

Ansvar: Alle

Tidsfrist: 15.2.2018



Sak 10.2.2 Samlokalisering/integrerte tjenester

Dokumentasjon:

[Hjemmetjenestens målgrupper og organisering \(SSB Rapporter 2016/13\)](#)

Nyttig å kunne vite ved fordeling av årsverk

Fra møtet:

Det var stemning for å se nærmere på dette, ikke minst er best mulig kvalitet på årsverkstallene fordelt etter funksjon viktig når en ønsker å splitte opp f254 Hjemmetjenester.

Etter møtet:

SSB har undersøkt:

I hjemmetjenestekartleggingen fra 2016 viste det seg at kun 439 virksomheter, eller drøyt 15 prosent av de 2 822 virksomhetene som ble undersøkt og var i drift, oppga at de hadde flere næringer. Bare 76 eller 2,7 prosent gjaldt sykehjem eller aldershjem, mens 86 eller 3,2 prosent gjaldt barnebolig eller avlastningsbolig (tab 3.5). Av disse igjen, hadde rundt 75 prosent 6 eller flere ansatte som jobbet integrert (tab 3.6). Optimalt bør virksomhetene – spesielt de største – som synes kun å være samlokaliserte undersøkes for oppsplitting på næring i Enhetsregisteret.

Om graden av integrering viser seg å være like lav for institusjoner, ligger alt til rette for rutinemessig publisering av årsverk etter funksjon.

Oppfølging:

Til vårmøtet 2018 foreslår SSB nye spørsmål i skjema 5 etter mal av hjemmetjenestekartleggingen. I tillegg utarbeider SSB en oversikt over samsvar mellom fordeling av:

- årsverk fordelt etter KOSTRA-funksjon 234, 253, 261 og 254 og brutto driftsutgifter
- kommunale årsverk fordelt etter KOSTRA-funksjon 234, 253, 261 og 254 og lønnskostnader

Sak 10.2.3 Spesialplasser langtid:

ikke mulig å spesifisere "annen", som på korttid

- spesifiser i merknadsfelt nå
- bør vi lage egen "annen"-kategori for langtidsplasser neste år?
- Forutsetter ekstra ressurser/utforming eller personal/kompetanse

Sak 10.2.4 Risikotavle



Sak 11. Forslag til nye grunnlagstall / indikatorer

Sak 11.1 Vedtatte timer

- *antall timer/vedtatte timer per bruker gjennom året*
- *NB! ulikt gjsn timer per bruker 31.12*

Sak 11.2 Forbruk/brukere gjennom året gir grunnlag for nye/erstatte indikatorer

- brukere i alt:
endres fra
«plasser i inst 31.12» + brukere av hjemmetjeneste
til
«beboere i inst» + brukere av hjemmetjeneste
- pr. 31.12 eller gjennom året?
hvor er brukere/tid/opphold gjennom året mest relevant?
 - regnskap

Sak 11.3 Turnover

Dvs. andel brukere som forsvinner i løpet av året

Fra [NSH eldrekonf. 21.-22.9.2017](#):

Eksempel Fredrikstad:

<http://www.nsh.no/getfile.php/3945671.2445.7ti7azmitzpssm/Espen+Storeheier.pdf>, bilde 12

Sak 11.4 Plasser i drift vs. totalt

Plassene finnes jo bygningsmessig, men er ikke reelle (ikke i drift/budsjettet med). Hva skal da brukes?

- vurdere å bruke «plasser i drift» i indikator mot belegg og utgifter, ikke plasser totalt?

Sak 11.5 Andel 80+ som IKKE mottar tjenester