

KOSTRA arbeidsgruppemøte helse-omsorg 27.11.2018 - REFERAT

kl. 9.30-16

Dagsorden

09:45

Sak 0.	Sammendrag/oppfølging.....	3
Sak 1.	Brukerdata i omsorgstjenesten: IPLOS-databehandling: fra SSB til Helsedirektoratet/KPR (Kommunalt Pasient- og brukerRegister).....	5
a)	Innrapportering.....	5
b)	Tilbakemelding til kommunene.....	7
c)	Publisering.....	7
d)	Kommunesammenslåinger.....	7
Sak 2.	Oppfølging av saker fra møtet 19.-20.4.2018	8
a)	Årsverk (sak 7 og 10) – personellregister – mer detaljerte tall	12
b)	Boliger (sak 9.3).....	12
c)	Ny publiseringsløsning i KOSTRA (sak 11.4)	12
Sak 3.	Mer detaljerte tall enn KOSTRAS funksjonskontoplan tilsier	13
a)	KOSTRA-funksjon 232 helsestasjon og skolehelsetjeneste - årsverksfordeling.....	13
b)	KOSTRA-funksjon 254 hjemmetjenester - splitting av regnskapstall	16
Sak 4.	Omsorg: Inndeling av grupper etter IPLOS-tjeneste – definisjon av KOSTRA-funksjoner....	18
a)	Hvordan dele inn tabellene?	18
b)	Plassering av tjenester på KOSTRA-funksjon.....	18
c)	Forskjellen på tjenester og andre vedtak/registreringer	19
d)	Hvordan telle unike brukere når tjenestene grupperes (samme bruker kan ha flere tjenester) 19	
e)	Hvordan finne best mulig brukertall for omfang som kan sammenholdes med regnskapstall	19
f)	((Hverdags-)re-)habilitering – endringer i KOSTRA funksjonskontoplan.....	20
Sak 5.	Videreutvikling IPLOS	21
a)	Heldøgns tjenestetilbud	21
b)	Venteliste.....	21
c)	Omsorgsbolig - med fast tilknyttet personell.....	21
d)	Legemiddelgjennomgang	22
e)	Risiko for underernæring	22
f)	Individuell plan og koordinator	22
g)	Nye funksjonsvariabler.....	22

h)	Velferdsteknologi	22
i)	Rehabilitering	22
j)	Vurdert av tannhelsepersonell	23
Sak 6.	Ny publiseringsløsning i KOSTRA – oppsummering og erfaringer	23
a)	KOSTRA KOMmune-Stat-RApportering.....	23
b)	Bakgrunnen for ny publiseringsløsning	23
c)	Evaluerings av ny publiseringsløsning i KOSTRA	25
d)	Tilbakemelding	25
Sak 7.	Ideelle leverandører av omsorgstjenester	26
Sak 8.	KOSTRA skjema 5: ubenyttede plasser i institusjon	27
Sak 9.	Hyppigere publisering i KOSTRA	29
Sak 10.	Frisklivssentraler i kommunene 2013-2016	30
Sak 11.	St. melding "Leve hele livet" – Brainstorming - hvordan følger opp med statistikk?	32

Sak 0. Sammendrag/oppfølging

Sak	Tiltak	Ansvarlig	Status 19.3.2019
1a	Innrapportering IPLOS/KPR: Helsedirektoratet gir løpende orientering til KS/SSB hvis ting ikke går etter planen, og hva som blir gjort ved slike hendelser.	Helsedirektoratet	God kommunikasjon Helsedir - SSB
2	Personelltall: Fordeling av årsverk etter funksjon/yrke	SSB	Påbegynnes 4. kvartal 2019
2b)	Type virksomhet - næring: Det lages en prosjektskisse for oversikt over type virksomhet knyttet til de ulike næringene og bruk av teknologi i ulike tjenester (med og uten heldøgns avkrysning når den registreringsmuligheten foreligger).	SSB	Ikke påbegynt – avventer ny IPLOS-versjon
2b)	Boliger: Arbeidsgruppen vurderer i lys av endringer i registrering av heldøgnsstilbud i IPLOS om det er aktuelt å gjøre endringer i innsamling tilknyttet boliger til omsorgsformål, f.eks. spørre om plasser i stedet for beboere, og ev. en gjentakelse av innsamling av data om hjemmetjenester på virksomhets-/adressenivå (jf. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering).	Alle i arbeidsgruppen kommer med innspill	Egen sak på møtet 1.-2.4.2019
2c)	Ny publiseringsløsning KOSTRA: SSB lager oppstilling av hvor de tidligere nøkkeltallene kan finnes. Endringer i innhold og fjerning av nøkkeltall kommenteres i eget notat.	SSB	Opprinnelig frist: 1.3.19 Ikke ferdig. Noen endringer kan forventes i juni-publisering. Ny frist: 1.6.2019
3a)	Antall hjemmebesøk utført av jordmor innen tre døgn Ny forklaringstekst til veileder sendes SSB	Hdir	Ble lagt inn i tide til 2018-rapporteringen.
3a)	Øvrige endringer til skjema: Forslag til innspill på endringer sendes til SSB innen 1.3.19. Tas opp på vårens KOSTRA-arbeidsgruppemøte.	Alle	Innspill til skjema 1 blir omtalt på møtet 1.-2.4.2019.
3b)	KOSTRA-funksjon254 hjemmetjenester - splitting av regnskapstall: KS lager et notat som systematiserer erfaringene så langt, og søker å gi svar på hvilken løsning de ulike ASSS-kommunene har valgt, fordeler og ulemper med ulike løsninger, hvilken oppsplitting KS mener bør prioriteres mv.	KS	KS/ASSS har utarbeidet et notat, tas opp på møtet 1.-2.4.2019.
4	Kombinasjon av tjenester: Oslo kommune gir tilbakemelding på møtet til våren om	Oslo kommune	Oslo kommune tar gjennomgang på møtet 1.-2.4.2019.

	status for uttrekk fra fagprogramleverandør		
4	Rehabilitering/habilitering: Den enkelte medlemsinstans i arbeidsgruppen drøfter forslag til endringer i funksjonskontoplan for f241, f253 og f254, iht. referat.	Alle	Gjennomgås på møtet 1.-2.4.2019.
4	Ressursinnsats: Analyse av variabelen ressursinnsats mot timevedtak	SSB	Frist: 10.2.19 Ikke gjennomført, siden IPLOS-data fra KPR ikke er klar pr 19.3.2019
6	Ny publiseringsløsning for KOSTRA – evaluering: SSB sender ut spørsmål per epost til arbeidsgruppemedlemmene, som så samler opp tilbakemeldinger i sine respektive instanser.	SSB og alle	SSB sender ut spørsmål 20.3.2019, og arbeidsgruppemedlemmene gir tilbakemelding til SSB senest 28.3.2019.
8	Beregning av belegg: Gjennomgås, og justeringer i beregningen vurderes.	SSB	Gjennomgås på møtet 1.-2.4.2019.
8	Beboere institusjon – rutinemessig kvalitetskontroll: Sammenstilling av antall beboere fra IPLOS med antall plasser fra KOSTRA-skjema 5. (Dette gjøres rutinemessig på virksomhetsnivå, som en del av kvalitetskontroll)	SSB	Gjennomgås på møtet 1.-2.4.2019.
9	Hyppigere publisering i KOSTRA: SSB sender ut epost og etterspør behov. Medlemmene i arbeidsgruppen svarer, på vegne av sine respektive instanser. Dette diskuteres nærmere på vårens arbeidsgruppemøte.	SSB og alle	Sendt ut 3 spørsmål på epost til arbeidsgruppen 20.3.19 Gjennomgås på møtet 1.-2.4.2019.
9	Avvik i tall, Oslo kommune og SSB: Oslo kommune sender over eksempel på avvik KOSTRA-Oslo-statistikken	SSB	Avventer IPLOS-data for 2018.
10	Leve hele livet: Følge opp med statistikk? Deltakerne drøfter i sine instanser. Tas opp videre på vårens arbeidsgruppemøte.	Alle	Følges opp på møtet 1.-2.4.2019

Tilstede:

KS: Anne Gamme, Anne Jensen, Martin Fjordholm (tom. sak 3)

Helsedirektoratet (Hdir): Mette Grimeland, Michael Kaurin, Kristine Hartvedt (tom. sak 3)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Olav Gjestvang

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD): Odd-Sigurd Vegsund

SSB: Trond Ekornerud, Merete Thonstad, Linda Allertsen, Gunnar Claus, Dag Abrahamsen, Arne Jensen (tom. sak 8), Fatima Valdes Haugstveit (tom. sak 8), Svetlana Beyrer (sak 1)

Frafall:

Linda Haugan (Helsedirektoratet), Kjetil Brodal (Tolga kommune), Brynjar Skaar (Bergen kommune), Halvor Haug (Hamar kommune), Coretta Arodi (SSB regnskap)

Sak 1. Brukerdata i omsorgstjenesten: IPLOS-databehandling: fra SSB til Helsedirektoratet/KPR (Kommunalt Pasient- og brukerRegister)

v/ Øyvind Schjøtt-Christensen, Helsedirektoratet

Sakspapirer:

www.helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister

På møtet orienterer Helsedirektoratet om den pågående overgangen, og hvilke følger dette får for omsorgsstatistikken og KOSTRA framover.

På lenken nedenfor er det både generell info om KPR, lenke til rapportering av IPLOS-data og til KPR-databank med data fra KUHR.

Fra møtet:

Øyvind Schjøtt-Christensen gikk gjennom status.

a) Innrapportering

I samarbeid med fagsystemleverandørene har Helsedirektoratet nå hovedfokus på innrapportering fra kommunene. Det gjenstår mye IT-jobbing. Frist for innsending fra kommunene er i utgangspunktet 15. januar, hvis tekniske problemer – 15. februar. Fagsystemene kreves koblet mot Helsenetts grunndata. Dette kan være en særlig utfordring i mange kommuner. Helsedirektoratet så ikke bort ifra at noen kommuner først høsten 2019 ville være i stand til å levere 2018-data.

Det er viktig at dokumentasjon av framgangsmåter etc. er på plass før kommunene pålegges innsending. Dette er ikke helt på plass enda, slik at en ikke når målet om testinnsending for alle kommuner i løpet av november 2018. To kommuner jobber p.t. med å sende inn – og i løpet av møtet hadde den ene sendt feilfritt gjennom de første kontrollpostene. Tester viser at det kan bli tekniske utfordringer – for eksempel sending av passord til personer som har sluttet. Sikker pålogging til fagsystemet for kun de som har behov er en forutsetning.

«Teknisk informasjon» til kommunene publiseres løpende på:

<https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister/rapportere-data-til-kpr>

TILBAKEMELDING

FEIL I INNSENDTE DATA

TOTALOVERSIKT

Antall brukere

Tjenestetype	1601 Trondheim		
	2017	2018	Endring i prosent %
Annen bolig	481	452	-6
Avlasting - utenfor institusjon	286	223	-22
Avlasting i institusjon	402	148	-63
Dagaktivitetstilbud	1 556	1 037	-33
Dagopphold i institusjon	131	38	-71
Helsehjelp med tvang	121	89	-26
Helsetjenester i hjemmet	5 358	3 841	-28
Kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnavhald	1 119	28	-97
Langtidsopphold i institusjon	1 716	1 219	-29
Matombringning	1 638	1 227	-25
Nattopphold i institusjon			
Omsorgsbolig	397	363	-9
Omsorgslønn	256	221	-14
Planlagte tiltak			
Praktisk bistand - brukerstyrt - personlig assistanse	114	107	-6
Praktisk bistand - daglige gjøremål	4 946	3 499	-29
Praktisk bistand - opplæring - daglige gjøremål	101	82	-19
Re-/habilitering utenfor institusjon	2 305	1 489	-35
Skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner	154	46	-70
Støttekontakt	669	540	-19
Tidsbegrenset opphold - annet	1 337	147	-89
Tidsbegrenset opphold - habilitering/rehabilitering	661	78	-88
Tidsbegrenset opphold - utredning/behandling	196	24	-88
Trygghetsalarm	5 245	4 265	-19
Varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS)	25	14	-44

Aktive brukere langtidsopphold

Kommune	2017	2018	Landet	
1601 Trondheim	Antall aktive brukere langtidsopphold	1 632	1 140	32 449
	Andel langtidsopphold med alle funksjons-variabler registrert i perioden	96,7 %	97,4 %	66,8 %
	Andel langtidsopphold med ernærings-kartlegging i perioden	14,4 %	11,8 %	25,8 %
	Andel langtidsopphold med legemiddel-gjennomgang i perioden	70,7 %	74,1 %	72,6 %

Aktive brukere hjemmeboende

Kommune	2017	2018	Landet	
1601 Trondheim	Antall aktive brukere hjemmeboende	9 710	7 487	251 187
	Andel hjemmeboende med alle funksjons-variabler registrert i perioden	73,1 %	71,8 %	63,8 %
	Andel hjemmeboende med kartlegging av opplysninger om bolig/ hjemm...	90,2 %	91,6 %	91,4 %
	Andel hjemmeboende med registrering om individuell plan	67,0 %	68,1 %	68,8 %
	Andel hjemmeboende med registrering om koordinator	50,9 %	52,5 %	53,8 %
	Andel hjemmeboende med ernærings-kartlegging i periode (helsetjenest...	4,7 %	3,9 %	6,2 %

Tjenestekommune:

1601 Trondheim

Antall brukere

viser alle som er rapportert inn med en bestemt tjeneste for et år.

Antall aktive brukere

viser hvor mange brukere som var på langtidsopphold eller fikk tjeneste som hjemmeboende per 31.12.

Kontroller at tall for din kommune stemmer. Hvis det er store endringer fra forrige periode kan det skyldes feil i rapporteringen.

Tjenestekommune:

1601 Trondheim

Antall brukere viser alle som er rapportert inn med en bestemt tjeneste for et år.

Antall aktive brukere viser hvor mange brukere som var på langtidsopphold eller fikk tjeneste som hjemmeboende per 31.12.

Kontroller at tall for din kommune stemmer. Hvis det er store endringer fra forrige periode kan det skyldes feil i rapporteringen.

Figur 1-1 Eksempel på tilbakemelding til kommunene etter innsending. NB! Fiktive tall.



b) Tilbakemelding til kommunene

Ved hver innsending fra den enkelte kommune skal det også gå en umiddelbar oversiktsrapport til kommunen om endring i antall brukere på de enkelte tjenestene, og ev. alvorlige feil, fig. 1-1.

Helsedirektoratet ønsker ikke å gi beskjed om feil eller mangler på individnivå, fordi de mener det er enklere for kommunene å finne feil fra et overordnet nivå. Et alternativ er at de kommuner som ønsker feilrapport på individnivå kan etterspørre dette særskilt. SSB poengterte at en da bør forsikre seg om at feilsituasjoner i størst mulig grad hindres allerede ved registrering i kommunens fagsystem, noe som til nå ikke har vært tilfelle; Mange «unødvendige» feil har blitt sluppet gjennom i rapporteringen til SSB.

c) Publisering

Visjonen til Helsedirektoratet er at resultatene skal komme på nett få sekunder etter at den enkelte kommune har levert. Umiddelbar tilbakemelding er også en målsetning for registrerte brukere som krever innsyn i egne data (noe avgrenset). En forholder seg altså ikke til en bestemt dato der alle kommuner som har innlevert publiseres på én gang, slik tilfellet har vært til nå. Helsedirektoratet ser på sikt for seg flere samlepuliseringer i året. KS hilser utviklingen av KPR velkommen, og påpekte at kommunene selv har bedt om mer utvikling på IPLOS-data. SSB skal kunne få data kort tid (dagen etter?)/samtidig med publisering av den enkelte kommunes data.

Helsedirektoratet har til nå testet 2017-data mottatt fra SSB, og kjørt dette gjennom egenutviklet produksjonsverktøy. Noe arbeid gjenstår med webvisning. I det store og hele virker dette tilfredsstillende; En får tilnærmet identiske resultater sammenlignet med SSBs publiserte tall, men det er behov for oppklaring av enkelte avvik.

Testing av det nye formatet for 2018-årgangen tar utgangspunkt i konverterte 2017-data.

SSB påpekte viktigheten av å teste forløpsdata, antall timer og døgn gjennom året, siden produksjonen her stiller spesielt mange krav til tilfredsstillende datakvalitet, særlig med hensyn til håndtering av datoer. En må i størst mulig grad forhindre brudd i tidsseriene mellom 2017 og 2018. Helsedirektoratet påpekte at folkeregistret har mangler som ulike brukere har rettet opp. Kunne ikke dette være korrekt i folkeregistret? Det er særlig utfordringer i overgang fra fødselsnummer til s-nr.

d) Kommunesammenslåinger

En ser utfordringer med kommunesammenslåinger. Hvem skal sende inn når kommunen har opphørt? En særlig utfordring med data fra nye kommuner oppstår når kommuner med ulike fagprogram slår seg sammen.

SSB kunne vise til at en ved de sporadiske kommunesammenslåingene til nå hadde opplevd tilfredsstillende datainnngang.

Oppfølging:

KS/SSB ønsker å bli løpende orientert hvis ting ikke går etter planen, og hva som blir gjort ved slike hendelser.

Ansvar: Helsedirektoratet

Frist: Løpende

Sak 2. Oppfølging av saker fra møtet 19.-20.4.2018

v/ Dag Abrahamsen, SSB

Status per 8.11.2018 for saker som ikke var ferdigstilt iht. referat <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/358794?ts=1655b8e8ed0> (oppdatert 29.6.2018).

Saknr iht. møtet 19.-20.4.2018	Sak	Tiltak	Ansvar	Frist	Status
Sak 3.	Helsestasjons- og skolehelsetjenester – fordeling av registertall i skjema	- Melde behov for årsverkstall fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten mot slutten av 2018 til preutfylling. - Kontakte kommuner med store avvik mellom de tre kildene (Helsedir-2016/register-2017/skjema-2017). Frist: 30.5.2018 Ansvar: SSB	SSB	30.9.2018	SSB legger inn prefill fra 3. uke i oktober
		Notat som vurderer resultater og utfordringer knyttet til oppsplitting av tall på helsestasjon- og skolehelsetjeneste.	SSB	30.11.2018	Se sak 3a)
Sak 4.	Hverdagsrehabilitering/rehabilitering generelt – hvordan registrere?	KOSTRA-funksjonsveileder: tydeliggjøring av hvordan rehabilitering (herunder hverdagsrehabilitering) skal føres, som forslag til utkast til samordningsrådsrapport; på relevante KOSTRA-funksjoner eller oppdatering av f241.	Helsedir	5.6.2018	Tas opp i sak 4
		IPLOS-veileder: presisere i hvilke tilfeller rehabilitering (herunder hverdagsrehabilitering) skal registreres, slik at spørsmål som framkom under arbeidsgruppemøtet i best mulig grad kan besvares.	Helsedir	Høsten 2018	Tas opp i sak 5

Sak 5.	Ny KOSTRA-publiseringsstruktur - status	Det vurderes om det for API og andre spesielt interesserte er mulig å ha en kopi av alle relevante tall i et begrenset antall samletabeller. Ev. publisering av slike samletabeller forutsetter innspill fra KS, og må vurderes av den enkelte arbeidsgruppe etter hvert.	SSB	30.5.2018	Se sak 6
		Publisering av ny indikator «Utgifter per time i hjemmetjenesten» utsettes og ev. endres til 2019, for at ressurstid (ressursinnsats) og ev. differensierte tjeneste/personellkostnader kan analyseres og vurderes.	Hdir/SSB	30.11.2018	IPLOS kvalitetsrapport avsnitt 6.2: rundt 80% av kommunene bruker denne allerede, men ytterligere analyse kreves
		Fjerne sammenblanding av målføre i KOSTRA skjema 5, p 3.	SSB	30.9.2018	Utført
Sak 6.	Frivilligsentraler – fra omsorgstjenester til kultur?	Kulturdepartementet kontaktes for om mulig flytte over aktiviteter knyttet til frivilligsentraler til dem.	HOD	30.5.2018	Utført, OK. Oppfølging Samordnings-rådsrapport
	Dersom Kulturdepartementet og KOSTRA arbeidsgruppe for Kultur, barn- og ungdomstiltak godtar forslaget:	Stryke punkt om frivilligsentraler i KOSTRA-funksjon 234 «Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse», meldes som forslag til endring i rapport til KOSTRA Samordningsråd	SSB	15.6.2018	Inkludert i rapport til Samordnings-rådet
		Endre næring for frivilligsentraler fra 88.999	SSB/Enhet sreg.	1.6.2019	
		Justere beregning av årsverk i omsorg til ikke lenger å inkludere frivilligsentraler (Ikke aktuelt før 2019-årgangen, ettersom endring må implementeres i regnskapsføringen i 2019.)	SSB	30.9.2019	

Sak 7.	Kommunenes registreringspraksis i IPLOS - kvalitetsvurderinger i KOSTRA	• IPLOS forløp (timer/døgn/brukere gjennom året) • Vedtakstid – ressursinnsats – utgifter – årsverk • Brukere og omfang etter næring og sektor gitt ved organisasjonsnummer i IPLOS • Fordeling av årsverk etter funksjon • Samsvar mellom årsverk og tjenesteyting for private virksomheter	KS/ASSS Helsedir HOD SSB	30.11.2018	Det meste tas opp i sakene 4 og 7, fordeling av årsverk etter funksjon krever totalgjennomgang – i 2019?
Sak 9.3	KOSTRA-skjema 4: Beboere i samlokaliserte BOLIGER erstattes av spørsmål om plasser?	Det lages en prosjektskisse for oversikt over type virksomhet knyttet til de ulike næringene og bruk av teknologi i ulike tjenester (med og uten heldøgns avkrysning når den registreringsmuligheten foreligger).	SSB	30.10.2018	Ikke påbegynt
		Variabler Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning endrer navn til: • Beboere i bolig m/ fast tilknyttet personell hele døgnet SSB vurderer mulighetene for å etablere en dynamisk tabell med alder. Dette avhenger av prikkeomfang. Ev. opprettholdes dagens to variabler • Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning -> Beboere i bolig m/ fast tilknyttet personell hele døgnet • Beboere i bolig m/ heldøgns bemanning 67 år og over -> Beboere i bolig m/ fast tilknyttet personell hele døgnet 80 år og over. Sistnevnte variabel endrer for øvrig aldersgruppe fra «67 år» til «80 år og over», ettersom denne aldersgruppen er særlig etterspurt hos KS-ASSS. Navnet på tilhørende indikatorer endres tilsvarende: • Andel beboere i bolig m/ heldøgns bemanning -> Andel beboere i bolig m/ fast tilknyttet personell hele døgnet • Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning -> Andel innbyggere 80 år og over i bolig m/ fast tilknyttet personell hele døgnet • Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+ -> Andel plasser i institusjon og bolig m/ fast tilknyttet personell hele døgnet i prosent av bef. 80+beboere	SSB	30.11.2018	Utført
Sak 9.4	KOSTRA skjema 5: ubenyttede plasser	• SSB lager oversikt til bruk internt arbeidsgruppen over kommuner med ledig kapasitet. • SSB kontakter kommuner med mange ledige plasser.	SSB	25.5.2018	Se sak 8

Sak 9.5	KOSTRA skjema 4/5 Barnebolig/avlastningsplasser	Spesifiseres i prosjektskisse under 9.3: Analysere av IPLOS-data: • bruk av barne- og avlastningsboliger i institusjon og hjemmetjeneste • bruk av avlastning i og utenfor institusjon	SSB	30.10.2018	Tas opp i sak 4 og 7
Sak 9.6	For hvilke typer institusjoner skal det spørres om rom (og type plasser)	KOSTRA skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner: Det åpnes for utfylling av type plass og rom (punkt 3 (siste del) og punkt 4 kun for sykehjem og aldershjem.	SSB	30.9.2018	OK, 2019-skjema, se pdf-vedlegg
Sak 9.8	Ledige plasser i private institusjoner	For private institusjoner fordeles ikke ev. ledige plasser på vertskommune. De ledige plassene publiseres på aggregert nivå (fylke, landet).	SSB	10.2.2019	
Sak 10.	Registrering av personell knyttet til BPA, avlastning mm.	analyse av yrke generelt, og spesielt på områdene BPA, avlastning og støttekontakt (utdanning, virksomheter, omfang)	SSB, forutsatt finansiering	?	Ikke kapasitet 2018. Vurderes i prosjektliste for oppfølging senere
Sak 11.2	Indikatoren «Korrigerende brutto driftsutg. per kommunal plass»	Vurdere muligheten av å erstatte indikatoren «Korrigerende brutto driftsutg. per kommunal plass» med «Utgifter per oppholdsøgn i kommunal institusjon».	SSB	30.10.2018	På noe sikt (2019?), tas opp i sak 7
Sak 11.3	Andel enerom istf andel plasser i enerom?	<i>Skjema:</i> • KOSTRA skjema 5, punkt 3: betegnelsen «brukertilpasset» erstattes IKKE av «universelt utformet» iht. vedtak på arbeidsgruppemøte 8.12.2017 <i>Publisering:</i> • Indikatorene ○ «andel plasser i enerom» ○ «andel plasser i brukertilpasset enerom» endres til ○ «andel enerom» ○ «andel brukertilpassede enerom»	SSB	10.6.2018	Utført, www.ssb.no/tabellell/11933
Sak 11.4	Diverse IPLOS-indikatorer og grunnlagstall foreslås fjernet	Forslag til fjerning av tall begrunnes i eget dokument til arbeidsgruppen	SSB	25.5.2018	Ikke klart, ny frist 10.12.2018
		Ev. motforestillinger til fjerning begrunnes	Alle i arb.gr.	15.6.2018	
Sak 11.5.2	Dagaktivitetstilbud - målgrupper	Publisere tallene i KOSTRA skjema 4, punkt 4.	SSB	30.5.2018	15.3.2019



Fra møtet:

Dag Abrahamsen tok for seg sakene 7, 9.3, 10 og 11.4 som ikke var ferdigstilt og ikke ville bli tatt opp i saker senere i dagens møte.

a) Årsverk (sak 7 og 10) – personellregister – mer detaljerte tall

SSB har i 2018 ikke hatt kapasitet til å se nærmere på årsverk fordelt etter funksjon, sektor (kommunalt/privat) eller yrke. En sikter mot en nærmere gjennomgang høsten 2019.

Oppfølging:

SSB vurderer muligheten til mer detaljerte tall for årsverk, fordelt på f.eks.

- funksjon
- sektor
- yrke

Ansvar: SSB

Frist: 15.11.2019

b) Boliger (sak 9.3)

SSB har i 2018 ikke hatt kapasitet til å se nærmere på utvikling av statistikken for boliger i hjemmetjenesten.

Oslo kommune påpekte at ingen har oversikt over totalt antall plasser i boligene, men antall beboere kunne en enkelt hente ut fra fagsystemet. Dermed vil det også være vanskelig å beregne belegg.

Oslo kunne gjerne ønske seg rapportering på organisasjonsnummer, slik at det ble enklere å kvalitetssikre tallene. Det kan være aktuelt å se nærmere på dette våren 2019.

Oppfølging:

Arbeidsgruppen vurderer i lys av endringer i registrering av heldøgnsstilbud i IPLOS om det er aktuelt å gjøre endringer i innsamling tilknyttet boliger til omsorgsformål, f.eks. spørre om plasser i stedet for beboere, og ev. en gjentakelse av innsamling av data om hjemmetjenester på virksomhets-/adressenivå (jf. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering>).

Ansvar: Alle i arbeidsgruppen kommer med innspill

Frist: 1.3.2019

c) Ny publiseringsløsning i KOSTRA (sak 11.4)

For de gamle KOSTRA nøkkeltall (www.ssb.no/tabell/07800) utarbeides det en oversikt over hvor en kan finne nye tall. Ev. endringer i beregninger kommenteres. Forslag til fjerning av tall begrunnes i eget dokument til arbeidsgruppen.

SSB har tatt sikte på å ha mest mulig på plass før jul, men ser at det kan bli en utfordring å nå.

Parallelt jobbes det med muligheten for å samle de mest sentrale nøkkeltallene i en enkelt tabell for de større brukerne. Da må en samtidig være oppmerksom på at mange av de tidligere nøkkeltallene kan finnes i de nye dynamiske tabellene, der en også har langt flere muligheter til å skreddersy uttak for egne behov.

Oppfølging:

SSB lager oppstilling av hvor de tidligere nøkkeltallene kan finnes. Endringer i innhold og fjerning av nøkkeltall kommenteres i eget notat.

Ansvar: SSB

Frist: 1.3.2019

Sak 3. Mer detaljerte tall enn KOSTRAs funksjonskontoplan tilsier

a) KOSTRA-funksjon 232 helsestasjon og skolehelsetjeneste - årsverksfordeling v/ SSB

SSB gjennomførte våren 2018 innsamling via KOSTRA-skjema 1 under punkt 4-5 av årsverk fordelt mellom de ulike deltjenestene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommuner med store avvik mellom innrapporterte tall og Helsedirektoratets kartlegging fra 2017 og kommuner med store avvik mellom innrapporterte tall og årsverkstall hentet fra A-ordningen ble kontaktet. SSB fikk tilbakemeldinger fra flere kommuner og datagrunnlaget ble rettet opp i. 18.juni ble det foreløpige tallgrunnlaget oversendt HOD/Helsedirektoratet med beskjed om at tallene ikke var endelige. Høsten 2018 purret SSB kommuner som enda ikke hadde svart. Flere av disse kommunene har nå gitt tilbakemelding og SSB har oppdatert tallgrunnlaget og satt sluttstrek 2017-årgangen.

Det ble lagt ned mye arbeid i å lage klare og forståelige spørsmål til kommunene i skjemaet høsten 2017. Likevel dukket det opp mange spørsmål fra kommunene om dette ved innrapporteringen av skjema 1. En ulempe ved rapporteringen var at kommunene for lettere å fordele helsestasjons- og skolehelsetjeneste fikk forhåndsutfylte årsverk fra 2016 og ikke 2017.

Det kom flere spørsmål om hvordan en skulle rapportere og fordele nøyaktig mellom deltjenestene, spesielt i små kommuner. Blant annet ble det spurt om prosjektstillinger. Noen kommuner var opptatte av å ha disse med, andre ønsket ikke å ha dem med. Helsedirektoratet forklarte at bakgrunnen for prosjektstillinger var en øremerket tilskuddsordning, for 2018 var denne på totalt 300 millioner kroner. Dette skaper noen utfordringer for kommuner, som ikke vet om de får videreført midler påfølgende, og derfor ikke kan ansette fast. Disse øremerkede midlene skal uansett inntekts-/ kostnadsføres, og kommunene ble derfor bedt om å rapportere årsverk i henhold til dette.

I tillegg ble det oppdaget ulik praksis mellom kommuner når det gjelder føring av familieterapeuter. I forbindelse med dette bes HOD og Helsedirektoratet vurdere om disse skal inkluderes eller ikke. I regnskapsveilederen står det at grupperettet familieterapi skal føres på funksjon 232 helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det står ingenting om hvor individuell familieterapi skal føres verken på 232 eller andre KOSTRA-funksjoner.

Videre oppfølging

SSB har nå satt tallene som endelige for 2017-årgangen og vil oversende tallene til HOD/Helsedirektoratet.

SSB er i gang med å gjennomføre en analyse av tallene der innrapporterte tall via KOSTRA sammenliknes med registerdata fra a-ordningen, samt med de tallene kommunene innrapporterte til Helsedirektoratet via fylkesmennene i 2016. Formålet med analysen er å foreta vurderinger av kvaliteten på årsverksdata fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten, herunder de innrapporterte tallene via KOSTRA-skjema 1 fordelt på de ulike deltjenestene og registerdata for tjenesten samlet hentet fra a-ordningen. Videre vil en gjennomgang av kommentarfeltet i under punkt 4-5 i KOSTRA-skjema 1, samt tilbakemeldinger på e-post og telefon i innrapporteringsperioden bli gjennomgått og kommentert. Det vil også bli gjort en kvalitetsvurdering av årsverkstallene for helsestasjons- og

skolehelsetjenesten hentet fra A-ordningen. Analysen vil bli presentert i eget notat innen utgangen av året.

SSB har klargjort skjema 1 for 2018-rapporteringen. Punkt 4-5 blir videreført med noen tekstlige presiseringer basert på tilbakemeldinger fra kommunene. I tillegg vil kommuner bli bedt om å fordele årsverkstall for 2018 (tredje uke i oktober).

På møtet vil SSB presentere endelige tall for 2017-rapporteringen og vise eventuelle avvik fra registertall og Helsedirektoratet sin kartlegging fra 2016.

Fra møtet:

SSB v/ Trond Ekorndrud og Merete Thonstad delte erfaringer fra innrapporteringen av årsverk i KOSTRA-skjema 1 knyttet til punkt 4-5 og presenterte endelige tall fra rapporteringen.

Når det gjelder selve innrapporteringen fikk SSB en god del spørsmål fra kommuner om hvordan årsverkene skulle fordeles mellom de ulike deltjenestene. Særlig i små kommuner med få årsverk var usikkerhet knyttet til fordelingen. SSB oppfordret alle kommuner om å kommentere eventuelle utfordringer i kommentarfeltet under punkt 4-5 i skjemaet. Flere kommuner lurte også på om prosjektstillinger skulle tas med. Til det svarte SSB at disse skulle inkluderes i og med at disse også utgiftsføres på KOSTRA-funksjon 232. I tillegg var det flere kommuner som lurte på om familieterapeut-årsverk skulle inkluderes i rapporteringen. Til det svarte SSB at alle gruppetilbud som blir gitt ved helsestasjon utført av familieterapeuter skulle inkluderes, jf. KOSTRA-regnskapsveileder. Når det gjelder individuelle tilbud gitt av familieterapeuter er regnskapsveilederen mer uklar. Her er det behov for å få inn presiseringer i veilederen til neste år. Arbeidsgruppen må utarbeide forslag til presiseringer i løpet av våren 2019.

Det ble presentert endelige innrapporterte 2017-tall og avvik mellom følgende tall:

- Endelige innrapporterte skjema-tall og de publiserte registertallene fra 2017
- Endelige innrapporterte skjema-tall og tall fra Helsedirektoratets kartlegging fra 2016.

	KOSTRA-skjema 1	Registertall	Hdir	Differanse endelege skjema-data og hdir-tal 2016	Prosentvis differanse endelege skjema-data og hdir-tal 2016	Differanse publiserte registertall og endelege skjema-data	Prosentvis differanse publiserte og endelege skjema-data
	Endelege tal 2017	2017	2016				
Totalt	4285	5244	4123	-162	4	959	22
Svangerskap og barselomsorg/Helsestasjon 0-5 år	2109		2258	149	-7		
Skulehelsetenesta barneskule	1226		975	-252	26		
Skulehelsetenesta ungdomsskule	555		476	-80	17		
Skulehelsetenesta vidaregåande skule	286		255	-31	12		
Helsestasjon for ungdom	124		109	-15	14		

Kilde: SSB og Helsedirektoratet

Resultatene viser at de publiserte registertallene for 2017 er 22 prosent høyere enn de innrapporterte skjematalene. En mulig forklaring på dette kan være at registertallene inkluderer både fast ansatte og midlertidige vikarstillinger. I tillegg kan det at kommunene ble bedt om å fordele

2016-tall fra register på de ulike deltjenestene - og ikke 2017-tall - ha påvirket kommunene til ikke å rapportere flere årsverk enn om de hadde blitt bedt om å fordele 2017-tall fra register.

Resultatene viser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten totalt at de innrapporterte skjema-tallene for 2017 er 4 prosent høyere enn tallene fra Helsedirektoratets kartlegging fra 2016. En naturlig forklaring på dette er at det er ulike telletidspunkt for de to innrapporteringene, og følgelig naturlig at de innrapporterte skjematallene via KOSTRA-skjema 1 for 2017 er noe høyere enn tallene fra Helsedirektoratets kartlegging fra 2016. En sammenligning av årsverkstallene fordelt på de ulike deltjenestene, viser imidlertid større avvik. Den største forskjellen er at årsverk for Svangerskap og barselomsorg/Helsestasjon 0-5 år utgjør en større prosentandel i tallene fra Helsedirektoratets kartlegging enn for tallene i fra KOSTRA-skjema 1 (hhv. 55 og 49 prosent). En mulig forklaring på dette kan være fødselsratene har gått ned i de fleste kommuner mellom 2016 og 2017 og følgelig har tjenesten omprioritert personellressurser fra svangerskap og barselomsorg til andre deltjenester innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Skjema 1 er klargjort for 2018-rapporteringen og punkt 4-5 er bortimot tilsvarende som for 2017-rapporteringen. Det er gjort noen tekstlige presiseringer basert tilbakemeldingene som fra kommunene i forbindelse med 2017-rapporteringen.

SSB arbeider med et notat som skal vurdere datakvaliteten på de innrapporterte årsverkstallene fra skjema, samt datakvaliteten på årsverkstallene hentet fra register (a-ordningen). Notatet skal ferdigstilles innen utgangen av året.

Forslag til tekstlige endringer i spørsmål i KOSTRA-skjema 1 under punkt 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsedirektoratet spilte i forkant av møtet inn forslag til justeringer i to spørsmål under punkt 4-2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten slik at det er i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.

Forslag 1 til endring:

Fra januar 2019 skal **helsesøster endres til helsesykepleier**, og det gjelder også i KOSTRA skjemaet.

Fra møtet:

I og med at det er tall for 2018-rapporteringen det blir bedt om i neste års rapportering ventes det med å gjøre denne endringen til neste år.

Forslag 2 til endring:

I KOSTRA skjemaet står det:

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

Endres til:

Hjemmebesøk av helsesykepleier bør være den første konsultasjonen i helsestasjonsprogrammet, og gjennomføres av helsesykepleier 7-10 dager etter fødsel.

Fra møtet:

Det var enighet om at dette må utredes ytterligere før det gjøres endringer.

Forslag 3 til endring:

I KOSTRA-skjemaet står det:

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

Endres til:

Antall hjemmebesøk utført av jordmor innen tre døgn etter kvinner og nyfødtes hjemkomst fra føde/barselavdelingen.

Fra møtet:

Det var enighet om å justere spørsmålet i skjemaet. Helsedirektoratet utarbeider et forslag til forklaringstekst som kan brukes i skjemaveilederen. SSB følger opp og prøver å få det lagt inn før nyttår.

Oppfølging:

A. Antall hjemmebesøk utført av jordmor innen tre døgn

Ny forklaringstekst til veileder sendes SSB

Ansvar: Helsedirektoratet

Frist: 10.12.2019

B. Øvrige endringer til skjema

Forslag til endringer i skjemaet skal tas opp på vårmøte i arbeidsgruppa. Alle KOSTRA-skjemaene er klargjort for produksjon i utgangen av oktober og følgelig er det vanskelig å få inn endringer.

Frist for innspill på endringer: 1.3.2019

Ansvar: alle

b) KOSTRA-funksjon 254 hjemmetjenester - splitting av regnskapstall

v/ KS

KS sitt ASSS-nettverk (de 10 største kommunene) har i lengre tid jobbet med å utrede muligheten til detaljering av regnskapsføringen på den store kontoen for hjemmetjenester. Saken blir behandlet på ASSS sin høstsamling rett i forkant av arbeidsgruppemøtet. I tillegg til utskilling av regnskapstall for personer med utviklingshemming (TTU), vurderes også om det er mulig å skille ut tjenester til hhv. eldre og personer med psykiske lidelser eller rusproblemer.

Dersom ASSS konkluderer med at det ikke anses som mulig med egne tall for målgruppen personer med psykiske lidelser eller rusproblemer, anbefaler en da:

- i. saker ang. psykisk helsearbeid og rusarbeid tas fortsatt i dedikert gruppe?
- ii. saker ang. psykisk helsearbeid og rusarbeid inkluderes i helse-omsorg ved behov?

Fra møtet:

De fleste ASSS-kommunene har utført en regnskapsmessig oppsplitting av KOSTRA-funksjon 254 «Tjenester til hjemmeboende», men alle har gjort dette på ulike måter. Samordningsrådet og KMD må ta en beslutning om en skal pålegge alle kommuner en mer detaljert regnskapsføring, og i så fall, på hvilken måte. Til nå har diskusjonen i arbeidsgruppen dreid seg om oppsplitting etter målgrupper, og ev. ytterligere oppsplitting av disse på ambulerende eller fast tilknyttet personell i boligbase. KS tok nå opp også et ønske om å splitte mellom praktisk bistand og helsetjeneste i hjemmet («hjemmesykepleie»). Noen av forskjellene ligger i eksempelvis boligkategori for diagnose. Oslo kommune ser på sin side at det viktigste er å se på behovet for den enkelte, og organisere tjeneste deretter. Det er for eksempel derfor naturlig at personer med utviklingshemming og andre med lignende behov for tjenester bor på samme sted (får tjenester fra samme virksomhet/enhet), og tilsvarende for personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser. En særlig utfordring her er ellers å unngå å sette brukergrupper opp mot hverandre ved oppsplitting.

En ytterligere utfordring i en oppsplitting er at kommunene har valgt ulike måter å organisere arbeidet på, bl.a. som følge av nye teknologiske og faglige muligheter. Dermed er det vanskelig å lage klare definisjoner. Samtidig får mange brukere helsetjenester og praktisk bistand samtidig, ofte av samme person, noe som gjerne er det beste for brukere. KMD foreslo her at HOD kanskje bør spille inn et forslag som vi kan være realistisk og fruktbart for alle kommuner: Hva kjennetegner beste praksis? En løsning for alle kommunene må nødvendigvis gjøres mer grovkornet enn hva som er mulig i de store kommunene.

De 10 kommunene i ASSS, har hovedsakelig tre ulike hovedmetoder for oppsplitting. KS vurderer alle som like gode. KS sentralt så det som vanskelig å anbefale én metode framfor en annen, men kan lage en oversikt for løsningen i hver kommune, med fordeler og ulemper, og en sammenfatning av hva KS mener bør prioriteres. Dette vil være nyttig og en forutsetning om arbeidsgruppen skal kunne jobbe videre med dette og komme med anbefaling til Samordningsrådet.

Oslo kommenterte at de nå har introdusert et tilbud om en time i uka til aktivitetstilbud til aktuelle hjemmeboende, og var opptatt av at omfang av denne tjenesten samt hverdagsrehabilitering (fysioterapi, spesialsykepleie mm.) Kunne synliggjøres i statistikken. Ofte er dette tverrfaglige aktiviteter utført av tverrfaglige team.

Både HOD og Helsedirektoratet så det som svært ønskelig om en kunne få mer detaljerte regnskapstall om hjemmetjenestene.

SSB understreket at en her i første omgang snakker kun om en metode for oppsplitting av regnskapstall, ikke tjenestedata, selv om også dette er ønskelig. Og en vil ikke komme unna temmelig stor usikkerhet i tall for den enkelte kommune og ikke minst ved sammenligning, både pga. ulike forutsetninger i kommunene, og skjønnsmessig fordeling.

Oppfølging:

KS lager et notat som systematiserer erfaringene så langt, som underlag til intern diskusjon i arbeidsgruppen, der en søker å gi svar på:

1. Hvilken løsning har hver enkelt ASSS-kommune valgt?
2. Hva er forskjellene mellom de ulike kommunene?
3. Hva anser en som fordeler og ulempe i den enkelte løsninger?
4. Hva slags type oppsplitting mener KS bør prioriteres?
 - a. tjenester til ulikemålgrupper
 - b. organisering av tjenestene (ambulerende/fast tilknyttet bosted)
 - c. type tjeneste (praktisk bistand/helsetjeneste)
 - d. annet?

Ved behov underveis konfererer KS med SSB eller andre aktører i arbeidsgruppen eller andre, ev. danner et eget hurtigarbeidende arbeidsutvalg og innkaller til møter.

Frist for ferdigstillelse av notat: 28. Februar 2019

Ansvar: KS

Sak 4. Omsorg: Inndeling av grupper etter IPLOS-tjeneste – definisjon av KOSTRA-funksjoner

v/ Dag Abrahamsen, SSB

Både KOSTRAs omstrukturering og overgangen til KPR innebærer full gjennomgang av definisjoner og beregninger. Vi ser at dette lett kan medføre at vi får tall med likelydende betegnelse men ulikt innhold. Dette må i størst mulig grad unngås, og i den grad en har likelydende eller nesten likelydende betegnelser er det viktig at definisjoner kommer klart fram.

Eksempel:

I ny tabell

12003 <<https://www.ssb.no/statbank/table/12003/>>

Omsorgstjenester - brukere, etter alder og tjenestegrupper (K)

har vi tatt utgangspunkt i definisjon gitt i [IPLOS - funksjonell kravspesifikasjon](#).

Når en skal se dette i forhold til KOSTRA-funksjoner, ser vi bl.a. at en del av de nye tjenestene ikke er knyttet til KOSTRA-funksjon, og dag-/nattopphold på institusjon er tidligere ikke håndtert i KOSTRA-brukertall. I tillegg har vi ikke landet hvordan rehabilitering skal håndteres i KOSTRA. Rehabilitering, i likhet med en del av de andre nye tjenestene, dreier seg imidlertid mer om et vedtak enn om tjenester det er knyttet direkte utgifter til. Det er derfor mulig vi bør håndtere disse vedtakene annerledes enn til nå.

Fra møtet:

Dag Abrahamsen innledet.

a) Hvordan dele inn tabellene?

Som følge av KOSTRAs omstrukturering kom det mange nye tabeller på området helse-omsorgstjenester. Utover tabeller knyttet til KOSTRAs funksjonsinndeling og datainnsamling via KOSTRA-skjema, finnes det flere tabeller innenfor de ulike fagområdene som ikke har tilknytning til KOSTRA. En målsetning er at flest mulig av disse går gjennom samme produksjonsløp. Den prosessen er ikke avsluttet – det vil komme flere tabeller under overskriften «KOSTRA - ny tabellstruktur» På sikt er det kanskje ikke aktuelt å bruke ordet KOSTRA som innordnende overskrift, men heller fokusere på god tematisk inndeling. Spesielt for omsorgstabellene er det behov for opprydning og flere tematiske overskrifter for å bedre orienteringsmulighetene.

b) Plassering av tjenester på KOSTRA-funksjon

Innholdet i variablene

Noe av det viktigste å rydde opp i nå, er inkonsistens i tabellene. Abrahamsen viste et eksempel:

Omsorgstjenester - Supplerende grunnlagstall www.ssb.no/tabell/12292:

Her er ikke dag/nattopphold med i antall institusjonsbeboere.

Hjemmetjenester i alt: Rehabilitering med

Omsorgstjenester - Brukere etter alder etc. www.ssb.no/tabell/12003:

Nattopphold og dagopphold med i antall institusjons**brukere**.

Hjemmetjenester i alt: Rehabilitering er ikke med

Ingen av beregningene er nødvendigvis feil, men det er viktig å være tydelig på hvordan beregningen har skjedd. Men ikke minst må en vurdere om det virkelig er behov for mange nesten like tall eller variabelnavn, det skaper lett forvirring.

c) Forskjellen på tjenester og andre vedtak/registreringer

Abrahamsen påpekte at det ved utvikling av ny IPLO-versjon var viktig å prøve å skille i større grad mellom hva som er tjenestene som innebærer løpende personellressurser, og hva som mer engangs beslutning/vedtak og som ikke utløser utgifter, ev. kun ved oppstart, f.eks.

- i. rehabilitering (utenfor institusjon)
- ii. tjenestene heldøgnsstilbud
- iii. trygghetsalarm/varslingsteknologi (bl.a. GPS)
- iv. bolig

d) Hvordan telle unike brukere når tjenestene grupperes (samme bruker kan ha flere tjenester)

Videre er det viktig å være tydelig på om en bruker tverrsnittets «beholdningstall» per 31.12 eller gjennomstrømningstall (timer/døgn gjennom året framfor bruker). Statustall kan f.eks. brukes ved beregning av dekningsgrad (brukere pr innbyggere), mens gjennomstrømningstall er særlig egnet ved sammenstilling mot regnskap. I noen sammenhenger kan også unike brukere gjennom året være interessant, f.eks. hvor stor andel av befolkningen har fått en eller flere omsorgstjenester.

Her kan en sammenstilling av tjenestetype i følgende tabeller være fruktbar:

11645	Brukarar av pleie- og omsorgstenester pr. 31.12, etter alder og tenestetypen eller sum tenestegruppe (K) (B)
11642	Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetypen (K)
11643	Forbruk av omsorgstenester i timar i løpet av året, etter alder og tenestetypen (K)
11644	Forbruk av omsorgstenester i døgn i løpet av året, etter alder og tenestetypen (K)

Oslo kommune spurte om det var mulig å lage tall på noen forhåndsdefinerte kombinasjoner: Unike brukere som har kombinasjoner av tjenester. Særlig kunne kombinasjon av praktisk bistand, hjemmesykepleie og dagaktivitetstilbud og ev. avkrysning for heldøgnsopphold være av interesse for Oslo. Da kan det tydeligere komme fram om bruker får et tilbud tilsvarende institusjonsopphold.

Oslo kommune tatt i bruk LIV som henter data fra Geric og Agresso og har gitt en slik bestilling der. SSB understreket at en i framtiden vil trenge fortsatt tilgang til slike data fra KPR på individ- og datamerket vedtaksnivå for å kunne gjøre slike analyser.

Også KS sentralt uttrykte interesse for slike analyser eller statistikk, som en oppfølging av heldøgns tjenester: Man trenger å vite at det som gis i eget hjem er det som er på same nivå som det man ville fått i en institusjon (bare på en annen måte), gjennom f.eks. aktivt tilsyn vha. nye teknologiske løsninger. Slike analyser/detaljert statistikk kan også øke interessen for å rapportere rett, ved at man får tilbake tall man er interessert i.

SSB påpekte at også bistandsbehov kunne være aktuelt å inkludere i en slik analyse.

e) Hvordan finne best mulig brukertall for omfang som kan sammenholdes med regnskapstall

Ved beregning av timer gjennom året for sammenstilling mot regnskap, er den nye variabelen «ressursinnsats» mer nøyaktig enn bare «vedtakstimer». Med denne vil en kunne få tall på faktisk vedtatte ytelsestimer i de tilfellene det er behov for flere samtidige tjenesteytere. Selv om variabelen «ressursinnsats» ble innført så sent som i 2016, hadde i 2017 så mye som 80 prosent av kommunene registrert tall (se IPLOS kvalitetsrapport 2017, kap. 6.2

https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/365078?ts=16661ba1508).

f) ((Hverdags-)re-)habilitering – endringer i KOSTRA funksjonskontoplan

Det ble presisert at hverdagshabilitering kan anses som rehabilitering, og innholdet kan være ulikt avhengig av behov og tjenestetilbud i den enkelte kommune. Videre vil som regel også habilitering¹ være sidestilt med og derfor bør nevnes sammen med rehabilitering²,

<https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/habilitering-og-rehabilitering>.

KS advarte mot at utflytende begreper, som at det å få medisiner kunne anses som habilitering.

SSB stilte spørsmål om det var aktuelt å se på utvikling i bistandsbehov som en statusmåling på effekten av rehabilitering/habilitering, på linje med hva som gjøres i bl.a. fysioterapeut og ergoterapeuttjenesten. Målinger og fastsettelse av bistandsnivå kan imidlertid her være utfordrende.

Uavhengig av muligheter og utfordringer påpekte SSB behovet for at rehabilitering tydeliggjøres i KOSTRA funksjonskontoplan. Rehabilitering er nevnt i f241 Diagnose, behandling re-/habilitering, men ikke i andre funksjoner.

SSB foreslår følgende endringer:

A. Endring i eksisterende tekst

F241 Diagnose, behandling, re-/habilitering

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

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

B. Tillegg av tekst

I funksjonene

234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse

253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende

legges det til hhv.:

«Dersom det for bruker er beslutning om rehabilitering/habilitering der funksjon **234** inngår, registreres regnskapstall og øvrige data her.»

«Dersom det for bruker er beslutning om rehabilitering/habilitering der funksjon **253** inngår, registreres regnskapstall og øvrige data her.»

«Dersom det for bruker er beslutning om rehabilitering/habilitering der funksjon **254** inngår, registreres regnskapstall og øvrige data her.»

Det ble for øvrig vist til arbeid om rehabilitering i institusjon:

<https://helsedirektoratet.no/nyheter/behov-for-bedre-kunnskap-om-kommunal-rehabilitering>

¹ Brukere med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse, der målsetning er å lære nye ferdigheter.

² Brukere med tilstander som er ervervet senere i livet, der målsetning er å gjenvinne tapte ferdigheter.

Oppfølging:*Kombinasjon av tjenester*

Oslo kommune gir tilbakemelding på møtet til våren om status for uttrekk fra fagprogramleverandør (og ev. gir beskjed til Iplos/SSB om dette).

Frist: 10.2.2019

Ansvar: Oslo kommune

Rehabilitering/habilitering

Den enkelte medlemsinstans i arbeidsgruppen drøfter forslag til endringer i funksjons kontoplan for f241, f234, f253 og f254 iht. forslag over.

Frist: 10.2.2019

Ansvar: alle

Ressursinnsats

Analyse av variabelen ressursinnsats mot timevedtak

Ansvar: SSB

Frist: 10.2.2019

Sak 5. Videreutvikling IPLOS

v/ Mette O. Grimeland, Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet orienterer om status og planer for videreutvikling av IPLOS, jf. siste nyhetsbrev

<https://helsedirektoratet.no/Documents/IPLOS%20registeret/Nyhetsbrev%20november%202018.pdf>.

Fra møtet:

Mette Grimeland gikk i gjennom status for endringer i IPLOS-registreringer/spesifikasjoner.

Inntil videre må fagsystemleverandørene konsentrere seg om overgang fra SSB-rapportering til KPR.

Det er her mange oppgaver, bl.a.:

- konvertere og sende inn data
- kommunesammenslåinger

a) Heldøgns tjenestetilbud

En legger opp til en ny registrering, utenom enkelttjenestene:

Er det samlede tilbudet å anse som heldøgntjenestetilbud? Ja/nei. Med dato fra oppstart

(Helsedirektoratet henviser til KS/HOD-notatet «[Heldøgns](#)» når det gjelder innhold i heldøgnsstilbudet – hva ligger i rask responstid, individuelle behov osv.)

Helsedirektoratet antar innføring av denne registreringen nok vil generere mange nye spørsmål fra kommunene.

b) Venteliste

For langtidsplass i sykehjem eller tilsvarende bolig med heldøgnsomsorg skal det registreres om søker er satt på venteliste om det ikke er ledig plass («venteliste plass»).

c) Omsorgsbolig - med fast tilknyttet personell

Omsorgsbolig eller annen bolig som kommunene disponerer til helse og omsorgsformål har til nå vært registrert med:

- uten fast tilknyttet personell
- fast hele døgnet
- fast deler av døgnet – utgår

Ovenstående registrering utgår i ny versjon, ettersom bemanningsgrad vil framgå av næring til ev. virksomheten som yter tjenesten (hentes inn via orgnr i Enhetsregisteret)

I den nye versjonen legges det for øvrig opp til at omsorgsbolig og annen bolig kommunene disponerer til helse og omsorgsformål slås samme til *Tildelt bolig: «Bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål»*.

d) Legemiddelgjennomgang

Legges opp til registrering kun for beboere på sykehjem. Men selvfølgelig fint om kommunen fortsetter med Legemiddelgjennomgang for aktuelle brukere i hjemmetjenesten.

e) Risiko for underernæring

Det blir lagt inn en spørsmålsrekke for å vurdere risiko for underernæring som skal registreres.

f) Individuell plan og koordinator

Det legges opp til nye koder i 2019.

g) Nye funksjonsvariabler

- Følelse/opplevelse av trygghet

Rapport: Økt kommunal nytteverdi av IPLOS-opplysninger, - anbefalinger: (med utgangspunkt i ICF 1528 (andre emosjonelle funksjoner)

- initiativene

h) Velferdsteknologi

Finnes nå:

- trygghetsalarm
- lokaliseringsteknologi (GPS)

Fra neste år kommer også

- medisineringsstøtte
- digitalt tilsyn

Utfordringer til nå: Både trygghetsalarm og GPS har lav rapporteringsgrad i registeret.

Rapporteringskravene har vært knyttet til saksbehandlingen, og kommunene har måttet opprette sak og tildele dette som tjeneste, mens det kanskje heller burde ha vært registrering.

En mulig løsning kan være å knytte registreringen av velferdsteknolog til «tiltak» framfor tjeneste.

Dette er tiltak besluttet igangsatt – som de som utfører tjenesten har behov for å planlegge og dokumentere mot.

i) Rehabilitering

Rehabilitering utenfor institusjon er sannsynligvis underrapportert. Tilrettelegging i Elektronisk PasientJournal (EPJ) gjør rapporteringen krevende for kommunene. Ulike løsninger er drøftet med kommuner og IT- leverandører.

Målet er bedre rapportering og synliggjøring, særlig i de tilfeller andre tjenesteinstanser som sykehus er med i bildet.

Omvendt påpekte SSB at de rundt 6000 brukere i IPLOS som kun er registrert med tjenesten «Rehabilitering utenfor institusjon» skulle ha vært oppført også med andre omsorgstjenester, eller så skulle de ikke ha inngått i IPLOS i det hele tatt. Nå vil slike brukere ikke være oppført med timer, hvilket trekker timegjennomsnittet per bruker ned.

j) Vurdert av tannhelsepersonell

SSB påpekte at kvalitetsindikatoren «beboere på institusjon vurdert av tannhelsepersonell» var langt lavere i IPLOS enn i fylkestannhelses tall, hhv 37 og 67 prosent i 2016. Helsedirektoratet svarte at denne registreringen sannsynligvis vil utgå ved overgang til KPR. Med så stort avvik i tallene, bør en nok heller benytte data fra fylkestannhelsen, som anses å være av bedre kvalitet. På sikt vil det bli mulig å hente inn data fra tannhelsetjeneste til KPR.

Oppfølging:

Arbeidsgruppen tar presentasjonen fra Helsedirektorat til orientering.

Sak 6. Ny publiseringsløsning i KOSTRA – oppsummering og erfaringer

v/ SSB

a) KOSTRA KOmune-STat-RApportering

Bakgrunnen for etableringen av KOSTRA som prosjekt var å samle inn og publisere relevant, sammenlignbar og pålitelig styringsinformasjon for kommuner og fylkeskommuner (heretter kalt kommuner). Dette innebærer at brukerne enkelt skal finne de mest relevante nøkkeltallene for regnskap og tjenester for å kunne sammenligne seg med andre eller med seg selv over år.

b) Bakgrunnen for ny publiseringsløsning

Utdatert teknisk løsning skapte problemer med vedlikehold og med kommunikasjon mot ulike grensesnitt. Mange typer brukere med ulike behov ga store, uoversiktlige tabeller med mye å velge mellom. Enkelte nøkkeltall var forholdsvis like og vanskelige å skille for de fleste brukerne, også ledelsen hos fylkesmannen/i de ulike delene av kommunene, og gjorde det vanskelig å finne fram til de nøkkeltallene som burde brukes til sammenligning eller analyse.

Tanken bak den nye løsningen

Ulike brukere har ulike behov. Den nye publiseringsløsningen er delt i tre:

1. Kommunefakta med KOSTRA nøkkeltall
2. Tabellene i Statistikkbanken
3. API for egne uttrekk av data.

Kommunefakta med KOSTRA nøkkeltall

Kommunefakta

Statistisk sentralbyrå (SSB) mottar mange henvendelser fra brukere som er ute etter ett tall for sin kommune. Kommunefakta er kommunikasjonsavdelingens løsning for å ivareta dette behovet. Hvilke områder som vises kan variere etter hva som er relevant i øyeblikket. Visningen vil omfatte alle typer kommunetall, ikke bare de som rapporteres gjennom KOSTRA.

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

KOSTRA nøkkeltall

Fra «Kommunefakta» eller forsiden til SSB kan den som har behov for mer informasjon om kommunene enkelt komme seg til de viktigste tallene per område i KOSTRA. Det skal være mulig å få et godt bilde av situasjon/status på et valgt område raskt. Her vil brukeren kunne velge en eller flere kommuner og enkelt sammenligne seg med andre, gjennomsnitt for kommunegruppe, fylke, landet eller med egen kommune over år. I tillegg vil en få beskrivelse av innholdet i nøkkeltallet, kilden for dataene etc. Og på sikt vil en kunne lage gjennomsnitt for en egendefinert kommunegruppe.

<https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra>

Eksempel for helse- og omsorgstjenestene:

<https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/moss/helse-og-omsorgstjenester>

Tabellene i Statistikkbanken

Tabellene vil i stor grad være oppdelt i økonomi-, årsverks- og tjenestetabeller. Dette medfører flere og mindre tabeller enn tidligere. Det er flere grunner til oppdelingen:

- Enkel oversikt ved at nøkkeltall og grunnlagsdata kan hentes fra samme tabell
- Lettere å gi en forklarende overskrift for innholdet i tabellen
- Begrensninger i Statistikkbanken: Nøkkeltall i en tabell bør i stor grad ha samme nevner. Hvis ikke, vil en kunne få ut feil/ulogiske tall eller mange prikker i dataene som hentes ut.

Samling av tabeller finnes på:

<https://www.ssb.no/statbank/list/helsetjko/>

<https://www.ssb.no/statbank/list/pleie>

Disse er henvist til fra nøkkeltallstabell på

<https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/moss/helse-og-omsorgstjenester>

Informasjon om hvordan den enkelte variabel er beregnet kan finnes ved å trykke på i-knapp for variabelen:

Omsorgstenester



12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg (K) 2015 - 2017

Velg variabler

Om tabellen

Markeringstips

statistikkvariabel *

✓

✖

↑

↓

i

Totalt 18 Valgte 0

Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innbygger (kr)
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)
Netto driftsutgifter til omsorgstjenester i prosent av kommunens samlede netto drifts (prosent)
Andel brukerrettede årsverk i omsorgstjenesten m/ helsefagutdanning (prosent)
Årsverk per bruker av omsorgstjenester (årsverk)
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester (prosent)
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år (prosent)
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på sykehjem (prosent)

Søk

☒ Starten av ord

region *

✓

✖

↑

↓

i

Totalt 467 Valgte 0

EAK Landet
EAKUO Landet uten Oslo
0101 Halden
0104 Moss
0105 Sarpsborg
0106 Fredrikstad

år *

✓

✖

↑

↓

Totalt 3 Valgte 0

2017
2016
2015

API

For storbrukere skal API-løsningen gjøre det mulig å hente ut store mengder data på en enklere måte. API-løsningen kan gjøres enkel: Du går inn på en tabell, velger det du ønsker å hente ut og får opp den spørringen som en ev. API-løsning vil bruke. Denne kan kopieres og brukes for senere uttrekk. For større spørringer finnes det en video som viser gangen i bruk av API.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/raskere-a-hente-ut-tallene-du-trenger>
<https://www.ssb.no/omssb/tjenester-og-verktoy/api/api-ferdige-datasett-brukerveiledning>

c) Evaluering av ny publiseringsløsning i KOSTRA

Arbeidsgruppen er iht. siste møte i Samordningsrådet bedt om å evaluere den nye publiseringsløsningen. Det er fint om deltakerne på vårt møte går inn på linkene over og tester litt, samt tenker gjennom spørsmålene nedenfor, så prøver vi å sammenfatte stemningen.

KOSTRA nøkkeltall

- Er det de viktigste nøkkeltallene på området som ligger ute?
- Gir de til sammen et godt bilde av situasjonen på tjenesteområdet (for ledelse og andre brukere)?
 - Hvis ikke, hva savner du?
 - Hva kunne vært utelatt?

Tabellene i Statistikkbanken

- Hvor enkelt er det å finne fram til de opplysningene du ønsker (skala fra 1-6?)
- Hvor enkelt er det å hente ut informasjonen?
- Funksjonaliteten i statistikkbanken
- Bruker du informasjon fra alle tabellene?
 - Hvis ikke, er det informasjon som
 - er for spesielt interesserte og som kunne ha vært overført til storbrukerne direkte?
 - kunne ha vært fjernet?
 - mangler?
- Andre ting du gjerne ville melde tilbake til oss?

d) Tilbakemelding

Skal skje muntlig på møtet 27.11.2018, og ev skriftlig til arbeidsgruppeleder senest 1. april 2019. Arbeidsgruppeleder vil legge svarene inn i et eget evalueringsskjema. Svarene fra evalueringsskjemaene vil bli samlet og meldt til Samordningsrådet.

Fra møtet:

Helsedirektoratet understreket at det ligger stort potensiale i å bruke et språk som folk flest kan forstå, f.eks. er det ikke innlysene hva API er. Lengre tidsserier og samletabeller er sterkt ønsket.

Oppfølging:

SSB sender ut spørsmål pr epost på nyåret 2019 til arbeidsgruppemedlemmene, som så samler opp tilbakemeldinger i sine respektive instanser.

Ansvar: alle/SSB

Frist: 15.2.2019

Sak 7. Ideelle leverandører av omsorgstjenester

v/ Michael Kaurin, Helsedirektoratet og Gunnar Claus, SSB

SSB har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet (som har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet) å følge opp deler av bestillingen i Statsbudsjettet, s. 96-97 <https://www.regjeringen.no/contentassets/e166b6e0a392456a9f0e84eecea2472f/no/pdfs/prp201820190001hoddddpdfs.pdf>

På møtet informeres det om bakgrunnen og mulighetene for å legge noen tall knyttet til ideelle (og øvrige private) aktører inn i den årlige KOSTRA-statistikken.

Fra møtet:

Michael Kaurin fortalte om oppdraget som kom fra Stortinget via Helse- og omsorgsdepartementet. En ønsker å vite utviklingen i private leverandører av helse- og omsorgstjenester, og særlig inndelt mellom ideelle aktører og kommersielle aktører. Videre ønsker en å vite hvorfor kommunene velger/velger bort private leverandører, og om det ev. er en særlig målsetning med ideelle tjenesteleverandører. SSB er gitt i oppdrag å tilgjengeliggjøre tallmateriale som viser status og utvikling i bruken av private tjenesteleverandører for følgende KOSTRA-funksjoner:

- 232 Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjenesten
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelser
- 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering
- 243 Tilbud til personer med rusproblemer
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene

Kaurin opplyste videre at Agenda Kaupang hadde fått oppdraget om å sammenstille data fra SSB og med intervjuer/kartlegging av kommunene. I første omgang ønsket en et kortfattet notat som drøftet og omtalte muligheter, begrensinger og datakvalitet i eksisterende datamateriale for at en kan produsere relevante tabeller med gode metadata som kan utnyttes i videre analyser av kommunenes bruk av private tjenestetilbydere. I tillegg var det ønskelig med oversikter og lister der det er relevant og hensiktsmessig.

Gunnar Claus presenterte hva SSB så langt hadde kommet fram til, og presiserte at tiden hadde vært knapp fra en fikk oppdraget. SSB leverte notatet 19. november. Her tok en for seg muligheter og begrensinger i følgende datatyper

- regnskap
- institusjonsplasser
- tjenestebrukere
 - timer/døgn

For hver datatype og funksjon ble det vurdert om det var mulig å fordele etter sektor/leverandør.

Via tjenesteleverandørens organisasjonsnummer i Enhetsregisteret er det mulig å skille mellom kommunale, kommersielle og ideelle tilbydere. KOSTRA regnskap er imidlertid ikke på virksomhetsnivå, og her kan en bare skille kjøp fra private i kommersielle og ideelle leverandører.

Omfanget av korrekt registrering av organisasjonsnummer varierer i kommunene, men har gradvis blitt bedre. For institusjon hadde 90 prosent av registreringene gyldig organisasjonsnummer i 2017,

mens de øvrige tjenestene med obligatorisk registrering 85 prosent gyldige organisasjonsnummer (<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kvalitet-i-iplos-registeret-2017>).

SSB poengterte at en med grunnlag i regnskapstallene kan skille ut kommuner som i liten grad bruker private leverandører. Det ble ellers påpekt at det ikke alltid er like lett å avgjøre om en virksomhet er privat eller ideell. I første omgang forholder SSB seg til hvordan virksomhetene er registrert i Enhetsregisteret. Herfra plukker en ut de kommunale virksomhetene og de private som gjennom KOSTRA skjema 5 eller IPLOS er registrert som leverandør av omsorgstjenester til kommunene, med unntak av private leger og fysioterapeuter med driftsavtale.

Tidspunkta for uttak fra Enhetsregisteret er sentralt, ettersom det har vært flere tilfeller der eierskapet til en virksomhet endrer seg endrer seg.

Omfanget av vikarer kan være vanskelig å skille ut fra registerdata, siden det rapporteres på samme måte som kjøp av helt andre tjenester, f.eks. regnskapstjenester.

Brynjar Skaar fra Bergen kommune måtte melde forfall på kort varsel, men skrev i e-post i forkant av møtet:

Interessant problemstilling. Vi i Bergen kjøper mye tjenester fra ideelle organisasjoner innenfor helse og omsorgsfeltet. Jeg ligger sannsynligvis inne med kjøp fra ideelle virksomheter på opp mot 900 mill. kr i 2018. I tillegg vil det være en del også innenfor barnevernsområdet.

I vår kommune venter vi at kjøp fra denne sektoren vil øke, spesielt etter at adgang til å reserve er konkurranse til kun å gjelde ideelle organisasjoner nå vil bli forskriftsfestet (forslag har vært på høring). (I Bergen starter et nytt sykehjem med 90 plasser opp i 2019, og det driftes av en ideell organisasjon.)

Problemet er vel at det ikke er så enkelt å skille ideelle virksomheter fra andre virksomheter kommunene kjøper tjenester fra. Det kan ikke uten videre skilles på organisasjonstype/-form. Mange er stiftelser, men flere og flere omdannes til aksjeselskap. I realiteten er en konkret vurdering av organisasjonens vedtekter den eneste måten man kan finne ut av dette på.

Sak 8. KOSTRA skjema 5: ubenyttede plasser i institusjon

v/ Dag Abrahamsen, SSB

(Oppfølging fra vårmøtet)

2017-tallene viser at flertallet av kommunene har eksakt samsvar mellom antall plasser i sykehjem og aldershjem slik bygningen er utformet, og plasser i drift:

	Institusjoner	Kommuner	Plasser
I alt	955	426	40401
Overbelegg (plass-i drift <0)	172	50	-594
Ledig plasser (plass-i drift >0)	108	78	819
Belegg 31.12 (grunnlag kun plasser)			99,4
Belegg 31.12 (grunnlag beboere ³ , tab 12293)			98,1

Det kan være flere grunner til ledige plasser:

- Ombygging

³ Gjelder beboere gjennom året med vedtak om opphold i institusjon (sykehjem, aldershjem og barnebolig, ekskl. avlastning).

- Ledige plasser (særlig korttids) 31.12
- Nedtrapping/omorganisering av tilbudet
- Utdaterte plasser (som til brukes kun ved særlig behov)
- Usikkerhet om spesialplasser som ØHD, trygghetsplasser eller statlige plasser skal inngå begge steder.

17 kommuner hadde mer enn 10 ledige plasser. De med flest ledige plasser var Oslo, Stavanger og Øvre Eiker. Disse kommunene hadde henholdsvis 133, 117 og 39 ledige plasser.

En undersøkelse av enkeltinstitusjonene som inngår for disse kommunene viser at det er rimelige forklaringer i merknadsfeltene for alle med stor ledig kapasitet, f.eks.:

- Sykehjemmet er i en omstillingsprosess, derfor redusert antall plasser i bruk/drift.
- Noen plasser er holdt ledig ved årsskiftet i forbindelse med omlegging til annen plasstype, noen er ikke belagt pga. dødsfall rett før nyttår.
- Vi har 32 plasser stående tomme grunnet nytt Sykehjem i 2016. 20 av disse plassene vil tas i bruk juni 2018
- På bakgrunn av korrespondanse per e-post med dere så registrerte vi denne institusjonen med 0 plasser. Institusjonen er registrert i 2017, men ingen drift før 2018.

På denne bakgrunn anser SSB det ikke som nødvendig å kontakte kommuner med stort antall ledige plasser, men vil være oppmerksom på problemstillingen og årlig vurdere om det er behov for å legge inn automatisk kontroll under utfylling her.

Fra møtet:

SSB har fått melding fra kommuner om at de ikke får synliggjort overbelegg når en rapporterer antall plasser. Av den grunn ble det for noen år tilbake innført en ny variabel, «plasser i drift», slik at ev. overbelegg eller underbelegg framkommer av differensen. I statistikken publiserer belegg for aggregert for den enkelte kommune i «Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall (K)», [tab 12293](#). Her er antall liggedøgn gjennom året dividert med 365 og så dividert med antall plasser for å få et bilde av belegg gjennom året.

Sammenstilling av plasser fra KOSTRA-skjema 5 og beboere fra IPLOS er en stor utfordring, siden populasjonene ikke er de samme. Registrering av avlastning er en ytterligere utfordring, og kan medføre større utslag i belegg når en sammenstiller plasser og beboere. Det er derfor klart at enkelte kommuner har mistenkelige tall for belegg, og her bør årsaken avklares og feil om mulig rettes.

Oppfølging:

A. Beregning av belegg

Gjennomgås, og justeringer i beregning vurderes

Ansvar: SSB

Frist: 15.2.2019

B. Rutinemessig kvalitetskontroll

Sammenstilling av antall beboere fra IPLOS med antall plasser fra KOSTRA-skjema 5 gjøres rutinemessig på virksomhetsnivå som en del av kvalitetskontrollen.

Ansvar: SSB

Frist: 15.4.2019

Sak 9. Hyppigare publisering i KOSTRA

v/ Trond Ekornerud, SSB

Ei av sakene på dagsorden i møtet i samordningsrådet 12. september var hyppigare publisering i KOSTRA. Saka blei lagt fram av Ann-Kristin Brændvang på vegne av seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk. Bakgrunnen er ei omlegging av produksjonsløpet i KOSTRA (KOMPIS) som gir nye moglegheiter når det gjeld hyppigare publisering. I tillegg gir hyppigare rapportering i a-ordninga (kjelda for tal over sysselsette og årsverk) og KPR (data om helse- og omsorgstenesta i kommunane) nye moglegheiter i framtida. Det er elles fanga opp via kvalitetsgjennomgangen av sosialstatistikken til SSB at enkelte brukarar har behov for hyppigare data enn den årlege publiseringa som er tilfelle no.

Ein føresetnad for å gå vidare med dette er at gevinsten må vera større enn meirarbeidet. Tanken er å gjera etterspurde data tilgjengeleg utan å auka rapporteringsbyrda. Samstundes kan hyppigare publiseringar kanskje avlasta for ulike særreporteringar på dei ulike kommunale tenesteområda. Ein fordel SSB har i så tilfelle er å publisera same informasjon til alle landet sine brukarar samstundes.

På møtet blei det bedt om at samordningsrådet tok inn i mandatet til KOSTRA-arbeidsgruppene for 2019 eit eige punkt der ein skal kartleggja om det er behov for hyppigare publisering på dei ulike tenesteområda. Samordningsrådet stilte seg positive til forslaget og vedtok å ta inn eit eige punkt om dette i mandatet til arbeidsgruppene for neste år.

I kartlegginga som arbeidsgruppene skal gjennomføra må ein blant anna ta stilling til om det er eit reelt brukarbehov, kva indikatorar det er aktuelt for å publisera oftare og kor ofte ein skal ha hyppigare publiseringar. Seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk vil få i oppgåve å utarbeida ei felles sjekklister som alle KOSTRA-arbeidsgrupper skal nytta seg av i kartlegginga. Den felles sjekklister er enno ikkje utarbeidd.

Frå møtet:

Det blei orientert om at det i mandatet for KOSTRA-arbeidsgruppene for 2019 står at alle arbeidsgruppene skal kartleggja behova for hyppigare publisering enn den årlege (15.mars og 15.juni) i framtida. Det skal utarbeidast ei sjekklister som alle arbeidsgruppene skal svara på i neste års rapport til Samordningsrådet, og saka må behandlast formelt på arbeidsgruppemøtet våren 2019. Ein føresetnad for å gå vidare med dette er at gevinsten må vera større enn meirarbeidet. Tanken er å gjera etterspurde data tilgjengeleg utan å auka rapporteringsbyrda. Det finst per i dag fleire data som blir samla inn hyppigare enn ein gong i året. Dette gjeld mellom anna data i a-ordninga (månadlege rapporteringar), KOSTRAs kommunerekneskap og KPR (på litt lengre sikt).

Helsedirektoratet stilte seg positive til hyppigare publiseringar. Det same gjorde Oslo kommune. KS var òg positive, men understreka at føresetnaden er at det ikkje aukar den totale rapporteringsbyrda til kommunane. HOD poengterte at det var viktig med så ferske tal som mogleg. Særleg ser ein nytta når siste årgangen er meir enn eitt år gamal.

SSB peika på at KOSTRA sitt nye produksjonssystem vil gjera det enklare med hyppigare publiseringa på noko sikt. Samstundes understreka SSB at det ved fleire publiseringar av same årgang er viktig å merka publiseringsdato tydeleg. I tillegg må ein ta høgde for ekstra arbeid når det gjeld kvalitetssikring, det er ikkje berre å publisera med ein gong nye tal er tilgjengelege. I denne samanheng peika Oslo kommune på avvik mellom SSB-tall og sin eigen Oslo-statistikk, og lurte på om det kunne skuldast ulike tidspunkt for uttak. Dei sender over eksempel for analyse og oppfølging.

Oppfølging:

A. Intern drøfting

SSB følger opp og sender ut sjekklister for kartlegging av behov i god tid før neste arbeidsgruppemøte.

Ansvar: SSB

Frist: 15.1.2019

Alle blei bedne om å drøfta dette nærmare i sine etatar og ha synspunkt klare til saka skal behandlast i arbeidsgruppa våren 2019.

Ansvar: Alle

Frist: 1.3.2019

B. Sjekk av Oslo-tal

Oslo kommune sender over eksempel på avvik KOSTRA-Oslo-statistikken

Ansvar: Oslo kommune

Frist: 15.1.2019

Sak 10. Frisklivssentralar i kommunane 2013-2016

v/SSB

SSB publiserte rapporten «[Frisklivssentralar i kommunane - Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013-2016](#)» 23.august. Rapporten er i stor grad basert på den utvida kartlegginga av frisklivssentralar i KOSTRA-skjema 1 i 2013 og 2016. I tillegg blei det gjennomført telefonintervju med utvalde kommunar utan frisklivssentralar.

Frisklivssentralar er eit lågterskeltilbod for endring av levevanar, og stadig fleire kommunar etablerer tilbodet. 3 av 5 kommunar hadde etablert frisklivssentral i 2017, ei dobling sidan 2011. Det har vore ein auke i personell og deltakarar, men det finst store regionale forskjellar i tilbodet.

Målgruppa er personar i alle aldrar som har auka risiko for, eller som har utvikla, sjukdom og treng hjelp til å endre levevanar og meiste sjukdom. Dette gjeld mellom anna dei med samansette og langvarige helseplagar og dei som ikkje finn seg til rette andre stader, som til dømes på tradisjonelle treningssenter. I tillegg er det ei målsetjing at frisklivssentralar skal bidra til å motverke sosiale forskjellar i levevanar og helse i befolkninga.

Kartleggingane av frisklivssentralar som blei gjennomført av SSB for rapporteringsåra 2013 og 2016 gjer det mogleg å sjå nærare på denne førebyggjande helsetenesta i kommunane både når det gjeld etablering, organisering, personellressursar, aktivitet og samarbeid med andre aktørar etter ulike regionale bakgrunnskjenne-teikn. Det at ein har to måletidspunkt, gjer det dessutan mogleg å sjå på utviklinga mellom 2013 og 2016.

Resultata viser at stadig fleire kommunar etablerer frisklivssentralar, og at talet på personellressursar og deltakarar aukar. Samstundes er det regionale forskjellar både når det gjeld delen som har etablert tilbodet, personellressursar og deltakarar. I 2017 hadde 60 prosent av kommunane etablert frisklivssentralar. I perioden 2011-2017 har det vore over ei dobling av kommunar som har fått tilbodet. Utviklinga flatar rett nok ut dei siste tre åra i perioden. Etableringa av frisklivssentralar har kome lenger på veg i enkelte fylke enn andre, og det er særleg blant store kommunar i sentrale storkommuner med tilbodet er høgast i 2016. Når det gjeld tilbodet som blir gitt, viser resultata at det er fylkesvise forskjellar og at tilbodet er mest omfattande i større og meir sentrale kommunar. Det var 248 avtalte årsverk tilsett ved frisklivssentralar i 2016, som er ein auke på om lag 30 prosent frå 2013. Fysioterapeutar utgjør den klart største yrkesgruppa med over halvparten av årsverka. Det var 27 000 personar som deltok ved eitt eller fleire av tilboda i kommunar med frisklivssentralar i 2016. Dette er ein auke på 11 000 personar, eller 70 prosent, frå 2013. Utviklinga mellom 2013 og 2016 viser at det har vore ein auke både når det gjeld kommunar som har etablert tilbodet, personellressursar

og talet på deltakarar etter dei regionale bakgrunnskjenneiteikna fylke, kommunestorleik (målt i folketal) og sentralitet. Samstundes har forskjellane mellom 2013 og 2016 stort sett har blitt mindre når det gjeld personellressursar og innhaldet ved sentralane etter dei same regionale bakgrunnskjenneiteikna.

I intervju med utvalde kommunar utan frisklivssentral kjem det fram at det i all hovudsak er sekundærførebyggjande helsetilbod som blir gitt til innbyggjarane. Det betyr tilbod til personar som allereie mottok tenester gjennom den kommunale helse- og omsorgstenesta. Sjølv om nokre kommunar tilbyr lågterskeltilbod tilsvarande kurs som blir gitt ved frisklivssentralar, har mesteparten ikkje liknande tilbod i kommunal regi. Men det finst ofte ein del supplerande lågterskeltilbod i privat eller friviljug regi som kan sjåast som førebyggjande og helsefremjande arbeid, som turlag, friviljugsentralar og aktivitetskaféar for einskilde brukargrupper, til dømes personar med psykiske lidningar. Fleire kommunar med stram økonomi opplever elles det som utfordrande å få politikarar til å skjønne verdien av førebyggjande helsearbeid, og at dette som oftast blir nedprioritert til fordel for andre helsetenester. Fleire kommunar rår helsemyndigheitene til å gjere den nasjonale rettleiaren for frisklivssentralar meir tilpassa alle typar kommunar. Fleire opplever at rettleiaren rettar seg særleg mot store kommunar i sentrale strok. Det er vidare ønske om at tilskot til førebyggjande helsearbeid blir øyremerka i større grad i framtida.

Frå møtet:

Hovudresultat og funn frå rapporten blei presenterte på møtet, både resultat frå den utvida kartlegginga frå 2013 og 2016, samt utviklinga i perioden. I tillegg blei resultat frå telefonintervju med ni utvalde kommunar utan frisklivssentral om deira førebyggjande helsetilbod presentert.

KS var kritiske til effekten av frisklivssentralar som ein del av folkehelsearbeidet og sakna dokumentasjon på tilbodet hadde positiv effekt. Det kan vera andre tilbod som er vel så effektive for å betra folkehelsa i kommunane. Samstundes så KS nytta i å bruka rapporten som utgangspunkt for meir detaljerte undersøkingar.

Helsedirektoratet meinte det er utfordrande å studera effekten av ulike tilbod og vurdera kva tilbod som har best effekt. I så tilfelle må ein studera dei ulike tilboda over ein lengre tidsperiode. Dei understreka at dette er eitt av fleire tilbod ein kommune kan velja å organisera det førebyggjande helsetilbodet på, og at det er heilt i orden at kommunar har ulike variantar.

HOD poengterte at frisklivssentralar spela ei viktig rolle for oppfølging hos risikogrupper, for eksempel ved lærings- og meistringstilbod.

SSB understreka at rapporten deira ikkje tek sikte på å vurdera effektane av tilbodet som blir gitt ved frisklivssentralar. Til det har ein ikkje tilstrekkeleg med resultatdata i materialet. Det blei samstundes vist til fleire enkeltstudiar som dokumenterer at deltakarar som har nytta seg av eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralar har hatt god effekt av dette. Ein doktorgradsavhandling, som har detaljerte brukardata frå utvalde frisklivssentralar skal sjå på effektane av deltaking på ulike kurs og tilbod. Denne avhandlinga vil truleg vera ferdig innan utgangen av året. Sjølv om telefonintervju, som blei gjennomført i samband med SSB-rapporten, ikkje inkluderte alle kommunar utan frisklivssentral, er det nokså tydeleg at dei ikkje har tilsvarande førebyggjande helsetilbod som blir gitt ved frisklivssentralar. Det nærmaste ein kjem er i dei største kommunane som var med i utvalsundersøkinga. Eit anna interessant funn frå telefonintervju er at kommunar med spreidd busetjing ikkje ser på det som føremålstenleg å organisera det førebyggjande helsetilbodet i frisklivssentralar så lenge målet er at det skal vera eit lågterskeltilbod.

Ein hadde samanlikna kommunar som hadde hatt tilbodet i lengre enn tre år og dei som hadde etablert det innan tre år. Resultata viser at kommunar som har hatt tilbodet over ein lengre periode stort sett har eit meir utbygd tilbod både når det gjeld ulike tilbod og kurs, personellressursar og talet

på deltakarar enn dei som nyleg har etablert det. Analysane frå rapporten avdekka òg at det er ein god del kommunar som har etablert tilbodet, men valt å leggja ned etter perioden på tre år med etableringstilskot er ferdig.

Sak 11. St. melding "Leve hele livet" – Brainstorming - hvordan følger opp med statistikk?

v/ Helsedirektoratet/SSB

Innspill fra Helsedirektoratet (Linda Haugan):

Er det muligheter for å innhente noe/utvikle noe via KOSTRA? Kan vi allerede nå se på hvilke muligheter vi evt. kan utvikle gjennom KOSTRA data innsamling?

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/>

Frå møtet:

Ein rakk ikkje å gå inn på denne saka grunna tidsnaud. KS understreka at rapporten ikkje inneheld nye lovpålagte oppgåver, men at den kan gje kommunane hjelp til å definera sine eigne utfordringar og inspirasjon til korleis desse kan løysast.

Oppfølging:

Kvar av deltakarane tek med seg rapporten heim og drøftar i sitt miljø.

Ansvar: Alle

Saka takast opp på neste møte i arbeidsgruppa, som er satt til 1.-2.4.2019