



Dra 5.7.2019

KOSTRA arbeidsgruppemøte helse-omsorg 1.-2.4.2019

Referat

Dagsorden

Mandag 1.4.2019 kl. 9.30 – 15.45

Sak 1.	Oppfølging fra forrige arbeidsgruppemøte 27.11.2018.....	3
Sak 2.	Datainngang/publisering 15.3.2019.....	6
Sak 2.1	IPLOS.....	6
Sak 2.2	KOSTRA.....	6
Sak 2.2.1	Skjema 1 Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	6
Sak 2.2.2	Skjema 4 Helse- og omsorgstjenester – samleskjema.....	6
Sak 2.2.3	Skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner.....	6
Sak 3.	Kommunalt Pasient- og brukerRegister (KPR) - status/framdriftsplan.....	7
Sak 3.1	IPLOS-innsending til KPR.....	7
Sak 3.2	KPR-planer/status.....	8
Sak 4.	IPLOS-planer.....	9
Sak 4.1	Nyheter i IPLOS.....	9
Sak 4.2	Boliger.....	9
Sak 4.3	IPLOS-publisering i KOSTRA.....	10
Sak 5.	Leve hele livet.....	10
Sak 5.1	Utvidet bruk av allerede tilgjengelige data?.....	11
Sak 5.1.1	Demografi – hvem skal forsørge en stadig eldre befolkning?.....	11
Sak 5.1.2	Utgifter, brukerdata og personell knyttet til mat.....	11
Sak 5.1.3	Aktivitetstilbud.....	13
Sak 5.2	Innspill på nye skjemaspørsmål.....	13
Sak 5.2.1	Bruk av teknologi?.....	13
Sak 5.2.2	Matservering?.....	13
Sak 6.	Frisklivssentraler, pkt. 5.2: Utvidet med nye spørsmål i KOSTRA-skjema 1 for 2019?.....	14
Sak 7.	Årsverk helsestasjon/skolehelsetjeneste.....	16
Sak 8.	Øvrige spørsmål tilknyttet KOSTRA skjema 1, kommunehelse.....	18
Sak 8.1	Pkt. 2.1/3.1 F256 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold - timeverksføring for leger og fysioterapeuter.....	18
Sak 8.2	Pkt. 2.1: Avtalte legetimer per uke til legevakt.....	19
Sak 8.3	Pkt. 4.2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hjemmebesøk.....	19
Sak 8.4	Pkt. 4.2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kontroller.....	19
Sak 8.5	Pkt. 5.1 Organisering av annet forebyggende arbeid.....	20
Sak 8.6	Punkt 6-1 Re-/habilitering.....	21
Sak 9.	((Hverdags-)re-)habilitering – endringer i KOSTRA funksjonskontoplan.....	22
Sak 10.	Statistikk for brukere som har kombinasjon av tjenester.....	23



Sak 11.	Ny beregning for belegg i institusjon?	25
Sak 11.1	Årsaker til avvik mellom plasser i drift og tilgjengelige plasser	25
Sak 11.2	Sammenstilling av plasser i KOSTRA skjema 5 og beboere i IPLOS – beregning av belegg 27	
Sak 11.3	Ventelister.....	29
Sak 11.4	Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass	29
Sak 11.5	Oppfølging av belegg	30

Tirsdag 2.4.2019 kl. 9 – 15

Sak 12.	Beregning av tid brukt på hjemmetjenester.....	31
Sak 12.1	Ny registrering «ressursinnsats».....	31
Sak 12.2	Timesetting i bofellesskap	32
Sak 12.3	Utvide tabell med timetall per tjeneste med gjennomsnittlig vedtakstid?	32
Sak 13.	Registerbasert sysselsettingsstatistikk.....	33
Sak 13.1	Hvordan lages personelltall for helse- og omsorgstjenester?.....	33
Sak 13.2	Ny beregning av arbeidstid	33
Sak 13.3	Endring i uttak fra helsepersonellregister	33
Sak 14.	Målgrupper i hjemmetjenesten.....	34
Sak 14.1	Kommunenes inntektsfordelingssystem	34
Sak 14.2	Mer detaljerte utgiftstall for hjemmetjenester.....	35
Sak 15.	Heldøgnstilbud	37
Sak 15.1	Hva er institusjon/bolig?.....	37
Sak 15.2	KOSTRA skjema 5	37
Sak 15.2.1	KOSTRA skjema 5, punkt 3 rom.....	37
Sak 15.2.2	Samlokalisering/integrerte tjenester	37
Sak 15.3	KOSTRA skjema 4 – Beboere/plasser i boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet 38	
Sak 15.4	Hjemmetjenestekartlegging høsten 2019?	40
Sak 16.	Utskrivningsklare pasienter psykiatri og rus – hvilken KOSTRA-funksjon skal brukes? ...	41
Sak 17.	Spørreundersøkelser	42
Sak 17.1	Evaluerer av nye KOSTRA	42
Sak 17.2	Behov for hyppigere publisering	45
Sak 18.	Gjensidig informasjon om gjennomførte og planlagte undersøkelser/rapporter i kommunene utenom KOSTRA	47
Sak 19.	Forslag til nye indikatorer og grunnlagstall fra eksisterende data	47
Sak 20.	Oppfølging	49
A.	Vedlegg: KS/ASSS: Vedrørende splitting av funksjon 254.....	54



Tilstede:

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), omsorgstjenesteavdelingen: Toril Berge Flatabø, Trond Nygaard

Helsedirektoratet: Mette O. Grimeland, Linda Haugan, Inger Merete Skarpaas (sak 5-9), Kristine Hartvedt (sak 5-9)

KS: Anne Gamme, Anne Jensen (sak 12-20), Martin Fjordholm

Tolga kommune: Kjetil Brodal

Oslo kommune: Elisabeth Bøe

SSB: Dag Abrahamsen, Trond Ekornrud, Merete Thonstad, Gunnar Claus, Eiliv Mørk, Kari Solaas Paulsen, Linda Allertsen (sak 1-11.3), Arne Jensen (sak 1-15), Emil Vågnes (sak 1-14), Fatima Valdez Haugstveit (sak 12), Stine Bakke (sak 13), Christoffer Berge (sak 13).

Ikke møtt:

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet
- Bergen kommune
- Hamar kommune

Sak 1. Oppfølging fra forrige arbeidsgruppemøte 27.11.2018

Dokumentasjon:

Referat fra KOSTRA arbeidsgruppemøte 27.11.2018:

<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/382481?ts=169c3bea0e0>

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.	Helsedir	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	Sak 15 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	Helsedir	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, SSB foreslår ytterligere noen justeringer. Sakene 6 og 8.
3b)	KOSTRA-funksjon 254 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. Sak 14 og vedlegg A.
4	Kombinasjon av tjenester: Oslo kommune gir tilbakemelding på møtet til våren om status for uttrekk fra fagprogramleverandør	Oslo kommune	Oslo kommune tar gjennomgang på møtet 1.-2.4.2019, sak 10.
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, sak 9.
4	Ressursinnsats: Analyse av variabelen ressursinnsats mot timevedtak	SSB	Ikke gjennomført, siden IPLOS-data fra KPR ikke er klar pr 19.3.2019. Tas opp i sak 13.
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. Sak 17.1.
8	Beregning av belegg: Gjennomgås, og justeringer i beregningen vurderes.	SSB	Gjennomgås på møtet 1.-2.4.2019, sak 11.
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, sak 11.2.
9	Hyppigere publisering i KOSTRA: SSB sender ut epost og etterspør behov.	SSB og alle	Sendt ut 3 spørsmål på epost til arbeidsgruppen 20.3.19



	Medlemmene i arbeidsgruppen svarer, på vegne av sine respektive instanser. Dette diskuteres nærmere på vårens arbeidsgruppemøte.		Gjennomgås på møtet 1.-2.4.2019, sak 17.2.
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, sak 5.

Fra møtet:

SSB orienterte:

Flere av sakene var planlagt gjennomgått på arbeidsgruppemøtene 1.-2.4, og ble derfor ikke kommentert under punkt 1. En sak som SSB ikke har fått fulgt opp, er 2 C) om en oversikt over hvor man nå kan finne de gamle faktaarkvariablene i Statistikkbanken. Målsetningen er å ha noe klart til KOSTRA-publiseringsen 17. juni.

Forsinkelser i tilgangen til brukerdata fra IPLOS medfører at flere saker som avhenger av disse dataene dermed også forsinkes, bl.a. 4) Ressursinnsats.

Oppfølging:

Tiltak som skal følges opp, og ikke tas opp i saker nedenfor	Ansvarlig	Status 25.4.2019
Personelltall: Fordeling av årsverk etter funksjon/yrke	SSB	Påbegynnes 4. kvartal 2019
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
Ny publiseringsløsning KOSTRA: SSB lager oppstilling av hvor de tidligere nøkkeltallene og variabler de bygger på kan finnes. Endringer i innhold og fjerning av nøkkeltall kommenteres i eget notat.	SSB	Ny frist: 1.6.2019
Avvik i tall, Oslo kommune og SSB: Oslo kommune sender over eksempel på avvik KOSTRA-Oslo-statistikken	SSB	Avventer IPLOS-data for 2018.



Sak 2. Datainnngang/publisering 15.3.2019

Brukerdata fra omsorgstjeneste forsinket: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/data-om-brukere-av-omsorgstjenester-forsinket>

Fra møtet:

SSB orienterte:

Sak 2.1 IPLOS

Fra og med rapporteringsåret 2018 drifter ikke SSB lenger IPLOS-registeret, det er Helsedirektoratet som nå både eier og drifter det i Kommunalt Pasient- og brukerRegister (KPR). Det har vært noen oppstartsutfordringer. Mens alle kommuner hadde sendt inn IPLOS-data for 2017-årgangen innen januar 2018, er det fremdeles en del som mangler i Helsedirektoratets KPR-register i slutten av mars 2019. Data for de som er sendt inn er nå mottatt hos SSB, men fremdeles gjenstår en del programmering og kvalitetskontroller før SSB kan vurdere publisering i KOSTRA. I samarbeid med Helsedirektoratet har SSB lagt ut informasjon om forsinkelsen av IPLOS-data til publiseringen 15.3., som angitt over. Målsettingen for SSB er å publisere de IPLOS-dataene som inngår i KOSTRA-systemet så snart som mulig, senest til publiseringen av endelige tall 17.6.19.

Sak 2.2 KOSTRA

SSB har hatt noen utfordringer med purre rutinene i KOSTRA i år. Det var derfor marginalt færre innsendte skjema enn i fjor til publiseringen av foreløpige KOSTRA-tall 15.3.

Sak 2.2.1 Skjema 1 Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

17 kommuner hadde ikke sendt inn skjemaet før publisering, mot 11 i fjor. Det var en del spørsmål knyttet til delen om årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og om føring av legetimer til Ø-hjelp døgnoophold.

Sak 2.2.2 Skjema 4 Helse- og omsorgstjenester – samleskjema

Manglet for to små kommuner ved publisering. Generelt få spørsmål.

Sak 2.2.3 Skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner

Alle sykehjem var sendt inn før publisering, kun 2-3 barneboliger/avlastningsboliger manglet. Populasjonen er basert på organisasjonsnummer, men noen ganger har en bare nummeret til hovedkontor. Det gir noen problemer med identifikasjon av barneboliger og avlastningsboliger. SSB har full kontroll på organisasjonsnummer til alders- og sykehjem.

For 2017-årgangen innførte SSB nye kontroller i skjema 4 og 5 ved at man automatisk fikk opp tall fra forrige rapportering for hhv. beboere i bolig og plasser. Dette har nok ført til færre feil og bedre datakvalitet. Det kan selvsagt være en viss fare for å reproducere feil, men antakelig er det ikke mye av det.

Ved publiseringen av foreløpige helse- og omsorgstall 15.3. trodde SSB det ville toppe seg med spørsmål. I fjor hadde KOSTRA backup i gammelt faktaarksystem for dem som ikke fant frem i det nye. En har fått en del spørsmål, men likevel overraskende rolig. Statistikkbanktabeller for hhv. kommunehelsetjenesten og omsorg finner man her:

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



Regnskapsstatistikken har også gått rimelig greit, det har vært få som ikke finner tall. Lenker til noen av artiklene ved KOSTRA-publiseringen:

<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/nokkeltall-for-kostra--381023>
<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/statistikker/kostrahoved/aar-forelopige>

I Statistikkbanken er det nå færre variabler i hver tabell, men flere og mer temabaserte tabeller enn før. SSB ser at det er behov for noen justeringer her etter hvert. Over påske skal en ha en språk gjennomgang av tabellene, så det kan bli nye overskrifter o.l. .

Ny beregning av årsverk fra register ble for øvrig innført i år, mer om det i sak 13.

Konklusjon:

Arbeidsgruppen tar saken til orientering.

Sak 3. Kommunalt Pasient- og brukerRegister (KPR) - status/framdriftsplan

Fra møtet:

Mette Grimeland, Helsedirektoratet, orienterte:

Sak 3.1 IPLOS-innsending til KPR

IPLOS-rapporteringen er av ulike årsaker sterkt forsinket. Særlig på den tekniske siden var det større utfordringer enn man hadde forutsett. I seg selv vil endring av adressat for innrapportering medføre en del tekniske endringer. I tillegg har noen kommuner byttet IT-leverandør, bl.a. pga. kommunesammenslåing. Helsedirektoratet har hatt jevnlige møter ca. én gang i uken med SSB om status, og har i slutten av mars begynt å overføre data til SSB. 414 kommuner har sendt inn på nytt format pr. 1.4.2019. Helsedirektoratet har publisert resultater på innsendte data fom. 22.3.2019. På egen nettside kan kommunene se egne innsendte data og sjekke antall brukere av ulike tjenester i kommunen, og gi tilbakemelding om de oppdager feil. Siden gir oversikt over antallet brukere for enkelttjenester gjennom året og endring fra fjoråret. Kommunene har meldt tilbake at dette er oversiktlig og gir et greit bilde. De har frist for å sende inn på nytt 12. april hvis de skal være med i KOSTRA-publisering 17.6.2019 (Det har vært ca. samme tidspunkt som IPLOS tidligere har blitt «frosset».) Kommunesidene ligger åpent på nett, så alle kan gå inn å sjekke. Helsedirektoratet vet foreløpig ikke hvor mange som bruker nettsiden.

Resultater på innsendte data:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>

Det er planer om utvidelse for å få med flere kvalitetskontroller på Dashbordet der omsorgsdataene etter hvert skal komme inn. Nå ligger bare KUHR-data der, jf.

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/3c591a8e-6ee0-4273-8194-41d81da8917f?e=false&vo=viewonly>

Her finnes en statistikkbank der data kan hentes på en enkel måte; filer og Excel mv. Det kan også lages søyler, diagrammer og kart. En kan velge å ta ut landet og flere kommuner på en gang.

Generell informasjon om KPR (bruk, reservasjon, innsyn mm):

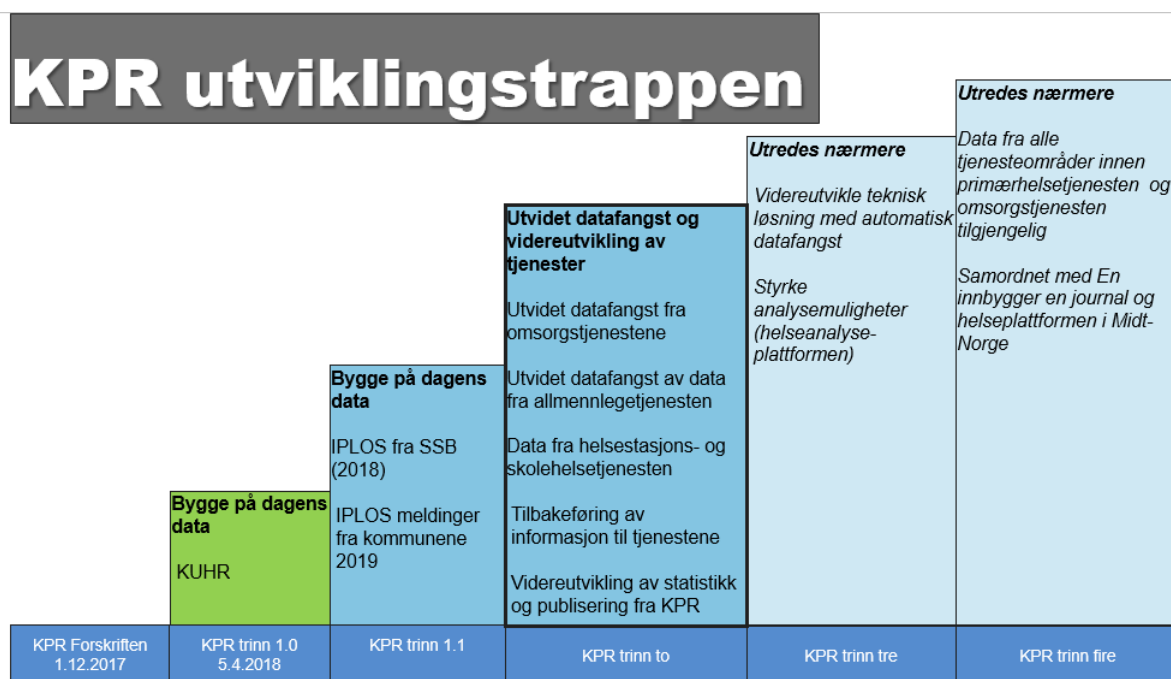
- <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>



Sak 3.2 KPR-planer/status

Utviklingstrappen:

Nå har Helsedirektoratet kommet til trinn 2 av KPR utviklingstrappen. Det jobbes med å se på datafangst fra helsestasjoner og skolehelsetjenesten samt allmennlegetjenesten. En skal også utvide datafangsten fra omsorgstjenesten, og sikre datakvaliteten både for nye og allerede eksisterende data.



Figur 1 KPR utviklingstrapp

Utvikling og tilgjengeliggjøring av KPR-data med data innhentet fra:

- eksisterende henvisningsmeldinger og PLO-meldinger som går mellom aktører i helsesektoren
- helsestasjon og skolehelsetjeneste
 - Her er det i gang et arbeid med å definere egne meldingstyper. Det arbeides med en kravspesifikasjon, som blir enkel og overordnet. I første omgang registreres ting som konsultasjoner, høyde, vekt og hodeomkrets
- epikrisemeldinger
- øyeblikkelig hjelp døgnoophold (ØHD) - mange ulike organiseringer

Konklusjon:

Arbeidsgruppen tar saken til orientering.



Sak 4. IPLoS-planer

Fra møtet:

Mette Grimeland, Helsedirektoratet, orienterte.

Sak 4.1 Nyheter i IPLoS

Følgende nyheter for IPLoS ble presentert:

- 2 nye funksjonsvariabler:
 - Opplevelse av trygghet
 - Initiativevne
- Rapportering av legemiddelgjennomgang og vurdering av risiko for underernæring
 - «ikke relevant» utgår som svaralternativ
- Nytt kodeverk på IP og koordinator (samordnet med NPR)
- 2 nye opplysninger på velferdsteknologi:
 - Elektronisk medisineringsstøtte
 - Digitalt tilsyn
- Rapportering av venteliste på langtidsopphold og bolig tilsvarende tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester
 - Rapportering av om det samlede tilbudet til tjenestemottaker er å anse som et heldøgns tjenestetilbud
- Underkategoriene knyttet til boligrapporteringen utgår
- Omsorgsbolig og annen bolig slås sammen til «bolig som kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål»

Det har vært mange møter med IT-leverandører for å få dette på plass. Frist for å spikre kravspesifikasjoner er 1. april 2019. Nye områder/variabler som skal på plass har vært etterspurt fra ulike hold, og det arbeides nå med å få definisjoner på plass i samarbeid med relevante aktører.. Det jobbes med å få på plass bedre muligheter for rapportering av dato på alle variablene. SSB har erfart viktigheten av at datoer er riktig utfylt når analyser skal gjøres.

KS ønsket å jobbe sammen med Helsedirektoratet om beskrivelser og sammenhenger for de to nye opplysningene på velferdsteknologi og rapportering av "heldøgns".

Sak 4.2 Boliger

Det er viktig at kommunene har samme forståelse for hva som menes med «heldøgns helse- og omsorgstjenester», jf. KS og HODs notat «[Heldøgns](#)».-

Det skal bli endringer i IPLoS-registreringen ift. boliger. Alle typer bolig til omsorgsformål skal registreres uavhengig av bemanning. SSB gjorde en kartlegging i 2018 av ulike typer boliger på oppdrag av KMD/Husbanken. Det ble vurdert at omsorgsboliger som egen kategori under kommunale boliger ikke var heldig. En vil i stedet definere «omsorgsboliger» som boliger kommuner disponerer til omsorgsformål, ikke avgrenset av husbankstilskudd. Helsedirektoratet var opptatt av hvordan endringene skal beskrives for kommunene. De hadde hatt temadager i fjor høst med kommunene, som ønsket endringene velkommen. Boligregistrering kan nok være utformet litt ulikt hos de ulike IT-leverandørene, så det er viktig at det ligger på et logisk sted i verktøyene. Leverandørene har hatt hendene fulle med det som nå skal ut, så 2019-årgangen vil derfor kunne ha usikker datakvalitet.



SSB spilte inn at det kan være hensiktsmessig å lage ny kartlegging av hvor mye av heldøgnsstilbudet som foregår i hjemmetjenesten. En får ulike svar avhengig av hvem en spør, å gå ned på adressenivå kan derfor være hensiktsmessig.

Sak 4.3 IPLOS-publisering i KOSTRA

SSB tar sikte på å publisere IPLOS-data i KOSTRA 17. juni 2019. Det er viktig å få dokumentert rollefordelingen mellom Helsedirektoratet og SSB mht. kvalitetskontroll og kommunikasjonen med kommunene. SSB har mulighet til en bredere kontroll av dataene, særlig ved å kunne sammenstille brukerdataene med andre typer data, som f.eks. regnskap, plasser og personelltall. SSB anbefaler at det også som før publiseres en kvalitetsrapport når endelige tall foreligger. For 2018-årgangen kan det ikke utelukkes en oppdatering etter juni-publiseringsen. I 2020 ønsker SSB data tilsendt fra Helsedirektoratet 15.1., siden det må påregnes mest mulig kvalitetskontroll frem mot publisering 15.3.

Helsedirektoratet påpekte at det er mye arbeid i kommunene i år med forberedelser til kommunesammenslåinger. Det er mange kommuner som for eksempel skal bytte fagprogram. I den forbindelse er det fra Helsedirektoratets ståsted viktig å ha god dialog med kommunene i forbindelse med neste innsending. Noen har foreslått innsending innen 31.12.2019, siden det er fare for at tilgang til en del utgående fagsystemer slettes 1.1.2020.

Konklusjon:

Arbeidsgruppen tar saken til orientering.

Sak 5. Leve hele livet

Saksdokument:

[Leve hele livet](#) Stortingsmelding 15 (2017-2018)

Fra møtet:

Dag Abrahamsen, SSB, innledet.

Reformen «Leve hele livet» ble introdusert i mai 2018. Det skal være opp til kommunene å velge hva de synes er mest hensiktsmessig å tilby av tjenester ifm. reformen. Deltakerne i arbeidsgruppen har vært oppfordret til å komme med innspill til potensielle indikatorer. KS understreket at reformen skal være såkalt nedenfra og opp. En ser ikke for seg at det vil være likt i alle kommuner i hele landet. Det er opp til kommunene selv hvordan de skal arbeide, og hva de skal satse på. På bakgrunn av dette mente KS at det ikke er hensiktsmessig med rapportering fra alle kommunene for statistikkformål på dette området. De tenker likevel at det som gjøres vedrørende statistikk om heldøgns omsorg er en viktig pilar i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, og som passer veldig godt inn i «Leve hele livet». SSB påpekte at statistikken ikke bare skal måle det som er lovpålagt, men også vise forskjeller, nettopp for å få fram at kommunene velger ulike løsninger. KS frykter imidlertid at statistikken kan gi et press for å endre tilbudet i kommunene, og det må unngås. Helsedirektoratet støttet KS, og mente det er for prematurt til å ta med noe i skjema om reformen. Dette er satt ut på oppdrag av Helsedirektoratet, og ulike miljøer skal se nærmere på området. Gruppen må se på dette internt først, og så vil man kunne se måter man kan nærme seg dette på. En kan ikke kalle et sett indikatorer for «Leve hele livet» - og si at dette er det vi skal måle på.

KS tok initiativ til et møte over sommeren om kvalitetsmåling i helse- og omsorgstjenesten med deltakere fra arbeidsgruppen og ev. andre relevante.



Oppfølging:

KS kaller inn til et møte over sommeren om kvalitetsmåling i helse- og omsorgstjenesten med deltakere fra arbeidsgruppen og ev. andre relevante aktører.

Kom opp i ettertid

Dato for samling satt til 20.9.2019

Sak 5.1 Utvidet bruk av allerede tilgjengelige data?

Sak 5.1.1 Demografi – hvem skal forsørge en stadig eldre befolkning?

Det er stor og stadig større variasjon mellom kommunene når det gjelder forholdet mellom antall innbyggere i yrkesaktiv alder og antall eldre, såkalt «aldersbæreevne». Generelt blir aldersbæreevnen mindre i de alle fleste kommuner.

SSB foreslår at følgende indikatorer vurderes:

- Antall i yrkesaktiv alder 18-66 (ev. sysselsatte) av antall 80+
- Andel eldre av innbyggere totalt

En enklere og mer umiddelbar indikator enn aldersbæreevne er «andel eldre», basert på antall eldre 80 år og over. Mye kan tyde på at utfordringen er særlig store i mindre kommuner:

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldre-utfordringen-kan-vaere-storre-for-mindre-kommuner>

Fra møtet:

SSB opplyste om at alderskategorier vil bli lettere tilgjengelig i Statistikkbanken i løpet av året. Det finnes også muligheter for å lage behovsprofiler med levekårsdata, som andel uføre og enslige forsørgere. Det er økende aldersubalanse i kommunene, med stadig flere eldre ift. yngre og sysselsatte. Dette måles i «aldersbæreevne». Arbeidsgruppen mente tanken var god, men figurene som ble presentert var ikke veldig lette å tolke. KS var positive til at det ble brukt allerede eksisterende data, og syntes forslaget om aldersbæreevne i kommunene var interessant, særlig om man ser på eldre ift. sysselsatte.

Oppfølging:

1. SSB utarbeider forslag til tabell for aktuelle aldersgrupper og ev. andre behovstall.
2. En spiller foreløpig ikke inn indikator på «aldersbæreevne», men tar det med inn i diskusjonen på KS-møtet over sommeren.

Sak 5.1.2 Utgifter, brukerdata og personell knyttet til mat

«Leve hele livet» foreslår bl.a. følgende tiltak for økt matglede og livskvalitet (s. 103):

- Systematisk ernæringsarbeid
- Kjøkken og kompetanse lokalt

a) Utgifter

Utgifter til mat som serveres brukere i institusjon, dagaktivitetstilbud og hjemmetjeneste (hjemkjøring og ved bofellesskap) føres på KOSTRA art 115. Her er det i tillegg langt mer enn bare mat til brukerne, men SSB antar at det slår ut mest:



Fra [KOSTRA artskontoplan](#):

Art 115 Matvarer

- Matvarer til bevertning i kommunal regi
- Matvarer til bevertning ved møter/utvalg/organisasjoner/råd
- Matvarer for hjemkjøring
- Drikkevarer
- Kioskvarer
- Matvarer for servering ved kurs og opplæring
- Skolefrukt og grønt

(Utgifter tilknyttet selve produksjonen av mat føres for øvrig på artserie 0 lønn.)

Forslag til vedtak: Endring i tekst for art 115:

Nytt kulepunkt:

- **Mat til brukere av helse-, omsorgs- og sosialtjenester på institusjon eller annet heldøgns tilbud, dagaktivitetstilbud og matombringing til hjemmeboende**

(erstatte Matvarer for hjemkjøring?)

Fra møtet:

I KOSTRA regnskap har man funksjonsnivå på toppen, med inndeling i arter som lønn til fast ansatte, kjøp fra private, kjøp av matvarer mv. For 2017 utgjorde utgifter under art 115 «Matvarer» 3,5 % av brutto driftsutgifter under KOSTRA-funksjon 234, 253 og 254, totalt ca. 2 mrd.

Under Art 115 «Matvarer» er ikke matutgifter til brukere spesifisert – kanskje det inngår i «Matvarer for hjemkjøring». I noen kommuner er det bruker selv som betaler direkte. Det er dermed usikkert hvordan utgifter til dette føres i den enkelte kommune.

SSB mente en bør vurdere å spesifisere matutgifter til brukere i artsbeskrivelsen.

Det ble understreket at mat er viktig for livskvalitet, men det er vanskelig å måle kvalitet. Det er ikke nødvendigvis en kobling mellom utgifter og kvalitet. KS mente at mat er et område hvor man har diversitet og ønsker seg det. Ulike løsninger i kommunene kan gi store prisforskjeller.

Konklusjon:

En går ikke videre med saken nå.

b) Brukerdata

Forutsatt god datakvalitet, bør det kunne være mulig å hente ut noen aktuelle tall fra IPLOS/KPR når det gjelder ernæringsarbeid:

- Ernæringsstatus
- Ernæringsmessig risiko/underernæring
- Ernæringsplan utarbeidet

c) Personell

Enkelte yrker og utdanning, i tillegg til kjøkkennæring bør det kunne være mulig å hente ut fra SSB personellstatistikk.



Hva kan i så fall være mest relevant?

Sak 5.1.3 Aktivitetstilbud

«Leve hele livet» er en reform for aktivitet, deltakelse og sosialt fellesskap. ... Fysisk, sosial og kulturell aktivitet skal være tilpasset den enkelte eldres interesser, ønsker og behov. (s 79).

Kan det være en idé å se på omfanget og utvikling av utdanning/yrke som aktivitør, kulturarbeider o.l.?

Tallet for aktivitører er på vei ned. Har det blitt erstattet av noe annet?

Avtalte årsverk med utdanning aktivitør

2015	2016	2017*	2018*
1 250	1 219	1 190	1 076

* = Foreløpige tall

Sak 5.2 Innspill på nye skjemaspørsmål

«Leve hele livet» nevner hovedsakelig enkelttiltak. Er det noe som egner seg for KOSTRA-statistikk?

Sak 5.2.1 Bruk av teknologi?

- Medisindispenser
- Aktive alarmer

Sak 5.2.2 Matservering?

- Eget kjøkken lokalt
- Leveranse fra felleskjøkken for opptining?
- Osv.

Disse spørsmålene kan være aktuelle på både KOSTRA-skjema 4 (samlespørsmål som gjelder hele kommunen) og KOSTRA skjema 5 institusjoner (og ev. 6 for bofellesskap med bemanning om det blir aktuelt høsten 2019). SSB tror særlig det kan være noe å hente på teknologi og mat. Dette kan bl.a. sammenstilles mot diverse IPLOS-data og personellregister.

Fra møtet:

IPLOS har dato knyttet til ernæringsvariablene. Det har vært spørsmål til Helsedirektoratet om hvor omfattende planen må være for at det skal kunne kalles en ernæringsplan.

SSB spurte om stadig færre aktivitører kom av at det satses mindre på tilbud, eller kan det være at andre yrkesbetegnelser eller yrkesgrupper brukes? KS nevnte at de har inntrykk av det det brukes stadig flere ergoterapeuter og frivillige, besøk av barnehage mv. SSB påpekte at en ikke får informasjon om frivillighet uten å spørre direkte i skjema, noe som er lite aktuelt. I Oslo brukes stillingsbenevnelsen «miljøarbeider» i stedet for «aktivitør». SSB viser til at det er utdanning som brukes fra sysselsettingsregisteret, men det har blitt bedre kvalitet på yrkesvariabelen gjennom a-ordningen, slik at en på sikt kan vurdere å bruke denne i tillegg eller kombinert med utdanning.

Det ble nevnt at f.eks. klinisk ernæringsfysiolog og idretts- og helsepedagog kunne være en indikasjon på kvalitet innen ernæringsområdet og aktiviteter i kommunen, og kanskje mer



relevant enn kokk/aktivitør. Utdanningen har forskjellig betegnelser, som bachelor i ernæring. SSB kan sjekke ut hvilke relevante utdannelser eller yrker som er aktuelle.

Oppfølging:

SSB undersøker omfanget i kommunene av klinisk ernæringsfysiolog og idretts- og helsepedagog når det gjelder utdanning og yrket.

Frist: 15. oktober

Sak 6. Frisklivssentraler, pkt. 5.2: Utvidet med nye spørsmål i KOSTRA-skjema 1 for 2019?

- Helsedirektoratet ønsker en ny kartlegging av frisklivssentraler i 2019-skjemaet. Spørsmålene er i hovedsak de samme som i de to tidligere undersøkelsene. I tillegg ønsker Helsedirektoratet at de som svarer nei på spm. om de har frisklivssentral, får opp spørsmål om hvilke tilsvarende tjenester kommunen tilbyr (med noen ferdige svaralternativer).
- De reviderte spørsmålene ble sendt arbeidsgruppen i forkant av møtet.

Fra møtet:

Trond Ekorndrud fra SSB innledet, med bakgrunn for ny kartlegging av frisklivssentraler: Det blir årlig, via KOSTRA-skjema 1, spurt om kommuner har frisklivssentraler eller ikke. Tallene publiseres i Statistikkbanken. Helsedirektoratet ønsker en utvidet rapportering for frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 for rapporteringen av 2019-årgangen.

Samordningsrådet i KOSTRA har åpnet opp for utvidete tematiske kartlegginger via KOSTRA-skjema med ujevne mellomrom. Det har blitt gjennomført to utvidete kartlegginger av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema tidligere; 2013- og 2016-årgangen. Et av argumentene er at rapportering av aktivitet i kommunen skal samles et sted, og med det holde særreporteringer på et så lavt nivå som mulig.

Inger Merete Skarpaas, Helsedirektoratet, fortsatte med bakgrunn og planer for den utvidete rapporteringen:

Kommunale frisklivssentraler er en relativt ny tjeneste. Det er viktig å følge utviklingen over tid for denne tjenesten, som stadig er i vekst. Det er dessuten behov for kunnskap om status for utviklingen av helsefremmende og forebyggende helsetjenester i kommuner også uten frisklivssentraler.

Det er ønskelig å videreføre samme spørreskjema som de to tidligere årene utvidet kartlegging av frisklivssentraler ble gjennomført, med noen mindre justeringer.

Til kommuner med frisklivssentraler:

- Samme antall spørsmål, med noe tydeliggjøring, korrektur og presisering (ved infoknapper).
- Forhåndskategorisering/nye svaralternativ ut fra tidligere svar på åpne spørsmål.
- Spørsmål om når frisklivssentralen ble etablert utgår

Til kommuner som ikke har frisklivssentral:

- Oppfølgingsspørsmål som gjør det mulig:
 - o Å få kunnskap om status for utvikling av forebyggende helsetjenester
 - o For kommunene å rapportere på det de har



- Å sammenlikne kommuner med og uten frisklivssentraler

Det skal spørres om kommunen har helsetjenester som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, og om de har en strukturert og tidsavgrenset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning til voksne (over 18 år). Kommuner som ikke har frisklivssentral vil få følgende spørsmål:

Hvilke andre tilbud gir den kommunale helsetjenesten?

- Kurs i depresjonsmestring?
- Kurs i mestring av belastninger (KIB)
- Søvnkurs
- Diagnosespesifikke kurs/grupper?

Det ønskes dessuten å spørre om ansattressurser ved frisklivssentralen, i timeverk og timer per uke. Her skal det legges til noen veiledningstekster, samt kategorien Erfaringskonsulent.

Videre foreslås ja/nei- spørsmål om frisklivssentralen i tillegg har andre diagnoseuavhengige lærings- og mestringstilbud og diagnosespesifikke kurs. Ved «ja» blir en bedt om å spesifisere.

Diskusjon og innspill fra arbeidsgruppen:

- Bruk av elektronisk pasientjournal hos Frisklivssentralen er det viktig å vite noe om. KS og Helsedirektoratet var enige i at det er hensiktsmessig å kartlegge hvilke systemleverandører som benyttes, også for de som ev ikke har pasientjournal.
- Foreløpige tall for 2018 viser at 12 av 15 bydeler i Oslo har frisklivssentral
- Viktig å presisere at det er frisklivssentral innenfor helse- og omsorg, som er systematisert, som det bes om informasjon om.

SSB presiserte at det kan bli behov for små justeringer i etterkant, i så fall vil arbeidsgruppen bli orientert.

Vedtak:

1. Arbeidsgruppen går inn for forslaget fra Helsedirektoratet.
2. Helsedirektoratet utarbeider i tillegg forslag til spørsmål om elektronisk pasientjournal (med alternativer på navngitte fagsystem).



Sak 7. Årsverk helsestasjon/skolehelsetjeneste

Tabell 1 Avtalte årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten totalt og fordelt mellom de ulike deltjenestene fra ulike KOSTRA-skjema 1 og Helsedirektoratets kartlegging. Absolutte tall og prosentvis differanse

	KOSTRA-skjema 1	Helsedirektoratets kartlegging	Absolutt differanse mellom KOSTRA-skjema 1 2017 og Helsedirektoratets kartlegging 2016	Prosentvis differanse mellom KOSTRA-skjema 1 2017 og Helsedirektoratets kartlegging 2016
	2017	2016		
Helsestasjons og skolehelsetjenesten totalt	3923	4182	-259	-6
Svangerskap og barselomsorg/Helsestasjon 0-5 år	1950	2285	-335	-15
Skolehelsetjenesten barneskole	1078	940	138	15
Skolehelsetjenesten ungdomsskole	502	505	-3	-1
Skolehelsetjenesten videregående skole	280	267	13	5
Helsestasjon for ungdom	112	121	-8	-7

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet

Fra møtet:

Trond Ekornerud, SSB, orienterte:

Høsten 2017 ble det lagt mye arbeid i å lage forståelige spørsmål til kommunene, i skjema og veiledning. SSB har underveis i rapportering av data fra kommunene fått flere spørsmål om hvordan det skulle rapporteres og fordeles nøyaktig mellom deltjenestene, spesielt for små kommuner.

SSB gjennomførte nylig en analyse av tall fra KOSTRA-skjema 1 for 2017-årgangen, Helsedirektoratets kartlegging sommeren 2016 og SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk 2017.

Dette skal presenteres i et notat, som sannsynligvis offentliggjøres via ssb.no. Notatet skal si noe om kvaliteten på de innrapporterte årsverkstallene i skjema 1, og hva som var de største utfordringene for kommunene ved rapporteringen. Kvalitet på data i sysselsettingsregisteret skal også vurderes.

Det er ikke påvist helt klare systematiske ulikheter mellom Helsedirektoratets rapportering i 2016 og SSBs innrapporteringer, men årsaker til forskjeller kan være:

- Ulik utforming av spørreskjema i de to kartleggingene.
- Usikkerhet tilknyttet administrativt personell og ledelse er inkludert eller ikke – i begge undersøkelsene.



- Ulike rapportører i kommunen
- Ulikt detaljeringsnivå for innrapporteringen i de to kartleggingene.
 - o Helsedirektoratet: Årsverk fordelt etter utdanning på de ulike deltjeneste
 - o SSBs: Årsverk totalt på de ulike deltjenestene
- Det er ca. 1300 flere årsverk i registerdata enn i KOSTRA skjema 1 for 2017.

SSBs foreløpige anbefalinger:

- SSB vurderer kvaliteten på data som svært usikker, og anbefaler ett år til med innrapportering for årsverkstall fordelt på de ulike deltjenestene før de ev. blir publisert.
- I kvalitetskontrollene av de innrapporterte 2018-tallene vil man ha mulighet å kontakte kommuner med store avvik mellom 2017- og 2018-rapporteringen.
- SSB ønsker å bruke de innrapporterte tallene som en fordelingsnøkkel på årsverk hentet fra register.

Diskusjoner og innspill fra arbeidsgruppen:

- Publisering
Helsedirektoratet får ofte henvendelser fra media og andre om 2016-tallene, som de selv har samlet inn og publisert. Det er lite tilfredsstillende å vite at det er samlet inn nyere data, som ikke kan brukes. Tallene ble ikke publisert i juni 2018 fordi SSB ønsket kvalitetssjekk av data. Helsedirektoratet ønsker å publisere tallene som er samlet inn via kommunene. HOD ønsker også å se tallene opp mot bevilgninger.

SSB opplyste om at tallene er planlagt å bli publisert ved neste publisering, juni 2019. SSB er opptatt av å ikke lage flere konkurrerende tall for samme sak. Det er hensiktsmessig å ha registertallet som det offisielle tallet, med skjema-tallene som en fordelingsnøkkel mot registertallet.

KS var enig i at detaljerte tall på helsestasjon og skolehelsetjeneste er et viktig tema, og at SSB og Helsedirektoratet må samarbeide, også ut mot interessenter og forklaringer av data på en grei måte.

- Restkategori?

Helsedirektoratet mente at en god del av avviket mellom rapporteringene kan skyldes at administrativt personell for enkelte kommuner i deres undersøkelse ble rapportert inn, og andre kommuner ikke hadde disse med. Det kan kanskje løses med en kolonne til, med «andre årsverk Ved å sette inn en «restkategori» tror Helsedirektoratet at differansen mellom innrapporterte tall via skjema og registertall vil bli lavere. ».

En må også få med tilskuddsstillinger, som også omtales som prosjektstillinger. SSB bemerket at kommuner som har tatt kontakt har fått beskjed om det.

- Uttakstidspunkt register
SSB påpekte at uttakstidspunkt også er viktig når det gjelder registerdata (og kan være en årsak til avvik). For 2018-årgangen var registeruttaket som var forhåndsutfyllt i skjema som rettleiding datert oktober 2018, og ikke 31.12.2018, som er tidspunktet kommunen skal ta utgangspunkt i i skjema.



- Kvalitetskontroll
KS foreslo at man for kontrollformål kan sjekke de ti største kommunene, ASSS-nettverket, grundigere.

Til oppfølging:

- Helsedirektoratet og SSB samarbeider videre om definisjoner, presiseringer og publiseringsstrategi.
- SSB publiserer notat om kvalitet, - ca. april/mai.
- KS foreslo at man for kontrollformål kan sjekke de ti største kommunene i ASSS-nettverket, grundigere.

Sak 8. Øvrige spørsmål tilknyttet KOSTRA skjema 1, kommunehelse

2-1. Antall avtalte timeverk av leger. Antall timer per uke. Oppgis med to desimaler.							
- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke ved utgangen av året - ikke årsverk - Overtid skal ikke regnes med - Medregnet leger som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene - Ikke medregnet legevakt - Ikke medregnet fengselshelsetjenesten - Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar - Fra og med 2016 inngår miljørettet helsevern under Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233) - Fra og med 2017 rapporteres timeverk til Øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunen (funksjon 256) i egen kolonne							
	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241) - Totalt	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Ø-hjelp døgnoophold "KAD"(funksjon 256)	Administrasjon (funksjon 120)	I alt
Næringsdrivende leger med fastlegeavtale							
Kommunalt ansatte leger							
Turnusleger							
Leger uten avtale							
I alt							

Fra møtet:

Merete Thonstad, SSB, gjennomgikk en del utfordringer og spørsmål knyttet til KOSTRA skjema 1, til orientering og diskusjon i arbeidsgruppen:

Sak 8.1 Pkt. 2.1/3.1 F256 Øyeblikkelig hjelp døgnoophold - timeverksføring for leger og fysioterapeuter

SSB spurte om timeverksføring for leger og fysioterapeuter i matrisene for f256 Ø-hjelp døgnoophold skal beholdes Her har det vært noen spørsmål fra kommuner som har feilført timene. Ved interkommunalt samarbeid kan det være fare for dobbeltrapportering ved at både vertskommune og kjøperkommune begge fører samme timeverk. SSB har veiledet flere kommuner som samarbeider om tjenesten. Det er ca. 120 årsverk ført på funksjonen for leger, kun 13 årsverk for fysioterapeuter. Ved samarbeid om tjenesten: Skal vertskommuner føre alle timeverk hos seg, eller skal timene fordeles etter deltakerkommunenes andel slik som for de andre funksjonene?

Fra møtet:

Arbeidsgruppen hadde ikke noen kommentarer her, så en lar saken bero inntil videre.



Sak 8.2 Pkt. 2.1: Avtalte legetimer per uke til legevakt

Avtalte legetimer per uke til legevakt hadde vært interessant å ha med i matrisen for å komplettere legeårsverk innen helse og omsorg. Tidligere forslag om å inkludere dette har blitt forkastet fordi det har vært stor usikkerhet om kommunene klarer å finne frem tall uten mye jobb og antakelser. Det finnes en rekke ulike organisasjonsmodeller for legevaktordningen i kommunene.

Tolga kommune viste til egen organisering av legevakt: De er 6 kommuner som samarbeider om legevakt, men kun om natten. På dagtid er det legekantorene som fungerer som legevakt. Legene har fast turnus, fordelt etter kommunens størrelse. Legene er fast ansatt og lønnet av kommunene, og via avtalen får legen fri dagen/natten etter legevakttjeneste. Natten på legevakt er imidlertid som privatpraktiserende/selvstendig næringsdrivende.

Fra møtet:

Arbeidsgruppen hadde ikke noen kommentarer her, så en lar saken bero inntil videre.

Sak 8.3 Pkt. 4.2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hjemmebesøk.

- Det var to spørsmål om hjemmebesøk av jordmor/helsesykepleier (f232) som Helsedirektoratet ønsket å endre i siste liten i 2018-skjemaet. Bare spørsmålet om jordmor ble da endret, siden det andre spørsmålet var for uklart og ikke fikk medhold i arbeidsgruppen. Helsedirektoratet skulle eventuelt komme tilbake med ny formulering til 2019-skjemaet.

Antall hjemmebesøk utført av jordmor innen ett-to døgn etter barnets hjemkomst fra føde/barselavdeling	
Antall hjemmebesøk utført av helsesøster innen 2 uker etter hjemkomst fra føde/barselavdeling som første konsultasjon i helsestasjon 0-5 år	

Spørsmålet om hjemmebesøk av jordmor ble endret fra å gjelde ett-to døgn til tre døgn i 2018-skjemaet.

For det andre spørsmålet ble det ikke gjennomslag for endringsforslaget i arbeidsgruppen, r? Uansett vil «helsesøster» bli oppdatert til «helsesykepleier» i skjema 1 for 2019.

Oppfølging:

1. SSB endrer betegnelsen på «helsesøster» til «helsesykepleier» i skjema og veiledning for 2019.
2. Helsedirektoratet sjekker behov og ønsker, og kommer med tilbakemelding på øvrige innspill over.

Innspill i etterkant

E-post 8.5.2019: Helsedirektoratet mener dagens spørsmålsformuleringer kan beholdes.

Sak 8.4 Pkt. 4.2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kontroller.

Burde det stå «Antall barn med fullførte kontroller/helseundersøkelser» i stedet for «Antall kontroller/helseundersøkelser» i bolken om aktivitet på helsestasjoner og skolehelsetjenesten? Den nåværende formuleringen bidrar nok enkelte steder til dobbeltrapportering der de har separate lege- og helsesykepleierkontroller.

Samme undersøkelse kan altså telles flere ganger, ettersom det er lege og / eller helsesøster. Det er ikke helt tydelig for alle at en fullført helseundersøkelse/kontroll skal ha både lege og helsesøster. Dette medfører også prosentandeler mer enn hundre for indikatorene.



Antall fullførte helseundersøkelser innen utgangen av 8. leveuke (6 ukers kontroll)	
Antall fullførte 2-årskontroller med helsesøster og lege på helsestasjon	
Antall fullførte 4-årskontroller	
Antall fullførte helseundersøkelser innen utgangen av 1. trinn, grunnskolen	

Diskusjon og innspill i arbeidsgruppen

- Helsedirektoratet understreket at det er et mål om å få dette med i KPR fra neste år, så da er det ikke behov for å endre noe i år. En vil dermed ha en tidsserie i SSB.

Innspill i etterkant

Helsedirektoratet skriver i epost 8.5.2019: Enig i å endre til antall barn med fullførte kontroller/helseundersøkelser» i stedet for «Antall kontroller/helseundersøkelser». Målet er at barnet skal få konsultasjon både hos lege og helsesykepleier for at en skal kunne hake av 2 års konsultasjon. I nasjonal faglig retningslinje står det konsultasjon ikke kontroll. Kan vi endre det tilsvarende her også? Det gjelder å bytte kontroll til konsultasjon alle steder?

Tas opp med arbeidsgruppen høsten 2019.

Sak 8.5 Pkt. 5.1 Organisering av annet forebyggende arbeid.

Bør den separate kolonnen for miljørettet helsevern under «Organisering av annet forebyggende arbeid (f233)» fjernes?

5-1. Organisering av annet forebyggende arbeid		
(Utenom leger, fysioterapeuter og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Flere avkryssninger er mulig)		
	Annet forebyggende helsearbeid, (funksjon 233) - Miljørettet helsevern	Annet forebyggende helsearbeid, (funksjon 233) - Annet forebyggende arbeid
Organisasjonsform		
Kommunal etat/enhet	☐	☐
Kommunalt foretak (KF)	☐	☐
Kommunalt AS	☐	☐
Interkommunalt samarbeid	☐	☐
Interkommunalt samarbeid m/ særregnskap	☐	☐
Interkommunalt selskap (IKS)	☐	☐
Interkommunalt AS	☐	☐
Privat AS	☐	☐
Annet	☐	☐
Hvis annet, vennligst spesifiser		

Diskusjon og innspill i arbeidsgruppen:

- Dette samles inn, men publiseres ikke av SSB. Tallene leveres til helsemyndigheter, og det spørres om disse tallene benyttes. Helsedirektoratet kjenner ikke til at det brukes, men undersøker internt.
- Arbeidsgruppen ser ikke at det er hensiktsmessig å endre dette i denne omgang

Oppfølging:

Helsedirektoratet undersøker i hvilken grad dataene brukes.

Innspill i ettertid

Helsedirektorat foreslår i e-post 11.4.2019:

Vi har sett litt på rapporteringen på dette spørsmålet de to siste årene og ser at vi fint kan slå sammen/forenkle svarkategoriene. Vi ønsker fremdeles å opprettholde delingen av funksjon i



miljørettet helsearbeid og annet forebyggende arbeid, men vi foreslår en reduksjon av svarkategoriene fra 10 til 4.

Forlag til ny kategorisering:

	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)- Miljørettet helsearbeid	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)- Annet forebyggende arbeid
Kommunal etat/enhet		
Interkommunalt samarbeid		
Privat AS		
Annet		

Sak 8.6 Punkt 6-1 Re-/habilitering

Helsedirektoratet kom med et innspill rett i forkant av arbeidsgruppemøtet vedr. «koordinerende enhet»:

6-1. Re-/habilitering

Har kommunen/bydelen en politisk vedtatt plan for re-/habilitering?

☐ Ja ☐ Nei

Har kommunen/bydelen etablert en koordinerende enhet?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, hvordan er den koordinerende enheten organisert?

☐ Egen organisatorisk enhet

☐ Eget team

☐ Lagt til bestillerkontor/forvaltningskontor

☐ Egen stilling med dette som hovedoppgave

☐ Integrert i stilling som også ivaretar andre oppgaver

☐ Organisert på annen måte

Dersom organisert på annen måte, spesifiser:

Hvis ja, hvor i organisasjonen er enheten eller funksjonen plassert?

☐ Rådmannens stab

☐ Kommunaldirektør

☐ stabsfunksjon

☐ egen virksomhet

☐ Bestillerkontor/forvaltningskontor

☐ Enhet/avdeling for rehabilitering og rehabilitering

☐ Enhet/avdeling for pleie og omsorg

☐ Enhet/avdeling for helsetjenester

☐ Enhet/avdeling for barne- og familietjenester

☐ Annen enhet/avdeling

☐ Annen administrativ enhet/avdeling

De mente det var unødvendig at svaralternativet «Lagt til bestillerkontor» står både under organisering og plassering. Det kan legges inn under kun plassering.

Diskusjon og innspill i arbeidsgruppen:

- Helsedirektoratet har sett nærmere på dette, og sendte en epost i forrige uke:
Koordinerende enhet: I stedet for Eget team foreslås det å dele i to.
 - «Team med representanter fra flere enheter i helse og omsorgstjenesten» - og
 - «Team med representanter fra flere enheter i helse- og omsorgstjenester og andre tjenester».
- Arbeidsgruppen spiller inn at spørsmålet bør forenkles, for å få fram forskjellene på de to teamene.

Til oppfølging og videre arbeid:

Helsedirektoratet sjekker nærmere, og kommer med tilbakemelding



Sak 9. ((Hverdags-)re-)habilitering – endringer i KOSTRA funksjonskontoplan

Fra møtet 27.11.2018

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 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.»

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.



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

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

Forslag til vedtak:

Endringene i f241, 234, 253 og 254 som foreslått i A og B vedtas.

Fra møtet:

- KS: Tidsaspektet har blitt fjernet for rehabilitering (ved IS1947). Tid og tverrfaglig samarbeid utgjorde tidligere en definisjon, og det var kanskje enklere å rapportere. Nå kan rehabilitering være en del av eller alle tjenester som gis, og vanskelig å rapportere som egen del i KOSTRA.
- Helsedirektoratet: Rehabilitering med datoer for start og avslutning må lagres via bilde som kommer opp i fagsystemet. Hverdagshabilitering er del av dette. Andre land kan dele dette inn i flere kategorier, og er noe arbeidsgruppen også kan se på etter hvert. Mange tjenester har et rehabiliteringsaspekt. Rehabilitering er vanskelig å måle, og det kan trappes opp og ned. Kombinasjonen velferdsteknologi og rehabilitering er noe Helsedirektoratet ser nærmere på.
- SSB: Kan det være aktuelt å analysere hvordan kommunene registrerer?

Konklusjon:

Arbeidsgruppen vurderer området som så uklart at en ikke er i stand til å gjøre endringer som kan oppklare på det nåværende tidspunkt.

Sak 10. Statistikk for brukere som har kombinasjon av tjenester

Fra møtet 27.11.2018

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 Gerica 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 datomerket vedtaksnivå for å kunne gjøre slike analyser.

Fra møtet:

Elisabeth Bøe og Espen O. Vattekar, Oslo kommune, viste fram systemet LIV, som kommunen nylig har begynt å bruke for å få fram oversikter. I EHA-rapporter får man fram data fra flere områder, på f.eks. bydelsnivå eller brukernivå. Det hentes inn mye data fra ca. 85 tjenester i Gerica, samt data fra timeregistreringssystem og befolkningsdata. LIV viser tjenester etter utført tid og journalført tid.

På arbeidsgruppemøte 28.11.2018 spilte Oslo kommune inn at de ønsket data over hvilke tilbud de fikk hjemme, de som ikke var på sykehjem.

Hvilke tjenester får de som blir værende hjemme og ikke flyttes til sykehjem – og kan man lage et kostnadsbilde på det?

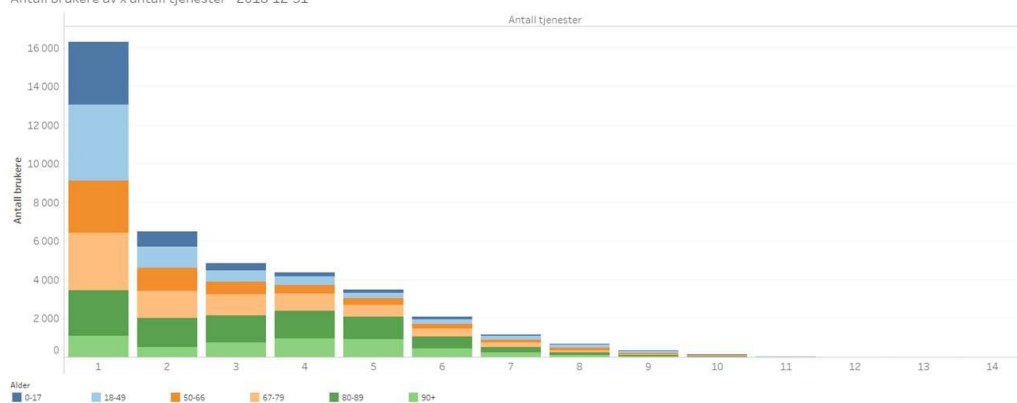


Dataene viser f.eks. at kode 14 teknisk hjelpemiddel (kode 14) og TT-kort (kode 81) er tjenestene med flest brukere. Også de to i kombinasjon er vanlig. I tillegg får mange som bor hjemme dagaktivitetstilbud.

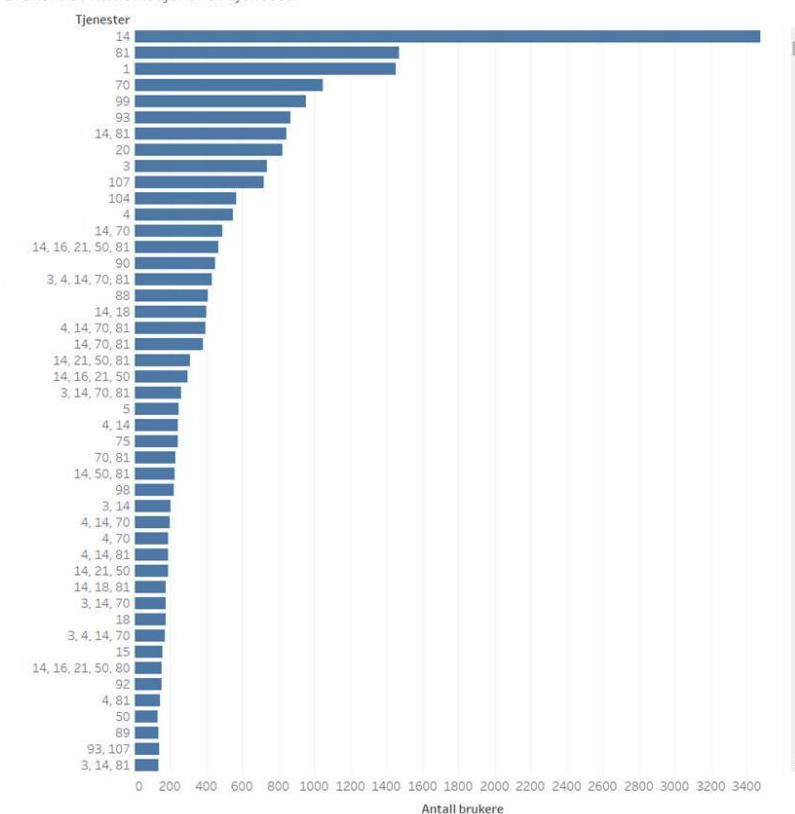
Antall brukere av 1 - 14 tjenester - av de valgte 85 tjenester- 2018-12-31

	0-17	18-49	50-66	67-79	80-89	90+	Total
Gamle Oslo	246	743	558	476	325	154	2 502
Grünerløkka	150	420	413	466	294	164	1 907
Sagene	265	424	424	416	291	152	1 962
St. Hanshaugen	79	306	210	273	264	162	1 294
Frogner	130	574	406	712	805	430	3 057
Ullern	113	291	245	553	618	356	2 176
Vestre Aker	1 036	360	388	614	840	781	4 019
Nordre Aker	437	438	231	419	741	374	2 640
Bjerkel	198	327	266	317	467	222	1 797
Grovd	210	388	384	486	527	178	2 173
Stovner	366	633	435	555	502	144	2 635
Alna	783	685	650	821	736	298	3 973
Østensjø	318	454	427	539	1 232	558	3 528
Nordstrand	291	490	391	691	1 112	920	3 895
Søndre Nordstrand	356	619	501	462	329	111	2 378
Total	4 978	7 152	5 929	7 800	9 073	5 004	39 936

Antall brukere av x antall tjenester - 2018-12-31



Brukere av kombinasjoner av tjenester





Diskusjon og innspill i arbeidsgruppen:

- KS kommenterte at også i denne sammenhengen er det behov for å få på plass et begrep for heldøgnsomsorg
- Helsetjenester i hjemmet: Helsedirektoratet kommenterte at det er viktig å være obs på hvilke tjenester som inngår i underkategorier
- Oslo kommune kommenterte at det er satt av 60 årsverk til aktivitetstid, en tjenestetypesom ikke registreres i IPLOS. Det nye systemet teller også personer i aktiv tjeneste, f.eks. fysio- eller ergoterapeuter. Det er også muligheter for å se nærmere på kostnader, f.eks. per tjeneste knyttet til tidsbruk.

Konklusjon:

Arbeidsgruppen tar Oslo kommunes presentasjon til orientering.

Sak 11. Ny beregning for belegg i institusjon?

På møtet 27.11.2018 og i ettertid er det stilt spørsmål ved beregning av beleggsprosenten. Helsedirektoratet v/ Linda Haugan påpeker også avvik mellom belegg og ventelister.

Sak 11.1 Årsaker til avvik mellom plasser i drift og tilgjengelige plasser

Hovedårsaken til stort sprik i begge retninger mellom plasser i drift og plasser bygningsmessig utformet (og beleggsprosent) er sannsynligvis endringer i bygningsmassen. På kommunenivå kan dette skje bl.a. ved at

- deler av enkeltinstitusjoner i form av påbygg eller stenging.
- hele institusjoner kommer til eller forsvinner

For enkeltinstitusjoner kan det dessuten være at noen feilaktig oppgir plasstallet som antall beboere, og dermed ikke får med ev. ledige plasser. Omvendt kan enkelte institusjoner ha fått dispensasjon for å kunne ta inn flere beboere enn bygningsmassen tilsier, særlig ved ombygginger eller plutselig behov. Av den grunn innførte SSB for en del år tilbake variabelen «plasser i drift», for at rapportør skulle være mer bevisst forskjellen på antall plasser (kapasitet) og antall beboere/plasser i drift (faktisk bruk).



Fra møtet:

Dag Abrahamsen, SSB, gikk i gjennom utfordringene knyttet til punkt 3 i KOSTRA skjema 5:

3 Plasser og rom					
Institusjonstype					
Plassar					
Talet på plassar i drift mot slutten av året:		.		For alle plassar – også avlastningsplassar - rapportert plassar svarande til det maksimale talet på samtidige bebuarar.	
	.	.	.	Talet på plassar rapportert i fjor:	Totalt

Talet på plassar i slik bygningen er utforma per 31.12, uavhengig om plassane er i bruk eller ikkje på teljetidspunktet.	I sjukeheimsavd.	I aldersheimsavd.	Ø-hjelp-plassar	I annan type avd.	Totalt

Rom i sjukeheim og aldersheim (bygningmessig utforming - slik bygningen er planlagt brukt, ikkje provisoriske løysningar.) Rom som hovudsakleg brukast til øyeblikkeleg hjelp døgnoophald, skal ikkje teljast med.		Talet på rom
Romtypar:		
- Dimensjonert for ein bebuar:		
- Dimensjonert for to eller fleire bebuarar:		
Bebuarrom i alt:		
Av desse:		
Talet på brukertilpassa einarom med eige WC og bad		

Merknader til talet på plassar/rom

Det kan være en utfordring i enkelte kommuner å skille mellom antall plasser vedtatt i drift og bygningmessig utforming, særlig når to beboere deler et rom som i utgangspunktet er enerom, men har god plass til to. Beregning av overbelegg og underbelegg kan derfor bli feil i forhold til kommunens forståelse.

- Oslo kommune påpekte at det tar omtrent 10 dager fra en plass blir ledig til den på ny er tatt i bruk.
- Helsedirektoratet: Vedtak om sykehjemsplass i IPLOS er et tall med god kvalitet. Antall rom og plasser er mer usikre begrep, enn enkeltvedtak.
- SSB kommenterte at over- og underbelegg sier noe om kapasiteten og er derfor viktig - men ikke er helt enkelt - å få fram, ikke minst i planlegging av utbygging.
- Avlastningsboliger og barneboliger har særlig usikre tall

Kom fram på møtet 2.4.

SSB foreslår å endre «plasser i drift» til «ledige plasser». Da blir plasser i drift «plasser totalt» fratrasket «ledige plasser».

Vedtak:

KOSTRA-skjema 5, punkt 3: Arbeidsgruppen foreslår å endre plasser i drift til «ledige plasser».



Sak 11.2 Sammenstilling av plasser i KOSTRA skjema 5 og beboere i IPLOS – beregning av belegg

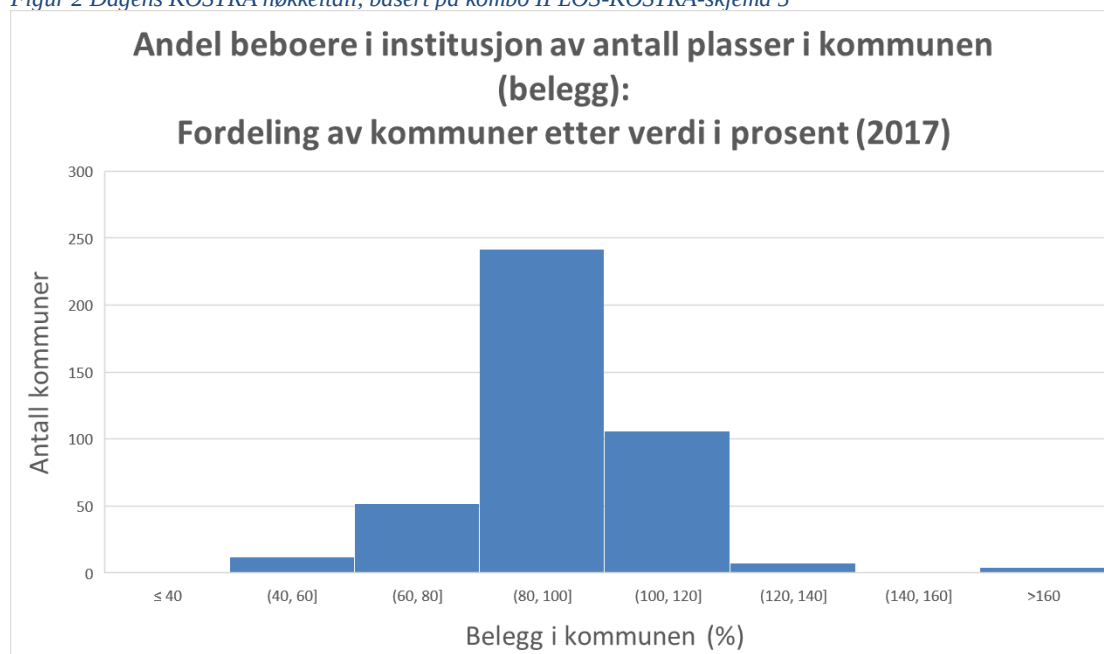
Siden belegget ofte er lavere 31.12 enn ellers i året, har SSB i nåværende teller i beleggsindikator dividert antall oppholdsdøgn fra IPLOS gjennom året med 365 for å få gjennomsnittlig antall beboere pr dag:

$$\text{belegg} = (\text{antall oppholdsdøgn gjennom året} / 365) / (\text{antall plasser pr 31.12.})$$

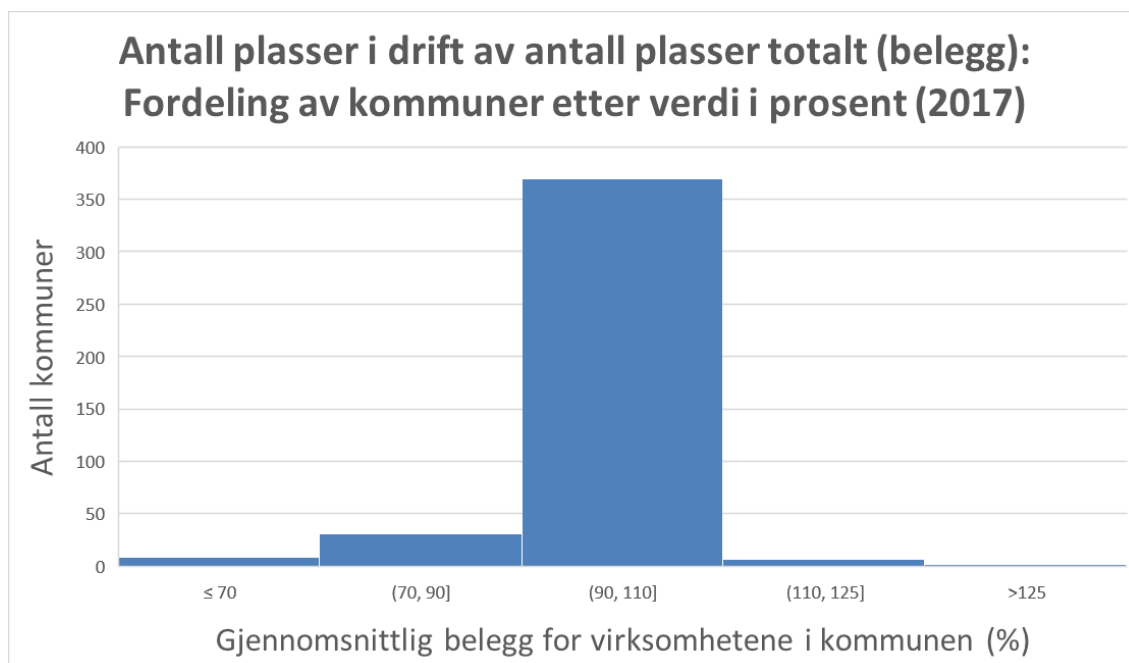
Men et tilforlatelig tall her forutsetter at det ikke har vært endringer i bygningsmassen gjennom året. Videre er det i beregning av belegg ikke tatt med avlastningsopphold eller –plasser. I den grad avlastningsopphold foregår på sykehjem, aldershjem eller barnebolig, vil vi kunne få avvik ved sammenstilling mellom KOSTRA skjema 5 og IPLOS. Den største utfordringen med å sammenstille disse dataene er imidlertid at populasjonen i teller og nevner er ulik. Mens KOSTRA har utgangspunkt i aktuelle næringer i Enhetsregistret (helse-omsorgsinstitusjon), er IPLOS-uttrekket basert på tjenestetype (institusjonstjeneste ekskl. avlastning). Dette er nok hovedkilden til avvik.

Nedenfor vises dagens beleggsberegning og to alternativer

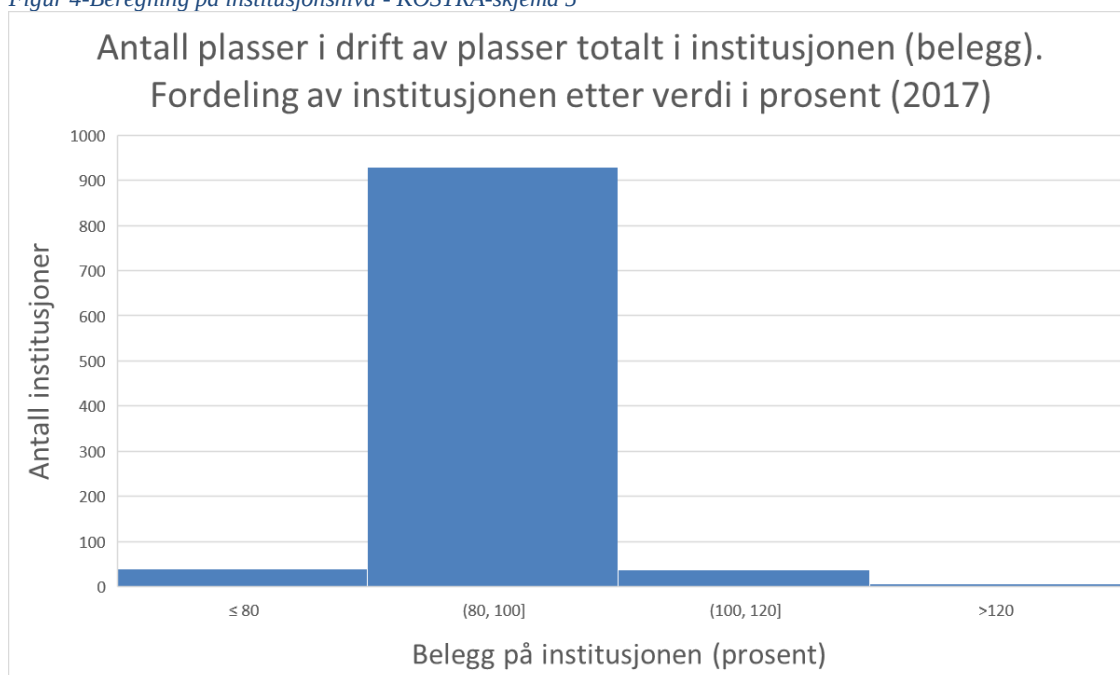
Figur 2 Dagens KOSTRA nøkkeltall, basert på kombo IPLOS-KOSTRA-skjema 5



Figur 3 Alternativ beregning aggregert på kommune - kun KOSTRA skjema 5



Figur 4-Beregning på institusjonsnivå - KOSTRA-skjema 5



Kom fram på møtet 2.4.

SSB foreslår at belegg beregnes ved å sammenstille kun sykehjem og aldershjem som gjennom organisasjonsnummer er tilgjengelig både i KOSTRA skjema 5 og IPLOS.

Oppfølging:

SSB analyserer ny beregning av belegg. Dersom dette virker lovende, foreslås ny beregning tatt i bruk for 2019-årgangen.

Frist: 1. juni 2019.



Sak 11.3 Ventelister

Helsedirektoratet har hatt en egen undersøkelse der det spørres om ventetid for ulike typer tjenester.

En hovedårsak til avvik mellom ventelister og belegg, er nok at det for ventelistene spørres om «...*langtidsopphold eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester...*»

Dette er noe ganske annet enn det som publiseres for belegg i KOSTRA:

- kun institusjon, ikke plasser i tilsvarende boliger i hjemmetjenesten
- både langtids- og korttidsopphold (men ikke avlastning)

Vi vet bl.a. det i Oslo i lengre tid har vært et stort underskudd på boligplasser i hjemmetjenesten, og samtidig mange ledige plasser i institusjon.

Oppfølging:

Saken tas til orientering

Sak 11.4 Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass

I [12293: Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall](#) har vi indikatoren «Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass»

I utgangspunktet ønskes det at indikatoren «Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon» blir brukt framfor utgifter per plass, siden denne i langt større grad håndterer svingninger i kapasitet og belegg gjennom året. Ev. kan «Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon» multipliseres med 365 for å få utgifter per plass i drift³. Ved mange ledige plasser, vil Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass 31.12. bli sterkt misvisende. En slik indikator inkluderer heller ikke private institusjoner, og viser kun kommunal produksjon, ikke totalbildet, med eventuelt salg og kjøp av plasser..

Alternativer:

- Fjerne «Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass»
- Bruke «plasser i drift» fra skjema 5 framfor «plasser totalt», og da også inkludere private institusjoner
- «Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon» multipliseres med 365 for å få utgifter per plass i drift

Diskusjon og innspill fra arbeidsgruppen:

- Oslo kommune: Frykter at flere ulike varianter utgifter knyttet til plasser kan gjøre det for komplisert for brukerne.

SSB: Ser at det er behov for begge målene, både «Utgifter per oppholdsdøgn» i institusjon og «Utgifter per plass i institusjon». «Utgifter per oppholdsdøgn» foreslås derfor multiplisert med 365 for å få «utgifter per plass i drift». Da er i realiteten kun ett tall lagt til grunn, «oppholdsdøgn gjennom året».. Forslag til ny beregning vil gi utgifter på belagte plasser. Det er jo først og fremst disse som er forbundet med utgifter, ikke de ledige plassene.

•

Vedtak:

³ Nevner endres fra å hentes fra KOSTRA skjema 5 punkt 3 plasser pr 31.12, til IPLOS-data og døgn gjennom året (fra tab. [12292 Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall \(K\)](#)). Antall døgn gjennom året dividert med 365 gir gjennomsnittlig plasser i drift.



1. «Korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal plass» endrer beregning til «Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon» multiplisert med 365, dvs. brutto driftsutgifter per plass.
2. Det vurderes om en i tillegg skal opprettholde en variant for kun kommunale plasser: SSB analyserer muligheten for en slik løsning og kommer ev. opp med forslag.
Frist: 30.10.2019.

Sak 11.5 Oppfølging av belegg

SSB ser behovet for å gå nærmere inn på de kommuner som har tvilsomme tall, og ev. vurdere justering av beleggsberegning. I tillegg er det uansett viktig at kommuner med åpenbare feil i registrering av organisasjonsnummer eller med store avvik mellom beboere i IPLOS og plasser i skjema må få tettere oppfølging for oppretting/oppklaring. Helt unna en viss usikkerhet grunnet hyppige endringer i bygningsmasse kommer vi likevel neppe.

Forslag:

- Gjennomføre en sammenstilling av tall for IPLOS-beboere og KOSTRA-plasser, for analyse og kvalitetsforbedring

Inntil tilfredsstillende kvalitet:

Bruke kun data fra KOSTRA-skjema 5 for å unngå mange av utfordringene i beregningen:

- Belegg blir da definert som «andel plasser i drift plasser totalt (bygningmessig kapasitet)».

Oppfølging:

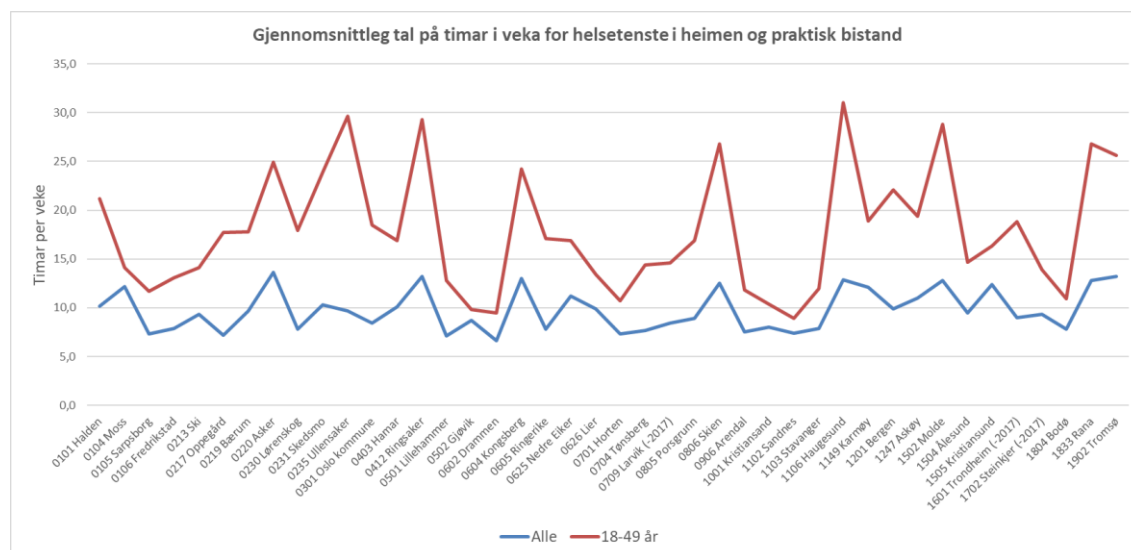
SSB gjennomfører analyse ved sammenstilling av orgnr., jf. sak 11.2 sammenstilling av plasser og beboere.



Tirsdag 2.4.2019

Sak 12. Beregning av tid brukt på hjemmetjenester

Dag Abrahamsen, SSB, viste figur med antall vedtakstimer for helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per uke per bruker fordelt etter kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Antall timer per uke for alle brukere lå i gjennomsnitt på ca. 9 timer per uke. For aldersgruppen 18-49 år var variasjonene langt større, med drøyt 16 timer i gjennomsnitt.



Figur 5 Gjennomsnittlig antall vedtakstimer per bruker per uke for utvalgte hjemmetjenester

Spørsmålet er om de store forskjellene er til å stole på. Kan virkelig behovet og dermed tildelte tjenester være så ulikt, eller tenker kommunene ulikt både ved tildeling av tjenester og ved registrering. For å kunne svare på det, må en også ta tjenesteorganiseringen i den enkelte kommune i betraktning.

Sak 12.1 Ny registrering «ressursinnsats»

Med ønske om mer detaljert analyse av data på hhv. målgrupper og boligkapasitet i hjemmetjenesten, spiller analyse av tidsregistreringen i IPLOS en stor rolle. En må imidlertid vurdere i hvilken grad de store variasjonene mellom kommunene er reelle eller skyldes ulik praksis i timesetting. På møtet 27.11.2018 var det ønske om å vurdere den nye registreringen «ressursinnsats» som et alternativ til vedtakstid. Siden 2018-data ikke har vært tilgjengelig for denne nye registreringen, har det foreløpig ikke skjedd noe her, men det er viktig at denne analyseres så snart data er tilgjengelig.

Kom fram på møtet:

Dag Abrahamsen, SSB, viste til tall og statistikk knyttet til innrapporteringen av ressursinnsats i IPLOS. Første årgang med denne variabelen var 2016, og da var det mange kommuner som ikke hadde begynt å registrere på denne variabelen. 2017-årgangen var betydelig bedre, jf. [IPLOS kvalitetsrapport](#):

- 51 prosent av observasjonene med verdi
- 80 prosent av kommunene:
minst 1 bruker med antall timer ressursinnsats > vedtakstid til tjenestemottaker
- 14 prosent av kommunene:



alle observasjoner manglende verdi på variabelen ressursinnsats, eller antall timer ressursinnsats = antall timer vedtakstid (altså at kommunen ikke hadde flere samtidige tjenesteytere til samme bruker

- Andel observasjoner med flere tjenesteutøvere: gjennomsnitt 20 prosent.
- Enkelte tjenester skiller seg ut.

En håper på ytterligere forbedring for 2018.

Sak 12.2 Timesetting i bofellesskap

Samtidig er det viktig at en analyserer hvordan timesettingen foregår i bofellesskap/bemannede boliger. Her har det tidligere vært klart at kommunene har svært ulik praksis:

- Individuell fastsetting (korrekt)
- Basert på tilgjengelig tilknyttet personale

Dette betyr at tall mellom kommuner ikke nødvendigvis vil være sammenlignbare. Her må en videre analyse til for å avdekke omfanget.

Kom fram på møtet:

Oslo kommune fortalte at individuelle behov skal vurderes, men at å rapportere ansikt til ansikt-tid for ambulerende virksomhet er nesten umulig. I bofellesskap med fast personell har kommunen en viss kontroll på tidsbruk (ved hjelp av vekting).

Det ble påpekte at andre kommuner kunne ha annen praksis i timesetting, f.eks. ved å vente med å sette timetall for nye brukere inntil en hadde fått tilpasset tjenesteomfanget til den enkelte. Når timetallet endelig settes, kan dette likevel avvike en del fra faktisk forbruk. En regner derfor med temmelig stor usikkerhet i disse tallene.

Sak 12.3 Utvide tabell med timetall per tjeneste med gjennomsnittlig vedtakstid?

Kom fram på møtet:

SSB spurte om det på noe sikt kunne være aktuelt å utvide

11643 Forbruk av omsorgstenester i timar i løpet av året, etter alder og tenestetype
(ev.

11645 Brukarar av pleie- og omsorgstenester pr. 31.12, etter alder og tenestetype)

med gjennomsnittlig tid per bruker, forutsatt at en får bedre kontroll med kvaliteten.

Det ble understreket at indikatorer for utgifter per time er av stor interesse, og da blir variabelen «ressursinnsats» særlig viktig. Det er sannsynligvis nødvendig å gjøre en del feltarbeid ute i kommunene for å kartlegge registreringspraksis – sett i sammenheng med f.eks. tjenestetype, tjenesteorganisering og kommunestørrelse. En må avvente med å publisere indikatorer for tidsbruk til en har mer oversikt over kvalitet på registreringene.

Oppfølging:

Arbeidsgruppen henstiller om at analyse av registrering av vedtakstid og ressursinnsats prioriteres hos de deltakende instanser.



Sak 13. Registerbasert sysselsettingsstatistikk

Sak 13.1 Hvordan lages personelltall for helse- og omsorgstjenester?

Stine Bakke, SSB, viste hvordan registertall for helse- og omsorgspersonell lages, med vekt på endret behandling av personer med manglende fødselsnummer i helsepersonellregister et. Dette omtales i punkt 13.3.

Bakke fortalte videre om sammenhengen mellom funksjon og næring, og hvilke tilpasninger som gjøres her.

SSB påpekte dessuten at av frivilligsentraler flyttes fra omsorgsområdet til kultur fom. 2019-årgangen, jf. vedtak på [arbeidsgruppemøte 19.-20.4.2108](#), sak 6. HOD kunne ønske seg litt info om hva dette utgjør i framtidige årganger. SSB viste her til fjorårets rapport til Samordningsrådet, der forslaget ble vedtatt, jf. punkt 4 i <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/attachment/355729?ts=1647ea41968>. Det dreier seg totalt om ca. 300 ansatte (og nok færre årsverk) som trekkes ut fra omsorgstallene.

Sak 13.2 Ny beregning av arbeidstid

- <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/ny-metode-gir-bedre-informasjon-om-arbeidstid>

Fra møtet:

Christoffer Berge, SSB, gikk igjennom endringene. Maksimalt avtalt stillingsprosent for en person i samme virksomhet settes til 120 prosent, og sum for alle jobber på samme person til 160 prosent.

Det ble diskutert hvordan man plasserer private tilbydere som selger tjenester til kommunen. Til en viss grad fanges dette opp av funksjonskodingen, men utleietjenester eller leverandører som leverer til både kommuner og til det private markedet fanges ikke nødvendigvis opp

Helse- og omsorgsdepartementet viste til at overgangen mellom 2014 til 2015 tidligere var kommunisert som tilforlatelig fra SSB. Ville endringen i beregningen nå medføre at dette ikke lenger var tilfellet? SSB påpekte at endringen fra 2014 til 2015 i årsverkstall for omsorg var av samme størrelsesorden som regnskapstallene. SSB vil analysere og lage et notat som omhandler sammenligning av 2014-tall mot senere årganger etter ny metode for beregning av stillingsprosent.

SSB har som mål å ferdigstille alt arbeid med arbeidstid i løpet av våren. Da vil 2018 rekjøres og filer for 2016 og 2017 skal lages med ny metode. Målet er å levere disse tallene til publiseringen av KOSTRA 17.6.2019.

Sak 13.3 Endring i uttak fra helsepersonellregister

- Konsekvenser for helse-omsorg?

Fra møtet:

Stine Bakke, SSB, orienterte.



Tidligere år koblet man personene uten fødselsnummer mot Folkeregisteret med arbeidstakers navn som koblingsnøkkel, og fikk dermed tak i fødselsnummer på noen av disse. Blant annet grunnet ulik stavemåte på navnene i de to registrene medførte dette et ukjent antall feilkoblinger. Fra og med 2018-årgangen gjøres ikke dette navnesøket for personer som mangler fødselsnummer. Dette vil typisk gjelde utenlandske personer med utdanning fra utlandet, særlig tilsvarende sykepleiere og helsefagarbeider. Disse personene vil heller ikke finnes i utdanningsregisteret, og vil derfor framstå som uten fagutdanning i statistikken. Helse- og omsorgsdepartementet var bekymret for at ny beregning her vil øke andelen uten helsefaglig utdanning. SSB følger opp med notat om hvilke konsekvenser endret beregning får på statistikken, både når det gjelder overgang fra 2014 til 2015, samt ev. påvirkning av andel med fagutdanning.

Det inkluderes fotnoter når det gjelder ny beregning for hhv. arbeidstid og autorisasjon i relevante tabeller og øvrige steder.

Oppfølging:

1. SSB kommenterer i rapport til Samordningsrådet hvordan:
 - a) ny beregning av arbeidstid påvirker årsverkstallene for helse og omsorg, herunder overgangen fra AA-registret til a-ordningen fra 2014 til 2015
 - b) ny håndtering av manglende fødselsnummer i Helsedirektoratets helsepersonellregister påvirker årsverkstallene for helse og omsorg, herunder andel med fagutdanning.
2. Det inkluderes fotnoter når det gjelder ny beregning for hhv. arbeidstid og autorisasjon i relevante tabeller og øvrige steder.

Punkt 1 omtales også mer detaljert i eget notat/artikkel.

Frist: 1.7.2019

Sak 14. Målgrupper i hjemmetjenesten.

Sak 14.1 Kommunenes inntektsfordelingssystem

Fra møtet:

Kjetil Brodal fortalte litt om inntektsfordelingssystemet for kommunene. Det beregner inntekter etter ulike kriterier. Bl.a. gir gamle og unge økte overføringer, men det er også mange andre kriterier som slår inn.

«Grønt hefte» viser alle elementer og grunnlagstall som ligger til grunn for kommunenes inntektssystem, jf. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/gront-hefte/id547024/>.

KS framholdt at det er vanskelig å finne ordninger som ivaretar behovet for finansiering, muligheten til å hjelpe – og rettferdighet, men dette er det beste en har.

Personer med utviklingshemming er i en særstilling – både i måten det telles på og størrelsen på overføringsbeløpet. Hva (psykisk) utviklingshemming er og litt om muligheter/rettigheter: [https://fontene.no/mapper/Lett utviklingshemming-forbannelse og velsignelse.pdf](https://fontene.no/mapper/Lett_utviklingshemming-forbannelse_og_velsignelse.pdf).)

Årlig rundskriv beskriver hvordan personer med utviklingshemming skal telles.

SSB opplyste om egen statistikk knyttet til gratis tannhelse for personer med utviklingshemming.



Sak 14.2 Mer detaljerte utgiftstall for hjemmetjenester

ASSS/KS har i flere år kjørt et eget prosjekt på om mulig splitte utgifter til hjemmetjenester, jf. notat fra ASSS/KS, vedlegg A til sakspapirene.

Her skisseres en tilnærmet lik inndeling av målgrupper som er brukt i hjemmetjenestekartleggingen i 2014

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

ASSS/KS-prosjektet har utelukkende sett på fordeling av utgifter, og ikke andre data for inndeling, som plasser, personell eller brukere.

Kan en bruke et opplegg som for fordeling av årsverk i helsestasjon/skolehelse?

Dvs. forhåndsutfylt fjorårstall for (brutto drifts-) utgifter til hjemmetjeneste, KOSTRA-funksjon 254:

Frivillig/om mulig ut fra kommunens kontoplan: be kommunene fordele utgifter for året på f254

Har kommunen egen kontoplan for mer detaljert inndeling av hjemmetjenesten (4./5.siffer i kontoplan)?

Hvis ja, har en mulighet for å fordele utgiftene slik:

- *Boligbaser for:*
 - *Personer med utviklingshemming*
 - *Eldre = (eldre +) demens + fysiske funksjonsnedsettelse*
 - *Personer med psykiske lidelser/vansker og/eller rusproblemer = Personer med psykiske lidelser/vansker + Personer med rusproblemer*
 - *Andre boliger*
- *Ambulerende tjenester (alle målgrupper)*
- *Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*
- *Andre hjemmetjenester (BPA, saksbehandling/bestillerkontor, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn, mm.)*

For KOSTRA kan det nok være aktuelt med enn noe grovere inndeling enn hva gjelder de aller største kommunene, f.eks. ved å droppe «andre boliger» eller la eldre og psyk/rus inngå i disse, samt la BPA inngå i «andre hjemmetjenester».

Hvis annen type detaljering, hva slags inndeling er brukt?

SSB stiller spørsmålene:

Kan en bruke en slik fordeling til å regne mot offisielle f254-regnskapstall (Brutto driftsutgifter BDU)?

Kan det genereres rapport i kommunenes fagsystem, som ev. kan sendes SSB som eget filuttrekk?

Alternativ: Egen rapportering for ASSS, utenom vanlig KOSTRA-løp?

Utfordring:

Spørsmål om fordeling på målgrupper vil lett kunne gi føringer på organisering av tilbudet, selv om rapportering er frivillig.

Fra møtet:



Martin Fjordholm, KS, presenterte 3 alternativer til splitting av hjemmetjenestefunksjonene, som vedlagt i sakspapirene.

Det ble understreket at en grov inndeling er helt nødvendig, sannsynligvis også for storkommunene i ASSS. Uansett vil en grov inndeling betyr at flere kommuner har mulighet til å levere tall.

Oslo kommune påpekte at de tidligere har prøvd å inndeles etter yngre og eldre brukere, men måtte gi opp, siden samme tjenesteyter i ambulerende hjemmetjeneste i stor grad betjener begge grupper i ulikt omfang fra dag til dag.

Dersom en inndeling etter yngre/eldre er tilstrekkelig, stilte SSB spørsmålet om en da i større grad heller kunne bruke timer gjennom året fra IPLOS som estimat.

Dersom en skal beregne utgifter ut i fra tjenester framfor direkte fra et mer detaljert regnskap, ble det framholdt at timepris varierer svært mellom tjenester (og tjenesteytere?).

Det er viktig med korrekt timeføring, og helst bruk av ressursinnsats i beregningene, slik at en også får med omfanget av brukere som har flere samtidige tjenesteytere.

SSB lurte på om det er mulig å angi en noe mer detaljert inndeling, men slik at en alternativt kan legge inn grovere sumtall. Da kan kommunen rapportere etter det detaljeringsnivå den selv ligger på.

Med relativt få fagsystemer innen regnskap er det teknisk mulig å innføre en mer detaljert felles kontoplan, men det er forbundet med større kostnader.

SSB understreket viktigheten av at en kan vise til et stort behov for oppsplitting om saken skal framlegges for KOSTRAs Samordningsråd på ny. Da må en starte med at storkommunene i ASSS-nettverket både kan vise til et stort behov og praktisk gjennomførbarhet. Men det er også en fordel om flere kommuner av alle størrelser kan oppvise behov og gjennomførbarhet. Uansett vil den enkelte kategori på et mer detaljert nivå være forbundet med usikkerhet, men likevel representere mer informasjon enn kun et totaltall for hjemmetjenesten.

KS var for så vidt positive til en kartlegging, men stilte spørsmålet om de omfattende og nært forestående kommunesammenslåingene kunne medføre utfordringer i både å få gode tall og tall som blir sammenlignbare over tid, og at en kanskje burde vente med hjemmetjenestekartlegging på virksomhetsnivå til kommunereformen er gjennomført og har satt seg.

Arbeidsgruppen sluttet seg til en slik vurdering.

Vedtak:

1. De deltakende kommuner (Oslo, Tolga) ble bedt om å gi tilbakemelding innen 10.4.2019 på KS sitt forslag til splitting av hjemmetjenestene, jf. vedlegg A i sakspapirene.
2. Arbeidsgruppen avventer en hjemmetjenestekartlegging på virksomhetsnivå til 2021/22.



Sak 15. Heldøgnsstilbud

Sak 15.1 Hva er institusjon/bolig?

- i. Må boliger for barn (både permanente og avlastning) under 18 år regnskapsføres som institusjon
- ii. Institusjon: Minst 5? beboere
- iii. Bolig med fast tilknyttet personell (eget orgnr. i Enhetsreg.): Minst 2 beboere
- iv. Vedtak om tvang forutsetter institusjon (!)
 - ➔ Må hjemle boliger til institusjon etter pålegg fra fylkesmann
- v. Hvordan telle ektepar?
 - ➔ -> plasser: telles som en (gjelder både KOSTRA 4 og 5) -> må presiseres i skjema
- vi. Sterkere kobling KOSTRA 5 mot Enhetsregisteret – påpeke avvik mht. navn, adresse, næring og sektor alt ved innrapportering

Fra møtet:

SSB tar utgangspunkt i oppføringer i Enhetsregisteret. Det er kommunene/virksomhetseier som er ansvarlig her, men SSB kan påpeke mulige feilregistreringer ved ulike tilnærminger.

Det var ellers ingen klare tilbakemeldinger og innspill fra arbeidsgruppen på spørsmålene som ble reist ovenfor. Det er egen forskrift som regulerer hva som er en institusjon. I forskriften er det ingen kriterier om antall plasser, men det framgår at det med «institusjon» menes sykehjem, aldershjem, barnebolig eller avlastningsbolig.

Når det gjelder ektepar er veiledningen for registrering i IPLOS-registeret klar; Med mindre begge har et vedtak om tjenesten skal kun den ene registreres med tjenesten i IPLOS-registeret. Det er nødvendig å få på plass en tilsvarende presisering i KOSTRA-skjema.

Det finnes både sentrale forskrifter som gjelder alle landets kommuner og lokale forskrifter for enkeltkommuner som regulerer innholdet i institusjonsbegrepet, kriterier for tildeling av plass lokalt og enkeltkommuners tilnærming til begrepet «heldøgns tjeneste».

Oppfølging:

En søker å innarbeide mer presise spørsmålsformuleringer og inkludere kontroller der det er mulig.

Sak 15.2 KOSTRA skjema 5

Oppfølging:

Sak 15.2.1 KOSTRA skjema 5, punkt 3 rom

Det presiseres at rom som i utgangspunktet er beregnet for 1 person, men er stort nok til at ektepar eller andre som ønsker å bo sammen, telles som 1 plass.

Sak 15.2.2 Samlokalisering/integrerte tjenester

Samlokalisering og spesielt integrerte tjenester kan medføre utfordringer i registrering og rapportering, og påvirke de fleste tall, som plasser, brukerdata, regnskap og personelldata.

[Hjemmetjenestekartleggingen](#) fra 2014 påviste kun et mindre omfang av integrerte tjenester, dvs. at personell jobber fleksibelt på flere virksomheter/næringer på samme adresse. Vi har lite kjennskap til tilsvarende når det gjelder institusjoner, og foreslår derfor spørsmål om dette tilknyttet hver enkelt institusjon. Avhengig av kvalitet og respons, vurderes det om dette er noe som bør gjentas årlig eller kun med større tidsrom enn årlig. Uansett anses det ikke som noen stor jobb å besvare.



Forslag til vedtak:

Skjema 5 utvides med en bolk om samlokalisering/integrerte tjenester:

A. Hva slags type virksomhet er enheten? Flere kryss er mulig.

- Institusjon - sykehjem/aldershjem
- Institusjon - barnebolig/avlastningsbolig
- Institusjon - for personer med rusmiddelproblemer
- Hjemmetjeneste(enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand)
- Hjemmetjeneste(enhet), der tilknyttet personell yter tjenester til brukere i et større distrikt (ambulerende, utenfor gangavstand)
- Dagsenter
- Annen type virksomhet. Nærmere opplysninger gis i spesifikasjonsfeltet under

Dersom flere kryss over:

B. Jobber samme ansatt på flere av de avkryssede virksomhetene over?

- Nei
- Ja, dette gjelder 1-5 personer
- Ja, dette gjelder 6-10 personer
- Ja, dette gjelder mer enn 10 personer
- Vet ikke

Fra møtet:

Arbeidsgruppen ba SSB justere litt i forslaget til kartlegging av samlokaliserte/integrerte tjenester som ble fremmet i sakspapirene. Det dreier seg da om kartleggingen av hjemmetjeneste(-enhet) der arbeidsgruppen ba om at koblingen til gangavstand med fordel kunne fjernes.

Det var for øvrig ingen innsigelser til endringsforslaget.

Vedtak:

SSB justerer forslag til bolk om samlokalisering/integrerte tjenester, og sender så forslaget ut på høring i arbeidsgruppen.

Frist: 1.6.2019

Sak 15.3 KOSTRA skjema 4 – Beboere/plasser i boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet

Bør en vurdere å endre spørsmål om beboere i boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet?

➔ Telle plasser (boliger) framfor personer fordelt på alder?

Fordeler ved å beholde spørsmål om beboere fordelt på alder:

- i. Etterspurt
- ii. Beholde tidsserie

Fordeler ved å spørre om plasser:

- iii. Skjema bør forbeholdes teoretisk kapasitet, nært tilknyttet evaluering av utbyggingsbehov
- iv. Spørsmål om kapasitet framfor beboere kan lettere utformes slik at det i større grad kan brukes for oppfølging av Husbankfinansierte omsorgsboliger



Siden det er et stort behov for å opprettholde tidsserier, og i påvente av implementering av heldøgns tilbud i IPLOS, foreslås det at en i tillegg til antall beboere også spør om antall plasser, slik at en også får med ev. ledige plasser og i større grad unngår at ev. ektepar i samme leilighet telles som to plasser/beboere.

Hjemmetjenestekartlegging på virksomhetsnivå muliggjør direkte sammenstilling mot IPLOS via organisasjonsnummer, slik at en i langt mer detaljert grad kan analysere årsak til avvik mellom beboere og plasser.

Årlig innsamling på virksomhetsnivå av boliger med bemanning (hele døgnet) kan være aktuelt fom. 2021 (2020-årgangen), på linje med skjema 5.

Kompromiss-forslag:

- KOSTRA skjema 4 med BÅDE antall plasser OG antall beboere, (jf. plasser i drift vs plasser totalt i KOSTRA 5 institusjon)
- Droppe kjønn, og antall aldergrupper for beboerne begrenses til:
 - o 0-17?
 - o 18-67
 - o 67-79
 - o 80+
- På sikt (tidligst 2021 (2020-årgangen): Vurdere å plukke ut bemannende boliger årlig for skjema 6, tilsv. som for skjema 5 på institusjonsnivå, slik at en for like god oversikt på bruk av Husbanktilskudd og utbyggingsbehov som for institusjoner? Det forutsetter at en ev. analyse av en ev. ny hjemmetjenestekartlegging tilsier at tallene er til å stole på.

Fra møtet:

Arbeidsgruppen støttet kompromissforslaget fra sakspapirene (over), og åpnet med det for at både antall plasser og antall beboere kan kartlegges gjennom KOSTRA skjema 4. Det var dessuten støtte til å redusere aldersgrupperingen til fire – 4 – kategorier og til å fjerne kjønn som dimensjon.

Når det gjelder SSBs forslag om å innføre et eget KOSTRA-skjema 6 som kartlegger bemannede boliger på tilsvarende måte som KOSTRA skjema 5 kartlegger institusjoner, ba arbeidsgruppen om å la det i bero i 2-3 år (tidligst 2022 (2021-årgangen)). Den viktigste årsaken er at kommunestrukturen er i endring og at denne bør få sette seg før denne typen kartlegginger blir innført (jf. sak 14.2 over).

Det ble for øvrig orientert om at KS i samarbeid med KMD har gjennomført egen undersøkelse om kommunenes planer om bygging av boliger. KS gir tilbakemelding om og evt. når det foreligger en rapport fra undersøkelsen.

Kom opp etter møtet:

Innspill fra kommuner tyder på at det er av særlig stor interesse å få tall på omfanget av demensplasser i hjemmetjenesten. SSB anbefaler derfor at det også legges inn et «herav»-spørsmål for dette.

Vedtak:

1. KOSTRA-skjema 4, punkt 6:
 - Det legges inn et spørsmål om antall plasser
 - o forutsatt arbeidsgruppens godkjenning:
«herav antall plasser spesielt tilrettelagt for personer med demens»



- Kjønn droppes
- alder begrenses til:
 - i. 0-17
 - ii. 18-67
 - iii. 67-79
 - iv. 80+

Sak 15.4 Hjemmetjenestekartlegging høsten 2019?

- På virksomhetsnivå (adresse) vil det være gode muligheter for å sammenstille mot IPLOS gjennom orgnr.
 - > kvalitetssikring av IPLOS
 - > bedre forståelse av hvordan heldøgntilbudet organiseres:
 - a) Institusjon vs bolig
 - b) Forskjeller mot hjemmetjenestekartlegging 2014:
 - Spør om antall plasser i tillegg
 - Spør om antall plasser til:
 - o Demens
 - o Avlastning
 - o barn(ebolig)
 - Forenklede spørsmål om målgrupper, jf. ASSS-forslag?

Detaljer rundt spørsmålene må utarbeides i løpet av våren 2019.

Fra møtet:

Arbeidsgruppen mente at en burde se på forskjeller mot hjemmetjenestekartlegging 2014, men tidligst i 2021/2022, jf. arbeidsgruppens konklusjon under sak 15.3.

Vedtak:

1. Kartlegging av bemannede boliger med plasser(beboere) på virksomhetsnivå legges i bero til 2022 (2021-årgangen).
2. KS gir tilbakemelding om og evt. når det foreligger en rapport fra siste kartlegging av boligbehov.



Sak 16. Utskrivningsklare pasienter psykiatri og rus – hvilken KOSTRA-funksjon skal brukes?

Helsedirektoratet og KMD tok høsten 2018 opp spørsmålet om hvilken KOSTRA-funksjon som skal brukes for utskrivningsklare pasienter psykiatri og rus:

Viser til kostraveilederen som beskriver at utgifter for utskrivningsklare pasienter fra sykehus skal føres på KOSTRA-funksjon 253.

Helsedirektoratet har spurt om hvilken KOSTRA funksjon utgifter for utskrivningsklare pasienter psykisk helse/rus skal føres på. Se nærmere informasjon i e-posten fra direktoratet nedenfor.

Etter som arbeidsgruppene for henholdsvis helse- og omsorg og psykisk helse- og rus har ansvaret for området og funksjonene som nevnes av Helsedirektoratet, sender jeg dette til dere, slik at aktuell arbeidsgruppe tar stilling til hvilken funksjon utgiftene hører under.

Jeg er litt usikker på om dette er det samme som prøveprosjektet overføring av DPS fra helseforetak til 20 kommuner som ble nevnt i arbeidsgrupperapporten 2018 for psykisk helse/rus. Arbeidsgruppen ønsket i rapporten en vurdering fra KOSTRA regnskapsgruppe om mulige løsninger knyttet til KOSTRA rapportering.

Her er utdrag fra referatet fra regnskapsgruppen knyttet til dette:

Arbeidsgruppen for psykisk helsearbeid og rusarbeid orienterte i sin arbeidsgrupperapport regnskapsgruppa om at det fra 2019 skal etableres en pilot med overføring av DPS fra helseforetak til 20 kommuner. Det vil bli vurdert om det er behov for å etablere egen funksjon som en løsning for føring av regnskapet. Arbeidsgruppen har ingen forslag nå, men vil komme tilbake til det og eventuelt rådføre seg med regnskapsgruppen.

Regnskapsgruppen vurderte at en løsning kan være at deltakerkommunene blir enige om å benytte felles konti i internkontoplanene og koble disse opp mot korrekt funksjon i KOSTRA (trolig funksjon 285).

Som nevnt ovenfor, ettersom det er arbeidsgruppene som har ansvar for funksjoner innenfor områdene, så må arbeidsgruppene for psykisk helse/rus, og helse/omsorg ta stilling til hvilken/hvilke av funksjonene på området som utgiftene skal føres på.

Tilbakemelding om hvilken funksjon som skal brukes ønskes innen 06.12.18

SSBs vurdering:

SSB har diskutert en del internt her, siden det ikke er helt åpenbart hvordan dette skal løses. For 2018 og 2019 foreslo SSB at «Utskrivningsklare sykehuspasienter (somatikk, psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusavhengighet), føres på funksjon 253 Helse- og omsorgsinstitusjoner, og art 300 Kjøp fra staten».

Dette må vi ta opp til våren i KOSTRA arbeidsgruppene for hhv.

- helse- og omsorgstjenester
- sosialtjenester



- ev. gruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid

Fra møtet:

Forslag til vedtak:

253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

Kulepunkt under «Funksjonen omfatter videre:»

- betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter.
endres til
- utskrivningsklare sykehuspasienter (somatikk, psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusavhengighet), føres på funksjon 253 Helse- og omsorgsinstitusjoner, og art 300 Kjøp fra staten.

Forslaget videresendes til KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester for behandling, og til KOSTRA arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid for høring.

Sak 17. Spørreundersøkelser

Sendes ut sammen med sakspapirene, for at medlemmene skal kunne besvare/ta opp hos seg internt før møtet:

Sak 17.1 Evaluering av nye KOSTRA

KOSTRA KOMMUNE-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.

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:

4. Enkel oversikt ved at nøkkeltall og grunnlagsdata kan hentes fra samme tabell
5. Lettere å gi en forklarende overskrift for innholdet i tabellen
6. 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 *

✓ − ↕ ↕

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>

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

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

Tabellene i Statistikkbanken

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

Fra møtet:

Tilbakemelding fra kommuner: det har blitt lettere å finne fram, mer data er tilgjengelig. KS påpekte at det er viktig at en ikke endrer strukturen på tabellene for ofte, slik at API-programmeringen kan være uforandret lengst mulig.

Konklusjon:

Arbeidsgruppen anser omstruktureringen av KOSTRA som vellykket ut i fra de signaler som er mottatt av brukerne. Ingen sterke negative reaksjoner er registrert.

Sak 17.2 Behov for hyppigere publisering

Sjekkliste for hyppigere publisering og rapportering i KOSTRA

På møtet i Samordningsrådet for KOSTRA høsten 2018 ble det framlagt ønske fra seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk om hyppigere publisering og rapportering i KOSTRA. Bakgrunnen er en omlegging av produksjonsløpet i KOSTRA (KOMPIS) som gir nye muligheter når det gjelder hyppigere publisering. I tillegg gir hyppigere rapportering i a-ordningen (kilden for tall over sysselsatte og årsverk), KOSTRA regnskapsdata og KPR (data om helse- og omsorgstjenesten i kommunene, bl.a. IPLOS og KUHR) nye muligheter. Det er ellers fanget opp via kvalitetsgjennomgangen av sosialstatistikken at enkelte brukere har behov for hyppigere data enn den årlige publiseringen som er tilfelle nå.

En forutsetning for å gå videre med dette er at gevinsten må være større enn merarbeidet. Tanken er å gjøre etterspurte data tilgjengelig uten å øke rapporteringsbyrden. Samtidig kan hyppigere publiseringer kanskje avlaste for ulike særrapporteringer. En fordel SSB har i så tilfelle, er å publisere samme informasjon til alle landets brukere samtidig.

På møtet besluttet samordningsrådet å ta inn i mandatet til KOSTRA-arbeidsgruppene for 2019 et eget punkt der det står at alle arbeidsgruppene skal kartlegge om det er behov for hyppigere publisering og rapportering på de ulike tjenesteområdene.



Alle arbeidsgruppene skal ta utgangspunkt i en felles sjekkliste i forbindelse med behovskartleggingen. Samlet svar skal gis under eget punkt i KOSTRA-arbeidsgrupperapporten for 2019.

Nedenfor følger en smakebit på de spørsmålene som ønskes besvart, disse og flere til behandles på arbeidsgruppemøtet i april.

Følgende spørsmål ble sendt ut til arbeidsgruppa 20.3.2019:

- *Er det et behov for hyppigere publisering og rapportering innenfor deres tjenesteområde?*
 - *I så fall, hva slags data er særlig viktig?*
 - *Hvorfor er hyppigere tilgang til disse dataene viktig (hva skal de brukes til)?*
- *Hvis det er behov, hvor hyppig bør en slik publisering og rapportering skje? Er det spesielle tider på året ekstra publiseringer er ønskelig?*
- *Kan hyppigere publisering og rapportering gi besparelser for kommunene ved at etatsinterne rapporteringer (særrapporteringer) faller bort eller reduseres?*

På møtet 2.4.2019 gjennomgås ovenstående og en del ekstraspørsmål:

- *Er det et behov for hyppigere publisering og rapportering innenfor deres tjenesteområde?*
- *Hvem er det som eventuelt etterspør hyppigere publisering og rapportering?*
- *Hvis det er behov, hvor hyppig bør en slik publisering og rapportering skje?*
- *Hvilke formål skal slike data brukes til?*
- *Kan hyppigere publisering og rapportering gi besparelser for kommunene ved at etatsinterne rapporteringer (særrapporteringer) faller bort eller reduseres?*
- *Bør hyppigere rapportering eventuelt skje per KOSTRA-skjema, eventuelt andre datakilder (regnskapsrapporteringen, a-ordningen)?*
- *Bør hyppigere rapportering eventuelt skje for alle eller bare et utvalg variabler?*
- *Bør hyppigere rapporterte data publiseres for hver kommune, eller bare f.eks. som et landsestimat (i så fall trenger bare et utvalg kommuner rapportere)?*
- *Bør hyppigere rapportering prioriteres over andre mulige utviklinger av KOSTRA, som f.eks. differensiert rapportering (f.eks. at større kommuner rapporterer et større datasett)?*
- *Hvordan vurderer arbeidsgruppen kostnad versus nytte ved en eventuell innføring av hyppigere publisering/rapportering?*
- *Hva forventes av hyppigere publisering/rapportering med hensyn til editering/kvalitetskontroll av data?*

Fra møtet:

Arbeidsgruppen gikk igjennom spørsmålene som var sendt ut i forkant. Videre ble det orientert om at aktuelle data, blant annet er sysselsatte og årsverk fra A-ordningen og etter hvert data fra KPR, kan publiseres hyppigere enn en gang årlig i framtida. I tillegg blir regnskapstallene rapportert kvartalsvis. Disse blir per i dag ikke behandlet i publiseringssøymed, men dersom det blir aktuelt med hyppigere publisering har seksjon for offentlige finanser i SSB vært positive til å være med på en pilot der formålet i første omgang er å kunne publisere kvartalstallene for utvalgte områder.



Konklusjon:

Arbeidsgruppa så på nåværende tidspunkt ikke et stort behov for hyppigere publiseringer av allerede tilgjengelige data enn i mars og juni på helse- og omsorgsområdet. Det kom heller ikke forslag om hyppigere rapportering av utvalgte data som per i dag blir samlet inn en gang årlig via KOSTRA-skjemaer.

Sak 18. Gjensidig informasjon om gjennomførte og planlagte undersøkelser/rapporter i kommunene utenom KOSTRA

Her er det fint om deltakerne har forberedt noe helt stikkordsmessig som de ønsker å dele, gjerne ved å sende nett-lenker til sekretariatet i forkant av møtet.

Fra møtet:

Intet ble meldt fra deltakerne.

Sak 19. Forslag til nye indikatorer og grunnlagstall fra eksisterende data

Bør det opprettes egen tabell for innbyggertall og ev. behovsprofil?

På mange områder kan det være behov for innbyggertall og ev. behovsprofil.

SSB foreslår derfor i utgangspunktet en egen tabell over innbyggertall og ev. andre aktuelle befolkningstall. Ev. kan noen særlig etterspurte innbyggertall legges inn i

[12292 Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall.](#)

Utgifter per innbygger er mye etterspurte indikatorer. Teller – utgifter - kan finnes fra

[12362 Utgifter til tjenesteområdene, etter funksjon og art.](#) For innbyggertall innen en bestemt alder i nevner, må en selv hente ut, og deretter beregne indikator.

SSB foreslår at noen spesielt etterspurte indikatorer legges inn på supplerende nøkkeltall:

- Netto driftsutgifter omsorg per innbygger 80+
- Mer?
- Noe på helsestasjon?

Faren med å fordele utgifter totalt på en aldersgruppe, er at en lett kan tro at det bare er utgifter til denne aldersgruppen som inngår. Sånn sett kunne en på sikt vurdere å bruke f.eks. timer til hjemmetjeneste og døgn på institusjon til aktuelle aldersgrupper som fordelingsnøkkel av utgifter.

Fra møtet:

Arbeidsgruppen påpekte at det er viktig å bruke de samme aldersinndelingene i størst mulig grad.

SSB ba også arbeidsgruppen vurdere endringer i

[11875: Helse- og omsorgsinstitusjoner - plasser \(K\) 2015 - 2018](#)

Utvide tabell 11875?

- Antall institusjoner fordelt på type
- Private plasser splittet i:
 - ideelle
 - kommersielle



Samtidig ble det påpekt usikre tall for avlastnings-/barnebolig:

- Sammenblanding med hjemmetjenester
- Private uten eget orgnr på lokasjon

Forslag? i (kommune) eller utenfor KOSTRA (landet (fylke)?:

-> Ny tabell:

- Kun sykehjem/aldershjem
- Antall plasser/institusjoner

Vurdere å redusere antall variabler i tabell 11875

KS mener at en bør vente med endringer som ikke er strengt tatt nødvendige, både pga. API-programmering som omtalt i sak 17.1, samt i påvente av kommunesammenslåingene.

Konklusjon:

Arbeidsgruppen samler opp forslag til endringer som ikke er strengt nødvendige i eksisterende tabeller, men som kan være aktuelle på noe sikt (2021?). Ev. nye tabeller vurderes fortløpende etter behov. Særlig er tabeller for innbyggertall og øvrige variabler aktuelt – her vil en i utgangspunktet ta sikte på å kopiere allerede eksisterende tabeller til helse-/omsorgsområdet.



Sak 20. Oppfølging

Sak	Tiltak	Ansvarlig	Status 4.7.2019
1	Oppfølging fra forrige arbeidsgruppemøte 27.11.2018.		Gjenstående saker eller avsluttede saker listes opp nedenfor
1	Personelltall: Fordeling av årsverk etter funksjon/yrke	SSB	Påbegynnes 4. kvartal 2019
1	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).		Beror inntil videre
1	Ny publiseringsløsning KOSTRA: SSB lager oppstilling av hvor de tidligere nøkkeltallene og variabler de bygger på kan finnes. Endringer i innhold og fjerning av nøkkeltall kommenteres i eget notat.	SSB	Ny frist: 3. kvartal 2019 Eksisterende nøkkeltallstabeller 12209 og 12293 prioriteres.
1	Avvik i tall, Oslo kommune og SSB: Oslo kommune sender over eksempel på avvik KOSTRA-Oslo-statistikken	Oslo kommune, SSB	IPLOS-tall først publisert 24.6.2018, foreløpig testet, men full gjennomgang innen 3. kvartal 2019.
3	Kommunalt Pasient- og brukerRegister (KPR) - status/framdriftsplan		IPLOS-data ble tilgjengelig i KUHR 28.6.2019: https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/3c591a8e-6ee0-4273-8194-41d81da8917f?e=false&vo=viewonly
5	Leve hele livet: 1. SSB utarbeider forslag til tabell for aktuelle aldersgrupper og ev. andre behovstall. 2. En spiller foreløpig ikke inn indikator på «aldersbæreevne», men tar det med inn i diskusjonen på KS-møtet over sommeren. 3. SSB undersøker omfanget i kommunene av klinisk ernæringsfysiolog og idretts- og helsepedagog når det gjelder utdanning og yrket.	SSB, KS	1. Frist: 3. kvartal 2019 2. Tema på KS-samling, berammet til 20.9.2019 3. Frist: 15. oktober
6	Frisklivssentraler, KOSTRA-skjema 1 pkt. 5.2: Utvidet med nye spørsmål for 2019? 1. Arbeidsgruppen går inn for forslaget fra Helsedirektoratet. 2. Helsedirektoratet utarbeider i tillegg forslag til spørsmål om elektronisk pasientjournal (med alternativer på navngitte fagsystem).	Helsedirektoratet	Frist: 1.9.2019
7	Årsverk helsestasjon/skolehelsetjeneste 1. SSB publiserer notat om kvalitet	1. SSB 2. KS	Frist: 30.9.2019



	2. -For kontrollformål sjekkes de ti største kommunene i ASSS-nettverket, grundigere.		
8.3	Pkt. 4.2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hjemmebesøk. 1. SSB endrer betegnelsen på «helsesøster» til «helsesykepleier» i skjema og veiledning for 2019. 2. Helsedirektoratet sjekker behov og ønsker, og kommer med tilbakemelding på øvrige innspill over.	Helsedirektoratet	E-post 8.5.2019: Helsedirektoratet mener dagens spørsmålsformuleringer kan beholdes.
8.4	Pkt. 4.2 Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, kontroller. Helsedirektoratet understreket at det er et mål om å få dette med i KPR fra neste år, så da er det ikke behov for å endre noe i år. En vil dermed ha en tidsserie i SSB.	Helsedirektoratet, arbeidsgruppen	Helsedirektoratet skriver i epost 8.5.2019: Enig i å endre til antall barn med fullførte kontroller/helseundersøkelser» i stedet for «Antall kontroller/helseundersøkelser». Målet er at barnet skal få konsultasjon både hos lege og helsesykepleier for at en skal kunne hake av 2 års konsultasjon. I nasjonal faglig retningslinje står det konsultasjon ikke kontroll. Kan vi endre det tilsvarende her også? Det gjelder å bytte kontroll til konsultasjon alle steder? Tas opp med arbeidsgruppen innen 1.9. 2019. Tas opp i arbeidsgruppen innen 1.9.2019
8.5	Pkt. 5.1 Organisering av annet forebyggende arbeid. Helsedirektoratet undersøker i hvilken grad dataene brukes.	Helsedirektoratet, arbeidsgruppen	Helsedirektoratet foreslår i e-post 11.4.2019: ønsker fremdeles å opprettholde delingen av funksjon i miljørettet helsearbeid og annet forebyggende arbeid, men foreslår en reduksjon av svarkategoriene fra 10 til 4. Tas opp med arbeidsgruppen innen 1.9. 2019.
8.6	Punkt 6-1 Re-/habilitering Eget team	Helsedirektoratet	Helsedirektoratet sjekker nærmere, og kommer med tilbakemelding på forenkling
9	((Hverdags-)re-)habilitering – endringer i KOSTRA funksjonskontoplan		Konklusjon: Arbeidsgruppen vurderer området som så uklart at en ikke er i stand til å gjøre endringer som kan oppklare på det nåværende tidspunkt.
11.1	Årsaker til avvik mellom plasser i drift og tilgjengelige plasser KOSTRA-skjema 5, punkt 3: Arbeidsgruppen foreslår å endre plasser i drift til «ledige plasser».	SSB	I Samordningsrådsrapport er dette videre detaljert: a) nytt spørsmål: «Ledige plasser» b) automatisk beregning: «Plasser i drift» = «Plasser totalt» - «ledige plasser»
11.2	Sak 11.2 Sammenstilling av plasser i KOSTRA skjema 5 og beboere i IPLOS – beregning av belegg SSB analyserer ny beregning av belegg. Dersom dette virker lovende, foreslås ny beregning tatt i bruk for 2019-årgangen.	SSB	Ikke rukket siden IPLOS-tall ikke var klare før 24.6.SSB valgte derfor å unnlate å publisere tallene for 2018. Ny frist 1.10.2019
11.4	Korrigerte brutto driftsutgifter, institusjon, pr. kommunal plass 1. «Korrigerte brutto driftsutgifter per kommunal plass» endrer beregning til	SSB	1. Klargjøres for publisering 15.3.2020 2. Frist: 30.10.2019.



	«Utgifter per oppholdsdøgn i institusjon» multiplisert med 365, dvs. brutto driftsutgifter per plass. 2. Det vurderes om en i tillegg skal opprettholde en variant for kun kommunale plasser: SSB analyserer muligheten for en slik løsning og kommer ev. opp med forslag.		
11.5	Oppfølging av belegg SSB gjennomfører analyse ved sammenstilling av orgnr., jf. sak 11.2 sammenstilling av plasser og beboere.	SSB	Frist: 30.10.2019.
12	Beregning av tid brukt på hjemmetjenester. Arbeidsgruppen henstiller om at analyse av registrering av vedtakstid og ressursinnsats prioriteres hos de deltakende instanser.	Alle	I løpet av høsten 2019
13	Registerbasert sysselsettingsstatistikk 1. SSB kommenterer i rapport til Samordningsrådet hvordan: a) ny beregning av arbeidstid påvirker årsverkstallene for helse og omsorg, herunder overgangen fra AA-registret til a-ordningen fra 2014 til 2015 b) ny håndtering av manglende fødselsnummer i Helsedirektoratets helsepersonellregister påvirker årsverkstallene for helse og omsorg, herunder andel med fagutdanning. 2. Det inkluderes fotnoter når det gjelder ny beregning for hhv. arbeidstid og autorisasjon i relevante tabeller og øvrige steder. Punkt 1 omtales også mer detaljert i eget notat/artikkel.	SSB	Den nye metoden er fortsatt under utvikling. SSB vil etter planen publisere endelige tall for årsverk for årgangene 2015-2019 etter ny metode gjennom KOSTRA i mars 2020. 1. Frist for kommentarnotat: 15.6.2020 2. Fotnoter inkludert ved publisering 17.6.2019
14.2	Målgrupper i hjemmetjenesten Mer detaljerte utgiftstall 1. De deltakende kommuner (Oslo, Tolga) ble bedt om å gi tilbakemelding på KS sitt forslag til splitting av hjemmetjenestene, jf. vedlegg A i sakspapirene. 2. Arbeidsgruppen avventer en hjemmetjenestekartlegging på virksomhetsnivå til 2021/22.	Alle	1. Tolga hadde ikke motforestillinger til KS sitt forslag. Oslo og de andre ASSS-kommunene testet ut en enkel inndeling på ASSS-samling 7.5.2019. De fleste kommunene meldte tilbake på gruppearbeid at de kunne levere tall direkte fra regnskapssystemet. Utdypet i Samordningsrådsrapport. 2. En tar sikte på en enkel uttesting mot ASSS og andre frivillige kommuner høsten 2019, sammen med test av plasser i bemannede bolig, sak 15.3.
15.1	Hva er institusjon/bolig? KOSTRA skjema 5, punkt 3: Det presiseres at rom som i utgangspunktet er beregnet for 1 person, men er stort nok til at ektepar eller andre som ønsker å bo sammen, telles som 1 plass.		Inkludert i Samordningsrådsrapport
15.2.1	KOSTRA skjema 5, punkt 3 rom Det presiseres at rom som i utgangspunktet		Inkludert i Samordningsrådsrapport



	er beregnet for 1 person, men er stort nok til at ektepar eller andre som ønsker å bo sammen, telles som 1 plass.		
15.2.2	Samlokalisering/integrerte tjenester Skjema 5 utvides med en bolk om samlokalisering/integrerte tjenester		Inkludert i Samordningsrådsrapport, med noen mindre justeringer
15.3	KOSTRA skjema 4 – Beboere/plasser i boliger med fast tilknyttet personell hele døgnet 1. Kategori kjønn droppes 2. Antall alderskategorier reduseres til 4 3. Spørsmål om antall plasser testes ut for ev. inkludering		1. og 2.: Inkludert i Samordningsrådsrapport 3. Testet ut på ASSS-samling 7.5.2019: Alle kommuner opplyser at de har god kontroll på antall plasser. En tar derfor sikte på enkel uttesting mot ASSS og ev. andre kommuner høsten 2019, for inkludering i KOSTRA skjema 4. Testes sammen med fordeling av utgifter til f254 hjemmetjenester, sak 14.2
15.4	Hjemmetjenestekartlegging på virksomhetsnivå høsten 2019? 1. Kartlegging av bemannede boliger med plasser(beboere) på virksomhetsnivå legges i bero til 2022 (2021-årgangen). 2. KS gir tilbakemelding om og evt. når det foreligger en rapport fra siste kartlegging av boligbehov.	KS	1. Avventes til kommunesammenslåinger har satt seg, 2021/2022 2. Frist: 1.9.2019
16	Utskrivningsklare pasienter psykiatri og rus – hvilken KOSTRA-funksjon skal brukes? 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon Kulepunkt under «Funksjonen omfatter videre:» • betalinger utskrivningsklare sykehuspasienter. endres til • utskrivningsklare sykehuspasienter (somatikk, psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusavhengighet), føres på funksjon 253 Helse- og omsorgsinstitusjoner, og art 300 Kjøp fra staten. Forslaget videresendes til KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester for behandling, og til KOSTRA arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid for høring.	KOSTRA regnskapsgruppe	Inkludert i Samordningsrådsrapport. Arbeidsgruppe for sosialtjenester var enig i forslaget. Ikke sendt til arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid og rusarbeid for høring, etter som denne er «sovende».
17.1	Evaluerer av nye KOSTRA Arbeidsgruppen anser omstruktureringen av KOSTRA som vellykket ut i fra de signaler som er mottatt av brukerne. Ingen sterke negative reaksjoner er registrert.		Inkludert i Samordningsrådsrapport.
17.2	Behov for hyppigere publisering Konklusjon: ikke et stort behov for hyppigere publiseringer		Inkludert i Samordningsrådsrapport.



19	Forslag til nye indikatorer og grunnlagstall fra eksisterende data Arbeidsgruppen samler opp forslag til endringer som ikke er strengt nødvendige i eksisterende tabeller, men som kan være aktuelle på noe sikt (2021?). Ev. nye tabeller vurderes fortløpende etter behov. Særlig er tabeller for innbyggertall og øvrige variabler aktuelt – her vil en i utgangspunktet ta sikte på å kopiere allerede eksisterende tabeller til helse-/omsorgsområdet.		Inkludert i Samordningsrådsrapport. En vurderer her om «Netto driftsutgifter omsorg per innbygger 80+» bør inkluderes nederst i tabell 12293 Omsorgstjenester - supplerende nøkkeltall (K). Endelig avklaring på arbeidsgruppemøte høsten 2019.
----	---	--	---



A. Vedlegg: KS/ASSS: Vedrørende splitting av funksjon 254

Fra:	KS	Dato:	Dokumentdato
Til:	SSB	Dokument nr.:	Dokumentnummer
Kopi til:	Navn		

Formål

Det er behov for å få et mer nyansert og bedre bilde av hvordan kommunenes sammensetning av hjemmetjenester er innrettet. På bakgrunn av en manuell prøverapportering og vurderinger gjort i en arbeidsgruppe nedsatt av ASSS-kommunene, vurderer disse at kvaliteten og bruksverdien på styringsinformasjonen vil øke betraktelig gjennom bruk av fjerdesiffer i funksjonen.

Arbeidsgruppen vurderer at splittingen kan være obligatorisk for ASSS-kommunene i første omgang. KS vurderer at langt flere kommuner er i stand til, og vil ha nytte av en slik splitting.

Bakgrunn

Kommunenes utgifter til hjemmebaserte tjenester føres per i dag kun på en Kostra-funksjon (F254), noe som vanskeliggjør gode analyser / oversikt over kommunenes ressursbruk på dette området. F254 inneholder et stort spenn av brukergrupper og gir begrenset nytteverdi som styringsdata. Til tross for at F254 representerer en betydelig andel av kommunenes totale pleie- og omsorgskostnader, er det begrenset kunnskap om hvordan disse utgiftene fordeler seg på ulike målgrupper/tjenesteområder. Området er per i dag såpass stort og fragmentert at styringsinformasjonen på strategisk nivå må suppleres av andre kilder.

Det har lenge vært ønsket å kunne få mer detaljert informasjon om innholdet i funksjonen. En mulig tilnærming som har vært vurdert er å splitte F254 ved hjelp av et 4.siffer. Dette har vært tema på flere ASSS-samlinger, og det har også vært tatt opp i Samordningsrådet for Kostra.

SSB gjennomførte en omfattende kartlegging av alle registrerte enheter innenfor hjemmetjenestene høsten 2014, viser til rapport «2016-13 Hjemmetjenestenes målgrupper og organisering». Konklusjonene fra denne rapporten gir viktige innspill til splitting av F254. Viktige funn i rapporten er:

- I ASSS-kommunene er 69,5 % av enhetene kun boligbaser og 20,2 % av enhetene er kun ambulerende. Det vil si at for over 90% av enhetene vil det ikke være noen form for problemstilling knyttet til integrasjon mellom ulike typer virksomheter
- Av boligbasene er det 88,3 % av enhetene som har kun en målgruppe, og de største målgruppene er utviklingshemmede, psykiske lidelser og fysiske begrensninger 67+
- For ambulerende tjenester er det en betydelig mindre andel som bare har en målgruppe (44,3 %)

Ut i fra disse funnene kan det konkluderes med følgende:



- ASSS kommunene kan splitte regnskapsføringen på boligbasene etter målgrupper
- Ambulerende tjenester er ikke like enkelt å splitte på målgrupper. Ambulerende tjenester bør vurderes som egen deltjeneste uten inndeling i målgrupper

På bakgrunn av disse funnene rapporterte ASSS kommunene til KS/SSB i en prøveinnsamling på Kostra-regnskapstall for 2016. Dette ble gjennomført med følgende inndeling av fjerdesiffer ble (andel av totalkostnader i parentes):

- 254.1 Boligbaser for utviklingshemmede (34 %)
- 254.2 Boligbaser for eldre (8 %)
- 254.3 Boligbase for psykisk syke (8 %)
- 254.4 Boligbase for andre (2 %)
- 254.5 Ambulerende tjenester (for alle målgrupper) (37 %)
- 254.9 Andre tjenester/virksomheter (eks. bestillerkontor) (10 %)

Arbeidsgruppens vurderinger

Oppsummert tilbakemelding fra ASSS kommune etter kartleggingen er:

- Kartleggingen var tidkrevende på de områder hvor boligbasene ikke er rene på målgruppe
- Noe uklarhet i definisjoner og avgrensninger ved bestilling av kartleggingen
- Til tross for noe merarbeid med den manuelle kartleggingen, ble nytteverdien ved en splitting av F254 vurdert høyere enn ulempene og sett på som en nødvendighet

Kritiske suksessfaktorer

Prøveinnsamlingen som ble gjennomført for 2016- tall viste at selv med avgrensede målgrupper opplevdes det at kommunene hadde ulik definisjon. En kritisk suksessfaktor er derfor tydelige definisjoner på de ulike målgruppene. Dersom definisjonene blir utformet uklart kan dette øke faren for feilrapportering.

Flere kommuner har regnskapsført utgiftene der de passer best i tråd med beskrivelsen, men der man har organisert tjenesten avvikende fra definisjonene kan dette skape utfordringer for presisjonsnivået.

Det må lages definisjoner som i størst mulig grad opprettholder organisasjonsnøytralitet. Man kan ta utgangspunkt i arbeidet som er utført i regi av ASSS, men definisjonene bør arbeides noe mer med.

I tillegg bør splittingen på F254 utformes slik at de i minst mulig grad påvirker kommunenes muligheter til å organisere tjenestene optimalt rundt et individ.



Arbeidsgruppens forslag

Verdien av å kunne skille mellom boliger for utviklingshemmede, andre boliger og ambulerende tjenester splitter utgiftene til et mer håndterbart nivå som gir mer presis styringsinformasjon enn det som finnes i dag. Ut i fra SSB og ASSS kommunenes kartlegging så er det ikke like enkelt å skille ambulerende tjenester på målgruppe, dette anbefales derfor ikke.

Man skal ikke drive med individrapportering her. Det skal rapporteres på hvordan kommunen har innrettet tjenestetilbudet sitt. Det vil si at man ser på hva som er enhetenes primære målgrupper.

Ved gjennomgang av notatet på ASSS samling for TTU 5.mai 2018 kom det innspill som er innarbeidet i forslaget til splitting av F254, noe som gir avvikende inndeling enn prøvekartleggingen. Det er lagt vekt på å ikke splitte i både diagnose og alder. Arbeidsgruppen har derfor valgt å splitte med bakgrunn i diagnose.

Arbeidsgruppen anbefaler at følgende definisjoner legges til grunn for oppbygning av fjerdesiffer på funksjon 254:

- 254-1 Boligbase for utviklingshemmede
- 254.2 Boligbaser for eldre (8 %)
- 254-3 Boligbase - psykisk helse og rus
- 254-4 Boligbase - andre
- 254-5 Ambulerende
- 254 – 8 BPA
- 254-9 Andre hjemmetjenester

Se vedlegg 2 for utdypende definisjoner.

I tillegg vedlegges Oslo kommunes fellesskriv 5/2017, som viser de definisjoner Oslo la til grunn i sin internkontoplan. Etter som den minste bydelen i Oslo har 27 500 innbyggere, vurderes det at dette er definisjoner som kan antas å fungere godt også for kommuner av tilsvarende størrelser (Vedlegg 4).

KS' vurdering

KS vurderer at behovet for å splitte opp funksjon 254 er stort og slutter seg til arbeidsgruppens vurdering av behovet for en oppsplitting. Det anses også som vesentlig at det er på plass tydelige definisjoner i forkant av en splitting. KS vurderer også at langt flere kommuner vil ha nytte av den forbedrede styringsdata, og dette er noe som etterspørres fra flere kommuner utenfor ASSS-samarbeidet. Imidlertid har vi ikke konkludert med hvordan definisjonene bør være.

Vi har likevel noen refleksjoner rundt en eventuell splitting, og vurderer at det er flere prinsipper som kan legges til grunn. For å ivareta konsistens, bør definisjonene så langt det lar seg gjøre være organisasjonsnøytrale, og for øvrig bygges etter de samme grunnprinsippene som legges til grunn i Kostra.

Tjenestene som føres på funksjon 254 er per i dag så stort og fragmentert at styringsinformasjonen på strategisk nivå har begrenset verdi. Informasjonen må suppleres av andre kilder og det lages ulike lokale varianter av kontoplaner for å øke verdien av styringsinformasjonen.



Dersom 254 skal splittes, må det lages definisjoner som i størst mulig grad opprettholder nøytralitet. Man kan ta utgangspunkt i arbeidet som er utført i regi av ASSS, men definisjonene bør justeres noe mer. En mulig vei videre er å vurdere en tre- eller firedelt struktur som åpner for og ikke utelukker en mer finmasket inndeling i kommunenes interne kontoplaner.

Det bør vurderes om bruken av fjerde siffer skal være obligatorisk ned til et visst nivå når det gjelder kommunestørrelse, og frivillig etter dette.

Hvilken tilnærming bør en splitting ha, f.eks.:

- Boligtilnærmingsperspektiv (eks. Oslo, Stavanger)?
- Målgruppeperspektiv (eks. eldre, psykiske lidelser, rus, psyk. utviklingshemming, palliativ omsorg, annet?)
- Minimumsløsning (f.eks. A) eldre, yngre (i bolig) og ambulerende, B) eldre, yngre, psykisk utviklingshemming)

Dersom man velger å gå videre med splittingen, anser KS at det finnes to muligheter:

1. Obligatorisk for større kommuner, men kanskje med noen flere kommuner enn de ti største, og valgfritt for mindre kommuner.
2. Obligatorisk for alle kommuner.

Alternativ en vil på den ene siden bryte med prinsippet om at Kostra skal være for alle kommuner. Samtidig er dette en detaljering som vil være mer relevant desto større kommunene er. Samtidig er funksjon 254 i seg selv større enn flere sektorer og KS kjenner til flere kommuner som er betydelig mindre enn ASSS-kommunene som har vært tydelige på at dette er et behov også de har.

KS anser det som viktig å legge følgende til grunn ved utarbeidelse av definisjoner:

- Færrest mulig kommuner må utelukkes fra å bruke det
- Sørge for at færrest mulig kommuner må gjøre store endringer i sin internkontoplan
- Definisjoner som gir ønsket nytteverdi for kommunene.

Vi legger også ved noen figurer som skisserer ulike tilnærmingsmåter ved en eventuell utarbeidelse av definisjoner (vedlegg 3).



Vedlegg 1: Dagens indikatorer for hjemmetjenester (SSB)

Under er et utdrag av dagens indikatorer på hjemmetjenester. Dette gir lite styringsinformasjon, og viser godt behovet for at en splitting er nødvendig.

Pleie- og omsorgstjenestene samlet
Prioritering
Netto driftsutgifter pleie og omsorg i prosent av kommunens totale netto driftsutgifter
Institusjoner (f253+261) - andel av netto driftsutgifter til plo
Tjenester til hjemmeboende (f254) - andel av netto driftsutgifter til plo
Aktivisering, støttetjenester (f234) - andel av netto driftsutgifter til plo
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 80 år og over
Netto driftsutgifter, pleie og omsorg pr. innbygger 67 år og over
Personell
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra videregående skole
Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/ fagutdanning fra høyskole/universitet
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste
Produktivitet / Enhetskostnader
Korrigerte brutto driftsutgifter pr. mottaker av kommunale pleie og omsorgstjenester
Lønnsutgifter pr kommunalt årsverk ekskl. fravær, pleie og omsorg
Årsverk ekskl. fravær i brukerrettede tjenester pr. mottaker
Hjemmetjenester
Prioritering
Dekningsgrader
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 0-66 år
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 67-79 år.
Mottakere av hjemmetjenester, pr. 1000 innb. 80 år og over.
Produktivitet/enhetskostnader for hjemmetjenester
Korrigerte brutto driftsutg pr. mottaker av hjemmetjenester (i kroner)
Brukerbetaling, praktisk bistand, i prosent av korrigerte brutto driftsutg
Utdypende tjenesteindikatorer for hjemmetjenester
Andel hjemmeboere med høy timeinnsats
Andel hjemmetj.mottakere med omfattende bistandsbehov, 67 år og over
System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten
Dekningsgrader boliger til pleie- og omsorgsformål
Andel beboere i bolig til pleie- og omsorgsformål 80 år og over
Andel beboere i bolig m/ heldøgns bemanning
Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning



Vedlegg 2: utdypende informasjon om arbeidsgruppens forslag for fjerde siffer på F254:

254-1 Boligbase - utviklingshemmede

Hjemmetjenester unntatt BPA som ytes i boligbaser for mennesker med utviklingshemming der mer enn 50 % av beboerne innehar diagnosen psykisk utviklingshemming.

Boligbase er en hjemmetjenesteenhet der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand).

Verdens Helseorganisasjon definerer psykisk utviklingshemming som:

«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks. kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser».

Dette innebærer at vedkommende må ha:

- Ha en signifikant begrensning i intellektuell fungering (IQ). En signifikant begrensning i IQ innebærer et nivå på under 70.
- Ha en begrensning i sosial modenhet og tilpasningsevne vurdert etter standardiserte vurderingsskalaer og ved intervju med pårørende.
- Ha en tilstand som har vist seg før fylte 18 år.

Inntekter føres på tilhørende 4.siffer.

254-3 Boligbase - psykisk helse og rus

Hjemmetjenester unntatt BPA som ytes i boligbaser for mennesker med psykiske lidelser og / eller rusavhengighetsproblematikk der mer enn 50 % av beboerne innehar diagnosen/-e.

Boligbase er en hjemmetjenesteenhet der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand).

Inntekter føres på tilhørende 4.siffer.

254-4 Boligbase - andre

Hjemmetjenester unntatt BPA som ytes i boligbaser for andre brukergrupper enn det som føres på 254-1 og 254-2.

Boligbase er en hjemmetjenesteenhet der tilknyttet personell yter tjenester til beboere i omsorgsboliger/bofellesskap og andre brukere i nærområdet (gangavstand).

Inntekter føres på tilhørende 4.siffer.

254-5 Ambulerende

Ambulerende tjeneste er en hjemmetjenesteenhet der tilknyttet personell yter tjenester til brukere i et større distrikt (ambulerende, utenfor gangavstand).

Inntekter føres på tilhørende 4.siffer.

254 – 8 BPA

Brakerstyrt personlig assistanse som i praksis er en alternativ form for praktisk bistand.

Inntekter føres på tilhørende 4.siffer.

254-9 Andre hjemmetjenester

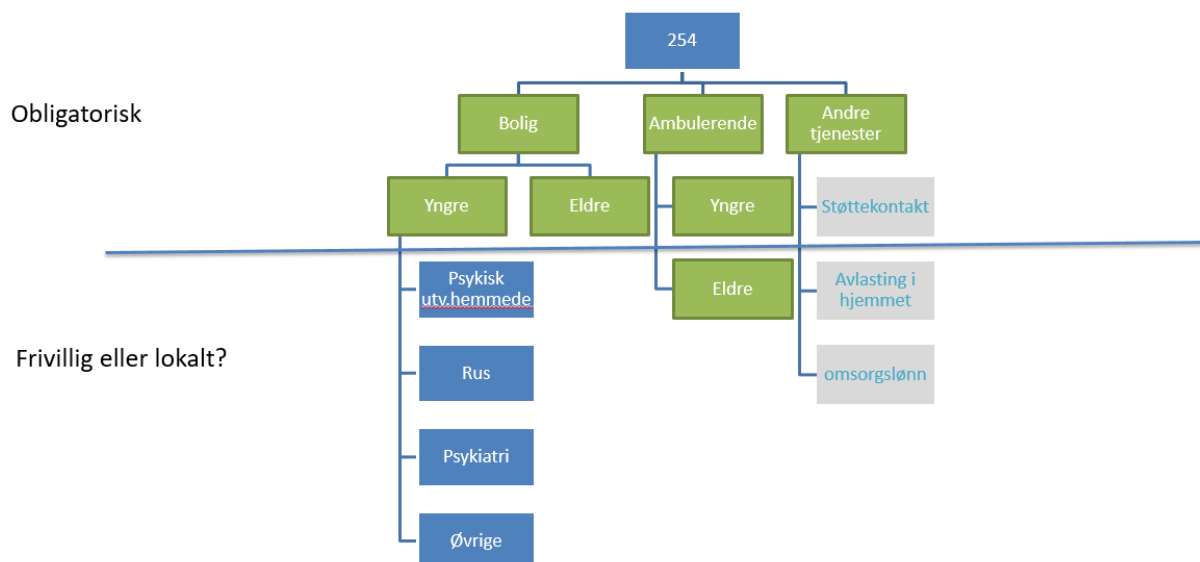
Utgifter til andre tjenester som ikke dekkes av de øvrige 4.sifrene føres her. Eksempelvis støttekontakt, omsorgslønn, avlastning i hjemmet. I tillegg føres saksbehandlere innenfor hjemmetjenester i et bestillerkontor også på dette 4.sifferet. Andel av administrasjon, ledelse og merkantile årsverk mfl. som gjelder Kostra funksjon 254 føres også her.

Inntekter føres på tilhørende 4.siffer.



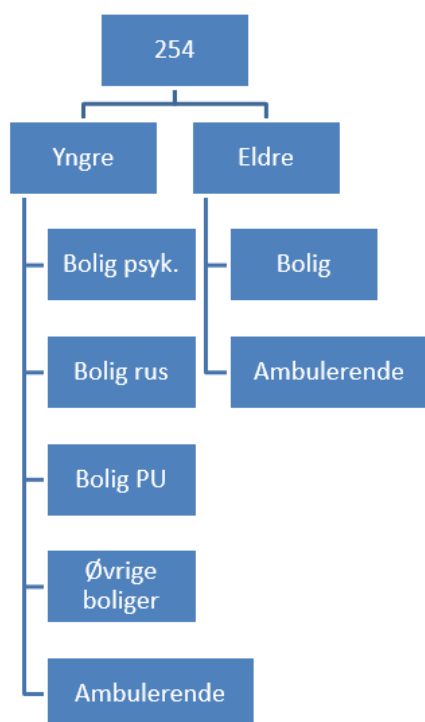
Vedlegg 3: Skisser til ulike konsepter for utarbeidelse av definisjoner

Figur 1 – utgangspunkt i bosted/bolig/boligtilbud



Figuren taler for det meste for seg selv, Man tar utgangspunkt i bosituasjon og underordner alder som obligatoriske definisjoner. Etter som dette gjelder regnskapet, dreier det seg her om penger og ikke mennesker.

Figur 2 – utgangspunkt i alder med undergrupper



Figur 2 tar utgangspunkt i en splitting på alder og deretter tjenesten som gis. Også her er det tenkelig å se for seg en nærmere avgrensning av hva som er obligatorisk og hva som er frivillig eller lokalt.

Felles for begge konseptene:

KS har merket seg at de kommunene som har gjort seg opp noen tanker om splitting ofte trekker frem at det største behovet er å skille ut boliger til mennesker med psykisk utviklingshemming, ambulerende hjemmetjenester, samt yngre og eldre brukere. Det kan derfor være tenkelig at det ikke er tvingende nødvendig med så mange boligkategorier.