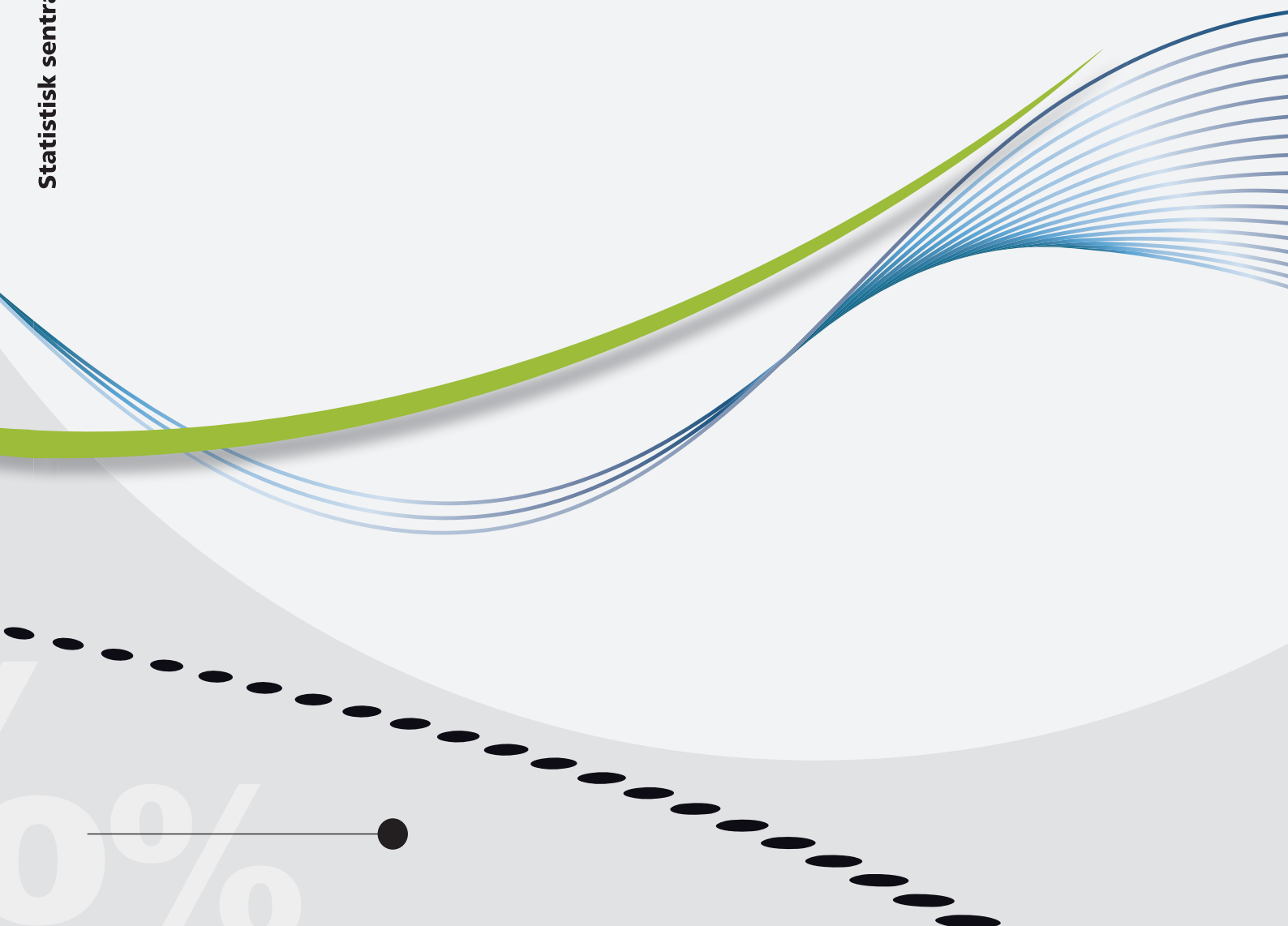


Trond Ekornrud

Årsrapport 2016

Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk



Trond Ekornerud

Årsrapport 2016

Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk

I serien Notater blir det publisert dokumentasjon, metodebeskrivingar, modellbeskrivingar og standardar.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale frå denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå bli gjeve opp som kjelde.

Publisert 3. juli 2017

ISBN 978-82-537-9577-5 (elektronisk)

Standardteikn i tabellar	Symbol
Tal kan ikkje førekoma	.
Oppgåve manglar	..
Oppgåve manglar foreløpig	...
Tal kan ikkje offentleggjerast	:
Null	-
Mindre enn 0,5 av den brukte eininga	0
Mindre enn 0,05 av den brukte eininga	0,0
Foreløpig tal	*
Brot i den loddrette serien	—
Brot i den vassrette serien	
Desimalteikn	,

Føreord

Statistisk sentralbyrå (SSB) har sekretariatet for Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk. I samband med dette gjev SSB ut årsrapport med oversikt over arbeidet til utvalet. Avtalen som ligg til grunn for verksemda til utvalet følgjer som eige vedlegg (Vedlegg A). Referata frå dei gjennomførte møta i 2016 finn ein òg i vedlegg (Vedlegg B-E).

Statistisk sentralbyrå, 16. juni 2017.

Torstein Bye

Samandrag

Notatet gjer greie for verksemda i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk i 2016. Det inkluderer utvalet si avtale, mandat og representasjon (kapittel 1), aktiviteten i utvalet (kapittel 2), oversikt over arbeidsgruppene som rapporterer til utvalet (kapittel 3) og sakene i utvalet i 2016 (kapittel 4).

Utvalet si avtale, mandat og representasjon blei drøfta og endra i 2013, og har i all hovudsak vore uendra i 2016. Avtala er vedlagt notatet (jf. Vedlegg I).

Utvalet sin aktivitet i 2016 bestod av fire møte haldne i mars, mai, september og november. Til møta blei det utarbeidd referat som alle er godkjent (jf. Vedlegg II-IV).

Arbeidsgruppene som rapporterer og soknar til utvalet er uendra frå 2015 og har vore uendra i ei årrekke. Dei aktuelle arbeidsgruppene har anten utspring i spesialisthelsetenesta eller i KOSTRA (Kommune-stat-rapporteringa).

Sakene i utvalet for 2016 omhandla fleire tema. Av dei som kan trekkjast fram er moglegheiter og utfordringar ved å presentera føreløpsdata i IPLOS v/SSB og presentasjon av nasjonal e-helsemonitor v/Direktoratet for e-helse. På alle møta var ulike forvaltningseiningar representert og fleire bidrog med å kasta lys over sakene.

Innhald

Føreord	3
Samandrag	4
1. Avtale, mandat og representasjon	6
2. Aktivitet	7
3. Arbeidsgruppene	8
4. Saker behandla i utvalet i 2016	9
4.1. IPLOS-registeret – moglegheiter og utfordringar ved å presentera føreløpsdata.....	9
4.2. IPLOS - kommunale helse- og omsorgstenester 2015 – statistikk om tenester og tenestemottakarar.....	12
4.3. Etablering av e-helsemonitor	15
4.4. Andre saker.....	18
Vedlegg A: Avtale	27
Vedlegg B: Referat 16. mars 2016	31
Vedlegg C: Referat 25. mai 2016	37
Vedlegg D: Referat 21. september 2016	42
Vedlegg E: Referat 23. november 2016	51

1. Avtale, mandat og representasjon

Det er *Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltninga om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk* (jf. Vedlegg I) som ligg til grunn for arbeidet som blir utført i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk. Gjeldande avtale er datert august 2013.

Det er Statistisk sentralbyrå som er sekretariat for og leiar møta i utvalet. Sekretariatsoppgåva er fordelt mellom Seksjon for helsestatistikk og Seksjon for levekårstatistikk.

Det er per desember 2015 følgjande forvaltningseiningar og organisasjonar representert i utvalet:

- | | |
|--|------------------------------|
| • Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) | 1 |
| • Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) | 2 |
| • Helsedirektoratet (Hdir) | 2 |
| • Statistisk sentralbyrå (SSB) | 2 + sekretariat |
| • Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) | 1 (ikkje formell avtalepart) |
| • Kommunesektorens organisasjon (KS) | 2 (ikkje formell avtalepart) |
| • Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) | 2 (ikkje formell avtalepart) |

Det er per desember 2016 følgjande personer som er faste medlemmer av utvalet:

- NAV: Pål Eivind Aamodt
- HOD: Axel Miguel Huus, Sissel Skjæveland
- Hdir: Hanne Narbuvold, Kirsti Strand
- SSB: Ann-Kristin Brændvang, Elisabeth Rønning, Trond Ekornrud (s), Unni Grebstad (s)
- Bufdir: Pål Strand
- KS: Anne Gamme, Veslemøy Hellem
- FHI: Else-Karin Grøholt, Nora Heyerdahl

Utover dei faste medlemmane kan forvaltningseiningane og organisasjonane stilla med andre personar ved behov for å kasta lys over saker. Det er også tilfelle kor utvalet har invitert andre einingar på utvalsmøte enn dei som er representert i utvalet. I 2016 deltok blant anna representantar frå Direktoratet for e-helse på to møte.

2. Aktivitet

Kontaktutvalet sine medlemmar blir oppmoda til å spela inn saker til møta. Dette kan vera saker som er til informasjon eller til diskusjon for utvalets medlemmer innanfor rammene av avtale og mandat.

Det er særleg føremålsparagrafen i avtalens pkt. 2 som er styrande for kva for nokre saker som blir behandla. Føremålsparagrafen seier:

- at den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå skal samarbeida for å samordna sine informasjonsbehov for statistikk og analyse.
- at samarbeidet skal bringa fram relevant, påliteleg og samanliknbar styringsinformasjon for statlege, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og omsorgstenester og sosialtenester. Datasetta består av data som minst ein av partane har behov for. Det er ei målsetjing å bringa fram eit mest mogleg heildekkande statistikkgrunnlag.
- at avtalen skal bidra til å samordna og effektivisera rutinane for innsamling, utveksling, publisering og forvaltning av data, under her òg samordning av definisjonar og omgrepsbruk.

Det er gjennomført i alt fire – 4 – møte i utvalet i løpet av 2016. Desse blei haldne på følgjande datoar med tilhøyrande dagsorden:

- 16. mars (jf. Vedlegg B)
 - SSB - IPLOS-registeret – moglegheiter og utfordringar ved å presentera føreløp
 - SSB - Mål og planar for KOSTRA modernisering
 - Eventuelt
- 25. mai (jf. Vedlegg C)
 - SSB - Health at Glance 2015 – Norge i OECD-sammenheng
 - SSB - Sambruk i kommunale og statlege ytingar
 - SSB - A-ordningen – orientering om utfordringer med publisering av registerbaserte årsverkstall for 2015
 - Eventuelt
- 21. september (jf. Vedlegg D)
 - SSB – Rapport om kommunale helse- og omsorgstenester 2015 – statistikk om tenester og tenestemottakarar
 - SSB - EHIS (European Health Interview Survey) 2015
 - Direktoratet for e-helse - Orientering om overordna arbeid med fellesløysingar for helseregister i sektoren
 - Eventuelt
- 23. november (jf. Vedlegg E)
 - SSB - Statlege handlingsplanar og kommunestatistikk – på kollisjonskurs?
 - SSB - Styringsdata – kan dei bli uthola av ei uføresett tenesteutvikling? Med døme frå økonomisk sosialhjelp
 - SSB - Orientering om den nye statistikken om vold i nære relasjonar
 - SSB - Tannhelse blant voksne i Sverige og Norge
 - Direktoratet for e-helse - E-helse monitor
 - Eventuelt

3. Arbeidsgruppene

Det er fire faste arbeidsgrupper som sorterer under Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- Arbeidsgruppe for spesialisthelsetenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for tannhelsetenesta

Det er SSB som har sekretariatet for arbeidsgruppene, medan fagdepartementa dei respektive gruppene soknar til som har den formelle leiinga av gruppene.

Arbeidsgruppe for spesialisthelsetenester, KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstenester og KOSTRA arbeidsgruppe for tannhelsetenester sorterer alle under Helse- og omsorgsdepartementet, medan KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtenester sorterer under Arbeidsdepartementet.

Alle KOSTRA arbeidsgrupper utarbeider årsrapportar som dokumenterer verksemda i gruppene. Årsrapportane frå KOSTRA arbeidsgruppene blir sendt ut til kontaktutvalet sine medlemmar til orientering før dei blir sendt til Samordningsrådet for KOSTRA ultimo juni kvart år.

4. Saker behandla i utvalet i 2016

4.1. IPLOS-registeret – moglegheiter og utfordringar ved å presentera føreløpsdata

Kvifor bør ein nytta føreløpsdata innanfor helse-og omsorgstenester?

Bakgrunnen for å sjå nærmare på føreløp, er ein stadig aukande etterspurnad frå brukarane av informasjon henta frå IPLOS-registeret (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk) om å levera tal på denne forma. Det er elles ei tru på at å presentera data på føreløpsform vil auka kunnskapen om brukarane og omfanget av bruken av pleie- og omsorgstenestene i kommunane. Eit internt SSB-prosjekt våren 2015 hadde som føremål å sjå nærmare på moglegheiter og utfordringar ved å presentera resultat på føreløpsform, blant anna i IPLOS.

SSB får mange førespurnader frå forskarar og styringsmyndigheiter om å levera data på føreløpsform eller førespurnader om berekning av storleikar som krev tilrettelegging av data på føreløpsform. Føreløp er ein ny og krevjande måte å laga statistikk på, som SSB ikkje har mykje erfaring med frå tidlegare. Ein må difor stilla seg spørsmålet om kor ein skal byrja.

Eldreomsorga har ofte oppslag i media. Det blir blant anna meldt om manglande bemanning og svikt i omsorga. I dag er to av tre over 80 år registrert som tenestemottakarar i IPLOS-registeret, og det er nettopp dei over 80 år som har størst behov for helse- og omsorgstenester. I følgje den siste befolkningsframskrivinga til SSB vil det om 25 år vera dobbelt så mange over 80 år som vil trengja helse- og omsorgstenester. Føreløp kan i så måte vera eit viktig bidrag når det gjeld å styrke kunnskapsgrunnlaget om tenestebehov. Då får kommunane meir informasjon om korleis tenestetilbodet kan bli innretta, for å møta eldrebølgja på ein god måte slik at dei eldre får god livskvalitet og naudsynte og tilstrekkelege tenester også ved sjukdom og høg alder.

For å skjønna kva føreløp eigentleg vil seia må ein sjå på kva opplysningar som finst i IPLOS-registeret i dag. Kommunane sender inn årsfiler til IPLOS ein gong i året. Årsfilene inneheld all relevant informasjon om person som t.d. *pseudonym (brukaridentitet i IPLOS), alder, kjønn, død dato, diagnose reservasjon*. I tillegg inneheld årsfila personopplysningar som *husstand* (bur åleine eller saman med andre), *omsorg for barn* (om brukar har omsorg for barn), *privat hjelp* (om brukar mottar privat ikkje-betalt hjelp frå private utanfor tenesta), *eigna bustad, vurdert av tannhelsepersonell og lege siste 12 månader, individuell plan, behov for bistand i samband med arbeid og utdanning. Funksjonsnivå, kva type tenester brukarane har motteke, diagnoseopplysningar og døgnopphald*.

SSB produserer p.t. statistikk på bakgrunn av delar av denne informasjonen, i den forstand at det i all hovudsak blir publisert statistikk for eit bestemt tidspunkt på året (per 31.12) og noko statistikk om tenester og tenestemottakarar gjennom året. Det betyr at IPLOS-registeret har eit stort og ikkje utnytta potensial sidan største delen av informasjonen i registeret ikkje blir brukt.

Ved hjelp av føreløp kan data i registeret bli brukt meir effektivt til analyse av utvikling over tid. Analysane kan til dømes gi viktige opplysningar om samanhengen mellom kva for tenester mottakarar fekk i går (fortid), kva for tenester mottakarar får i dag (nåtid), og kva for tenester mottakarar kan forvente å trengje i morgon (framtid). I eit slikt perspektiv er det mogleg å gi informasjon om det som kunne bli omtala som «karrierar i helse- og omsorgstenesten i kommunane» heller enn øyeblikksbilete på særskilte tidspunkt.

Kva er føreløp?

For å forklara kva føreløp er kan ei historie om ei gammal dame kalla Petra bli nytta som døme. Petra bur heime, men er dårleg til beins. Derfor kjem det ein heimehjelp kvar tredje veke. Etter kvart byrjar ho å visa teikn på demens, og ein sjukepleiar kjem difor dagleg for å gi Petra medisinar. Dette gjer ikkje Petra betre, men gjer at ho kan halda fram med å bu heime. Familien til Petra ønskjer å gjera hyggelege ting medan ho framleis er i god nok form, og ho tek derfor juleferie heime hos sonen sin i heile desember. I denne perioden tek familien over ansvaret for medisineringa til Petra. På nyåret tek heimesjukepleien over igjen ansvaret.

Etter kvart som Petra blir dårlegare aukar behovet for meir heimesjukepleie. Sjukepleiaren byrjar og koma tre gonger dagleg for å hjelpa Petra med både medisinar, til å koma seg opp av senga om morgonen, med personleg stell og for at ho skal koma seg i seng om kvelden. Etter kvart som ho blir meir forvirra, byrjar ho å setja tomme gryter på komfyren. Tenestene hennar blir endra igjen i det kommunen viljar ei komfyrvakt. Til slutt er Petra såpass svekka av demenssjukdommen at ho må leggjast inn på sjukeheim. Føreløpet til Petra i helsetenestene er godt kjent for den næraste familien hennar. Dei veit kven Petra er, kva behov ho har, helsetilstanden hennar, kva tid ho søkte om tenester frå kommunen, kva tid ho fekk dei ulike tenestene, omfanget av desse til ei kvar tid, om det var endringar i desse undervegs og kor lenge ho fekk dei.

Historia om Petra viser tenesteføreløpet hennar. Målet er at registera skal kunna spegla denne verkelegheita ved hjelp av føreløp. For å konstruera tenesteføreløpet til Petra treng ein opplysningar om datoar for å veta kva for nokre av tenestene ho fekk først og kor lenge ho behaldt dei. I tillegg treng ein å veta om ho fekk fleire tenester etter kvart og kva rekkefølge dei kom i. Kan henda fekk ho fleire tenester samstundes. Dato sikrar rett rekkefølge på hendingane over tid og nøyaktig berekning av kor lenge tenesta varte. For å kunna laga føreløp er ein altså avhengig av å ha ein *start- og stoppdato* for alle tenestene Petra tek i mot.

Kva teneste Petra fekk er blant anna kjenneteikna av eit timetal; Når Petra etter kvart får besøk av sjukepleiar 3 gonger dagleg, vil talet på timar auka. For å få rett informasjon om omfanget av tenesta over tid er det viktig å veta når timetalet blir endra. For å kunne veta dette treng ein informasjon om endringsdatoen.

Ein gjennomgang av moglegheit og utfordringar med føreløp i IPLOS-registeret viser mellom anna at fordelene med føreløp er nettopp at det er mogleg å følgja eit individ over tid og dermed sjå på:

- Utviklinga i bruk av tenestene? (tenestekarriera til Petra)
- Kva er inngangstenesta? (den første tenesta Petra fekk)
- Kva er siste brukte teneste? (tenesta Petra får i dag)
- Kva tenester kommunen ga før siste teneste? (tenestene Petra fekk før ho fekk plass på sjukeheim)
- Kva var omfanget av tenestene på eit visst tidspunkt? (tenestebehovet til Petra før overgang til ei ny teneste)

Dersom ein bruker desse opplysningane om alle brukarane i IPLOS-registeret kan ein mellom anna studera:

- Trendar i tenestekarriere over tid (omsorgstrappa)
- Utviklinga i type tenestemottakarar ut frå kor samanhengande behovet for kommunale omsorgstenester er

Ved bruk av tverrsnittsdato kan denne type opplysningar forsvinna. Kva om datoen for tverrsnitt hamnar midt i juleferien til Petra? Ein ville då ha mista all informasjon om alle dei tenestene ho har teke imot i løpet av året.

Kva for informasjon er viktig for å laga føreløp?

Tidsdimensjonen står sentralt i føreløp, og alt som skjer med ein person må kunna daterast og alle tenestene må kunna henga saman i tid. Datoar må vera fullstendige, fornuftige og konsistente. Dersom alt dette er på plass har ein òg moglegheit til å konstruera føreløp. Men før ein kan konstruera føreløp i IPLOS-registeret står ein overfor nokre utfordringar. Desse handlar mykje om korleis tenester er datert i registeret.

IPLOS-registeret inneheld informasjon om startdato og stoppdata for dei ulike tenestene. Delen observasjonar med manglande dato er liten for startdato (3% som manglar). Når det gjeld stoppdata er desse vanskelege å kontrollera fordi manglande stoppdata kan bety at tenesta er pågåande eller at registeret ikkje er oppdatert med denne opplysninga.

Utfyllingspraksisen av start- og stoppdataar kan variera. Kommunane bruker tre fagsystemleverandørar, og den tekniske løysinga i desse set rammer for kvaliteten av data ein får inn i IPLOS-registeret. I samband med dette bør det nemnast at kvaliteten har blitt mykje betre sidan etableringa av registeret tilbake i 2007. SSB har hatt og har stadig eit særskilt fokus på å auka kvaliteten på datoane som blir fylt ut.

Utfordringa er å bestemma gyldigheita av dateringane i forhold til føreløps-tankegang der alt skal henga saman med alt. Det må utarbeidast reglar for behandling av mangelfulle dateringar, inkonsistens mellom tenester i form av at mottakar på eit gitt tidspunkt eller i ein gitt periode har vedtak om tenester som er gjensidig utelukkande, dubletter i form av at to eller fleire vedtak om same teneste løper på same tidspunkt eller i same periode m.m. Utfordringane kan vera ulike frå teneste til teneste og frå systemleverandør til systemleverandør, og tiltaka kan difor vere forskjellige.

Føreløp føreset start- og stoppdata for heile tenestetilbodet. Vidare treng ein dato som fortel når behovet for ei teneste aukar eller avtar. Denne opplysninga finst per i dag ikkje i registeret. I staden kan endringa i talet på tildelte timar med medisinsk hjelp førast som nye registreringar med ny start- og stoppdata. Ein ser derfor ikkje forskjell på om registreringa er ei endring eller eit nytt tilbod med fleire timar. Det betyr at IPLOS ikkje har ein klart definert start- og stoppdata for heile tilbodet. Viss ein startdato for endring i timane manglar, mistar ein viktig informasjon. Petras historie vil då fortelja at medisineringa blei avslutta mykje tidlegare enn kva som faktisk var tilfelle.

Tidlegare rutinar for sjekk av start- og stoppdataar baserer seg på kontroll av enkeltregistreringar og er derfor ikkje gode nok i føreløpsamanheng der alt skal henga saman med alt. Dersom ein skal tenkja kvalitet er det difor viktig at ein ser på samanhengar og heilskap mellom observasjonane, på tvers av tenestene og på tvers av årsfilene som er grunnlaget for registeret.

Når det gjeld ventetid på tenester er den berekna på grunnlag av talet på dagar mellom vedtaksdato og startdato for tenesta. Her hadde nok søknadsdato vore riktigare å bruke enn vedtaksdato i berekninga, men kvaliteten på registreringa av søknadsdato har vore for dårleg. Ventetidsberekningar er ikkje publisert tidlegare, og det står att noko arbeid med betring på kvaliteten til datovariablane.

Nøkkelen til føreløp er altså god kvalitet på datoar. Dette gjeld start-, stopp-, endring-, søknads- og vedtaksdato. For å sjekka kvaliteten ytterlegare er ein nøydd til å tenkja gjennom kva tidsdimensjon det er viktig å spegla. Ein er nøydd til å

tenkja samanheng mellom informasjon om same teneste, mellom tenestene og mellom årgangane. Dersom ein klarer å identifisera føreløpet for ei teneste, kan ein skilja mellom forskjellige mottakargrupper: dei med permanent behov og dei med mellombelse behov for helsetenester i heimen. Dette kan gi viktig informasjon og eit spennande analysegrunnlag for brukarane.

Kva for erfaring har SSB med å tilretteleggja registerdata for føreløp?

SSB har frå tidlegare to databasar som er tilrettelagt på føreløpsform etter ein bestemt dataorganiseringsmodell. Denne er nytta for å byggja føreløpsdatabase innanfor området trygdeytningar (FD-trygd) og utdanning (utdanningsdatabasen NUDB). Føreløpsdatabasane blei danna for 20 år sidan for eit effektivt uttak av føreløpsdata og tverrsnittsdata, men er moden for modernisering.

I dag blir det ikkje publisert føreløpsstatistikk i SSB med utgangspunktet i FD-trygd, som i all hovudsak er kjelde til mikrodatautlevering frå SSB til forskarar og andre interesserte. Det går føre seg eit prosjekt om utvikling av føreløpsindikatorar som skal kasta lys over allereie eksisterande statistikk på bakgrunn av tverrsnittsdata. Samstundes er det sett i gang eit større prosjekt «Remote Access Infrastructure for Register Data» (RAIRD). Prosjektet skal leggja til rette for anonym tilgang til aidentifiserte mikrodata for forskarar. Prosjektet utarbeider blant anna ein annan dataorganiseringsmodell, som heiter RAIRD Information Model (RIM). Dette er ein ny måte å organisera føreløpsdata på, og modellen er førebels under oppbygging.

4.2. IPLOS - kommunale helse- og omsorgstenester 2015 – statistikk om tenester og tenestemottakarar

Nokre hovudtal ved tenestene og tenestemottakarane

SSB publiserte hausten 2016 rapporten «[Kommunale helse- og omsorgstenester 2015 – Statistikk om tjenester og tjenestemottakere \(Rapporter 2016/26\)](#)».

Rapporten presenterer hovudresultat for statistikk om tenester og tenestemottakarar basert på data frå IPLOS-registeret.

I perioden 2007-2015 har talet på mottakarar av helse- og omsorgstenester auka med om lag 11 prosent. Det er naturleg nok dei eldste aldersgruppene som utgjer den største delen av mottakarar, men i 2015 var 39 prosent av mottakarane under pensjonsalder på 67 år, ein auke på heile 6 prosentpoeng sidan 2007.

I løpet av 2015 var det totalt 348 858 unike mottakarar av helse- og omsorgstenester rundt omkring i kommunane, eller 6,6 prosent av heile befolkninga i Norge. I 2007 var det til samanlikning 306 919 mottakarar av slike tenester gjennom året, eller 6,5 prosent av heile den norske befolkninga. I aldersgruppa 67-79 år er det berre 12,6 prosent som har fått helse- og omsorgstenester. Talet på brukarar og delen som mottar omsorgstenester aukar med alderen. I aldersgruppa 80-89 år er over halvparten brukarar av slike tenester, mens det blant dei i aldersgruppa 90 år og eldre er over 90 prosent som mottar ein eller fleire tenester.

Rapporten viser elles at det i perioden 2007-2015 har vore ein markant auke i unge tenestemottakarar og i mannlege tenestemottakarar. Vidare er det dei yngste og eldste tenestemottakarane som har mest omfattande bistandsbehov. Samstundes held utviklinga frå mindre praktisk bistand til meir helsetenester i heimen fram.

Iverksettingstid og avslag på søknad om tenester

Nytt i rapporten frå tidlegare utgåver er presentasjon av tal på iverksettingstid av vedtak. Det blir her teke utgangspunkt i vedtak om teneste som er innvilja. Iverksettingstid er berekna på grunnlag av talet på dagar mellom vedtaksdato og startdato for tenesta. Her hadde nok søknadsdato vore meir rett å bruka enn vedtaksdato i berekninga, men kvaliteten på registreringa av søknadsdato har vore for dårleg.

Når det gjeld «negativ iverksettingstid» er det nemninga for innvilgingar kor tenesta tilsynelatande startar før det er fatta eit formelt vedtak. Det dreier seg om mellom 27 og 47 prosent av alle vedtaka i 2015. I mange kommunar blir tenesta starta hos mottakaren før det formelle vedtaket blir fatta. Det gjeld mottakarar som treng eit tiltak raskt. Negativ iverksettingstid kan vera eit teikn på at kommunane handlar raskt.

Tabell 3.5 Vedtak fordelt på iverksettingstid (IV) i antall dagar, etter tenestetype i 2015

2015	Negativ IV-tid	0-15 dagar	16-30 dagar	31 dagar og mer
	Prosent			
Dagsenter/dagtilbud	35	48	6	11
Støttekontakt	41	44	7	9
Helsetjenester i hjemmet	48	48	2	2
Langtidsopphold i institusjon	27	63	4	6

Kjelde: IPLOS

Avhengig av tenestetype er det ein stad mellom halvparten og to tredelar som får iverksett tenesta innan 15 dagar etter vedtak. Vidare er det mellom ein tredel og nær halvparten som har negativ iverksettingstid. Tala for iverksettingstid mellom vedtak og iverksetting har vore tilnærma uendra i perioden 2009 til 2015.

Tala viser elles at 74% av dei som søker Re-/habilitering utanfor institusjon må venta 0-15 dagar får å få tenesta. I følgje IPLOS-registeret må 63% av dei som søker langtidsopphald på institusjon venta mellom 0-15 dagar, medan inntrykket som nokon gonger blir gitt i media viser noko anna. Avhengig av tenestetype er det ein stad mellom halvparten og to tredelar som får iverksett tenesta innan 15 dagar etter vedtak.

I 2015 blei det gjennom året registrert 595 371 søknader om tenester. Nesten alle, eller om lag 98,6 prosent av søknadene, blei innvilja. Berre 1,4 prosent enda i avslag. Brukarstyrt personleg assistent (BPA) har ein avslagsdel på 10,5 prosent. BPA har samstundes også ein av dei lågaste søknadsdelane, noko som kan bety at det er ein teneste som i realiteten blir anbefalt for nokre få. Avslagsdelen på helsetenester i heimen og praktisk bistand er på mellom 0,7 og 1,1 prosent. Desse er høgt etterspurte tenester. Det betyr at delen som blir innvilja er generelt høg. Tenestetypen med størst prosentvis avslagsmengde er søknad om annan bustad (bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsføremål, som ikkje er institusjon eller omsorgsbustad), med 12,9 prosent. Annan bustad er tenesta som utgjør lågast del av dei totale søknadene om tenester (0,7 prosent).

Bistandsbehov og bestemte delmål

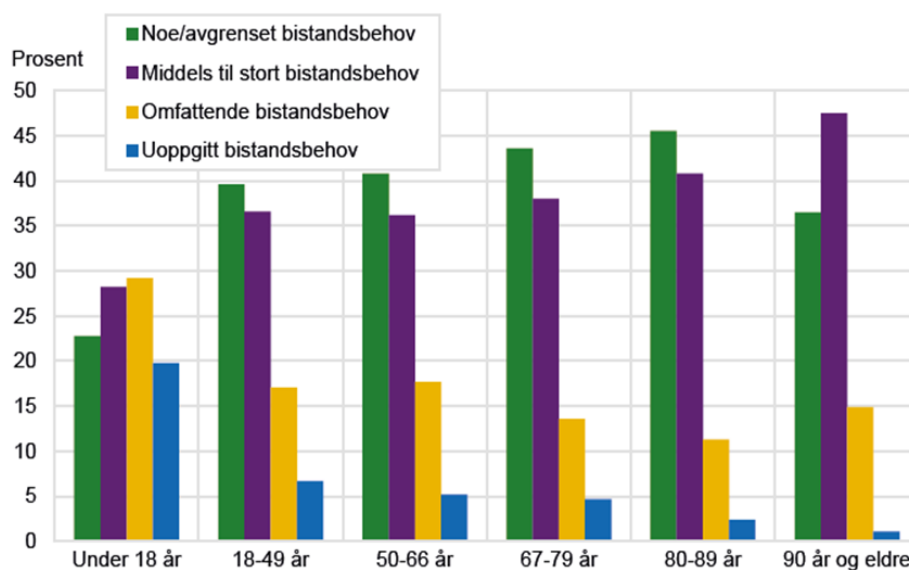
Eit viktig aspekt som blir omtala i rapporten er bistandsbehovet til brukarane. Fram til 2014 har det berre blitt presentert tal for totalt samlemål – eit uttrykk for det totale bistandsbehovet. Samlemålet gir eit generelt bilete av behovet til tenestemottakarane, og er ein indikator som seier noko om dei store trekka i behovsfordelinga. Det generelle bilete er at 25 % av tjenestemottakere i IPLOS

hadde omfattende bistandsbehov per 31.12 2015. Kvar fjerde mottakar med omfattande bistandsbehov bur i ein vanleg bustad.

Det er som tidlegare nemnd dei eldste og yngste mottakarane som oftast har omfattande bistandsbehov. Blant tenestemottakarane i aldersgruppa 0-17 er det 28 prosent som er registrert med omfattande bistandsbehov. Det er elles blant mottakarane over 90 år at delen med omfattande bistandsbehovet er størst med 34 prosent. Til samanlikning varierer delen som har omfattande bistandsbehov frå 17 til 23 prosent i dei andre aldersgruppene.

Det er elles slik at delen som har omfattande bistandsbehov er klart større blant yngre mottakarar av helsetenester i heimen og praktisk bistand enn blant eldre. Det heng saman med at eldre med omfattande bistandsbehov ofte får langtidsopphald i institusjon.

Figur 6.3 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per 31.12 Alder og bistandsbehov. 2015



Kilde: IPLOS

Blant mottakarar av langtidsopphald på institusjon (12 prosent av alle tenestemottakarar) har 4 av 5 omfattande bistandsbehov. At 4 av 5 med langtidsopphald i institusjon har omfattande bistandsbehov gjeld nesten uansett alder. Unntaket er aldersgruppa 0-49 år der 65 prosent har omfattande bistandsbehov. Personar under 50 år utgjer 1,5 prosent av alle bebuarane på langtidsopphald på institusjon. Samstundes blir tidsavgrensa opphald på institusjon brukt i større utstrekning av yngre. Om lag kvar fjerde mottakar av tidsavgrensa opphald i institusjon er under 50 år (23 prosent). Rapporten viser at delen med omfattande bistandsbehov blant mottakarar av tidsavgrensa opphald i institusjon har auka med 7 prosentpoeng frå 2009 (37 prosent) til 2015 (44 prosent).

Brukarane sine bistandsbehov

IPLOS-registeret samlar inn informasjon om brukarane sine behov for personbistand som gjeld ulike oppgåver som blir utført i dagleglivet. Bistandsvariablane representerer ein vurdering av graden av funksjonsevne til ein tenestemottakar. Desse fangar ikkje opp alle sidene ved den enkelte person sine bistandsbehov, og tek utgangspunkt i overordna kategoriar i International Classification of functions.

Dei ulike oppgåvene i dagleglivet kan delast inn i 5 ulike delmål. Desse inkluderer ulike grupper med aktivitetar:

1. Sosial fungering (inkluderer sosial deltaking, avgjerder i dagleglivet og styre åtferd)
2. Kognitiv svikt (inkluderer hukommelse, kommunikasjon)
3. Ivareta eigen helsetilstand (inkluderer ivareta eiga helse)
4. Hushaldsfunksjonar (inkluderer skaffa seg varer og tenester, alminneleg husarbeid og laga mat)
5. Eigenomsorg (inkluderer personleg hygiene, på- og avkleiding, eta, toalett, bevega seg innandørs og bevega seg utandørs)

Dei ulike delmåla kan ikkje brukast til ressurstildeling i samband med enkeltvedtak. Syn og hørsel blir haldne utanfor då desse variablane ikkje utløyser tenester, men berre påverkar personen si evne til å utføra eigenomsorga og hushaldsfunksjonen i dagleglivet. Det er ein føresetnad at effekten av desse blir målt gjennom dei andre variablane som er inkludert i gruppene.

Det er ein klar samanheng mellom type teneste mottakarane er tildelt og mottakarane sine bistandsbehov. Fire av fem mottakarar av langtidsopphald i institusjon har omfattande bistandsbehov (83 prosent). Blant mottakarar som berre har helsetenester i heimen, praktisk bistand eller andre tenester varierer delen som har omfattande bistandsbehov frå 7 til 12 prosent. Mottakarar av tidsavgrensa opphald i institusjon, og mottakarar av både helsetenester i heimen og praktisk bistand, kjem i ein mellomstilling. Høvesvis 44 og 27 prosent i desse gruppene har omfattande bistandsbehov.

Blant dei som har langtidsopphald i institusjon har dei fleste, fire av fem eller 83 prosent, omfattande behov for både hushaldsfunksjonar og for å ivareta eiga helse. Meir enn halvparten av desse mottakarane har omfattande behov for eigenomsorg, sosial fungering og kognitiv svikt. Delen med omfattande bistandsbehov er aukande i perioden frå 2009 til 2015, noko som kan tyda på at terskelen for å få institusjonsplass er blitt heva. At fire av fem med langtidsopphold i institusjon har omfattande bistandsbehov gjelder nesten uansett alder. Unntaket er aldersgruppa 0-49 år der 65 prosent har omfattande bistandsbehov.

Dei fleste mottakarar av heimetenester har noko/avgrensa behov for bistand med eigenomsorg, sosial fungering og kognitiv svikt. Behovet for bistand med å ivareta eiga helse blir derimot vurdert som middels til stort for nesten halvparten av desse tenestemottakarane, og som omfattande for 19 prosent av brukarane av heimetenester. Sjølv om det er fleire som hamnar i den lettaste kategorien for vurdering av bistandsbehov for hushaldsfunksjonar, har framleis ein av fire omfattande bistandsbehov og ein av tre middels til stort bistandsbehov.

4.3. Etablering av e-helsemonitor

Dokumentasjon:

- Helse- og omsorgsmonitor, lansert i etterkant av møtet: <https://www.helseomsorg21monitor.no/>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning: <http://www.ehealthresearch.no/>
- NUFA: <https://ehelse.no/nasjonal-portefolje/nasjonale-utvalg/nufa>
- Konsept for nasjonal e-helse monitor, prosjektrapport: https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport_2016-10_Konsept_for_nasjonal_e-helsemonitor.pdf

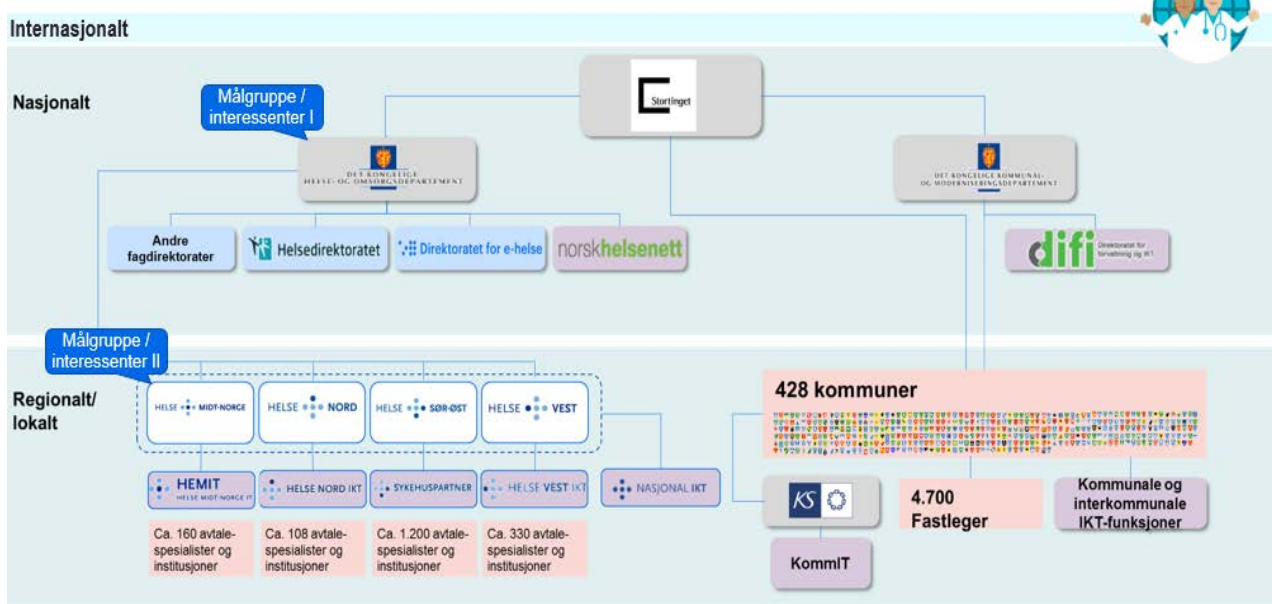
Direktoratet for e-helse har gjennom tildeingsbrevet i 2016 fått i oppgave å etablere ein e-helsemonitor. E-helsemonitoren skal vera eit nasjonalt indikatorsystem e-helse som skal sikra eit godt kunnskapsgrunnlag om bruk av effektar av IKT i helse- og omsorgssektoren. Det skal blant anna leggjast vekt på å kunne gjere internasjonale samanlikningar. I tildelingsbrevet blei det presisert at eitt av måla ved utreiinga er å oppnå betre gjennomføringsevne og nasjonal styring av e-helse.

I samband med arbeidet har det foreløpig blitt gjennomført møte med HOD, i arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse, og møte med Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE). Forankring av løysingsforslag skjer i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) og i Fagutvalg (NUFA).

E-helsemonitoren blei lansert november 2016 (<https://www.helseomsorg21monitor.no/>). Monitoren vil vera i stadig utvikling, med mål om å få inn indikatorar som held seg over tid.

Indikatorar knytt til helse og e-helse finst mange stader, både nasjonalt og internasjonalt. Til dømes publiserer Helsedirektoratet egne kvalitetsindikatorar innanfor helse. SSB publiserer ei rekke indikatorar innanfor helse på sine nettsider. I tillegg blir det publisert data frå kommuner på KS sine sider. I tillegg publiserer OECD, WHO også ein god del data. Nokre data er ad-hoc, det vil seia at dei ikkje blir samla inn regelmessig. I tillegg kan ein god del data, spesielt frå kommunar, vera vanskeleg å få oversikt over.

Oversikt over kor ulike e-helseindikatorar finst per i dag



* Direktoratet for e-helse
Kjelde: Direktoratet for e-helse

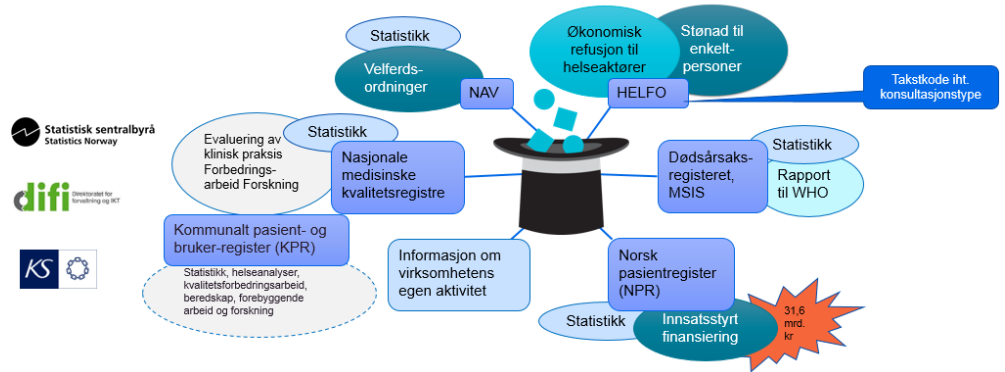
Figuren viser ein oversikt over kor ulike e-helseindikatorar finst per i dag. I figuren er ikkje Nasjonalt senter for E-helseforskning med, dei er styringsmessig underlagt Helse Nord, RHF og UNN

Det finst ein del nøkkeltal for e-helse i dag t.d på helsenorge.no, kjernejournal og e-reseptmelding. Men mykje av dette er styringsdata, t.d. månadlege målingar over talet på treff på kjernejournal, og velferdsteknologi og resultat er vanskelege å måla. E-resept er p.t. innført hos 75 prosent av helseføreaka, og av alle e-reseptar blir det nå forskrive 8,5 prosent i spesialisthelsetenesta (sjukehus).

Sjølvs om e-helsemonitoren blei lansert i november er det framleis tidleg i prosessen med å finna potensielle indikatorar. Det er fleire moglege datakjelder som kan bli aktuelt å nytta i tida som kjem, som t.d. i kodeverk:

Hva har vi III: Det kan ligge gull flere steder

Kodeverk kan inneholde mengder e-helse indikator grunnlag



••••• Direktoratet for e-helse

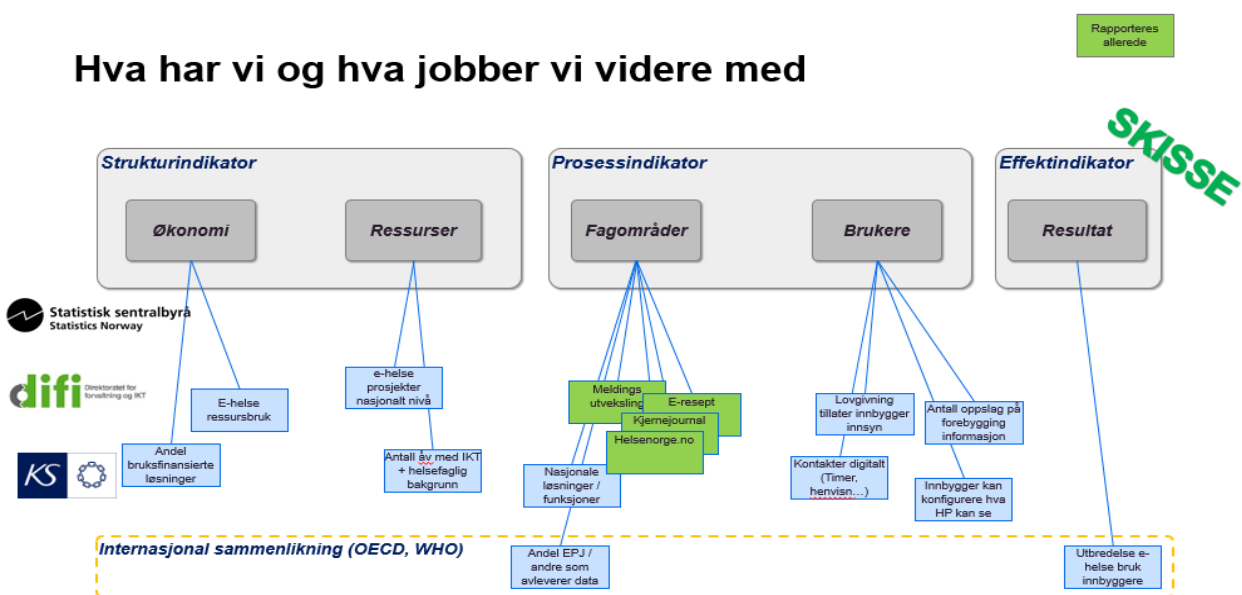
Side 9

Kjelde: Direktoratet for e-helse

I utgangspunktet er planen å bruka allereie etablerte indikatorar i e-helsemonitoren. Samstundes vil det sannsynlegvis bli inkludert fleire nye relevante indikatorar etter kvart når desse blir tilgjengelege. Eit døme på dette er delen EPJ som leverer pasientdata frå primærhelsetenesta (fastlegen) til spesialisthelsetenesta – dette blir målt i føreslåtte OECD-modellar, men det finst lite data på dette i Noreg per i dag.

Deltakarane i kontaktutvalet spelte inn at det finst mange potensielle datakjelder, og at det mest hensiktsmessige truleg er å ta dei «lågthengande fruktene» først. I tillegg er det viktig å sjå arbeidet som skjer med kvalitetsindikatorar i ulike grupper i samanheng med arbeidet med nasjonal e-helsemonitor. Dette er òg viktig med tanke på ressursar frå kommunesektoren, som skal delta i arbeidet.

Hva har vi og hva jobber vi videre med

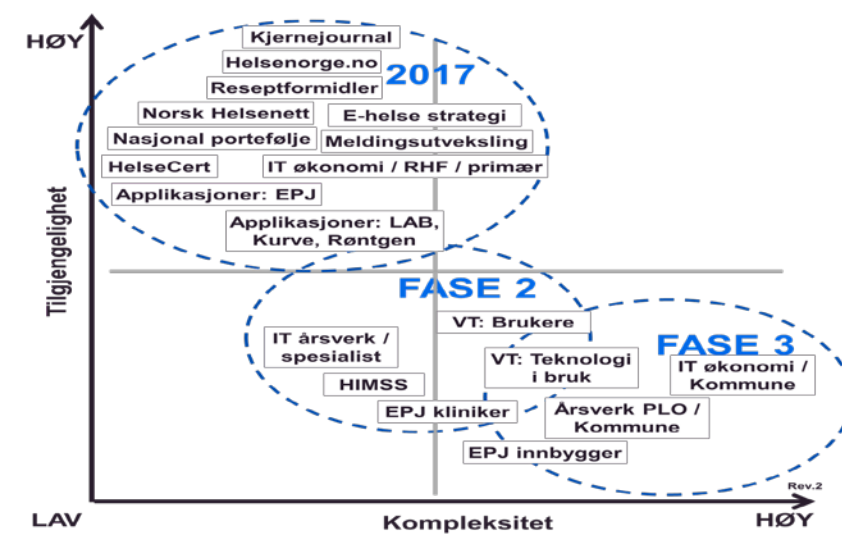


••••• Direktoratet for e-helse

Side 10

Kjelde: Direktoratet for e-helse

Foreløpig ambisjonsnivå på indikatorar som skal utviklast, vedtatt av leiinga i Direktoratet for e-helse rett før jul 2016:



Kjelde: Direktoratet for e-helse

4.4. Andre saker

Det er opp til utvalet sine medlemmar å spela inn saker som er aktuelle å bringa inn på dagsorden til møta. I tillegg til sakene om føreløpsdata i IPLOS, statistikk om tenester og tenestemottakarar i kommunale helse- og omsorgstenester for 2015 og etablering av ny e-helsemonitor har det vore andre saker på dagsordenen til behandling i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- *Sambruk i kommunale og statlege ytingar.* SSB publiserte rapporten [Sambruk i kommunale og statlege ytelser](#) i desember 2015. Føremålet med prosjektet har vore å finna ut om det er sambruk mellom ulike statlege og kommunale ytingar. Det er særleg blitt sett på uføretrygd, arbeidsavklaringspengar, økonomisk sosialhjelp, introduksjonsstønad og kvalifiseringsstønad.

Rapporten definerer kva sambruk er og viser omfanget på de ulike ytingane. Demografiske kjenneteikn ved sambrukarane er framheva. Resultata frå rapporten viser blant anna at det er fleire som mottar ulike typar velferdsytingar samstundes. Blant mottakarar av arbeidsavklaringspengar, kvalifiseringsstønad, introduksjonsstønad og uføretrygd er det ein større del menn enn kvinner som i tillegg mottar sosialhjelp. Det er òg vanlegare med slik sambruk blant einslege enn blant personar som lever i parforhold. Blant mottakarar av arbeidsavklaringspengar og kvalifiseringsstønad minskar delen som bruker sosialhjelp med aukande alder, medan delen med sosialhjelp aukar med alderen blant mottakarar av introduksjonsstønad. Analysane i rapporten gir ikkje grunnlag for å konkludera med kvifor nokre grupper har ein større del sambruk enn andre, men gir ein oversikt over skilnader i sambruk av ulike ytingar.

- *Mål og planar for KOSTRA modernisering.* Bakgrunnen for moderniseringsprosjektet er mellom anna at faktaarkløysinga som finst i dag er uoversiktleg og vanskeleg å bruka for brukarane utan opplæring. Vidare har høge svartider ført til mykje nedetid og gjort at faktaarka ikkje alltid har vore tilgjengelege for brukarane. Samstundes har dagens løysing høg brukarterskel for fagsida i SSB. Det betyr at mykje tid blir brukt på opplæring og ineffektivt arbeid med produksjon av KOSTRA-tal. Den tekniske løysinga er frå 90-talet,

og det er behov for spesialkompetanse internt i SSB noko som gjer den sårbar ved sjukdom eller fråvere.

Måla for moderniseringsprosjektet er for det første å møta brukarane sine behov og forventningar til enkel tilgang til data. For det andre skal ein leggja til rette for hensiktsmessig gjenbruk av data og annan informasjon frå KOSTRA-systemet. For det tredje har ein mål om å effektivisera arbeidet internt med å produsera KOSTRA-tala. For det fjerde er det ønskjeleg å få ei robust løysing og føreseielege kostnader til både support og forvaltning. Til sist er det også ei målsetjing å få til ein robust informasjonsmodell for KOSTRA-data som heng saman med SSB sine andre produksjonsprosessar.

I den nye løysinga er målet at ein skal ta i bruk allereie eksisterande fellesløysingar i SSB der det er mogleg, og tilpassa eller utvikla nye fellesløysingar ved behov. Faktaarka som finst i dag vil forsvinna og bli erstatta med Kommunefakta, som skal kunne nyttast av både innbyggjarar og kommunebrukarar. Det vil vera moglegheit for å presentera tala på fleire måtar. Det gjeld både ein overordna måte for å få oversikt og fleire moglegheiter for å få tak i detaljar og sjå alle kommunale prioriteringar i samanheng på tvers av fagområde. For ekspertbrukarar skal det òg bli mogleg å henta ut alle data frå statistikkbanken via API, som er ein applikasjon som gjer det mogleg å laga eigendefinerte spørjingar mot alle tabellane i Statistikkbanken. Dette vil vera særleg relevant for dei som ønskjer å henta ut store mengder data. Det vil elles bli laga ein breiare profil av kommunen på ssb.no som inkluderer meir enn KOSTRA-tal. Kommunetala skal bli lettare tilgjengeleg enn det er i dagens faktaark, og enklare å velja kommune.

Planen for KOSTRA modernisering inkluderer fleire deloppgåver. Frå januar til og med september 2016 blei det arbeida med omstrukturering av data. Arbeidet involverte alle dei 19 KOSTRA-arbeidsgruppene med interne SSB ressursar og eksterne ressursar. Arbeidet med KOMPIS starta i august 2016 og skal etter planen vera ferdig innan utgangen 2017, slik at tala for 2017 kan leggjast inn frå 1.1.2018. Lanseringa av kommunefakta vil truleg skje trinnvis. Kommuneprofil med KOSTRA-tal blir lansert ved den foreløpige KOSTRA-publiseringa i mars 2018. Hausten 2017 blei det lansert ein kommuneprofil der flest «ikkje-KOSTRA-tal» var inkludert.

- *Health at a Glance 2015 – Noreg i OECD-samanheng.* SSB presenterte rapporten om helseforhold i OECD-land (Health at a Glance 2015). Her blei det særleg vektlagt kor Noreg ligg plassert samanlikna med andre OECD-land. I tillegg blei kva ein bør tenkja på når ein skal samanlikna helseforhold på tvers av land. Resultata frå rapporten viser mellom anna at Noreg er nest best i mest, nesten. Noreg er blant landa med flest legar og sjukepleiarar per innbyggjar, og ingen andre land bruker like mange offentlege pengar per innbyggjar på helse. Samstundes viser rapporten at Noreg ligg nokså langt nede på lista over ventetid på planlagde operasjonar.

Internasjonale samanlikningar kan problematiserast. Når ein skal samanlikna data på tvers av land er det fleire ting ein må tenkja på. Populasjonen ein skal samanlikna bør vera likast mogleg. Samstundes bør målinga vera likast mogleg og utfallet bør vera veldefinert. Minst to av tre av desse kriteria bør vera oppfylt for at ein skal kunna læra noko av samanlikninga. Det blei understreka at fleire av indikatorane som blir presentert i rapporten er eigna for samanlikning mellom land, medan andre må brukast med forsiktighet.

Ulike indikatorar som Noreg har levert til OECD ble presentert. Selvmord blant psykiatriske pasientar, screening av livmorhalskreft kombinert med overleving etter behandling, ventetid for hoft- og kneoperasjon, antall legar per 1000 innbyggjarar, hjerteinfarkt – døde per 100 behandla, forventa levealder ved fødsel og helseutgifter per innbyggjar. Nokre av desse er eigna for samanlikning mellom land, medan andre må brukast med varsemd. Som eit lite NB! er det slik at når det er veldig store forskjellar mellom land, bør ein søka ei forklaring bak tala. Kan forskjellen skuldast måten ein tel og registrerer på, eller kven som registrerer og tel? Kulturelle, sosiale og institusjonelle forskjellar kan også påverka tala.

- *A-ordninga – orientering om utfordringar med publisering av registerbaserte årsverkstall for 2015.* Ein overgang til a-ordninga inneber at SSB vil publisera registerbasert sysselsetjingsstatistikk og lønsstatistikk basert på ny datakjelde f.o.m. 2015-årgangen. Etableringa av a-ordninga betyr at SSB vil få informasjon om løn og tilsette gjennom a-meldinga i staden for fleire ulike kjelder som har vore tilfelle t.o.m. 2014-årgangen. Overgangen til a-ordninga vil ha fleire positive effektar på mange statistikkar i SSB, og spesielt for lønsstatistikken og den registerbaserte sysselsetjingsstatistikken.

For lønsstatistikken betyr det betre kvalitet på data fordi ein går frå eit stort utval (med mange verksemdar) til å telja alle verksemdar og dermed får mindre usikkerheit i tala. For sysselsetjingsstatistikken vil ein med a-ordninga både få eit betre datagrunnlag og kortare produksjonstid. For begge statistikkar vil ei felles rapportering av løn og arbeidsforhold generelt gi betre kvalitet og betre samanheng mellom lønn og arbeidsforhold (arbeidstimar, yrke, næring) i løns- og sysselsetjingsstatistikken. A-ordninga vil også ha positive effektar for produksjonen av blant anna KOSTRA, sjukefråverestatistikken og nasjonalrekneskapen.

All rapportering i a-ordninga skal som hovudregel vera elektronisk. Rapportering skal anten skje gjennom løns- og personalsystemet, eller ved manuell registrering i Altinn. Dei fleste løns- og personalsystem vil ha ei løysning for innsending. Arbeidsgivarar kan senda inn a-meldinga samstundes med lønnskøytinga. A-meldinga skal leverast minst ein gong per månad. Sjølv om a-ordninga vil gi betre kvalitet på tala etter kvart har det òg vore utfordringar knytt til overgangen.

Ei av hovudutfordringane har vore knytt til berekning av årsverk. I det tidlegare Aa-registeret blei det rapportert avtalt arbeidstid per veke. 37,5 timar blei tald som heiltid, med unntak av helse- og omsorg der 35,5 timar blei rekna som heiltid. Årsverkstala publisert i KOSTRA fram til og med 2014, blei utleia av opplysningane om avtalt arbeidstid. I den nye ordninga blir årsverk utleia frå innrapporterte opplysningar om stillingsprosent. Utfordringa med den nye ordninga for 2015-årgangen er at mange timeløna står med uoppgitt stillingsprosent. For desse skal det rapporterast talet på timeverk. Ein gjennomgang av tala viser usannsynleg låge timetal for fleire timeløna. Mange står oppført med 0 timar. Dette kjem blant anna av at det ikkje har vore obligatorisk å fylla ut denne opplysninga i a-meldinga. I tillegg har enkelte løns- og personalsystem hatt 0 timar som default, og for kommunar med enkelte fagsystem har det heller ikkje vore mogleg å endra dette. Det gjer det utfordrande å gi korrekte årsverkstall, og er spesielt utfordrande innanfor helse- og omsorgstenesta kor det er mange timearbeidarar. Ein gjennomgang av 2015-data viser at talet på lønnsstakarar er høgare enn i 2014, på grunn av at fleire bedrifter er med. Samstundes viser tala at det i ny A-ordning er om lag 500 000 personer som manglar stillingsprosent, av desse er vel 100 000 knytt til helse-

og omsorgstenestene. SSB jobbar i samarbeid med NAV og Skatteetaten for å gjera kvaliteten på rapporteringa i a-ordninga betre i tida som kjem. Forhåpentlegvis vil det gi færre mangelfulle opplysningar om timeløna arbeidarar.

Overgangen til a-ordninga førte til at det ikkje blei publisert registerbaserte tal for tilsette og årsverk for 2015 ved publiseringa av KOSTRA i mars 2016. Det gjaldt for både dei kommunale og fylkeskommunale tenesteområda. Tala for 2015 blei publisert ved KOSTRA-publiseringa 15.juni. Det same gjaldt for statistikk for spesialisthelsetenesta som blei publisert 23.juni 2016. Samstundes var ikkje opplysningar om legemelde fråvere og fødselspermisjon tilgjengeleg ved dei nemnde publiseringane. Avtalte årsverk eksklusive lange fråvere og tal for legemeldt sjukefråvere blei difor publisert hausten 2016 for spesialisthelsetenesta og ved den førebelse KOSTRA-publiseringa 15.mars 2017.

- *EHIS (European Health Interview Survey) 2015*. SSB publiserer jamleg intervjuundersøkingar om helse. Undersøkinga frå 2015 er for ein stor del basert på EHIS; European Health Interview Survey. Behovet for samanliknbare helsedata resulterte i ein eingongsforordning av EHIS 2, som er planlagt vidareført i 2019 (EHIS 3).

Det blei gjennomført helseundersøkelser i 1975, 1985 og 1995. Levekårundersøkinga om helse- og sosial kontakt (LKU) var tema om lag kvart tredje år. SSB kallar den nye undersøkinga EHIS internt både fordi det var namnet heilt i starten av planlegginga og for å skilja den frå den tradisjonelle Levekårundersøkinga (LKU). Men det offisielle namnet er Levekårundersøkinga om Helse.

EHIS 3 er under planlegging, og ein vurderer her ein kort barnehelse-modul. EHIS blir gjennomført i over 30 land. Totalt har det blitt gjennomført meir enn 210 000 intervju. Noreg har levert inn mikrodatafil til Eurostat for undersøkinga frå 2015. EHIS og den tidlegare levekårundersøkinga om helse har blitt slått saman. Undersøkinga er nå ute av systemet med temaroterende levekårundersøkinga. Neste undersøking blir sannsynlegvis gjennomført i 2019. EHIS skal gå kvart sjetten år, medan EU-SILC (European Survey of Income and Living Conditions) skal ha ekstra helsespørsmål kvart tredje år. EHIS skal dekkja behovet for helsedata generelt, mens EU-SILC skal møte behovet for helsedata til helsepolitiske føremål.

Når det gjeld undersøkinga frå 2015 har den nye EU-forordninga påverka innhaldet. Det blei derfor utarbeida eit heilt nytt skjema for undersøkinga. Hovudsakleg inneheld det nye skjemaet dei forordna spørsmåla. Samstundes er nokre spørsmål frå gamle LKU vidareført, anten heilt som tidlegare eller med mindre endringar. Det er elles auka bruk av filter og mange tidlegare stilte spørsmål måtte fjernast. Når det gjeld utvalet til undersøkinga kravde Eurostat eit nettoutval på 5200 for Norge. SSB fekk i tillegg tilskot til eit ekstrautval på 5000 personar brutto frå Helsedirektoratet. Totalt blei det trekt 14 000 personar. Svarprosenten var på 59 og 8164 fullførte intervju. Medan Levekårundersøkinga om helse frå 2012 blei trekt som eit landsdekkande representativt utval i eitt trinn, blei undersøkinga frå 2015 trekt som eit disproporsjonalt utval på 700 personar brutto i kvart fylke (1400 i Oslo). Utvalet er representativt for kvart fylke, men ikkje for landet som heilskap. Ein har difor nytta ei fråfallsvekt som òg tek omsyn til geografi/fylkesaspektet, i tillegg til kjønn, alder, utdanning og familiestorleik.

Det er stor etterspurnad etter regionale tal, og denne har auka etter samhandlingsreforma. Fylkestal gir moglegheit for å samanlikna enkelte tal med fylkeshelseundersøkingane til FHI. Samstundes betyr fylkestal òg mindre utval, noko som gir større usikkerheit. Og når det blir delt på kjønn blir utvalet halvert og usikkerheita aukar tilsvarande. Fylkestala må difor tolkast med større varsemd enn tala på landsdelsnivå og nasjonalt nivå, og er best eigna til å gi enkle hovudtal. Tala frå EHIS og dei tidlegare levekårundersøkingane blir lagt ut i SSB sin statistikkbank under åtte ulike delområde: Levevanar, sjukelegheit (sjukdom, skade, funksjonsevne), Symptom på helseproblem og medisinbruk, funksjonsevne, bruk av helsetenester, omsorgsbehov og mottatt omsorg, sosial kontakt, uløna omsorg. Nytt for publiseringa av 2015-tal er at 27 indikatorar har gått ut, medan 67 indikatorar er nye.

Eurostat publiserte tal i 6 tabellar basert på data frå EHIS 2 den 2. september 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>). SSB publiserte EHIS-tala 20. juni 2016 (<http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>) og valte å fokusera på levevanar. Dette er eit felt det er stor interesse for og det er noko alle kan relatera seg til. Tala viser mellom anna at folk lev sunnast i Oslo. Samstundes er det ei opphoping av ugunstige levevanar i Østfold, Hedmark, Oppland, Nordland og Finnmark. I Finnmark er nesten halvparten av alle menn overvektige, medan ein av tre kvinner i Nord-Trøndelag, Oppland og Telemark er overvektige. Det er elles ein samheng mellom dårlege levevanar og forventa levealder i fylka. Tala viser vidare at 15 prosent av befolkninga 16 år og eldre drikk brus dagleg (størst del i Østfold og minst del i Oslo), 32 prosent drikk alkohol kvar veke (størst del i Oslo og minst del i Sogn og Fjordane), 71 prosent mosjonerer kvar veke (størst del i Nord-Trøndelag og minst del i Østfold) og 79 prosent rapporterer å ha god eller svært god eigenvurdert helse (størst del i Sogn og Fjordane og minst del i Østfold).

Det blei elles orientert om behovet for statistikk og analysar om eldre. I Noreg lever me lenger og statistikk om eldre blir stadig viktigare (dobbelt så mange 80-åringar i 2040). Norge har gode registerdata om eldre sin familiesituasjon, inntekt, utdanning og bruk av helse- og omsorgstenester. Men opplysningar om helsetilstand, levevanar, funksjonsevne, omsorgsbehov og famileomsorg blant dei som ikkje tek i mot omsorgstenester må hentast inn gjennom spørjeundersøkingar. Auka utval i EHIS 2 betyr fleire eldre, og fleire over 80. I tidlegare undersøkingar var det om lag 1000 personar over 67 år og omtrent 200-250 over 80 år. I 2015 inneheld utvalet rundt 1 500 personar over 67 år og rundt 370 over 80 år. Per i dag blir det publisert tal for 67 år og eldre, men ikkje for 80 år og eldre i SSBs statistikkbank. Tal frå EHIS viser at det er store forskjellar når det gjeld fleire helseforhold for aldersgruppene under 67 år, 67-79 år og 80 år og eldre. Når det gjeld arbeidet vidare med EHIS-undersøkinga skal anonymiserte mikrodatafiler leverast ut til Helsedirektoratet og til NSD. Det er allereie levert ut mikrodata til Eurostat. Forskarar i Noreg og Europa får tilgang til eit rikt datamateriale. SSB sjølv vil gjerne analysa data, og gjera resultata tilgjengelege. Noko av dette kan gjerast innanfor ramma av eige budsjett, men det kan gjerast meir med ekstern finansiering.

- *Overordna arbeid med fellesløysingar for helseregister i sektoren.* På bakgrunn av tildelingsbrev for 2016 er det etablert eit prosjekt i regi av Direktoratet for e-helse som skal utforma referansearkitektur for helseregister og anbefaling til tekniske felleskomponentar. Intern-rapport for Nasjonal helseregisterstrategi frå HOD august 2016 peikar på vedvarande utfordringar, forsterkar enkelte tidlegare tiltak og rettar fokus mot nokre nye tiltak. Rapporten nemner òg innspel frå sektoren som p.t ikkje er fatta avgjerd om at skal gjennomførast.

Arbeidet med referansearkitektur og felleskomponentar skal bidra til; betre datakvalitet, enklare innrapportering og meir effektiv primær- og sekundærbruk av helseopplysningar. Prosjektet er etablert med arbeidsgruppedeltakarar frå Helsedirektoratet, Folkekehelseinstituttet, Kreftregisteret, SKDE, Nasjonal IKT, Norsk Helsenett og Direktoratet for eHelse. Prosjektet jobbar med å definere analyser, leveransar og behov for koordinering med andre initiativ (bl.a. NHRP, Forskingsrådet, EIEJ, Helsenorge.no, KPR, NPR, FHI, NSE). Prosjektet skal levera følgjande: anbefalt referansearkitektur for nasjonale helseregister, anbefalte tekniske fellesløyser og felleskapabilitetar og andre anbefalingar, tiltak og innspel til vegkart. Målsetjinga er at prosjektet skal vera ferdigstilt med leveransar i løpet av 2017.

Det er fleire vedvarande utfordringar innanfor helseregisterfeltet. Prosjektet har som målsetjing å koma med anbefalingar som kan løysa fleire av desse utfordringane. Den langsiktige ambisjonen er ein heilskapleg og kunnskapsbasert helse- og omsorgsteneste som utnyttar dei teknologiske moglegheitene og involverer innbyggjarane for å bidra til betre helse, betre resultat av helsehjelp og betre utnytting av kapasitet. Under denne ambisjonen er det definert fire mål:

1. Innbyggjarane med behov for kontinuerleg behandling og oppfølging meistrar kvardagen sin
2. Helsepersonell har tilgang til vesentlege helseopplysningar og beste praksis
3. Komplette helseopplysningar er raskt tilgjengelege for helseanalyse
4. Ein felles styringsmodell og leveransefunksjon sikrar god gjennomføringsevne.

Dagens helseregister og medisinske kvalitetsregister krev betydeleg arbeidsinnsats for innsamling og tilrettelegging av data. Registera gir ikkje heilskapleg oversikt og tilbyr i varierende grad støtte og funksjonalitet til sekundærbruk. Helseforskarar og myndigheiter har behov for meir avanserte moglegheiter for analysar på tvers av helseregister. Ein felles plattform for analyse av helsedata skal utformast der hovudhensikta er å redusera forskarar sin innsats på tilrettelegging av data og tilby rikare analysetenester av høgare kvalitet enn det som er mogleg i dag. Plattformen skal forenkla tilgang til forskingsdata, mogleggjera analysar på tvers av datakjelder, og redusera tidsbruk på innhenting, tilrettelegging, kopling og kvalitetssikring av personopplysningar. Uavhengig av løysingsstrategi (datavarehus, datamart, sanntidsinnhenting, distribuert prosessering osv.) så må plattformen kunna kopla saman data frå mange register. Forskjellar i kodeverk, terminologi, identitetshandtering gjer at dette kjem til å bli det mest komplekse og krevjande ved plattformen. Når det gjeld behandling og analyse må det utreiast kva slags analysefunksjoner plattformen skal tilby. Utviklinga innanfor stordata-analyse, prediktive analysar og kunstig intelligens går framleis raskt. Både enkle analysar og meir avanserte metodar for krypterte og distribuerte analysar vil bli vurdert. Dersom ein får samla alle dei viste registera til ein analyserbar datamengde, så vil moglegheitene for analysar bli store.

- *Statlege handlingsplanar og kommunestatistikk – på kollisjonskurs?* Bakgrunn for saka er arbeidet med nytt KOSTRA-skjema for vold i nære relasjonar. Frå kommunesektoren kjem det signal om at statlege statistikkbehov knytt til handlingsplanar fører til ein auke i oppgavebyrden for rapportering av data.

Det er relevant å stilla spørsmål om nytta slike data har for rapportørene sjølv, og om dataa bidreg til «sovande data» som gir styringsinformasjon, men av ein

meir generell karakter. Har t.d. ja/nei spørsmål ei eintydig tolking? Dataa kan ha stor interesse for t.d. fagdepartement, og ein må difor stille spørsmålet om kven som skal avgjera informasjonsverdi av det som skal samlast inn, og korleis kan spørsmål om handlingsplanar følgjast opp og målast? Er KOSTRA (Kommune-Stat-rapportering) den rette staden, med tanke på at handlingsplanar ofte har eit kortsiktig perspektiv, og SSB har eit meir langsiktig perspektiv for statistikken som blir publisert? På den andre sida så kan det skapa eit behov for nye rapporteringsløyseringar, ved sida av KOSTRA, om ikkje SSB samlar inn noko informasjon om dette.

Ein bør drøfta kor dynamisk KOSTRA skal vera med tanke på å ta inn denne type spørsmål om handlingsplanar i skjema. Det må samstundes sjåast i samanheng med kravet om å halda oppgåvebyrden for rapportering nede og kor relevant meirverdi denne type informasjon gir. Ein bør i så stor grad som mogleg unngå at det blir etablert særreporteringar utanfor dei årlege rapporteringane i SSB, som t.d. KOSTRA.

- *Styringsdata – kan dei bli uthula av ei utføresett tenesteutvikling?*
Kontaktutvalet har tidlegare sett på kva følgjer privatisering av kommunale tenester kan ha for datagrunnlaget. Særleg oppstår det eit problem ved tenester som ikkje er teke inn i «folden» gjennom kommunal anbuds konkurranse, og difor ikkje automatisk blir teke med i kommunane sine innrapporteringar. Her kan det oppstå ein motsetnad mellom forvaltninga sitt ønske om å avgrensa rapporteringa til lovpålagte ytingar og føremålet til kontaktutvalet om eit heildekkande statistikkgrunnlag. Ein tilsvarende situasjon kan oppstå dersom kommunen utviklar nye tenester parallelt med dei SSBs innsamling tek sikte på. Gjennom slike konkurrerende ordningar kan brukarar og ressursar falla utanfor SSB sitt datagrunnlag.

For området økonomisk sosialhjelp har nokre kommunar ved sida av sosialhjelp (etter NAV-lovens §§18 og 19) praktisert andre ytingar basert på kommunalt reglement. SSB kjenner så langt til fem slike kommunar (bl.a. Bergen og Bærum) der flyktningkontoret utbetalar eigne livsopphaldsytingar i staden for å tilvisa til NAV for sosialhjelp. Tal for brukarar og utgifter i slike kommunar vil kunna ligge fem til ti prosent lågare enn i kommunar der alle brukarar får ytingar frå NAV. Det finst ikkje noko samla oversikt over kva for nokre kommunar som praktiserer slike reglement, verken i KS eller SSB for dette området.

Som eit mottrekk mot bortfallet av data er den aktuelle KOSTRA-funksjonen (f281) frå og med 2016 også blitt utvida til også å omfatta utgifter etter kommunalt reglement, avgrensa til dei tilfella der utgiftene alternativt kunne ha vore utbetalt som sosialhjelp. Denne utvidinga, som tar utgangspunkt i at ytingar som dekker same formål også bør registrerast under eitt, skjedde etter initiativ frå KMD. Individregistreringen i KOSTRA-skjema 11 blir derimot verande, etter fagdepartementet (ASD) sitt ønske avgrensa til tradisjonell sosialhjelp etter lovens §§ 18 og 19. Det blir òg vurdert andre løyseringar for å dekkja avvik i sosialhjelpsdata, til dømes ved å vurdere auka spesifisering i skatteetaten sine individskjema (RF1319 - Skattefrie inntekter frå offentlege myndigheter), der t.d. kommunal bustønad blir registrert. Denne problemstillinga bør vera prinsipielt interessant også for andre statistikkområde. Kommunar kan, med full rett, innføra ordningar ved sida av lovverket, som representerer ei utfordring både for fagdepartement ved manglande klagetilgang, og for statistikken. Det kan oppstå ei tautrekking mellom KMD og fagdepartement om datagrunnlaget, og statistikken må

vrdera praktiske mottrekk for å bevare oversikt over tenesteutviklinga. Det kan vera tre moglege måtar å møte slike utfordringar på:

- Inkludera bortfallet i den ordinære KOSTRA-rapporteringa, ved at det blir sendt inn komplette data også for dei nye ordningane og at desse også med omsyn til publisering fullt ut blir sidestilte med etablerte
- Avgrensa KOSTRA-data til nåverande rapporteringsgrunnlag, men at det parallelt blir henta inn enkelte data om tilsvarande ordningar for å få eit visst omgrep om storleiken på bortfallet
- Avgrensa seg til nåverande rapportering, og sjå vekk frå meir eller mindre samanliknbare ytingar

Problemstilling er interessant for fleire statistikkområde, og eigarane av arbeidsgruppene har siste ord i saker det er ueinighet om. Utfordringa ligg i at det er ulike fagdepartement involvert, med ulike ønske og behov for statistikk. Det prinsipielle er ikkje teke opp i Samordningsrådet, men kan vera aktuelt.

- *Tannhelse blant vaksne i Sverige og Norge*. SSB publiserte tannhelse rapporten Tannhelse blant vaksne i Sverige og Noreg – ein sosioøkonomisk analyse 4.oktober 2016. Føremålet med rapporten er å auka kunnskapen om tannhelsetilstand, bruk av tannhelsetenester og utgifter til tannbehandling i den vaksne befolkninga i Noreg. I samband med dette har data frå Sverige blitt brukt til å seia noko om norske tannhelseforhold. Tannhelsetilstand, bruken av tannhelsetenester og utgifter ved tannbehandling er òg samanlikna etter sosioøkonomiske forhold som utdanning, inntekt og mottak av ulike stønader i den vaksne befolkninga.

Noreg og Sverige har nokolunde lik organisering av tannhelsetenesta, men finansiering er ulik; i Noreg må vaksne, med unntak av nokre lovbestemte grupper, finansiera behandlinga sjølv. I Sverige kom det eit nytt finansieringssystem i 2008, der alle over 20 år har rett til eit årleg aldersbestemt bidrag på en fast sum som kan brukast ved besøk hos tannlege eller tannpleiar. I tillegg har ein rett til graderte refusjonar for alle eigenbetalingar over SEK 3000, gjennom ei ordning som skal beskytta mot høge kostnader. Målet med denne nye finansieringsordninga er å auka besøksfrekvensen og med det førebygging av tannhelseproblem, rimeleg og kostnadseffektiv behandling til personar med store behandlingsbehov.

I 2008 blei det også etablert eit tannhelseregister i Sverige (Tandhälosregistret) som har som føremål å følgja utviklinga i tannhelsebehandling og tannhelse i den svenske befolkninga. Registeret består av opplysningar om alle i den vaksne befolkningen over 20 år som har vore innom tannhelsetenesta for behandling.

Resultata i rapporten viser at 77 prosent av befolkninga i Sverige (80 prosent av kvinnene og 74 prosent av mennene) hadde vore innom tenesta i løpet perioden 2013-2015. Bruk av tannhelsetjenester auka med stigande alder, om lag 60 prosent var over 44 år. Samstundes var det fleire i aldersgruppa 20-24 år som brukte tenesta samanlikna med aldersgruppa 25-34 år. Ei samanlikning av udekt behov for tannhelsetenester mellom Norge og Sverige er det fleire samfallande resultat. Resultat frå Norge og Sverige viser blant anna at det er høgast udekt behov for tannhelsetenester blant dei med låg inntekt, låg utdanning og som er økonomiske stønadsmottakarar. Kjønn og alder har også betydning for det udekte behovet, der både det å vera i den eldste aldersgruppa og det å vera kvinne reduserer sannsynet for å ha eit udekt behov. Norge har ikkje eit tilsvarande tannhelseregister som Sverige, og EU-SILC-undersøkinga må difor brukast for samanlikning. Det har vore ein nedgang i udekt behov for

tannhelsetenester i befolkninga 16 år og eldre både i Norge og Sverige i perioden 2005-2014, og delen med udekt behov er nokså lik i 2014 (i underkant av 7 prosent).

Når det gjeld samanlikning av utgifter til tannhelsetenester mellom Norge og Sverige er dette utfordrande. Både fordi datagrunnlaget om utgifter til tannhelsetjenester i den vaksne befolkninga er svært avgrensa i Noreg, og den informasjonen som finst ikkje er direkte samanliknbar med data om utgifter i Sverige. Resultat frå Sverige viser at utgifter til tannbehandling er høgast i nokre av dei eldste aldersgruppene, og resultat frå levekårsundersøkinga i Noreg frå 2008 viser det same. Resultat frå Sverige viser vidare at dei gjennomsnittlege utgiftene til tannbehandling var høgast blant dei med låg utdanning, låg inntekt og blant stønadsmottakarar i perioden 2013-2015. Desse resultatata blir berre delvis støtta levekårsundersøkinga i Noreg.

Effektane av den svenske tannhelsereforma er undersøkt av blant andre Riksrevisionen og Försäkringskassan, og resultatata viser at det konkrete målet om å auka besøksfrekvensen i befolkninga til 67 prosent per år ikkje har blitt nådd. Frå 2009 til 2011 auka besøksfrekvensen med to prosent samla sett, frå 57 til 59 prosent. Riksrevisionen viser òg til at grensa som blei sett til 3000 SEK for graderte refusjonar ikkje nødvendigvis førte til å fjerna dei økonomiske hindringane for tannbehandling. 72 prosent av dei som oppsøkte tannlege hadde utgifter på under 3000 SEK, 25 prosent hadde utgifter mellom 3000 – 15 000, og tre prosent hadde enno høgare utgifter. Det er altså berre ein liten del av befolkninga som har såpass høge behandlingsutgifter at dei får deler refundert, og det vil framleis finnast ei gruppe med store behandlingsbehov som ikkje har råd til å gjennomføra nødvendig tannbehandling. I tillegg blei det peika på at det er dårleg kunnskap om finansieringsordninga i befolkninga, og at det er vanskelig å nå ut til dei som står utanfor tenesta.

Vedlegg A: Avtale

**AVTALE MELLOM
STATISTISK SENTRALBYRÅ
OG
DEN SENTRALE HELSE- OG SOSIALFORVALTNINGEN
OM
HELSE- OG OMSORGSSTATISTIKK OG SOSIALSTATISTIKK**

1. Partene i avtalen

Parter i denne avtalen er Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltning representert ved Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV).

2. Formål

- 2.1. Den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå skal samarbeide for å samordne sine informasjonsbehov for statistikk og analyse.
- 2.2. Samarbeidet skal frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon for statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester. Datasettene består av data som minst en av partene har behov for. Det er en målsetning å frembringe et mest mulig heldekkende statistikkgrunnlag.
- 2.3. Avtalen skal bidra til samordning og effektivisering av rutinene for innsamling, utveksling, publisering og forvaltning av data, herunder også samordning av definisjoner og begrepsbruk.

3. Databehandling

- 3.1. For å samordne datainnsamlingen har partene avtalt at Statistisk sentralbyrå i hovedsak forestår innsamling som databehandler for den sentrale helse- og sosialforvaltning, jf personopplysningsloven § 15 og helseregisterloven § 18
- 3.2. Statistisk sentralbyrå skal sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet, jf personopplysningsloven § 13 og helseregisterloven § 16.

4. Organisering av samarbeidet

- 4.1. Avtalen forvaltes av Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk.
- 4.2. Kontaktutvalets sammensetning er
 - 1 representant fra Helse- og omsorgsdepartementet
 - 1 representant fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)
 - 2 representanter fra Helsedirektoratet
 - 2 representanter fra Statistisk sentralbyrå

Kontaktutvalet kan ved behov i forhold til aktuelle saker, ha med flere representanter fra disse etatene.

- 4.3. Statistisk sentralbyrå er sekretariat for Kontaktutvalet.

- 4.4. Kontaktutvalet anses å være representert i arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten og i KOSTRA-arbeidsgruppene for helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenester og sosialtjenester, ved de respektive etatenes medlemmer i arbeidsgruppene. Det forutsettes at etatenes medlemmer i arbeidsgruppene løpende holder sine representanter i Kontaktutvalet orientert om saker i arbeidsgruppene som skal fremmes i de årlige rapportene til Samordningsrådet. Se for øvrig avtalens punkt 10 om forholdet til Samordningsrådet i KOSTRA.
- 4.5. Kommunesektorens organisasjon inviteres til å delta i Kontaktutvalet for å ivareta kommunenes interesser som oppgavegivere og brukere av data. Kontaktutvalet kan også invitere andre instanser til å ta del i arbeidet i utvalet eller i utvalets arbeidsgrupper.

5. *Avtalens omfang*

- 5.1. Avtalen omfatter data fra alle statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og omsorgstjenester og sosialtjenester, jf. avtalen punkt 2.2.
- 5.2. Forvaltningen kan samle inn data for styrings- og tilsynsformål (herunder intern eierstyring) i tillegg til det omforente datagrunnlag som denne avtalen tar sikte på, se avtalens punkt 6.4.
- 5.3. Både datainnhold i og dataflyt til/fra helseregistre og administrative registre/trygderegistre faller som hovedregel utenfor denne avtalen. Innholdet i datasettene må likevel løpende vurderes opp mot hvilke data slike registre kan gi. En eventuell overgang fra skjema- til registerbasert innsamling og publisering av personelldata vil fortsatt være omfattet av denne avtalen. Også ellers kan spørsmål om registerdata tas opp under henvisning til avtalen, dersom det ikke finnes et annet, mer egnet forum for å løse slike spørsmål. Partene kan på eget initiativ fremme saker for utvalet av felles interesse.

6. *Samordnet innsamling av data*

- 6.1. De aktuelle data skal tjene to ulike formål - myndighetenes databehov og den offisielle statistikken. Det er stor grad av sammenfall mellom disse to typene av data. Det er derfor rasjonelt med utstrakt samordning av arbeidet med datainnsamling og statistikkproduksjon.

Det må således tilstrebes at ett datasett samles inn bare én gang, og at data samles inn på en ensartet måte som i minst mulig grad belaster oppgavegiveren. Det må også brukes entydige felles definisjoner som samsvarer med fastlagte standarder på området.

- 6.2. Statistisk sentralbyrå skal ha en tosidig funksjon i arbeidet med helse- og omsorgsstatistikken og sosialstatistikken:
 - a) databehandler som på vegne av den sentrale helse- og sosialforvaltning skal samle inn, tilrettelegge og formidle data som dekker lokale og sentrale myndigheters behov for tilsynsdata og data for mål- og resultatstyring, samordnet med eventuell tilleggsinformasjon som er nødvendig for den offisielle statistikken
 - b) hente ut av dette datamaterialet alt som er av interesse for den offisielle statistikken.

- 6.3. Hver av partene definerer sitt eget databehov på grunnlag av lovpålagte og/ eller andre sentrale arbeidsoppgaver innen institusjonens definerte ansvarsområde.

Partene er likeverdige når det gjelder å beslutte hvilke data som skal samles inn innenfor tilgjengelige ressurser og egne hjemler. Partene har et felles ansvar for å foreta en nødvendig tilpasning og samordning, slik at den totale datamengden som samles inn framstår som en helhet med rimelig omfang og med nytteverdi også for oppgavegiver. Dette innebærer informasjonsplikt og drøftinger mellom partene før en beslutning tas. Når det gjelder kvalitetssikring av data før/ etter innsamling, kan det treffes avtale om at også andre enn Statistisk sentralbyrå deltar i kontrollarbeid, jf. de oppgaver Regional statsforvaltning ved Fylkesmann fortsatt er tillagt i KOSTRA.

- 6.4. Når forvaltningen skal gjennomføre større statistiske undersøkelser, skal melding om dette på forhånd sendes til Statistisk sentralbyrå, jf statistikkloven § 3-3. Statistisk sentralbyrå har adgang til slike data for statistikkformål, i den utstrekning statistikkloven gir hjemmel for det.
- 6.5. Når det gjelder eierstyringen av spesialisthelsetjenesten, kan forvaltningen velge å holde utforming og rapportering av detaljerte styringsdata utenfor Kontaktutvalet og dets arbeidsgrupper.
- 6.6. Kontaktutvalet m/ arbeidsgrupper skal her behandle det datasett avtalepartene har behov for til andre formål enn eierstyring. Dette omfatter også det datasett Statistisk sentralbyrå skal benytte til offisiell statistikk
- 6.7. Så langt det er praktisk mulig bør endringer i statistikkopplegget fastlegges i kontakt med oppgavegiver. Oppgavegiver bør få beskjed om endringer i ønsket dataomfang før inngangen til det året data ønskes for. All datainnsamling vil være elektronisk.
- 6.8. Det må tilstrebes at de som avgir informasjon, får rask og lett tilgjengelig tilbakemelding om resultatene fra datainnsamlingen. Informasjonen må foreligge i en slik form at den virker meningsfull og har relevans for brukernes arbeidssituasjon.

7. *Hjemmel for datainnsamling*

- 7.1. For de statistikkområder hvor den sentrale helse- og sosialforvaltning har overordnet tilsynsmyndighet og som er omfattet av denne avtalen, vil den sentrale helse- og sosialforvaltning ha egen hjemmel i særlov til å hente inn opplysninger. Den sentrale helse- og sosialforvaltningen kan ved forskrift eller enkeltvedtak bli pålagt å gi de opplysninger som er nødvendig for utarbeidelse av offisiell statistikk, så langt lovbestemt taushetsplikt ikke er til hinder for dette, jf. statistikkloven § 2-2. Statistisk sentralbyrå har rett til å utnytte administrative datasystemer i statsforvaltningen som grunnlag for offisiell statistikk, jf. statistikkloven § 3-2.
- 7.2. Innsamling av opplysninger vil skje ved totrinns hjemmel. Opplysninger samles inn av Statistisk sentralbyrå på vegne av en av avtalepartene i den sentrale helse- og sosialforvaltning med hjemmel i særlov/forskrift. Statistisk sentralbyrå beholder en kopi av opplysningene med hjemmel i statistikkloven § 2-2 for utarbeidelse av offisiell statistikk. Både den aktuelle hjemmelshaver og Statistisk sentralbyrå har selvstendig eiendomsrett til opplysningene.

- 7.3. Før innsamling av opplysninger skal den aktuelle hjemmelshaver skriftlig bekrefte overfor Statistisk sentralbyrå at den aktuelle innsamlingshjemmel er korrekt og tilstrekkelig for den aktuelle innsamling.
- 7.4. Oppgavegiverne skal i hvert enkelt tilfelle informeres om hvilken hjemmel som er brukt for innsamling av data.

8. Publisering

- 8.1. Statistisk sentralbyrå skal tilgjengeliggjøre og spre relevant statistikk, og skal gi opplysninger til statistisk bruk for forskningsformål og for offentlig planlegging etter statistikklovens bestemmelser.
- 8.2. Kontaktutvalet skal forelegges planer om ny/ endret publisering fra alle avtalepartnere, med tanke på mulig samordningsgevinst.

9. Utlevering av data

- 9.1. For de undersøkelser hvor Statistisk sentralbyrå samler inn data på vegne av den sentrale helse- og sosialforvaltning med hjemmel i særlov, jf. avtalens pkt. 7, vil den aktuelle hjemmelshaver på forespørsel få utlevert grunnlagsmaterialet fra Statistisk sentralbyrå.
- 9.2. Utlevering etter pkt 9.1 omfatter kun ureviderte data slik de foreligger ved innsamling. For den del av datamaterialet som er overtatt av Statistisk sentralbyrå med hjemmel i statistikkloven § 2-2 og er gjenstand for statistisk bearbeiding, jf. punkt 7.2, er det statistikklovens regler for utlevering som gjelder.

10. Forholdet til Samordningsrådet i KOSTRA

- 10.1. Kontaktutvalet kan fremme vedtak om endringer i skjema for *kommunale og fylkeskommunale tjenester* via etatenes representanter i arbeidsgruppene. Dette forutsetter en tett og løpende kontakt mellom arbeidsgruppene og Kontaktutvalet slik at endringer fremmes i god tid før arbeidsgruppenes avlevering av rapport til Samordningsrådet. Jf også avtalens punkt 4.4. Arbeidsgruppenes rapport til Samordningsrådet leveres Kontaktutvalet til orientering samtidig som rapporten sendes Samordningsrådet. Når partene, gjennom arbeidsgruppenes forslag, er blitt enige om et datasett som minst en av partene har behov for (jf avtalens punkt 2.2), kan dette ikke omgjøres av Samordningsrådet. Kontaktutvalet m/ arbeidsgrupper skal imidlertid påse at statistikkutviklingen skjer i tråd med de prinsipper som er trukket opp i Samordningsrådets mandat.

11. Undertegning

Denne avtale er undertegnet i 4 -fire- eksemplar, hvorav hver part beholder 1 -ett- eksemplar.

Vedlegg B: Referat 16. mars 2016

eko, 07.4.2016

Til stades: Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Julie Kjelvik (under sak 1.) (Helsedirektoratet), Eirik Jønsberg (under sak 1.) (Helsedirektoratet)Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Pål Strand (Bufdir), Nora Heyerdahl (FHI), Sissel Nordheim Skjæveland (Helse- og omsorgsdepartementet), Ann Lisbeth Sandvik (KS), Arne Jensen (SSB), Toril Sandnes (SSB), Svetlana Beyrer (under sak 1.) (SSB), Berit Hovland (under sak 3.) (SSB), Torild Fløysvik (under sak 3.) (SSB) Trond Ekornrud (SSB)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk 16.mars 2016

Sak 1. IPLOS-registeret – moglegheiter og utfordringar ved å presentera føreløp v/Svetlana Beyrer, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Svetlana Beyrer orienterte om moglegheiter og utfordringar ved å presentera føreløp i Individbasert-pleie og omsorgsstatistikk (heretter kalla IPLOS). Bakgrunnen for å sjå nærmare på føreløp, er ein stadig aukande etterspurnad frå brukarane av IPLOS om å levera tal på denne forma. Det er elles ei tru på at å presentera data på føreløpsform vil auka kunnskapen om brukarane og bruken av pleie- og omsorgstenestene i kommunane. Eit internt SSB-prosjekt våren 2015 hadde som føremål å sjå nærmare på moglegheiter og utfordringar ved å presentera resultat på føreløpsform, blant anna i IPLOS.

SSB får mange førespurnader frå forskarar og styringsmyndigheiter om å levera data på føreløpsform eller førespurnader om berekning av storleikar som krev tilrettelegging av data på føreløpsform. Føreløp er ein ny og krevjande måte å laga statistikk på, som SSB ikkje har mykje erfaring med frå tidlegare. Ein må difor stilla seg spørsmålet kor ein skal byrja?

Eldreomsorga har ofte oppslag i media. Det blir blant anna meldt om manglande bemanning og svikt i omsorga. I dag er 2 av 3 over 80 år med i IPLOS-registeret, og, det er nettopp dei over 80 år som har størst behov for helse- og omsorgstenester. I følge den siste befolkningsframskrivinga til SSB vil det om 25 år vera dobbelt så mange som er over 80 år og eldre som vil trengja helse- og omsorgstenester. Føreløp kan vera eit viktig bidrag for å møta eldrebølgja på ein god måte, slik at dei eldre får livskvalitet også ved sjukdom og høg alder.

I presentasjonen blei det stilt spørsmål om kva føreløp eigentleg vil seia. For å skjønna det må ein sjå på kva opplysningar som finst i IPLOS i dag. Kommunane sender inn årsfiler til IPLOS ein gong i året. Årsfilene inneheld all relevant informasjon om person som t.d. *pseudonym: brukaridentitet i IPLOS, alder, kjønn, død dato, diagnose reservasjon*. I tillegg inneheld årsfila personopplysningar som *husstand* (bur åleine eller saman med andre), *omsorg for barn* (om brukar har omsorg for barn), *privat hjelp* (om brukar mottar privat ikkje-betalt hjelp frå private utanfor tenesta), *eigna bustad, vurdert av tannhelsepersonell og lege siste 12 månader, individuell plan, behov for bistand i samband med arbeid og utdanning. Funksjonsnivå, kva type tenester brukarane har motteke, diagnoseopplysningar og døgnopphald*.

SSB produserer statistikk på bakgrunn av ein liten del av denne informasjonen, det vil seia at ein publiserer statistikk på tverrsnittdata for eit bestemt tidspunkt på året, t.d. per 31.12. Det betyr at ein har eit stort og ikkje utnytta potensial i og med at største delen av informasjonen i registeret ikkje blir brukt. Ved hjelp av føreløp kan ein bruka data i registeret meir effektivt til analyse av samanhengar mellom fortid-nåtid-og-framtid.

For å forklara føreløp blei ei historie om ei gammal dame kalla Petra nytta. Petra bur heime, men er dårleg til beins. Derfor kjem det ein heimehjelp kvar tredje veke. Etter kvart byrjar ho å visa teikn på demens, og ein sjukepleiar kjem difor dagleg for å gi Petra medisinar. Dette gjer ikkje Petra betre, men gjer at ho kan halda fram med å bu heime. Familien til Petra ønskjer å gjera hyggelege ting medan ho framleis er i god nok form, og ho tek derfor juleferie heime hos sonen sin i heile desember. I denne perioden tek familien over ansvaret for medisineringa til Petra. På nyåret tek heimesjukepleien over igjen ansvaret.

Etter kvart som Petra blir dårlegare aukar behovet for meir heimesjukepleie. Sjukepleiaren byrjar og koma tre gonger dagleg for å hjelpa Petra med både medisinar, til å koma seg opp av senga om morgonen, med personleg stell og for at ho skal koma seg i seng om kvelden.

Etter kvart som ho blir meir forvirra, byrjar ho å setja tomme gryter på komfyren. Hennar tenester blir endra igjen i det kommunen viljar ei komfyrvakt. Til slutt er Petra såpass svekka av demenssjukdommen at ho må leggjast inn på sjukeheim. Føreløpet til Petra i helsetenestene er godt kjent for hennar næraste familie. Dei veit kven Petra er, kva behov ho har, hennar helsetilstand, når ho søkte om tenester frå kommunen, når ho fekk dei ulike tenestene, omfanget av desse til ei kvar tid, om det var endringar i desse undervegs og kor lenge ho fekk dei.

Historia om Petra viser tenesteføreløpet hennar. Målet er at registra skal kunna spegla denne verkelegheita ved hjelp av føreløp. For å konstruera tenesteføreløpet til Petra treng ein opplysningar om datoar for å veta kva av tenestene ho fekk først og kor lenge hun behaldt dei. I tillegg treng ein å veta om ho fekk fleire tenester etter kvart og kva rekkefølge dei kom i. Kanskje fekk ho fleire tenester samstundes. Dato sikrar rett rekkefølge på hendingane over tid og nøyaktig berekning av kor lenge tenesta varte. For å kunna laga føreløp er ein altså avhengig av å ha ein *start- og stoppdato* for alle tenestene Petra tek i mot.

Kvar teneste Petra fekk er blant anna kjenneteikna av eit timetal; Når Petra etter kvart får besøk av sjukepleiar 3 gonger dagleg, vil talet på timar auka. For å få rett informasjon om omfanget av tenesta over tid er det viktig å veta når timetalet blir endra. For å kunne veta dette treng ein informasjon om endringsdatoen.

Ein gjennomgang av moglegheiter og utfordringar med føreløp i IPLOS viser mellom anna at fordelene med føreløp er nettopp det at me kan følgja eit individ over tid og dermed sjå på:

- Utviklinga i bruk av tenestene/Petras tenestekarriere
- Kva er inngangstenesta til Petra?
- Kva er siste brukte teneste?
- Kva tenester fekk Petra før ho fekk plass på sjukeheim?
- Kva var omfanget av medisineringa/heimehjelp på eit visst tidspunkt?

Dersom ein tenkjer heile IPLOS-registeret kan ein studera:

- Trendar i tenestekarriere over tid (omsorgstrappa)
- Utviklinga i type tenestemottakarar ut frå kor samanhengande er behovet for kommunale omsorgstenester?

Ved bruk av tverrsnittsdato kan denne type opplysningar forsvinna. Kva om datoen for tverrsnitt hamnar midt i juleferien til Petra? Ein ville då ha mista all informasjon om alle dei tenestene ho har teke imot i løpet av året. Tidsdimensjonen står sentralt i føreløp, og alt som skjer med ein person må kunna daterast og alle tenestene må kunna henga saman i tid. Datoar må vera fullstendige, fornuftige og konsistente. Dersom alt dette er på plass har ein også moglegheit til å konstruera føreløp. Men før ein konstruera føreløp i IPLOS står ein overfor nokre utfordringar.

IPLOS har startdato og stoppdata for dei ulike tenestene. Delen observasjonar med manglande dato er liten for startdato (3% som manglar). Når det gjeld stoppdata er desse vanskelege å kontrollere då manglande stoppdata betyr at tenesta er pågåande. Utfyllingspraksisen av start- og stoppdataar kan variera. Kommune brukar 3 fagsystemleverandørar, og den tekniske løysinga i desse set rammer for kvaliteten av data ein får inn i IPLOS. Det bør nemnast at kvaliteten har blitt mykje betre sidan etableringa av registeret. SSB set nå fokus på å auka kvaliteten på datoane som blir fylt ut. Utfordringa blir å bestemma gyldigheita av dateringane i forhold til føreløps-tankegang der alt skal henga saman med alt. Det må utarbeidast reglar for behandling av mangelfulle dateringar, inkonsistens, dubletter og andre avvik. Desse kan vera forskjellige frå teneste til teneste og frå systemleverandør til systemleverandør.

Føreløp føreset start- og stoppdata for heile tilbødet. Vidare treng ein dato som fortel når behovet for ei teneste aukar. Denne opplysninga finst per i dag ikkje i registeret. I staden kan endringa i talet på tildelte timar med medisinsk hjelp førast som nye registreringar med ny start- og stoppdata. Ein ser derfor ikkje forskjell på om registreringa er ei endring eller eit nytt tilbød med fleire timar. Det betyr at IPLOS ikkje har ein klart definert start og stoppdata for heile tilbødet. Viss ein startdato for endring i timane manglar mistar ein viktig informasjon. Petras historie vil da fortelle om at medisineringa blei avslutta mykje tidlegare.

Tidlegare rutinar for sjekk av start- og stoppdataar baserer seg på kontroll av enkeltregistreringar og er derfor ikkje gode nok i føreløpsamheng der alt skal henga saman med alt. Og skal ein tenkja kvalitet er det viktig at ein ser på samanhengar og heilskap mellom observasjonane, på tvers av tenestene og på tvers av årsfilene som er grunnlaget for registeret.

Ventetid er berekna på grunnlag av talet på dagar mellom vedtaksdato og startdato for tenesta (søknadsdatoane er av for dårleg kvalitet). Ventetidsberekningar er ikkje publisert tidlegare, og det står att noko arbeid med betring på kvaliteten til datovariablane.

Nøkkelen til føreløp er altså god kvalitet på datoar:

start/stopp/endring/søknadsdato/vedtaksdato

For å sjekka kvaliteten ytterlegare er ein nøydd til å tenkja gjennom kva tidsdimensjon er det viktig å spegla. Ein er nøydd til å tenkja samheng mellom informasjon om same teneste, mellom tenestene, mellom årgangane. Dersom ein klarer å identifisera føreløpet for ei teneste, kan ein skilja mellom forskjellige mottakargrupper: dei med permanent behov og dei med mellombelse behov for helsetenester i heimen. Dette kan gi viktig informasjon og eit spennande analysegrunnlag for brukarane. Som databehandlar for IPLOS-registeret ønskjer SSB etter kvart å utarbeida ei ramme for kvalitetssikring av data med tanke på føreløp.

SSB har to databasar som er tilrettelagt på føreløpsform etter ein bestemt dataorganiseringsmodell. Denne er nytta for å byggja føreløpsdatabase innanfor området trygdeytningar (FD-trygd) og utdanningsdatabasen (NUDB).

Føreløpsdatabasane blei danna for 20 år sidan for eit effektivt uttak av føreløpsdata og tverrsnittsdata, men er moden for modernisering. I dag blir det ikkje publisert føreløpsstatistikk i SSB med utgangspunktet i FD-trygd, som i all hovudsak er kjelde til mikrodatautlevering frå SSB til forskarar og andre interesserte. Det går føre seg eit prosjekt om utvikling av føreløpsindikatorar som skal kasta lys over allereie eksisterande statistikk på bakgrunn av tverrsnittsdata. Samstundes er det sett i gang eit større prosjekt i regi av Noregs forskingsråd kalla RAIRD. Prosjektet skal leggja til rette for anonym tilgang til aidentifiserte mikrodata for forskarar. Prosjektet utarbeider blant anna ein annan dataorganiseringsmodell, som heiter RAIRD Information Model (RIM). Dette er en ny måte å organisera føreløpsdata på. Modellen er under oppbygging. Kan henda vil IPLOS kunna dra nytte av denne ein gong i framtida.

Sak 2. Sambruk i kommunale og statlege ytingar – v/Anne Berit Dalgard, SSB

Dokumentasjon: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sambruk-i-kommunale-og-statlige-ytelser>

Denne saka utgjekk frå møte, men kjem på dagsorden på neste møte.

Sak 3. Mål og planar for KOSTRA modernisering v/Berit Hovland Clausen, SSB

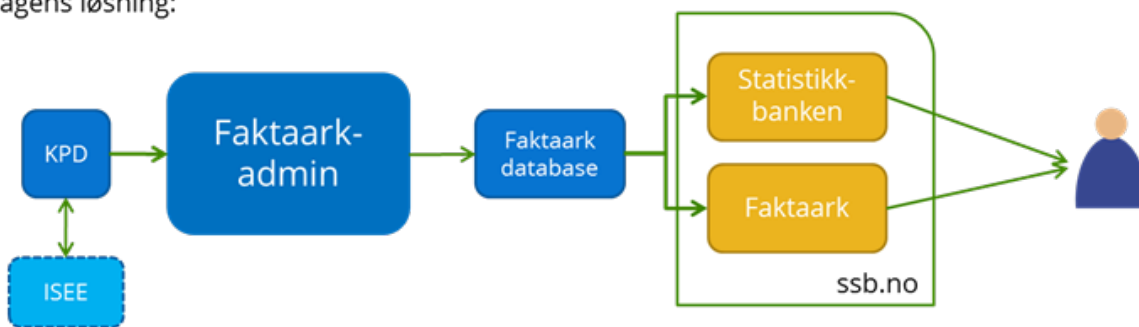
Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Berit Clausen Hovland orienterte om mål og planar for KOSTRA modernisering. Bakgrunnen for moderniseringa er mellom anna at faktaarkløyninga som finst i dag er uoversiktleg og vanskeleg å bruka for brukarane utan opplæring. Vidare har høge svartider ført til mykje nedetid og ikkje tilgjengelege for brukarane. Det er elles slik at dagens løysing med høg brukarterskel for fagsida i SSB. Det betyr at mykje tid blir brukt på opplæring og ineffektivt arbeid med produksjon av KOSTRA-tal. Den tekniske løysinga er frå 90-talet, og det er behov for spesialkompetanse i SSB som gjer den sårbar ved sjukdom eller fråvere.

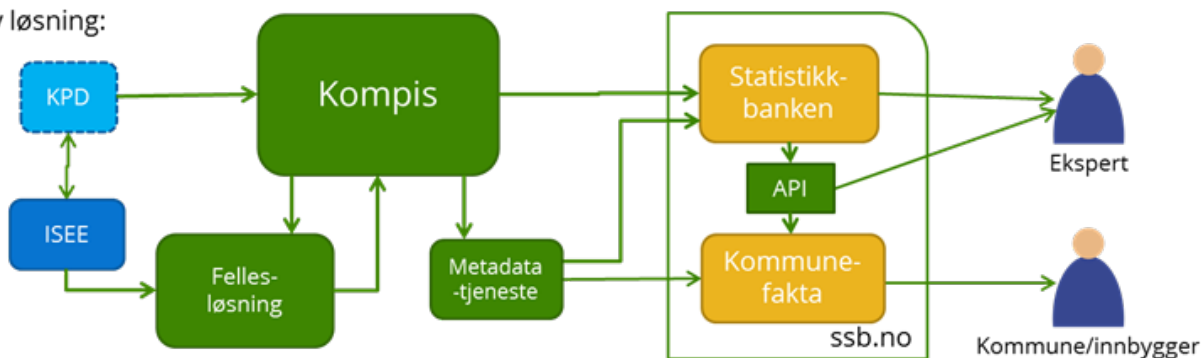
Måla for moderniseringsprosjektet er for det første å møta brukarane sine behov og forventningar til enkel tilgang til data. For det andre skal ein leggja til rette for hensiktsmessig gjenbruk av data og annan informasjon frå KOSTRA-systemet. For det tredje har ein mål om å effektivisera arbeidet internt med å produsera KOSTRA-tala. For det fjerde er det ønskjeleg å få ei robust løysing og føreseielege kostnader til support og forvaltning. Til sist er det også ei målsetjing å få til ein robust informasjonsmodell for KOSTRA-data som heng saman med SSB sine andre produksjonsprosessar.

SSB sin verksemdmodell er definert i sju prosessar. KOSTRA byggjer på dei fire siste prosessane som er å samla inn, klargjera, analysera og formidla. KOSTRA moderniseringsprosjekt dekkjer dei to siste (analysera og formidla) og delar av den tredje siste (klargjera). Det blir lagt til rette for full modernisering også for datafangst via Alltinn og klargjering av innkomne data, men dette er ikkje omfatta av dette moderniseringsprosjektet, og vil koma i seinare prosjekt.

Dagens løsning:



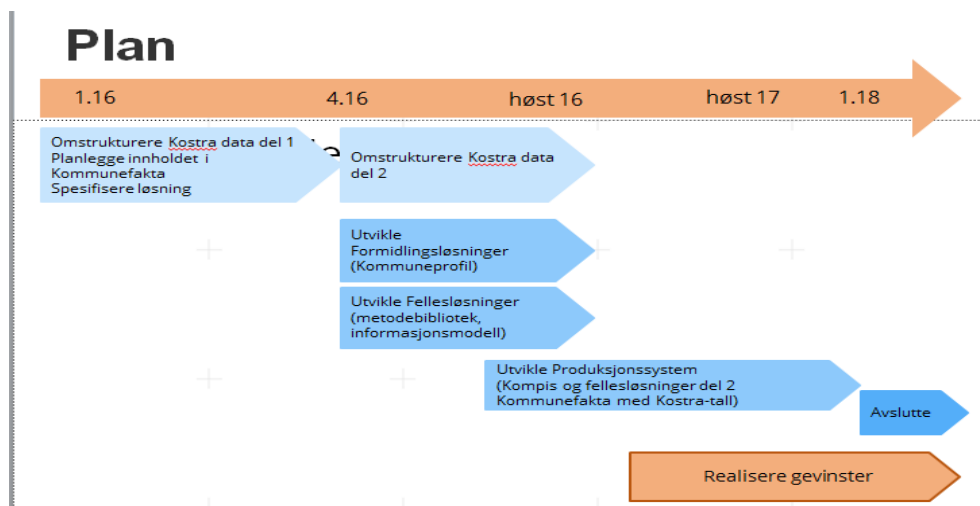
Ny løsning:



Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Dagens løysing og den nye løysinga blei presentert grafisk. I den nye løysinga er målet at ein skal ta i bruk allereie eksisterande fellesløysingar i SSB der det er mogleg, og tilpassa eller utvikla nye fellesløysingar ved behov. Faktaarka som finst i dag vil forsvinna og bli erstatta med Kommunefakta, som skal kunne nyttast av både innbyggjarar og kommunebrukarar. Det vil vera moglegheit for å presentera tala på fleire måtar. Det gjeld både ein overordna for å få oversikt og fleire moglegheiter for å få tak i detaljar og sjå alle kommunale prioriteringar i samanheng på tvers av fagområde.

For ekspertbrukarar skal det òg bli mogleg å henta ut alle data frå statistikkbanken via API, som er ein applikasjon som gjer det mogleg å laga eigendefinerte spørjingar mot alle tabellane i Statistikkbanken. Dette vil vera særleg relevant for dei som ønskjer å henta ut store mengder data. Det vil eller bli laga ein breiare profil av kommunen på ssb.no som inkluderer meir enn KOSTRA-tal. Kommunetala skal bli lettare tilgjengeleg enn det er i dagens faktaark, og enklare å velja kommune.



Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Planen for KOSTRA modernisering inkluderer fleire deloppgåver. Frå januar til og med april har det blitt arbeida med omstrukturering av data. Dette arbeidet held fram frå april og fram til september 2016 (fase 1). Arbeidet kjem til å involvera alle 19 arbeidsgruppene med interne SSB ressursar og eksterne ressursar. For å kunna starta opp arbeidet med Kompis treng ein eksterne midlar. SSB har søkt om midlar over revidert nasjonalbudsjett som blir behandla i mai. Ein tek difor sikte på å starta arbeidet med Kompis i august 2016. Kompis må vera ferdig til desember 2017, slik at tala for 2017 kan leggjast inn frå 1.1.18.

Lanseringa av kommunefakta vil truleg skje trinnvis. Kommuneprofil med KOSTRA-tal blir lansert når produksjonssystemet KOMPIS er ferdigutvikla mars 2018. Før den tid vil det bli lansert ein kommuneprofil der flest «ikkje-KOSTRA-tal» vil vera inkludert.

Vidare blei det presentert ein demo av nye kommunefakta. Her fekk ein mellom anna sjå litt på den nye utsjånaden og funksjonaliteten som er tenkt å inkludrast i den nye publiseringsløysinga.

Berit Hovland hørde om det var nokon av deltakarane i kontaktutvalet som er brukarar av KOSTRA som kunne tenkja seg å sitja i ei referansegruppe for KOSTRA-moderniseringsprosjektet. Dersom dette er av interesse kan ein melda frå til sekretariatet i kontaktutvalet v/Grebstad eller Ekornrud som vil vidareformidla

Sak 4. Eventuelt

Toril Sandnes orienterte om at Samfunnsspeilet 1/2016 blei publisert same dag. Denne SSB-publikasjonen blir no berre publisert på nett, men det var trykt opp papirutgåver til deltakarane i kontaktutvalet.

Sak 5. Avrunding (Møteleiar Arne Jensen, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk skal heldast **onsdag 18. mai 2016**.

Innspel til saker på dagsorden kan meldast til sekretariat i kontaktutvalet v/Trond Ekornrud (eko@ssb.no) og Unni Grebstad (ugr@ssb.no)

Vedlegg C: Referat 25. mai 2016

Ugr/eko, 29.06.2016

Til stede: Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Pål Strand (Bufdir), Trond Nygaard (Helse- og omsorgsdepartementet), Ann Lisbeth Sandvik (KS), Jørgen Meisfjord (FHI), Elisabeth Rønning (SSB), Kjersti Helene Hernæs (SSB) (under sak 1.), Anne Berit Dalgaard (SSB) (under sak 2.), Helge Nome Næsheim (SSB) (under sak 3.), Trond Ekornrud (SSB), Unni Beate Grebstad (SSB, ref.)

Referat fra møte i Kontaktutvaget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk 25.mai 2016

Sak 1. Health at Glance 2015 – Norge i OECD-sammenheng v/Kjersti Helene Hernæs, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Hva bør en tenke på når en skal sammenligne på tvers av land?

- Populasjonen bør være likest mulig
- Målingen bør være likest mulig
- Utfallet bør være veldefinert

→ Minst to av disse kriteriene må være oppfylt for at en skal kunne lære noe av sammenligningen

	Populasjon	Måling	Utfall	Lærdom
EU-kontroll, bil	Ulik	Likt	Veldefinert	Kvaliteten på bilparken
EU-kontroll, bil	Ulik	Ulikt (korrupsjon)	Veldefinert	Ingenting
Antall dødsfall	Ulik	Likt	Veldefinert	Uklart; alder, helse
Forventet levealder	Lik	Likt	Veldefinert	Helse
Akutte reinnleggelser	Ulik	Likt	Betinget (på overlevelse)	Ingenting
Død eller reinnlagt	Ulik	Likt	Veldefinert	Kvalitet eller ulikt omfang av behandling
Død eller reinnlagt gitt lik behandlingsrate	Lik	Likt	Veldefinert	Kvalitet

I tabellen er EU-kontroll av biler et eksempel. Når målingen (kontroll av bilene) gjøres på samme (og ærlige) måte i alle land, kan en lære noe om bilparken i landene ved å se på utfallet; Hvor stor andel av bilene får EU-godkjenning? Dersom målingen *ikke* er lik, fordi en i noen land betaler kontrolløren for å få bilen godkjent, lærer en derimot ingenting; andelen biler som er godkjent kan enten skyldes at bilparken er god, eller at korrupsjon er utbredt.

Et eksempel fra helse er ikke-planlagte reinnleggelser. Det er lett å tenke at 0 reinnleggelser er bra, men er det nødvendigvis slik? Verdens dårligste helsevesen tar livet av alle pasientene sine, og har dermed 0 reinnleggelser. Faktisk er det slik at både det best tenkelige og det verst tenkelig helsevesenet i verden begge har 0 reinnleggelser! Grunnen er at det å bli reinnlagt er betinget på at du overlever

behandlingen. Da er det ikke nok å se på reinnleggelser, en må også ta med antallet som dør etter behandlingen.

Skal en bruke reinnleggelser til å si noe om kvalitet på behandlingen? Da må tallene suppleres med enda mer, for eksempel hvor vanlig det er å få nettopp denne behandlingen. Her kommer screeningprogram inn. Med et godt screeningprogram, kan behandlingen tilbys tidlig i sykdomsfasen og til flere pasienter. Da vil pasientpopulasjonen være relativt frisk; færre vil trenge reinnleggelse og flere vil overleve. Med et dårligere screeningprogram vil mange av pasientene være veldig syke og ha dårlig helse når de får behandling. Flere vil bli reinnlagt og flere vil dø etter behandling. Da vil en statistikk over reinnleggelser fortelle mer om screeningen enn om selve behandlingen (og det kan også være interessant).

Et minstekrav til sammenligning mellom land i dette tilfellet: Sammenligne land som har nokså lik behandlingsrate. Da sikrer en at populasjonen av pasienter som får behandlingen er nokså like. Dette har en parallell til forskjeller i sykefravær mellom land; da er det hensiktsmessig å sammenligne land som har nokså lik sysselsetting.

Ulike indikatorer som Norge har levert til OECD ble presentert. Selvmord blant psykiatriske pasienter, screening av livmorhalskreft kombinert med overlevelse etter behandling, ventetid for hoft og kneoperasjon, antall leger per 1000 innbyggere, hjerteinfarkt – døde per 100 behandlede, forventet levealder ved fødsel og helseutgifter per innbygger. Noen av disse er egnet for sammenligning mellom land, mens andre må brukes med forsiktighet.

Som et lite NB! er det slik at når det er veldig store forskjeller mellom land, bør en søke en forklaring bak tallene. Kan forskjellen skyldes måten man teller og registrerer på, eller hvem som registrerer og teller? Kulturelle, sosiale og institusjonelle forskjeller kan også påvirke tallene.

Sak 2. Sambruk i kommunale og statlige ytelser – v/Anne Berit Dalgard, SSB

Dokumentasjon: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sambruk-i-kommunale-og-statlige-ytelser-og-ppt-presentasjon>

Anne Berit Dalgard presenterte resultater fra rapporten Sambruk i kommunale og statlige ytelser. Formålet med prosjektet har vært å finne ut om det er sambruk mellom ulike statlige og kommunale ytelser. Det er blitt sett spesielt på uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, økonomisk sosialhjelp, introduksjonsstønning, samt kvalifiseringsstønning. Rapporten definerer hva sambruk er og viser omfanget på de ulike ytelsene. Demografiske kjennetegn ved sambrukerne er fremhevet.

Resultatene fra rapporten viser blant annet det er flere som mottar ulike typer velferdsytelser samtidig. Blant mottakere av arbeidsavklaringspenger, kvalifiseringsstønning, introduksjonsstønning og uføretrygd er det en større andel menn enn kvinner som i tillegg mottar sosialhjelp. Det er også vanligere med slik sambruk blant enslige enn blant personer som lever i parforhold. Blant mottakere av arbeidsavklaringspenger og kvalifiseringsstønning synker andelen som bruker sosialhjelp med økende alder, mens andelen med sosialhjelp øker med alderen blant mottakere av introduksjonsstønning.

Det ble understreket at analysene i rapporten ikke gir grunnlag for å konkludere med hvorfor noen grupper har en større andel sambruk enn andre, men gir en oversikt over ulikhet i sambruk av ulike ytelser.

Det skal nå igangsettes et arbeid for å publisere statistikk på sambruk i SSB.

Sak 3. A-ordningen – orientering om utfordringer med publisering av registerbaserte årsverkstall for 2015, SSB v/Helge Næsheim

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Helge Næsheim presenterte hva innføringen av A-ordningen innebærer ifht. til det tidligere Aa-registeret, og eventuelle konsekvenser det vil få for de nært forestående publiseringene i KOSTRA, Spesialisthelsetjenesten og Helse- og sosialpersonell.

A-ordningen betyr at SSB vil få informasjon om lønn og ansatte gjennom a-meldingen i stedet for flere ulike kilder som har vært tilfelle t.o.m. 2014-årgangen.

Overgangen til a-ordningen vil ha flere positive effekter på mange statistikker i SSB, og spesielt for lønnsstatistikken og den registerbaserte sysselsettingsstatistikken. For lønnsstatistikken betyr dette bedre kvalitet på data fordi man går fra et stort utvalg (med mange virksomheter) til å telle alle virksomheter og dermed får mindre usikkerhet i tallene. For sysselsettingsstatistikken vil man med a-ordningen både få et bedre datagrunnlag og kortere produksjonstid.

For begge statistikker vil en felles rapportering av lønn og arbeidsforhold generelt gi bedre kvalitet samt bedre sammenheng mellom lønn og arbeidsforhold (arbeidstimer, yrke, næring) i lønns- og sysselsettingsstatistikken. A-ordningen vil også ha positive effekter for produksjonen av blant annet KOSTRA, sykefraværstatistikken, og nasjonalregnskapet.

All rapportering i a-ordningen skal som hovedregel være elektronisk. Rapportering skal enten skje gjennom lønns- og personalsystemet, eller ved manuell registrering i Altinn. De fleste lønns- og personalsystemer vil ha en løsning for innsending. Arbeidsgivere kan sende inn a-meldingen samtidig med lønnskjøringen. Dette er den raskeste og enkleste måten å rapportere på. A-meldingen skal leveres minst én gang per måned. Opplysningspliktige som ikke leverer a-meldingen gjennom et lønns- og personalsystem må registrere a-meldingen manuelt i Altinn. Rapportering på papir utgår med unntak av spesielle tilfeller etter søknad. Privatpersoner som utbetaler lønn og veldedige eller allmenntilgunnede organisasjoner eller institusjoner skal levere en forenklet a-melding.

Utfordringer med overgang til a-ordningen

Selv om a-ordningen vil gi bedre kvalitet på tallene etter hvert har det også vært utfordringer knyttet til overgangen. En av hovedutfordringene har vært knyttet til beregning av årsverk. I det tidligere Aa-registeret ble det rapportert avtalt arbeidstid per uke. 37,5 timer ble talt som heltid, med unntak av helse- og omsorg hvor 35,5 timer ble regnet som heltid. Årsverkstallene publisert i KOSTRA fram til og med 2014 ble utledet av opplysningene om avtalt arbeidstid. I den nye ordningen blir årsverk utledet fra innrapporterte opplysninger om stillingsprosent.

Utfordringen her med den nye ordningen er at mange timelønnte står med uoppgitt stillingsprosent. For disse skal det rapporteres antall timeverk. En gjennomgang av tallene viser usannsynlig lave timetall for flere timelønnte. Mange står oppført med 0 timer. Dette skyldes blant annet at det ikke har vært obligatorisk å fylle ut denne opplysningen i A-meldingen. I tillegg har enkelte lønns- og personalsystem hatt 0 timer som default, og for kommuner med enkelte fagsystem har det heller ikke vært mulig å endre dette. Det gjør det utfordrende å gi korrekte årsverkstall. Det vil spesielt være utfordrende innenfor helse- og omsorgstjenesten hvor det er mange timearbeidere.

En gjennomgang av 2015-data viser at antall lønnstakere er høyere enn i 2014, på grunn av at flere bedrifter er med. Samtidig viser tallene at det i ny A-ordning er omtrent 500 000 personer som mangler stillingsprosent, av disse er vel 100 000 tilknyttet helse- og omsorgstjenestene. SSB jobber i samarbeid med NAV og Skatteetaten for å gjøre kvaliteten på rapporteringen i a-ordningen bedre i tiden framover. Forhåpentligvis vil det gi færre mangelfulle opplysninger om timelønnte arbeidere.

Overgangen til a-ordningen medførte at det ikke var mulig å publisere registerbaserte tall for ansatte og årsverk for 2015 ved publiseringen av KOSTRA i mars 2016. Det gjaldt for både de kommunale og fylkeskommunale tjenesteområdene. Målet er at dette skal publiseres ved publiseringen 15.juni. Det samme gjelder for statistikk for spesialisthelsetjenesten som skal publiseres 23.juni.

Samtidig vil ikke opplysninger om legemeldte fravær og fødselspermisjon være tilgjengelig ved de nevnte publiseringene. Det fører til at avtalte årsverk eksklusive lange fravær og tall for legemeldet sykefravær, samt variabler og indikatorer som inkluderer fravær, ikke vil bli publisert. Det er ennå ikke fastsatt noe tidspunkt for når tall for dette vil bli publisert.

I forkant av publiseringen i juni jobber SSB med et imputeringsopplegg for sysselsatte med mangelfulle opplysninger. Kort fortalt innebærer metoden for imputering å gi timeverdier til sysselsatte med mangelfulle opplysninger, som er lik den nærmeste «naboen» med de samme kjennetegnene i registeret. Målet med metoden er at årsverkstallene på overordnet nivå skal bli mest mulig korrekte. Samtidig kan metoden føre til usikkerhet i årsverkstallene for enkeltkommuner på enkelte tjenesteområder, deltjenesteområde og for enkelte yrkes- og utdanningsgrupper. Dette vil særlig gjelde der hvor andelen sysselsatte med mangelfulle opplysninger er stor.

SSB vil også gjennomføre en rimelighetsvurdering av årsverkstallene for 2015, som dels er faktiske tall og dels er imputerte verdier, for følgende statistikkområder:

- KOSTRA Kommunehelsetjenesten
- KOSTRA Pleie- og omsorgstjenesten
- KOSTRA Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene
- KOSTRA Tannhelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten

Rimelighetsvurderingen skal bli gjennomføres ved å bruke et produksjons- og editeringssystem som gir anledning til å se årsverkstallene i sammenheng med fjorårets tall samt befolkningstall, generelle utgiftstall og tall for lønnsutgifter for de ulike statistikkområdene og brutt ned på ulike deltjenester innenfor de ulike områdene. Resultatene fra vurderingen vil avgjøre om årsverkstall blir publisert for de nevnte statistikkene. Overgang til ny datakilde gjør uansett at årsverkstall for 2015 ikke kan sammenlignes direkte med tidligere årganger.

HOD orienterte om viktigheten av tidsserier og endringstall mellom år i forbindelse med bl.a. statsbudsjettet. På spørsmål om det er mulig å konstruere årsverk for tidligere årganger basert på opplysninger i a-ordningen var svaret fra SSB at det ikke er planer om å gjøre dette for de enkelte statistikkene.

KS ba SSB informere i forkant av publiseringen om hvorvidt årsverkstall blir publisert eller ikke. SSB lovde å følge opp med informasjon til alle de berørte arbeidsgruppene og kontaktutvalget i forkant av publiseringen.

Etter møtet:

Rimelighetsvurderingen viste at det var god konsistens mellom årsverkstallene for 2015 og fjorårstallene, befolkningstallene, utgiftstallene og lønnsutgiftene for alle områdene.

Konklusjonen ble derfor at årsverkstallene kunne publiseres 15. juni for de nevnte KOSTRA-områdene og for spesialisthelsetjenesten 23.juni.

Sak 4. Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt.

Sak 5. Avrunding (Møteleder Elisabeth Rønning, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk blir **onsdag 21. september 2016**.

Innspill til saker på dagsorden kan meldes til sekretariatet i kontaktutvalget v/Trond Ekornrud (eko@ssb.no) og Unni

Vedlegg D: Referat 21. september 2016

eko, 04.10.2016

Til stades: Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Eirik Jønsberg (under sak 1.) (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Sverre Helseth (Bufdir), Nora Heyerdahl (FHI), Sissel Nordheim Skjæveland (HOD), Axel Miguel Huus (HOD), Trond Nygård (HOD), Ann Lisbeth Sandvik (KS), Alexander Gray (under sak 2.) (Direktoratet for e-helse), Linda Allertsen (SSB), Emshaw Degife Gurmu (SSB), Unni Grebstad (SSB), Svetlana Beyrer (under sak 1.) (SSB), Fatima Valdes Haugstveit (under sak 1.) (SSB), Elin Skretting Lunde (under sak 2.) (SSB) Trond Ekornrud (SSB)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk 21. september 2016

Sak 1. Rapport om kommunale helse- og omsorgstenester 2015 – statistikk om tenester og tenestemottakarar v/Fatima Valdes Haugstveit og Svetlana Beyrer, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjonar og rapporten: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2015>

Fatima Valdes Haugstveit og Svetlana Beyrer orienterte om den publiserte rapporten. Dette er ein årleg rapport som presenterer hovudresultat for statistikk om tenester og tenestemottakarar. I perioden 2007-2015 har talet på mottakarar av helse- og omsorgstenester auka med om lag 11 prosent. Det er naturleg nok dei eldste aldersgruppene som utgjer den største delen av mottakarar, men i 2015 var 39 prosent av mottakarane under pensjonsalder, ein auke på heile 6 prosentpoeng sidan 2007.

I løpet av 2015 var det totalt 348 858 unike mottakarar av helse- og omsorgstenester, eller 6,6 prosent av heile befolkninga i Norge. I 2007 var det til samanlikning 306 919 mottakarar av slike tenester gjennom året, eller 6,5 prosent av heile den norske befolkninga. I aldersgruppa 67-79 år er det berre 12,6 prosent som har fått helse- og omsorgstenester. Talet på brukarar og delen som mottar omsorgstenester aukar med alderen. I aldersgruppa 80-89 år er over halvparten brukarar av slike tenester, mens det blant dei i aldersgruppa 90 år og eldre er over 90 prosent som mottar ein eller fleire tenester.

Rapporten viser elles at det i perioden 2007-2015 har vore ein markant auke i unge tenestemottakarar og ein auke i mannlige tenestemottakarar. Vidare er det dei yngste og eldste tenestemottakarane som har mest omfattande bistandsbehov. Samstundes held utviklinga frå mindre praktisk bistand til meir helsetenester i heimen fram.

Iverksettingstid og avslag på søknad om tenester

Tal for iverksettingstid blei presentert. Vi tar her utgangspunkt i vedtak om teneste som er innvilget. Iverksettingstid er berekna på grunnlag av talet på dagar mellom vedtaksdato og startdato for tenesta. Variabelen søknadsdato har for dårleg kvalitet til å bli brukt her i forhold vedtaksdato. Negativ iverksettingstid er nemninga for innvilgingar kor tenesta tilsynelatande startar før det er fatta eit formelt vedtak. Det dreier seg om mellom 27 og 47 prosent av alle vedtaka i 2015. I mange kommunar

blir tenesta starta hos mottakaren før det formelle vedtaket blir fatta. Det gjelder mottakarar som treng eit tiltak raskt. Negativ iverksettingstid kan vera eit teikn på at kommunane handlar raskt.

Tabell 3.5 Vedtak fordelt på iverksettingstid (IV) i antall dagar, etter tenestetype i 2015

2015	Negativ IV-tid	0-15 dagar	16-30 dagar	31 dagar og mer
	Prosent			
Dagsenter/dagtilbud	35	48	6	11
Støttekontakt	41	44	7	9
Helsetjenester i hjemmet	48	48	2	2
Langtidsopphold i institusjon	27	63	4	6

Kjelde: IPLOS

Avhengig av tenestetype er det ein stad mellom halvparten og to tredelar som får iverksett tenesta innan 15 dagar etter vedtak. Vidare er det mellom ein tredel og nær halvparten som har negativ iverksettingstid. Tala for iverksettingstid mellom vedtak og iverksetting har vore tilnærma uendra i perioden 2009 til 2015.

Tala viser elles at 74% av dei som søker Re-/habilitering utanfor institusjon må venta 0-15 dagar får å få tenesta. I følgje IPLOS-registeret må 63% av dei som søker langtidsopphald på institusjon venta mellom 0-15 dagar, medan inntrykket som nokon gonger blir gitt i media viser noko anna. Avhengig av tenestetype er det ein stad mellom halvparten og to tredeler som får iverksett tenesta innan 15 dagar etter vedtak.

I 2015 blei det gjennom året registrert 595 371 søknader om tenester. Nesten alle, eller om lag 98,6 prosent av søknadene, blei innvilga. Berre 1,4 prosent enda i avslag. Brukarstyrt personleg assistent (BPA) har ein avslagsdel på 10,5 prosent. BPA har samstundes også ein av dei lågaste søknadsdelane, noko som kan bety at det er ein teneste som i realiteten blir anbefalt for nokre få. Avslagsdelen på helsetenester i heimen og praktisk bistand er på mellom 0,7 og 1,1 prosent. Desse er høgt etterspurte tenester. Det betyr at delen som blir innvilga er generelt høg. Tenestetypen med størst prosentvis avslagsmengde er søknad om annan bustad (bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsføremål, som ikkje er institusjon eller omsorgsbustad), med 12,9 prosent. Annan bustad er tenesta som utgjer lågast del av dei totale søknadene om tenester (0,7 prosent).

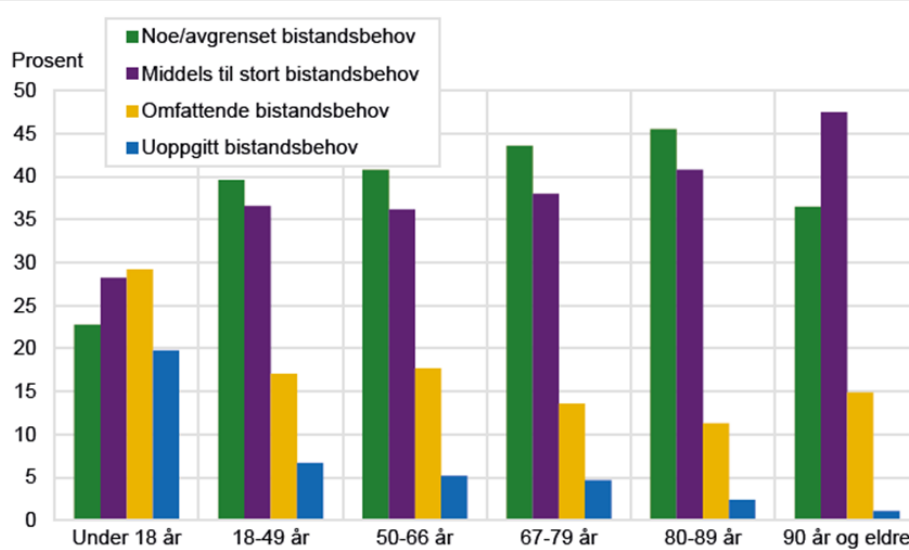
Bistandsbehov og bestemte delmål

Eit viktig aspekt som blir omtala i rapporten er bistandsbehovet til brukarane. Fram til 2014 har det berre blitt presentert tal for totalt samlemål – eit uttrykk for det totale bistandsbehovet. Samlemålet gir eit generelt bilete av behovet til tenestemottakarane, og er ein indikator som seier noko om dei store trekka i behovsfordelinga. Det generelle bilete er at 25 % av tenestemottakere i IPLOS hadde omfattande bistandsbehov per 31.12 2015. Kvar fjerde mottakar med omfattande bistandsbehov bur i ein vanleg bustad.

Dei er som tidlegare nemnd dei eldste og yngste mottakarane er dei som oftast har omfattande bistandsbehov. Blant tenestemottakarane i aldersgruppa 0-17 er det 28 prosent som er registrert med omfattande bistandsbehov. Det er elles blant mottakarane over 90 år at delen med omfattande bistandsbehovet er størst med 34 prosent. Til samanlikning varierer delen som har omfattande bistandsbehov frå 17 til 23 prosent i dei andre aldersgruppene. Det er elles slik at delen som har omfattande bistandsbehov er klart større blant yngre mottakarar av helsetenester i

heimen og praktisk bistand enn blant eldre. Det heng saman med at eldre med omfattende bistandsbehov ofte får langtidsopphald i institusjon.

Figur 6.3 Mottakere av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand per 31.12 Alder og bistandsbehov. 2015



Kilde: IPLOS

Blant mottakarar av langtidsopphald på institusjon (12 prosent av alle tenestemottakarar) har 4 av 5 omfattende bistandsbehov. At 4 av 5 med langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov gjeld nesten uansett alder. Unntaket er aldersgruppa 0-49 år der 65 prosent har omfattende bistandsbehov. Personar under 50 år utgjer 1,5 prosent av alle bebuarane på langtidsopphold på institusjon. Samstundes blir tidsavgrensa opphald på institusjon brukt i større utstrekning av yngre. Om lag kvar fjerde mottakar av tidsavgrensa opphald i institusjon er under 50 år (23 prosent). Rapporten viser at delen med omfattende bistandsbehov blant mottakarar av tidsavgrensa opphald i institusjon har auka med 7 prosentpoeng frå 2009 (37 prosent) til 2015 (44 prosent).

IPLOS-registeret samlar inn informasjon om brukarane sine behov for personbistand som gjeld ulike oppgåver som blir utført i dagleglivet. Bistandsvariablane representerer ein vurdering av graden av funksjonsevne til ein tenestemottakar, desse fangar ikkje opp alle sidene ved den enkelte person sine bistandsbehov og tek utgangspunkt i overordna kategoriar i International Classification of functions.

Dei ulike oppgåvene i dagleglivet kan delast inn i 5 ulike delmål. Desse inkluderer ulike grupper med aktivitetar:

6. Sosial fungering (inkluderer sosial deltaking, avgjerder i dagleglivet og styre åtferd)
7. Kognitiv svikt (inkluderer hukommelse, kommunikasjon)
8. Ivareta eigen helsetilstand (inkluderer ivareta eiga helse)
9. Hushaldsfunksjonar (inkluderer skaffa seg varer og tenester, alminneleg husarbeid og laga mat)
10. Eigenomsorg (inkluderer personleg hygiene, på- og avkleding, eta, toalett, bevega seg innandørs og bevega seg utandørs)

Dei ulike delmåla kan ikkje brukast til ressurstildeling i samband med enkeltvedtak. Syn og hørsel blir haldne utanfor då desse variablane ikkje utløyser

tenester, men berre påverkar personen si evne til å utføra eigenomsorga og hushaldsfunksjonen i dagleglivet. Det er ein føremon at effekten av desse blir målt gjennom dei andre variablane som er inkludert i gruppene.

Det er ein klar samanheng mellom type teneste mottakarane er tildelt og mottakarane sine bistandsbehov. Fire av fem mottakarar av langtidsopphald i institusjon har omfattande bistandsbehov (83 prosent). Blant mottakarar som berre har helsetenester i heimen, praktisk bistand eller andre tenester varierer delen som har omfattande bistandsbehov frå 7 til 12 prosent. Mottakarar av tidsavgrensa opphald i institusjon, og mottakarar av både helsetenester i heimen og praktisk bistand, kjem i ein mellomstilling. Høvesvis 44 og 27 prosent i desse gruppene har omfattande bistandsbehov.

Blant dei som har langtidsopphald i institusjon har dei fleste, 4 av 5 eller 83 prosent, omfattande behov for både hushaldsfunksjonar og for å ivareta eiga helse. Meir enn halvparten av desse mottakarane har omfattande behov for eigenomsorg, sosial fungering og kognitiv svikt. Delen med omfattande bistandsbehov er aukande i perioden frå 2009 til 2015, noko som kan tyda på at terskelen for å få institusjonsplass er blitt heva. At fire av fem med langtidsopphold i institusjon har omfattande bistandsbehov gjelder nesten uansett alder. Unntaket er aldersgruppa 0-49 år der 65 prosent har omfattande bistandsbehov.

Dei fleste mottakarar av heimetenester har noko/avgrensa behov for bistand med eigenomsorg, sosial fungering og kognitiv svikt. Behovet for bistand med å ivareta eiga helse blir derimot vurdert som middels til stort for nesten halvparten av desse tenestemottakarane, og som omfattande for 19 prosent av brukarane av heimetenester. Sjølv om det er fleire som hamnar i den lettaste kategorien for vurdering av bistandsbehov for hushaldsfunksjonar, har framleis 1 av 4 omfattande bistandsbehov og 1 av 3 middels til stort bistandsbehov.

Sak 2. EHIS (European Health Interview Survey) 2015 v/Elin Skretting Lunde, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon,

<http://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold> og

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>

Elin Skretting Lunde frå SSB orienterte om den gjennomførte helseundersøkinga frå 2015 og nokre hovudresultat. SSB publiserer jamleg intervjuundersøkingar om helse. Undersøkinga frå 2015 er for ein stor del basert på EHIS; European Health Interview Survey. Behovet for samanliknbare helsedata resulterte i ein eingongsforordning av EHIS 2, som er planlagt vidareført i 2019 (EHIS 3).

Det blei gjennomført helseundersøkelser i 1975, 1985 og 1995.

Levekårundersøkinga om helse- og sosial kontakt (LKU) var tema omtrent kvart tredje år (forbruksundersøkinga førte til at det av og til blei fire år mellom LKU-ane). SSB kallar den nye undersøkinga EHIS internt både fordi det var namnet heilt i starten av planlegginga og for å skilja den frå den tradisjonelle Levekårundersøkinga (LKU). Men det offisielle namnet er Levekårundersøkinga om Helse. EHIS 3 er under planlegging, og ein vurderer her ein kort barnehelsemodul.

EHIS blir gjennomført i over 30 land. Totalt har det blitt gjennomført meir enn 210 000 intervju. Noreg har levert inn mikrodatafil til Eurostat for undersøkinga frå 2015. EHIS og den tidlegare levekårundersøkinga om helse har blitt slått saman. Undersøkinga er nå ute av systemet med temaroterende levekårundersøkinga. Neste undersøking blir sannsynlegvis gjennomført i 2019. EHIS skal gå kvart sjette

år, mens EU-SILC (European Survey of Income and Living Conditions) skal ha ekstra helse spørsmål kvart tredje år. EHIS skal dekke behovet for helsedata generelt, mens EU-SILC skal møte behovet for helsedata til helsepolitiske føremål.

Når det gjeld undersøkinga frå 2015 har den nye EU-forordninga påverka innhaldet. Det blei derfor utarbeida eit heilt nytt skjema for undersøkinga. Hovudsakleg inneheld det nye skjemaet dei forordna spørsmåla. Nokre spørsmål frå gamle LKU er vidareført, anten heilt som tidlegare eller med mindre endringar. Det er elles auka bruk av filter og mange tidlegare stilte spørsmål måtte fjernast.

Når det gjeld utvalet til undersøkinga kravde Eurostat eit nettoutval på 5200 for Norge. SSB fekk i tillegg tilskot til eit ekstrautval på 5000 personar brutto frå Helsedirektoratet. Totalt blei det trekt 14 000 personar. Svarprosent var på 59 og 8164 fullførte intervju. Medan Levekårsundersøkinga om helse frå 2012 blei trekt som eit landsdekkande representativt utval i eitt trinn, blei derimot undersøkinga frå 2015 trekt eit disproporsjonalt utval på 700 personar brutto i kvart fylke (1400 i Oslo). Utvalet er representativt for kvart fylke, men ikkje for landet som heilskap. Ein har difor nytta ei fråfallsvekt som òg tek omsyn til geografi/fylkesaspektet, i tillegg til kjønn, alder, utdanning og familiestørleik.

Det er stor etterspurnad etter regionale tal, og denne har auka etter samhandlingsreforma. Fylkestall gir moglegheit for å samanlikna enkelte tal med fylkeshelseundersøkingane til FHI. Samstundes betyr fylkestall òg mindre utval, noe som gir større usikkerheit. Og når det blir delt på kjønn blir utvalet halvert og usikkerheita aukar tilsvarande. Fylkestala må difor tolkast med større varsemnd enn tala på landsdelsnivå og nasjonalt nivå, og er best eigna til å gi enkle hovudtal. Tala frå EHIS og dei tidlegare levekårsundersøkingane blir lagt ut i SSB sin statistikkbank under åtte ulike delområde: Levevanar, sjukelegheit (sjukdom, skade, funksjonsevne), Symptom på helseproblem og medisinbruk, funksjonsevne, bruk av helsetenester, omsorgsbehov og mottatt omsorg, sosial kontakt, ulønna omsorg. Nytt for publiseringa av 2015-tal er at 27 indikatorar har gått ut, medan 67 indikatorar er nye.

Eurostat publiserte tal i 6 tabellar basert på data frå EHIS 2 den 2.september. 26 EU land er med i den første publiseringrunden. Tal frå Noreg, Island, Irland, Tyrkia og Italia vil bli lagt ut når dei er klare. Foreløpig er det berre nokre få tabellar, men fleire vil bli lagt ut etter kvart.

SSB publiserte EHIS-tala 20. juni i år og valte å fokusera på levevanar. Dette er eit felt det er stor interesse for og det er noko alle kan relatera seg til. Tala viser mellom anna at folk lev sunnast i Oslo. Samstundes er det ei opphoping av ugunstige levevanar i Østfold, Hedmark, Oppland, Nordland og Finnmark. I Finnmark er nesten halvparten av alle menn overvektige, medan ein av tre kvinner i Nord-Trøndelag, Oppland og Telemark er overvektige. Det er elles ein samanheng mellom dårlege levevanar og forventa levealder i fylka.

Tala viser vidare at 15 prosent av befolkninga 16 år og eldre drikk brus dagleg (størst del i Østfold og minst del i Oslo), 32 prosent drikk alkohol kvar veke (størst del i Oslo og minst del i Sogn og Fjordane), 71 prosent mosjonerer kvar veke (størst del i Nord-Trøndelag og minst del i Østfold) og 79 prosent rapporterer å ha god eller svært god eigenvurdert helse (størst del i Sogn og Fjordane og minst del i Østfold).

Det blei elles orientert om behovet for statistikk og analysar om eldre. I Noreg lever me lenger og statistikk om eldre blir stadig viktigare (dobbelte så mange 80-åringar i 2040). Norge har gode registerdata om eldre sin familiesituasjon, inntekt,

utdanning og bruk av helse- og omsorgstenester. Men opplysningar om helsetilstand, levevaner, funksjonsevne, omsorgsbehov og familieomsorg blant dei som ikkje tek i mot omsorgstenester må hentast inn gjennom spørjeundersøkingar. Auka utval i EHIS 2 betyr fleire eldre, og fleire over 80. I tidlegare undersøkingar var det om lag 1000 personar over 67 år og omtrent 200-250 over 80 år. I 2015 inneheld utvalet rundt 1 500 personar over 67 år og rundt 370 over 80 år. Per i dag blir det ikkje tal for 67 år og eldre, men ikkje 80 år og eldre i SSBs statistikkbank. Tal frå EHIS viser at det er store forskjellar når det gjeld fleire helseforhold for aldersgruppene under 67 år, 67-79 år og 80 år og eldre.

Når det gjeld arbeidet vidare med EHIS-undersøkinga skal anonymiserte mikrodatafiler leverast ut til Helsedirektoratet og til NSD. Det er allereie levert ut mikrodata til Eurostat. Forskarar i Noreg og Europa får tilgang til eit rikt datamateriale. SSB sjølv vil gjerne analysere data, og gjere resultatane tilgjengelege. Noko av dette kan gjerast innanfor ramma av eige budsjett, men det kan gjerast meir med ekstern finansiering.

Sak 3. Orientering om overordna arbeid med fellesløysingar for helseregister i sektoren, Alexander Gray, Direktoratet for e-helse

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Alexander Gray orienterte. På bakgrunn av tildelingsbrev for 2016 er det etablert eit prosjekt som skal utforma referansearkitektur for helseregister og anbefaling til tekniske felleskomponentar. Internrapport for Nasjonal helseregisterstrategi frå HOD august 2016 peikar på vedvarande utfordringar, forsterkar enkelte tidlegare tiltak og rettar fokus mot nokre nye tiltak. Rapporten nemner òg innspel frå sektoren som ikkje p.t. er fatta avgjerd om at skal gjennomførast. Arbeidet med referansearkitektur og felleskomponentar skal bidra til; betre datakvalitet, enklare innrapportering og meir effektiv primær- og sekundærbruk av helseopplysningar.

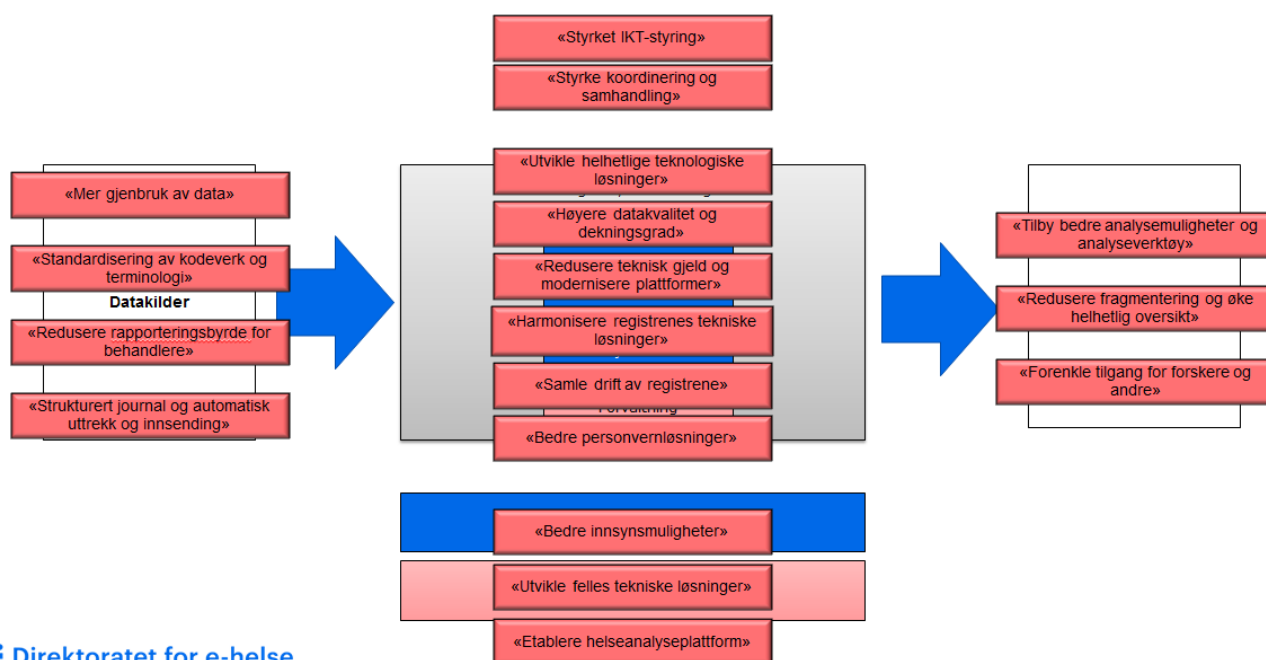
Prosjektet er etablert med arbeidsgruppedeltakarar frå Helsedirektoratet, Folkkehelseinstituttet, Kreftregisteret, SKDE, Nasjonal IKT, Norsk Helsenett og Direktoratet for eHelse. Prosjektet jobbar med å definere analyser, leveransar og behov for koordinering med andre initiativ (bl.a. NHRP, Forskningsrådet, EIEJ, Helsenorge.no, KPR, NPR, FHI, NSE). Det er til nå gjennomført tre arbeidsmøter. I tillegg har dei orientert om prosjektet i Nasjonal IKT og NUFA (eit rådgivande organ for helsefag og arkitektur).

Prosjektet skal levera følgjande:

- Anbefalt referansearkitektur for nasjonale helseregister
- Anbefalte tekniske fellesløysingar og felleskapabilitetar
- Andre anbefalingar, tiltak og innspel til vegkart

Målsetjinga er at prosjektet skal vera ferdigstilt med leveransar i løpet av 2017.

Det er fleire vedvarande utfordringar innanfor helseregisterfeltet. Prosjektet har som målsetjing å koma med anbefalingar som kan løysa fleire av desse utfordringane. Mellom anna ønskjer ein sjå på følgjande tiltaksområde:



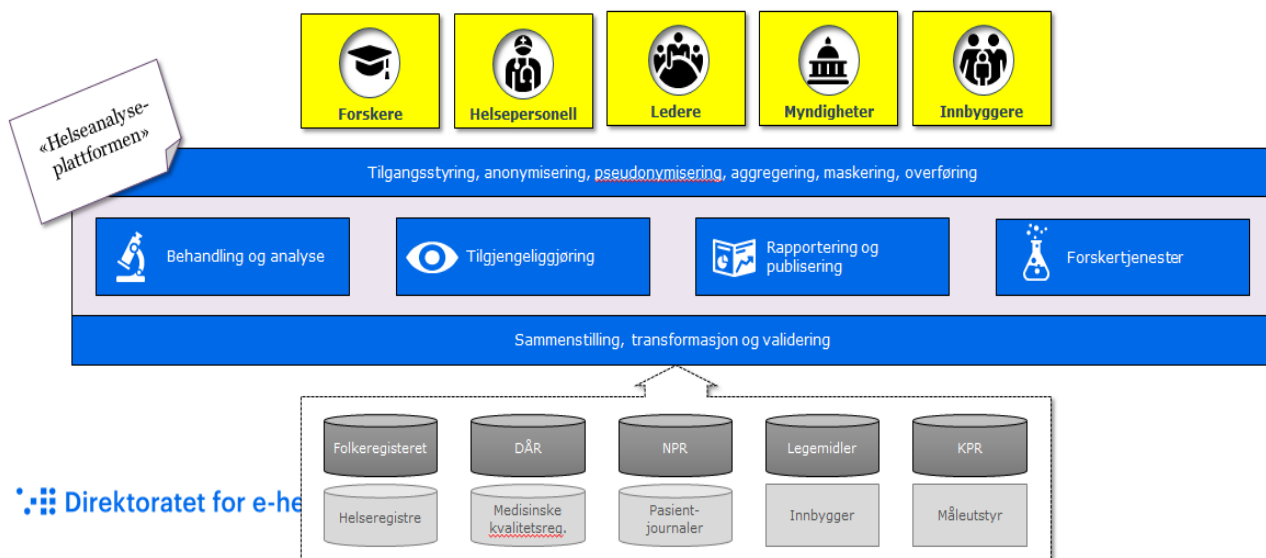
Direktoratet for e-helse

Kjelde: Direktoratet for e-helse

Tiltaka er elles eit viktig bidrag til å realisera helsesektoren sine ambisjonar innanfor e-helsefeltet. Den langsiktige ambisjonen er ein heilskapleg og kunnskapsbasert helse- og omsorgsteneste som utnyttar dei teknologiske moglegheitene og involverer innbyggjarane for å bidra til betre helse, betre resultat av helsehjelp og betre utnytting av kapasitet. Under denne ambisjonen er det definert fire mål:

5. Innbyggjarane med behov for kontinuerleg behandling og oppfølging meistrar kvardagen sin
6. Helsepersonell har tilgang til vesentlege helseopplýsningar og beste praksis
7. Komplette helseopplýsningar er raskt tilgjengelege for helseanalyse
8. Ein felles styringsmodell og leveransefunksjon sikrar god gjennomføringsevne.

Dagens helseregistre og medisinske kvalitetsregistre krev betydeleg arbeidsinnsats for innsamling og tilrettelegging av data. Registera gir ikkje heilskapleg oversikt og tilbyr varierende grad av støtte og funksjonalitet til sekundærbruk. Helseforskarar og myndigheiter har behov for meir avanserte moglegheiter for analysar på tvers av helseregister. Ein felles plattform for analyse av helsedata skal utformast der hovudhensikta er å redusera forskarar sin innsats på tilrettelegging av data og tilby rikare analysetenester av høgare kvalitet enn det som er mogleg i dag. Plattformen skal forenkla tilgang til forskingsdata. Mogleggjera analyser på tvers av datakjelder. Redusera tidsbruk på innhenting, tilrettelegging, kopling og kvalitetssikring av personopplýsningar.



Kjelde: Direktoratet for e-helse

Primærkjeldene som eksplisitt er nemnd av HOD er registera i mørkegrått i figuren. Andre kjelder vil kunna inkluderast. Eitt av måla ved løysingsutforminga må vere at plattformen støttar enkel introduksjon av nye datakjelder. Uavhengig av løysingsstrategi (datavarehus, datamart, sanntidsinnhenting, distribuert prosessering osv.) så må plattformen kunna samankopla data frå mange register. Forskjellar i kodeverk, terminologi, identitetshåndtering gjør at dette kjem til å bli det mest komplekse og krevjande ved plattformen.

Når det gjeld behandling og analyse må det utreiast kva slags analysefunksjoner plattformen skal tilby. Utviklinga innanfor stordata-analyse, prediktive analysar og kunstig intelligens går framleis raskt. Både enkle analysar og meir avanserte metodar for krypterte og distribuerte analysar vil bli vurdert. Det blei peika på at dersom ein får samla alle dei viste registera til ein analyserbar datamengde, så vil moglegheitene for analysar bli store.

Det blei elles orientert på kva moglegheiter som blir vurdert for å tilgjengeleggjera data bådett til primær og sekundærbruk. For publisering og rapportering ser ein på moglegheitene for automatisk generering av periodisk og laupande rapportar og statistikk. Tanken er at det vil bli publisert etter ulike interessekategoriar og brukarsegment.

Når det gjeld forskartjenester er det ønskeleg å få på plass rettleiing for korleis forskarar skal søka og få tilgang til data. I tillegg ønskjer ein å utvikla ein felles rettleiar knytt til regelverket for datatilgang som gjeld dei ulike registera. Det er elles eit mål at forskarar skal kunna søka om tilgang elektronisk og samla for dei registera dei ønskjer data frå. Når det gjeld sjølve utføringa av analysar er ein moglegheit at analysar kan bli utført på den felles plattformen utan at data må lastast ned. Samstundes skal det òg vera mogleg å henta ut eller lasta ned data og statistikk der dette er ønskeleg. Det er elles planar om å spørja om samtykke frå innbyggjarane via helsenor.no.

Sak 4. Eventuelt

Kirsti Strand frå Helsedirektoratet orienterte om plennarmøte i NOMESKO som blei halde i starten av september. Her blei det blant anna drøfta korleis ein i framtida skal publisera tal på ein mest mogleg hensiktsmessig måte i framtida. Fram til nå har mykje tala blitt presentert i egne rapportar. Ein drøfta på møte

moglegheiter for å publisera tal og indikatorar på ein nettstad. Per i dag er fleire tal for NOMESKO publisert på <http://nowbase.org/da>.

Sak 5. Avrunding (Møteleiar Trond Ekornrud, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestetatistikk og sosialstatistikk skal heldast **onsdag 23. november 2016**.

Innspel til saker på dagsorden kan meldast til sekretariat i kontaktutvalet v/Trond Ekornrud (eko@ssb.no) og Unni Grebstad (ugr@ssb.no)

Vedlegg E: Referat 23. november 2016

Til stede: Laila Kleiven (KS), Anne Gamme (KS), Pål Strand (Bufdir), Nora Heyerdahl (FHI), Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Linda Haugen (Helsedirektoratet), Emshaw Gurmu (SSB), Axel Huus (HOD), Ole Bryøen (Direktoratet for e-helse), Pål Eivind Aamodt (NAV), Harald Tønseth (SSB), Arne Jensen (SSB), Othilde Skjøstad (SSB), Unni Grebstad (SSB), Linda M. Allertsen (SSB, ref.)

Referat fra kontaktutvalget for for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk, 23. november 2016

Sak 1. Statlige handlingsplaner og kommunestatistikk – på kollisjonskurs? v/Harald Tønseth, SSB

Tønseth viste til referat fra møtet i kontaktutvalget fra september 2015, og bakgrunn for saken er arbeidet med nytt skjema for vold i nære relasjoner. Fra kommunesektoren kommer det signaler om at statlige statistikkbehov knyttet til handlingsplaner medfører en økning av oppgavebyrden for rapportering av data. Det spørres om nytten av slike data for rapportørene selv, samt om dataene bidrar til «sovende data» som gir styringsinformasjon men av en generell dimensjon. Har f.eks. ja/nei spørsmål en entydig tolkning. Tønseth påpekte at dataene kan ha stor interesse for eksempelvis fagdepartement, og spør hvem som skal bedømme informasjonsverdi av det som samles inn, - og hvordan kan spørsmål om handlingsplaner følges opp og måles? Er KOSTRA (Kommune-Stat-rapportering) det rette stedet, med tanke på at handlingsplaner ofte har et kortsiktig perspektiv, og Statistisk sentralbyrå (SSB) har et mer langsiktig perspektiv. På den andre siden så kan det skapes nye rapporteringsløsninger, ved siden av KOSTRA, om ikke SSB samler inn noe informasjon om dette.

Barne- ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) kommenterte at det kan være nyttig å samle inn info om konkrete planer fra kommunene.

Helsedirektoratet spurte om hvor dynamisk KOSTRA skal være, og uttalte at det er interessant og viktig at også noe informasjon om handlingsplaner er med i årlig rapportering i KOSTRA. Et spørsmål om kommunene har handlingsplan er relevant i oppstart, før alt er på plass og man kan måle kvalitet. At det finnes en plan viser at noe er gjort og er interessant styringsinformasjon, selv om innholdet i tjenestene er mer nyttig.

KS kommenterte at dette er en viktig diskusjon, og at Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) er opptatt av at det ikke blir for mye rapportering fra kommunene, - gode nøkkeltall er det viktigste. Det er likevel mer nyttig og interessant å se selve handlingsplanen. Dersom alternativet er at fylkesmennene lager en mengde undersøkelser, bør det være mulig å styre dette. Fylkesmennene bruker mye tid til å rapportere i dag, blant annet årsverk innen skolehelsetjenesten/helsestasjonstjenesten.

KS minnet også om at det nye skjemaet for vold i nære relasjoner først inneholdt mange spørsmål om handlingsplan, og innholdet i planen. Sistnevnte besto av vurderingsspørsmål, og dette er årsak til at de ble tatt bort fra skjema. Arbeidsgruppene vil ha en viktig rolle i det som skal samles inn i KOSTRA.

Bufdir kommenterte også at IPLOS (pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk) nå skal over til Helsedirektoratet, og spurte om KOSTRA

med dette vil kunne ha like godt samarbeid med IPLOS. SSB kommenterte at de håper det. KS nevnte videre at KPR (kommunalt pasient- og brukerregister) er i en utviklingsfase, der det vil være vekt på eksisterende data, som kobles med andre register, f.eks. Norsk pasientregister (NPR).

Sak 2. Styringsdata – kan de bli uthulet av en uforutsett tjenesteutvikling? v/Harald Tønseth, SSB

Tønseth orienterte om at kontaktutvalget tidligere har sett på hvilke følger privatisering av kommunale tjenester kan ha for datagrunnlaget. Især oppstår det et problem ved tjenester som ikke er bragt inn i «folden» gjennom kommunal anbudskonkurranse, og derfor ikke automatisk tas med i kommunenes innrapporteringer. Her kan det oppstå en motsetning mellom forvaltningens ønske om å avgrense rapporteringen til lovpålagte ytelser og kontaktutvalgets formål om et heldekkende statistikkgrunnlag. En tilsvarende situasjon kan oppstå dersom kommunen utvikler nye tjenester parallelt med dem SSBs innsamling tar sikte på. Gjennom slike konkurrerende ordninger kan brukere og ressurser falle utenfor SSBs datagrunnlag.

For området økonomisk sosialhjelp har noen kommuner ved siden av sosialhjelp (etter NAV-lovens §§18 og 19) praktisert andre ytelser basert på kommunalt reglement. SSB kjenner så langt til fem slike kommuner (bl.a. Bergen og Bærum) der flyktningkontoret utbetaler egne livsoppholdsytelser i stedet for å henvise til NAV for sosialhjelp. Tall for brukere og utgifter i slike kommuner vil kunne ligge fem til ti prosent lavere enn i kommuner der alle brukere får ytelser fra NAV.

Det finnes ikke noen samlet oversikt over hvilke kommuner som praktiserer slike reglement, verken i KS eller SSB. Heller ikke vet vi om tilsvarende ordninger også finnes på andre områder enn sosialhjelp.

Som et mottrekk mot bortfallet av data der den aktuelle KOSTRA-funksjonen (f281) fra og med 2016 også blitt utvidet til også å omfatte utgifter etter kommunalt reglement, begrenset til de tilfellene der utgiftene alternativt kunne vært utbetalt som sosialhjelp. Denne utvidelsen, som tar utgangspunkt i at ytelser som dekke samme formål også bør registreres under ett, skjedde etter initiativ fra KMD. Individregistreringen i KOSTRA-skjema 11 forblir derimot, etter fagdepartementets (ASD) ønske begrenset til tradisjonell sosialhjelp etter lovens § 18 og 19.

Det blir også vurdert andre løsninger for å dekke avvik i sosialhjelpsdata, eksempelvis ved å vurdere økt spesifisering i skatteetatens individskjema (RF1319 - Skattefrie inntekter fra offentlige myndigheter), der f.eks. kommunal bostøtte registreres.

Det ble orientert om at denne problemstillingen bør være prinsipielt interessant også for andre statistikkområder. Kommuner kan, med full rett, innføre ordninger ved siden av lovverket, som representerer en utfordring både for fagdepartement ved manglende klageadgang, og for statistikken. Det kan oppstå en tautrekking mellom KMD og fagdepartement om datagrunnlaget, og statistikken må vurdere praktiske mottrekk for å bevare oversikt over tjenesteutviklingen.

Tønseth oppsummerte med tre mulige måter å møte slike utfordringer på:

- Inkludere bortfallet i den ordinære KOSTRA-rapporteringen, ved at det sendes inn komplette data også for de nye ordningene og at disse også mht. publisering fullt ut sidestilles med etablerte
- Begrense KOSTRA-data til nåværende rapporteringsgrunnlag, men at det parallelt innhentes enkelte data om tilsvarende ordninger for å få et visst grep om størrelsen på bortfallet

- Begrense seg til nåværende rapportering, og se bort fra mer eller mindre sammenlignbare ytelser

Det ble reist spørsmål om nye tjenester vurderes etter de behov de dekker, og helt eller delvis trekkes inn i datagrunnlaget, ellers skal de av lovpålagte tjenester holdes utenfor?

KS spilte inn at det er viktig at befolkningen får de tjenestene de skal, uavhengig av statistikk. Dette er ikke nødvendigvis konkurrerende ytelser, men bedre løsninger for noen kommuner. Hensyn til klagerett er dog viktig. KS mente vi kunne se slike alternative ordninger på flere områder framover, og her er det viktig at statistikken følger med, - helhet er viktig.

SSB uttalte at det er interessant for flere statistikkområder, og presiserte at eier av arbeidsgruppene har siste ord i saker det er uenighet om. Utfordringen ligger i at det er ulike fagdepartement involvert, med ulike ønsker og behov for statistikk. Det prinsipielle er ikke tatt i Samordningsrådet, men kan være aktuelt.

Sak 3. Orientering om skjema 7B, Kommunenes krisesentertilbud og arbeid mot vold i nære relasjoner v/Harald Tønseth, SSB

KOSTRA-skjema 7B har overtatt spørsmål om krisesenter som har vært rapportert til SSB siden 2011, mens særreporteringen med spørsmål til det enkelte krisesenter skal bestå. Også i 2016 skjer rapporteringen fra de 45 krisesentrene til Sentio, som utformer rapport til Bufdir. Skjema 7B inneholder dessuten spørsmål om kommunenes arbeid mot vold i nære relasjoner. Data fra skjema 7B publiseres i KOSTRA 15.3.17 og 15.6.17. I tillegg vurderes å koble Sentio-data til SSBs kommunedata, ved at sistnevnte aggregeres til krisesenter-nivå, og at dette ev. blir publisert etter KOSTRA-publiseringsen.

Sak 4. Tannhelse blant voksne i Sverige og Norge v/Othilde Skjøstad, SSB

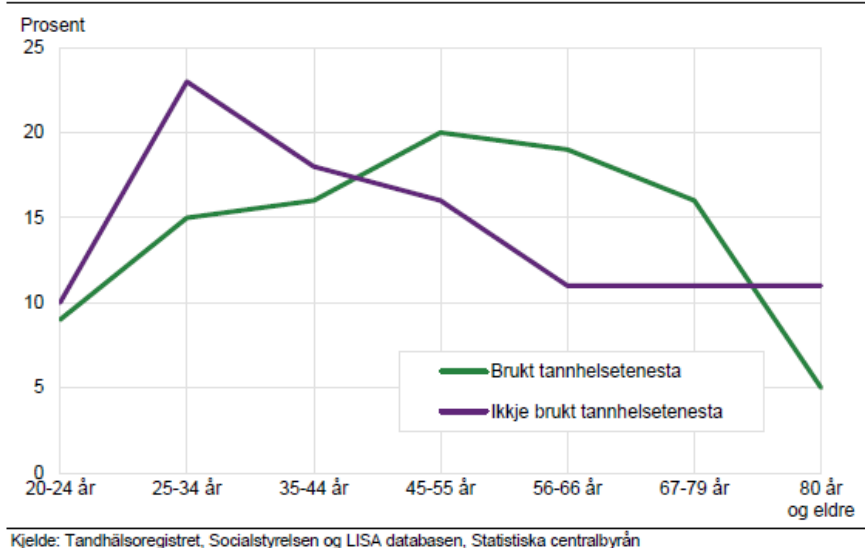
Skjøstad informerte fra en rapport hun og Trond Ekornrud har skrevet, publisert 4.10.16: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelse-blant-vaksne-i-sverige-og-noreg>

Norge og Sverige har noenlunde lik organisering av tannhelsetjenesten, men med ulik finansiering; i Norge må voksne, med unntak av noen lovbestemte grupper, finansiere selv, mens i Sverige kom det et nytt finansieringssystem i 2008, der alle over 20 år har rett til et årlig aldersbestemt bidrag på en fast sum som kan brukes ved besøk hos tannlege eller tannpleier. I tillegg er det rett til graderte refusjoner for alle egenbetalinger over SEK 3000, gjennom en ordning som skal beskytte mot høye kostnader. Målene med denne nye finansieringsordningen er å øke besøksfrekvensen og med det forebygging av tannhelseproblemer, rimelig og kostnadseffektiv behandling til personer med store behandlingsbehov.

I 2008 ble det også etablert et Tandhälosregister, med formål å følge utviklingen i tannhelsebehandling og tannhelse i den svenske befolkningen. Registeret består av opplysninger om alle i den voksne befolkningen over 20 år som har vært innom tannhelsetjenesten for behandling.

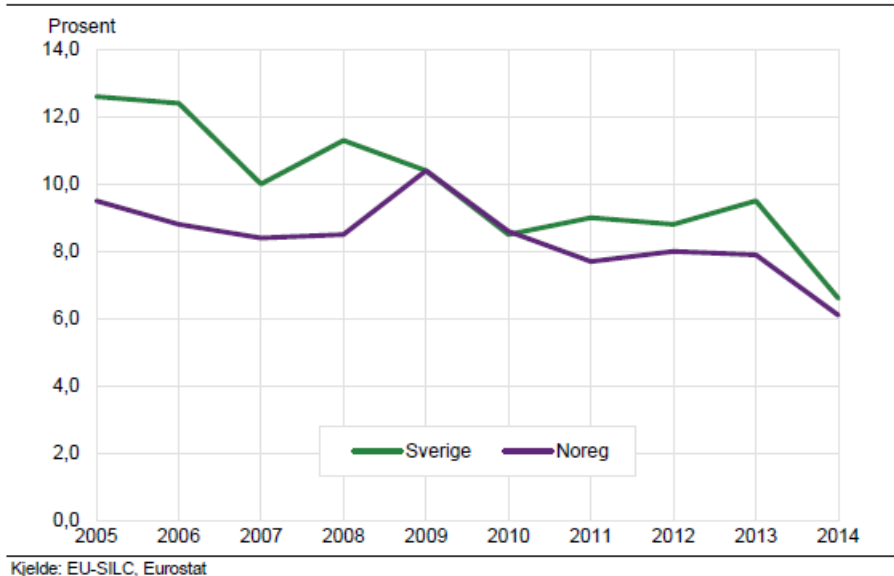
Resultatene viser at 77 prosent av befolkningen i Sverige, 80 prosent av kvinnene og 74 prosent av mennene, hadde vært innom tjenesten i løpet perioden 2013-2015. Bruk av tannhelsetjenester økte med stigende alder, 60 prosent var over 44 år. Samtidig var det flere i aldersgruppen 20-24 år som brukte tjenesten sammenliknet med aldersgruppen 25-34 år.

Figur 3.1 Personar over 20 år som har brukt tannhelsetenesta og ikkje har brukt tannhelsetenesta i Sverige i løpet av 2013-2015, etter alder



I sammenlikning av udekt behov for tannhelsetjenester mellom Norge og Sverige er det flere sammenfallende resultat. Resultater fra Norge viser blant annet at det er høyest udekt behov for tannhelsetjenester blant dem med lav inntekt, lav utdanning og som er økonomiske stønadsmottakere. Kjønn og alder har også betydning for det udekte behovet, der både det å være i den eldste aldersgruppen og det å være kvinne reduserer sannsynligheten for å ha et udekt behov. Norge har ikke et tilsvarende tannhelseregister som Sverige, og EU-SILC-undersøkelsen må brukes for sammenlikning. Figuren viser andel med udekt behov i perioden 2005-2014:

Figur 7.1 Personar 16 år og eldre som ikkje har vore hos tannlege siste 12 månader trass behov. Sverige og Noreg



Det har vært en nedgang i udekt behov for tannhelsetjenester i befolkningen 16 år og eldre både i Norge og Sverige i perioden, og andel med udekt behov er ganske lik i 2014.

Når det gjelder sammenlikning av økonomiske forhold mellom Norge og Sverige er dette vanskelig. Både fordi datagrunnlaget om utgifter til tannhelsetjenester i den voksne befolkningen svært avgrensa i Norge, og den informasjonen som finnes er ikke direkte sammenliknbar med data om utgifter i Sverige. Resultater fra Sverige

viser at utgifter til tannbehandling er høyest i noen av de eldste aldersgruppene, og resultat fra levekårsundersøkelsen i Norge fra 2008 viser det samme. Resultat fra Sverige viser videre at de gjennomsnittlige utgiftene til tannbehandling var høyest blant de med lav utdanning, lav inntekt og blant stønadsmottakere i perioden 2013-2015, mens disse resultatene bare støttes delvis av levekårsundersøkelsen i Norge.

Effektene av den svenske tannhelse-reformen er undersøkt av blant annet Riksrevisjonen og Försäkringskassan, og resultatene viser at det konkrete målet om å øke besøksfrekvensen i befolkningen til 67 prosent per år ikke ble nådd. I løpet av årene 2009 til 2011 økte besøksfrekvensen med to prosent samlet sett, fra 57 til 59.

Riksrevisjonen viser også til at grensen som ble satt til 3000 SEK for graderte refusjoner ikke nødvendigvis medførte å fjerne de økonomiske hindringene for tannbehandling. 72 prosent av de som oppsøkte tannlege hadde utgifter på under 3000 SEK, 25 prosent hadde utgifter mellom 3000 – 15 000, og tre prosent hadde enda høyere utgifter. Altså er det bare en liten del av befolkningen som har såpass høye behandlingsutgifter at de får deler refundert, og det vil fremdeles finnes en gruppe med store behandlingsbehov som ikke har råd til å gjennomføre nødvendig tannbehandling. I tillegg ble det pekt på at det er dårlig kunnskap om finansieringsordningen i befolkningen, og det er vanskelig å nå de som står utenfor tjenesten.

Sak 5. Nasjonal e-helsemonitor, utredning og anbefaling av nasjonalt indikatorsystem for e-helse v/Ole Bryøen, Direktoratet for e-helse

Dokumentasjon:

- Helse- og omsorgsmonitor, lansert i etterkant av møtet: <https://www.helseomsorg21monitor.no/>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning: <http://www.ehealthresearch.no/>
- NUFA: <https://ehelse.no/nasjonalt-portefolje/nasjonale-utvalg/nufa>
- Konsept for nasjonal e-helse monitor, prosjektrapport: https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport_2016-10_Konsept_for_nasjonalt_e-helsemonitor.pdf

Gjennom tildelingsbrev til direktoratet for e-helse i 2016 ble det presisert at et av målene ved utredningen er bedre gjennomføringsevne og nasjonal styring av e-helse.

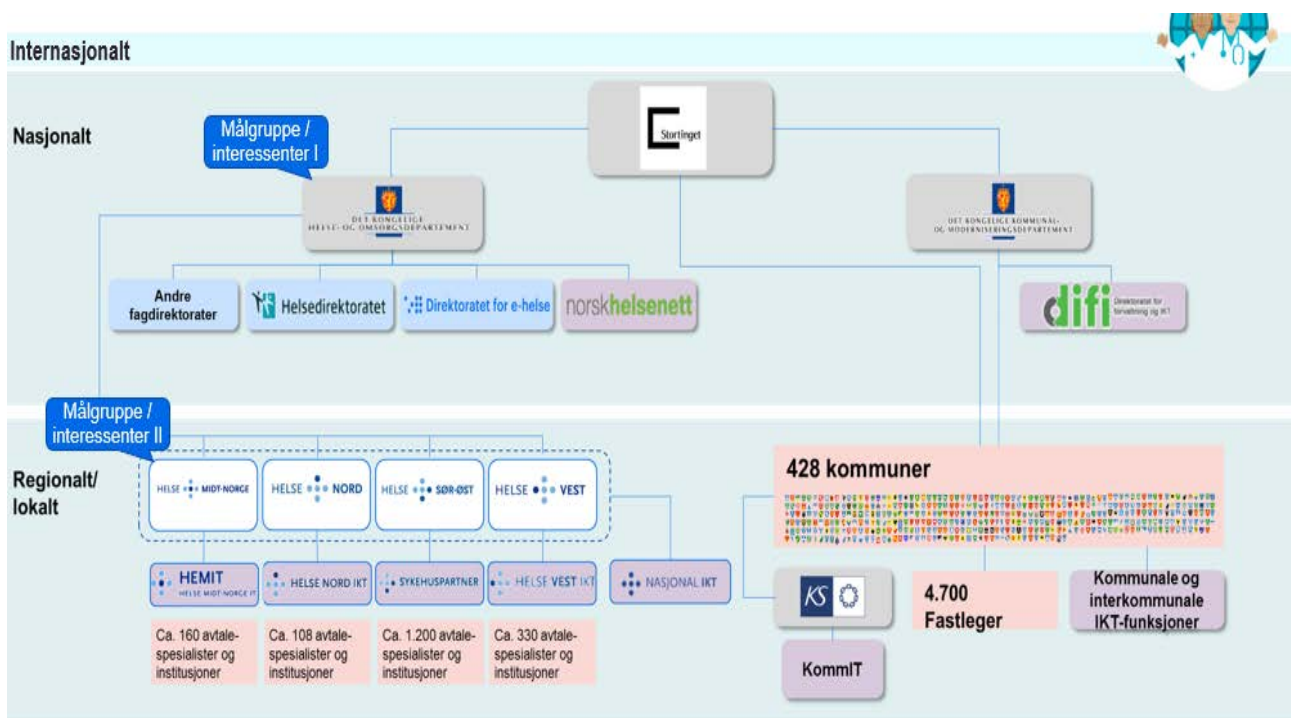
Oppdraget er beskrevet slik:

«Utrede og anbefale et nasjonalt indikatorsystem for e-helse for å sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren. Det skal legges vekt på å kunne gjøre internasjonale sammenlikninger»

Det har foreløpig blitt gjennomført møter med HOD, i arbeidsgruppe i Direktoratet for e-helse, og møter med Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE). Forankring av løsningsforslag skjer i Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) og i Fagutvalg (NUFA).

Det ble orientert om Helse- og omsorg21-monitor, med lansering ved utgangen av november. Dette vil være i stadig utvikling, med mål om indikatorer som holder seg over tid.

Indikatorer over helse og e-helse finnes mange steder, både nasjonalt og internasjonalt. Eksempelvis har vi Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer, mye data fra kommuner og KS, OECD, WHO, og en god del data fra prosjekter og leveranser. Noe data er achoc og ikke vedvarende, og en god del, spesielt fra kommuner, kan være vanskelig å få oversikt over.



••••• Direktoratet for e-helse

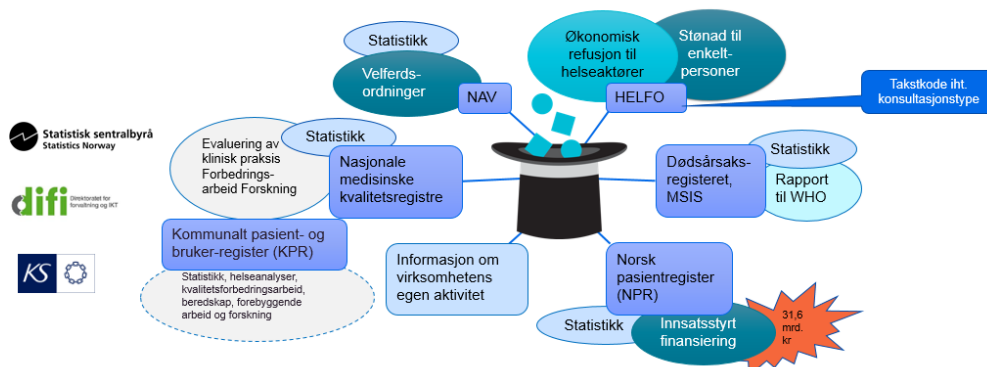
På figuren over er ikke Nasjonalt senter for E-helseforskning med, de er styrimsmessig underlagt Helse Nord, RHF og UNN

Det finnes en del nøkkeltall for e-helse i dag, f.eks. på helsenorge.no, kjernejournal og e-reseptmelding. Men mye er styringsdata, f.eks. månedlige målinger over antall treff på kjernejournal, og velferdsteknologi og resultater er vanskelig å måle. E-resept er per nåværende tidspunkt innført hos 75 prosent av helseforetakene, og av alle e-resepter forskrives nå 8,5 prosent i spesialisthelsetjenesten (sykehus).

Bryøen orienterte at det fortsatt er tidlig i prosessen for å finne indikatorer til nasjonal e-helsemonitor, og at det kan være flere kilder til gode data, - f.eks. i kodeverk:

Hva har vi III: Det kan ligge gull flere steder

Kodeverk kan inneholde mengder e-helse indikator grunnlag



••••• Direktoratet for e-helse

Side 9

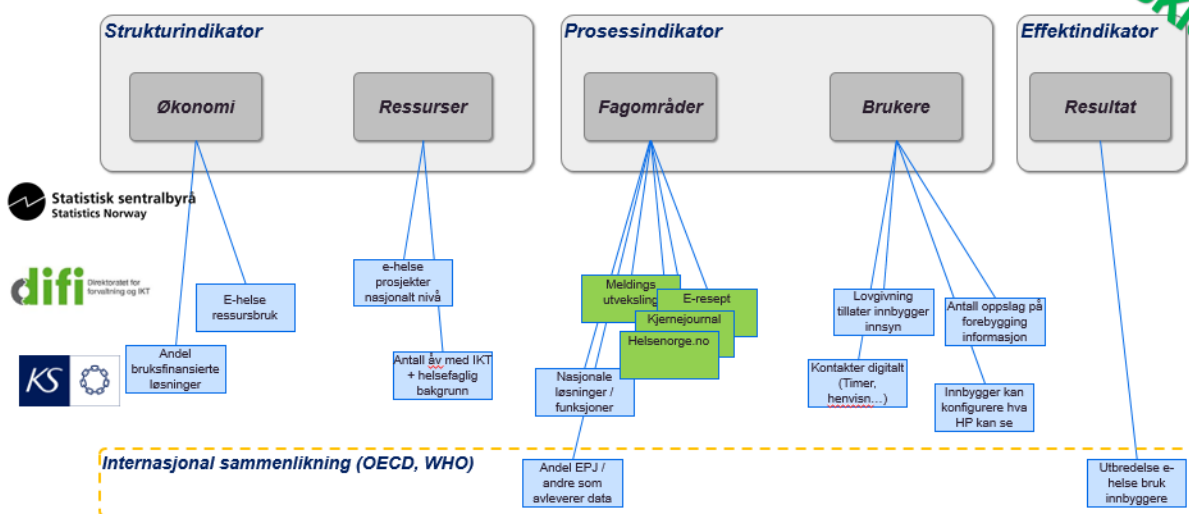
På spørsmål fra deltakere i kontaktutvalget ble det opplyst om at det skal brukes indikatorer som allerede finnes, men at det sannsynligvis blir nødvendig å noe tilføyes. Eksempel på dette er andel EPJ som leverer pasientdata fra primærhelsetjenesten (fastlegen) til spesialisthelsetjenesten – dette måles i foreslåtte OECD modeller men finnes lite data på per i dag.

Deltakere i kontaktutvalget spilte inn at det er mange kilder til data, og at det sikkert er hensiktsmessig å ta de «lavt hengende fruktene» først. I tillegg ble det ytret at det er viktig å se arbeidet som skjer med kvalitetsindikatorer i ulike grupper i sammenheng med arbeidet med nasjonal e-helsemonitor, - også med tanke på ressurser fra kommunesektoren, som skal delta i arbeidet.

Hva har vi og hva jobber vi videre med

Rapporteres allerede

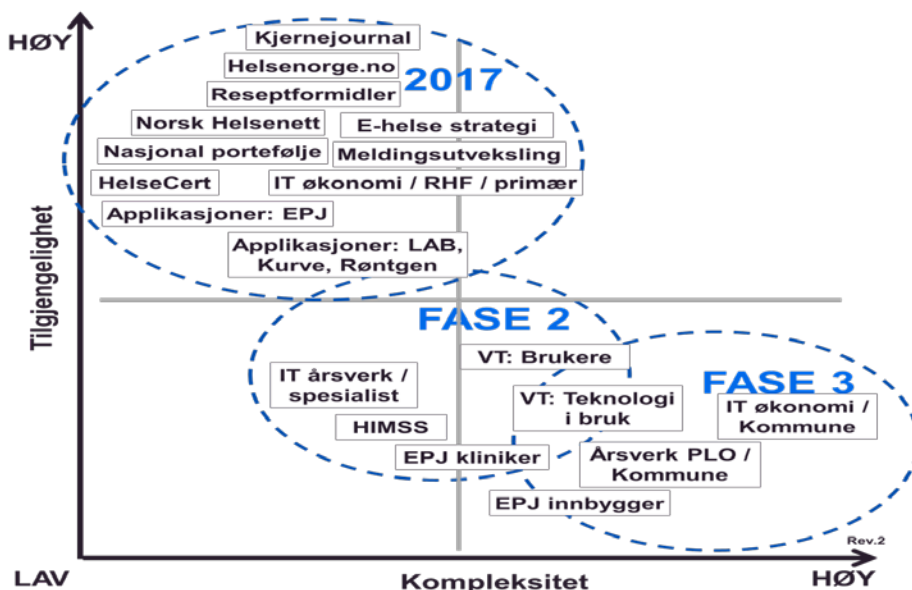
SKISSE



Direktoratet for e-helse

Side 10

Foreløpig ambisjonsnivå på indikatorer som skal utvikles, vedtatt av ledelsen i E-helse rett før jul:



Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

E-post: ssb@ssb.no
Internett: www.ssb.no
Telefon: 62 88 50 00

ISBN 978-82-537-9577-5 (elektronisk)



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway