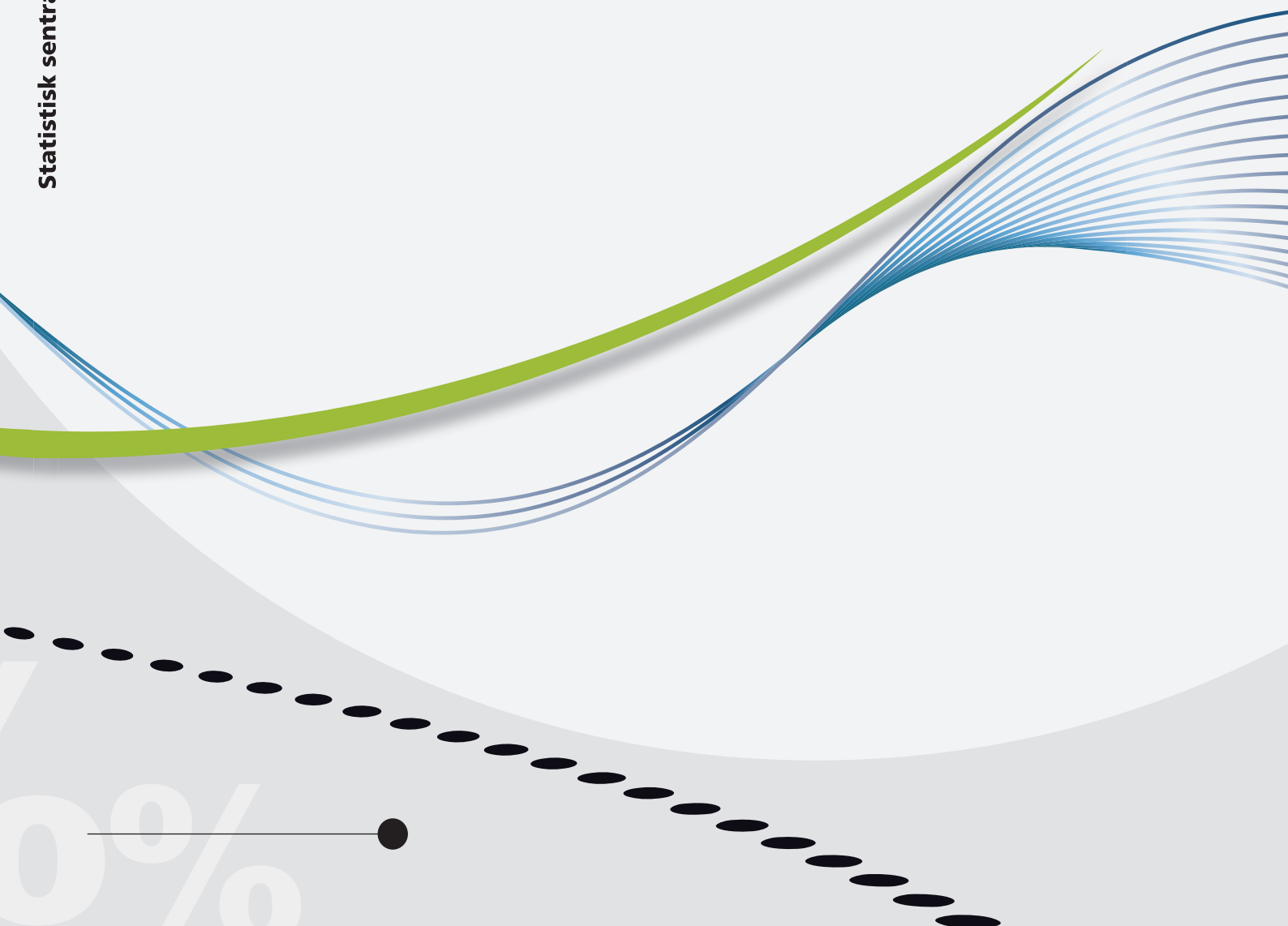


Trond Ekornrud

Årsrapport 2015

Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk



Trond Ekornerud

Årsrapport 2015

Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk

I serien Notater publiseres dokumentasjon, metodebeskrivelser, modellbeskrivelser og standarder.

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

Publisert 15. april 2016

ISBN 978-82-537-9331-3 (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, og i samband med dette gjev SSB ut årsrapport med oversikt over arbeidet til utvalet. Avtalen som ligg til grunn for utvalets verksemd følger som eige vedlegg (Vedlegg I). Referata frå dei gjennomførte møta finn ein òg i vedlegg (Vedlegg II-IV).

Statistisk sentralbyrå, 12. april 2016.

Elisabeth Nørgaard

Samandrag

Notatet gjer greie for verksemda i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk i 2015. 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 2015 (kapittel 4).

Utvalet si avtale, mandat og representasjon blei drøfta og endra i 2013, og har i all hovudsak vore uendra i 2015. Avtala er vedlagt notatet (jf. Vedlegg I).

Utvalets aktivitet i 2015 bestod av tre møte haldne i mars, mai og september. Kontaktutvalet sitt møte som var sett til november blei ikkje gjennomført. Til møta blei det utarbeidd referat som alle er godkjent (jf. Vedlegg II-IV).

Arbeidsgruppene som rapporterer og soknar til utvalet er uendra frå 2014 og har vore uendra i ei årrekke. Dei aktuelle arbeidsgruppene har anten sitt utspring i spesialisthelsetenesta eller i KOSTRA (Kommune-stat-rapporteringa).

Sakene i utvalet for 2015 omhandla fleire tema. Av dei som kan trekkjast fram var blant anna saka om eit nytt kommunalt helse- og omsorgsregister (KPR) og gjennomgangen av ulike punkt i samarbeidsavtalen mellom SSB og den sentrale helse og sosialforvaltninga om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk. På alle møta var ulike forvaltningseiningar representert og fleire bidrog med å kasta lys over saker.

Innhold

Føreord	3
Samandrag	4
1. Avtale, mandat og representasjon	6
2. Aktivitet	7
3. Arbeidsgruppene	8
4. Saker behandla i utvalet i 2015	9
4.1. Kommunalt pasient og brukarregister (KPR).....	9
4.2. Heildekkande statistikkgrunnlag.....	12
4.3. NAV – orientering om internt arbeid, strategiar og statistikk og analyse	14
4.4. Andre saker.....	16
Vedlegg A: Avtale	19
Vedlegg B: Referat 25. mars 2015	23
Vedlegg C: Referat 13. mai 2015	31
Vedlegg D: Referat 16. september 2015	34

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 2015 følgjande personer som er faste medlemmer av utvalet:

- NAV: Pål Eivind Aamodt
- HOD: Khalid Lafkiri, 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.

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 også samordning av definisjonar og omgrepbruk.

Det er gjennomført i alt tre – 3 – møte i utvalet i løpet av 2015. Desse blei haldne på følgjande datoar med tilhøyrande dagsorden:

- 25. mars (jf. Vedlegg B)
 - HDIR - Orientering om kommunalt helse- og omsorgsregister – KHOR/KPR
 - NAV - Orientering om nyheiter frå NAV, og statistikk og analysar
 - SSB - Heildekkande statistikkgrunnlag
 - Eventuelt
- 3. mai (jf. Vedlegg C)
 - SSB - Blir statistikkavtalen utfordra av forvaltninga sine særinnsamlingar og interne styringsdata?
 - KS - PAI-registeret og moglegheiter for statistikk
 - Eventuelt
- 16. september (jf. Vedlegg D)
 - SSB – Statistikkgjennomgangar: Fagdepartementets ansvar og roller. Med døme frå gjennomgangen av sosialstatistikken
 - FHI - Folkehelseprofilar – publiserte tal for bydelar
 - SSB - Arbeidsulukker – frå papirskjema til verdsveven
 - 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 som dei respektive gruppene soknar til 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 før dei blir sendt til Samordningsrådet for KOSTRA ultimo juni kvart år.

4. Saker behandla i utvalet i 2015

4.1. Kommunalt pasient og brukarregister (KPR)

I 2014 utreia Helsedirektoratet i samarbeid med FHI innhaldet av eit nytt kommunalt helse- og omsorgsregister (heretter kalla KPR) på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). KS og SSB deltok også i arbeidet. Utreiinga blei levert til HOD i februar 2015 og hadde som føremål å danna grunnlag for det vidare arbeidet med etablering av KPR. I mars 2015 fekk Helsedirektoratet oppdragsbrev frå HOD om å setja i gong arbeidet med etableringa av KPR. I statsbudsjettet for 2015 blei det vilja 30 millionar til eit helseregister for dei kommunale helse- og omsorgstenestene med følgjande tekst:

«Det foreslås en bevilgning på 30 mill. kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kunnskapsgrunnlaget om aktivitet og kvalitet i disse tjenestene er i dag for dårlig.»

Oppdraget frå HOD hadde bakgrunn i tidlegare utreiingar, inkludert stortingsmeldingar om behovet for eit slikt register. I oppdragsomtala datert 5.3.2015 blei det gjeve følgjande føremål og føringar for registeret:

«Hovedformålet med registeret er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. (helseregisteret) vil også være en viktig datakilde for statistikk, helseanalyser, lokalt kvalitets-forbedringsarbeid og forskning»

«Det legges opp til at administrasjon, styring og finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester være førende for hvilke data som skal inkluderes i registeret etter mal fra Norsk pasientregister»

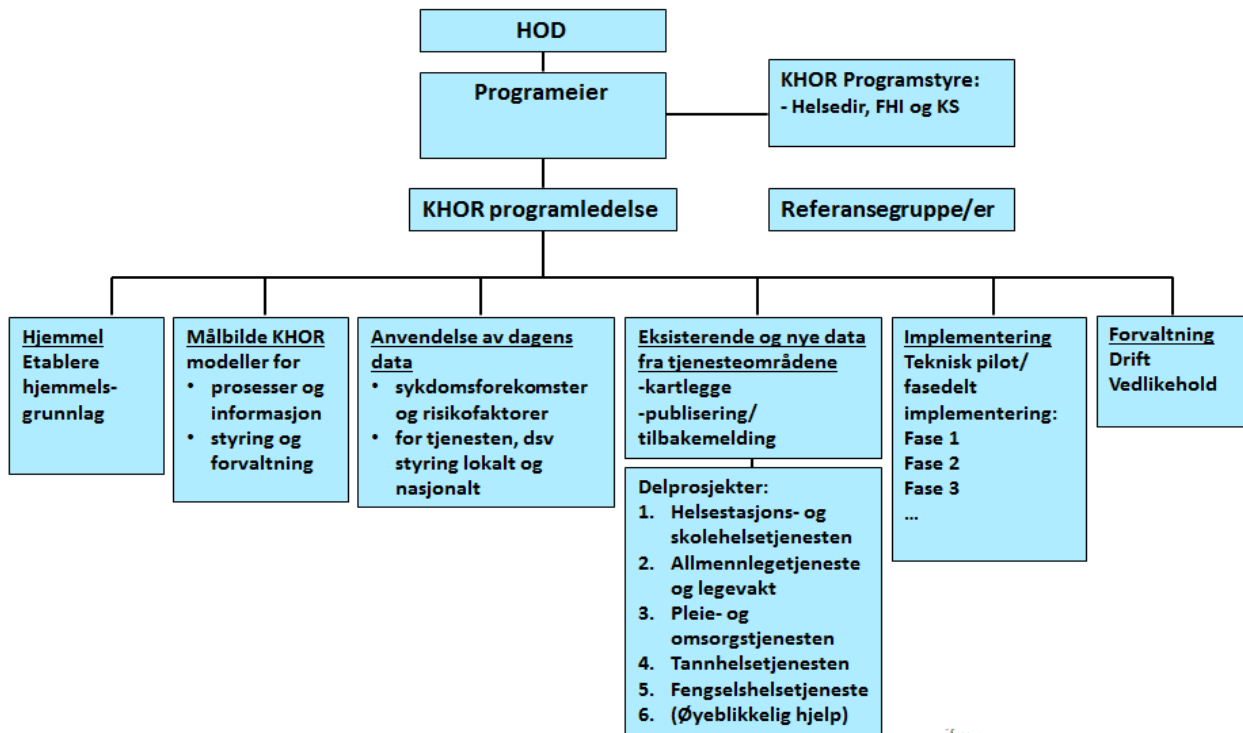
«(helseregister) skal gjennom dette danne grunnlag for å yte bedre helse- og omsorgstjenester, gi mer kunnskap om sykdom og årsaker til sykdom og fremme befolkningens helse og levekår»

Det overordna føremålet med KPR er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstenester for sentrale og kommunale myndigheter. KPR skal også vera ei viktig datakjelde for statistikk, helseanalyser, lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Hovudføremålet med KPR vil vere førande for kva data som skal inkluderast i registeret. KPR skal også bidra til samhandling med spesialisthelsetenesta og bidra med data til bruk i andre helseregister.

Ei anna overordna målsetjing for arbeidet med KPR er at det skal forankrast i sentrale miljø for å sikra naudsynt kompetanse og deltaking. Dette har vore viktig både i styringsgruppa, i programleiinga, i arbeidsgruppene til dei ulike delprosjekta, referansegrupper osv. som har vore involvert i arbeidet.

Arbeidet med etablering av KPR er organisert som eit program. Det inneber mellom anna at det er sjølv programmet som har ansvaret for etableringa av KPR. Programmet omfattar fleire prosjekt for fleire ulike aktivitetsområde. Den overordna målsetjinga til programmet er å levera dei naudsynte tekniske og organisatoriske løysingar for etablering av eit sentralt helseregister.

Organisering av arbeidet med KPR



Kjelde: Helsedirektoratet

HelseDirektoratet er programeigar og har rapportert til HOD undervegs. Det blei planlagt regelmessig kontakt for gjensidige orienteringar og drøftingar om gjennomføringa av programmet. Vidare blei det etablert eit programstyre, som skal ha ei strategisk rolle for effektiv forankring av viktige avgjersler. Programstyret består av medlemmar frå:

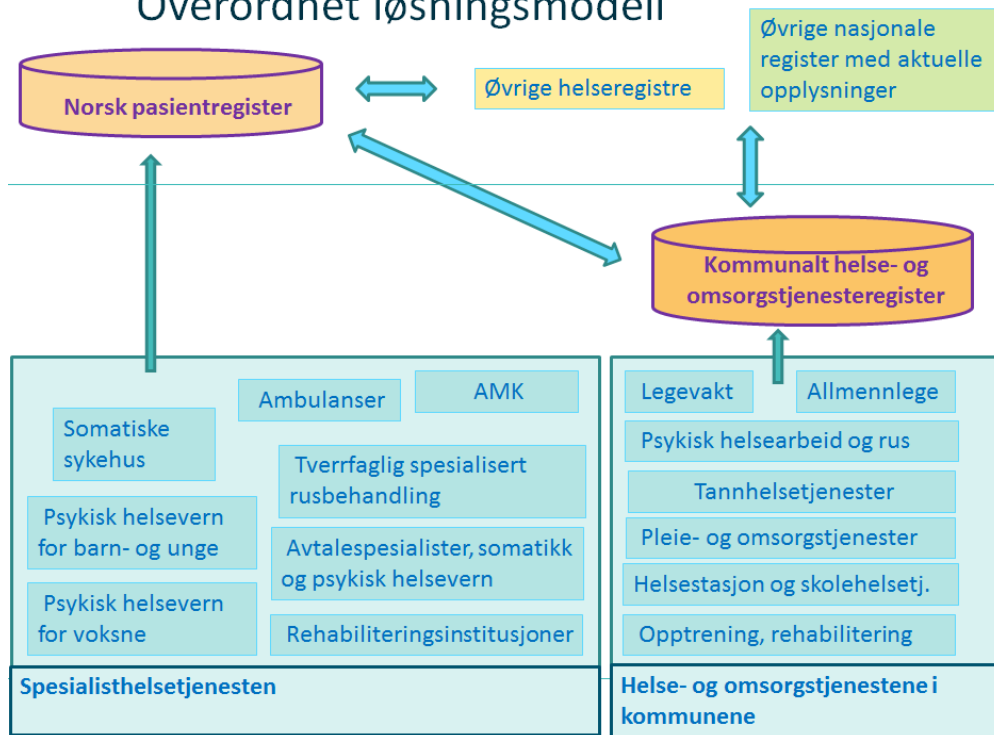
- Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS)
- Folkehelseinstituttet
- HelseDirektoratet

Når det gjeld innhaldet i sjølve registeret er det tenkt at eit framtidig KPR skal kunna vera det same for dei kommunale helse- omsorgstenestene som NPR (Norsk pasientregister) er for spesialisthelsetenesta. Det er også ei målsetjing at ein skal ha koplingsmulegheiter mellom dei to registera. Vidare er det ønskjeleg at KPR skal innehalda informasjon frå ulike tenesteområde innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Mellom anna er det ønskjeleg å samla opplysningar i KPR om Legevakt, allmennlegetenesta, psykisk helsearbeid og rus, Tannhelsetenester, pleie og omsorg, helsestasjons- og skulehelsetenesta og rehabilitering. I tillegg kjem eventuelle aktuelle opplysningar frå andre nasjonale register.

På spørsmålet om kva eit KPR-register skal dekke av opplysningar, som ikkje allereie blir dekt av IPLOS i dag, er svaret at ein i tillegg ønskjer reelvante opplysningar om alle dei andre tenestene innanfor helse- og omsorgstenestene som kommunane tilbyr innbyggjarane, som t.d. allmennlegetenesta, helsestasjons- og skulehelsetenesta og psykisk helsearbeid og rusarbeid. Dette er tenester som ikkje blir registrert i IPLOS der ein berre registrerer opplysningar om personar som har fått vedtak om ulike pleie og omsorgstenester. Dette inkluderer i dag om lag 300 000 personar. KPR har ei målsetjing om ha opplysningar om heile befolkninga i kommunen og deira bruk av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

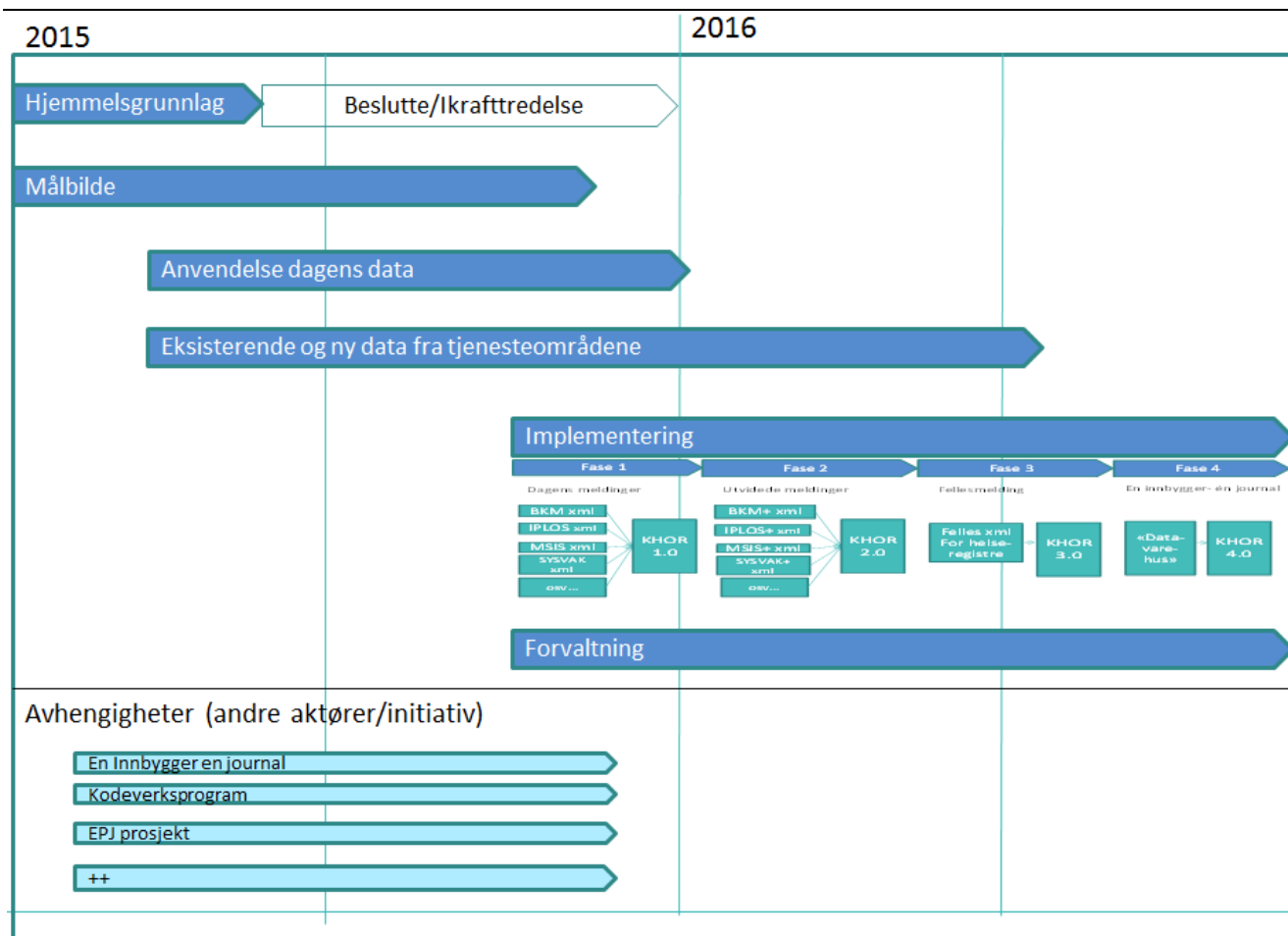
KPR – programorganisering

Overordnet løsningsmodell



Kjelde: Helsedirektoratet

Framdrift



Når det gjeld framdrifta har det blitt arbeida parallelt med fleire delprosjekt i 2015. I første halvdel av 2015 blei det særleg arbeida med heimelgrunlaget for registeret. Det var juridisk avdeling i HOD som i hovudsak arbeidde med dette, og det blei gjennomført ei høyring første halvdel av 2015. Med tanke på målsetjinga om eit individbasert register, er det fleire problemstillingar knytt til personvern som kan skapa utfordringar for eit framtidig register.

Det har også blitt arbeida med fleire andre delprosjekt knytt til programmet. Mellom anna har det blitt arbeida med å laga målbilete for dei ulike tenesteområda. I tillegg blir det jobba med å synleggjera bruken av dagens data, og kva bruken av eit framtidig KPR kan gi. Begge desse oppgåvene har det blitt arbeida med i 2015. Vidare blir ei viktig oppgåve å få samla oversikt over eksisterande og nye data innanfor tenesteområda, som t.d. i KOSTRA. Når det gjeld arbeidet med implementeringa av KPR var den planlagt å starta opp i andre halvdel av 2015, og vil halda fram i heile 2016.

4.2. Heildekkande statistikkgrunnlag

I løpet av 2015 har fleire punkt i samarbeidsavtalen mellom SSB og den sentrale helse- og sosialforvaltninga om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk blitt gjennomgått, problematisert og drøfta på møta i Kontaktutvalet. Eitt av punkta i avtalen som blei gått nærmare etter i saumane var punkt 2.2 om heildekkande statistikkgrunnlag.

I samarbeidsavtalen står det mellom anna følgjande i punkt 2.2: «...*Det er en målsetning å frembringe et mest mulig heldekkende statistikkgrunnlag*». Med jamne mellomrom ser ein tilløp til diskusjon om kva for nokre private tenesteytarar som bør inngå i statistikken for dei ulike helse- og sosialtenestene, jamfør punkt 5.1 i avtalen: «*Avtalen omfatter data fra alle statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og sosialtjenester*». I stor grad er problemet blitt løyst ved at ein har lagt forvaltningas praksis for autorisasjon og finansiering til grunn. Det vil seia at den offisielle statistikken «overtek» forvaltninga sin eigen (og skiftande) avgrensing overfor privat sektor når det gjeld kva for nokre einingar som skal inngå det aktuelle året.

Eit relevant spørsmål blir difor kva for nokre tenester som blir liggande utanfor statistikken, som følgje av ein slik praksis, og om dette er eit problem for ambisjonane om eit «heldekkende statistikkgrunnlag», dvs. å visa det faktiske omfanget av den tenesteproduksjonen som befolkninga kan nytta seg av. Det kan tenkjast at dei tenesteytarane (og dei tenester) som fell utanfor det «autoriserte» bildet, er av heilt andre typar enn dei «autoriserte». Men dersom tenestene kan samanliknast, og berre fell utanfor av meir «tidsbestemte» årsaker, kan det vera grunn til å sjå nærmare på om ikkje grensedraginga til statistikken og forvaltninga bør vera ulike. I hovudsak er det snakk om privat betalte tenester, dvs. der brukaren betaler heile kostnaden.

I forlenging av dette kan ein stilla følgjande spørsmål:

1. Kva består dei «ikkje-registrerte» helse- og sosialtenestene av?
2. Korleis er innhaldet deira samanlikna med dei «registrerte»?
3. Er omfanget av desse tenestene aukande?
4. Kva skal eventuelt til for å inkludera dei i statistikken?

Når det gjeld det første spørsmålet er det t.d. innanfor pleie og omsorgstenestene i KOSTRA, i utgangspunktet, slik at alle einingar (institusjonar, heimetenester osb.), som er registrert innanfor dei aktuelle næringane i Einingsregisteret (ER), godkjent/autorisert av det offentlege for å tilby kommunalt eigde tenester, som blir tekne med i populasjonen som dannar grunnlaget for statistikken. Dette er

uavhengig av om dei er offentlege, private eller ideelle. Samstundes vil einingar som er registrerte i einingsregisteret, men som SSB veit at ikkje lenger eksisterer, eller som ein veit ikkje utfører denne type tenester, bli fjerna frå populasjonen. Dersom det er private eller ideelle institusjonar som utfører tenester som ein ikkje finn i under rett næring i ER, blir desse inkludert dersom kommunar som kjøper tenester frå desse melder frå til SSB.

For IPLOS er det betalande kommunar som rapporterer, også for private institusjonar som dei eventuelt kjøper tenester av. Private einingar som kommunar ikkje kjøper tenester for vil ikkje vera registrert i IPLOS. NHO organiserer t.d. 2 sjukeheimar med full privat betaling. Det fins også t.d. «familiedrivne» sjukeheimar og institusjonar der ledige plassar vert selde ved ledig kapasitet. For heimetenester er omfanget større, og her vil, i ein kommune som Bærum, ein tenesteleverandør over tid kunne bevege seg inn og ut av offentleg godkjenning og dermed også av IPLOS.

Når det gjeld situasjonen innanfor kommunehelsetenesta blir t.d. berre private legar og fysioterapeutar med avtale med kommunen registrert i årsverkrapporteringa. Private legar og fysioterapeutar utan avtale med kommunane blir dermed ikkje registrert i KOSTRA skjema 1. Det er rimeleg å anta at desse legane kan tilby mange av dei same tenestene som kommunen tilbyr mot betaling. Årsverka inkluderer t.d. heller ikkje fengselshelseteneste og legevakt. Legevakt er noko SSB skulle ønska at kunne blitt teke med i statistikken, men tidlegare forsøk har vist at det blir vanskeleg grunna mykje interkommunalt samarbeid og ulik organisering.

Frå private sjukehus får Norsk pasientregister berre data om offentleg finansert behandling. Ifølge SAMDATA får dei private sjukehusa berre ein tredel av sine inntekter frå kjøp frå helseføretak, resten kjem frå eigenbetalande, helseforsikringar og andre inntekter. Berre aktivitet som er knytt til kjøp frå helseføretaka, vert med i datagrunnlaget.

Når det gjeld å nytte ER som «populasjonsforvalter» for private einingar, er det førebels ein heil del vanskar. Dette gjeld især for einingar utan offentleg avtale, og ikkje minst på området rehabilitering. Dette gjer det p.t. vanskeleg å nytta ER som grunnlag for datainnhenting frå private einingar og også for å lage sysselsetjingsstatistikk for desse.

Når det gjeld det andre spørsmålet om korleis innhaldet i dei «ikkje-registrerte» tenestene er samanlikna med dei «registrerte» ville det ha vore interessant å sjå omfanget av private einingar som er registrerte på dei aktuelle næringane, men som ikkje tilbyr kommunalt eigde tenester og som fell utanfor populasjonen som danner grunnlaget for statistikken som blir publisert i dag. For spesialisttenestene vil dei privat betalte tenestene i nokon grad ha ein annan profil, men her finst også tenester som overlappar det offentleg finansierte tilbodet.

Når det gjeld det tredje spørsmålet om denne type tenester, som ikkje er inkludert i den offisielle statistikken, er aukande i omfang ville det ha vore interessant og undersøkt, både innanfor helsetenestene og sosialtenestene. Her treng ein nok å gjera ei kartlegging for å kunna fastslå kva som er stoda.

Når det gjeld det fjerde spørsmålet om kva som eventuelt skal til for å inkluderast i statistikken, er det fleire omsyn. For den kommunale delen er det private einingar som tilbyr kommunalt eigde tenester som blir inkludert i statistikken. Kommunen er ikkje naturleg rapportør om tenesteytarar som dei ikkje har avtale med. I tillegg har samhandlingsreforma ført til utfordringar knytt til å plassera halvanna lineteneste i anten kommunal eller statleg sektor (spesialisthelsetenesta). Ein kan

også tenkje seg andre løysingar enn å inkludere «heilprivate» tilbod fullt ut i datagrunnlaget, t.d. gjennom periodisk og meir avgrensa rapportering.

Kontaktutvalet var samde om at dette er eit området ein bør følgja tett i tida som kjem. Truleg kjem det til å bli meir og meir aktuelt med fleire private aktørar på marknaden. I spesialisthelsetenesta vil fritt behandlingsval kunna gi utfordringar knytt til dei private tilbydarane, og kor mange av dei, og kor mykje av dei som eventuelt skal inkluderast i statistikken.

4.3. NAV – orientering om internt arbeid, strategiar og statistikk og analyse

NAV blei etablert 1.juli 2006, og forvaltar i dag ein tredjedel av statsbudsjettet. NAV består av ein statleg og kommunal del. Dei tre viktigaste delane er Arbeids- og sosialdepartementet (ASD), Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet (BLD) og dei kommunale NAV-kontora (fylkeskommune og kommune). Det er om lag 14 000 tilsette i den statlege delen (ASD og BLD) og 5 000 tilsette i den kommunale delen (NAV-kontora). ASD forvalta 393 milliardar i 2015. Det inkluderte mellom anna Alderspensjon (AFP), uføretrygd, dagpengar ved arbeidsledigheit, grunn- og hjelpestønad, sjukepengar ved sjukefråvere, arbeidsavklaringspengar og hjelpemidlar. BLD forvaltar foreldrepengar, barnetrygd, eingongsstønad, overgangsstønad og kontantstøtte. Kommunane forvaltar på si side økonomisk sosialhjelp, råd og rettleiing, kvalifiseringsprogram og mellombels bustad.

Organiseringa har elles ei tredelt oppbygging. For det første har ein ei tenesteline som består av NAV-fylke, NAV-kontor, kontaktsenter og hjelpemiddelsentralar. For det andre har ein ei ytingsline som består av forvaltningseiningar og har ansvaret for pensjonar, kontroll, klage og internasjonalt arbeid. For det tredje har ein ei økonomiline som har ansvaret for innkrevjing, økonomi pensjon, økonomi stønad og økonomiteneste.

NAV arbeidet etter ein verksemdsstrategi mot 2020. Dei fem viktigaste målsetjingane i strategien er:

1. Arbeid først
2. Påliteleg forvaltning
3. Aktive brukarar
4. Kunnskapsrik samfunnsaktør
5. Løysingsdyktig organisasjon

Modernisering

NAV arbeider kontinuerleg med modernisering av organisasjonen. Dette krev omfattande planlegging sidan det er mange ulike ytingar som blir gitt, og ulike tenester som blir tilbydd. I tillegg blir det brukt mange ulike fagsystem internt i NAV. Ei av utfordringane er difor å få desse til å snakka saman.

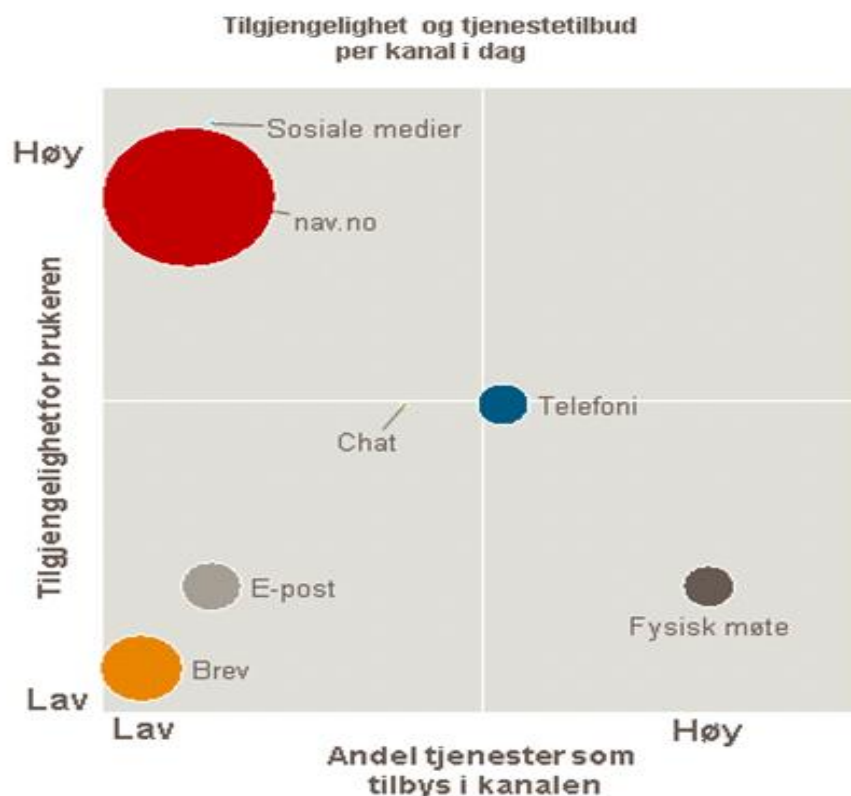
Det har blitt vilja 3,3 milliardar til modernisering av NAV dei siste åra. Det store IT-prosjektet blei stoppa då det overskreid budsjetta, og NAV-direktøren har vore i to høyringar i stortinget i 2014. Etter planen skal denne delen av moderniseringa vera ferdig implementert i løpet av 2019.

NAV sin kanalstrategi

NAV arbeider med ein eigen kanalstrategi, som i hovudsak ser på korleis ein kan møte brukarane på ein best muleg måte. Dette er ofte avhengig av kva type kontakt det er snakk om. Per i dag er det muleg å treffa NAV igjennom fysisk oppmøte på NAV-kontor, på telefon, nav.no, chat og sosiale medium. I samband med kanalstrategien har det blitt gjennomført intervju med både brukarar og tilsette. I

tillegg har dei sett på statistikk over bruken av ulike kanalar. Målsetjinga har vore mellom anna å vri enkle, ofte ytingsrelaterte spørsmål, over til meir effektive kanalar, frigjera ressursar til oppfølging, tilby betre tenester med mindre ressursbruk, og, gi raske og gode svar. I tillegg er det ønskjeleg å oppnå betre kontroll på dokument og arkiv, få fleire nøgde brukarar og kunne gi betre og meir oppdatert statistikk.

○ Størrelse på sirkel indikerer antall årlige henvendelser (volum)



Kjelde: NAV

Statistikk og analysar

NAV publiserer i dag statistikk knytt til registrert arbeidsledigheit, sjukefråvere, nedsett arbeidsevne og familie (barnetrygd, einslege forsørgjarar osv.). Statistikken blir publisert på nav.no. I tillegg blir noko av statistikken publisert i magasin gitt ut av NAV. Når det gjeld statistikk knytt til kommunale tenester som NAV tilbyr blei det understreka at dei er heilt avhengige av KOSTRA-statistikken som omhandlar kommunale bustader (KOSTRA skjema 13) og sosialhjelp (KOSTRA skjema 11A økonomisk sosialhjelp og 11C kvalifiseringsprogrammet). I samband med KOSTRA-publiseringane mottek NAV individdata frå SSB. Desse blir i all hovudsak brukt til overgangsstatistikk. I samband med dette blei det understreka at dei kommunale tenestene er kommunane sitt ansvar, men samstundes er det heilt nødvendig med eit godt samarbeid mellom stat og kommune for å ha gode NAV-kontor.

Når det gjeld analysar blir det gjennomført analysar på områda arbeidsmarknad, sjukefråvere, pensjon, uførheit, sosiale tenester og familie. Resultat frå analysane blir publisert på NAV sine nettsider

(<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser>)

Målstyring og målekort for NAV-kontor

Målstyring og målekort for NAV-kontor er etablert for å styra NAV på ein betre måte. Målekortet er eigenutvikla av NAV, og er basert på excel-programmering.

Når det gjeld målekortet tek dette sikte på å sjå følgjande ulike perspektiv i samanheng:

- brukarperspektivet
- produksjonsperspektivet
- medarbeidarperspektivet
- økonomiperspektivet.

Døme på målekort

The screenshot shows the NAV 'Målekort' interface. At the top, there are buttons for 'Tiltaksplan', 'Statusrapport', 'Send som E-post', 'Brukermanual', 'Tips for måloppnåelse', and 'Symboler'. Below these, there are fields for 'Endre dato', 'Valgt dato: Februar - 2015', and 'Kontor: 1600 - Sør-Trendelag'. The main content is divided into four sections:

- Brukerperspektivet:** A table with 12 rows of metrics related to user experience and service quality.
- Produksjonsperspektivet:** A table with 1 row of metrics related to production and service efficiency.
- Medarbeidarperspektivet:** A table with 2 rows of metrics related to employee satisfaction and engagement.
- Økonomiperspektivet:** A table with 1 row of metrics related to economic performance.

Kjelde: NAV

Målekortet er eigenutvikla av NAV, og er basert på excel-programmering. Dei aller fleste indikatorane som inngår blir automatisk oppdaterte, medan nokon framleis krev manuell oppdatering.

Kommunereforma

Den komande kommunereforma kjem til å by på utfordringar når det gjeld framtidig uthenting av statistikk. I samband med dette er det nedsett ei gruppe (med bl.a. NAV og SSB) som skal sjå på spørsmål knytt til dette. Her vil det mellom anna bli drøfta kven som skal ha ansvaret for arbeidsretta tiltak og hjelpemiddel i framtida.

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 kommunalt pasient- og brukarregister (KPR), punktet om heildekkande statistikkgrunnlag i samarbeidsavtalen og nyheiter frå NAV knytt til statistikk og analyse har det vore andre saker på dagsordenen til behandling i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- *Blir statistikkavtalen utfordra av forvaltninga sine særinnsamlingar og interne styringsdata?* Som ein del av gjennomgangen av samarbeidsavtalen mellom SSB og den sentrale helse- og sosiaforvaltning om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk blei spørsmålet om forvaltningas egne særinnsamlingar og interne styringsdata utfordrar statistikkavtalen. Både før og etter at statistikkavtalen og kontaktutvalet blei oppretta i 1994, har

det vore ei tautrekking mellom det omforente «SSB-datasettet» og data som blir samla inn med forvaltninga sjølv som adressat. Avtalen sitt punkt 5.2 opnar for slik tilleggsinnsamling når det er påkravd, og seier i punkt 6.4 at særinnsamling skal varslast på førehand. I punkt 6.4 og 6.5 blir særskilt spesialisttenestene kommentert, som også er omfatta av avtalen, og forholdet mellom interne eigarstyringsdata og «SSB-datasettet». KOSTRA har frå første stund lagt seg på same line som statistikkavtalen, nemleg at årlege innsamlingar som dekker samlede kommunar som prinsipp skal gjerast av KOSTRA. Særinnsamlinga har over tid fått eit aukande omfang. Nokre døme er IS 8 og IS-24 (kommunal rus og psykisk helse), Brukarplan, NAVs målekort og i tillegg ulike innsamlingar i regi av SINTEF. Det aukande omfanget heng saman med aukande styring etter statistikk i forvaltninga, men inneber samstundes ein fare for at det omforeinte (SSB-)datasettet blir nedprioritert. Kontaktutvalet må sjå til at avtalen sitt punkt 5.2 blir følgt i tråd med føresetnadene. Men på den andre sida må ein unngå at ei for «streng» praktisering av avtalen hemmar dei viktige omsyn som i mange tilfelle talar for særinnsamling, og *imot* «omvegen om SSB». Det samordna datasettet og særinnsamlinga skal til saman gi forvaltninga (og andre) eit optimalt datasett, og nå databehova (og datakjeldene) som til ei kvar tid eksisterer. Både forvaltninga og SSB vil i stadig større grad koma til å hausta data av administrative registre og ikkje av tradisjonelle skjema. Men det betyr ikkje at samordning av statistikkbehov blir mindre viktig. Når registerdata i hovudsak fell utanfor statistikkavtalen (jf. punkt 5.3), er det fordi samordning av databehov er føresatt ivaretatt i fora knytt til det enkelte register. Eit «omforent datasett» skal då finna sin plass i registerets kravspesifikasjon. Dersom slike fora ikkje tek i vare samordning godt nok, er det naturleg at Kontaktutvalet tar initiativ til at dette skjer, jf. punkt 5.3. Denne saka kjem til å bli følgt opp vidare i utvalet i 2016.

- *Moglegheiter med PAI-registeret.* PAI-registeret (forkorting for personal, administrasjon og informasjon) inneheld ulike opplysningar om løn, personell, sysselsetting og fråvere i kommunesektoren (alle kommunar og fylkeskommunar). I utgangspunktet var PAI eit forhandlingsregister for KS. Registeret inneheld data f.o.m. 1986, og fekk frå 2002 med opplysningar om undervisningspersonell. 98 prosent av dataa blir henta frå register og registeret er i kontinuerleg bruk. KS kjem til å halda fram med registeret sjølv om A-ordninga er innført. Årsaka er at KS har betre kontroll på innhaldet i PAI enn tala frå A-ordninga. PAI har blant anna tal for sjukefråvere for kommunar og fylkeskommunar (legemeldt og eigemeldt). Eigemeldt sjukefråvere er viktig og noko som blir etterspurt. Tal frå PAI viser blant anna at det for kommunar med om lag like stort fråvere totalt kan vera store forskjellar i om fråvere er eigemeldt eller legemeldt. A-ordninga har opplysningar legemeldt sjukefråver, men ikkje eigemeldt. Når det gjeld publisering blir mykje frå registeret lagt rett ut på nettsida basert på brukarbehova som er registrert. Brukarane er i hovudsak kommunar, fylkeskommunar, departement og sentralt i KS. Tala blir blant anna brukt som talgrunnlag for partane ved sentrale lønsoppgjer. Det blir også tilbudd statistikkpakkar til kommunar. Registeret blir også brukt til å berekna kostnader ved sjukefråvere. Det er elles viktig å nemna at private tenesteytarar manglar i PAI og at SSB manglar eigemeldt sjukefråvere gjennom tala frå A-ordninga. KS har ikkje moglegheit til å krevja t.d. informasjon frå private organisasjonar, berre sine egne medlemmar.
- FHI publiserte før sommaren 2015 bydelstal for utvalde indikatorar for dei fire største byane (Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger). i folkehelseprofilane. FHI sine folkehelseprofilar blei publisert for første

gong i 2012. Bakgrunnen for etableringa var ny Lov om folkehelsearbeid (§ 5) der det står at kommunane skal ha naudsynt oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorane som kan verka inn på denne. Meininga er at folkehelseprofilane skal nyttast aktivt i det systematiske folkehelsearbeidet som blir gjort i kommunane. Datagrunnlaget i folkehelseprofilane for bydelar er sentrale register som inneheld data på bydelsnivå. Dei fleste av desse inneheld historiske grunnkretsopplysningar. I tillegg er andre relevante datakjelder på kommunenivå og bydelsnivå nytta. Døme på kjelder er Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, SSBs statistikkregister, NAV, Utdanningsdirektoratet og KUHR. For alle desse kjeldene er det mogleg å publisera tal på bydelsnivå. For Reseptregisteret, Vassverkregisteret, Norsk pasientregister, Kreftregisteret og data frå Vernepliktsverket er dette ikkje mogleg i dag. Kreftregisteret arbeider med å få på plass data på bydelsnivå. Førebels er det publisert data for dei fire største byane i Noreg. FHI opplever samstundes at fleire kommunar etterspør tal på bydelsnivå. Det er difor ei målsetjing å få dette på plass i framtida. I samband med dette må det gjerast eit arbeid når det gjeld inndelingane av bydelar i dei ulike kommunane. SSB orienterte om arbeidet med, det nå nedlagte, Styrings- og informasjonshjulet. Her blei det publisert data på bydelsnivå for 31 av dei største kommunane i Noreg. I arbeidet med desse inndelingane blei kommunane sjølve involverte i dette arbeidet. Dette gjorde at det blei publisert statistikk på område som kommunane sjølve meinte var mest hensiktsmessige. Samstundes gav det òg nokså ulike inndelingar når det gjeld storleik mellom dei ulike kommunane. Det var semje om at FHI og SSB bør ha god dialog når

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 arbeidsgruppene avlevering av rapport til Samordningsrådet. Jf også avtalens punkt 4.4. Arbeidsgruppene rapport til Samordningsrådet leveres Kontaktutvalet til orientering samtidig som rapporten sendes Samordningsrådet. Når partene, gjennom arbeidsgruppene 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 25. mars 2015

eko, 25.3.2015

Til stades: Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Nina Brøyn (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Gaute Andresen (Bufdir), Else K. Grøholt (FHI), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Trond Ekornrud (SSB), Unni Grebstad (SSB), Harald Tønseth (SSB)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk 25.mars 2015

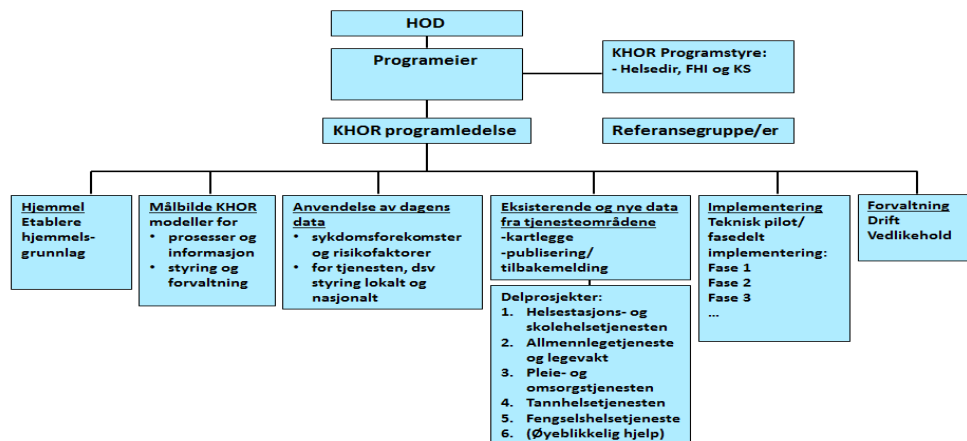
Sak 1. Orientering kommunalt helse- og omsorgsregister - KHOR (Nina Brøyn, Helsedirektoratet)

Det blei orientert om det vidare arbeidet med kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR). I statsbudsjettet for 2015 er det vilja 30 millionar til eit helseregister for dei kommunale helse- og omsorgstenestene. I statsbudsjettet står det følgjande:

«Det foreslås en bevilgning på 30 mill. kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kunnskaps-grunnlaget om aktivitet og kvalitet i disse tjenestene er i dag for dårlig.»

Helsedirektoratet har i samarbeid med FHI utreia innhaldet i eit nytt kommunalt helse- og omsorgsregister. Fleire andre etatar deltok òg i den nedsette arbeidsgruppa (KS og SSB). Utreiinga blei levert til Helse- og omsorgsdepartementet 15.februar. Meininga er at denne skal danna grunnlag for vidare arbeid med etablering av KHOR i eit nytt program i 2015.

Organisering



Når det gjeld organisering vil det vidare arbeidet med KHOR bli programorganisert. Det inneber at sjølve programmet har ansvar for etablering av KHOR. Programmet vil bygga på utreiinga om innhaldet i eit framtidig KHOR, som blei levert til HOD, og, programmet kjem til å omfatta fleire prosjekt for ulike aktivitetsområde. Nina Aulie er leiar for programmet, medan Nina Brøyn vil vera i programstyret, i tillegg til å sitja i programleiinga.

Helsedirektoratet er programeigar og skal rapportera til HOD undervegs. Det er planlagt regelmessig kontakt for gjensidige orienteringar og drøftingar om gjennomføringa av programmet. Vidare skal det etablerast eit programstyre, som

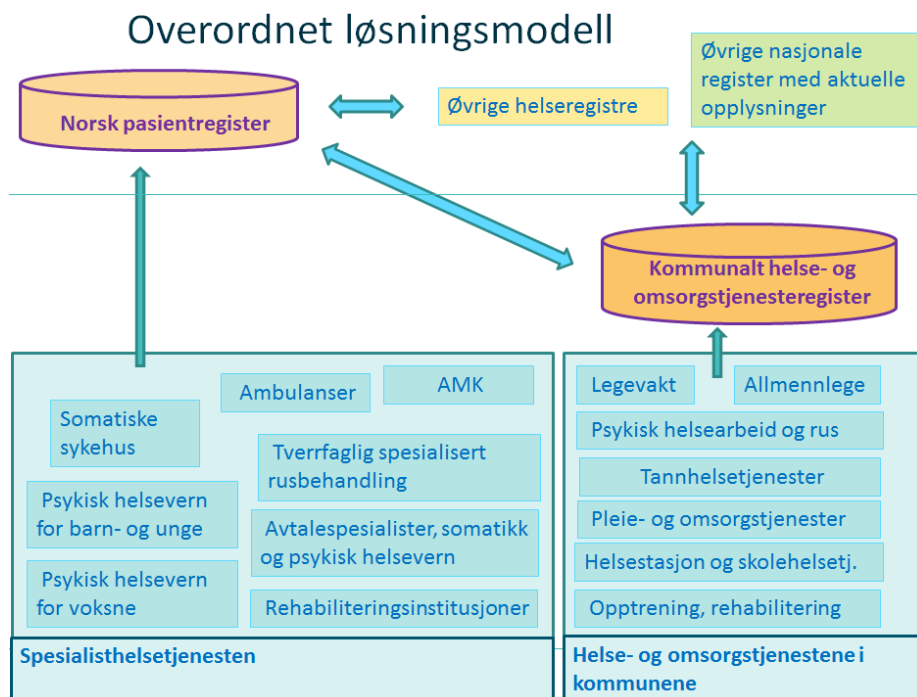
skal ha ei strategisk rolle for effektiv forankring av viktige avgjersler.

Programstyret vil bestå av medlemmar frå:

- Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS)
- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet

Det blir framleis arbeida med etablering av programstyret. Parallelt med dette arbeider dei med å sjå korleis andre aktørar skal blir involvert i arbeidet.

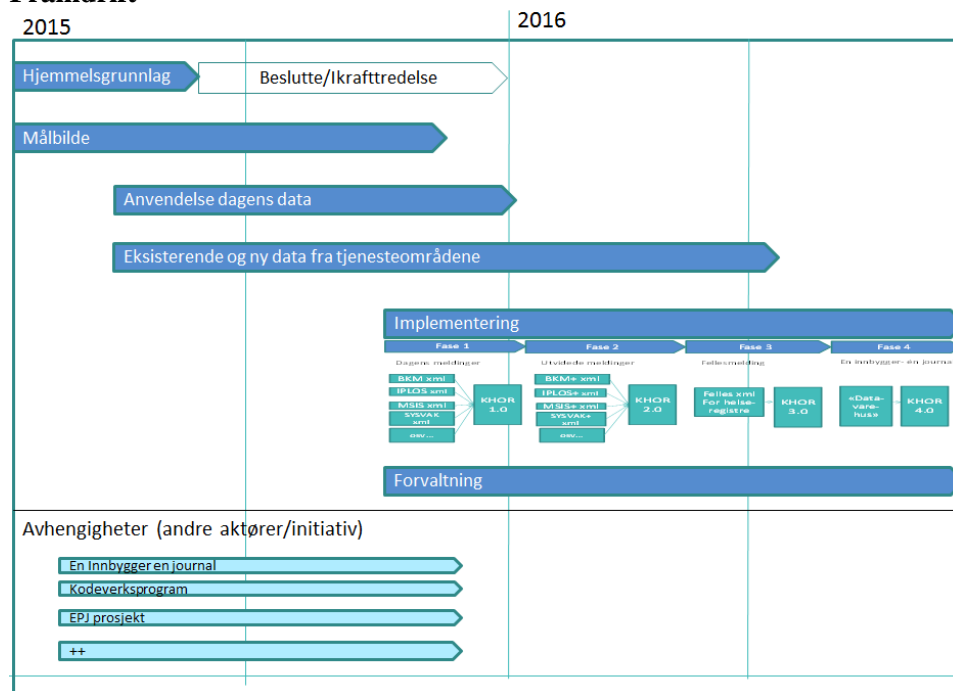
KHOR – programorganisering



Når det gjeld innhaldet i sjølve registeret er det tenkt at eit framtidig KHOR skal kunne vera det same for dei kommunale helse- omsorgstenestene som NPR (Norsk pasientregister) er for spesialisthelsetenesta. Det er også ei målsetjing om at ein skal ha koplingsmulegheiter mellom dei to registera. Vidare er det ønskjeleg at KHOR skal innehalda informasjon frå ulike tenestemråde innanfor den kommunale helse- og omsorgstenesta. Mellom anna er det ønskjeleg å samla opplysningar i KHOR om Legevakt, allmennlegetenesta, psykisk helsearbeid og rus, Tannhelsetenester, pleie og omsorg, helsestasjons- og skulehelsetenesta og rehabilitering. I tillegg kjem eventuelle aktuelle opplysningar frå andre nasjonale register.

Det blei reist spørsmål om kva eit KHOR skal dekkja av opplysningar, som ikkje allereie blir dekt av IPLOS i dag. Det blei då vist til at ein ønskjer meir opplysningar om alle dei andre tenestene innanfor helse- og omsorgstenestene som kommunane tilbyr innbyggjarane, som t.d. allmennlegetenesta, helsestasjons- og skulehelsetenesta og psykisk helsearbeid og rusarbeid. Dette er tenester som ikkje blir registrert i IPLOS der ein berre registrerer opplysningar om personar som har fått vedtak om ulike pleie og omsorgstenester. Dette inkluderer om lag 300 000 personar. KHOR har ei målsetjing om ha opplysningar om heile befolkninga i kommunen og deira bruk av dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Framdrift



Når det gjeld framdrift vil ulike delprosjekt bli arbeida med parallelt. I første halvdel av 2015, arbeida med heimelgrunnlaget for registeret. Det er juridisk avdeling i HOD som arbeider med dette, og det er planlagt å få sendt ut eit høyringsnotat etter påske. I samband med dette blei det reist spørsmål frå SSB om Helsedirektoratet trur at ein vil få det heimelgrunnlaget som trengst for å gå vidare KHOR. Med tanke på målsetjinga om eit individbasert register, er det fleire problemstillingar knytt til personvern som kan skapa utfordringar. Helse- direktoratet kommenterte at ein håpar og trur at ein vil få heimelgrunnlaget som er nødvendig for å gå vidare med registeret. Det vil også bli arbeida fleire andre delprosjekt knytt til programmet. Mellom anna blir det arbeida med å laga målbilete for dei ulike tenesteområda. Samstundes blir det jobba med å synleggjera bruken av dagens data, og kva bruken av eit framtidig KHOR kan gi. Begge desse oppgåvene blir det arbeida med i først og andre halvdel av 2015. Vidare blir ei viktig oppgåve å få samla oversikt over eksisterande og nye data innafør tenesteområda. Dette arbeidet kjem til å halda fram inn i andre halvdel 2016. Sjølv implementeringa av KHOR er planlagt å l starta opp i andre halvdel av 2015, og arbeidet vil halda fram i heile 2016.

Viktige milepælar i 2015 for KHOR-programmet er mellom anna HODs tentative frist for høyringsgrunnlag i løpet av mai. Vidare skal første delprosjekt og arbeidsgruppe på allmennlegeteneste vera oppe å gå 1.mai. 1.juni skal det vera etablert ein framgangsmåte/mandat for alle arbeidsgruppene. 19.juni skal første versjon av målbilete vera klar. I samband med dette har ein mobilisert forskings- miljø og kunnskapssenter der ein har planlagt eit symposium. Underlag til konsesjonssøknad skal vera klart 24.juni, og 15.september skal ein ha klart strategi for publisering.

Avslutningsvis blei det orientert om at ei overordna målsetjing for arbeidet med KHOR er at det skal forankrast i sentrale miljø for å sikra naudsynt kompetanse og deltaking. Dette er viktig både i styringsgruppa, i programleinga, i arbeids- gruppene til dei ulike delprosjekta, referansegrupper etc.

SSB oppmoda om at prosjektet orienterte og involverte dei allereie eksisterande arbeidsgruppene på området i KOSTRA. Det er viktig at arbeidet med KHOR blir sett i samanheng med arbeidet som allereie føregår i KOSTRA.

Sak 2. Orientering om nyheiter frå NAV, og statistikk og analysar (Pål Eivind Aamodt, NAV)

Pål Eivind Aamodt orienterte om nyheiter, og statistikk og analysar. NAV blei etablert 1.juli 2006, og forvaltar i dag ein tredjedel av statsbudsjettet. NAV består av ein statleg og kommunal del. Dei tre viktigaste delane er Arbeids- og sosialdepartementet (ASD), Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet (BLD) og dei kommunale NAV-kontora (fylkeskommune og kommune). Det er om lag 14 000 tilsette i den statlege delen (ASD og BLD) og 5 000 tilsette i den kommunale delen (NAV-kontora). ASD forvalta skal forvalta 393 milliardar i 2015. Det inkluderer mellom anna Alderspensjon (AFP), uføretrygd, dagpengar ved arbeidsledigheit, grunn- og hjelpestønad, sjukepengar ved sjukefråvere, arbeidsavklaringspengar og hjelpemidlar. BLD forvaltar foreldrepengar, barnetrygd, eingongsstønad, overgangsstønad og kontantstøtte. Kommunane forvaltar på si side økonomisk sosialhjelp, råd og rettleiing, kvalifiseringsprogram og mellombels bustad.

Organiseringa har elles ei tredelt oppbygging. For det første har ein ei tenesteline som består av NAV-fylke, NAV-kontor, kontaktsenter og hjelpemiddelsentralar. For det andre har ein ei ytingsline som består av forvaltningseiningar og har ansvaret for pensjonar, kontroll, klage og internasjonalt arbeid. For det tredje har ein ei økonomiline som har ansvaret for innkrevjing, økonomi pensjon, økonomi stønad og økonomiteneste.

NAV arbeidet etter ein verksemdsstrategi mot 2020. Dei fem viktigaste målsetjingane i strategien er:

1. Arbeid først
2. Påliteleg forvaltning
3. Aktive brukarar
4. Kunnskapsrik samfunnsaktør
5. Løysingsdyktig organisasjon

Modernisering

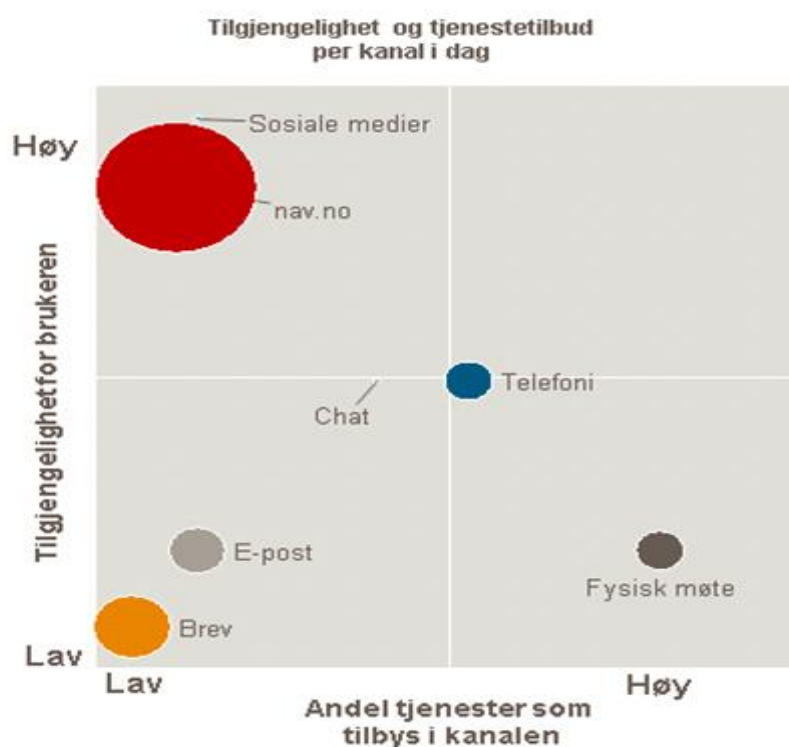
NAV arbeider kontinuerleg med modernisering av organisasjonen. Dette krev omfattande planlegging sidan det er mange ulike ytingar som blir gitt, og ulike tenester som blir tilbydd. I tillegg blir det brukt mange ulike fagsystem internt i NAV. Ei av utfordringane er difor å få desse til å snakka saman.

Det har blitt vilja 3,3 milliardar til modernisering av NAV dei siste åra. Det store IT-prosjektet blei stoppa då det overskreid budsjetta, og NAV-direktøren har vore i to høyringar i stortinget i 2014. Etter planen skal denne delen av moderniseringa vera ferdig implementert i løpet av 2019.

NAV sin kanalstrategi

NAV arbeider med ein eigen kanalstrategi, som i hovudsak ser på korleis ein kan møte brukarane på ein best muleg måte. Dette er ofte avhengig av kva type kontakt det er snakk om. Per i dag er det muleg å treffa NAV igjennom fysisk oppmøte på NAV-kontor, på telefon, nav.no, chat og sosiale medium. I samband med kanalstrategien har det blitt gjennomført intervju med både brukarar og tilsette. I tillegg har dei sett på statistikk over bruken av ulike kanalar. Målsetjinga har vore mellom anna å vri enkle, ofte ytingsrelaterte spørsmål, over til meir effektive kanalar, frigjera ressursar til oppfølging, tilby betre tenester med mindre ressursbruk, og, gi raske og gode svar. I tillegg er det ønskjeleg å oppnå betre kontroll på dokument og arkiv, få fleire nøgde brukarar og kunne gi betre og meir oppdatert statistikk.

○ Størrelse på sirkel indikerer antall årlige henvendelser (volum)



Statistikk og analysar

NAV publiserer i dag statistikk knytt til registrert arbeidsledigheit, sjukefråvere, nedsett arbeidsevne og familie (barnetrygd, einslege forsørgjarar osv.). Statistikken blir publisert på nav.no. I tillegg blir noko av statistikken publisert i magasin gitt ut av NAV. Når det gjeld statistikk knytt til kommunale tenester som NAV tilbyr blei det understreka at dei er heilt avhengige av KOSTRA-statistikken som omhandlar kommunale bustader (KOSTRA skjema 13) og sosialhjelp (KOSTRA skjema 11A økonomisk sosialhjelp og 11C kvalifiseringsprogrammet). I samband med KOSTRA-publiseringane mottek NAV individdata frå SSB. Desse blir i all hovudsak brukt til overgangsstatistikk. I samband med dette blei det understreka at dei kommunale tenestene er kommunane sitt ansvar, men samstundes er det heilt nødvendig med eit godt samarbeid mellom stat og kommune for å ha gode NAV-kontor.

Når det gjeld analysar blir det gjennomført analysar på områda arbeidsmarknad, sjukefråvere, pensjon, uførheit, sosiale tenester og familie. Resultat frå analysane blir publisert på NAV sine nettsider

(<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser>)

Målstyring og målekort for NAV-kontor

Målstyring og målekort for NAV-kontor er etablert for å styra NAV på ein betre måte. Målekortet er eigenutvikla av NAV, og er basert på excel-programmering. Når det gjeld målekortet tek dette sikte på å sjå følgjande ulike perspektiv i samanheng:

- brukarperspektivet
- produksjonsperspektivet
- medarbeidarperspektivet
- økonomiperspektivet.

Døme på målekort

Målekort																				
Brukerperspektivet			Siste periode				Hittil i år		Produksjonsperspektivet											
ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige måling	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status	ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status	
B.12	Andel arbeidssøkere i brukere med nedsett arbeidsenergi med oppbelegningstid 7 min.	Middels	75%	70%	76%	↓	76%	70%	●	E.1	Andel journaleringsoppgaver innen 24 timer	Middels	92%	90%	87%	↑	89%	90%	●	
B.14	Andel graderte på 12 ukers tidspunkt	Middels	45%	42%	45%	↑	45%	42%	●											
B.17	Andel arbeidssøkere med dagenger med overgang til arbeid	Middels	58%	75%	72%	↓	65%	75%	●											
B.18	Andel arbeidssøkere uten dagenger med overgang til arbeid	Middels	51%	60%	51%	↓	51%	60%	●											
B.22	Andel verk somheter som har fått arbeidsmarkedsbistand fra NAV(SPI)	Middels	25,3%	20,0%	26,0%	↓	25,6%	20,0%	●											
B.23	Antall formidlinger	Middels	78	WUT	63	=	71	WUT	●											
B.40	Andel "Konakt brukere" behandler innen frist	Middels	89%	85%	88%	↑	89%	85%	●											
B.50	Andel gjennomførte dialogmøte 2 innen 26 uker (kun på meddele uten frist)	Middels	82%	80%	83%	↑	83%	80%	●											
B.53	Andel arbeidssøkere med jobbmatch	Middels	30%	30%	33%	↓	32%	30%	●											
B.75	Andel med nedsett arbeidsenergi 20-29 år med spesifikt tilpasset innsatsbehov med godkjent aktivitetplan	Middels	69%	90%	66%	↑	67%	90%	●											
B.30	Åkkumulert avvik mellom planlagte tilraksplasser og faktisk bruk av tilraksplasser (standard og situasjonsbestemt innsatsbehov)	Middels	Ingen måling	-4%:4%	Ingen måling	=	Ingen måling	-4%:4%	●											
B.31	Åkkumulert avvik mellom planlagte tilraksplasser og faktisk bruk av tilraksplasser (tilpasset innsatsbehov)	Middels	Ingen måling	-4%:4%	Ingen måling	=	Ingen måling	-4%:4%	●											
Medarbeiderperspektivet										Økonomiperspektivet										
ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige måling	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status	ID	Navn	Prioritet	Virkelig	Mål	Forrige	Trend	Snitt/Sum	Mål	Status	
M.1	Sykefravær for statlig ansatte (sum av legemeldt og egenmeldt fravær) (1 m.årsned på enterstudiedSP)	Middels	6,2%	6,7%	7,5%	↑	6,8%	6,7%	●	M.1	Faktisk forbruk hittil i år i % av budsjett hittil i år (Direktøkonomi)	Middels	101,0%	95,0%:100,0%	NDK100	↓	154,7%	95,0%:100,0%	●	
M.2	Andel ansatte med gjennomført medarbeideramtale (dokumentert i kompetanse@NAV) (akkumulert pr. kalenderår)	Middels	4%	25%	3%	↑														

Målekortet er eigenutvikla av NAV, og er basert på excel-programmering. Dei aller fleste indikatorane som inngår blir automatisk oppdaterte, medan nokon framleis krev manuell oppdatering.

Kommunereforma

Den komande kommunereforma kjem til å by på utfordringar når det gjeld framtidig uthenting av statistikk. I samband med dette er det nedsett ei gruppe (med bl.a. NAV og SSB) som skal sjå på spørsmål knytt til dette. Her vil det mellom anna bli drøfta kven som skal ha ansvaret for arbeidsretta tiltak og hjelpemiddel i framtida.

Sak 3. Heldekkande statistikkgrunnlag (Harald Tønseth, SSB)

Harald Tønseth frå SSB orienterte. I samarbeidsavtalen mellom SSB og den sentrale helse- og sosialforvaltninga om helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk står det mellom anna følgjande i punkt 2.2: «...Det er en målsetning å frembringe et mest mulig heldekkende statistikkgrunnlag». Med jamne mellomrom ser ein tilløp til diskusjon om kva for nokre private tenesteytarar som bør inngå i statistikken for dei ulike helse- og sosialtenestene, jamfør punkt 5.1 i avtalen: «Avtalen omfatter data fra alle statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- og sosialtjenester». I stor grad er problemet blitt løyst ved at ein har lagt forvaltningas praksis for autorisasjon og finansiering til grunn. Det vil seia at den offisielle statistikken «overtek» forvaltninga sin eigen (og skiftande) avgrensing overfor privat sektor når det gjeld kva for nokre einingar som skal inngå det aktuelle året.

Eit relevant spørsmål blir difor kva for nokre tenester som blir liggande utanfor statistikken, som følgje av ein slik praksis, og om dette er eit problem for ambisjonane om eit «heldekkende statistikkgrunnlag», dvs. å visa det faktiske omfanget av den tenesteproduksjonen som befolkninga kan nytta seg av. Det kan tenkjast at dei tenesteytarane (og dei tenester) som fell utanfor det «autoriserte» bildet, er av heilt andre typar enn dei «autoriserte». Men dersom tenestene kan samanliknast, og berre fell utanfor av meir «tidsbestemte» årsaker, kan det vera grunn til å sjå nærmare på om ikkje grensdraginga til statistikken og forvaltninga bør vera ulike. I hovudsak er det snakk om privat betalte tenester, dvs. der brukaren betaler heile kostnaden.

I forlenging av dette kan ein stilla følgjande spørsmål:

1. Kva består dei «ikkje-registrerte» helse- og sosialtenestene består av?
2. Korleis er innhaldet deira samanlikna med dei «registrerte»?
3. Er omfanget av desse tenestene aukande?
4. Kva skal eventuelt til for å inkludera dei i statistikken?

Når det gjeld det første spørsmålet er det t.d. innanfor pleie og omsorgstenestene i KOSTRA, i utgangspunktet, slik at alle einingar (institusjonar, heimetenester osv.), som er registrert innanfor dei aktuelle næringane i Einingsregisteret (ER), godkjent/autorisert av det offentlege for å tilby kommunalt eigde tenester, som blir tekne med i populasjonen som dannar grunnlaget for statistikken. Dette er uavhengig av om dei er offentlege, private eller ideelle. Samstundes vil einingar som er registrerte i einingsregisteret, men som SSB veit at ikkje lenger eksisterer, eller som ein veit ikkje utfører denne type tenester, bli fjerna frå populasjonen. Dersom det er private eller ideelle institusjonar som utfører tenester som ein ikkje finn i under rett næring i ER, blir desse inkludert dersom kommunar som kjøper tenester frå desse melder frå til SSB.

For IPLOS er det betalande kommunar som rapporterer, også for private institusjonar som dei eventuelt kjøper tenester av. Private einingar som kommunar ikkje kjøper tenester for vil ikkje vera registrert i IPLOS. NHO organiserer t.d. 2 sjukeheimar med full privat betaling. Det fins også t.d. «familiedrivne» sjukeheimar og institusjonar der ledige plassar vert selde ved ledig kapasitet. For heimetenester er omfanget større, og her vil, i ein kommune som Bærum, ein tenesteleverandør over tid kunne bevege seg inn og ut av offentleg godkjenning og dermed også av IPLOS.

Når det gjeld situasjonen innanfor kommunehelsetenesta blir t.d. berre private legar og fysioterapeutar med avtale med kommunen registrert i årsverkrapporteringa. Private legar og fysioterapeutar utan avtale med kommunane blir dermed ikkje registrert i KOSTRA skjema 1. Det er rimeleg å anta at desse legane kan tilby mange av dei same tenestene som kommunen tilbyr mot betaling. Årsverka inkluderer t.d. heller ikkje fengselshelseteneste og legevakt. Legevakt er noko SSB skulle ønska at kunne blitt teke med i statistikken, men tidlegare forsøk har vist at det blir vanskeleg grunna mykje interkommunalt samarbeid og ulik organisering.

Frå private sjukehus får Norsk pasientregister berre data om offentleg finansert behandling. Ifølge SAMDATA får dei private sjukehusa berre ein tredel av sine inntekter frå kjøp frå helseføretak, resten kjem frå eigenbetalande, helseforsikringar og andre inntekter. Berre aktivitet som er knytt til kjøp frå helseføretaka, vert med i datagrunnlaget.

Når det gjeld å nytte ER som «populasjonsforvalter» for private einingar, er det førebels ein heil del vanskar. Dette gjeld især for einingar utan offentleg avtale, og ikkje minst på området rehabilitering. Dette gjer det p.t. vanskeleg å nytte ER som grunnlag for datainnhenting frå private einingar og også for å lage sysselsetjingsstatistikk for desse.

Når det gjeld det andre spørsmålet om korleis innhaldet i dei «ikkje-registrerte» tenestene er samanlikna med dei «registrerte» ville det ha vore interessant å sjå omfanget av private einingar som er registrerte på dei aktuelle næringane, men som ikkje tilbyr kommunalt eigde tenester, som felle utanfor populasjonen som dannar grunnlaget for statistikken som blir publisert i dag. For spesialisttenestene vil dei privat betalte tenestene i nokon grad ha ein annan profil, men her finst også tenester som overlappar det offentleg finansierte tilbodet.

Når det gjeld det tredje spørsmålet om denne type tenester, som ikkje er inkludert i den offisielle statistikken, er aukande i omfang ville det ha vore interessant og

undersøkt, både innanfor helsetenestene og sosialtenestene. Her treng ein nok å gjera ei kartlegging for å kunna fastslå kva som er stoda.

Når det gjeld det fjerde spørsmålet om kva som eventuelt skal til for å inkluderast i statistikken, er det fleire omsyn. For den kommunale delen er det private einingar som tilbyr kommunalt eigde tenester som blir inkludert i statistikken. Kommunen er ikkje naturleg rapportør om tenesteytarar som dei ikkje har avtale med. I tillegg har samhandlingsreforma ført til utfordringar knytt til å plassera halvanna lineteneste i anten kommunal eller statleg sektor (spesialisthelsetenesta). Ein kan også tenkje seg andre løysingar enn å inkludere «heilprivate» tilbod fullt ut i datagrunnlaget, t.d. gjennom periodisk og meir avgrensa rapportering.

Det blei spelt inn på møtet at dette er eit området ein bør følgja tett i tida som kjem. Truleg kjem dette til å bli meir og meir aktuelt med fleire private aktørar på marknaden. I spesialisthelsetenesta vil fritt behandlingsval kunna gi utfordringar knytt til dei private tilbydarane, og kor mange av dei, og kor mykje av dei som eventuelt skal inkluderast i statistikken.

Sak 4. Eventuelt

Folkehelseinstituttet orienterte om at oppdaterte folkehelseprofilar blir publisert i løpet av mars. Nytt i år er blant anna tal for overvekt hos vernepliktige og andelen som har fått HPV-vaksine mot livmorhalskreft. I tillegg blir det publisert tal på kommunenivå for forventa levealder fordelt etter utdanningsnivå.

SSB orienterte om den førebelse KOSTRA-publiseringa som fann stad 16.mars.

Sak 5. Avrunding (Møteleiar Unni Grebstad, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk skal heldast **onsdag 13. mai 2015**.

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 13. mai 2015

ugr, 13.5.2015

Til stede: Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Else K. Grøholt (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Olav Gjestvang (HOD), Veslemøy Hellem (KS), Eirik Solberg (KS), Elisabeth Rønning (SSB), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Trond Ekornrud (SSB), Unni Beate Grebstad (SSB), Harald Tønseth (SSB)

Referat fra møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk 13. mai 2015

Sak 1. Blir statistikkavtalen utfordret av forvaltningens særinnsamlinger og interne styringsdata? v/Harald Tønseth, SSB

Både før og etter at statistikkavtalen og kontaktutvalget ble opprettet i 1994, har det vært en tautrekking mellom det omforente «SSB-datasettet» og data som samles inn med forvaltningen selv som adressat (eller en annen instans på oppdrag fra forvaltningen). Avtalens punkt 5.2 åpner for slik tilleggsinnsamling når det er påkrevet, og sier i punkt 6.4 at særinnsamling skal varsles på forhånd. I punkt 6.4 og 6.5 kommenteres særskilt spesialisttjenestene, som også er omfattet av avtalen, og forholdet mellom interne eierstyringsdata og «SSB-datasettet».

KOSTRA har fra første stund lagt seg på samme linje som statistikkavtalen, nemlig at årlige innsamlinger som dekker samtlige kommuner som prinsipp skal foretas av KOSTRA.

Særinnsamlingen har over tid fått et økende omfang. Noen eksempler er IS 8 og IS-24 (kommunal rus og psykisk helse), Brukerplan, NAVs målekort samt ulike innsamlinger i regi av SINTEF. Det økte omfanget henger sammen med økt styring etter statistikk i forvaltningen, men innebærer samtidig en fare for at det omforente (SSB-)datasettet nedprioriteres.

For å påse at intensjonene bak statistikkavtalen (og KOSTRA) følges, er det naturlig at kontaktutvalget (og arbeidsgruppene) med jevne mellomrom gjør opp status for arbeidsdelingen mellom det omforente datasettet og særinnsamlingen.

De viktigste argumenter man ser brukt for å begrunne at det foretas særinnsamling, er:

- SSB publiserer det omforente datasettet for sent for bestemte styringsformål
- Det omforente datasettet samles inn for sjelden (f.eks. bare årlig)
- Data er i en utviklingsfase, og må derfor kunne justeres løpende av ansvarlig organ, uten medvirkning fra de andre avtalepartene
- Arbeidet med data er en integrert del av arbeidet med bestemte handlingsplaner/ lovverk
- Forvaltningen har satt bort innsamlingen til en instans som også skal drive analyse/ forskning på data, og som derfor bør kontrollere hele prosjektet, også innsamling
- Data må oppfattes som «interne styringsdata/ eierstyringsdata» og er derfor «hemmelige»/ ikke egnet for publisering
- Skjema er utformet med andre krav til entydighet, frafall og muligheter for revisjon enn hva som gjelder i offisiell statistikk
- Det kan p.t. være usikkert om en ny rapportering blir permanent eller ikke
- En ny rapportering omfatter foreløpig ikke samtlige kommuner, og holdes derfor utenfor SSB

- Data er så knyttet opp mot arbeidsprosesser i forvaltningen (f.eks. klagesaker hos fylkesmannen) at det er uhensiktsmessig å la dem gå via KOSTRA/ SSB
- Det gir en «læringsgevinst»/ merverdi for forvaltningen selv å revidere data, og de har også den rette (helsefaglige) ekspertise. Å revidere selv kan f.eks. gi nye innspill til neste års skjema.
- Skjema bryter med inndelinger/ kategorier i gjeldende datainnsamlinger, og det anses mest praktisk å holde dem utenfor SSB/ KOSTRA

Kontaktutvalget må påse at avtalens punkt 5.2 følges i tråd med forutsetningene. Men på den annen side må man unngå at en for «streng» praktisering av avtalen hemmer de viktige hensyn som i mange tilfeller taler for særinnsamling, og *imot* «omveien om SSB». Det samordnede datasettet og særinnsamlingen skal *til sammen* gi forvaltningen (og andre) et optimalt datasett, slik nå databehovene (og datakildene) til enhver tid er.

Både forvaltningen og SSB vil i stadig større grad komme til å høste data av administrative registre og ikke av tradisjonelle skjema. Men dette betyr ikke at samordning av statistikkbehov blir mindre viktig. Når registerdata i hovedsak faller utenfor statistikkavtalen (jf. punkt 5.3), er det fordi samordning av databehov her er forutsatt ivaretatt i fora knyttet til det enkelte register. Et «omforent datasett» skal da finne sin plass i registerets kravspesifikasjon. Dersom slike fora ikke godt nok ivaretar samordning, er det naturlig at Kontaktutvalget tar initiativ til at dette skjer, jf. punkt 5.3.

Diskusjon:

Helsedirektoratet(Hdir) fremhevet viktigheten av å ha en dialog fremover knyttet til problemstillingene som SSB trakk frem i innlegget. Folkehelseinstituttet (FHI) trakk frem at de ikke er part i selve avtalen, men kun har observatørstatus. Videre ville gjerne FHI vite mer om 2 ting: 1) hvilken mulighet har forvaltningen til å påvirke innsamlingen av data, 2) tilgangen på data registrert av statistikkloven. Kostnadsspørsmålet knyttet til disse 2 problemstillingene var også av interesse.

KS var svært interessert i å få ned volumet av særinnsamlinger og deres foretrukne kilde var KOSTRA. De ser imidlertid behovet for at registerløsninger som KHOR videreutvikles. Generelt krever særreporteringene for mye ressurser, og især er det viktig å unngå dobbeltrapping (bl.a. innen pleie- og omsorg). KS sa også at de her har noen resultater snart som kan videreformidles fra KS til Kontaktutvalget.

Helsedepartementet mente at notatet tok opp ulike behov og at det ikke finnes noen enkle løsninger. Det er imidlertid viktig at alle forholder seg til denne problemstillingen. I Helsedepartementet er det ønsket om en del særreportering i tilknytning til politiske prosesser eller satsninger, men her har Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) og KS en viktig rolle ifht. å være «vaktbikkje».

KS var videre opptatt av hvordan mandat/intensjoner som ligger til Kontaktutvalget kan manifestere seg i praksis. SSB sa at det er viktig at evt. behov for særreportering kommer tidlig opp i arbeidsgruppene, slik at gruppen kan ta stilling til det påståtte behovet. Det er også av betydning å være klar over at alle særreporteringer ikke summerer seg opp. Helsedirektoratet sa det ofte kan være slik at bruken/formålet av databaser/kilder utvides; jfr. KHOR, PAI mv. Her bør man samordne bedre siden gjenbruk oppleves som viktig. Nye register (KHOR) vil kunne påvirke KOSTRA. Noen av de frivillige særreporteringene oppleves som interessant for kommunene; jfr. brukerplan hvor det er veldig god innreportering. KS mente at det var viktig at alle særreporteringer sees i sammenheng; f.eks. rus.

Sak 2. PAI-registeret og muligheter for statistikk v/Eirik Solberg, KS

Dokumentasjon: <http://www.ks.no/tema/Arbeidsgiver/lpas/>

PAI-registeret inneholder ulike opplysninger om lønn, personell, sysselsetting og fravær i kommunesektoren (alle kommuner og fylkeskommuner). I tillegg inneholder det rekrutteringsmodeller, blant annet en egen modell for pleie og omsorgsområdet. PAI er forkortelse for personal, administrasjon og informasjon.

I utgangspunktet var PAI et forhandlingsregister for KS. Registeret inneholder data f.o.m. 1986, og fikk fra 2002 med opplysninger om undervisningspersonell. Talletidspunkt er 1. desember hvert år, og alle kommuner og fylkeskommuner er inkludert. Av variable som inngår kan lønn (ulike lønnsvariable), stilling, utdanning, stillingsstørrelse, flere stillinger per ansatt, tjenestested, KOSTRA-funksjonskoder, kjønn, alder, heltid/deltid, arbeidstid, kommunenummer, turnover m.m.

98 prosent av dataene hentes fra register og registeret er i kontinuerlig bruk. KS kommer til å fortsette med registeret selv om A-ordningen er innført. Årsaken er at KS har bedre kontroll på innholdet i PAI enn tallene fra A-ordningen. PAI har blant annet sykefraværstall for kommuner og fylkeskommuner (legemeldt og egenmeldt). Egenmeldt sykefravær er viktig og noe som etterspørres. Tall fra PAI viser blant annet at for kommuner med ca. like stort fravær total kan ha store forskjeller i om fraværet er egenmeldt eller legemeldt. A-ordningen har opplysninger legemeldt sykefravær, men ikke egenmeldt.

Tidsaspektet er helt vesentlig/avgjørende. Tallene må være ferdig kvartalsvis ved publisering. Mye legges rett ut på nettsiden (se link over) basert på brukerbehovene som er registrert. Når f.eks. KS får henvendelser fra SSB så legges også dette ut direkte på nettet. Egenmeldt sykefravær er viktig. Det er også mye som ikke blir lagt ut siden det er en grense mht. at dette er individdata (grense på 10 årsverk). Brukerne er i hovedsak kommuner, fylkeskommuner, departementer og sentralt i KS. Tallene blir blant annet brukt som tallgrunnlag for partene ved sentrale lønnsoppgjør. Det blir også tilbudt statistikkpakker til kommuner. Registeret blir også brukt til å beregne kostnader ved sykefravær.

SSB nevnte at private tjenesteytere mangler i PAI og at SSB mangler egenmeldt sykefravær gjennom tallene fra A-ordningen. KS orienterte om at de ikke kan kreve f.eks. informasjon fra private organisasjoner, bare sine egne medlemmer.

Sak 3. Avrundning (Møteleder Ann-Kristin Brændvang, SSB)

SSB orienterte om at statistikken om arbeidsulykker er et samarbeid mellom NAV og Arbeidstilsynet. Denne vil bli presentert på neste møte i Kontaktutvalget. Neste møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk skal holdes **onsdag 16. september 2015**.

Innspill til saker på dagsorden kan meldes til sekretariat i Kontaktutvalget v/Trond Ekornrud (eko@ssb.no) og Unni Beate Grebstad (ugr@ssb.no)

Vedlegg D: Referat 16. september 2015

eko, 25.9.2015

Til stades: Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Gaute Andresen (Bufdir), Else K. Grøholt (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Kalid Lafkiri (Helse- og omsorgsdepartementet), Olav Gjestvang (Helse- og omsorgsdepartementet), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Harald Tønseth (SSB), Kjersti Helene Hernæs (SSB), Trond Ekornrud (SSB)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk 16. september 2015

Sak 1. Statistikkgjennomgangar: Fagdepartementets ansvar og roller. Med døme frå gjennomgangen av sosialstatistikken v/Harald Tønseth, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/soshjelpk/aar/2015-07-06>

Harald Tønseth orienterte om fagdepartementets ansvar og roller i samband med statistikkgjennomgangar. Bakgrunnen er den nyleg gjennomførte gjennomgangen av KOSTRA –sosialstatistikken, som òg blei nytta som døme.

Utviklinga av KOSTRA-statistikken innanfor eit bestemt område er eit felles-ansvar, men det største ansvaret ligg hos fagdepartementet. Dei er «eigar» av den aktuelle arbeidsgruppa på eit område, og skal stå for finansieringa av eventuelle omleggingar/utvidingar av rapporteringa når desse går utover dei normale årlege justeringane. Dette gjeld òg teknisk tilrettelegging og programmering av nye spørsmål.

Periodiske gjennomgangar av eit statistikkområde skal sikra balanse i data-materialet med omsyn til aktualitet og kvalitet. Den endelege avgjersla for tenesterapportering, altså kva som skal rapporterast, ligg dermed i det aktuelle fagdepartementet. Når det gjeld innhaldet i ei rapportering er det fleire omsyn som må takast. Det gjeld både politiske omsyn og statistiske omsyn, som i sin tur må haldast opp mot oppgavebyrden til rapportørane.

Når det gjeld politiske omsyn er desse ofte knytt til sentrale myndigheiter sine behov for opplysningar om eit bestemt tema det er politisk fokus på. Dersom det er manglande informasjon om tema blir det ofte fagdepartementet si oppgave å skaffa denne informasjonen til vegs. I slike tilfelle, dersom temaet er eit kommunalt ansvarsområde, er KOSTRA ofte den naturlege staden for å samla inn denne type data. Når det gjeld statistiske omsyn er desse ofte knytt til eit ønske om kvalitet på data, og, om dette er noko rapportørane registrerer og lett kan svara på utan mykje meirarbeid. Eit anna statistisk omsyn er behovet for å samla inn data som kan seia noko om utviklinga over tid, då gjerne gjennom tidsseriar. Både politiske og statistiske omsyn må, som nemnd, haldast opp mot oppgavebyrda til rapportørane.

Ei utfordring med etablering av ny rapportering og etter kvart publisering innanfor eit område, er kor «tett på» statistikken kan leggjast sidan organisering, omgrep og politiske målsetjingar er i kontinuerleg endring. Til dømes kan det vera problematisk å be om for detaljerte opplysningar, som vil vera følsame for endring i organisering, definisjonar og politiske målsetjingar. På den andre sida vil opplysningar på eit for overordna nivå raskt mista sin relevans som nyttig styringsinformasjon for brukarane.

Det er elles viktig å hindra at eit omleggingsprosjekt av ein statistikk blir isolert. Med det meiner ein at det kan bli eit framandelement som er meir retta inn mot fagdepartementets behov dersom utviklinga skjer utanfor den ordinære arbeidsgruppa.

Gjennomgangen av sosialstatistikken førte blant anna til eit datagrunnlag og publiserte tal som ligg tettare opp til fagdepartementet sine behov. I tillegg fekk KS moglegheit til å drøfta kva som var mogleg å rapportera inn for dei prioriterte områda til Arbeids- og sosialdepartementet. Dermed blei det antakeleg eit meir kommuneevenleg datasett enn ved dei ordinære årlege justeringane. For SSB førte gjennomgangen til at KOSTRA-statistikken på området fekk auka relevans og status. Ein gjennomgang førte òg til meir kvalitetssikra spørsmål enn ved årlege justeringar. Denne kvalitetssikringa har truleg òg ført til at omfang av årlege justeringar blir redusert grunna meir stabil datagrunnlag.

Statistikkgjennomgangar bør vera ein naturleg del av livssyklusen til KOSTRA-arbeidsgrupper. Den kan til ein viss grad bidra til å motverka ein augneblinkbestemt og stykkevis statistikk. Samstundes kan det også innebera at meir ålmenne og tverrgående spørsmål taper terreng.

NAV kommenterte at dei var nøgde med gjennomgangen på området. I utgangspunktet hadde dei gått ut med høge ambisjonar med tanke på kva som skulle rapporterast. Etter å ha fått ein oversikt over kva som blir registrert ute i kommunane, kva SSB kan tillata å gjera av endringar og kva KS meiner er eit mettingspunkt for oppgåvebyrde, kom ein fram til eit sett med nye rapporteringar og nye publiserte tal som alle dei involverte partane kunne vera nøgde med. Ein nøkkel for å få til omlegginga var å bruka ASSS-nettverket for sosialstatistikk aktivt (KS sitt effektiviseringsnettverk for dei ti største kommunane i landet).

For KOSTRA helse- omsorgstenester blei det orientert om at, i tillegg til dei årlege justeringane, blir gjort tilsvarende gjennomgangar av statistikkområdet. I tillegg blei det nemnd at samordningsrådet har opna opp for at KOSTRA kan gjennomføra meir detaljerte kartleggingar av bestemte tema med jamne mellomrom (3-5 år) i skjema. Eit døme på dette er den breie kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjort i KOSTRA skjema 1 for rapporteringsåret 2013. Dette kan langt på veg bidra til å oppfylla noko av det detaljerte informasjonsbehovet fagdepartementa har, utan at det rammar den årlege rapporteringa som dannar grunnlaget for tidsseriar.

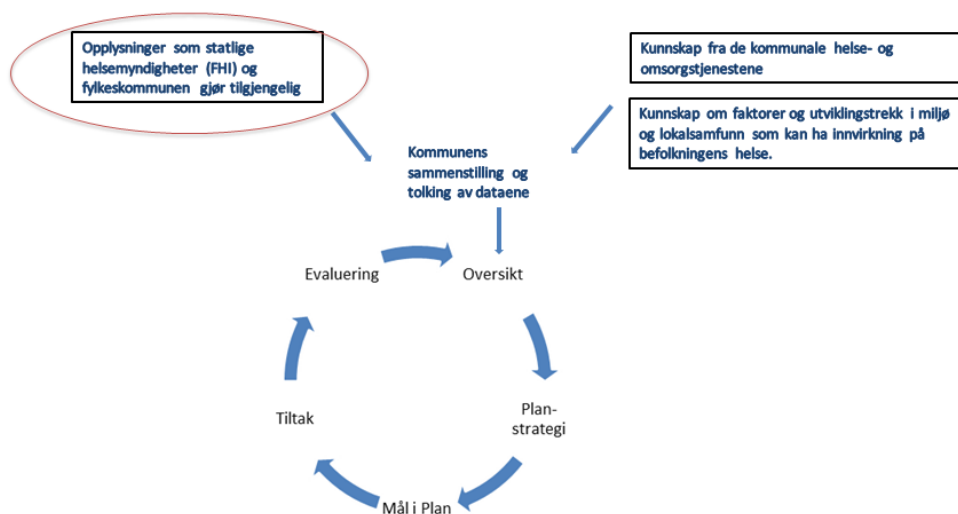
Sak 2. Folkehelseprofilar – publiserte tal for bydelar v/Nora Heyerdahl, FHI
Dokumentasjon: Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/>

Nora Heyerdahl orienterte om folkehelseprofilar og nye tal for bydelar i dei fire største byane, som blei publisert før sommaren. FHI sine folkehelseprofilar blei publisert for første gong i 2012. Om lag 66 000 profilar er lasta ned frå nettsidene så langt i 2015. Bakgrunnen for etableringa var ny Lov om folkehelsearbeid (§ 5) der det står at kommunane skal ha naudsynt oversikt over helsetilstanden i befolkninga og dei positive og negative faktorane som kan verka inn på denne. Det er tre ulike kjelder for kommunane til denne oversikta:

1. Opplysningar som statlege helsemyndigheiter og fylkeskommunen gjer tilgjengeleg
2. Kunnskap frå dei kommunale helse- og omsorgstenestene
3. Kunnskap om faktorar og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innverknad på helsa til befolkninga.

Det er under punkt 1 at FHI sine folkehelseprofilar kjem inn:

Systematisk folkehelsearbeid i kommunen



Meininga er at folkehelseprofilane skal nyttast aktivt i det systematiske folkehelsearbeidet som blir gjort i kommunane. Ved å nytta dei tre kjeldene til informasjon skaffar ein seg oversikt, som så skal danna grunnlag for den kommunale planstrategien. Vidare bør ein setja ned eit sett med mål i planen, gjennomføra tiltak og etter kvart evaluera.

Datagrunnlaget i folkehelseprofilane for bydelar er sentrale register som inneheld data på bydelsnivå. Dei fleste av desse inneheld historiske grunnkretsopplysningar. I tillegg er andre relevante datakjelder på kommunenivå og bydelsnivå nytta. Døme på kjelder er Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, SSBs statistikkregister, NAV, Utdanningsdirektoratet og KUHR. For alle desse kjeldene er det mogleg å publisera tal på bydelsnivå. For Reseptregisteret, Vassverkregisteret, Norsk pasientregister, Kreftregisteret og data frå Vernepliktsverket er dette ikkje mogleg i dag. Kreftregisteret arbeider med å få på plass data på bydelsnivå.

Statistikken i FHI blir presentert ved hjelp av tre ulike verktøy:

Folkehelseprofilane – gir ein overordna rapport over hovudtrekk knytt til folkehelse på kommune- og bydelsnivå. Vidare inneheld dei generell informasjon om utvalde tema. I tillegg inneheld den eit folkehelsebarometer som viser korleis kommunen/bydelen plasserer seg samanlikna med landsgjennomsnittet for ulike indikatorar.

Kommunehelsa statistikkbank – inneheld eit detaljert utval av variablar og indikatorar på kommunenivå.

Faktaark og Folkehelse rapporten – inneheld meir detaljert informasjon om utvalde tema/område på nasjonalt nivå.

Data på bydelsnivå blei, som tidlegare nemnd, publisert før sommaren 2015. Førabels er det publisert data for dei fire største byane i Noreg (Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger). FHI opplever samstundes at fleire kommunar etterspør tal på bydelsnivå. Det er difor ei målsetjing å få dette på plass i framtida. I samband med dette må det gjerast eit arbeid når det gjeld inndelingane av bydelar i dei ulike kommunane. SSB orienterte om arbeidet med, det nå nedlagte, Styrings- og informasjonshjulet. Her blei det publisert data på bydelsnivå for 31 av dei største kommunane i Noreg. I arbeidet med desse inndelingane blei kommunane sjølve involverte i dette arbeidet. Dette gjorde at det blei publisert statistikk på område

som kommunane sjølve meinte var mest hensiktsmessige. Samstundes gav det òg nokså ulike inndelingar når det gjeld storleik mellom dei ulike kommunane. Det var semje om at FHI og SSB bør ha god dialog når arbeidet med inndelingar for fleire kommunar skal setjast i gong.

Ei anna utfordring knytt til data på bydelsnivå er at ikkje alt er mogleg å presentere på bydelsnivå. Sjølv om det blir arbeida med å få gjort endå fleire datakjelder tilgjengelege på bydelsnivå vil det framleis vera fleire som berre kan bli gitt på kommunenivå. Eit nytt kommunalt pasient og brukarregister (KPR) kan gi nye mulegheiter til å presentera data på bydelsnivå i framtida.

Det blei presentert nokre utvalde funn frå publiseringa av bydelstal. Mellom anna blei det vist at det er store forskjellar i forventa levealder mellom bydelar i Oslo. Medan bydel Ullern har ein forventa levealder for menn på 81 år, er tilsvarande tal 71,5 år for bydel Sagene. Tala viser òg forskjellar mellom bydelar når det gjeld forventa levealder og utdanningsnivå. Den forventa levealderen er lågare blant personar med grunnskule som høgaste utdanning samanlikna med personar med vidaregåande eller høgare som høgste utdanning. Tala viser elles at det også er forskjellar mellom bydelar når det gjeld forventa levealder etter utdanningsnivå.

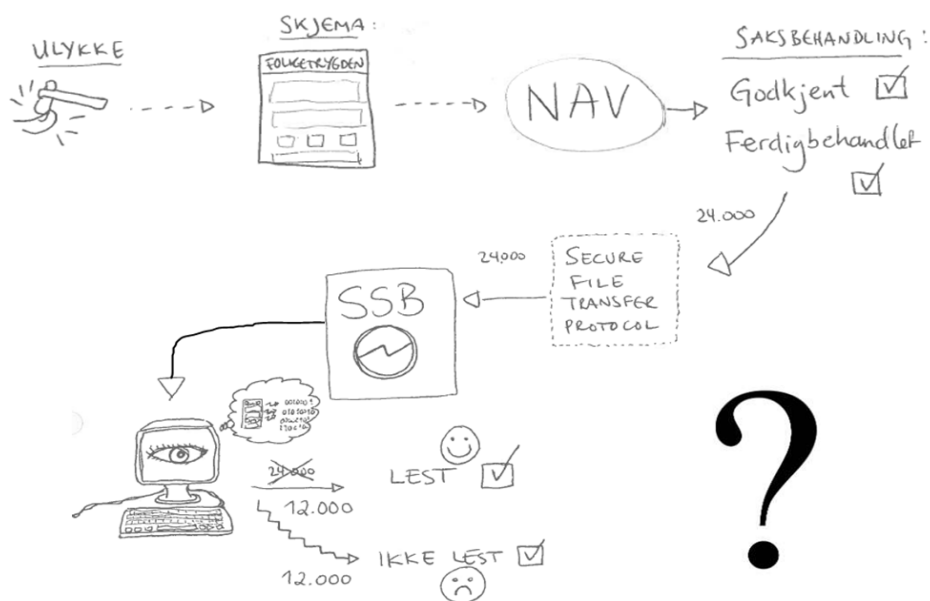
Sak 3. Arbeidsulukker – frå papirskjema til verdsveven v/Kjersti Helene Hernæs, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og

<http://www.ssb.no/helse/statistikker/arbulykker/aar/2015-06-16>

Kjersti Helene Hernæs orienterte om den nyleg publiserte statistikken på ssb.no over arbeidsulukker. Bakgrunnen for publiseringa er at det i lengre tid har vore eit behov for samla nasjonal statistikk på området. Ei EU-forordning forpliktar Noreg til å rapportera data over arbeidsulukker til Eurostat f.o.m. 2016. Det har difor i fleire år blitt arbeida med å etablere ein felles nasjonal statistikk på området som oppfyller krava i forordninga. I samband med dette har det blitt danna eit overordna forum, som har fungert som ein arena for drøftingar og avgjersler. I forumet har Arbeids- og sosialdepartementet, Arbeidstilsynet, NAV, Stami og SSB delteke.

Ulykkens gang...



Når ei arbeidsulukke inntreffer fyller arbeidsgivar ut eit papirskjema som blir sendt inn til NAV. Dei skannar skjemaet og behandlar saka. Etter at den er godkjent og ferdigbehandla i NAV, sender dei skjemaa vidare til SSB i form av csv-filer. Desse inneheld både opplysningar om fødselsnummer og eit bilete av det utfylte skjema. I SSB blir skjemaa lese inn (tolka optisk) av eit program kalla Eyes and Hands. Av om lag 24 000 skjema klarte programmet i år berre å lesa informasjon for halvparten. Hovudårsaka til dette er at gamle skjema framleis er i bruk ute på arbeidsplassane. Fordi ein hadde opplysningar om fødselsnummer frå alle innsende kunne SSB likevel kopla desse opplysningane med registeropplysningar om næringsstilknytning for alle ulukkene. Basert på dei 12 000 skjemaa som blei lest inn, blei det laga vektor knytt til om ulukkene hadde ført til korttid eller langtidfråvere. Vektene blei så brukt til å fordela alle dei resterande 12 000 ulukkene. Dette danna så grunnlaget for statistikken som blei publisert fordelt på næring.

Det er fleire utfordringar knytt til å laga statistikk basert på rapporteringa til NAV. Godkjenning frå NAV av utfylt skjema føreset at personen er yrskadedekt. Sjølvstendig næringsdrivande må teikna friviljug trygd for å få rett til yrkesskadedekning. Få gjer dette. Dette skaper utfordringar for næringar med stor del sjølvstendig næringsdrivande. Desse vil ikkje vera representert i statistikken, noko som særleg rammar primærnæringa som har ein høg del sjølvstendig næringsdrivande.

Resultata frå publiseringa viser mellom anna at av 24 000 arbeidsulukker førte 60 prosent til kort fråvere, medan 40 prosent til langt fråvere. Det var i næringar med manuelle og maskinelle oppgåver at det blei rapportert flest ulukker som førte til langt fråvere per 1 000 sysselsatt, medan det var flest ulukker per 1 000 sysselsatt innanfor helse- og sosial som førte til kort fråvere.

EU-forordninga forpliktar Noreg til å rapportera inn data om arbeidsulukker til Eurostat. Denne rapporteringa krev fleire detaljar enn den nasjonale statistikken. Arbeidet med rapporteringa til Eurostat har nett starta, og det er for tidleg å seia korleis det vil gå. Frist for å rapportera 2014-tal til Eurostat er juni 2016.

Sak 4. Avrunding (Møteleiar Ann-Kristin Brændvang, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk skal haldast **onsdag 18. november 2015**. Då vil eitt av tema på dagsorden vera særreportering. Helsedirektoratet vil mellom anna orientera om særreporteringa innanfor psykisk helse og rusarbeid i kommunane.

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

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 978-82-537-9331-3 (elektronisk)



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway