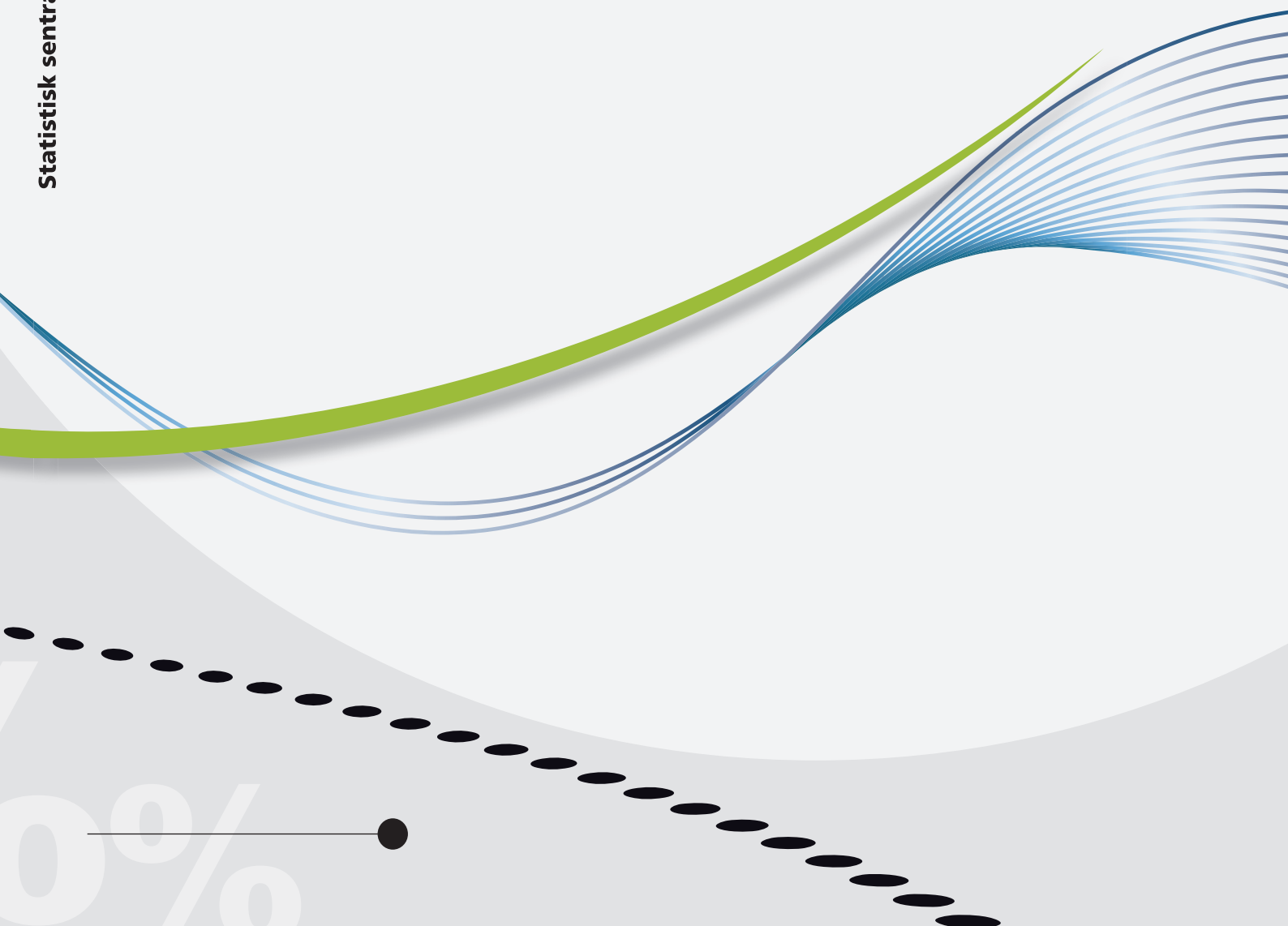


Trond Ekornrud

Årsrapport 2017

Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk
og sosialstatistikk



Trond Ekornerud

Årsrapport 2017

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 14. september 2018

ISBN 978-82-537-9807-3

Standardteikn i tabellar	Symbol
Tal kan ikkje førekoma	.
Oppgåve manglar	..
Oppgåve manglar foreløpig	...
Tal kan ikkje offentliggjera	:
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 2017 finn ein òg i vedlegg (Vedlegg B-E).

Statistisk sentralbyrå, 3. september 2018.

Torstein Bye

Samandrag

Notatet gjer greie for verksemda i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk i 2017. Det inkluderer avtalen til utvalet, mandat og representasjon (kapittel 1), aktiviteten i utvalet (kapittel 2), oversikt over arbeidsgruppene som rapporterer til utvalet (kapittel 3) og sakene i utvalet i 2017 (kapittel 4).

Avtalen til utvalet, mandat og representasjon blei drøfta og endra i 2013, og har i all hovudsak vore uendra i 2017. Avtalen er vedlagt notatet (jf. Vedlegg A).

Utvalet sin aktivitet i 2017 bestod av fire møte haldne i mars, mai, september og november. Til møta blei det utarbeidd referat som alle er godkjente (jf. Vedlegg B-E).

Arbeidsgruppene som rapporterer og soknar til utvalet er uendra frå 2016 og har vore uendra i ei årrekke. Dei aktuelle arbeidsgruppene har anten utspring i spesialisthelsetenesta eller i KOSTRA (Kommune-stat-rapporteringa). Bufdir ønskjer å bli medlem i utvalet (har status som observatør) og SSB kjem til å følgja opp dette i løpet av 2018.

Sakene i utvalet for 2017 omhandla fleire tema. Av dei som kan trekkjast fram er status for etablering av Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) v/Helsedirektoratet og prosjekt om registerbasert leveårsstatistikk for personar med nedsett funksjonsevne v/Bufdir. 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 2017	9
4.1. Prosjekt om registerbasert levekårsstatistikk for personar med nedsett funksjonsevne v/Bufdir.....	9
4.2. Kommunalt pasient og brukarregister (KPR) – status og vegen vidare.....	11
4.3. Meir detaljert statistikk om omsorgstenester	13
4.4. Andre saker.....	14
Vedlegg A: Avtale	17
Vedlegg B: Referat 15. mars 2017	21
Vedlegg C: Referat 24. mai 2017	25
Vedlegg D: Referat 20. september 2017	29
Vedlegg E: Referat 22. november 2017	35

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 2017 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 2017 følgjande personer som er faste medlemmer av utvalet:

- NAV: Pål Eivind Aamodt
- HOD: Axel Miguel Huus, Sissel Skjæveland
- Hdir: Hanne Narbuvoold, 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 utvalet sine medlemmar innanfor rammene av avtale og mandat.

Det er særleg føremålsparagrafen i avtalen sitt punkt 2 som er styrande for kva som blir behandla i utvalet. 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 omgrepbruk.

Det er gjennomført i alt fire – 4 – møte i utvalet i løpet av 2017. Desse blei haldne på følgjande datoar med tilhøyrande dagsorden:

- 15. mars (jf. Vedlegg B)
 - SSB - Sosialhjelp - forslag til nye tabellar på ssb.no
 - Helsedirektoratet - Orientering om Helsedirektoratet si rapportering av kommunale akutte døgnplassar (KAD) eller Augeblikkeleg hjelp døgnopphald
 - SSB - KOSTRA-publisering 15.mars
 - SSB - Internasjonal rapportering til OECD
 - Eventuelt
- 24. mai (jf. Vedlegg C)
 - Bufdir - Prosjekt om registerbasert leveårsstatistikk for personar med nedsett funksjonsevne
 - SSB - Arbeidsulukker og yrkessjukdomar – Internasjonal rapportering og offisiell statistikk
 - SSB - Velferdsytingar – arbeid og stønadsmottak
 - Eventuelt
- 20. september (jf. Vedlegg D)
 - Helsedirektoratet - Kommunalt pasient og brukarregister (KPR) – status og vegen vidare
 - SSB - Kva skjer i heimetenesta? Heildøgnstilbod og målgrupper – statistikkutvikling
 - SSB - Sjukepleiarar som sluttar i helsetenesta – ei føreløpsanalyse av helsepersonell ved hjelp av registerdata
 - Eventuelt
- 22. november (jf. Vedlegg E)
 - SSB - Meir detaljert statistikk om omsorgstjenester
 - NAV - Ny rapport om fattigdom og levekår i Norge: Tilstand og utviklingstrekk
 - SSB - OECD – Health at glance 2017 – ny rapport og artikkel publisert
 - 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 2017

4.1. Prosjekt om registerbasert levekårsstatistikk for personar med nedsett funksjonsevne v/Bufdir

Kva er føremålet med prosjektet?

Prosjektet om registerbasert levekårsstatistikk for personar med nedsett funksjonsevne er eit samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og SSB. Føremålet med prosjektet er å styrke statistikkgrunnlaget for utsette grupper i samfunnet, auke moglegheitene for nedbrutt statistikk og tidsseriar, og samanlikne levekårsutviklinga for undergrupper av personar med funksjonsnedsettingar seg imellom og med befolkninga. Vidare er det ønskeleg å supplere sjølvrapportert levekårsstatistikk om personar med funksjonsnedsetting med «objektiv» statistikk. Til sist ønskjer ein at statistikken skal danne kjeldegrunnlag for «objektive» resultatindikatorar, blant anna på kommunenivå.

Kva datagrunnlag skal nyttast til å utarbeide statistikken?

I første omgang er det to register som NAV forvaltar (Hjelpemiddelsentralen sitt utlansregister og utføreregisteret) kombinert med ei rekkje statistiske register i SSB som er tenkt å danna grunnlaget for ny statistikk på området.

Kva er bakgrunnen for prosjektet?

Bakgrunnen for prosjektet er FN-konvensjonen om funksjonshemma sine rettigheter (CRPD) – ratifisert i 2013. I tillegg blei det utarbeidd ein alternativ rapport til FN-Komiteen i 2015 (FFO, SAFO og Unge funksjonshemma). NTNU-samfunnsforskning publiserte rapportane «Bruk av statistiske indikatorer i rapportering til CRPD» og «Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne – Fellestrekk og variasjon». Til sist ligg Kaldheimutvalet (NOU 2016:17) «På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming» til grunn.

Kven vil vere brukarar av statistikken?

Brukarane av statistikken vil i hovudsak vere statlege aktørar som departement, direktorat og Fylkesmannen, samt kommunar og brukarorganisasjoner.

Korleis er prosessen i prosjektet?

Det skal først setjast i gang eit forprosjekt i 2017/2018 og deretter eit hovudprosjekt i 2018/2019 dersom ting går etter planen. I forprosjektet skal NAV og brukarorganisasjonar bli involverte. Samtidig skal det innhentast fagkompetanse for populasjonsavgrensingar. Det skal utarbeidast eti notat som blant anna skal innehalde brukarbehov, populasjonsavgrensingar og kostnader. Basert på forprosjektet vil det bli tatt ei avgjersle om hovudprosjektet i leingane til Bufdir og SSB.

Hovudprosjektet vil bestå av innhenting av datakjelder, gjennomføre populasjonsavgrensingar, statistikktesting, tabellarbeid osv.

Døme på opplysningar som kan koplast på utvalet er følgjande:

- Utdanning
- Inntekt (arbeidsinntekt, trygd, bustønad, sosialhjelp, formue osv.)
- Arbeid
- Transport – eigen bil
- Justis – (kriminalitet, rettsvesen, verge osv.)
- Bustad, butilhøve, hushaldsopplysningar

- Helse og omsorg (Bruk av fastlege, dagaktivitet, støttekontakt, BPA)
- Foreldre sine levekår til barn med funksjonsnedsetting

Når det gjeld delpopulasjonar som kan vere aktuelle kan følgjande nemnast:

- **Undergrupper av funksjonsnedsetting**
 - Utviklingshemma
 - Bevegelseshemma (t.d. rullestolbrukarar m.fl.)
 - Personar med sansetap (syn, høyrsel)
 - Personar med psykiske vanskar
 - Anna?
- **Andre nedbrytingar**
 - Geografi
 - Landbakgrunn
 - Kjønn og alder
- **Husholdsstatistikk** med barn/vaksne etter type funksjonsnedsettingar

Kva innspel hadde Kontaktutvalet til prosjektet?

KS kommenterte at det ikkje er einigheit om definisjonar på kven som er utviklingshemma. Det er også «gråsonar» jfr. at IPLUS i liten grad fangar opp kognitiv svikt og vil Bufdir kunne bidra med noko i samband med dette? Bufdir svara at dei vil bruka uføreregisteret og viste til Kaldheimsutvalet. KS meina at dette biletet kunne vere noko meir differensiert. Bufdir trakk fram at for å danne ein populasjon av personar med utviklingshemming, føreslår Kaldheim-utvalet òg å nytte enkelte andre diagnosekodar kor ein veit at delen som òg har ei utviklingshemming er høg. Bufdir vil bringe inn fagkompetanse i arbeidet med dette. Dessutan ser det ikkje ut til at alle brukarorganisasjonane er nøgde med avgrensingane i den sjølvrapporterte statistikken då dei er usikre på kva grupper funksjonshemma som inngår. Til dømes kan ein anta at utviklingshemma i stor grad fell ut av den sjølvrapporterte statistikken, medan registerstatistikken vil inkludere personar med større grad av utviklingshemming.

FHI var usikker på datagrunnlaget og definisjonen av nedsett funksjonsevne. Det er stor forskjell på gruppene og spørsmålet er kva dette vil gi statistikk på? Det vil vere mange i uføreregisteret som du ikkje vil finna, med omsynt til kobling av personnummer i registeret til Vegdirektoratet.

SSB orienterte om at KPR-forskriftene ikkje var ferdige, statistikkloven er under revisjon, og dette er tidlig i prosessen/på idéstadiet til prosjektet, det må mellom anna gjerast ein jobb med populasjonsavgrensning. I tillegg står det att å gjere eit DM-vedtak (Direkørmøtet i SSB) om at dette skal bli offisiell statistikk i framtida. SSB presiserte òg at det er viktig å bruke dei kjeldene som er der og at forprosjektet nok vil vare ei stund. SSB anbefalte også ein datadreven definisjon av populasjonen. Dette er grunna i at det finst mange forskjellige registreringar og dei samme personane vil finnast att i dei ulike registera. Eit spørsmål er difor om det skal lagast fleire ulike populasjonar? Bufdir visa til fleire måtar å identifisera grupper på; mellom anna stokk frå hjelpemiddelregisteret til NAV for å identifisere blinde. KS lurte i samband med dette på om eldre menneske då også ville inngå i ein slik eventuell populasjon? Spørsmål om det er aldersvekking eller funksjonsnedsetting som då blir målt? Bufdir viste då til at alder vil inngå i statistikken for å skilje ut slike tilfelle.

Kva er status for prosjektet per medio august 2018?

DM vedtok i mai 2018 at det skal lagast offisiell statistikk på området. Eit notat om forprosjektet blir publisert i løpet av august og hovudprosjektet startar opp hausten 2018.

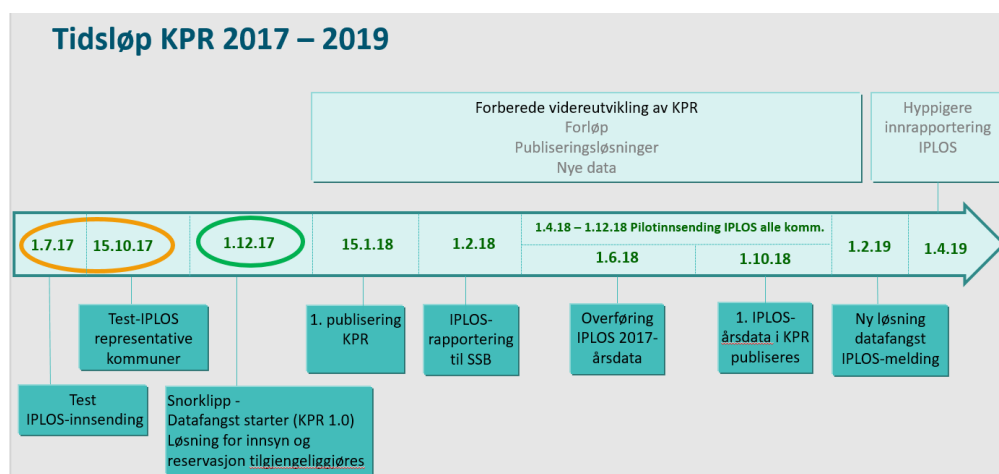
I samband med forprosjektet blei det publisert eit notat 24.august 2018: «Personer med funksjonsnedsettelse - Utredning av mulighetene for å etablere offisiell levekårsstatistikk basert på opplysninger fra ulike registre» - <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/personer-med-funksjonsnedsettelse>

4.2. Kommunalt pasient og brukarregister (KPR) – status og vegen vidare

Helsedirektoratet orienterte på møtet i Kontaktutvalet 20.september 2017 om status, planar og risiko for eit framtidig KPR.

1.desember 2017 skal etter planen datafangst for første versjon av KPR vera på plass. Målsetjinga er at den første versjonen av KPR skal bli lansert 15.januar 2018. Denne versjonen vil innehalda data frå KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjonar) frå perioden 01.07.2016-01.10.2017, og inkludera informasjon om pasientar fordelt på diagnoser, kjønn og alder og sannsynlegvis konsultasjons- og kontaktstatistikk.

Innrapportering av IPLOS data til KPR vil bli gjennomført frå og med 2018-årgangen. Frå og med 1.3 2019 er òg målet å ha klare IPLOS-data i KPR. I første omgang vil IPLOS-data innehalda tilsvarande informasjon som blir rapportert til IPLOS og SSB i dag. Under er ein oversikt over tidslaup for KPR i perioden 2017-2019:



Risikovurderingar knytt til KPR

Når det gjeld risikovurdering per 20.september 2017 skil ein mellom gjennomføringsrisiko og forvaltingsrisiko. Når det gjeld gjennomføringsrisiko tilseier tilgjengelege rammer at noko utvikling kan bli skyve på inn i 2018. Dette gjeld i hovudsak IPLOS. I tillegg kan manglande brukargrensesnitt gjera drift og forvaltning meir ressurskrevjande enn ønskeleg. Når det gjeld forvaltingsrisiko kan auka forvaltingsutgifter føra til at moglegheiter for nyutvikling og rasjonalisering av drift blir redusert. Ein auke i leveransekrav inneber at det kan bli utfordrande å levera til eksterne i høve til frist (mellom 30 og 60 verkedagar). Til sist kan manglande kapasitet til analyse og kvalitetssikring internt gi mangelfull kvalitet i data/metadatatettleiing til eksterne bestillarar av data.

Moglege leveransar i KPR i perioden 2018-2020

Helsedirektoratet skil her mellom kva leveransar som skal gjerast innanfor dagens ramme og kva som skal gjerast av vidareutvikling med auke i tilskot til 2016-nivå.

I 2018 blir det, innanfor dagens ramme, viktig å få på plass ei løysing for IPLOS og drifta og forvalta KPR på ein hensiktsmessig måte.

Når det gjeld utviklingsoppgåver ønskjer ein å utreia ny datafangst for eksisterande strukturerte data for anten allmennlegetenesta, tannhelsetenesta eller helsestasjons- og skulehelsetenesta. Kva område som blir innlemma først er enno ikkje bestemt. I 2019 blir det, innanfor dagens ramme, viktig å halda fram med å drifta og forvalta KPR. I tillegg må ein arbeida med å vidareutvikla visningar. Når det gjeld utvikling blir det dessutan viktig å vidareutvikla mottak, vask og validering av data for det området som blir bestemt at skal inkluderast som neste område i KPR. I 2020 blir vidare drift, forvaltning og kvalitetsforbetringar viktig. Når det gjeld vidareutvikling er planen å utreia og pilotera tilbakemelding integrert i EPJ. Samtidig er målet å produksjonssetja løysing for ny rapportering frå allmennlegetenesta, tannhelsetenesta eller helsestasjons- og skulehelsetenesta.

Det blei elles presentert døme på statistikk som nye KPR kan gi i framtida. Det blei mellom anna vist til publikasjonen SAMDATA kommune som viser utvikling og variasjon i kommunale helse- og omsorgstenester på HelseDirektoratet sine nettsider: (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>)

Kva innspel hadde Kontaktutvalet om status og vegen vidare for KPR?

SSB understreka kor viktig det er at SSB får tilgang til data frå eit framtidig KPR til å vidareføra og vidareutvikla statistikk på sine statistikkområde som inneheld helsestatistikk på kommunenivå. Det inkluderer mellom anna alle KOSTRA-statistikkane. Slik SSB tolkar KPR-forskrifta er det ingen garantiar for at SSB vil få tilgang til data frå KPR på det ønskjelege nivået.

Bufdir kommenterte at det ville vere overraskande og lite hensiktsmessig om SSB ikkje fekk tilgang til desse dataa for statistikkføremål, og grunna det med at SSB leverer viktig statistikk for og om fleire grupper i samfunnet som det er naudsynt å vidareføra og utvikla vidare.

HelseDirektoratet meinte på si side at KPR-forskrifta gir garantiar for at SSB på line med andre får tilgang til data på det nivået som trengst for å løyse konkrete oppgåver knytt til publisering av offisiell statistikk.

Kva er status per ultimo august 2018?

KPR forskrifta tok til å gjelda frå 1.12.2017, og samstundes starta KPR med innsamling av data. Årsdata for 2017 blei publisert i april 2018, og samstundes blei skjema for søknad om data for KPR publisert på HelseDirektoratet sine nettsider. Overføring av omsorgstenestedata for 2017 er under arbeid, noko forseinka i forhold til planen som blei lagt fram for møtet i kontaktutvalet. Data for 2017 vil mellom anna bli brukt til å sikra at datagrunnlag og definisjonar i statistikken for omsorgstenesta blir samanliknbar over tid, også i overgangen frå det pseudonyme IPLOS registeret til personidentifiserte KPR.

Format for rapportering av data frå omsorgstenestene i kommunane for 2018 blei publisert i desember 2017. KPR-prosjektet er i dialog med EPJ-leverandørane om arbeidet med nytt format og pilot av innsending i november 2018. HelseDirektoratet er også i gang med å utvikla tekniske system for mottak, kvalitetssikring og publisering av data frå omsorgstenestene i kommunane som skal vera ferdig til mottak av data tidleg i 2019. Dei tekniske løysningane skal byggjast på ein ny felles teknisk plattform for helseregistra i HelseDirektoratet.

HelseDirektoratet fekk i 2018 midlar over statsbudsjettet til arbeid med utviding av registeret. Direktoratet vil gi ut ein rapport med forslag til utvidingar når det gjeld

omsorgstenester, fastlegeordninga og om mogleg også helsestasjon- og skulehelsetenesta i 2018.

4.3. Meir detaljert statistikk om omsorgstenester

Det er stor merksemd rundt kommunane sine omsorgstenester og kven som mottar desse. SSB kan nå presentera detaljert informasjon om det årlege tenesteomfanget, både på fylkes- og kommunenivå.

SSB publiserer årleg offisiell statistikk over omsorgstenester. 18.oktober 2017 blei det publisert tal basert på opplysningar i IPLOS-registeret som syner tenester og tenestebukarar i kommunane gjennom kalenderåret. Tidlegare publiserte tal viser i all hovudsak tildelte tenester per 31.12 (tverrsnittsdatabe).

Tala er publisert i følgjande tre tabellar i SSB sin statistikkbank:

- 11642 Brukarar av omsorgstenester i løpet av året, etter alder og tenestetype
- 11643 Forbruk av omsorgstenester i timar i løpet av året
- 11644 Forbruk av omsorgstenester i døgn i løpet av året

Tabellane har tre grupperingsvariablar:

- Geografi: landstal, fylke, kommune
- Alder
- Tenester

Tabell om brukarar av omsorgstenester

Tabellen over talet på brukarar viser kor mange personar som har motteke den enkelte omsorgsteneste i løpet av det aktuelle året. Her er det grunn til å vera merksam på at ein brukar vil kunna motta tenester i fleire kommunar i løpet av same år, til dømes på grunn av ferieopphald eller flytting. Talet på brukarar på fylkes- og landsnivå vil difor avvike noko frå talet på brukarar på kommunalt nivå.

Tabellar om forbruk av omsorgstenester

Tabellane viser tenestemottakarane sitt faktiske forbruk av kommunale omsorgstenester. Ulike tenester blir mottatt i ein gitt periode, og kan etterfølgja kvarandre eller bli mottatt samtidig.

Ved å følgja førelaupet av tenester til kvar enkelt tenestemottakar er det teke omsyn til at nokre tenester utelukkar samtidig forbruk av andre tenester. Til dømes kan ikkje ein person på tidsavgrensa institusjonsopphald samtidig motta helsetenester i heimen.

For nokre omsorgstenester inneheld det kommunale vedtaket berre informasjon om perioden tenesta blir motteke (frå-dato og til-dato), det vil seia talet på dagar (døgn). Dette gjeld t.d. tenesta tidsavgrensa opphald i institusjon. For andre tenester angir vedtaket også tildelt tenesteomfang i form av talet på timar per veke i løpet av perioden. Dette gjeld til dømes tenestene praktisk bistand og helsetenester i heimen.

Det samla forbruket av kommunale omsorgstenester i løpet av året er derfor delt i to tabellar – ein for timebaserte tenester og ein annan for døgnbaserte tenester.

Kva meirverdi gir statistikk om brukarar og forbruk igjennom året?

SSB orienterte rundt fordelane med førelaup versus tverrsnittstatistikk. Alle brukarar blir fulgt dag for dag når ein bruker førelaupsdatabe. Ulike tidsrom kan

veljast for analysefremål og populasjon kan veljast basert på hendingar. Førelaup tar omsyn til rekkefølga som brukaren mottek helsetenseter i heimen.

SSB vil framleis laga statistikk og det vil bli jobba meir med å sjå IPLOS saman med KOSTRA og A-ordninga. Det er også tenkt å kopla IPLOS og KUHR data. SSB har jobba ein del med dateringar og registre, noko som betrar kvaliteten ved at ein kan rapportera tilbake til registereigar m.m.

4.4. Andre saker

Det er opp til utvalet sine medlemmar å spela inn saker til dagsorden på møta. I tillegg til sakene om prosjekt om registerbasert levekårsstatistikk for personar med nedsett funksjonsevne, Kommunalt pasient og brukarregister (KPR) – status og vegen vidare og meir detaljert statistikk om omsorgstjenester har det vore andre saker på dagsordenen til behandling i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- *Helsedirektoratet si rapportering av kommunale akutte døgnplassar (KAD) eller Augeblikkeleg hjelp døgnopphald.* Augeblikkeleg hjelp døgnopphald er ei lovpålagt oppgåve for kommunane f.o.m. 1.1.2016. Tenesta omfattar pasientar som kommunane sjølv har moglegheit til utreia, behandla eller yta omsorg til. Tenesta blei etablert i perioden 2012-2015, som eit ledd i samhandlingsreforma. I etableringsperioden har Helsedirektoratet gjennomført rapportering for alle kommunar for talet på ØHD/KAD-plassar og brukarar av tenesta. I tillegg har kommunane utgiftsført tenesta i kommunerekneskapen under KOSTRA-funksjon 256. Nytt for KOSTRA-rapporteringa for 2016-årgangen er at talet på plassar og opphaldsdøgn blei teke inn som eigne spørsmål i KOSTRA-skjema 4. Det var meininga at denne rapporteringa skulle erstatta særreporteringa Helsedirektoratet hadde hatt på området fram til det. Helsedirektoratet blei hausten 2016 pålagt av HOD å samla inn informasjon om tilbod og bruk av det kommunale døgntilbodet for augeblikkeleg hjelp. Første år med rapportering for somatiske pasientar var 2016-årgangen. Plikta er utvida frå 1.1.2017 til pasientar med psykisk helse- og rusmiddelproblem. Den utvida rapporteringa til Helsedirektoratet inneber at spørsmålet som blir stilt i KOSTRA-skjema 4 ikkje lenger er naudsynt å vidareføra sidan Helsedirektoratet kjem til å be om same opplysningar i si eiga rapportering. Helsedirektoratet ville koma til å føreslå å fjerna spørsmålet frå KOSTRA-skjema 4 på neste arbeidsgruppemøte for KOSTRA helse- og omsorg. Helsedirektoratet understreka hadde forståing for at rapporteringa fører til auka arbeidsbyrde for kommunane, og arbeider for at registreringa om få år kan automatiserast gjennom kommunane sine ordinære rapporteringssystem. SSB nemnde at ein bør utnytta åra med dobbelrapportering til kvalitetskontrollar.
- *Internasjonal rapportering til OECD.* SSB har ansvaret for å koordinera innrapporteringa av helsedata til OECD. Viktig bidragsytarar er Helsedirektoratet og FHI. Tala som blir innrapporterte dannar grunnlaget for den årlege rapporten Health at a Glance. Her blir det presentert nøkkelindikatorar på helse- og helsesystem for OECD-landa. Rapporten presenterer blant anna nøkkelindikatorar knytt til følgjande tema/område: *Helsestatus, Indikatorar som påverkar helse, Helseutgifter, Effektivitet og kvalitet, Tilgang, Motstandsdyktigheit, Effektivitet og berekraft av helsesystem.* Det er ofte nokre forskjellar i definisjonar mellom det som er vanleg å publisera nasjonalt i Noreg og det som blir rapportert inn til OECD. Grunnen til forskjellar er at ein nasjonalt ofte ønskjer å få fram nyansar som er særleg relevante i Noreg. Dei internasjonale definisjonane har som føremål å gjera tala mest mogleg samanliknbare på tvers av land. For at kvaliteten på data som blir

innrapportert skal bli god, er ein avhengig av at tala blir brukt. På denne måten vil ein også kunna avdekka eventuelle feil og manglar betre. Arbeidet med å koordinera innrapporteringa til OECD har blitt enklare dei siste åra etter at dei ulike bidragsytarane har oppnemnd eigne kontaktpersonar som koordinerer internt i sine etatar. Det er ønskjeleg at denne ordninga held fram.

- *Arbeidsulukker og yrkessjukdomar – Internasjonal rapportering og offisiell statistikk.* Statistikk for arbeidsulukker er ein offisiell statistikk som er EU-forordna og som SSB utarbeider på vegne av Noreg. Noreg, gjennom SSB, har rapportert til Eurostat og publisert offisiell statistikk for rapporterte arbeidsulykker årleg sidan 2015. Statistikken blir framleis utarbeida gjennom registrering på skjema, og både forvaltninga av arbeidsulukker og tilhøyrande statistikk, vil kunne tena på at den elektroniske meldeløysinga for rapporteringa av arbeidsulukker blir realisert. Statistikk for yrkessjukdomar er per den 27/05/17 berre i pilotform på Europeisk nivå. Noreg har ikkje nokon offisiell statistikk på området, og det er heller ikkje blitt lagt ned nokre bestemningar på kva aktør i Noreg som er best eigna til å jobbe med statistikken. Talet på vedtak for godkjenning av yrkessjukdomar finst i databasen Infotrygd hos NAV. Statistikken har ibuande problem på Europeisk nivå som følgje av deltakande land opererer med ulike kriterium og regelverk for kva som blir godkjent som yrkessjukdom. Det fører blant anna til svært ulike populasjonar som blir samanlikna mellom land. Tidsplanane for Europeisk statistikk for yrkessjukdomar er tilgjengelege på Eurostat sine sider. Den pågåande piloten held fram til sommaren 2018, kor Eurostat tar ei vurdering på endringar og gjer statistikken offisiell. Det er venta at det kjem EU-forordning, som påverkar Noreg, tidlegast i 2019.
- *Velferdsytingar – arbeid og stønadsmottak.* SSB publiserte 20.01.2016 ny trygdestatistikk: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/velferd/aar>. Den nye statistikken følgjer trygdemottakarar av ytingar som økonomisk sosialhjelp, sjukepengar, arbeidsavklaringspengar (AAP) og uføretrygd over tid (2009-2013). Statistikkjelda er førelaupsdatabasen til SSB, FD-Trygd. Denne har ulike typar velferdsytingar tilbake til 1992 og sidan databasen har registrering og datering av hendingar i livsløpet til personane som inngår er det mogleg å følgja personar over tid for å sjå utfall etter ei hending (t.d. ei «hending» som mottak av økonomisk sosialhjelp). I tillegg til dette føremålet er den nye statistikken også ein kontrast til ordinær tverrsnittstatistikk. Ein vil også kunna få informasjon om personar si tilknytning til arbeidsmarknaden etter trygdemottak. Nokre av funna frå statistikken er at langvarig sosialhjelpsmottak gir ein svakare tilknytning til arbeidsmarknaden. Innvandrarar frå Asia og Afrika blir sjeldnare mottakarar av uføretrygd eller AAP, og er oftare i arbeid etter fem år. Innvandrarar frå EU/EØS er oftare enn andre i arbeid etter fem år. Andre funn er at fleire enn ein av fem langtidssjuke fell heilt ut av arbeidslivet – mange har en laus tilknytning og få har varig heilårsarbeid. Innvandrarar fell oftare ut av arbeid, mottar oftare AAP, men er sjeldnare uføre. Dei som går raskt ut av AAP fordeler seg ganske jamt mellom arbeid og uføretrygd fire år etter. Innvandrarar frå Afrika og Asia er sjeldnare i arbeid, medan delen som mottar uføretrygd er lik resten av befolkninga. Innvandrarar frå EU/EØS er like ofte i arbeid, medan delen som mottar uføretrygd er lågare enn i resten av befolkninga.
- *Sjukepleiarar som sluttar i helsetenesta – ei føreløpsanalyse av helsepersonell ved hjelp av registerdata.* SSB presenterte hovudfunn og resultat frå ein artikkel, publisert 25. august, som er basert på ein føreløpsanalyse av nyutdanna sjukepleiarar som har blitt følgt over ein periode på 10 år. Bakgrunnen er at

behovet for helsepersonell, særleg sjukepleiarar, vil auka i åra som kjem. At det blir fleire eldre i befolkninga og høgare levealder gjer det viktig at flest mogleg som utdannar seg til sjukepleiarar jobbar som sjukepleiarar. Populasjonen som har studert 3 452 personar som var utdanna sjukepleiarar i 2004. Datakjeldene er registeropplysningar frå offisiell utdanningsstatistikk, offisiell sysselsetjingsstatistikk og FD-trygd. Tala viser mellom anna at delen som arbeider i Spesialisthelsetenesta blir redusert frå om lag 50 prosent til i underkant av 40 prosent og delen som arbeider i helse- og omsorgstenesta blir redusert frå om lag 40 prosent til 35 prosent i perioden 200-2014. Samtidig aukar delen som arbeider utanfor helsetenesta frå i underkant av 10 prosent til 20 prosent i same periode (1 av 5 sjukepleiarar). Delen som ikkje jobbar i helsetenesta, aukar, men mest dei fire første åra. Sjukepleiarane kan av ulike årsaker gå inn og ut av jobb i helsetenesta. Når det gjeld vidare arbeid er det mange spennande moglegheiter for fleire analysar. For det første kan det vera interessant å sjå på fleire kull for å samanlikna resultatane ein har fått. I tillegg vil det vera interessant å studera alle sjukepleiarane for å sjå korleis resultatane blir då. Vidare vil det vera interessant å studera forløp på andre yrkesgrupper. SSB har mange koplingsmoglegheiter når det gjeld informasjon om helsepersonell.

- *Ny rapport om fattigdom og levekår i Norge: Tilstand og utviklingstrekk.* Fattigdomsrapporten som NAV publiserte nyttar i stor grad SSB-statistikk: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/NAV+rapportserie/NAV+rappporter/fattigdom-og-levok%C3%A5r-i-norge.tilstand-og-utviklingstrekk-2017> Rapporten tek for seg utviklinga i inntekt og inntektsfordelinga i Noreg. Det er fokus på utviklinga knytt til låginntekt og levekår. Utviklinga i sosialhjelpsmottak og utrekning av sosialhjelpsprosenten er også sentralt i rapporten. Sosialhjelpsprosenten blir sett i forhold til ulike aldersgrupper og personar med innvandringsbakgrunn. Mottakarar av sosialhjelp blir også sett i høve til arbeidsmarknaden. NAV anbefalte å bruka rapporten som ei kunnskapsoppsummering. NAV orienterte om at KS har fått utarbeidd ein rapport ved hjelp av Proba og den viser at første generasjons innvandrarakar hadde høg førekømt av sosialhjelpsmottakar i 2016 (8 % mottok sosialhjelp), men barna deira hadde ein låg del sosialhjelpsmottakar (berre 1,2 %, mot 1,6 % i befolkninga elles). NAV ønskjer seg meir statistikk der innvandringsbakgrunn er påkøpla i framtida. Innvandrarakar har i større grad låginntekt og mindre opparbeida trygderettar.

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. Databehandler

- 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 totrinnshjemmel. 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 15. mars 2017

eko, 11.4.2017

Til stades: Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Pål Strand (Bufdir), Solveig Valseth (Bufdir), Else-Karin Grøholt (FHI), Olav J. Gjestvang (Helse- og omsorgsdepartementet), Anne Jensen (KS), Veslemøy Hellem (KS), Thuy Nguyen (Arbeids- og sosialdepartementet), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Emshaw Degife Gurmu (SSB), Harald Tønseth (SSB), Unni Grebstad (SSB), Geir Hjemås (under sak 4.) (SSB) Trond Ekornrud (SSB)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk 15.mars 2017

Sak 1. Sosialhjelp – forslag til nye tabellar på ssb.no v/Harald Tønseth, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Harald Tønseth orienterte om nye kommunedata for Sosialhjelpsområdet. Ein statistikkjennomgang av området i 2014-2015 viste sprikande forventningar til kva ein kommunestatistikk skal visa. Det gjeld både det som tel mest, aktualiteten eller tilrettelegging. I tillegg opplever ein stadig større etterspørsel til fleire tal på kommunenivå. Samtidig er det fleire av desse tala som passar best for større kommunar.

SSB utarbeidde ein testversjon av nye kommunedata i april 2016. Det blei produsert 14 tabellar for samlege kommunar. I desse tabellane la ein hovudvekt på mottakarar (gjengangarar) dei siste to åra og innvandrarar. Testversjonen av dei nye tabellane viste at kommunetal basert på 10 000 personar kan gi 100 prikkar kommunar (færre enn fire personar), og tal basert på 5 000 personar prikking for halvparten av kommunane.

KOSTRA sine prinsipp er at tal skal samlast inn og publiserast for alle kommunar. Følgjeleg må det brukast andre arenaer enn KOSTRA for tal som berre eignar seg for større kommunar eller der tilrettelegging er viktigare enn aktualitet.

Når det gjeld sosialhjelpsstatistikk på ssb.no blir det publisert ei mengde KOSTRA-tabellar, for alle kommunar, med ulikt omfang av prikking. I tillegg blir det publisert ti tabellar i samband med artikkel i Dagen statistikk to-tre veker etter KOSTRA-publiseringa 15.juni (<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/soshjelpk>). Desse krev noko meir tilrettelegging og berre ein av desse tabellane inneheld data for alle kommunar. Til sist blir det publisert 19 tabellar under velferdsytingar, som har tidsseriar på landsnivå (<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/velferd>).

For å imøtekoma ulike brukarbehov på best mogleg måte vil SSB visa til KOSTRA-tabellane for alle dataa som kan produserast innan KOSTRA-fristane. Når det gjeld data som krev meir tilrettelegging, eller som er for detaljerte til å passa for samlege kommunar kjem SSB til å visa til tabellane som blir publisert i samband med Dagen statistikk for sosialhjelp. I tillegg er det planar om å utvida tabellane for velferdsytingar ned til kommunenivå – så langt ned i kommunestorleik som det er mogleg.

Det blei reist spørsmål om ein får eit a- og b-lag av kommunar som etterspør sosialhjelpsdata. Større kommunar har ofte meir samansette problemstillingar enn små kommunar og treng meir detaljerte data, som mellom anna viser utviklinga over tid. SSB understreka at servicen til små kommunar ikkje blir dårlegare, sjølv om ein utnyttar data betre for dei store.

Sak 2. Orientering om Helsedirektoratet si rapportering av kommunale akutte døgnplassar (KAD) eller Augeblikkeleg hjelp døgnopphald v Kirsti Strand, Helsedirektoratet

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Kirsti Strand orienterte. Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald er ei lovpålagt oppgåve for kommunane f.o.m. 1.1.2016. Tenesta omfattar pasientar som kommunane sjølv har moglegheit til utreia, behandla eller yta omsorg til. Tenesta blei etablert i perioden 2012-2015, som eit ledd i samhandlingsreforma. I etableringsperioden har Helsedirektoratet gjennomført rapportering for alle kommunar for talet på ØHD/KAD-plassar og brukarar av tenesta. I tillegg har kommunane utgiftsført tenesta i kommunerekneskapen under KOSTRA-funksjon 256.

Nytt for KOSTRA-rapporteringa for 2016-årgangen er at talet på plassar og opphaldsdøgn blei teke inn som eigne spørsmål i KOSTRA-skjema 4. Det var meininga at denne rapporteringa skulle erstatta særreporteringa Helsedirektoratet hadde hatt på området fram til det. Helsedirektoratet blei hausten 2016 pålagt av HOD å samla inn informasjon om tilbod og bruk av det kommunale døgntilbodet for augeblikkeleg hjelp. Første år med rapportering for somatiske pasientar var 2016-årgangen. Plikta er utvida frå 1.1.2017 til pasientar med psykisk helse- og rusmiddelproblem. Den utvida rapporteringa til Helsedirektoratet inneber at spørsmålet som blir stilt i KOSTRA-skjema 4 ikkje lenger er naudsynt å vidareføra sidan Helsedirektoratet kjem til å be om same opplysningar i si eiga rapportering. Helsedirektoratet ville koma til å føreslå å fjerna spørsmålet frå KOSTRA-skjema 4 på neste arbeidsgruppemøte for KOSTRA helse- og omsorg.

Helsedirektoratet understreka at dei hadde forståing for at rapporteringa fører til auka arbeidsbyrde for kommunane, og arbeider for at registreringa om få år kan automatiserast gjennom kommunane sine ordinære rapporteringssystem. SSB nemnde at ein bør utnytta åra med dobbeltrapportering til kvalitetskontrollar.

Sak 3. KOSTRA-publisering 15.mars v/Trond Ekorndrud

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Førebelse KOSTRA-tal for 2016-årgangen blei publisert 15.mars (<http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra>). Publiseringa inkluderer nøkkeltal og styringsinformasjon for alle kommunale tenesteområde som omhandlar prioriteringar, dekningsgrader, produktivitet/einingskostnader og utdjupande tenesteindikatorar. For kontaktutvalet er det særleg følgjande område som er relevante:

- Kommunehelsetenesta
- Pleie og omsorg
- Psykisk helsearbeid og rusarbeid
- Brann- og ulukkesvern
- Sosialtenesta/Sosialhjelp
- Introduksjonsordninga
- Vald i nære relasjonar

- Barnevern
- Kommunale bustader
- Tannhelse

KOSTRA-publiseringa inneheld data frå ei rekke ulike kjelder, som t.d. kommunerekneskapen, KOSTRA-skjema, IPLOS, Fastlegeregisteret, KUHR, a-ordninga (årsverk), SSBs befolkningsstatistikk med fleire. Nytt for året er at dei årsverkstala, henta frå a-ordninga, som blei publisert 15.mars er endelege. Tidlegare då Aa-registeret var kjelde for årsverkstala publiserte ein førebelse tal i mars og endelege tal i juni. Den nye datakjelda (a-ordninga) gjer det mogleg å publisera endelege tal i mars.

Når det gjeld KOSTRA-publiseringa og vegen vidare blei det orientert om at årets publisering blir siste med noverande IT-løysing. Frå og med marspubliseringa i 2018 vil KOSTRA bli publisert på ny IT-plattform (internt) og utsjånaden på ssb.no vil også bli endra. Den noverande faktaark-løysinga vil bli erstatta av KOSTRA kommunefakta som vil innehalda dei 10-15 viktigaste nøkkeltala for kvart område. I tillegg vil det bli ei omstrukturering av statistikkbanktabellane som ligg i KOSTRA i dag. Føremålet med omstruktureringa er å gjera statistikkbanktabellane meir oversiktlege og følgeleg meir brukarvenlege. Alle tal som blir publisert i statistikkbanken per i dag vil bli vidareført i ny ordning, enten som nøkkeltal eller som grunnlagsdata der brukarane sjølv kan samanstillta til nøkkeltal.

Det blei elles vist til kommunefakta – kommuneprofil som blei lansert på ssb.no hausten 2016: <http://www.ssb.no/kommunefakta>

Her kan brukarane velja seg ein kommune og få ut ein profil for denne kommunen, som blant anna inneheld nøkkeltal knytt til befolkinga, forventa levealder, sosialhjelp, helse- og omsorg, barn og unge, utdanning, arbeid og inntekt og kommuneøkonomi. Nokre av tala i kommunefakta – kommuneprofil er henta frå KOSTRA, medan andre er henta frå andre statistikkar i SSB. Det er planlagt at enkelte av nøkkeltala vil bli bytta ut, litt avhengig av aktualitet, som t.d. i samband med stortingsvalet til hausten.

Sak 4. Internasjonal rapportering til OECD v/Geir Hjemås

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Geir Hjemås orienterte. SSB har ansvaret for å koordinera innrapporteringa av helsedata til OECD. Viktig bidragsytarar er Helsedirektoratet og FHI. Tala som blir innrapporterte dannar grunnlaget for den årlege rapporten Health at a Glance. Her blir det presentert nøkkelindikatorar på helse- og helsesystem for OECD-landa. Rapporten presenterer blant anna nøkkelindikatorar knytt til følgjande tema/område:

- Helsestatus
- Indikatorar som påverkar helse
- Helseutgifter
- Effektivitet og kvalitet
- Tilgang
- Motstandsdyktigheit, effektivitet og berekraft av helsesystem

Når det gjeld definisjonar er det ofte nokre forskjellar mellom det som er vanleg å publisera nasjonalt i Noreg og det som blir rapportert inn til OECD. Grunnen til at det er forskjellar er at ein nasjonalt ofte ønskjer å få fram nyansar som er særleg relevante i Noreg. Elles gir tilgang til data det mogleg å publisera meir detaljert

nasjonalt enn kva som er hensiktsmessig og mogleg internasjonalt. Dei internasjonale definisjonane har som føremål å gjera tala mest mogleg samanliknbare på tvers av land.

For at kvaliteten på data som blir innrapportert skal bli god, er ein avhengig av at tala blir brukt. I samband med dette blei det oppmoda om alle etatar bruker tala i OECD-rapportane aktivt der det er relevant. På denne måten vil ein også kunna avdekka eventuelle feil og manglar betre.

SSB nemnde elles at arbeidet med å koordinera innrapporteringa til OECD har blitt enklare dei siste åra etter at dei ulike bidragsytarane har oppnemnd eigne kontaktpersonar som koordinerer internt i sine etatar. Det er ønskjeleg at denne ordninga held fram.

Sak 5. Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt.

Sak 6. Avrunding (Møteleiar Ann-Kristin Brændvang, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk skal heldast **onsdag 24. mai 2017**.

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 24. mai 2017

ugr, 27.05.2017

Til stede: Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Pål Strand (Bufdir), Sissel Nordheim Skjæveland (Helse- og omsorgsdepartementet), Anne Gamme (KS), Else-Karin Grøholt (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Tor Morten Normann (SSB) (under sak 3.), Joachim Wettergren (under sak 2.), Unni Beate Grebstad (SSB), (SSB) Trond Ekornrud (SSB), Arne Jensen (SSB), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Elisabeth Rønning (SSB, møteleder)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk 24.mai 2017

Sak 1. Prosjekt - Registerbasert levekårsstatistikk for personer med nedsatt funksjonsevne – v/Pål Strand, Bufdir

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Bufdir orienterte om prosjektet som er et samarbeid mellom Bufdir og SSB. Formålet med prosjektet er å styrke statistikkgrunnlaget for utsatte grupper i samfunnet, øke mulighetene for nedbrutt statistikk og tidsserier og sammenligne levekårsutviklingen for undergrupper av personer med funksjonsnedsettelse seg imellom og med befolkningen. Videre er det ønskelig å supplere selvrapportert levekårsstatistikk om personer med funksjonsnedsettelse med «objektiv» statistikk. Til sist ønsker en at statistikken skal danne kildegrunnlag for «objektive» resultatindikatorer, blant annet på kommunenivå. Hjelpemiddelsentralens utlansregister i kombinasjon med bl.a. uføreregisteret, grunn- og hjelpestønadsregisteret, SSBs sentrale personregister er tenkt å danne grunnlaget for den nye statistikken.

Bakgrunnen for prosjektet er FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD) – ratifisert i 2013. I tillegg ble det utarbeidet en alternativ rapport til FN-Komiteen i 2015 (FFO, SAFO og Unge funksjonshemmede). NTNU-samfunnsforskning publiserte rapportene Bruk av statistiske indikatorer i rapportering til CRPD og Levekår for personer med nedsatt funksjonsevne – Fellestrekk og variasjon. Til sist ligger Kaldheimutvalget (NOU 2016:17) På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming til grunn. Brukerne av statistikken vil i hovedsak være statlige aktører som departementene, direktorater og Fylkesmannen, samt kommuner og brukerorganisasjoner.

Det skal først settes i gang et forprosjekt i 2017/2018 og deretter et hovedprosjekt i 2018/2019 dersom ting går etter planen. I forprosjektet skal NAV og brukerorganisasjoner bli involvert. Samtidig skal det innhentes fagkompetanse for populasjonsavgrensninger. Det skal utarbeides et notat som blant annet skal inneholde brukerbehov, populasjonsavgrensninger og kostnader. Basert på forprosjektet vil det bli tatt en beslutning om hovedprosjektet i Bufdirs og SSBs ledelse. Hovedprosjektet vil bestå av innhenting av datakilder, gjennomføre populasjonsavgrensninger, statistikktesting, tabellarbeid osv.

Eksempel på opplysninger som kan kobles på utvalget er følgende:

- Utdanning

- Inntekt (arbeidsinntekt, trygd, bostøtte, sosialhjelp, formue etc.)
- Arbeid
- Transport – egen bil
- Justis – (kriminalitet, rettsvesen, verge etc.)
- Bolig, boforhold, husholdningsopplysninger
- Helse og omsorg (Bruk av fastlege, dagaktivitet, støttekontakt, BPA)
- Foreldres levekår til barn med funksjonsnedsettelse

Når det gjelder tanker om delpopulasjoner som kan være aktuelle ble følgende nevnt:

- **Undergrupper av funksjonsnedsettelse**
 - Utviklingshemmede
 - Bevegelseshemmede (f.eks. rullestolbrukere mv.)
 - Personer med sansetap (syn, hørsel)
 - Personer med psykiske vansker
 - Annet?
- **Andre nedbrytninger**
 - Geografi
 - Landbakgrunn
 - Kjønn og alder
- **Husholdningsstatistikk** med barn/ voksne etter type funksjonsnedsettelse

KS hadde kommentar til at det ikke er enighet om definisjoner på hvem som er utviklingshemmede. Det er også «gråsoner» jfr. at IPLOS i liten grad fanger opp kognitiv svikt og vil Bufdir kunne bidra noe inn ifht dette? Bufdir svarte at de vil bruke uføreregisteret og viste til Kaldheim-utvalget. KS mente at dette bildet kunne være noe mer differensiert. Bufdir trakk fram at for å danne en populasjon av personer med utviklingshemming, foreslår Kaldheimutvalget også å benytte enkelte andre diagnosekoder hvor man vet at andelen som også har en utviklingshemming er høy. Bufdir vil bringe inn fagkompetanse på dette. Dessuten synes ikke brukerorganisasjonene å være glad i avgrensningene i den selvrapporterte statistikken da de er usikre på hvilke grupper funksjonshemmede som inngår. For eksempel kan man anta at utviklingshemmede i stor grad faller ut av den selvrapporterte statistikken, mens registerstatistikken vil inkludere personer med større grad av utviklingshemming. FHI var usikker på datagrunnlaget og definisjonen av nedsatt funksjonsevne. Det er stor forskjell på gruppene og spørsmålet er hva gir dette statistikk på? Mange i uføreregisteret du ikke vil finne, mht. kobling av personnummer i registeret til Veidirektoratet.

SSB orienterte om at KPR-forskriftene ikke var ferdige, statistikkloven er under revisjon, og dette er tidlig i prosessen/på idestadiet, det må gjøres en populasjonsavgrensning etc. I tillegg gjenstår det å gjøre et DM-vedtak om at dette skal bli offisiell statistikk. SSB presiserte også at det er viktig å bruke de kildene som er der og at forprosjektet nok vil vare en stund. SSB anbefalte også en datadreven definisjon. Dette utfra at det finnes mange forskjellige registreringer og de samme personene vil gjenfinnes i de ulike registrene. Et spørsmål er derfor om det skal lages flere forskjellige populasjoner? Bufdir viste til flere måter å identifisere grupper på; m.a. stikk fra hjelpemiddelregisteret til NAV for å identifisere blinde. KS lurte da på om eldre mennesker da også ville inngå i en slik eventuell populasjon? Spørsmål om det er alderssvekkelse eller funksjonsnedsettelse som da blir målt? Bufdir viste da til at alder vil inngå i statistikken for å skille ut slike tilfeller.

Sak 2. Arbeidsulykker og yrkessykdommer – Internasjonal rapportering og offisiell statistikk – v/Arne Jensen, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

Statistikk for arbeidsulykker er en offisiell statistikk som er EU-forordnet og som SSB lager på vegne av Norge. Norge, gjennom SSB, rapporterer til Eurostat og publiserer offisiell statistikk for rapporterte arbeidsulykker årlig, og har gjort det siden 2015. Statistikken blir fortsatt utarbeidet gjennom registrering på skjema, og både forvaltningen av arbeidsulykker og dets tilhørende statistikk, vil kunne tjene på at den elektroniske meldeløsningen for rapporteringen av arbeidsulykker blir realisert.

Statistikk for yrkessykdommer er per den 27/05/17 kun i pilotform på Europeisk nivå. Norge har ikke noen offisiell statistikk på området, og det er heller ikke blitt lagt ned noen bestemmelser på hvilken aktør i Norge som er best egnet til å jobbe med statistikken. Antall vedtak for godkjenning av yrkessykdommer finnes i databasen Infotrygd hos NAV, som dessverre er gammel. Dette gjør at det ikke er lett å hente ut informasjon ifølge dem SSB har jobbet med i forbindelse med arbeidsulykker.

Statistikken har iboende problemer på Europeisk nivå som følge av deltakende land opererer med ulike kriterier og regelverk for hva som blir godkjent som yrkessykdom. Dette fører blant annet til svært forskjellige populasjoner som sammenlignes til tross for forskjellene mellom land. Tidsplanene for Europeisk Statistikk for Yrkessykdommer er tilgjengelige fra Eurostat sin side. Den pågående piloten fortsetter til sommeren 2018, hvor Eurostat tar en vurdering på endringer og gjør statistikken offisiell. Det er ventet at det kommer EU-forordning, som påvirker Norge, tidligst i 2019.

Sak 3. Velferdsytelser – arbeid og stønadsmottak, v/Tor Morten Normann, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

SSB publiserte 20.01.2016 ny trygdestatistikk: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/velferd/aar>

Den nye statistikken følger trygdemottakere av ytelse som økonomisk sosialhjelp, sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd over tid (2009-2013). Statistikkilden er forløpsdatabasen til SSB, populært kalt FD-Trygd. FD-Trygd har ulike typer velferdsytelser tilbake til 1992 og siden databasen har registrering og datering av hendelser i livsløpet til personene som inngår er det mulig å følge personer over tid for å se utfall etter en hendelse (f.eks. en «hendelse» som mottak av økonomisk sosialhjelp). I tillegg til dette formålet er den nye statistikken også en kontrast til ordinær tverrsnittstatistikk. Vi vil også kunne få informasjon om personers tilknytning til arbeidsmarkedet etter trygdemottak.

Noen av funnene fra statistikken er at langvarig sosialhjelpsmottak gir en svakere tilknytning til arbeidsmarkedet. Innvandrere fra Asia, Afrika etc. blir sjeldnere mottakere av uføretrygd eller AAP, og er oftere i arbeid etter fem år. Innvandrere fra EU/EØS etc. er oftere enn andre i arbeid etter fem år. Andre funn er at flere enn en av fem langtidssyke faller helt ut av arbeidslivet – mange har en løs tilknytning og få har varig helårsarbeid. Innvandrere faller oftere ut av arbeid, mottar oftere AAP, men er sjeldnere uføre. De som går raskt ut av AAP fordeler seg ganske

jevnt mellom arbeid og uføretrygd fire år etter. Innvandrere fra Afrika, Asia etc. er sjeldnere i arbeid, mens andelen som mottar uføretrygd er lik den øvrige befolkning. Innvandrere fra EU/EØS er like ofte i arbeid, mens andelen som mottar uføretrygd er lavere enn i den øvrige befolkning.

NAV ønsket gjerne en tilsvarende presentasjon av SSB i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Sak 4. Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt.

Neste møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk blir **onsdag 20. september 2017**.

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

Vedlegg D: Referat 20. september 2017

eko, 10.10.2017

Til stades: Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Pål Strand (Bufdir), Solveig Valseth (Bufdir), Nora Heyerdahl (FHI), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Arne Jensen (SSB), Harald Tønseth (SSB), Unni Grebstad (SSB), Dag Abrahamsen (under sak 2.), Othilde Skjøstad (under sak 4.), Svetlana Beyrer (under sak 3.) (SSB) Trond Ekornrud (SSB) (ref.)

Referat frå møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk 20.september 2017

Sak 1. Kommunalt pasient og brukarregister (KPR) – status og vegen vidare v/Kirsti Strand, Helsedirektoratet

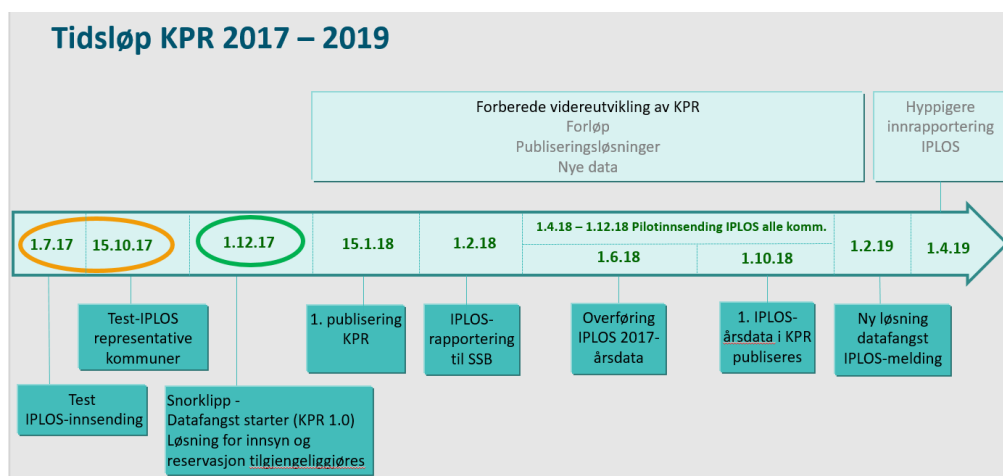
Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og nettsida:

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

Kirsti Strand orienterte om status, planar og risiko for eit framtidig KPR.

1.desember skal datafangst for første versjon av KPR vera på plass. Målet er at den første versjonen av KPR skal bli lansert 15.januar 2018. Denne versjonen vil innehalda data frå KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjonar) frå perioden 01.07.2016-01.10.2017, og inkludera informasjon om pasientar fordelt på diagnoser, kjønn og alder og sannsynlegvis konsultasjons- og kontaktstatistikk.

Innrapportering av IPLOS data til KPR vil bli gjennomført frå og med 2018-årgangen. Frå og med 1.3 2019 er òg målet å ha klare IPLOS-data i KPR. I første omgang vil IPLOS-data innehalda tilsvarende informasjon som blir rapportert til IPLOS og SSB i dag. Under er ein oversikt over tidslaup for KPR i perioden 2017-2019:



Når det gjeld risikovurdering per 1.september 2017 skil ein mellom gjennomføringsrisiko og forvaltingsrisiko. Når det gjeld gjennomføringsrisiko tilseier tilgjengelege rammer at noko utvikling kan bli skyve på inn i 2018. Dette

gjeld i hovudsak IPLOS. I tillegg kan manglande brukargrensesnitt gjera drift og forvaltning meir ressurskrevjande enn ønskeleg. Når det gjeld forvaltingsrisiko kan auka forvaltingsutgifter føra til at moglegheiter for nyutvikling og rasjonalisering av drift blir redusert. Ein auke i leveransekrav inneber at det kan bli utfordrande å levera til eksterne i høve til frist (mellom 30 og 60 verkedagar). Til sist kan manglande kapasitet til analyse og kvalitetssikring internt gi mangelfull kvalitet i data/metadata-rettleiing til eksterne bestillarar av data.

Moglege leveransar i KPR i perioden 2018-2020 blei presentert. Ein skil her mellom kva som skal gjerast innanfor dagens ramme og kva som skal gjerast av vidareutvikling med auke i tilskot til 2016-nivå. I 2018 blir det, innanfor dagens ramme, viktig å få på plass ei løysing for IPLOS og drifta og forvalta KPR på ein hensiktsmessig måte. Når det gjeld utviklingsoppgåver ønskjer ein å utreia ny datafangst for eksisterande strukturerte data for anten allmennlegetenesta, tannhelsetenesta eller helsestasjons- og skulehelsetenesta. Kva område som blir innlemma først er enno ikkje bestemt. I 2019 blir det, innanfor dagens ramme, viktig å halda fram med å drifta og forvalta KPR. I tillegg må ein arbeida med å vidareutvikla visningar. Når det gjeld utvikling blir det dessutan viktig å vidareutvikla mottak, vask og validering av data for det området som blir bestemt at skal inkluderas som neste område i KPR. I 2020 blir vidare drift, forvaltning og kvalitetsforbetringar viktig. Når det gjeld vidareutvikling er planen å utreia og pilotera tilbakemelding integrert i EPJ. Samtidig er målet å produksjonssetja løysing for ny rapportering frå allmennlegetenesta, tannhelsetenesta eller helsestasjons- og skulehelsetenesta.

Det blei elles presentert døme på statistikk som nye KPR kan gi i framtida. Det blei mellom anna vist til publikasjonen SAMDATA kommune som viser utvikling og variasjon i kommunale helse- og omsorgstenester sida på Helsedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samdata-kommune>)

Ann-Kristin Brændvang (SSB) understreka kor viktig det er at SSB får tilgang til data frå eit framtidig KPR til å vidareføra og vidareutvikla statistikk på sine statistikkområde som inneheld helsestatistikk på kommunenivå. Det inkluderer mellom anna alle KOSTRA-statistikkane. Slik SSB tolkar KPR-forskrifta er det ingen garantiar for at SSB vil få tilgang til data frå KPR på det ønskelege nivået.

Pål Strand (Bufdir) kommenterte at det ville vere overraskande og lite hensiktsmessig om SSB ikkje fekk tilgang til desse dataa for statistikkføremål, og grunna det med at SSB leverer viktig statistikk for og om fleire grupper i samfunnet som det er naudsynt å vidareføre og utvikle vidare.

Sak 2. Kva skjer i heimetenesta? Heildøgnsstilbod og målgrupper – statistikkutvikling v/Dag Abrahamsen, SSB

*Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og artikkel publisert 8.september:
[Heildøgnsstilbod er meir enn sjukeheim](#)*

Dag Abrahamsen orienterte. Norske kommunar bruker over 50 milliardar kroner på heimetenester i året (KOSTRA-funksjon 254). Dette utgjer om lag halvparten av utgiftene i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Det har blitt ytra ønska frå både kommunar og sentrale myndigheiter om å få meir detaljert statistikk om kva desse utgiftene går med til. Effektiviseringsnettverka til KS (ASSS-omsorgstenesta som inkluderer dei ti største kommunane i landet) har i fleire år utreia moglegheitene for å fordela utgiftene i heimetenestene på ulike målgrupper. Arbeidet med dette held på enno. Ei av utfordringane er å bli einige om ei felles inndeling etter målgrupper.

Tal frå IPLOS viser at det er om lag 200 000 brukarar i heimetenesta. 43 prosent av desse er under 67 år. Det er difor interessant å få betre oversikt over kor mykje utgifter som går til ulike grupper. Ei mogleg tilnærming til å fordela utgifter i framtida kan vera å sjå på tildelte timar i løpet av året (volum) etter ulike aldersgrupper og deltenester i heimetenesta. SSB arbeider med å publisera statistikk på dette. Tabellar som viser dette kjem til å bli publisert i statistikkbanken på ssb.no i løpet av hausten 2017.

Når det gjeld heildøgntenester blei det vist til ein SSB-artikkel publisert i samband med valkampen i september 2017. Hovudbodskapen er at teljinga av plassar i institusjon og bustadar med bemanning ikkje lenger er heilt dekkjande for totalbildet av heildøgnsstilbod i helse- omsorgstenesta. Tenestene er ofte organiserte annleis enn før, og særleg blir det meir vanleg å kombinere dei med ny teknologi. I tillegg til institusjon, kan ein gi heildøgnsstilbod i kommunalt disponert bustad, i eigen private bustad, og som kombinasjon av ulike tenester.

Tilgjengeleg statistikk viser berre små endringar i talet på heildøgns plassar i norske kommunar. Ifølgje KOSTRA for 2016 held talet på sjukeheimplassar fram med å gå svakt ned, til 39 583. For første gong er det dessutan under 1 000 plassar i aldersheimar – 889. Samtidig er det ein tilsvarande auke i talet på bustader med heildøgnsstilbod til 23 121. Talet på plassar gir likevel ikkje heila sanninga. Det kan vere brukarar utanfor dei tradisjonelle plassane som kan ha heildøgnsstilbod, og det kan vere bebuarar på sjukeheim og bustad med fast tilsette som ikkje har behov for heildøgnssteneste.

I samband med dette har HOD og KS utarbeidd eit notat «[Heldøgns](#)» frå mars 2017 som drøftar korleis ein skal forstå heildøgnsomgrepet innanfor statistikk, forskning og tilskotsforvaltning. Til dømes kan kommunane med varslings- og lokaliseringsteknologi og personell i tilstrekkeleg nærleik – ikkje nødvendigvis i same bygning – tilby heildøgns teneste og tryggleik på ein heilt annan måte enn i ein sjukeheim eller bustad med fast tilknytt personell. Notatet ønskjer ikkje å gi noko fasitsvar på kva heildøgnsstilbod inneber. Særleg understrekar ein kommunane sitt ansvar for å vurdere kven som har behov for heildøgntenester, og kva for ein måte ein best møter det individuelle tenestebehovet for desse på. Samtidig skil ein i notatet mellom heildøgntenester og eventuelt tilrettelagte bustader. Dei drøftar samstundes ikkje problemstillingar som t.d. definisjonen av ein omsorgsbustad, fast tilknytt personell heile døgeret og skilje mellom heimetenester og institusjon.

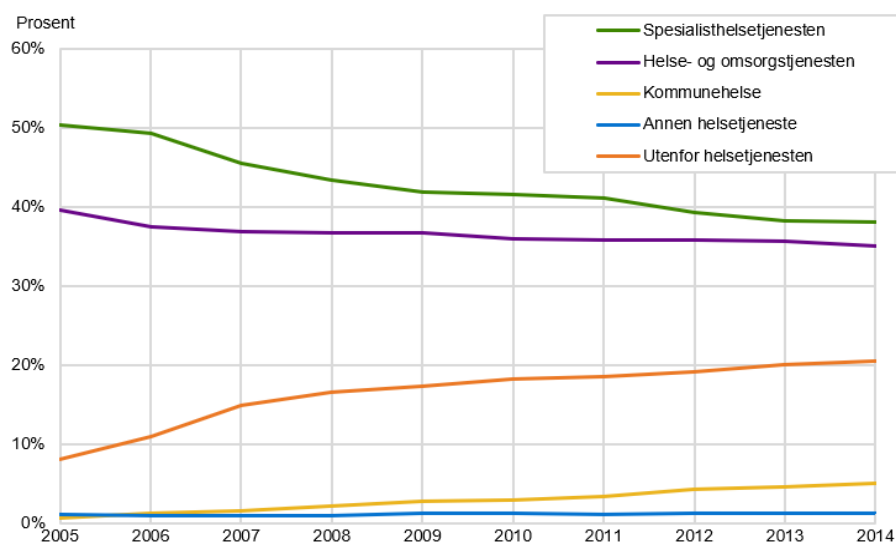
I samband med å utvikla statistikk på området har SSB halde eit møte der HOD, KS og Helsedirektoratet har delteke. På møtet drøfta ein korleis ein kan utvikla statistikk på området. SSB. Når det gjeld statistikkbehov på området er det ønskjeleg å få informasjon om kor mange brukarar som har vedtak på heildøgnsstilbod. I tillegg er det ønskjeleg å få informasjon om kva som kjenneteiknar brukarane, kva tenester som inngår i eit heildøgnsstilbod og kva ressursar som blir sett inn av kommunane for å gi eit heildøgnsstilbod (plassar i tilrettelagt butilbod, personell, ny velferdsteknologi og utgifter). SSB meiner det er fleire moglegheiter for å utvikla ny statistikk på området og skisserte fire laup. Det første laupet er å analysa allereie eksisterande data frå IPLOS-registeret og KOSTRA langs ulike dimensjonar når det gjeld type tenester og omfang, bistandsbehov, diagnose og plassar for å sjå om ein kan få informasjon om brukarar av heildøgntenester og om det er kjenneteikn ved ressurskrevjande brukarar. SSB har førespegla HOD eit mogleg oppdrag der dei ser for seg å analysa IPLOS-data for å seia noko om personar med heildøgnsstenester, samt å koma med anbefalingar for korleis ein bør innretta ny rapportering på området i eit komande KPR. Det andre laupet for å utvikla ny statistikk er å etablere ny rapportering i IPLOS om temaet. Det er tredje laupet er å etablere nye rapporteringar i KOSTRA-skjema når

det gjeld plasstal. SSB understreka at det er viktig å gjera ei godt forarbeid og god uttesting før ein inkluderer nye rapporteringar på dette både i IPLOS og KOSTRA-skjema. Det fjerde laupet er å sjå på fordela utgifter etter målgrupper. Dette blir som nemnd arbeida med i ASSS-nettverket og kan etter kvart bli aktuelt å inkludera i KOSTRA. SSB understreka også at kva som er fornuftig, forsvarleg og brukartilpassa samansetjing av tenester og teknologi i eit heildøgntilbod, er det opptil andre aktørar (Helsedirektoratet, KS m.fl.) å vurdere.

Sak 3. Sjukepleiarar som sluttar i helsetenesta – ei føreløpsanalyse av helsepersonell ved hjelp av registerdata v/Othilde Skjøstad, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og Artikkel publisert 25.august: 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten

Othilde Skjøstad frå SSB presenterte hovudfunn og resultater frå ein artikkel publisert 25.august som er basert på ein forløpsanalyse av nyutdanna sjukepleiarar som har blitt følgt over ein periode på 10 år. Bakgrunnen er at behovet for helsepersonell, særleg sjukepleiarar, vil auka i åra som kjem. At det blir fleire eldre i befolkninga og høgare levealder gjer det viktig at flest mogleg som utdannar seg til sjukepleiarar jobbar som sjukepleiarar. Populasjonen som er studert 3 452 personar som var utdanna sjukepleiarar i 2004. Datakjeldene er registeropplysningar frå offisiell utdanningsstatistikk, offisiell sysselsetjingsstatistikk og FD-trygd. Figuren under viser sjukepleiarar som arbeider i ulike delar av helsetenesta etter gjennomførte studium:



Kjelde: Statistisk sentralbyrå

Tala viser mellom anna at delen som arbeider i Spesialisthelsetenesta blir redusert frå om lag 50 prosent til i underkant av 40 prosent og delen som arbeider i helse- og omsorgstenesta blir redusert frå om lag 40 prosent til 35 prosent i perioden 2005-2014. Samtidig aukar delen som arbeider utanfor helsetenesta frå i underkant av 10 prosent til 20 prosent i same periode (1 av 5 sjukepleiarar). Delen som ikkje jobbar i helsetenesta, aukar, men mest dei fire første åra. Sjukepleiarane kan av ulike årsaker gå inn og ut av jobb i helsetenesta.

Det er derfor viktig å påpeika at det ikkje nødvendigvis er dei same personane som står utanfor helsetenesta frå år til år, men over halvparten er utanfor tenesta i eitt eller fleire år. Sjukepleiarane som jobbar i helsetenesta, omfattar sjukepleiarar i

spesialisthelsetenesta, helse- og omsorgstenesta, kommunehelsetenesta og annan helseteneste.

Sjukepleiarar som ikkje jobbar i helsetenesta, kan i hovudsak delast i to grupper. Den eine gruppa består av personar som av ulike årsaker ikkje er i jobb. Den andre gruppa består av personar som sluttar i helsetenesta for å begynna i andre næringar. Desse jobbar hovudsakleg innanfor offentleg administrasjon, sosialtenester, undervisning, butikk og vikarbyrå.

Storleiken på dei to gruppene varierer over tid. Talet på sjukepleiarar som står utanfor helsetenesta fordi dei ikkje er i jobb, flatar ut og fell litt mot slutten av perioden. Talet på sjukepleiarar som går over til å jobba i andre næringar, aukar sterkt dei første åra, flatar ut mellom 2008 og 2010, før aukinga tiltar igjen. Utflatinga kan blant anna ha samanheng med den generelle konjunkturutviklinga, større vanskar med å skaffa jobb utanfor helsetenesta og aukande arbeidsledigheit som følgje av finanskrisa i 2008–2009. I 2013 og 2014 er det fleire som går ut av helsetenesta til andre næringar, enn som går ut av helsetenesta av andre årsaker.

Det blei understreka at mange av dei som står utanfor helsetenesta i ein periode, kjem tilbake igjen. Det er ikkje slik at ein blir verande ute sjølv om ein i ein periode ikkje jobbar. Til dømes vil mange som er under utdanning eller i fødselspermisjon utan å vera tilknyta eit arbeidsforhold, koma tilbake i jobb i helsetenesta. Fødselspermisjon utan tilknytning til eit arbeidsforhold kan t.d. ha samanheng med vikariat som har gått ut. Andre grupper vil vera ute av helsesektoren på meir varig basis, noko som t.d. vil gjelda personar som mottar uføretrygd. Det blei elles vist at delen sjukepleiarar med barn er høgast i kommunale helse- og omsorgstenester samanlikna med i spesialisthelsetenesta i heile den studerte perioden.

Når det gjeld vidare arbeid er det mange spennande moglegheiter for fleire analysar. For det første kan det vera interessant å sjå på fleire kull for å samanlikna resultatane ein har fått. I tillegg vil det vera interessant å studera alle sjukepleiarane for å sjå korleis resultatane blir då. Vidare vil det vera interessant å studera forløp på andre yrkesgrupper. SSB har mange koplingsmoglegheiter når det gjeld informasjon om helsepersonell.

FHI påpeika at det er viktig å hugsa på at fleire av sjukepleiarane som arbeider utanfor helsetenesta vil ha nytte av sjukepleiarutdanninga si også utanfor helsetenesta.

Sak 4. Eventuelt

Buudir v/Pål Strand lurte på om Kontaktutvalet kunne vurdere å ta inn Buudir som fullverdig medlem av Kontaktutvalet. Per i dag er det SSB, Helsedirektoratet, KS, NAV og HOD som har status som medlemmar, mens Buudir og Folkehelseinstituttet har status som observatørar.

Bakgrunnen for at Buudir ønskjer å bli medlem av utvalet er mellom anna at dei, i samarbeid med SSB, arbeider med å etablere offisiell statistikk om personar med nedsett funksjonsevne.

SSB følgjer opp saka i samarbeid med dei andre medlemmane og gir tilbakemelding til Buudir når eit vedtak er på plass. Dersom Buudir skal bli medlem må avtalen for utvalet bli gjennomgått og oppdaterast.

Sak 5. Avrunding (møteleiar Ann-Kristin Brændvang, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalet for helse- og omsorgstenestestatistikk og sosialstatistikk skal heldast **onsdag 22. november 2017**.

Innspeil 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 22. november 2017

ugr, 22.11.2017

Til stede: Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Jorunn Furuberg (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Pål Strand (Bufdir), Else-Karin Grøholt (FHI), Nora Heyerdahl (FHI), Sissel Nordheim Skjæveland (Helse- og omsorgsdepartementet), Axel-Miguel Huus, (Helse- og omsorgsdepartementet), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Unni Grebstad (SSB), Håkon Torfinn Karlsen, (SSB), Arne Jensen (SSB)

Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk 22.november

Sak 1. Mer detaljert statistikk om omsorgstjenester v/Håkon Torfinn Karlsen, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon

SSB orienterte rundt fordelene med forløp versus tverrsnittstatistikk. Alle brukere blir fulgt dag for dag når vi bruker forløpsdata. Ulike tidsrom kan velges for analyseformål og populasjon kan velges basert på hendelser. Forløp tar hensyn til rekkefølgen som brukeren mottar helsetjenester i hjemmet.

SSB vil fortsatt lage statistikk og det vil bli jobbet mer med å se IPLOS sammen med KOSTRA og A-ordningen. Det er også tenkt å koble IPLOS og KUHR data. SSB har jobbet en del med dateringer og registre, noe som bedrer kvaliteten ved at vi kan rapportere tilbake til registreier m.m.

18. oktober ble det publisert en artikkel:

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/mer-detaljert-informasjon-om-kommunale-omsorgstjenester>

Tre tabeller ble publisert:

- Antall brukere (tjenestemottakere)
- Forbruk av døgnbaserte tjenester
- Forbruk av timebaserte tjenester

Tabellen har 3 grupperingsvariabler:

- Geografi: landstall, fylke, kommune
- Alder
- Tjenester

Sak 2. Ny rapport om fattigdom og levekår i Norge: Tilstand og utviklingstrekk v/Jorunn Furuberg, NAV

Dokumentasjon:

<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/NAV+rapportserie/NAV+rapporter/fattigdom-og-lev%C3%A5r-i-norge.tilstand-og-utviklingstrekk-2017>

Fattigdomsrapporten som NAV nylig publiserte benytter seg i stor grad av SSB-statistikk.

Rapporten tar for seg utviklingen i inntekt og inntektsfordelingen i Norge. Det er fokus på utviklingen knyttet til lavinntekt og levekår.

Utviklingen i sosialhjelpsmottak og utregning av sosialhjelpsprosenten er også sentralt i rapporten. Sosialhjelpsprosenten blir sett i forhold til ulike aldersgrupper og personer med innvandrerbakgrunn. Mottakere av sosialhjelp blir også sett ifht. arbeidsmarkedet.

NAV anbefalte å bruke rapporten som en kunnskapsoppsummering. NAV sin innvandredefinisjon er annerledes enn SSB sin. NAV har kun oversikt over dem som er født i utlandet, så det blir dermed definisjonen på innvandrer.

NAV orienterte om at KS har fått laget en rapport ved hjelp av Proba og den viser at første generasjon innvandrere hadde høyt sosialhjelpsmottak i 2016 (8,0 % mottok sosialhjelp), men deres barn hadde lavt sosialhjelpsmottak (kun 1,2 %, mot 1,6 % i befolkningen ellers).

Se tabell på side 2 i Proba-rapporten som KS bestilte.

<http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/arsaker-til-okt-sosialhjelp>

NAV ønsker seg mer statistikk påkoblet innvandrerbakgrunn. Innvandrere har i større grad lavinntekt og mindre opparbeidede trygderettigheter.

Sak 3. OECD – Health at glance 2017 – ny rapport og artikkel publisert v/Ann-Kristin Brændvang, SSB

Dokumentasjon: Ppt-presentasjon og publisert artikkel på ssb.no

SSB har en koordinerende rolle ifht. de som rapporteres inn og har laget et system med kontaktpersoner i de ulike etatene. Det er i større grad blitt mer fokus på utfallet etter at pasienten er blitt behandlet og da er det spørreskjema som blir benyttet. Det jobbes med å styrke indikatorene og samarbeidet mellom rapportørene.

10. november publiserte SSB en artikkel:

<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-bruker-fjerde-mest-pa-helse-i-oecd>

Resultatene er at Norge ligger litt over gjennomsnittet med helseutgifter som utgjør 10,5% av BNP i 2016. Norge ligger på en 4.plass. USA, Sveits og Luxembourg ligger på plassene foran.

6647 dollar (prisjusterte) brukes per innbygger i Norge på helsetjenester (helseforsikring er inkludert), dvs. 62 186 kroner.

Det er gjennomgående god utvikling i forventet levealder i OECD-landene og forskjellen mellom kjønnene er mindre enn før.

2015-tall for Norge viser at menn har en forventet levealder på 80,5 år. Tilsvarende for kvinner er 84,2 år. Det er menn fra Island og kvinner fra Finland som lever lengst i Norden.

12 prosent av den voksne befolkningen røyker i Norge, noe som er færrest blant landene i OECD.

OECD har ikke tall for bruk av snus, men statistikk fra SSB viser at forbruket av snus øker, særlig blant unge kvinner.

Lenke til statistikk på røyke- og snusvaner:

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/royk>

Sak 4. Eventuelt og orienteringer

SSB orienterte om arbeidet med rolleavklaringen som nylig er gjennomført mellom SSB og Bufdir.

SSB kommer snart til å kalle inn til nye møter i Kontaktutvalget for 2018.

Helsedirektoratet orienterte om KPR: Registeret skal være klart 1. desember. 15. januar er uttrekket fra KUHR klart (18.-20. januar). Personvernbiten er også på plass og det jobbes nå med å få på plass IPLOS (det er kutt i bevilgningene for 2017, men en dobling for 2018).

30. november er det publisering av kvalitetsindikatorerne i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet er i gang med en omorganisering som skal være på plass innen utgangen av året.

FHI orienterte om at Helsetilstanden i Norge kommer på nytt nå. Sist den ble publisert var i 2014.

FHI orienterte om rapport om skade og ulykke (sosiale og geografiske forskjeller) som også publiseres snart.

Bufdir orienterte om forprosjektet registerbasert statistikk for personer med nedsatt funksjonsevne. Her er utfordringen å danne en populasjon og det er et godt samarbeid med NAV og SSB. Kommer snart en forprosjektrapport. Høsten 2018 vil være oppstart av et hovedprosjekt.

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

Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 2633 St. Hanshaugen
NO-0131 Oslo

Besøksadresse:
Akersveien 26, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

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

ISBN 978-82-537-9807-3 (elektronisk)



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway