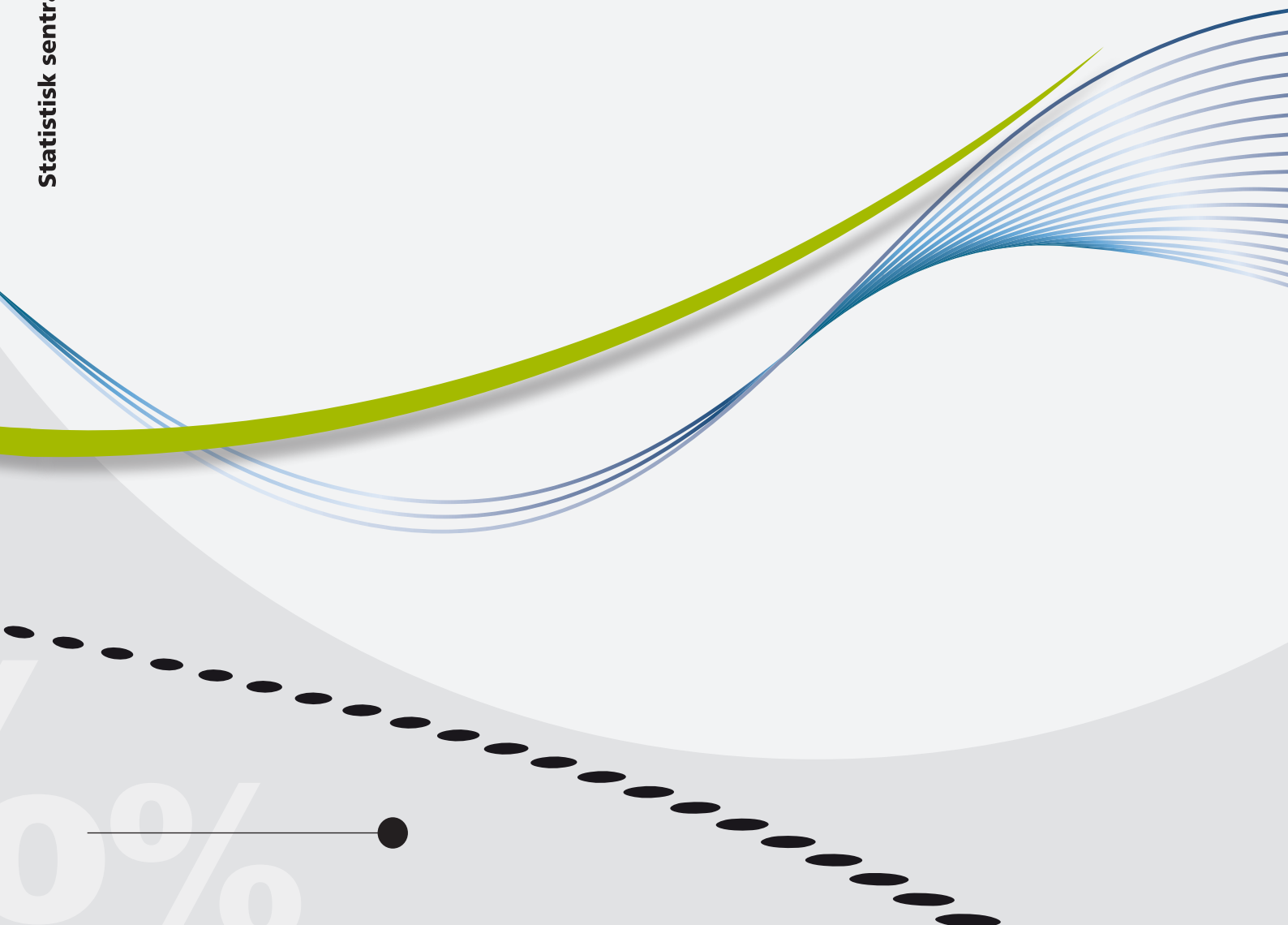




Arne Jensen

**Kontaktutvalget for helse- og omsorgs-
statistikk og sosialstatistikk**
Årsrapport 2014



Arne Jensen

**Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk
og sosialstatistikk**

Årsrapport 2014

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

	Standardtegn i tabeller	Symbol
© Statistisk sentralbyrå	Tall kan ikke forekomme	.
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.	Oppgave mangler	..
Publisert januar 2015	Oppgave mangler foreløpig	...
	Tall kan ikke offentliggjøres	:
	Null	-
ISBN 978-82-537-9059-6 (elektronisk)	Mindre enn 0,5 av den brukte enheten	0
ISSN 1891-5906	Mindre enn 0,05 av den brukte enheten	0,0
Emne: Helse	Foreløpig tall	*
Trykk: Statistisk sentralbyrå	Brudd i den loddrette serien	—
	Brudd i den vannrette serien	
	Desimaltegn	,

Forord

Statistisk sentralbyrå (SSB) har sekretariatet for Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk, og i den forbindelse gir SSB ut årsrapport med oversikt over utvalgets arbeid. Avtalen som ligger til grunn for utvalgets virksomhet følger som eget vedlegg (Vedlegg I). Referatene fra møtene som er gjennomført er også å finne i vedlegg (Vedlegg II-IV).

Statistisk sentralbyrå, 11. desember 2014

Elisabeth Nørgaard

Sammendrag

Notatet gjør rede for virksomheten i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk i 2014. Det inkluderer utvalgets avtale, mandat og representasjon (kapittel 1), utvalgets aktivitet (kapittel 2), oversikt over arbeidsgruppene som rapporterer til utvalget (kapittel 3) og utvalgets saker i 2013 (kapittel 4).

Utvalgets avtale, mandat og representasjon ble drøftet og endret i 2013, og har i all hovedsak vært uendret i 2014. Utvalgets avtale er vedlagt notatet (jf. Vedlegg A).

Utvalgets aktivitet i 2014 bestod av tre møter holdt i mars, september og november. Kontaktutvalgets møte som var berammet til mai ble ikke gjennomført. Til møtene ble det utarbeidet referat som alle er godkjent (jf. Vedlegg B-D).

Arbeidsgruppene som rapporterer og sogner til utvalget er uendret fra 2013 og har vært uendret i en årrekke. De aktuelle arbeidsgruppene har enten sitt utspring i spesialisthelsetjenesten eller i KOSTRA (Kommune-stat-rapporteringen).

Utvalgets saker i 2014 berørte flere temaer. To av møtene var forbeholdt to hovedtemaer, henholdsvis internasjonal rapportering og folkehelse. På alle møtene var ulike forvaltningsenheter representert og flere bidro med å belyse saker.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Avtale, mandat og representasjon	6
2. Aktivitet	7
3. Arbeidsgruppene	8
4. Saker behandlet i utvalget i 2014	9
4.1. Internasjonal rapportering	9
4.2. Folkehelse og folkehelsearbeid	9
4.3. Andre saker	11
Referanser	14
Vedlegg I: Avtale	15
Vedlegg II: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 26. mars 2014	19
Vedlegg III: Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk 16. september 2014	22
Vedlegg IV: Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk 19. november 2014	26

1. Avtale, mandat og representasjon

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

Det er Statistisk sentralbyrå som er sekretariat for og leder møtene i utvalget. Sekretariatsoppgaven er fordelt mellom Seksjon for helsestatistikk og Seksjon for levekårsstatistikk.

Det er per desember 2014 følgende forvaltningsenheter og organisasjoner representert i utvalget:

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

Det er per desember 2014 følgende personer som er faste medlemmer av utvalget:

- NAV: Pål Eivind Aamodt
- HOD: Khalid Lafkiri, Olav Gjestvang
- Hdir: Hanne Narbuvold, Kirsti Strand
- SSB: Ann-Kristin Brændvang, Elisabeth Rønning, Arne Jensen (s), Unni Grebstad (s)
- Bufdir: Sandra Lien
- KS: Anne Gamme, Magne Hustad
- FHI: Else-Karin Grøholt, Nora Heyerdahl

Utover de faste medlemmene kan forvaltningsenhetene og organisasjonene stille med andre personer ved behov for å belyse saker. Det er også tilfeller hvor utvalget har invitert andre enheter på utvalgsmøter enn de som er representert i utvalget.

2. Aktivitet

Kontaktutvalgets medlemmer blir oppfordret til å spille inn saker til møtene. Dette kan være saker som er til informasjon eller til diskusjon for utvalgets medlemmer innenfor rammene av avtale og mandat.

Det er særlig formålsparagrafen i avtalens pkt. 2 som er styrende for hvilke saker som blir behandlet. Formålsparagrafen sier:

- at den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå skal samarbeide for å samordne sine informasjonsbehov for statistikk og analyse.
- at 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.
- at avtalen skal bidra til samordning og effektivisering av rutinene for innsamling, utveksling, publisering og forvaltning av data, herunder også samordning av definisjoner og begrepsbruk.

Det er gjennomført i alt tre – 3 – møter i utvalget i løpet av 2014. Disse ble holdt på følgende datoer med tilhørende dagsorden:

- 26. mars (jf. Vedlegg B)
 - SSB – Health at a Glance og rapporteringene OECD Health Data og Joint Questionnaire
 - Helsedirektoratet – Data fra Norsk pasientregister i internasjonal rapportering (NPR)
 - Helsedirektoratet – Nordisk medisinalkomite (NOMESKO) rapport
 - Kunnskapssenteret for helsetjenesten – Internasjonal rapportering
 - Nasjonalt folkehelseinstitutt – Internasjonal rapportering
 - Arbeids- og velferdsdirektoratet – Internasjonal rapportering
 - Eventuelt
- 16. september (jf. Vedlegg C)
 - Helsedirektoratet – Internasjonal rapportering, Nordisk medisinalkomité (NOMESKO) rapport/nettside
 - Helsedirektoratet – Nasjonalt styringssystem for folkehelsepolitikken
 - SSB – Folkehelse i KOSTRA. Kartlegging og forslag om endringer i kontoplanen for kommunene
 - Helsedirektoratet – Kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR). Utredningsarbeid
 - Eventuelt
- 19. november (jf. Vedlegg D)
 - SSB – European Health Interview Survey (EHIS 2)
 - SSB – Filuttrekk fra kommunale saksbehandlingssystemer
 - FHI – Folkehelse rapporten 2014
 - SSB – Pleie- og omsorgstjenesten
 - Eventuelt

3. Arbeidsgruppene

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

- Arbeidsgruppe for spesialisthelsetjenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester
- KOSTRA arbeidsgruppe for tannhelsetjenesten

Det er SSB som har sekretariatet for arbeidsgruppene, mens fagdepartementene som de respektive gruppene sogner til har den formelle ledelsen av gruppene. Arbeidsgruppe for spesialisthelsetjenester, KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester og KOSTRA arbeidsgruppe for tannhelsetjenester alle sorterer under Helse- og omsorgsdepartementet, mens KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester sorterer under Arbeidsdepartementet.

Alle KOSTRA arbeidsgrupper utarbeider årsrapporter som dokumenterer virksomheten i gruppene. Årsrapportene fra KOSTRA arbeidsgruppene blir sendt ut til kontaktutvalgets medlemmer før de sendes til Samordningsrådet for KOSTRA ultimo juni hvert år.

4. Saker behandlet i utvalget i 2014

4.1. Internasjonal rapportering

Det er mange av kontaktutvalgets medlemmer som er involvert i internasjonal rapportering, enten direkte gjennom egne leveranser til internasjonale organisasjoner eller indirekte som leverandør av grunnlagsdata til andre etater og institusjoners leveranser av data og statistikk. De viktigste mottakerne av norske data og norsk statistikk er Eurostat og OECD.

SSB koordinerer rapporteringen av OECD Health Data og Joint Questionnaire og bidrar til OECDs publisering av Health at a Glance (OECD 2014). Planene for kommende års leveranser er å forbedre prosessen. SSB har i 2014 etablert et samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk pasientregister (NPR), Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, med formål å sikre en god rapportering framover. SSB har imidlertid konkludert med at prosessen må startes opp tidligere f.o.m. 2015, bl.a. ved at brev til kontaktpersonene som skal levere og rolleavklaringer mv. må gjøres senest i januar 2015.

NPR er en viktig dataleverandør og bidragsyter når det gjelder internasjonal rapportering. NPR er avhengig av tett dialog med SSB for å sikre riktige spesifikasjoner og definisjoner. Dette er avgjørende for å gjøre riktige avgrensninger mht. hva som skal inkluderes i dataleveransene fra NPR. Det er dessuten slik at NPR kan involveres på et tidligere tidspunkt enn det som har vært tilfelle slik at NPR er bedre i stand til å levere rette data til riktige tidsfrister.

Helsedirektoratet er sammen med SSB representert i redaksjonskomiteen for Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESKO) årlige rapportpublisering (NOMESKO 2013). Publikasjonen er i stor utstrekning basert på registerdata fra NPR, FHI, SSB og Helsedirektoratet. Det er viktig å tenke nordisk samarbeid for å utvikle sammenlignende statistikk. Helsedirektoratet arbeider med å være mer synlig og utgi felles temapublikasjoner med NOMESKO. SSB er for øvrig også med og koordinerer arbeidet i Nordisk Socialstatistisk Komité (NOSOSKO) i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet. Også her publiseres det en årlig rapport som blir lagt ut på samme nettsider som NOMESKO-rapportene.

Kunnskapssenteret for helsetjenesten, FHI og Arbeids- og velferdsdirektoratet er også involvert i internasjonal samarbeid og internasjonal rapportering. Kunnskapssenteret er bl.a. involvert i et felles prosjekt med OECD om utvikling av kvalitetsindikatorer på en rekke områder, f.eks. pasienterfaring og kreftindikatorer. FHI bidrar med koordinering overfor European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). Arbeids- og velferdsdirektoratet rapporterer til Eurostat, NOSOSKO og OECD, I tillegg til ulike ad-hoc leveranser og leveranser av sosiale tjenester til SSBs rapportering.

Kontaktutvalget mener det er viktig at partene informerer hverandre om involvering i internasjonal rapportering. Det styrker mulighetene for å koordinere og ha en god prosess frem mot ulike leveranser. I tillegg er det lettere å unngå dobbelrapportering eller dobbelberegning når alle som leverer er klar over hverandre og hva som leveres av de ulike instanser.

4.2. Folkehelse og folkehelsearbeid

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle et rapporteringssystem over faktorer (determinanter) som påvirker helse og sosial ulikhet i helse. Dette skjer innenfor rammene av Nasjonalt styringssystem for folkehelsepolitikken. Utgangspunktet for folkehelsearbeidet er et bredt samfunnsperspektiv, noe som også er utgangspunktet for den nye folkehelseloven som Stortinget vedtok i 2011 og som trådte i kraft fra og med 1. januar 2012. Folkehelselovens § 5 pålegger kommunene å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på tvers av sektorer. Folkehelseloven og

oppfølgingen av denne innebærer bl.a. en arbeidsdeling mellom Helsedirektoratet og FHI. Helsedirektoratet skal rapportere på påvirkningsfaktorer på helse og gi en status for folkehelsearbeidet som grunnlag for arbeid med den nasjonale folkehelsepolitikken, mens FHI har i oppgave å fokusere på helseovervåking og helseutfall. Rapporten «Samfunnsutvikling for god folkehelse» (Helsedirektoratet 2014) fokuserer på innsats- og utviklingsområder i folkehelsearbeidet. Rapporten er et innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med en ny stortingsmelding som kommer i 2015. Det nasjonale systemet for å følge opp folkehelsepolitikken kan presenteres som et nasjonalt hjul.

Figur 1. Nasjonalt system for oppfølging av folkehelsepolitikken



Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) bidrag til å kartlegge folkehelsestanden er «Folkehelse rapporten 2014» (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2014). Rapporten beskriver helsestanden i Norge ved hjelp av eksisterende data og analyser fra mange ulike kilder nasjonalt og internasjonalt. Datagrunnlaget er for det meste registre og helseundersøkelser. Analysene er utført i mange forskningsmiljøer med ulik tilnærming. Temaene omfatter blant annet psykisk og fysisk helse, ikke-smittsomme og smittsomme sykdommer, sosial ulikhet i helse, trivsel og helsefremmende forhold, og kjente påvirkningsfaktorer som kosthold, tobakk, fysisk aktivitet, alkohol og andre rusmidler.

SSB samarbeider med flere parter om kartlegging av folkehelse og folkehelsearbeid gjennom Kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA). Arbeidsgruppeledelsen for KOSTRA helse- og omsorgstjenesten har forsøkt å ivareta hensynet til at folkehelsearbeid er tverrsektorielt. I og med at folkehelse og folkehelsearbeid tematisk går på tvers av ulike kommunale tjenesteområder, er det aktuelt å sette folkehelseproblemstillinger på dagsorden i ulike KOSTRA arbeidsgrupper. Samtidig er det viktig at innspill og problemstillinger blir koordinert slik at de til en viss grad blir sett i sammenheng. KOSTRA helse- og omsorgstjenesten er koordinator når det gjelder folkehelse i KOSTRA. Det ble for øvrig inkludert en bred kartlegging av kommunale frisklivssentraler i 2013-rapporteringa i KOSTRA skjema 1 (Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten). Kartlegginga var et resultat av innspill fra Helsedirektoratet til KOSTRAS arbeidsgruppe for kommunale helse- og omsorgstjenester, og en omfattende bilateral prosess mellom direktoratet og SSB. Det kan ellers nevnes at det er dialog om miljørettet helsevern, som handler om godkjenning av barnehager og skoler etter folkehelseloven, og tannhelseindikatorer på kommunenivå til bruk i FHIs folkehelseprofiler.

Helsedirektoratet har i Tildelingsbrevet for 2014 fra Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å utrede innholdet i et kommunalt helse- og omsorgstjeneste-

register (KHOR), og direktoratet har etablert et tett samarbeid med FHI for å løse oppdraget. Det er behov for å utvikle flere kvalitetsindikatorer fra kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig med hensyn til resultatindikatorer. Dagens datagrunnlag er fragmentert og svakt fundert. Det finnes lite kunnskap om forekomst og resultat av behandling for de store sykdomsgruppene som i hovedsak behandles i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For store deler av tannhelsetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten finnes det nesten ikke nasjonale data. Det er etablert et prosjekt som skal avlevere en utredning til HOD. Dette skal være grunnlag for HODs videre beslutning om videre arbeid med et nytt register. Direktoratet har i prosjektet etablert en arbeidsgruppe bestående av deltakere fra Helsedirektoratet, FHI og SSB. Helsedirektoratet holder kontaktutvalget orientert om videre utvikling.

4.3. Andre saker

Det er opp til utvalgets medlemmer å spille inn saker som er aktuelle å bringe inn på dagsorden til møtene. I tillegg til sakene om internasjonal rapportering og folkehelse, har det vært andre saker på dagsordenen til behandling i Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk:

- *European Health Interview Survey (EHIS 2)*. Den europeiske helseundersøkelsen (EHIS 2) skal gjennomføres i Norge i 2015. Undersøkelsen er forankret i to EU-forordninger (EU 1338/2008 og EC 141/2013). Norge skal levere helsedata på mikronivå, og EHIS vil gi helsedata om den hjemmeboende delen av befolkningen. Undersøkelsen inkluderer alle EU land, og EØS-landene Sveits, Island og Norge. I alt er det 31 land som skal gjennomføre undersøkelsen og 210 000 personer som skal intervjues. Når resultatene foreligger vil norsk folkehelse kunne bli sett i et internasjonalt perspektiv. EHIS erstatter Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt (LKU) slik vi kjenner den. Undersøkelsen skal primært gjøres som telefonintervju, og Norge er forpliktet å ha et nettoutvalg på minimum 5 170 personer.

Undersøkelsen inkluderer mange nye spørsmål og måleinstrumenter i forhold til det som gjaldt for LKU, og innebærer økte kostnader som følge av nasjonal tilpasning av skjema, økt utvalgsstørrelse og ny variabelliste. SSB har som målsetning å videreføre viktige tidsserier fra LKU som helt eller delvis ikke har sin motsats i EHIS. Det gjøres enten ved å tilpasse spørsmålene eller ved å supplere EHIS med spørsmål fra LKU. Kartlegging av psykisk helse og fysisk aktivitet er eksempler på to temaer som blir svært ulikt kartlagt i EHIS, mens snusbruk og tannhelse er eksempler på to temaer som ikke blir kartlagt i EHIS. For å videreføre denne typen tidsserier kreves det tilleggsfinansiering.

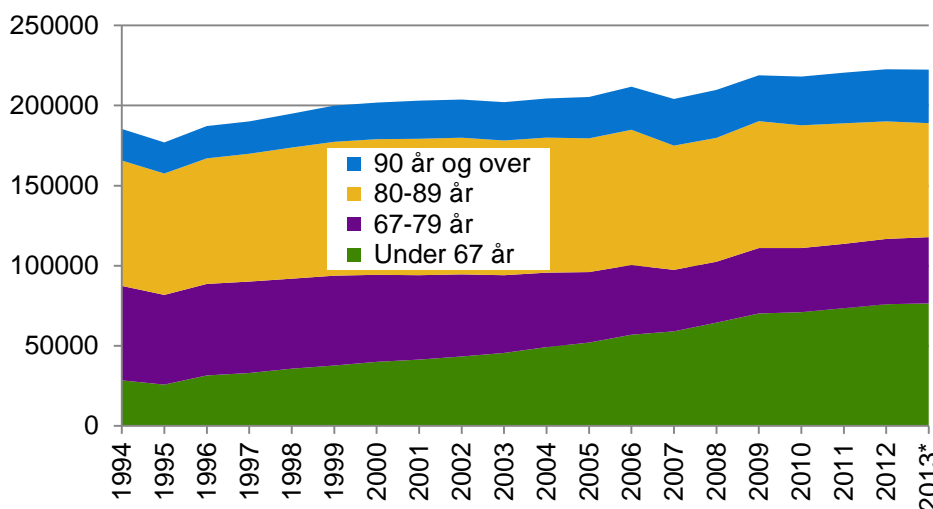
- *Filuttrekk fra kommunale saksbehandlingssystemer*. Det er grunn til å reise spørsmål om alle sider ved kontaktutvalgets avtale blir ivaretatt, og hvorvidt utvalget gjennom dagsorden og sakliste på møtene ivaretar utvalgets formål. Informasjon om og diskusjon rundt bruk av filuttrekk fra kommunale saksbehandlingssystemer, er ett av tiltakene som kan bidra til at utvalget kan ivareta sin oppgave med å samordne og effektivisere rutinene for innsamling, utveksling, publisering og forvaltning av data. Det er fortsatt gevinster å hente ut ved å tilpasse spørsmålsstilling i datainnhenting og fagsystem, men det kan i praksis bety at man fjerner seg fra statens egentlige databehov. Staten kan være interessert i langt mer detaljerte opplysninger som ingen fagsystem makter

Det ligger en potensiell gevinst i at resterende kommuner og bydeler går over fra skjemarapportering til filuttrekk på områder der filuttrekk fra kommunene og bydelenes fagsystemer er regelen snarere enn unntaket. Da vil det være bedre forhold for entydighet og felles definisjoner snarere enn rent skjønns og ulik kartlegging blant rapportørene. Det ligger en stor gevinst i å endre praksis på områder der filuttrekk fra kommunene og bydelenes fagsystemer er unntaket snarere enn regelen. Etter alt å dømme vil det bety endringer i eksisterende

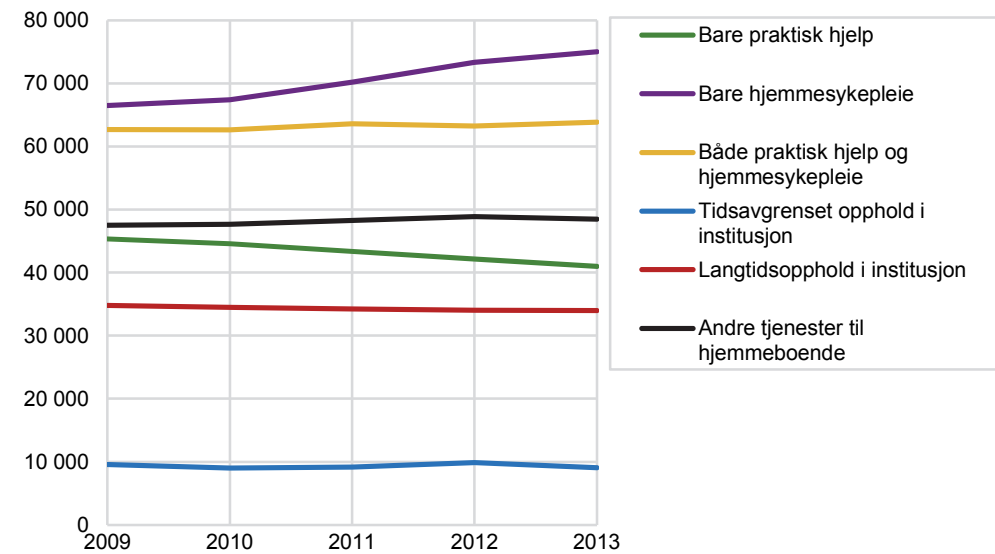
fagsystemer eller implementering av nye, men på lengre sikt vil rapporteringsmulighetene oppveie investeringen. Det er antakelig upraktisk og uhensiktsmessig å erstatte spørsmål som inngår i skjemarapporteringen automatisk med filuttrekk. Noen spørsmål egner seg kun for skjema (og knapt nok det), og disse burde ikke inngå i filuttrekk. Det er mulig at fagsystem gir grunnlag for summeringer som blir etterspurt i skjemarapporteringen, uten at filuttrekk dermed burde eller kunne bli brukt. I slike sammenhenger er det kanskje viktigere at fagsystemet kan gi korrekt sumtall, enn at rapportøren slipper skjemarapportering av tallet. Det er nødvendig å sjekke bruk av filuttrekk opp mot skjemarapportering for eksempel ved nye rapporteringsbehov.

- *Pleie- og omsorgstjenesten.* Pleie- og omsorgstjenestens historikk kan bli delt i fire faser. Før 1965 var det familien som hadde hovedansvaret, mens det i perioden 1965-1980 fant sted en offentlig revolusjon der det offentlige overtok mange av familiens oppgaver. Fra 1980 til 1995 var et tidsrom preget av konsolidering og reorganisering av tjenestene, mens perioden fra 1995 til d.d. har vært en epoke preget av fornyelse og effektivisering. De tre viktigste trendene i perioden 1994-2013 har vært boliggygging (mer fokus på tjenester i bolig enn i institusjon), mer vekt på helseaspektet ved tjenestene (mindre på praktisk hjelp), og sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre. Utviklingen i brukere av ulike pleie- og omsorgstjenester i perioden 1994-2013 viser bl.a. mer bruk av hjemmetjenester i ordinær bolig. Brukere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand har økt mest, og det har sammenheng med alderssammensetningen.

Figur 2. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester, etter aldersgrupper. 1994-2013. Antall



Rapporten «Pleie- og omsorgstjenesten 2013» (Mørk mfl. 2014) viser bl.a. at det er en økning i antall mottakere på nesten 8 prosent i perioden 2007-2013, at sammensetningen etter alder, kjønn og bistandsbehov er om lag uendret, at andelen med omfattende bistandsbehov er størst blant mottakere av langtidsopphold i institusjon, at andelen med omfattende bistandsbehov er nesten den samme i 2013 som i 2012, at hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov er blitt tildelt et økende antall timer med hjelp per uke i perioden 2007-2013, og at yngre mottakere av hjemmetjenester (under 67 år) mottar mer bistand (i timer) enn mottakere som er 67 år og eldre. Mottaker under 67 år med stort bistandsbehov skal i størst mulig utstrekning få hjelp i eget hjem.

Figur 3. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester, etter tjenestetype. 2009-2013. Antall

Referanser

Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*, Rapporter IS-2203, Helsedirektoratet (<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>)

Mørk, Eiliv, Brith Sundby, Berit Otnes og Marit Wahlgren (2014): *Pleie- og omsorgstjenesten 2013. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*, Rapporter 2014/33, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/pleie-og-omsorgstjenesten-2013>)

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014): *Folkehelse rapporten 2014*, FHI (<http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/folkehelse rapporten>)
NOMESKO (2013): *Health Statistics in the Nordic Countries*, 100:2013, NOMESKO (<http://www.nowbase.org/Publications.aspx>)

OECD (2014): *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD (<https://www.oecd.org/els/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>)

Vedlegg I: 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).

3. 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 Kontaktutvalget for helse- og omsorgsstatistikk og sosialstatistikk.
- 4.2. Kontaktutvalgets sammensetning er
 - 1 representant fra Helse- og omsorgsdepartementet
 - 1 representant fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)
 - 2 representanter fra Helsedirektoratet
 - 2 representanter fra Statistisk sentralbyrå

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

- 4.3. Statistisk sentralbyrå er sekretariat for Kontaktutvalget.

- 4.4. Kontaktutvalget 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 Kontaktutvalget 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 Kontaktutvalget for å ivareta kommunenes interesser som oppgavegivere og brukere av data. Kontaktutvalget kan også invitere andre instanser til å ta del i arbeidet i utvalget eller i utvalgets 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 utvalget 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 Kontaktutvalget og dets arbeidsgrupper.

- 6.6. Kontaktutvalget 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. Kontaktutvalget 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. Kontaktutvalget 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 Kontaktutvalget 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 Kontaktutvalget 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. Kontaktutvalget 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 II: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 26. mars 2014

Til stede: Olav Gjestvang (HOD), Kirsti Strand (Helsedir), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Ann-Heidi Lyshol (FHI), Else K. Grøholt (FHI), Pål Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Knut Johansen (NPR), Sahar Hassani (Kunnskapssenteret), Elisabeth Rønning (SSB), Arne Jensen (SSB), Jorun Ramm (SSB), Bjørn Gabrielsen (SSB), Ann Kristin Brændvang (SSB), Unni Grebstad (SSB, ref.)

Kopi til: Magne Hustad (KS), Anne Jensen (KS), Khalid Lafkiri (HOD), Sandra Lien (Bufdir), Borgny Vold (SSB), Jostein Ellingsen (Arbeids- og velferdsdirektoratet).

SSB v/ Elisabeth Rønning ledet møtet som omhandlet internasjonale rapporteringer som de ulike instanser gjør i Norge.

Sak 1 Health at a Glance og rapporteringene OECD Health Data og Joint Questionnaire (SSB)

Bjørn Gabrielsen orienterte om Health at a Glance som er en årlig publikasjon (se tidligere tilsendt presentasjon).

Det vesentlige som ble fremhevet var knyttet til oppfølging: hva kan leveres eller ikke? Det må finnes årlige nasjonale kilder som er løpende. Det er også viktig å ha en ryddig prosess og vurdering om kvaliteten er tilstrekkelig. Leveringene fra NPR må avklares. Målsettingen er å holde fristen, ettersom OECD når SSB har publisert.

Planene for kommende års leveranser er å forbedre prosessen. Vi har i år etablert et samarbeid med Hdir, FHI, NPR og Kunnskapssenteret for å sikre en god rapportering framover, men vi må starte prosessen tidligere neste år. Brev til kontaktpersonene som skal levere og rolleavklaringer mv. må gjøres senest i januar 2015.

Det ble reist spørsmål om det var noen utfordringer knyttet til om enkeltår var dårlig håndtert, samt hvordan kvaliteten på andre lands rapporter har vært? Det kommer snart en Stortingsmelding om primærhelsetjenesten og det er viktig for bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å få innspill fra andre land. SSB svarte at det gjøres en gjennomgang av personelldelen tilbake til 2003-2004 (oppdaterer tidligere tall) og retter opp tall i den grad det er mulig pga. brudd etc. SSB v/Brændvang opplyste om at det er Borgny Vold som har holdt i dette, men at hun var forhindret fra å møte i dag.

Det ble videre reist spørsmål rundt joint questionnaire, også her er Borgny Vold kontaktperson. Brændvang sa at det gjenstår å levere til joint questionnaire – fristen var i februar. Her trengs det data m.a. fra Norsk pasientregister (NPR), og NPR v/Johansen sa at NPR f.t. har mange innleveringer, men at det raskt vil komme tilbake til denne saken.

Sak 2 Data fra Norsk pasientregister i internasjonal rapportering (NPR)

NPR v/Knut Ivar Johansen orienterte om hva NPR rapporterer (se tidligere tilsendte presentasjon).

Når det gjelder utfordringer så er det viktig å være tidligere i prosessene for å få informasjon. NPR må være tettere på løpene; bl.a. inn mot SSB. Det var m.a. feil levering fra NPR grunnet manglende spesifikasjoner etc. Mht. frister så er disse faste så det er både mulig og viktig å starte tidligere på året enn nå. Det kommer snart en omorganisering i NPR og det sannsynlige utfallet er at Johansen vil få ansvaret for alle leveransene.

Det er også viktig å være klar over at om noe allerede er registrert i datakildene, så vil dette i tilfelle kun innebære en tilleggsrapportering til NPR; forskriften til NPR: hovedformålet er styring av spesialisthelsetjenesten, forskning er sekundært.

Det er også noen vurderinger som må gjøres knyttet til noen pasientgrupper; skal f.eks. avtale med spesialist (psykisk lidelse) være med eller ikke? Hva med de som er på somatisk institusjon med psykisk diagnose – skal de være med for å få til en god internasjonal sammenligning? Det er videre et brudd i tallene for året 2008.

Det ble av SSB v/Brændvang understreket at det er viktig med en god og tett kommunikasjon og at det lages et årshjul som definerer oppgaver fra start til leveranse/rapportering som alle kan følge for å ha en bedre prosess.

Sak 3 Nordisk medisinalkomite (NOMESKO) rapport (Helsedirektoratet)

Kirsti Strand orienterte om en ny side som Helsedirektoratet har publisert: www.nowbase.org
Dette er en felles hjemmeside for Nordisk Medicinalstatistisk Komite (NOMESKO) og Nordisk Sosialstatistisk Komite (NOSOSKO). Det er gode muligheter til å gå inn i grunntallene på denne nettsiden. Det er en egen redaksjonsgruppe for den årlige publikasjonen hvor Jorun Ramm fra SSB deltar i tillegg til Hdir.

Publikasjonen som NOMESKO gir ut er basert på mye registerdata fra NPR, FHI, SSB og Hdir. Det er viktig å tenke nordisk samarbeid for å utvikle sammenlignende statistikk. Hdir arbeider med å være mer synlig og utgi felles temapublikasjonen med NOMESKO. SSB v/Rønning orienterte om av seksjon for levekårsstatistikk koordinerer NOSOSKO arbeidet i samarbeid med ASD og at det også her utgis en årlig publikasjon.

Det ble konkludert med at det er rom for å ta opp igjen denne saken på et kommende møte i Kontaktutvalget, for å få mer informasjon om hva som blir publisert på de nye nettsidene og hvordan nettsidene kan bli brukt.

Sak 4 Kunnskapscenteret for helsetjenesten og internasjonal rapportering (Kunnskapscenteret)

Sahar Hassani fra Kunnskapscenteret orienterte om et felles prosjekt sammen med OECD.

Prosjektet handler om å utvikle kvalitetsindikatorer knyttet til: A) Primary care, akutt care, sikkerhetsindikatorer B) Mental health care, C) Patience experience D) Cancer indicators. Kunnskapscenteret er ansvarlig for utsendelse av skjema, samt å være norsk kontakt. De er 6 excelark som skal fylles ut med disse indikatorene. Oppgaven er å identifisere datakilde og hente ut indikatorene fra datakilden, oppdatere, påpeke databehov, kvalitetssikre, metadata, beregne indikatorene.

Det ble poengtert at det er viktig at alle som leverer er klar over hverandre, samt hva de ulike leverer for å unngå dobbeltberegninger i leveransene.

Sak 5 Nasjonal folkehelseinstitutt og internasjonal rapportering (FHI)

Heidi Lyshol fra FHI (se tidligere tilsendt presentasjon) orienterte om en kartlegging i 2006 som viste at det lages 147 indikatorer til 21 ulike aktører. Nå er det sannsynligvis færre aktører. Det leveres særlig mye smitteverndata - her er ECDC sentral.

Når det gjelder spørsmål ang. dødsårsaksregisteret så er det fremdeles SSB som har best kompetanse her og spørsmål bør derfor rettes til SSB. FHI leverer tall på vegne av Krefregisteret.

Når det gjelder samordning av internasjonal rapportering så er det EGH som samordner helseindikatorene. ECHI (som er et internasjonalt nettverk) har kjerneindikatorer for alle land. Her har Norge allerede levert 80 prosent av indikatorene. Tallene brukes på ulike overvåkingsindikatorer, internasjonal rapportering.

Tips nettsider:

På <http://www.echim.org/> ligger det meste som har å gjøre med felles indikatorer.

<http://data.euro.who.int/hfad/> er Health for All-databasen.

Sak 6 Arbeids- og velferdsdirektoratet og internasjonal rapportering (NAV)

Pål Eivind Aamodt orienterte at NAV forvalter ca. 1/3 av statsbudsjettet gjennom ulike forvaltningsenheter og 455 NAV-kontor.

Direktoratet henter selv ut data fra NAV sine statlige datasystemer og publiserer offisiell statistikk på nav.no, samt presenterer tall i datavarehus. De sosiale tjenestene på NAV-kontorene rapporteres til SSB gjennom KOSTRA. Direktoratet rapporterer til Eurostat, NOSOSKO, OECD, samt diverse ad hoc bestillinger.

Det var generelt enighet om at det er viktig å kunne informere hverandre om den internasjonale rapporteringen som gjøres. Dette for bedre å kunne koordinere og ha en tidlig og god prosess frem mot de ulike leveranser som gjøres. Det er lettere å unngå dobbelrapportering eller dobbelberegning når alle som leverer er klar over hverandre og hva som leveres av de ulike instanser.

Eventuelt

På neste møte i Kontaktutvalget 14. mai 2014 vil SSB v/seksjon for levekårsstatistikk orientere mer om samarbeidet (utgivelse av årlig publikasjon) med NOSOSKO som koordineres i samarbeid med Arbeids- og sosialdepartementet.

Det vil også være mulighet til å vise frem nettsider som var planlagt på møtet i dag, men som ikke gikk grunnet tekniske problemer.

Vedlegg III: Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk 16. september 2014

Til stede: Kirsti Strand (Helsedirektoratet), Nina Brøyn (Helsedirektoratet), Janne Strandrud (Helsedirektoratet), Pål Eivind Aamodt (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Ann-Kristin Brændvang (SSB), Arne Jensen (SSB), Unni Grebstad (SSB), Trond Ekornrud (SSB), Jorun Ramm (SSB)

Kopi: Khalid Lafkiri (HOD), Olav Gjestvang (HOD), Magne Hustad (KS), Anne Jensen (KS), Sandra Lien (Bufdir), Borgny Vold (SSB), Jostein Ellingsen (Arbeids- og velferdsdirektoratet), Hanne Narbuvoold (Helsedirektoratet), Else K. Grøholt (FHI), Elisabeth Rønning (SSB)

Sak 1 Internasjonal rapportering, Nordisk medisinalkomité (NOMESKO) rapport/nettside (Kirsti Strand, Helsedirektoratet)

Det ble orientert om rammer for det nordiske samarbeidet i Nordisk medisinalkomite (NOMESKO), og gitt en presentasjon av NOMESKOs nettside (<http://www.nowbase.org/>).

NOMESKO er en permanent komite for nordisk statistiksamarbeid som er underlagt Nordisk Sosialpolitisk Komites ansvarsområde (NMR-S). NOMESKOs sekretariat er plassert i København, og er fra 2013 administrativt knyttet til Statens Serum Institut i Danmark (<http://www.ssi.dk/>).

NOMESKOs målsetning er dels å skape grunnlag for sammenlignbar helsestatistikk i de nordiske landene, dels å ta initiativ til utviklingsprosjekter med relevans for helsestatistikk. NOMESKOS oppgaver er nordisk koordinering, internasjonalt samarbeid og koordinering, og publikasjons- og informasjonsvirksomhet.

Det er gitt signaler om at NOMESKOs arbeid skal ha en sterkere tilknytning til Nordisk sosialstatistikkomite (NOSOSKO) og Nordisk Ministerråd. Samarbeidet inkluderer flere statistikkområder, men ikke tannhelseområdet hvor det pågår et samarbeid om kvalitetsindikatorer. Det ble kommentert at dette området bør løftes inn i NOMESKO.

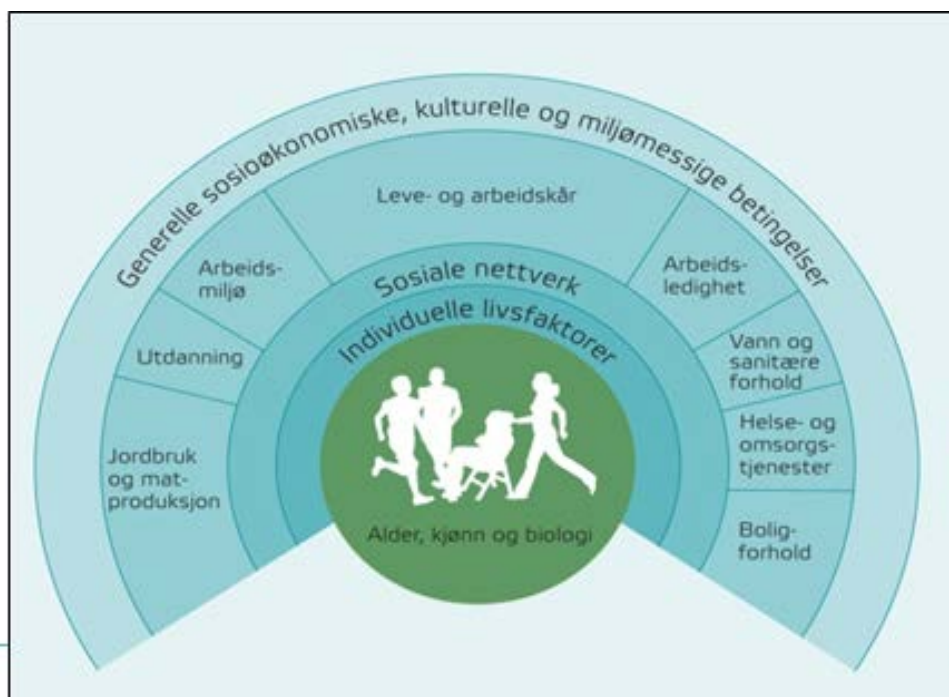
NOMESKO har gjennom årene publisert en rekke temapublikasjoner, men det er gjennomført og varslet strammere budsjetter.

Det ble ellers orientert kort om at SSB har forsøkt å koordinere ulike etaters bidrag til årets internasjonale rapportering (OECD) enda bedre enn tidligere år. SSB, FHI, kunnskapssenteret og Norsk pasientregister samarbeider tett om rapporteringen, mens SSB utfører sekretariatsoppgaver og koordinerer rapporteringen fra Norge.

Sak 2 Nasjonalt styringssystem for folkehelsepolitikken (Janne Strandrud, Helsedirektoratet)

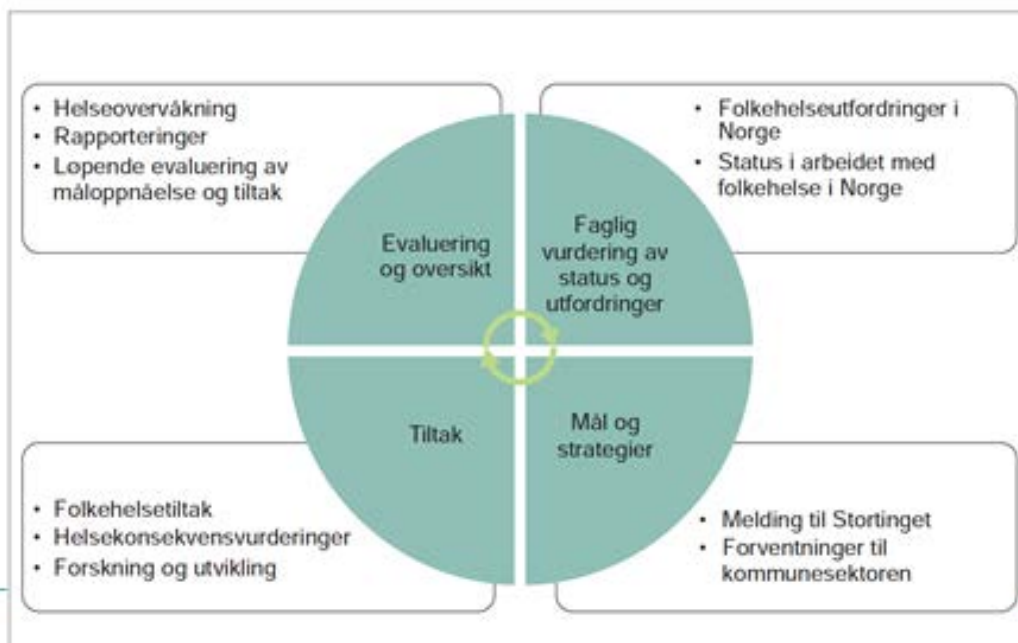
Det ble orientert om Nasjonalt styringssystem for folkehelsepolitikken hvor Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle et rapporteringssystem over faktorer (determinanter) som påvirker helse og sosial ulikhet i helse.

Det ble understreket at utgangspunktet for folkehelsearbeidet er et bredt samfunnsperspektiv, noe som også er utgangspunktet for den nye folkehelseloven som Stortinget vedtok i 2011 og som trådte i kraft fra og med 1. januar 2012. Folkehelselovens § 5 pålegger kommunene å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på tvers av sektorer.



Det ble orientert om at folkehelseloven og oppfølgingen av denne bl.a. innebærer en arbeidsdeling mellom Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI). Helsedirektoratet skal rapportere på påvirkningsfaktorer på helse og gi en status for folkehelsearbeidet som grunnlag for arbeid med den nasjonale folkehelsepolitikken, mens FHI har i oppgave å fokusere på helseovervåking og helseutfall. Det ble ellers vist til folkehelsemeldingen som skisserte noen overordnede folkehelsemål og innsatsområder for folkehelsepolitikken.).

Det ble vist til et «nasjonalt hjul» som viser det nasjonale systemet for å følge opp folkehelsepolitikken:



Det ble informert om Helsedirektoratets indikatorområder som inngår i nasjonalt system for folkehelsens påvirkningsfaktorer. Det inkluderer bl.a. sosial støtte og deltakelse og trygge og helsefremmende miljøer. Arbeidet har en bred tverrsektoriell forankring. Det er etablert arbeidsgrupper som svarer til Folkehelsemeldingens innsatsområder med deltagelse fra flere direktorater/nasjonale fagmiljøer, som Helsedirektoratet leder og koordinerer.

Rapporten «Samfunnsutvikling for god folkehelse» fokuserer på innsats- og utviklingsområder i folkehelsearbeidet. Rapporten er et innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med en ny stortingsmelding som kommer i 2015.

Sak 3 Folkehelse i KOSTRA. Kartlegging og forslag om endringer i kontoplanen for kommunene (Trond Ekornrud, SSB)

Det ble informert om gjennomførte og planlagte kartlegginger i Kommune-stat-rapporteringa (KOSTRA), og forslag til endringer i funksjonskontoplanen i KOSTRA når det gjelder folkehelsearbeid.

Arbeidsgruppeledelsen for KOSTRA helse- og omsorgstjenesten har forsøkt å ivareta hensynet til at folkehelsearbeid er tverrsektorielt. I og med at folkehelse og folkehelsearbeid tematisk går på tvers av ulike kommunale tjenesteområder, er det aktuelt å sette folkehelseproblemstillinger på dagsorden i ulike KOSTRA arbeidsgrupper. Samtidig er det viktig at innspill og problemstillinger blir koordinert slik at de til en viss grad blir sett i sammenheng.

Det er bestemt at innspill til kartlegginger av folkehelse i kommunene kan gå til arbeidsgruppeledelsen for KOSTRA helse- og omsorgstjenesten, men at disse blir videreformidlet og realitetsbehandlet i andre arbeidsgrupper på andre KOSTRA-områder. I praksis har det betydd at noen av Helsedirektoratets innspill til ulike kartlegginger av forskjellige folkehelsedimensjoner er sendt videre til vurdering i andre KOSTRA arbeidsgrupper. Det gjelder f.eks. spørsmål om folkehelsearbeid i kommunale planer som er realitetsbehandlet i KOSTRAS arbeidsgruppe for fysisk planlegging, kulturminner, natur og nærmiljø (KNNM), og inkludert i KOSTRA skjema 20Plan (Planlegging) og KOSTRA skjema 51 (Fysisk planlegging, kulturminner, natur og nærmiljø).

KOSTRAS arbeidsgruppe for fysisk planlegging, kulturminner, natur og nærmiljø (KNNM) kom ellers med forslag til endring i funksjonskontoplanen for kommunene til årets møte i Samordningsrådet for KOSTRA. Formålet er å justere noe i ordlyden til funksjon 233 for å fange opp folkehelsearbeid og forankre funksjonen i folkehelseloven. Til tross for at intensjonen er å synliggjøre kostnader knyttet til folkehelsearbeid, er det grunn til å tro at folkehelsearbeid går på tvers av sektorer og dermed på tvers av regnskapsfunksjoner. Etter alt å dømme er ikke en slik kontoplanendring ønskelig, men det blir opp til KOSTRAS arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenesten å vurdere i en høring med frist 24. september 2014.

Det ble videre inkludert en bred kartlegging av kommunale frisklivssentraler i 2013-rapporteringa i KOSTRA skjema 1 (Personell og virksomhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten). Kartlegginga var et resultat av innspill fra Helsedirektoratet til KOSTRAS arbeidsgruppe for kommunale helse- og omsorgstjenester, og en omfattende bilateral prosess mellom direktoratet og SSB. Det er p.t. dialog mellom direktoratet og SSB når det gjelder hvordan data skal utnyttes og publiseres.

Det har ellers vært en dialog om to øvrige temaer som sogner til folkehelse og folkehelsearbeid. Det ene er miljørettet helsevern som handler om godkjenning av barnehager og skoler etter folkehelseloven, hvor det er etablert kontakt med relevante KOSTRA-arbeidsgrupper. Det er imidlertid grunn til å etterlyse litt mer informasjon om status for samarbeidet på dette området. Det andre temaet er ønsket om tannhelseindikatorer på kommunenivå til bruk i FHIs folkehelseprofiler, hvor leder av KOSTRA arbeidsgruppa for tannhelsetjenester har utformet et opplegg for og tilbud om fremgangsmåte.

Sak 4 Kommunalt helse- og omsorgsregister. Utredningsarbeid (Nina Brøyn, Helsedirektoratet)

Det ble orientert om arbeidet med å utrede innholdet i et nytt kommunalt helse- og omsorgsregister (KHOR).

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i tildelingsbrevet for 2014 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede innholdet i et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister. Helsedirektoratet har etablert et tett samarbeid med Folkehelseinstituttet for å løse oppdraget.

Det er behov for å utvikle flere kvalitetsindikatorer fra kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig med hensyn til resultatindikatorer. Dagens datagrunnlag er fragmentert og svakt fundert. Det finnes lite kunnskap om forekomst og resultat av behandling for de store sykdomsgruppene som i hovedsak behandles i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For store deler av tannhelsetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten finnes det nesten ikke nasjonale data.

Det er etablert et prosjekt som skal avlevere en utredning til HOD før jul. Dette skal være grunnlag for HODs videre beslutning om videre arbeid med et nytt register. Direktoratet har etablert en arbeidsgruppe bestående av deltakere fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og SSB. Arbeidsgruppen jobber nå med å utarbeide et mandat for prosjektet, som skal inneholde nærmere presisering av oppdraget. Videre har direktoratet også planlagt å oppnevne en referansegruppe som skal være bredt sammensatt, bl.a. med brukerrepresentasjon og ulike fagforeninger.

Det ble kommentert at det er riktig at det ikke finnes altomfattende samlinger av data for kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig finnes det en rekke datakilder på området, både i register (IPLoS), skjema (KOSTRA) og database (KUHR), som bør bli vurdert før det tas skritt for å etablere registeret. Det ble også påpekt at et slikt register vil ha noen (juridiske) utfordringer når det gjelder utnyttelse av data for statistikkformål, ikke minst når det er snakk om sammenstillinger mot SSBs sosioøkonomiske registre.

Sak 5 Avrunding (Møteleder Ann-Kristin Brændvang, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk er berammet til **onsdag 19. november**.

Innspill til saker på dagsorden kan formidles til kontaktutvalgets sekretariat v/Arne Jensen (aje@ssb.no) og Unni Grebstad (ugr@ssb.no). To mulige saker er oppfølging av arbeidet med å utrede KHOR og arbeidet som gjøres med hensyn til indikatorutvikling på folkehelseområdet.

Vedlegg IV: Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk 19. november 2014

Sak 1 European Health Interview Survey - EHIS 2 (Elin S. Lunde, SSB)

Det ble orientert om den europeiske helseundersøkelsen (EHIS 2) som skal gjennomføres i Norge i 2015. Undersøkelsen er forankret i to EU-forordninger (EU 1338/2008 og EC 141/2013).

Norge skal levere helsedata på mikronivå, og EHIS vil gi helsedata om den hjemmeboende delen av befolkningen. Undersøkelsen inkluderer alle EU land, og EØS-landene Sveits, Island og Norge. I alt er det 31 land som skal gjennomføre undersøkelsen og 210 000 personer som skal intervjues. Når resultatene foreligger vil norsk folkehelse kunne bli sett i et internasjonalt perspektiv.

EHIS erstatter Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt (LKU) slik vi kjenner den. Undersøkelsen skal primært gjøres som telefonintervju, og Norge er forpliktet å ha et nettoutvalg på minimum 5 170 personer. Undersøkelsen inkluderer mange nye spørsmål og måleinstrumenter i forhold til det som gjaldt for LKU, og innebærer økte kostnader som følge av nasjonal tilpasning av skjema, økt utvalgsstørrelse og ny variabelliste.

SSB har som målsetning å videreføre viktige tidsserier fra LKU som helt eller delvis ikke har sin motsats i EHIS. Det gjøres enten ved å tilpasse spørsmålene eller ved å supplere EHIS med spørsmål fra LKU. Kartlegging av psykisk helse og fysisk aktivitet er eksempler på to temaer som blir svært ulikt kartlagt i EHIS, mens snusbruk og tannhelse er eksempler på to temaer som ikke blir kartlagt i EHIS. For å videreføre denne typen tidsserier kreves det tilleggsfinansiering.

Det er relativt strenge regler for hvordan EHIS skal gjennomføres i medlemslandene. Det foreligger en detaljert manual som skal følges, og alle modifiseringer eller nasjonale tilpasninger må forklares og dokumenteres i egen kvalitetsrapport som rapporteres til Eurostat sammen med leveranser av mikrodata.

Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått en samordning mellom EHIS og det nyutviklede spørreskjemaet Fylkeshelseundersøkelsene (FHUS) som FHI administrerer, for best mulig utnyttelse av data. Det er ellers slik at et økt EHIS-utvalg kan gjøre det mulig med EHIS-data på lavere nivå enn landsdel, og SSB har derfor søkt om ekstern finansiering til utvidelse av nettoutvalget.

SSB vil publisere EHIS-data på www.ssb.no, inkl. statistikkbanken. Det er ikke satt en publiseringsdato ennå. Videre vil EHIS-filer med mikrodata bli rapportert til Eurostat om lag september/oktober 2016. Data vil bli brukt både internt i EU, og gjøres tilgjengelig på nettsiden deres.. Det vil også bli overlevert en anonymisert datafil til NSD, til bruk for forskere og studenter.

Sak 2 Filuttrekk fra kommunale saksbehandlingssystemer (Harald Tønseth, SSB)

Det ble reist spørsmål om alle sider ved kontaktutvalgets avtale blir ivarettatt, og hvorvidt utvalget gjennom dagsorden og sakliste på møtene ivaretar utvalgets formål. Utvalget skal for eksempel bidra til:

- å frembringe et mest mulig heldekkende statistikkgrunnlag
- bruk av entydige felles definisjoner
- samordning og effektivisering av rutinene for innsamling, utveksling, publisering og forvaltning av data

Bruk av filuttrekk fra kommunale saksbehandlingssystemer er ett av tiltakene som kan bidra til sistnevnte, og som kontaktutvalget burde befatte seg med. Det er likevel grunn til å nyansere bildet noe:

1. Det er fortsatt gevinster å hente ut ved å tilpasse spørsmålsstilling i datainnhenting og fagsystem, men det kan i praksis bety at man fjerner seg fra statens egentlige databehov. Staten kan være interessert i langt mer detaljerte opplysninger som ingen fagsystem makter
2. Det ligger en potensiell gevinst i at resterende kommuner og bydeler går over fra skjemarapportering til filuttrekk på områder der filuttrekk fra kommunene og bydelenes fagsystemer er regelen snarere enn unntaket. Da vil det være bedre forhold for entydighet og felles definisjoner snarere enn rent skjønn og ulik kartlegging blant rapportørene
3. Det ligger en stor gevinst i å endre praksis på områder der filuttrekk fra kommunene og bydelenes fagsystemer er unntaket snarere enn regelen. Etter alt å dømme vil det bety endringer i eksisterende

fagsystemer eller implementering av nye, men på lengre sikt vil rapporteringsmulighetene oppveie investeringen

4. Det er antakelig upraktisk og uhensiktsmessig å automatisk erstatte spørsmål som inngår i skjemarapporteringen med filuttrekk. Noen spørsmål egner seg kun for skjema (og knapt nok det), og disse burde ikke inngå i filuttrekk
5. Det er mulig at fagsystem gir grunnlag for summeringer som blir etterspurt i skjemarapporteringen, uten at filuttrekk dermed burde eller kunne bli brukt. I slike sammenhenger er det kanskje viktigere at fagsystemet kan gi korrekt sumtall, enn at rapportøren slipper skjemarapportering av tallet
6. Det er nødvendig å sjekke bruk av filuttrekk opp mot skjemarapportering for eksempel ved nye rapporteringsbehov

Det ble foreslått å innføre ett punkt eller en sak på dagsorden til møtene i kontaktutvalget som tok for seg flere av utvalgets oppgaver og formål enn det som har vært gjengs de siste årene.

Sak 3 Folkehelse rapporten 2014 (Else K. Grøholt, FHI)

Det ble orientert om Folkehelse rapporten 2014, som er Nasjonalt folkehelseinstituttets bidrag til å kartlegge folkehelse tilstanden i tråd med oppdraget instituttet har fått i sammenheng med bl.a. samhandlingsreformen. Orienteringen bør sees i sammenheng med forrige møte i kontaktutvalget som i all hovedsak ble viet til temaet folkehelse.

Folkehelse rapporten 2014 foreligger kun i webutgave på FHIs internettsider (<http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/folkehelse rapporten>). Kapitlene i rapporten er bygd opp etter samme lest selv om de tematisk skiller seg fra hverandre.

Noen hovedtrekk fra rapporten om folkehelsen i Norge ble trukket frem:

- Befolkning – andelen eldre øker, andelen innvandrere øker og det blir en stadig sterkere urbanisering
- Forventet levealder – stadig høyere, men en klarere sosial profil (utdanningsforskjeller) samtidig som flere vil leve med sykdommer som for eksempel kroniske sykdommer
- Hjerte- og karsykdommer – dødeligheten har gått ned i alle aldersgrupper, men antall syke antas å stige
- Kreft – kreft i ulike former er stadig en av de viktigste dødsårsakene, og det ventes en økning i antall nye krefttilfeller bl.a. når det gjelder lungekreft og føflekkreft
- Diabetes – om lag 4 prosent av befolkningen anslås å ha diabetes
- Infeksjonssykdommer – smittsomme sykdommer på retur i hele verden, men bl.a. seksuelt overførbare sykdommer har økt i omfang
- Vaksinasjoner – det er stadig høy vaksinasjonsdekning, og prevalenstall viser at vaksineringsen gir både individuell og flokkbeskyttelse
- Psykisk helse – det er 8 prosent av barn og unge som har en psykisk lidelse, og psykiske lidelser opptrer ofte samtidig med ruslidelser
- Alkohol – alkoholforbruket blant voksne har økt med om lag 40 prosent de siste 20 årene, men alkoholforbruk blant ungdom er redusert
- Overvekt og fedme – ett av seks barn er overvektige, mens en av fem voksne har fedme. Økningen blant barn ser imidlertid ut til å ha stoppet opp
- Tobakksbruk – om lag 15 prosent menn og 14 prosent kvinner røyker daglig, mens 14 prosent av mennene og 4 prosent av kvinnene bruker snus daglig
- Sykdomsbyrde – hjerte- og karlidelser og kreft er de viktigste årsakene til tapte leveår i Norge, men KOLS spiller også en rolle
- Helsetap – korsryggsmerter alvorlig depresjon og angstlidelser er de fem viktigste årsakene til helsetap i Norge
- Sosiale helseforskjeller – betydelige sosiale helseforskjeller i helse og levevaner i den norske befolkningen både blant barn og voksne
- Aldring – aldring og helse kan påvirkes i positiv retning, og høy kognitiv og fysisk aktivitet er to nøkkelfaktorer

For kilder til data og funn ble det vist til referanser og henvisninger i Folkehelse rapporten 2014.

Sak 4 Pleie- og omsorgstjenesten (Berit Otnes og Eiliv Mørk, SSB)

Det ble først orientert om pleie- og omsorgstjenesten i et historisk perspektiv, dernest ble nyere data fra IPLOS-publiseringsen i oktober 2014 (2013-årgang) presentert.

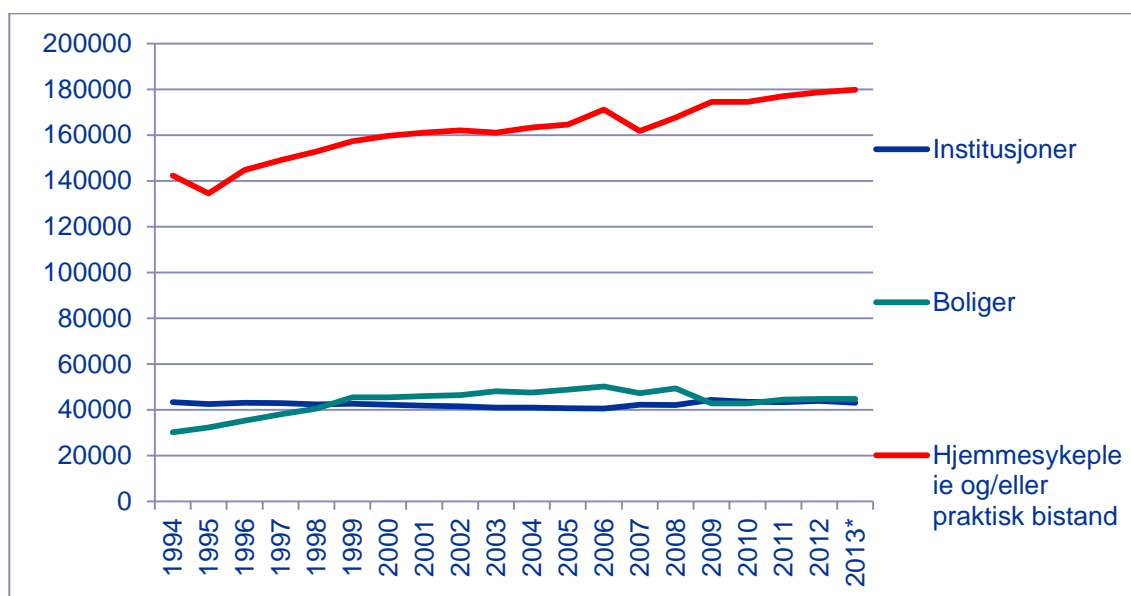
Fasene i pleie- og omsorgstjenestens «forløp» ble delt i fire:

- Før 1965: Familien hadde hovedansvar
- 1965-1980: Den offentlige revolusjon
- 1980-1995: Konsolidering og reorganisering
- 1995-nå: Fornyelse og effektivisering

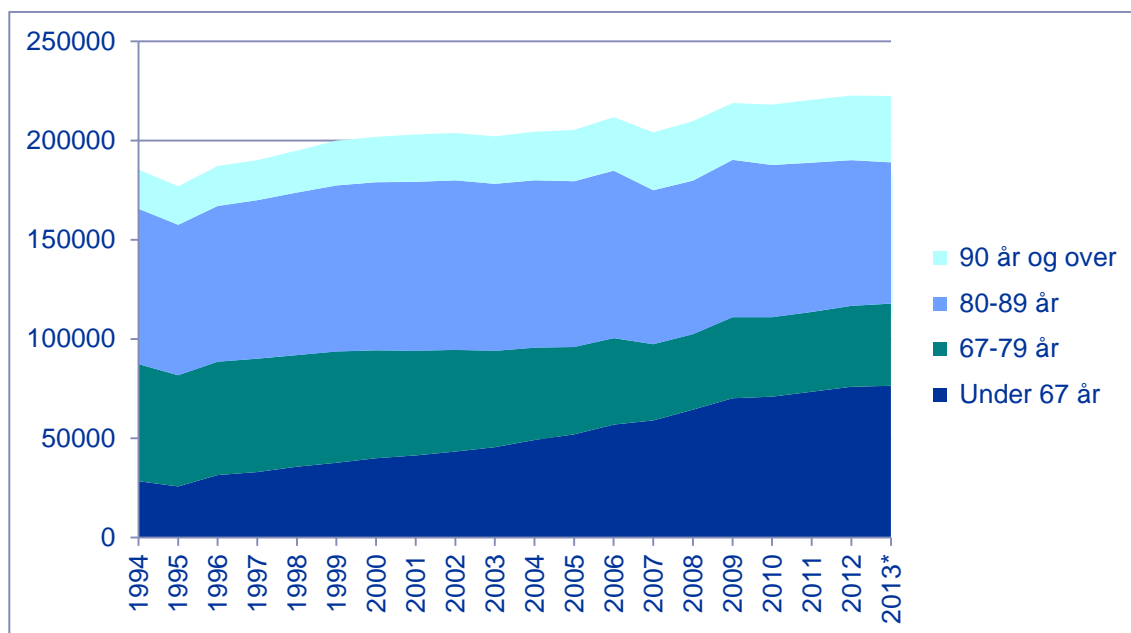
De tre viktigste trendene i perioden 1994-2013 har vært boliggingjøring (mer fokus på tjenester i bolig enn i institusjon), mer vekt på helseaspektet ved tjenestene (mindre på praktisk hjelp), og sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre.

Utviklingen i brukere av ulike pleie- og omsorgstjenester i perioden 1994-2013 viser bl.a. mer bruk av hjemmetjenester i ordinær bolig. Brukere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand har økt mest, og det har sammenheng med alderssammensetningen.

Figur 1. Brukere, etter tjenestetyper. 1994-2013



Figur 2. Brukere, etter aldersgrupper. 1994-2013

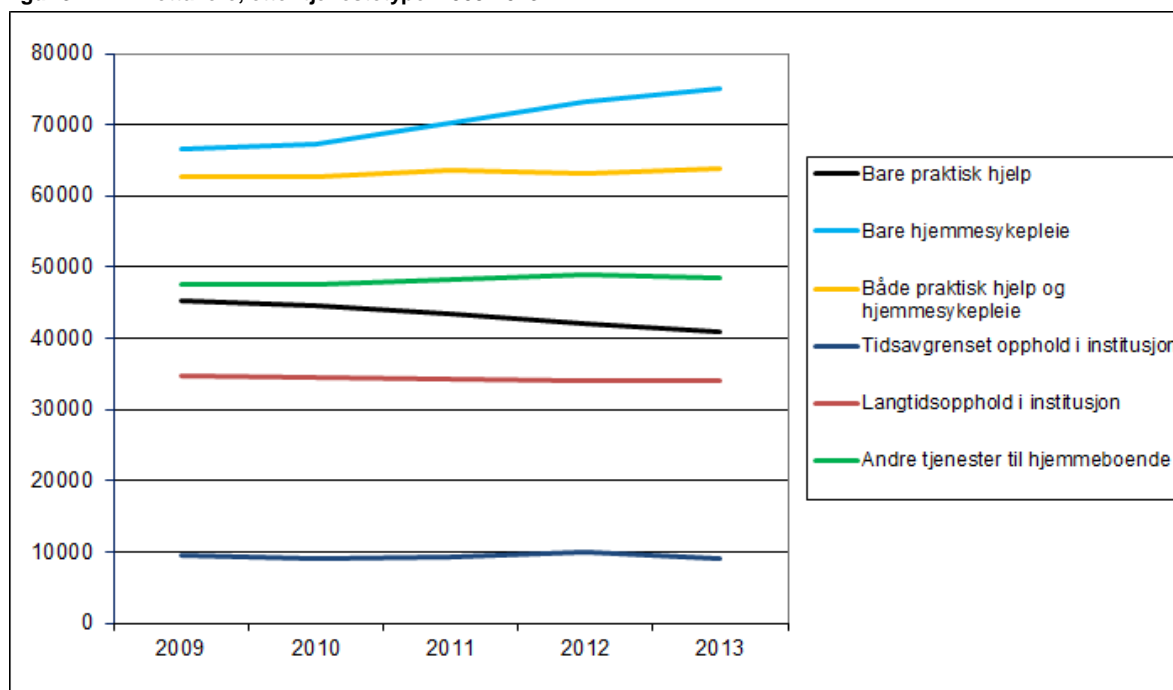


Det er flere årsaker til de tre trendene i pleie- og omsorgstjenesten. Bl.a. er boliggyøringen en del av en «villet» utvikling og et mål siden 1960-tallet, mens nye brukergrupper har kommet til i perioden. Det har dessuten vært en tendens til økt medikalisering gjennom mer omfattende og avansert hjemmesykepleie etter sykehusopphold.

Når det gjelder nyere data viser rapporten [Pleie- og omsorgstjenesten 2013](#) bl.a.:

- at det er en økning i antall mottakere på nesten 8 prosent (2007-2013)
- at sammensetningen etter alder, kjønn og bistandsbehov er uendret
- at andelen med omfattende bistandsbehov er størst blant mottakere av langtidsopphold i institusjon
- at andelen med omfattende bistandsbehov er om lag den samme som i 2012
- at hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov er blitt tildelt et økende antall timer med hjelp per uke i perioden 2007-2013
- at yngre mottakere av hjemmetjenester (under 67 år) mottar mer bistand (i timer) enn mottakere som er 67 år og eldre. Mottaker under 67 år med stort bistandsbehov skal i størst mulig utstrekning få hjelp i eget hjem

Figur 3. Mottakere, etter tjenestetype. 2009-2013



Sak 5 Avrunding (Møteleder Elisabeth Rønning, SSB)

Neste møte i Kontaktutvalget for helse- og omsorgstjenestestatistikk og sosialstatistikk er berammet til **onsdag 25. mars 2015**.

Innspill til saker på dagsorden kan formidles til kontaktutvalgets sekretariat v/Arne Jensen (aje@ssb.no), Unni Grebstad (ugr@ssb.no) og Trond Ekornrud (eko@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 978-82-537-9059-6 (elektronisk)



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway