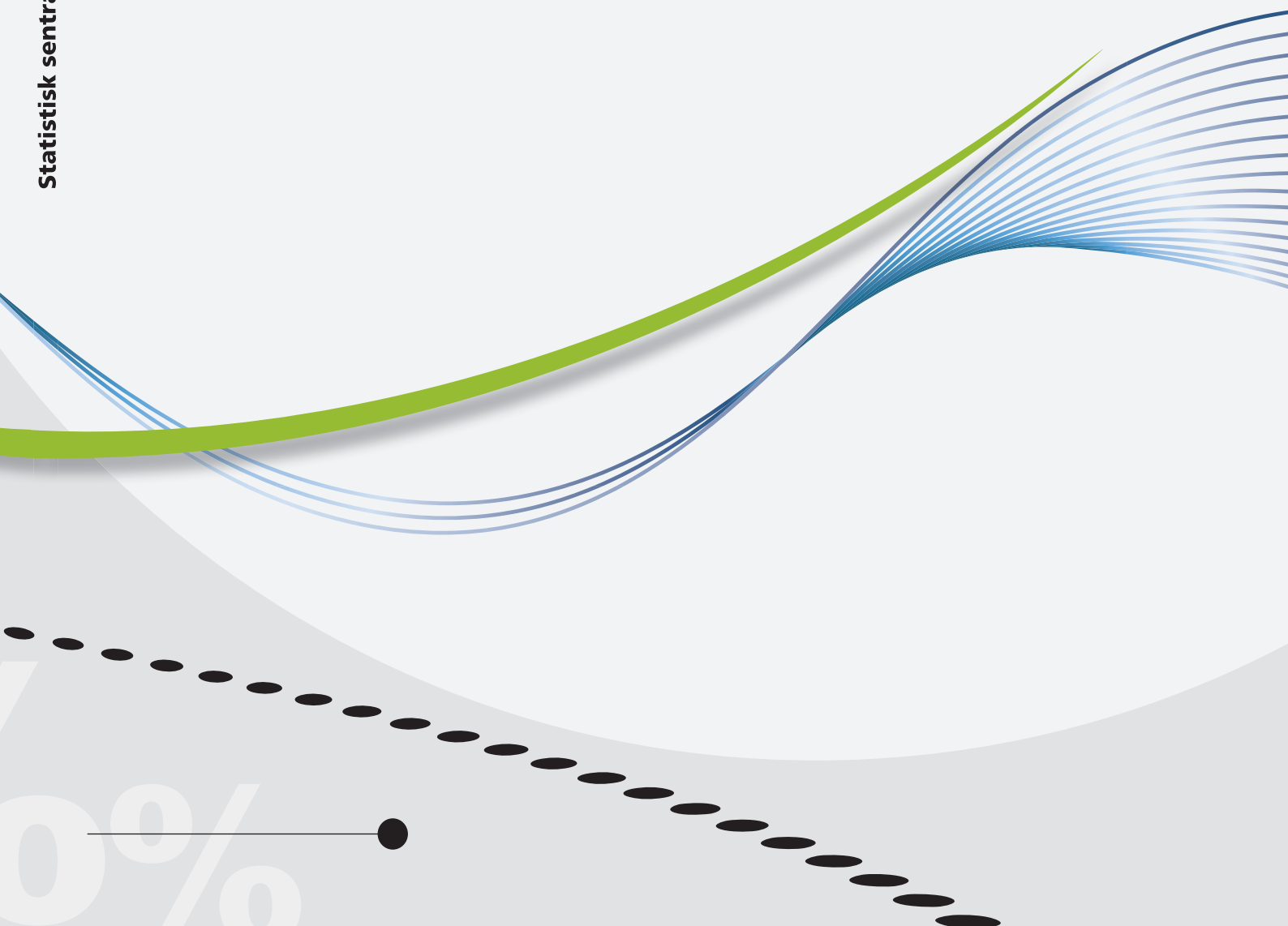




Else Bredeli

Årsrapport 2009-2012. Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk



Else Bredeli

**Årsrapport 2009-2012. Kontaktutvalget for
helse- og sosialstatistikk**

© Statistisk sentralbyrå Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde. Publisert april 2013	Standardtegn i tabeller Tall kan ikke forekomme Oppgave mangler Oppgave mangler foreløpig Tall kan ikke offentliggjøres Null Mindre enn 0,5 av den brukte enheten Mindre enn 0,05 av den brukte enheten Foreløpig tall Brudd i den loddrette serien Brudd i den vannrette serien Desimaltegn	Symbol : - 0 0,0 * — ,
--	--	---

Forord

Fram til og med 2008, ble det publisert årsrapporter for aktiviteten i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk. For årene 2009-2012 har Kontaktutvalget utarbeidet en samlet rapport med oversikt over aktivitet og behandlede saker i utvalget i denne perioden

Statistisk sentralbyrå, 3. april 2013

Hans Henrik Scheel

Sammendrag

Notatet redegjør for arbeidet til Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk i årene 2009-2012.

Til grunn for Kontaktutvalgets arbeid, ligger en avtale om statistiksamarbeid mellom SSB og den sentrale helse- og sosialforvaltningen ved Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens Helsetilsyn.

Noen tema har vært behandlet på flere av Kontaktutvalgets møter i perioden 2009-2012. Det gjelder saker som etablering av statistikk om psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene, om utsatte grupper som enhet i helse- og sosialstatistikken, samhandlingsreformen i helsevesenet samt internasjonale forordninger og orientering fra internasjonale møter.

Det er også presentert arbeid og resultater fra ny statistikk og fra ulike undersøkelser. Blant annet innenfor følgende tema: statistikk om allmennlegetjenesten og om fastlegetjenesten, barn og unges miljø og helse, helseutgifter og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne, utviklingen i barns vekst i Norge ved måling av barnas høyde, vekt og livsmål, rapporteringssystem for sosialt relaterte helseforskjeller og statistisk analyse om sosialhjelp.

Noen saker har reist mer prinsipielle og overordnede spørsmål og synspunkter til debatt. Blant annet om tema som forvaltningens statistikkbehov versus muligheter i eksisterende datakilder, kommunale fagsystemer som mulighet (og begrensning) for rapportering av sosialtjenestedata, relansering av begrepet "kommuned diagnose" for å få et mer dekkende bilde av kommunale behov og tjenester og spørsmål om den årlige KOSTRA-rapporteringen er godt nok tilpasset forvaltningsbehov i endring.

Innhold

Forord.....	3
Sammendrag.....	4
1. Avtale, mandat, representasjon	6
2. Aktivitet	6
3. Arbeidsgruppene.....	6
4. Saker behandlet i utvalget i perioden 2009-2012.....	7
4.1. Gjennomgående saker.....	7
4.2. Ny statistikk og analyse, presentasjoner	15
4.3. Statistikkfaglige debatter	20
4.4. Orienteringssaker	24
4.5. Internasjonalt statistikkarbeid	27
Referanser.....	32
Vedlegg A: Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og sosialstatistikk.....	34
Vedlegg B1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 16. mars 2009	38
Vedlegg B2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 27. mai 2009	40
Vedlegg B3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 9. september 2009	43
Vedlegg B4: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 9. desember 2009.....	45
Vedlegg C1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 17. mars 2010	47
Vedlegg C2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 5. mai 2010	48
Vedlegg C3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 8. september 2010	51
Vedlegg C4: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 24. november 2010	53
Vedlegg D1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 4. mai 2011	56
Vedlegg D2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 7. september 2011	60
Vedlegg D3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 23. november 2011	65
Vedlegg E1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 21. mars 2012	68
Vedlegg E2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 2. mai 2012	73
Vedlegg E3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 21. november 2012	77

1. Avtale, mandat, representasjon

Til grunn for Kontaktutvalgets arbeid, ligger en avtale om statistikk samarbeid som sist ble revidert i juni 2003. Avtalen ligger som vedlegg A. Avtale og mandat er planlagt oppdatert i løpet av 2013.

Statistisk sentralbyrå (SSB) er sekretariat for utvalget og leder møtene.

Utvalgets representanter per desember 2012 fordeler seg slik:

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	2
Helsedirektoratet (Hdir)	2
Helsetilsynet (Htil)	1
Statistisk sentralbyrå (SSB)	2 + sekretær
Kommunenes sentralforbund (KS)	2 (ikke formell avtalepart)
Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)	2 (ikke formell avtalepart)
Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)	1 (ikke formell avtalepart)
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)	1 ikke formell avtalepart)

I tillegg er det oppnevnt vara for de fleste deltakende etater.

Kontaktutvalgets medlemmer per desember 2012 er:

HOD: Khalid Lafkiri og Olav Gjestvang
(Vara: Catrine Meland)
Hdir: Kirsti Strand og Hanne Narbuvoold
Htil: Linda Grytten
(Vara: Sidsel Platou Aarseth)
KS: Magne Hustad og Anne Jensen
FHI: Heidi Lyshol og Else Karin Grøholt
NAV: Tonje Ek Brunvoll
Bufdir: Helen Støversten.
SSB: Elisabetta Vassenden, Elisabeth Rønning og Borgny Vold (sekretær)
Vara: Jorun Ramm og Unni Grebstad.

Ut over de faste medlemmene, har de enkelte parter supplert sin møtedeltakelse avhengig av sakskartet. Utvalget har også invitert andre instanser til å delta i enkeltsaker hvis aktuelt. Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) holdt for eksempel en presentasjon om aktivitetsstatistikk hos fastleger, legevakt og avtalespesialister på et møte i 2011.

Seksjon for helsestatistikk i SSB overtok sekretariatsfunksjonen for utvalget fra Seksjon for levekårsstatistikk fra og med november 2007 og har hatt denne funksjonen i perioden 2009-2012.

2. Aktivitet

I årene 2009 og 2010 ble det holdt 4 årlige møter i utvalget, ett i hvert kvartal. I 2011 og 2012 er det avholdt 3 møter årlig, der de planlagte møtene i henholdsvis mars og september ble avlyst pga manglende saker.

3. Arbeidsgruppene

I alt er det fem faste arbeidsgrupper som ligger under Kontaktutvalget. Det er arbeidsgruppene for:

- Sosialtjenester
- Kommunehelsetjenester

- Pleie- og omsorgstjenester
- Spesialisthelsetjenester
- Tannhelsetjenester

Fra og med 2013 er gruppene for kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester slått sammen til én gruppe for helse- og omsorgstjenester.

Gruppene, med unntak av gruppen for spesialisthelsetjenester, fungerer også som KOSTRA/Samordningsrådets arbeidsgrupper på sine respektive felt. (KOSTRA står for KOMMune-STat RAPporteringen).

SSB har sekretariat for gruppene, som formelt blir ledet av ansvarlig fagdepartement. Kontaktutvalget har understreket at gruppene bør ha minst to møter i året, der ett av dem er på høsten. Årsrapportene fra arbeidsgruppene blir sendt ut til Kontaktutvalgets medlemmer før de sendes til Samordningsrådet innen 1. juni.

4. Saker behandlet i utvalget i perioden 2009-2012

Dette kapitlet inneholder et sammendrag av møtereferatene i Kontaktutvalget for perioden 2009-2012. Så langt det har latt seg gjøre, og der det er naturlig, er det tatt med opplysninger om status i sakene per mars 2013. De enkelte møtereferatene ligger som vedlegg i notatet.

4.1. Gjennomgående saker

4.1.1 Skjema for psykisk helsearbeid i KOSTRA

Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid i kommunene, fra 1998-2008, ligger til grunn for særreporteringen fra kommunene til Helsedirektoratet for samme tidsperiode. Etter at opptappingsplanen ble avsluttet ved utgangen av 2008, fikk Helsedirektoratet i oppgave av HOD å opprette og lede en arbeidsgruppe for videre rapportering om psykisk helsearbeid i KOSTRA. Målet var en videreføring av eksisterende rapportering (rapporteringsskjema 2 i IS-24) i KOSTRA, med første innrapportering i 2010 for statistikkåret 2009.

Med bakgrunn i arbeidet som har blitt gjort i arbeidsgruppen, samt høring mot andre arbeidsgrupper i KOSTRA og konklusjoner fra eksterne konsulenter, fattet Helsedirektoratet i mai 2009, vedtak om å fortsette særreporteringen av psykisk helsearbeid i kommunene i ett år til. Begrunnelsen for vedtaket var at det er mye som må utredes før en kan få utviklet et godt nok datasett i KOSTRA på dette området. Skjemaet som benyttes ved særreporteringen krever mye skjønnsmessige vurderinger i kommunene. Det vil derfor være viktig å få kartlagt muligheten for å bruke andre datakilder enn skjema. Parallelt med kartleggingen av andre datakilder som gjøres i nært samarbeid med SSB, har Helsedirektoratet videreført særreporteringen av psykisk helsearbeid i hele perioden 2009-2012.

KS, i likhet med mange andre høringsinstanser, mente at dette området i tillegg til rus, vil være områder med store utfordringer når det gjelder statistikkproduksjon. KS rådet arbeidsgruppen til å foreta en pilot, med datainnsamling fra et utvalg av kommuner. Dette for å avdekke noen problem, spesielt i forhold til årsverkstall der det er knyttet stor usikkerhet til kvaliteten på de innrapporterte tallene i særreporteringen.

Parallelt med statistikkarbeidet på psykisk helse-området, opprettet Helsedirektoratet, på oppdrag fra HOD, en arbeidsgruppe som skulle kartlegge det kommunale arbeidet for personer med rusmiddelproblem. Som et ledd i arbeidet har gruppen foretatt en prøverapportering som omfattet 11 kommuner og 2 bydeler i Oslo. Konsulentfirmaet Fürst og Høverstad har analysert resultatene fra

prøverapporteringen. Prøverapporteringen viste at det er mange tjenester/enheter i kommunene som er involvert i tilbudet til personer med rusproblem. Det varierer hvor mye informasjon de ulike kommunene sitter på i forhold til de etterspurte opplysningene i prøverapporteringen. Dette fordi fagsystemene som benyttes på området, er ulikt utbygd/oppbygd i kommunene. Det er spesielt de større kommunene, med godt utviklede fagsystem, som har gitt mest pålitelige tall under prøverapporteringen.

De foreløpige resultatene fra rapporteringen viste også at det vil være problemer knyttet til rapportering av årsverk og til sammenligning mellom kommuner. Årsverk til funksjon 243 (regnskapsfunksjon for rusarbeid) vil, for kommuner som ikke registrerer sine tjenester etter problem og diagnose, ofte være basert på skjønnsmessige vurderinger. På samme måte vil det variere fra kommune til kommune hvilke utgifter som føres på funksjon 243.

Psykisk helsearbeid og arbeid for personer med rusmiddelproblem er to områder som er tilgrensende og ofte innvevd i hverandre. Det kan være problematisk å skille ut årsverk som bare gjelder rusbehandling eller bare psykisk helsearbeid. I det videre arbeidet, vil det derfor være nødvendig å arbeide parallelt med disse to prosjektene.

I den videre prosessen er fokuset hva som er mulig å få inn i KOSTRA. Man må få oversikt over hva som er mulig å telle ute i kommunene og i deres fagsystem, samtidig som man fortsetter med å kartlegge hva som er mulig å fange opp igjennom registerbasert personellregistrering.

NAV mener det er viktig at de er involvert i arbeidet med å få statistikk på områdene psykisk helse og rus, da dette er områder NAV selv arbeider med og trenger kunnskap og informasjon om.

Helsedirektoratet mener det er ønskelig med statistikk som viser årsverksinnsats, personalets kompetanse, befolkningens bistandsbehov, og i tillegg kvalitet, kapasitet og resultater i tjenestene.

Det arbeides på flere fronter for å videreutvikle datagrunnlaget på begge tjenesteområder. For å sikre kontinuitet i datagrunnlaget for psykisk helsearbeid i kommunene videreføres særreporteringen i IS-24, samtidig som man søker å koordinere tett med ny rapportering fra kommuner som mottar tilskudd til rusarbeid. På lengre sikt er målet integrering i KOSTRA, inkl. bruk av eksisterende registre, f.eks Aa-registeret (Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret).

Våren 2010 gjennomførte konsulentfirmaet Fürst og Høverstad på oppdrag fra Helsedirektoratet, et prosjekt for å systematisere data i fagsystemer, med formål å sikre god datakvalitet og sammenlignbarhet. En referansegruppe bestående av kommuner, Helsedirektoratet, KS, Husbanken og SSB deltok i arbeidet. Fokuset ble lagt på tre områder hvor IT-baserte saksbehandlings- og klientadministrative systemer er utbredt: a) Pleie- og omsorgstjenester; b) Sosialtjenester; og c) Helsestasjons- og skolehelsetjenester. I første omgang arbeides det videre med oppfølging av konklusjonene innen sosialtjenestene, bl.a. med sikte på å integrere nye spørsmål i KOSTRA-skjema 11.

I samarbeid med SSB arbeides det for å hente opplysninger om personell i psykisk helsearbeid og rusarbeid fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret, og om personalets kompetanse gjennom kobling mot Nasjonal utdanningsdatabase. Det er flere utfordringer i arbeidet, som at det i mange tilfeller ikke er mulig å avgrense verken stillinger eller arbeidssteder entydig til én målgruppe. Det arbeides videre i samarbeid med SSB om å anbefale tiltak for å sikre registreringer som kan gi grunnlag for sammenlignbar statistikk.

SSB har utarbeidet tre rapporter som omhandler status i arbeidet med etablering av statistikk for kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, jf. Vold m.fl. (2012), (2013a) og (2013b).

4.1.2 Orientering om særrapportering for kommunalt rusarbeid

Helsedirektoratet orienterte om opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) og ny rapportering fra kommunene i rundskriv IS-8 ”*Opptrappingsplanen for rusfeltet – rapportering på kommunenes bruk av øremerkede tilskudd og samlet innsats innen rusarbeid for 2010*”.

Hovedmålet i opptrappingsplanen er bedre kvalitet i tjenestene og økt kompetanse blant personalet. Blant delmålene er at det skal innføres bedre styringssystemer, statistikk, dokumentasjon og rapportering for både kommuner og spesialisthelse-tjenestene, og at behov og ressursbruk på rusfeltet skal kartlegges.

Opptrappingsplanen har en klar kommuneprofil, og i 2011 ble det bevilget ca 400 millioner kroner til kommunene. Av økningen i kapittel 763, post 61 på 100 millioner, gikk 70 prosent til kommunene.

Helsedirektoratet arbeider både kortsiktig og langsiktig for å bedre datagrunnlaget. På lang sikt tenkes området integrert i KOSTRA, og her er muligheten for å ta i bruk registerbaserte personelldata viktig. Helsedirektoratet samarbeider med SSB om dette. Videre er det viktig å arbeide mot at fagsystemene inneholder de nødvendige variable, og at det etableres felles kodelister. Det er i gang arbeid med å definere felles kodeverk i fagsystemene innen sosialtjenesten som forarbeid for å kunne registrere årsak til vedtak om sosialhjelp. Videre arbeid er integrert i KOSTRA.

For å løse databehovet på kort sikt, har Helsedirektoratet innført en tilskudds-rapportering (IS-8) og det er gjennomført en utvalgsundersøkelse for å kartlegge problemomfang.

IS-8 er todelt:

- **Skjema 1:** Rapportering av årsverk og tjenester finansiert via øremerkede midler. Skal rapporteres fra alle kommuner som har mottatt slike midler (2010: 210 kommuner; 2011: 320 kommuner har søkt).
- **Skjema 2:** Omfatter kommunenes samlede ressursinnsats (årsverk) og tjenester. Alle kommuner oppfordres til å rapportere. For kommuner som har rapportert i skjema 1 skal man i skjema 2 også rapportere egenfinansierte årsverk og tjenester.

Hensikten med rapportering om tilskudd i skjema 1 er bedre oppfølging av bruken av tilskuddene og å vurdere om målene for tilskuddsordningen nås.

Helsedirektoratet håper at rapporteringen vil medføre reell kapasitetsøkning i det kommunale rusarbeidet. Slik at rusavhengige får et helhetlig, tilgjengelig, samordnet og individuelt tilpasset tilbud. Kapasitetsøkning vil gi grunnlag for god kvalitet og kompetanse.

Kontaktutvalget uttrykte at dette er et viktig område å følge med på framover, og KS understreket at kommunene har behov for å sammenligne seg med andre, slik at publiseringen av resultater fra IS-8 blir viktig.

4.1.3 Utsatte grupper som enhet i helse- og sosialstatistikken

Fokuset på utsatte grupper er et av behovene som forvaltningen ønsker dekket for å kunne vurdere måloppnåelse i henhold til ulike handlingsplaner. Men KOSTRA er best egnet for å måle tjenester, og en rekke tidligere forsøk på å studere særskilte grupper har strandet.

Helsedirektoratet har foreslått at spørsmål om grunnlag for vedtak om økonomisk sosialhjelp blir inkludert i KOSTRA-skjema 11 (Registreringsskjema for sosialhjelp). Slik registrering krever enhetlig registrering i alle kommuner, og Helsedirektoratet leder nå arbeid med å få på plass en felles kodeliste til bruk i alle kommuner.

SSB ønsker så langt som mulig å dekke også slike databehov, og følger Helsedirektoratets arbeid med å forbedre statistikkgrunnlaget. Det ble likevel påpekt at å innføre nye rapporteringskrav basert på erfaringer i noen få og særlig motiverte kommuner, lett kan mislykkes. Disse kommunene er ofte ikke representative for kommunene generelt.

Slik registrering krever fokus på rutiner i saksbehandlingen. Ofte handler det om å registrere sensitive og belastende opplysninger om enkeltpersoner, noe saksbehandlere ofte kvier seg for.

Flere av utvalgets representanter påpekte at det vil være vanskelig å rapportere på særskilte grupper, fordi myndighetenes fokus endres over tid. Det vil dermed kunne være vanskelig å holde en kodeliste uendret. En annen utfordring ved registrering er at svært mange i utsatte grupper har sammensatte problemer.

KS mener det er særlige utfordringer der målsetningene i handlingsplanene går på normalisering, som HVPU-reformen. Det har vist seg umulig å måle ressursinnsats for en gruppe der målet er normalisering og hvor innsatsen skjer i ulike sektorer, både sosial, helse, kultur og utdanning. KS mener tilsvarende utfordringer vil gjelde i forhold til rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser.

SSB orienterte om status i arbeidet med å fremskaffe statistikk over grunnlaget for barnevernsvedtak og over grunnlaget for vedtak om sosialhjelp.

Når det gjelder grunnlag for barnevernsvedtak, er det avtalt at Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) skal ta initiativ til en gjennomgang av barnevernsstatistikken i løpet av høsten 2011. KS forsikret Kontaktutvalget om at de støtter opp om en slik gjennomgang.

Helsedirektoratet og SSB er i løpende kontakt i forbindelse med Helsedirektoratets prøveregistrering når det gjelder grunnlag for vedtak om sosialhjelp, jf nedenfor. Fra SSBs side understrekes det at en ev. fremtidig registrering i KOSTRA antakelig må skje på ett tidspunkt per år per klient. Kommunene vil likevel kunne registrere de aktuelle opplysningene om klienten så hyppig de måtte ønske i sine fagsystemer.

4.1.4 Pilot på sosialhjelp (årsak til stønadsbehov)

Helsedirektoratet orienterte om status i arbeidet med prøveregistrering (pilot) når det gjelder grunnlag for vedtak om sosialhjelp. Bakgrunnen for piloten var arbeid gjennomført i 2010, hvor en referansegruppe bestående av ni kommuner, Helseirektoratet, Husbanken og SSB kartla mulighetene for å utvikle ny statistikk innen områdene psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. Ny statistikk bør fortrinnsvis utvikles innenfor KOSTRA. I dag rapporteres kommunal ressursbruk (årsverk) for målgruppen personer med psykiske lidelser og vansker i særreporteringen IS-24, og tilsvarende for målgruppen rusmiddelmisbrukere i IS-8.

Referansegruppen vurderte at datagrunnlaget på en rekke områder var for dårlig til å kunne si noe om arbeid i forhold til særskilte målgrupper. Fokus ble lagt på områdene pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sosialtjenesten. Betydningen av å sikre at rapportering er basert på felles fagsystem ble slått fast.

Pågående pilot har fokusert på mulighetene for å bedre statistikkgrunnlaget innen sosialtjenesten. Alle de store registreringssystemene har felter for å registrere årsak til stønadsbehov/problem, men det var ikke bygget opp noe enhetlig nasjonalt kodeverk. Det er ulikheter i hvilke koder kommunene bruker, og hvorvidt og ev. hvordan de bruker mulighetene til å kode årsak til stønadsbehov. Piloten sikter mot å utarbeide forslag til felles nasjonalt kodeverk.

I piloten for årsak til behov for sosialhjelp, er målgruppen forstått slik: *”Personer som søker eller får kommunale tjenester på grunn av psykiske vansker/ lidelser og/eller gjentatt bruk av alkohol, narkotika eller legemidler, eventuelt i kombinasjon med andre lidelser/problemer.”* Det legges til grunn at saksbehandlers eller tjenesteyters faglige skjønn skal legges til grunn ved identifisering, ikke diagnose.

Utgangspunktet var databehovet innen psykisk helsearbeid/ rusarbeid, men Samordningsrådet for KOSTRA har understreket viktigheten av bredere tilnærming, slik at også andre databehov kan dekkes.

Pilotprosjektet har vært ledet av Helsedirektoratet. I tillegg har Acos AS og Tieto som er systemleverandører for hhv. ”Sosial” og ”Socio” og fire kommuner (Kristiansand, Ringerike, Drammen og Hamar) deltatt. Prosjektet har også samarbeidet med NAV.

I piloten skulle kommunene registrere hva som er de viktigste problemer eller utfordringer som ligger til grunn for kontakt med sosialtjenesten. Utfordringene er inndelt i to bolker: Helseutfordringer og praktiske utfordringer, og det kan settes flere kryss, men minst ett kryss i hver bolke. Dette skal registreres i første møte med klienten, og eventuelle endringer vurderes ved senere kontakt. Det er underliggende problem/utfordring hos brukeren som skal registreres - ikke hva som er selve årsaken til den bestemte stønaden.

I piloten er følgende underliggende problem/utfordringer benyttet:

Helsemessige utfordringer

- Rusmiddelproblemer
- Psykiske vansker/lidelser
- Fysisk funksjonshemming
- Annet somatisk problem
- Spillavhengighet
- Annet
- Vet ikke
- Ikke aktuelt

Praktiske utfordringer

- Lav inntekt/ingen inntekt
- Gjeldsproblemer
- Dårlig økonomistyring
- Avbrutt videregående skole
- Boligproblematikk
- Annet

Rapport fra piloten ble lagt frem for KOSTRA-arbeidsgruppen for sosialtjenester i mai 2012, og for Samordningsrådet høsten 2012. Helsedirektoratet valgte deretter å spille saken over til den nye KOSTRA- arbeidsgruppen for rus og psykisk helse, for videre behandling.

Arbeids- og velferdsdirektoratet bemerket at de underliggende problemene/-utfordringene som er benyttet i piloten ikke synes gjensidig utelukkende. Dette gjelder særlig alternativene knyttet til økonomiske problemer under ”praktiske utfordringer”. Helsedirektoratet svarte at erfaringer fra piloten ennå ikke er systematisert, og at endelige alternativer vil bli diskutert videre.

Flere påpekte at dette vil være viktig fremover, men samtidig ble det påpekt at nye databehov må balanseres opp mot ønsket om å forenkle rapportering og derved øke datakvalitet.

4.1.5 Samhandlingsreformen – Fra ord til handling

HOD orienterte om samhandlingsreformen. Målet med reformen er å bidra til økt livskvalitet, mestring, tilby helhetlige og koordinerte tjenester, redusere behovet for helsetjenestene og dempe veksten i bruk av sykehustjenester. For å nå målene satses det på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, brukerinnflytelse, at en større andel av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler.

Med utgangspunkt i mål og strategier i Samhandlingsreformen, gjennomgikk HOD de fem hovedgrepene som vektlegges:

- Klarere pasientrolle – gode helhetlige pasientforløp
- Ny fremtidig kommunerolle
- Etablering av økonomiske insentiver
- Spesialisthelsetjenesten skal i større grad bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tydeligere prioriteringer på tvers

I tillegg er det viktig med blant annet forskning, utdanning og IKT.

Virkemidler for gjennomføring omfatter

- Lover og forskrifter, blant annet ny lov om helse- og omsorgstjenesten og oppgradert folkehelselov.
- Økonomiske virkemidler: kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter og krav til RHF-ene om å bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene. Det er en forutsetning at eventuell fremtidig budsjettvekst skal komme i kommunene.
- Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Statlig styring av regionale helseforetak

Den kommunale medfinansieringen er p.t. best tilpasset somatiske sykehustjenester, bl.a. fordi man kan legge til grunn DRG-systemet. Man vurderer en gradvis innføring av områder. Man vurderer ulike løsninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt opptreningsinstitusjoner. Det vurderes også en egen håndtering av særlig kostbare behandlinger.

I denne fasen er HOD særlig opptatt av gode løsninger for at kommunene skal få tilgang til nødvendige styringsdata, fra NPR (Norsk PasientRegister) og KUHR-databasen (KUHR står for Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjoner). Det satses på en nettbasert løsning som skal utvikles i samarbeid med Helsedirektoratet og KS. Inspirasjon hentes blant annet fra Danmark (Sundhed.dk).

HOD trakk frem lokalmedisinske senter som en arena for samhandling i helsevesenet. Her legges det opp til utstrakt samarbeid mellom første- og andrelinjetjeneste, mellom kommuner, mellom ulike tjenester og profesjoner i kommunen, samt mellom kommunen og frivillige organisasjoner. Eierskap og driftsansvar skal reguleres i lokal avtale. Det er en rekke ulike tjenester som kan tenkes lagt til slike sentra, både dag- og døgntilbud innen ulike områder.

Med utbygging av samhandling og økt kommunalt ansvar tenkes det at kommunene kan overta anslagsvis 10 prosent av dagens døgnbehandling på sykehus, og også om lag 10 prosent av polikliniske konsultasjoner.

Samhandlingsreformen er en retningsreform, hvor 1. januar 2012 kun blir en start. For kommunene vil det bli viktig å redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten, gjennom fokus på forebyggende arbeid, at flere kontroller som i dag skjer i sykehus blir gjennomført av fastlege og at det bygges opp tverrfaglige ambulante tilbud ved lokalmedisinske sentra. Videre bør kommunene redusere antall innleggelser ved å satse på tiltak for å forebygge for eksempel fallskader, redusere feilmedisinering, bidra til bedre tilgjengelighet hos fastlege og tilby bedre IKT-løsninger. Kommunene kan også bygge opp alternativer til sykehusinnleggelser, som ambulante tjenester og/eller kommunale døgninstitusjoner. Det er også viktig å kunne tilby bedre oppfølging etter sykehusinnleggelser, som etterbehandlings- og rehabiliteringstilbud. For kommunene vil god tilgang på relevante styringsdata, henvisningsrater og innleggelsesrater, være avgjørende for å ta nødvendige grep.

Spesialisthelsetjenesten må tilpasse sin virksomhet og understøtte den fremtidige kommunerollen. God dialog, felles planlegging og avtaler blir avgjørende fremover.

4.1.6 Samhandling. Orientering om tiltak etter "workshop"

SSB orienterte om Helsedirektoratets og SSBs felles "workshop" om samhandling som ble gjennomført 16. februar 2012. Her var det innlegg om gjennomført og pågående arbeid i de to institusjonene, samt gruppearbeid konsentrert om følgende problemstillinger:

- Hvilken data- og statistikkproduksjon finnes i dag?
- Hvilken data- og statistikkproduksjon er nødvendig fremover?
- Hvordan må enheter og virksomheter i helsetjenesten være avgrenset og inndelt for å ivareta data- og statistikkbehovet?
- Hvilke konkrete tiltak kan settes i verk for å etablere nødvendig data- og statistikkproduksjon?

Ulike grupper arbeidet med problemstillingene innen tre ulike områder for registrering og rapportering:

- Ansatte
- Regnskap
- Pasienter

Som oppfølging er Helsedirektoratet og SSB enige om å nedsette fire arbeidsgrupper, med deltakelse av disse organisasjonene og ev. andre aktører. Arbeidsgruppene vil være tematisk avgrenset, men vil naturlig gripe inn i hverandre. Det utarbeides enkelte konkrete problemstillinger for arbeidet, samtidig som gruppene får mulighet til å definere egne. Gruppene bør bruke eksisterende fora og kanaler i SSB (KOSTRA-arbeidsgrupper, Kontaktutvalget) og Helsedirektoratet i arbeidet, men det kan være nødvendig å tenke utover disse. Gruppene utarbeider et skriftlig produkt som det orienteres om på et seminar i 2013, men arbeidet vil etter all sannsynlighet fortsettes utover dette. Følgende arbeidsgrupper vil startes opp, med hovedproblemstillinger:

1. Populasjonsavgrensning

- Gjennomgå retningslinjene med særlig fokus på å håndtere nye typer virksomheter i gråsonen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- Utarbeide en plan for hvordan definisjoner og retningslinjer skal bli formidlet til aktuelle rapportører; kommuner, helseforetak og private helseinstitusjoner

2. Lovpålagte samarbeidsavtaler

- Etablere rutiner for utveksling av informasjon om samarbeidsavtaler mellom Helsedirektoratet og SSB
- Vurdere hvordan avtalene kan brukes med tanke på forvaltning av populasjon og statistikkproduksjon

3. Regnskap og regnskapsstørrelser

- Gjennomgå kontoplaner som ligger til grunn for regnskapsstatistikk i hhv. KOSTRA (kommunehelse og pleie og omsorg) og spesialisthelsetjenesten, med særlig fokus på sammenlignbare størrelser
- Samordne revisjonsrutiner så langt det lar seg gjøre

4. Pasienter og brukere

- Tilrettelegge for at KUHR-data kan utnyttes for statistikkformål
- Sammenstille data fra NPR og IPLOS (Individbasert Pleie og OmsorgsStatistikk) etter nærmere angitte kriterier for utvelgelse

Kontaktutvalget uttrykte stor interesse for kommende arbeid, og vil holdes orientert videre. KS informerte om at de er involvert i arbeid knyttet til implementering av samhandlingsreformen i kommunene i flere sammenhenger.

4.1.7 Samhandling. Orientering fra to arbeidsgrupper

SSB orienterte om hovedtrekk fra arbeidet i to av gruppene som ble etablert i etterkant av "workshop" om samhandling i 2012:

Arbeidsgruppe for populasjonsavgrensning

SSB redegjorde for hvordan utvikling av statistikk som setter sammen data fra ulike kilder krever at felles identifikasjonsnøkkel for enheter blir brukt. Dette gjelder all helsestatistikk, også mulig statistikk som dekker samhandling. En slik felles identifikasjonsnøkkel bør være organisasjonsnummer (for bedrift) fra Enhetsregisteret. Blant variablene i Enhetsregisteret er "næringskode" som angir hva som er hovedaktiviteten i enheten. Næringskoder kodes etter nasjonal variant av internasjonalt kodeverk. Fastsetting av næringskode skal skje ut fra enheters hovedaktivitet, definert som økonomisk aktivitet, dvs. produksjon av varer eller tjenester.

"Samhandling" vil ut fra dette ikke falle inn under begrepet hovedaktivitet, men være et supplement til en enhets aktivitet, som f.eks kan være sykehusdrift.

SSB påpekte at i tillegg til nåværende datakilder, kan meldinger fra Norsk helsenett være en mulig fremtidig datakilde for å fastslå mellom hvilke enheter det skjer samhandling.

Det vil arbeides videre med utvikling av definisjoner og retningslinjer i samarbeid med henholdsvis KS og RHF'ene. I samråd med dem vil SSB forsøke å finne egnede arenaer for å videreformidle konklusjonene. Det er viktig å motivere KS og RHF-ene til å få eierskap til arbeidet, for slik å bidra til at de aktivt arbeider for å spre informasjon.

Arbeidsgruppe for regnskap og regnskapsstørrelser

SSB orienterte fra arbeidet i gruppa hvor SSB, KS, Helse Sør Øst RHF og Helsedirektoratet er representert. I tillegg til punktene over, ser gruppa på muligheter for å løfte frem særlig interessante størrelser som statistikk. Blant disse er oppgjør for utskrivningsklare pasienter i HF-enes kontoplan, som i kommune-regnskapene føres som kjøp fra staten. Det er verdt å merke seg at det ikke er én-til-én forhold mellom de to, slik at data må analyseres videre.

4.1.8 Samhandling. Forslag om nye funksjoner og arter i KOSTRA

SSB orienterte om arbeidet med nye funksjoner og arter i KOSTRA's funksjons- og artskontoplan i forbindelse med samhandlingsreformen i helsevesenet.

KOSTRA-arbeidsgruppene for kommunehelse og pleie- og omsorg har i sine rapporter for 2011 til Samordningsrådet, fremmet forslag om opprettelse av samhandlingsfunksjoner og av samhandlingsarter. Samordningsrådet har gjort vedtak i saken på sitt møte 6. september 2011.

Samordningsrådet støttet å innføre to nye funksjoner, men ønsket ikke å innføre de foreslåtte artene.

De nye funksjonene vil gjøre det mulig å identifisere kommunenes utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og utgifter til akutthjelp som følge av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunenes utgifter i forbindelse med større forpliktelser til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, vil bli søkt dekket av eksisterende funksjoner og arter. Det at de foreslåtte artene ikke ble vedtatt, betyr at utgiftene ikke kan spores direkte til kjøp fra Helseforetak/Regionale helseforetak, men bare til kjøp fra Staten (dagens art 300).

Spørsmålet om å innføre nye regnskapsarter for å følge en bestemt forvaltningsreform er tatt opp flere ganger i KOSTRA-sammenheng. Regnskapsgruppa i KOSTRA, med blant annet representanter fra KRD (Kommunal- og regionaldepartementet) og kommunene, holder fast på prinsippet om at artene skal være gjennomgående, ikke målrettet mot ulike strategier eller satsinger. KRD mener det kan være interessant med mer detaljer, men at det ikke er forenlig med prinsippene for artskontoplanen i KOSTRA.

Kontaktutvalget ser det likevel som positivt at forslaget om nye funksjoner ble vedtatt.

På møtet i Samordningsrådet understreket SSB at det må være et mål at KOSTRA fanger opp mest mulig av myndighetenes databehov som følger av samhandlingsreformen.

4.2. Ny statistikk og analyse, presentasjoner

4.2.1 Om rapporteringssystem for sosial ulikhet i helse

Med bakgrunn i St.meld.nr.20 (2006-2007) "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller" har Helsedirektoratet fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle en årlig rapportering på området, der målet er å danne en systematisk oversikt over utviklingen i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller i Norge. Meldingen tar utgangspunkt i 6 innsatsområder: inntekt, oppvekst, arbeid, helse, dferd, helsetjenester og sosial inkludering. Rapporteringen tar utgangspunkt i meldingens hoved- og delmål og skal etablere et sett indikatorer på bakgrunn av målene, samt gi en omtale av relevant politikk innenfor området. Man skal i hovedsak benytte allerede tilgjengelig statistikk i rapportering. Det skal utarbeides en årlig rapport fram til og med 2017. I 2010 kom rapporten "Arbeid, helse, sosial ulikhet" og i 2011 kom "Bolig, helse, sosial ulikhet". Se Helsedirektoratet (2010a) og (2011).

4.2.2 Ny statistikk om allmennlegetjenesten

På oppdrag fra HOD arbeider Helsedirektoratet med å utvikle statistikk om allmennlegetjenesten. Det er tre hovedmål som ligger til grunn for den nye statistikken.

For det første ønsker man å få bedre styringsinformasjon med tanke på helhetlig informasjon om pasientforløpet, gjennom effektivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. For det andre skal dette bidra til bedre tallgrunnlag for utvikling innen fagområdet, samt for forskning på allmennlegetjenesten. Det tredje målet er at statistikken kan bidra til å bedre kvaliteten i den enkelte allmennlegepraksis.

Arbeidet har lagt vekt på å bruke allerede eksisterende datakilder, og da hovedsakelig KUHR-basen som registrerer refusjonskrav fra leger innsendt til NAV. Andre aktuelle datakilder er KOSTRA, IPLOS, Fastlegeregisteret og Reseptregisteret.

Helsedirektoratet publiserte en rapport med nøkkeltall fra allmennlegetjenesten i september 2010, se Helsedirektoratet (2010b).

Nøkkeltalene som publiseres i første omgang, vil gi styringsinformasjon men ikke grunnlag for lokal kvalitetsutvikling og forskning på området. På sikt er det derfor ønskelig å utvikle et helseregister for allmennlegetjenesten, for bedre å se ulike deler av tjenesten i sammenheng.

4.2.3 Ny statistikk - bruk av fastlegetjenester

SSB presenterte ny statistikk om befolkningens bruk av fastlegetjenester. Statistikken er basert på KUHR-databasen fra HELFO, og dekker konsultasjoner hos fastlege (avgrenset gjennom tre takstkoder), koblet med sosio-demografiske kjennetegn ved pasientene fra SSBs registre: utdanningsnivå, innvandringskategori og landbakgrunn. I fremtiden kan det være relevant å utvide statistikken til å dekke også andre typer kontakt med fastlege og andre deler av helsetjenesten, f.eks legevakt. Årsaken til at SSB startet med statistikk for konsultasjoner hos fastlege, er at her er datakvaliteten best. Bare om lag to prosent av registrerte konsultasjoner må forkastes på grunn av ukjent pasientidentifikator (pasientens fødselsnummer).

Statistikken ble første gang publisert i september 2012 og da relatert til konsultasjoner i 2010. 2011-årgangen ble publisert i mars 2013, 2012-årgangen forventes publisert i juni 2013. Deretter vil det bli årlig oppdatering av statistikken.

Som eksempler på hva statistikken viser, presenterte SSB tall for andeler som konsulterte fastleger i 2010 etter kjønn og alder, etter bostedsfylke (aldersgruppen 20-29 år), etter utdanningsnivå og alder, etter innvandringskategori og alder og etter landbakgrunn (utvalgte land).

Kontaktutvalget viste stor interesse for den nye statistikken og mente at dette er en svært viktig statistikk som også viser ytterligere muligheter i kobling av individopplysninger. Gjeldende forskrifter gir ikke grunnlag for å utarbeide tilsvarende statistikk basert på data fra IPLOS, men Helsedirektoratet vurderer en forskriftsendring.

Dagens lovverk gir ikke anledning til å utvide statistikken med tabeller som inkluderer diagnose, men statistikken kan suppleres med aggregerte diagnose-tabeller (uten kobling) fra KUHR. Det ble foreslått at Kontaktutvalget kan brukes som arena for å drøfte hvordan diagnoser bør grupperes i en ny statistikktabell. FHI vil gjerne samarbeide med SSB i dette arbeidet. FHI pekte videre på at tabellene som viser bruk av fastlegetjenester i ulike grupper kan være viktig å dokumentere før man ev. velger å samle inn sentrale kliniske parametre fra fastlegene.

Hva så med personer som ikke går til fastlegen, men til en privat lege som ikke er fastlege? Data fra KUHR er begrenset til refusjoner til fastleger, og vil dermed ikke fange opp disse pasientene. KUHR-databasen omfatter refusjon til alle fastleger, offentlige og private, samt til leger ved legevakter. Pasienter som går til en annen fastlege enn den de står på liste hos, vil likevel være med i KUHR-databasen.

En framtidig videreutvikling av prosjektet vil kunne være å koble til inntektsopplysninger for pasientene.

KS synes det er interessant med slike tall på kommunenivå. Tall fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) viser imidlertid at mange har fastlege i annen kommune enn bolig-kommunen. Dette kan være et problem ved publisering på kommunenivå.

4.2.4 Aktivitetsstatistikk for fastleger, legevakt og avtalespesialister

HELFOs analyseavdeling presenterte analyserapport med aktivitetsstatistikk for 2009 basert på data fra fagsystemet KUHR. Se Helseøkonomiforvaltningen, HELFO (2011).

Rapporten er oppfølging av rapport med 2006-data som ble publisert av NAV, og som ble presentert på møte i Kontaktutvalget 30. november 2007, se Nossen (2007).

Etter å ha presentert HELFOs hovedoppgaver og organisasjonsstruktur, fokuserte de på sitt analysearbeid. Dette er i hovedsak interne analyser for å understøtte drift i HELFO og Helsedirektoratet, og aktivitetsstatistikken for leger er deres første rapport rettet mot eksterne miljø og allmennheten. Aktivitetsstatistikk for leger er interessant pga de store summene som forvaltes. Med innføring av Samhandlings-reformen forventes økt interesse for slike aktivitetsdata. Formålet med analyse-rapporten er å gi faktakunnskap om legeområdet for intern planlegging, å gi kunnskap om endringer over tid og å formidle statistikk og funn eksternt.

KUHR-databasen, hvor behandleres refusjonskrav til folketrygden innhentes, gir datagrunnlaget for analysen. For fastleger er det nå nesten full elektronisk innrapportering av refusjonskrav. I tillegg til data fra fastleger, omfattes refusjonskrav fra bl.a. fysioterapeuter, tannleger, psykologer, avtalespesialister og kiropraktorer. Databasen inneholder:

- Refusjonsdata (kroner)
- Data om behandler: Ident, type praksis, praksiskommune
- Data om pasient: Ident, kjønn, alder
- Data om behandlingen: Tidspunkt, takster, diagnose

KUHR inneholder store datamengder og det er ikke uproblematisk å hente ut tilsvarende tabeller som i 2006-rapporten. Det er både tidkrevende og sårbart, siden data er hentet direkte fra produksjonsmiljøet.

Styrken og samtidig svakheten til datakilden er at behandlere ikke sender inn data med det formål å utarbeide statistikk, men for å sikre egne inntekter. Dette bidrar til underrapportering av koder som det ikke knytter seg penger til. Internasjonal forskning tyder på en feilmargen på mellom 7-15 prosent ved slike datakilder. Det synes å være en viss forskjell på hvor mange krav som sendes inn fra fastlønnede kommuneleger og fra privatpraktiserende leger, noe som forklares ved deres ulike fastsetting av inntekt.

Følgende hovedfunn ble trukket frem:

- Fire av fem innbyggere var i kontakt med lege i 2009.
- Flere var i kontakt med lege i 2009 sammenlignet med 2006, en økning på 4 prosentpoeng.
- De eldste aldersgruppene er mest hos legen, og det er disse aldersgruppene som har hatt størst vekst fra 2006 til 2009.
- I gjennomsnitt var hver innbygger i kontakt med fastlege, legevakt eller avtalespesialist 6,1 ganger i 2009.
- Samlet aktivitet, målt i antall regninger, økte med 16 prosent fra 2006 til 2009. Størst er økningen i antall ”andre kontakter”.
- Spesialistene gjorde mer i hver pasientkontakt i 2009 enn i 2006 (målt som gjennomsnittlig antall takster per regning).
- Kontrollert for prisendringer har veksten i HELFOs refusjoner vært på ca 3 prosent hvert år i perioden.

Andelen av pasienter som er registrert med gyldig ident (fnr eller dnr) økte fra 2006 til 2009, bl.a. på grunn av overgang til elektronisk frikort, og det har vært en ytterligere forbedring i 2010-11.

Det ble stilt spørsmål om kvaliteten på diagnosedata i KUHR. Kvaliteten er noe usikker, jf. formålet med innhenting av regninger. Det kan være en tendens til at diagnose ved forrige konsultasjon velges, selv om dette ikke er korrekt, og dette vil særlig gjelde for pasienter med kroniske sykdommer.

Det foreligger ikke konkrete planer om ny analyserapport fra HELFO, men de vil vurdere om dette bør utarbeides hvert tredje år.

4.2.5 Statistisk analyse om sosialhjelp

SSB orienterte om arbeidet med en publikasjon (Statistisk analyse) om sosialhjelpsmottakere og levekår 2002-2010. Dette er et arbeid som SSB har gjennomført på oppdrag fra NAV. I analysen sammenstilles ulike datakilder om sosialhjelpsmottakere, samt at det gjøres nye analyser basert på blant annet tilknytning til arbeidsmarkedet. Det var lanseringsseminar i SSB 31. august 2012. Se Grebstad (red.), (2012).

4.2.6 Barn og unges miljø og helse

SSB presenterte rapporten ”Barn og unges miljø og helse 2011. Utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer”, se Kjelvik (red.), (2012).

Rapporten oppsummerer del tre av et SSB-prosjekt som har pågått i fem år. Utgangspunktet er ”Barnas framtid. Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007-2016”, som åtte departementer står bak. Internasjonalt arbeid i WHO ligger som mal, men det er også utviklet særskilte nasjonale fokusområder. SSB fikk med utgangspunkt i strategien, oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere et statistikkssystem som kan belyse de forhold som strategien omhandler. Oppdraget er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

I 2007 startet arbeidet med kartlegging av mulige datakilder og indikatorer for barn og unges miljø og helse. Datakilder og om lag 200 indikatorer er beskrevet i notatet ”Kartlegging av datakjelder for barn og unges miljø og helse”, se Kjelvik m.fl. (2010).

Arbeidet med å etablere et indikatorsett ble videreført gjennom en arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Utdanningsdirektoratet og ledet av Statistisk sentralbyrå. Arbeidsgruppens konklusjoner og de 35 valgte indikatorene er dokumentert i notatet ”Barn og unges miljø og helse. Prosjektrapport fra arbeidsgruppen”. Se Ekorud m.fl. (2011).

Den nylig publiserte rapporten har kapitler om:

- Demografi og flyttemønster
- Skader og ulykker
- Fysisk aktivitet
- Luftkvalitet
- Støy
- Andre miljøfarer
- Sosiale og økonomiske levekår
- Barnehage, skole og aktivitetstilbud

I tillegg er det et eget metodevedlegg og indikatorvedlegg.

Indikatorsettet henter tall fra 20-25 datakilder, og gir en unik mulighet for å se sammenhenger.

Rapportens kapittel 8, *Sosiale og økonomiske levekår*”, har tre hovedtema:

1. Vedvarende lavinntekt. Definert etter EU60, under 60 prosent av medianinntekt, hvor husholdningsinntekten er under lavinntektsgrensen i tre påfølgende år.
2. Foreldrenes nettverk og sosiale deltakelse.
3. Barns sosiale deltakelse. Dette er ikke en del av indikatorsettet, men er tatt med for å utfylle bildet.

I alt 7,7 prosent av alle barn bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Generelt er andelen barn i lavinntektshusholdninger høyest på Østlandet, med unntak av Akershus. Oslo har den klart høyeste andelen, med over 16 prosent. Det er relativt få barn i lavinntektshusholdninger på Vestlandet og de to nordligste fylkene. Barn som selv har innvandret eller er barn av innvandrere er mer utsatt for vedvarende lavinntekt enn andre. 43 prosent av dem med vedvarende lavinntekt er innvandrere eller barn av innvandrere.

Par med barn har relativt høy deltakelse i organisasjoner sammenlignet med andre husholdningstyper, og foreldre til eldre barn er noe mer aktive. Det er små regionale forskjeller når det gjelder foreldres organisasjonsdeltakelse. Foreldre til barn i husholdninger med høyere utdanning er mer aktive i organisasjoner enn andre, mens lavinntektshusholdninger er mindre aktive.

Andelen barn som ikke deltar på skoleturer som koster penger eller deltar i bursdagsfeiringer og lignende er lav, og få husholdninger oppgir økonomiske problemer som årsak dersom barna ikke deltar. De fleste barn deltar i organiserte fritidsaktiviteter. To prosent av husholdningene oppgir økonomiske årsaker til at barna ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, mens ytterligere 19 prosent ikke deltar i slike aktiviteter uten å oppgi økonomiske årsaker. Barn i lavinntektshusholdninger er overrepresentert blant dem som ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, selv om de ikke oppgir økonomi som årsak.

4.2.7 Helseutgifter og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne

SSB har på oppdrag fra Helsedirektoratet, utarbeidet to publikasjoner om levekår for personer med nedsatt funksjonsevne: "På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne" og "Helseutgifter og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Se henholdsvis Ramm (2010) og Otnes (2010).

Den første publikasjonen inneholder en analyse av data fra levekårundersøkelsen blant personer med nedsett funksjonsevne i 2007. Den andre rapporten gir en analyse av data hentet fra levekårundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2008. Data fra disse undersøkelsene har gjort det mulig å sammenligne helseutgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne med hele befolkningen, og se i hvor stor grad helseutgiftene til personer med nedsatt funksjonsevne i omfang og sammensetning er annerledes enn tilsvarende utgifter i hele befolkningen.

Analysen av data viser at personer med nedsatt funksjonsevne bruker 70 prosent mer av inntekten enn gjennomsnittet for befolkningen, til helseformål. Blant personer med nedsatt funksjonsevne, er helseutgiftene spesielt tyngende for unge i alderen 20-34 år, og for personer med lav inntekt.

4.2.8 Barns vekst i Norge

FHI informerte om bakgrunn, gjennomføring og resultater fra "Barnevekststudien". Se Folkehelseinstituttet (2012).

Målet med "Barnevekststudien" er å få representative data om overvekt og fedme basert på fysiske målinger (høyde, vekt og livmål) blant barn i 3. klasse, og følge utviklingen med undersøkelser hvert andre år (2008, 2010, 2012). Slik kan det etableres et kunnskapsgrunnlag for å tilrettelegge og evaluere regionale og nasjonale forebyggende tiltak, samt gi grunnlag for internasjonal sammenligning.

Utvalget er trukket for å være representativt på helseregionsnivå og omfatter 127 skoler i 10 fylker. I 2008 ble 3 952 elever invitert til deltakelse, og nettoutvalget, fratrukket dem som nektet å delta, var på 3 514 elever, dvs. deltakelse på 89 prosent. I 2010 var deltakelsen på 88 prosent. I 2008 ble kun data om høyde, vekt og livvidde samlet inn, mens i 2010 ble også fødselsnummer registrert for å legge til rette for mulig kobling mot sosioøkonomiske variable fra registre og øvrige helsedata.

Undersøkelsen for 2008 viser at 17 prosent av jentene i 3. klasse hadde overvekt/fedme (signifikant) og 14 prosent av guttene. Forskjellen mellom kjønnene er signifikant, mens det ikke er signifikante forskjeller mellom helseregionene. Det er tidlig å konkludere, men det kan synes å ha vært en utflatning i andel barn med overvekt/fedme de senere år.

4.3. Statistikkfaglige debatter

4.3.1 Forvaltningens statistikkbehov versus muligheter i eksisterende datakilder

SSB redegjorde for arbeidet med å etablere statistikk for kvalifiseringsstønad og statistikk for bostedsløse og vanskeligstilte på boligmarkedet. På bakgrunn av disse konkrete sakene ble mer generelle problemstillinger skissert. Ulike behov gjør seg gjeldende og må balanseres mot hverandre.

I sentralforvaltningen er det ofte behov for detaljerte data knyttet til den aktuelle situasjonen på ulike fagområder til enhver tid. Til sammenligning er virksomheten i SSB preget av behovet for kontinuitet, entydighet og allmenne KOSTRA-prinsipper, for eksempel hensynet til kommunenes oppgavebyrde mv.

En annen faktor som kan være utfordrende, er knyttet til fagsystemer og eierstyringsdata og ikke minst tekniske vansker i forbindelse med endring i rapporteringskrav (jfr. kvalifiseringsstønaden). Begge de to aktuelle prosjektene viser at både forvaltningens og SSBs forutsetninger og behov bør komme på bordet på et tidlig tidspunkt, slik at det ikke oppstår hindringer av faglig eller teknisk art underveis i prosjektene.

4.3.2 Er KOSTRA-rapporteringen godt nok tilpasset forvaltningsbehov i endring?

SSB har fått en henvendelse fra NAV som viser til behov for hyppigere rapportering enn årlig, i første rekke for kvalifiseringsstønad, men også for sosialhjelp. NAV har til nå hatt månedlig og tertialvis særreportering for kvalifiserings-programmet med QuestBack som rapporteringsløsning, og har stadig behov for hyppigere rapportering enn det som p.t. er mulig i KOSTRA. Saken har tidligere vært behandlet i KOSTRA-arbeidsgruppen for sosialkontortjenester og Samordningsrådet for KOSTRA. NAV tok initiativ til å opprette en arbeidsgruppe som skal se helhetlig på rapporteringsbehovet – hyppighet og innhold. Her var NAV, SSB, KS og enkeltkommuner representert.

Blant annet vurderte arbeidsgruppen opprettet av NAV, hvordan en eventuell hyppigere rapportering gjennom KOSTRA bør foregå – om den bør skje på individnivå eller aggregert nivå, om alle kommuner skal rapportere eller om et utvalg er tilstrekkelig.

I Kontaktutvalgsmøtet kommenterte SSB at det er uvanlig å åpne for utvalg av kommuner i KOSTRA. En slik løsning ville innebære at KOSTRA benyttes som innsendingsportal, men at dataene ikke blir innlemmet i den ordinære publiseringsrutinen i KOSTRA. En alternativ løsning kunne være at dataene fra et utvalg av kommuner går direkte til forvaltningen; altså fra et utvalg av NAV-kontor til Arbeids- og velferdsdirektoratet. KOSTRA selv ville ikke bli berørt av en ev. hyppigere rapportering, da årsstatistikken uansett skulle ligge i bunn og være noenlunde uendret.

Kommunene melder at den eksisterende NAV-rapporteringen vedrørende kvalifiseringsstønaden er belastende og tung. Dette var noe av bakgrunnen for i stedet å prøve å knytte rapporteringen til KOSTRA.

Denne konkrete saken er bakgrunnen for at SSB ønsket en prinsipiell diskusjon i Kontaktutvalget av hvorvidt dagens KOSTRA-rutine (rapportering og –

publisering) ikke lenger er like godt tilpasset forvaltningens databehov som før. Fungerer den årlige rutinen fortsatt godt? Dekker KOSTRA en større eller en mindre del av databehovet enn for fem-ti år siden? Utvalget ble bedt om tilbakemeldinger i forhold til behov for hyppigere rapportering, om årlige data som av ulike årsaker ikke er innlemmet i KOSTRA og om engangsundersøkelser (ad hoc undersøkelser).

I diskusjonen ble det vektlagt at NAVs opprettelse av arbeidsgruppe for å se helhetlig på rapporteringsbehovet er svært positivt, og i KOSTRAs ånd om å redusere dobbeltrapportering og med det, kommunenes samlede rapporteringsbyrde.

HOD understreket at for dem er årlig datainnsamling tilstrekkelig. Imidlertid er publiseringen 15. juni for sen til at alle data kan utnyttes som man ønsker, samtidig som datagrunnlaget 15. mars ikke har tilstrekkelig kvalitet. Kvalitetssikring vurderes som viktigere enn økt hyppighet.

Folkehelseinstituttet påpekte at KOSTRA inneholder for lite om brukerne av tjenestene.

KS påpekte at man på helse- og sosialområdet har en rekke pågående særrapporteringer utenfor KOSTRA (rusarbeid, psykisk helsearbeid, krisesenter, kvalifiseringsprogrammet, introduksjonsordningen for flyktninger) og at det er behov for å tenke helhetlig omkring samordning med KOSTRA i slike tilfeller. Det ville være positivt med mer data om brukerne, og også om resultater. KS standpunkt er at prinsipielt bør mest mulig av rapporteringen inn i KOSTRA.

Helsedirektoratet opplyste om at flere og flere fagavdelinger tar KOSTRA-data i aktiv bruk. For dem er årlig rapportering tilstrekkelig, men i likhet med HOD ønsket de at perioden mellom ikke-reviderte og endelige tall skulle kortes ned. Når det gjelder handlingsplaner og særrapportering knyttet til disse, mener direktoratet at det ville være positivt med rapportering gjennom KOSTRAs kanal, men uten publisering i KOSTRA.

Bufdir minnet om at det i slike spørsmål er viktig å følge med i teknisk utvikling, og ta i bruk de beste løsningene. Det er flere muligheter i dag enn i KOSTRAs tidlige fase.

SSB understreket at det er viktig å skille mellom rapportering og publisering i KOSTRA. Det er i NAV-saken åpnet for å myke opp den enhetlige løsningen mht årlig rapportering, der myndighetene har behov for hyppigere data. Det er tidligere åpnet opp for at KOSTRA kan fungere som rapporteringskanal for data som ikke skal publiseres av KOSTRA/SSB. I slike tilfeller blir det viktig at data som innhentes blir publisert i annen kanal enn KOSTRA, slik at kommunenes egeninteresse av rapporteringen sikres.

SSB minnet videre om at det må gjøres en avveining mellom aktualitet og kvalitet. I perioden mellom mars og juni brukes mye tid på å komplettere og kvalitetssikre data, og tidligere publisering, som flere ønsker, vil sannsynligvis gå på bekostning av kvaliteten. Dersom man skal klare å publisere tidligere, må man fokusere på hvordan data er tilrettelagt i kommunene. Ansvarlige forvaltningsorganer må for å sikre dette arbeide aktivt med å legge til rette for standardisering av fagsystemer og uttaksprogrammer.

Våren 2012 orienterte så NAV Kontaktutvalget om gjennomført arbeid i arbeidsgruppen og konklusjoner. Arbeidsgruppen konkluderer med at det kan være nyttig med hyppigere tall enn årlig både om kvalifiseringsprogrammet og sosialhjelp, men anbefaler ikke at KOSTRA tilrettelegges for hyppigere rapportering.

Gruppens konklusjoner og anbefalinger er:

- Databehov bør ivaretas på en måte som medfører moderat ressursbruk i kommunene. Individdata bør kun rapporteres årlig, mens aggregerte størrelser kan være relevant å rapportere hyppigere både for kvalifiseringsstønad og sosialhjelp.
- Det anses ikke hensiktsmessig å tilrettelegge KOSTRA for hyppigere rapportering av aggregerte størrelser.
- Spørsmålet om ev. videre bruk av QuestBack er ikke endelig avklart.

Dersom det konkluderes med behov for månedlig rapportering av to-tre felles indikatorer, foreslår arbeidsgruppen at dette legges inn i målekortet til alle NAV-kontor. Dersom det er behov for at fire eller flere indikatorer rapporteres hyppigere enn årlig, anbefaler arbeidsgruppa rapportering fra et utvalg av kommuner, f.eks med utgangspunkt i ASSS-kommunene med QuestBack eller annen rapporteringsløsning. I det videre arbeidet, er Østfoldkommunene involvert for å utvikle forslag til felles indikatorer til målekort. Direktoratet har tett kontakt med de tre store programvareleverandørene, Tieto, Acos og Visma.

Arbeids- og velferdsdirektoratet vil bidra til å forbedre datakvaliteten i KOSTRAs individbaserte data. Databehandleravtale mellom direktoratet og SSB, som skal regulere utlevering av individbaserte grunnlagsdata fra KOSTRA, er under arbeid, jf punkt 4.4.5 nedenfor.

Det bør utredes om det er teknisk og juridisk mulig å etablere automatiske uttrekk av kommunale data fra statlig saksbehandlersystem (Arena) og inn i kommunale fagsystem. Per i dag er det sperret for dette. Hvis dette blir mulig i fremtiden, vil det bli enklere for kommunene å rapportere data av god kvalitet og man unngår manuell dobbeltregistrering i Arena og kommunale fagsystem. Arbeidsgruppen anbefaler at man er oppmerksom på betydningen av gode arbeidsmetoder og god registreringspraksis i forbindelse med NAVs moderniseringsprogram, og å vurdere tekniske og juridiske muligheter for uttak av data om sosialtjenesten. Samtidig oppfordres arbeidsgruppen for sosialtjenesten i KOSTRA til å gjennomgå skjemaet grundig med formål å redusere oppgavebyrden og heve datakvaliteten.

Saken følges opp videre i KOSTRAs arbeidsgruppe for sosialtjenester.

4.3.3 Kommunale fagsystemer som mulighet (og begrensning) for rapportering

SSB innledet om temaet ”Fagsystemene i sosialtjenesten som rapporteringskilde etter 10 år med KOSTRA”. Har optimismen som var knyttet til uttrekk fra fagsystemer innen sosialtjenesten slått til?

Det var stor tro på at filuttrekk fra fagsystem ville sikre data av god kvalitet, samtidig som rapporteringsbyrden ble holdt på et minimum. Forventningene hvilte på fagsystemenes store utbredelse og at etterspurte data skulle være de samme som kommunene selv bruker. Det valgte fokus er av interesse også for andre områder i KOSTRA hvor registerdata benyttes eller hvor man vurderer å gå over til å bruke filuttrekk.

I hvilken grad er det samsvar mellom de data som etterspørres fra statlig hold og de data som er i aktiv bruk i kommunene? Det synes ikke å være vesentlige avvik her. Det er imidlertid en utfordring at flere av de data som etterspørres ikke finnes i kommunenes fagsystem, men lagres utenfor dette systemet. For eksempel opplysninger om sivilstand, ansvar for barn, opplysninger om hvorvidt ”Individuell plan” er utarbeidet, opplysninger om ev. mottatt trygd.

Til sammen rapporteres sosialtjenestedata fra samtlige 429 kommuner. Av disse var det 35 som helt eller delvis rapporterer elektronisk skjema (ELS) istedenfor å levere filuttrekk. Enkelte (7 stk) leverer ELS for deler av tjenesten og filuttrekk for

andre deler av tjenesten. Dette gjelder særlig kommuner som har etablert egen tjeneste og eget fagsystem for flyktninger. Disse tilfellene gir utfordringer i statistikkproduksjonen, da det er vanskelig å avgjøre om data er komplett og uten dubletter.

SSB samarbeider med systemleverandørene, og data som skal rapporteres til KOSTRA er gjort lett synlige i fagsystemene. Kontrollprogram er integrert i programvaren. Mange kommuner kjører likevel ikke kontrollprogram og data blir rapportert inn med feil. Systemet for oppfølging av feil i filuttrekk på individnivå er gammeldags og arbeidskrevende. Feillister skrives ut på papir og sendes rekommandert til kommunen. En høyteknologisk rutine for rapportering hjelper lite, når man er henvist til denne måten å følge opp oppgavegiverne.

I KOSTRAs tidlige fase la man mindre vekt på de datatekniske utfordringene som vi ser at rapportørene sliter med i dag. Systemleverandørene leverer nye versjoner av programvaren årlig (på grunn av årstall) og mange opplever at systemleverandørene gir liten støtte når problemer oppstår. Samtidig er IT-støtten internt i kommunene i mange tilfeller mangelfull. Når kommuner bytter systemleverandør kan det bli problemer, særlig når dette skjer midt i året. De ansatte på NAV-kontor/sosialkontor får liten oppfølging i hvordan et slikt brudd skal håndteres.

SSB tok også opp hvorvidt det er grunnlag for å etterspørre andre type data fra fagsystemene enn de som er knyttet til økonomisk sosialhjelp. Datakvaliteten og registreringene blir dårligere når man fjerner seg fra data som er nødvendig å registrere for at utbetaling skal kunne finne sted. Data om vedtak, for eksempel om rusmiddeltiltak, er ganske bra, men det er ulik praksis i ulike kommuner. Når det gjelder aktiviteter som rådgivning og veiledning, er registreringen mangelfull.

Oppsummert er ikke de løpende registreringene i fagsystemet så heldekkende som man syntes å tro fra statlig hold. Mange av dataene som etterspørres finnes tilgjengelig, men ikke i selve fagsystemet.

KS sluttet seg til SSBs fremstilling, men påpekte at det også har vært en positiv utvikling, ikke minst ved at overgangen fra papirskjema til elektronisk innsending har gått raskere enn forventet.

Det ble stilt spørsmål om situasjonen er den samme for andre områder hvor det leveres filuttrekk på individnivå. Utfordringene likner for barnevern, men her er det færre systemleverandører. Situasjonen for IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er mer positiv, da det sentrale register er en kopi av det lokale.

Det er store utfordringer knyttet til rapportering av kvalifiseringsstønad. SSB påpekte at ønsket om å utvide sosialtjenesterapporteringen med årsak til stønadsbehov vil være en utfordring da dette handler om vurderingspregede data.

NAV vektla at de forhold SSB her tok opp, vil tas med i betraktningen når KOSTRAs arbeidsgruppe for sosialkontortjenester møtes. KS mente det kan være grunn til bedre koordinering av hva som rapporteres gjennom KOSTRA og hva som rapporteres til NAV.

Helsedirektoratet mente gjennomgangen viste at mange av forventningene er innfridd og at man har kommet langt. Når det gjelder forslaget om å inkludere årsak til stønadsbehov i rapporteringen, så begrunnes dette med behovet for å bedre datagrunnlaget om kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem. Dette er data som etterspørres sentralt, men som også kommunene selv har behov for.

4.3.4 Kommuned diagnose

SSB innledet til debatt om behovet for et system for å koble statlige data med lokalt "egenproduserte" data, for slik å kunne gi et mer dekkende bilde av kommunale behov og tjenester. Det ble reist spørsmål om det er ønskelig å løfte frem begrepet "kommuned diagnose" og modellen bak begrepet. Det er vel 20 år siden Boonstra utarbeidet den mest kjente av slike diagnoser i Norge, for Askvoll kommune. Og selv om man her begrenset seg til helsesektoren, er det i prinsippet intet hinder for å benytte metoden også for andre sektorer.

Bakgrunnen for Boonstras arbeid var et ønske om å undersøke mulighetene for å bruke statlige datasett kombinert med nærmiljødata (lokale spørreundersøkelser) som grunnlag for handling på lokalt nivå. Ut fra kommunedata, f.eks publisert gjennom KOSTRA, skulle en kommunediagnose utløse en tiltaksplan, etter mønster fra klinisk diagnose.

På 90-tallet ble det drøftet om statlige myndigheter burde utvikle et standardisert opplegg for nærmiljødelen av kommunediagnosen. Det ble etter hvert en drakamp mellom "helseprofil" og "kommuned diagnose", hvor "helseprofil" gikk seirende ut. Helseprofiler forutsetter ikke lokal datainnsamling som supplement; de er derfor billigere og "sikrere". Men når egne lokale data faller bort, får negative faktorer (som er enklest å telle) lett en større plass i datagrunnlaget. Det som er vanskeligere å telle, slik som miljømessige ressurser og gjennomsnittlig helsetilstand, blir mindre synlig. Bør derfor staten legge til rette for å etablere et standardisert kommunalt datasett?

FHI minnet om Folkehelseloven og Helsedirektoratets veileder i hvordan kommunene kan bruke data fra flere ulike kilder. SSB svarte at dette er positivt, men at det mangler en formalisert sjekklister med standardiserte spørsmål til bruk for kommunene.

4.4. Orienteringssaker

4.4.1 Nøkkeltallsrapporten

Nøkkeltallsrapporten for 2008 kom ut i januar 2009 og Helsedirektoratet sa seg godt fornøyd med sluttproduktet. Det var andre året Nøkkeltallsrapporten kom ut. Rapporten sier noe om status og utvikling i helsesektoren, med hjelp av ulike indikatorer på helseområdet, som indikatorer for helsetilstand, sosial forhold i befolkningen, rammevilkår for tjenestene eller aktivitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Målet med rapporten er å gi et sammenligningsgrunnlag over tid. Helsedirektoratet ønsker å fortsette å publisere denne rapporten årlig, fortrinnsvis i januar. Status for Nøkkeltallsrapporten pr mars 2013 er at den er erstattet med en egen årlig konferanse hvor Helsedirektoratet lanserer nøkkeltall.

4.4.2 Indeks for levekårproblem

SSB har gjennomført en metodisk evaluering av indeks for levekårproblem. Indeksen ble publisert i Styrings- og informasjonshjulet som Helsedirektoratet ga ut i årlige kommunehefter fram til 2008/2009, samtidig som SSB har publisert indeksen på sine nettsider. En metodeevaluering av indeksen konkluderte med at den inneholder noen svakheter som gjør at den ikke kan publiseres mer, jf. Ekornrud (2009).

Indeksen var etterspurt av media som publiserte rangering av kommuner på bakgrunn av indeksen. Indeks for levekårproblem hadde til formål å si noe om graden av levekårproblem i kommuner og bydeler. Indeksen rangerte hver kommune etter del-indeksene sosialhjelp, dødelighet, uføretrygd, attføringspenger (nå del av arbeidsavklaringspenger), arbeidsledige og overgangsstønad. Samleindeksen var gjennomsnittet av de ulike del-indeksene.

Den metodiske gjennomgangen av indeksen viste at det var en del utfordringer knyttet til den. Kommuner og bydeler som ligger i mellomsjiktet (verken blant de 20-30 beste eller dårligste) endrer plassering med så mye som vel 100 plasser ved en endring i vektingsmetoden. Når en ser på bruken av indeksen blant annet i media, har forbeholdene SSB tar om hva indeksen kan brukes til, fått lite gjennomslag hos brukere av indeksen. SSB ønsket derfor ikke å produsere indeksen med den metoden som til da var benyttet. Det er p.t. ikke utviklet noen ny slik levekårsindeks.

Helsedirektoratet mente at det er stor etterspørsel etter slike indekser og at de er kommet for å bli. Så lenge man har tatt de nødvendige forbehold med hensyn til kvalitet, er ikke dette noe en kan slutte å produsere.

KS mente at de ulike indikatorene som lå til grunn for samleindeksen var modne for revisjon.

4.4.3 Overgang fra skjemabasert til registerbasert årsverksstatistikk.

I 2008 vedtok arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten å gå over fra skjema-basert innsamling av årsverkstall til å hente ut årsverk fra helsepersonellregisteret for statistikkåret 2008 med publisering i 2009. I en overgangsfase vil man likevel også samle inn årsverkstall via eksisterende skjema.

Som et ledd i å bedre kvaliteten i helsepersonellregisteret, er det laget retningslinjer for oppretting av bedrifter under helseforetakene og retningslinjer for inn- og utmelding av ansatte i NAVs Aa-register.

En overgang til register vil lette oppgavebyrden til helseforetakene og gi tilgang til flere opplysninger uten at det vil føre til ekstra belastning for helseforetakene. Men det er fremdeles rom for kvalitetsforbedringer i registrene.

Helsedirektoratet påpekte at registerdata ikke fanger opp vikarer som er innleid fra vikarbyrå. Dette vil være interessante data, og det vil derfor være nødvendig å fange opp disse årsverkene, mest sannsynlig ved egne undersøkelser for dette.

4.4.4 Publisering av sosialhjelpstatistikk

I sosialtjenestestatistikken er det en del utfordringer knyttet til registreringen av årsverk i sosialtjenesten, spesielt sammenlikninger fra år til år i enkeltkommuner samt sammenlikninger på tvers av kommuner. Dette fordi sosialkontorenes samhandling med NAV ikke er tatt med i KOSTRA skjema 7 "Personell og virksomhet i sosialtjenesten". Statlige ansatte som utfører kommunale oppgaver (og kommunalt ansatte som utfører statlige oppgaver) er nå spesifisert i skjemarapporteringen.

4.4.5 Databehandleravtale mellom SSB og NAV

SSB orienterte om pågående arbeid for å få på plass en databehandleravtale mellom SSB og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Avtalen skal blant annet regulere SSBs utlevering av individdata for sosialtjeneste og kvalifiseringsstønad per 15.mars og 15.juni. Opprinnelig var Arbeidsdepartementet tenkt som avtalepart, men det ble gjort en juridisk avklaring av om myndigheten burde delegeres til Arbeids- og velferdsdirektoratet. I etterkant av møtet informeres det om at slik delegasjon ble gjort, og avtalen ble signert 23. mai 2012.

4.4.6 Hjemmel for sosialstatistikk og helsestatistikk i Helse- og omsorgstjenesteloven

SSB orienterte om arbeidet med å avklare hjemmelsgrunnlaget for deler av KOSTRA-statistikken innenfor sosialtjenesten og helsetjenesten i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Saken er behandlet i Samordningsrådet i KOSTRA. HODs representanter i Samordningsrådet mener den nye helse- og omsorgstjenesteloven er klar når det gjelder hvorvidt tidligere hjemmelsgrunnlag for denne KOSTRA-statistikken i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, er videreført i den nye loven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v., erstatter tidligere sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov. HOD mener det kan være aktuelt å foreta endringer på dette punktet i den nye loven.

En manglende hjemmel for innsamling av denne KOSTRA-statistikken vil også få konsekvenser for FHI og nye forpliktelser om datalevering og –tilrettelegging overfor kommunene som følger av ny lov om folkehelsearbeid.

Etter kontakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og SSB i sakens anledning, er det enighet om følgende:

- Ved innsamlingen av 2011-data i 2012, vil innhenting hjemles i Helseregisterloven § 10. Dette er en paragraf som er tenkt å gjelde enkeltstående datainnsamlinger. Med dette sikres departementet samme tilgang til data fra KOSTRA som tidligere år.
- Kontakten mellom Helsedepartementet og SSB fortsetter med tanke på å komme frem til en permanent løsning, og det vurderes om § 5-9 i Helse- og omsorgsloven eller § 10 i Helseregisterloven bør endres.

Også for innhenting av 2012-data i 2013 er Helseregisterloven § 10 benyttet som hjemmel.

4.4.7 Meldeplikt etter § 3-3 i Spesialisthelsetjenesteloven

Helsetilsynet orienterte om meldeplikten av betydelig personskade, hendelser som kunne ført til betydelig personskade og unaturlige dødsfall som er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3. Jamfør også Helsetilsynets siste rapport for tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene, se Helsetilsynet (2012).

Det ble gjort rede for prosessen fra helsepersonell avdekker en uønsket hendelse og fyller ut meldeskjema, til meldingen registreres i databasen, "Meldesentralen". Hensikten med databasen er ikke å få et estimat for forekomst (statistikk), men å kunne planlegge og iverksette korrigerende og forebyggende tiltak. Det er antall meldinger som registreres, ikke antall hendelser. Det ble understreket at det er fare for både underrapportering og dobbeltrapportering. Det registreres hendelser innen somatisk helsetjeneste og innen psykisk helsevern inklusive rusbehandling, blant annet innenfor områdene legemiddelfeil, fødsler og fall.

Kontaktutvalget diskuterte muligheten for å flytte databasen til annen aktør for ny bruk av registeret.

4.4.8 Rapportering og datakilder for statistikk om spesialisthelsetjenesten

SSB informerte om rapporteringen for spesialisthelsetjenesten. Rapporteringen omfatter åtte tjenesteskjemaer med rapporteringsfrist 20. februar og fem filuttrekk/skjema innen regnskap med rapporteringsfrist 1. april for helseforetak (HF) og 15. april for regionale helseforetak (RHF).

Rapporteringen skjer i hovedsak gjennom KOSTRAS internettbaserte rapporteringsløsning, mens skjema for ambulansetjenesten som en test rapporteres inn via Altinn. Svarinngangen har vært bedre enn tidligere år, men det er utfordringer knyttet til enkeltforetak. Det er tett dialog med disse for å avklare om det er endringer i foretakets struktur eller annet som gir særskilte utfordringer.

I tillegg til SSBs skjemaer, benyttes data fra en rekke andre kilder i den offisielle statistikken: Aktivitetsdata for somatiske sykehus hentes fra NPR, og fra og med

statistikkåret 2011 gjelder dette også for psykisk helsevern. Årsverk hentes fra SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk, som kombinerer flere datakilder; blant annet NAVs Aa-register, Enhetsregisteret, autorisasjonsregisteret og SSBs nasjonal utdanningsdatabase. Det gjøres kontinuerlig vurderinger av om nye datakilder kan tas i bruk. Dette for å få best mulig datakvalitet, samt å unngå dobbeltrapportering. Det ser ut til å være en dobbeltrapportering i dag når det gjelder praksiskonsulentordningen. Data om dette samles inn via eget skjema i SSB-rapporteringen samtidig som Helsedirektoratet i nøkkeltallsrapporten 2011 bruker rapportering direkte fra regionale helseforetak til direktoratet som kilde. Dobletrapporteringen vil følges opp videre i Arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten.

4.4.9 Ny organisering av Dødsårsaksregisteret

FHI informerte om pågående arbeid for å utvikle databehandleravtalen mellom FHI og SSB og flytte databehandlingen av Dødsårsaksregisteret (DÅR) fra SSB til FHI. FHI er i dag databehandlingsansvarlig for 10 av de 15 sentrale helseregistrene.

FHI viste til at det for tiden pågår arbeid for å modernisere inngangen av dødsmeldinger til elektroniske meldinger (eMelding), at det er behov for å samle drift og modernisering av datainngang til samme instans, og at det er hensiktsmessig at driften av DÅR flyttes fra SSB til FHI.

På tidspunktet for møtet i november 2012 i Kontaktutvalget, ventet FHI og SSB på skriftlig avklaring fra HOD om at flyttingen av driften av DÅR fra SSB til FHI innebærer virksomhetsoverdragelse. I etterkant av møtet er det blitt kjent at det er gjort vedtak om slik virksomhetsoverdragelse.

FHI har i lengre tid arbeidet aktivt med forarbeid på IT-siden knyttet til overdragelsen. Det arbeides på flere fronter for å sikre en god prosess. System for DÅR-IT skal etter planen være klart juni 2013, mens FHI vil overta den fulle driften av DÅR fra 1.1.2014.

4.4.10 Utenlandsk helsepersonell

SSB skal på oppdrag for Helsedirektoratet, levere tall om utenlandsk helsepersonell. Oppdraget knytter seg til WHO-koden om etisk rekruttering av helsepersonell. Dette skal leveres i slutten av mai 2012. Siden skal SSB levere rapport/tallgrunnlag hvert tredje år.

4.5. Internasjonalt statistikkarbeid

4.5.1 Ny EU-statistikkforordning

Den nye statistikkforordningen definerer det europeiske statistiske system og inneholder retningslinjer for utvikling, produksjon og formidling av europeisk statistikk. En EU-forordning er en lov med generelle krav til statistikk og rapportering. Slike forordninger følges som regel av kommisjonsforordninger, også kalt implementeringsforordninger, som motsvarer en forskrift med spesielle krav til statistikk og rapportering.

Forordningen innebærer en styrking av Eurostats og statistikkbyråenes rolle. SSB vil ha det nasjonalt koordinerende ansvaret (jf den norske statistikkloven) når det gjelder utvikling, produksjon, rapportering/formidling av europeisk statistikk. I den forbindelse, planlegges det å lage en liste over andre nasjonale statistikkprodusenter som er involvert i statistikkleveringer som er regulert i EU-forordninger.

4.5.2 Koordinering av internasjonal helsestatistikk.

SSB ved seksjon for helsestatistikk har tatt på seg oppgaven som "focal point" for "non monetary" helsestatistikk overfor Eurostat, OECD og WHO. Målet er at en koordinering av de ulike institusjonene nasjonalt, kan bidra til bedre koordinering mellom de ulike internasjonale institusjonene. En nasjonal koordinering av den

internasjonale innrapporteringen vil også lettere avdekke eventuell dobbelt-rapportering, og dermed lette forvaltningens oppgavebyrde.

Kontaktutvalget ble enige om å utveksle møtereferat fra internasjonale møter som kan være relevante for koordineringen av den internasjonale innrapporteringen.

Områdene det i framtiden er planlagt felles rapportering for på helseområdet er først og fremst helsepersonell, utdanning, sengeplasser på sykehus og innenfor pleie og omsorg, samt medisinsk teknologi.

FHI har rapportert helsedata til WHO's "Health for all" database siden 2002. De innrapporterte data hentes fra en rekk ulike nasjonale kilder, mellom annet i SSB og NAV.

HOD foreslo at det nedsettes en arbeidsgruppe ledet av SSB med deltagelse fra Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og FHI og eventuelt andre aktører.

SSB sa seg villig til å ta en rolle i dette arbeidet sett i lys av den internasjonale koordinerende rollen som SSB har ifht. statistikk. Både SSB og HOD understreket at det er viktig med en realistisk avgrensning av problemstillingen slik at ambisjonsnivået er håndterlig. SSB lager utkast til mandat som sendes til Kontaktutvalget.

SSB har laget et utkast til mandat for arbeidet for godkjenning i Kontaktutvalget. Mandatet skal være grunnlaget for det videre arbeidet med nasjonal koordinering av rapportering av helsedata til internasjonale fora. Mandatet avgrenser koordineringsarbeidet til å gjelde dataleveringer til Eurostat, OECD og FN-systemet (WHO, ECE mv.). Arbeidsgruppen vil arbeide for å etablere kanaler for samordning av data som blir rapportert mellom helseforvaltningen og underliggende etater og Statistisk sentralbyrå. Viktige kjernepunkt for arbeidet vil være å bidra til:

- større transparens i nasjonal rapportering av helsedata
- ressurseffektiv rapportering der man unngår dobbeltrapportering eller parallellrapportering
- sikre tall for samme fenomen, samordne definisjoner og indikatorer (nasjonal harmonisering).

Målsettingen for arbeidet er å sikre god datakvalitet og sørge for sikker rapportering som er entydig og som tar hensyn til regler for personvern.

SSB orienterte om det første møtet i arbeidsgruppen (12.10.11) for nasjonal koordinering av rapportering av helsedata til internasjonale fora. Helse- og omsorgsdepartementet, folkehelseinstituttet og SSB var representert på møtet. Til Eurostat rapporterer SSB data om dødsårsaker, helsetjenester og sykkelighet, helsestatus og helsefaktorer (helseundersøkelser) og arbeidsulykker og yrkes-sykdommer. Til OECD rapporteres helsedata og helseregnskapsdata. Samme data rapporteres til Eurostat, OECD og WHO gjennom "Joint questionnaire". Flere av rapporteringene er hjemlet i Europaparlaments- og rådsforordning, og flere slike forordninger vil følge.

Joint questionnaire er inndelt i variable under "Health employment" og "Physical resources". Per i dag rapporterer SSB nesten alt knyttet til "health employment", og litt mindre knyttet til "physical resources". Det har blitt nedlagt mye arbeid i å komme frem til mest mulig riktige tolkninger av variable, og legge riktige definisjoner til grunn for rapportering, men dette er utfordrende fordi de internasjonale kravene skiller seg fra tilsvarende på nasjonalt nivå.

Når det gjelder helsepersonell, er det en utfordring at Internasjonale organisasjoner er mest opptatt av hva folk jobber med, mens vi i Norge, hvor registerdata er

grunnlaget, har best oversikt over hva folk er kvalifisert til å jobbe med (yrke vs. utdanning).

Det ble vist en oversikt over dekningsgrad i ulike land når det gjelder rapportering av Joint questionnaire. Fra 2010 til 2011 har Norge forbedret sin rapportering med 12 prosentpoeng og leverer per i dag data for 53 prosent av variablene.

Det er viktig at ulike aktører som er involvert i internasjonal rapportering viderefører samarbeidet, for samordning av definisjoner mv. Et område hvor SSB foreløpig ikke rapporterer internasjonalt er kirurgiske prosedyrer, og her ønsker SSB innspill. Tall fra NPR vil forhåpentligvis kunne gi data på dette området.

4.5.3 Orientering om EUs implementeringsforordninger for arbeidsulykker og dødsårsaker

Seksjon for helsestatistikk i SSB har utarbeidet et utkast til implementeringsforordning for arbeidsulykker. Bakgrunnen er en parlaments- og rådsforordning i EU som ble vedtatt i desember 2008 om folkehelse og helse og trygghet på arbeidsplassen. Den regulerer og stiller nye krav til statistikk og rapportering av statistikk over folkehelse og helse og trygghet på arbeidsplassen. Forordningen vil erstatte den tidligere gentlemen's agreement som har vært gjeldende for Norge med hensyn til levering av data. Forordningen vil bli innlemmet i EØS-avtalen og vil være like bindende for Norge som for EU-landene.

Det er også etablert et kartleggingsprosjekt om arbeidsulykker og yrkessykdommer. Prosjektet er et samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for arbeidstilsynet og SSB.

Kartleggingsprosjektet har to hovedmålsettinger: oppfylle de internasjonale statistikk- og rapporteringskrav, samt oppfylle nasjonale statistikkbehov. Arbeidet med å oppnå disse målene har mellom annet omhandlet tema og problemstillinger knyttet til flyt av data og muligheten for elektroniske skjema. Videre har man sett på revisjon av dagens yrkesskadeskjema (NAV), juridiske tilganger til data, statistiske metoder, data fra alle områder av det norske arbeidslivet, samt revisjon av dagens yrkesskadeerstatningsordning.

Hovedanbefalingene fra kartleggingsprosjektet er å innføre en elektronisk løsning for melding av yrkesskade og yrkessykdom som dekker alle områder i arbeidslivet, samt revidere innholdet i den informasjonen som i dag meldes inn til NAV gjennom deres yrkesskadeskjema. Som oppfølging vil det bli utarbeidet et vedtaksnotat i samarbeid med styringsgruppen, samt at man vil søke å løfte saken i de involverte etater.

En endelig rapport ble levert til Eurostat i juni 2010. En kommisjonsforordning ble vedtatt 11. april 2011.

EU har også en kommisjonsforordning på statistikkområdet for dødsårsaker som ble vedtatt 16. april 2011. Endringene på dette området vil bli inkludert i EØS-avtalen.

SSB ser noen negative effekter av implementeringsforordningen knyttet til døde i utlandet for Norges del. Fordi Norge har personidentifiserbare data, vil utvekslingen av summariske oversikter over dødsfall i utlandet kunne svekke datakvaliteten ved dobbeltregistrering av dødsfall. En svært uheldig konsekvens av dette er at tallene i Eurostats publisering vil avvike fra publisering av nasjonale dødsårsakstall for Norge og andre land med individbasert dødsårsaksregister.

European Health Interview Survey (EHIS) skal gjennomføres etter implementeringsforordningen i 2014. Det er på gang endringer i det statistiske systemet for øvrig som vil medføre endringer til neste undersøkelse (2019).

Også på levekårsområdet skjer det endringer. Fremover vil den europeiske statistikken på området hvile på to pilarer: EU-silk vedrørende levekår og arbeidskraftsundersøkelser. Øvrige temaer som ønskes dekket, lages som moduler koblet mot disse.

4.5.4 Orientering fra internasjonale møter.

Helsedirektoratet har deltatt på møte i Nordisk ministerråd. De har et prosjekt for kvalitetsindikatorer på psykisk helse. Man ser på muligheten for å få mer faste kvalitetsindikatorer på psykisk helse på nordisk nivå. Det ble nevnt at også OECD har et prosjekt for kvalitetsindikatorer for psykisk helse.

FHI refererte fra møte i EU-prosjektene ECHIM (European Community Health Indicator Monitoring) og Euro-URHIS 2 (Urban Health Indicator System). FHI er bedt om å levere data. SSB mente at slike data med stor sannsynlighet allerede er levert av SSB til Eurostat på såpass detaljert nivå at de vil kunne gjenbrukes til å dekke også denne forespørselen. SSB understreket viktigheten av at alle institusjoner som er med i Kontaktutvalget holder fast på prinsippet om å bare levere samme data én gang til internasjonale organisasjoner. SSB tar initiativ til et møte i arbeidsgruppen som koordinerer rapportering til internasjonale organisasjoner og som er blitt opprettet av Kontaktutvalget.

HOD refererte fra et møte i helsekomiteén i OECD. 20. og 21. juni. De har lansert en helsedatabase på OECDs hjemmeside. OECD publiserte Health at a Glance 2011 i november 2011, se OECD (2011).

SSB refererte fra et plenarmøte i Nordisk sosialstatistikkomité (NOSOSKO) på Færøyene, 30. august – 01. september 2011. NOSOSKO publiserte nettpublikasjonen "Social tryghed i nordiske landene" i november 2011. Den gir en samlet oversikt over tjenester og kostnader innenfor ulike områder. Tema for 2010 og 2011 var ungdomsledighet i Norden. NAV er ansvarlig for rapporten som beskriver de ulike landenes tiltak og virkemidler overfor arbeidsledige og spesielt ungdom. Tidsserier følger utviklingen før og etter finanskrisen for ledighet blant ungdom. Rapporten ble publisert høsten 2011. Tallmaterialet til rapporten inngår også i en større forskningsrapport fra Nordisk Velferdssenter (NVS), der en dypere analyse av tallmateriale gjøres.

Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Helsetilsynet og SSB deltar i NOMESKO-arbeidet, og SSB og Helsetilsynet har representanter i redaksjonen for publikasjonene. I tillegg til den årlige oversiktsrapporten, publiseres det temarapporter. Tema for 2011 var "Ulik finansiering av helsetjenester i de nordiske landene".

Folkehelseinstituttet (FHI) orienterte om arbeidet med EUs helseportal. Portalen skal gi lenker til relevante nettsteder knyttet til helse, og er forbrukerrettet. Dette er et arbeid som har pågått over flere år, men portalen har ikke vært tilpasset norske behov. FHI har i flere år argumentert med at en slik portal har liten nasjonal betydning, da få vil velge en EU-portal for oversikt over norske forhold. FHI har nå fått gjennomslag for at Norges del skal være relevante lenker på engelsk for brukere fra utlandet.

SSB informerte fra Eurostat-møtet for direktører for sosialstatistikk (DSS) hvor hovedtemaet var EU-forordninger, og hvor strengt disse skal håndheves. Videre ble topilars-løsningen innen sosialstatistikk (Arbeidskraftsundersøkelsen/AKU + EU-Silk Levekår) drøftet. Norge har kritisert denne løsningen, og den er nå satt på vent.

SSB orienterte kort fra møtet i OECD. SSB mener det er svært positivt at HOD informerer SSB om arbeidet i OECDs helsekomité. Det er tett forbindelse mellom sakene her og i møtene SSB deltar på i OECD.

SSB orienterte kort fra to internasjonale møter:

- 1) Technical Group Health Interview Survey (HIS) Statistics. På agendaen sto ny EU-forordnet survey om "Safety" (utsatthet for lovbrudd, vold osv.) som kommer i 2013 og som i utgangspunktet kun vil gjelde en helseundersøkelse, men med mulighet for forlengelse.
- 2) Eurostat Work Group om europeisk statistikk om yrkessykdommer (EODS). Det vil på sikt komme en kommisjonsforordning, men dette trekker noe ut i tid.

En bindende kommisjonsforordning om rapportering av arbeidsulykker ble vedtatt i april 2011. Direktoratet for arbeidstilsynet rapporterer noe data p.t., men disse oppfyller ikke kravene i forordningen. SSB og Arbeidsdepartementet diskuterer saken fortløpende, både bilateralt og sammen med Direktoratet for arbeidstilsynet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse.

Referanser

Ekornrud, Trond (2009): "Indeks for levekårproblem vert ikkje lenger publisert". Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/indeks-for-levekaarproblem-vert-ikkje-lenger-publisert>)

Ekornrud, Trond, Julie Kjelvik og Elin Skretting Lunde (2011): Barn og unges miljø og helse. Prosjektrapport fra arbeidsgruppen. Notater 2011/03, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unges-miljo-og-helse>)

Folkehelseinstituttet (2012): Nettinformasjon om Barnevekststudien: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5565:0:15,4527:1:0:0::0:0

Grebstad, Unni (red.), (2012): Sosialhjelp og levekår i Norge. Statistiske analyser 130, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosialhjelp-og-levokaar-i-norge>)

Helsedirektoratet (2010a): Arbeid, helse og sosial ulikhet, Rapporter IS-1774 (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-helse-og-sosial-ulikhet/Sider/default.aspx>)

Helsedirektoratet (2010b): Data fra allmennlegetjenesten. Rapporter IS-1808 (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/data-fra-allmennlegetjenesten/Sider/default.aspx>)

Helsedirektoratet (2011): Bolig, helse og sosial ulikhet, Rapporter IS-1857 (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/bolig-helse-og-sosial-ulikhet/Sider/default.aspx>)

Helsetilsynet (2012): Tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene. Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008-2011. Rapport fra Helsetilsynet 4/2012 (http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport4_2012.pdf)

Helseøkonomiforvaltningen, HELFO (2011): Fastleger, legevakt og avtalespesialister. Aktivitetsstatistikk 2009. Analyserapport april 2011. (<http://www.helfo.no/statistikk/Documents/Analyserapport%20Aktivitetsstatistikk%202009.pdf>)

Kjelvik, Julie og Trond Ekornrud (2010): Kartlegging av datakilder for barn og unges miljø og helse. Notater 2010/11, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kartlegging-av-datakilder-for-barn-og-unges-miljo-og-helse>)

Kjelvik, Julie (red.), (2012): Barn og unges miljø og helse 2011. Utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer. Rapporter 2012/12, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/barn-og-unges-miljo-og-helse-2011>)

Nossen, Jon Petter (2007): Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAV-rapport // 4 // 2007 (http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Analyser/NAV+rapportserie/Andre+rapporter/_attachment/805363647?true&_ts=115d0cc3d78)

OECD (2011): Health at a Glance 2011
(http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html)

Otnes, Berit (2010): Helseutgifter og levekår for personer med nedsatt funksjonsevne. Analyse av data fra Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt 2008. Rapporter 2010/20, Statistisk sentralbyrå
(<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/helseutgifter-og-levekaar-for-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>)

Ramm, Jorun (2010): På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne. Statistiske analyser 115, Statistisk sentralbyrå
(<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-like-vilkaar>)

Vold, Borgny, Dag R. Abrahamsen og Åsne Vigran (2012): Etablering av registerbasert statistikk for kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Statusrapport 2010. Notater 2012/11, Statistisk sentralbyrå
(<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/etablering-av-registerbasert-statistikk-for-kommunalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid>)

Vold, Borgny og Dag R. Abrahamsen (2013a): Etablering av statistikk for kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Statusrapport 2011. Notater 2013/03, Statistisk sentralbyrå
(<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/etablering-av-statistikk-for-kommunalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid>)

Vold, Borgny og Dag R. Abrahamsen (2013b): Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. Utredning av muligheter for utvikling av ny statistikk i KOSTRA. Statusrapport 2012. Notater 2013/05, Statistisk sentralbyrå
(<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-i-kommunene>)

Vedlegg A: Avtale mellom Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltningen om helse- og sosialstatistikk.

AVTALE MELLOM

STATISTISK SENTRALBYRÅ

OG

DEN SENTRALE HELSE- OG SOSIALFORVALTNINGEN

OM

HELSE - OG SOSIALSTATISTIKK

1. Partene i avtalen

Parter i denne avtalen er Statistisk sentralbyrå og den sentrale helse- og sosialforvaltning representert ved Sosialdepartementet, Helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

2. Formål

- 2.1. Den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå skal samarbeide for å samordne sine databehov.
- 2.2. Samarbeidet skal frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon for statlige, kommunale, fylkeskommunale og private helse- 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 SSB 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 følges opp av Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk.
- 4.2. Kontaktutvalgets sammensetning er
 - 1 representant fra Helsedepartementet
 - 1 representant fra Sosialdepartementet
 - 2 representanter fra Sosial- og helsedirektoratet
 - 1 representant for Statens helsetilsyn
 - 2 representanter fra Statistisk sentralbyrå
- 4.3. Statistisk sentralbyrå holder sekretariat for Kontaktutvalget.
- 4.4. Kontaktutvalget etablerer arbeidsgrupper som skal jobbe med utvikling av statistikk innenfor sitt ansvarsområde. Kontaktutvalget fastsetter arbeidsgruppene's mandat, følger opp deres arbeid og resultatene av dette. For arbeidsgrupper innen kommunale og fylkeskommunale tjenester gjelder i tillegg til mandat fastsatt av Kontaktutvalget, også det mandat Samordningsrådet i KOSTRA fastsetter.
- 4.5. Kommunenes sentralforbund 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 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. SSB skal ha en tosidig funksjon i arbeidet med helse- 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 fortsatt er tillagt i KOSTRA.
- 6.4. Når forvaltningen skal gjennomføre større statistiske undersøkelser, skal melding om dette på forhånd sendes til SSB, jf. statistikkloven § 3-3. SSB 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. SSB 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 SSB 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. Kontaktutvalgets vedtak om endringer i skjema for *kommunale og fylkeskommunale tjenester* skal forelegges Samordningsrådet i KOSTRA. Vedtakene kan ikke omgjøres av Samordningsrådet, men Kontaktutvalget skal påse at statistikkutviklingen skjer i tråd med de prinsipper som er trukket opp i Samordningsrådets mandat.
- 10.2. Kontaktutvalget samordner henvendelser/ problemstillinger som reises i arbeidsgruppene, jf. punkt 4.4, og som skal fremmes for Samordningsrådet.

11. Undertegning

Denne avtale er undertegnet i 5 -fem- eksemplar, hvorav hver part beholder 1 -ett- eksemplar.

Oslo, juni 2003

Ellen Seip
Sosialdepartementet

Anne Kari Lande Hasle
Helsedepartementet

Bjørn-Inge Larsen
Sosial- og helsedirektoratet

Lars E. Hanssen
Statens helsetilsyn

Svein Longva
Statistisk sentralbyrå

Vedlegg B1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 16. mars 2009

Til stades:

Else Karin Grøholt - Folkehelseinstituttet

Janne Strandrud - Helsedirektoratet

Kirsti Strand – Helsedirektoratet

Thorstein Ouren - Helsedirektoratet

Randi-Kallar Devold - Helse- og omsorgsdepartementet

Rigmor Bryhaug – NAV

Jan Oddum - NAV

Magne Hustad - Kommunenes sentralforbund

Sidsel Platou Aarseth, Helsetilsynet

Arne Jensen, Statistisk sentralbyrå

Andreas Hedum, Statistisk sentralbyrå

Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå

Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå

Magnar Lillegård, Statistisk sentralbyrå (under sak 2.),

Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå (ref)

Referat frå førre møte 26. november var tidlegare sendt ut og godkjent.

Sak 1. Orientering rapporteringssystem for sosial ulikskap i helse v/Janne Strandrud.

Janne Strandrud frå Helsedirektoratet orienterte. Med bakgrunn i St.meld.nr.20 – ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller”, kor målet er å danna ei systematisk oversikt over utviklinga i arbeidet for å redusera sosiale helseforskjellar i Noreg. Helsedir har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utvikla ei årleg rapportering på området. Føremålet med rapporteringa er å bidra til at måla i meldinga vert følgde opp på ein god måte og at ein får bevisstgjerings rundt ivaretaking av fordelingsomsyn i alle sektorane det gjeld. Meldinga tar utgangspunkt i 6 innsatsområder. Desse er inntekt, oppvekst, arbeid, helseåtfærd, helsetjenester og sosial inkludering. Det er nedsett eigne arbeidsgrupper innanfor dei ulike områda kor ei rekke fagdirektorat og miljø er involverte, medan Helsedir har det koordinerande ansvaret i alle og ein arbeider her med å velja ut dei mest føremålstenlege indikatorane innanfor kvart område.

Rapporteringa tar vidare utgangspunkt i meldinga sine hovud- og delmål og skal etablera eit sett indikatorar på bakgrunn av desse måla, samt gi en omtale av relevant politikk innanfor området. Det er i hovudsak allereie tilgjengeleg statistikk som skal inngå i rapporteringa. Rapporteringa skal freista å sjå ulike mål på sosial posisjon i høve til kvarandre.

Rapporteringa skal resultera i ein årleg rapport. Den første er planlagt i mai 2009 og rapporteringa skal skje på årleg basis fram til og med 2017. Det er førebels ikkje planlagt ei elektronisk løysing med årleg oppdatering av dei utvalde indikatorane.

Sak 2. Metodisk gjennomgang av indeks for levekårproblem v/Magnar Lillegård, SSB

Magnar Lillegård orienterte. SSB har gjennomført ei metodisk evaluering av indeks for levekårproblem. Indeksen vert publisert i Styrings- og informasjonshjulet som Helsedir gir ut årlege i hefter. I tillegg publiserer SSB indeksen på sine nettsider. Indeksen er utsett for stor merksemd frå media media kor rangering av kommunar på bakgrunn av indeksen ofte vert gjennomført. SSB tek imot ei rekke bestillingar frå enkeltkommunar som ønskjer å få indekstal ned på bydels- og grunnkrets nivå. Grunna usikkerheit knytt til rangeringa av kommunar og bydelar har SSB sett seg nøydd for å foreta ei metodiske evaluering av indeksen sidan den vart utvikla på av forskingsmiljøet i SSB tidleg på 90-talet.

Indeks for levekårproblem freistar å seia noko om graden av levekårproblem i kommunar og bydelar. Indeksen rangerer kvar kommune etter delindeksane sosialhjelp, dødelegheit, uføretrygd, attføringspengar, arbeidsledige og overgangsstønad. Samleindeksen er gjennomsnittet av dei ulike delindeksane.

Den metodiske gjennomgangen av indeksen viser at det er nokre utfordringar knytt til den. Oppsummert inneber desse at kommunar og bydelar som ligg i mellomsjiktet (verken blant dei 20-30 beste eller dårlegaste) endrar plasseringa med så mykje som vel 100 plassar ved ei endring i vektingsmetode. Når ein ser på bruken av indeksen m.a. i media, verkar det ikkje som dei atterhald som er tatt om kva den kan nyttast til, har fått gjennomslag hos brukarane. Erfaringar tyder ikkje på at slike indeksar blir brukt med større varsemd i framtida. SSB ønskjer derfor ikkje å halda fram med å produsera indeksen i den noverande form.

Helsedir meinte at indeksar er noko brukarar etterspør og noko som er kome for å bli. Så lenge ein har tek dei naudsynte atterhalda med omsyn til kvalitet er ikkje dette noko ein kan slutta med å produsera. KS meinte at dei ulike indikatorane som låg til grunn for samleindeksen var moden for ei revidering. SSB ser vidare på mulegheitene for å utvikla ein indeks det er knytt større sikkerheit til med omsyn til rangering av kommunar og bydelar.

Sak 3. Nøkkeltalsrapporten v/Thorstein Ouren

Thorstein Ouren frå Helsedir orienterte. Nøkkeltalsrapporten for 2008 kom ut i januar 2009 og Helsedir seier seg godt nøgde med sluttproduktet. Det er andre året Nøkkeltalsrapporten kjem ut, og rapporten ønskjer ved hjelp av ulike indikatorar på helseområdet og seia noko om status og utvikling i sektoren. Det kan vera helsetilstand og sosial forhold i befolkninga, rammevilkår for tenestene eller aktivitet og kvalitet i helse- og omsorgstenestene. Målet med rapporten er såleis å gi eit samanlikningsgrunnlag over tid. Hidr føler også at dei rapporten byrjar å få den forma dei ønskjer med omsyn til innhald.

Helsedir ønskjer å halda fram med å publisera rapporten i byrjinga av januar det påfølgjande året.

Sak 4. Eventuelt

To saker vart melde til eventuelt.

Styrings- og informasjonshjulet – Samanlikningstala for kommunane (Hjulet) for 2009

Thorstein Ouren (Helsedir) og Jan Oddum (NAV) orienterte. Helsedir har hatt ei intern vurdering av Hjulet si framtid og kome fram til, etter dialog med NAV, at det ikkje vil vera føremålstenleg å leggja ned produktet med direkte verknad for 2009. Behovet ute i kommunane er ikkje tilstrekkeleg avklart, slik at det vil vera eit for drastisk tiltak å slutta tvert med publiseringa. Ein ser likevel at enkelte av publiseringsløysingane ikkje treng å halda fram. I første omgang gjeld dette papirhefta og kommunearka som vert publiserte på Helsedir sine nettsider, medan dei ønskjer å halda fram med å publisera grunnlagstala i ei eller anna form – fortrinnsvis på SSB sine nettsider.

NAV og Helsedir skal i samråd koma med ei formell fråsegn til SSB for Samanlikningstala (Hjulet) 2009. Det er naturleg at SSB, Helsedir og NAV etter dette opprettar ein dialog med omsyn til mulege publiseringsløysingar og innhald i publikasjonen, og om dette vil innebera ei ny rolle for SSB.

Evaluering av sosialtenestestatistikken i SSB

Elisabeth Nørgaard orienterte. Seksjon for levekårsstatistikk har føretatt ei evaluering av sosialtenestestatistikken (jamfør sak 1. på kontaktutvalsmøte 26.november). Dette har resultert i ein sluttrapport som no er ferdigstilt. Prosjektet har mellom anna sett på skjema for kvalifiseringsstønadsprogrammet og korleis ein på ein god måte kan innlemma dette i den allereie etablerte statistikken. I tillegg har ein føretatt ei harmonisering av alle dei ulike rettleiarane innanfor området. Ein ser også at NAV-reformen vil gi utfordringar for statistikkområdet med omsyn til forholdet mellom stat og kommune.

Nørgaard oppfordra til sist alle deltakarane i Kontaktutvalet til å tenkja igjennom og vurdere eventuelle saker, jamfør mandatet, som kan vera relevante å orientera om i utvalet på komande møte.

Neste møte i Kontaktutvalet vert halde 27.mai.

Vedlegg B2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 27. mai 2009

Til stades:

Else Karin Grøholt - Folkehelseinstituttet

Kristin Granli - Helsedirektoratet

Thorstein Ouren - Helsedirektoratet

Randi-Kallar Devold - Helse- og omsorgsdepartementet

Tonje Ek Brunvoll – NAV

Jan Oddum - NAV

Magne Hustad - Kommunanes sentralforbund

Sidsel Platou Aarseth, Helsetilsynet

Arne Jensen, Statistisk sentralbyrå

Julie Kjølsvik, Statistisk sentralbyrå (under sak 4.)

Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå

Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå (under sak 1 og 2.)

Dag R. Abrahamsen, Statistisk sentralbyrå (under sak 1 og 2)

Torild Fløysvik, Statistisk sentralbyrå (under sak 1 og 2)

Grethe Westby, Statistisk sentralbyrå (under sak 5)

Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå (under sak 3)

Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå

Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå (ref)

Referat frå førre møte 16. mars var tidlegare sendt ut og godkjend.

Sak 1. Psykisk helsearbeid-skjema i KOSTRA v/ Ouren, Helsedirektoratet

Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid i kommunane, frå 1998-2008, ligg til grunn for særrapporteringa frå kommunane til Helsedirektoratet for same tidsperiode. Etter at opptappingsplanen vart avslutta ved utgangen av 2008 fekk Helsedirektoratet i oppgåve av HOD å oppretta og leia ei arbeidsgruppe for vidare rapportering om psykisk helsearbeid i KOSTRA. Målet var ei vidareføring av eksisterande rapportering (rapporteringsskjema 2 i IS-24) i KOSTRA, med første innrapportering i 2010 for statistikkåret 2009.

Med bakgrunn i arbeidet som har blitt gjort i arbeidsgruppa, samt høyringar med arbeidsgrupper på andre KOSTRA-område og slutningar frå eksterne konsulentar, fatta Helsedirektoratet 26.05.09 ei avgjersle om å halda fram med særrapporteringa i eitt år til. Dette botnar Helsedirektoratet i at mykje må utreiaast før ein får utvikla eit godt nok KOSTRA-datasett for området. Eit ankepunkt er at dagens skjema fordrar mykje skjønsmessige vurderingar i kommunane. I så måte vil det særleg vera viktig å få kartlagd i kor stor grad andre datakjelder enn skjema kan vere aktuelle.

Særrapporteringa held fram for å kunna evaluera Opptappingsplanen og framleis setje fokus på ei særskild brukargruppe. Ifølgje Helsedirektoratet let desse behova seg vanskeleg kombinera med KOSTRA som rapporteringssystem. Skjemaet for statistikkåret 2009 vil innehalda ein del revideringar som det var semje om i arbeidsgruppa å gjera, utan at det fører til brot i tidsseriane.

KS, i likskap med mange høyringsinstansar, meinte at dette området i lag med rus kjem til å by på problem og tilråda arbeidsgruppa å foreta ei pilotundersøking på eit utval av kommunar. Dette kan bidra til å avdekka nokon slike problem, særleg i forhold til årsverkstal kor det vil vera knytt stor usikkerheit til kvaliteten på tala.

SSB poengterte at det er viktig at arbeidsgruppa held fram med like stor innsats som har vore tilfelle fram til no om ein skal klara målsetjinga om å få etablert eit eige område for psykisk helsearbeid i KOSTRA i 2010. Det er viktig at KRD/Samordningsrådet for KOSTRA vert informert om arbeidet som er gjort i 2009 og argumenta for å halda fram med særrapportering i eitt år til, i tillegg til planane for det vidare arbeidet.

Helsedirektoratet kjem til å senda eit utkast til 2009-skjema til Kontaktutvalet som orientering.

Sak 2. Data om kommunalt arbeid for personar med rusmiddelproblem v/ Ouren, Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har nedsett ei arbeidsgruppe, på oppdrag frå HOD, som har freista å kartleggja det kommunale arbeidet for personar med rusmiddelproblem i kommunane. Som eit ledd i dette arbeidet har gruppa føretatt ei prøverapportering som omfattar 11 kommunar og 2 bydelar i Oslo kommune. Det siste møte i arbeidsgruppa vart halde 27.05.09 kor deltakarane fekk presentert hovudfunna i frå prøverapporteringa. Funna skal resultera i ein sluttrapport frå konsulentfirmaet Fürst og Høverstad. Denne er venta å vera ferdigstilt innan kort tid.

Dei førebelse resultata frå prøverapporteringa viser at det vil vera problem knytt til rapportering av årsverk, og samanlikninga mellom kommunar kan by på problem. For årsverk som er knytt til funksjon 243 (rekneskapsfunksjon for rusarbeid) er dette uproblematisk, men for kommunar som ikkje registrerer sine tenester etter problem og diagnose vil årsverksfordelinga ofte vera basert på skjønsmessige vurderingar. Etter at rusområdet vart innlemma som ein del av spesialisthelsetenesta har prosedyrane for kva som blir førd og ikkje førd på funksjon 243 variert frå kommune til kommune.

NAV meinte det var viktig at dei vart innlemma i arbeidet med psykisk helse og rus så snart som muleg, då dette er område dei sjølv arbeidar med, treng kunnskap og informasjon om, samt er relevant for deira hovudoppgåver som etat.

Helsedirektoratet skal senda rapporten til Kontaktutvalet som orientering, så snart den føreligg

Sak 3. Overgang frå skjemabasert til registerbasert statistikk. Eit potensiale for redusert oppgåvebyrde v/ Vigran, SSB.

Ho gav eit oversyn av kva registerbasert personellstatistikk vert brukt til i dag. Sysselsetjingstal frå register vart for første gong brukt i år 2000. Etter dette har fleire område kome føretatt ein overgang.

I 2008 fatta Spesialisthelsetenesta ei avgjersle i arbeidsgruppa for spesialisthelsetenesta om å føreta ein overgang til register for statistikkåret 2008 med publisering i 2009. Som eit ledd i ein overgangsfase frå skjema til register vart ein einige om dobbeltrapportering første året, og førebelse tal for årsverk i spesialisthelsetenesta vart publisert i mars i år.

Mykje arbeid har blitt gjort i samband med overgangen for å betra kvaliteten som føreligg i registera. Det er mellom anna blitt laga retningslinjer for oppretting av bedrifter under helseføretaka og retningslinjer for innmelding av tilsette til NAVs Aa-register. I tillegg har ein føretatt ei kartlegging av populasjonen innanfor spesialisthelsetenesta. Målet har vore å oppretthalda ting så like som dei var, så sant dette har vore muleg.

Ein overgang til register vil letta oppgåvebyrda til helseføretaka, samstundes som ei rekke opplysningar som ikkje før har vore tilgjengelege vil bli det, utan at det vil føra til ei ekstra belastning for helseføretaka. Kvaliteten på årsverkstala frå register ser ut til å vera gode samanlikna med skjemadata for 2007. Samstundes held arbeidet fram med å gjera registera enno betre med omsyn til kvalitet.

Helsedirektoratet nemnde at registerdata ikkje fangar opp vikarar som er leigde inn frå vikarbyrå, og det er rimeleg å tru at desse tala vil vera interessante å ha. For å fanga opp desse årsverka i framtida vil ein vera nøydd for å gjera eigne undersøkingar.

Sak 4. Orientering om EU si implementeringsforordning på statistikkområdet for arbeidsulukker v/ Kjølvik og Jensen, SSB.

Eit utkast til implementeringsforordning var sendt ut i framkant som møtepapir. Bakgrunnen for utkastet til kommisjonsforordninga er ei parlaments- og rådsforordning i EU som blei vedtatt i desember i fjor (EU si parlamentsforordning No 1338 om folkehelse og helse og tryggleik på arbeidsplassen, desember 2008). Den regulerer og stiller nye krav til statistikk og rapportering av statistikk over folkehelse og helse og tryggleik på arbeidsplassen. Forordninga vil erstatta den tidlegare gentlemens agreement som har vore gjeldande for Noreg med omsyn til levering av data. Forordninga vil bli innlemma i EØS-avtalen og vert like bindande for Noreg som EU-landa.

Eurostat sine planar for saksgangen tek sikte på å få presentert ei endeleg implementeringsforordning for ESS committee hausten 2010.

I det eksisterande forslag til kommisjonsforordning er krava til rapporteringa på variabelnivå og første referanseår, som er sett til 2010 eller 2011 ikkje noko Noreg kan etterkoma. Ein oversikt viser at mange land dekker krava til informasjon i forhold til dei såkalla fase 1 og 2 variablane som blei utvikla først, mens færre land dekker krava til langt meir detaljert informasjon som dei såkalla fase 3 variablane dekker.

For å møta utfordringane som kommisjonsforordninga stiller for Noreg har SSB sete i gang to prosjekt. Det eine er eit kartleggingsprosjekt i perioden frå desember 2007 til juni 2009 kor målsetjinga har vore å kartleggja eksisterande dataleveransar til Eurostat og ulike norske datakilder. Det andre er eit samarbeidsprosjekt mellom Direktoratet for arbeidstilsynet og NAV og SSB i perioden frå januar 2009 til juni 2010 kor målsetjinga har vore å utnytta mulegheitene Noreg har for å utvida rapporteringa til å dekkja fleire av variablane som vert nemnd i forordninga.

Sak 5. Orientering om EU si implementeringsforordning på statistikkområdet for dødsårsaker v/ Westby, SSB.

Eit utkast til task force/forordning for dødsårsaker var sendt ut i framkant som møtepapir. Dødsårsaksområdet vert råka av den same kommisjonsforordninga som arbeidsulukker og endringane vil bli inkludert i EØS-avtalen som vil gjera forordninga juridisk bindande for medlemslanda.

Hovudmålsetjinga innanfor dødsårsaksstatistikk er å betra datakvaliteten og samanlikningsgrunnlaget landa imellom. Det er ønskeleg å utvida og betra dekningsområdet med døde i utlandet og dødfødde til statistikkføremål innanfor EU/EFTA landa. Det er ulik nasjonal praksis for registrering og rapportering av dødsårsaker, noko som kan vera feilkjelder når det kjem til samanlikning på tvers av land. Når det gjeld leveranse av data til Eurostat vil desse som ein konsekvens av forordninga bli levert som ikkje-direkte identifiserbare opplysningar i tabellform, data kan berre brukast til statistikkføremål. Eurostat ønskjer vidare ei tillating frå nasjonale myndigheiter for å kunna overføra dødsårsaksdata for ikkje-busette til aktuelle medlemsland.

Saksgangen vidare vil inkludera ei pilotstudie hos medlemslanda kor tilbakemeldingane skal rapporterast inn i september 2009. Arbeidsgruppa for dødsårsaker skal behandla saka i oktober 2009 og i ESS-komiteen, første halvår 2010. Kommisjonsimplementeringa skal etter planen skje i november 2010 og ein ønskjer at dataleveransane frå medlemslanda skal starta opp med referanseår for 2010 eller 2011.

Sak 6. Evaluering av sosialtenestestatistikken i SSB v/ Nørgaard, SSB

Seksjon for levekårsstatistikk jobbar fram mot KOSTRA-publisering av endelege tal 15.juni. Her vil ein publisera tal for introduksjonsprogrammet og kvalifiseringsstønad for kommunane. Gjennomsnittstal for landet vil forhåpentlegvis også føreligga då.

Eventuelt

Forslag til saker på neste møte:

- Utvikling av statistikk for allmennlegetenesta v/Helsedirektoratet
- IPLOS-registeret – ein presentasjon av rommet for mulegheiter innanfor registeret v/Helsedirektoratet

Neste møte i Kontaktutvalet vert halde 9.september.

Vedlegg B3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 9. september 2009

Til stades:

Kirsti Strand, Helsedirektoratet
Birgitta Bøhn, Helsedirektoratet
Randi Kallar Devold, Helse- og Omsorgsdepartementet
Iselin Syversen, Helse- og Omsorgsdepartementet
Olaf Tvede, NAV
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå
Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå
Dag R. Abrahamsen, Statistisk sentralbyrå (under sak 1. og 2.)
Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå (under sak 1. og 2.)
Arne Jensen, Statistisk sentralbyrå
Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Referat frå møte 27. mai var tidlegare sendt ut og godkjent.

Sak 1. Data om kommunal innsats innan Psykisk helsearbeid og rus i kommunane v/Kirsti Strand, Helsedirektoratet

Etter at opptrappingsplanen for psykisk helse vart avslutta i 2008 fatta Helsedirektoratet ei avgjersle om å vidareføra sær rapporteringa i eitt år til i skjema IS-24- 2. Tala for 2008 vil føreliggja innan kort tid. Målsetjinga for arbeidet er å avvika sær rapporteringa og gå over i ein driftsfase no som Opptrappingsplanen er avslutta. Ei mellombels arbeidsgruppe vart oppretta i samband med dette kor mandatet i hovudsak omhandla å kartleggja mulegheitene for å innlemma ei framtidig rapportering i KOSTRA. Kartleggingsarbeidet er teke med i arbeidsgruppa sin rapport til Samordningsrådet i juni 2009.

Parallelt med dette arbeidet hadde Helsedirektoratet, på oppdrag frå HOD, nedsett ei arbeidsgruppe som freista å kartleggja det kommunale arbeidet for personar med rusmiddelproblem i kommunane. Som eit ledd i arbeidet har gruppa føretatt ei prøverapportering som omfatta 11 kommunar og 2 bydelar i Oslo kommune. Funna frå prøverapporteringa har resultert i ein sluttrapport frå konsulentfirmaet Først og Høverstad. Denne syner at det er mange tenester/einingar i kommunane som er involverte i tilbodet til personar med rusproblem. Det varierer kor mykje ulike kommunar sit på av informasjon for opplysningane som blei etterspurde. Dette skuldast at fagsystema som lagrar denne informasjonen er ulikt utbygd i kommunane. Det er særleg i større kommunar kor ein har utvikla gode fagsystem at rapportering gir mest pålitelege tal.

Psykisk helsearbeid og arbeid for personar med rusmiddelproblem er to område som er tilgrensande og ofte innvovne i kvarandre. Det kan t.d. vera problematisk å skilja ut årsverk som berre omhandlar rus eller psykisk helse. Som ein konsekvens av dette vil det i det vidare arbeidet vera naudsynt å arbeida parallelt med desse to prosjekta.

I prosessen vidare ønskjer ein særleg å fokusera på kva som er muleg å få inn i KOSTRA. Her må ein få ein oversikt over kva som er muleg å telja ute i kommunane og deira fagsystem, samstundes som ein held fram med å kartleggja kva som er muleg å fanga opp igjennom registerbasert personellregistrering.

Sak 2. Ny statistikk om allmennlegetenesta v/Birgitta Bøhn, Helsedirektoratet

På oppdrag frå HOD arbeider Helsedirektoratet med å utvikla statistikk om allmennlegetenesta. Det er tre hovudmål som særleg ligg til grunn for den nye statistikken.

For det første ønskjer ein å få betre styringsinformasjon særleg med tanke på heilskapeleg informasjon om pasientforløpet gjennom effektivt samarbeid med spesialisthelsetenesta. For det andre skal dette bidra til betre talgrunnlag for utvikling innan fagområdet, samt for forskning på allmennlegetenesta.

Det tredje målet er at statistikken kan vera med på å betra kvaliteten i den einskilte allmennpraksis.

Arbeidet har lagt vekt på å bruka allereie eksisterande datakjelder. I så måte vil refusjonskrav frå legar innsendt til NAV bli brukt som hovuddatakjelde (KUHR-basen). I tillegg vil andre aktuelle datakjelder vera KOSTRA, IPLOS, Fastlegeregisteret og reseptregisteret.

Ei intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet planlegger ei publisering av nøkkeltal innan utgangen av 2009. Nøkkeltala som vert publisert i første omgang vil gi styringsinformasjon, men ikkje grunnlag for lokal kvalitetsutvikling og forskning på området. I så måte er det på sikt ønskeleg å utvikla eit helseregister for allmennlegetenesta for å betre sjå ulike delar av tenesta i samanheng.

SSB informerte om at dei er i ein kartleggingsfase med omsyn til utvikling av eit breiare publiseringstilbod for statistikken om fastlegar.

Sak 3. Orientering om større koordinering av internasjonal helsestatistikk v/ Elisabetta Vassenden, SSB.

SSB har tatt på seg oppgåva som focal point for "non monetary" helsestatistikk overfor Eurostat, OECD og WHO. Andreas Hedum i SSB er utnemnd som kontaktperson for Noreg. Målsetjinga er at ei koordinering av dei ulike institusjonane i mellom på nasjonalt nivå kan vera med på å bidra til ei betre koordinering mellom dei ulike internasjonale institusjonane. Det er ønskeleg at Noreg er mest muleg koordinerte med omsyn til internasjonal innrapportering i framtida. Dette vil vera på å hindra dobbeltrapporteringar, og slik letta oppgådebyrda i forvaltninga.

FHI stilte seg positive til å oppretta eit felles focal point ut mot internasjonale organisasjonar. Helse- og omsorgsdepartementet inviterte i samband med temaet til eit muleg felles møte kor ein tenkjer høgt om internasjonal rapportering og ev. koordineringsløyser i framtida. SSB føreslo at eit framtidig kontaktutvalsmøte skal omhandla temaet internasjonal rapportering.

Ein vart også einige om at det utvekslast møtereferat frå internasjonale møter som ein meiner kan vera av relevans for denne internasjonale koordineringa.

Sak 4. Eventuelt

Publisering av sosialhjelpstatistikk for 2009 v/Elisabeth Nørgaard, SSB

Ein del tal for sosialhjelpstatistikken i SSB vart ikkje publisert som planlagd ved den endelege publiseringa 9.juli i år. Årsaka var feil tal for mottakarar med forsørgingsbyrde frå ein større kommune. Korrigerte tall er no henta inn frå kommunen, og dei manglande tabellane vil bli publisert med det første.

I sosialstatistikken er det knytt utfordringar til registreringa av årsverk i sosialtenesta. Samanlikningar frå år til år i enkeltkommunar, samt samanlikningar på tvers av kommunar blir problematiske sidan sosialkontora si samhandling med NAV ikkje er teke med i KOSTRA skjema 7 "Årsverk i sosialtenesta". Spørsmålet har vore om statleg tilsette som gjer kommunale oppgåver (og kommunalt tilsette som gjer statlege oppgåver) bør tas omsyn til i skjemarapporteringa. For 2009 kom KOSTRA-arbeidsgruppa for sosialtenesta til at NAV-kontor som er i etableringsfasen, lite truleg vil vera i stand til å gi pålitelege nok data. Saka var oppe til orientering i samordningsrådet i KOSTRA i haust og spørsmålet vil bli drøfta vidare i KOSTRA-arbeidsgruppa i 2010.

Grunna usikkerheit knytt til datakvaliteten på KOSTRA-skjema 11 om opplysningar om kvalifiseringsstønad har SSB ikkje frigjeve nokon tal på dette enno. For 2009 vert kvalifiseringsstønad registrert via eit eige individskjema (KOSTRA-skjema 11C). Målsetjinga er å publisera utvalde nøkkeltal frå dette skjemaet i 2010.

Neste møte vert halde 25.november. Vel møtt.

Vedlegg B4: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 9. desember 2009

Til stades:

Heidi Lyshol – Nasjonalt folkehelseinstitutt

Randi-Kallar Devold - Helse- og omsorgsdepartementet

Iselin Syversen - Helse- og omsorgsdepartementet

Tonje Ek Brunvoll – NAV

Arne Jensen, Statistisk sentralbyrå

Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå

Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå

Richard Ragnarsøn, Statistisk sentralbyrå

Arne Jensen, Statistisk sentralbyrå

Andreas Hedum, Statistisk sentralbyrå

Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå

Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Sak 1. Internasjonal rapportering av non-monetary health statistics v/Andreas Hedum, Statistisk sentralbyrå og Heidi Lyshol, FHI

Bakgrunnen for denne saka er eit ønskje, frå internasjonalt hald, om å etablera ei felles datainnsamling/ rapportering mellom OECD, Eurostat og WHO. Målsetjinga er at dette skal gi betre internasjonal samanliknbare tal og letta oppgåvebyrda for dei nasjonale oppgåvegevarane. Helsestatistikkområdet er samanlikna med andre statistikkområde seint ute med samordning internasjonalt. For at det vidare arbeidet skal bli så vellukka som muleg er det særleg viktig at dei involverte partane i Noreg samordnar og klargjer rollefordelinga i rapporteringsarbeidet, samt har ein kontinuerleg dialog om relevante tema og problemstillingar. At saka vert tatt opp til orientering i Kontaktutvalet er i så måte eit leidd i dette samordningsarbeidet. SSB har i samsvar med statistikkloven hovudansvaret for internasjonalt statistisk samarbeid. SSB v/Andreas Hedum er Noregs ”national focal point” for non-monetary health statistics.

Hedum orienterte om kva helsestatistikk SSB rapporterer til Eurostat og OECD innanfor området non-monetary health care statistics. Det vart også orientert om område som p.t. manglar rapportering. Ei av hensiktene med presentasjonen var å gi ein oversikt over områda det i framtida er planlagd felles rapporteringar for. Dette er først og fremst helsepersonell, utdanning, sengeplassar på sjukehus og innanfor pleie og omsorg, samt medisinsk teknologi. I samband med fellesrapporteringa er det i SSB sett i gang ei kartlegging av personellområdet for å betra kvaliteten, særleg når det gjeld felles definisjonar som dei ulike organisasjonane nyttar til sine føremål. Tal for kirurgiske prosedyrar er særleg eit område ein manglar tal for p.t. NPR vil forhåpentlegvis kunna gi noko meir data på dette området i tida som kjem.

Lyshol orienterte om kva statistikk FHI rapporterer til internasjonale organisasjonar innanfor området. FHI har rapportert til WHO sin ”Health for all” database sidan 2002. Data som vert innrapportert til denne kjem frå ei rekke ulike nasjonale kjelder mellom anna SSB og NAV. Nokon hentar FHI direkte frå nettsidene til dei aktuelle etatane, medan andre data må får dei levert frå dei aktuelle etatane. Dette varierer frå område til område. Ofte er det slik at ulike internasjonale organisasjonar etterspør data med ulike definisjonar.

Vassenden presiserte at det er viktig å møta internasjonale datainnsamlingar med felles front, ved å aldri levera dei same dataa to gonger, men å visa til at dataa allereie ligg i internasjonale databasar. På nasjonalt nivå vert det i tida som kjem dessutan viktig å halda fram samarbeidet om felles innrapporteringar, etablera felles definisjonar for ulike organisasjonar og auka datakvaliteten på data som vert innrapporterte. Kontaktutvalet vart bedne om å bruka Hedum som hovudkontakt i SSB for internasjonale førespurnader på dette feltet.

Sak 2. Ny statistikkforordning og ev. konsekvensar for internasjonal rapportering v/ Richard Ragnarsøn, SSB

SSB orienterte om den nye statistikkforordninga og ev. konsekvensar dette vil få for innrapportering av helse- og sosialstatistikk. Den nye statistikkloven 223/2009 definerer det europeiske statistiske system og inneheld retningslinjer for utvikling, produksjon og formidling av europeisk statistikk. Lova inneber mellom anna ei styrking av statistikkbyrå og Eurostat si rolle. SSB vil ha det koordinerande ansvaret (ad den norske statistikkloven) med omsyn til utvikling, produksjon, rapportering/formidling av europeisk statistikk. I tillegg

skal det lagast ei liste over andre nasjonale statistikkprodusentar som er involverte i statistikkleveringar som er regulert i EU-forordningane.

Innføringa av den nye statistikklova har fleire målsetjingar. Brukarane skal koma meir i fokus enn tidlegare og arbeidet med kvalitetskriterium skal prioriterast høgare. I tillegg er det ønskeleg å gjera statistikkproduksjon meir kostnadseffektiv og minimera oppgavebyrden til oppgavegjeverane. Dette inneber mellom anna eit ønske om utstrakt bruk av administrative register i tida som kjem.

SSB presiserte at fleire av dei nye krava som loven fører til stemmer godt overeins med dei allereie etablerte målsetjingane og strategiane til etaten.

Sak 3. Arbeidsulukker og yrkessjukdomar – status for arbeidet v/Arne Jensen, SSB.

Jensen orienterte. Kartleggingsprosjektet om arbeidsulukker og yrkessjukdomar har tidlegare vore oppe i kontaktutvalet. Prosjektet er eit samarbeid mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for arbeidstilsynet og SSB.

16. desember 2008 vart Europaparlaments- og rådsforordninga om statistikk over folkehelse og helse og sikkerheit på arbeidsplassen vedtatt. Dette er ei rammeforordning med fem vedheng som mellom anna omtala arbeidsulukker og yrkessjukdomar. I norsk målestokk kan ein seie at ei rammeforordning motsvarar ein lov med generelle krav til statistikk og rapportering. Eurostat har etter vedtaket av rammeforordninga starta arbeidet med ei kommisjonsforordning (implementeringsforordning) på området arbeidsulukker. I norsk målestokk kan ein seie at ei kommisjonsforordning motsvarar ei føreskrift med spesielle krav til statistikk og rapportering.

Kartleggingsprosjektet har freista å oppnå to hovudmålsetjingar; oppfylle dei internasjonale statistikk- og rapporteringskrav, samt oppfylle nasjonale statistikkbehov. Arbeidet med å oppnå desse måla har mellom anna omhandla tema og problemstillingar knytt til flyt av data og mulegheita for elektroniske skjema. Revisjon av dagens yrkesskadeskjema (NAV), juridiske tilgangar til data, statistiske metodar, data frå alle område det norske arbeidslivet, samt revisjon av dagens yrkesskadeerstatningsordning.

Samarbeidsprosjektet sine hovudanbefalingar er å innføra ei elektronisk løysing for melding av yrkesskade og yrkessjukdom som dekkjer alle område i arbeidslivet, samt revidera innhaldet i den informasjonen som i dag meldes inn til NAV gjennom deira yrkesskadeskjema. Som oppfølging skal ein utarbeida eit avgjerslenotat i samarbeid med styringsgruppa, samt få saka løfta i dei involverte etatane.

Progresjonen vidare inneber mellom anna at samarbeidsprosjektet arbeider vidare med tema og problemstillingar. Ein endeleg rapport skal leverast til Eurostat i juni 2010. I tillegg vert det viktig å formidla hovudanbefalingane prosjektet har landa ned på til relevante myndigheiter. Eurostat vil halda fram arbeidet med kommisjonsforordninga og eit nytt møte i den såkalla Technical group er planlagt våren 2010.

Sak 4. Eventuelt

Forslag til saker på neste møte:

- Det blei føreslått, frå SSB si side, at neste møte skal omhandla tema/saker som er relatert til sosial- og levekårstatistikk

Det er ikkje fastsett dato for neste møte i Kontaktutvalet.

Vedlegg C1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 17. mars 2010

Til stede:

Kirsti Strand, Helsedirektoratet
Thorstein Ouren, Helsedirektoratet
Randi Kallar Devold, Helse- og omsorgsdepartementet
Cathrine Meland, Helse- og omsorgsdepartementet
Jan Oddum, Arbeids- og velferdsdirektoratet
Sidsel Platou Aarseth, Statens helsetilsyn
Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå
Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå
Harald Tønseth, Statistisk sentralbyrå
Andreas Hedum, Statistisk sentralbyrå
Jorunn Ramm, Statistisk sentralbyrå (under sak 3)
Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå
Unni B. Grebstad, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Referat fra forrige møte 9. desember var tidligere sendt ut og ble godkjent.

Sak 1. Kvalifiseringsstønad: Erfaringer og utfordringer så langt med datainnsamlingen – innledning ved SSB

Sak 2. Bostedsløse og vanskeligstilte: Utfordringer mht å tilpasse forvaltningens behov med eksisterende datakilder – innledning ved SSB

Harald Tønseth fra SSB holdt en generell innledning knyttet til sak 1 og sak 2. Notat knyttet til disse to sakene var utsendt på forhånd. Tønseth skisserte opp ulike behov som gjør seg gjeldende og som må balanseres mot hverandre. I sentralforvaltningen er det ofte behov for detaljerte data knyttet til den aktuelle situasjonen på ulike fagområder til enhver tid. Til sammenligning er virksomheten i SSB preget av behovet for kontinuitet, entydighet og allmenne KOSTRA-prinsipper, for eksempel hensynet til kommunenes oppgavebyrde mv. En annen faktor som kan være utfordrende er knyttet til fagsystemer og eierstyringsdata og ikke minst tekniske vansker ifbm endring i rapporteringskrav (jfr. kvalifiseringsstønaden). Som begge de to aktuelle prosjektene viser, må både forvaltningens og SSBs forutsetninger og behov komme på bordet på et tidlig tidspunkt, slik at det ikke oppstår hindringer av faglig eller teknisk art underveis i prosjektene.

Sak 3. Internasjonal rapportering – innledning ved Helse- og omsorgsdepartementet

Cathrine Meland fra HOD innledet om internasjonal rapportering og behovet for samordning på nasjonalt nivå. Det er viktig med en oversikt over hvem som leverer data, når dette skjer og til ulike internasjonale aktører (WHO, OECD, Eurostat). Samordning også i forhold til de ulike internasjonale aktører er viktig. HOD forslo at det nedsettes en arbeidsgruppe ledet av SSB med deltagelse fra Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og FHI og eventuelt andre aktører.

SSB er villig til å ta en rolle i dette arbeidet sett i lys av den internasjonale koordinerende rollen som SSB har ifht. statistikk. Både SSB og HOD understreket at det er viktig med en realistisk avgrensning av problemstillingen slik at ambisjonsnivået er håndterlig. SSB lager utkast til mandat som sendes til Kontaktutvalget.

Sak 4. Eventuelt

Hdir forslo at psykiatri og rus tas opp på neste møte. Neste møte er 5. mai. Vel møtt.

Vedlegg C2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 5. mai 2010

Til stades:

Kirsti Strand, Helsedirektoratet

Janne Kjøllesdal, Helsedirektoratet

Heidi Lyshol, FHI

Randi Kallar Devold, Helse- og omsorgsdepartementet

Jan Oddum, Arbeids- og velferdsdirektoratet

Sidsel Platou Aarseth, Statens helsetilsyn

Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå

Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå

Jorunn Ramm, Statistisk sentralbyrå

Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå

Geir Hjemås, Statistisk sentralbyrå (sak 2)

Julie Kjelvik, Statistisk sentralbyrå (sak 3)

Berit Otnes, Statistisk sentralbyrå (sak 4)

Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Referat frå førre møte 17. mars var tidlegare sendt ut og godkjent.

Sak 1. Psykisk helse og russtatistikk i kommunane v/Helsedirektoratet

Helsedirektoratet hadde meldt inn i framkant at dei ikkje ønskja å orientera om saka før til hausten. Dette skuldast at fleire ting treng å koma på plass i prosjektet før det vil vera av interesse for Kontaktutvalet med ei orientering.

Saka vil vera på dagsordenen på neste møte i kontaktutvalet 8.september.

Sak 2. Internasjonal rapportering – Mandat for arbeid med nasjonal koordinering av rapportering av helsedata til internasjonale fora v/SSB

Jorun Ramm orienterte. Utkast til mandat var sendt ut i framkant av møtet som sakspapir. Mandatet skal danna grunnlaget for det vidare arbeidet med nasjonal koordinering av rapportering av helsedata til internasjonale fora. Mandatet avgrensar koordineringsarbeidet til å gjelda dataleveringar til Eurostat, OECD og FN-systemet (WHO, ECE mv.). Utvalet vil arbeida for å etablera kanalar for samordning av data som blir rapportert mellom helseforvaltninga og underliggjande etatar og Statistisk sentralbyrå. Viktige kjernepunkt for arbeidet vil vera å bidra til:

- større transparens i nasjonal rapportering av helsedata
- ressurseffektiv rapportering kor ein unngår dobbeltrapportering eller parallellrapportering
- sikre tal for same fenomen, samordna definisjonar og indikatorar (nasjonal harmonisering).

Målsetjinga for arbeidet er å sikra datakvalitet og sørgja for sikker rapportering som er eintydig og som tek var på personvernsyn.

Helse- og omsorgsdepartementet meinte utkastet gir eit godt grunnlag for å setja i gang det nasjonale koordineringsarbeidet. FHI poengterte viktigheita av å utarbeida felles definisjonar for indikatorar på enkelte område. Felles nasjonale definisjonar kan i neste omgang vera med på å bidra til at internasjonale fora gjer det same (internasjonal harmonisering)

Alle i deltakarane i kontaktutvalet blei bedd om å melda inn ev. etatar som burde involverast i det vidare koordineringsarbeidet. Deltakarane melder dette til SSB innan 1. juni.

Sak 3. Utvikling av statistikksystem om barn og unges miljø og helse v/SSB

Julie Kjelvik og Trond Ekornrud orienterte. Bakgrunnen for prosjektet er den WHO-Europa sin fjerde ministerkonferanse i Budapest i 2004 kor "Våre barns framtid" var temaet. Her blei det utarbeidd ei felles erklæring og ein europeisk handlingsplan. Noreg utarbeidde med utgangspunkt i dette ein

nasjonal strategi kalla ”Barnas framtid”. Strategien var tverrdepartemental med HOD som leiande departement.

Eitt av oppfølgingspunkta i strategien var å utvikla eit statistikkssystem som omhandla barn og unges miljø og helse, eit arbeid som SSB skulle leia. Målet med statistikkssystemet er å styrke kunnskapsgrunnlaget om barn og unges miljø og helse, samt at det kan fungera som eit politisk styringsinstrument for ulike forvaltningsnivå.

Den nasjonale strategien har følgjande fem hovudmålområde:

- Sikre trygg vassforsyning og gode sanitære forhold for alle barn og unge
- Førebyggja skadar og ulukker og fremja fysisk aktivitet blant anna gjennom transportsystem som fremjar sikkerheit og framkomst
- Sikra at barn og unge har rein luft inne og ute
- Beskytta barn, unge og gravide mot helse- og miljøfarlege stoff, støy og andre miljøfarar
- Redusere risiko for sjukdom på grunn av sosiale miljøfaktorar

Dei fire første er felles med den internasjonale handlingsplanen, medan det femte er eit som er særskild for Noreg.

Statistisk sentralbyrå utarbeidde, på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet, ein kartleggingsrapport som blei overlevert i januar 2009. Rapporten freista å kartleggja potensielle datakjelder for eit framtidig statistikkssystem. I tillegg kom rapporten med ei rekke anbefalingar for det vidare arbeidet.

SSB fekk mandat frå HOD til å nedsetta ei arbeidsgruppe for etablering av eit statistikkssystem hausten 2009. Arbeidsgruppa er samansett av deltakarar frå Helsedirektoratet, FHI, Utdanningsdirektoratet og SSB. I tillegg kjem arbeidsgruppa til å trekke inn andre etatar ved behov. Arbeidet er kome godt i gang og det er halde to møte i gruppa er allereie.

Arbeidsgruppa skal utforma eit forslag til indikatorsett som skal publiserast med nye oppdaterte tal kvart tredje år. Målsetjinga er synleggjera og overvake barn og unges miljø og helseforhold. I tillegg er det ønskjeleg å avdekka manglar og visa betringspotensial.

Arbeidsgruppa skal levera rapport til HOD i desember 2010 som skal innehalda forslag til indikatorsett, samt forslag til formidlingsform.

Sak 4. Helseutgifter og levekår for personar med nedsett funksjonsevne; presentasjon av ny rapport v/SSB

Berit Otnes orienterte. Prosjektet er utarbeidd på oppdrag frå Helsedirektoratet. Hovudføremålet har vore å kartleggje helseutgiftene til personar med nedsett funksjonsevne. Første del av prosjektet var ein analyse av data frå levekårundersøkinga blant personar med nedsett funksjonsevne 2007. Rapporten som blei presentert på møtet er andre del av prosjektet og er ein analyse av data henta ifrå Levekårundersøkinga om helse, omsorg og sosial kontakt 2008. Desse dataa har gjort det muleg å samanlikna helseutgiftene til personar med nedsett funksjonsevne med heile befolkninga, for å kasta lys over i kva grad helseutgiftene til personar med nedsett funksjonsevne i omfang og samansetjing skil seg frå tilsvarende utgifter i heile befolkninga.

Analysen av data viser mellom anna at personar med nedsett funksjonsevne bruker 70 prosent meir enn gjennomsnittet for befolkninga til helseføremål. Særleg er helseutgiftene tyngande for unge i alderen 20-34 år, og for personar med låg inntekt.

Eventuelt.

SSB informerte om at Borgny Vold kjem til å ta over sekretærjobben i Kontaktutvalet frå og med hausten 2010.

Nye saker som blei føreslått til neste møte:

Samhandlingsreforma v/Helse- og omsorgsdepartementet

Meldeplikt til helsetilsynet i fylket etter paragraf 3-3 i spesialisthelsetenestelova ved betydeleg skade eller dødsfall v/Statens helsetilsyn

Neste møte skal haldast 8. september.

Vedlegg C3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 8. september 2010

Til stede: Kristin Granli, Helsedirektoratet
Nina Brøyn, Helsedirektoratet
Heidi Lyshol, FHI
Linda Grytten, Statens Helsetilsyn
Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Arne Jensen, Statistisk sentralbyrå
Dag Abrahamsen, Statistisk sentralbyrå (sak 2)
Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Kopi til: Else Karin Grøholt, Iselin Syversen, Randi Kallar Devold, Sidsel Platou Aarseth, Magne Hustad, Tonje Ek Brunvoll, Åsne Vigran

Referat møte 05.05.2010

Dokumentasjon: 2010_09_08_sak1_R20100505_utkast.doc

Vedtak: Godkjent

Utkast til referat er sendt ut på høring tidligere, uten at det kom forslag til endringer. Referatet er med det godkjent.

Elisabetta Vassenden gjorde oppmerksom på siste avsnitt under sak 2 (s.2) hvor deltakerne ble bedt om å melde tilbake til SSB ved Jorun Ramm om egen rutinemessig internasjonal rapportering, samt kjennskap til andre instanser som gjennomfører slik rapportering. Formålet er å etablere en gruppe for nasjonal koordinering av helsedata som rapporteres til internasjonale fora. Det mangler fremdeles tilbakemelding fra flere av etatene i utvalget, og disse oppfordres til å snarest melde inn. Se for øvrig nærmere under sak 5 (eventuelt).

Psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene, ved Helsedirektoratet

Dokumentasjon: PowerPoint-presentasjon: Sak2_2010-09-08_Psykisk-helsearbeid_rusarbeid_kommune.ppt (vedlagt)

Kristin Granli orienterte om bakgrunn, formål og behov for rapportering fra kommunene innen områdene psykisk helsearbeid og rusarbeid, samt om eksisterende datakilder og rapporteringer, igangsatte prosjekter og veien videre.

Det er ønskelig med statistikk som viser årsverksinnsats, personalets kompetanse, befolkningens bistandsbehov, og i tillegg kvalitet, kapasitet og resultater i tjenestene.

Det arbeides på flere fronter for å videreutvikle datagrunnlaget på begge tjenesteområder. For å sikre kontinuitet i datagrunnlaget for psykisk helsearbeid i kommunene videreføres særreporteringen i IS-24, samtidig som man søker å koordinere tett med ny rapportering fra kommuner som mottar tilskudd til rusarbeid. På lengre sikt er målet integrering i KOSTRA, inkl. bruk av eksisterende registre (f.eks Aa-registeret).

Våren 2010 gjennomførte konsulentfirmaet Fürst og Høverstad på oppdrag fra Helsedirektoratet prosjekt for å systematisere data i fagsystemer, med formål å sikre god datakvalitet og sammenlignbarhet. En referansegruppe bestående av kommuner, Helsedirektoratet, KS, Husbanken og SSB deltok i arbeidet. Fokuset ble lagt på tre områder hvor IT-baserte saksbehandlings- og klientadministrative systemer er utbredt: a) Pleie- og omsorgstjenester; b) Sosialtjenester; og c) Helsestasjons- og skolehelsetjenester. I første omgang arbeides det videre med oppfølging av konklusjonene innen sosialtjenestene, bl.a. med sikte på å integrere nye spørsmål i KOSTRA-skjema 11.

I samarbeid med SSB arbeides det for å hente opplysninger om personell i psykisk helsearbeid og rusarbeid fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret, og om personalets kompetanse gjennom kobling mot Nasjonal utdanningsdatabase. Det er flere utfordringer i arbeidet, som at det i mange tilfeller ikke er mulig å avgrense verken stillinger eller arbeidssteder entydig til én målgruppe. Det arbeides videre i samarbeid med SSB om å anbefale tiltak for å sikre registreringer som kan gi grunnlag for sammenlignbar statistikk.

Helsedirektoratet planlegger en utvalgsundersøkelse for å kartlegge omfang, karakteristika og tjenestebehov innen psykisk helse og rus. Flere alternativer er under vurdering, og undersøkelse planlegges gjennomført i 2010 eller 2011.

Meldeplikt etter § 3-3 i Spesialisthelsetjenesteloven v/Helsetilsynet

Dokumentasjon: PowerPoint-presentasjon: **SAK3_2010-09-08_Meldesentralen.pptx** (vedlagt)
Relevante lenker:
Meldesentralen – årsrapport 2008-2009:
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport5_2010.pdf
Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001-2007:
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport5_2008.pdf

Linda Grytten orienterte om meldeplikten av betydelig personskade, hendelser som kunne ført til betydelig personskade og unaturlige dødsfall som er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-3. Hun gjorde rede for prosessen fra helsepersonell avdekker en uønsket hendelse og fyller ut meldeskjema, til meldingen registreres i databasen, Meldesentralen. Hensikten med databasen er ikke å få et estimat for forekomst (statistikk), men å kunne planlegge og iverksette korrigerende og forebyggende tiltak. Det er antall meldinger som registreres, ikke antall hendelser. Grytten påpeker at det er fare for både underrapportering og dobbeltrapportering. Det registreres hendelser innen somatisk helsetjeneste og innen psykisk helsevern inkl. rusbehandling, blant annet innenfor områdene legemiddelfeil, fødsler og fall. Til slutt var det en diskusjon om å flytte databasen til annen aktør for ny bruk av registeret.

Orientering fra internasjonale møter

Dokumentasjon: 3 referater sendt i innkalling

1. Eurostat: Technical Group, Causes of Death Statistics, 04.-05.05. 2010
2. Eurostat: Arbeidsgruppe ESAW – European Statistics of Accidents at Work, 27.-28.05.2010
3. OECD/WHO: Technical workshop monitoring health workforce migration, 31.05.-01.06.2010

Elisabetta Vassenden oppfordret først alle møtedeltakere om å sende relevante referater til Borgny Vold for oppfølging i gruppen.

Vassenden trakk deretter frem de viktigste punktene i de tre utsendte referatene:

1. Negative effekter av implementeringsforordningen knyttet til døde i utlandet for Norges del: Fordi Norge har personidentifiserbare data vil utvekslingen av summariske oversikter over dødsfall i utlandet, kunne svekke datakvaliteten ved dobbeltregistrering av dødsfall. En svært uheldig konsekvens av dette er at tallene i Eurostat's publisering vil avvike fra publisering av nasjonale dødsårsakstall for Norge og andre land med individbasert dødsårsaksregister.
2. Arbeidsulykker og yrkessykdommer: Det er etablert nordisk samarbeid på området, noe som er nødvendig for å møte kravene i den nye forordningen. Nasjonalt er også flere aktører involvert. NAV arbeider med pilotprosjekt for å strømliniforme elektronisk skjema og rutiner.
3. Helsepersonell. Vassenden trakk frem samarbeidet mellom Helsedirektoratet og SSB i forbindelse med dette møtet som et godt eksempel på nasjonal koordinering i internasjonale prosjekter.

Eventuelt

Personeksposedata i NPR, orientering ved Kristin Granli. Rapporten er ventet i løpet av et par uker, og Granli vil videreføre den til Borgny Vold for distribusjon i gruppen.

Jorun Ramm gjentok betydningen av å få på plass en fungerende gruppe for koordinering av internasjonal rapportering. Alle institusjoner oppfordres til å melde fra om hvilke rapporter de leverer, og kjennskap til slik rapportering fra andre aktører. I forlengelsen av dette tok Heidi Lyshol, Statens institutt for folkehelse, opp at hun gjennom arbeidet med WHO's *Health for all* sitter på en liste over variable hvor det oppgis at Norge ikke rapporterer. Ønsker at denne listen skal distribueres til gruppa for å sjekke ut om dette er tilfelle, enten for oppfølging mellom møter eller som punkt til dagsorden neste gang.

Neste møte er planlagt onsdag 24. november. Som forslag til tema kom FHIs data fra skolehelsetjenesten, *Barnevektstudien* opp. I tillegg var orientering fra HOD om Samhandlingsreformen planlagt på dette møtet, men er utsatt.

Vedlegg C4: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 24. november 2010

Til stede: Catrine Meland, Helse- og omsorgsdepartementet
Renée Høegh-Krohn, Helse- og omsorgsdepartementet
Liv Klyve, Helse- og omsorgsdepartementet
Kirsti Strand, Helsedirektoratet
Terje Løvold Møinichen-Berstad, Helsedirektoratet
Heidi Lyshol, FHI
Ragnhild Hovengen, FHI
Cassie Trewin, FHI
Sidsel Platou Aarseth, Statens Helsetilsyn
Magne Hustad, KS
Angela Kreher, Bufdir
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Julie Kjelvik, Statistisk sentralbyrå
Trond Ekornrud, Statistisk sentralbyrå (sak 2)
Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Kopi til: Else Karin Grøholt, Iselin Syversen, Randi Kallar Devold, Tonje Ek Brunvoll, Elisabetta Vassenden, Elisabeth Nørgaard, Åsne Vigran

Referat møte 08.09.2010

Dokumentasjon: R20100908_utkast2.doc

Vedtak: Godkjent

Med de endringer som var kommet fra Helsetilsynet under sak 3 ble referat fra møtet 8. september godkjent.

Barns vekst i Norge, ved Ragnhild Hovengen, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Dokumentasjon: PowerPoint-presentasjon: 2010-22-24_Sak2_Projekt Barns vekst i Norge.ppt (vedlagt)

Informasjon på internett: <http://www.fhi.no/barnevekst>

Ragnhild Hovengen informerte om bakgrunn, gjennomføring og resultater fra "Barnevekst-studien".

Målet med "barnevekst-studien" er å få representative data om overvekt og fedme basert på fysiske målinger blant barn i 3. klasse, og følge utviklingen med undersøkelser hvert andre år (2008, 2010, 2012). Slik kan det etableres et kunnskapsgrunnlag for å tilrettelegge og evaluere regionale og nasjonale forebyggende tiltak, samt gi grunnlag for internasjonal sammenligning.

Utvalget er trukket for å være representativt på helseregionsnivå og omfatter 127 skoler i 10 fylker. I 2008 ble 3 952 elever invitert til deltakelse, og nettoutvalget, fratrasket dem som nektet å delta, var på 3 514 elever, dvs. deltakelse på 89 prosent. I 2010 var deltakelsen på 88 prosent. I 2008 ble kun data om høyde, vekt og livvidde samlet inn, mens i 2010 registreres også fødselsnummer for å legge til rette for mulig kobling mot sosioøkonomiske variable fra registre og øvrige helsedata.

Undersøkelsen for 2008 viser at 17 prosent av jentene i 3. klasse hadde overvekt/fedme (signifikant) og 14 prosent av guttene. Forskjellen mellom kjønnene er signifikant, mens det ikke er signifikante forskjeller mellom helseregionene. Det er tidlig å konkludere, men synes å ha vært en utflatning i andel barn med overvekt/fedme de senere år.

Ragnhild Hovengen viste til den sentrale rolle foreldrene har i forhold til barn, og illustrerte ved å vise til andelen kvinner og menn i alderen 40-45 år som er overvektige, innhentet fra helseundersøkelser i syv norske fylker på ulike måletidspunkt fra 2000-2008.

Samhandlingsreformen – Fra ord til handling ved Cathrine Meland, HOD

Dokumentasjon: PowerPoint-presentasjon: 2010-11-24_Sak-3_Samhandlingsreformen.ppt (vedlagt)

Målet med reformen er å bidra til økt livskvalitet, mestring, tilby helhetlige og koordinerte tjenester, redusere behovet for helsetjenestene og dempe veksten i bruk av sykehustjenester. For å nå målene satses det på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, brukerinnflytelse, at en større andel av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten, avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler.

Med utgangspunkt i mål og strategier i Samhandlingsreformen, gjennomgikk Cathrine Meland de fem hovedgrepene som vektlegges:

- Klarere pasientrolle – gode helhetlige pasientforløp
- Ny fremtidig kommunerolle
- Etablering av økonomiske insentiver
- Spesialisthelsetjenesten skal i større grad bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tydeligere prioriteringer på tvers

I tillegg viktig med blant annet forskning, utdanning og IKT.

Virkemidler for gjennomføring omfatter

- Lover og forskrifter: Flere sentrale lover er på høring.
- Økonomiske virkemidler: Inkl. avgrenset kommunal medfinansiering for utskrivningsklare pasienter og krav til RHF'ene om å bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene. En forutsetning at ev. fremtidig budsjettvekst skal komme i kommunene. Cathrine Meland viste konsekvensene for kommunale budsjetter ved ulike modeller og ulike avgrensninger.
- Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Statlig styring av regionale helseforetak

Den kommunale medfinansieringen er p.t. best tilpasset somatiske sykehustjenester, bl.a. fordi man kan legge til grunn DRG-systemet. Man vurderer en gradvis innføring av områder. Behov for å vurdere ulike løsninger for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt opptreningsinstitusjoner. Det er også behov for å se på om det er behov for særskilt håndtering av særlig kostbare behandlinger.

I denne fasen er HOD særlig opptatt av gode løsninger for at kommunene skal få tilgang til nødvendige styringsdata, fra NPR og Kuhldata. Det satses på en nettbasert løsning som skal utvikles i samarbeid med Helsedirektoratet og KS. Inspirasjon hentes blant annet fra Danmark (Sundhed.dk).

Cathrine Meland trakk frem lokalmedisinske senter som en arena for samhandling i helsevesenet. Her legges det opp til utstrakt samarbeid mellom første- og annenlinjetjeneste, mellom kommuner, mellom ulike tjenester og profesjoner i kommunen, samt mellom kommunen og frivillige organisasjoner. Eierskap og driftsavsvær skal reguleres i lokal avtale. Det er en rekke ulike tjenester som kan tenkes lagt til slike sentra, både dag- og døgntilbud innen ulike områder.

Med utbygging av samhandling og økt kommunalt ansvar tenkes det at kommunene kan overta anslagsvis 10 prosent av dagens døgnbehandling på sykehus, og også om lag 10 prosent av polikliniske konsultasjoner.

Samhandlingsreformen er en retningsreform, hvor 1. januar 2012 kun blir en start. For kommunene vil det bli viktig å redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten, gjennom fokus på forebyggende arbeid, at flere kontroller som i dag skjer i sykehus blir gjennomført av fastlege og at det bygges opp tverrfaglige ambulante tilbud ved lokalmedisinske sentra. Videre bør kommunene redusere antall innleggelser ved f.eks å satse på tiltak for å forebygge f.eks fallskader, redusere feilmedisinering, bidra til bedre tilgjengelighet hos fastlege og tilby bedre IKT-løsninger. Kommunene kan også bygge opp alternativer til sykehusinnleggelser, som ambulante tjenester og/eller kommunale døgninstitusjoner. Også viktig å fokusere på å tilby bedre oppfølging etter sykehusinnleggelser, som etterbehandlings- og rehabiliteringstilbud. For kommunene vil god tilgang på relevante styringsdata, henvisningsrater og innleggelsesrater, være av avgjørende betydning for å gjøre nødvendige grep.

Spesialisthelsetjenesten må tilpasse sin virksomhet og understøtte den fremtidige kommunerollen. God dialog, felles planlegging og avtaler blir avgjørende fremover.

Internasjonalt samarbeid

Dokumentasjon: Referat fra to internasjonale møter, ikke sendt ut i forkant av møtet:

1. OECD Meeting of Health Accounts Experts and Health Data Correspondents, 02.-05.05. 2010 (vedlagt)
 2. Washington Group on Disability statistics, 27.-28.05.2010 (vedlagt)
- ECHIM_Information.doc (vedlagt)

Jorun Ramm orienterte kort fra to internasjonale møter.

Cassie Trewin orienterte om arbeidet i FHI knyttet til ECHIM-indikatorene. Formålet var å knytte kontakter i de tilstedeværende organisasjoner for videre arbeid. Det er utarbeidet en "short list" med 88 indikatorer som Trewin vil gå gjennom for å kartlegge status for Norge. Målet er rapportering neste år, samt å etablere prosess og rutine for rapportering. Jorun Ramm nevnte at dette arbeidet vil være viktig å følge opp i gruppen for koordinering av internasjonal rapportering som hun leder, jf. referat fra møtet 5. mai, sak 2.

Eventuelt

Borgny Vold presenterte forslag til møtetidspunkter i 2011. Foreslår å gjennomføre fire møter, alle til samme tidspunkt som i år, onsdager 10.00 – 11.30. De foreslåtte datoer er 16. mars, 4. mai, 7. september og 23. november. Møteinnkalling til samtlige møter sendes i løpet av kort tid. Institusjonene bes om å gi innspill til saker.

Vedlegg D1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 4. mai 2011

Til stede: Olav Gjestvang, Helse- og omsorgsdepartementet
Khalid Lafkiri, Helse- og omsorgsdepartementet
Nina Brøyn, Helsedirektoratet
Heidi Lyshol, FHI
Linda P. Grytten, Statens Helsetilsyn
Magne Hustad, KS
Anne Jensen, KS
Rolf Haugen, Bufdir
Tonje Ek Brunvold, NAV
Pål Eivind Aamodt, NAV
Wenche Øiestad, Fredrikstad kommune
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Unni Grebstad, Statistisk sentralbyrå
Harald Tønseth, Statistisk sentralbyrå
Torild Fløysvik, Statistisk sentralbyrå
Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Kopi til: Cathrine Meland, Kirsti Strand, Sidsel Platou Aarseth, Else Karin Grøholt, Helene Støversten, Elisabeth Vassenden, Arne Jensen, Andreas Hedum, Anne Gro Pedersen

Referat møte 08.09.2010

Dokumentasjon: Sak1_R20101124_utkast2.doc

Vedtak: Godkjent

Med de endringer som var kommet fra HOD under sak 3, ble referat fra møtet 24.november 2010 godkjent.

Orientering om særberetning kommunalt rusarbeid. v/Nina Brøyn, Helsedirektoratet

Dokumentasjon: Sak2_2011-05-04_Kommunalt_rusarbeid_Brøyn_Hdir.ppt (vedlagt)

Nina Brøyn orienterte om opptrappingsplanen for rusfeltet som og ny rapportering fra kommunene i rundskriv IS-8 *Opptrappingsplanen for rusfeltet – rapportering på kommunenes bruk av øremerkede tilskudd og samlet innsats innen rusarbeid for 2010*.

Hovedmålet i opptrappingsplanen er bedre kvalitet i tjenestene og økt kompetanse blant personalet. Blant delmålene er at det skal innføres bedre styringssystemer, statistikk, dokumentasjon og rapportering for både kommuner og spesialisthelsetjenestene, og at behov og ressursbruk på rusfeltet skal kartlegges.

Opptrappingsplanen har en klar kommuneprofil, og i 2011 er det bevilget ca 400 millioner kroner til kommunene. Av økningen i kapittel 763, post 61 på 100 millioner, går 70 prosent til kommunene.

Helsedirektoratet arbeider både kortsiktig og langsiktig for å bedre datagrunnlaget. På lang sikt tenkes området integrert i KOSTRA, og her er muligheten for å ta i bruk registerbaserte personelldata viktig. Helsedirektoratet samarbeider med SSB om dette. Videre er det viktig å arbeide mot at fagsystemene inneholder de nødvendige variable, og at det etablert felles kodelister. Det er i gang arbeid med å definere felles kodeverk i fagsystemene innen sosialtjenesten som forarbeid for å kunne registrere årsak til vedtak om sosialhjelp. Videre arbeid er integrert i KOSTRA.

For å løse databehovet på kort sikt, har Helsedirektoratet innført ny tilskuddsrapportering (IS-8) og det er gjennomført en utvalgsundersøkelse for å kartlegge problemomfang. Resultatene fra utvalgsundersøkelsen publiseres om kort tid.

IS-8 er todelt:

- **Skjema 1:** Rapportering av årsverk og tjenester finansiert via **øremerkede midler**. Skal rapporteres fra alle kommuner som har mottatt slike midler (2010: 210 kommuner; 2011: 320 kommuner har søkt).
- **Skjema 2:** Omfatter **kommunenes samlede ressursinnsats** (årsverk) og tjenester. Alle kommuner oppfordres til å rapportere. For kommuner som har rapportert i skjema 1 skal man i skjema 2 også rapportere egenfinansierte årsverk og tjenester.

Hensikten med rapportering om tilskudd i skjema 1 er bedre oppfølging av bruken av tilskuddene og å vurdere om målene for tilskuddsordningen nås.

Helsedirektoratet håper at rapporteringen vil medføre reell kapasitetsøkning i det kommunale rusarbeidet. Slik at rusavhengige får et helhetlig, tilgjengelig, samordnet og individuelt tilpasset tilbud. Kapasitetsøkning vil gi grunnlag for god kvalitet og kompetanse.

Kontaktutvalget uttrykte at dette er et viktig område å følge med på framover, og KS understreket at kommunene har behov for å sammenligne seg med andre, slik at publiseringen av resultater fra IS-8 blir viktig. Temaet vil settes opp igjen på møter fremover (jf. sak 6). Elisabeth Nørgaard relaterte orienteringen til sak 4 på dagsorden, se denne.

Oppfølging: *Helsedirektoratet sender informasjon når resultat fra brukerundersøkelsen foreligger til sekretær for Kontaktutvalget, for distribusjon til utvalget.*

Er den årlige KOSTRA-rapporteringen godt nok tilpasset forvaltningsbehov i endring?

Dokumentasjon: Sak3_KOSTRAs rutine og endrede forvaltningsbehov_bakgrunn.doc
Vedl-sak3_NAVs brev_2011-02-25.doc
Vedl-sak3_SSBs svarbrev_2011-03-24.doc

Harald Tønseth orienterte om bakgrunnen for saken. SSB har fått en henvendelse fra NAV som viser til behov for hyppigere rapportering enn årlig, i første rekke for kvalifiseringsstønad, men også for sosialhjelp. NAV har til nå hatt månedlig og tertialvis særreportering for kvalifiserings-programmet med QuestBack som rapporteringsløsning, og har stadig behov for hyppigere rapportering enn det som p.t. er mulig i KOSTRA. Saken har tidligere vært behandlet i KOSTRA arbeidsgruppen for sosialkontortjenester og Samordningsrådet for KOSTRA. NAV har tatt initiativ til å opprette en arbeidsgruppe som skal se helhetlig på rapporteringsbehovet – hyppighet og innhold. Her vil NAV, SSB, KS og enkeltkommer være representert.

Den konkrete saken er bakgrunnen for at SSB ønsket en prinsipiell diskusjon i Kontaktutvalget av hvorvidt dagens KOSTRA-rutine (rapportering og –publisering) ikke lenger er like godt tilpasset forvaltningens databehov som før. Fungerer den årlige rutinen fortsatt godt? Dekker KOSTRA en større eller en mindre del av databehovet enn for fem-ti år siden? Utvalget ble bedt om tilbakemeldinger i forhold til behov for hyppigere rapportering, om årlige data som av ulike årsaker ikke er innlemmet i KOSTRA og om engangsundersøkelser (ad hoc undersøkelser).

I diskusjonen ble det vektlagt at NAVs opprettelse av arbeidsgruppe for å se helhetlig på rapporteringsbehovet er svært positivt, og i KOSTRAs ånd om å redusere dobbeltrapportering og med det kommunenes samlede rapporteringsbyrde.

De enkelte etatene ga følgende tilbakemeldinger:

HOD understreket at for dem er årlig datainnsamling tilstrekkelig. Imidlertid er publiseringen 15. juni for sen til at alle data kan utnyttes som man ønsker, samtidig som datagrunnlaget 15. mars ikke har tilstrekkelig kvalitet. Kvalitetssikring vurderes som viktigere enn økt hyppighet.

Folkehelseinstituttet påpekte at KOSTRA inneholder for lite om brukerne av tjenestene. Her henvises videre til sak 4.

KS påpekte at man på helse- og sosialområdet har en rekke pågående særreporteringer utenfor KOSTRA (rusarbeid, psykisk helsearbeid, krisesenter, kvalifiseringsprogrammet, introduksjonsordningen for flyktninger) og at det er behov for å tenke helhetlig omkring samordning med KOSTRA i slike tilfeller. Det ville være positivt med mer data om brukerne, og også om resultater. KS standpunkt er at prinsipielt bør mest mulig av rapporteringen inn i KOSTRA.

Helsedirektoratet opplyste om at flere og flere fagavdelinger tar KOSTRA-data i aktiv bruk. For dem er årlig rapportering tilstrekkelig, men i likhet med HOD ønsket de at perioden mellom ikke-reviderte og endelige tall skulle kortes ned. I forhold til handlingsplaner og særrapportering i forhold til disse, pekte direktoratet på at det ville være positivt med rapportering gjennom KOSTRAs kanal, men uten publisering i KOSTRA.

Buudir minnet om at det i slike spørsmål er viktig å følge med i teknisk utvikling, og ta i bruk de beste løsningene. Det er flere muligheter i dag enn i KOSTRAs tidlige fase.

SSB understreket at det er viktig å skille mellom rapportering og publisering i KOSTRA. Det er i NAV-saken åpnet for å myke opp den enhetlige løsningen mht årlig rapportering, der myndighetene har behov for hyppigere data. Det er tidligere åpnet opp for at KOSTRA kan fungere som rapporteringskanal for data som ikke skal publiseres av KOSTRA/SSB. I slike tilfeller blir det viktig at data som innhentes blir publisert i annen kanal enn KOSTRA, slik at kommunenes egeninteresse av rapporteringen sikres. Minnet videre om at det må gjøres en avveining mellom aktualitet og kvalitet. I perioden mellom mars og juni brukes mye tid på å komplettere og kvalitetssikre data, og tidligere publisering, som flere ønsker, vil sannsynligvis gå på bekostning av kvaliteten. Dersom man skal klare å publisere tidligere, må man fokusere på hvordan data er tilrettelagt i kommunene. Ansvarlige forvaltningsorganer må for å sikre dette arbeide aktivt med å legge til rette for standardisering av fagsystemer og uttaksprogrammer.

Oppsummert: KOSTRA blir ikke arbeidsledige på en stund. Representantene har tatt til orde for behov for **hyppigere** rapportering, **tidligere** publisering, bedre **kvalitet** og **samordning** av ulike databehov. Slike spørsmål må behandles i de enkelte KOSTRA-arbeidsgruppene og forelegges Samordningsrådet gjennom de årlige rapportene. Samordningsrådet for KOSTRA behandler slike spørsmål på det årlige møtet i september. Arbeidet som gjøres av NAV på området kvalifiseringsstønad og sosialhjelp blir viktig å følge videre.

Utsatte grupper som enhet i helse- og sosialstatistikken

Dokumentasjon: Sak4_Utsatte grupper som statistisk enhet_bakgrunn.doc

Harald Tønseth innledet og trakk linjen til sak 3, idet fokuset på utsatte grupper er et av behovene som forvaltningen ønsker dekket for å kunne vurdere måloppnåelse i henhold til ulike handlingsplaner, jf også sak 1. Men KOSTRA er best egnet for å måle tjenester, og en rekke tidligere forsøk på å studere særskilte grupper har strandet.

Helsedirektoratet har foreslått at spørsmål om grunnlag for vedtak om økonomisk sosialhjelp blir inkludert i KOSTRA-skjema 11 (Registreringsskjema for sosialhjelp). Slik registrering krever enhetlig registrering i alle kommuner, og Helsedirektoratet leder nå arbeid med å få på plass en felles kodeliste for bruk i alle kommuner. Videre krever slik registrering fokus på rutiner i saksbehandlingen. Ofte handler det om å registrere sensitive og belastende opplysninger om enkeltpersoner, noe saksbehandlere ofte kvier seg for. SSB ønsker så langt som mulig å dekke også slike databehov, og følger Helsedirektoratets arbeid med å forbedre statistikkgrunnlaget. I denne sammenheng påpekte han at å innføre nye rapporteringskrav basert på erfaringer i noen få og særlig motiverte kommuner, lett kan mislykkes. Disse kommunene er ofte ikke representative for kommunene generelt.

SSB påpekte at slik individregistrering kan være både et etisk dilemma og et praktisk problem. I forlengelsen av krav om bedre data om tjenestemottakerne, kommer ofte ønsket om å fordele personellinnsats og kostnader tilsvarende. Minnet også om at erfaringene fra KOSTRA-barnevern, hvor årsak til vedtak skal registreres, viser utstrakt bruk av residualkategorier.

Flere av representantene påpekte at det vil være vanskelig å rapportere på særskilte grupper, og fordi myndighetenes fokus endres over tid er det vanskelig å holde en kodeliste uendret. En annen utfordring ved registrering er at svært mange i utsatte grupper har sammensatte problemer.

KS påpekte at erfaringer har vist at det er særlige utfordringer der målsetningene går på normalisering, som HVPU-reformen. Ønsket om å måle ressursinnsats for en gruppe hvor målet er normalisering og hvor innsatsen skjer i ulike sektorer, både sosial, helse, kultur og utdanning, har vist seg å ikke være mulig. Mente tilsvarende utfordringer vil gjelde i forhold til rusmisbrukere og personer med psykiske lidelser.

Oppsummert mente utvalget at det er viktig å få mer kunnskap om brukerne, men at det er en rekke utfordringer knyttet til å lage statistikk. En eventuell statistikk vil også være vanskelig å gi en entydig tolkning. Møteleder

henviste til kommende møte med ASSS-kommunene hvor registrering av årsak til barnevernsvedtak vil være tema.

Kort informasjon fra internasjonale møter

Dokumentasjon:

Sak5_Seminar_ESAW_EODS_2011-02-03-04.doc

Sak5_Mortality_reference_group_2011-03-31-04_01.doc

Sak5_Eurostat_tech_group_health_health_interview_surveys_2011-03-28-29.doc

Jorun Ramm henviste til utsendte referater fra internasjonale møter. Den nye EU-forordningen om arbeidsulykker og yrkessykdommer, krever omlegging av registreringer og rutiner i Norge. En gruppe fra Norge, sammensatt av representanter fra NAV, DAT, NOA og SSB har vært på seminar i Helsingfors for å lære fra finske erfaringer.

Kodeverk for bruk i dødsårsaksregister ble behandlet på møte i Mortality Reference Group.

Technical Group on Health and Health interview surveys. European Health Interview Survey (EHIS) skal gjennomføres etter implementerings-forordningen i 2014. Det er på gang endringer i det statistiske systemet for øvrig som vil medføre endringer til neste undersøkelse (2019). Også på levekårsområdet skjer det endringer. Fremover vil den europeiske statistikken på området hvile på to pilarer: EU-silk vedrørende levekår og arbeidskraftsundersøkelser. Øvrige temaer som ønskes dekket, lages som moduler koblet mot disse.

For øvrig henvises det til de utsendte referatene.

Eventuelt

Elisabeth Nørgaard informerte om at det tidligere denne uken ble lansert nytt nummer av tidsskriftet Samfunnsspeilet, med helse og helsetjenester som tema og mange varierte artikler. Dette ble delt ut til møtedeltakerne. Mandag 2. mai ble det avholdt lanseringsseminar, og presentasjonene herfra er tilgjengelig på http://www.ssb.no/omssb/kurs_seminar/.

Neste møte skal avholdes **7. september**, med hovedfokus på helse. Følgende forslag til saker for dette møtet som ble nevnt var:

- Presentasjon av ny analyserapport fra HELFO med aktivitetsstatistikk for 2009 hos fastleger, legevakt og avtalespesialister, basert på data fra KUHR-databasen. Se <http://www.helfo.no/statistikk/Sider/fire-av-fem-innbyggere-i-kontakt-med-lege.aspx>
- Fremtidig utnyttelse av data fra KUHR-databasen.
- Helsedirektoratets utvalgsundersøkelse om problemomfang rus (jf. Sak 2)

Ytterligere forslag til temaer kan sendes SSB v/Borgny Vold, og SSB setter opp dagsorden og innkaller til neste møte etter sommeren.

Vedlegg D2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 7. september 2011

Til stede: Khalid Lafkiri, Helse- og omsorgsdepartementet
Kirsti Strand, Helsedirektoratet
Linda Haugan, Helsedirektoratet
Heidi Lyshol, FHI
Linda P. Grytten, Statens Helsetilsyn
Magne Hustad, KS
Anne Jensen, KS
Pål Eivind Aamodt, NAV
Tonje Ek Brunvoll, NAV
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå
Harald Tønseth, Statistisk sentralbyrå
Elin Skretting Lunde, Statistisk sentralbyrå
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Julie Kjelvik, Statistisk sentralbyrå (under sak 3)
Else Bredeli, Statistisk sentralbyrå (ref.)

Kopi til: Olav Gjestvang, Helse- og omsorgsdepartementet, Hanne Narbu vold, Helsedirektoratet, Else Karin Grøholt, FHI, Borgny Vold, Statistisk sentralbyrå.

1. Innledning.

1.1 Referat fra møtet 4. mai 2011 til orientering.

Dokumentasjon: Sak1_1_Ref-20110504.doc.

Referatet forelå godkjent til møtet, men det ble åpnet for å kommentere saker i referatet. Det var ingen kommentarer til referatet.

1.2 Oppfølging av sak 4 fra møte 4. mai 2011; "Utsatte grupper som enhet i helse- og sosialstatistikken".

Dokumentasjon: Sak1_2_Oppfølging_barnevern.doc.

Harald Tønseth orienterte om status i arbeidet med å fremskaffe statistikk over grunnlaget for barnevernsvedtak og over grunnlaget for vedtak om sosialhjelp.

Når det gjelder grunnlag for barnevernsvedtak, er det avtalt at Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) skal ta initiativ til en gjennomgang av barnevernsstatistikken i løpet av høsten 2011. KS forsikret Kontaktutvalget om at de støtter opp om en slik gjennomgang.

Helsedirektoratet og SSB er i løpende kontakt i forbindelse med Helsedirektoratets prøveregistrering når det gjelder grunnlag for vedtak om sosialhjelp. Fra SSBs side understrekes det at en ev. fremtidig registrering i KOSTRA, antakelig må skje på ett tidspunkt per år per klient. Kommunene vil likevel kunne registrere de aktuelle opplysningene om klienten så hyppig de måtte ønske i sine fagsystemer.

2. Rapporteringsbehovet for kvalifiseringsstønad og for sosialhjelpsdata

Dokumentasjon: Sak2_Kvalifiseringsstønad og sosialhjelpsdata.doc

Pål Eivind Aamodt fra NAV orienterte om status for arbeidsgruppen som skal vurdere behov, hyppighet og innhold i KOSTRA-rapporteringen om kvalifiseringsprogrammet.

Blant annet skal arbeidsgruppen vurdere hvordan en eventuell hyppigere rapportering gjennom KOSTRA bør foregå – om den bør skje på individnivå eller aggregert nivå, om alle kommuner skal rapportere eller om et utvalg er tilstrekkelig.

SSB kommenterte at det er uvanlig å åpne for utvalg av kommuner i KOSTRA. Arbeidsgruppens representanter understreket at en slik løsning innebærer at KOSTRA benyttes som innsendingsportal, men at dataene ikke blir innlemmet i den ordinære publiseringsrutinen i KOSTRA. En alternativ løsning kan være at dataene fra et utvalg av kommuner går direkte til forvaltningen; altså fra et utvalg av NAV-kontor til Arbeids- og velferdsdirektoratet. Arbeidsgruppen opplyste om at man vil få de samme dataene i KOSTRA, men per år: Årsstatistikken for kvalifiseringsstønadene ligger i bunn og blir noenlunde uendret.

Kommunene melder at den eksisterende NAV-rapporteringen vedrørende kvalifiseringsstønadene er belastende og tung. Dette er noe av bakgrunnen for å prøve å innlemme rapporteringen i KOSTRA.

Det er ikke bestemt hvor arbeidsgruppens sluttrapport skal offentliggjøres. Rapporten skal leveres Arbeids- og velferdsdirektoratet innen utgangen av november 2011. Det vil være naturlig at NAVs representanter i Kontaktutvalget orienterer om rapporten på kommende møter i Kontaktutvalget.

Oppfølging: NAV-arbeidsgruppen orienterer om sluttrapport og ellers status i saken, på første Kontaktutvalgsmøte i 2012, med mindre det er aktuelt å orientere allerede på neste møte som er berammet til 23. november 2011.

• 3. KUHR-databasen som kilde til statistikk og analyse

Dokumentasjon: Sak3_KUHR_innspill_kontaktutvalget.doc

Elin Skretting Lunde, SSB orienterte om status i arbeidet med å utrede muligheten for ny offisiell statistikk om pasienters bruk av fastlegen, basert på data fra KUHR-databasen (KUHR: Kontroll og utbetaling av helserefusjon.)

SSB har innhentet testdata med pasienters fødselsnummer fra KUHR-databasen. Planen er å koble disse med kjennemerker om pasientens bakgrunn. I første omgang fødeland/landbakgrunn og høyeste utdanningsnivå fra SSBs individbaserte statistikker.

Dette antas å være relevante og etterspurte data både i forbindelse med Samhandlingsreformen i helsevesenet, for ulike departement som etterspør statistikk om innvandreneres bruk av helsetjenester, for KOSTRA-helsestatistikk og for rapportering til OECD.

Tidsplanen for å få etablert statistikken er "så fort som mulig". Det har vært noen datatekniske problemer og det jobbes med å avklare datakvalitet – hva kan brukes, hva kan ikke publiseres m.v.

Statistikken er ment å være på kommunenivå.

Det ble spurt om statistikken vil være begrenset til et utvalgt av pasienter/pasientkontakter. Testdataene fra KUHR består av alle regninger for én måned, men tanke er å etablere en årsstatistikk som baseres på en totaltelling, altså alle pasientkontakter med fastlegen.

Helsedirektoratet sa at slike data er relevante å ha med i deres Nøkkeltallsrapport. Kommende rapport må ha data innen november, og det blir derfor ikke aktuelt med slik pasientstatistikk denne gangen.

Kontaktutvalget så mange spennende muligheter med basis i dette arbeidet. Det å få gjennomstrømningsdata om pasientene er etterspurt - hvem går til legen – hvor går de videre – hvem går til sykehus osv. KUHR er også som nevnt veldig interessant i forbindelse med Samhandlingsreformen i helsevesenet. Allmennlegetjenesten vil blant annet være sentral i reformen. Det blir også viktig å se KUHR i sammenheng med IPLOS og Norsk pasientregister (NPR).

Hva så med personer som ikke går til fastlegen, men til en privat lege som ikke er fastlege? Testdataene fra KUHR er begrenset til refusjoner til fastleger, og vil dermed ikke fange opp disse pasientene. KUHR-databasen omfatter refusjon til alle fastleger, offentlige og private, samt til leger ved legevakter. Pasienter som går til en annen fastlege enn den de står på liste hos, vil likevel være med i KUHR-databasen.

En framtidig videreutvikling av prosjektet vil kunne være å koble til inntektsopplysninger for pasientene.

KS synes det er interessant med slike tall på kommunenivå. Tall fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) viser imidlertid at mange har fastlege i annen kommune enn bolig-kommunen. Dette kan være et problem ved publisering på kommunenivå.

Oppfølging: Helsedirektoratet presenterer ny analyserapport fra HELFO på neste møte i Kontaktutvalget den 23. november 2011. Dette er aktivitetsstatistikk for 2009 hos fastleger, legevakt og avtalespesialister, basert på data fra KURH-databasen.

4. Orientering om Samhandlingsreformen i KOSTRAs Samordningsråd, v/SSB.

4.1 Spørsmål vedrørende lovhjemmel for sosialstatistikk og helsestatistikk i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dokumentasjon: Sak4_1_Lovbehandlingen.doc.

Else Bredeli, SSB, orienterte om arbeidet med å avklare hjemmelsgrunnlaget for deler av KOSTRA-statistikken innenfor sosialtjenesten og helsetjenesten i forbindelse med vedtak om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Saken er nylig behandlet i Samordningsrådet i KOSTRA. HODs representanter i Samordningsrådet mener den nye helse- og omsorgstjenesteloven er uklar når det gjelder hvorvidt tidligere hjemmelsgrunnlag for denne KOSTRA-statistikken i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, er videreført i den nye loven. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.v., vil erstatte dagens sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov. HOD mener det kan være aktuelt å foreta endringer på dette punktet i den nye loven og vil sende et brev til SSB vedrørende saken.

En manglende hjemmel for innsamling av denne KOSTRA-statistikkern vil også få konsekvenser for FHI og nye forpliktelser om datalevering og –tilrettelegging overfor kommunene som følger av ny lov om folkehelsearbeid.

4.2 Forslag om nye Kostra-funksjoner og –arter for å kunne skille ut utgifter i forbindelse med samhandlingsreformen i helsevesenet.

Dokumentasjon: Sak4_2_Forslag om samhandlingsfunksjoner og -arter.doc.

Else Bredeli, SSB, orienterte om arbeid med nye funksjoner og arter i KOSTRAs funksjons- og artskontoplan i forbindelse med Samhandlingsreformen i helsevesenet.

Kostra-arbeidsgruppene for kommunehelse og pleie- og omsorg har i sine rapporter for 2011 til Samordningsrådet, fremmet forslag om opprettelse av samhandlingsfunksjoner og av samhandlingsarter. Samordningsrådet har gjort vedtak i saken, på sitt møte 6. september.

Samordningsrådet støttet å innføre to nye funksjoner, men ønsket ikke å innføre de foreslåtte artene.

De nye funksjonene vil gjøre det mulig å identifisere kommunenes utgifter til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og utgifter til akutt hjelp som følge av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunenes utgifter i forbindelse med større forpliktelser til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, vil bli søkt dekket av eksisterende funksjoner og arter. Det at de foreslåtte artene ikke ble vedtatt, betyr at utgiftene ikke kan spores direkte til kjøp fra Helseforetak/Regionale helseforetak, men bare til kjøp fra Staten (dagens art 300).

Spørsmålet om å innføre nye regnskapsarter for å følge en bestemt forvaltningsreform er tatt opp flere ganger i KOSTRA-sammenheng. Regnskapsgruppa i KOSTRA, med blant annet representanter fra KRd og kommunene, holder fast på prinsippet om at artene skal være gjennomgående, ikke målrettet mot ulike strategier eller satsinger. KRd mener imidlertid at det ikke er uinteressant med mer detaljer, men at det altså ikke er forenlig med prinsippene for artskontoplanen i KOSTRA. Kontaktutvalget ser det likevel som positivt at forslaget om nye funksjoner ble vedtatt. På møtet i Samordningsrådet understreket SSB at det må være et mål at KOSTRA fanger opp mest mulig av myndighetenes databehov som følger av samhandlingsreformen. Det blir derfor viktig at HOD får tilsvarende hjemmel som i dag for tilgang til KOSTRA-data, jf sak 4.1 over.

5. Orientering fra internasjonale møter.

Dokumentasjon:

Sak5_Reiserapport Teknisk gruppe dødsårsaker_2011-05-06 .doc

Sak5_Rapport fra ESAW WG 2011-05-25-26.doc

Sak5_Rapport fra WGmøte PH_juni 28_29_11.doc

Sak5_ReiserapportPlenarmøte30august-1september2011.doc

SSB har nylig deltatt på følgende internasjonale møter:

- * Technical Group on Causes of Death Statistics (CoD). Luxembourg, 5.-6. mai 2011.
- * ESAW arbeidsgruppe – European Statistics on Accidents at Work. Luxembourg, 25.-26. mai 2011.
- * Working group Public Health Statistics. Luxembourg, 28.-29. juni 2011.
- * Plenarmøte i Nordisk sosialstatistikkomité (NOSOSKO). Færøyene, 30. august – 01. september 2011.

SSB forhørte seg om det var andre enn SSB som hadde deltatt på internasjonale møter.

Helsedirektoratet har deltatt på møte i Nordisk ministerråd. De har et prosjekt for kvalitetsindikatorer på psykisk helse. Man ser på muligheten for å få mer faste kvalitetsindikatorer på psykisk helse på nordisk nivå. Rapport kommer om kort tid. Det ble nevnt at også OECD har et prosjekt for kvalitetsindikatorer for psykisk helse. I etterkant av møtet har Helsedirektoratet sendt følgende link til en omtale av det nordiske arbeidet om kvalitet. På denne siden er det link videre til både rapporten om kvalitetsmåling og til rapporten om psykisk helse:

http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsindikatorer/kvalitetsmalning_norden/

FHI refererte fra møte i EU-prosjektene ECHIM (European Community Health Indicator Monitoring) og Euro-URHIS 2 (Urban Health Indicator System). FHI er bedt om å levere data.. SSB mente at slike data med stor sannsynlighet allerede er levert av SSB til Eurostat på såpass detaljert nivå at de vil kunne gjenbrukes til å dekke også denne forespørselen. SSB understreket viktigheten av at alle institusjoner som er med i Kontaktutvalget holder fast på prinsippet om å bare levere samme data én gang til internasjonale organisasjoner. SSB tar initiativ til et møte i arbeidsgruppen som koordinerer rapportering til internasjonale organisasjoner og som er blitt opprettet av Kontaktutvalget.

HOD refererte fra et møte i helsekomitéen i OECD. 20. og 21. juni. De har lansert en helsedatabase på OECDs hjemmeside. Publikasjonen "Health at a glance" publiseres i midten av desember i år. HOD sender referat fra dette samt andre internasjonale møter, til sekretariatet for Kontaktutvalget, jf "Oppfølging" nedenfor.

SSB refererte fra et plenarmøte i Nordisk sosialstatistikkomité (NOSOSKO) på Færøyene, 30. august – 01. september 2011. Referatet sendes Kontaktutvalget i etterkant av møtet, jf "Oppfølging" nedenfor.

NOSOSKO publiserer nettpublikasjonen "Social tryghed i nordiske landene" i løpet av november i år. Den gir en samlet oversikt over tjenester og kostnader innenfor ulike områder. Det lages i tillegg, en engelsk papir-mini-utgave. Tema for 2010 og 2011 er ungdomsledighet i Norden. NAV er ansvarlig for rapporten som beskriver de ulike landenes tiltak og virkemidler overfor arbeidsledige og spesielt ungdom. Tidsserier følger utviklingen før og etter finanskrisen for ledighet blant ungdom. Rapporten vil bli publisert høsten 2011.

Tallmaterialet til rapporten inngår også i en større forskningsrapport fra Nordisk Velferdssenter (NVS), der en dypere analyse av tallmateriale gjøres.

Helsedirektoratet opplyste at årets møte i NOMESKO er utsatt til senere i høst. Årets tema vil være "Ulik finansiering av helsetjenester i de nordiske landene". Helsedirektoratet sender link til rapport når den foreligger. Helsetilsynet vil også holde Kontaktutvalget orientert om arbeidet.

Oppfølging:

- Sekretariatet sender referat fra Plenarmøte i Nordisk sosialstatistikkomité (NOSOSKO). Færøyene, 30. august – 01. september 2011, til Kontaktutvalgets medlemmer.
- HOD sender referat fra møte i helsekomitéen i OECD. 20. og 21. juni, til sekretær i Kontaktutvalget, som igjen sender referatet til Kontaktutvalgets medlemmer.
- Helsedirektoratet sender link til NOMESKO-rapport når den foreligger senere i høst.

6. Eventuelt

Forslag til temaer for neste møte (23.11.2011)

- Presentasjon av ny analyserapport fra HELFO med aktivitetsstatistikk for 2009 hos fastleger, legevakt og avtalespesialister.
- Helsedirektoratets utvalgsundersøkelse om problemomfang på rusfeltet

NAV vil ta kontakt med SSB angående forespørsel om individbasert sosialtjenestestatistikk til analyseformål. SSB opplyste om at Arbeids- og velferdsdirektoratet kan få kopi av det ureviderte råmaterialet SSB mottar fra NAV-kontorene, men ikke reviderte personidentifiserbare individdata. Men antagelig vil det være langt mer relevant for NAV å motta anonymiserte individdata eller ferdige tabeller.

Vedlegg D3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 23. november 2011

Til stede: Khalid Lafkiri (HOD), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Kirsti Strand (Helsedir), Linda P. Grytten (Helsetilsynet), Jorun Ramm (SSB), Tor Morten Normann (SSB), Unni Grebstad (SSB), Magne Hustad (KS), Heidi Lyshol (Folkehelseinstituttet), Borgny Vold (SSB). Gjester sak 2: Frode Sandvin Folkedal (Helfo), Espen Meyer (Helfo), Åsne Vigran (SSB), Elin Skretting Lunde (SSB), Julie Kjelvik (SSB). Gjester sak 3: Else Bredeli (SSB)

Kopi til: Olav Gjestvang (HOD), Cathrine Meland (HOD), Sidsel Platou Aarseth (Helsetilsynet), Elisabetta Vassenden (SSB), Anne Jensen (KS), Else Karin Grøholt (Folkehelseinstituttet), Tonje Ek Brunvold (NAV), Rolf Haugen (Bufdir), Helene Støvertsen (Bufdir)

Innledning

Jorun Ramm ønsket velkommen til møte, og særskilt velkommen til ny representant fra Helsedirektoratet, Hanne Narbuvoold, avdelingsdirektør for Statistikkavdelingen.

Referatet fra møtet 7. september var godkjent i forkant av møtet, og det var ikke ytterligere kommentarer til dette.

Presentasjon av HELFOs rapport om aktivitetsstatistikk for 2009 hos fastleger, legevakt og avtalespesialister

Frode Sandvin Folkedal og Espen Meyer fra HELFOs analyseavdeling presenterte analyserapport med aktivitetsstatistikk for 2009 basert på data fra fagsystemet KUHR. KUHR står for Kontroll og utbetaling av helserefusjoner. Rapporten de presenterte finnes tilgjengelig på <http://www.helfo.no/statistikk/Documents/Analyserapport%20Aktivitetsstatistikk%202009.pdf>. Rapporten er oppfølging av rapport med 2006-data som ble publisert av NAV, og som ble presentert på møte i Kontaktutvalget 30. november 2007 (se http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Analyser/NAV+rapportserie/Andre+rapporter/_attachment/805363647?true&ts=115d0cc3d78).

Etter å ha presentert HELFOs hovedoppgaver og organisasjonsstruktur, fokuserte de på sitt analysearbeid. Dette er i hovedsak interne analyser for å understøtte drift i HELFO og Helsedirektoratet, og aktivitetsstatistikken for leger er deres første rapport rettet mot eksterne miljø og allmennheten. Aktivitetsstatistikk for leger er interessant pga de store summene som forvaltes. Med innføring av Samhandlingsreformen forventes økt interesse for slike aktivitetsdata. Formålet med analyserapporten er å gi faktakunnskap om legeområdet for intern planlegging, å gi kunnskap om endringer over tid og å formidle statistikk og funn eksternt.

KUHR-databasen, hvor behandleres refusjonskrav til folketrygden innhentes, gir datagrunnlaget for analysen. For fastleger er det nå nesten full elektronisk innrapportering av refusjonskrav. I tillegg til data fra fastleger omfattes refusjonskrav fra bl.a. fysioterapeuter, tannleger, psykologer, avtalespesialister og kiropraktorer. Databasen inneholder:

- Refusjonsdata (kroner)
- Data om behandler: Indent, type praksis, praksiskommune
- Data om pasient: Ident, kjønn, alder
- Data om behandlingen: Tidspunkt, takster, diagnose

KUHR inneholder store datamengder og det er ikke uproblematisk å hente ut tilsvarende tabeller som i 2006-rapporten. Det er både tidkrevende og sårbart, siden data ble hentet direkte fra produksjonsmiljøet.

Styrken og samtidig svakheten til datakilden er at behandlere ikke sender inn data med det formål å utarbeide statistikk, men for å sikre egne inntekter. Dette bidrar til underrapportering av koder som det ikke knytter seg penger til. Internasjonal forskning tyder på en feilmargin på mellom 7-15 prosent ved slike datakilder. Det synes

å være en viss forskjell på hvor mange krav som sendes inn fra fastlønnede kommuneleger og fra privatpraktiserende leger, noe som forklares ved deres ulike fastsetting av inntekt.

Folkedal og Meyer trakk bl.a. frem disse hovedfunnene:

- Fire av fem innbyggere var i kontakt med lege i 2009.
- Flere var i kontakt med lege i 2009 sammenlignet med 2006, en økning på 4 prosentpoeng.
- De eldste aldersgruppene er mest hos legen, og det er disse aldersgruppene som har hatt størst vekst fra 2006 til 2009.
- I gjennomsnitt var hver innbygger i kontakt med fastlege, legevakt eller avtalespesialist 6,1 ganger i 2009.
- Samlet aktivitet, målt i antall regninger, økte med 16 prosent fra 2006 til 2009. Størst er økningen i antall ”andre kontakter”.
- Spesialistene gjorde mer i hver pasientkontakt i 2009 enn i 2006 (målt som gjennomsnittlig antall takster per regning).
- Kontrollert for prisendringer har veksten i HELFOs refusjoner vært på ca 3 prosent hvert år i perioden.

Andelen av pasienter som er registrert med gyldig ident (fnr eller dnr) økte fra 2006 til 2009, bl.a. på grunn av overgang til elektronisk frikort, og det har vært en ytterligere forbedring i 2010-11.

Det ble stilt spørsmål om kvaliteten på diagnosedata i KUHR. Til dette svarte Folkedal og Meyer at kvaliteten er noe usikker, jf. formålet med innhenting av regninger. Det kan være en tendens til at diagnose ved forrige konsultasjon velges, selv om dette ikke er korrekt, og dette vil særlig gjelde for pasienter med kroniske sykdommer.

Det foreligger ikke konkrete planer om ny analyserapport fra HELFO, men de vil vurdere om dette bør utarbeides hvert tredje år.

Hjemmel for datainnsamling av KOSTRA-skjema for 2011

Som oppfølging av sak 4.1 på møtet 7.september redegjorde Else Bredeli for endret hjemmel for statistikkskjema på helse- og sosialområdet i KOSTRA etter at ny helse- og omsorgstjenestelov trer i kraft fra 1.1. 2012. Bakgrunnen er at det er uklart hvorvidt KOSTRA-innsamlingen kan hjemles i § 5-9 "Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen" i Helse- og omsorgsloven.

Etter kontakt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og SSB i sakens anledning, er det enighet om følgende:

- Ved innsamlingen av 2011-data i 2012, vil innhentingene hjemles i Helseregisterloven § 10. Dette er en paragraf som er tenkt å gjelde enkeltstående datainnsamlinger. Med dette sikres departementet samme tilgang til data fra KOSTRA som tidligere år.
- Kontakten mellom Helsedepartementet og SSB fortsetter med tanke på å komme frem til en permanent løsning, og vurderer om § 5-9 i Helse- og omsorgsloven eller § 10 i Helseregisterloven bør endres.

Orientering om nasjonalt samarbeid om internasjonal rapportering

Andreas Hedum orienterte om møte 12. oktober mellom Helse- og omsorgsdepartementet, folkehelseinstituttet og SSB med tema nasjonalt samarbeid om internasjonal rapportering. Til Eurostat rapporterer SSB data om dødsårsaker, helsetjenester og sykkelighet, helsestatus og helsefaktorer (helseundersøkelser) og arbeidsulykker og yrkessykdommer. Til OECD rapporteres helsedata og helseregnskapsdata. Samme data rapporteres til Eurostat, OECD og WHO gjennom "Joint questionnaire". Flere av rapporteringene er hjemlet i Europaparlaments- og rådsforordning, og flere slike forordninger vil følge.

Joint questionnaire er inndelt i variable under "Health employment" og "Physical resources". Per i dag rapporterer SSB nesten alt knyttet til "health employment", og litt mindre knyttet til "physical resources". Det har blitt nedlagt mye arbeid i å komme frem til mest mulig riktige tolkninger av variable, og legge riktige definisjoner til grunn for rapportering, men dette er utfordrende fordi de internasjonale kravene skiller seg fra tilsvarende på nasjonalt nivå.

Når det gjelder helsepersonell, er det en utfordring at Internasjonale organisasjoner er mest opptatt av hva folk jobber med, mens vi i Norge, hvor registerdata er grunnlaget, har best oversikt over hva folk er kvalifisert til å jobbe med (yrke vs. utdanning).

Det ble vist en oversikt over dekningsgrad i ulike land når det gjelder rapportering av Joint questionnaire. Fra 2010 til 2011 har Norge forbedret sin rapportering med 12 prosentpoeng og leverer per i dag data for 53 prosent av variablene.

OECD publiserer Health at a Glance 2011 i dag (23. November), se http://www.oecd.org/document/11/0,3746,en_2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html

Viktig at ulike aktører som er involvert i internasjonal rapportering viderefører samarbeidet, for samordning av definisjoner mv. Et område hvor SSB foreløpig ikke rapporterer internasjonalt er kirurgiske prosedyrer, og her ønsker SSB innspill. Andras Hedum er kontaktperson i SSB, og temaet følges opp i Kontaktutvalget fremover.

Orientering fra internasjonale møter

Kirsti Strand orienterte om møte i København om NOMESKO-arbeidet. I 2012 vil Norge være vertskap for møtet i juni. Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og SSB deltar i NOMESKO-arbeidet, og Jens-Kristian Borgan og Linda P. Grytten sitter i redaksjonen for publikasjonene. Redaksjonen skal ha møte i desember. I tillegg til den årlige oversiktsrapporten, publiseres det temarapporter. Temarapport for 2011 skal handle om Finansiering av helsetjenester. Det norske bidraget er skrevet av Kjersti Hernæs (SSB, Seksjon for nasjonalregnskap). Rapporten publiseres tidlig i 2012.

Heidi Lyshol orienterte om arbeidet med EUs helseportal. Portalen skal gi lenker til relevante nettsteder knyttet til helse, og er forbrukerrettet. Dette er et arbeid som har pågått over flere år, men portalen har ikke vært tilpasset norske behov. Lyshol har i flere år argumentert med at en slik portal har liten nasjonal betydning, da få vil velge en EU-portal for oversikt over norske forhold. Hun har nå fått gjennomslag for at Norges del skal være relevante lenker på engelsk for brukere fra utlandet. Lyshol mener at portalen vil fungere godt om ca to måneder, og kan da gjerne presentere for Kontaktutvalget.

Jorun Ramm informerte fra Eurostat-møte for direktører for sosialstatistikk (DSS) hvor hovedtemaet var EU-forordninger, og hvor strengt disse skal håndheves. Videre ble topilars-løsningen innen sosialstatistikk (Arbeidskraftsundersøkelsen/AKU + EU-Silk Levekår) drøftet. Blant annet har Norge kritisert denne løsningen, og den er nå satt på vent. Referat fra møtet var blant sakspapirene til møtet.

Ramm orienterte også kort om møte i det baltisk-nordiske samarbeidsorganet for dødsårsaksstatistikk og Hedum fra møte i OECD. Referater fra disse møtene var sakspapir til møtet. Hedum bemerket at det er svært positivt at HOD informerer SSB om arbeidet i OECDs helsekomité. Det er tett forbindelse mellom sakene her og i møtene SSB deltar på i OECD.

Eventuelt

Borgny Vold foreslo å gjennomføre møter i 2012 etter samme tidsplan som i 2011, med møte i mars, mai, september og november, med onsdager 10-11.30 som møtetidspunkt. Det var ingen innvendinger til dette. Vold sender ut møteinnkalling til møtene i 2012 snarest.

Vedlegg E1: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 21. mars 2012

Til stede: Khalid Lafkiri (HOD), Olav Gjestvang (HOD), Kirsti Strand (Helsedir), Solveig Marie Herbern (Helsedir), Elisabetta Vassenden (SSB), Elisabeth Rønning (SSB), Torun Risnes (KS), Tonje Ek Brunvold (NAV), Pål Aamodt (NAV), Helene Støvertsen (Bufdir), Andreas Hedum (SSB), Arne Jensen (SSB), Unni Grebstad (SSB), Åsne Vigran (SSB), Borgny Vold (SSB, ref.)

Kopi til: Cathrine Meland (HOD), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Linda P. Grytten (Helsetilsynet), Sidsel Platou Aarseth (Helsetilsynet), Magne Hustad (KS), Anne Jensen (KS), Heidi Lyshol (Folkehelseinstituttet), Else Karin Grøholt (Folkehelseinstituttet), Jorun Ramm (SSB), Anne Gro Pedersen (SSB)

Innledning

Dokumentasjon: Referat fra møtet i Kontaktutvalget 23.11.2011 (R20111123.doc, utsendt som sakspapir)

Elisabetta Vassenden ønsket velkommen. Referat fra møtet i november var tidligere utsendt og godkjent per epost.

Status rapportering og datakilder for statistikk om spesialisthelsetjenesten

Dokumentasjon: Kontaktutvalget_21032012_Sak2.ppt (vedlagt)

Andreas Hedum informerte om rapporteringen for spesialisthelsetjenesten. Rapporteringen omfatter åtte tjenesteskjemaer med rapporteringsfrist 20. februar og fem filuttrekk/skjema innen regnskap med rapporteringsfrist 1. april for helseforetak (HF) og 15. april for regionale helseforetak (RHF).

Rapporteringen skjer i hovedsak gjennom KOSTRAs internetbaserte rapporteringsløsning, mens skjema for ambulansetjenesten som en test rapporteres inn via Altinn. Svarinngangen har vært bedre enn tidligere år, men utfordringer knyttet til enkeltforetak. Det er tett dialog med disse for å avklare om det er endringer i foretakets struktur eller annet som gir særskilte utfordringer.

I tillegg til SSBs skjemaer benyttes data fra en rekke andre kilder i den offisielle statistikken: Aktivitetsdata for somatiske sykehus hentes fra NPR, og fra og med statistikkåret 2011 gjelder dette også for psykisk helsevern. Årsverk hentes fra SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk, som kombinerer flere datakilder – blant annet NAVs Aa-register, Enhetsregisteret, autorisasjonsregisteret og SSBs nasjonal utdanningsdatabase. Det gjøres kontinuerlig vurderinger av om nye datakilder kan tas i bruk og formålet er best mulig datakvalitet, samt å unngå dobbeltrapportering. Andreas Hedum påpekte at det ser ut til å være en dobbeltrapportering i dag når det gjelder praksiskonsulentordningen, som er eget skjema i SSB-rapporteringen samtidig som Helsedirektoratet i nøkkeltallsrapporten 2011 bruker rapportering direkte fra regionale helseforetak til direktoratet som kilde. Dobletrapporteringen vil følges opp videre i Arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten.

Statistikken publiseres 18. juni. Publisering på <http://www.ssb.no/speshelse/> og http://www.ssb.no/helse_statres/ (statlig spesialisthelsetjeneste).

Samhandling. Orientering om tiltak etter Workshop SSB-Hdir

Dokumentasjon: Referat Workshop (utsendt som sakspapir), Kontaktutvalget_21032012_Sak3.ppt (vedlagt)

Arne Jensen orienterte om Helsedirektoratets og SSBs felles workshop om samhandling som ble gjennomført 16.februar 2012. Her var det innlegg om gjennomført og pågående arbeid i de to institusjonene, samt gruppearbeid konsentrert om følgende problemstillinger:

- Hvilken data- og statistikkproduksjon finnes i dag?
- Hvilken data- og statistikkproduksjon er nødvendig fremover?
- Hvordan må enheter og virksomheter i helsetjenesten være avgrenset og inndelt for å ivareta data- og statistikkbehovet?

- Hvilke konkrete tiltak kan settes i verk for å etablere nødvendig data- og statistikkproduksjon?

Ulike grupper arbeidet med problemstillingene innen tre ulike områder for registrering og rapportering:

- Ansatte
- Regnskap
- Pasienter

Som oppfølging er Helsedirektoratet og SSB enige om å nedsette fire arbeidsgrupper, med deltakelse av disse organisasjonene og ev. andre aktører. SSB vil sende brev til Helsedirektoratet snarest for å få nedsatt arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene vil være tematisk avgrenset, men vil naturlig gripe inn i hverandre. Det utarbeides enkelte konkrete problemstillinger for arbeidet, samtidig som gruppene får mulighet til å definere egne. Gruppene bør bruke eksisterende fora og kanaler i SSB (KOSTRA-arbeidsgrupper, Kontaktutvalget) og Helsedirektoratet i arbeidet, men det kan være nødvendig å tenke utover disse. Gruppene utarbeider et skriftlig produkt som det orienteres om på workshop eller seminar i 2013, men arbeidet vil etter all sannsynlighet fortsettes utover dette. Følgende arbeidsgrupper vil startes opp, med hovedproblemstillinger:

1. Populasjonsavgrensning

- Gjennomgå retningslinjene med særlig fokus på å håndtere nye typer virksomheter i gråsonen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- Utarbeide en plan for hvordan definisjoner og retningslinjer skal bli formidlet til aktuelle rapportører; kommuner, helseforetak og private helseinstitusjoner

2. Lovpålagte samarbeidsavtaler

- Etablere rutiner for utveksling av informasjon om samarbeidsavtaler mellom Helsedirektoratet og SSB
- Vurdere hvordan avtalene kan brukes forvaltning av populasjon og statistikkproduksjon

3. Regnskap og regnskapsstørrelser

- Gjennomgå kontoplaner som ligger til grunn for regnskapsstatistikk i hhv. KOSTRA (kommunehelse og pleie og omsorg) og spesialisthelsetjenesten, med særlig fokus på sammenlignbare størrelser
- Samordne revisjonsrutiner så langt det lar seg gjøre

4. Pasienter og brukere

- Tilrettelegge for at KUHR-data kan utnyttes for statistikkformål
- Sammenstille data fra NPR og IPLOS etter nærmere angitte kriterier for utvelgelse

I løpet av kort til vil samarbeidet mellom Helsedirektoratet formaliseres og arbeidsgrupper nedsettes.

Kontaktutvalget uttrykte stor interesse for kommende arbeid, og vil holdes orientert videre. Torun Risnes kunne dessuten informere om at KS er involvert i arbeid knyttet til implementering av samhandlingsreformen i kommunene i flere sammenhenger. For koordinering med dette arbeidet og evt. deltakelse i arbeidsgruppene kan Risnes kontaktes.

Orientering om arbeidsgrupperapporten om hyppigere rapportering av kvalifiseringsstønad og sosialhjelp

Dokumentasjon: Utdrag arbeidsgrupperapport KVP sosialhjelp des. 2011 (vedlagt)

Tonje Ek Brunvold orienterte om bakgrunnen for saken, jf. referat fra Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 7. september 2011, sak 2. Arbeids- og velferdsdirektoratet fikk i oppdrag fra Arbeidsdepartementet å vurdere egnet metode for å følge med på utviklingen i antall mottakere av økonomisk sosialhjelp, og utgifter til dette formål. I oppdraget spesifisert å vurdere mulighet for hyppigere rapportering fra kommuner til KOSTRA med påfølgende hyppigere uttrekk av data på utvalgte variable fra sosialhjelpsstatistikken. I tillegg å vurdere informasjonsbehov knyttet til kvalifiseringsprogrammet, inkl. gjennomgang av KOSTRA-skjema 11C (Registreringsskjema for kvalifiseringsstønad) og vurdere kommunenes og NAV-kontorenes samlede rapporteringsbyrde. I KOSTRA rapporteres individdata både for sosialhjelp (skjema 11) og kvalifiseringsstønad (skjema 11C). NAV-kontorene rapporterer månedlig aggregerte data for sosialhjelp til direktoratet og kvartalsvis aggregerte størrelser for kvalifiseringsprogrammet gjennom QuestBack.

Pål Aamodt, som har ledet arbeidsgruppen som har vurdert disse spørsmålene, orienterte om gjennomført arbeid og konklusjoner. Arbeidsgruppa var sammensatt av Arbeids- og velferdsdirektoratet, KS, SSB, tre kommuner (Oslo, Bergen, Trondheim) og to lokale NAV-kontorer (Sandnes, Hurdal). Arbeidsgruppen konkluderer med at det kan være nyttig med hyppigere tall enn årlig både om kvalifiseringsprogrammet og sosialhjelp. Gruppa har ikke kommet med en anbefaling om det bør innføres hyppigere rapportering.

Konklusjoner og anbefalinger:

- Databehov bør ivaretas på en måte som medfører moderat ressursbruk i kommunene. Individdata bør kun rapporteres årlig, mens aggregerte størrelser kan være relevant å rapportere hyppigere både for kvalifiseringsstønad og sosialhjelp.
- Ikke hensiktsmessig å tilrettelegge KOSTRA for hyppigere rapportering av aggregerte størrelser.
- Spørsmålet om ev. videre bruk av QuestBack er ikke endelig avklart.

Dersom det konkluderes med behov for månedlig rapportering av to-tre felles indikatorer, foreslår arbeidsgruppa at dette legges inn i målekortet til alle NAV-kontor. Dersom det er behov for at fire eller flere indikatorer rapportering hyppigere enn årlig, anbefaler arbeidsgruppa rapportering fra et utvalg av kommuner, f.eks med utgangspunkt i ASSS-kommunene med QuestBack eller annen rapporteringsløsning. I det videre arbeidet er Østfoldkommunene involvert for å utvikle forslag til felles indikatorer til målekort. Direktoratet har tett kontakt med de tre store programvareleverandørene, Tieto, Acos og Visma.

Arbeids- og velferdsdirektoratet vil bidra til å forbedre datakvaliteten i KOSTRAs individbaserte data. Databehandleravtale mellom direktoratet og SSB, som skal regulere utlevering av individbaserte grunnlagsdata fra KOSTRA, er under arbeid, se sak 5.

Det bør utredes om det er teknisk og juridisk mulig å etablere automatiske uttrekk av kommunale data fra statlig saksbehandlersystem (Arena) og inn i kommunale fagsystem. Per i dag er det sperret for dette. Hvis dette blir mulig i fremtiden, vil det bli enklere for kommunene å rapportere data av god kvalitet og man unngår manuell dobbeltregistrering i Arena og kommunale fagsystem. Arbeidsgruppa anbefaler at man er oppmerksom på betydningen av gode arbeidsmetoder og god registreringspraksis i forbindelse med NAVs moderniseringsprogram, og å vurdere tekniske og juridiske muligheter for uttak av data om sosialtjenesten. Samtidig oppfordres arbeidsgruppen for sosialtjenesten i KOSTRA til å gjennomgå skjemaet grundig med formål å redusere oppgavebyrden og heve datakvaliteten.

Saken følges opp videre i KOSTRAs arbeidsgruppe for sosialtjenester.

Orientering om status for databehandleravtale mellom SSB og NAV

Elisabeth Rønning orienterte om pågående arbeid for å få på plass en databehandleravtale mellom SSB og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Avtalen skal blant annet regulere SSBs utlevering av individdata for sosialtjeneste og kvalifiseringsstønad per 15.mars og 15.juni. Tidligere har Arbeidsdepartementet vært avtalepart, og det gjenstår juridisk avklaring av delegering av myndighet til Arbeids- og velferdsdirektoratet. Avtalen vil snart være klar for signering.

Status for piloteringen på sosialhjelp (årsak til stønadsbehov)

Dokumentasjon: Kontaktutvalget_21032012_Sak6.ppt (vedlagt)

Kirsti Strand orienterte. Bakgrunnen for piloteringen var arbeid gjennomført i 2010, hvor en referansegruppe bestående av ni kommuner, Helsedirektoratet, Husbanken og SSB kartla mulighetene for å utvikle ny statistikk innen områdene psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene. Ny statistikk bør fortrinnsvis utvikles innenfor KOSTRA. I dag rapporteres kommunal ressursbruk (årsverk) for målgruppen personer med psykiske lidelser og vansker i særrapporteringen IS-24, og tilsvarende for målgruppen rusmiddelmisbrukere i IS-8.

Referansegruppen vurderte at datagrunnlaget på en rekke områder var for dårlig til å kunne si noe om arbeid i forhold til særskilte målgrupper. Fokus ble lagt på områdene pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sosialtjenesten. Betydningen av å sikre at rapportering er basert på felles fagsystem ble slått fast.

Pågående pilot har fokusert på mulighetene for å bedre statistikkgrunnlaget innen sosialtjenesten. Alle de store registreringssystemene har felter for å registrere årsak til stønadsbehov/problem, men det var ikke bygget opp noe enhetlig nasjonalt kodeverk. Ulikt hvilke koder kommunene bruker, og hvorvidt og ev. hvordan de bruker mulighetene. Piloten sikter mot å utarbeide forslag til felles nasjonalt kodeverk.

I piloteringen for årsak til stønadsbehov sosialhjelp, er målgruppen forstått slik: *”Personer som søker eller får kommunale tjenester på grunn av psykiske vansker/ lidelser og/eller gjentatt bruk av alkohol, narkotika eller legemidler, eventuelt i kombinasjon med andre lidelser/problemer.”* Det legges til grunn at saksbehandlere eller tjenesteyters faglige skjønn skal legges til grunn ved identifisering, ikke diagnose. Utgangspunktet var databehovet innen psykisk helsearbeid/ rusarbeid, men Samordningsrådet for KOSTRA har understreket viktigheten av bredere tilnærming, slik at også andre databehov kan dekkes.

Pilotprosjektet har vært ledet av Helsedirektoratet. I tillegg har Acos AS og Tieto som er systemleverandører for hhv. ”Sosial” og ”Socio” og fire kommuner (Kristiansand, Ringerike, Drammen og Hamar) deltatt. Har også samarbeidet med NAV.

I piloteringen skulle kommunene registrere hva som er de viktigste problemer eller utfordringer som ligger til grunn for kontakt med sosialtjenesten. Utfordringene er inndelt i to bolker: Helseutfordringer og praktiske utfordringer, og det kan settes flere kryss, men minst ett kryss i hver bolke. Skal registreres i første møte med klienten, og eventuelle endringer vurderes ved senere kontakt. Det er underliggende problem/utfordring hos brukeren som skal registreres - ikke hva som er selve årsaken til den bestemte stønaden.

I piloteringen er følgende underliggende problem/utfordringer benyttet:

Helsemessige utfordringer

- Rusmiddelproblemer
- Psykiske vansker/lidelser
- Fysisk funksjonshemming
- Annet somatisk problem
- Spillavhengighet
- Annet
- Vet ikke
- Ikke aktuelt

Praktiske utfordringer

- Lav inntekt/ingen inntekt
- Gjeldsproblemer
- Dårlig økonomistyring
- Avbrutt videregående skole
- Boligproblematikk
- Annet

Rapport fra piloteringen skal legges frem for KOSTRA-arbeidsgruppe for sosialtjenester i mai, og målet er at saken legges frem for Samordningsrådet høsten 2012. Senere vil det ev. bli aktuelt med bred høring før implementering.

Arbeids- og velferdsdirektoratet bemerker at de underliggende problemene/utfordringene som er benyttet i piloteringen ikke synes gjensidig utelukkende. Dette gjelder særlig alternativene knyttet til økonomiske problemer under ”praktiske utfordringer”. Til dette svarte Strand at erfaringer fra piloteringen ennå ikke systematisert, og at endelige alternativer vil diskuteres videre.

Flere påpekte at dette vil være viktig fremover, men samtidig ble det påpekt at nye databehov må balanseres opp mot ønsket om å forenkle rapportering og derved øke datakvalitet, jf. sak 4.

Fremtidig organisering av Dødsårsaksregisteret

Dokumentasjon: 21-3-2012_Sak7_DÅR_HOD-Brev_27-01-2012.pdf (utsendt som sakspapir)
21-3-2012_sak7_Fremtidig-org-DÅR_FHI-brev_24-02-2012.doc (utsendt som sakspapir)

Elisabetta Vassenden orienterte. Det er etter anmodning fra Helsedepartementet opprettet en arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra Nasjonalt folkehelseinstitutt og SSB. Arbeidsgruppen ledes av Professor Stein Emil Vollset, FHI. Gruppen har frist til 15. mai 2012 til å utarbeide rapport med forslag til plan for avvikling av databehandleravtalen om Dødsårsaksregisteret og overføring av oppgaver fra SSB til FHI. Dette inkluderer vurdering av tidspunkt for og ev. samtidighet av oppgaveoverføringen, nødvendige grep for å sikre SSB tilgang til data, samt personellmessige og økonomiske disposisjoner.

Vedtak: Ny orientering for Kontaktutvalget når arbeidsgruppen har lagt fram rapport.

Eventuelt, inkl. ev orientering fra internasjonale møter

Dokumentasjon: 21-3-2012_Sak8_Ref_TG_HIS_23-24-01-2012.doc (utsendt som sakspapir)
21-3-2012_Sak8_Ref-WG-EODS_29-11-2011.doc (utsendt som sakspapir)

Elisabetta Vassenden orienterte kort fra to internasjonale møter:

- 3) Technical Group Health Interview Survey (HIS) Statistics. På agendaen sto ny EU-forordnet survey om "Safety" (utsatthet for lovbrudd, vold osv.) som kommer i 2013 og som i utgangspunktet kun vil gjelde en helseundersøkelse, men med mulighet for forlengelse.
- 4) Eurostat Work Group om europeisk statistikk om yrkessykdommer (EODS). Det vil på sikt komme en kommisjonsforordning, men trekker noe ut i tid.

Neste møte i Kontaktutvalget avholdes onsdag 2. mai 10:00-11:30. Møtet vil ha hovedfokus på saker innen sosialstatistikk. Presentasjon av SSBs rapport om Barn og unges miljø og helse settes på dagsorden. Vassenden minnet representantene på at de skal informere om relevante internasjonale møter, og at referat fra disse skal sendes til SSB v/Borgny Vold. Det samme gjelder forslag til andre saker til dagsorden.

Vedlegg E2: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 2. mai 2012

Til stede: Khalid Lafkiri (HOD), Olav Gjestvang (HOD), Kirsti Strand (Helsedir), Unni Grebstad (SSB), Elisabeth Vassenden (SSB), Linda P. Grytten (Helsetilsynet), Heidi Lyshol (Folkehelseinstituttet), Magne Hustad (KS), Anne Jensen (KS), Torun Risnes (KS), Pål Aamodt (NAV), Gaute Andresen (Bufdir), Åsne Vigran (SSB), Julie Kjelvik (SSB, sak 2), Signe Vrålstad (SSB, sak 2), Harald Tønseth (SSB), Borgny Vold (SSB, ref.)

Kopi til: Cathrine Meland (HOD), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Elisabeth Rønning (SSB), Sidsel Platou Aarseth (Helsetilsynet), Else Karin Grøholt (Folkehelseinstituttet), Tonje Ek Brunvoll (NAV), Helene Støvertsen (Bufdir), Jorun Ramm (SSB), Anne Gro Pedersen (SSB), Andreas Hedum (SSB), Arne Jensen (SSB),

Innledning

Dokumentasjon:

- Utkast til referat fra møte i Kontaktutvalget 21.3.2012 (Utkast_R2012-03-21_endret.doc, utsendt som sakspapir)
- Endelig referat fra møtet 21.3.2012 (R2012-03-21.doc, vedlagt)

Unni Grebstad ønsket velkommen, og gikk gjennom forslag til endringer sak 3 og 4 i referat fra møtet 21.mars. Referat ble godkjent med de foreslåtte endringene.

Barn og unges miljø og helse

Dokumentasjon:

- SSB-rapporter 12/2012: http://www.ssb.no/emner/03/01/rapp_201212/
- Kontaktutvalget_2012-05-02_Sak-2-A.ppt (vedlagt)
- Kontaktutvalget_2012-05-02_Sak-2-B.ppt (vedlagt)

Julie Kjelvik gjorde rede for bakgrunnen for rapporten som oppsummerer del tre av et SSB-prosjekt som har pågått i fem år. Utgangspunktet er ”Barnas framtid. Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007-2016”, som åtte departementer sto bak. Internasjonalt arbeid i WHO lå som mal, men det ble også utviklet særskilte nasjonale fokusområder. SSB fikk med utgangspunkt i strategien oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere et statistikkssystem som kan belyse de forhold som strategien omhandler. Oppdraget er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

I 2007 startet arbeidet med kartlegging av mulige datakilder og indikatorer for barn og unges miljø og helse. Datakilder og om lag 200 indikatorer er beskrevet i Notat 2010/11: Kartlegging av datakilder for barn og unges miljø og helse. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeidet med å etablere et indikatorsett ble videreført gjennom en arbeidsgruppe bestående av Helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Utdanningsdirektoratet og ledet av Statistisk sentralbyrå. Arbeidsgruppens konklusjoner og de 35 valgte indikatorene er dokumentert i Notat 2011/03: Barn og unges miljø og helse. Prosjektrapport fra arbeidsgruppen.

Den nylig publiserte rapporten har kapitler om:

- Demografi og flyttemønster
- Skader og ulykker
- Fysisk aktivitet
- Luftkvalitet
- Støy
- Andre miljøfarer
- Sosiale og økonomiske levekår
- Barnehage, skole og aktivitetstilbud

I tillegg et eget metodevedlegg og indikatorvedlegg.

Indikatorsettet henter tall fra 20-25 datakilder, og gir en unik mulighet for å se sammenhenger.

Signe Vrålstad har skrevet rapportens kapittel ”Sosiale og økonomiske levekår”, og presenterte hovedfunn.

Kapittelet har tre hovedtema:

4. Vedvarende lavinntekt. Definert etter EU60, under 60 prosent av medianinntekt, hvor husholdningsinntekten er under lavinntektsgrensen i tre påfølgende år.
5. Foreldrenes nettverk og sosiale deltakelse.
6. Barns deltakelse. Dette er ikke en del av indikatorsettet, men er tatt med for å utfylle bildet.

I alt 7,7 prosent av alle barn bor i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Generelt er andelen barn i lavinntektshusholdninger høyest på Østlandet, med unntak av Akershus. Oslo har den klart høyeste andelen, med over 16 prosent. Det er relativt få barn i lavinntektshusholdninger på Vestlandet og de to nordligste fylkene. Barn som selv har innvandret eller er barn av innvandrere er mer utsatt for vedvarende lavinntekt enn andre. 43 prosent av dem med vedvarende lavinntekt er innvandrere eller barn av innvandrere.

Par med barn har relativt høy deltakelse i organisasjoner sammenlignet med andre husholdningstyper, og foreldre til eldre barn er noe mer aktive. Det er små regionale forskjeller når det gjelder foreldres organisasjonsdeltakelse. Foreldre til barn i husholdninger med høyere utdanning er mer aktive i organisasjoner enn andre, mens lavinntektshusholdninger er mindre aktive.

Andelen barn som ikke deltar på skoleturer som koster penger eller deltar i bursdagsfeiringer og lignende er lav, og få husholdninger oppgir økonomiske problemer som årsak dersom barna ikke deltar. De fleste barn deltar i organiserte fritidsaktiviteter. To prosent av husholdningene oppgir økonomiske årsaker til at barna ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, mens ytterligere 19 prosent ikke deltar i slike aktiviteter uten å oppgi økonomiske årsaker. Barn i lavinntektshusholdninger er overrepresentert blant dem som ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter, selv om de ikke oppgir økonomi som årsak.

Kommunale fagsystemer som mulighet (og begrensning) for rapportering av sosialtjenestedata

Dokumentasjon:

- ”Fagsystemene i sosialtjenesten som rapporteringskilde etter 10 år med KOSTRA”, Harald Tønseth 26.4.2012 (utsendt som sakspapir: 2012-05-03_sak3_fagsystem.doc).

Ti år etter at KOSTRA ble fulldekkende, tok Harald Tønseth opp hvorvidt den optimismen som var knyttet til uttrekk fra fagsystemer innen sosialtjenesten har slått til. Det var stor tro på at filuttrekk fra fagsystem ville sikre data av god kvalitet, samtidig som rapporteringsbyrden ble holdt på et minimum. Forventningene hvilte på fagsystemenes store utberedelse og at etterspurte data skulle være de samme som kommunene selv bruker. Det valgte fokus er av interesse også for andre områder i KOSTRA hvor registerdata benyttes eller hvor man vurderer å gå over til å bruke filuttrekk.

Harald Tønseth tok først opp i hvilken grad det er samsvar mellom de data som etterspørres fra statlig hold og de data som er i aktiv bruk i kommunene. Det synes ikke å være vesentlige avvik her. Det er imidlertid en utfordring at flere av de data som etterspørres ikke finnes i kommunenes fagsystem, men lagres utenfor dette systemet (f.eks opplysninger om sivilstand, ansvar for barn, opplysninger om Individuell plan er utarbeidet, opplysninger om ev. mottatt trygd).

Til sammen rapporteres sosialtjenestedata fra 429 kommuner. Av disse er det 35 som helt eller delvis rapporterer elektronisk skjema (ELS) istedenfor å levere filuttrekk. Enkelte (7 stk) leverer (ELS) for deler av tjenesten og filuttrekk for andre deler av tjenesten. Dette gjelder særlig kommuner som har etablert egen tjeneste og eget fagsystem for flyktninger. Disse tilfellene gir utfordringer i statistikkproduksjonen, da det er vanskelig å avgjøre om data er komplett og uten dubletter.

SSB samarbeider med systemleverandørene og data som skal rapporteres til KOSTRA er lett synlig i fagsystemene. Kontrollprogram er integrert i programvaren. Mange kommuner kjører likevel ikke kontrollprogram og data blir rapportert inn med feil. Systemet for oppfølging av feil i filuttrekk på individnivå

er gammeldags og arbeidskrevende. Feillister skrives ut på papir og sendes rekommandert til kommunen. En høyteknologisk rutine for rapportering hjelper lite, når man er henvist til denne måten å følge opp oppgavegiverne.

I KOSTRAs tidlige fase la man mindre vekt på de datatekniske utfordringene som vi ser at rapportørene sliter med i dag. Systemleverandørene leverer nye versjoner av programvaren årlig (på grunn av årstall) og mange opplever at systemleverandørene gir liten støtte når problemer oppstår. Samtidig er IT-støtten internt i kommunene i mange tilfeller mangelfull. Når kommuner bytter systemleverandør kan det bli problemer, særlig når dette skjer midt i året. De ansatte NAVkontor/sosialkontor får liten oppfølging i hvordan et slikt brudd skal håndteres.

Tønseth tok også opp hvorvidt det er grunnlag for å etterspørre andre type data enn de som er knyttet til økonomisk sosialhjelp. Han påpekte at datakvaliteten og registreringene blir dårligere når man fjerner seg fra data som er nødvendig å registrere for at utbetaling skal kunne finne sted. Data om vedtak, f.eks om rusmiddeltiltak, er ganske bra, men det er ulik praksis i ulike kommuner. Når det gjelder aktiviteter som rådgivning og veiledning, er registreringer mangelfull.

Oppsummert er ikke de løpende registreringene i fagsystemet så heldekkende som man synes å tro fra statlig hold. Mange av dataene som etterspørres finnes tilgjengelig, men ikke i selve fagsystemet.

Magne Hustad sluttet seg til Tønseths fremstilling, men påpekte at det også har vært en positiv utvikling, ikke minst ved at overgangen fra papirskjema til elektronisk innsending har gått raskere enn forventet.

Det ble stilt spørsmål om situasjonen er den samme for andre områder hvor det leveres filuttrekk på individnivå. Utfordringene likner for barnevern, men her er det færre systemleverandører. Elisabetta Vassenden understreket at situasjonen for IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) er mer positiv, da det sentrale register er en kopi av det lokale. Det er store utfordringer knyttet til rapportering av kvalifiseringsstønad. Tønseth påpekte at ønsket om å utvide sosialtjenesterapporteringen med årsak til stønadsbehov, jf. sak 6 på møtet 21. mars, vil være en utfordring da dette handler om vurderingspregede data.

Pål Aamodt vektla at de forhold Tønseth har tok opp, vil tas med i betraktningen når KOSTRAs arbeidsgruppe for sosialkontortjenester møtes torsdag 3. mai. Hustad mente det kan være grunn til bedre koordinering av hva som rapporteres gjennom KOSTRA og hva som rapporteres til NAV.

Kirsti Strand mente gjennomgangen viste at mange av forventningene er innfridd og at man har kommet langt. Når det gjelder forslaget om å inkludere årsak til stønadsbehov i rapporteringen, så begrunnes dette med behovet for å bedre datagrunnlaget om kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem. Dette er data som etterspørres sentralt, men som også kommunene selv har behov for.

Orientering om Statistisk analyse om sosialhjelp

Unni Grebstad orienterte om at det arbeides med en publikasjon (Statistisk analyse) om sosialhjelpsmottakere og levekår 2002-2010. Dette er et arbeid som SSB gjennomfører på oppdrag fra NAV. I analysen sammenstilles ulike datakilder om sosialhjelpsmottakere, samt at det gjøres nye analyser basert på blant annet. Det blir lanseringsseminar i SSB 20. juni og representantene i kontaktutvalget for helse og sosialstatistikk vil bli invitert.

Eventuelt

Elisabetta Vassenden minnet om at arbeidsgruppen som vurderer fremtidig organisering av Dødsårsaksregisteret snart skal legge frem sin rapport, jr. møte 21.3.2012, sak 7. Saken settes på dagsorden på møtet i Kontaktutvalget i september.

En bindende forordning om rapportering av arbeidsulykker er på gang. Arbeidstilsynet rapporterer noe data, men ikke i tråd med kommende krav i forordningen. SSB og Arbeidsdepartementet diskuterer saken i møte 3.5., og saken settes på dagsorden på møtet i Kontaktutvalget i september.

Åsne Vigran informerte om at SSB på oppdrag for Helsedirektoratet skal levere tall om utenlandsk helsepersonell. Oppdraget knytter seg til WHO-koden om etisk rekruttering av helsepersonell. Dette skal leveres i slutten av mai. Siden skal SSB levere rapport/tallgrunnlag hvert tredje år. Hun foreslo at Helsedirektoratet og/eller SSB kan orientere om saken på neste møte.

Heidi Lyshol informerte om interessant konferanse som EUPHA (European public health association) vil arrangere på Malta 8.-10. november. Den europeiske folkehelsekonferansen søker å bidra til å forbedre folkehelsen i Europa gjennom å utveksle informasjon og diskutere relevante tema. Årets konferanse har fokus på arbeidsmedisin og trygdemedisin. Se mer informasjon på http://www.eupha.org/site/upcoming_conference.php. Heidi Lyshol anbefaler konferansen på det varmeste!

I etterkant av møtet har Heidi Lyshol sendt informasjon om ytterligere to interessante konferanser, sluttkonferanse for EU-prosjektet Euro-URHIS om storbyhelse i Amsterdam 12.14. september og Folkehelseforeningens årskonferanse i Oslo 4. og 5. oktober (se http://www.urhis.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=114&Itemid=73 og <http://www.folkehelseforeningen.no/filer/267PRAKTISKEOPPLYSNINGER.doc>).

Khalid Lafkiri informerte om kommende OECD-rapport om ventetider i helsesektoren som skal publiseres i slutten av juni ”*Waiting times policies in the health sector: what works?*” (med forbehold om at denne kan endres). For Norge benyttes NPR-data for ulike behandlinger og ulike diagnoser. Epost med ytterligere informasjon om prosjektet legges ved referatet.

Neste møte i Kontaktutvalget avholdes onsdag 5. september 10:00-11:30. Forslag til saker meldes til Borgny Vold, inkludert referater fra relevante internasjonale møter.

Vedlegg E3: Referat fra møtet i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 21. november 2012

Til stede: Olav Gjestvang (HOD), Hanne Narbuvoold (Helsedir), Kirsti Strand (Helsedir), Elisabetta Vassenden (SSB), Harald Tønseth (SSB), Heidi Lyshold (FHI), Marta Ebbing (FHI), Marie H. Hagle (FHI), Sidsel Platou Aarseth (Helsetilsynet), Magne Hustad (KS), Åsne Vigran (SSB), Julie Kjelvik (SSB), Elin Skretting Lunde (SSB), Geir Hjemås (SSB), Pål Martin Vinghøg (SSB) Borgny Vold (SSB, ref.)

Kopi til: Khalid Lafkiri (HOD), Cathrine Meland (HOD), Linda P. Grytten (Helsetilsynet), Anne Jensen (KS), Tonje Ek Brunvold (NAV), Helene Støversten (Bufdir), Else Karin Grøholt (Folkehelseinstituttet), Elisabeth Rønning (SSB), Unni Grebstad (SSB), Jorun Ramm (SSB), Anne Gro Pedersen (SSB), Arne Jensen (SSB), Andreas Hedum (SSB)

Innledning

Dokumentasjon: Referat fra møtet i Kontaktutvalget 2.5.2012 (R2012-05-02.doc, utsendt som sakspapir).

Referat fra møtet 2. mai var tidligere godkjent per epost og det var ikke ytterligere kommentarer.

Ny statistikk fra SSB: Bruk av fastlegetjenester

Dokumentasjon: Sak2_2012-11-21_Ny-statistikk_Kuhr.ppt (vedlagt)
<http://www.ssb.no/fastlegetj/>

Elin Skretting Lunde og Julie Kjelvik presenterte ny SSB-statistikk om befolkningens bruk av fastlegetjenester. Statistikken er basert på Kuhr-databasen fra HELFO, og dekker konsultasjoner hos fastlege (avgrenset gjennom tre takstkoder), koblet med sosio-demografiske kjennetegn ved pasientene fra SSBs registre: utdanningsnivå, innvandringskategori og landbakgrunn. I fremtiden kan det være relevant å utvide statistikken til å dekke også andre typer kontakt med fastlege og andre deler av helsetjenesten, f.eks legevakt. Årsaken til at SSB startet med statistikk for konsultasjoner hos fastlege, er at her er datakvaliteten best. Bare om lag to prosent av registrerte konsultasjoner må forkastes på grunn av ukjent identifikator (fødselsnummer).

Statistikken ble første gang publisert i september 2012 og gjelder konsultasjoner i 2010. 2011-årgangen forventes publisert i første kvartal 2013, 2012-årgangen forventes publisert i juni 2013. Deretter vil det bli årlig oppdatering av statistikken.

Som eksempler på hva statistikken viser, presenterte Lunde og Kjelvik figurer for forskjeller i andelen som konsulterte fastlege i 2010 etter kjønn og alder, etter bostedsfylke (aldersgruppen 20-29 år), etter utdanningsnivå og alder, etter innvandringskategori og alder og etter landbakgrunn (utvalgte land).

Kontaktutvalget viste stor interesse for den nye statistikken og mente at dette er en svært viktig statistikk som også viser ytterligere muligheter i kobling av individopplysninger. Gjeldende forskrifter gir ikke grunnlag for å utarbeide tilsvarende statistikk basert på data fra IPLOS, men Helsedirektoratet vurderer en forskriftsendring.

Dagens lovverk gir ikke anledning til å utvide statistikken med tabeller som inkluderer diagnose, men statistikken kan suppleres med aggregerte diagnosetabeller (uten kobling) fra KUHR. Det ble foreslått at Kontaktutvalget kan brukes som arena for å drøfte hvordan diagnoser bør grupperes i en ny statistikktabell. Marta Ebbing understreket at FHI gjerne vil samarbeide med SSB i dette arbeidet. Hun pekte videre på at tabellene som viser bruk av fastlegetjenester i ulike grupper kan være viktig å dokumentere før man ev. velger å samle inn sentrale kliniske parametre fra fastlegene.

Oppfølging: Statistikken om befolkningens bruk av fastlegetjenester foreslås satt på dagsorden på et senere møte, da med fokus på videreutvikling av diagnosetabell.

Ny organisering av Dødsårsaksregisteret

Marta Ebbing informerte om pågående arbeid for å avvikle databehandleravtalen mellom FHI og SSB og flytte databehandlingen av Dødsårsaksregisteret (DÅR) fra SSB til FHI. FHI er i dag databehandlingsansvarlig for 10 av de 15 sentrale helseregistrene.

Ebbing viste til at det for tiden pågår arbeid for å modernisere inngangen av dødsmeldinger til elektroniske meldinger (eMelding), at det er behov for å samle drift og modernisering av datainngang til samme instans, og at det er hensiktsmessig at driften av DÅR flyttes fra SSB til FHI.

På tidspunktet for siste møte i Kontaktutvalget, ventet FHI og SSB på skriftlig avklaring fra HOD om at flyttingen av driften av DÅR fra SSB til FHI innebærer virksomhetsoverdragelse. I etterkant av møtet er det blitt kjent at det er gjort vedtak om slik virksomhetsoverdragelse. FHI har i lengre tid arbeidet aktivt med forarbeid på IT-siden knyttet til overdragelsen. Det arbeides på flere fronter for å sikre en god prosess. System for DÅR-IT skal etter planen være klart juni 2013, mens FHI vil overta den fulle driften av DÅR fra 1.1.2014.

Kommuned diagnose

Dokumentasjon: Sak-4_Kommuned diagnose eller helseprofil_hat_2012-11-15.doc (vedlagt)

I mange sammenhenger blir det etterlyst et system for å koble statlige data med lokalt "egenproduserte" data, for slik å kunne gi et mer dekkende bilde av kommunale behov og tjenester. I Harald Tønseths sakspapir gjøres det rede for grunnlaget for begrepet "kommuned diagnose" og han reiser spørsmålet om det er ønskelig å igjen løfte frem begrepet og modellen. Det er vel 20 år siden Boonstra utarbeidet den mest kjente av slike diagnoser i Norge, for Askvoll kommune. Og selv om man her begrenset seg til helsesektoren, er det i prinsippet intet hinder for å benytte metoden også for andre sektorer.

Tønseth påpekte at utgangspunktet var mulighetene for å bruke statlige datasett kombinert med nærmiljødata (lokale spørreundersøkelser) som grunnlag for handling på lokalt nivå. Ut fra kommunedata, f.eks publisert gjennom KOSTRA, skulle en kommuned diagnose utløse en handlingsplan, etter mønster fra klinisk diagnose.

På 90-tallet ble det drøftet om statlige myndigheter burde utvikle et standardisert opplegg for nærmiljødelen av kommuned diagnosen. Det ble etter hvert en dragkamp mellom "helseprofil" og "kommuned diagnose", hvor "helseprofil" gikk seirende ut. Helseprofiler forutsetter ikke lokal datainnsamling som supplement; de er derfor billigere og "sikrere". Men når lokale data faller bort, får negative faktorer (som er lette å telle) lett en større plass i datagrunnlaget. Det som er vanskeligere å telle, slik som miljømessige ressurser og gjennomsnittlig helsetilstand, blir mindre synlig. Bør derfor staten legge til rette for å etablere et standardisert kommunalt datasett?

Heidi Lyshol fra FHI minnet om Folkehelseloven og Helsedirektoratets veileder i hvordan kommunene kan bruke data fra flere ulike kilder. Til dette svarte Tønseth at dette er positivt, men at det mangler en formalisert sjekkliste med standardiserte spørsmål for bruk av kommunene.

Samhandling. Orientering om arbeid i to arbeidsgrupper

Dokumentasjon: Sak5_2012-11-21_Samhandling.ppt (vedlagt)

I møte i Kontaktutvalget 2.5.2012 ble det orientert om workshop om Samhandling som Helsedirektoratet og SSB gjennomførte 16. februar 2012, og planer for nedsetting av fire arbeidsgrupper (sak 3). Geir Hjemås og Pål Martin Vinghøg orienterte om hovedtrekk fra arbeidet i to av disse gruppene, arbeidsgruppe for populasjonsavgrensning og arbeidsgruppe for regnskap og regnskapsstørrelser.

Arbeidsgruppe for populasjonsavgrensning

Formålet med arbeidet er:

- Gjennomgå retningslinjene med særlig fokus på å håndtere nye typer virksomheter i gråsonen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- Utarbeide en plan for hvordan definisjoner og retningslinjer skal bli formidlet til aktuelle rapportører; kommuner, helseforetak og private helseinstitusjoner

Hjemås viste hvordan utvikling av statistikk som setter sammen data fra ulike kilder krever at felles identifikasjonsnøkkel for enheter blir brukt. Dette gjelder all helsestatistikk, også mulig statistikk som dekker samhandling. En slik felles identifikasjonsnøkkel bør være organisasjonsnummer (for bedrift) fra Enhetsregisteret. Blant variablene i Enhetsregisteret er ”næringskode” som angir hva som er hovedaktiviteten i enheten. Næringskoder kodes etter nasjonal variant av internasjonalt kodeverk. Fastsetting av næringskode skal skje ut fra enheters hovedaktivitet, definert som økonomisk aktivitet, dvs. produksjon av varer eller tjenester.

”Samhandling” vil ut fra dette ikke falle inn under begrepet hovedaktivitet, men være et supplement til en enhets aktivitet, som f.eks kan være sykehusdrift.

Hjemås påpekte at i tillegg til nåværende datakilder, kan meldinger fra Norsk helsenett være en mulig fremtidig datakilde for å fastslå mellom hvilke enheter det skjer samhandling.

Det vil arbeides videre med utvikling av definisjoner og retningslinjer i samarbeid med henholdsvis KS og RHF’ene. I samråd med dem vil SSB forsøke å finne egnede arenaer for å videreformidle konklusjonene. Det er viktig å motivere KS og RHF’ene til å få eierskap til arbeidet, for slik å bidra til at de aktivt arbeider for å spre informasjon.

Arbeidsgruppe for regnskap og regnskapsstørrelser

Formålet med arbeidet er:

- Gjennomgå kontoplaner som ligger til grunn for regnskapsstatistikk i hhv. KOSTRA (kommunehelse og pleie og omsorg) og spesialisthelsetjenesten, med særlig fokus på sammenlignbare størrelser
- Samordne revisjonsrutiner så langt det lar seg gjøre

Vinghøg orienterte fra arbeidet i gruppa hvor SSB, KS, Helse Sør Øst RHF og Helsedirektoratet er representert. I tillegg til punktene over, ser gruppa på muligheter for å løfte frem særlig interessante størrelser som statistikk. Blant disse er oppgjør for utskrivningsklare pasienter i HF’enes kontoplan, som i kommuneregnskapene føres som kjøp fra staten. Det er verdt å merke seg at det ikke er et én-til-én forhold mellom de to, slik at data må analyseres videre.

Det planlegges et Samhandlingsseminar 14. februar 2013, hvor flere enn Helsedirektoratet og SSB vil inviteres.

Oppfølging: I neste møte i Kontaktutvalget presenterer Helsedirektoratet arbeidet som er gjennomført i de to øvrige arbeidsgruppene (”Lovpålagte samarbeidsavtaler” og ”Pasienter og brukere”).

Arbeidsulykker

Vassenden orienterte kort om at Norge per i dag fortsatt ikke oppfyller kravene i forordningene om arbeidsulykker. SSB vil holde Kontaktutvalget orientert om videre utvikling i saken.

Orientering fra internasjonale møter

Dokumentasjon: Sak-7_DÅR_Køln_2012-09-12-14.doc
Sak-7_ESAW_doc20Rev_final_minutes_2012-06-28-29.pdf
Sak-7_Rapport fra ESAW_WG_2012-06-28-29.doc
Sak-7_ESTAT_WG_PHmøte_2012-09-25-26.doc
Sak-7_OECD_2012-10-11.doc
(Alle vedlagt)

Vassenden henviste til de utsendte referatene og oppfordret møtedeltakerne til å stille spørsmål til disse. Ingen spørsmål ble stilt.

Eventuelt

Vassenden foreslo at det planlegges med fire møter i Kontaktutvalget også i 2013, men at man vurderer hvorvidt man har saker nok for å arrangere møtene fra gang til gang. Det foreslås å beholde onsdager 10-11.30 som møtetidspunkt. Borgny Vold sender ut forslag til møtedatoer med referatet.

Helsedirektoratet foreslo at man på møtet i mars setter kvalitetsindikatorer på dagsorden, da de publiserer rapport om dette arbeidet i januar.

B

Returadresse:
Statistisk sentralbyrå
NO-2225 Kongsvinger

Avsender:
Statistisk sentralbyrå

Postadresse:
Postboks 8131 Dep
NO-0033 Oslo

Besøksadresse:
Kongens gate 6, Oslo
Oterveien 23, Kongsvinger

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

ISBN 978-82-537-8643-8 (trykt)
ISBN 978-82-537-8644-5 (elektronisk)
ISSN 1891-5906

ISBN 978-82-537-8643-8



9 788253 786438



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway