

Jon Holmøy

Årsrapport 2000
Kontaktutvalget for helse-
og sosialstatistikk

ÅRSRAPPORT

Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 2000

Innhold

1	Avtale, mandat, representasjon.....	2
1.1	Viktige tema i Kontaktutvalgets virksomhet i 2000.....	2
1.2	Mandat for Kontaktutvalget	2
1.3	Møter i 2000	4
2	Arbeidsgruppene	4
2.1	Arbeidsgruppe for internasjonal rapportering	4
3	KOSTRA.....	4
3.1	Årsrapporter og skjemaforslag fra arbeidsgruppene til Samordningsrådet (sak til Samordningsrådets møte 19.8).....	5
3.1.1	Hovedinntrykket fra årsrapportene og behandlingen i kontaktutvalget	5
3.1.2	Godkjenning av KOSTRA-skjemaene for 2001	5
3.2	Funksjonsinndelingen i KOSTRA.....	6
3.3	Fylkes-KOSTRA i lys av statlig overtakelse av sykehusene.....	7
3.3.1	Konkurransetsetting - privatisering - oppgaveplikt.....	7
4	Andre aktuelle saker	7
4.1	Prioritering. Overordnet strategi for helse- og sosialstatistikk.....	7
4.2	Formidling og publisering av statistikk.....	9
4.3	Registerbasert personellstatistikk.....	9
4.4	Godkjenning av spørreskjema sendt fra SINTEF Unimed NIS SAMDATA.....	10
4.5	Regional stats rolle når det gjelder innsamling og kvalitetssikring av statistikkdata.....	10
4.6	Opplæring	10
4.7	Styringsdata kontra data til andre formål	10
4.8	Hører trygdestatistikk til Kontaktutvalgets arbeidsområde.....	11
4.9	Norsk pasientregister (NPR)	11
Vedlegg		
1.	Avtale om statistiksamarbeid mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå.....	12
2.	Arbeidsgrupper i KOSTRA-kommune - Mal for sammensetning, ledelse og mandat	14
3.	Kostrafunksjonene som mulighet og begrensning for sektorstatistikken	16
4.	Mål og midler innen helse- og sosialstatistikken – Bidrag til en strategi	27
5.	Publiseringer siste 18 måneder innen Kontaktutvalgets fagfelt.....	34
De sist utgitte publikasjonene i serien Notater		36

1 Avtale, mandat, representasjon

Kontaktutvalget ble etablert som en direkte følge av et behov for å samordne Helsetilsynets, Sosial- og helsedepartementets og Statistisk sentralbyrås datainnsamling innenfor områdene helse- og sosialstatistikk. Den første avtalen om statistiksamarbeid fra 1994 ble revidert i september 1998, blant annet for å samordne avtalen med det igangsatte KOSTRA-prosjektet. Et nytt punkt i avtalen av 1998 er at Kommunenes Sentralforbund er invitert 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 utvalgets arbeid eller i utvalgets arbeidsgrupper. Avtalen om statistiksamarbeid mellom den sentrale helseforvaltningen og Statistisk sentralbyrå er gjengitt i vedlegg 1.

1.1 Viktige tema i Kontaktutvalgets virksomhet i 2000

I 2000 har arbeidet i utvalget og arbeidsgruppene i stor grad vært rettet inn mot datainnsamlingen og utviklingsarbeidet som foregår i regi av KOSTRA.. Temaer som kan nevnes er:

- Samordning av datainnsamling og diskusjon av aktuelle utviklingstrekk som har eller kan få betydning for datainnsamling og statistikkinnhold.
- Funksjonsinndelingen i KOSTRA
- Kvalitetssikring av statistikken, regional stats rolle i kvalitetssikringen av data
- Formidling og publisering av statistikk: Status og strategi
- Forholdet mellom register- og skjema-statistikk, jf. registerbasert helsepersonellstatistikk.

Utvalget har ellers satt i gang en debatt om overordnet strategi for helse- og sosialstatistikken og i den forbindelse diskutert temaer som aktualitet og tilgjengelighet.

Videre har Kontaktutvalget diskutert sosial- og leveårsstatistikks plass i utvalgets arbeid, og diskutert om trygdesektoren hører under Kontaktutvalgets arbeidsområde.

1.2 Mandat for Kontaktutvalget

Kontaktutvalget vedtok 25.6.1999 følgende mandat for utvalgets arbeid:

Kontaktutvalgets mandat er gitt i avtalen om statistikksam arbeid mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå, datert september 1998.

Utvalget skal ha følgende sammensetning (faste medlemmer):

2 representanter fra Statens helsetilsyn.

6 representanter fra Sosial- og helsedepartementet.

1 fra Pleie- og omsorgsavdelingen

1 fra Sosialavdelingen

1 fra Helseavdelingen

1 fra Sykehusavdelingen

1 fra Forebyggings og rehabiliteringsavdelingen

1 fra Administrasjons- og budsjettavdelingen

2 representanter fra Statistisk sentralbyrå.

1 fra Seksjon for helsestatistikk

1 fra Seksjon for levekårsstatistikk

1 representant fra Kommunenes Sentralforbund.

Det utnevnes personlige vararepresentanter for de faste medlemmene. Varamedlemmene har møterett. På møtene kan partene i tillegg til de fastemedlemmene/varamedlemmene, la seg representere med personer med relevant fagkompetanse på de aktuelle virksomhetsområdene. Det er bare de faste medlemmene, ev. representert ved varamedlem som deltar i beslutninger. De faste medlemmene av Kontaktutvalget samt vararepresentantene oppnevnes for en periode på 2 år.

Statistisk sentralbyrå holder sekretariat for utvalget.

Kontaktutvalget møtes ved behov, anslagsvis 6-8 ganger pr. år.

Ved utløpet av hvert år utarbeider Kontaktutvalget en årsrapport om sin virksomhet. Denne legges fram på et møte der de tre avtalepartnerne deltar på direktørnivå.

Kontaktutvalget. Medlemmer og vararepresentanter desember 2000

Organisasjon	Medlemmer		Varamedlemmer	
	Stilling	Navn	Stilling	Navn
SHD. Helseavd	Sen.rådgiver	Jan Tvedt	Rådgiver	Tor Karlsen
SHD. Sykehusavd	Rådgiver	Øyvind Christensen	Rådgiver	Maiken Engelstad
SHD. Foreb/rehab. avd	Byråsjef	Tale Teisberg	Rådgiver	Marit Lie
SHD. Sosialavd	Rådgiver	Bente Hagerupsen	Rådgiver	Ellen Jahr
SHD. Administrasjonsavd	Rådgiver	Claude Courbat		
SHD. Pleie/omsorg. avd	Rådgiver	Catrine Bangum	Rådgiver	Helle Gran
Htil	Avd.dir.	Anne Wyller Shetelig	Fagsjef	Jo Kittelsen
Htil	Rådgiver	Elin Sæther	Sen.rådgiver	Inger Stensvold
KS	Rådgiver	Kari Rolstad	Rådgiver	Magne Hustad
SSB	Seksjonssjef	Ann Lisbet Brathaug		
SSB	Seksjonssjef	Berit Otnes		
SSB (sekretariat)	Rådgiver	Jon Holmøy		
SSB (sekretariat)	Rådgiver	Harald Tønseth		

1.3 Møter i 2000

Utvalget har hatt 6 møter i 2000:

- onsdag 19. januar
- torsdag 16. mars
- torsdag 4. mai
- fredag 23. juni
- tirsdag 10. oktober
- torsdag 14. desember

I tillegg arrangert Kontaktutvalget et møte 7. juni der departementsråden fra SHD, helsedirektøren og administrerende direktør fra SSB var til stede.

2 Arbeidsgruppene

I alt er det 7 faste arbeidsgrupper under Kontaktutvalgets. Det er arbeidsgruppene for:

- sosialkontortjenester
- pleie- og omsorgstjenester
- kommunehelsetjenester
- psykiatriske spesialisthelsetjenester
- somatiske spesialisthelsetjenester
- tannhelsetjenester
- ambulansetjenester og AMK-sentraler

Disse gruppene fungerer også som Samordningsrådets arbeidsgrupper på sine respektive felt og alle ledes av representanter fra Statistisk sentralbyrå (mandat for arbeidsgruppene; vedlegg 2).

I tillegg til de faste arbeidsgruppene ble det i 2000 nedsatt en midlertidig arbeidsgruppe for psykisk helse i kommunene. Gruppen skal se nærmere på rapporteringen vedrørende øremerkede tilskudd til psykisk helse.

Ut over dette har Kontaktutvalget også nedsatt en midlertidig gruppe for internasjonal rapportering, se punkt 2.1.

2.1 Arbeidsgruppe for internasjonal rapportering

I 1999 ble det opprettet en midlertidig arbeidsgruppe for internasjonal rapportering. Gruppen fikk i mandat å kartlegge status for dagens rapportering til internasjonale organisasjoner og med bakgrunn i dette å planlegge fremtidig organisering av internasjonal rapportering av helse- og sosialstatistikk. Målet er å få koordinert den internasjonale rapporteringen på området slik at den kan gjøres på en mest mulig rasjonell og arbeidsbesparende måte. Arbeidsgruppen skulle etter planen avlevere rapport i august 2000. På grunn av arbeidssituasjonen i seksjon for helsestatistikk er rapporten blitt forsinket og vil bli levert Kontaktutvalget i mars 2001.

Når arbeidsgruppen har slutført sin rapport vil Kontaktutvalget vurdere om det er behov for å oppnevne en permanent arbeidsgruppe for internasjonal rapportering.

3 KOSTRA

I år 2000 har det meste av Kontaktutvalgets arbeid vært knyttet til utviklingsarbeidet som drives i KOSTRA. Etter at Samordningsrådet ble opprettet har Kontaktutvalget til tider følt at det er uklart hvor beslutningsmyndigheten vedrørende statistikkutviklingen på feltet helse- og sosialstatistikk ligger. I avtalen om statistiksamarbeid mellom den sentrale helseforvaltningen og Statistisk

sentralbyrå, blir det slått fast at Samordningsrådet har som mandat å samordne rapporteringen fra kommunesektoren til staten, se punkt 7 i avtalen. Samordningsrådet er av rådgivende karakter, og fagdepartementet har det formelle ansvar for rapporteringsordningene. Videre står det at Kontaktutvalget vil være Samordningsrådets forum for helse- og sosialstatistikk, og utvalget skal påse at statistikkutviklingen skjer i tråd med de prinsipper som er trukket opp i Samordningsrådets mandat, og også sørge for å følge opp de råd som Samordningsrådet gir. Kontaktutvalget skal ellers samordne eventuelle henvendelser/problemstillinger som skal fremmes for Samordningsrådet.

Med bakgrunn i dette har Kontaktutvalget sett det som viktig at alle saker innenfor utvalgets område som tas opp til behandling i Samordningsrådet, har vært gjenstand for en grundig faglig drøfting og vurdering i Kontaktutvalget. I praksis viser det seg, som påpekt i forrige årsrapport, at det blir for lite tid for Kontaktutvalget til å utrede og behandle aktuelle saker på en forsvarlig måte.

Så lenge forholdet mellom Samordningsrådet og kontaktutvalget ikke er formalisert når det gjelder saksgang og avgjørelsesmyndighet finnes det ingen garanti for at alle saker får en faglig forsvarlig behandling. Kontaktutvalget bør få laget et dokument som presiserer kompetanseforholdet mellom Samordningsrådet og Kontaktutvalget.

3.1 Årsrapporter og skjemaforslag fra arbeidsgruppene til Samordningsrådet (sak til Samordningsrådets møte 19.8)

Skjemaforslagene og arbeidsgruppene rapporter skal sendes Samordningsrådet innen 30. juni. For at det skulle være mulig å ta hensyn til og innarbeide eventuelle merknader fra kontaktutvalget ble kontaktutvalgets møte for sluttbehandling av dokumentene berammet til 23 juni, en uke før oversendingsfristen. Verken skjemautkastene eller rapportene fra arbeidsgruppene forelå før noen få dager før kontaktutvalgets møte, noen ble utlevert på møtet. Medlemmene fikk derfor ikke tilstrekkelig tid til å sette seg skikkelig inn i dokumentene, og gjennomføre en intern behandling før møtet. Det ble derfor vanskelig å treffe endelige beslutninger på møtet. I flere saker forbeholdt medlemmene seg å kunne gi ytterligere merknader eller fremme endringsforslag i etterkant av møtet. Det ble sterkt understreket at det må innføres rutiner som hindrer at slike tilstander ikke oppstår i kommende år.

3.1.1 Hovedinntrykket fra årsrapportene og behandlingen i kontaktutvalget

Samordningsrådet har når det gjelder samordning lagt hovedvekten på reduksjon i innrapporteringen. Innenfor kontaktutvalgets område er det imidlertid lite reduksjon. Få om noen øremerkede tilskudd er falt bort, og den løpende statistikken er ikke redusert. Kommunene vil stort sett møte det samme rapporteringskrav som tidligere.

Alle arbeidsgruppene har gjennomgått rapporteringer i tilknytning til øremerkede tilskudd innen sitt område. Noen generelle trekk kan listes opp: Mange øremerkede tilskudd tildeles ikke til alle kommuner og/eller er av kortvarig karakter. De egner seg derfor dårlig for integrering i løpende KOSTRA-rapportering. Samordning innebærer også å unngå dobbeltregistrering. Arbeidsgruppene har vist at det ikke/eller i svært liten grad er dobbeltinnhenting av data i KOSTRA-sammenheng og rapportering av de øremerkede tilskudd ellers til departementet/andre.

3.1.2 Godkjenning av KOSTRA-skjemaene for 2001

Arbeidsgruppen for pleie og omsorgsstatistikk fikk tilslutning til sitt forslag om å redusere omfanget (antall spørsmål) av skjema 3. Skjemaet skal til gjengjeld omfatte flere brukergrupper. I de øvrige skjemaene som hører under arbeidsgruppens ansvarsområde (4-6) er det bare gjort noen mindre endringer.

Forslaget fra *arbeidsgruppen for kommunehelse* om at registrering av timeverk knyttet til legevakt tas ut av skjema fikk tilslutning på møtet. Det ble likevel understreket at det, i rapporten til samordningsrådet, må signaliseres klart at det er behov for opplysninger om legevakt. Organisering og indikasjoner på omfang er viktige opplysninger for kommunene. Forslaget om at timeverk til sosialt forebyggende arbeid flyttes fra skjema 1 til skjema for sosiale tjenester fikk tilslutning.

Fra *arbeidsgruppen for sosialkontortjenester* forelå verken skjema eller rapport til møtet. Et notat om foreslåtte endringer ble gjennomgått.

Det var ingen vesentlige merknader til forslagene fra *arbeidsgruppen for psykisk helsearbeid i kommunene*.

Tre forslag fra *arbeidsgruppen for somatikk* ble diskutert:

Forslag om å slå sammen ansatte i gruppene; fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, psykologer og annet pleiepersonell til en gruppe - annet personell i pasientrettet arbeid, fikk ikke støtte i utvalget.

Forslag om å redusere antall siffer i avdelingskoden fra 4 til 2 ble vedtatt. Det ble imidlertid påpekt at sykehusene må benytte 4-sifternivået i ulike sammenhenger, og at det derfor kanskje ikke er noe å vinne ved å redusere til to siffer i KOSTRA-rapporteringen.

Drøftingene om forslaget om å slå sammen funksjon 670 (utadrettede støttefunksjoner) og 673 (særskilte funksjoner) endte med den konklusjon at funksjonene ikke skal slås sammen, samtidig som det ble sterkt framhevet at veiledningen må klargjøre innholdet bedre.

Det kom til uttrykk et ønske om skjema for AMK-sentraler. Ellers var det ingen merknader til arbeidsgruppens forslag.

Skjema og utkast til rapport fra *arbeidsgruppen for psykiatri* ble utdelt på møtet, og endringsforslagene for psykiatriskjemaene ble vedtatt.

3.2 Funksjonsinndelingen i KOSTRA

Notat HAT 8/3-00. (Kostrafunksjonene som mulighet og begrensning for sektorstatistikken Vedlegg 3) er utarbeidet som grunnlag for diskusjon om funksjonsinndelingen i arbeidsgruppene. Funksjonsinndelingen er mer avgjørende for gruppering i regnskapsstatistikken enn for grupperinger som kan foretas innenfor statistikken over tjenester. Det er derfor viktig å være klar over at funksjonsinndelingen må vurderes mot hva sektorstatistikken vil ha ut av regnskapsstatistikken, eller med andre ord hvilke tjenester det er ønskelig å få regnskapsdata for. Som eksempel nevnes at den eksisterende funksjonsinndelingen ikke synliggjør omsorgsboligene. Kostnadselementer knyttet til tjenester i omsorgsboliger kommer derfor ikke fram. Sammenligning med kostnader for institusjons- og/eller hjemmetjenester er således ikke mulig.

Det er enighet i utvalget om at endring av funksjonene bare skal gjøres når det er strengt nødvendig.

Kontaktutvalget sluttet seg til forslaget fra *arbeidsgruppen for pleie og omsorgsstatistikk* om å gjøre funksjonene 261 (Botilbud i institusjon) og 262 (Botilbud utenfor institusjon) til rene driftsfunksjoner. Funksjonene 234, 253 og 254 opprettholdes uendret (med unntak av det som følger av endringer i 261 og 262). Forslaget fra pleie- og omsorgsgruppa ble ikke tatt til følge i regnskapsgruppa, med begrunnelsen at dette ev. vil stå imot et gjennomgående prinsipp i KOSTRA. Regnskapsgruppa påpeker imidlertid at forslaget på sikt kan bli vurdert på bredere basis.

Flytting av timeverk til sosialt forebyggende arbeid fra skjema 1 til skjema for sosiale tjenester, slik *arbeidsgruppen for kommunehelse* fikk tilslutning til, innebærer at funksjon 233 (Forebyggende arbeid, helse og sosial) heretter vil omfatte miljørettet helsevern og annet

forebyggende helsearbeid hjemlet i lov om kommunehelsetjenesten. Denne endringen foreslås fulgt opp av en tilsvarende endring i regnskapsføringen.

I forbindelse med forslag fra *arbeidsgruppen for sosialkontortjenester* om utvidelse med en ny rad for registrering av personell på funksjon 272, ble det diskutert å slå sammen funksjon 271 (Sysselsetting av arbeidsledige) og 272 (Arbeid for yrkes- og utviklingshemmede). Kontaktutvalget foreslår sammenslåing, men signaliserer at hvis kommunene har nytte av/trenger dataene har utvalget ikke noe imot å opprettholde skillet. Forslaget om sammenslåing ble ikke tatt til følge i regnskapsgruppa. Begrunnelsen er at kommunerepresentantene i regnskapsgruppa ikke ønsket en slik sammenslåing.

Drøftingene av forslaget fra *arbeidsgruppen for somatikk* om å slå sammen funksjon 670 (Utadrettede støttefunksjoner) og 673 (Særskilte funksjoner) endte med den konklusjon at funksjonene ikke skal slås sammen, samtidig som det ble sterkt framhevet at veiledningen må klargjøre innholdet bedre. For øvrig støttet Kontaktutvalget forslaget fra arbeidsgruppa om å skille polikliniske behandling ut fra den generelle behandlingsfunksjonen og ha denne som egen funksjon. Dette ble heller ikke tatt til følge i regnskapsgruppa og begrunnet med at det ikke var klare nok retningslinjer for hvordan dette skulle gjøres.

3.3 Fylkes-KOSTRA i lys av statlig overtakelse av sykehusene

Dagens opplegg innebærer at fylkene skal rapportere sykehusdata (somatikk, psykiatri mv.) via KOSTRA-opplegget. Ved eventuell statlig overtakelse av sykehusene vil rapportering ikke lenger formelt bli en del av KOSTRA. KRD har på denne bakgrunn nedprioritert arbeidet med KOSTRA sykehus. Det informasjonsbehov som var tenkt dekket via de skjemaene som det er enighet om, faller ikke bort fordi sykehusene får en annen eier. Det presiseres at en må ha rapportering/statistikk om den somatiske helsetjenesten uavhengig av hvilket forvaltningsnivå den knyttes til. Også elektronisk rapportering bør videreføres og det er viktig at slik rapportering hjemles. Det vil bli jobbet videre med denne saken i 2001.

3.3.1 Konkurransetsetting - privatisering - oppgaveplikt

KOSTRA-rapportering omfatter bare kommunal/fylkeskommunal tjenesteyting. For å få heldekkende statistikk kan det, både for sykehusene og på områder ellers hvor det forekommer både privat og kommunal tjenesteyting, bli tale om KOSTRA-rapportering kombinert med annen rapportering.

Seksjon for offentlige finanser og kredittmarkedsstatistikk i SSB arbeider med en utredning om konsekvensene av konkurranseutsetting. Kontaktutvalget avventer resultatet av dette før det arbeides videre med saken.

4 Andre aktuelle saker

4.1 Prioritering. Overordnet strategi for helse- og sosialstatistikk

I brev av 29.10.99 til SSB reiser SHD spørsmål om helse- og sosialstatistikkens plass i den offisielle statistikken, og fordelingen av statsoppdraget på ulike statistikkområder. SHD er ikke fornøyd med SSBs satsing på helse- og sosialstatistikk. SHD har merket seg at SSB har i sine planer å styrke området, og man ønsker en vurdering av oppfølgingen av planene. Denne saken kom også opp på ”direktørmøtet” den 7.6.2000, og det ble framhevet at Departementet ønsker feltet bedre statistisk belyst enn i dag, og føler ikke at feltet vies nok oppmerksomhet i Statistisk

sentralbyrå. Det ble også nevnt at man opplever at framdriften av oppdrag er personavhengig, og ikke prioritert når medarbeidere slutter, med den følge at arbeidet stopper opp.

Med utgangspunkt i prioriteringsspørsmålet og behovet for statistikk på feltet, ble det på direktørmøtet enighet om at man mangler en samlet strategi for statistikkproduksjonen på feltet. Arbeidet med en strategiplan krever skikkelig oversikt over eksisterende statistikk, datakilder og datafangst. Uten slik oversikt blir det vanskelig å konkretisere mangler og begrunne behov for ny statistikk. KOSTRA virker for tiden stort og overveldende, men representerer kanskje likevel en mulighet for å gjennomgå statistikken, skaffe oversikt over hva vi har og deretter vurdere hva av dette som trengs, hva som kan legges ned og hva som må utvikles av nytt ut fra hva vi vet om utviklingen framover.

Arbeidet med en overordnet strategi vil også måtte innebære en vurdering av ressursbruken og fordelingen på ulike aktører i statistikkproduksjonen. I en strategidrøfting er det også mange databrukere som bør høres. Det er ikke bare forvaltningens databehov som må ivaretas.

Statistisk sentralbyrås rolle innebærer at statistikken på dette feltet samordnes så langt det er mulig med annen statistikk. Ved bruk av felles standarder og definisjoner vil denne statistikken framstå som en del av et samlet statistikkssystem.

Statistisk sentralbyrå skal sørge for koordinering og baserer seg i stor grad på gjenbruk av data. Statistisk sentralbyrå har fullmakter til å stille sammen data fra ulike kilder som få eller ingen andre har. Sammen med lovbestemte rettigheter til administrative registerdata gir dette gode muligheter for å utnytte data som blir registrert uten å belaste oppgavegivere ekstra. Hvert år de siste 10 år har SSBs midler over statsbudsjettet reelt sett blitt redusert. En stadig større del av SSBs statistikkproduksjon må finansieres ved oppdrag. Økende avhengighet av departementsfinansiering av løpende statistikk vurderes ikke som udelt positiv i SSB.

SSBs strategiplan 1997 er under revisjon, og spørsmålet om en strategi for utvikling av helse- og sosialstatistikken er tatt opp i Kontaktutvalget. SHD har utarbeidet notatet 28.11.2000, CC (Mål og midler innen helse- og sosialstatistikken – Bidrag til en strategi. Vedlegg 4) som ble presentert på møte i utvalget 14. desember.

I presentasjonen ble det understreket at notatet var å betrakte som et tidlig innspill til SSBs arbeid med ny strategiplan. Etter departementets vurdering er utarbeiding av en strategiplan for statistikk en oppgave for SSB, men samtidig er det viktig at departementets behov og synspunkter på statistikkutviklingen er kjent under arbeidet med planen, og ikke kommer først under høringen etter at planen er ferdig.

Helse- og sosialsektoren er stor og uensartet, og det er vanskelig å se for seg at man kan ha en like detaljert strategi på alle områder. Ulike samarbeidsprosjekter er viktige i totaliteten.

Fra departementets synspunkt er overordnede mål for statistikken knyttet til såkalt styringsinformasjon; Planlegging - styringsdialog, informasjon til styringsorganer og publikum, evaluering - resultatvurderinger.

Notatet gir en oversikt over sentrale samarbeids- og utviklingsområder innen helse- og sosialstatistikken og behandler en rekke spørsmål som er viktige i arbeidet med en strategiplan for området.

Overordnede mål for helse- og sosialstatistikken

- Gi grunnlag for SHDs politikk og styringsinformasjon
- Gi kunnskap om sentrale sammenhenger og utviklingstrekk i samfunnet
- I størst mulig grad bygge på lokale registreringsbehov og registerdata

Virkemidler

- Kan organisatoriske grep gjøre samordningen enklere og bidra til mer og bedre statistikk
- Forholdet mellom statsoppdraget og oppdragsfinansiering bør vurderes prinsipielt

- Pleie- og omsorgsstatistikken, IPLOS spesielt, er prioritert satsingsområde for SHD de nærmeste årene.

Det blir lagt vekt på aktualiteten som et viktig element i vurderingen av en statistikk.

Det var alminnelig tilfredshet i utvalget over det framlagte notat, og det initiativ som SHD hadde tatt. Notatet tar opp så vidt mange spørsmål at de ikke kan gis en grundig behandling i løpet av ett møte. Notatet vil bli nærmere drøftet i utvalgets møter i 2001.

4.2 Formidling og publisering av statistikk

På direktørmøtet ble det framhevet at det er viktig regelmessig å snakke om hvilke planer som foreligger om publisering. Spørsmålet om mulighetene for å påvirke SSBs publiseringsplaner ble stilt

Når det gjelder publisering satser Statistisk sentralbyrå sterkt på Internett, og tror man derved kan få en mer fruktbar dialog med brukerne. Det vi publiserer passer ofte ikke for noen brukere. For forskere og andre fagfolk er informasjonen ofte altfor aggregert, mens mer vanlige folk har vanskelig for å tolke tallene, og vil ønske seg mer analyse som følger tallene. De framtidige publikasjoner i serien Norges offisielle statistikk (NOS) vil først og fremst ivareta behovet for dokumentasjon av dataene (metadata), og ellers bli formet som introduksjon/veiviser til data på Internett. Direktørmøtet ba Kontaktutvalget sette publisering og formidling på dagsorden.

Kontaktutvalget har fulgt opp ved at SSB til møtet 10. oktober la fram en liste over publiseringer i år 2000 og orienterte om det generelle opplegget for publisering. Til møtet 14. desember la SSB fram oversikt over planlagte publiseringer i 2001.

NOS(Norges Offisielle Statistikk)-publikasjonene vil først og fremst gi nødvendig dokumentasjon og ellers bare inneholde de viktigste hovedtall. Detaljerte tabeller vil bli tilgjengelige på Internett i tilknytning til en DS-presentasjon som frigir statistikken.

SA(Statistiske Analyser)-publikasjoner vil gi mer tekstlige kommentarer og analyser av statistikk. Det ble orientert om noen publikasjoner som er under arbeid, bl.a. om SA Helsetjenester som er delvis finansiert av SHD.

Samfunnsspeilet som hittil har kommet i sammendrag på Internett vil for framtida bli lagt ut i sin helhet.

Sosialt utsyn (SU) planlegges endret i forhold til sin nåværende form og omgjort til temapublikasjoner som i løpet av en periode på 4 år dekker innholdet i SU. Bakgrunnen for endringsforslaget er at 2 år mellom hver utgave er for ofte. Før endringen iverksettes blir det innhentet synspunkter fra brukerne

Oversikten over publiseringer ble vurdert som nyttig. Oversikten bør diskuteres i utvalget med visse mellomrom.

4.3 Registerbasert personellstatistikk

Kontaktutvalget har siden 1999 blitt orientert om prosjektet registerbasert personellstatistikk, men har ellers hatt lite direkte kontakt med det utviklingsarbeidet som skjer. Det antas at prosjektet vil få stor betydning for personellstatistikken som samles inn innenfor utvalgets ansvarsområde, og det blir derfor svært viktig for Kontaktutvalget å følge personellprosjektet framover.

4.4 Godkjenning av spørreskjema sendt fra SINTEF Unimed NIS SAMDATA

I henhold til avtalen mellom SHD og SINTEF Unimed NIS SAMDATA skal alle skjema som NIS sender ut til sykehus og fylker samordnes og godkjennes av Kontaktutvalget. Kontaktutvalget fikk i desember 2000 skjemaenkast fra SINTEF-Unimed (NIS) for datainnsamling i 2001. Deler av spørsmålene på skjemaene var overlappende med annen datainnsamling, og SSB fikk i oppdrag å gjennomgå skjemaene i detalj med fagansvarlige i SHD. Utgangspunktet var at all doobbelrapportering skal unngås. Etter den gjennomgangen SSB og SHD hadde ble det besluttet at skjemaene som samlet inn data på somatikkområdet skulle utgå, mens psykiatriskjemaet skulle gå som foreslått. Dette er den eneste innsamlingen av opplysninger vedrørende øremerkede tilskudd til psykiatrien..

4.5 Regional stats rolle når det gjelder innsamling og kvalitetssikring av statistikkdata

Spørsmålet om regional stats(fylkeslegene og fylkesmennene) rolle når det gjelder veiledning til kommunene og kvalitetssikring av KOSTRA-data har vært diskutert i Kontaktutvalget ved flere anledninger. Begrunnelsen for å engasjere regional stat i kvalitetssikring, er den lokalkunnskap man da kan dra nytte av, både i opplæring, veiledning og kvalitetssikring. Av ressursmessige og rent praktiske hensyn er Statens helsetilsyn i tvil om hvor stor grad regional stat bør/kan involveres i kvalitetssikringen. Etter omleggingen til KOSTRA, vil dette også kreve investering i nytt teknisk utstyr og programvare hos fylkeslegene, samtidig som nye rutiner må etableres. Konklusjonen fra Kontaktutvalget er at oppgavegiverne har hovedansvaret for å avgi riktige data. Den aller viktigste oppgaven for regional stat bør være å bruke ressurser på å ansvarliggjøre kommunene slik at de leverer gode data ved første rapportering. Hvis vi kan oppnå å ansvarliggjøre oppgavegiverne blir det forhåpentligvis mindre bruk for å involvere regional stat i kvalitetssikring i ettertid. I dette perspektivet blir det viktig å unngå at det etableres rutiner, bygges opp kompetanse og anskaffes kostbart utstyr som det senere viser seg ikke å være bruk for.

Alt i alt er man kommet til at opplæring og veiledning av oppgavegiverne bør være det viktigste bidrag fra regional stat, og at dette forvaltningsnivået skal ut av den direkte kvalitetssikringen av innrapporterte data. Det må understrekes at SSB fortsatt vil samarbeide med regional stat om kvalitet på dataene, forskjellen er at den selvstendige rollen som regional stat har hatt i arbeidet blir borte. En gradvis tilpassing til det nye systemet anbefales.

4.6 Opplæring

Kontaktutvalget har vært opptatt av kvaliteten på statistikkene som utarbeides, og hva man kan gjøre for å høyne denne. Sett på bakgrunn av dårlig kvalitet på deler av det som innrapporteres, blir opplæringen i tjenesterapportering betraktet som et meget viktig element i arbeidet med å øke kvaliteten. Det framheves at opplæring og ansvarliggjøring av de lokale oppgaveutfyllere bør vies stor oppmerksomhet. Deres innsats er helt avgjørende for statistikkens kvalitet, aktualitet og kostnad. Både helsetilsynet og departementet har gjennomført eller fått gjennomført undersøkelser om hvilken opplæring oppgavegiverne har fått. Planen har vært å lære opp regional stat som så i sin tur skal stå for opplæring av kommunenivået. Resultatene ser ut til å være nokså blandet. Hovedproblemet ser ut til å være at det mangler en gjennomtenkt opplæringsstrategi. Det sendes ut mye informasjon, men det virker ikke som mottakerne har tilstrekkelig oversikt til å se sammenhengen mellom de ulike delene.

Statistisk sentralbyrå har i 2000 også ønsket å satse sterkere på opplæring av oppgavegivere og forebygge feilrapportering, og har i denne sammenheng bidratt med egne innlegg på en rekke regionale opplæringsmøter.

4.7 Styringsdata kontra data til andre formål

Det er store udekkede databehov på området, og det er vanskelig å redusere og forenkle innrapporteringen selv om det er målet. Det er meget vanskelig å holde oversikt, både over hvem

som spør om hva og å samordne ulike rapportkrav. Øremerkede tilskudd og dokumentasjonskrav i tilknytning til disse er omfattende. Tilbakemelding til Stortinget uten dokumentasjon er ikke politisk akseptabelt. Antakelig er en viss mengde ad-hoc-innsamling av data ikke til å unngå. Statistisk sentralbyrå mener det er viktig å øke nytten av ad-hoc-data ved samordning med annen statistikk/andre data. Det er også viktig at det ikke etableres systemer på siden av KOSTRA fordi "noen" ikke liker KOSTRA-opplegget og de data som produseres.

Det ble reist spørsmål om hvilken holdning Kontaktutvalget skal ha i forhold til å foreslå nye indikatorer.

4.8 Hører trygdestatistikk til Kontaktutvalgets arbeidsområde

Kontaktutvalget har hittil ikke beskjeftiget seg med trygdestatistikk. RTV lager den offisielle statistikken for trygdesektoren. Dette er et stort og faglig krevende område, og det vil ikke være mulig for Kontaktutvalget å involvere seg på dette feltet med nåværende sammensetning av utvalget.

FD-trygd er SSBs viktigste bruk av trygdedata. Finansiering av utvikling og drift er etter hvert blitt vanskeligere med stadig redusert statsoppdrag. En rammeavtale om trygdestatistikk mellom SHD og SSB er på trappene.

4.9 Norsk pasientregister (NPR)

NPR driver etter hvert en omfattende virksomhet. Kontaktutvalget har planer om å invitere dem til et møte for å orientere om virksomhet.

Avtale om statistiksamarbeid mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå

1. Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn skal samarbeide med Statistisk sentralbyrå (SSB) for å dekke sine databehov. Formålet med samarbeidet er å frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon på Sosial- og helsedepartementets område, samt å bidra til samordning og effektivisering av rutine for datautveksling og -forvaltning. Samarbeidet konkretiseres i et kontaktutvalg for helse- og sosialstatistikk og -data, som fastlegger datasett på nærmere spesifiserte områder og for øvrig forestår oppfølgingen av denne prinsippavtalen. Datasettene består av data som minst en av partene har behov for.

2. 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 en 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.

SSB skal ha en to-sidig funksjon i arbeidet med helse- og sosialstatistikken:

1) 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.

2) hente ut av dette datamaterialet alt som er av interesse for den offisielle statistikken.

Omfanget av oppgavene må tilpasses de ressursene som står til disposisjon gjennom SSBs statsoppdrag pluss evt. midler øremerket til formålet fra eksterne kilder.

3. Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og andre underliggende etater skal etter nærmere avtale bidra ved innsamling og kvalitetssikring av dataene. Fylkeslegene og fylkesmennene sikres umiddelbar tilgang til dataene til sitt kvalitetssikrings- og tilsynsarbeid.

I tillegg til å benytte SSBs statistikk kan forvaltningsorganene samle inn data på eget initiativ til styrings- og tilsynsformål, dersom de finner dette hensiktsmessig. SSB har adgang til slike data for statistikkformål, i den utstrekning statistikkloven gir hjemmel for det.

4. Hver av partene definerer sitt eget databehov på grunnlag av lovpålagte og/ eller andre sentrale arbeidsoppgaver innen institusjonens definerte ansvarsområde. Det er et sentralt mål for statistikkproduksjonen å dekke disse behov.

De tre partene er likeverdige når det gjelder å beslutte hvilke data som skal samles inn innenfor tilgjengelige ressurser. 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. Dette innebærer informasjonsplikt og drøftinger mellom partene før beslutning tas. Ved fastsettelse av innholdet i statistikken skal det også legges vekt på at dataene har nytteverdi for oppgavegiveren, f.eks. ved samarbeid med Kommunenes sentralforbund og kommunene.

5. Så langt det er praktisk mulig bør endringer i statistikkopplegget fastlegges i kontakt med dataleverandører. Dataleverandører bør få beskjed om endringer i ønsket dataomfang helst før inngangen til det året data ønskes for.

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.

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.

6. Oppgavegiverne skal i hvert enkelt tilfelle informeres om hvilken hjemmel som er brukt for innsamling av data.

Data innsamlet med hjemmel i statistikkloven har et anvendelsesområde som er begrenset til statistikkformål og til annen bruk godkjent av Datatilsynet.

Ved annen bruk av de innsamlede data - f.eks. bruk av data om individer til å fatte vedtak i enkeltsaker eller bruk av data om enheter i statistikken til styrings- eller tilsynsformål samt andre situasjoner der data må være løpende tilgjengelig for helse- og sosialforvaltningen - må dataene samles inn med hjemmel fra annen relevant lovgivning.

Ved bruk av forvaltningens hjemler kan SSB deretter bruke statistikkloven for å sikre dataene til offisiell statistikk.

7. Samordningsråd for kommune-stat-rapportering (KOSTRA) er opprettet av regjeringen og har som mandat å samordne rapporteringen fra kommunesektoren til staten, med sikte på nye regnskapsforskrifter med tilhørende tilpassing av tjenesterapportering samt forenkling og effektivisering av den kommunale rapporteringen til staten. Samordningsrådets ansvar er av rådgivende karakter, og fagdepartementet har det formelle ansvar for rapporteringsordningene.

Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk vil være Samordningsrådets forum for helse- og sosialstatistikk. Kontaktutvalgets vedtak om prinsipielle endringer i skjemainnhold og innsamlingsrutiner forelegges Samordningsrådet. Også slik særinnsamling av forvaltningsstatistikk som er nevnt i punkt 3, forelegges for Samordningsrådet. Kontaktutvalget skal påse at statistikkutviklingen skjer i tråd med de prinsipper som er trukket opp i Samordningsrådets mandat og sørger for oppfølging av de råd som Samordningsrådet gir.

Kontaktutvalget etablerer arbeidsgrupper for å drive skjemautvikling m.v. innenfor sitt ansvarsområde. Kontaktutvalget utarbeider mandat for disse, følger opp deres arbeid og resultatene av dette. Kontaktutvalget samordner evt. henvendelser/ problemstillinger som skal fremmes for Samordningsrådet.

Oslo, september 1998

Departementsråd Steinar Stokke
Sosial- og helsedepartementet

Helsedirektør Anne Alvik
Statens helsetilsyn

Administrerende direktør Svein Longva
Statistisk sentralbyrå

VEDLEGG 2

Arbeidsgrupper i KOSTRA-kommune - Mal for sammensetning, ledelse og mandat

1. Sammensetning og ledelse:

Arbeidsgruppene skal settes sammen av representanter for:

- Overordnet departement (evt flere departementer)
- Kommunal- og regionaldepartementet
- Kommunene (oppnevnt gjennom Kommunenes sentralforbund)
- Evt representant for organer som innhenter statistikk på området
- SSB ved fagseksjon og Seksjon for offentlige finanser og kredittmarked (sistnevnte deltar i de av gruppens møter der dagsorden omfatter spørsmål ang. regnskap og prinsipielle spørsmål i KOSTRA)

Ledelse av arbeidsgruppene tas opp med overordnet departement, jf Samordningsrådets møte 2.12.97.

2. Tidsramme for arbeidsgruppenes virksomhet

Arbeidsgruppen skal i første omgang å ivareta forberedelse til og evaluering av rapporteringen for regnskapsåret 1998.

Arbeidsgruppen skal senere opprettholdes for årlig å vurdere revisjoner mht. innhold i og opplegg for rapporteringen fram til første fullstendige rapportering for KOSTRA er gjennomført og evaluert for alle kommuner og fylkeskommuner.

3. Mandat

Dette utgjør en mal for mandatet. Hver enkelt arbeidgruppe skal innenfor denne rammen gjennomgå og konkretisere/tilpasse sitt mandat. Arbeidsgruppens mandatforslag legges fram for Samordningsrådet til orientering.

Arbeidsgruppen skal identifisere og gjennomgå eksisterende rapporteringsordninger fra kommunene (og evt. fylkeskommunene) innenfor følgende funksjonsområder (jf. forsøkskontoplan for hhv. kommunene og fylkeskommunene):

-
-

Siktemålet for arbeidet er at opplysninger om tjenesteproduksjon, ressursinnsats (regnskaps- og sysselsettingstall) og behovsindikatorer skal kunne settes sammen til nøkkeltall som gir meningsfull styringsinformasjon.

Arbeidsgruppen skal:

- Vurdere og gi evt forslag til endringer i rapporteringens omfang og innretning, ut i fra statens og kommunenes behov for styringsinformasjon, og ut i fra hva slags tilleggsinformasjon som er nødvendig for den offisielle statistikken.

- Foreslå opplegg for tilpasning av tjenesterapporteringen til funksjonsinndelingen på området.
- Gi forslag til nøkkeltall på sitt mandatområde, og gjennomgå og vurdere behovet for endring i disse etter rapportering.
- Vurdere om opplegg og rutiner for rapporteringen er hensiktsmessig organisert, og evt. foreslå endringer i disse.

Forslag til opplegg for tjenesterapportering for regnskapsåret 1998 skal foreligge innen (senest 30.6.1998.)

Arbeidsgruppen rapporterer til Samordningsrådet for KOSTRA.

Kostra-funksjonene som mulighet og begrensning for sektorstatistikken

Innen 30/6 skal KOSTRA-arbeidsgruppene ta stilling til ev. endringer i funksjonskontoplanen for 2001. Fra og med 2001 er KOSTRA fullskala, og "eksperimentenes tid" bør så vidt mulig være forbi. Kontaktutvalget har i den forbindelse ønsket å sette funksjonsinndelingen på sin dagsorden.

"Funksjonene" har så langt hatt et litt diffust samliv med sektorstatistikken. Det har for mange vært noe uklart:

- hvilke bindinger funksjonene representerer i forhold til adgangen til fritt å lage nye grupperinger av tjenester og personell i sektorstatistikken,
- hvilke bånd kontoplanen legger på adgangen til å innhente "egne" regnskapsdata fra kommunene
- hvor presise utgiftstall man kan forvente på den enkelte funksjon (især vedr. spørsmålet om lønnsfordeling)
- hvorfor det er to sett definisjoner av hver funksjon (en for regnskapsføringen, en for tjenesteføringen)
- hvor låst funksjonskontoplanen er i forhold til endringer i helse- og sosialsektorens styringsbehov
- hvilke nye databehov tilsier endringer i kontoplanen, og hvilke ikke.
- hvilke data *artskontoplanen* gir

Det har tidligere vært pekt på at KOSTRA-prosjektet lever med en viss spenning mellom to "fløyer", en "rådmanns"-fløy (herunder KRD) og en "sektor"-fløy, som har ulike interesser i statistikken. Rådmanns-sidens fokus er kontoplanen, tilkoblet noen få sammenlignbare hovedtall om tjenestene. For sektor-siden blir det derfor viktig å se hvilke bindinger kontoplanen representerer og hvordan man kan ivareta sitt eget databehov i "kontoplanens tidsalder".

Her gis først en kort redegjørelse for de ovenstående punktene. Dernest gjennomgås de spørsmålene som så langt har vært reist vedr. nytten av de enkelte funksjonene på kommunens helse-, sosial- og omsorgssektor.

I. Funksjonene - hva vil de?

1. Funksjonenes bindinger for tjenestestatistikken.

Funksjonene skal vise forholdet mellom ressursinnsats og "output" (tjenester). Hvilke funksjoner det er ønskelig å ha, påvirkes av flere forhold:

- Ønsker fra brukere på "rådmannsnivået" om å studere "effektivitet" på noen hovedinnsatsområder
- Ønsker fra brukere på "sektornivået" om å studere f.eks. prioritering og kvalitet på tjenestetilbudet, innenfor politisk prioriterte områder
- Funksjonene bør være noenlunde stabile over tid
- Funksjonene bør være av en viss størrelse mht utgifter
- Kommunene må kunne gi pålitelige tall på funksjonsnivå helst uten å gjøre skjønnsmessige fordelinger (som kan gi svak datakvalitet)
- Det bør sikres en viss kontinuitet fra kommuneregnskapet før KOSTRA. F.eks. bør funksjonsinndelingen muliggjøre et samletall for pleie og omsorgsutgiftene i kommunen.

Funksjonenes kobling mellom regnskap og tjenester er en vesentlig nyvinning også for brukerne av *tjenestestatistikk* sentralt og lokalt. Men hvilke begrensninger legger funksjonene for utvikling av en "fri" tjenestestatistikk?

Funksjonene stiller ikke andre krav til tjenestestatistikken enn at data også her skal kunne aggregeres til funksjonsnivået. Ut over dette står tjenestestatistikken helt fritt til å pålegge kommunene finere inndelinger i skjema/ datauttrekk (f.eks. skille personell og tjenester i aldershjem fra sykehjem innenfor funksjon 253).

Når området for en funksjon først er fastsatt, skal det altså i prinsippet finnes personell- og/ eller tjenestedata om resultatet av pengebruken. Det er f.eks. uheldig når det til funksjon 241 (Diagnose og behandling) så langt ikke er knyttet data om brukerne (selv om en del relevante data finnes (og er under utvikling) i RTV).

Men funksjonene må ikke i seg selv bli et argument for nye registreringer av personell og tjenester hvis ikke dette samtidig er sterkt ønskelig fra tjenestestatistikken. Det blir f.eks. urimelig hvis det skulle iverksettes registreringer av brukere av frivillighetssentraler og krisesentre med den begrunnelse at dette følger av henholdsvis funksjon 234 og 233! Det kan f.eks. heller ikke være noe absolutt krav at legevakt må inkluderes i personellregistreringen til funksjon 241 av hensyn til samsvar med regnskapet, når de praktiske vanskene ved slik registrering medfører data av utilfredsstillende kvalitet.

Det *kan* også tenkes funksjoner der data om utgiftene gir tilstrekkelig styringsinformasjon og tjenestedata altså ikke er påkrevet (eller får for svak kvalitet), som muligens funksjon 285 (Asylmottak og andre tjenester). Også i mangel av egne tjenestedata vil jo en slik funksjon gi mange indikasjoner på den "produksjon" som har foregått, via data fra artskontoplanen om lønn, drift, brukerbetaling mv.

Det må altså gjøres en særskilt vurdering for hver enkelt funksjon av hvilke tjeneste- og personelldata som er påkrevet for styringsformål.

Et problem oppstår hvis det blir behov for nye aggregater i tjenestedata *på tvers av* funksjoner. Et slikt spørsmål oppstod i kommunehelsegruppen da "samfunnsmedisinsk arbeid" skulle vurderes som ev. erstatning for "miljørettet helsevern" i KOSTRA-skjema 1. For mens det siste begrepet er en entydig undergruppe av funksjon 233, er dette ikke tilfelle for samfunnsmedisinsk arbeid. En slik gruppering i tjenesteskjema ville derfor svekket sammenlignbarheten med regnskapsdata. (Saken er senere lagt på is).

Ut over det ovennevnte medfører altså ikke funksjonsinndelingen noen bånd på utviklingen av en "fri" tjenestestatistikk. (Det spørsmål som på et tidspunkt ble reist i KOSTRA om innsamling av data på individ- og institusjonsnivå, er f.eks. en problemstilling helt på siden av funksjonene).

2. Kontoplanen vs. behov for ytterligere regnskapsdata fra kommunene.

Kommunene har i utgangspunktet ingen plikt til å kunne rapportere utgifter ut over funksjons- (og arts-) nivået i KOSTRA. Dette innebærer at de f.eks. ikke har noen plikt til å ha noen egen regnskapspost "legevakt", heller ikke for sine interne formål. Ev. statlig behov for regnskapsdata ut over kontoplanen, inkl. engangsundersøkelser, skal meldes KOSTRAs regnskapsgruppe. Her er det i enkelte tilfeller gitt anledning til slik tilleggsinnsamling, og da med henvisning til at kommunen antakelig forholdsvis enkelt kan skaffe akkurat disse data (vedr. vannverk og feiervesen).

Ut over dette kan kommunene fortsatt avkreves "prosjektregnskap" for bruk av øremerkede midler. Men som det fremgår av Riksrevisjonens rapport om øremerkede tilskudd, bør det ikke være noen *automatikk* i at kommunene avkreves slikt prosjektregnskap.

3. Hvor presist uttrykker funksjonene hva tjenestene koster?

Selv om KOSTRAs formål er *organisasjonsnøytralitet*, vil fortsatt ulik organisering i en del tilfeller kunne medføre ulik regnskapsføring, uten at noen av kommunene har gjort noen "feil". Dette kan f.eks. gjelde skillet mellom "tjenesteytende" administrasjon og funksjon 120.

Videre er KOSTRAs perspektiv *de kommunale og fylkeskommunale pengestrømmer*. Om kommunen medfinansierer tiltak (som krisesenter eller sykehjem) med private, blir det et misforhold mellom personell-/ tjenestedata og regnskapsdata. Forholdet til kommunale aksjeselskaper/ fristilling av kommunal virksomhet samt konkurranseutsetting er også elementer som undergraver forholdet aktivitet - regnskap.

KOSTRA har iverksatt en egen utredning av hvordan fristilling skal løses i regnskapet. Det er også stilt spørsmål om man bør innhente totalregnskap fra rent privat/ halvprivat virksomhet, slik man gjør fra private barnehager. Dette blir en forutsetning dersom ikke nøkkeltallene for noen statistikker skal forbli urimelig "lenket" til det tradisjonelle kommunebudsjettet, i strid med sektorens informasjonsbehov, jf. eldreinstitusjonene. Men dette må holdes opp mot konsekvensene i form av økt oppgavebyrde for kommunene og for ev. helt private enheter.

Derimot fanger KOSTRA, via artskontoplanen, godt opp alle betalingsstrømmer inn og ut av kommunekassen på den enkelte funksjon, slik som f.eks. hva kommunen betaler for opphold i fylkeskommunale rusmiddelinstitusjoner, beboerbetaling på sykehjem og hva kommuner betaler for å disponere sykehjems plasser i andre kommuner.

T.o.m 2000 har KOSTRA bare unntaksvis (nemlig i forholdet mellom funksjon 253/254, 242/244 og 241/ 232) pålagt kommunene *fordeling av lønn* for personer som arbeider på flere funksjoner. Manglende lønnsfordeling svekker sammenlignbarheten mellom kommuner (især mellom store, som ofte har egne stillinger også på "små" funksjoner, og mindre kommuner som ikke har det). (I kommunehelsestatistikken kan dette avvike (delvis) korrigeres i etterkant ved at tjenestestatistikken har en finere fordeling av *timeverk*). KOSTRAs regnskapsgruppe ga i 1999 en prinsipiell anbefaling om at lønnsfordeling bør iverksettes. KR D har innledet et samarbeid med leverandører av lønns- og personalsystemer for å kartlegge om/ hvordan dette kan realiseres. Det kan bli gjort et vedtak om at lønnsfordeling gjennomføres allerede fra 1/1-2001.

To kommuner med lik dekningsgrad av en tjeneste, kan ha valgt organisering som medfører høyst ulike *utgifter*. En fastlønnslege betales fullt ut av kommunen, en lege med avtale får kun et visst driftstilskudd, mens en lege uten avtale ikke får noen kommunale bidrag. Alle tre fremtrer som ett årsverk i personellstatistikken, men utløser høyst forskjellig utgift på funksjon 241 Diagnose og behandling.

Ovenstående belyser at tjenestestatistikken har et videre formål enn å studere tjenester som har bestemte konsekvenser for *kommunebudsjettet*. Dette dokumenterer det ulike fokus som "regnskap"- og "sektor"-siden i prosjektet har.

Som all annen statistikk rammes også kommuneregnskapet av feilposterings, av et uvisst omfang. KR Ds veiledningshefte for regnskapsføringen i KOSTRA er holdepunktet her.

4. To sett definisjoner av funksjonene.

KRD har utarbeidet et veiledningshefte for regnskapsrapporteringen, og SSB et tilsvarende hefte for tjenesterapporteringen. Funksjonenes definisjon er noe ulik i de to heftene, noe som kan være forvirrende for kommunen.

En "ufarlig" forskjell er at regnskapsdefinisjonen omtaler spørsmål som ikke er av betydning for tjenestedefinisjonen, som f.eks. hvordan ekstern betaling, som f.eks. opphold i en fylkeskommunal

rusmiddelinstusjon eller i et psykiatrisk sykehus, føres i regnskapet. Slike forskjeller burde ikke skape større forvirring, men det er selvsagt avgjørende at det er "rett" hefte som benyttes!

Noe annet er at det i kommunehelsestatistikken er strengere krav til fordeling av timeverk enn av lønn. Dette gjør at definisjonen av f.eks. funksjon 241 blir ulik for regnskaps- og for tjenesterapporteringen. Selv om også dette koker ned til et spørsmål om å bruke "rett" hefte, har vi sett at dette i praksis skaper en viss usikkerhet om hvilket prinsipp som gjelder. Med lønnsfordeling vil dette problemet bortfalle.

Det blir for øvrig et viktig krav til personellregisterprosjektet at det her ikke skapes *nye* avvik mellom regnskaps- og personellrapporteringen som svekker sammenlignbarheten. Ikke minst blir det en utfordring for en registerløsning ikke å undergrave den kvalitetsheving som følger av lønnsfordelingen. Antakelig må en registerbasert personellstatistikk fortsatt suppleres med en viss skjemabasert innhenting.

5. Kontoplanen og endrede styringsbehov.

Kort etter forrige revisjon (1991) ble det klart at kontoplanen ikke hadde et detaljeringsnivå man kunne leve med. Ved nåværende revisjon er målsettingen en større grad av stabilitet. Å innføre nye funksjoner etter 2001 vil ha en rekke ulemper: Brudd i de ferske KOSTRA-tidsseriene er en mindre ting; en langt større samfunnsmessig kostnad er at nye funksjoner vil medføre nye krav til kommunens internkontoplan (for å kunne levere de nye data).

Kommunene er altså forespeilet stabilitet, men staten har understreket at nye styringsbehov fortsatt *kan* medføre nye funksjoner. På vårt område er psykisk helsearbeid i kommunene hyppigst nevnt, jf. formål 1.345-1.349 Psykisk helsevern i 1991-regnskapet. (Dette formålet ble ikke bare benyttet av fylkeskommunene, men også av primærkommunene). Andre nye funksjoner som har vært diskutert, er rehabilitering (jf. 1991-regnskapets formål 1.328-1.329 Medisinsk attføring i kommunehelsetjenesten) og samfunnsmedisinsk arbeid, ev. også omsorgsboliger.

Når nye styringsbehov oppstår, må man alltid stille spørsmålet om dette egentlig krever en ny funksjon. Ressursbruk kan i mange tilfeller studeres tilfredsstillende gjennom personell- og aktivitetsdata, som ev. også kan "prises" i etterkant. Dette var tanken bak å la "miljørettet helsevern" og "legevakt" bli personellregistreringer, og ikke egne funksjoner. Ofte vil nye områder være preget av små utgiftsbeløp og store avgrensingsproblemer, jf. miljørettet helsevern. Dette kan gjøre det vanskelig å forsvare at kontoplanen legges om for å gi plass til en ny funksjon.

Man bør også spørre seg om de nye styringsbehovene tilsier at data samles inn *hvert år* fra *alle kommuner*, eller om man først og fremst er ute etter et landstall/ noen kommunegrupper. Jf. diskusjonen i kommunehelsegruppen i 1999 om hva primærlegetjenesten koster kommunene. KOSTRA-funksjonene bør forbeholdes behov for *årlige* data fra *samtlig*e kommuner.

6. Hvilken tilleggsinformasjon gir artskontoplanen?

På hver av funksjonene blir utgiftene spesifisert etter *art*, jf. KRDs veiledningshefte. For sektorstatistikken vil interessante arter bl.a. være lønnsutgifter (herav forholdet fastlønn vs. vikarer/ ekstrahjelp), brukerbetaling og betaling til/ fra andre offentlige og private instanser. Artskontoplanen gir sektorstatistikken viktig innsikt "bak" utgiftstallene pr. funksjon, om hvordan tjenestene finansieres og drives i ulike kommuner. Så langt er denne informasjonen klart underutnyttet for helse- og sosialsektorens statistikk- og styringsformål.

II. Status for de enkelte funksjonene på terskelen til KOSTRA-fullskala.

I det følgende diskuteres for hver funksjon:

- Er funksjonen egnet for helse- og sosialstatistikkens styringsformål?
- Kan det gis regnskaps- og tjenstedata av tilfredsstillende kvalitet?

120 Administrasjon.

Funksjon 120 skal omfatte (jf. KRDs veiledningshefte 14/7-99, s. 88) lederstillinger som omfatter to eller flere institusjoner/ tjenestesteder innenfor *én* funksjon, eller to eller flere institusjoner/ tjenestesteder som omfatter *flere* funksjoner. Stabs- og støtteoppgaver følger lederen.

Derimot skal all annen administrasjon forstås som "tjenesteytende" og *ikke* skilles fra selve tjenesteytingen. (Her var praksis før KOSTRA, både i regnskapet (jf. formål 1.300-1.309 Helse- og sosialadministrasjon i 1991-regnskapet) og i personellstatistikken, mer uklar).

Det ble en tid diskutert om også medisinsk ansvarlig lege (kommunelege I) skulle plasseres på funksjon 120. Dette er ikke blitt gjennomført. Det er for øvrig blitt etterlyst en klarere opplisting av hvilke årsverk hvert tjenesteområde skal skille ut på 120. Noe arbeid ble gjort her i 1999.

Ev. lønnsfordeling vil gi grunnlag for å fordele stillinger som både har administrative og tjenesteytende oppgaver mellom 120 og de tjenesteytende funksjonene.

Det *kan* vurderes å kutte ut den spesifisering av 120-årsverk som pålegges kommunen i skjema 1, 4 og 7. For regnskapet/ felleskommunale formål har slike tall ingen interesse, så lenge ikke alle kommunale sektorer spesifiserer sine 120-årsverk. En ev. interesse måtte være for sektorstatistikken selv å synliggjøre f.eks. helsesjefen m/ stab. Men det vil antakelig avhenge noe av kommunens organisering av administrasjonen om dette i praksis registreres i skjema 1.

Vedr. funksjon 120 er og forblir det viktige å sikre at "rett" årsverk fjernes fra de tjenesteytende funksjonene. Det kan altså diskuteres om dette gjøres lettere eller vanskeligere ved at funksjon 120 er synliggjort på skjema. De aktuelle arbeidsgruppene bør stå fritt til å vurdere hvilken løsning som er best. Uansett vil den valgte løsningen kun bli et kort mellomspill frem til en registerløsning, der 120-administrasjon antakelig i noen grad, men ikke fullt ut, kan splittes på sektor (ut fra stilling og utdanning).

232 Forebygging, skole- og helsestasjonstjeneste.

Målsettingen har her vært å videreføre det gamle "virksomhetsområdet" skole- og helsestasjonstjeneste som vi hadde i tjenestestatistikken før KOSTRA. Funksjonen inkluderer derfor *all* skole- og helsestasjonstjeneste, også helsestasjon for grupper som eldre og innvandrere. (I 1991-regnskapet ble derimot funksjon 232 registrert sammen med funksjon 233 på formål 1.310-1.319 Forebyggende tiltak i helsesektoren).

Fürst/ Høverstad foreslo opprinnelig at funksjon 232 bare skulle inkludere tjenester rettet mot mor/ barn. Men en konsekvens av dette viste seg å være at helsestasjon for eldre/ innvandrere *også* ville bli inkludert dersom slike tjenester var integrert i ordinær helsestasjon (og derfor umulig å skille ut). En slik løsning ville undergrave statistikkens organisasjonsnøytralitet og sammenlignbarhet. Av denne grunn (og for å sikre kontinuiteten fra den gamle tjenestestatistikken, der vi må *anta* at all helsestasjon ble inkludert), gikk SSB inn for dagens løsning. Helsetilsynet har vært i tvil om denne løsningen. Mht utgifter/ personellinnsats er helsestasjon for eldre/ innvandrere for øvrig et lite, men noe økende statistisk problem. "Helsestasjon for eldre" har for øvrig en noe uklar avgrensning mot eldresentilbud (funksjon 234).

Med psykiatireformen planlegges antall årsverk i skole- og helsestasjonstjenesten økt med nær 1/3 frem til 2006. Dette vil gjøre funksjon 232 langt mindre homogen enn før i forhold til målgruppen mor/ barn, jf. Førsts argumentasjon. Men for mor/ barn-problematikken er hovedinteressen knyttet til å følge utviklingen i bestemte tjenestedata om vaksiner/ kontroller, og disse data forstyrres selvsagt ikke av at helsestasjonen også inkluderer nye målgrupper.

Personelldata på denne funksjonen er av høy kvalitet. Nivået på regnskapsdata er antakelig noe for lavt, ved at det (så langt) bare for leger er innført lønnsfordeling til denne funksjonen. Av tjenestedata har funksjonen noe sparsomt (vaksiner og kontroller, samt data om helsestasjon for ungdom). Folkehelsas prosjekt for statistikk om forebyggende og helsefremmende arbeid vil antakelig kunne ut i et forslag om en utvidet registrering av tjenestene.

Konklusjon: Funksjonen bør opprettholdes i sin nåværende form.

233 Forebyggende arbeid, helse og sosial.

Utgangspunktet var her den samme "restkategori" som i den gamle statistikken om personell og virksomhet i kommunehelsetjenesten. I 1991-regnskapet ble derimot denne restkategorien, som nevnt, registrert sammen med skole- og helsestasjonstjeneste. Allerede før KOSTRA visste vi at disse "andre" forebyggende helsetjenestene hadde uklare grenser mot virksomhet utenfor kommunehelsetjenesten (sektorene sosial, teknisk sektor, miljøvern mv.) Pga. tvil om datakvaliteten publiserte SSB derfor ikke de personelltall som ble samlet inn på feltet før KOSTRA.

Med KOSTRA kom det krav om en klarere avgrensning, med sikte på en funksjon som kunne komplettere bildet av utgiftene til kommunehelsetjenesten. Først/ Høverstad foreslo da at *sosialt forebyggende arbeid* ble inkludert: Mange kommuner hevdet at dette var integrert med forebyggende helsearbeid både personellmessig og organisatorisk, og derfor antakelig (i praksis) allerede lå inne i SSBs rest-kategori, enten man ønsket det eller ikke. Det problematiske ved deres løsning var at man fikk en funksjon som ikke bare omfattet tjenester hjemlet i kommunehelseloven. Løsningen ble da å spesifisere det "sosiale" personellet i en egen personellkolonne, slik at det lot seg gjøre fortsatt å utgi en "ren" statistikk om personell i kommunehelsetjenesten.

Ved en rundspørring i 1999 svarte 9 av 15 kommuner at nåværende rapporteringen av sosialt forebyggende arbeid ikke ga et dekkende bilde av kommunens innsats på feltet. Den særskilte personellkolonnen kan derfor synes å være av begrenset verdi. SSB vil nå gjennomgå de innrapporterte 1999-dataene, og legge resultatet frem for arbeidsgruppen.. Det kan tenkes tre løsninger:

- registreringen fortsetter som i dag (enten knyttet til skjema 1 eller skjema 7)
- området forblir i funksjon 233 *uten* egen personellregistrering (besparende for kommunen)
- tjenestene flyttes fra funksjon 233 til sosialfunksjoner (242 eller 243).

Når det gjelder den særskilte personellregistreringen av *miljørettet helsevern* på funksjon 233, bør behovet vurderes i forhold til de nye aktivitetsdata som kan bli foreslått i Folkehelsas prosjekt. Folkehelsas data må antas å gjøre en personellregistrering, med de kvalitetsproblemer vi nå kjenner, mindre påkrevet. Også her bør 1999-data kritisk gjennomgås med sikte på å kartlegge datakvaliteten.

Konklusjon: Mht *sosialt forebyggende arbeid* kommer SSB med en anbefaling basert på de innrapporterte 1999-data samt kontakt mellom sosial- og kommunehelsegruppene. Dette *kan* medføre forslag om å endre grensene for funksjon 233. Mht *miljørettet helsevern* bør berettigelsen

av den særskilte registreringen vurderes i lys av Folkehelsas data. Dette berører *ikke* grensene for funksjon 233.

Ut over dette bør funksjon 233 opprettholdes ved siden av de mer interessante 232 og 241 for å komplettere bildet av kommunens utgifter og personellinnsats i kommunehelsetjenesten.

234 Sosial kontakt og aktivisering av eldre og funksjonshemmede.

Regnskapsmessig inngikk denne funksjonen i den store pleie/ omsorgsposten 1.370-1.389 i 1991. Funksjonen omfatter i motsetning til 254 tjenester som ytes *utenfor* mottakerens eget hjem. Av denne grunn ble det i 1998 bestemt å flytte støttekontakt fra 254 til 234, men derimot ikke avlastning. (Senere er registreringen av støttekontakt utvidet til å omfatte all støttekontakt utenom barnevernet, altså inklusive sosialkontorets brukere). Funksjonen forårsaket et (mindre) problem mht kontinuiteten i pleie- og omsorgsstatistikken før og etter KOSTRA, ved at *deler* av 234 er omfattet av "skjemadel 3" (totalt personell) i den gamle statistikken, mens andre deler er nye. KOSTRAs tall for "totalt personell" i pleie/ omsorg vil derfor bli noe høyere enn før KOSTRA.

Det finnes begrenset med data om tjenestene (innhold/ omfang) som ytes på dette området. En ev. utvikling her er i første rekke knyttet til et ev. nytt skjema 3 som også inkluderer dagsentra. SHD har laget utkast til et slikt skjema. Spørsmålet er om ikke dette forutsetter opprettet et register over dagsentra i SSB; data på kommunenivå kan bli for upresise. Ellers gir skjema 6 gir informasjon om støttekontakt samt tilgjengeligheten av en del andre tjenester under 234. Når det gjelder individstatistikken IPLOS, vil ev. synliggjøring her av brukere av eldre-/ dagsentra forutsette at bruken er vedtaksbelagt.

En del dagsentra/ eldresentra er samlokalisert med en eldreinstitusjon. Det kan være problematisk å skille utgifter, brukere og personell på slike sentra fra institusjonsdriften (funksjon 253). Om skillet mellom et dagsenter og en *dagavdeling* (funksjon 253) er helt klart for kommunene, vet vi heller ikke sikkert. Ellers er det et problem for sammenlignbarheten mellom regnskap og tjenestedata at bl.a. mange eldresentra drives helt/ delvis for private midler.

Bortsett fra ved dagsentra samlokalisert med institusjon antar vi at det ikke er særlig personellmessig overlapp mellom 234 og øvrige funksjoner, dvs. at det aktuelle personellet ikke samtidig arbeider på andre funksjoner. Spørsmålet om å innføre lønnsfordeling eller ei bør derfor ikke ha større konsekvenser for tallkvaliteten på denne funksjonen.

Konklusjon: Funksjon 234 kan sies å samle det ikke-medisinske forebyggende arbeidet rettet mot eldre og funksjonshemmede. Samtidig bidrar funksjon 234 til å rendyrke funksjon 254 som en ren hjemmetjeneste-funksjon. I forhold til funksjon 254 antar vi at 234 er definisjonsmessig uproblematisk. Den er som nevnt noe mer problematisk i forhold til 253, og det er uvisst hvordan dette skal løses. Funksjonen oppfattes likevel som hensiktsmessig for styringsformål og bør derfor (på en eller annen måte) opprettholdes.

241 Diagnose og behandling.

Målsettingen har her vært å fange opp de samme kurative tjenestene som utgjorde en særskilt enhet både i 1991-regnskapet (formål 1.320-1.327) og i tjenestestatistikken før KOSTRA. For funksjon 241 er det noen særegenheter ved forholdet mellom regnskaps- og personelldata:

- Fengselshelsetjeneste inngår i regnskapet fra ca. 40 kommuner, men er holdt utenfor personelldata.

- Legevakt inngår i regnskapet. I personellskjema registreres legevakt i en egen kolonne (for ikke å skape brudd i tidsserien fra før KOSTRA). Det har imidlertid vist seg vanskelig å gjennomføre en god personellregistrering, og dette kan bli foreslått tatt *helt ut* av skjema. Konsekvensen av dette vil imidlertid bli et avvik fra regnskapet.
- Manglende lønnsfordeling gir noe for *høyt* utgiftnivå på denne funksjonen.
- Ulik organisering av lege- og fysioterapitjenesten (fastlønn/ avtale) gir behov for å trekke inn personelldata ved tolkingen av utgiftstallene pr. kommune.

Funksjonen omfatter en forholdsvis entydig gruppe tjenester, men det gjenstår som påpekt noe arbeid med å gjøre regnskapstallene sammenlignbare. Personelldata er gjennomgående av god kvalitet, men vi har en underregistrering av leger/ fysioterapeuter uten avtale. Aktivitetsdata (brukerne) er imidlertid praktisk talt fraværende på denne funksjonen, men SHDs prosjekt "Aktivitetsdata for allmennlegetjenesten" kan bidra her.

Især fra SHD har det blitt satt en del spørsmålstegn ved funksjon 241 i dens nåværende form. Det har vært antydning av behov, bl.a. utløst av fastlegereformen, for en egen funksjon *legepraksis*. Men antakelig kan ressursinnsatsen i legetjenesten studeres tilfredsstillende ut fra personelldata, ev. utvalgsundersøkelser. Når det gjelder en evt. funksjon *samfunnsmedisinsk arbeid*, ville dette skjære deler av så vel 233 og 241. Også her må det antas at personelldata i stedet bør benyttes, jf. vurderingen i kommunehelsegruppen av kategorien "samfunnsmedisiner". Mht *rehabilitering* vil en ev. egen funksjon måtte omfatte ressurser ikke bare under 241, men også under pleie/ omsorg. Diskusjonen rundt en ev. slik funksjon synes å ligge et stykke frem i tid.

Konklusjon: Med de ovennevnte forbehold bør funksjon 241, i det minste de nærmeste år, opprettholdes som i dag.

242 Sosial rådgivning og veiledning.

Tilsvaret formål 1.350-1.353 i 1991-regnskapet, fratrukket kommunale tilleggssytelser (KOSTRA-funksjon 282). Når det gjelder personellregistreringen, var det opprinnelig ønske om å skille mellom personellinnsats til råd/ veiledning og til utbetaling av sosialhjelp (funksjon 281). Dette ble imidlertid oppfattet som for vanskelig i praksis, og derfor droppet. Årsverk og lønn for 242 og 281 føres derfor samlet på 242.

En kvantifisering av råd/ veiledning ble så i stedet søkt via klientregistreringen, gjennom et forsøk 1997-99 i de fire første KOSTRA-kommunene. Nå er også dette pga. datakvaliteten droppet på kommunenivå. Ønsket om å synliggjøre råd/ veiledning har derfor måttet modereres kraftig i forhold til KOSTRAs utgangspunkt. Men det må også sies at *behovet* for årlige kommunedata her ikke alltid har vært selvinnsynende. Det vurderes nå å basere databehovet på en utvalgsundersøkelse.

Lønnsfordeling (og personellfordeling) er innført for personell som samtidig arbeider på 242 og 244 (barnevern). Ut over dette lider denne (og de andre sosialfunksjonene) under manglende fordeling av lønn og personell.

Det er noe uklart om funksjonen har en tilfredsstillende avgrensning fra funksjoner som 233 og 285/ de øvrige sosialfunksjonene. Slik funksjon 242 er definert, er "ordinær" sosialkontortjeneste her søkt adskilt fra sosialt forebyggende arbeid, rusmidler, bolig, sysselsetting og asylmottak. Dette innebærer at funksjonen avgrenser seg

- fra en del (men ikke alle, som konfliktråd) *tiltak* som foregår utenfor sosialkontorets fysiske vegger,
- også fra en del *saksbehandlingsoppgaver på selve sosialkontoret* som rus/ bolig/ sysselsetting/ asylmottak (men derimot ikke arbeid rettet mot flyktninger).

Konklusjon: Som nevnt under 233, bør funksjonsplasseringen av sosialt forebyggende arbeid vurderes nærmere. Ut over dette bør 242 opprettholdes med forbedrede definisjoner.

243 Tilbud til personer med rusproblemer.

Forskjellen fra 1991-kontoplanens formål 1.355-1.359 er at funksjon 243 ikke omfatter forebyggende edruskapsarbeid (under funksjon 233), bare klientrettede tiltak. Det kan spørres om dette er hensiktsmessig eller ei. Som for funksjonene 263 og 271 fantes det ikke egen årsverksregistrering på dette området for KOSTRA.

Manglende fordeling av lønn og årsverk hemmer så langt nytten av denne funksjonen. Betaling for kommunens bruk av fylkeskommunale behandlingsplasser vil derimot fremgå av artskontoplanen, og de tilsvarende klientdata kan hentes fra Rusmiddeldirektoratet. Øvrige klientdata (fra sosialhjelpsstatistikken) er bortfalt i og med skrinleggingen av forsøket med ikke-økonomisk sosialhjelp.

Ut fra styringsbehov signalisert især fra SHD, synes det å være behov for en egen funksjon for rusmiddelarbeidet i kommunen (med eller uten de forebyggende tiltak). Dersom vi får korrekt fordeling av lønn og årsverk, synes det å være grunnlag for pålitelige tall. Hvordan man utgiftsfører tiltak for klienter med blandingsproblemer (i gråsonen rus-psykiatri-barnevern) har imidlertid vært antydning som et problem. Aktuell lovhemmel er da trukket frem som kriterium for rett funksjonsplassering.

253 Institusjoner for eldre.

Å gjennomføre skillet mellom institusjon (253) og hjemmetjenester (254) har vært blant de fremste flaggsaker for den nye kontoplanen. Det manglende skillet her ble oppfattet som en av de aller største svakhetene ved 1991-kontoplanen.

De innledende undersøkelsene til Først/ Høverstad ga grunnlag for å anta at det også i kommuner med integrerte tjenester måtte foreligge en plan for å disponere personellet mellom institusjon og hjemmetjenester. Senere er skeptikerne kommet mer på banen. Men det vil antakelig være helt uakseptabelt å gå tilbake til den opprinnelige "sekkeposten" fra 1991 som omfattet over ¼ av de samlede kommunale utgiftene.

Det har blitt lagt ned mye arbeid i å komme frem til en klar avgrensning av "institusjon" fra andre botilbud. Vederlagsforskriften har vært brukt som kriterium. De senere år har den opprinnelige institusjonsmassen blitt noe utvannet ved at de nye kategoriene barnebolig og avlastningsbolig, der forskriften ikke gjelder, også er blitt inkludert.

På et tidspunkt ble det reist spørsmål om det faglig sett er rett å holde *omsorgsboligene* utenfor 253, så lenge disse behandles på lik linje med "institusjoner" i eldreplanen. Et argument for å holde omsorgsboliger utenfor er at dette, i motsetning til barnebolig/ avlastningsbolig, ikke er en lovpålagt tjeneste. Hvilken plass omsorgsboligene skal ha i statistikken etter eldreplanen, virker også uklart. Vi tror derfor ikke det er hensiktsmessig å inkludere omsorgsboligene i 253.

En del eldreinstitusjoner drives med privat delfinansiering. Manglende tilgang til institusjonsregnskap gjør det i slike tilfeller vanskelig å koble utgiftstall med tjenestedata. KOSTRA har derfor så langt publisert enkelte nøkkeltall kun basert på kommunalt fullfinansierte institusjoner.

I institusjoner med både en sykehjemsavdeling og en fylkeskommunal avdeling er det visse problemer med å trekke skille i statistikken. Regnskapet er et mindre problem enn årsverkstallene, der virksomheten ved de to avdelingene (i noen tilfeller) går noe over i hverandre.

Når det gjelder skillet mellom dagavdeling på institusjon (253) og dagsenter som kan være lokalisert på institusjon (234), kan dette være et problem så vel for regnskaps- som tjenesteføringen.

Mht tjenstedata vil IPLOS kunne gi data om pleietyngde som kan gjøre regnskapsdata mer informative.

Konklusjon: Funksjon 253 bør opprettholdes som i dag, basert på en reell enighet om institusjonsbegrepet.

254 Hjemmetjenester.

Om avgrensningen mot institusjon og mot aktivisering utenfor hjemmet, se funksjon 253 og 234. I forhold til tjenestestatistikken før KOSTRA er støttekontakt skilt ut fra hjemmetjenester til funksjon 234.

Til tider oppstår spørsmålet om hvorvidt man bør synliggjøre hjemmetjenestetilbudet til særskilte grupper, både for å følge disse (som psykisk utviklingshemmede) og for å sikre at data om eldreomsorg ikke "utvannes". I stor grad er dette et "internt" spørsmål for tjenestestatistikken. Men det kan også berøre regnskapet, for tolking av regnskapet forutsettes i noen grad data om tunge brukere (som f.eks. forbruker ett årsverk eller mer).

Psykiatrireformen reiser på nytt spørsmålet om synliggjøring av en særgruppe, ev. en ny funksjon. Antakelig er det viktig å beholde de generelle tjenestene (altså funksjon 254) som utgangspunkt for registreringen, men med de spesifikasjoner i tjenestestatistikken (i KOSTRA-skjema eller på et eget forvaltningsrettet skjema) som ev. behøves i en overgangsperiode (slik det tidligere ble gjort med psykisk utviklingshemmede. Også her vil ev. IPLOS gi økt informasjon om ulike undergrupper av brukere.

Når det gjelder "omsorgsboliger" som enhet i statistikken, bør databehovet som hittil baseres på de særskilte registreringer som gjøres innenfor 254/262 og på Husbankens data.

261 Botilbud i institusjon.

Dette utgjør driftssiden ("hotellfunksjonen") ved eldreinstitusjonene. I regnskapet burde denne funksjonen være forholdsvis uproblematisk. Men mens f.eks. kjøp av kjøkkentjenester fra andre sektorer i kommunen/ private fremgår greit av regnskapet, blir dette problematisk mht personell (og antakelig her heller ikke så interessant for styringsformål). Det bør derfor vurderes om personellregistreringen under 261 er av slik kvalitet at den bør opprettholdes. I det minste bør det vurderes om det er hensiktsmessig å skille mellom personell på 253 og 261 i skjema. En forenkling av skjema ville neppe gå ut over kvaliteten på 253-dataene. Funksjon 261 bør ellers ha sin berettigelse og videreføres.

262 Botilbud utenfor institusjon.

Dekker drift og vedlikehold av pleie- og omsorgsboliger som kan være enten kommunalt eller privat eide. En del kommuner har organisert forvaltningen av kommunale boliger under en sentral boligetat. Slike kommuner forutsettes å fordele utgifter og inntekter mellom funksjonene 262, 263 og 310 etter aktuell bruk av boligene. Vi har signaler om at slik fordeling i praksis kan være problematisk: Boligmassen under 262 er svært sammensatt, fra boligtyper det antakelig er lettere å identifisere mht brukere/ utgifter (omsorgsboliger) til mer uklare kategorier (trygdeboliger).

Å gi opp denne funksjonen ville imidlertid innebære at vi stod uten regnskapstall for et område med økt politisk vektlegging. Innføringen av funksjon 262 skulle nettopp synliggjøre "mellomnivået" mellom ordinær, egen bolig og institusjon. Å droppe funksjonen ville samtidig

vanskeliggjøre et samlet bilde av pleie- og omsorgsutgiftene. Det er derfor vanskelig å tenke seg at 262 oppgis, men klarere retningslinjer for utgiftsføringen må til. Den særskilte personellregistreringen kan, som for 261, vurderes droppet eller foretatt sammen med 254.

Til funksjonen er knyttet en registrering av antall boliger og antall beboere. Som for regnskapet er det også her spørsmål om hvordan man fanger opp "gråsonen" mot boligene under 263/ 310. Det er også forskjeller som vi ikke fullt ut kan forklare mellom SSBs og Husbankens registreringer av omsorgsboliger.

263 Sosiale boliger.

Om avgrensningen mot 262, se ovenfor. I 1991- kontoplanen var dette ikke et eget formål. Behovet for denne funksjonen er antakelig noe mer uklart enn for 243 (rusproblemer). KOSTRA har etter 1997 ikke lenger registrering av de aktuelle boligenhetene. Også tall for beboerne er bortfalt, i og med omleggingen av prosjektet om ikke-økonomisk sosialhjelp. Sektorstatistikken bør vurdere om denne funksjonen kan slås sammen med funksjon 310 (hvis da dette er ønsket av kommunene som en forenkling av rapporteringen). Når det gjelder datakvaliteten, vil ellers også her årsverk/ lønnsutgifter bli av bedre kvalitet ved en ev. lønnsfordeling.

271 Sysselsetting.

Også her kan problemet med årsverk/ lønnsutgifter bli løst med lønnsfordeling. Mht tjenestedata er også denne funksjonen rammet av at forsøket med klientregistrering er omlagt. Klientskjema sosialhjelp inneholder dog data om den undergruppen av brukere av kommunal tiltaksplass som samtidig mottar økonomisk sosialhjelp. Antakelig *er* det hensiktsmessig med en synliggjøring av kommunalt (med)-finansierte sysselsettingstiltak i en egen funksjon. Om det er behov for å skille ut funksjon 272, er et mer åpent spørsmål.

Funksjonen vil omfatte både rent kommunale tiltak og tiltak samfinansiert med A-etaten/ andre. Det bør gis retningslinjer for hvordan personell registreres i de samfinansierte tiltakene.

272 Arbeid for yrkes-/ utviklingshemmede. Funksjonen ble i sin tid (1995) begrunnet med ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede og de kommunale sysselsettingstiltak som sprang ut av denne. Men grenseoppgangen mot 271 må bli klarere. Også på 272 vil det finnes tiltak samfinansiert med A-etaten/ andre, men denne funksjonen har foreløpig ikke egen personellregistrering der dette kunne være et problem. Det er et åpent spørsmål om 271 og 272 bør forbli to adskilte funksjoner, i den grad en sammenslåing oppfattes hensiktsmessig (og besparende) for kommunene.

281 Økonomisk sosialhjelp. Om forholdet til 242, se denne. Funksjonen omfatter (som formål 1.354 i 1991) kun klientutbetalingene.

282 Økonomisk hjelp til pensjonister mv. Det er blitt antydnet at de aktuelle tilskuddene kun brukes i et meget begrenset antall kommuner. På den annen side hevdes at løpende informasjon om kommunale ordninger er et viktig beslutningsgrunnlag for utformingen av *statlig* bostøtte. Om dette berettiger en egen funksjon, kan diskuteres. Flere kommuner har etterlyst en mer presis definisjon av funksjonen inkl. tjenesterapporteringen (skjema 13), bl.a. for å ta høyde for endringer i de statlige tilskuddene.

285 Asylmottak og andre tjenester. Funksjonen er iflg. KRD initiert av kommunene selv. Utgjør en restkategori for sosialtjenesten. (De "andre" tjenestene som er nevnt i KRDs hefte, er "tjenester som ikke inngår i det "ordinære" kommunale ansvarsområdet eks. dersom kommunen driver fylkeskommunale tiltak (barneverns- eller rusmisbrukerinstitusjoner, psykiatriske 2.linjetjenester/ -institusjoner mv.) etter avtale med fylkeskommunen eller andre"). Om grenseoppgangen mot 242 er presis nok både mht arbeidet rettet mot flyktninger og mht de "andre tjenester", bør vurderes.

Mål og midler innen helse- og sosialstatistikken – Bidrag til en strategi

(28.11.2000, CC)

1 Bakgrunn

Oppsummering

- Sosial- og helsedepartementet har i dag ingen enhetlig strategi for helse-, trygde-, omsorgs- og sosialstatistikken, men dagens statistikkssystemer er resultat av behovene for styringsinformasjon. Statistikk er ikke et mål, men et middel i helse- og sosialpolitikken, og statistikkfeltet avspeiler det mangfold av aktører og informasjonsbehov "sektoren" består av.
- Sosial- og helsedepartementet er involvert i utvikling flere nye statistikkssystemer og SSB spiller en nøkkelrolle i mange av prosjektene. Sosial- og helsedepartementet støtter med til dels betydelige ressurser både utvikling og drift av statistikkssystemer samt analyser. Det bør være et prinsipp at driften av de store statistikkssystemene og formidlingen av offisiell statistikk i SSB skjer gjennom statsbidraget.
- I Sosial- og helsedepartementets regi pågår nå en gjennomgang av ansvarsfordelingen innen de sentrale helseregistre samt en vurdering av fremtidig plassering av en koblingsinstans for helseopplysninger. Forslag til ny helseregisterlov vil også legge viktige strategiske føringer når det gjelder hjemmelsgrunnlag for helseregistre og bedre samordning av statistikk.
- Pleie- og omsorgsstatistikken, IPLOS spesielt, synes å utpeke seg som et prioritert satsingsområde for Sosial- og helsedepartementet de nærmeste årene. Et spørsmål SHD bør ta stilling til, er hvordan våre prioriteringer kommuniseres til SSB og ev til Finansdepartementet (via tildelingsbrevet).

I kontaktutvalgets ledelsesmøte 7. juni d.å. i SSB ble det under dagsordens generelle punkt om prioriteringen av helse- og sosialstatistikken konkludert med flg.:

"Det ble ikke trukket noen entydige konklusjoner på drøftingene, men det ble fremhevet at den samstemte etterlysning av en overordnet strategi for statistikkproduksjon og publisering er noe kontaktutvalget bør sette på dagsorden."

På møtet var både direktøren for SSB og departementsråden for SHD tilstede, og utspillet om mangel på strategi ble fremsatt av konst. helsedirektør Petter Øgard.

SHD har i dag ingen "overordnet strategi" for helse- og sosialstatistikken. Dette betyr imidlertid ikke at tilfanget og kvalitet innen helse- og sosialstatistikk er resultatet av tilfeldigheter. Behovene for statistikk sees i sammenheng med styringsutfordringene og gjennomgås løpende.

SHD har i kontaktutvalgets møte 14.11. fått opplyst at SSB i år 2001 vil utarbeide ny strategiplan. Gjeldende strategiplan for SSB er fra 1997, og den ble i sin tid sendt til høring til bl.a. SHD. Høringsuttalelsen fra SHD (av 7.4.97) ble imidlertid oversendt til SSB etter høringsfristens utløp (jfr. svar fra SSB av 26.5.97). For noen år siden ble det i SHD laget en plan for helse- og sosialstatistikken. SHD er ikke en statistikkinstusjon, og statistikk er (kun) et middel for utformingen av politikken. Statistikkansvarlige i SHD anser det ikke hensiktsmessig å utarbeide en samlet plan for statistikkarbeidet eller en vareopptelling på statistikkprodukter. Dette dokumentet ble utarbeidet som SHDs innspill til strategidiskusjon i kontaktutvalget og SSBs arbeid med ny strategiplan. Notatet har vært behandlet i SHDs statistikk-forum. Vi regner med at Helsetilsynet i sitt innspill vil fokusere på helsestatistikken.

I foreliggende dokument er derimot kort beskrevet viktige samarbeidsområder innen helse- og sosialstatistikken (del 2), samt formulert sentrale målsettinger for helse- og sosialstatistikken (del 3). I del 4 i notatet vurderes noen mulige virkemidler.

Spørsmålene som reiser seg er:

- Gir SSB helse- og sosialstatistikken den prioritet den fortjener? Er tilgjengelighet, aktualitet og datakvalitet god nok? Hvilke registre skal statistikkproduksjonen baseres på?
- Hvilke utviklingsoppgaver og statistiske analyser er det rimelig at SHD finansierer? Er det rimelig at SHD finansierer løpende driftsoppgaver knyttet til statistikkproduksjonen i SSB?

2 Sentrale samarbeids- og utviklingsområder innen helse- og sosialstatistikken

SHD er involvert i utvikling hhv. finansiering av statistikk-systemer på flere sentrale områder:

- **KOSTRA** (Kommune-stat-rapportering): KRD finansierer prosjektet og er samordningsinstans for Kostra som har pågått i flere år. Kostra har som mål å forbedre og forenkle den løpende rapportering fra kommunesektoren til staten. Kostra vil være i full drift neste år og det har vært et sentralt tema i kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk (SSB).
- **IPLOS** (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) : Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av SHD (ved Pleie- og omsorgsavdelingen) med forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgssektoren har vært til omfattende høring. SHD vurderer nå hvordan systemet skal utformes og aktuelle driftsformer for informasjonssystemet.
- **SEDA** (Sentrale data for allmennlegetjenesten): SSB har i egen avtale med SHD (v/Helseavdelingen) fått i oppdrag å gjennomføre et pilotprosjekt for å forbedre kunnskapen om primærlegetjenesten (evaluering av fastlegereformen).
- **Personellstatistikk**: Det er inngått avtale mellom SHD (v/ Helseavdelingen) og SSB om utvikling av personellstatistikk for helse- og sosialsektoren hvor også KS som ansvarlig for bl.a. PAI-registeret spiller en viktig rolle.
- **Legemiddelstatistikk**: SHD (v/Helseavdelingen) utreder nå behov og muligheter når det gjelder å skaffe en reseptbasert legemiddelstatistikk og registeransvarlig instans.
- **Levekårsstatistikk**: SHD (v/Trygdeavdelingen) har gjennom flere år samarbeidet med SSB (og NSD) om etablering av informasjonssystemer (Kirut, FdTrygd) samt analyser i tilknytning til levekårsdata. I tillegg omfattes RTVs ganske omfattende statistikk-produksjon av etatsstyringsansvaret for TA.
- **HJULET**: SHD (v/Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen) har i snart et tiår gjennom egen avtale samarbeidet med SSB om innsamling, bruk og presentasjon av helse- og sosialstatistikk, særlig kommunestatistikk. Hjulet er både et informasjons-, styrings- og statistikk-system.
- **Databasen for helse- og sosialutgifter**: SHD (ved Administrasjonsavdelingen) har ansvar for databaseprodukt som oppdateres av SSB hvert år. Det er behov for å oppdatere verktøyet når Kostra er i full drift (fra regnskapsår 2001) og å knytte internasjonal rapportering til verktøyet.
- **Statistikk innen rehabilitering**: SHD (v/Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen) har arbeidet med å utvikle indikatorer om behov, innsats og organisering innen rehabilitering i kommunene. Indikatorene er dels tenkt inn i KOSTRA, og dels ivaretatt gjennom utvalgsundersøkelser. En starter nå et arbeid i forhold til kunnskapsutvikling om rehabiliteringsarbeid i spesialisthelsetjenesten.
- **Norgeshelsa**: SHD (v/ Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen) samarbeider og finansierer informasjonssystem v/Folkehelsa med generell helsestatistikk.
- **Det nasjonale dokumentasjonssystemet for tiltak for rusmiddelmissbrukere**: SHD (v/ Sosialavdelingen) gir økonomisk støtte til videreutvikling og drift av systemet gjennom Rusmiddeldirektoratet, som har knyttet til seg Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og Stiftelsen Bergensklinikene i utførelsen av det praktiske arbeidet med deler av

systemet. Fra 1. januar 2001 vil ansvaret for dokumentasjonssystemet, sammen med annen statistikkproduksjon på rusmiddelområdet, bli overført til det nye Statens institutt for rusmiddelforskning.

Utredning, utvikling og drift av systemene er svar på konkrete informasjonsbehov i SHD. Samarbeidet med SSB om personellstatistikken er for eksempel knyttet til handlingsplan for helsepersonell. Statistikksystemene ovenfor har det til felles at statsbidraget til SSB ikke anses gi tilstrekkelig finansiering. I ovennevnte systemer (bortsett fra KOSTRA) er mao. SHD inne med (del-)finansiering.

SHD full styringsrett over ressurser innen registre og statistikkproduksjon i underliggende etater. SHDs mer eller mindre uttalte strategi når det gjelder plassering av (nye) statistikkoppgaver (innsamling, registre, publisering, analyser) har gitt forrang til mangfold fremfor monopolisering. Det er i løpet av de siste par tiår blitt flere og flere aktører på statistikkarenaen, og det er tatt flere skritt for å bedre samordningen mellom aktørene bl.a. gjennom egne samarbeidsavtaler og samarbeidsfora.

3. Overordnede mål for helse- og sosialstatistikken

Mål 1: Helse-, sosial-, omsorgs- og trygdestatistikken skal gi grunnlag for SHDs politikk og styringsinformasjon. Det er vesentlig at statistikken har god aktualitet og tilgjengelighet.

Det er vesentlig at statistikken har god aktualitet og tilgjengelighet.

Helse- og sosialstatistikken skal fremskaffe dokumentasjon om utviklingen innen SHDs ansvarsområder som kan danne kunnskapsgrunnlag for utformingen av den nasjonale politikken og tiltakene innen helse- og sosialsektoren. Statistikken skal ha innhold og kvalitet som styringsutfordringene tilsier.

Helse-, sosial-, omsorgs- og trygdesektoren står for ca. en tredjedel av landets totale verdiskaping (BNP) og "sektoren" er en av landets betydeligste næringer når man ser på sysselsettingen. Sektoren har hatt en dramatisk utvikling de siste årene når det gjelder omfang og kompleksitet, og helsepolitikken er i offentlighetens søkelys. Har helse- og sosialstatistikken fulgt med på denne utviklingen?

Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvar for utformingen og iverksettingen av brorparten av politikken innen sektoren. Det er mange nivåer for beslutninger og mange aktører både på statlig, fylkeskommunalt og kommunalt nivå. "Sektoren" er vanskelig å avgrense mot andre sektorer og mellom delsektorene innbyrdes.

Helse- og sosialpolitikken er en viktig del av den offentlige politikken, av den økonomiske politikken, av sysselsettingspolitikken, av kommunepolitikken og utdanningspolitikken. I SHD etterspørres og brukes statistikk daglig i forbindelse med stortingsdokumenter, handlingsplaner, evalueringer og div. saksfremlegg. Sentrale nasjonale kilder til generell statistikk er SSB, Sintef og RTV samt underliggende etater med ansvar for helseregistre.

Et viktig strategisk grep for helhetlig og rasjonell statistikkproduksjon som SHD slutter opp om er KOSTRA. Ad-hoc rapporteringer fra kommunesektoren skal kun i unntakstilfeller iverksettes som tillegg til rutinemessige rapporteringer. All rapportering fra kommunesektoren, ikke bare kommuneregnskapene med også tjenesterapporteringen, gjennomgås hvert år med krav om samordning.

Helse- og sosialstatistikken utgjør en sentral kjerne i et informasjonssystem som bør være mest mulig helhetlig. Andre bestanddeler av informasjonssystemet er offentlig informasjon (lover og retningslinjer etc.), pasientinformasjon (fritt sykehusvalg etc.) og SHDs satsing på nasjonalt

helsenett og samt it-basert kommunikasjon mellom helsetjenestens mange aktører. Statistikk er av sentral betydning, men den er langt fra å være eneste relevante styringsinformasjon.

Kompetanseoppbygging og analyser og innen statistikken er nødvendig både for innsamlingsansvarlig og for bruker av statistikken. Tall taler ikke for seg selv, de må settes inn i en sammenheng, og analyser og bruk av tall er en forutsetning for forbedring av statistikkgrunnlaget. Det må være en rimelig balanse mellom tallproduksjon og analyseproduksjon.

Mål 2: Den offisielle (helse- og sosial)statistikken skal gi kunnskap om sentrale sammenhenger og utviklingstrekk i samfunnet.

Overordnede tema for den offisielle statistikken er tjenesteyting og tjenestebehov, utgifter og inntekter, personellbruk, levekår og resultater av politikken. SSB har en sentral rolle i den offisielle statistikken, og dårlig aktualitet er noen ganger et hovedproblem for SHD. KOSTRA har satt ny standard når det gjelder aktualitet. For SHDs vedkommende er ”Hjulet” et viktig statistikk- og styringssystem, selv om det ikke er en del av den offisielle statistikken.

SSB har gjennom statistikkloven et særskilt ansvar (og redskap) for utarbeidelsen av offisiell statistikk. RTV og Sintef er betydelige statistikkprodusenter og det er nå inngått samarbeidsordninger (og avtaler) mellom SSB og begge disse institusjonene. Målet er å unngå ”overlappinger og hull” i den offisielle statistikken.

Den offisielle helse- og sosialstatistikken skal være mest mulig konsistent med annen statistikk og den er en uatskillelig del av et nasjonalt (og internasjonalt) statistikkssystem.

SHD har ikke hånd om hele helse- og sosialpolitikken. Det er tilstrekkelig å nevne barne- og familiepolitikken, arbeidsmarkedspolitikken, innvandringspolitikken og boligpolitikken. Sosial- og helsedepartementets politikkanvar må forstås og samordnes med flere andre politikkområder. Slik er det også på statistikkens område. Helse- og sosialstatistikken må sees i sammenheng og være mest mulig konsistent med nasjonalregnskapsstatistikken, med regnskapsrapporteringen i KOSTRA, med trygdestatistikken osv.

Sammenlignbar og konsistent statistikk på tvers av ulike levekårs- og tjenesteområder var bl.a. en utfordring i forbindelse med arbeidet med Utjamningsmeldinga. Sosialt utsyn fra SSB og Folkehelse rapporten til Stortinget er andre eksempler på helhetlige fremstillinger basert på statistikk fra ulike kilder. SSB har et sentralt ansvar når det gjelder å påse at inndelinger, klassifikasjoner og innsamlingsrutiner for helse- og sosialstatistikken avstemmes mot andre statistikkområder.

Mål 3: Sentrale statistikkssystemer bør i størst mulig grad bygge på lokale registreringsbehov og grunnlagsdata fra (pasient-)registre.

Det er viktig å unngå dobbelregistrering og dobbelrapportering fordi databehandling er en betydelig administrativ belastning. Slagordet må være: en gang – ett sted. KOSTRA er et viktig eksempel her.

Datakvalitet og relevans bli bedre når de samme data brukes i informasjonssystemer lokalt og som styringsdata nasjonalt. Ofte vil sentral statistikkproduksjon skje gjennom uttrekk av et utvalg av

data fra et lokalt register. Det vil i slike tilfeller ofte være nødvendig med egen hjemmel for å innhente data til et sentralt register.

En del sentrale statistikkregistre bygger på data som er relevant i finansieringssammenheng. NPRs pasientregister og legeregningssystemet i RTV er eksempler. Det er viktig å være oppmerksom på skillet mellom data til statistikkbruk og data som grunnlag for refusjon, og rollen til den dataansvarlige bør være avklart. SSB er i motsetning til RTV og NPR en ren statistikk institusjon. Sosialhjelps- og barnevernsstatistikken fra SSB bygger på innsamling av individopplysninger fra kommunene.

Forslag til lov om helseregistre vil legge viktige premisser for bedre samordning og (gjen-)bruk av registeropplysninger. Et viktig strategisk spørsmål er hvor man i fremtiden ønsker å forankre sentrale registre samt en koblingsinstans.

SSB har det sentrale registeransvar for bl.a. dødsårsaker, statistikk om svangerskapsavbrudd, Kostra, FoB Trygd mm. NPR, Kreftregisteret, Med. fødselsregister, helsepersonellregisteret er andre eksempler på landsomfattende registre. I forbindelse med ny helseregisterlov og den organisatoriske gjennomgangen av den sentrale helseforvaltning, vil forutsetninger for opprettelse og drift av sentrale registre samt kobling av registeropplysninger bli avklart. Våre skandinaviske naboland har opprettet epidemiologiske enheter (sentra) i helseforvaltningen som ivaretar slike funksjoner og store deler av statistikk- og analyseproduksjonen. Også ansvaret for nasjonale kodeverk og termer er under utredning i SHD og sees i sammenheng med forvaltning av nasjonale registre.

4 Virkemidler

Har SSB forslag til organisatoriske grep som kan gjøre samordningen lettere og som kan bidra til ”meir og betre statistikk”?

Finansdepartementet har etatsstyringsansvaret for SSB og dermed ansvaret for størrelsen og hovedprioriteringen innen statsbidraget (grunnbevilgningen til SSB). Vi har mange eksempler på at SHDs forespørsler og krav til SSB er blitt møtt med avvisning fra SSB under henvisning til et stadig knappere statsbidrag. Det er argumenter (og talsmenn) for at SHD bør innta en mer aktiv rolle i forhold til Finansdepartementets arbeid med årlige tildelingsbrev til SSB, med sikte på å påvirke prioriteringene i ønsket retning. SHD har så langt ikke tatt initiativ til å blande seg inn i prioriteringen av statsbidraget denne veien. Et unntak ble gjort i fjor når SSB fikk flere departementers (og SHDs) støtte for å be om tilleggsmidler til gjennomføringen av tidsbruksundersøkelsen.

Det er SHD (v/ Trygdeavdelingen) som har etatsstyringsansvaret for RTV. SHDs bevilgninger og behov i forhold til NIS-Samdata og ivaretas av sykehus- hhv. helseavdelingen. SHD styringsansvar overfor helseregistrene ivaretas (v/Forebyggings- og rehabiliteringsavdelingen).

SHD deltar aktivt i Samordningsrådet for KOSTRA. Det er opprettet flere arbeidsgrupper som hvert år gjennomgår rapporteringsopplegget fra kommunesektoren til staten på bl.a. helse- og sosialsektorens områder. Omfang, konsistens og innsamlingsmåte vurderes og sees i forhold til behovene for styringsinformasjon. Også rapporteringsopplegg i tilknytning til øremerkede bevilgninger (handlingsplaner mm) fra SHD vurderes hvert år i forhold til det løpende rapporteringsopplegg.

Kontaktutvalget mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og SSB fikk revidert mandat og videre representasjon i 1998. I tillegg til SSB og SHD deltar KS og Statens helsetilsyn i dette samarbeidet. Trygdesektoren er som kjent ikke representert i kontaktutvalget. SHD (v/ Trygdeavdelingen) er i ferd med å inngå egen rammeavtale med SSB om levekårsstatistikk mm. Trygdeavdelingen mener at behovene deres best ivaretas i direkte samarbeid med RTV og SSB. En ide som bør vurderes er å invitere RTV og TA til et av kontaktutvalgets møter hvor samordningsmuligheter innen trygderelatert statistikk vies særskilt oppmerksomhet.

SHDs interne statistikk-forum (v/ Administrasjonsavdelingen) samordner aktuelle problemstillinger internt i SHD. Prinsippet for arbeidsdelingen er at ansvaret for statistikkutvikling av er lagt til

fagavdelingene, samordningsansvaret er lagt i Administrasjonsavdelingen. SHD har hittil ikke sett det som hensiktsmessig å inngå en samlet avtale med SSB om helse-, sosial-, omsorgs- og trygdestatistikken. Bedre samordning kan oppnås ved at statistikk-forum i SHD og kontaktutvalget gis et klart mandat i forhold til alt avtaleverk. I dag sikres en helhetlig prioritering gjennom linjeledelsen. Gjensidige forventninger bør kunne avklares i kontaktutvalget ved at en i begynnelsen av hvert kalenderår går gjennom avtalene samt en plan for publisering innen helse- og sosialstatistikken.

SHD ser ikke at det er nødvendig med organisatoriske endringer, verken internt eller eksternt, men vi er åpne for ev forslag fra SSB til hvordan vi kan bedre samordningen og samarbeidet, for eksempel etter mønster fra andre statistikkområder.

I strategiplanen for SSB bør forholdet mellom statsbidraget og oppdragsfinansiering gjøres til gjenstand for prinsipiell vurdering.

SHD opplever at våre statistikk-systemer SSB blir satt under press, redusert eller forsinket. Ofte skjer dette under henvisning til kutt i statsbidraget fra Finansdepartementet og økende krav om oppdragsfinansiering, andre skjer forsinkelser under henvisning til at SSB mangler kapasitet på it-siden. SHD har sammen med andre departementer gjennomført et ”spleisselag for å redde tidsbruksundersøkelsen”. Vi har underhånden hørt om nye mulige nye kutt i SSB, og ”utsettelse” av bl.a. levekårsundersøkelsene i 2001.

Innen statistikk-innsamling er betydelige funksjoner lagt til SSB, innen analyse og innen statistikkformidling synes andre aktører enn SSB å spille en mer fremtredende rolle. Når det gjelder internasjonal rapportering av offisiell statistikk bør SSBs rolle avklares. Rapport fra arbeidsgruppe vil bli lagt frem for kontaktutvalget med det første. Ny teknologi (internett) bør utnyttes for å gjøre samordningen lettere og rapporteringen mer rasjonell.

SHD savner et bedre faktagrunnlag når det gjelder helse- og sosialstatistikkens plass i SSB. Er det virkelig slik at færre og færre oppgaver innen helse- og sosialstatistikken finansieres gjennom statsbidraget? Kan SSB kvantifisere innsatsen innen helse- og sosialstatistikken og se på utviklingen over noen år når det gjelder finansiering gjennom statsbidraget hhv. oppdragsfinansiering? Har det skjedd viktige i relasjon til andre statistikkområder i SSB? Hvordan prioriterer og finansierer andre departementer sin innsats i SSB?

Helse- og sosialstatistikken i SSB bør gis mer forutsigbare rammebetingelser.

Ny strategiplan for SSB kan være en arena for å klargjøre helse- og sosialstatistikkens plass og prinsippene for tilleggsfinansiering fra SHD. Hvilke prioriteringer når det gjelder innsamling, publisering og analyser innen helse- og sosialstatistikken kan vi forvente av SSB de nærmeste årene? Er det en forventning at SHD i fremtiden selv skal finansiere utvikling og drift av nye statistikk-systemer i SSB?

Det bør være et prinsipp at ”driften” av de store statistikk-systemene i SSB skjer gjennom statsbidraget. Prinsippet bør gjelde innsamling og kvalitetssikring men også et minimum av analyser samt publisering av offisiell statistikk. Når det gjelder mindre, skreddersydde styrings- og informasjonssystemer og analyser vil det være lettere å forsvare finansiering ved bestiller og prising ved marginalkostnadsbetraktninger. På denne måten vil SSB kunne bevare et konkurransefortrinn ovenfor andre statistikkprodusenter som vil måtte fakturere hele utgiften til bestiller.

Pleie- og omsorgsstatistikken, IPLOS spesielt, utpeker seg som et prioritert satsingsområde for SHD de nærmeste årene.

Innen pleie- og omsorgsstatistikken har SHD gjentagne ganger påpekt behovet for bedre styringsinformasjon og statistiske analyser. SHDs informasjonsbehov avspeiler et velkjent fenomen: voksende omsorgsoppgaver – knappe ressurser. Når IPLOS blir satt i verk antas sentrale deler av datagrunnlaget å være vesentlig bedre enn før. Det vil kreves en betydelig satsing for å få IPLOS på plass. SHD vurderer nå hvordan IPLOS skal utformes i praksis og driftsformen for informasjonssystemet. SHD vil også vurdere IPLOS' rolle i forhold til den offisielle statistikken og i forhold til internasjonal rapportering mm., selv om dette ikke er det primære formål med IPLOS.

Publiseringer siste 18 måneder innen Kontaktutvalgets fagfelt

NOS (Årlige eller periodiske publikasjoner):

- C516 Helseundersøkelsen 1995
 - C559 Pleie- og omsorgsstatistikk 1998
 - C579 Sosialhjelp og barnevern 1998
 - C585 Pasientstatistikk 1995-1997
 - C588 Kommunehelsetjenesten 1988-1998. Forebyggende tjenester, lege- og fysioterapitjenester.
 - C591 Dødsårsaker 1996
 - C594 Spesialisthelsetjenester 1990-1998. Somatiske sykehus, psykiatriske institusjoner m.m.
 - C611 Helsestatistikk 1992-1998
- Ny NOS-publikasjon: NOS Levekårsundersøkelsene 1996-1998 (1999?), som dekker alle levekårsområder. Den siste er tenkt som en 3-årlig utgivelse. Ventes å komme ut senere i år.

Statistiske analyser (SA):

- SA 32 Eldre i Norge
- SA 35 Sosialt utsyn

Rapporter:

- RAPP 2000/3 En analyse av kommunenes hjelp til mottakere av hjemmetjenester
- RAPP 2000/21 Etterspørsel og utgifter til pleie- og omsorg

Notater:

- NOT 2000/34 Årsrapport. Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 1999
- NOT 2000/ 5, 6, 20, 33, 37, 42, 53, 58, 59. Dokumentasjonsrapporter for FD-Trygd
- NOT 2000/9 Rutiner for produksjon av statistikk over pleie- og omsorgstjenester
- NOT 2000/10 På leting etter målefeil - en studie av pleie- og omsorgssektoren
- NOT 2000/39 Revisjon av data til pleie- og omsorgsstatistikken 1997-1998
- NOT 2000/45 Undersøkelse om omfanget av utgifter til helse- og omsorgstjenester. Dokumentasjons og tabellrapport
- NOT 2000/51 Oversikt over Dødsårsaksregisterets koderegler
- NOT 2000/55 Helseundersøkelsene 1968, 1975, 1985, 1995, 1998 - dokumentasjon og spørreskjema

Samfunnsspeilet:

- Levekårsutvikling

Dagens statistikk (siste publisering).

- Levekårsundersøkelsen 1998. Helse, omsorg og sosial kontakt
Én av åtte storbruker av legetjenester
- Kosthold blant 6-måneder gamle spedbarn
Spedbarn og morsmelk
- Nordmenns røykevaner, 1999
Kvinner og menn røyker like mye
- Dødsårsaker, 1997
Stadig færre krybbedødsfall
- Trygdemidler til familier med astmatiske barn
Mange kjenner ikke egne rettigheter
- Kommunehelsetenesta. Legar, fysioterapeutar og forebyggjande tenester. Endelege tal, 1999
Litt meir ressursar til kommunehelsetenesta
- Spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten. 1999
Økt bruk av ambulanse

Spesialisthelsetjenesten. Spesialister med fylkeskommunale driftsavtaler, 1999
Stadig flere deltidsavtaler med spesialister

Spesialisthelsetjenesta, psykiatri. Endelege tal, 1999
Færre døgnplassar, men fleire konsultasjonar

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Endelige tall, 1999
Høyere utgiftsvekst i psykiatri enn i somatikk

Spesialisthelsetjenesten, somatikk. Endelige tall, 1999
Personellvekst og økt kompetanse

Pasientstatistikk. Endelige tall, 1999
Flere pasienter over 80 år

Eldresentre, 1998
Fortsatt "liv laga" for eldresentrene

Pleie- og omsorgstenester. Førreløse tal, 1999
Fleire plassar i institusjonane

Personell i sosialtjenesten, 1998
Flere sosionomer i sosialtjenesten

Kontantstøtte, tilsynsordning og yrkesdeltakelse, 1999
Endret barnepass for ettåringene

Økonomisk sosialhjelp, 1999. Endelege tal
6 300 færre mottar sosialhjelp

Hjulet 2000
Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene

Utførte svangerskapsavbrudd, 1999
Små endringer i aborttallene

Steriliseringar, 1999
Fleire menn over 45 år let seg sterilisere

Første tall fra panelundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå er klare
Levekår i endring

Sjølvmeldingsstatistikk for folketrygdpensjonistar, 1998
Betre for minstepensjonistane

De sist utgitte publikasjonene i serien Notater

- 2001/8 T. Karlsen, E. Karstensen og E. Evensen: Beregningsrutiner og teknisk programstruktur for fylkesfordelt nasjonalregnskap. 27s.
- 2001/9 L. Rognstad, N.M. Stølen, T. Jakobsen og P. Schønning: Regional statistikk og analyse - strategi og prioriteringer. 45s.
- 2001/10 A. Akselsen og B.R. Joneid: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Pensjoner. Grunn- og hjelpestønader. 1992-1998. 94s.
- 2001/11 B. Mathisen: Flyktninger og arbeidsmarkedet 4. kvartal 1999. 34s.
- 2001/12 A. Rognan og N. Barrabés: NUS2000. Dokumentasjonsrapport. 36s.
- 2001/13 K.I. Bøe, J. Johansen og Ø. Sivertstøl: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Attføringspenger, 1992-1998. 88s.
- 2001/14 O. Klungsøyr: Ekstremverdimodell for industrinæringenes investeringer i 90-årene. 30s.
- 2001/15 O. Klungsøyr: Markovkjede Monte Carlo i varianstkomponentmodell for sysselsettingsdata. 30s.
- 2001/16 M. Bråthen og T. Pedersen: Tilpasning på arbeidsmarkedet for personer som går ut av status som yrkeshemmet i SOFA- søkerregisteret - 1998. 27s.
- 2001/17 T. Martinsen: Statistikk over energibruk i Statistisk sentralbyrå - evaluering, brukerbehov og forutsetninger. 87s.
- 2001/18 L. Vågane: Undersøkelse om holdninger til frukt- og grøntabonnement blant foreldre med barn i grunnskolen. Dokumentasjonsrapport. 26s.
- 2001/19 H. Madsen og A. Langørgen: Anslag over antall etterspørere av grunnskoleopp-læring for voksne. 23s.
- 2001/20 B. Indahl, D.E. Sommervoll og J. Aasness: Virkninger på forbruksmønster, levestandard og klimagassutslipp av endringer i konsumentpriser. 27s.
- 2001/21 A. Barstad: På vei mot det gode samfunn? Utredning til Finansdepartementet i forbindelse med arbeidet med nytt Langtidsprogram, 2002-2005. 363s.
- 2001/23 L. Østby: Beskrivelse av nyankomne flykningers vei inn i det norske samfunnet. Notat til Lovutvalget som skal utrede og lage forslag til lovgivning om stønad for nyankomne innvandrere. 32s.
- 2001/24 T. Nøtnæs: Innføring i bruk av fokusgrupper. 22s.
- 2001/25 J. Fosen, A.G. Hustoft og B.O. Lagerstrøm: Ny spørresekvens for å identifisere husholdninger i utvalgsundersøkelser. 29s.
- 2001/26 H.C. Hougen: Undersøkelse om folat-kunnskap blant kvinner i fertil alder: Dokumentasjonsrapport. 17s.
- 2001/27 Ø. Kleven og O.F. Vaage: Medieundersøkelsen 1999: Dokumentasjonsrapport. 49s.
- 2001/28 J. Heldal og J. Fosen: Statistisk konfidensialitet i SSB: Et diskusjonsnotat. 41s.
- 2001/29 B.O. Lagerstrøm: Bruk av folkehøgskoler, 2000/2001. 77s.
- 2001/30 R. Nygaard Johnsen: Undersøking om foreldrebetaling i barnehagar, januar 2001. 40s.
- 2001/31 R. Choudhury: Brukerveiledning for AMEN. 100s.
- 2001/32 R. Choudhury: Datagrunnlaget for AMEN: Teknisk dokumentasjon. 20s.
- 2001/33 G. Dahl og J. Johansen: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Sysselsetting. 1992-1997. 98s.
- 2001/34 L. Vågane: Samordnet levekårsundersøkelse 2000 - tverrsnittundersøkelsen: Dokumentasjonsrapport. 82s.