



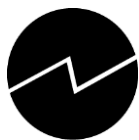
Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Notat

**Trond Ekornrud, Dag Ragnvald Abrahamsen,
Solveig Bryne Castberg Stølan og Merete Thonstad**

KOSTRA arbeidsgrupperapport 2022

KOSTRA arbeidsgrupperapport for helse- og omsorgstjenester



KOSTRA arbeidsgrupperapport for helse- og omsorgstjenester

1. Innledning

Arbeidsgruppens sammensetning juni 2022:

Instans	Hovedmedlem	Vara
Helse- og omsorgsdepartementet, Omsorgstjenesteavdelingen	Toril Berge Flatabø	Olav J. Gjestvang
Kommunal- og moderniseringsdepartementet	Helga Aanderaa	
KS	Anne Gamme	Martin Fjordholm
KS	Jon Qvortrup	
KS / Vågå kommune	Odd Erik Sveen	
KS / Hamar kommune	Halvor Haug	
KS / Oslo kommune	Elisabeth Bøe	
KS / Bergen kommune	Brynjar Skaar	Linn Karin Mydland
Helsedirektoratet	Mette Odden Grimeland	Kirsti Strand
Helsedirektoratet	Linda Haugan	
Husbanken	Hodan Adan	Hermund Urstad
Statistisk sentralbyrå, arbeidsmarked	Stine Bakke	Tonje Køber
Statistisk sentralbyrå, off. finans	Anne Brit Thorud	
Statistisk sentralbyrå, helse-omsorg	Trond Ekornrud (nestleder)	Merete Thonstad
Statistisk sentralbyrå, helse-omsorg	Dag Abrahamsen (leder)	Gunnar Claus

Gruppen har ansvar for å utvikle skjema for innhenting av informasjon og presentasjon av informasjon innenfor følgende KOSTRA-funksjoner:

- 120 Administrasjon (årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester)
- 232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- 233 Annet forebyggende helsearbeid
- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering.
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 256 Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene
- 261 Institusjonslokaler

For nærmere beskrivelse av KOSTRAs kontoplan, se <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/kostra/regnskapsrapporteringen/id551573/>

Tre skjema dekker resten av tjenesterapporteringen for helse- og omsorgsfunksjonene:

- [Skjema 1 - Personell og verksemd i den kommunale helse- og omsorgstjenesta \(bokmål\) \(Veiledning og Rettleiing\)](#)
- [Skjema 4 - Helse- og omsorgstjenester - samleskjema \(bokmål\) \(Veiledning og Rettleiing\)](#)
- [Skjema 5 - Helse- og omsorgsinstitusjonar \(bokmål\) \(Veiledning og Rettleiing\)](#)

Oversikt over alle KOSTRA-skjema og tilhørende veiledere finnes på

<https://www.ssb.no/innrapportering/kostra-innrapportering>

under overskriften «Utskriftsversjoner av skjema og veiledninger for kommuner»

I tillegg blir følgende datakilder brukt:

- Hovedtall for brukere av omsorgstjenester blir fra og med 2018-årgangen hentet fra Helsedirektoratets Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR):
- <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>



- SSBs [registerbaserte personellstatistikk](#), som bl.a. bygger på a-ordningen, Norsk utdanningsdatabase (NUDB), Helsepersonellregisteret til Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet sitt fastlegeregister
- Helsedirektoratet sitt KUHR-register (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner)

Arbeidsgruppen har avholdt ett hovedmøte i løpet av det siste året (9.5.2022). I tillegg er noen saker behandlet i mindre fora eller via e-post.

Referater fra arbeidsgruppemøtene legges her: <https://www.ssb.no/kostra/om-kostra/organisering-av-arbeidet-i-kostra/kostra-arbeidsgruppe-helse-og-omsorgstjenester>

2. Oppsummering og anbefaling

Kapitlene 3, 4 og 5 tar for seg det som skal skje framover, endringer og behov for kommende rapporteringer og publiseringer. Kapittel 6 er dokumentasjon av den innsamlingen og publiseringen som vi sist har vært igjennom.]

2.1 Ønskede endringer i kontoplanen

Pågående arbeid er omtalt i kapittel 4:

- 4.1 Oppdeling av KOSTRA-funksjon F254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 4.2 Flytting av rusomsorgsinstitusjoner fra KOSTRA-funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer til funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

2.2 Ønskede endringer i skjema/filuttrekk

2.2.1 Kommnehelse KOSTRA-skjema 1 – Punkt 2-1/2-3 Mulige spørsmål om legevakt
Omtales i kapittel 5.1.

2.2.2 Kommnehelse KOSTRA skjema 1 – Punkt 3-3/4-5/7-1 Fjerne spørsmål om omdisponering av fysioterapeuter, personell fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykologer pga. korona

Omtales i kapittel 5.2.

2.2.3 Kommnehelse KOSTRA skjema 1 – Punkt 5-2 Forslag om ny kartlegging om frisklivssentraler og tilsvarende tilbud

Omtales i kapittel 5.3.

2.2.4 Kommnehelse KOSTRA skjema 1 – Punkt 7-1 Nye spørsmål om psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Omtales i kapittel 5.4.



3. Videreutvikling av publiseringen

3.1 Endring av variabler

3.1.1 Fjerning av eksisterende variabler

Det er ikke planlagt fjerning av eksisterende variabler ved neste års publisering.

3.1.2 Nye variabler

Kommunehelse: Nye variabler tilknyttet legevakt: Basert på den utvidete legevaktkartleggingen i KOSTRA-skjema 1 for 2021-årgangen, kan det bli aktuelt allerede i 2022-skjema å ta inn spørsmål som det skal rapporteres på årlig. Det kan derfor bli aktuelt å publisere nye variabler basert på disse eventuelle nye rapporteringene.

3.1.3 Endring av innhold i allerede eksisterende variabler

Det er ikke planlagt endring av innhold i allerede eksisterende variabler ved neste års publisering.

3.2 Ytterligere om videreutvikling av publiseringen

Det er på det nåværende tidspunkt ikke planlagt ytterligere videreutvikling av publiseringen til neste år.

3.2.1 Arbeidet med FNs bærekraftsmål

Arbeidsgruppa behandlet denne saken på arbeidsgruppemøte 9. mai. Jørn K. Undelstvedt presenterte bakgrunnen for SSB arbeid og ønsker om involvering av KOSTRA-gruppene.

På oppdrag fra KS har SSB utviklet en taksonomi for klassifisering av indikatorene til bærekraftsmålene, og rapport ble publisert i 2021: <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/artikler-og-publikasjoner/taksonomi-for-klassifisering-av-indikatorer-til-baerekraftsmalene>

For bærekraftsmål 3 God helse og livskvalitet er det foreslått 67 indikatorer, og 16 er allerede i portalen (<https://www.ssb.no/sdg/god-helse-og-livskvalitet>):

17. mars ble det avholdt et planleggingsmøte med prosjektet og Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet for samarbeid om nasjonale mål og indikatorer, med bærekraftsmål 3 God helse og livskvalitet og 4 God utdanning.

Arbeidsgruppen diskuterte flere ulike aspekt ved bærekraftsindikatorene. Blant de foreslåtte indikatorene må mange hentes ut fra eksisterende registre, og det er ikke helt avklart hva som må hentes fra kommunene. Arbeidet med bærekraftsmål er i oppstart hos HOD og dette arbeidet er under utvikling. HOD ønsker at arbeidsgruppa kommer tilbake til dette på et senere tidspunkt.

KS har startet å se på bærekraftsmålene, men arbeidet har vært skadelidende grunnet pandemien. Det er i utgangspunktet ikke et ønske om å øke oppgavebyrden for kommunene ved økt rapportering, eksisterende datakilder og materiale er viktig å benytte. Folkehelseprofiler vil kunne dekke noen av målene.

Mens en del av de foreslåtte indikatorene kan knyttes til kommunehelse, synes ingen å være tilknyttet omsorgstjenesten. En vil derfor undersøke om delformuleringene til bærekraftsmålene omtaler omsorg i et internasjonalt perspektiv. Flere av de foreslåtte indikatorene er på overordnet nivå og ikke kommunenivå, og dermed lite aktuelle for KOSTRA. Det er økende fokus i kommunene på å rapportere på bærekraftsmålene, men det er viktig å kunne finne noen bærekraftsmål som også er brukbare for kommunene. Det kan forekomme målkonflikter mellom ulike bærekraftsmål, f.eks. helse og miljø. Trondheim kommune er i ferd med å utvikle en modell for å se sammenheng mellom målepunkter.

Det er opp til arbeidsgruppen i hvilken grad det skal jobbes mer direkte med bærekraftsmålene. Ved behov tas temaet opp igjen på senere KOSTRA-arbeidsgruppemøter.



4. Ønskede endringer i kontoplanen (funksjon og art)

4.1 Oppdeling av KOSTRA-funksjon F254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende

På møte i KOSTRA Samordningsråd 8. september 2021 ble det vedtatt å nedsette et arbeidsutvalg med formål å utrede en oppdeling av KOSTRA-funksjon 254 Helse og omsorgstjenester til hjemmeboende. Utvalgets arbeid blir utdypet i eget notat i forkant av møtet i Samordningsrådet høsten 2022. Her følger et foreløpig og forkortet sammendrag.

Det har lenge vært et uttrykt behov blant kommunene for å standardisere en mer detaljert regnskapsføring av kommunenes utgifter til hjemmetjenesten. Kommunene organiserer hjemmetjenestene på ulike måter, og den nåværende funksjonsinndelingen i KOSTRA-funksjon 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende¹ er ikke detaljert nok til å gi et godt kunnskapsgrunnlag for å sammenligne kommuner eller analysere innholdet på overordnet nivå. Samtidig har det vært vanskelig å enes om en mer detaljert oppdeling av utgiftene til hjemmetjenesten som treffer alle kommunene like godt.

Arbeidsutvalget for oppdeling av KOSTRA-funksjon 254 kommer derfor med et foreløpig forslag til oppdeling av funksjonen, som innebærer å opprette en ny KOSTRA-funksjon 257 for boligbaser i Helse- og omsorgstjenesten. Bakgrunnen for forslaget og selve forslaget er nærmere beskrevet i dette notatet.

4.1.1 Bakgrunn

Høsten 2021 nedsatte derfor Samordningsrådet for KOSTRA et eget arbeidsutvalg som skulle finne fram til en omforent oppdeling av kontoplanen². Arbeidsutvalget har bestått av representanter fra KS, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kommunal- og distriktsdepartementet og Statistisk sentralbyrå (SSB). SSB har ledet og vært sekretariat for utvalget. Fram til sommeren 2022 har det blitt avholdt 5 møter i arbeidsutvalget.

Arbeidsutvalget startet med en gjennomgang av en rapport utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag fra KS, som lanserte mulige oppdelinger av KOSTRA-funksjon 254³. Utvalget har videre behandlet temaer som kontoplanarbeidet utført av KS sitt storbynettverk ASSS, SSBs hjemmetjenestekartlegginger^{4,5} og erfaringer fra forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenester (SIO)⁶. Formålet med dette har vært å få best mulig innsikt i ulike problemstillinger knyttet til en eventuell oppdeling av KOSTRA-funksjon 254.

I april/mai 2022 utførte SSB en pilotundersøkelse på vegne av arbeidsutvalget. Denne kartla utvalgte kommuners nåværende muligheter for mer detaljert regnskapsføring av utgifter til hjemmetjenesten. Resultatene fra pilotundersøkelsen blir nærmere presentert i eget notat i juli 2022.

Det er mange hensyn skal tas for å finne en inndeling som både passer majoriteten av kommunene, og som samtidig gir bedre kunnskap om utgiftene enn det dagens inndeling gir. En utfordring er at kommunene varierer sterkt i størrelse. Mens de 10 største kommunene i ASSS-nettverket utgjør 36 prosent av landets innbyggere, har halvparten av landets kommuner færre enn 5 000 innbyggere og

¹ KOSTRA kontoplanveileder <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneekonomi/kostra/regnskapsrapporteringen-i-kostra/id551573/>

² Referat fra møte i Samordningsrådet i KOSTRA –8.9.2021, sak 1a) <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/459440?ts=17c79e0e7b8>

³ <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/bedre-oversikt-fra-kostra-ved-splitting-av-funksjon-for-omsorg-i-hjemmet/>

⁴ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering>

⁵ <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/bemannet-botilbud-i-hjemmetjenesten.malgrupper-og-omfang>

⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester>



utgjør totalt kun 7 prosent av totalbefolkningen⁷. Dermed er både forutsetningene og behovet for en mer detaljert kontoplan mindre for mange kommuner.

Det har vært diskutert to hovedprinsipper for oppdeling:

- Oppdeling etter virksomhetstyper
 - ambulerende tjeneste
 - boligbaser (samlokaliserte omsorgsboliger/bofellesskap med fast bemanning)
 - BPA/omsorgsstønad
 - administrasjon mm.

- Oppdeling etter målgrupper
 - eldre (bl.a. personer med bevegelsehemning og/eller demens)
 - personer med utviklingshemning mv.
 - personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

Ett av hovedforslagene i Oslo Economics' rapport var å skille ut utgifter til brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og omsorgsstønad. Det er imidlertid mange kommuner som ikke tilbyr disse tjenestene eller som har så få brukere at det kan bli personsensitivt utfordrende å rapportere eller publisere utgiftstall knyttet til brukerne⁸. I de mindre kommunene kan også fordeling av utgiftstall etter målgrupper gi samme type personvernutfordringer.

Videre kan en detaljert inndeling innebære at det er nødvendig å utvide dagens kontoplan fra 3 til 4 siffrers nivå. For de kommunene som kun har en inndeling etter tredje siffer, vil det å inkludere flere undernivåer innebære en stor og kostbar jobb, både teknisk og rutinemessig.

4.1.2 Foreløpig forslag

Arbeidsutvalget har derfor kommet fram til et foreløpig forslag til en oppdeling og innretting. Oppdelingen er noe som de fleste kommuner kan fordele utgifter etter, samtidig som den ivaretar personvern hensyn og ikke er uforholdsmessig ressurskrevende. Arbeidsutvalget anbefaler å skille ut boligbaser fra dagens KOSTRA-funksjon 254 Hjemmetjenester til en egen funksjon på tredje siffrers nivå. Nærmere bestemt anbefaler arbeidsutvalget å opprette en ny KOSTRA-funksjon F257. Dette vil føre til bedre styringsinformasjon og sammenlignbarhet. En ny funksjon vil også bidra til en bedre oversikt over det totale bemannede botilbudet i omsorgstjenestene, ved at den nye funksjonen kan ses i sammenheng med KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon. Hjemmetjenestekartleggingen viste at så mye som 88 prosent av kommunene i dag har boligbaser⁹, og bør derfor kunne være i stand til å rapportere utgifter. Pilotundersøkelsen tyder på at utgifter til boligbaser i mange kommuner utgjør cirka halvparten av de totale utgiftene i hjemmetjenesten.

Totalt utgjorde utgifter til hjemmetjenester 75 milliarder i 2021. Endringer på et så stort område vil uansett være krevende og forutsette gode definisjoner og presiseringer av innholdet i funksjonen. Av den grunn foreslår arbeidsgruppen å videreføre erfaringene fra pilotundersøkelsen med en frivillig skjemarapportering av utgifter i KOSTRA-rapporteringen våren 2023. Skjemarapportering er mer fleksibelt og har i større grad muligheter for justeringer underveis, i motsetning til filuttrekk til KOSTRA fra kommunenes regnskapssystemer. I tillegg vil en slik uttesting også innebære forberedelser og opplæring i kommende endringer av kontoplansystemet.

Arbeidsutvalget diskuterte også muligheten for en ytterligere inndeling på fjerde siffrers nivå for kommuner som har mulighet til dette. Her vil spesielt utgifter til målgrupper, BPA og omsorgsstønad

⁷ Tabell 6.1 i [Bemannet botilbud i hjemmetjenesten. Målgrupper og omfang \(ssb.no\)](#)

⁸ [11643: Timar til omsorgstjenester i løpet av året](#)

⁹ Tabell 4.8 i [Bemannet botilbud i hjemmetjenesten. Målgrupper og omfang \(ssb.no\)](#)



kunne spesifiseres. Uansett er det viktig at det legges opp til et opplegg som forutsetter at enkeltkommuner ikke rapporterer utgifter til tjenester med færre enn 5 brukere.

Det understrekes at forslaget til inndeling og innretning er foreløpig. Fram til august 2022 vil arbeidsutvalgets instanser drøfte inndeling og innretning internt, før det tas endelig stilling til et forslag i forkant av Samordningsrådets møte i september 2022. I tillegg tar SSB sikte på å utarbeide et notat som omtaler arbeidet fram til forslaget. Dersom Samordningsrådet vedtar en oppdeling og innretning som foreslått nedenfor, forutsettes det ytterligere innsats fra arbeidsutvalget med videre detaljering av innholdet i ny og gjenværende funksjon inkl. veiledningstekst og forslag til nye nøkkeltall.

4.1.3 Tittelen «*Boligbaser – samlokaliserte omsorgsboliger/bofellesskap*»

Tittelen på den nye funksjonen må vurderes nøye. Det foreløpige forslaget til tittel er ***Boligbaser - samlokaliserte omsorgsboliger/bofellesskap***. I dette forslaget er det ikke spesifisert at funksjonen kun gjelder virksomheter «*med bemanning*», fordi begrepet «*boligbase*» i seg selv innebærer at virksomheten har bemanning. Det er imidlertid usikkert om «*boligbase*» er en betegnelse som er godt nok etablert og selvforklarende til at det kan brukes alene. Utgiftene som skal rapporteres i den nye funksjonen vil kun være knyttet til tjenestene som selve bemanningen i virksomhetene yter. Andre utgifter, for eksempel utgifter til drift av bygninger, hører hjemme under KOSTRA-funksjon 265 Kommunalt disponerte boliger.

Et ytterligere moment, knyttet til tittelen til funksjon 257, er at utgifter til både bofellesskap og omsorgsboliger skal rapporteres i funksjonen. Dette bryter med en feiloppfatning noen har hatt om at bofellesskap er forbeholdt personer med utviklingshemning og omsorgsboliger er forbeholdt eldre personer.

Tittelen skiller heller ikke mellom virksomheter som har heldøgns bemanning og virksomheter som har bemanning deler av døgnet. Vi ser på det som mer fruktbart å skille mellom virksomheter som har fast personell til stede ved omsorgsboligen og virksomheter som er ambulerende hjemmetjeneste mv. Dette er fordi disse to tilbudene er så ulike både i et brukerperspektiv og tjenesteyters perspektiv. «Heldøgns tilbud» er en egenskap ved det samlede tilbudet som gis den enkelte bruker, ikke en egenskap ved virksomheten som yter tjenesten.¹⁰ I KPRs brukerdata er det derfor spesifisert for hver enkelt bruker om det totale tjenestetilbudet er å anse som heldøgnsstilbud.

Det foreløpige forslaget til funksjon 257 vil også inkludere utgifter til brukere som bor utenfor de samlokaliserte boligene, men såpass nærme at personellet har like kort responstid som om de skulle rykket ut til beboerne i de samlokaliserte boligene.

Et annet aspekt, som ikke er inkludert i forslaget til tittel, er om betegnelsen «*Helse- og omsorgstjenester*» skal videreføres. Denne betegnelsen brukes allerede i funksjon 253 og 254. I så fall foreslår vi at tittelen kun vil være «*Helse og omsorgstjenester fra boligbaser*», for at den ikke skal være for lang.

4.1.4 Nye analysemuligheter

Resultatene fra pilotundersøkelsen og hjemmetjenestekartleggingen tyder på at boligbaser utgjør en vesentlig andel av de totale utgiftene til hjemmetjenester, kanskje så mye som halvparten. Samtidig viser de samme tallene at variasjonen er stor mellom kommunene, fra de som ikke har bemannet botilbud i hjemmetjenesten til de som knapt har institusjonsplasser. En oppdeling av nåværende funksjon 254 vil dermed synliggjøre forskjeller i kommunenes botilbud og organisering av dette,

¹⁰

https://www.regjeringen.no/contentassets/30f6a33aba5642b39c8e2f11b1743df6/notat_om_begrepet_heldogns_helse_omsorgstjenester_mars_2017.pdf



samtidig som utgifter til gjenværende ambulerende hjemmetjeneste mv. vil bli mer sammenlignbar mellom alle kommuner.

En oppdeling av funksjon 254 vil gi nye analysemuligheter for å sammenstille tall fra ulike datakilder. Det er gode muligheter for å registrere boligbaser i Enhetsregisteret, noe som gjør det mulig å sammenstille utgiftstall med årsverksdata og brukerdata ved å bruke virksomheters organisasjonsnummer.

Samtidig vil en utskilling av boligbaser fra nåværende f254 i liten grad gi konfidensialitetsproblemer, i motsetning til om utgiftene ble ytterligere delt etter målgrupper. I større kommuner vil likevel en ytterligere oppdeling kunne være ønskelig. For å komme disse kommunene i møte, kan det vurderes å innføre en ytterligere detaljert inndeling, enten som frivillig skjemarapportering eller standardisert implementering i fagsystem. Dette vil imidlertid komme i etterkant av at den nå foreslåtte oppdelingen etter virksomhetstyper etter hovedlinjen boligbase vs ambulerende har blitt godt etablert som del av KOSTRA-rapporteringen.

I tillegg til rene konfidensialitetsutfordringer, vil en inndeling etter målgrupper imidlertid ikke nødvendigvis være ønskelig ut fra et perspektiv om at helse- og omsorgstjenestene skal ytes etter faktisk behov, ikke etter målgruppe eller diagnose.

Nye utgiftstall kan med fordel kombineres med en kartlegging av alle hjemmetjenestevirksomheter i KOSTRA skjema 6, slik det ble gjort for 2020-årgangen. Dermed kan utgifter sammenstilles med årsverk og brukerdata gjennom organisasjonsnummeret til virksomhetene, og på den måten kan nye indikatorer etter ulike dimensjoner utvikles. Selv om KOSTRA skjema 6 ikke samles inn årlig, har dataene en lengre varighet enn kun for den innsamlede årgangen, og disse dataene kan derfor brukes i lengre tid.

4.1.5 Kvalitetsutfordringer

At kommunene rapporterer data av god kvalitet, er en forutsetning for at både de nye og de eksisterende sammenstillingsmulighetene i størst mulig grad kommer til nytte. Dette gjelder for både registrering i Enhetsregisteret, og KPR-registeret, samt for rapportering av ansatte til a-ordningen og fagskjema og filuttrekk fra regnskapssystem til KOSTRA. Særlig påpekes:

- I Enhetsregisteret er det viktig at kommunene registrerer nye aktive virksomheter og virksomheter som er opphørt. Videre må aktive virksomheter registreres med korrekt næring. Dette indikerer hvilken KOSTRA-funksjon som virksomhetens årsverk blir plassert i.
- I a-ordningen er det viktig at kommunene har gode rutiner for rapportering knyttet til ansatte, for eksempel til hvilken virksomhet den ansatte er tilknyttet.
- I kommunenes fagsystemer er det viktig at vedtak om tjenester registreres med korrekt organisasjonsnummer for tjenesteytende virksomhet, før uttrekk av brukerdata sendes til Helsedirektoratets KPR-register.

4.1.6 Foreløpig forslag til vedtak

- A) Boligbaser (Samlokaliserte omsorgsboliger/ bofelleskap med fast bemanning) skilles ut fra nåværende KOSTRA-funksjon 254 helse og omsorgstjenester til hjemmeboende. Den nye funksjonen gis funksjonsnummer 257 og navnet **Boligbaser - samlokaliserte omsorgsboliger/bofelleskap**. Resterende innhold i funksjon 254 gis navnet **Hjemmetjenester – ambulerende virksomhet mm.**, der bl.a. BPA og omsorgsstønnad inngår
- Endelig utkast til beskrivelse av funksjon 254 og 257 legges frem for Samordningsrådet høsten



2023. Endringen tas i bruk i kommunenes regnskapssystemer fra og med 1.1.2024, for rapportering (filuttrekk) våren 2025.
- B) Våren 2023 testes inndelingen ut i **nytt skjema 4b Utgifter til hjemmetjenesten**, eventuelt med detaljert fordeling av målgrupper, BPA og omsorgsstønad mm. i tillegg. Testrapporteringen skal være frivillig for kommunene. Fordi en slik fordeling er avhengig av at regnskapstall for 2022 er tilgjengelig, gis det en frist for rapportering 15.4.2023. Det er ikke aktuelt å publisere innrapporterte tall på kommunenivå.
- C) Arbeidsgruppen for Helse og omsorg vil følge opp og vurdere ytterligere behov for videreutvikling av utgiftsføringen på hjemmetjenester når det foreligger erfaringer med ny funksjon 257.

4.2 Flytting av rusomsorgsinstitusjoner fra KOSTRA-funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer til funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon

På møte i Samordningsrådet 8.9.2021 ble saken diskutert¹¹.

I mange år har det fra flere hold blitt påpekt at rusomsorgsinstitusjoner er feilplassert i KOSTRA iht. endret lovverk og forskrift. I stedet for at rusomsorgsinstitusjoner utgiftsføres på KOSTRA-funksjon 243 Tilbud til personer med rusproblemer, ble det i eget notat til Samordningsrådet i juni 2021 foreslått å flytte dette til funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon¹². Det ble også argumentert for at antall rusomsorgsinstitusjoner og ikke minst antall kommuner med denne type virksomhet var så lavt at det med unntak av tall for Oslo kommune ikke ville få store konsekvenser å oppdatere KOSTRA i henhold til lovverk og intuitiv registreringspraksis i kommunene.

Saken ble imidlertid sendt tilbake til arbeidsgruppene for helse-omsorg og sosialtjenester for videre behandling. I et oppdatert notat til berørte arbeidsgrupper våren 2022, redegjør SSB for at de siste tallene basert på KOSTRA-rapporteringer ytterligere forsterker argumentasjonen: Stadig flere rusomsorgsinstitusjoner er feilregistrert, og er egentlig botilbud i hjemmetjenesten, annen type tjeneste eller nedlagt (jf. KOSTRA skjema 6 (hjemmetjenestekartlegging) og skjema 5 Helse- og omsorgsinstitusjoner).

Det er nå kun 17 kommunale rusomsorgsinstitusjoner, alle i Oslo. Oslo planlegger også ytterligere nedtrapping. I hvor stor grad private rusomsorgsinstitusjoner er en del av det kommunale tilbudet er fortsatt uklart, men de utgjør trolig en heller beskjeden del av kommunenes utgifter.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet har også konkludert med at rusomsorgsinstitusjoner kan flyttes fra f243 tilbud til personer med rusproblemer. KOSTRA arbeidsgruppe for sosialtjenester må også revidere gjenværende innhold i KOSTRA-funksjon 243.

Hvis utgifter knyttet til rusomsorgsinstitusjoner flyttes fra KOSTRA-funksjon 243 til KOSTRA-funksjon 253 gjennomføres, er det også et forslag om å endre navnet til KOSTRA-funksjon 243 fra «**Tilbud til personer med rusproblemer**» til «**Sosialtjenester til personer med rusproblemer**». Da saken på ny ble drøftet på møte i arbeidsgruppe for sosialtjenester 5.5.2022, var det stemning for å gjennomføre en undersøkelse av hva KOSTRA-funksjon 243 faktisk inneholder, altså hva kommunene utgiftsfører på denne funksjonen. På den måten får en bedre grunnlag for å oppdatere hele KOSTRA-funksjon 243, ikke bare punkt knyttet til rusomsorgsinstitusjoner.

Det er ikke registrert motforestillinger om at rusomsorgsinstitusjoner flyttes ut av f243. KS har imidlertid ved flere anledninger påpekt risiko for at utgifter til rusomsorgsinstitusjoner på rundt 1 milliard kunne «drukne» om de ble overført til den store KOSTRA-funksjon 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon (50 milliarder). KS og SSB har derfor diskutert seg fram til et forslag om

¹¹ Referat fra møte i KOSTRA Samordningsråd 8.9.2021, sak 1 b) : <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/459440?ts=17c79e0e7b8>

¹² [KOSTRA arbeidsgrupperapporter 2021 – helse-omsorg, vedlegg 9.1](#)



at kommuner som har behov, frivillig kan bruke et 4. siffer under funksjon 253 i sin interne kontoplan for bedre å kunne følge opp disse tallene.

På spørsmål fra Oslo kommune presiserte SSB at utgifter på velferdsetatens institusjoner for psykiatri også skulle føres på funksjon 253, og institusjoner knyttet til psykiatri skal inkluderes i KOSTRA skjema 5, der det er eget punkt om plasser til personer med psykiske lidelser.

Forslag:

- Arbeidsgruppen for helse- og omsorgstjenester er positivt innstilt til at det fortsatt arbeides for å flytte utgifter til rusomsorgsinstitusjoner fra F243 Tilbud til personer med rusproblemer til F253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon.
- For de kommunen som har behov for å følge spesielt med på sine utgifter til rusomsorgsinstitusjoner, anbefales (frivillig) å føre disse på en underkonto av f253 i den interne kontoplanen.
- Avhengig av behandling i arbeidsgruppe for sosialtjenester foreslås det at KOSTRA-funksjon 243 endrer navn fra «**Tilbud** til personer med rusproblemer» til «**Sosialtjenester** til personer med rusproblemer».

Oppfølging:

KOSTRA arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester avventer hva arbeidsgruppe for sosialtjenester kommer fram til i en samlet gjennomgang av f243 før en inkludering av rusomsorgsinstitusjoner i f253 er aktuelt.

5. Ønskede endringer i skjema/filuttrekk

5.1 Kommnehelse KOSTRA-skjema 1 – Punkt 2-1/2-3 Mulige spørsmål om legevakt

5.1.1 Forslag til endring

Legevaktkartleggingen fra punkt 2-4 videreføres ikke i 2022-skjemaet. SSB skal utarbeide en rapport på oppdrag for Helsedirektoratet, der resultatene fra kartleggingen vil bli publisert innen utgangen av 2022. Under arbeidet i høst med å analysere data fra kartleggingen, skal det også vurderes og gis en anbefaling om hvorvidt man skal ta inn timeverksrapportering på legevakt under 2-1 på årlig basis. Det kan i tillegg, eller i stedet for, bli aktuelt å ta inn noen andre relevante spørsmål om legevakt basert på erfaringene med datamaterialet og avklaringer med parter fra arbeidsgruppen. SSB har foreløpig ikke konkrete forslag til slike spørsmål, men med arbeidsgruppens samtykke ber likevel SSB om fullmakt fra Samordningsrådet til kunne å ta inn eventuelle nye spørsmål om legevakt i kommunene i 2022-skjemaet.

Til høsten er det aktuelt med et møte mellom SSB, Helsedirektoratet og KS der en vil drøfte faglige problemstillinger knyttet til hvordan/om det det kan være mulig for kommunene å rapportere på timeverk for legevakt, eller om det finnes andre skjemaspørsmål som er mer relevante. Dersom det skulle bli aktuelt, vil hele arbeidsgruppen bli informert om forslagene og samtidig bli gitt mulighet til å komme med innspill/forslag til justeringer.

5.1.2 Bakgrunn for ønsket endring

Det har tidligere blitt gjort forsøk på å ta inn rapportering av årsverk for legevakt i KOSTRA-skjema 1, siden man nå mangler en fullstendig statistikk på årsverk for leger i kommunene. De tidligere forsøkene har ikke lyktes, og det har blitt konkludert med at organiseringen av legevakt er svært ulik mellom kommunene. Dette gjør det vanskelig å få til en rapportering som vil gjøre det mulig å få tall av god nok kvalitet og sammenlignbarhet på tvers av kommuner.



I 2021 vedtok arbeidsgruppen at en skulle gjøre et nytt forsøk på å ta inn rapportering på årsverk for legevakt i skjema 1. Samordningsrådet gav tilslutning til vedtaket. I første omgang skulle en ta inn en utvidet kartlegging av legevaktordningen i 2021-rapporteringen for å få bedre kunnskap om hvordan legevakt er organisert både overordnet (kommunal legevakt, interkommunal legevakt eller en kombinasjon), hvilken type leger som arbeider ved legevakt (kommunalt ansatte leger, selvstendig næringsdrivende fastleger, helprivate leger mfl.) og hva slags vaktordninger de har. I tillegg skulle en få informasjon om kommunene i framtiden vil være i stand til å rapportere årsverk for legevakt årlig i KOSTRA-skjema 1.

5.2 Kommunehelse KOSTRA skjema 1 – Punkt 3-3/4-5/7-1 Fjerne spørsmål om omdisponering av fysioterapeuter, personell fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykologer pga. korona

5.2.1 Forslag til endring

I forbindelse med koronapandemien ble det besluttet av arbeidsgruppen våren 2020 å legge til nye spørsmål i KOSTRA-skjema 1 vedrørende omdisponering av personell pga. pandemien. Spørsmålene om omdisponering av personell på grunn av koronapandemien ble lagt til i del 3 Fysioterapeuter, del 4-5 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten og del 7 Psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidsgruppen vedtok at alle spørsmål vedrørende omdisponeringer pga. korona skulle ut av skjema 1 for 2022. Dette gjelder både for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fysioterapeuter og psykologer. Man kan samtidig holde døren litt på gløtt for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, dersom det skulle komme nye store koronabølger frem mot høsten, og dersom relevante data ikke kan hentes fra andre kilder. I så fall kan en mer klargjørende spørsmålsstilling vurderes, men dog uten beregninger av omdisponerte årsverk.

I del 3 fysioterapeuter blir det spurt om kommunalt ansatte fysioterapeuter og/eller fysioterapeuter med driftsavtale har blitt omdisponert pga. korona i løpet av året, og til hvilke oppgaver (koronarettet arbeid eller andre oppgaver). Det blir også spurt etter anslag på årsverk som ble omdisponert.

3-3. Omdisponering av fysioterapeuter på grunn av korona
Har kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnede og turnuskandidater) vært omdisponert på grunn av korona i 2021? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis ja, hvilken type arbeid? Koronarettet arbeid <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre oppgaver <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har fysioterapeuter med driftsavtale vært omdisponert på grunn av korona i 2021? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis ja, hvilken type arbeid? Koronarettet arbeid <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre oppgaver <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Anslag på omdisponerte årsverk
Avtalte årsverk for kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnede og turnuskandidater) totalt, omregnet fra timeverk i punkt 3-1. []
Anslå hvor mange av disse årsverkene som ble omdisponert på grunn av korona (koronarettet arbeid og andre oppgaver) i 2021 []
Avtalte årsverk for fysioterapeuter med driftsavtale , omregnet fra timeverk i punkt 3-1 []
Anslå hvor mange av disse årsverkene som ble omdisponert på grunn av korona (koronarettet arbeid og andre oppgaver) i 2021 []

I Del 4 – Helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir det spurt om ble avgitt personell fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten i løpet av året, til hvilken type arbeid de ble omdisponert (koronarettet arbeid



eller andre oppgaver), hvilket personell som ble avgitt/omdisponert, samt et anslag på årsverk som ble avgitt i løpet av året.

Har det blitt avgitt personell fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten til koronahåndtering i kommunen i løpet av året?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis ja,
Koronarettet arbeid? (f.eks. smittesporing, korona-telefon, prøvetaking)
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre oppgaver? (Ikke relatert til helsestasjons- og skolehelsetjenesten)
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis ja, hvilket personell er avgitt (det er mulig med flere avkryssinger):
Helsesykepleier
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Jordmødre
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis andre, hvilke yrkesgrupper ble avgitt (fyll inn her)
<input type="text"/>
Gi et anslag på hvor mange årsverk totalt i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som ble avgitt til koronahåndtering i 2021
Antall årsverk: <input type="text"/>

I Del 7 – Psykologer blir det spurt om psykologer ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har blitt omdisponert på grunn av korona i løpet av året og hvilken type arbeid de ble omdisponert til (koronarettet arbeid eller andre oppgaver). For psykologer blir det ikke spurt etter anslag på årsverk.

Har psykologer ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vært omdisponert i 2021 på grunn av korona ?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Hvis ja, hvilket type arbeid?
Koronarettet arbeid?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Andre oppgaver?
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei

5.2.2 Bakgrunn for ønsket endring

Spørsmålene om omdisponering øker oppgavebyrden til kommunene, dette gjelder i særlig grad spørsmålene om å gi anslag på antall årsverk som ble omdisponert. Rapporteringsbyrden bør stå i forhold til behovet for de innsamlede dataene. Når pandemien nå er over i en ny fase, samfunnet er gjenåpnet og hverdagen er normalisert, er behovet for informasjon omkring omdisponering av personell i kommunehelsetjenesten pga. koronapandemien mindre enn det var ved starten av pandemien, og ved innføringen av spørsmålene i skjema 1. Ut over tre artikler som er skrevet om dette temaet, publiseres det ikke statistikk av dataene som blir samlet inn.

Det er nå samlet inn data om omdisponeringer pga. koronapandemien for to årganger, 2020 og 2021. Når det gjelder omdisponering av fysioterapeuter, har andelen kommuner som oppgir å ha omdisponert fysioterapeuter gått kraftig ned (fra 38 prosent til 21 prosent). Tall fra 2020 viste i tillegg at en relativt liten andel av årsverk for fysioterapeuter var blitt omdisponert (i underkant av 2 prosent). Andelen kommuner som oppgir å ha omdisponert psykologer er liten i begge årgangene (3 prosent i 2020 og 1,1 prosent i 2021). Omfanget av omdisponeringene taler for at spørsmålene om omdisponering tas ut av skjema for fysioterapeuter og psykologer.

For helsestasjons- og skolehelsetjenesten viser tallene at andelen kommuner som har omdisponert personell på grunn av koronapandemien, er stor, 75 prosent i 2020 og 78 prosent i 2021. Samtidig viser tall fra 2020 at antall årsverk (anslag) som ble omdisponert fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten var relativt få, i underkant av 5 prosent.



5.2.3 Data fra andre kilder

Det har vært utført enkelte undersøkelser om virkningene av pandemien i kommunene, inklusive omdisponeringer, i regi av Statsforvalteren.

5.3 Kommnehelse KOSTRA skjema 1 – Punkt 5-2 Forslag om ny kartlegging om frisklivssentraler og tilsvarende tilbud

5.3.1 Forslag til endring

I forkant av arbeidsgruppemøtet hadde Helsedirektoratet meldt inn et ønske om å ta inn en utvidet kartlegging av frisklivssentraler under punkt 5-2 i skjemaet for 2022-rapporteringen. Kartleggingen vil i all hovedsak basere seg på den som ble gjennomført i 2019-rapporteringen. Kartleggingen for 2019 inneholdt også noen spørsmål til kommuner uten frisklivssentral for å fange opp hvilke tilsvarende tilbud de kommunene hadde. Spørsmålene som inngikk i kartleggingen for 2019, finnes i vedlegg D (s.129) i følgende rapport: [«Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019 - Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom SSB-rapporter 2020/54»](#).

Helsedirektoratet har i tillegg spilt inn forslag til noen nye spørsmål, som de også vil at skal inngå i kartleggingen for 2022:

Har frisklivssentralen tilbud om digital oppfølging? (flere svar mulig)

Ja, individuelle helsesamtaler

Ja, kurs/grupper

Nei

Har kommunen informert befolkningen om tilgjengelige tilbud for personer med senfølger etter Covid-19? Ja/Nei

Har kommunens frisklivssentral gitt oppfølging til brukere med senfølger etter Covid? Ja/Nei

Spørsmål til kommuner som svarer ja på at de har kommunal frisklivssentral:

Har kommunens helse- og omsorgstjeneste andre (lavterskel*) tilbud som gir støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer? Ja/Nei

(*Lavterskel = Åpent tilbud uten krav til vedtak og/eller henvisning)

Hvis ja, hvilke tilbud har kommunen?

Lavterskeltilbud (Åpent tilbud uten krav til vedtak og/eller henvisning)	Hvilken helsetjeneste gir tilbudet?

Arbeidsgruppa vedtok å ta inn en utvidet kartlegging av frisklivssentraler og tilsvarende tilbud i kommuner uten frisklivssentral i KOSTRA-skjema 1 for 2022-rapporteringen. De nye foreslåtte nye spørsmålene må bearbeides og fremlegges for arbeidsgruppen før de også eventuelt tas inn i skjemaet.

5.3.2 Bakgrunn for ønsket endring

Det har tidligere blitt gjennomført utvidede kartlegginger av frisklivssentraler i KOSTRA-skjema 1 under del 5 Annet forebyggende arbeid under punkt 5-2 Frisklivssentraler for årgangene 2013, 2016 og 2019. Samordningsrådet har tidligere gitt åpning, på prinsipielt grunnlag, for at KOSTRA-skjema kan benyttes til utvida kartlegginger av ønskede tema/områder med jevne mellomrom dersom



arbeidsgruppen gir godkjenning til dette. De tidligere kartleggingene har vært mye brukt til publisering, som styringsinformasjon og for forskere.

Begrunnelser for de nye spørsmålene i kartleggingen:

For spørsmål om digital oppfølging:

Digitalisering av tilbud er viktig for tilgjengelighet, samhandling og sammenhengende forløp. Råd fra statlige myndigheter om å ta i bruk digitale plattformer og verktøy for kommunikasjon med befolkningen og oppfølging av brukere.

(Se: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/teknologi-i-pasientens-helsetjeneste/digital-hjemmeoppfolging>) (er det behov for denne lenken?)

I juni 2020 ble det gjort en undersøkelse blant kommunale frisklivssentraler om avstandsoppfølging og bruk av digitale verktøy. Å gjenta dette spørsmålet til alle kommuner i KOSTRA for 2021 ivaretar statlige myndigheters behov for å følge med på utviklingen. Se rapport her:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/avstandsoppfolging-og-bruk-av-digitale-verktoy-i-kommunale-frisklivssentraler>

For spørsmålene om Covid:

Covid 19 er en ny sykdom, og mange har behov for oppfølging av senfølger. Det er viktig å ha kunnskap om og følge med på befolkningens tilgang til nødvendige tjenester. Helsedirektoratet erfarer at informasjon om eksisterende tjenester og tilbud er mangelfull og at mange derfor ikke får den oppfølgingen de trenger.

Det er derfor nyttig å vite om befolkningen er informert om eksisterende tilbud. Kartlegging av dette i KOSTRA vil ha betydning for vurdering av tiltak for bedre tilgang til lavterskeltilbud for befolkningen. Personer med senfølger etter Covid-19 anbefales å benytte eksisterende kommunale helsetjenester. Frisklivssentraler er anbefalt tiltak i veileder for rehabilitering etter Covid 19. Det er derfor nyttig å få kunnskap om denne pasientgruppen får oppfølging i frisklivssentraler: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/Senf%C3%B8lger-og-rehabilitering-etter-covid-19/rehabilitering-etter-covid-19#Personer-som-opplever-betydelige-funksjonsproblemer-etter-covid-19-sykdom-m%C3%A5-sikres-opp%C3%B8lging-over-tid-praktisk>

Se også; <https://www.helsenorge.no/koronavirus/senfolger-etter-covid-19/Senfølger-etter-covid-19>.

For spørsmålet om kommunens helse- og omsorgstjeneste har andre lavterskeltilbud:

I forprosjektet om læring og mestring i helsetjenesten (oppdrag i TB til helsedirektoratet i 2020) ble det avdekket behov for kunnskap/helhetlig oversikt over hvilke frisklivs-, lærings- og mestringstilbud kommunen har. Det er derfor behov for et tilleggsspørsmål som gir kunnskap om hvilke øvrige frisklivs-, lærings- og mestringstilbud de har i regi av helse- og omsorgstjenestene utover tilbudet i frisklivssentraler.

5.4 Kommunehelse KOSTRA skjema 1 – Punkt 7-1 Nye spørsmål om psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

5.4.1 Forslag til endring

Helsedirektoratet hadde foreslått to nye spørsmål til punkt 7 Psykologer, KOSTRA skjema 1 for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ene ble forkastet av arbeidsgruppen, og det andre var følgende:

-

2-1 Var arbeidet til psykologen(e) rettet inn mot spesifikke målgrupper?

Svaralternativer: *Ja/Nei*

2-2 (Hvis ja) Hvilke målgrupper var arbeidet til psykologen(e) primært rettet inn mot?

- (mulig å krysse av på flere alternativer)



Etter alder (ikke sett kryss dersom alle innbyggere er målgruppen)

- Barn og unge (0-12 år)
- Ungdom (13-17 år)
- Unge voksne (18-24 år)
- Voksne (25-66 år)
- Eldre (67 år og eldre)

Etter andre kjennetegn

- Personer med psykiske helseproblemer
- Personer med rusmiddelproblemer
- Voksne med samtidige psykiske helse- og rusmiddelproblemer
- Ungdommer med samtidige psykiske helse- og rusmiddelproblemer
- Personer som har vært utsatt for vold og/eller overgrep

Annet? (spesifiser)

Arbeidsgruppa vedtok at spørsmålet om hvilke målgrupper arbeidet til psykologen(e) primært er rettet mot kan tas inn i skjema 1 del 7 for 2022-årgangen. Dette forutsetter at resultatene fra testing av spørsmålet i et utvalg kommuner tyder på at kommunene er i stand til å fremskaffe og besvare etterspurt informasjon ved hjelp av relativt enkle midler. SSB utfører testingen.

5.4.2 Bakgrunn for ønsket endring

Spørsmålet er forslått med følgende begrunnelse:

«Det er viktig for statlige myndigheter å ha et godt kunnskapsgrunnlag om hvilke grupper som har tilgang på psykologkompetanse i kommunene. Kartlegging av dette i KOSTRA vil ha betydning ved vurdering av tiltak for bedre tilgjengelighet til psykisk helsehjelp hos ulike grupper i befolkningen»

6. Evaluering av siste rapportering

6.1 Utarbeiding av skjema

6.2 Kontroller i skjema

Kommunehelse: Det er en rekke kontroller i KOSTRA-skjema 1, som skal sikre riktig utfylling av skjema, og fange opp mulige feil i rapporteringen. I skjema for 2021 ble også lagt inn pre-utfylte tall for fjoråret for tallet «timer i alt» i timeverksmatrisene 2-1 timeverk av leger og 3-1 timeverk av fysioterapeuter. Dette ble gjort for å fremme rett utfylling av tallene, f.eks. hindre rapportering av årsverk istedenfor timeverk.



2-1. Antall avtalte timeverk av leger. Antall timer per uke. Oppgitt med to desimaler.							
- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke ved utgangen av året - ikke årsverk							
- Overtid skal ikke inkluderes i avtalte timeverk, full stilling regnes som 37,5 timer per uke							
- Medregnet leger som utfører arbeid i pleie- og omsorgstjenestene							
- Ikke medregnet legevakt							
- Ikke medregnet fengselshelsestjenesten							
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar, dette gjelder også for Ø-hjelp døgnoophold							
- Timeverk benyttet til koronatiltak som smittesporing og opplysningstelefon føres under f233. Døgnoophold for koronapasienter føres på f256.							
- I linjen for "Leger uten avtale" skal kun de timeverkene som er finansiert av kommunen/bydelen rapporteres							
	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241)	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsestjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Ø-hjelp døgnoophold "KAD" (funksjon 256)	Administrasjon (funksjon 120)	i alt
Næringsdrivende leger med fastlegeavtale							
Kommunalt ansatte leger							
Leger i spesialisering 1 (L151)/Turnusleger							
Leger uten avtale							
I alt							
							Forrige rapporteringsårs verdi på legetimer i alt

3-1. Antall avtalte timeverk av fysioterapeuter. Antall timer per uke. Oppgitt med to desimaler.							
- Det skal rapporteres timeverk i løpet av en gjennomsnittlig uke ved utgangen av året - ikke årsverk							
- Ikke medregnet legevakt							
- Ikke medregnet fengselshelsestjenesten							
- Ikke medregnet overtid, full stilling regnes som 36 timer per uke							
- Ved interkommunalt samarbeid skal timeverkene fordeles på de kommunene/bydelene som deltar							
- Det er bare avtalefestede timeverk som skal rapporteres							
- Timeverk benyttet til koronatiltak som smittesporing og opplysningstelefon føres under f233. Døgnoophold for koronapasienter føres på f256.							
	Diagnose, behandling, re-/habilitering (funksjon 241)	Forebygging, helsestasjons- og skolehelsestjeneste (funksjon 232)	Annet forebyggende helsearbeid (funksjon 233)	Institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester (funksjon 253)	Ø-hjelp døgnoophold "KAD" (funksjon 256)	Administrasjon (funksjon 120)	i alt
Fysioterapeut med driftsavtale							
Fastlønnete fysioterapeuter							
Turnuskandidater							
I alt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							Forrige rapporteringsårs verdi på fysioterapeut-timer i alt

6.3 Innsamling av data (rapportering)

Kommunehelse: For KOSTRA-skjema 1 var det krevende å få inn rapportering fra de siste kommunene i 2022, og det ble lagt ned en god del arbeid for å få på plass rapporteringen for disse i tide.

Omsorg: Alle KOSTRA skjema 4 (samleskjema) og 5 (institusjoner) var kommet inn til publisering av foreløpige tall 15. mars. For brukerdata fra Helsedirektoratets KPR-register manglet 5 kommuner i foreløpige tall. Disse kom på plass i god tid til publisering 15. juni.

6.4 Bearbeiding/revisjon og kontroll

Kommunehelse: For KOSTRA-skjema 1 ble kommuner med større avvik fra fjorårets rapportering kontaktet for kontroll og kvalitetssikring av innrapporterte tall. I tillegg ble det utført kvalitetssikring av variablene knyttet til omdisponering av personell ved helsestasjon- og skolehelsestjenesten og av fysioterapeuter pga. korona, samt kvalitetssikring av svar på spørsmål om psykologkompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Totalt ble 129 kommuner kontaktet for kvalitetssikring av én eller flere variabler. Dette er et noe mindre antall kommuner enn i 2020-årgangen. SSBs egenutviklede «Responssystem», som tidligere har blitt benyttet i kvalitetssikringsprosessen, ble avvirket i 2021. Kommunene ble derfor kontaktet og fulgt opp manuelt per e-post. SSB mottok tilbakemelding fra nær 80 prosent av kommunene i kvalitetssikringen. Kvalitetssikringen medførte at over 60 prosent av disse kommunene korrigerende tall, og litt under 40 prosent ga bekreftelse på at tallene stemte. Flertallet av kommunene, som korrigerende tall, gjorde korrigerende direkte i skjema i KOSTRA-innrapporteringsportal, og sendte inn skjema på nytt.

Omsorg: For omsorgstjenesten ble kontrollene sterkt utvidet, noe som forhåpentligvis har medført bedre kvalitet allerede i foreløpig tall.

6.5 Publisering

Kort beskrivelse av selve publiseringene mars og juni.



Kommunehelse: Én tabell ble avsluttet ved publisering i mars 2022. Denne tabellen ble erstattet, mer eller mindre i sin helhet, av en ny tabell. Utover dette er det ikke gjort andre endringer i publiseringen.

Omsorg: Rett før publisering 15. juni ble det gjennom det utvidede kontrollsystemet oppdaget at en kommune hadde en feilregistrering i brukerdata (KPR-registeret) som medførte at landstall for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) ble sterkt misvisende. Feilen ble oppdaget for sent til å rettes i publiseringen, men ble korrigert i oppdatering i slutten av juni.

6.5.1 **Oversikt av publiserte tabeller i statistikkbanken**

Kommunehelse: **NY:** Tabell 13533: *Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny (K) 2015 – 2021*. Denne tabellen erstatter tabell 12191-*Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K)*. Se punkt 6.5.3.1 for detaljer om endring.

6.5.2 **Oversikt over avslutta tabeller**

Kommunehelse: Tabell 12191-*Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K)* er avsluttet. Ettersom tabellen er erstattet av en ny tabell, er den fjernet fra listen over tabeller og ligger dermed heller ikke under «avsluttede tabeller».

6.5.3 **Endring av variabler**

6.5.3.1 *Fjerning av variabler*

Kommunehelse:

Følgende variabler er fjernet fra tabell 13533: *Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny (K) 2015 – 2021* (tidligere 12191-*Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K)*)

- Hjemmebesøk utført av jordmor innen tre døgn etter kvinners og nyfødtes hjemkomst fra føde/barselavdeling (antall)
- Andel hjemmebesøk utført av jordmor innen tre døgn etter kvinner og barns hjemkomst fra føde/barselavdeling (prosent).

Disse variablene lå i både tabell 11993: *Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/konsultasjoner (K) 2015 – 2021* og i tabell 13533: *Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny (K) 2015 – 2021*. Variablene ble derfor fjernet fra sistnevnte tabell, men er fortsatt å finne i tabell 11993: *Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter helseundersøkelser/konsultasjoner (K) 2015 – 2021*.

6.5.3.2 *Nye variabler*

Kommunehelse: 15. mars 2022 ble det publisert følgende nye variabler:

- Antall kommuner med psykologkompetanse via ansettelse, samarbeid eller kjøp
- Andel kommuner med psykologkompetanse via ansettelse, samarbeid eller kjøp
- Antall kommuner med jordmor via ansettelse, samarbeid eller kjøp
- Andel kommuner med jordmor via ansettelse, samarbeid eller kjøp
- Antall kommuner der innbyggere har tilgang til frisklivssentral
- Andel kommuner der innbyggerne har tilgang til frisklivssentral.

Data for disse variablene er hentet fra KOSTRA-skjema 1. Variablene publiseres i tabell 13533: *Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny (K) 2015 – 2021*.

6.5.3.3 *Endring av innhold i eksisterende variabler*



SSB har ved publiseringen 15. mars 2022 oppdatert SSBs registerbaserte sysselsettingsstatistikk med ny metode for å beregne årsverk for selvstendig næringsdrivende for perioden 2015-2021. Alle årsverkstall med registerbasert sysselsettingsstatistikk som kilde ble oppdatert for den angitte perioden. Dette påvirker særlig tallene hvor private årsverk inngår. Sammenligninger av tall basert på ny og gammel metode tyder samtidig på at det ikke er snakk om store endringer fra tidligere publiserte tall på helse- og omsorgsområdet. Alle tabeller hvor det ble publisert oppdaterte tall for perioden 2015-2021, hadde ved frigivingen 15. mars egen fotnote som gjør brukerne oppmerksomme på dette.

Dette gjelder følgende tabeller:

Felles:

[12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg \(K\) 2015 - 2021](#)

Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester:

[11924: Omsorgstjenestene - avtalte årsverk, etter utdanning \(K\) 2015 - 2021](#)

Kommunehelsetenesta:

[11994: Helsestasjons- og skolehelsetjenesteårsverk, etter utdanning \(K\) 2015 - 2021](#)

[13533: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny \(K\) 2015 - 2021](#)

6.6 Brukerreaksjoner

Kommunehelse: For KOSTRA-skjema 1 fikk SSB en henvendelse vedrørende den avsluttede tabellen *12191-Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K)*, og overgang til tabell *13533: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall - ny (K) 2015 – 2021*. Den avsluttede tabellen *12191* skulle vært fjernet fra listen over tabellen, men ble ved en feil liggende tilgjengelig på statistikkensiden under «avsluttede tabeller». Ettersom tabellen var avsluttet, var den heller ikke oppdatert med de seneste tallene. Dette skapte naturlig nok usikkerhet hos brukeren, som forsøkte å benytte seg av tall fra tabellen. Tabell *12191-Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K)* ble raskt fjernet fra listen over avsluttede tabeller på statistikkensiden.

7. Annet

7.1 Legevaktkartlegginga i KOSTRA-skjema 1 for 2021-årgangen

Bakgrunn

Det har tidlegare vore gjort forsøk på å ta inn rapportering av årsverk for legevakt i KOSTRA-skjema 1. Dei tidlegare forsøka har ikkje lukkast, og det har blitt konkludert med at organiseringa av legevakt er svært ulik mellom kommunane. Dette gjer det vanskeleg å få til ei rapportering som vil gjera det mogleg å få tal av god nok kvalitet og samanliknbare på tvers av kommunar.

I 2021 vedtok arbeidsgruppa at ein skulle gjera ei nytt forsøk på ta inn rapportering på årsverk for legevakt i skjema 1. Samordningsrådet gav tilslutning til vedtaket. I første omgang skulle ein ta inn ei utvida kartlegging av legevaktordninga for 2021-rapporteringa for å få betre kunnskap om korleis legevakt er organisert både overordna (kommunal legevakt, interkommunal legevakt eller ein kombinasjon), kva type legar som arbeider ved legevakt (kommunalt tilsette legar, sjølvstendig næringsdrivande fastlegar, heilprivate legar mfl.) og kva vaktordningar dei har. I tillegg skulle ein få informasjon om kommunane i framtida vil vera i stand til å rapportera årsverk for legevakt årleg i KOSTRA-skjema 1.



Det blei hausten 2021 utarbeida eit spørsmålsbatteri som skulle inngå i legevaktkartlegginga. Spørsmåla blei utarbeidd i tett samarbeid mellom SSB og Helsedirektoratet og med innspel frå KS, og blei inkludert i skjema 1 for 2021-rapporteringa. Kommunar frå arbeidsgruppa testa kartlegginga i forkant av at skjema blei tilgjengeleg for utfylling i desember 2021.

Kartlegginga er strukturert slik at kommunane først blir bedne om å svara på kva type legevaktordning deira kommune har. Her vil fleire val vera mogleg. Kommunane kunne velja mellom følgjande typar organisering av legevakt:

- A. Kommunen hadde eiga kommunal legevakt for sine innbyggjarar utan samarbeid med andre kommunar (inkluderer også eventuell daglegevakt)
- B. Kommunen var fast vertskommune for interkommunal legevakt (inkluderer IKS)
- C. Kommune var deltakarkommune i interkommunal legevaksordning (inkluderer IKS og kommunar som hadde legevakt på omgang)
- D. Kommunen kjøpte heile eller delar av legevakttenesta drifta av private legar/aktørar eller offentleg eigd spesialisthelseteneste

Etter å ha svara på kva type legevakt kommunen har, blir kommunane bedne om å rapportera på spørsmåla knytt til dei delane (A, B, C og D) som dei har valt. Her blir kommunane bedne om å svara på ulike spørsmål knytt til organiseringa av legevaksordninga, kva personell som jobbar der (t.d. ulike typar legar (legar fast tilsette ved legevakta, fastlegar, andre legar), sjukepleiarar og anna helsepersonell), når på døgnet dei jobbar, kva vakttypar har ulikt personell ulike delar av døgnet, og kor store utgifter kommunen hadde knytt til legevaksordninga. Innhaldet i dei ulike delane varierer noko sidan dei er tilpassa kva type organisering (del A, B, C og D) kommunen har for legevaksordninga.

Del E av kartlegginga er felles for alle kommunar og er eit sett overordna spørsmål om mogleg framtidig rapportering av timeverk for legevakt i KOSTRA-skjema 1.

Ver venleg og svar på følgjande spørsmål knytt til mogleg framtidig rapportering for timeverk for legevakt:	
E-1 Kan rapporteringa av timeverk for legar til legevakt baserast på informasjon som kan hentast ut av eksisterande fagsystem?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
E-2 Er kommunane i stand til å framskaffe etterspurd informasjon om timeverk for legar til legevakt som ikkje er skjønbasert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
E-3 Er kommunen i stand til å skilje mellom tilstadevaktar og bakvaktar i timeverk av legar til legevakt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
E-4 Er kommunen i stand til å skilje ut timeverk for legar som er retta mot eigne innbyggjarar (inkl. personar med mellombels opphald i kommunen)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
E-5 Er kommunen i stand til å skilje ut timeverk som legar frå eigen kommune bidreg med i det interkommunale samarbeidet om legevakttenesta?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei
Har kommunen nokon kommentarar knytt til moglegheita for årleg rapportering av timeverk av legar i legevakt?	
	<input type="text"/>

Føremålet med denne delen av kartlegginga er å få ein oversikt over om kommunane vil vera i stand til å rapportera timeverk for legevakt i skjema 1 på årleg basis i framtida.

Om rapporteringa av legevaktkartlegginga for 2021



Legevaktkartlegginga blei inkludert i punkt 2.4 i KOSTRA-skjema 1 for 2021-rapporteringa. SSB hadde jobba med å inkludera mest mogleg relevant informasjon og rettleiing for kommunane i sjølve skjemaet. I tillegg var det laga ei eiga rettleiing for kartlegginga i hovudrettleiinga for KOSTRA-skjema 1.

I rapporteringsperioden frå 3. januar til 8. mars blei SSB kontakta av ein del kommunar som hadde spørsmål om rapporteringa, men det var færre spørsmål enn forventa. Spørsmåla var særleg knytt til kva ulike delar (A,B, C eller D) dei skulle huka av for i kartlegginga. I tillegg var det nokre kommunar som hadde meir detaljerte spørsmål om kva som skulle inkluderast og ikkje knytt til konkrete spørsmål i dei ulike delane. Stort sett så klarte SSB å rettleia og svara på spørsmåla knytt til rapporteringa.

I rapporteringsperioden 15. mars til 8. juni kontakta SSB nokre kommunar som anten hadde mistenkjelege tal eller at det var mistanke om at hadde valt og fylt inn feil delar av kartlegginga.

Foreløpige resultat frå kartlegginga

SSB har starta opp med å vurdere kvaliteten på dei innrapporterte tala, og kjem til å kontakta kommunar med mistenkjelege tal. Ein foreløpig gjennomgang gir mistanke om at fleire kommunar har gløymd å velja del A for å synleggjera daglegevakta som ofte går føre seg på fastlegekontora i kommunane. Eit overordna inntrykk frå rapporteringa frå SSB si side er at mange kommunar utelet daglegevakt når dei tenkjer og rapporterer på legevakt. Det er også ein del kommunar som beskriv at dei har utfordringar med å rapportera på utgifter til legevakt.

Foreløpige resultat som viser ei fordeling av kor mange kommunar som har valt dei ulike delane for organisering av legevakt, og kor mange kommunar som opplyser om at dei vil vera i stand til å rapportera på timeverk for legevakt i KOSTRA-skjema i framtida blei presentert på arbeidsgruppemøtet for KOSTRA helse- og omsorg 9. mai.

Tala viser at det er flest kommunar som har huka av for del C (58 prosent av kommunane) etterfølgd av del A 36 prosent av kommunane. Det er mulig for kommunane å kryssa av på fleire alternativ. Den vanlegaste kombinasjonen er Del A og Del C.

Tabell 7.1 Fordeling av kommunar etter organiseringsform av legevakt. 2021. Foreløpige tal.

	<i>Talet på kommunar (av totalt 344)</i>	<i>Andel i prosent</i>
<i>A. Kommunen hadde eiga kommunal legevakt for sine innbyggjarar utan samarbeid med andre kommunar (inkluderer også eventuell daglegevakt)</i>	124	36
<i>B. Kommunen var fast vertskommune for interkommunal legevakt (inkluderer IKS)</i>	73	21
<i>C. Kommunen var deltakarkommune i interkommunal legevaksordning (inkluderer IKS og kommunar som hadde legevakt på omgang)</i>	198	58
<i>D. Kommunen kjøpte heile eller delar av legevaktenesta drifta av private legar/aktørar eller offentleg eigd spesialisthelseteneste</i>	12	3



Kjelde: KOSTRA, kommunehelsetenesta

Tala viser at det er flest kommuner som har huket av for del C (58 prosent av kommunene) etterfølgt av del A 36 prosent av kommunene. Det ble understreket at det er mulig å krysse av på flere alternativ. Den vanligste kombinasjonen er Del A og Del C.

Når det gjelder rapporteringen på de ulike delene, så er SSB i gang med å gjennomgå de innrapporterte tallene. Et foreløpig funn er at flere kommuner har utfordringer med å rapportere utgifter til legevakt. Solveig (SSB) beskrev her nærmere at det innenfor alle de 4 formene for legevaksorganisering er store andeler om ikke har rapportert utgifter og mange kommuner som kommenterer at det er vanskelig å skille ut utgifter til legevakt.

Når det gjelder del E av kartleggingen og fremtidig rapportering av timeverk for leger ved legevakt, så viser de foreløpige tallene følgende:

Tabell 7.2 Kommunane sine svar knytt til framtidig rapportering på legevakt i KOSTRA-skjema 1. 2021. Foreløpige tal

Spørsmål	Ja (Prosent)	Nei (Prosent)
E-1 Kan rapporteringa av timeverk for legar til legevakt baserast på informasjon som kan hentast ut av eksisterande fagsystem?	34	66
E-2 Er kommunen i stand til å framskaffe etterspurt informasjon om timeverk for legar til legevakt som ikkje er skjønnsbasert?	55	45
E-3 Er kommunen i stand til å skilje mellom tilstadevaktar og bakvaktar i timeverk av legar til legevakt?	64	36
E-4 Er kommunen i stand til å skilje ut timeverk for leger som er retta mot egne innbyggjarar (inkl. personar med mellombels opphald i kommunen)?	18	82
E-5 Er kommunen i stand til å skilje ut timeverk som legar frå eigen kommune bidreg med i det interkommunale samarbeidet om legevaktenesta?	52	48

Kjelde: KOSTRA, kommunehelsetenesta

Dei foreløpige resultatene syner at det p.t. ikkje er rett fram for alle kommunane å rapportera timeverk for legar i legevakt årleg ein gong i framtida. Det kan samtidig vera andre spørsmål enn timeverkrappoterung, som gir nyttig informasjon om legevakt, som kan inngå på årleg basis.

Vegen vidare

SSB skal utarbeida ein rapport, på oppdrag for Helsedirektoratet, der resultatene frå kartlegginga vil bli publisert. Rapporten skal ferdigstillast innan utgangen av 2022. I rapporten skal ein også vurdere og



koma med ei anbefaling når det gjeld å ta inn timeverksrapportering på legevakt, eventuelt andre relevante spørsmål, på årleg basis i KOSTRA-skjema 1.

Når det gjeld tidsplanen vidare, så har ikkje SSB konkludert på om ein skal føreslå å ta inn timeverksrapportering av legevakt i KOSTRA-skjema 1 fom. 2022-rapporteringa. SSB har heller ikkje konkrete forslag til andre relevante spørsmål som kan inngå for legevakt på årleg basis. Planen er at det i løpet av hausten, når ein har fått analysert hovudresultata, vil bli tydelegare om det er mogleg å inkludera timeverksrapportering av legevakt i skjema, eller andre relevante spørsmål knytt til legevakttilbodet i kommunane.

Sidan SSB per i dag ikkje har eit konkret forslag til mogleg rapportering for dette fom. 2022-rapporteringa, ber ein om fullmakt frå arbeidsgruppa til å ta inn – dersom det blir aktuelt - ei årleg rapportering knytt til timeverk av legevakt i KOSTRA f.o.m. 2022-skjemaet i løpet av hausten 2022. Til hausten kan det vera aktuelt med eit møte med t.d. SSB, Helsedirektoratet og KS der ein vil drøfta faglege problemstillingar knytt til korleis/om det det kan vere mogleg for kommunane å rapportera på timeverk for legevakt, eller om det finst andre skjemaspørsmål som er meir relevante. Dersom det skulle bli aktuelt, vil heile arbeidsgruppa bli informert om forslaga og samtidig gitt moglegheit til å koma med innspel/forslag til justeringar.

7.2 Rapport «Bemannet botilbud i hjemmetjenesten. Målgrupper og omfang»

Januar 2022 publiserte SSB en rapport om det bemannede botilbudet i hjemmetjenesten. Denne tok utgangspunkt i tall fra KOSTRA skjema 6 Hjemmetjenestevirksomhet rapportert våren 2021, med tall for 2020-årgangen. Rapporten ligger her:

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/bemannet-botilbud-i-hjemmetjenesten.malgrupper-og-omfang>

7.3 Rapport, høsten 2022 «Hjemmetjenestens målgrupper og organisering»

Høsten 2022 er det planlagt å publisere en rapport om hjemmetjenestens målgrupper og organisering. Denne tar utgangspunkt i tall fra KOSTRA skjema 6 Hjemmetjenestevirksomhet fra 2021, med tall for 2020-årgangen. Rapporten er en oppfølger til [rapporten fra 2016](#)¹³.

7.4 Feil i registertala i helsestasjons- og skulehelsetenesta ved publiseringa 15. mars

I innrapporteringsperioden før 15. marspubliseringa blei SSB kontakta av nokre kommunar som gjorde oss merksame på at dei ikkje kjende seg igjen i dei førehandsutfylte registertala som var lagt inn i KOSTRA-skjema 1 for helsestasjons- og skulehelsetenesta (HST). Nærmare bestemt var dei oppgitte tala høgare enn tala dei sjølv meinte dei hadde i HST.

SSB undersøkte dei konkrete tilfella i registertala og fann ut at det for nokre av kommunane var snakk om at dei hadde registrert nyoppretta vaksineringsverksemder på næring for helsestasjons- og skulehelsetenesta. For dei andre kommunane var det ikkje registrert nye vaksineringsverksemder på næring for helsestasjon og skulehelseteneste, men midlertidig tilsett personell, ofte pensjonerte sjukepleiarar, som bidrog i vaksineringsarbeidet var mest sannsynleg blitt registrert på helsestasjons- og skulehelsetenesteverksemda i kommunane. I følgje retningslinene skulle desse ha blitt registrert i a-ordninga og Einingsregisteret som tilsette ved næring for anna førebyggjande verksemd (KOSTRA-funksjon 233). Ei generell gjennomgang av datagrunnlaget for 2021-årgangen viser at det har vore ei unormal stor auke i sjukepleiarar over 60 år mellom 2020 og 2021.

SSB publiserte ein artikkel basert på dei førebelse tala frå KOSTRA 1. april:

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/effektene-av-pandemien-preger-fortsatt-helsestasjons-og-skulehelsetjenesten>

¹³ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/hjemmetjenestens-malgrupper-og-organisering>



I artikkelen blir disse endringane i årsverkstala mellom 2020 og 2021 nemnde. SSB vil følgja opp kommunane som har mistenkjelege tal for 2021 og be om at tala i a-ordninga blir retta opp i før publiseringa av 2022-tal. Det er samtidig viktig å understreka at registerbaserte årsverkstala for HST som blei publiserte for 2021 15. mars er endelege, og vil ikkje bli oppdaterte 15. juni.

SSB vil i løpet av hausten kontakta kommunar der det er mistanke om feilføring og be dei retta opp tala i a-ordninga og Verksemd- og føretaksregisteret slik at tala blir meir korrekte for 2022-årgangen.

7.5 KOSTRA skjema 4 Helse- og omsorgstjenester - samleskjema: Forslag til spørsmål vedr. kvalitetsforbedring av laboratorier i hjemmetjenesten

SSB fikk en forespørsel i desember 2021 fra NOKLUS¹⁴ vedrørende mulighetene for spørsmål i KOSTRA-skjema om «...hjemmetjenesten har en laboratorievirksomhet – og om de er med i et eksternt kvalitetssystem tilsvarende Noklus. Det vil bidra til å bevisstgjøre på at de har en laboratorievirksomhet og viktigheten av å kvalitetsforbedre aktiviteten.»

Etter å ha hatt spørsmål om labtesting i KOSTRS skjema 5 for Helse- og omsorgsinstitusjoner fom 2005-årgangen tom. 2009., ble spørsmålene tatt ut i 2010, med henvisning til slagside mot én systemleverandør, NOKLUS. Samtidig var labtesting såpass innarbeidet på institusjonene at det var mindre behov for å spørre om dette¹⁵.

Hovedargumentasjonen for å kutte ut spørsmålene om laboratorietesting i 2010 begrunnet i den sterke tilknytningen til én enkelt aktør, er blant de innvendinger som har framkommet i arbeidsgruppen også nå. I tillegg anser arbeidsgruppen at slike spørsmål har begrenset nytteverdi i KOSTRA-sammenheng, og at forslag til spørsmål dessuten har stor sannsynlighet for usikre svar.

Arbeidsgruppen vil derfor i denne omgang ikke anbefale å ta inn spørsmål om labtesting i hjemmetjenesten.

7.6 KOSTRA-skjema 1 og rapportering av timeverk av fysioterapeuter for hjemmeboende brukere

Ihht. veileder til kontoplanen i KOSTRA skal utgifter og årsverksinnsats knyttet til re-/habilitering for hjemmeboende brukere av fysioterapeuter, hvis tjenester ikke registreres med antall timer per uke i IPLOS, skal føres i sin helhet på funksjon 241, ikke funksjon 254. Det er for Oslo sin del en mulighet for at timeverk av fysioterapeuter til hjemmeboende (om lag 61 årsverk) ikke rapporteres, fordi slike tjenester registreres i KPR, og dermed at disse timeverkene ikke kommer med i statistikken for Oslo. SSB skal i løpet av høsten utføre undersøkelser blant bydeler i Oslo og kartlegge kommentarene fra bydeler i KOSTRA-skjema 1 data, hva gjelder rapportering av timeverk på funksjon 254. Det vil også gjort presiseringer i veiledning og skjema omkring rapporteringen av timeverk på funksjon 254 i KOSTRA-skjema 1.

¹⁴ Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) <https://www.noklus.no/>

¹⁵ https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201024/notat_201024.pdf