

Ann Lisbet Brathaug

**Evaluering av fylkes-KOSTRA,
helsetjenester 1998**

Notater

INNHold

1. BAKGRUNN.....	2
2. ORGANISERING AV FYLKES-KOSTRA, HELSETJENESTER.....	2
3. RESSURSFORBRUK.....	3
4. EVALUERING.....	4
4.1 INNLEDNING	4
4.2 EVALUERING AV FAKTAARK MED VEKT PÅ INNHold.....	5
4.2.1 <i>Helhetsinntrykk av faktaarket.....</i>	5
4.2.2 <i>Indikatorer</i>	5
4.2.3 <i>Datakvalitet.....</i>	6
4.2.4 <i>Datarapportering.....</i>	6
4.2.5 <i>Funksjonskontoplanen</i>	7
4.2.6 <i>Andre faglige resultater fra arbeidsgruppens arbeid.....</i>	7
4.3 EVALUERING AV PROSJEKTADMINISTRATIVE FORHOLD.....	8
4.3.1 <i>Helhetsinntrykk</i>	8
4.3.2 <i>Arbeidsmetode og problemløsning.....</i>	8
4.3.3 <i>Organisering.....</i>	9
4.3.4 <i>Samarbeid og møteledelse.....</i>	9
4.3.5 <i>Framdrift og utvikling.....</i>	9
4.3.6 <i>Prosjektledelse</i>	9
4.3.7 <i>Andre kommentarer.....</i>	9
5. KONKLUSJONER OG PLANER FRAMOVER.....	9
VEDLEGG 1: Bakgrunnsnotat for evaluering av pilotprosjektet fylkes-KOSTRA, helsetjenester 1998.....	12
VEDLEGG 2: Evalueringsrapporter	39
Sør-Trøndelag fylkeskommune (somatiske helsetjenester).....	40
Sosial - og helsedepartementet (somatiske helsetjenester).....	44
Først og Høverstad ANS (somatiske og psykiatriske helsetjenester).....	46
SINTEF Unimed, NIS (somatiske og psykiatriske helsetjenester).....	50
Statistisk sentralbyrå (somatiske og psykiatriske helsetjenester)	57
Sør-Trøndelag fylkeskommune, PST (psykiatriske helsetjenester).....	63
De sist utgitte publikasjonene i serien Notater	64

1. Bakgrunn

Fylkes-KOSTRA ble etablert våren 1996 som et samarbeid mellom Kommunal- og Arbeidsdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Prosjektet ble startet for å samordne økonomi- og tjenesterapportering fra fylkeskommunene til staten, og for å kunne gi mer sammenlignbar og pålitelig styringsinformasjon. Utgangspunktet for ønsket om fylkes-KOSTRA prosjektet er det pågående pilotprosjektet for KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) som startet i 1994.

Under fylkes-KOSTRA prosjektet ble det etablert to arbeidsgrupper, en for videregående opplæring og en for fylkeskommunale helsetjenester. For den delen av Fylkes-KOSTRA som omfatter de fylkeskommunale helsetjenestene ble det våren 1996 etablert en arbeidsgruppe, ledet av Sosial- og helsedepartementet. I denne gruppen var det representanter fra Statens helsetilsyn, SINTEF Unimed (NIS), Statistisk sentralbyrå, Regionsykehuset i Tromsø, Telemark fylkeskommune/Kragerø kombinerte helseinstitusjon, Møre og Romsdal Fylkeskommune, Kommunal- og Arbeidsdepartementet og konsulentene Fürst og Høverstad.

Arbeidsgruppene for videregående opplæring og fylkeskommunale helsetjenester la fram sine respektive forslag i løpet av våren 1997. Dette ble samlet i en rapport med forslag til innhold i et pilotprosjekt (Roland Fürst og Lillian Høverstad mai 1997). Denne rapporten dannet grunnlaget for pilotprosjektet i Fylkes-KOSTRA som ble gjennomført i Sør-Trøndelag i 1998.

I møte i styringsgruppen for Fylkes-KOSTRA den 26.11.98 ble det bestemt at evalueringen av pilotforsøket i Sør-Trøndelag skulle være todelt. Den første og viktigste delen av evalueringen skulle skje gjennom arbeidsgruppens egnevaluering av sitt eget arbeid. SSB har hatt ansvaret for å lede arbeidsgruppens egnevaluering. I tillegg til egnevalueringen ble det bestemt at det med utgangspunkt i arbeidsgruppens evaluering avholdes et evalueringseminar i regi av Statskonsult og Kommunal- og regionaldepartementet (KRD). Resultatet av evalueringseminaret er planlagt presentert i en egen seminarrapport.

I dette notatet presenteres resultatene fra arbeidsgruppens evalueringer av pilotprosjektet Fylkes-KOSTRA, helsetjenester. Fylkes-KOSTRA, helsetjenester har hatt fire arbeidsgrupper i arbeid. Det er arbeidsgrupper for somatiske helsetjenester, psykiatriske helsetjenester, ambulanser og AMK-sentraler samt tannhelsetjenester. I løpet av 1998 har det vært et underforbruk av ressurser for Fylkes-KOSTRA, helsetjenester i forhold til planlagt ressursforbruk. Underforbruket skyldes langtidssykefravær ved Seksjon for helsestatistikk. Dette førte blant annet til at to av arbeidsgruppene ikke fikk ferdigstilt sitt arbeide i løpet av 1998. Arbeidsgruppene som av ressursmangel måtte nedprioriteres, er "tannhelsetjeneste" og "ambulanser og AMK-sentraler". Som en konsekvens er det bare foretatt evalueringer i arbeidsgruppene for somatiske helsetjenester og psykiatriske helsetjenester.

2. Organisering av Fylkes-KOSTRA, helsetjenester

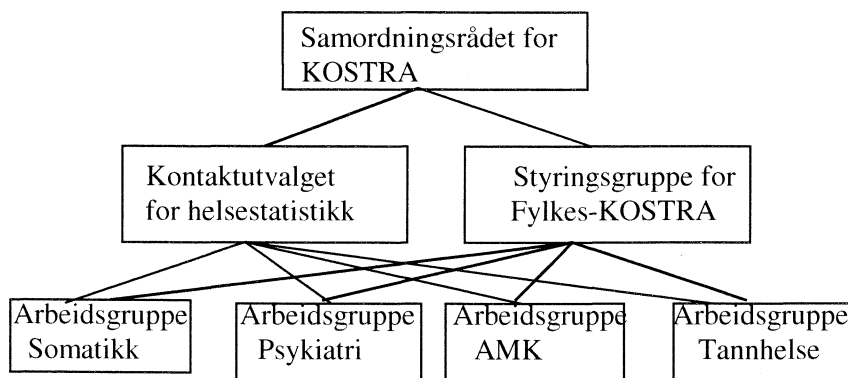
Kommunal- og regionaldepartementet har det overordnede ansvaret for KOSTRA. Regjeringen har opprettet Samordningsrådet for KOSTRA. Samordningsrådet ledes av KRD og består av representanter for de berørte departementer, Kommunenes sentralforbund, Norsk kommuneforbund, Norges kemner- og kommunekassererforbund, Statskonsult, Fylkesmannen i Østfold, Statens helsetilsyn, Helsevisjonen og Statistisk sentralbyrå. Samordningsrådet har status som rådgivende

organ. Ved uenighet i samordningsrådet, meldes problemene til de involverte departementet og løses tjenestevei.

For fylkes-KOSTRA eksisterer det en styringsgruppe som ledes av KRD. De to delprosjektene fylkes-KOSTRA, utdanning og Fylkes-KOSTRA, helsetjenester rapporterer til denne styringsgruppen. I 1998 var de andre deltagerne i gruppen Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Finansdepartementet, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Kommunenes sentralforbund, Først og Høverstad ANS og Statistisk sentralbyrå.

For fylkes-KOSTRA, helsetjenester har Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk det faglige ansvaret for arbeidet i arbeidsgruppene. Arbeidsgruppene i Fylkes-KOSTRA, helsetjenester, skal foreslå løsninger på de oppgaver som Kontaktutvalget bestemmer og framlegge disse for Kontaktutvalget. I tillegg rapporterer arbeidsgruppene som nevnt over, til Styringsgruppen for fylkes-KOSTRA i faglige saker av sektorovergripende art og i administrative spørsmål. Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk er Samordningsrådets forum for helse- og sosialstatistikk, og Kontaktutvalgets vedtak om prinsipielle endringer i skjemainnhold og innsamlingsrutiner forelegges Samordningsrådet. I Kontaktutvalget sitter representanter fra Sosial- og helsedepartementet (SHD), Statens helsetilsyn, Statistisk sentralbyrå og Kommunenes sentralforbund. KRD får tilsendt sakspapirer og referat fra møtene i Kontaktutvalget og kan også inviteres til å delta i møter.

Delprosjektet Fylkes-KOSTRA, helsetjenester har følgende organisatoriske oppbygning:



Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk, har prosjektlederansvar for Fylkes-KOSTRA, helsetjenesten. Arbeidsgruppene for psykiatriske og somatiske helsetjenester hadde i pilotprosjektet representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn, Kommunenes sentralforbund (KS), Først og Høverstad ANS, Norsk institutt for sykehusforskning (NIS), Norsk kommuneforbund, Statistisk sentralbyrå (SSB), Sør-Trøndelag fylkeskommune og Kommunal og regionaldepartementet (KRD). Fra og med 1999 vil i tillegg regional statsforvaltning være representert i arbeidsgruppene.

3. Ressursforbruk

Totalt var det planlagt med 3240 timeverk på pilotprosjektet om fylkes-KOSTRA, helsetjenester i 1998. Av disse var 2590 timer planlagt ved Seksjon for helsestatistikk. På grunn av stort sykefravær (langtidsfravær) ved Seksjon for helsestatistikk, ble det et underforbruk av ressurser ved seksjonen. Totalt var ressursforbruket på 2170 timer, herav 1845 ved Seksjon for helsestatistikk. Underforbruket

av ressurser medførte at prosjektet ikke kom så langt som forventet i 1998, og blant annet ble arbeidsgruppene for tannhelsetjenester samt ambulanser og AMK-sentraler nedprioritert.

Det må også understrekes at pilotprosjektet har vært "tungdrevet" i den forstand at alle skjema har blitt behandlet manuelt. Det gjelder både i forhold til inntasting av tall og beregninger av nøkkelindikatorer i faktaarkene. Det var planlagt med IT-ressurser for å lage et enklere opplegg for arbeidet med faktaarkene. På grunn av ressursituasjonen og for å unngå eventuelt seinere dobbeltarbeid, ble det i løpet av året bestemt at vi ville vente med utviklingen av mer automatiske faktaark til vi fikk elektroniske skjema og produksjonslinjen ble klarere.

4. Evaluering

4.1 Innledning

I desember 1998 sendte SSB ut et notat med momenter til evalueringen av fylkes-KOSTRA, helsetjenester, se vedlegg 1. Notatet ble sendt til medlemmene i arbeidsgruppene for somatiske og psykiatriske helsetjenester, og det ble bedt om en skriftlig tilbakemelding med frist 15. januar 1999. Fristen betyr at evalueringene baserte seg på arbeidet som hadde foregått i arbeidsgruppene i 1998 og rapporteringen fra Sør-Trøndelag for 1. og 2. tertial.

Innholdet i evalueringene av prosjektene for fylkes-KOSTRA, helsetjenester og fylkes-KOSTRA, utdanning er samordnet. Det fører til at ikke alle evalueringsspørsmålene nødvendigvis er like relevante for begge fagfelt.

I 1998 var det kun ett fylke med i pilotprosjektet (Sør-Trøndelag). Dette fører til at vi har et relativt spinkelt grunnlagsmateriale å trekke konklusjoner fra. Det vil influere på deler av evalueringen, spesielt det som gjelder vurdering av indikatorene og faktaarket. Følgende momenter er evaluert:

1. Momenter til evaluering av resultatene av arbeidsgruppene arbeid med vekt på innholdet i faktaarket
 - helhetsinntrykk av faktaarket
 - indikatorene
 - datakvalitet
 - datarapporteringen
 - funksjonskontoplanen
 - andre faglige resultater fra arbeidsgruppens arbeid
2. Momenter for evaluering av prosjektadministrative forhold
 - helhetsinntrykk
 - arbeidsmetode og problemløsning
 - organisering
 - samarbeid og møteledelse
 - framdrift og utvikling
 - prosjektledelse
 - andre kommentarer

SSB fikk tilsendt evalueringsrapporter fra følgende parter i arbeidsgruppene, se vedlegg 2:

- Sør-Trøndelag fylkeskommune (somatiske helsetjenester)
- Sosial - og helsedepartementet (somatiske helsetjenester)
- Først og Høverstad ANS (somatiske og psykiatriske helsetjenester)
- SINTEF Unimed, NIS (somatiske og psykiatriske helsetjenester)

- Statistisk sentralbyrå (somatiske og psykiatriske helsetjenester)
- Sør-Trøndelag fylkeskommune, PST (psykiatriske helsetjenester)

4.2 Evaluering av faktaark med vekt på innhold

4.2.1 Helhetsinntrykk av faktaarket

Det blir påpekt at det har skjedd en forbedring av faktaarkene i løpet av 1998. Faktaarkene har likevel ikke funnet sin endelige form og må arbeides videre med.

Flere presiserer at faktaarkene bør inneholde definisjoner av funksjoner og indikatorer, og at forklarende tekst gjør faktaarkene lettere tilgjengelig. NIS viser også til at de generelt er skeptiske til oppstillinger av nøkkeltall uten at det samtidig gis opplysninger om datagrunnlag, definisjoner og annen informasjon som brukeren måtte trenge.

Sør-Trøndelag fylkeskommune (STFK) stiller spørsmål ved om de valgte indikatorene er tilstrekkelig tilpasset brukernes behov og spør om det er det rette indikatorene som er etablert. STFK peker videre på at målgruppen for faktaarkene er uklar. Også SHD og SSB understreker at faktaarkene bør tilpasses brukergruppens behov for sammenlignende statistikk i større grad, og er enig med STFK i at faktaarkene bør vurderes inndelt etter brukergrupper som fylkeskommuner, sykehus, SHD med flere. SSB peker på at man kan tenke seg et hierarkisk oppbygget system for nøkkeltall, der man står fritt til å velge nivå (nasjonalt, fylkeskommunalt, institusjon). SHD mener ellers at det bør utvikles egne faktaark for sykehusene og peker på tre områder som bør forbedres i faktaarkene. Det er a) skille mellom inneliggende og poliklinisk behandling, b) mer detaljert inndeling av fellesfunksjoner og c) mer sentral DRG-kostnadsindeks.

Utover dette påpeker STFK at for dem er tidsserier i faktaarkene viktig samtidig som de ønsker å sammenligne seg med andre fylkeskommuner. SSB mener at det bør vurderes å utvikle to ulike faktaark, ett med tanke på sammenligninger mellom fylker og ett som viser tidsserier. Å ha begge dimensjonene i samme faktaark kan gi uoversiktlige tabeller.

4.2.2 Indikatorer

Indikatorene tar utgangspunkt i begrepene prioritering, dekningsgrad og produktivitet. STFK vurderer indikatorene som interessante, men stiller spørsmål ved *“om de gir det lille ekstra som skal til for å forbedre styringen av de somatiske sykehus/helsetjenester”*. Tilfører disse nøkkeltallene sektoren noe nytt?

SHD anbefaler at brukergruppens ulike behov i rapporteringen beskrives nærmere. SHD har på sin side behov for regnskaps-/økonomidata i løpet av året og ønsker seg rapportering pr tertial eller pr halvår. Dette ønskes for å utfylle styringsinformasjonen fra den tertialvise rapporteringen om innsatsstyrt finansiering (ISF). SHD peker også på at det er et behov for kliniske data. Så langt er dette ikke fokusert på i fylkes-KOSTRA.

Kommentarer til prioritering:

I hovedsak blir det understreket at indikatorene virker relevante. NIS kommenterer at driftsutgifter pr innbygger er problematisk. Grunnen til dette er at man sammenligner summen av utgiftene ved institusjonene, uavhengig av om de har gått til behandling av fylkets egne eller andre fylkers pasienter, med innbyggertallet totalt i fylket. Alternativt foreslår NIS at man benytter driftsutgifter korrigert for gjestepasientoppjøret. SSB er enig i dette og vil påpeke at dette også gjøres i faktaarkene.

NIS kommenterer også bruken av ordet *prioritering* og skriver ”det er ikke nødvendigvis slik at de fylkene som har et høyt nivå på netto driftsutgifter pr innbygger er de fylkene som prioriterer helse- og sykehustjenester mest. I fylker hvor kostnadsnivået på sykehusene er særlig høyt, vil fylkeskommunene bli ”tvunget” til å bruke mer på sykehustjenester enn i fylker hvor sykehusene har et lavt kostnadsnivå.” NIS mener at begrepet ressursinnsats eller ressursbruk er mer betegnende og mer riktig å bruke.

Kommentarer til dekningsgrader:

Fürst og Høverstad peker på at tabellene vil bli interessante når flere fylkeskommuner kommer med. I tillegg til dekning illustrerer tabellene også strukturen i tilbudet, spesielt forholdet mellom antall innleggelser og antall polikliniske behandlinger, noe som vil være interessant å sammenligne på tvers av fylkene. Videre pekes det på at man bør vurdere å fordele personellet i og utenfor sykehus, samt senger og polikliniske behandling på medisinske spesialiteter.

NIS peker på at senger pr 1000 innbyggere er ok som indikator på dekningsgrad dersom det korrigeres for befolknings sammensetning og gjestepasientflyt. Eksempler på problemområder er regionsykehus, sykehus ved fylkesgrensene og sykehus som det er inngått avtale om å bruke.

Kommentarer til produktivitet og andre nøkkeltall:

Det blir påpekt at nøkkeltallene synes relevante. Fürst og Høverstad ser det som en fordel om både tallene for produktivitet og de andre nøkkeltallene ble presentert for ulike sykehustyper (region-, fylkes- og lokalsykehus).

NIS foreslår at liggedøgn pr årsverk endres til liggedøgn pr pleieårsverk, og at senger pr årsverk i psykiatrien endres til årsverk pr heldøgns plass.

SSB påpeker at man må klargjøre om det skal brukes indeksopphold eller DRG-poeng i indikatoren ”DRG-poeng pr årsverk. Det påpekes også at denne indikatoren ikke kan fordeles på funksjonene behandling og (re)habilitering og anbefaler at DRG-poeng (alternativt indeksopphold) beregnes med sykehuset som laveste enhet. Tilsvarende problemstilling knyttes til driftsutgifter pr DRG-poeng.

For øvrig foreslår SSB å lage en tabell som fokuserer på tjenestene samlet (somatiske helsetjenester, psykiatriske helsetjenester, tannhelsetjenester og ambulanser og AMK-sentraler) i stedet for bare å fokusere på funksjoner under tjenestene.

4.2.3 Datakvalitet

Som det blir påpekt i flere av evalueringsrapportene, er det vanskelig å evaluere datakvaliteten. Dette skyldes at vi bare har hatt mulighet for å vurdere tertialtall og derfor har manglet sammenligningsgrunnlag. NIS mener likevel at det kan stilles spørsmålsteget ved kvaliteten til deler av datagrunnlaget. Det er viktig at dette følges opp.

I SSB arbeides det med å legge kvalitetskontroller inn i databasene, og kvalitetssikringen av dataene vil ha høy prioritet.

4.2.4 Datarapportering

STFK påpeker at det er viktig å få etablert et distribusjons/oppfølgingssystem når det gjelder utsending og innsending av rapporter til/fra SSB. Sviktende/uklare rutinger medførte forsinkelser i innrapporteringen til SSB i 1998.

Rapporteringen av regnskapsdata fungerte bra for 1. og 2. tertial, selv om det var mindre forsinkelser i forhold til rapporteringsfristen. Tjenesterapporteringen fungerte ikke like godt som

regnskapsrapporteringen, spesielt for somatiske helsetjenester. Tjenesterapporteringen i 1998 foregikk i sin helhet på papirskjema. De somatiske helseinstitusjonene hadde også problemer med deler av skjemaet, f.eks. å fordele personell etter funksjon.

Som nevnt fungerte organiseringen av rapporteringen klart bedre for psykiatriske helsetjenester enn somatiske. For de psykiatriske helsetjenestene hadde SSB en kontaktperson ved PST (psykiske og sosiale tjenester i fylkeskommunen). Vedkommende koordinerte datainnsamlingen fra alle institusjonene. For somatiske helsetjenester manglet en tilsvarende koordinator.

Det må i framtiden legges mer vekt på hvordan innsamlingen av data fra institusjoner skal organiseres. I tillegg må det undersøkes om det er andre enn organisatoriske årsaker til at tjenesterapporteringen for somatiske helsetjenester ikke fungert godt nok. I den forbindelse gjennomføres en tertialrapportering fra to somatiske sykehus i 1999.

4.2.5 Funksjonskontoplanen

I evalueringen av funksjonskontoplanen peker STFK på at det er viktig at definisjonene er klare nok i forhold til hvor tjenestene skal plasseres.

Fürst og Høverstad peker på at problemet ved utarbeidelsen av funksjonskontoplanen var å finne en rimelig balanse mellom relevant inndeling og mulighetene til å få fram pålitelige tall. Ulik organisering av tjenestene er hovedproblemet for å få fram pålitelige tall. Dette gjelder spesielt i forhold til en mulig videre inndeling av behandlingsfunksjonene (620, 645, og 655). For disse områdene er det viktig med en inndeling av tjenesteproduksjon og personellinnsats som er mer detaljert enn funksjonsnivået. Dette er viktig for å kunne beskrive strukturen i helsetjenestene, spesielt fordelingen mellom inneliggende og polikliniske behandling og også mellom ulike spesialiteter.

NIS viser til at funksjonskontoplanen er en utvikling i riktig retning, dvs. mot en mer detaljert innrapportering av kostnadsdata. NIS kritiserer derimot funksjonsinndelingen for somatiske helsetjenester fordi den ikke er detaljert nok, og understreker at et en inndeling i kostnadssteder (kliniske avdelinger, laboratorier, røntgen osv.) ville vært en mer nyttig inndeling. På den måten ville man kunne knyttet funksjonene sterkere til DRG-systemet. Videre peker NIS på at for psykiatrien innebærer skillet mellom fellesfunksjoner og pasientrettede funksjoner generelt en stor utfordring i forhold til å sikre en lik regnskapsføring mellom institusjoner og mellom fylkeskommuner. Dette er noe som bør følges opp og vurderes på nytt når flere fylkeskommuner kommer med i prosjektet.

SSB peker på at det har kommet kommentarer til funksjonsinndelingen blant annet fra helseinstitusjonene. Dette tyder på at det er behov for en utvidet høring om funksjonsinndelingen. Blant annet er det reist spørsmål om (re)habilitering bør være egen funksjon. Det må også klargjøres hvilke funksjoner som skal regnes med til helsetjenester. Det viser seg at institusjonene har benyttet funksjoner som i utgangspunktet ikke var inkludert under helse. Funksjoner som må vurderes spesielt er 510 "skolelokaler, forvaltning, skyss og inventar", 677 "Personal- og rekrutteringspolitiske tiltak", 680 "Omsorg og behandling for rusmiddelbrukere" og 690 "Omsorg for barn i fosterhjem".

4.2.6 Andre faglige resultater fra arbeidsgruppens arbeid

SSB peker på at det fortsatt er uklart om artsinndelingen i fylkes-KOSTRA vil ivareta opplysninger om gjestepasientoppgjøret. Dette er tatt opp med regnskapsgruppa, men foreløpig er saken ikke behandlet. Videre mangler en del presiseringer av hvilke arter som skal inngå i enkelte av funksjonene.

SSB gjør oppmerksom på at data som innhentes fra Norsk pasientregister (NPR) ikke vil være tilgjengelige pr 15. mars og angir 3 ulike løsninger på hvordan dette kan løses i den første tilbakerapporteringen av nøkkeltall.

Det gjøres også oppmerksom på at det ikke har vært noen rasjonalisering av datamengden på tjenestesisden i løpet av prosjektperioden, slik intensjonen fra Samordningsrådet har vært. Snarere har det vært en økning i den rapporterte datamengden.

4.3 Evaluering av prosjektadministrative forhold

4.3.1 Helhetsinntrykk

SHD peker på at fylkes-KOSTRA, helse er et krevende prosjekt med mange aktører med ulikt syn og ulike behov for informasjon og statistikk. For at prosjektet skal bli vellykket mener SHD at det trenger en bredere oppslutning fra sykehus og fylkeskommuner. Videre anser de det viktig at forutsetninger, målsetting og framdrift i prosjektet får økt fokus og minner om at framdriften er avhengig av at aktiviteter, tidsfrister og ansvarlige nedfelles i en detaljert framdriftsplan/prosjektplan. SHD anbefaler at nye fylkeskommuner og sykehus som tilsluttes prosjektet i 1999, kommer med så tidlig at de blir med i en ekstraordinær rapportering. Det understrekes også at prosjektet må forankres på ledernivå hos de som deltar i arbeidsgruppene mv.

Fürst og Høverstad peker på at mangel på kontinuitet fra flere av de involverte instansenes side har svekket utviklingsarbeidet i arbeidsgruppene. Dette gjelder spesielt drøftingene for somatiske helsetjenester.

SSB viser til at prosjektet til dels har hatt en kompleks og uoversiktlig organisering og at det til dels har vært uklart hvilken beslutningsmyndighet Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk har hatt i forhold til Styringsgruppa for fylkes-KOSTRA og Samordningsrådet. Samordningsrådet er et rådgivende organ, men har mulighet til å melde problemer til de aktuelle departementer og løse problemene tjenestevei i departementene.

4.3.2 Arbeidsmetode og problemløsning

STFK mener at det er uheldig at en for somatiske helsetjenester ikke har klart å etablere indikatorer som oppleves som en videreutvikling av det vi har ellers, og etterlyser nytenking og kreativitet rundt diskusjonen om nøkkeltall. Det understrekes at rapporteringen må bli gitt nødvendig prioritet i sykehusene/institusjonene. For å få til dette må parametre som rapporteres oppleves som interessante/meningsfulle og samtidig skape forventninger til resultatene av rapporteringen. Det pekes også på at en av grunnene til liten framdrift på enkelte områder skyldes at arbeidsgruppene til tider har vært for problemorientert.

Dette siste støttes av Fürst og Høverstad, og det påpekes at diskusjonene gjentas gang etter gang, uten at man finner konkrete løsninger. Sykehusene i Sør-Trøndelag har heller ikke deltatt i drøftinger om relevant styringsinformasjon.

NIS mener derimot at arbeidsgruppene har vært løsningsorienterte, men at enkelte medlemmer har vært for opptatt av egeninteresser. Dette framkommer ved at man stiller seg kritisk til utvidelser av prosjektet som kan gi merarbeid på sikt.

SSB fokuserer på at prosjektet har manglet kontinuitet og at det har vært vanskelig å engasjere partene i prosjektet.

4.3.3 Organisering

Avviklingen av prosjektgruppen som ble foretatt i 1998 oppfattes som positivt. Dette var et unødvendig ledd, og prosjektet oppfattes nå som mindre rent organisatorisk og trolig mer fleksibelt.

NIS peker på at inndelingen i arbeidsgrupper har vært fornuftig, men at antall medlemmer i gruppen ble for høyt underveis i prosjektet. De stiller spørsmål ved hvor gunstig det er at deltakelsen i arbeidsgrupper bestemmes ut fra representativitet og ikke ut fra interesser/erfaring. De mener også at deltakelsen fra sykehusene har vært for lav, og at deltakelsen fra sentrale institusjoner for stor. NIS synes også at organisering har vært "tung" i forhold til at beslutningene tas i andre grupper/råd enn arbeidsgruppene. NIS mener at prosjektledelsen kunne hatt større "fullmakter".

4.3.4 Samarbeid og møteledelse

De fleste uttrykker tilfredshet med samarbeidet i arbeidsgruppene. Det er likevel et ønske om færre, men lengre møter, og at sakspapirer blir sendt ut tidligere. Det bør settes opp en fast møteplan for hele året.

4.3.5 Framdrift og utvikling

Det er enighet om at framdriften i prosjektet var svak i starten, men at den har bedret seg. Likevel er god framdrift noe man må jobbe aktivt med videre i prosjektet.

4.3.6 Prosjektledelse

STFK mener at ledelsen av prosjektet kunne vært bedre og savner egeninitiativ og nytenking. NIS på sin side savner tettere oppfølging av prosjektlederen. Det er viktig at både dataleverandører og andre deltakere engasjerer seg i prosjektet, og det krever at prosjektledelsen er aktiv.

4.3.7 Andre kommentarer

Det påpekes av flere at ambisjonsnivået i prosjektet er høyt. NIS stiller spørsmål om framdriften på elektroniske løsninger er god nok og om ressursene er tilgjengelige. NIS mener at framdriftsplanen i prosjektet bør justeres og er usikre på om det er klokt å prioritere å holde tidsplanen framfor å sikre et godt sluttresultat. De peker på at det finnes gode tilbakerapporteringer til statlige myndigheter innenfor helsesektoren, både gjennom NPR og SAMDATA-rapportene. NIS føler seg usikre på hva endringene i innsamlings- og kvalitetskontrollrutinene vil medføre for kvaliteten på dataene, og slik de vurderer situasjonen i dag mener de at kvalitet på helsetjenestedataene vil bli svekket i etterkant av fylkes-KOSTRA.

5. Konklusjoner og planer framover

På bakgrunn av evalueringene har Seksjon for helsestatistikk laget en milepelsplan som fokuserer på problemer som er tatt opp i evalueringene fra arbeidsgruppene. Hovedfokus vil være knyttet til arbeidet med å utvikle gode faktaark med innhold (nøkkelindikatorer) og på å utvikling gode elektroniske skjemaer.

Siden det har vært en del problemer knyttet til tjenesterapporteringen fra somatiske sykehus i pilotprosjektet, ønsker vi å gjennomføre en ekstraordinær rapportering fra to somatiske sykehus (Regionsykehuset i Trondheim og Buskerud sentralsykehus) for 1. tertial 1999. I denne ekstraordinære

rapporteringen ønsker vi blant annet å teste ut spørreskjemaenes visuelle og pedagogiske aspekter. Dette arbeidet vil være et ledd i arbeidet med å utvikle gode elektroniske skjema for både somatiske og psykiatriske helsetjenester. De elektroniske skjemaene skal være i drift fra og med rapporteringsåret 1999. Utviklingsarbeidet med de elektroniske skjemaene er et samarbeidsprosjekt mellom Seksjon for helsestatistikk og Seksjon for metoder og standarder i SSB. Også dataleverandørene vil bli involvert i prosjektet.

Det er lagt opp til at innholdet i de elektroniske skjemaene skal være klart til 1. oktober, og at indikatorene som skal brukes i faktaarket skal være ferdig diskutert til 1. desember. Dette er tidsfrister som vil gjelde i alle arbeidsgruppene for fylkes-KOSTRA, helsetjenester.

Tidsfristene i prosjektet er ellers koordinert med prosjektet sentralt, med tanke på orientering i Samordningsrådet. Dette gjelder spesielt forslag til endringer i funksjonskontoplanen, artskontoplanen og rapporteringsmengde for virksomhetsåret 1999.

Tabellen på neste side viser ansvarlig viser hvem som har ansvaret for å legge frem sakspapirer og forberede saken for arbeidsgruppen(e).

Arbeidsoppgaver	Ansvarlig	Frist
Mulighet for skille behandlingsfunksjonen mellom poliklinisk og inneliggende behandling på somatiske sykehus (funksjon 620, 630)	SSB	30. april
Eventuell deling av fellesfunksjoner for somatiske sykehus (funksjon 610)	SHD	30. mai
Vurdere om det skal være fast tertialvis regnskapsrapportering, slik at regnskapsrapporteringen kan kombineres med data fra Norsk pasientregister (NPR)	SHD, SSB	30. mai
Eventuell endring i funksjonskontoplanen for Fylkes-KOSTRA, helsetjenester	SSB	30. mai
Klargjøre om det er behov for egen art på gjestepasientoppgjør	SSB	30. juni
Ny inndeling av personellkategorier for psykiatriske helsetjenester	SSB, Helsetilsynet, NIS	30. juni
Utvikle elektroniske skjema, mer brukervennlige skjema	SSB	1. oktober
Definisjonskatalog/veiledningshefte	SSB	1. oktober
Gjennomgang av skjemarettledningen til personellskjema for psykiatriske sykehus, klinikker etc.	SSB, NIS	1. oktober
Spesifisering av innholdet i funksjonene. Spesielt for funksjonene "Utadrettede servicefunksjoner" 670 og "Særskilte funksjoner" 673	SSB	?
Gjennomgang av indikatorene i faktaarket	SSB	1. desember
Bedre definisjoner/kommentarer/forklaringer til indikatorene	SSB	1. desember
Leserveiledning til faktaarket	SSB	1. desember
Vurdere deling av faktaark for psykiatrien: ett for voksenpsykiatri og ett for barne- og ungdomspsykiatri	SSB, PST	1. desember
Utarbeide tidsserier i faktaarket (evt. eget faktaark for tidsserier)	SSB	1. desember
Vurdere om det skal publiseres ulike typer faktaark i Fylkes-KOSTRA	SSB	1. desember
Gjennomgå og forbedre utgiftsbegrepene i Fylkes-KOSTRA helsetjenester.	SSB	1. desember
Lage bedre nøkkeltall knyttet til DRG- kostnadsindeks	SSB	1. desember
Utvikle gode rapporteringsrutiner mellom fylkene og Statistisk sentralbyrå	SSB og fylkene	1. desember

VEDLEGG 1

Bakgrunnsnotat for evaluering av pilotprosjektet fylkes- KOSTRA, helsetjenester 1998.

Av Trude Fagerli

Statistisk sentralbyrå
18. desember 1998

1. BAKGRUNN	14
2. MOMENTER TIL EVALUERING AV RESULTATENE AV ARBEIDSGRUPPENES ARBEID MED VEKT PÅ INNHOLDET I FAKTAARKET	14
2.1 HELHETSINNTRYKK AV FAKTAARKET	14
2.2 EVALUERING AV INDIKATORENE	15
2.3 EVALUERING AV DATAKVALITET.....	15
2.4 EVALUERING AV DATARAPPORTERINGEN	15
2.5 EVALUERING AV FUNKSJONSKONTOPLANEN	15
2.6 EVALUERING AV ANDRE FAGLIGE RESULTATER FRA ARBEIDSGRUPPENES ARBEID.....	15
2.7 EVENTUELT	15
3. MOMENTER FOR EVALUERING AV PROSJEKTADMINISTRATIVE FORHOLD.....	16
3.1 HELHETSINNTRYKK	16
3.2 ARBEIDSMETODE OG PROBLEMLØSNING	16
3.3 ORGANISERING	16
3.4 SAMARBEID OG MØTELEDELSE.....	16
3.5 FREMDRIFT OG UTVIKLING	16
3.6 PROSJEKLEDELSE.....	16
3.7 EVENTUELT	16
4. INDIKATORER FOR 2. TERTIALRAPPORTERING	17
4.1 SPØRSMÅL OG FORKLARINGER KNYTTET TIL INDIKATORENE.....	17
4.1.1 Om håndteringen av gjestepasienter	17
4.1.2 Utgiftsbegreper i Fylkes-KOSTRA, helsetjenester	18
4.1.3 Problemer med artskontoplanen.....	19
4.1.4 Målgrupper for tjenestene	19
4.2 INDIKATORER FOR HELSETJENESTEN SAMLET	20
4.3 AMBULANSER OG AMK-SENTRALER	21
4.3.1 Prioritering.....	21
4.3.2 Dekningsgrad	21
4.3.3 Produktivitet	22
4.4 SOMATISKE HELSETJENESTER	22
4.4.1 Prioritering.....	23
4.4.2 Dekningsgrad	24
4.4.3 Produktivitet	25
4.4.4 Andre nøkkeltall.....	25
4.5 PSYKIATRISKE HELSETJENESTER	25
4.5.1 Prioritering.....	26
4.5.2 Dekningsgrad	26
4.5.3 Produktivitet	27
4.5.4 Andre nøkkeltall.....	27
4.6 TANNHELSETJENESTER	28
4.6.1 Prioritering.....	28
4.6.2 Dekningsgrad	28
4.6.3 Produktivitet	28
5. SAMMENLIGNING AV INDIKATORER FOR 1. OG 2. TERTIALRAPPORTERING	29
5.1 HELSETJENESTEN SAMLET	29
5.2 AMBULANSER OG AMK-SENTRALER	30
5.2.1 Prioritering.....	30
5.3 SOMATISKE HELSETJENESTER	31
5.3.1 Prioritering.....	31
5.3.2 Dekningsgrad	33
5.3.3 Produktivitet	35
5.3.4 Andre nøkkeltall.....	36
5.4 PSYKIATRISKE HELSETJENESTER	36
5.4.1 Prioritering.....	36
5.4.2 Dekningsgrad	37
5.4.3 Produktivitet	37
5.4.4 Andre nøkkeltall.....	38
5.5 TANNHELSETJENESTER	38

1. Bakgrunn

Dette er ment som et bakgrunnsnotat for arbeidsgruppens egnevaluering av arbeidet med pilotprosjektet for fylkes-KOSTRA, helsetjenester.

I styringsgruppen for Fylkes-KOSTRA 26.11.98 ble det bestemt at evalueringen av pilotforsøket skulle være todelt. Den første og viktigste del av evalueringen skulle skje gjennom arbeidsgruppens egnevaluering av sitt eget arbeid. SSB har ansvar for å lede arbeidsgruppens egnevaluering. I tillegg kom det forslag om at det med utgangspunkt i arbeidsgruppens egnevaluering avholdes et evalueringsseminar i regi av Statskonsult og KRD. Det er planlagt å publisere resultatet av evalueringsseminaret i form av en egen seminarrapport.

I arbeidsgruppens egnevaluering er det ønskelig at partene (deltakere i arbeidsgruppene) gir kommentarer til følgende deler:

- Evaluering av indikatorene som benyttes i faktaarket for fylkes-KOSTRA, helsetjenester.
- Evaluering av organisasjonsform og arbeidsform i arbeidsgruppene.

En mer detaljert oppstilling av momenter til evalueringen følger senere i notatet. Det er nå også viktig å få kommentarer om organiseringen av prosjektet, gjerne med henblikk på at det kommer flere fylker med f.o.m. 1.1.1999 for å vurdere en mulig omorganisering av prosjektet.

Det forventes at de enkelte deltakerorganisasjoner i arbeidsgruppene gir en skriftlig evalueringsrapport tilbake til statistisk sentralbyrå med frist 15. januar 1999 (som tidligere avtalt i arbeidsgruppene). Da dette vil bli en evaluering basert på de to gjennomførte tertialrapporteringene i løpet av 1998, er det viktig å senere komme tilbake til kommentarer og eventuell evaluering av selve årsrapporteringen for 1998.

Det er meningen av evalueringen av prosjektet for fylkes-KOSTRA, helsetjenester skal samordnes med fylkes-KOSTRA, utdanning. Evalueringsspørsmålene er samordnet mellom de to prosjektene, noe som kan føre til at ikke alle momentene er like relevante for begge fagfelt. Vi ber arbeidsgruppens medlemmer å svare så godt det er mulig på de ulike evalueringsspørsmålene.

Føreløpig er det kun ett fylke med i pilotprosjektet (Sør-Trøndelag). Dette fører til at vi har et relativt spinkelt grunnlagsmateriale å trekke konklusjoner fra. Det bør vurderes om en slik evaluering bør gjentas også for årsrapporteringen 1999, når det er kommet flere fylker med i prosjektet.

2. Momenter til evaluering av resultatene av arbeidsgruppens arbeid med vekt på innholdet i faktaarket

2.1 Helhetsinntrykk av faktaarket

Arbeidsgruppens medlemmer bes gi en generell vurdering av faktaarket.

- Hvordan vurderes totalkonseptet for faktaarket?
- Er omfang av indikatorene i faktaarket passe?
- Er innholdet i faktaarket tilfredsstillende?
- Mangler det relevant informasjon i faktaarkene?
- Er innholdet i faktaarket brukervennlig og tilpasset brukergruppens behov?
- Bør faktaarket inneholde tidsserier, og hvordan bør disse eventuelt organiseres?
- Hvordan bør sammenligning mellom fylker / institusjoner organiseres?
- Bør vi ha flere typer faktaark, innrettet etter ulike brukerbehov?

Arbeidsgruppens medlemmer har et spesielt ansvar for å evaluere indikatorer på sine egne fagområder, men oppfordres til å kommentere også andre fagområder. Sør-Trøndelag fylkeskommune har et særskilt ansvar for å evaluere alle fagområdene.

2.2 Evaluering av indikatorene

Vurdering av overskrifter, tallene i tabellene, ev. kommentartekster og noter ved hver enkelt indikator med vekt på mangelfulle indikatorer.

2.3 Evaluering av datakvalitet

Vurdering av datakvalitet ved hvert regnskaps- og tjenestetall i faktaarket med vekt på feil og mangler. Er det tall som er feilaktige, delvis feilaktige eller virker gale? Det er spesielt viktig at fylket gjør en grundig evaluering av kvaliteten på de regnskaps- og tjenstedata de leverer. Samt at fylket gjennomgår funksjonsinndelingen og sørger for at det er overensstemmelse mellom innholdet på funksjonene for regnskaps- og tjenestesiden.

2.4 Evaluering av datarapporteringen

- Hvordan vurderes rapporteringen av data til SSB for både regnskaps- og tjenstedata?
- Har tidsfrister blitt holdt?
- Har informasjonen vært tilstrekkelig.
- Har samarbeidet med de ulike aktørene i rapporteringskjeden (SSB, fylket, institusjonene) vært tilfredsstillende?
- Hvordan vurderes selve rapporteringsordningene innen helsetjenestene?

I tillegg til at arbeidsgruppens medlemmer svarer på dette spørsmålet, bør det vurderes om skjemautfyllerne selv bør få komme med kommentarer til hvordan de oppfatter rapporteringsskjemaene.

2.5 Evaluering av funksjonskontoplanen

Det må foretas en vurdering av funksjonskontoplanen for Fylkes-KOSTRA, helsetjenester med vekt på svakheter og mangler.

- Er forslaget til funksjonskontoplan/artsinndeling hensiktsmessig?
- Er det behov for justeringer eller endringer i funksjonskontoplanen/artsinndelingen?

2.6 Evaluering av andre faglige resultater fra arbeidsgruppens arbeid

Vurdering av andre faglige sider ved arbeidsgruppenes arbeid som f.eks. samordning og rasjonalisering av rapporteringsordninger, utarbeiding av rettleidninger til skjema, osv.

2.7 Eventuelt

Evaluering av andre relevante resultater fra prosjektarbeidet.

3. Momenter for evaluering av prosjektadministrative forhold

3.1 Helhetsinntrykk

- Generell vurdering av den prosjektadministrative del av Fylkes-KOSTRA. Har den samlet sett vært god eller mindre god?
- Har prosjektets samlede nytteverdi vært større enn de samlede prosjektkostnadene?

3.2 Arbeidsmetode og problemløsning

- Har arbeidsmetodene i prosjektet vært gode og tilpasset prosjektarbeidets krav, egenart og behov?
- Har prosjektarbeidet hatt en skrittvis kreativ problemløsende tilnærming eller har prosjektarbeidet vært mer problemorientert enn løsningsorientert?
- Har det vært vist tilstrekkelig engasjement og tro på prosjektet?

3.3 Organisering

- Har organiseringen fungert tilfredsstillende?
- Har antall arbeidsgrupper vært passe?
- Har antall medlemmer i arbeidsutvalg og prosjektgrupper vært passe?
- Er de mest relevante institusjonene representert i arbeidsutvalg og prosjektgruppe?
- Har arbeidsdelingen i prosjektet vært rimelig ved at arbeidsgruppene har blitt trukket tilstrekkelig med i arbeidet?

3.4 Samarbeid og møteledelse

- Har samarbeidet i prosjektet fungert bra?
- Er det blitt gitt rom for åpne, frie og fruktbare diskusjoner?
- Har det blitt lyttet og tatt hensyn til ulike synspunkter?
- Kommentarer til møteledelsen?
- Blir sakspapirene sendt ut tidsnok, og blir det sendt for mye / lite sakspapirer?

3.5 Fremdrift og utvikling

Har fremdrift og faglig utvikling vært god?

3.6 Prosjektledelse

- Kommentarer til prosjektledelsen i SSB?
- Har prosjektledelsen tatt de nødvendige initiativ og er prosjektarbeidet blitt fulgt opp tilfredsstillende?
- Er ambisjonsnivået realistisk?
- Kommentar til KRD sin rolle som oppdragsgiver og overordnet prosjektleder.

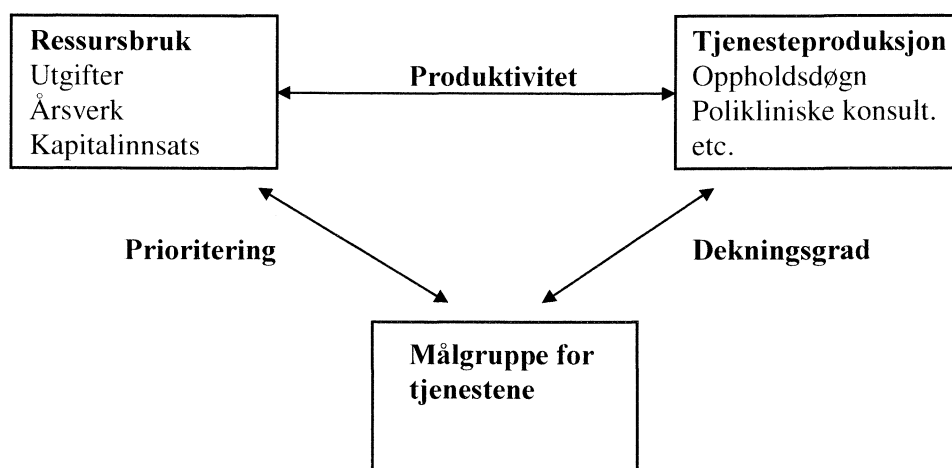
3.7 Eventuelt

Andre prosjektadministrative forhold som bør kommenteres?

4. Indikatorer for 2. tertialrapportering

Indikatorerne som er benyttet i Fylkes-KOSTRA er hovedsakelig ment å være til hjelp i den interne styringen for fylkeskommunen. Faktaarkene er planlagt som en tidlig tilbakemelding, slik at tallene kan benyttes i budsjettarbeidet i fylkeskommunene. Det er meningen at indikatorerne både skal kunne sammenlignes på tvers av fylker og vise fylkets utvikling over tid. For en mer inngående diskusjon om indikatorernes rolle i Fylkes-KOSTRA, vises det til “Fylkes-KOSTRA, forslag til innhold i et pilotprosjekt” av Først og Høverstad, oppdragsrapport mai 1997.

Figuren under forklarer forholdet mellom ulike typer data som samles inn via fylkes-KOSTRA og indikatorer til bruk som styringsinformasjon:



4.1 Spørsmål og forklaringer knyttet til indikatorene

Under følger en kort oppsummering av noen problemer vi har avdekket under de to første tertialrapporteringene for 1998.

4.1.1 Om håndteringen av gjestepasienter

For de fylkeskommunale helsetjenestene er det en utstrakt bruk av gjestepasientdøgn. Dette vil påvirke indikatorene for dekningsgrad og prioritering. Man bør vurdere om enkelte av indikatorene skal justeres for gjestepasienter. Dette vil muligens ikke være hensiktsmessig i alle tilfeller.

Når det gjelder dekningsgrad, er det ganske opplagt at man bør korrigere for de tjenestene som innbyggere i andre fylker mottar. Dette er allikevel ikke alltid mulig. Man vet ikke hvor mange gjestepasienter det har vært ved psykiatriske institusjoner, poliklinikker ved somatiske sykehus, og mindre somatiske institusjoner i løpet av året. I disse tilfellene blir det gjort en registrering ved årets slutt for de pasientene som er inneliggende på dette tidspunktet. Ved poliklinikkene registreres ikke gjestepasienter i det hele tatt. Ved somatiske sykehus, registreres det hvilket fylke den innlagte pasienten kommer fra, så dette er det eneste stedet vi får en korrekt telling av gjestepasienter gjennom året.

Når det gjelder prioritering, behøver man ikke nødvendigvis å korrigere for gjestepasienter. Det hele vil avhenge av hvilken vinkling man vil ha på problematikken. Man kan fokusere på beredskapen, f.eks. hvor mange som faktisk er ansatt i tjenesten med mulighet for betjene fylkets innbyggere. Da skal man ikke justere for gjestepasientoppgjøret. (Dette gjelder spesielt for årsverk og kapitalinnsats).

En annen vinkling er å se på det faktiske ressurstilbudet overfor innbyggerne. Da bør man korrigere for de ressursene som andre fylkers innbyggere anvender. (Dette bør gjelde når man ser på utgiftene).

For produktivitetsindikatorer vil det ikke være nødvendig å korrigere for gjestepasientoppjøret. Her er vi interessert i å se hvor mye tjenesteproduksjon som følger av ressursinnsatsen uavhengig av hvem som mottar tjenesten.

4.1.2 Utgiftsbegreper i Fylkes-KOSTRA, helsetjenester

Under følger en forklaring på de utgiftsbegreper som benyttes i faktaarkene for fylkes-KOSTRA, helsetjenester for 1. og 2. tertial.

For en forklaring av artene (regnskapspostene) i KOSTRA, vises det til forsøksforskriftene på internett (ODIN): <http://www.dep.no/krd/publ/kostra/arter.html>

Driftsutgifter defineres som følgende

- Utgifter på artene 010 til 489
- + Avskrivningskostnader art 599
- Inntekter fra fordelte utgifter art 690
- Inntekter fra sykelønnsrefusjon art 710
- Inntekter fra internsalg art 790

Netto driftsutgifter er:

- Utgifter på artene 010 til 489
- + Avskrivningskostnader art 599
- Inntekter på artene 600 til 890

For å se på fylkets prioriteringer av egne innbyggere for somatiske og psykiatriske helsetjenester, må vi trekke ut de utgiftene fylket har for gjestepasienter fra andre fylker. Dersom vi antar at de faktiske kostnadene ved å ha gjestepasienter inndeckes ved gjestepasientinntektene får da følgende utgiftsbegrep for fylkets egne innbyggere:

Utgifter korrigert for gjestepasienter

- Utgifter på artene 010 til 489
- + Avskrivningskostnader art 599
- Inntekter fra fordelte utgifter art 690
- Inntekter fra sykelønnsrefusjon art 710
- Inntekter fra internsalg art 790
- Refusjoner fra andre fylker art 730

Det er fortsatt usikkert om art 730 kun inneholder gjestepasientoppjøret, eller om det også kan komme inn andre typer refusjoner fra fylker her.

For somatiske helsetjenester (Funksjon 610, 615, 620, 630, (635), 670, 673) har vi satt opp indikatorer som viser utgifter pr indeksopphold (indeksopphold er tilnærmet det samme som DRG poeng = diagnose relaterte grupper, DRG poeng brukes i innsatsstyrt finansiering av sykehusene). Siden indeksopphold kun beregnes for inneliggende pasienter, må vi for disse funksjonene forsøke å isolere kostnadene for de inneliggende pasientene. Ved å anta at kostnadene ved driften av poliklinikken(e) er lik refusjonene og inntektene som kommer inn på disse, vil vi finne kostnadene for behandling av inneliggende pasienter ved å trekke ut de antatte kostnadene ved poliklinikkene.

Utgifter til behandling av inneliggende pasienter

- Utgifter på artene 010 til 489
- + Avskrivningskostnader art 599
- Egenandeler for poliklinisk behandling art 619
- inntekter fra fordelte utgifter art 690
- Refusjon fra staten art 700
- Inntekter fra sykelønnsrefusjon art 710
- Inntekter fra internsalg art 790

Et problem knyttet til utgiftsbegrepet til behandling av inneliggende pasienter er at vi ikke får trukket fra refusjoner fra staten til poliklinikkene. I arten 700 (refusjon fra staten) inngår både poliklinikkrefusjon og refusjon for innsattsstyrt finansiering. Denne arten bør muligens splittes for å isolere de statlige poliklinikkrefusjonene.

4.1.3 Problemer med artskontoplanen

Gjestepasientoppgjøret er sannsynligvis ikke entydig i henhold til artskontoplanen i KOSTRA. SSB går nå gjennom artskontoplanen sammen med Sør-Trøndelag for å kartlegge om gjestepasientoppgjøret kan brukes slik artskontoplanen er utformet i dag, eller om det må foretas justeringer for at vi skal få gjestepasientoppgjøret entydig.

Regnskapsdata fra institusjoner som ikke er eid av fylkeskommunen er ikke med i fylkes-KOSTRA. Overføringene til disse institusjonene vil bli ført på en funksjon sentralt i fylkeskommunen, slik at vi ikke får sammenlignbarhet mellom tjenstedata og regnskapsdata.

4.1.4 Målgrupper for tjenestene

For prioriteringsindikatorerne og dekningsgradsindikatorerne, er stort sett alle innbyggerne i Sør-Trøndelag brukt som målgruppe. Bør det vurderes om denne målgruppen bør justeres på noe vis? F.eks. for alderssammensetning (spesielt for de somatiske tjenestene) eller for geografiske forhold i fylket (f.eks. for ambulansetjenesten).

I faktaarket for 1. og 2. tertial har vi brukt befolkningssammensetningen i Sør-Trøndelag pr 1. januar 1998. Ideelt sett bør middelfolkmengden i 1998 benyttes for årsrapporteringen for 1998. Det er ikke sikkert at denne beregningen er klar til publisering av faktaarket for 1998. (Middelfolkmengden er gjennomsnittet av befolkningen ved begynnelsen av året og ved slutten av året).

4.2 Indikatorer for helsetjenesten samlet

Prioritering / ressursbruk

Funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon	Andel netto driftsutgifter pr funksjon	driftsutgifter pr innbygger	netto driftsutgifter pr innbygger
600 Ambulanser og AMK-sentraler	2,0	3,5	122	122
610 Fellesfunksjoner somatiske helsetjenester	17,4	29,9	1061	1049
615 Røntgen / lab	9,9	10,4	600	366
620 Behandling somatisk helsetjenester	52,0	28,8	3163	1009
630 (Re-)habilitering	2,9	3,6	179	126
640 Fellesfunksjoner voksenpsykiatri	2,0	3,5	124	124
645 Pasientrettet virksomhet voksenpsykiatri	10,6	15,2	642	531
650 Fellesfunksjoner barne- og ungdomspsyk.	0,3	0,5	17	17
655 Pasientrettet virksomhet BUP	1,3	1,8	78	63
660 Tannhelsetjenester	0,0	0,0	0	-1
670 Utadrettede servicefunksjoner	0,3	0,6	21	21
673 Særskilte funksjoner	1,3	2,2	77	77
Sum helsetjenester	100	100	6084	3503

NB! Regnskapstallene for funksjon 660 “tannhelsetjenesten” er ikke korrekte for rapporteringen for 2. tertial.

Andel av driftsutgiftene pr funksjon viser prioriteringen mellom de ulike funksjonene innen helsetjenestene. Denne tabellen vil bli mer interessant når det kommer flere fylker med, og vi får muligheten til å sammenligne prioriteringene fylkene imellom.

Fra tabellen over ser vi at Sør-Trøndelag har de største utgiftene på funksjon “620 behandling somatiske helsetjenester”. Driftsutgiftene er i stor grad avhengig av nivået på direkte inntekter til helsetjenesten (f.eks. inntekter og overføringer fra staten, egenbetaling fra brukere) Andelen av netto driftsutgifter pr funksjon viser hvordan fylkets frie inntekter blir fordelt på de ulike funksjonene.

Ved å se andel driftsutgifter og andel netto driftsutgifter i sammenheng, vil vi få frem hvordan de direkte inntektene (inntekter og overføringer fra staten, egenbetaling etc.) påvirker prioriteringen. De direkte inntektene ser i stor grad ut til å bli benyttet i funksjonen “620 behandling av somatiske

helsetjenester”. En mulig forklaring på den store forskjellen mellom netto driftsutgifter og utgifter på funksjon 620, kan være at Sør-Trøndelag har et sykehus med regionsykehusfunksjon. Disse sykehusene mottar mer i statlig støtte enn andre sykehus (Regionsykehustilskudd).

Brutto driftsutgifter pr person viser den totale ressursbruken som tilbys innbyggere i Sør-Trøndelag. Netto driftsutgifter pr innbygger viser hvordan fylket prioriterer sine frie inntekter (egenfinansiering) på innbyggerne.

4.3 Ambulanser og AMK-sentraler

Det har ikke vært samlet inn data fra ambulanser og AMK-sentraler for 2. tertial i pilotprosjektet for fylkes-KOSTRA. Tjenestedata fra ambulansetjenesten er for driftsåret 1997. Vi har fått inn tall fra to AMK-sentraler for 1. tertial, nemlig AMK-sentralen ved RiT og AMK-sentralen ved OSS. (AMK-sentral er akuttmedisinsk kommunikasjonsentral). Det vil nok være hensiktsmessig ved fremtidig rapportering å hente inn data fra fylkeshelsesjefen i stedet for fra de enkelte AMK-sentraler.

Erfaringene med innsamlingen av data viser at enkelte av spørsmålene er problematisk å svare på. Dette gjelder blant annet “Maksimal reiselengde innen hver enkelt AMK-sentralansvarsområde”, inndeling av henvendelser i “Akutt”, “Haster” og “Vanlig” for AMK-sentralene.

Det ser også ut til å være problematisk å registrere det personellet som arbeider ved AMK-sentralen. AMK-sentralene er ofte nært knyttet opp mot akuttavdelingene ved sykehusene, og personellet blir ikke alltid fordelt mellom de to funksjonene. Disse problemene vil bli diskutert i arbeidsgruppen, og det vil komme forslag til nye skjema før årsrapporteringen for 1998.

4.3.1 Prioritering

Funksjon	Netto driftsutgifter pr innbygger	Årsverk pr 1000 innbygger	Ambulanser pr 1000 innbygger
600 Ambulanser og AMK-sentraler	122	0,45	0,12
Ambulanser		0,38	0,12
AMK-sentraler		0,08	

Denne tabellen viser hvor mye ressurser fylket benytter pr innbygger for funksjonen ambulanser og AMK-sentraler. Denne tabellen vil være interessant når man sammenligner flere fylker. Ved sammenligning er det mulig man bør korrigere (spesielt antall ambulanser) med et tall for spredthet / geografisk utstrekning av fylket. Dette er foreløpig ikke vurdert.

De skraverte feltene i tabellen betyr at feltet ikke kan fylles ut. Ambulanser er her en fellesbetegnelse for ambulanserbiler, bårebiler og ambulansebåter.

4.3.2 Dekningsgrad

Funksjon	Oppdrag pr 1000 innbygger	Henvendelse pr 1000 innbygger
600 Ambulanser og AMK-sentraler	74	35
Ambulanser	74	
AMK-sentraler		35

NB! Oppdragene for ambulansetjenesten er for hele 1997, mens henvendelsene for AMK-sentralene er for 1. tertial 1998.

Oppdrag er knyttet til ambulansetjenesten (pasientoppdrag), mens henvendelser er knyttet til AMK-sentralen (medisinske nødmeldinger).

Ved å se henvendelsene til AMK-sentralene i forhold til oppdragene for ambulansetjenesten, får vi en pekepinn for hvor stor andel av henvendelsene til AMK-sentralen som resulterer i et ambulanseoppdrag.

4.3.3 Produktivitet

Funksjon	Oppdrag pr ambulanseårsverk	Henvendelser pr AMK-årsverk
600 Ambulanser og AMK-sentraler	195	470
Ambulanser	195	
AMK-sentraler		470

Det er ikke meningsfylt å lage en felles produktivitetsindikator for de to tjenesteområdene som inngår i funksjon 600 Ambulanser og AMK-sentraler. Tjenesteproduksjonen er ikke sammenlignbar i de to tjenesteområdene.

4.4 Somatiske helsetjenester

Tjenestedata fra somatiske helseinstitusjoner er hentet både fra Norsk pasientregister (NPR), SINTEF NIS, og direkte fra institusjonene.

Liggedager, utskrivninger og DRG-poeng ved somatiske sykehus er hentet fra NPR for annet tertial 1998.

Resten av tallene er hentet inn via skjema fra institusjonene RiT, OSS og Ørlandet helsesenter syke- og fødehjem.

For første tertial ble liggedager og utskrivninger beregnet i SSB på bakgrunn av pasientfila fra NPR for 1997. Tall over antall indeksopphold for første tertial er beregnet av NIS. Tallene er beregnet med bakgrunn i pasientfila for 1997. (Indeksopphold er benyttet i stedet for DRG-poeng). Tallene over liggedager, utskrivninger og DRG-poeng for 1. tertial var ikke ferdig til rapporteringsfrisen i Fylkes-KOSTRA.

Årsverk i somatiske helsetjenester inkluderer, i tillegg til tall fra somatiske institusjoner, legespesialister med fylkeskommunal driftsavtale. Tjenestedata over antall legespesialister med fylkeskommunal avtale er fra rapporteringsåret 1997.

Foreløpig mangler det tall over årsverk fordelt etter funksjon fra RiT både for 1. og 2. tertial. Dette blir spesielt viktig å prøve ut under årsrapporteringen for 1998.

4.4.1 Prioritering

Somatiske helsetjenester i alt

Funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon	Driftsutgifter pr innbygger (korrigert for gjestepasienter)	Netto driftsutgifter pr innbygger
610 Fellesfunksjoner somatiske helsetjenester	20,8	1060	1049
615 Røntgen / lab	11,8	575	366
620 Behandling somatisk helsetjenester	62,0	2504	1009
630 (Re-)habilitering	3,5	139	126
670 Utadrettede servicefunksjoner	0,4	21	21
673 Særskilte funksjoner	1,5	77	77
Sum somatiske helsetjenester	100,0	4376	2648

Denne tabellen vil bli mer interessant når vi får sammenlignet prioriteringen mellom ulike fylker. Som tidligere ser vi at omlag 60 prosent av utgiftene brukes på funksjon 620 "behandling somatiske helsetjenester". Eller så er det viktig at vi får kartlagt hva som inngår i funksjon 670 "særskilte funksjoner", da vi til nå ikke har en uttømmende liste over hva som skal inngå i denne funksjonen.

Somatiske sykehus

Funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon	Driftsutgifter pr innbygger (korrigert for gjestepasienter)	Netto driftsutgifter pr innbygger
610 Fellesfunksjoner somatiske helsetjenester	20,8	1046	1035
615 Røntgen / lab	11,9	575	366
620 Behandling somatisk helsetjenester	62,2	2480	987
630 (Re-)habilitering	3,6	139	126
670 Utadrettede servicefunksjoner	0,1	3	3
673 Særskilte funksjoner	1,5	77	77
Sum somatiske sykehus	100,0	4320	2594

Dersom vi sammenligner prioriteringer for somatiske sykehus med prioriteringer for somatisk helsetjeneste totalt, ser vi at den største delen av kostnadene benyttes i somatiske sykehus i Sør-Trøndelag.

4.4.2 Dekningsgrad

Somatiske helsetjenester i alt

Funksjon	Senger pr. 1000 innb.	Leger pr. 1000 innb.	Årsverk pr. 1000 innb.	Utskrivninger av egne innbyggere pr 1000 innb.	Polikliniske konsultasjoner pr 1000 innb.
610 Fellesfunksjoner		0,00	0,25		
615 Røntgen / laboratorium	0,00	0,01	0,13		
620 Behandling	3,14	0,19	1,00	110,0	640,5
630 (Re-)habilitering	0,29	0,01	0,10	1,1	9,0
670 Utadrettede servicefunksjoner		0,00	0,04		
673 Særskilte funksjoner		0,00	0,00		
Sum somatikk	3,43	2,09	15,99	111,0	649,5

Leger og årsverk er ikke fordelt etter funksjon for RiT. Derfor stemmer ikke sum somatikk med det som summeres opp fra funksjonene for indikatorene leger pr 1000 innbyggere og årsverk pr 1000 innbyggere. Legespesialister med fylkeskommunal avtale er i sin helhet ført på funksjonen 620 "behandling". De skraverte feltene i tabellen betyr at feltet ikke kan fylles ut.

Indikatorene her må sees i sammenheng med hverandre.enger kan ikke utnyttes som behandlingsplasser dersom det ikke er knyttet nok personell til dem. Pasienter kan også behandles ved poliklinikken, slik at utskrivningene må sees i sammenheng med polikliniske konsultasjoner.

Somatiske sykehus

Funksjon	Senger pr. 1000 inn.	Leger pr. 1000 innb.	Årsverk pr. 1000 innb.	DRG-poeng for egne innbyggere pr 1000 innb.	Utskrivninger av egne innbyggere pr 1000 innb.	Polikliniske konsult. pr 1000 innb.
610 Fellesfunksjoner			0,23			
615 Røntgen / laboratorium		0,01	0,13			
620 Behandling	3,14	0,12	0,93	105,50	109,96	640,45
630 (Re-)habilitering	0,29	0	0,03	1,61	1,08	9
670 Utadrettede servicefunksjoner		0	0,04			
673 Særskilte funksjoner		0	0			
Sum somatiske sykehus	3,43	0,13	1,35	107,11	111,03	649,49

Som nevnt over er ikke årsverk og lege(årsverk) fordelt etter funksjon for RiT i denne tabellen. DRG-poengene er her beregnet for fylkets egne innbyggere uansett hvor de behandles. Det samme gjelder for utskrivninger. Dette er ikke gjort for polikliniske konsultasjoner, siden opplysninger om pasientens hjemfylke ikke finnes her.

4.4.3 Produktivitet

Sammenligning av somatiske sykehus

Funksjon	DRG-poeng pr. årsverk	Utskrivninger pr. årsverk	Liggedøgn pr. årsverk	Polikliniske konsultasjoner pr. årsverk
610+615+620+630 (Hele sykehuset ekskl. 670, 673)	97,0	96,0	640,0	481,2
620 Behandling	139,0	138,3	881,1	691,3
630 (Re-)habilitering	82,3	57,0	1838,4	349,6

Tallene i denne tabellen vil ikke være korrekte siden årsverkene ikke er fordelt på funksjon for RiT. DRG-poeng, utskrivninger og liggedøgn er knyttet til den inneliggende behandlingen ved somatiske sykehus, mens polikliniske konsultasjoner er knyttet mot poliklinikkene. Når man ser på indikatoren for utskrivninger pr. årsverk, bør man ta hensyn til den gjennomsnittlig liggetiden (se tabellen under). Ved sammenligning av fylker, må man ta hensyn til at sykehuset kan ha organisert tjenestene forskjellig, slik at polikliniske konsultasjoner må sees i sammenheng med indikatorene for inneliggende behandling. Det kan for eksempel tenkes at fylkets geografiske utbredning vil påvirke organiseringen av behandlingen ved somatiske sykehus. Ved lange reiseavstander i fylket, vil sykehuset kanskje velge å legge inn pasienten i stedet for å foreta behandlingen ved poliklinikken.

4.4.4 Andre nøkkeltall

Somatiske inst. / sykehus

Funksjon	Driftsutgifter til inneliggende behandling pr. DRG-poeng	Beleggsprosent	Gjennomsnittlig liggetid
610+615+620+630 (Hele sykehuset eks. 670, 673)	24295	104,9	6,7
620 Behandling	12349	108,3	6,4
630 (Re)habilitering	78963	68,4	32,2

Utgift pr DRG-poeng for funksjonen (re-)habilitering vil være høyt på grunn av hvordan DRG-poengene beregnes. DRG-poengene beregnes for sykehusoppholdet som enhet, men tilskrives i sin helhet den avdelingen som har hatt den tyngste DRG-vekten. Mange av de oppholdene som har generert utgifter ved rehabiliteringsavdelingene vil ikke bli tilskrevet noen DRG-poeng.

4.5 Psykiatriske helsetjenester

Årsverk i psykiatrisk helsetjeneste inkluderer, i tillegg til tall fra institusjonene, Spesialister med driftsavtale med fylkeskommunen. For voksenpsykiatri er følgende spesialiteter inkludert: Psykiatri og kliniske psykologer. For barne- og ungdomspsykiatri er følgende spesialiteter inkludert: Barnepsykiatri. (Det er ikke registrert noen avtaleleger med denne spesialiteten i Sør-Trøndelag for 1997).

Tjenestedata for de psykiatriske helsetjenestene er hentet fra den enkelte institusjon for første og annet tertial 1998.

4.5.1 Prioritering

Funksjon	Driftsutgifter pr innb. (korrigert for gjestepas.)	Nettodrift utgifter pr innb.	Andel driftsutgifter pr funksjon	Heldøgns-plasser pr 1000 innb.	Årsverk pr 1000 innb.
640 Fellesfunksj. VOP	162	161	14,4		0,09
645 Pasientbeh. VOP	744	693	74,6	1,8	3,06
Sykehus og klinikker	590	543	60,9	0,9	2,68
Sykehjem etc	150	146	13,3	0,9	0,36
Spesialister med driftsavtale	4	4	0,4		0,02
Sum voksenpsykiatri	906	855	89,0		3,20
650 Fellesfunksj. BUP	72	72	2,0		0,20
655 Pasientbeh. BUP	332	268	9,0	0,3	1,32
Spesialister med driftsavtale	0	0	0,0		0
Sum Barne- og ungdomspsyk.	404	340	11,0		1,52
Sum Psykiatri	789	734	100	1,4	2,8

For voksenpsykiatrien (VOP) er tallene pr innbygger beregnet med utgangspunkt i personer bosatt i Sør-Trøndelag fylkeskommune som er 18 år eller eldre. For barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er tallene pr innbygger beregnet med utgangspunkt i personer bosatt i Sør-Trøndelag som er 17 år eller yngre. For Psykiatrien totalt er alle personer bosatt i Sør-Trøndelag brukt for å beregne tallene pr innbygger.

Regnskapstallene for spesialister med driftsavtale har kommet frem ved å trekke fra institusjons regnskapene fra fylkesregnskapet for funksjon 645 "pasientbehandling, voksenpsykiatri".

4.5.2 Dekningsgrad

Funksjon	Oppholdsdøgn pr 1000 innb.	Polikliniske konsultasjoner pr 1000 innb.	Oppholdsdager pr 1000 innb.
645 Pasientbeh. VOP	384,7	86,6	48,9
Sykehus og klinikker	202,1	82,5	24,0
Sykehjem etc.	182,6	4,1	24,9
655 Pasientbeh. BUP	34,9	71,3	5,4
Sum Psykiatri	302,8	83,1	38,7

De indikatorene som er satt opp for å vise dekningsgraden tar utgangspunkt i det pasientrettede arbeidet for å vise tjenestetilbudet til fylkets innbyggere. Disse indikatorene vil ikke være mulig å fylle ut for funksjonene 640 "Fellesfunksjoner, voksenpsykiatri" og 650 "Fellesfunksjoner barne- og ungdomspsykiatri". Disse funksjonene er derfor utelatt fra denne tabellen.

Ved sammenligning mellom fylker, kan man forklare forskjeller mellom fylkene med ulik organisering av behandlingstilbudet. Et fylke kan ha mange oppholdsdøgn (for inneliggende pasienter), mens et annet fylke kan velge å legge vekt på behandling ved dagavdelinger og

poliklinikker. Det er derfor viktig å se indikatorene for oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og oppholdsdager i sammenheng.

4.5.3 Produktivitet

Funksjon	Oppholdsdøgn pr årsverk	Utskrivninger pr årsverk	Polikliniske konsultasjoner pr årsverk	Oppholdsdager pr årsverk
645 Pasientbeh. VOP	116	2	190	1566
Sykehus og klinikker	92	2	182	768
Sykehjem, etc.	161	1,0	1360	DIV 0
655 Pasientbeh. BUP	41	0,7	154	DIV 0
Sum Psykiatri	110	1	181	1618

Oppholdsdøgn, utskrivninger, polikliniske konsultasjoner registreres ikke for funksjonene 640 "Fellesfunksjoner voksenpsykiatri" og 650 "Fellesfunksjoner barne- og ungdomspsykiatri". Disse to funksjonene er derfor utelatt fra tabellen.

Produktivitetsindikatoren for oppholdsdager i forhold til årsverk knyttet til dagbehandling vil ikke være helt korrekt. Det er ikke mulig å skille ut de årsverkene som brukes til dagbehandling ved døgnavdelinger i psykiatriske sykehus. Det er heller ikke mulig å skille ut årsverkene som benyttes til dagbehandling ved psykiatriske sykehjem med de skjemaene som benyttes til rapportering i fylkes-KOSTRA.

Ved sammenligning mellom flere fylker, må alle produktivitetsindikatorene sees i sammenheng, da det enkelte fylke til en viss grad kan bestemme hvordan tjenesten organiseres. Et fylke kan velge å bygge ut de polikliniske tjenestene, mens et annet fylke kan velge å bygge ut poster og avdelinger for å ta i mot inneliggende pasienter.

4.5.4 Andre nøkkeltall

Funksjon	Senger pr årsverk	Gjennomsnittlig liggetid	Driftsutgifter pr liggedøgn	Beleggsprosent	Utskrivninger pr 1000 innb.
645 Pasientbeh. VOP	0,6	76	2181	90	5,06
Sykehus og klinikker	0,3	51	3388	93	3,96
Sykehjem	2,4	166	820	87	1,10
655 Pasientbeh. BUP	0,2	57	9507	44	0,61
Sum Psykiatri	0,5	75	2843	88	4,02

Disse indikatorene er med for å gi et utfyllende bilde av tjenesten. Ved å se på senger pr årsverk, ser vi hvor mye personell som er knyttet til den enkelte behandlingsplass. Gjennomsnittlig liggetid viser hvor lang tid i gjennomsnitt pasientene ligger inne ved institusjonen. Driftsutgifter pr liggedøgn er en indikator som viser den gjennomsnittlige kostnaden per liggedøgn (den inverse enhetskostnaden). Beleggsprosent viser utnyttelsesgraden av behandlingsplassene ved institusjonene i fylket.

4.6 Tannhelsetjenester

Tjenestedata er her hentet fra årsmelding over tannhelsetjenesten i Sør-Trøndelag for 1997. Årsmeldingen er hentet direkte fra Fylkestannlegen i Sør-Trøndelag. Regnskapsdata for 2. tertial er ikke korrekte, derfor brukes nøkkeltallene fra 1. tertialrapportering.

I lov om tannhelsetjeneste er det spesifisert følgende grupper som skal ha et tilbud i den offentlige tannhelsetjenesten. Gruppene er satt opp i prioritert rekkefølge:

- Barn og unge 0 - 18 år
- Psykisk utviklingshemmede over 18 år
- Grupper av eldre, langtidssyke, uføre i institusjon og hjemmesykepleien
- Ungdom 19 og 20 år
- Andre grupper etter vedtatt plan

4.6.1 Prioritering

Funksjon	Nettodriftsutgifter pr innbygger i fylket totalt	Lønnsutgifter pr innbygger i målgruppene	Stillinger pr 1000 innb i målgruppe	Tannlegestillinger pr 1000 innb i målgruppe	Tannpleiere pr 1000 innb i målgruppe	Tannlegese kretærer pr 1000 innb i målgruppe
660 Tannhelsetjenesten	74	2,2	2,3	1,0	0,2	1,0

I indikatorene for prioritering, er antall innbyggere i de spesifisert gruppene brukt som målgruppe for tjenesten.

4.6.2 Dekningsgrad

Funksjon	Antall personer under tilsyn i prosent av personer i gruppene totalt
660 Tannhelsetjenesten	84,7
Barn 0 - 18 år	90,6
Psykisk utviklingshemmede	89,5
Eldre og langtidssyke	48,7
Ungdom 19 – 20 år	67,4
Voksne, betalende pasienter	9,9

Denne indikatoren viser dekningsgraden i de ulike målgruppene for den offentlige tannhelsetjenesten.

4.6.3 Produktivitet

Funksjon	Driftsutgifter pr bruker under tilsyn	Antall under tilsyn pr stilling
660 Tannhelsetjenesten	379	361

5. Sammenligning av indikatorer for 1. og 2. tertialrapportering

5.1 Helsetjenesten samlet

Prioritering / ressursbruk

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Andel drifts- utgifter pr funksjon	Andel netto driftsutgifter pr funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon	Andel netto driftsutgifter pr funksjon
600 Ambulanser og AMK-sentraler	1,8	3,0	2,0	3,5
610 Fellesfunksjoner somatiske helsetj.	17,0	28,7	17,4	29,9
615 Røntgen / lab	10,3	10,9	9,9	10,4
620 Behandling somatisk helsetjenester	50,0	26,7	52,0	28,8
630 (Re-)habilitering			2,9	3,6
630 (Re-)habilitering barn	0,4	0,6		
635 (Re-)habilitering voksne	2,5	2,5		
640 Fellesfunksjoner voksenpsykiatri	1,9	3,1	2,0	3,5
645 Pasientrettet virksomhet voksenpsyk.	10,4	15,5	10,6	15,2
650 Fellesfunksjoner barne-og ungsompsyk.	0,3	0,5	0,3	0,5
655 Pasientrettet virksomhet BUP	1,3	2,0	1,3	1,8
660 Tannhelsetjenester	2,9	3,9	0,0	0,0
670 Utadrettede servicefunksjoner	0,2	0,4	0,3	0,6
673 Særskilte funksjoner	1,2	2,1	1,3	2,2
Sum helsetjenester	100	100	100	100

Det er svært lite endring i andelene av utgifter på de ulike funksjonene fra første til annen tertial. For tannhelsetjenester er ikke regnskapstallene for annet tertial korrekte.

Prioritering / ressursbruk

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	driftsutgifter pr innbygger	netto driftsutgifter pr innbygger	driftsutgifter pr innbygger	netto driftsutgifter pr innbygger
600 Ambulanser og AMK-sentraler	57	57	122	122
610 Fellesfunksjoner somatiske helsetj.	548	543	1061	1049
615 Røntgen / lab	332	207	600	366
620 Behandling somatisk helsetjenester	1615	506	3163	1009
630 (Re-)habilitering			179	126
630 (Re-)habilitering barn	11	11		
635 (Re-)habilitering voksne	80	47		
640 Fellesfunksjoner voksenpsykiatri	60	60	124	124
645 Pasientrettet virksomhet voksenpsyk.	337	294	642	531
650 Fellesfunksjoner barne-og ungdomspsyk.	9	9	17	17
655 Pasientrettet virksomhet BUP	43	37	78	63
660 Tannhelsetjenester	93	74	0	-1
670 Utadrettede servicefunksjoner	7	7	21	21
673 Særskilte funksjoner	40	40	77	77
Sum helsetjenester	3232	1892	6084	3503

Fra 1. til 2. tertial ble funksjonene 630 (Re-)habilitering barn og 635 (Re-)habilitering voksne slått sammen. Fra 2. tertial ble denne funksjonen kalt 630 (Re-)habilitering.

5.2 Ambulanser og AMK-sentraler

5.2.1 Prioritering

Funksjon	1. tertial	2. tertial
	Netto driftsutgifter pr innbygger	Netto driftsutgifter pr innbygger
600 Ambulanser og AMK-sentraler	57	122

Det har ikke blitt gjennomført tjenesterapportering for ambulanser og AMK-sentraler for 2. tertial i pilotforsøket. Det eneste som vil være forskjellig her er regnskapstallene. De andre indikatorene er derfor ikke tatt med i sammenligningen mellom første og annen tertialrapportering.

5.3 Somatiske helsetjenester

5.3.1 Prioritering

Somatiske helsetjenester totalt

	1. tertial	2. tertial
Funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon
610 Fellesfunksjoner	20,8	20,8
615 Røntgen / lab	12,6	11,8
620 Behandling	61,3	62,0
630 (Re-)habilitering		3,5
630 (Re-)habilitering barn	0,4	
635 (Re-)habilitering voksne	3,0	
670 Utadrettede servicefunksjoner	0,3	0,4
673 Særskilte funksjoner	1,5	1,5
Sum somatiske helsetjenester	100,0	100,0

Somatiske helsetjenester totalt

	1. tertial		2. tertial	
Funksjon	Driftsutgifter pr innbygger (korrigert for gjestepasienter)	Netto driftsutgifter pr innbygger	Driftsutgifter pr innbygger (korrigert for gjestepasienter)	Netto driftsutgifter pr innbygger
610 Fellesfunksjoner	548	543	1060	1049
615 Røntgen / lab	319	207	575	366
620 Behandling	1272	506	2504	1009
630 (Re-)habilitering			139	126
630 (Re-)habilitering barn	11	11		
635 (Re-)habilitering voksne	59	47		
670 Utadrettede servicefunksjoner	7	7	21	21
673 Særskilte funksjoner	40	40	77	77
Sum somatiske helsetjenester	2256	1361	4376	2648

Somatiske sykehus

	1. tertial	2. tertial
Funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon	Andel driftsutgifter pr funksjon
610 Fellesfunksjoner	20,4	20,8
615 Røntgen / lab	12,7	11,9
620 Behandling	61,6	62,2
630 (Re-)habilitering		3,6
630 (Re-)habilitering barn	0,5	
635 (Re-)habilitering voksne	3,0	
670 Utadrettede servicefunksjoner	0,2	0,1
673 Særskilte funksjoner	1,6	1,5
Sum somatiske sykehus	100,0	100,0

Somatiske sykehus

	1. tertial		2. tertial	
Funksjon	Driftsutgifter pr innbygger (korrigert for gjestepasienter)	Netto driftsutgifter pr innbygger	Driftsutgifter pr innbygger (korrigert for gjestepasienter)	Netto driftsutgifter pr innbygger
610 Fellesfunksjoner	536	531	1046	1035
615 Røntgen / lab	321	209	575	366
620 Behandling	1275	509	2480	987
630 (Re-)habilitering			139	126
630 (Re-)habilitering barn	14	14		
635 (Re-)habilitering voksne	57	46		
670 Utadrettede servicefunksjoner	6	6	3	3
673 Særskilte funksjoner	41	41	77	77
Sum somatiske sykehus	2250	1355	4320	2594

5.3.2 Dekningsgrad

Somatiske helsetjenester totalt

Funksjon	1. tertial			2. tertial		
	Senger pr. 1000 innbygg.	Leger pr. 1000 innbygg.	Årsverk pr. 1000 innbygg.	Senger pr. 1000 innbygg.	Leger pr. 1000 innbygg.	Årsverk pr. 1000 innbygg.
610 Fellesfunksjoner		0,00	0,20		0,00	0,25
615 Røntgen / laboratorium	0,0	0,01	0,13	0,0	0,01	0,13
620 Behandling	3,3	0,19	12,61	3,1	0,19	1,00
630 (Re-)habilitering				0,3	0,01	0,10
630 (Re-)habilitering barn	0,0	0,00	0,00			
635 (Re-)habilitering voksne	0,3	0,00	0,03			
670 Utadrettede servicefunksjoner		0,00	0,04		0,00	0,04
673 Særskilte funksjoner		0,00	0,00		0,00	0,00
Sum somatiske helsetjenester	3,63	0,21	13,02	3,43	2,09	15,99

For første tertial er årsverkene ved RiT fordelt skjønnsmessig mellom funksjon 620 og funksjon 610. "Administrativt personell" og "annet personell" er ført på funksjon 610, og resten er ført på funksjon 620. Denne fordelingen er ikke gjort for annet tertial.

Somatiske helsetjenester totalt

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Utskrivninger av egne innbyggere pr 1000 innb.	Polikliniske konsultasjoner pr 1000 innbygger	Utskrivninger av egne innbyggere pr 1000 innb.	Polikliniske konsultasjoner pr 1000 innbygger
620 Behandling	49,2	347,1	110,0	640,5
630 (Re-)habilitering			1,1	9,0
630 (Re-)habilitering barn	0,0	0,0		
635 (Re-)habilitering voksne	0,7	5,4		
Sum somatiske helsetjenester	49,8	352,5	111,0	649,5

Somatiske sykehus

Funksjon	1. tertial			2. tertial		
	Senger pr. 1000 innbygg.	Leger pr. 1000 innbygg.	Årsverk pr. 1000 innbygg.	Senger pr. 1000 innbygg.	Leger pr. 1000 innbygg.	Årsverk pr. 1000 innbygg.
610 Fellesfunksjoner			0,19			0,23
615 Røntgen / laboratorium		0,01	0,13		0,01	0,13
620 Behandling	3,31	0,12	12,52	3,14	0,12	0,93
630 (Re-)habilitering				0,29	0	0,03
630 (Re-)habilitering barn	0	0	0			
635 (Re-)habilitering voksne	0,29	0,00	0,03			
670 Utadrettede servicefunksjoner		0	0,04		0	0,04
673 Særskilte funksjoner		0	0		0	0
Sum somatiske sykehus	3,60	0,13	12,91	3,43	0,13	1,35

Somatiske sykehus

Funksjon	1. tertial			2. tertial		
	Indeksopphold pr 1 000 innbygg.	Utskrivninger pr 1000 innb.	Polikliniske kons. pr 1000 innbygger	DRG-poeng pr 1 000 innbygg.	Utskrivninger pr 1000 innbygg.	Polikliniske kons. pr 1000 innbygger
620 Behandling	54,64	47,89	347,12	105,50	109,96	640,45
630 (Re-)habilitering				1,61	1,08	9
630 (Re-)habilitering barn		0	0			
635 (Re-)habilitering voksne		0,66	5,38			
Sum somatiske sykehus	54,64	48,55	352,50	107,11	111,03	649,49

For første tertialrapportering ble indeksopphold brukt fordi DRG-poengene ikke var ferdig beregnet ved innrapporteringsfristen. Indeksoppholdene er beregnet på grunnlag av pasientdata fra 1997.

Indeksopphold er tilnæringsvis likt DRG-poeng. Det er enkelte pasientgrupper som genererer indeksopphold som ikke får tilskrevet DRG-poeng.

5.3.3 Produktivitet

Somatiske sykehus

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Indeksopphold pr årsverk	Utskrivninger pr. årsverk	DRG-poeng pr årsverk	Utskrivninger pr. årsverk
610+615+620+630(+635) (Hele sykehuset ekskl. 670, 673)	5,2	3,8	97,0	96,0
620 Behandling	5,4	3,9	139,0	138,3
630 (Re-)habilitering			82,3	57,0
630 (Re-)habilitering barn	DIV 0	DIV 0		
635 (Re-)habilitering voksne	0	22,1		

Det var ikke mulig å fordele indeksoppholdene på de ulike funksjonene for 1. tertial. Det er også uklart om det er hensiktsmessig å fordele DRG-poeng etter funksjon, da DRG-poengene beregnes for sykehusoppholdene som enhet, men tilskrives den avdelingen som har den tyngste DRG-vekten.

Somatiske sykehus

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Liggedøgn pr. årsverk	Polikliniske konsultasjoner pr. årsverk	Liggedøgn pr. årsverk	Polikliniske konsultasjoner pr. årsverk
610+615+620+630(+635) (Hele sykehuset ekskl. 670, 673)	30,3	27,1	640,0	481,2
620 Behandling	29,5	27,5	881,1	691,3
630 (Re-)habilitering			1838,4	349,6
630 (Re-)habilitering barn	DIV 0	DIV 0		
635 (Re-)habilitering voksne	737,0	181,2		

For funksjon 630 "rehabilitering barn" ble det for første tertial ikke registrert noen aktivitet på tjenestesisden. Det ble registrert et mindre beløp i regnskapet. Dette førte til at man slo sammen funksjonene for (Re-)habilitering barn og (Re-)habilitering voksne.

5.3.4 Andre nøkkeltall

somatisk helsetjeneste

Funksjon	1. tertial			2. tertial		
	Driftsutgifter til inneliggende behandling pr. Indeksopphold	Beleggsprosent	Gjennomsnittlig liggetid	Driftsutgifter til inneliggende behandling pr. DRG-poeng	Beleggsprosent	Gjennomsnittlig liggetid
610+615+620+630(+635) (Hele sykehuset ekskl. 670, 673)	24223	90,6	6,6	24295	104,9	6,7
620 Behandling	11931	93,2	6,3	12349	108,3	6,4
630 (Re)habilitering				78963	68,4	32,2
630 (Re)habilitering barn		DIV 0	DIV 0			
635 (Re)habilitering voksne		62,2	25			

5.4 Psykiatriske helsetjenester

5.4.1 Prioritering

Funksjon 1. tertial	1. tertial			2. tertial		
	Driftsutgifter pr innb (korrigert for gjestepas.)	Netto driftsutgifter pr innb	Andel driftsutgifter pr funksjon	Driftsutgifter pr innb (korrigert for gjestepas.)	Netto driftsutgifter pr innb	Andel driftsutgifter pr funksjon
640 Fellesfunksjon. VOP	78	78	13,4	162	161	14,4
645 Pasientbeh. VOP	407	384	75,2	744	693	74,6
Sykehus og klinikker	323	301	60,9	590	543	60,9
Sykehjem	83	82	14,2	150	146	13,3
Spesialister med driftsavtale	1	1	0,1	4	4	0,4
Sum voksenpsykiatri	485	462	1,5	906	855	2,4
650 Fellesfunksjon. BUP	37	37	1,9	72	72	2,0
655 Pasientbeh. BUP	182	159	9,5	332	268	9,0
Spesialister med driftsavtale	0	0	0,0	0	0	0,0
Sum Barne- og ungdomspsyk.	219	196	11,4	404	340	11,0
Sum Psykiatri	423	400	100	789	734	100

Funksjon 1. tertial	1. tertial		2. tertial	
	Heldøgns- plasser pr 1000 innb.	Årsverk pr 1000 innb.	Heldøgns- plasser pr 1000 innb.	Årsverk pr 1000 innb.
640 Fellesfunksjon. VOP		0,24		0,09
645 Pasientbeh. VOP	1,5	3,37	1,8	3,06
Sykehus og klinikker	0,9	2,68	0,9	2,68
Sykehjem	0,6	0,67	0,9	0,36
Spesialister med driftsavtale		0,02		0,02
Sum voksenpsykiatri		3,66		3,20
650 Fellesfunksjon. BUP		0,23		0,20
655 Pasientbeh. BUP	0,2	1,29	0,3	1,32
Spesialister med driftsavtale		0		0
Sum Barne- og ungdomspsyk.		1,52		1,52
Sum Psykiatri	1,2	3,1	1,4	2,8

5.4.2 Dekningsgrad

Funksjon 1. tertial	1. tertial			2. tertial		
	Liggedøgn pr 1000 innb.	Polikliniske kons. pr 1000 innb.	Dagopphold pr 1000 innb.	Liggedøgn pr 1000 innb.	Polikliniske kons. pr 1000 innb.	Dagopphold pr 1000 innb.
645 Pasientbeh. VOP	170,2	44,3	20,3	384,7	86,6	48,9
Sykehus og klinikker	103,9	44,3	11,1	202,1	82,5	24,0
Sykehjem	66,4	0,0	9,2	182,6	4,1	24,9
655 Pasientbeh. BUP	22,3	36,0	1,3	34,9	71,3	5,4
Sum Psykiatri	135,6	42,3	15,8	302,8	83,1	38,7

5.4.3 Produktivitet

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Liggedøgn pr årsverk	Utskrivninger pr årsverk	Liggedøgn pr årsverk	Utskrivninger pr årsverk
645 Pasientbeh. VOP	51	1	116	2
Sykehus og klinikker	39	1	92	2
Sykehjem	100	0,3	161	1,0
655 Pasientbeh. BUP	17	0,2	41	0,7
Sum Psykiatri	44	1	110	1

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Polikliniske kons. pr årsverk	Oppholdsdager pr årsverk	Polikliniske kons. pr årsverk	Oppholdsdager pr årsverk
645 Pasientbeh. VOP	13	6	190	1566
Sykehus og klinikker	17	4	182	768
Sykehjem	0	14	1360	DIV 0
655 Pasientbeh. BUP	28	1	154	DIV 0
Sum Psykiatri	14	5	181	1618

For første tertial er årsverkene for institusjonen som helhet. For annen tertial er liggedøgn og utskrivninger knyttet til årsverk brukt ved inneliggende behandling. Polikliniske konsultasjoner er knyttet til årsverk ved poliklinikken og oppholdsdager er knyttet til årsverk ved dagavdelinger. Dersom sykehjem (og ettervernshjem etc) har flere typer virksomhet som for eksempel dag og døgnvirksomhet, får vi ikke skilt ut personellet ved de ulike virksomhetene for disse institusjonene.

5.4.4 Andre nøkkeltall

Funksjon 1. tertial	1. tertial			2. tertial		
	Senger pr årsverk	Gjennomsnittlig liggetid	Beleggsprosent	Senger pr årsverk	Gjennomsnittlig liggetid	Beleggsprosent
645 Pasientbeh. VOP	0,5	73	93	0,6	76	90
Sykehus og klinikker	0,3	49	96	0,3	51	93
Sykehjem	0,9	286	89	2,4	166	87
655 Pasientbeh. BUP	0,2	75	94	0,2	57	44
Sum Psykiatri	0,4	73	93	0,5	75	88

Funksjon	1. tertial		2. tertial	
	Driftsutgifter pr liggedøgn	Utskrivninger pr 1000 innb.	Driftsutgifter pr liggedøgn	Utskrivninger pr 1000 innb.
645 Pasientbeh. VOP	2588	2,35	2181	5,06
Sykehus og klinikker	3433	2,12	3388	3,96
Sykehjem	1253	0,23	820	1,10
655 Pasientbeh. BUP	8142	0,30	9507	0,61
Sum Psykiatri	3308	1,87	2843	4,02

5.5 Tannhelsetjenester

Det er ikke mulig å sammenligne tannhelsesdata for 1. og 2. tertial. Korrekte regnskapsdata for 2. tertial mangler, og det er ikke gjennomført noen ny tjenesterapportering for 2. tertial. For 1. tertial ble årsoppgave fra fylkestannlegen i Sør-Trøndelag brukt i stedet for en egen datainnsamling.

VEDLEGG 2

Evalueringsrapporter

Evalueringsrapportene er ikke nummerert, men presenteres i følgende rekkefølge:

Sør Trøndelag fylkeskommune (somatiske helsetjenester)	4 sider
Sosial- og helsedepartementet (somatiske helsetjenester)	2 sider
Først og Høverstad ANS (somatiske / psykiatriske helsetjenester)	4 sider
SINTEF Unimed, NIS (helsetjenester)	7 sider
Statistisk sentralbyrå (helsetjenester)	6 sider
Sør Trøndelag fylkeskommune, PST (psykiatriske helsetjenester)	1 side

Evaluering av pilotprosjektet FylkesKOSTRA, somatiske helsetjenester 1998.

1. Innledning / helhetsinntrykk

Sør-Trøndelag fylkeskommune (heretter STFK) har som eneste fylke vært med i pilotprosjektet FylkesKOSTRA i 1998. STFK etablerte høsten 1997 en ny intern kontoplan som er gjennomgående lik for alle deler av den fylkeskommunale virksomheten. Den nye interne kontoplanen er bygd opp i henhold til FylkesKOSTRA sine prinsipper jfr. Først og Høverstad sin oppdragsrapport, mai 1997 og forsøksforskriften.

Den nye interne kontoplanen ble implementert fra 01.01.98 i alle enheter med unntak av Regionsykehuset i Trondheim (RiT). RiT skulle avgi rapporter iht. KOSTRAMalen ved hjelp av en konverteringstabell etablert på IBM. RiT fikk med dette dispensasjon til å utvikle og ta ibruk den interne kontoplanen til 01.01.99, noe som forøvrig er gjennomført.

Undertegnede har vært prosjektleder for pilotprosjektet fra ultimo februar 1998 med hovedansvar for implementeringen av prosjektet i STFK og justeringer underveis, og fast medlem i styringsgruppen sentralt siden februar 1998. Arbeidet i den enkelte fag-/arbeidsgruppe har vært organisert gjennom den aktuelle enhet, det være seg utdanning, psykiatri, somatikk, AMK/ambulans, tannhelse m.v. Dette har fra STFK sin side fungert godt og blitt oppfattet som et interessant arbeid i alle virksomheter med unntak av somatiske helsetjenester der RiT har vært fylkeskommunen sin representant. Grunnet skifte av delprosjektleder (han sluttet i august) ved RiT høsten 1998 har STFK ikke vært representert på alle arbeidsgruppens møter. Dette har vært uheldig. Jeg har deltatt i et arbeidsgruppemøte innen somatikk og synes med den bakgrunn det er vanskelig å avgi en fullstendig evaluering. Jeg har likevel gjort meg noen betraktninger vedr. arbeidet med utviklingen av faktaarket for somatiske helsetjenester.

2. Evaluering av faktaarkene 1. og 2. tertial.

2.1 Helhetsinntrykk av faktaarket

Det har absolutt skjedd en forbedring fra faktaarket 1. tertial til 2. tertial når det gjelder oppsett og layout. Det er og for 2. tertial knyttet kommentarer til det enkelte punkt/tabell som gjør faktaarket lettere tilgjengelig/forståelig også for de som ikke jobber med somatiske helsetjenester/statistikk til daglig. Likevel kunne det fortsatt vært klarere definisjoner på hva den enkelte indikator betyr. Jeg er imidlertid noe usikker på om de indikatorene som er definert er tilstrekkelig tilpasset brukergruppens behov, her tenker jeg mest på "nye nøkkeltall f.eks. relatert til den nye finansieringsordningen ISF og andre større endringer som har blitt gjort de siste årene (og som kommer f.eks. nytt regionsykehusstilskudd). Dette ville gjort faktaarket enda mer relevant.

Når det gjelder faktaarkets omfang tror jeg det i utgangspunktet gir tilstrekkelig informasjon, det bør ikke være større i omfang men vi må spørre oss om det er de rette indikatorene vi har etablert.

Målgruppen for faktaarket er for meg også noe uklar når jeg leser de kommentarer som er gitt til tabellene. Målgruppen til faktaarkene generelt er noe som det har vært fokusert for lite på i prosjektet som helhet. Det er mulig at vi kan løse dette ved å lage flere typer faktaark; ett hurtig ark - ett som er bearb. over lengre tid med flere indikatorer m.v.

Faktaarkene gir oss data/informasjon som gjør det interessant for STFK å sammenlikne seg over tid. Det er likevel en forventning til at sammenlikningen mellom fylkene skal gi relevant info. om våre prioriteringer vs. andre tilsvarende fylker. Hvordan denne sammenlikningen skal organiseres/fremstilles har jeg p.t. ingen klar formening om, men på sikt må dette etableres i en egen database der alle ønskelige sml. data kan hentes ut og bearbeides videre lokalt.

2.2 Evaluering av indikatorene

I det som er skrevet over har jeg og gått inn på indikatorene generelt. Se vi på de enkelte indikatorene innenfor somatikken (PST evaluerer psykiatrien) er dette en evaluering jeg føler meg noe usikker på da jeg ikke har vært med i arbeidsgruppens diskusjoner vedr. etableringen av de enkelte indikatorene.

Indikatorene tar utgangspunkt i "KOSTRA-trekanten" og skal si noe om prioritering, dekningsgrad og produktivitet. Dette skal danne et grunnlag for å si hva den enkelte aktivitet/funksjon innenfor somatiske helsetjenester koster. I den interne kontoplanen til STFK har vi brutt dette videre ned på tjenestenivå for å få frem kostnaden på den enkelte tjeneste. Indikatorene er i så måte interessante i seg selv, men jeg spør meg gir de det "lille ekstra" som skal til for å forbedre styringen av de somatiske sykehus/helsetjenester, jfr. "balanced scorecard tenkningen". Sagt på en annen måte tilfører disse nøkkeldataene sektoren noe nytt? Det er klart indikatorene blir mer interessante når flere fylkeskommuner blir med i prosjektet, noe som tilsier at det bør foretas en evaluering i forbindelse med årsrapporten for 1999.

Når det gjelder kommentartekster og noter viser jeg til tidligere kommentarer i det overstående. For meg synes overskriftene ok, men tallene er litt vanskeligere å forstå. Her bør det komme frem om det er tall i kornet eller prosent, evt. prosent i forhold til hva. Dette for å gjøre tabellene med lesbare.

2.3 Evaluering av datakvalitet

Jeg vil ikke gå inn og vurdere det enkelte tall, det har jeg i utg.pkt. ingen forutsetninger for å gjøre heller. Det som er viktig for datakvaliteten er at definisjonene til den enkelte funksjon er så klar at de tjenestene i vår interne kontoplan som summeres opp i den enkelte funksjon blir plassert på riktig funksjonskonto. Gjennom pilotåret har vi erfart både innenfor utdanning og helse at kvaliteten på avgitte data har vært litt ymse men at vi har hatt en gradvis forbedring. Årsrapporteringen for 1998 bør derfor tillegges endel vekt i forbindelse med en endelig evaluering av datakvaliteten. Data innenfor somatikk har et problem på enkelte funksjoner da det er vanskelig å splitte f.eks. legetid og øvrig ansattetid. Vi har derfor hatt et problem med å avgi personelldata. At tallene på tannhelse har blitt feil er en svikt i vårt datasystem, da funksjon 660 hadde fått betegnelsen 860, men dette viser hvor følsomt systemet er for feil så her må vi være nøye og kvalitetssikre oppsettet.

Et eksempel på at vi er på rett spor når det gjelder forholdet tabelloppsett, tall, funksjoner og kommentarer er pkt. 4.3.2. der tallene synes urimelige i forhold til hverandre ved første øyekast men hvor kommentarene gir et enkelt og greit svar på dette forholdet.

2.4 Evaluering av datarapporteringen

Det er viktig å få etablert et distribusjons/oppfølgingssystem når det gjelder utsendelse og innsending av rapporter fra/til SSB. Sviktende/uklare rutiner har medført forsinkelser i innrapporteringen noe STFK beklager. Det skal være unødvendig men mange purrerunder før data blir levert. Vi må fra SSB og STFK sin side arbeide med denne rutinen og se på nødvendig informasjon. Det er vedr. å merke seg at også her har rutinen fungert bedre innenfor psykiatri enn somatikk. Konklusjonen er at rapporteringsordningen må bli bedre, og vi ser frem til å få elektroniske skjema.

2.5 Evaluering av funksjonskontoplanen

Den nyeste forsøksforskriften har lagt frem den p.t. endelige funksjonskontoplanen. Denne bør i størst mulig grad forbli uendret i 1999, men evalueres ifm. årsrapporteringen 1999 da også flere fylkeskommuner har benyttet denne. De endringer som er gjort fra mai 1997 til 31.12.98 har gjort

kontoplanen bedre og mer brukerrettet. Det er viktig at definisjonene er klare nok i forhold til hvor de tjenestene skal plasseres.

2.6 Evaluering av andre faglige resultater fra arbeidsgruppens arbeid

Jeg tror vi har fått en ny og bedret dialog vedr. rapporter som de enkelte institusjoner må avgi til forskjellige statlige instanser. Dette er positivt det er viktig med en oppryddningsaksjon i det årlige rapporterings-/skjemaveldet.

2.7 Eventuelt

Se innledningen til evalueringen.

3. Evaluering av prosjektadministrative forhold.

3.1 Helhetsinntrykk

Se innledningen til evalueringer.

3.2 Arbeidsmetode og problemløsning / 3.5 Fremdrift og utvikling

Det er uheldig at en for somatikken igjennom pilotåret ikke har klart å etablere indikatorer som oppleves som en videreutvikling av det vi hadde tidligere og at arbeidet heller ikke har gitt inspirasjon til nytenkning og kreativitet rundt nøkkeltall og måten å se aktivitet og økonomi i sammenheng gjennom KOSTRA sine funksjoner.

Det ikke ett spesielt forhold som har sviktet, det er flere og det er sammensatt. STFK har innrømmet og står ved det at arbeidet ikke har vært utført på en god nok måte da RiT gjennom året ikke har ansett dette arbeidet som "viktig nok" i en ellers arbeidskrevende hverdag. Når det gjelder rapportering på somatiske helsetjenester så må denne utarbeides av fagfolk og den må avleveres av fagfolk. Med fagfolk mener jeg personell som har inngående kjennskap til institusjonens drift, pasientflyt m.v. Det vil si personer som er ansatt i stab eller øvrig fagpersonell i sykehuset. For at dette skal prioriteres må også parametrene i rapporteringen oppleves som interessante/ meningsfulle og samtidig skape en viss forventning til hva resultatet vil vise når dataene er bearbeidet.

Etter hva jeg har forstått også gjennom referat/orienteringer til styringsgruppen i prosjektet sentralt, har arbeidsgruppen hatt en for liten progresjon i arbeidet i forhold til det store området arb.gruppen skulle etablere indikatorer/ nøkkeltall for. Det kan og synes som at gruppen har vært for problemorientert. At det har vært problemer underveis og avklaringer som har tatt tid er ikke uvanlig i denne typen prosjekter, men det har likevel tatt for lang tid å få frem mulige løsninger. Her burde prosjektledelsen vært mer mål-/løsningsorientert.

3.3 Organisering / 3.4 Samarbeid og møteledelse

Når det gjelder prosjektets organisering så ble denne endret gjennom året noe som gjorde prosjektet mindre rent organisatorisk og trolig mer fleksibelt. Likevel har en ikke klart å få frem tilstrekkelig faglig utvikling. Noe av grunnen til at den faglige utviklingen kan ha uteblitt er at arbeidsgruppens medlemmer ikke har hatt tilstrekkelig med tid til å forberede seg da innkalling og sakspapirer tidvis har kommet for sent. Tross alt har det likevel skjedd en utvikling i positiv retning fra utover høsten 1998 noe faktaark 2. tertial viser.

3.6 Prosjektledelse

Gjennom det arbeidet som har pågått i 1998 under SSB sin prosjektledelse, så kunne denne vært bedre. Jeg savner egeninitiativ og nytenkning.

Prosjektet FylkesKOSTRA har i STFK et stort forventningspress fra politisk nivå I STFK når det gjelder "outputen" av omleggingen, særlig gjelder dette somatisk sektor der de økonomiske problemene er størst. Ambisjonsnivået i prosjektet har vært høye og alle må vel innse at dette

foreløpig ikke er nådd. Ambisjonsnivået bør likefult opprettholdes og videreføres i 1999 da også sammen med de nye fylkeskommunene som kommer med i prosjektet. Dette er et utviklingsarbeid der nytteverdien første året normalt er mindre enn prosjektkostnadene. Jeg kjenner for lite til KRD sin rolle i arbeidsgruppen men er kjent med KRD sin rolle ved omorganiseringen av prosjektet innenfor helsetjenestene.

3.7 Eventuelt

Se innledningen til evalueringen.

Fra: SHD, Sykehusavdelingen

NOTAT

.0

Deres ref:

Til: SSB, Seksjon for helsestatistikk

Vurdering av Fylkes-KOSTRA, helsetjenester 1998.

SHD viser til notat fra SSB av desember 1998 vedr. evaluering av pilotprosjektet fylkes-KOSTRA, helsetjenester 1998. Under følger tilbakemelding på organisatoriske/prosjektadministrative forhold, faktaark og rapportering.

Organisatoriske og prosjektadministrative forhold

Helhetsinntrykket fra arbeidet med fylkes-KOSTRA er at det er et krevende prosjekt. Det er mange aktører med ulike syn og ulike behov for informasjon og statistikk. Møteledelse og diskusjoner i møter har fungert bra. For at prosjektet skal bli vellykket forutsetter det bredere oppslutning fra sykehus og fylkeskommuner enn de som har vært med så langt (en fylkeskommune og ett sykehus er for lite). Meningsutveksling og gjennomføring av de oppgaver som kreves for fremskaffing av data krever at for eksempel 2-4 sykehus deltar i prosjektet.

Det setter store krav til ledelse av prosjektet og det er viktig at forutsetninger, målsetting og fremdrift i prosjektet får økt fokus.

For å sikre en god fremdrift i prosjektet bør aktiviteter, tidsfrister og ansvarlige nedfelles i en detaljert fremdriftsplan/prosjektplan.

Nye fylkeskommuner og sykehus som tilsluttes prosjektet i 1999 bør komme med så tidlig som mulig slik at de kan delta i halvårsrapportering 1999. Før dette tidspunkt bør forutsetninger, målsetting, faktaarkene og kriterier for gjennomføring av rapportering være gjenstand for en uhildet gjennomgang. Det foreslås å avholde et utvidet møte etter inntreden av nye i piloten. Videre er en åpen dialog også viktig for å skape engasjement i prosjektet. Endelig bør prosjektet forankres på ledernivå hos de som deltar i arbeidsgrupper m.v.

Faktaark

Faktaarkene bør i større grad tilpasses brukergruppens behov for sammenlignende statistikk. Faktaarkene bør inndeles etter brukergrupper som fylkeskommuner, sykehus og SHD m/flere.

Det bør utvikles egne faktaark for sykehusene, og i den sammenheng må parametre, detaljeringsnivå, innhold og form diskuteres etter at nye deltagere er med i prosjektet.

Noen områder som bør kunne forbedres i faktaarkene er;

- skille mellom inneliggende og poliklinisk behandling
- fellesfunksjoner bør vurderes inndelt mer detaljert (for eksempel egne data for vaskeri, renhold og hovedkjøkken)
- DRG kostnadsindeks som et sentralt parameter

Ved publisering av faktaarkene må definisjoner av funksjoner og nøkkeltalls variable beskrives. Indikatorer for helsetjenesten samlet bør inndeles etter hovedfunksjoner som sykehus o.a. (selv om somatiske sykehus presenteres separat), og ikke etter løpende nummer.

Rapportering

Vi anbefaler at brukergruppens ulike behov i rapporteringen beskrives nærmere. Alle særbehov kan ikke innfris, men enkelte tilpasninger i rapporteringen og faktaarkene bør i større grad tilpasses brukergruppens behov.

SHD har behov for regnskaps-/økonomidata i løpet av året. Det er fra vår side behov for rapportering per tertial eller per halvår. SHD mottar sentral styringsinformasjon i ISF tertialvis om aktivitet og til en viss grad økonomidata. Ventelistedata og Samdata-rapporten er også sentral styringsinformasjon for SHD. Fylkes-KOSTRA vil for SHDs del ses i lys av denne informasjonen.

Rapporteringen blir ikke bedre enn innsatsen til de rapportansvarlige. Sykehusene må få informasjon de selv kan bruke. Andre nivåer må kanskje rennonsere på sine ønsker for å få gode data for sykehuset som bruker.

Et annet forhold i rapporteringen er å skille mellom kliniske data og styringsdata. Fylkes-KOSTRA har så langt konsentrert seg om styringsdata. Det foreligger kliniske data kun innen begrensede områder, og behovet for kliniske data bør i fremtiden settes i fokus.

N o t a t

Til: Trude Fagerli, SSB
Fra: Roland Fürst og Lilian Høverstad

Dato: 8.1.1998

Evaluering av faktaark Fylkes-KOSTRA, helsetjenester, for 2. tertial 1998

Vi viser til notat av 18.12.98 med opplegg for evaluering av faktaarkene for fylkeskommunale helsetjenester i Sør-Trøndelag.

Vårt bidrag begrenser seg til en vurdering av innholdet i faktaarkene, i hovedsak for hhv. somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester der vi har vært med i drøftingene i arbeidsgruppen.

Evaluering av resultatene/faktaarkene

1. *Helhetsinntrykk av faktaarkene*

Forklarende/kommenterende tekst i tillegg til tabellene bidrar til å gjøre faktaarkene lettere tilgjengelig. Dette bør videreutvikles. Under evalueringen av indikatorene nedenfor har vi prøvd oss på noen slike kommentarer.

Det vil være en fordel om det fantes en oversikt over noen av de definisjonene som er brukt i faktaarkene. Dette gjelder spesielt for de begrepene som ikke er umiddelbart innlysende (for eksempel en oversikt over innholdet i de ulike funksjonene) og for begreper som kan defineres på ulik vis (jf. for eksempel "senger").

Noen mangler i rapporteringen (for eksempel fordeling av legestillinger ved RiT) og det at bare en fylkeskommune er med i faktaarkene så langt gjør at det er noe vanskelig å tolke de enkelte indikatorene. Nøkkeltallene og indikatorene i faktaarkene må alltid ses i forhold til et referansegrunnlag. En reell test av relevansen vil derfor først være mulig når man enten har tidsserier (tall for Sør-Trøndelag over flere år) eller tall fra andre fylkeskommuner å sammenligne med. Likevel vil vi tro at faktaarkene gir en kortfattet og relevant oversikt over viktige forhold ved helsetjenestene i det enkelte fylket.

Til definisjon av "målgruppe": I notatet av 18.12. stilles det spørsmål om det er behov for å justere definisjonen av målgruppene for de ulike tjenester som brukes i prioriteringsindikatorene. Alderssammensetning og geografi har betydning for flere av tjenestene. Vi vil imidlertid ikke foreslå at dette innarbeides ved en veiing av ulike

aldersgrupper ved definisjon av målgruppene for tjenestene. Alderssammensetning og mål på sentralitet/ spredthet bør heller ses på som "bakgrunnsvariabler" som må tas hensyn til ved vurdering/analyse av nøkkeltallene.

2. *Evaluering av indikatorene*

Somatiske helsetjenester:

Prioritering: Funksjonene 670 og 673 er meget små, sett i forhold til de andre funksjonene. En fullstendig opplisting av hvilke konkrete tjenester som inngår er ønskelig. Tabellene viser at det er viktig å ha med både driftsutgifter og nettodriftsutgifter, i og med at den største delen av de direkte inntektene er knyttet til en funksjon (620).

Forholdet mellom prioriteringstabellene for somatiske helsetjenester i alt og somatiske sykehus kan gi en indikasjon på strukturen i helsetilbudet i fylket – behandling i og utenfor sykehus. (Strukturen innenfor sykehusene – inneliggende ift. poliklinisk behandling – fremkommer i dekningsgradstabellene.) Sykehusene utgjør hele 98,7 prosent av driftsutgiftene og 98 prosent av nettodriftsutgiftene. Bare en liten del av ressursinnsatsen i somatiske helsetjenester er altså knyttet til tjenester utenfor sykehusene: 24 kroner pr. innbygger i utgifter og 22 kroner i nettodriftsutgifter. Disse utgiftene vil vi hovedsak være knyttet til avtalespesialister. Dette må ses i forhold til årsverk pr. 1000 innb. (jf. dekningsgrader) for å kontrollere om dataene er konsistente. Manglene i rapporteringen fra RiT fører til at denne kontrollen ikke kan gjennomføres i dag.

Dekningsgrader: Tabellene, både for somatiske helsetjenester i alt og for sykehusene særskilt, vil bli interessante når flere fylkeskommuner er med. I tillegg til dekning (altså omfang av tilbudet i forhold til antall innbyggere i fylket) illustrerer tabellene også strukturen i tilbudet – spesielt forholdet mellom antall innleggelser og antall polikliniske behandlinger – som det vil være interessant å sammenligne på tvers av fylkene.

Det bør vurderes å fordele personell (leger og antall årsverk totalt) i og utenfor sykehus, samt senger og polikliniske konsultasjoner på medisinske spesialiteter.

Samdata-tall viser at Sør-Trøndelag hadde færre innleggelser og flere polikliniske konsultasjoner enn landet forøvrig målt pr. innbygger i 1997. KOSTRA-tallene tyder på en økning i inneliggende behandling fra 1997 til 2. tertial 1998: I hele 1997 var det 143 innleggelser pr. 1000 innbyggere, mens antall utskrivninger i 1. og 2. tertial 98 var på 111. Ved jevn aktivitet tilsier dette rundt 165 utskrivninger på årsbasis. Over tid vil innleggelser og utskrivninger pr. 1000 innbyggere være like. I 1997 hadde Sør-Trøndelag 827 polikliniske konsultasjoner pr. 1000 innbyggere, mens KOSTRA-tallene for 1. og 2. tertial viser 649,5. Forutsatt jevn aktivitet vil dette resultere i rundt 970 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere på årsbasis. Også for poliklinisk aktivitet tyder KOSTRA-tallene altså på en økning i løpet av 1998.

Når det gjelder antall senger pr. 1000 innbyggere er KOSTRA tallene rimelig i samsvar med Samdata 97 (hhv. 3,43 og 3,48 senger pr. 1000 innbyggere). Sør-Trøndelag har flere senger enn landet for øvrig (3,15).

Samdata tyder videre på at Sør-Trøndelag har noen færre årsverk pr. 1000 innbyggere i somatiske sykehus enn landet for øvrig (11,9 mot 12,1). Manglene i KOSTRA-rapporteringen gjør at dette ikke kan kontrolleres.

Produktivitet/andre nøkkeltall: I og med at det er store forskjeller i pasientsammensetningen mellom ulike sykehustyper, vil det være en fordel om tabellene 4.4.3 (produktivitet) og 4.4.4 (andre nøkkeltall) presenteres for ulike sykehustyper (region-, fylkes-, lokalsykehus) for seg. For Sør Trøndelag betyr det at RiT og OSS splittes.

I kommentarene bør antakelig beregningsmåten for ”utgifter til inneliggende behandling” problematiseres. Det at utgifter til poliklinisk behandling er trukket ut tilsvarende de refusjonene som fylket har mottatt behøver ikke nødvendigvis gi et helt korrekt bilde.

For øvrig virker alle nøkkeltallene i disse to tabellene relevante.

Psykiatriske helsetjenester:

Prioritering: Også her virker alle nøkkeltall relevante. En reell vurdering forutsetter imidlertid at en kan sammenligne Sør-Trøndelag med andre fylkeskommuner og landsgjennomsnittet.

Dekningsgrader: Nøkkeltallene i denne tabellen gir både mulighet for å vurdere dekningsgrader og sammensetningen av tilbudet (døgn-, dag- og poliklinisk virksomhet).

Produktivitet/andre nøkkeltall:

Her er det, i motsetning til somatikken, skilt mellom sykehus/klinikker og sykehjem. Dette er bra.

Beregningsmåten for driftsutgifter pr. liggedøgn bør også her problematiseres (jf. kommentaren under somatikken).

Tannhelsetjenester:

Nøkkeltallene for tannhelsetjenester gir en kortfattet og oversiktlig illustrasjon av prioritering, dekning og produktivitet. I en oversikt over definisjoner til faktaarket bør det her presiseres noe mer hvordan målgruppene for tannhelsetjenesten framkommer (for eksempel hvordan antall psykisk utviklingshemmede, antall eldre, langtidssyke, uføre i institusjon og hjemmesykepleien beregnes).

3. *Evaluering av datakvalitet*

Vi har begrenset mulighet for å evaluere datakvaliteten i materialet fra Sør-Trøndelag fylkeskommune.

En sammenligning av rapporteringen fra 1. og 2. tertial viser noenlunde konsistente tall for prioritering (driftsutgifter og nettodriftsutgifter), bortsett fra for tannhelsetjenestene i 2. tertial. Har regnskapstallene for tannhelsetjenestene falt ut i tabellene under 5.1?

Er det riktig at Sør-Trøndelag har hatt en reduksjon i antall somatiske senger pr. 1000 innb. fra 3,60 til 3,43 (reduksjon på 5,5 prosent) fra 1. til 2. tertial? Samtidig viser antall utskrivinger pr. 1000 innb. en økning på 11,8 prosent fra 1. til 2. tertial. Årsverkstallene (og

nøkkeltallene for produktivitet som inneholder årsverkstall) i somatikken kan først vurderes når RiT har fordelt legeårsverk på funksjonene.

Også innenfor psykiatrien virker noen av årsverkstallene merkelige, med store avvik mellom 1. og 2. tertial (jf. tabell under 5.4.1). Dette gjelder spesielt for fellesfunksjoner i voksenpsykiatrien og personellinnsats i psykiatriske sykehjem.

4. *Evaluering av datarapporteringen*

(Vi har ingen forutsetninger for å kunne uttale oss om dette punktet.)

5. *Evaluering av funksjonskontoplanen*

Kontoplanen ivaretar hovedfunksjoner i helsetjenestene og institusjonene på et grovt nivå. Størrelsen på funksjonene er svært ulik.

Problemet ved utarbeidelsen av funksjonskontoplanen har vært å finne en rimelig balanse mellom relevant inndeling og muligheten for å få fram pålitelige tall. Ulik organisering av tjenestene har vært hovedproblemet for å få fram pålitelige tall. Spesielt gjelder dette i forhold til en mulig videre inndeling av behandlingsfunksjonene (620, 645 og 655). Innenfor disse store funksjonene er det derfor viktig at enkelte opplysninger om tjenesteproduksjon og personellinnsats er mer detaljerte enn på funksjonsnivå. Dette er viktig for å kunne beskrive strukturen i helsetjenestene– spesielt fordelingen mellom inneliggende og poliklinisk behandling og mellom ulike spesialiteter.

Evaluering av prosjektadministrative forhold

1. *Helhetsinntrykk*

Mangel på kontinuitet i prosjektdeltakelsen fra flere av de involverte instansenes side har svekket utviklingsarbeidet i arbeidsgruppene. Dette gjelder spesielt drøftingene i arbeidsgruppen for somatiske helsetjenester.

2. *Arbeidsmetode og problemløsning*

Problemene som er nevnt ovenfor har ført til at prosjektet i liten grad har benyttet en skrittvis kreativ problemløsende tilnærming. En del diskusjoner har blitt gjentatt flere ganger, uten at konkrete løsninger ble utviklet.

Sykehusene i Sør-Trøndelag har hittil ikke deltatt i drøftinger om relevant styringsinformasjon.

3. *Organisering*

Avvikling av prosjektgruppen som ble foretatt i 1998 har vist at denne har vært et unødvendig ledd.

Prosjektledelsen har vært åpen for innspill og gitt rom for åpne og frie diskusjoner.

NOTAT							
SINTEF Unimed NIS – Norsk institutt for sykehusforskning Postadresse: 7034 Trondheim Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3 Telefon: 73 59 25 90 Telefaks: 73 59 63 61 Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA		GJELDER Evaluering av prosjektarbeidet i Fylkes-Kostra		BEHANDLING	UTTALELSE	ORIENTERING	ETTER AVTALE
		GÅR TIL Prosjektleder Trude Fagerli, SSB					X
ARKIVKODE	GRADERING						
	Intern						
ELEKTRONISK ARKIVKODE							
Document2							
PROSJEKTNR.	DATO	SAKSBEARBEIDER/FORFATTER		ANTALL SIDER			
785091.01	1999-01-11	Lars Rønningen og Vidar Halsteinli		7			

1. Evaluering av faktaarket

Helhetsinntrykk

Det er vanskelig å gi en fullverdig evaluering av faktaarket, siden det pr idag virker uferdig, og også fordi datagrunnlaget har vært mangelfullt i begge tertialrapporteringene. Den logiske oppbyggingen av arket er ikke klar (skal det være sammenlikninger over år for den enkelte fylkeskommune - eller mellom fylkeskommuner) og det er også uklart om faktaarkene skal inkludere forklarende tekst eller ikke. Siden et ferdig utkast til faktaark ikke foreligger, får kommentarene også et foreløpig preg. Generelt er vi skeptiske til oppstilling av nøkkeltall uten at det på noen steder i arket gis opplysninger om datagrunnlag, definisjoner (eller henvisninger til definisjoner) og annen informasjon som brukeren måtte trenge.

Når dette er sagt ser vi viktigheten av å gjøre bearbeidet statistikk tilgjengelig for andre brukere enn de spesielt interesserte. Det vil bety at også politikere, journalister og andre perifere brukere kan nyttiggjøre seg dataene. I en slik sammenheng vil faktaark kunne være en innfallsport til at disse kan

bruke dataene mer selvstendig. Men det krever en del informasjon utover tabellheading og indikatorene.

Evaluering av indikatorene

Vi tar her for oss tabellene i faktaarket en for en.

4.2 Indikatorer for helsetjenesten samlet (prioritering/ressursbruk)

En oversiktlig tabell hvor særlig andelsindikatorene kan gi en del interessant informasjon. Det som er problematisk her er driftsutgifter pr innbygger, siden man sammenligner summen av driftsutgiftene ved institusjonene i fylket (uavhengig av hvem disse ressursene har gått med til å behandle, egne eller andre fylkers pasienter) med innbyggertallet i et fylket. Slik vi ser det er ikke tallet i teller sammenlignbart med tallet i nevner, og dermed er innholdet i indikatoren uklart. Det er ikke vanskelig å tenke seg til at regionsykehusfylkene vil komme ut med et (relativt) høyt nivå på en slik indikator. Dette kan enkelt unngås ved å benytte driftsutgifter korrigert for gjestpasientoppjøret.

4.3 Ambulansetabellene

Produktivitet. Kan det være aktuelt å innhente opplysninger om antall kjørte km, og se dette i forhold til antall årsværk for ambulanser? Da kan det kanskje fanges opp spredtbygdheten i fylket.

4.4.1 Somatiske helsetjenester/sykehus - prioritering

Netto driftsutgifter pr innbygger synes lavt for både helsetjenester i alt og somatiske sykehus. Kan dette skyldes at det her kun er med data for 1. og 2. tertial. I såfall vil det forklare et lavt nivå på utgifter pr innbygger. Et annet forhold er at det ville vært interessant å sammenligne datagrunnlaget i SAMDATA med datagrunnlaget i Fylkes-kostra. Er det klare forskjeller? Eller ligger de på omtrent samme nivå? Siden vi ikke har hatt tilgang på grunnlagsdataene, har dette ikke vært mulig.

Et annet forhold er mangel av sammenlignende enheter. Slik indikatorene presenteres nå står de helt alene, ingen sammenligning mot andre fylkeskommuner, mot foregående års indikatorer (endringstall), osv osv. Siden det ikke inngikk flere fylkeskommuner i 1998 og at dette var første året i pilotforsøket, var det umulig å lage sammenlignbar statistikk her. Men det hadde vært en fordel om faktaarket var utformet slik at vi så hvordan det vil bli når flere fylker og årsett er klare. I de tabellene som her omtales kan det være naturlig å ha med endringstall fra året før (legg til noen kolonner), samt sammenligning med andre fylker på utvalgte totaltall (legg til noen rader). Dersom en både skal ha foregående år og flere fylker (f eks innen helseregionen) for hvert tall i de to tabellene om prioritering, vil det etter vår oppfatning bli for mye tall, for mye informasjon og lite oversiktlig. Leseren / brukeren vil drukne i informasjon. Alternativet er å lage to utgaver av disse tabellene, en hvor det sammenlignes med andre fylker (max 2) og en hvor de siste tre års data inngår. (Et tredje alternativ er å lage et program hvor brukeren selv kan velge ut det som han trenger, dvs en rapportgenerator.)

Vi vil også kommentere bruken av ordet "prioritering". Det er ikke nødvendigvis slik at de fylkene som har et høyt nivå på netto driftsutgifter pr innbygger er de fylkene som prioriterer helse- eller sykehustjenester mest. I fylker hvor kostnadsnivået på sykehusene er særlig høyt, vil fylkeskommunene bli "tvunget" til å bruke mer på sykehustjenester enn i fylker hvor sykehusene har et lavt kostnadsnivå. Et eksempel på dette er Østfold: For driftsåret 1995 fant vi at det høye nivået på kroner pr innbygger i hovedsak skyldtes et høyt kostnadsnivå. Men det vil selvsagt også være et innslag av prioriteringer eller muligheter til prioriteringer i slike indikatorer. Spørsmålet er om dere vil svare bekreftende på at Akershus ikke prioriterer sykehustjenester i særlig stor grad, når f eks journalister spør om det. Vi tror heller begrepet ressursinnsats eller ressursbruk er mer betegnende og mer riktig å bruke.

4.4.2 Somatiske helsetjenester/sykehus - dekningsgrad

Senger pr 1000 innbyggere er ok som indikator på dekningsgrad, dersom det korrigeres for befolknings sammensetning og gjestepasientflyt. Fylker hvor andelen eldre er høyere enn gjennomsnittet vil ha behov for flere senger pr innbygger en fylker med en lav andel eldre. På samme måte vil man måtte ta med sengekapasiteten for egne pasienter ved sykehus i andre fylker. Eksempler på det er regionsykehus, sykehus ved fylkesgrensene og sykehus som det er inngått avtale om å bruke. For det siste punktet kan vi nevne at FSH i Haugesund dekker de tre sydligste kommunene i Hordaland, Ringerike sykehus dekker Jevnaker kommune i Oppland, Namdal sykehus dekker Bindal kommune i Nordland, Orkdal san sykehus dekker Rindal kommune i Møre og Romsdal, osv osv. Dette betyr igjen at vi ikke kan sammenligne antall senger ved egne sykehus med befolkningen uten gjøre disse korrigeringsene. Alt annet vil være å sammenligne tall som ikke er sammenlignbare.

Når det gjelder leger pr 1000 innbyggere forstår jeg det slik at det er legeårsverk pr 1000 innbyggere. Hvis det er det, så bør det stå i tabellen. Og hvis 0,13 er riktig for somatiske sykehus i Sør-Trøndelag, så er det ca 34 legeårsverk ved disse sykehusene. Det er antallet ved OSS, slik at Rit kan ikke inngå i disse tallene. Da bør man i såfall ta ut befolkningen i RiT sitt nedslagsfelt. Dette siste gjelder også for neste tallkolonne – årsverk pr 1000 innbyggere.

De to siste tallkolonne som går på bruk av sykehustjenester er ok. Men man får også problemer her med å sammenligne fylker med ulik befolkningssammensetning, utfra samme argumentasjon som for sengekapasitet. Hvis det kun er andre tertial som er med her, virker raten noe høy.

Benyttes indeksopphold i tallkolonnen med heading ”DRG-poeng for egne innbyggere pr 1000 innb.”? Hvis svaret er ja, så bør det stå indeksopphold og ikke DRG-poeng, for datagrunnlaget i disse to begrepene er ikke det samme.

4.4.3 Somatiske sykehus - produktivitet

Hva er DRG-poeng her, indeksopphold eller DRG-poeng?

Nivået på disse indikatorene er svært høye. Det skyldes vel trolig at RiT inngår i antall utskrivninger, men ikke i antall årsverk? Dette bør man være klar over slik at man ikke ukritisk setter opp en del tall som åpenbart er feil. Her kan man også legge inn elektroniske tester, slik at man får melding om de stedene hvor det er helt urealistiske tall. Når man fra før har erfart at antall utskrivninger pr årsverk ligger i intervallet 5-20, kan man trygt sette en øvre grense på 30-35. Dersom det beregnes en verdi over det, blir dette loggført og lest av datamottaker/ansvarlig i SSB.

Liggedøgn pr årsverk er ikke åpenbart en produktivitetsindikator. ”Produksjonen” ved sykehusene er behandlede pasienter (som vi tilnærmer med antall indeksopphold), ikke liggedager. Hva med å måle liggedager i forhold til pleieårsverk (sykepleiere og annet pleiepersonell), der vil koblingen mellom produksjon og liggedager være tettere.

For å komplettere bilde kan det være en idé å ta med en indikator som sier noe om omfanget av poliklinisk aktivitet i forhold til inneliggende aktivitet (eks konsultasjoner pr innleggelse eller bedre: polikliniske inntekter i forhold til netto driftsutgifter). Da er det lettere å tolke indikatorene, særlig for de indikatorene hvor årsverk inngår.

4.4.4 Somatiske sykehus - andre nøkkeltall

Kostnadsnivået ved somatiske sykehus i pilotfylket virker rimelig nok, men det er et problem med oppsplitting i kostnadsnivå ved behandling og kostnadsnivå ved rehabilitering. Kostnadsvektene i DRG-systemet er beregnet utfra alle kostnadene ved sykehusene, fellesavdelinger, lab og røntgen og annen medisinsk service. Det er derfor noe som ”skurrer” når man beregner driftsutgifter pr DRG-poeng ved ”bare” behandling. Igjen er ikke størrelsene i teller og nevner sammenlignbare. Spørsmålet er om ikke det er nok informasjon i avsnitt 4.4.1 om andel driftsutgifter pr funksjon?

De andre indikatorene er ok, når vi ser bort fra problemene knyttet til måling av sengekapasitet. (dvs hvorvidt man skal ta med tekniske senger eller ikke)

4.5.1 Psykiatriske helsetjenester - prioritering

Tabellen er beskrivende for hvordan ressursene fordeler seg innen psykiatrisk sektor, og fremstår i utgangspunktet som oversiktlig. Noen spørsmål/kommentarer til ettertanke:

- Er alle funksjoner under ”Driftsutgifter pr innbygger” korrigert for gjestepasienter – også fellesfunksjoner?
- Vi vil foreslå at under *funksjon* erstattes ”Sykehjem etc” med ”Andre institusjoner” fordi sykehjem er en institusjonskategori som er på vei bort fra fylkeskommunenes tjenester. Når sykehus og klinikker skilles ut, vil det derfor for fremtiden være ulike former for distriktpsikiatriske sentra, selvstendige poliklinikker m.m. som utgjør resten. Dette gjelder for alle tabeller som omhandler psykiatri.
- Under somatiske sykehus er heldøgns plasser og årsverk pr innbygger plassert inn under overskriften ”dekningsgrad”, mens det for psykiatri er plassert under ”prioritering”. Denne tabellen kan med fordel få en utvidet overskrift til f.eks. ”Ressursbruk – prioritering”, eventuelt at tabeller for somatikk og psykiatri harmoneres.
- Hvordan vil tabellen bli utformet dersom sammenligningstall skal inn (sammenligning over år eller sammenligning med andre fylkeskommuner)?

4.5.2 Psykiatriske helsetjenester – dekningsgrad

Tabellen er oversiktlig og informativ. Utfra disse indikatorene har vi imidlertid ingen informasjon om hvor stor andel av befolkningen som dekkes av tilbudet. Antall *døgnopphold* pr 1000 innb vil supplere informasjonen i så måte, likeledes antall dagpasienter dersom tall for dette fremkommer i nye skjema. (Se tabell 4.5.4 som viser utskrivninger pr 1000 innb.) I tillegg bør det spesifiseres om innb 0-17 og innb 18 år + er benyttet for henholdsvis BUP og VOP.

4.5.3 Psykiatriske helsetjenester – produktivitet

Tabellen er oversiktlig. Noen kommentarer:

- Er nevneren den samme for alle kolonnene i en rad, eller er f.eks. poliklinisk personell skilt ut ved beregning av konsultasjoner pr årsverk? Det virker noe underlig at ”sykehjem, etc” har syv ganger så mange polikliniske konsultasjoner pr årsverk som ”sykehus og klinikker”. Dette illustrerer behovet for mer utfyllende kommentarer om hva som er datagrunnlaget i de enkelte tabellene.
- Sykehjem driver ikke poliklinisk virksomhet. Denne tabellen illustrerer derfor behovet for å endre funksjonsbetegnelsen ”sykehjem” jfr kommentaren under 4.5.1.

4.5.4 Psykiatriske helsetjenester – andre nøkkeltall

Tabellen er oversiktlig. Noen kommentarer:

- Hvis formålet er å si noe om personellinnsatsen pr behandlingsplass, ville vi av pedagogiske hensyn ”snudd” senger pr årsverk til årsverk pr heldøgns plass. (Heldøgns plass er en bedre betegnelse enn seng.)
- Utfra at det er flere måter å beregne gjennomsnittlig oppholdstid på, bør det som en tabellkommentar fremkomme hvordan dette er beregnet her (om ikke en presis definisjon, så en intuitiv forklaring).
- Driftsutgifter pr liggedøgn for BUP synes høy. Er det driftsutgiftene for både klinikker, behandlingshjem og poliklinikker slått sammen? De selvstendige poliklinikkene utgjør 30 prosent av virksomheten og bør holdes utenfor i denne sammenheng.
- Det bør fremkomme hvordan beleggsprosenten er beregnet.
- Det bør fremkomme hvorvidt det benyttes ulike innbyggertall for VOP og BUP ved beregning av ”Utskrivning pr 1000 innbygger”.

Evaluering av datakvalitet

Arbeidsgruppen har ikke hatt tilgang til selve datagrunnlaget, og det kan derfor ikke gjøres de omfattende vurderinger av datakvaliteten. Basert på det vi har kommentert om noen av indikatorene, kan det stilles spørsmålsteget ved kvaliteten til deler av datagrunnlaget. Dette bør derfor følges opp, og det å sikre god kvalitet på data bør ha høy prioritet i fortsettelsen.

Evaluering av funksjonskontoplan

Det positive med funksjonskontoplanen er at utviklingen går i riktig retning, dvs mot en mere detaljert innrapportering av kostnadsdata. Kritikken med hensyn til somatikken er at dette kan sies å ikke være detaljert nok. Nyttan av denne type data kan bli mye større dersom funksjonene var knyttet sterkere til DRG-systemet. En inndeling i kostnadssteder (kliniske avdelinger, lab, røntgen, operasjon, osv) ville derfor vært mere nyttig.

Slik funksjonskontoplanen nå er, er det for somatikken problemer knyttet til å skille rehabilitering voksne vs rehabilitering barn og de to spesielle funksjonene særskilte funksjoner og utadrettede funksjoner. Dette har da også blitt kommentert av arbeidsgruppen i løpet av forsøksåret.

For psykiatrien innebærer skillet mellom fellesfunksjoner og pasientrettede funksjoner generelt en stor utfordring i forhold til å sikre en lik regnskapsføring mellom insitusjoner og mellom fylkeskommuner. Som et eksempel er det innenfor BUP mange små institusjoner hvor ledelsen både har administrative lederoppgaver og driver pasientbehandling – skal lønnsutgiftene splittes? Er det organisatorisk tilknytning som bestemmer om en merkantil tjeneste er en fellestjeneste eller knyttet til behandling – eller er en sekretær som registrerer pasientdata pr definisjon "fellestjeneste"? For pilotfylket Sør-Trøndelag er det på grunnlag av ny intern kontoplan mulig å gjøre dette skillet på en entydig måte, men dette bør følges opp og vurderes når flere fylkeskommuner kommer med i prosjektet.

2. Evaluering av prosjektadministrative forhold

I denne delen av evalueringen vil tilbakemeldingene fra oss omfatte erfaringene både fra arbeidsgruppen for somatikk og for psykiatri.

Helhetsinntrykk

Dette generelle inntrykk er at fremdriften i starten av prosjektet var liten, og det bidro nok til å dempe interessen for prosjektet. Særlig de første møtene i prosjektgruppen (som ble nedlagt) hadde begrenset nytte, slik vi oppfattet det. Men etter denne noe langsomme starten, hadde i hovedsak den delen av prosjektet som NIS deltok i tilfredstillende fremdrift. Generelt er vårt inntrykk at prosjektleder/prosjektmedarbeidere kunne vært mer "pågående" i forhold til pilotfylket Sør-Trøndelag.

Arbeidsmetode og problemløsning

Arbeidsmetodene innen arbeidsgruppene har etter vår oppfatning fungert tilfredstillende. Ulike medlemmer av arbeidsgruppen har bidratt når det var behov for særskilte utredninger eller opplysninger. Det er mulig man kunne spre disse oppgavene noe mer, men tatt i betraktning det lave antall utredninger var det kanskje ikke nødvendig.

Vi opplever i hovedsak at arbeidsgruppene har vært løsningsorienterte, men synes også at enkelte medlemmer av gruppene har vært for opptatt av egeninteresser. Dette fremkommer gjerne ved at man stiller seg kritisk til utvidelser av prosjektet som kan gi merarbeid på lengre sikt. Det er vanskelig å

unngå å tenke slik, men fokus på løsninger som er til beste for prosjektet bør ideelt sett gå foran. Deltagernes interesse og engasjement har vært ”på det jevne”.

Organisering

Inndelingen i arbeidsgrupper var fornuftig og antall grupper har vært passe. Organiseringen har imidlertid vært opplevd som noe ”tung” ved forslag om endringer. Slike forslag har måttet godkjennes i flere andre grupper/råd, og noen også utenfor selve Fylkeskostra-prosjektet. Ideelt sett burde prosjektledelsen ha myndighet til å gjøre valg, når behov for endringer melder seg. Når pilotprosjektet var ferdig kunne man så fremsette det endelige forslag på hvilke løsninger man hadde gått inn for på ulike områder. F eks kunne man valgt å inkludere en ny funksjon for poliklinikkvirksomhet. Og så kunne eksterne grupper/råd ta stilling til forslaget under ett.

Antall medlemmer i arbeidsgruppen ble etter vår oppfatning for høyt underveis i prosjektet. Det er kan diskuteres hvor gunstig det er at deltakelse i slike arbeidsgrupper bestemmes utfra behovet om representativitet og ikke utfra hva interesse og erfaring. I styringsgrupper kan det godt være deltakelse også utfra representativitet, men i arbeidsgrupper burde det vært færre, men med større kjennskap til de aktuelle problemstillinger. I denne sammenheng synes vi deltakelsen fra sykehusene var for lav, mens innslaget av representanter for sentrale institusjoner ble tilsvarende stor.

Samarbeid og møteledelse

Møtene har vært samlingspunktene for arbeidsgruppene. Utover dette har vi på NIS hatt sporadisk kontakt med medlemmene av arbeidsgruppen. Men på den annen side har det vært friske debatter og synlig uenighet innad i gruppen, noe som er sunt for denne type utviklingsprosjekter. Vår erfaring er også at vi kom fram til flertallsavgjørelser på de områder det var uenighet.

Vi skulle gjerne sett at det var færre, men lengre møter (kanskje med innlagt pause). På den måten ville vi spart en del tid i forhold til reiser.

Sakspapirene har en del ganger kommet for tett opp i møtedato. Det er forståelig at dette er problematisk når man er avhengig av data fra sykehusene i fylket, og disse ikke klarer å overholde frister. Dette kunne vært løst med en tettere kontakt mot sykehusene og prosjektledelsen i fylket. I tillegg kunne man utsette møter som i hovedsak skulle omfatte gjennomgang av datamaterialet for første og andre tertial. Det er uansett ikke gunstig at sakspapirer faxes dagen før møtet.

Fremdrift og utvikling

Som nevnt innledningsvis var fremdriften etter vår oppfatning svak i starten av prosjektet, men den har bedret seg. Når det gjelder utviklingen av faktaark, så har det foreligget utkast som har vært drøftet. Men hvordan skal de *endelige* faktaarkene se ut for mottakeren? Hvilke informasjon skal være med (indikatorer og kommentarer) og skal det være sammenlignbare tall i tabellene (hva skal være sammenligningsenhetene)? Det er noe uklart hvor mye videre bearbeiding som man ser for seg i prosjektet. Det ville imidlertid vært enklere å vurdere ordningen med faktaark dersom utviklingen hadde kommet noe lenger med hensyn til endelig utforming.

Prosjektledelse

Prosjektledelse bør innebære en nær kontakt med alle deltakerne i prosjektet, også de som skal gjøre jobben ute i sektoren. Prosjektledelsen må være sikre på at engasjementet, og forståelsen av hvor viktig dette er, er god blant dataleverandørene. Et slikt prosjekt vil kreve en ekstra innsats fra disse og hvis de ikke ser hva dette er godt for, blir datakvaliteten deretter. Vi tror det hadde vært fornuftig med en tettere oppfølging av alle sentrale deltakere i pilotfylket, særlig dataleverandørene.

3. Avsluttende kommentar

Ambisjonsnivået i prosjektet er høyt. De elektroniske løsningene er imidlertid ennå ikke testet ut, og er fremdriften her god nok? Er ambisjonsnivået høyt i forhold til prosjektets ressurser? Når man også fortsetter prosessen med utvidelser i forhold til antall fylker, viser det etter vår oppfatning også et høyt ambisjonsnivå med hensyn til fremdrift i prosjektet. Vi tror det nå ville vært fornuftig å kun inkludere ett fylke til, kanskje to. Fremdriftsplanen bør justeres basert på de erfaringer man har gjort seg i året som gikk. Vi er usikre på om det er klokt å prioritere det å holde tidsplanen fremfor det å sikre et godt sluttresultat. Når man i ett fylke opplever slike problemer som man har gjort innenfor somatikken i Sør-Trøndelag, burde det gi grunnlag for å bremse fremdriftsplanen noe.

Man har allerede i dag en god tilbakereportering til statlige myndigheter innenfor helsesektoren, både gjennom Norsk pasientregister (NPR) og via SAMDATA rapportene. Med unntak av pasientdata som NPR har et hovedansvar for, underkastes datagrunnlaget en kvalitetskontroll gjennom et samarbeid mellom SSB og NIS. Det må være en viktig oppgave for fylkes-kostra å sikre at de endringer i innsamlings- og kvalitetskontrollrutiner som det legges opp til *ikke* medfører lavere kvalitet på data. Vi er usikre på om dette hensynet er godt nok ivaretatt hittil i prosjektet. Slik det ser ut pr idag kan kvaliteten på indikatorene innenfor helsetjenestene bli svekket i etterkant av Fylkes-Kostra, noe som åpenbart ikke kan være ønskelig. På de andre sektorene, hvor tilsvarende tilbakereportering ikke har eksistert, vil man derimot erfare store forbedringer gjennom Fylkes-Kostra, og det er etter vår oppfatning entydig positivt.

tfi, 28. januar 1999

Til: Arbeidsgruppene i Fylkes-KOSTRA, helse
Fra: Seksjon for helsestatistikk

Evaluering av pilotprosjektet Fylkes-KOSTRA, helse 1998

Helhetsinntrykk av faktaarket

Faktaarket for helsetjenester har ikke funnet sin endelige form. Det som er satt opp, er en samling av de foreslåtte indikatorene som skal inngå i det endelige faktaarket. Når det kommer flere fylker med, må opplegget endres. Det må vurderes å utvikle to typer faktaark, ett med tanke på sammenligninger mellom fylker og ett som viser tidsserier. Å ha begge dimensjoner i samme faktaark vil gi et uoversiktlig faktaark. Det som er viktig er at fylket skal kunne sammenligne seg med andre fylker på et gitt tidspunkt og med seg selv over tid. Om det skal utvikles faktaark som også muliggjør sammenligninger av fylker over tid, må vurderes. Tidsserier der regnskapstall inngår, bør i tillegg til tidsserier med løpende tall, også bearbeides for å få regnskapstallene i et sammenlignbart prissett. Forslag til oppbygging av faktaark når det kommer flere fylker med, blir diskutert under punktet "Evaluering av indikatorene".

Vi oppfatter omfanget av indikatorene i faktaarket i hovedsak som passe. Omfanget vil imidlertid avhenge av hvilken målgruppe faktaarket er ment for.

Det er besluttet av styringsgruppen for Fylkes-KOSTRA at faktaarket hovedsakelig skal være rettet mot fylkeskommunen. Det er derfor viktig at fylkeskommunene selv vurderer om de får den informasjon som er nødvendig til styringsformål.

Det bør vurderes om det skal lages flere ulike typer faktaark (rettet inn mot ulike brukere). Man kan også tenke seg et hierarkisk oppbygget system for nøkkeltall, der man står fritt til å velge nivå (nasjonalt, fylkeskommunalt, institusjon). Det er viktig å få til en mest mulig oversiktlig oppbygging av faktaarkene. Disse mulighetene utredes nå i Statistisk sentralbyrå som et ledd i KOSTRA-prosjektet.

Evaluering av indikatorene

Her vil vi først komme med noen generelle kommentarer til indikatorene / mangel på indikatorer. Det mangler indikatorer for fylkets utgifter til helsetjenester i forhold til totale utgifter, samt en fordeling av fylkets utgifter (og inntekter) etter alle funksjonene som er i bruk i Fylkes-KOSTRA. For utgiftene vil det da være snakk om netto-driftsutgifter for å se på fylkenes prioriteringer av de ulike funksjonene.

Generelt er det for dårlig forklaringer til variablene som inngår i faktaarket. Det bør bli mer utfyllende tekst både når det gjelder de enkelte variablene og kommentarer til tolkning av indikatorene.

Under kommer et forslag til mal for presentasjon av indikatorer når flere fylker kommer med. Eksempelet gjelder for prioriteringsindikatoren "Netto driftsutgifter pr innbygger" for somatiske helsetjenester:

Indikator: Netto driftsutgifter pr innbygger.

	Funksjon 610 Fellesfunksj. somatiske helsetjenester	Funksjon 615 Røntgen / lab.	Funksjon 620 Behandling somatisk helsetjenester	Funksjon 630 (Re-)habili- tering	Funksjon 670 Utadrettede service- funksjoner	Funksjon 673 Særskilte funksjoner
Fylke 1						
Fylke 2						
Fylke 3						
OSV.....						

Dersom faktaarket konstrueres på denne måten, fører det til at faktaarket vil inneholde 63 tabeller dersom indikatorene i dag beholdes. Da er ikke tabeller for tidsserier inkludert. Slik faktaarket er satt opp i dag, inneholder det 17 tabeller med indikatorer.

Jeg vil i det følgende kommentere de enkelte indikatorene / tabellene. Tabellnummeret viser til tabellnummereringen i “Bakgrunnsnotat for evaluering av pilotprosjektet Fylkes-KOSTRA, helsetjenester 1998, av 18. desember 1998”.

Tabell 4.2 Prioritering / ressursbruk

Det må vurderes om funksjonene 677 “Personal- og rekrutteringspolitiske tiltak”, 680 “Omsorg og behandling for rusmiddelbrukere”, 690 “Omsorg for barn i fosterhjem” og 695 “Omsorg for barn i barnevernsinstitusjoner” skal inkluderes i denne tabellen, slik at fylket får en oversikt over alle funksjoner innen helse og sosiale forhold.

Det kan også være behov for en tilsvarende tabell som fokuserer mer på tjenestene under ett i stedet for tall pr funksjon. Tabellhodet ville da inneholde “Ambulanser og AMK-sentraler”, “Somatiske helsetjenester”, “Psykiatriske helsetjenester” og “Tannhelsetjenester”. Eksempel på en slik tabell for fylkets prioriteringer mellom de ulike helsetjenestene ville da se slik ut:

Indikator: Netto driftsutgifter pr innbygger.

	Ambulanser og AMK- sentraler	Somatiske helsetjenester	Psykiatriske helsetjenester	Tannhelse- tjenester
Fylke 1				
Fylke 2				
Fylke 3				
OSV.....				

Tabell 4.3.1 Prioritering

Antall ambulanser pr innbygger kan nok gi et skjevt inntrykk. Man vil her ikke få korrigeret for geografiske forhold i fylket som vil påvirke beredskapen. Denne variabelen bør muligens utgå som indikator. En løsning kan være å justere den for fylkets geografisk utbredning og spredtbygghet.

Tabell 4.4.1 Prioritering**Somatiske helsetjenester i alt / somatiske sykehus**

Her bør det presiseres hvilken type prioritering man er ute etter. Er det fylkets prioritering av helsetjenester til egne innbyggere, eller er det fylkets prioritering av helsetjenestetilbudet. Fylkets prioriteringer av egne innbyggere kommer til uttrykk både gjennom driftsutgifter korrigeret for gjestepasienter, og netto driftsutgifter. Fylkets prioritering av tjenestetilbudet kommer til uttrykk gjennom indikatoren “Andel driftsutgifter pr funksjon”.

Det er i denne tabellen benyttet tre ulike utgiftsbegreper. Dette kan virke forvirrende for tolkningen av tabellen. For indikatoren “Andel driftsutgifter pr funksjon” bør det vurderes om indikatoren heller skal være “Nettodriftsutgifter pr funksjon”. (Dette vil generelt gjelde for alle tabeller i faktaarket som omhandler prioritering).

Tabell 4.4.2 Dekningsgrad

Somatiske helsetjenester i alt / Somatiske sykehus

Vil det her være lettere å forholde seg til de inverse tallene. Indikatorene vil da bli: Innbyggere pr seng, innbyggere pr legeårsverk, innbyggere pr årsverk osv.

Tabell 4.4.3 Produktivitet

Det må klargjøres om det skal brukes indeksopphold eller DRG-poeng i indikatoren “DRG-poeng pr årsverk”. For 1. tertialrapportering, ble det brukt indeksopphold, mens det for 2. tertial ble brukt DRG-poeng. Indeksoppholdene vil omfatte flere sykehusopphold enn DRG-poengene.

Indikatoren DRG-poeng pr årsverk vil her ikke bli korrekt når den fordeles på funksjonene 620 “Behandling somatiske helsetjenester” og 630 “(Re-)habilitering”. Det anbefales at denne indikatoren ikke fordeles etter funksjon. DRG-poengene beregnes med sykehusopphold som laveste enhet, og det blir da ikke riktig å fordele sykehusoppholdet på 620 “Behandling somatiske helsetjenester” og 630 “(Re-)habilitering”. (Denne problemstillingen vil også gjelde i tabell 4.4.2 for somatiske sykehus).

Tabell 4.4.4 Andre nøkkeltall

Som for indikatoren over, vil ikke “Driftsutgifter til inneliggende behandling pr DRG-poeng” fordelt etter funksjon være riktig.

Tabell 4.5.1 Prioritering

For indikatoren Andel driftsutgifter pr funksjon bør det vurderes om det i stedet skal brukes andel nettodriftsutgifter pr funksjon.

Tabell 4.5.3 Produktivitet

Det må her presiseres at årsverkene i tabellhodet er knyttet til henholdsvis; døgnavdelinger, døgnavdelinger, poliklinisk avdelinger, dagavdelinger. Teller og nevner vil ikke ha samme innhold for disse indikatorene. Spesielt ved psykiatriske sykehus foregår det endel dagbehandling på inneliggende avdelinger. Her vil man ikke få skilt ut personellet, men får registrert aktiviteten.

Evaluerings av datakvalitet

Det har vært enkelte problemer med datakvaliteten i løpet av 1. og 2. tertialrapportering. For regnskapet gjaldt dette spesielt funksjon 660 “Tannhelsetjeneste”. Denne manglet ved ordinær rapportering for begge tertialene. For første tertial ble den hentet inn manuelt etter den ordinære regnskapsrapporteringen, mens for 2. tertial mangler det fortsatt tall for denne funksjonen.

Det arbeides nå i SSB med å legge inn kvalitetskontroller i databasen der regnskapet hentes inn. Det er foreløpig uklart hvor detaljerte disse kontrollene skal være. Det er meningen at de tall som presenteres i første tilbakemelding av faktaarkene skal publiseres urevidert. Dette er nødvendig av hensyn til de tidsfrister som er satt for tilbakemelding av faktaark til fylket.

I løpet av de to første tertialene viser disse kontrollene at institusjonsregnskapene ikke balanserte. Dette kommer sannsynligvis av periodiseringer i regnskapet, og vil da rettes opp i årsrapporteringen.

Når det gjelder rapporteringen av data på tjenestesisden, er det ikke gjennomført kvalitetssikring av disse for de to første tertialene.

Det er vanskelig for SSB å se om innholdet i funksjonene på tjenestesiden stemmer overens med innholdet i funksjonene på regnskapssiden. Det er svært viktig å kartlegge at det er overensstemmelse mellom innholdet i funksjonene på tjeneste- og regnskapssiden.

Evaluering av datarapporteringen

Rapporteringen av regnskapsdata har fungert bra for 1. og 2. tertialrapportering. Det har vært små forsinkelser i forhold til rapporteringsfristen.

Tjenesterapporteringen har ikke fungert like bra som regnskapsrapporteringen. Det må presiseres at rapporteringsrutinene ikke har funnet sin endelige form ennå. Det er planlagt å bruke elektronisk rapportering fra og med årsrapporteringen for 1999 (elektroniske skjema), de elektroniske skjemaene testes nå ut i Statistisk sentralbyrå. For 1. og 2. tertial 1998 har tjenesterapporteringen foregått på papirskjemaer.

De somatiske helseinstitusjonene har hatt problemer med å fordele årsverk (personell) etter funksjon i de to tertialrapporteringene i 1998.

Organiseringen av rapporteringen har fungert bedre for psykiatriske helsetjenester enn for somatiske helsetjenester. Det anbefales at innsamlingen av tjenestedata fra somatiske institusjoner organiseres på samme måte som for psykiatrien. For psykiatriske helsetjenester har det vært en kontaktperson ved PST (psykiske- og sosiale tjenester) som er koordinator for datainnsamling fra alle de psykiatriske institusjonene.

I tillegg til problemer med organiseringen, bør det også undersøkes om det er andre årsaker til at tjenesterapporteringen ikke har fungert godt nok.

Evaluering av funksjonskontoplanen

Det har kommet kommentarer til funksjonsinndelingen fra andre parter enn de som er representert i KOSTRA (blant annet fra helseinstitusjoner). Dette kan tyde på at det er behov for en utvidet høring om funksjonsinndelingen. Det er blant annet reist spørsmål om (Re-)habilitering bør være egen funksjon.

Det må klargjøres hvilke funksjoner som skal regnes med til helsetjenester. Helseinstitusjonene har brukt enkelte funksjoner som ikke i utgangspunktet var inkludert under helse. Dette gjelder funksjonene:

- 510 "Skolelokaler, forvaltning, skyss og internater"
- 677 "Personal- og rekrutteringspolitiske tiltak"
- 680 "Omsorg og behandling for rusmiddelbrukere"
- 690 "Omsorg for barn i fosterhjem"

Det er mulig at det er behov for justeringer i funksjonskontoplanen. Dette må vurderes i løpet av 1999 når det kommer flere fylker med. Dette er viktig for å ivareta eventuelle nye problemstillinger som kommer opp ved en utvidelse av Fylkes-KOSTRA.

Evaluering av andre faglige resultater fra arbeidsgruppens arbeid

Det er fortsatt uklart om artsinndelingen i Fylkes-KOSTRA ivaretar den informasjonen det er behov for om gjestepasientoppgjør. Statistisk sentralbyrå har på vegne av arbeidsgruppene sendt et notat til regnskapsgruppa i KOSTRA om denne problemstillingen. Dette notatet er foreløpig ikke behandlet i regnskapsgruppa. Sør-Trøndelag fylkeskommune ser nå nærmere på problemstillingen om gjestepasientoppgjør i samarbeid med Statistisk sentralbyrå.

Det er lagt mye arbeid i utarbeiding av rettleiding til skjema (spesielt for somatiske institusjoner), men det mangler fortsatt en presisering av hvilke aktiviteter som skal inngå i funksjonene 670 "Utadrettede servicefunksjoner" og 673 "Særskilte funksjoner".

Eventuelt

Norsk pasientregister (NPR) har tidsfrist for innlevering av data fra sykehusene 10. februar. Det er svært usikkert om de data som hentes inn fra NPR vil være klar til tilbakerapporteringen av faktaarkene som er planlagt 15. mars. Det er flere mulige løsninger på dette problemet:

- Ikke publisere tall fra NPR i det første faktaarket.
- Utsette tilbakerapporteringen av faktaarket til data fra NPR er klare.
- Bruke imputerte tall (tall fra fjoråret, eller beregnede tall) i det første faktaarket.

Det har ikke vært noen rasjonalisering av datamengden på tjenestesiden i løpet av prosjektperioden slik intensjonene fra samordningsrådet har vært. Det har heller vært en utvidelse av datamengden som rapporteres fra fylkesnivå til staten.

Det vil være viktig å være entydig i begrepsbruken i Fylkes-KOSTRA. Sosial- og helsedepartementet har initiert et prosjekt som går på å lage definisjonskataloger for helsesektoren (Helsevesenets generelle kravspesifikasjon). KITH har prosjektlederansvar for dette prosjektet. Det er viktig at disse definisjonskatalogene blir tatt i bruk i Fylkes-KOSTRA så snart de er klare.

Det må gjøres helt klart hvem som er målgruppe for faktaarket, dersom det skal være flere enn fylkeskommunen. Dette har vært diskutert i arbeidsgruppene, men det virker som om det fortsatt er noe uklart hvem som er målgruppen, og hvordan faktaarket kommer i forhold til annen publisering.

Momenter for evaluering av prosjektadministrative forhold

Helhetsinntrykk

Prosjektet har en uoversiktlig organisering, og det er uklart hvilken beslutningsmyndighet kontaktutvalget har i forhold til styringsgruppa for Fylkes-KOSTRA og samordningsrådet for KOSTRA. Samordningsrådet er et rådgivende organ, men de har mulighet til å melde problemer til de aktuelle departementer og løse problemene via tjenestevei i departementene.

Det var positivt å legge ned prosjektgruppa, som bidro til å gjøre organiseringen av pilotprosjektet Fylkes-KOSTRA, helse mer kompleks enn den er i dag.

Det er uklart hvor stor nytteverdi prosjektet har siden det ikke er slutført ennå. Nytteverdien for Statistisk sentralbyrå vil bestå i forenklede innrapporteringsrutiner og bedre regnskapsstatistikk fra helseinstitusjoner. Ved å aktivisere fylket som kontrollorgan, vil vi sannsynligvis spare en del ressurser som ville gått til purring for å få inn data.

Det er viktig at flere ulike organisasjonsnivåer (sykehusledelsen, fylkesadministrasjonen, statsforvaltningen) får nytte av innholdet i prosjektet.

Arbeidsmetode og problemløsning

Det har blitt mye ad-hoc arbeid i de enkelte arbeidsgruppene, og prosjektet har manglet kontinuitet. Det har til dels vært vanskelig å engasjere de enkelte partene i prosjektet, også Statistisk sentralbyrå.

Organisering

Prosjektet har en meget kompleks organisatorisk oppbygning, og det har til tider vært vanskelig å finne rette instans for løsning av problemer som oppstår i arbeidsgruppene.

Vi oppfatter antallet arbeidsgrupper i prosjektet Fylkes-KOSTRA, helse som tilstrekkelig. Arbeidsgruppene er delt inn etter fagområder, og ikke funksjoner. Hver arbeidsgruppe har ansvar for en eller flere funksjoner. Antallet medlemmer av arbeidsgrupper er OK. Ved for store arbeidsgrupper har det vist seg vanskelig å få til en konstruktiv diskusjon. Erfaringsmessig går denne grensen ved 10 - 12 medlemmer i en gruppe.

Det er vanskelig å vurdere om de riktige instansene har vært representert i arbeidsgruppene. For arbeidsgruppen for somatiske helsetjenester bør muligens NPR inviteres til deltagelse, da en god del av dataene fra somatiske sykehus hentes fra NPR. Det finnes muligens også andre relevante miljøer som kan bidra til utviklingen av Fylkes-KOSTRA.

Det bør vurderes om resultatene i prosjektet skal sendes ut på en bred høring til ulike institusjoner / instanser innen helsetjenestene og helsetjenesteforskning.

Samarbeid og møteledelse

Samarbeidet i prosjektet har fungert relativt bra. Sakspapirer til møter har blitt sendt for sent ut i flere tilfeller.

Det bør vurderes om det skal settes en fast møteplan for arbeidsgruppene for resten av året.

Fremdrift og utvikling

Fremdriften i prosjektet har ikke fulgt planen. Det har til tider vært vanskelig å få til en fruktbar faglig diskusjon i gruppene. Dette kan komme av at det har vært liten kontinuitet i gruppene.

Prosjektledelse

Ambisjonsnivået for prosjektet virker realistisk. Men det kan vise seg at det er et gap mellom ambisjonsnivået og forventningene til de ulike partene i Fylkes-KOSTRA.

I prosjektet har KRD fungerer mer på det overordnede plan enn direkte mot arbeidsgruppene. KRD har mottatt statusrapporter om arbeidet i arbeidsgruppene via prosjektleder i SSB.

Eventuelt

Når det gjelder organisering av prosjektet internt i SSB, bør prosjektlederstillingen være en mer administrativ stilling. Det faglige ansvaret bør knyttes nærmere de eksisterende fagområder.

SØR-TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE
PSYKISK HELSEVERN OG SOSIALE TJENESTER - PST
Økonomi g EDB-avdelingen

Statistisk sentralbyrå
Postboks 8131, Dep.
0033 OSLO

DERES REF
Trude Fagerli

VÅR REF bes oppgitt ved henvendelse hit
98/00933-6 MAB 40.T05

DATO
14.01.99

EVALUERING FYLKESKOSTRA HELSETJENESTER 1998

Jeg viser til brev datert 18.12.98.

Mine kommentarer gjelder kun psykiatri.

Omfaget av indikatorene er etter min vurdering tilfredsstillende, ikke for mange slik at en mister sammenhengen og ikke for få slik at nødvendig helhetsinntrykk forsvinner. En kort leserveiledning har kanskje vært nyttig for bedre forståelsen for leserne. Min erfaring etter å ha "prøvd ut" faktaarket i fagrådet i Barne- og Ungdomspsykiatrisk klinikk er at informasjonen oppleves positivt i forhold til å få satt det man daglig jobber med inn i en større sammenheng. Via faktaarkene får man tydeliggjort sammenhengen mellom økonomi og aktivitet.

Faktaarkene bør inneholde tidsserier og sammenligning mellom fylker og landstotal. Jeg synes det er vanskelig å si noe om hvordan dette bør organiseres, men bør diskuteres i prosjektgruppen.

Jeg stiller et spørsmålstegn ved om en skal benytte begreper knyttet til nettodriftsutgifter i tertialrapporteringen. Skal dette ha god relevans må bevilget statstilskudd utbetales og inntektsføres hver måned gjennom året. I 1998 fikk Sør- Trøndelag utbetalt det generelle øremerkede statstilskuddet til psykiatrien i desember måned. Dermed blir nettoutgiften veldig lav i siste tertial sammenlignet med de to første.

Det er mulig at faktaarket psykiatri skulle vært delt i et for voksenpsykiatri og et for barne- og ungdomspsykiatri uten at jeg har noen sterk argumentasjon for det utover den historie disse to fagfeltene har i dette fylket.

Rutinene rundt datarapportering (her omtaler jeg kun statistikkskjemaet, hefte2) har fungert greit inntil den siste utsendelsen nå i forbindelse med årsrapporteringen. Da fikk vi en forsinkelse i og med at skjemaene først ble sendt til Fylkesrådmannen. Det mest effektive er å sende statistikkskjemaene for den enkelte institusjon i PST-organisasjonen direkte til PST- administrasjonen som organiserer datainnsamlingen for psykiatrien. På den måten kan vi følge opp den enkelte institusjon i datainnsamlingen og sikre en felles forståelse av hva som skal rapporteres og dermed øke kvaliteten på dataene. Samtidig som vi får brukt dem i vårt eget rapporteringssystem. Etter hvert som rutinene sitter bedre bør skjemaene sendes direkte ut til den enkelte institusjon fra SSB. Innsending til til SSB via PST-administrasjonen for kvalitetssikring og utplukk av data til intern rapportering.

Kommentarer til prosjektadministrative har jeg ikke da jeg kjenner hovedprosjektet for dårlig.

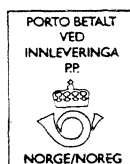
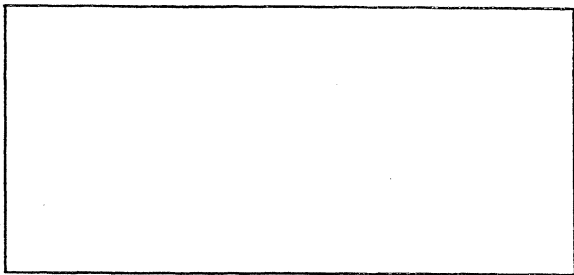
Med hilsen
Mads E. Berg

Gjenpart: Arvid Wisløff

De sist utgitte publikasjonene i serien Notater

- 98/85 T. Vogt: Dokumentasjonsrapport - Arbeidsmiljø og omstilling. 18s.
- 98/86 A. Hallenstvedt og E. Sørensen: Omsetningsstatistikk for industrien. 29s.
- 98/87 B. Mathisen: Flyktninger og arbeidsmarkedet 4. kvartal 1997. 40s.
- 98/88 J. Sexton: Fremskrivning av tidsserier i KNR. 20s.
- 98/89 A.H. Foss: Definisjoner og beregningsmetoder for dødelighetstabell. 16s.
- 98/90 T. Dale: Samordnet levekårsundersøkelse 1998 - panelundersøkelsen: Dokumentasjonsrapport. 95s.
- 98/91 L. Lindholt: Rammevilkår for energigjenvinning av plast. 14s.
- 98/92 T. Vogt: Folatkunnskap blant kvinner i fertil alder: Dokumentasjonsrapport. 17s.
- 98/93 B.L. Western: Beregning av vekter til inntekts- og formuesundersøkelsene 1995. 14s.
- 98/95 R. Johannessen: Prisindeks for hotellovernatting - delundersøkelse i konsumprisindeksen. 18s.
- 98/96 K.J. Einarsen: Definisjonskatalog for videregående opplæring: Utarbeidet av arbeidsutvalget i FylkesKOSTRA-utdanning og statistikkgruppen i Prosjekt LINDA-opplæring. 1. Utgave. 27s.
- 98/97 K.A. Brekke: Om metoder for beregning av miljøprofil for ulike varer, og hva vi trenger det til. 20s.
- 98/98 I.S. Wold: Modellering av husholdningenes transportkonsum for en analyse av grønne skatter: Muligheter og problemer innenfor rammen av en nyttetremodell. 81s.
- 98/99 R. Gudem: Utvikling av statistikk over bygg- og anleggsavfall. 56s.
- 98/100 T. Skjerpen: Konsumfordelingssystemet i KVARTS: Teknisk dokumentasjon. 42s.
- 99/1 F. Thorkildsen: FoB2000. Kobling av adresser fra GAB og DFS - status og utvikling. 22s.
- 99/2 K. Ibenholt og K.A. Brekke: Rammevilkår for produksjon av brunt papir. 12s.
- 99/3 I. Øyangen: Liv og helse i Akershus: Dokumentasjonsrapport. 22s.
- 99/4 M.V. Dysterud og E. Engelién: Tettstedsavgrensning 1998: Teknisk dokumentasjon av nye rutiner. 53s.
- 99/5 Samordnede levekårsundersøkelser: Rapport fra brukerseminar 22. april 1996 og høringsuttalelser. 46s.
- 99/6 H. Utne: FoB2000. Sektordata: Statusrapport og tiltaksplan. 86s.
- 99/7 M. Sjøberg: Instruksjonar til og data frå eksperiment om internasjonal kvotehandel. 27s.
- 99/8 A. Sundvoll: Undersøkelse om kosthold blant spedbarn. 31s.
- 99/9 A. Schjalm: Sluttrapport om utvalg og estimering for kulturlandskapsovervåking. 16s.
- 99/10 E. Vinju: Statistikk over avfall og gjenvinning i industrien - 1996: Dokumentasjon av metode. 61s.
- 99/11 I. Aukrust og H. Utne: Detaljerte arbeidsmarkedsdata – på kommunenivå: Dokumentasjon av arbeidsmarkedsdata til PANDA. 4. utgave. 37s.
- 99/12 K.J. Einarsen, H. Hartvedt, A.B. Skara og C.B. Strand: Faktaark for FylkesKOSTRA-utdanning. Årsrapporteringen for 1998. Sør-Trøndelag fylkeskommune: Nøkkeltall med indikatorer for: Prioriteringer og ressursbruk, Dekningsgrad, Produktivitet og kvalitet. 41s.
- 99/13 G. Sparby: Selvangivelsesstatistikk 1993-1996: Dokumentasjon. 121s.

Notater



Tillatelse nr.
159 000/502

B *Returadresse:*
Statistisk sentralbyrå
Postboks 8131 Dep.
N-0033 Oslo

Statistisk sentralbyrå

Oslo:
Postboks 8131 Dep.
0033 Oslo

Telefon: 22 86 45 00
Telefaks: 22 86 49 73

Kongsvinger:
Postboks 1260
2201 Kongsvinger

Telefon: 62 88 50 00
Telefaks: 62 88 50 30

ISSN 0806-3745



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway