



Trond Ekornrud

Årsrapport 2007 - Kontaktutvalet for helse- og sosialstatistikk

Notater

1 Avtale, mandat, representasjon

Til grunn for Kontaktutvalgets arbeid ligger en avtale om statistikksam arbeid sist revidert i juni 2003. Avtalen ligger som vedlegg til utvalgets årsrapport fra 2003.

Statistisk sentralbyrå (SSB) er sekretariat for utvalget og leder møtene. Arbeids- og inkluderingsdepartementet anser seg fortsatt representert i utvalget ved Sosial- og helsedirektoratet, men ønsker fortsatt å opprettholde sin formelle deltakelse med Øyvind Møklebust som kontaktperson. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) har deltatt regelmessig på møtene i 2007.

Utvalgets representanter per desember 2007 ser slik ut:

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	1
Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID)	1
Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)	2
Helsetilsynet (Htil)	1
Statistisk sentralbyrå (SSB)	2 + sekretær
Kommunenes sentralforbund (KS)	1 (ikke formell avtalepart)
Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)	1 (ikke formell avtalepart)
Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV)	1 (ikke formell avtalepart)

For å sikre representasjon og kontinuitet er det oppnevnt faste varamenn til utvalgsrepresentantene. (FHI og NAV har foreløpig ikke oppnevnt vararepresentanter).

Kontaktutvalgets medlemmer per desember 2007 er:

HOD: Siv Lunde
(Vara: Catrine Meland)
SHdir: Thorstein Ouren og Kirsti Strand
(Vara: Jan Oddum og Asbjørn Haugsbø)
Htil: Gunstein Sundene
(Vara: Bente Smedbråten)
KS: Kari Rolstad
(Vara: Magne Hustad)
FHI: Bjørn Heine Stand
NAV: Tonje Ek Brunvoll
SSB: Elisabetta Vassenden, Elisabeth Nørgaard og Elin Skretting Lunde (sekretær)
Vara: Jorun Ramm og Sandra Lien.

Ut over de faste medlemmene både kan og bør de enkelte parter supplere sin møtedeltakelse avhengig av sakskartet. Utvalget kan også etter behov invitere andre instanser til å delta i utvalgets arbeid.

Seksjon for helsestatistikk i SSB overtok ledelsen av utvalget fra Seksjon for levekårsstatistikk fra og med november 2007 og vil fortsette å ha ansvaret for utvalget i 2008.

1.1 Viktige tema i utvalgets virksomhet i 2007

1.1.1 StatRes – ny statistikkstatsning innenfor spesialisthelsetjenesten

På utvalgsmøtet i september gav SSB en orientering om StatRes-arbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten og utviklingen så langt. StatRes skal gi en oversikt over statlig ressursbruk og resultater, og prosjektets hovedmålsetting er å utvikle statistikk innen for viktige områder for å si noe om ressursinnsatsen. Statistikken skal samordnes og basere seg på allerede eksisterende datakilder. Indikatorene blir publisert som offisiell statistikk og på sikt skal hele statsforvaltningen dekkes. 2007 var året for første StatRes publisering og fem(?) ulike pilotområder presenterte tall for første gang på **ssb.no**.

Forprosjektet for StatRes startet våren 2005, med utviklingen av faglige modeller og rekruttering av piloter. Pilotområdene består av spesialisthelsetjenesten, barnevern, universitet og høyskoler samt miljø. Høsten 2007 (25. oktober) hadde StatRes en begrenset publisering av indikatorer på alle områder, unntatt miljø. Forprosjektet innen helse kom i gang høsten 2005 og i april 2007 ble det opprettet en ordinær pilot arbeidsgruppe hvor SSB, Shdir, Kunnskapscenteret og Sintef Helse deltar.

Indikatorarbeidet har akkurat startet og dette arbeidet vil til slutt ende i en egen rapport. Følgende forslag til mulige indikatorer ble presentert på møtet:

- *Indikatorer for ressursinnsats:* Driftsutgifter, personellinnsats, personellkompetanse, kvalitet og bruk av medisinsk utstyr
- *Aktivitet/tjenesteproduksjon:* Antall DRG-poeng, liggedøgn, polikliniske konsultasjoner, omfanget av operasjoner, andel reoperasjoner, gjennomsnittlig ventetid og liggetid, pasienterfaringer, ansattes jobbtilfredshet, korridorpasienter, sykehusinfeksjoner
- *Resultater:* Overlevelsesrater, behandlingsresultater, levealdersindikatorer som QUALYs og DALYs, overgang fra sykehusbehandling til arbeidsliv
- *Enhetskostnader, kvalitet og effektivitet:* Kostnader per DRG-poeng, kostnader per pasient, årsverk per DRG-poeng, Shdirs kvalitetsindikatorer, forskningsbaserte effektivitetsstudier

1.1.2 Ny legestatistikk fra NAV

På utvalgsmøtet i november presenterte NAV (Arbeids- og velferdsdirektoratet) den nye rapporten: *Hva foregår på legekantorene?* Det har ikke tidligere vært mulig å lage nasjonal statistikk basert på regningskortene som legene får refusjon for. I 2005 ble det nye systemet KUHR innført, hvor alle legeoppgjør utenfor institusjon registreres. Det nye systemet muliggjør tidsserier fra og med 2006, men det er ikke bestemt ennå om det blir noen årlig publisering. Datakvaliteten for fastlegene og legevakt er bra, den er noe dårligere for legespesialistene og dårlig for psykiatere.

Statistikken baserer seg på grupperte takstkoder; konsultasjoner, sykebesøk og andre legekontakter. I den utgitte rapporten er det spesielt konsultasjonene som er i fokus, i tillegg til ulike typer refusjoner og egenandeler. Andre kjennetegn som hentes inn av NAV er: kontakttidspunkt, utbetalingstidspunkt, oppgjørsenhet, praksistype, ulike kjennetegn ved legen, ulike kjennetegn ved pasienten, takstkategori og takstkode, hoved- og bidiagnose.

Shdir overtar som registreier i 2009. Dette kan medføre endringer, og er også grunnen til at NAV ikke har laget noen langvarige statistikkplaner for registertet.

1.1.3 Samarbeid mellom Samdata og SSB om spesialiststatistikken

På utvalgsmøtene i henholdsvis mars og september ble utvalget orientert om samarbeidet mot et felles sett med regnskapstall for Samdata og SSB. Bakgrunnen for orienteringen var problematikken rundt at SSB samler inn tall, men at både SSB og Sintef Helse reviderer tallene, med ulikt resultat. På regnskapssiden har det blitt presentert ulike offisielle tall for de totale driftskostnadene uten at avviket

har blitt nærmere forklart. Og i 2005 lå SSBs tall 1,9 milliarder over Sintef Helses tall. Det har tidligere blitt gjort forsøk på rette opp avviket, men man har ikke klart å enes om et felles tall. Bakgrunnen for dette er ulike definisjoner og ulikt formål med revideringen. Mens SSB gir statistikk for de totale kostnadene til et foretak, lager Sintef Helse analyser på produktivitet og effektivitet knyttet til foretakets egen produksjon, noe som gir ulike tall på foretaksnivå. Det ble satt i gang et eget prosjekt i 2006 for å kartlegge de to instansenes revisjonsmetoder. Målet for publiseringen i juni 2007 var å få like regions- og landstall, noe som i all hovedsak ble innfridd. Forskjellene for de totale driftskostnadene er redusert til 350 millioner, dvs. 0,43 prosent. Det tette samarbeidet vil fortsette og begge instanser vil jobbe målrettet mot et felles tall. Hele prosessen skal dokumenteres og revideres.

1.2 Møter i 2007

Det ble som planlagt avholdt fire utvalgsmøter i 2007, henholdsvis i februar, mai, september og november. Det er fortsatt en målsetting å holde ca. fire møter i året, og for å sikre dette er det allerede satt 4 konkrete møtedatoer for 2008. Onsdag ble foreslått som foretrukne møtedag, mot fredag tidligere.

2 Arbeidsgruppene

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

- Sosialkontortjenester
- Kommunehelsetjenester
- Pleie- og omsorgstjenester
- Spesialisttjenester
- Tannhelsetjenester

Gruppene (unntatt spesialistgruppen) fungerer også som KOSTRAs / Samordningsrådets arbeidsgrupper på sine respektive felt. SSB har sekretariat for gruppene, som formelt ledes av ansvarlig fagdepartement. Kontaktutvalget har understreket at gruppene bør holde minst to møter i året, hvorav ett på høsten. Arbeidsgruppenes årsrapporter som overleveres Samordningsrådet i juni blir sendt ut til utvalgets medlemmer når de foreligger.

3 Vedlegg

Som vedlegg til rapporten følger:

- A. Referat fra utvalgsmøtet 1. mars 2007
- B. Referat fra utvalgsmøtet 24. mai 2007
- C. Referat fra utvalgsmøtet 14. september 2007
- D. Referat fra utvalgsmøtet 30. november 2007

Vedlegg A

SaL, 09.03.2007

Til stede:

Jostein Hamberg, Helse- og omsorgsdepartementet
Thorstein Ouren, Sosial- og helsedirektoratet
Gunstein Sundene, Statens helsetilsyn
Tonje Ek Brunvoll, Arbeids- og velferdsdirektoratet
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Helge Nome Næsheim, Statistisk sentralbyrå
Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Bjørn Gabrielsen, Statistisk sentralbyrå
Berit Emberland, Statistisk sentralbyrå
Sandra Lien (ref), Statistisk sentralbyrå

Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 1. mars 2007

1. Nasjonal helseundersøkelse v/Folkehelseinstituttet

Saken flyttes til neste møte.

2. Organisering av eget statistikkarbeid og videre planer i Helsetilsynet v/Gunstein Sundene

Helsetilsynet består av 70-80 ansatte. Det er ikke den kvantitative kunnskapen som er dominerende, og følgelig er det begrenset hva som gjøres av eget statistikkarbeid. Det ble nylig vedtatt en strategiplan for klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene 2007-2009. Seks temaer vil ha særlig oppmerksomhet i den valgte perioden:

- Kunnskapsgrunnlag og metodekompetanse
Sentralt er tilsynets områdeovervåkningsprosjekt (TOP) – et prosjekt som skal utvikle systemer og ordninger som kan understøtte og bidra til å forenkle og kvalitetssikre områdeovervåkningsarbeidet. Det er også viktig å sikre metodisk kompetanse.
- Følge-med-oppgaven og risikovurderinger
Har fokusert på ROS-analyser. Sentrale begrep er risiko, svikt og sårbarhet.
- Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter
- Organisatoriske årsaker til svikt i tjenestene
- Avslutte tilsyn – oppfølging av virksomhetene
- Kommunikasjon og språk

De to førstnevnte temaene i strategiplanen omfatter statistikk, følgende arbeider ble nevnt spesielt:

Kvantitativt arbeid/tanker:

- bruke andres statistikk (SSB, SHdir, FHI)
- har samlet inn noe datamateriale, men er fornøyd med at andre tar ansvaret for disse oppgavene
- erkjenner at de kanskje må gjøre noe selv

Noen kartlegginger som er gjort i det siste:

- når det haster – kartlegger akuttmedisinske tjenester
- kartlegge bruk av lindrende sedering til døende
- bruk av tvang i psykisk helsevern (SINTEF)
- utvalgsundersøkelse om pleie- og omsorgstjenester på strekk (NOVA)

En tredje kilde er det Helsetilsynet selv genererer i eget arbeid:

1. Meldesentralen – Der alle institusjoner i spesialisthelsetjenesten skal melde fra om hendelser som har ført til eller kunne ført til betydelig personskade på pasienter.
2. Eget register for rettighetsklager, tilsynssaker og tvangsmedisineringsklager. Ved klager på tvangsmedisinering har SHdir det overordnede ansvaret.
3. Tilsyn på sosialområdet - Sosialklagestatistikk med ca. 5 000-6 000 saker i året som ofte gjelder økonomisk sosialhjelp. Per i dag rapporteres det på skjema, men det jobbes for å få til et register fra og med rapporteringsåret 2009.

Næsheim stilte spørsmål om hva som er grunnlaget for risikovurderingen. Ifølge Sundene er ikke grunnlaget tydelig uttalt, men tilsynet ønsker å være tilstede der sannsynligheten for skade er stor. De skal også være tydelig tilstede der sårbare grupper befinner seg. Sentralt i prioriteringsprosessen er diskusjoner om hva som egner seg som tilsyn og hvilket tilsyn man skal velge.

3. Status for psykisk helsearbeid i kommunene v/SHdir

Saken flyttes til neste møte.

4. Status for SAMDATA-anbudet v/Thorstein Ouren

Saken var ute på anbud høsten 2006, og SINTEF Helse har fått oppdraget. Det er skrevet kontrakt for 2 år.

5. Evaluering av Hjulet v/Thorstein Ouren

Styrings- og informasjonshjulet (Hjulet) skal først og fremst gi kommunene et styringsverktøy de kan bruke i sitt planleggings- og budsjettarbeid. I løpet av våren planlegges en evaluering ut mot kommunene for å skaffe informasjon om Hjulet oppfyller dette formålet. SHdir og SSB er i dialog for å utforme spørsmålene som skal stilles.

For 2007 gjennomføres prosessen med Hjulet som tidligere, og det utgis papirpublikasjoner (sammenligningstall) og elektroniske kommuneark.

6. Enhetlig regnskapstall hos SSB og SINTEF Helse v/Berit Emberland

Det ble innformert om arbeidet med å sikre et felles sett av publiserte regnskapstall (ensartet definert) for spesialisthelsetjenestene. Inntil nå har det foreligget to sett av offisielle tall. Ett publisert av SSB, og ett i SAMDATA tilknyttet SINTEF Helse. Prosjektet ble satt i gang i fjor med kartlegging av de to instansenes metoder.

På helseforetaksnivå har SSB og SINTEF Helse ulike kostnadstall. SSB gir statistikk for de totale kostnadene for et foretak, mens SINTEF Helse lager analyser på produktivitet og effektivitet knyttet til foretakets egen produksjon. Dette gir ulike tall på HF-nivå, men ulike kostnadsbegreper på HF-nivå burde i prinsippet ikke påvirke regions- og landstall.

Målet for 2007 er derfor å få like regions- og landstall. For å få dette til er det en forutsetning at et godt samarbeidsklima er til stede, og at det utvikles felles kontroller. All oppretting vil skje i en database, noe som eliminerer en del feilkilder. Jobben gjøres i SSB, men ferdig bearbejdede tall overleveres SINTEF jf. avtale. Det er allerede utviklet et felles logg- og revisjonssystem. Det skal være en felles kvalitetssikring, hvor de viktigste områdene skal rettes. Dersom definisjonene er forskjellige må dette kunne dokumenteres.

Ouren påpekte at det er stilt krav om at prosessen skal dokumenteres, og at det skal være et felles revisjonssystem. Er fornøyd med det arbeidet som er gjort hittil.

Hamberg synes også det er god progresjon i arbeidet. Han understreket at det er viktig å få inn data tidlig, men at det er vel så viktig å få til en tidlig publisering.

7. Status for IPLOS v/Thorstein Ouren og Bjørn Gabrielsen

Ouren orienterte om at det er nedsatt en bred sammensatt arbeidsgruppe som skal jobbe med endringer/videreutvikling av IPLOS. Det ble nevnt to hensyn som arbeidsgruppen må ta:

- 1) IPLOS skal brukes for å kvalitetssikre tjenestene som gis.
- 2) IPLOS må ivaretas som et statistikkverktøy.

Disse to hensynene kan kolliderer, og det er heller ikke enkelt å kvantifisere behov. Det skal også ses nærmere på hvordan IPLOS kan brukes i andre sammenhenger; for eksempel til kartlegging av demens.

Sundene uttrykte en bekymring for elektroniseringen av journaler, samt håndtering/feilbruk av personopplysninger. Her ble det av flere understreket at elektroniske journaler er vel så sikre som papirbaserte journaler, og at disse blir håndtert i henhold til regelverket. Det ble også understreket at IPLOS har strenge sikkerhetsvurderinger.

Gabrielsen orienterte om den pågående innsamlingen for perioden 1.3-31.12.2006. Siden forskriften trådte i kraft 1.3.2006 regnes dette som starttidspunkt for perioden. Alle kommuner skal levere, og innen fristen for innsending (28.2.2007) hadde 70 prosent kommet inn. At ikke alle har levert kan til dels forklares med at det har vært noen problemer med systemleverandørene.

Det har blitt gjennomført to prøveinnsendinger. En del kommuner hadde store kvalitetsforbedringer mellom første og andre innsending, men det gjenstår fremdeles en del for noen. Ingen hadde dårligere kvalitet fra første til andre innsending; kvaliteten var enten likt eller bedre. Det er utviklet et eget elektronisk revisjonssystem.

8. Rapporten utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren v/Thorstein Ouren

En årlig tilstandsrapport på helse- og sosialsektoren vil bli publisert i mai. Rapporten har som siktemål å presentere status og utviklingstrekk på sentrale områder innen helse- og sosialsektoren, samt gi faglige anbefalinger. Rapporten inneholder også to kapitler med spesialtema diabetes og tannhelse. Folkehelseinstituttet deltar i arbeidet med rapporten, og SSB er en sentral leverandør av statistikk.

Det jobbes også med en publikasjon bestående av 100 nøkkeltall for tjenesteområdene, folkehelse og levekår. Dette er en ren statistikkpublikasjon, med sammenligning over tid og med noen andre land. SSB vil være hovedleverandøren av tall. Rapporten publiseres samtidig med utviklingstrekkrapporten – og foreløpig bare i papirversjon.

9. Arbeidet med kvalitetsindikatorer innenfor KOSTRA sosialtjenesten v/SSB

Saken flyttes til neste møte.

10. Eventuelt

Kontaktutvalgets årsrapport for 2006 ble delt ut (SSB Notat 2007/14). SSBs tidsskrift Samfunnsspeilet nr. 1/2007 ble også delt ut, dette nummeret inneholder blant annet en artikkel om nordisk sosialstatistikk i 60 år samt en artikkel om helseøkonomi.

Neste møte i kontaktutvalget holdes torsdag 24. mai 2007. Møte vil bli avholdt i et større møterom med bedre fasiliteter.

Vedlegg B

SaL, 08.06.2007

Til stede:

Gunstein Sundene, Statens helsetilsyn
Bjørn Heine Strand, Folkehelseinstituttet
Thorstein Ouren, Sosial- og helsedirektoratet
Nina Ruth Kristoffersen, Sosial- og helsedirektoratet
Marit S. Kise, Sosial- og helsedirektoratet
Ingunn Torgerstuen Stensholt, Sosial- og helsedirektoratet
Marit Getz Wold, Statistisk sentralbyrå
Sandra Lien (ref), Statistisk sentralbyrå

Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 24. mai 2007

1. Arbeidet med kvalitetsindikatorer innenfor KOSTRA sosialtjenesten v/Marit S. Kise, SHdir

Det ble innledet med å presisere at SHdir ønsker å bruke begrepet sosialtjenesten, ikke sosialkontortjenesten som tidligere har vært brukt.

Utgangspunktet for arbeidet baserer seg på den nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten med tittelen "... og bedre skal det bli!". Tjenester av god kvalitet skal man få ved å styrke bruker, utøver og forbedre kunnskapens plass, forbedre ledelse og organisasjon samt følge med i og evaluere tjenestene. Indikatorene ble utviklet ved å se på struktur (interessenter/aktører og organisering), prosess (føringer/forutsetninger) og resultat (indikatorene).

Det ble spesielt fokusert på prosessen. I prosessens første steg ble det jobbet uten et prosessdokument. Det ble laget et notat som inneholder en avgrensning og en felles forståelse av tjenesteområdet. Det ble videre en debatt om hvilke deler av tjenesteområdet som hadde behov for informasjon om kvalitet, og hvilke dimensjoner ved kvalitet disse belyser. I prosessens annet steg ble de foreslåtte indikatorene bearbeidet og beskrevet i direktoratets mal.

Hovedpunktene i denne malen var:

- Definisjon
- Begrepsforklaringer
- Begrunnelse for indikatoren, inkl. referanser og evidensgrunnlag
- Datakilde, beskrivelse av teller og nevner
- Tolkning og publisering

Eksempler på foreslåtte indikatorer for sosialtjenesten:

- Gjennomsnittlig stønadstid
- Andel med stønadslengde mer enn 6 måneder
- Andel mottakere som har individuell plan
- Om det er gjennomført brukerundersøkelse
- Gjennomsnittlig saksbehandlingstid

I prosessens tredje steg står vurdering av indikatorene sentralt. Testkriteriene kan for eksempel være å vurdere om det som måles er relevant, om indikatoren belyser kvaliteten på tjenesten, om den kan brukes som styringsredskap, om data entydig registreres og forstås, om kommunene kan sammenlignes osv.

Erfaringene med dette arbeidet er nødvendigheten av å gå frem og tilbake mellom å beskrive og å vurdere indikatorene. Pilotutprøvingen og evalueringen er så vidt i gang. Det vil bli testet ut et evalueringsprosjekt samt pilotering i nettverk og hos andre aktører. I arbeidet videre blir det viktig å diskutere hva som egner seg til lokalt forbedringsarbeid, til sammenligning i nettverksarbeid og som nasjonale, obligatoriske indikatorer. Indikatorene må testes gjennom systematisk vurdering av forslagene samt utprøving av rapporterte tall, for å se hva disse sier om kvalitet. Kritiske suksessfaktorer ligger i å oppfatte og avklare bestillingen/føringene, skape en felles forståelse av hva kvalitet og kvalitetsindikatorer er og ikke er. Det er også viktig med brukerrepresentasjon. Det ble understreket at dette arbeidet vil ha overføringsverdi til andre områder.

Strand stilte spørsmål om hvor dataresultatene ble presentert. Det ble vist hvordan en av indikatorene presenteres på KOSTRA-sidene på www.ssb.no.

2. Orientering om HES og FHIs mulige deltakelse i dette europeiske samarbeidet v/Bjørn Heine Strand, FHI

Det planlegges en Europeisk helseundersøkelse gjennomført i 13 land, med Finland som prosjektleder. FHI er mulig deltaker. Undersøkelsen er ikke basert på spørreskjema, men det hentes inn personer for veiing og måling. Undersøkelsen vil ha nasjonale representative utvalg (bare voksne personer), og moduler etter mønster fra Health Survey for England (høyde, vekt, midjemål og blodtrykk). FHI er spesielt interessert i opplysninger om psykiske lidelser.

HES (Health Examinations Survey) har tre faser:

- 1) FEHES 2006-2008 – se på muligheten for å gjennomføre en slik undersøkelse.
- 2) PREHES 2008-2009 – gjennomføre en pilot med noen hundre mennesker.
- 3) Full scale HES i 10 land 2010-2012

FHI er med på PREHES, men videre deltakelse er mer usikker da fase 3 er svært kostbar. Videre deltakelse har flere fordeler. Det vil gi tall som ikke finnes i dag, man får sammenlignbare data, undersøkelsen er realistisk gjennomførbar og opplegget er metodesterkt. Ulempen vil være at FHI presses på tidsfrister.

Ouren stilte spørsmål om dette bare er en kartlegging eller om man også skal se på kosthold. Det vil være muligheter for spørreskjema, men dette er restriktivt.

Stensholt spurte om det bare er Norge, som ikke EU-medlemsland, som kan trekke seg ut av arbeidet. Det ble gitt som svar at alle land kan trekke seg ut.

3. Status for arbeidet med utvikling av statistikk for psykisk helsearbeid i kommunene v/Nina Ruth Kristoffersen, SHdir

Psykisk helsearbeid i kommunene har utviklet seg til å bli et stort fagfelt (ca. 9 000 årsverk), og det er behov for å kjenne helheten (ikke bare hva øremerkingen brukes til). I tillegg gir det mulighet for å følge med etter Opptrappingsplanen. Per i dag er Hjulet den eneste statistikkilde, med unntak av at det finnes noen opplysninger knyttet til de øremerkede midlene fra staten.

Forslagene om videreutvikling av statistikken er nå ute hos samarbeidskommuner og på en runde i direktoratet for å få tilbakemeldinger. Det planlegges en høringsrunde i juni, fulgt av en periode hvor innspillene bearbeides. Saken tas opp i arbeidsgruppene pleie og omsorg og kommunehelse i august/september. Deretter sendes forslagene ut til kommunene med frist 15. februar. Fra 2009 tenkes informasjon innhentet gjennom KOSTRA, men det legges ikke opp til individbaserte data.

Rapporteringen for 2007 og 2008 planlegges som følger (egentlig 3 skjema):

- A) Rapportering om kommunenes samlede innsats uavhengig av finansiering (ny).
- B) Rapportering om Opptrappingsplanen for psykisk helse (som tidligere).
 - Faktisk bruk av øremerkede tilskudd i 2007.
 - Planlagt bruk av øremerkede tilskudd i 2008.

Skjema for aktiviteten i 2007 vil bli sendt ut i høst.

I avgrensningen av målgruppen har man kommet frem til å inkludere brukere av kommunale tjenester, fra mennesker med lettere psykiske vansker til mennesker med mer alvorlige psykiske lidelser uavhengig av alder. Psykiske problemer er en samlebetegnelse. Datagrunnlaget skal belyse tjenestetilbudet til denne målgruppen. Generell forebyggingsaktivitet vil ikke bli fanget opp.

Det planlegges å samle inn opplysninger om:

- Kroner: Brukermedvirkning i organisert form (i 1 000 kr). Midler til organisasjoner og andre midler som er brukt for å sikre brukermedvirkning på systemnivå, men tiltak overfor enkeltpersoner knyttet til deres brukermedvirkning i egen behandling skal ikke med.
- Årsverk:
Voksne: Heldøgnsbistand i boliger for mennesker med psykiske lidelser. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse. Aktivitets- og/eller dagsenter. Andre aktiviteter, kultur- og fritidstilbud. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.
Barn/unge: Helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. Aktiviteter, kultur- og fritidstilbud.
- Personell: Etter ulike typer utdanning, samt sum antall årsverk.
- Resultater: Personer med tilbud om arbeidstiltak i kommunal regi i løpet av året. Antall voksne, barn og unge som har hatt støttekontakt i løpet av året. Antall familier med avlastning, og familier som mottar omsorgslønn. Antall aktivitetssentre hvor brukerne har avgjørende innflytelse. Om kommunen har skriftlige rutiner med DPS eller BUP.
- Organisering: Fire modeller ble omtalt. Disse skiller mellom om arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, om kommunen har etablert en egen ”psykiatritjeneste” med spesialisert personell som bare jobber med psykisk helsearbeid, om det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid i stab hos rådmannen/hos helse- og sosialsjefen, eller om psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske problemer benytter.

Ouren stilte spørsmål om tallene skal presenteres i KOSTRA og evt. når. På nåværende tidspunkt er det ikke tatt noen avgjørelse om dette.

4. Publikasjonen ”100 nøkkeltall for helse- og sosialsektoren” v/Ingunn Torgerstuen Stensholt, SHdir

Nøkkeltallsrapporten, som ble delt ut, gis ut for første gang. Formålet er å gi en tallmessig oversikt over status og utviklingstrekk på helse- og sosialområdet, og rapporten retter seg mot de som planlegger, vurderer, treffer tiltak og følger opp denne sektoren.

I rapporten presenteres 100 nøkkeltall innenfor SHdirs virksomhetsområder:

- Levekår
- Folkehelse
- Sosiale tjenester
- Primærhelsetjenester
- Spesialisthelsetjenester

Nøkkeltallene gir en fremstilling for hele landet, på helseregionsnivå, etter KOSTRA kommunegrupper samt internasjonale sammenligninger der det er relevant og mulig. Fagavdelingene i SHdir har stått bak vurderingen av hvilke nøkkeltall som er mest sentrale og følgelig blitt inkludert i rapporten. Nøkkeltallene baserer seg i hovedsak på data fra SSB, Sintef Helse/Samdata og Norsk Pasientregister. Det finnes i tillegg en rekke nøkkeltall og indikatorer under utvikling som kan erstatte eller komme i tillegg i neste års utgave.

SHdir er nå i gang med å evaluere prosessen og rapporten, samt å planlegge neste års rapport. De ønsker å forankre rapporten både internt og eksternt, og planlegger blant annet å nedsette en arbeidsgruppe som kan bidra til fruktbare diskusjoner om utvalget og sammenstillingen av tall.

5. Publikasjonene ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren” v/Thorstein Ouren, SHdir

Publikasjonen er en årlig analyserapport som SHdir lager, hvor hensikten er å gi ny innsikt i helse- og sosialsektoren for å bidra til god utvikling. Rapporten skal peke på nye utfordringer og utviklingstrekk, og ikke evaluere pågående satsinger innen helse- og sosialsektoren. Målgruppen er beslutningstakere, ledere og ansatte i helse- og sosialsektoren, fagmiljøer, media og publikum generelt.

2007-rapporten, som ble delt ut, har hovedfokus på barn og unge. De fem første kapitlene avspeiler SHdirs prioriterte virksomhetsområder (presentert under sak 4), og det gis analyser, vurderinger og anbefalinger. I tillegg er det to utdypningskapitler om diabetes og tannhelse, og til slutt et kapittel om strategisk viktige områder som kvalitetsarbeid, IT, personell og beredskap. 2006-rapporten hadde fokus på sosial ulikhet i helse samt eldrebølgen. I løpet av en fireårsperiode er målet å dekke de fleste viktige områder innen sektoren.

Kise etterlyste referanser til andre kilder der de samme nøkkeltallene benyttes.

6. Oppfølging av monitoreringsseminaret v/Thorstein Ouren, SHdir

SHdir arrangerte 11. april 2007 et monitoreringsseminar om helse- og sosialtjenester hvor datafangst og bruk av data var et sentralt tema. Ulike aktører var invitert for å informere om hvilken rolle de hadde innenfor helse- og sosialsektoren, hvilke datamaterialer man er i besittelse av og hvilke utfordringer og planer de har fremover. Det ble blant annet diskutert hvordan man skal få til en strømlinjeformet tilgang til de tall som finnes for sektoren; hvordan få til et system for samordning av data. Dette for å unngå at det samme hentes inn av flere på ulike måter.

Det vil komme et referat fra seminaret, og SHdir vil følge opp prosessen som er startet.

7. Eventuelt

Fra SSBs side ble det stilt spørsmål om alle var fornøyd med at referatene fra Kontaktutvalget blir godkjent per e-post. Ingen hadde motforestillinger, så praksisen fortsetter.

Vedlegg C

SaL, 27.09.2007

Til stede:

Gunstein Sundene, Statens helsetilsyn
Else-Karin Grøholt, Folkehelseinstituttet
Nina Ruth Kristoffersen, Sosial- og helsedirektoratet
Linda Haugan, Sosial- og helsedirektoratet
Tonje Ek Brunvoll, Arbeids- og velferdsdirektoratet
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Elisabetta Vassenden, Statistisk sentralbyrå
Marit Getz Wold, Statistisk sentralbyrå
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Elin Skretting Lunde, Statistisk sentralbyrå
Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå
Kurt Jonny Einarsen, Statistisk sentralbyrå
Sandra Lien (ref), Statistisk sentralbyrå

Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 14. september 2007

1. StatRes – spesialisthelsetjenesten. Hvor står prosjektet nå? v/Kurt Jonny Einarsen, SSB

StatRes står for Statlig ressursbruk og resultater, og prosjektet har som hovedformål å utvikle statistikk om forholdet mellom statens ressursbruk og resultater. Her skal den mest sentrale statistikken samordnes og presenteres basert på eksisterende datakilder. Indikatorene skal publiseres som offisiell statistikk på ssb.no, og på sikt skal hele statsforvaltningen dekkers. Hovedmålgruppen er allmennheten.

Forprosjektet for StatRes startet våren 2005. I første fase ble den faglige modellen utviklet og piloter ble rekruttert. I fase to ble en ny publiseringsløsning samt indikatorer for de fire pilotområdene utviklet. Pilotområdene er spesialisthelsetjenesten, barnevern, universitet og høyskoler samt miljø. StatRes har sin første publisering 25. oktober 2007 med indikatorer for alle pilotområdene foruten miljø. Det blir en begrenset første publisering, kun basert på allerede publiserte statistikk i SSB. Det blir ikke publisert noen indikatorer for resultater og enhetskostnader/produktivitet, men 23 indikatorer for ressursinnsats og aktiviteter.

Forprosjektet for helsepiloten startet høsten 2005, og i april 2007 ble en ordinær pilot arbeidsgruppe etablert. SSB, Shdir, Kunnskapssenteret og Sintef Helse (Samdata) deltar i denne. I arbeidet med resultatindikatorer bidrar også Forskningsavdelingen i SSB. Resultatindikatorene bør i størst mulig grad fange opp spesialisthelsetjenestens eget bidrag til resultater i form av forbedret helse ("Helsetjenestebidragsindikatorer"). De jobber også med et prosjekt som vil se på utviklingen i dødelighetsrater for kreft, korrigert for sosial bakgrunn. Her vil det være en tett dialog med helsemyndighetene/arbeidsgruppen.

Til nå har gruppen konkretisert en faglig modell, kartlagt sentrale målsetninger, kartlagt spesialisthelsetjenestens egenart, kartlagt datagrunnlaget samt drøftet hvordan StatRes kan innpasses i forhold til andre aktører. Arbeidet med å lage forslag til indikatorer er nettopp startet, og dette vil slutføres i form av en rapport med forslag til indikatorer på lengre sikt. Følgende eksempler på foreslåtte indikatorer ble gitt:

- 1) Indikatorer for ressursinnsats: Driftsutgifter, personellinnsats, personellkompetanse, kvalitet og bruk av medisinsk utstyr.
- 2) Aktivitet/tjenesteproduksjon: Antall DRG-poeng, liggedøgn, polikliniske konsultasjoner, omfanget av operasjoner, andel reoperasjoner, gjennomsnittlig ventetid og liggetid, pasienterfaringer, ansattes jobbtilfredshet, korridorpasienter, sykehusinfeksjoner.
- 3) Resultater: Overlevelsesrater, behandlingsresultater, levealdersindikatorer som QUALYs og DALYs, overgang fra sykehusbehandling til arbeidsliv.
- 4) Enhetskostnader, kvalitet og effektivitet: Kostnader per DRG-poeng, kostnader per pasient, årsverk per DRG-poeng, Shdirs kvalitetsindikatorer, forskningsbaserte effektivitetsstudier.

For å kvalitetssikre eget arbeid samt bygge nettverk deltar SSB i internasjonale prosjekter. Et OECD/Eurostat prosjekt for kvalitetsjustert beregning av volumet av tjenesteproduksjonen for helse og utdanning i nasjonalregnskapet gir oss internasjonale retningslinjer for valg av indikatorer. Prosjektet benytter samme modell som StatRes. Andre internasjonale prosjekter som OECDs "Government at a Glance 2009" og "Health Care Quality Indicators" kan på sikt gi oss muligheter for å publisere internasjonale indikatorer i StatRes.

Det ble understreket at publiseringsløsningen baserer seg på Statistikkbank-løsningen. Det blir i tillegg laget en hjemmeside hvor overordnede tall blir presentert med supplerende statistikk i Statistikkbanken.

Kristoffersen spurte om det vil bli gjort noen analyser av indikatorene. Forskningsavdelingen i SSB vil analysere og publisere noen av indikatorene. De ser blant annet på helsetjenestens bidrag til bedre helse. Seksjon for metoder og standarder i SSB vil gjennomføre faktoranalyser for å avdekke hvilke indikatorer som betyr mest.

Grøholt stilte spørsmål om hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelse av resultatindikatorer. Det er vektlagt indikatorer som skiller ut eksterne faktorer. Indikatorene må være forskningsbaserte, samtidig må det være konsensus om dem i arbeidsgruppen.

Lunde spurte om hvilke datakilder som skal benyttes for å lage de foreslåtte indikatorene. Her ble det presisert at ikke alle forslagene er realitetsforankret, og at det per i dag ikke finnes datagrunnlag for alt. Etter råd fra metodeseksjonen har man tenkt litt fritt, deretter silt ut det som er bra og hvor man i tillegg har data av tilfredsstillende kvalitet. Noen nye datakilder har også blitt tatt i bruk, det gjelder spesielt for utdanning.

Nørgaard informerte om at arbeidet med barnevernspiloten har kommet noe lenger enn piloten for spesialisthelsetjenesten.

Ek Brunvoll orienterte om at NAV har en del opplysninger om legetjenester, men at disse ikke er publisert.

Vassenden påpekte at StatRes-publiseringsen skjer før neste kontaktutvalgsmøte, og lenken til hjemmesiden bør sendes ut til kontaktutvalgets medlemmer når denne er på plass.

2. Status for arbeidet med revisjon av funksjonskontoplanen for spesialisthelsetjenesten v/Shdir
Saken ble utsatt grunnet fravær.

3. Levekårsundersøkelsen. Utnytter vi resultatene på en god og samordnet måte v/Shdir
Shdirs innlegg ble utsatt grunnet fravær.

Ramm orienterte om levekårsundersøkelsen i 2008 som vil ha helse som tema. Helse var sist gang tema i 2005. Undersøkelsen er temaroterende også innenfor helse. I 2008 vil fokus være på eldre og

funksjonshemmede, mens barn var tema i 2005. Intervjuundersøkelsen har et nettutvalg på 3 500 personer, men ved de to siste helseundersøkelsene har utvalget vært doblet.

SSB vil invitere Shdir, aktuelle departementer og FHI til samarbeid (invitasjonsbrev). SSB planlegger også et møte i oktober med Shdir og FHI for å evaluere det som ble samlet inn i 2005 og utnyttelse av materialet.

Kristoffersen orienterte om Shdirs og FHIs samarbeid for å analysere materialet fra 2005 (utsatte grupper, barn og unge). Det ble spurt om SSB har noen oversikt over eksterne brukere, ev. hvilke analyser/prosjekter dataene brukes til. En slik uttømmende oversikt har ikke SSB.

4. Ny pasienttellingsundersøkelse i psykisk helsevern v/Nina Ruth Kristoffersen, Shdir

Det har fra 1979 blitt gjennomført landsomfattende registreringer av pasienter ved døgnavdelinger i det psykiske helsevernet for voksne. Senere er registreringene utvidet til pasienter ved voksenpsykiatriske poliklinikker, privatpraktiserende spesialister og psykisk helsevern for barn og unge. Det er i tillegg gjennomført egne brukerundersøkelser.

Den nye undersøkelsen gjennomføres for å få informasjon som kan supplere registeropplysninger. Følgende registrering vil bli foretatt for voksne, barn og unge:

Voksne:

- Alle innlagte pasienter ved døgnavdelinger blir registrert en dag i november 2007.
- Alle pasienter som mottar behandling ved psykiatriske poliklinikker registreres i løpet av en 14-dagers periode våren 2008.
- Pasienter under behandling hos privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer registreres i den samme perioden.

Barn og unge:

- Alle pasienter som er under behandling ved døgn/dagenheter en dag i november 2007.
- Alle pasienter som mottar et direkte eller indirekte tiltak i løpet av en 14-dagers periode våren 2008.

Det vil i tillegg bli gjennomført brukerundersøkelser for noen av gruppene. Det samles inn opplysninger om karakteristika om pasientene og behandlingstilbudet; sosialdemografiske opplysninger, informasjon knyttet til innleggelse, status for pasienten på registreringstidspunktet. Dette gir innsikt i hva som karakteriserer pasienter innlagt under tvungent psykisk helsevern, grunnlag for kostnadsnøkler til bruk i rammefinansieringen av psykisk helsevern og rus samt at det er et viktig grunnlag for styring og planlegging av ressurser og kapasitet innen sektoren.

Etter planene skal et skjema være klart i oktober, med innsamling fra november til april. Endelige rapporter vil for voksne døgnpasienter komme sommeren 2008, for voksne pasienter ved poliklinikker i første kvartal 2009, og for barn og unge rundt nyttår 2008/2009.

I følge Getz Wold stilles tilsvarende spørsmål i norsk pasientregister, og hun lurte på hvorfor man gjennomfører en slik undersøkelsen. Kristoffersen svarte at man av erfaring vet at pasienttellingen har et bedre omfang og at kvaliteten er bedre sammenlignet med dataene i pasientregisteret. I pasientregisteret vet man for eksempel ikke hvor mange som er til behandling. SSB er åpne for videre kontakt for å dele sin kompetanse opparbeidet blant annet gjennom samarbeidet med Sintef Helse om Samdata. Kristoffersen sender skjemaet som informasjon til SSB (Lunde) når det er ferdig.

Sundene var opptatt av om det kommer frem data om overbelegg. Dette er ikke satt opp på analyselisten. Registreringene er ikke løpende i løpet av et år, og man vil trolig ikke ha belegg for å si noe om overbelegg.

Vassenden oppfordret Shdir til å informere arbeidsgruppen i spesialisthelsetjenesten om undersøkelsen.

5. Prosessen med årets vellykkede samarbeid med Samdata v/Marit Getz Wold, SSB

Sosial- og helsedepartementet startet SAMDATA-publikasjonene på 1980-tallet. SSB har samlet inn tall, men både SSB og Sintef Helse har foretatt hver sin revisjon. Hovedproblemet har vært på regnskapssiden hvor det har blitt presentert to forskjellige tall for de totale driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten. For 2005 lå SSB sine tall 1,9 milliarder over Sintef Helse sine, uten at avviket ble forklart eksternt. Det har blitt gjort flere forsøk på å rett opp i avviket, men man har ikke kommet helt i mål.

I et referat fra møte i Shdir november 2006 ble følgende oppsummert. Det skal utarbeides en felles revisjonsmal som stegvis beskriver prosessen fra rådata til publisering, og være forpliktende for SSB og Sintef Helse fra og med behandlingen av tallene for 2006. Informasjonsplikten skal være gjensidig. Videre skal de to institusjonene bli enige om å avslutte arbeidet med revisjonen på samme tid. Med dette som bakgrunn startet SSB og Sintef Helse en omfattende samarbeidsprosess. Prosessen besto av møter mellom partene, en runde med informasjon og dialog med landets helseforetak og de regionale helseforetakene, drøftinger i arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten, hyppig dialog på telefon og e-post samt at Sintef Helse hospiterte i SSB da rettingene ble lagt inn i SSBs base. Revisjonen ble avsluttet samtidig.

Noen utfordringer består fremdeles. Problemer med revisjon skyldes i stor grad svakheter i føringene ute i sektoren. Spesielt problematisk er ulik føring mellom helseforetakene på feltene gjestepasienter, intern handel, interne finanstransaksjoner og kjøp av tjenester hos private.

Proessen har redusert avviket mellom de totale driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten fra 1,9 milliarder til ca. 350 millioner (0,43 prosent). Årets samarbeid mellom SSB og Sintef Helse var vellykket, og målet om felles tall for samme begrep ble i all hovedsak innfridd. Samarbeidet med utgangspunktet i Samarbeidsavtalen fortsetter, og revisjonsmal og tidsplaner skal revideres. Det jobbes også videre med å redusere avviket på ca. 350 millioner.

6. Eventuelt

Vassenden orienterte om en kommende SSB-publikasjon om historisk helsestatistikk i serien Statistiske analyser. Det blir trolig arrangert et presseseminar i forbindelse med publiseringen. Invitasjon vil bli sendt til medlemmene i Kontaktutvalget.

Kristoffersen informerte om Shdirs arbeid med å lage eget skjema for psykisk helsearbeid i kommunene (omtalt på forrige møte i Kontaktutvalget). Etter en høringsrunde som ga mange gode og detaljerte innspill, er Shdir nå i ferd med å ferdigstille skjemaet. Utsendelse til kommunene vil skje i oktober. Planen er å innhente opplysningene gjennom KOSTRA fra og med 2009.

Ek Brunvoll orienterte om en kommende rapport om statistikk over legekonsultasjoner i 2006. Per tidspunkt er den til høring i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Rapporten vil gi helt nye tall hentet fra register.

Elin Skretting Lunde overtar som sekretær i Kontaktutvalget etter Harald Tønseth.

Vedlegg D

esl, 09.12.2007

Til stede:

Thorstein Ouren, Sosial- og helsedirektoratet
Linda Haugan, Sosial- og helsedirektoratet
Kari Rolstad, Kommunenes sentralforbund
Jon Petter Nossen, Arbeids- og velferdsdirektoratet
Halfdan Brandtzæg, Helse- og omsorgsdepartementet
Jorun Ramm, Statistisk sentralbyrå
Nina Brøyn, Statistisk sentralbyrå
Marit Getz Wold, Statistisk sentralbyrå
Åsne Vigran, Statistisk sentralbyrå
Elisabeth Nørgaard, Statistisk sentralbyrå
Elin Skretting Lunde (ref), Statistisk sentralbyrå

Referat fra møte i Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 30. november 2007

Referat fra forrige møte 14. september var tidligere sendt ut og godkjent.

Presentasjon av ny rapport basert på konsultasjonsstatistikk fra 2006, v/ NAV

Jon Petter Nossen fra NAV (Arbeids- og velferdsdirektoratet) har utarbeidet en rapport basert på konsultasjonsstatistikk fra 2006: *Hva foregår på legekantorene?* (NAV-rapport 4/2007). Statistikken er basert på regningskortene som legene får refusjon for. Tidligere var det kun årlige takstbruksundersøkelser som dekket 1/6 av oppgjørene for det enkelte år, noe som medførte at store mengder data ble slettet etter hvert. I 2005 ble det innført et nytt fagsystem med navnet KUHR (Kontroll og Utbetaling av HelseRefusjoner). Her lagres alle legeoppgjør utenfor institusjon fra hele landet, og det er disse dataene som kan benyttes til statistikkformål. KUHR omfatter også oppgjør med poliklinikker, laboratorier og røntgeninstitutter og ca halvparten av fysioterapeutene som får refusjon. På sikt skal det utvides til å omfatte enda flere helserefusjonsområder.

Det har vært stor interesse for det nye datasystemet, som gir mulighet for detaljert statistikk og kontroll av utbetalinger til legene. Statistikken vil være interessant for både eksterne og interne brukere, også helsepersonell vil ha god nytte av den. Det er lagt liten vekt på styringsdata i rapporten. Statistikken dekker kun leger som får refusjon fra NAV. Datagrunnlaget omfatter bare krav innsendt elektronisk eller på CD eller diskett. Det vil si at alle papirkravene faller bort, det utgjør ca 3 prosent av alle kravene fra fastlegen, 5 prosent av kravene fra legevakt og 15 prosent av kravene fra privatpraktiserende spesialist. Det er justert for frafallet i rapporten. En del takster gir ikke grunnlag for refusjon og da blir ikke alltid informasjonen videresendt til NAV, dette varierer fra journalsystem til journalsystem. NAV skal sjekke om det er mulig å gjøre noe med dette.

Statistikken er bygget opp som en datavarehusløsning. Det var opprinnelig planlagt at data skulle publiseres på internett via en statistikkbank-lignende løsning. På grunn av sammenslåingen av ulike etater (opprettelsen av NAV), ble dette arbeidet utsatt og løsningen ble å publisere data i form av en analyserapport isteden. Fra 2009 skal SHdir etter planen overta hele helserefusjonsområdet fra NAV.

Helsetjenester er derfor ikke det prioriterte området i oppbyggingen av et datavarehus i NAV. Muligheten for årlige statistikkrapporter er til stede, men det er ikke tatt noen avgjørelse ennå. Det nye systemet muliggjør tidsserier fra og med 2006. Datagrunnlaget er godt for fastlegene og legevakt, noe dårligere for spesialister og dårligst for psykiatere.

Statistikken omfatter takstkoder og disse blir gruppert sammen til henholdsvis konsultasjoner, sykebesøk og andre legekontakter. I rapporten er det spesielt konsultasjonene som har blitt vektlagt. Utbetalt refusjon fra folketrygden, utbetalt refusjon av egenandeler, egenandeler belastet pasienten (alt i kroner) er også med.

Datagrunnlaget inneholder også disse kjennetegn:

- Kontakttidspunkt
- Utbetalingstidspunkt
- Oppgjørsenhet (NAV's seks regionale oppgjørsenheter)
- Praksistype
- Kjennetegn ved legen: praksiskommune, kjønn og alder
- Kjennetegn ved pasienten: bostedskommune, kjønn og alder
- Takstkategori og takstkode
- Hoved- og bidiagnose (ICPC-2 / ICD-10)

Data sier noe om takstbruken blant legene og har for eksempel vist at spesialistene har ført takstkoder som tyder på at de også behandler en del enkle lidelser som skulle vært behandlet av fastlegen.

Det ble stilt spørsmål om legene som har sendt inn papirkrav blir registrert hos NAV. NAV orienterte om at kravene blir registrert, men ikke informasjon om pasientkontaktene som ligger til grunn. Det ble stilt spørsmål om det var mulig å scanne inn disse opplysningene for å få ned frafallet, men det vil være altfor tidkrevende med 1 million papirkrav i året. En mulighet er at legene blir pålagt å levere elektronisk.

SSB fremhevet hvilket spennende prosjekt konsultasjonsstatistikken er og fordelene ved at vi nå har mye mer informasjon om allmennlegetjenesten enn tidligere via NOKLUS sine laboratoriedata, SEDAs journaluttrekk og NAVs regningskort. Det setter fastlegene i et mye større perspektiv. SSB stilte spørsmål om legeforeningen har vært involvert i prosjektet og hvilket syn de har på denne statistikken, da de tidligere har vært skeptiske til den dobbeltrollen daværende Rikstrygdeverket kom i som kontrollinstans og statistikkprodusent. Her ble det informert om at Legeforeningen ikke har blitt forespurt underveis i arbeidet med rapporten.

SHdir fremhevet at denne statistikken revolusjonerer kunnskapen om fastlegene og er veldig nyttig for SHdir. HOD har bedt SHdir å utvikle en plan for hvordan data om fastlegene kan samles inn, denne må foreligge før sommeren. Det er krav om både nasjonal statistikk og styringsdata, og system for tilbakeføring av data til den enkelte lege for kvalitetsutvikling i egen praksis (praksisprofiler).

Det ble stilt spørsmål ved det juridiske aspektet ved KHUR. NAV orienterte om at det foreløpig ikke er lagt planer for oppfølgingen av statistikken, men opplyste samtidig om at det er en mulighet å lage jevnlig rapporter, via datasystemet. Det er ikke lagt planer for å utvikle lignende statistikk for andre områder innen helserefusjoner enn leger.

Status for arbeidet med revisjon av funksjonskontoplanen for spesialisthelsetjenesten v/SHdir

Thorstein Ouren i SHdir orienterte om at arbeidet med revisjon av funksjonskontoplanen ligger før tidsplanen. Spesialisthelsetjenestens funksjonskontoplan følger samme logikk som KOSTRAS kontoplan. Begrepet funksjon fokuserer på hvilke typer behov tjenestene skal dekke. Funksjonsbegrepet skal være uavhengig av hvilke typer tjenester som er etablert og hvordan disse tjenestene er organisert, men dette er vanskelig å få til i praksis. Målet er enhetlig føring fra oppgavegiverne, dvs fra de regionale helseforetak, helseforetak og institusjoner.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som eier funksjonskontoplanen og det har lenge vært behov for en skikkelig gjennomgang av denne. Oppgavegiverne har også behov for et sted de kan henvende seg til, for å få råd om føring av regnskap. Det er en felles oppfatning at kontoplanen er for detaljert med sine 31 forskjellige funksjoner, som varierer fra store og tunge somatikkfunksjoner til små, mer spesielle funksjoner som personellbarnehager. Videre er kontoplanen for dårlig tilpasset styringsformål.

Den omfattende revisjonen som nå er i gang skal danne utgangspunktet for en sterkt revidert kontoplan. Som ett ledd i denne gjennomgangen er et konsulentfirma hyret inn for å undersøke hvordan behovet er hos de som bruker planen. Foreløpig vurdering tyder på at funksjonskontoplanen kan forenkles mye – at antall funksjoner kan reduseres kraftig. Arbeidet er forankret i Arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenester, og endelig forslag til ny funksjonskontoplan skal drøftes og vedtas i arbeidsgruppens møte i november 2008.

SHdir påpekte også at det er viktig å se på om artskontoplanen kan dekke noen av de behov som finnes i dag. Det ble påpekt at SSB har spesielle forpliktelser i henhold til internasjonal rapportering. SSB pekte på at Nasjonalregnskapet blant annet har behov for å kunne skille ut de privatpraktiserende legene, psykologene og psykiaterne. SSB anser revisjonen som en nyttig og viktig prosess, som vil bidra til en kvalitetsøkning gjennom forenklingen.

KS understreket at det er bra med færre funksjoner, men er mer skeptisk til inndelingen mellom somatikk og psykiatri. Det ble stilt spørsmål om alle de nye områdene som for eksempel samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og etater, kommer godt nok frem. SHdir presiserte at funksjonskontoplanen dreier seg om føring av kostnader.

Informasjon om prosjekt for helhetlig informasjonsforvaltning innen spesialisthelsetjenesten v/SHdir

Linda Haugan fra SHdir orienterte om det nye Informasjonsforvaltningsprosjektet innenfor spesialisthelsetjenesten. Formålet er å få en helhetlig informasjonsforvaltning innenfor dette fagområdet. Denne skal gå gjennom alle prosesser fra registrering i et datasystem, til innsending av data, bearbeiding og presentasjon. Bakgrunnen for prosjektet er behovet for en samlet oversikt og en antakelse om at det samles inn for mye data, av og til feil type data, at enkelte data innhentes på en lite hensiktsmessig måte og at det kan finnes interessante data som ikke blir samlet inn noe sted.

Det er også andre utfordringer som ønskes kartlagt, slik som ulike tall for samme begrep. Begrepsbruken generelt, bruk av tallene og kvaliteten vil sjekkes ut. Det vil bli etablert et prosjekt, invitasjonene til deltakelse i styringsgruppen og i prosjektgruppen er allerede sendt til de aktuelle deltakerne. Det er planlagt å ha med deltakere fra Folkehelseinstituttet, de regionale Helseforetakene, Kunnskapsenteret og SSB, samt eventuelt også Helsetilsynet. Det har vært tre møter i høst i en arbeidsgruppe som har utarbeidet et forslag til et prosjektdirektiv.

Prosjektet skal utarbeide en rapport til HOD innen utgangen av 2008. Det er ulike trinn i prosessen. Et trinn vil være å kartlegge dagens dataflyt, for deretter å se den opp mot aktørenes behov. Prosjektets avsluttende trinn er å foreslå tiltak for å få en bedre informasjonsforvaltning. Prosjektet vil underveis innhente erfaringer fra andre land det er naturlig å sammenlikne seg med, som f. eks. Danmark. I prosjektet skal pågående prosesser/prosjekter kartlegges. F. eks. er funksjonskontoplanen et av flere prosjekter som foregår innenfor området. Det blir viktig å få vite om alle de andre prosjektene som foregår og sy sammen informasjonen. Det er meningen at prosjektet helhetlig informasjonsforvaltning skal være ”en satellitt på toppen”, som skal foreslå tiltak for å oppnå en mer helhetlig, samordnet og godt behovstilpasset informasjonsforvaltning innen spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet var ikke med i arbeidsgruppen, men er invitert til å sitte i både styringsgruppe og prosjektgruppe. SSB får en observatørrolle i styringsgruppen (fordi SSB ikke er underlagt de sentrale helsemyndighetene, slik de andre partene, og styringsgruppen derfor ikke har beslutningsmyndighet ovenfor SSB). SSB vil sitte som vanlig deltaker i prosjektgruppen.

KS etterlyste mulighetene til å følge en pasient på tvers, mellom de ulike nivåene i helsevesenet. Det bør utvikles statistikk om dette. SHdir orienterte om at grunnen til at man starter med spesialisthelsetjenesten er at arbeidet mot første- og annenlinjetjenesten krever to ulike tilnærminger, og at det derfor er mest rasjonelt å tenke arbeidet i flere trinn. Det er imidlertid viktig at primærhelsetjenesten er tett på prosjektet, slik at man får en sømløs overgang til et tilsvarende prosjekt for primærhelsetjenesten

KS la vekt på at nasjonale helsemyndigheter ofte starter opp med spesialisthelsetjenesten og sjelden rekker helt frem til primærhelsetjenesten. Det bør også ses på utviklingen mellom de to tjenestenivåene, men at det ikke er noen som har tatt tak i dette ennå. Hun ønsker seg et prosjekt på området. SHdir påpekte at ønsket selvfølgelig er gode samhandlingsdata og mulighet til å beskrive forløp, blant annet for å måle resultat kvaliteten, men at tre grunnleggende forutsetninger må være på plass: elektronisk samhandling, felles språk og individbaserte data. KS mener at det er viktig å starte opp et sted og at det ikke forventes til alle forutsetninger er tilstede før dette gjøres.

Det var enighet om å ta dette temaet opp igjen på et senere møte i Kontaktutvalget. SSB foreslo at temaet også tas opp på neste møte i Statistikkrådet.

Informasjon om ny undersøkelse om svangerskapsomsorg v/SHdir

Thorstein Ouren fra Sosial- og helsedirektoratet informerte om et nytt hasteprojekt, som er basert på Dok.8:33 fra 2005, hvor flere stortingsrepresentanter påpekte omfanget av sykdommer og plager knyttet til svangerskap, fødsel og barselperioden, for eksempel fødselsdepresjon, bekkenløsningsplager eller tvilling- og flerfødsler. Det skal undersøkes i hvilke grad disse kvinnene og familiene får nødvendig hjelp i hjemmet. Det er ønskelig å kartlegge alle behov og all bistand til denne gruppen. Det er SHdir som er oppdragsgiver, mens SSB ved seksjon for helsestatistikk, er utførende enhet og skal samle inn data. Det er utviklet et spørreskjema som skal sendes alle helsestasjoner i kommunen og bydelene i Oslo, hvor adressaten er ledende jordmor/helsesøster. Skjemaet fokuserer på tjenester, hjelpen kvinnene mottar og behovet for husmorvikar/hjelp i hjemmet. Det har allerede vært utført en pilot i tre kommuner og tre bydeler. Skjemaet er straks ferdig utviklet og vil da gå ut til alle landets kommuner. Skjemaet sendes ut via e-post. Svarfristen er 14. desember og det vil bli sammenstilt data innen utgangen av året.

SSB orienterte om at tidsplanen skal holde, så lenge det ikke blir nødvendig med mange purrerunder. De involverte i prosjektet har jobbet svært effektivt med skjemaet og hele tiden vært i nær dialog med oppdragsgiver. I denne omgang er det et begrenset antall spørsmål som stilles. SHdir presiserte at de i etterkant vil se på resultatene og vurdere om det kan være aktuelt å ta inn noen av spørsmålene i KOSTRA på permanent basis.

KS stilte spørsmål ved muligheten til å få svar på alle de ulike ordningene som finnes når skjemaet bare går til helsestasjonene, da de bare er en liten del av den kommunale virksomheten. Hjelp til praktisk bistand ligger for eksempel hos pleie- og omsorgstjenesten. Det ble pekt på at tidsfristen er vel kort. SSB presiserte at skjemaet bare skal gi et anslag. Når det gjelder kunnskapen til de som mottar skjemaet, så er det en forutsetning at disse henter inn den nødvendige informasjonen i andre deler av kommunen. I piloten var de positive til fremgangsmåten. SSB la til at det finnes litt informasjon i barnevernsstatistikken om dette.

Orientering om hvordan kvalifiseringsstønad er tenkt håndtert i statistikken v/SSB

Elisabeth Nørgaard fra SSB informerte om hvordan innføringen av en ny stønad er tenkt håndtert i neste års statistikk. Kvalifiseringsprogrammet innføres fra 1.1. 2008, og stønaden skal stimulere og motivere målgruppen til å komme seg ut i arbeidslivet. Det vil bli viktig å lære av den gangen introduksjonsstønad ble innført i 2003, midt i året, noe som gav en sammenblanding av sosialhjelpstall og introduksjonsstønadstall i både 2003 og 2004. Denne gangen skal kommunene registrere fra og med 1. januar, noe som er en stor fordel for SSB. Det er tatt inn noen spørsmål om kvalifiseringsprogrammet i KOSTRA skjema 11 – Individmottakers viktigste kilde til inntekt. Her skal man kunne krysse av for kvalifiseringsstønad, arbeidssituasjon og hvilke måneder man har mottatt denne stønaden. Det er også utviklet en ny regnskapsfunksjon i KOSTRAS funksjonskontoplan, funksjon 276, hvor utgifter til stønaden vil bli ført. Kommunene må skille mellom sosialhjelp, introduksjonsstønad og kvalifiseringsstønad, både for mottakerne og administrasjon når de fører regnskap.

SHdir la vekt på at det var veldig bra at dette har blitt ordnet på så kort tid, og fremhevet at det er viktig å være i forkant for å unngå samme type problemer som den gangen introduksjonsstønad ble innført. SSB la til at det også var bra at innføringen av stønaden er på begynnelsen av regnskapsåret i stedet for midt i.

Eventuelt

SHdir orienterte om at de har vært i kontakt med Johan-Kristian Tønder fra SSB i forbindelse med et møte i Statistikkrådet, og at de der ble enige om at FHI, SSB og SHdir skal ha et snarlig møte for å diskutere internasjonal rapportering på helse- og sosialområdet, blant annet på bakgrunn av en kartlegging av all internasjonal rapportering som ble gjort for et par år siden. SSB pekte på at det stort sett er SSB og FHI som rapporterer internasjonalt og noen ganger dobbelt opp. Dette bør det ses nærmere på. Det ble også orientert om at Eurostat og OECD ønsker kun en kontaktperson å forholde seg til i forbindelse med rapportering, men fordi folk slutter eller bytter jobb er dette vanskelig å få til. Det ble opplyst om at det jobbes i begge ender med å forsøke å redusere antallet tabeller som etterspørres, og at tall i større grad enn i dag bør gjenbrukes og videreformidles.

Møteplan for 2008, følgende uker foreslås: uke 7 (februar), uke 21 (mai), uke 38 (september) og uke 48 (november). Det ble foreslått at ny fast møtedag skal være onsdager, da fredag var vanskelig for enkelte. Neste møte blir onsdag 13. februar.