

# Produktivitetsmåling i psykiatrien i Norge

*Hvilken informasjonsverdi gir målingen dagens ledelse?*

**Joakim Solbakk Pedersen**

**Veileder: Katarina Östergren**

Masterutredning, Institutt for strategi og ledelse

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

## Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg hvordan produktivitetmåling foregår i psykiatrien i dag. Jeg har sett på hvordan produktivitet blir målt på nasjonalt plan gjennom SAMDATA, samt hvordan målingen foregår i Helse Bergen HF, nærmere bestemt i psykiatrisk divisjon, ved psykiatrisk akuttmottak ved Bergen Psykiatriske Sykehus og ved poliklinikkene ved Bjørgvin DPS.

Teorien som gjennomgås i oppgaven omhandler produktivitet og produktivitetmåling i helsevesenet. I hovedsak ser jeg på produktivitetmåling og mulige avviksanalyser innen sykehus. Jeg forklarer også noen styringssystemer for ledere, før jeg til slutt i teoridelen oppsummerer gjennomgått teori i en modell som gir oversikt over dimensjoner knyttet til produktivetsbegrepet.

I analysen beskriver og analyserer jeg hvordan produktivitetmålinger blir gjennomført i SAMDATA og innen enhetene ved Helse Bergen HF. Til dette nytter jeg meg av modellen som nevnt over. Jeg ser så mer generelt på de ulike enhetene og setter punktvis opp problemområder innenfor hvert nivå knyttet til dagens måling. Videre ser jeg på hvilke områder som kan forbedres innen dagens måling i forhold til teorien jeg har presentert. Hensikten med oppgaven er å øke forståelsen for ressursbruk og aktivitet ved de ulike avdelingene. Noen av funnene som blir gjort er blant annet mangel på nasjonale standarder for produktivitetmåling. Dette er blant annet med på å vanskeliggjøre sammenligninger mellom avdelinger og helseforetak. Ulike finansieringssystemer for sykehus og poliklinikker påvirker hvilke krav divisjonsledelsen stiller til produktivitet. Til slutt ser jeg kort på hvordan man kan videreutvikle dagens produksjonsmål i psykiatriske sykehus.

<b>1</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1	PROBLEMFOMULERING .....	3
1.1.1	<i>Hensikt.....</i>	3
1.1.2	<i>Problemaavgrensning.....</i>	4
1.2	OPPGAVENS OPPBYGGING .....	4
1.3	ORDFORKLARINGER .....	5
<b>2</b>	<b>METODE.....</b>	<b>6</b>
2.1	PROBLEMFOMULERING .....	6
2.2	FORSKNINGSDESIGN .....	6
2.2.1	<i>Kvalitativ og kvantitativ metode .....</i>	8
2.2.2	<i>Datainnhenting og dataanalyse .....</i>	9
2.2.3	<i>Kvalitetskriterier.....</i>	11
2.2.4	<i>Alternative metodevalg.....</i>	12
<b>3</b>	<b>TEORI.....</b>	<b>14</b>
3.1	UTVIKLINGSTREKK I OFFENTLIG SEKTOR.....	14
3.1.1	<i>Utviklingstrekk i norsk helsevesen.....</i>	15
3.2	FINANSIERINGSSYSTEM I HELSESEKTOREN .....	16
3.2.1	<i>Finansiering av psykiatri i Norge.....</i>	17
3.3	HVA ER PRODUKTIVITET OG EFFEKTIVITET?.....	18
3.4	PRODUKTIVITETSMÅLING.....	22
3.4.1	<i>Måling av produksjon i sykehus.....</i>	22
3.4.2	<i>Måling av ressursbruk i sykehus.....</i>	23
3.4.3	<i>Sammenligning av kostnads og aktivitetsnivå.....</i>	24
3.4.4	<i>Kostnads- og kalkyleteori.....</i>	26
3.5	VERKTØY FOR MÅLING OG EVALUERING AV PRESTASJONER.....	31
3.5.1	<i>Mål - og resultatstyring i det offentlige.....</i>	31
3.5.2	<i>Kontrollstyringssystem .....</i>	32
3.5.3	<i>Å inkludere måletall - Balansert målstyring .....</i>	33
3.5.4	<i>Standardisering.....</i>	34
3.6	MODELLER FOR Å FORSTÅ PRODUKTIVITETSBEGREPET INNENFOR STYRINGSLITTERATUREN.....	35
<b>4</b>	<b>PRODUKTIVITETSMÅLING OG INFORMASJONSVERDI I PSYKIATRIEN .....</b>	<b>37</b>
4.1	PSYKIATRIEN I NØRGE.....	37
4.2	PRODUKTIVITETSMÅLING.....	39
4.2.1	<i>Produktivitetmåling på nasjonalt nivå.....</i>	39
4.2.2	<i>Produktivitetmåling i helseforetak .....</i>	47
4.2.3	<i>Produktivitetmåling i psykiatriske sykehus.....</i>	55
4.2.4	<i>Produktivitetmåling i psykiatriske poliklinikker.....</i>	61
4.3	ANALYSE AV PRODUKTIVITETSMÅLING I PSYKIATRIEN.....	69

---

4.3.1	<i>Dagens produktivetsmåling</i> .....	69
4.3.2	<i>Bedre produktivetsmåling i psykiatrien</i> .....	74
4.3.3	<i>Videreutvikling av produksjonsmål i psykiatriske sykehus</i> .....	79
4.3.4	<i>Konklusjon</i> .....	81
<b>5</b>	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>84</b>
	LITTERATURLISTE.....	84
	INTERVJU.....	86
<b>6</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>87</b>
6.1	RAPPORT AUGUST 2005, PSYKIATRISK DIVISJON HELSE BERGEN.....	87
6.2	PRODUKSJON PSYKIATRI AUGUST 2005, HELSE BERGEN.....	90
6.3	BELEGGSLISTE, BERGEN PSYKIATRISKE UNIVERSITETSSYKEHUS.....	91
6.4	AKTIVITETSOVERSIKT, BJØRGVIN DPS.....	92
6.5	ORGANISASJONSKART BJØRGVIN DPS.....	93
6.6	DEFINISJONER AV PRODUKTIVITETSUTTRYKK FRA SAMDATA.....	94
6.7	REGNSKAPSDATA, PSYKIATRISK AKKUTTMOTTAK 2004.....	96
6.8	REGNSKAPSDATA, BJØRGVIN DPS 2004.....	101
6.9	REGNSKAPSDATA, PSYKIATRISK DIVISJON 2004.....	104

# 1 INNLEDNING

I de siste årene har psykiatrien blitt kritisert for å ha lav produktivitet i forhold til resten av helsevesenet. Helsedepartementet har blant annet uttrykt misnøye med effektiviteten ved psykiatriske poliklinikker, og Departementet har uttalt at det er potensial for å bedre effektiviteten ved poliklinikkene. SINTEF Unimed undersøkte våren 2002 hvor mye av personalets tid ved poliklinikker som gikk med til ulike aktiviteter, og fant at behandlerne ved poliklinikker for voksne brukte bare en tredjedel av tiden sin til direkte pasientkontakt<sup>1</sup>. Det er dermed grunnlag for å hevde at produktiviteten i psykiatriske poliklinikker er lav.

Stortinget har bestemt at man skal satse mer på psykisk helsevern, og sentrale helsepolitiske mål er konkretisert i Opptrappingsplanen for psykisk helse<sup>2</sup>. Satsingen skal resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. For å nå målene for planen, er det imidlertid fortsatt behov for store omstillinger, omstruktureringer og betydelige utviklingsarbeider. Opptrappingsplanens økonomiske rammer er på 5,7 mrd. kroner i økte driftsutgifter og 8 mrd. kroner i investeringer (2005-kroner) i perioden 1999-2008. Pasientdata er sentralt i evalueringen av ressursutnyttelse da disse dataene gir uttrykk for en del av de psykiatriske sykehusenes produksjon. Med utgangspunkt i sammenligninger av produksjon og ressursbruk kan det også gjøres analyser av hvilke faktorer som kjennetegner enheter med høy eller lav produktivitet<sup>3</sup>.

SAMDATA-prosjektet er et prosjekt som har som mål å evaluere det psykiske helsevernet opp mot målene om tilgjengelighet, kvalitet og ressursutnyttelse. I SAMDATA-rapportene blir administrative pasientdata fra psykiatriske institusjoner benyttet til å analysere tre problemstillinger:

- utvikling i aktivitet og befolkningens bruk av tjenester

---

<sup>1</sup> Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=42188>

<sup>2</sup> Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St. prp. 63 (1997-98). <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stprp/030005-030014/index-dok000-b-n-a.html>

<sup>3</sup> Magnussen J. Efficiency measurement and the operationalization of hospital production. Health Serv Res 1996; 31 (1): 21-37.

- 
- variasjoner i klinisk praksis
  - effektivitet og produktivitet

Hagen-utvalget (NOU 2003:1) leverte i 2002 en utredning om behovsfinansiert finansiering av spesialisthelsetjenesten der man blant annet så på muligheten for en videreutvikling av dagens finansieringsordning i psykiatrien. Legeforeningen støtter mindretallet i utvalget sitt forslag om å utvikle modeller for pasientklassifisering og innsatsstyrt finansiering for psykisk helsevern, og mener at det må utvikles aktivitetsbaserte finansieringsordninger. I dette arbeidet blir det viktig å kartlegge hvilken informasjonsverdi dagens system gir og eventuelt hva som kan forbedres.

Legeforeningen sin statusrapport om psykiske lidelser som kom i 2004 estimerte at det til enhver tid er 15 av 100 nordmenn som har psykiske plager som depressive lidelser, angstlidelser, psykoser og psykosomatiske lidelser. Omkring 10 av disse har en alvorlig psykisk lidelse. Man regner med at 10–20 % av alle norske barn har så store psykiske problemer at det går ut over hvordan de fungerer til daglig, og at 4–7 % av dem trenger behandling. I 2003 ble det brukt i overkant av 11 milliarder kroner i norske psykiatriske sykehus, noe som var en vekst på 3,3 prosent fra året før. Personellinnsatsen økte med 2,2 % i 2003 og det ble utført i alt 18 284 årsverk (SAMDATA Psykisk helsevern 2003). De store ressursene man bruker til psykisk helsevern i Norge er med på å underbygge viktigheten med å ha god ressursstyring og produktivitetmåling, og dette er noe av motivasjonen for å skrive denne oppgaven.

---

## 1.1 Problemformulering

*Hvordan foregår produktivetsmålingen i psykiatrien i dag og hvilken informasjonsverdi gir denne produktivetsmålingen dagens ledelse?*

### 1.1.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å beskrive hvordan dagens for produktivetsmåling i norsk psykiatri foregår. For å kunne vurdere dette må man kartlegge dagens måling og forsøke å analysere den opp mot teori. I tillegg ønsker jeg å se på hvilken informasjon den gir dagens ledere, og hvilke forbedringsmuligheter som finnes.

Godt psykisk helsearbeid er kjennetegnet ved tilgjengelighet, kontinuitet, helhet, oppfølging og samarbeid med et stort antall instanser. Psykiatriske institusjoner har en rolle å spille for å bidra til at personer med psykiske lidelser kan leve et mest mulig vanlig liv. Pasienter i psykiatrien har sammensatte og ofte diffuse lidelser. Selv med samme diagnose, kan pasientene ha ulike hjelpebehov<sup>4</sup>. Dette er moment som er med på å gjøre dagens produktivetsmåling i psykiatrien kompleks.

I privat virksomhet er som regel den overordnede målsetningen med økt produktivitet å skape størst mulig verdier og profitt for en bedrifts eiere og aksjonærer. Sett fra et bedriftsøkonomisk perspektiv er målet for offentlige organisasjoner å ha budsjettet i balanse. Man har ikke krav om å tjene penger, men man skal gjøre flest mulig friske og dermed bidra til et bedre liv for hver enkelt pasient. Målsetningen bør altså være å behandle flest mulige pasienter med et godt resultat. Dette vil også kunne bidra til en positiv samfunnsmessig utvikling, med forhåpentligvis reduserte trygdeutbetalinger og lignende.

---

<sup>4</sup>Nytt inntektssystem for spesialisthelsetjenesten: - Et skritt fram og ett tilbake  
[http://www.fagforbundet.no/Modules/KB\\_Publish/ShowArticle.asp?PageID=3&ArticleID=871&ShowMore=1](http://www.fagforbundet.no/Modules/KB_Publish/ShowArticle.asp?PageID=3&ArticleID=871&ShowMore=1)

---

### 1.1.2 Problemavgrensning

I denne oppgaven har jeg i hovedsak valgt å konsentrere meg om voksenpsykiatrien, og kommenterer bare unntaksvis barne- og ungdomspsykiatrien. For å få et innblikk i hvordan dagens produktivetsmåling foregår, vil jeg først se på oppbyggingen av SINTEF Helse sin sektorrapport om psykisk helse og nytten av informasjonen fra denne rapporten. Deretter vil jeg se på hvordan produktivetsmålingen foregår innad i et helseforetak, både på divisjonsnivå, på en sykehusavdeling og i en poliklinikk. Jeg vil se på problemområder innen dagens måling, og skissere eventuelle løsninger på disse problemene.

## 1.2 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er oppbygd av flere hoveddeler:

- Et innledende kapittel om metode der jeg forklarer litt generelt om datainnsamling, validitet, reliabilitet og kvalitetskriterier knyttet til min oppgave.
- Et teorikapittel der jeg beskriver relevant teori relatert til min problemstilling.
- En beskrivelse av psykiatrien i Norge i henhold til oppbygging og finansielle nøkkeltall.
- Punktvis gjennomgang av produktivetsmåling i SINTEF Helse sin sektorrapport for psykisk helse, innen psykiatrisk divisjon ved Helse Bergen Helseforetak, Psykiatrisk akuttmottak ved Sandviken Psykiatriske Universitetssykehus og poliklinikkene ved Bjørgvin Distriktpsikiatriske senter. For hver enhet vil jeg også gjøre en analyse av målingene.
- Kort diskusjon og oppsummering av problemområder innen dagens produktivetsmåling.
- Diskusjon av problemområder for å analysere hva man kan gjøre for å bedre produktiviteten. Til slutt har jeg en kort diskusjon om hvordan man kan videreutvikle produksjonsmålene i psykiatriske sykehus.



## 1.3 Ordforklaringer

Med **ambulant virksomhet** menes at brukeren skal få helsehjelp i nærmiljøet sitt når behovet er tilstede.

Med **dagopphold** mener man planlagte innleggelser uten overnatting. Behandlingen som gis er mer omfattende enn poliklinisk behandling.

**Elektive innleggelser** er planlagte innleggelser av pasienter som ikke trenger øyeblikkelig hjelp.

En **epikrise** er en skriftlig oppsummering av en sykdomsstatus, sykdommens årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling som er fremstilt etter et nærmere spesifisert sykehusopphold eller konsultasjonstilfelle.

**Polikliniske konsultasjoner** omfatter undersøkelser og behandling som gjennomføres i sykehus uten innleggelse.

**Somatiske sykehus** er "vanlige" sykehus, altså ikke-psykiatriske.

**Spesialisthelsetjenesten** omfatter somatiske og psykiatriske sykehus og institusjoner, rusbehandling, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale.

---

## 2 METODE

### 2.1 Problemformulering

Problemet er utgangspunktet for oppgaven og det blir dermed viktig hvordan det blir oppfattet. Forskningsspørsmålet eller problemstillingen er et spørsmål som skal vise hva undersøkelsen skal gi svar på. Den skal være grunnlag for arbeidet med innsamling, bearbeiding og analyse av data. Den skal forklare fenomener som man ønsker å undersøke (enhetene), og hvilke egenskaper ved dem det skal sies noe om (Grenness, 2001). Mitt forskningsspørsmål er formulert som følger: ”*Hvordan foregår produktivitetmålingen i psykiatrien i dag og hvilken informasjonsverdi gir denne produktivitetmålingen dagens ledelse?*” De valg jeg har gjort i forhold til å svare på denne problemstillingen har jeg beskrevet under.

### 2.2 Forskningsdesign

Når man velger forskningsdesign er det et valg av strategi for å innhente den informasjonen man trenger for å belyse problemet man ønsker å undersøke i sin oppgave. Det innebærer altså å utarbeide en mer eller mindre detaljert plan for hvordan man skal sikre at man når målet. Designet vil variere med problemstillingen og med den tiden og ressursene man har til rådighet. Under arbeidet vil det ofte være nødvendig å revidere det opprinnelige designet etter hvert som man får innsikt i problemet man arbeider med. De mest brukte forskningsdesignene er eksplorativt -, deskriptivt - og kausalt design (Ghauri og Grønhaug, 2002). I tillegg til disse finnes det flere mindre brukte design som for eksempel GAP-analyse, også kjent som å *utforme konkrete utopier* (Johannessen et al, 2004).

*Eksplorativt design* bør brukes når problemstillingen er uklar, forkunnskapene begrensede og i tilfeller hvor man ikke er i stand til å lage klare hypoteser. Styrken ved dette designet er fleksibilitet. Man kan fremskaffe ideer og innsikt i problemstillinger som ikke er presist formulert, og tilpasse seg og ta hensyn til uventede forhold etter hvert som disse måtte bli avdekket.

---

Når vi studerer en eller noen få enheter i dybden og studien er av eksplorativ karakter, kan det beskrives som en *casestudie*. Hva man fanger opp og vektlegger i et slikt studie er knyttet til hvilken teori man bruker og hvordan man benytter denne. Slike "ustrukturerte" studier setter store krav til teoribruk for å kunne tolke og forstå det aktuelle problemets kompleksitet.

*Deskriptivt design* kan brukes når problemet er strukturert og forstått. Det brukes først og fremst når oppgaven er å beskrive variabler og å sammenligne disse. Det legges vekt på å utarbeide klare prosedyrer som sikrer representative utvalg, utvalgsstørrelse og presise og entydige spørsmål.

I *kausalt design* er problemet under usikkerhet strukturert. Det sikter på å belyse årsak - virkningsforhold. I slike tilfeller kreves det foruten en klar problemstruktur, også antakelser (hypoteser) om at et bestemt forhold er årsak til noe annet.

Å *utforme konkrete utopier* består i å knytte det ønskede sammen med det som er mulig å gjennomføre ved å klargjøre betingelse for forandring. I en GAP-analyse, eller situasjonsanalyse, evaluerer vi gapet mellom framtidens "drømmebilde" og *dagens situasjon*. Analysen består av tre trinn: Det første er å analysere dagens situasjon. Det kan gjøres ved å registrere og beskrive den nåværende situasjon. Det andre er å analysere oss frem til optimal situasjon. Det vil oftest vise seg at det finnes et gap mellom eksisterende og ønsket kompetanse. I den tredje delen klargjør vi hvordan vi kommer til ønsket kompetanse innenfor de rammebetingelsene vi har. Disse rammebetingelsene kan være tid, ressurser, personell og lover og regler (Johannessen et al, 2004).

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av en GAP-analyse for å svare på problemstillingen. I starten av arbeidet med oppgaven besto arbeidet av å hente inn data. I denne fasen fikk jeg en økt forståelse for problemet som forskningsspørsmålet innebar og jeg fikk konkretisert og utdypet det. Jeg var avhengig av å hente inn mye teori for å få en helhetlig forståelse av begrepet *produktivitetsmåling*. Deretter gikk prosessen over i en beskrivende fase, der problemet ble mer strukturert og forstått, og jeg fikk begrenset teoridelen til slik den fremstår i oppgaven i dag. Den videre analysen ble konkret rettet mot å belyse problemstillingen og de sammenhenger jeg mente å ha funnet. Jeg benyttet meg av en GAP-analyse for å belyse selve forskningsspørsmålet. Jeg har først beskrevet dagens situasjon. Datamaterialet fra nasjonalt nivå har jeg hentet fra SINTEF Helse sin sektorrapport for psykisk helse. SINTEF

---

Helse har igjen hentet sine data fra Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk Sentralbyrå (SSB). På helseforetaks- sykehus- og poliklinikknivå jeg gjort intervjuer med sentrale personer. Dataene jeg har hentet inn har jeg så analysert i forhold til relevant teori.

I fase 2 har jeg kartlagt informasjonen jeg har skaffet meg gjennom den første fasen i GAP-analysen. Jeg har altså laget et bilde om hvordan den eksisterende produktivitetmålingen i psykiatrien foregår. Jeg har så brukt relevant teori samt informasjon fra fase 1 til å danne meg et bilde av hva som er ønsket informasjon fra produktivitetmålingen.

I den tredje fasen har jeg sett kort på hva som kan gjøres for å bringe produktivitetmålingen videre.

### **2.2.1 Kvalitativ og kvantitativ metode**

I valg av metode står det mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Hovedforskjellen mellom de to metodene er ikke egenskaper, men prosedyre, og det er ikke noe absolutt skille mellom metodene. Begrepene kvalitativ og kvantitativ henviser til spesielle egenskaper. Kvalitet betyr beskaffenhet og viser til egenskaper ved fenomener, mens kvantitet viser til mengde eller antall. Kvantitative data er tilrettelagt slik at kvalitetene ved et fenomen kan telles opp. Det kan være empiri i form av tall, enten naturlige mengdemål eller tall som representerer utsagn (1=missfornøyd og lignende). Kvalitative data foreligger i en slik form at de ulike kvalitetene ikke uten videre kan telles opp. Det kan for eksempel være empiri i form av ord (tekster, intervju osv) som formidler en mening. (Johannessen et al, 2004)

Metodene kan med fordel kombineres i en og samme undersøkelse eller benyttes vekselvis i et forskningsprosjekt. Man velger kvalitativ tilnærming når man vil ha en nyansert beskrivelse av hvordan mennesket oppfatter en situasjon og/eller når man har en uklar problemstilling som man vil utforske. Kvantitativ tilnærming bruker man når en skal beskrive omfang eller frekvens av et fenomen som er mulig å strukturere på forhånd, og når vi vil undersøke mange enheter for å generalisere til en større populasjon.

Med sine ulike sterke og svake sider vil de to metodene virke utfyllende i forhold til hverandre på flere måter. Kombinasjon av metoder kan (Holme og Solvang, 1991):

- Styrke tilliten til analyseresultatene. Dersom ulike metoder fører til samsvarende analyseresultater, kan man se bort fra at resultatet har sitt grunnlag i spesielle forhold ved metoderedskapene.
- Skape nye tolkninger. Dersom ulike metoder gir ulike analyseresultat, kan dette medvirke til å utvikle nye tilnæringsmåter.
- Gi nyansert og helhetlig forståelse av problemet.

### **2.2.2 Datainnhenting og dataanalyse**

Dataene som man innhenter kan enten være primære eller sekundære (Ghauri og Grønhaug, 2002).

Primærdata er data man selv samler inn. Hva man leter etter, spør etter og samler inn avhenger av vårt forskningsproblem og forskningsdesign. Fordeler med primærdata er at man samler inn data til et spesifikt undersøkelsesopplegg, og man får dermed mer konsise data. For primærdata kan man selv bestemme undersøkelsesopplegg, datainnsamlingsmetode, analyse osv. På denne måten sikrer man tilstrekkelig omfang, nøyaktighet og representativitet av dataene. Dataene skaffer man ved å gjennomføre undersøkelser der man bestemmer metode, utvalg, analyseverktøy og så videre. Ulemper med primærdata er at det tar lang tid å samle de inn, i tillegg til at det er kostbart. Det kan dessuten være vanskelig å få tilgang til datakildene. For øvrig er det viktig at man bruker riktig verktøy, prosedyrer og metoder, for å unngå å sette reliabiliteten og brukbarheten til undersøkelsen i fare (Ghauri og Grønhaug, 2002).

Sekundærdata er data som allerede er tilgjengelig, men som søkes etter i litteratur, i forskningsrapporter, i regnskap, på Internett og lignende. Sekundære data kan hjelpe oss på ulike måter i den tidlige fasen i en undersøkelse:

- Sekundærdata gir oss generell innsikt og kan dermed hjelpe oss med å formulere undersøkelsesproblemet vårt på en bedre og mer presis måte.
- Sekundærdata kan gi oss tips om metodevalg, utvalgsstrategi, og analysemetode.
- Sekundærdata gir oss resultater fra liknende undersøkelser som man kan sammenlikne med sine egne, og på den måten trekke konklusjoner med større grad av sikkerhet. (Ghauri og Grønhaug, 2002)

Tidsbesparelsene og de økonomiske besparelsene av en slik sekundærdagjennomgang kan være betydelige. Problemet med sekundærdata er at kildene ofte ikke gir oss de data man helst ville hatt, at opplysningene er ufullstendige og at feilkildene er utenfor vår kontroll.

### **2.2.2.1 Mine valg**

Dagens produktivitetmåling er analysert gjennom en kombinasjon av innsamling av kvalitative og kvantitative data. Jeg har i hovedsak benyttet meg av kvantitative data for å undersøke dagens situasjon (SINTEF Helse sin sektorrapport), men også brukt intervjuer for å danne meg et bilde av hvordan aktørene i psykiatrien oppfatter dagens målinger. Jeg har brukt semi-strukturerte intervju der jeg hadde en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet. Spørsmål, temaer og rekkefølge under intervjuene varierte. Disse intervjuene kan betraktes som kvalitative data. Jeg hadde på forhånd gitt tema og spørsmålsformuleringer. Siden kvalitative data er avhengig av den situasjonen de er samlet inn i, er det ikke alltid like relevant å sammenlikne svarene fra flere informanter. Hvem og hvilke informanter som velges ut er avhengig av spørsmålet man ønsker å få svar på (Johannessen et al, 2004). I min oppgave har jeg brukt strategisk utvelgelse med hensyn til hvilke målgrupper jeg har valgt å intervjuer for å tilegne meg informasjon om dagens produktivitetmåling.

Jeg har benyttet meg av regnskapsdata for å kunne gi et bilde av aktiviteten knyttet til avdelingene i psykiatrisk divisjon. Disse dataene kan man også beskrive som sekundærdata, og de har hjulpet meg i til få mer generell innsikt i kostnader ved avdelingene. Regnskapsdataene er skaffet til veie av Bjørnvald Fjelde ved psykiatrisk divisjon i Helse Bergen HF.

For å belyse og analysere dagens situasjon har GAP-analysen hjulpet meg til å strukturere informasjonsinnhenting og tilhørende analyse. Studien har ikke som mål å generalisere produktivitetmålingen, men å forklare hvordan den foregår i dag. Jeg har dermed nyttet meg av data fra kun ett helseforetak, samt en sykehusavdeling og en poliklinikk.

---

### 2.2.3 Kvalitetskriterier

Når man undersøker noe, ønsker man valide målinger, altså at målingene fanger opp det man antar at de vil gjøre. Denne kvaliteten av en undersøkelse kan beskrives ved hjelp av begrepene validitet og reliabilitet.

*Validitet* dreier seg om resultatenes gyldighet. Problemer med hensyn til validitet oppstår når det som registreres eller måles ikke har direkte sammenheng med det problemet som skal undersøkes. Dersom data ikke belyser det forskeren hadde til hensikt å undersøke, nemlig det som ble formulert i problemstillingen, sier man at de ikke er valide for formålet. (Ghauri og Grønhaug, 2002).

Spørsmålet om validitet dreier seg om hvorvidt jeg klarer å måle de teoretiske begrepene jeg benytter, som for eksempel produktivitet og effektivitet. Jeg har først beskrevet hvordan dagens produktivitetsmåling ser ut, før jeg har analysert den ut fra relevant teori.

Dataene jeg har hentet fra SAMDATA er valide da framgangsmåter for innhenting og aggregering er beskrevet i rapporten. I tillegg er datamaterialet fra sekundærkilder blitt kvalitetssikret av SINTEF Helse. Jeg har også gjort intervjuer på flere nivå i Helse Bergen HF sin organisasjon; både på divisjonsnivå og avdelingsnivå. Dette vil kunne være med på å øke resultatenes pålitelighet.

*Reliabiliteten* eller påliteligheten til en undersøkelse dreier seg om hvor nøyaktig undersøkelsen er gjennomført. Reliabilitet er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for validitet, og den er kritisk i kvantitative undersøkelsesopplegg. Det finnes ulike tester for å vurdere reliabiliteten av en undersøkelse. Det kan være tester der samme fenomen undersøkes på ulike tidspunkt eller ulike tester av samme fenomen gjennomført samtidig (Ghauri og Grønhaug, 2002). Utsagn og vurderinger fra intervjuene må vurderes ut ifra de motiver intervjuobjektet kunne tenkes å ha for å forvrengte informasjonen. Svakheter i et slikt opplegg med hensyn til reliabilitet kan fremkomme ved at subjektive meninger blir lagt til grunn. For å styrke reliabiliteten kunne jeg ha utført flere intervjuer på nivåene jeg har undersøkt. I tillegg kunne jeg ha intervjuet potensielle brukere av SAMDATA-rapporten i Helse- og sosialdepartementet og Helsetilsynet.

Begrepsvaliditet eller troverdighet dreier seg om at vi måler det vi tror vi måler. Det er to teknikker som øker sannsynligheten for at forskning frembringer troverdige resultater. Den

---

ene er vedvarende observasjoner og triangulering. Dette innebærer å investere nok tid til å bli kjent med feltet, slik at man kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon, og bygge opp tillit. Det er vanskelig å forstå et fenomen uten å kjenne til konteksten. I arbeidet med studien har jeg brukt tid på å sette meg inn i relevant teori knyttet til psykiatri og produktivitetmåling. I tillegg kjenner jeg feltet ettersom jeg har jobbet i akuttpsykiatrien i flere år.

Den andre teknikken er metodetriangulering som innebærer at forskeren under feltarbeidet bruker ulike metoder. Dette kan for eksempel være observasjon og intervju. Dette kan også bety at forskeren ikke bare tar utgangspunkt i en setting, for eksempel en avdeling, men tar utgangspunkt i flere avdelinger (Johannessen et al, 2004). I arbeidet med denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i flere organisasjonsledd i psykiatrien; divisjonsnivå og avdelingsnivå.

#### **2.2.4 Alternative metodevalg**

Når man bruker en gitt metode bør man vurdere ulike tilnæringsmåter til oppgaven. Dette kan man gjøre ved å belyse problemstillingen fra ulike perspektiv (Jönsson, 1982). I forhold til min problemstilling kan den for eksempel sees ut ifra følgende perspektiv:

- 1) *Offisielt perspektiv* – se på offisielle fremstillinger som belyser problemstillingen. Dette kan være helseforetakene sin egen fremstilling av produktivitetmåling i psykiatrien.
- 2) *Eksternt perspektiv* – hvordan forholder eksterne aktører seg til produktivitetmåling i psykiatrien. Dette kan være Sosial- og helsetilsynet, Helse- og omsorgsdepartementet ol.
- 3) *Internt perspektiv* – intervju med sentrale aktører for eksempel x 1 per måned for å få innsikt i problemet innenfra.

Jeg kunne alternativt utført en mer ekstensiv analyse, det vil si innhentet færre opplysninger fra flere sykehus. En slik undersøkelse ville antakelig krevd en eksplorativ fase innledningsvis, enten ved ustrukturerte intervjuer med et mindre antall sykehus eller ved gjennomgang av sekundærdata. Deretter kunne man beveget seg over i et mer deskriptivt



design med forholdsvis strukturert datainnsamling. Dette kunne man gjort ved bruk av spørreskjema eller standardiserte intervjuer (som er typiske kvantitative metoder).

En analyse av disse dataene ville i større grad enn i min undersøkelse sikret et representativt resultat for psykiatrien, da utvalget er mye større. Svakheten med en slik metode er at man kun ville fått bruddstykker av den helheten man forsøker å forstå. Detaljer og nyanser som kan være viktige vil man lett kunne miste.

Alt i alt mener jeg at mitt undersøkelsesopplegg med intervju med sentrale personer er tilstrekkelig for å kunne danne seg et bilde av dagens produktivitetmåling, men mine resultater kunne nok blitt styrket ved at jeg gjorde mine undersøkelser ved flere avdelinger innen samme helseforetak. I stedet for intervju kunne jeg brukt spørreskjema som jeg kunne delt ut til ledere på ulike nivå på psykiatriske avdelinger. Dette hadde gitt undersøkelsen et mer kvantitativt preg.

---

## 3 TEORI

I denne delen vil jeg først se på utviklingstrekk innen norsk helsevesen og se på ulike finansieringssystem. Deretter vil jeg forklare hva produktivitet og produktivitetmåling innebærer, samt se på aktuelle verktøy ledere kan benytte for måling og evaluering av prestasjoner. Avslutningsvis vil jeg oppsummere teorien gjennom en modell som ser på dimensjonene knyttet til produktivitetsbegrepet.

### 3.1 Utviklingstrekk i offentlig sektor

Offentlig sektor i de vestlige land har de siste 20 årene vært preget av en reformbølge. Samlebetegnelsen på disse reformene går under benevnelsen *New Public management* (NPM). NPM representerer den ”blå bølgen” og er et samlebegrep for en rekke del-reformer og teknikker som har det til felles at inspirasjonen kommer fra det private og /eller fra en økonomisk og rasjonell tankegang. Utgangspunktet for NPM er kritikk av det offentlige for å være for stor, for byråkratisk, ha for svak ledelse og for svak brukerorientering. Mange representanter for NPM anbefaler at staten skal lære oppbygging og organisering fra det private (Busch et al, 2004). Innenfor sykehussektoren har man sett utviklingstrekkene fra NPM gjennom endringer i styringssystemer og styringsbehov.

Man har ifølge Busch et al (2004) to tilnærminger til NPM, og tilnærmingene blir illustrert gjennom to søyler. Den første søylen – økonomenes tilnærming (instrumentell logikk) - knyttes til ønsket om en liberalistisk markedsorientering i og av det offentlige, begrunnet i økonomiske resonneringer som vi kjenner fra økonomisk teori: Public Choice - teori, prinsippal - agent teori og transaksjonskostnadsteori. Hovedpunktene i den første tilnærmingen er privatisering, konkurranseutsetting, kontraktsstyring, frie forbruksvalg, brukerbetaling, profittsenter-tanker, inntektsdekket virksomhet og selektive lønnsinsitament med mer.

Den andre søylen eller tilnærmingen – organisasjonsteoretikernes tilnærming (symbolsk logikk) - har å gjøre med organisasjon og ledelse. Teorien sier at man med fordel kan overføre prinsipper og metoder for organisasjon og ledelse som er kjent og utprøvd i det private, til den offentlige sektor. Dette gjelder blant annet et større fokus på endringsledelse,

ledelsesutfordringer og legitimitet. Man har dessuten vektlagt en rekke begreper som service management, TQM (Total Quality Management), business process re-engineering, og endelige mål og rammestyring, nye økonomistyrings-, regnskaps- og budsjettssystemer med mer.

Utviklingstrekkene i NPM har gjort at det er blitt økt fokus på produktivitet og effektivitet i det offentlige. Man har gått fra en ren sentral styring i det offentlige til mer konkurranse. Tap av offentlig monopol i serviceproduksjonen betyr at offentlig sektor møter sterkere konkurranse. Formålet med reformeringen av offentlig sektor har vært å gjøre det offentlige mer tilpasningsdyktig til samfunnets behov. Velgerne ønsker også en offentlig sektor som gjør mer og koster mindre. Målene er større likhet i tilbud, samt bedre utnyttelse av og styring med ressursene.

### **3.1.1 Utviklingstrekk i norsk helsevesen**

Allerede i 1974 ble Norge delt inn i fem helseregioner. Dette ble gjort for å reflektere at det innenfor spesialmedisin var behov for et stort nedslagsfelt for å sikre høykvalitetstjenester til et akseptabelt kostnadsnivå. Regionsamarbeidet var basert på frivillig samarbeid mellom de deltakende fylkeskommunene<sup>5</sup>. Sykehusene ble i over 30 år styrt av fylkeskommunene (Lov om Helsetjenester fra 1. januar 1970), men fra midten av 80-tallet ble det stilt spørsmål ved fylkeskommunenes eierskap, og en offentlig nedsatt komité evaluerte i 1987 en statlig overtagelse av driften. Først i juni 2001 vedtok Stortinget at Staten skulle ta over ansvaret for driften av de offentlige sykehusene. 1 januar 2002 ble ansvaret for driften overført til Staten og man fikk 5 regionale helseforetak: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst.

Hovedpunktene i reformen var:

- Staten tok over som eier av sykehusene og man fikk dermed én eier.
- Sykehusene ble organisert som foretak. Foretakene ble separate juridiske enheter og dermed ikke lengre en integrert del av den sentrale regjeringsadministrasjonen.

---

<sup>5</sup> <http://odin.dep.no>

---

I tillegg har myndighetene de siste årene innført innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus, fritt sykehusvalg, fastlegereformen og ventelistegaranti for enkelte lidelser.

Det er mange utfordringer med hensyn til produktivitet i offentlig sektor, og det er i dag et sterkt press for å øke produktiviteten og effektiviteten. Bakgrunnen for dette er en antagelse om at offentlige virksomheter på grunn av agentproblemer og opportuniste har en tendens til å utvikle en lavere produktivitet enn hva som reelt sett er oppnåelig. Dette skyldes blant annet at sykehus er i en monopolsituasjon, samtidig som de er styrt av lover og forskrifter samt av mål satt av politikere og administrasjon. Sammenligningsgrunnlaget og nye styringsmodeller hentes da ofte fra det private næringsliv. Disse metodene sier imidlertid kun noe om resultat, og ikke hvorfor det går som det gjør. Dette gjør at informasjonsverdien fra styringsmodellene blir mangelfull og modellene blir dermed ikke et godt nok verktøy for å bedre produktiviten. Man trenger da i tillegg informasjon om aktiviteten som finnes i organisasjonen. En metode for å skaffe seg informasjon om aktiviteter er gjennom å bruke produktivitetmålinger, sammenligninger og ulike ledelsesinformasjonssystem.

## 3.2 Finansieringssystem i helsesektoren

I finansiering av produsenter av helsetjenester står man overfor tre finansieringsmåter (Ogwang, 2003);

- *Retrospektivt* - tilbydere av helsetjenester får betalt pr behandling de gir (“fee-for-service”).
- *Prospektivt* - en kontrakt som gir sykehusene et fast beløp per pasient som blir behandlet uavhengig av den faktiske prisen på behandlingen der og da.
- En *blanding* av de to finansieringssystemene.

Ifølge Ellis & McGuire (1993) er et blandet finansieringssystem overlegent for å oppnå best effektivitet i offentlig helsevesen, forutsatt at overvåkingen av kostnader ikke selv blir for kostbar. De mente at et rent prospektivt system ville føre til en skjev fordeling av tilbudet til forskjellige pasienttyper og at et rent kostnadsdekningsystem ville føre til for mange behandlinger. Betalingen vil være satt lik behandlingkostnaden, og helseprodusentene har incentiv til å tilby det forbruksnivået av helsetjenester forbrukeren ønsker.

---

## **Innsatsstyrt finansiering**

I 1997 ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført i somatiske sykehus i Norge. ISF innebærer at staten refunderer en andel av kostnadene knyttet til hver pasientbehandling ved innleggelse ved et sykehus. Sykehusenes inntekter med ISF baseres på innsatsen, nærmere bestemt på hvor stort antall pasienter man tar imot og hvilken type pasienter man behandler. Hovedmålsettingen med innføringen av ISF var å øke aktiviteten ved landets sykehus, basert på en forutsetning om at sykehus vil reagere på økonomiske incentiver. Med andre ord er målsetningen at ISF skal gjøre det lønnsomt for sykehusene å øke aktiviteten. Økt behandlingsaktivitet skal bidra til å redusere unødig ventetid for behandling og sikre innfrielse av ventetidsgarantien (Bjørnenak, 2001). Etter innføringen i 1997 økte den gjennomsnittlige aktivitetsveksten per år med 2,2 % frem til 2002, i motsetning til den gjennomsnittlige veksten på 1 % i perioden 1990–97. Innføringen av innsatsstyrt finansiering gav også umiddelbart en bedring i ressursutnyttelsen, men samtidig økte kostnadsnivået (Brettville & Kaarbøe, 2004).

## **Diagnose-relaterte grupper**

Diagnose-relaterte grupper (DRG) ble innført i Norge i 1984/85 og har blitt implementert for norske forhold. I 1997 ble DRG for første gang tatt i bruk som grunnlag for innsatsstyrt finansiering. DRG-systemet representerer en logikk for å gruppere sykehusopphold i mest mulig ensartete grupper (Bjørnenak og Pettersen, 1997). Ulike typer sykehusinnleggelser blir vektet ulikt og får en DRG-kode, og denne sier noe om kostnadene/tidsbruken ved å utføre de forskjellige operasjonene.

### **3.2.1 Finansiering av psykiatri i Norge**

Sykehusene er stort sett finansiert av en basisramme samt andre øremerkede tilskudd. I tillegg har de inntekter knyttet til gjestelistepasienter. Offentlige poliklinikker innen psykisk helsevern blir finansiert med 50 prosent vekt på aktivitetstakster og 50 prosent vekst på årsverkstakster<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> St.prp. nr. 1 (2005-2006) Helse- og omsorgspolitikken.  
<http://odin.dep.no/hod/norsk/dok/regpubl/stprp/048051-030002/hov005-bn.html>

---

## Grunnfinansiering

Psykisk helsevern for voksne og for barn og unge fikk overført over 11 milliarder kroner i 2004<sup>7</sup>. Foretakenes basisramme inkluderer midler til finansiering av investeringer og tilhørende avskrivninger. Foretakene har en basisramme som tildeles etter fordelingsnøkkel i henhold til den årlige budsjettprosessen. Målsettingen knyttet til opptrappingen av psykisk helsevern krever at foretakene, om nødvendig, omdisponerer tildelte rammer slik at tilbudet reelt sett styrkes både kvalitativt og kvantitativt.

Man har også *øremerkede driftstilskudd* (opptrappingsmidler) som tildeles etter fordelingsnøkler i henhold til den årlige budsjettprosessen. En andel av samlet tilskudd fordeles til helseforetakene med bakgrunn i objektive kriterier, mens hoveddelen av tilskuddet fordeles med bakgrunn i tidligere års fordelinger. Økt aktivitet (effektivisering / forbedringsarbeid) i behandlingsskjeden vil kunne gi gevinster som representerer forbedring av tilbudet uten kostnadsøkning eller også med kostnadsreduksjon.

### Aktivitetsbaserte inntekter

Konsultasjonsavhengige inntekter i poliklinikker (Rikstrygdeverkets takster og pasientenes egenbetalinger), og gjestepasientoppgjør for inneliggende pasienter fra andre regioner er aktivitetsbaserte inntekter i psykisk helsevern. Årsverkstaksten i poliklinikker er basert på antall tjenesteyttertimer (refusjonsberettiget personell).

Andre inntekter kan være prosjektmidler fra det private, men disse er som regel relativt små. Dersom helseforetakene har investeringsbehov som ikke dekkes gjennom egenkapital kan man søke det regionale helseforetaket om å få gjøre låneopptak.

## 3.3 Hva er produktivitet og effektivitet?

Innen alle typer virksomheter har man behov for økonomiske modeller i den økonomiske styringen. I privat virksomhet kan eksempler på slike modeller være kalkyler, ansvarsrapporter og resultatmålmodeller (Bjørnenak og Pettersen, 1997). I styringen av offentlige virksomheter er det sentralt hvordan man kan utnytte sine ressurser på en best

---

<sup>7</sup> <http://www.ssb.no/speshelse/main.html>

mulig måte. Effektiv behandling av pasienter i et økonomisk perspektiv vil bety at man behandler de ”riktige pasientene” med god kvalitet og uten unødvendig ressursbruk. Det vil være et diskusjonsspørsmål om hva som er god kvalitet, hvem som er de riktige pasientene og hva som er unødvendig ressursbruk.

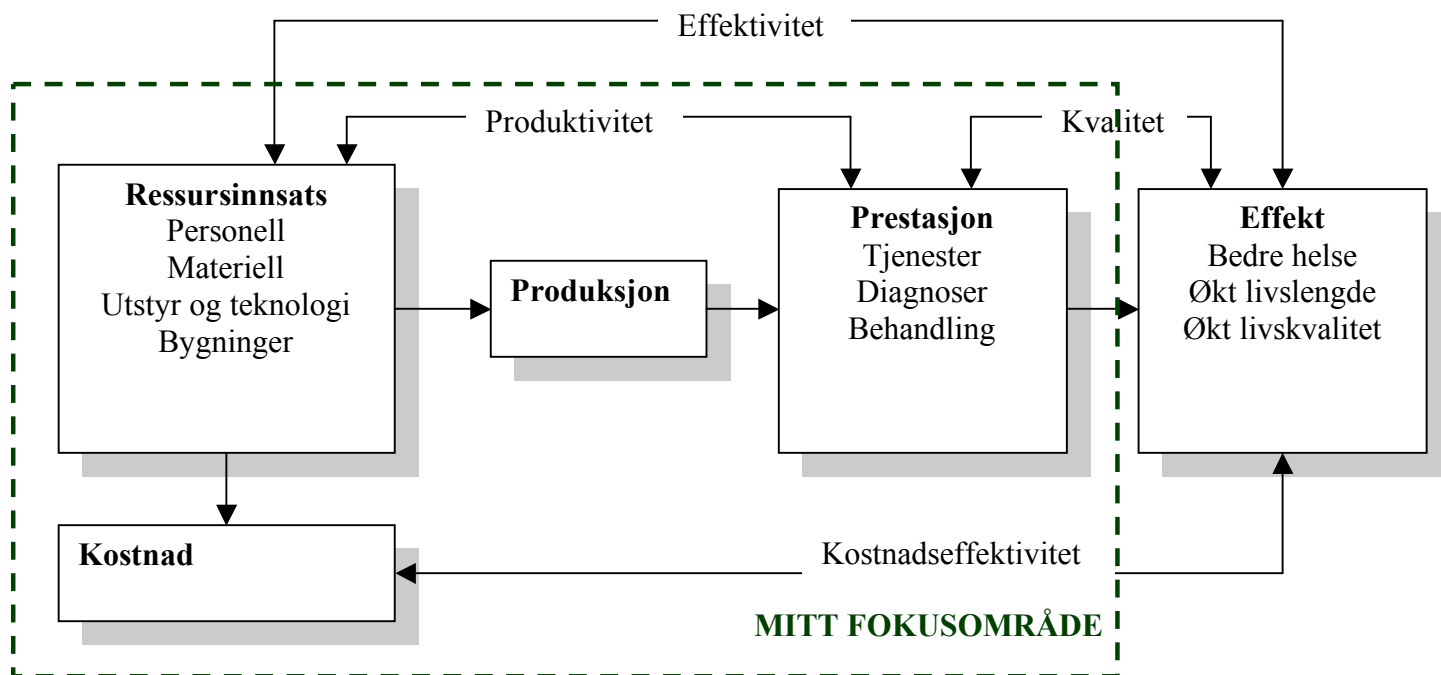
Produktivitet og effektivitet kan defineres som følger (Bjørnenak og Pettersen, 1997):

**Produktivitet** (også kalt indre effektivitet) er forholdet mellom ressursinnsats og produksjonsresultat. Produktivitet kan også bli forklart som output i forhold til mengde innsatsfaktorer.

**Effektivitet** (også kalt ytre effektivitet) er sammenhengen mellom ressursinnsats og måloppnåelse. Effektivitet kan også forklare som graden av måloppnåelse i forhold til ressursinnsats.

Desto lavere innsatsmengde som trengs for å realisere en bestemt mengde helsetjenester, desto høyere er produktiviteten. Produktivitet måles i dag ofte som forholdet mellom innsats målt i kroner eller antall ansatte og antall behandlede pasienter, innleggelses, undersøkelser, konsultasjoner osv. Ved å bryte opp totalproduktiviteten i de ulike prosessene som virksomheten omfatter får man fram informasjon om hvor i organisasjonen eventuelle tiltak bør settes inn. Produktivitet er et sentralt begrep for å forstå ressursforbruket. God produktivitet innenfor bedriftslitteraturen innebærer at man kan tilby sine kunder konkurransedyktige priser på varer og tjenester. I offentlig sektor betyr det at man ikke sløser bort penger (Bjørnenak og Pettersen, 1997).

Pettersen og Bjørnenak (2003) sier videre at effektivitet kan bestå av to deler: produktivitet, altså produsert mengde tjenester per ressursinnsats og kvalitet; det man oppnår som følge av tjenesteproduksjonen. Man kan beskrive virksomheter ved at innsatsfaktorer blir satt inn i aktiviteter for å produsere output. Det resultatet man får kan være mer eller mindre samsvarende med de ønsker/mål man har for virksomheten. Kostnadseffektivitet kan defineres som måloppnåelse i forhold til kostnadene relatert til en gitt ressursinnsats. Idealsituasjonen er høy produktivitet og høy effektivitet, men høy produktivitet er ikke nødvendigvis det samme som høy effektivitet.



Figur 1: Forholdet mellom produktivitet og effektivitet

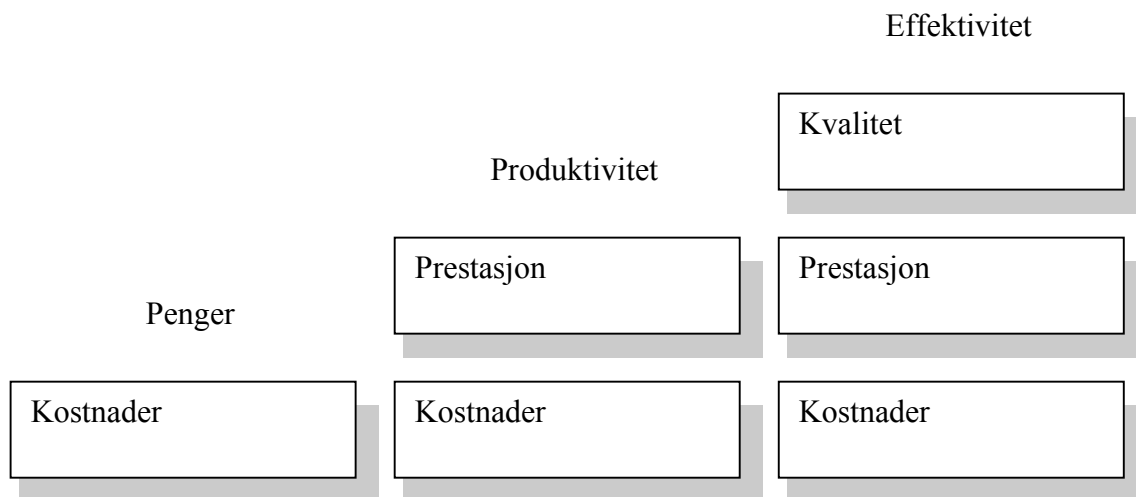
Ressursinnsats beskriver hva man bruker pengene til, og er spesielt viktig i budsjetteringssammenheng. Fokusering på innsatsfaktorer kan kalles ressursstyring, som igjen vil bety å bruke ressursene på en slik måte at produksjonen av tjenester blir størst mulig, altså at man oppnår høy effektivitet. Pettersen og Bjørnenak mener at man i helsesektoren har et spesielt problem med å *definere hva høy produktivitet er*. De mest brukte produksjonsindikatorne i somatikken er *antall behandlede pasienter*, *antall liggedøgn* og *antall polikliniske konsultasjoner*. Disse er dårlige indikatorer fordi de *ikke er korrigert for pasientsammensetningen*. De senere år har man begynt å benytte *kostnader per pasientgruppe* som produktivitetsindikator. Dette tar hensyn til at pasientene er mer ulike. Pettersen og Bjørnenak konkluderer med at det er vanskelig å lage gode produktivitetsuttrykk og mangelen på slike i helsesektoren har gjort planlegging og styring ekstra utfordrende.

Produksjonen er det man gjør og aktivitetene som forbruker ressurser. Fokusering på ressursforbruk per aktivitet kan man kalle aktivitetsstyring. Det som blir produsert i sykehus er diagnoser (og behandling). Det som blir viktig i henhold til sykehus blir da hvordan man produserer diagnosen.



Prestasjonen er det man får ut av aktiviteten. Måling av output er en form for resultatmåling. Mangel på gode resultatmål har medført at dette har blitt gitt mindre oppmerksomhet i offentlig enn i privat sektor. Fokusering på resultat kan man kalle resultatstyring.

Effekten er det man får ut av aktivitetene. Disse inkluderer i tillegg til output også preferanser med hensyn til f.eks. kvalitet ved output.



Figur 2: "Stairway to productivity" (Sturesson, 1999)

Figur 2 gir en oversikt over hvilke byggesteiner som er viktig å ha klarhet i når man jobber med produktivitet og gir et godt grunnlag for å forstå kompleksiteten til et statlig resultatbegrep. Når verdiene i analysen er til stede kan man gjøre en meningsfull analyse av kostnader og produktivitet. Ved å bryte opp produktiviteten i de ulike byggesteinene gjør at man har bedre oversikt over driften, og en slik oversikt er viktig for beslutningstagerne i en organisasjon (Sturesson, 1999).

Kartlegging og måling av effektivitet og produktivitet er en betydelig utfordring i virksomheter der betalingsvillighet ikke blir målt i et marked, dette gjelder også for psykiatriske sykehus. Denne type informasjon er likevel en viktig forutsetning for å drive et målrettet effektiviseringsarbeid.

Jeg vil i denne oppgaven se på produktivetsmåling og vil dermed fokusere på de tre første boksene i figur 1: *ressursinnsats, produksjon og prestasjon*.

---

## 3.4 Produktivitetsmåling

I dette avsnittet vil jeg gi en beskrivelse av produktivitetsmåling, og hvordan man kan måle produksjon innen sykehus. Jeg vil ta for meg hvordan man kan utføre ulike analyser, og vil også se på ressursbruk og kostnadsteori.

### Hva er produktivitetsmåling?

Produktivitetsmåling er et av de tradisjonelle økonomistyringssystemene sammen med budsjettet. Formålet med produktivitetsmålinger er å måle sammenhengen mellom ressursbruk og produktivitet. Å ha gode produktivitetsmål for den offentlige organisasjonen kan hjelpe den til god produktivitet. Helsevesenet skal iverksette politiske målsettinger innenfor vedtatte budsjetttrammer og dette innebærer både effektivisering og kvalitetsutvikling av tjenestene. Budsjett i balanse er ofte brukt som styringsinstrument i helsevesenet, og en risiko med dette er at det ikke gir insentiv til høyere produktivitet.

Tradisjonell økonomisk styring i helsesektoren har, som sagt, i stor grad vært basert på budsjett og ressurstilgang og dette har styrt aktivitetene. Problemet innenfor produktivitetsmåling er om man virkelig kan måle det man får igjen for ressursbruken. Produksjonen i offentlig sektor er kjennetegnet ved at produktene ikke blir omsatt til markedspris i et marked, men i stor grad blir finansiert over offentlige budsjetter. Det blir dermed vanskelig å finne noe mål for verdien av det som produseres. Produktivitetsmåling i offentlig forvaltning kan dermed være vanskelig, og det er særlig vanskelig å måle produksjonen. I offentlig sektor har man ifølge Rusten (1985) løst dette ved å måle bidraget til verdiskapningen ved å måle innsatsen av arbeidskraft og offentlig realkapital. Rusten sier videre at målene for verdiskapning og produktivitet i offentlig sektor har klare svakheter, men at dette er noe vi må belage oss på å leve med.

Formålet med dette avsnittet er å beskrive hvordan man kan måle produktivitet i sykehus og hvordan produktivitetsmåling kan utformes, samt forklare de kostnadshierarkiene i sykehus.

### 3.4.1 Måling av produksjon i sykehus

Forutsetningen for å måle produktivitet er at tjenestene er homogene. Dette er imidlertid et krav som er vanskelig å innfri ved produktivitetsmåling i offentlig sektor. I norske sykehus har man hatt et økt fokus på bruk av innsatsfaktorer og resultatet av disse innsatsfaktorene

---

(antall behandlede pasienter) og disse vil gi oss indikatorer på om sykehusene er produktive og effektive nok. Et sentralt moment knyttet til produktivitetsanalyser er hvordan man skal måle produksjonen, noe som kan være vanskelig og da spesielt i tjenesteproduksjon. I sykehussektoren har det vært vanlig å måle produksjon gjennom antall innleggelser eller antall liggedøgn. Disse målene har imidlertid klare mangler; de kan ikke betegnes som dekkende for hele produksjonen, altså hvilke aktiviteter som er utført i behandlingen av pasienten, og de viser heller ikke forskjeller i pasientsammensetningen (Pettersen og Bjørnenak, 2003). På grunn av problemer med å måle produksjonen i offentlig sektor, vil det for mange tjenester være like naturlig å tolke økt ressursinnsats pr. enhet som en standardheving som en produktivitetsnedgang.

En økning i antall utførte timeverk pr. mottaker gir mulighet for økt behandling eller pleie til den enkelte mottaker. Dessuten kan økt ressursbruk ha sammenheng med et endret behov, f.eks fordi den gjennomsnittlige mottaker av tjenesten er blitt mer ressurskrevende<sup>8</sup>.

### 3.4.2 Måling av ressursbruk i sykehus

Når man måler ressursbruk ser man på kvantitative størrelser som priser på innsatsfaktorer (for eksempel driftsutgifter eller lønnskostnader), antall ansatte, bygninger og utstyr. En virksomhet styres av en sentralenhet eller en ledelse. Denne sentralenheten har som oppgave å fordele sine disponible ressurser på en best mulig måte. Som en del av ressursstyringen ønsker for eksempel sentralenheten rapportering om ressursbruken i løpet av perioden for å kontrollere om denne er i samsvar med de føringer som blir gitt. Måling av ressursbruk skjer i regnskapet (Opstad, 2000).

Man kan benytte produktivitetsanalyser for å måle sammenhengen mellom ressursbruk og de resultater ressursbruken gir (altså produksjonen). I helsesektoren kan produktivitet likestilles med pasientgjennomstrømning, da økt produktivitet gir økt gjennomstrømning av pasienter per ressursenhet. Det hevdes ofte at økt produktivitet medfører lavere kvalitet på tjenestene som blir gitt, men dette er ikke nødvendigvis tilfelle. Produktivitet og kvalitet kan økes samtidig, og på grunnlag av hverandre. Det kan være nødvendig å ha høy kvalitet i produksjon for å oppnå høy produktivitet. Dersom kvaliteten i behandlingen av en pasient er

---

<sup>8</sup> Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal- og fylkeskommunal økonomi juni 1998  
<http://odin.dep.no/krd/norsk/dok/regelverk/rundskriv/016005-990667/hov007-bn.html>

---

høy, reduseres for eksempel risikoen for å måtte gjenta behandlingen (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

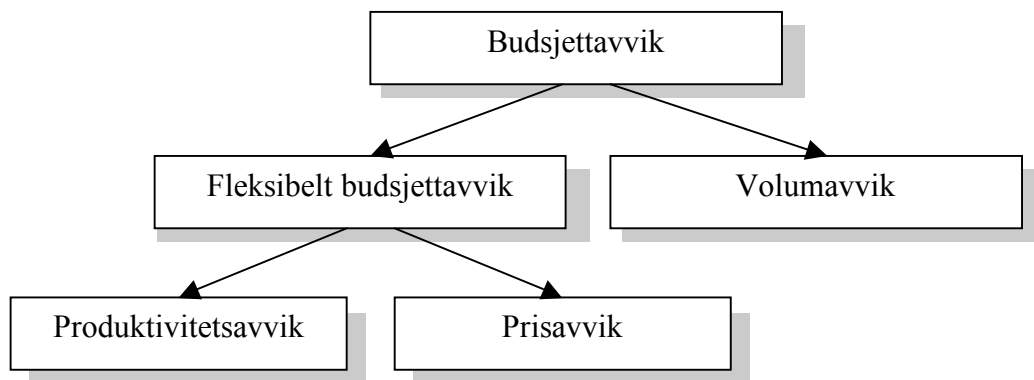
### 3.4.3 Sammenligning av kostnads og aktivitetsnivå

Analysen av produktivitet ser på sammenhenger mellom ressursbruk og de resultatene ressursbruken gir. Man kan også benytte disse analysene som et kontrollinstrument og dermed kan de være med på å gi økt styringsinformasjon til avdelingsledere på sykehus. Analysene kan altså være med på å avdekke årsaker til lav produktivitet i enkelte funksjoner ved en avdeling, og kan være til hjelp når man ønsker å sette i verk tiltak for å fjerne mulige flaskehalsar. Nedenfor vil jeg beskrive 4 ulike typer analyser:

#### **Budsjett - og produktivetsanalyser**

Som tidligere nevnt er budsjettet et mye brukt styringsverktøy i helsesektoren. Å gjøre avviksanalyser mellom budsjett og regnskap kan dermed gi interessant styringsinformasjon. Avviksanalyser kan også benyttes til å se på utviklingen fra år til år. Slike avviksanalyser er hovedsaklig interessante for å se på lønnsutgifter og netto driftsutgifter (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Man kan benytte standardkostnadssystemet til å beregne standardkostnad knyttet til faktisk produksjon ved å multiplisere standard priser og standard forbruk av ressurser, får man fram et volumfleksibelt budsjett. Pettersen og Bjørnenak (2003) dekomponerer budsjettavviket i tre hovedkomponenter: *volumavvik*, *prisavvik* og *produktivetsavvik*. Hensikten med dekomponeringen er å forstå hvorfor avvik har oppstått, for igjen å utnytte denne kunnskapen til læring og videre arbeid med prosesser som sikrer kontinuerlig forbedring (Nyland, 2003).



Figur 3: Dekomponering av enhetskostnader i tre komponenter

Et viktig formål er å knytte avvik til en leder som har mulighet til å påvirke, og dermed kan gjøres ansvarlig for et avvik.

**Volumavvik** – viser effekten av et endret produksjonsvolum gitt budsjetterte innsatsfaktorpriser og ressursutnyttelse. Eksempel på dette kan være at aktiviteten er endret i forhold til budsjettet.

**Fleksibelt budsjettavvik** – uttrykker hvordan budsjettet ville vært dersom faktisk volum var kjent på budsjetteringstidspunktet. Man kan igjen dekomponere det fleksible budsjettavviket i et produktivitetsavvik og prisavvik.

**Prisavvik** – viser effekten av en prisendring på innsatsfaktorene. Dersom utgangspunktet var endring i lønnsomhet, ville også effekten av endrede salgspriser bli tatt med her. Eksempel på dette kan være at kostnaden for innsatsfaktorene er endret.

**Produktivitetsavvik** – når man har skilt ut prisavviket og volumavviket forklarer produktivitetsavviket resten av endringene i budsjettavviket. Eksempel på dette kan være at produktiviteten i sykehusavdelingene er endret i forhold til budsjettet.

Produktivitetsutvikling =  $(\text{Faktisk ressursbruk år } X) / (\text{Ressurser som ville ha vært brukt i år } (X-1) \text{ for produksjonen i år } (X) \text{ vurdert til innsatsfaktorpriser for år } (X))$

De ulike komponentene kan ytterligere dekomponeres, for eksempel ved å knyttes til bruken av ulike ressurser. Desto mer man dekomponerer, jo større er mulighetene for å få fram relevant styringsinformasjon. I en sykehusavdeling er det i hovedsak produktiviteten ledere har ansvar for, og dette er et styringssignal som ledere har muligheter til å påvirke. Det er

---

derfor viktig å kunne avgjøre om budsjettavvik skyldes endringer i lønnsnivå, endring i aktivitetsnivå eller endring i produktivitet (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

### **Analyser mellom enheter og over tid**

Man kan også gjøre målinger ved å analysere utviklingen av produktivitet over tid, samt gjøre analyser mellom enheter:

Ved sammenligninger av utvikling i produktivitet over tid kan man se på utviklingen i kostnadsnivå med aktivitetsnivået for samme virksomhet. Når man sammenligner over tid må man forsøke å trekke ut priseffekten fra sammenligningene. Det kan også være aktuelt å sammenligne med flere ulike typer aktivitetsmål (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Innen helsevesenet vil det kunne være interessant å sammenligne sitt eget sykehus eller egen avdeling med tilsvarende virksomheter. Per i dag er den mest aktuelle statistikken for slike sammenligninger SAMDATA-rapporten som blir publisert av SINTEF Unimed hvert år. Man kan bruke rapporten til å sammenligne ulike rapporterte faktorer for å danne seg et bilde av sykehusenes kostnadsnivå og produksjon i forhold til kompleksiteten i pasientsammensetningen (Pettersen og Bjørnenak, 2003). Jeg vil komme tilbake til SAMDATA-rapporten for psykisk helsevern i kapittel 4.2.1.

### **3.4.4 Kostnads- og kalkyleteori**

Jeg har nå gitt en kort fremstilling av måling av ressursbruk og produksjon i sykehus, samt noen avviksanalyser. Nå vil jeg ta for meg kostnadsteori der jeg vil se på ulike kostnadsdrivere innen sykehus samt hvordan man kan dekomponere produktivitet og slakk i helsevesenet.

Tradisjonelle avviksanalyser bygger på en antagelse om at kostnadene forårsakes enten av outputvolum eller "faste" kostnader. Det har vist seg at de kostnadene som man innen regnskapet har sett på som faste er de som varierer mest over tid. Dette har gjort det nødvendig å bryte opp disse kostnadene og analysere hvilke faktorer som forårsaker at de påløper samt produktiviteten knyttet til disse (Nyland, 2003).

### 3.4.4.1 Kostnadshierarkiet og kostnadsdrivere

For å få en økt forståelse for kostnadsstrukturen på et sykehus kan man bruke en nivådeling av kostnadene. Hovedargumentet bak en slik nivådeling er å få fram at kostnadene på ulike nivå har ulike kostnadsdrivere. I tillegg hjelper nivådelingen oss med å forstå hva som driver ulike kostnader. Produktspesifikke stordriftsfordeler fremkommer gjennom lave enhetskostnader ved produksjon i store serier og/eller med høye produktvolumer. Den typiske effekten av å innføre ABC-kalkyler i industrien, har vært at lavvolumprodukter fremstår som dyrere, og analysen trekker derfor i retning av å redusere produktspektrene. Kostnadshierarkiet er senere utvidet i en rekke dimensjoner. Typiske utvidelser gjelder kunder og kundegrupper, geografiske og andre markedssegmenteringer, samt distribusjonskanaler. Hovedpoenget er at man forsøker å modellere et hierarki av nivåer, der kostnader for et nivå kan finnes som summen av kostnadene på dette nivået og alle underliggende nivåer<sup>9</sup>.

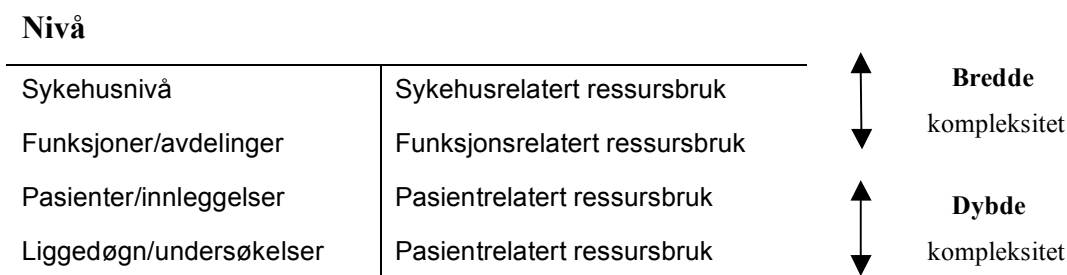
1. Enhetsnivå: Kostnadene varierer med produksjonsmålet
2. Serienivå/ordrenivå: Kostnadene varierer med antall produksjonsserier
3. Produktnivå: Kostnadene varierer med hvor mange ulike produkt man leverer
4. Bedriftsnivå: Kostnadene er en følge av bedriftens eksistens, uavhengig av hva og hvor mye en produserer

Målet med hierarkiet er å unngå fellene fra tradisjonelle kalkulasjonsmetoder, som hovedsaklig fordelte alle kostnadene ut på enhetene. Disse metodene gav et urett bilde av hva som var kostnadsdrivende, og var derfor lite egnet til strategiske avgjørelser. Eksempelvis er det ikke fornuftig å fordele kostnader som ikke varierer med produksjonsvolumet til enhetsnivået (eksempelvis stabskostnader) (Bjørnenak og Pettersen, 1997).

---

<sup>9</sup> På like vilkår? En analyse av konkurranse mellom offentlige og private foretak -

[http://www.konkurransetilsynet.no/archive/internett/publikasjoner/Skriftserien/05\\_01\\_like-vilkaar.pdf](http://www.konkurransetilsynet.no/archive/internett/publikasjoner/Skriftserien/05_01_like-vilkaar.pdf)



Figur 4: Kostnadshierarki for somatiske sykehus (Nyland og Bjørnenak, 2000 s.6)

I sykehussammenheng kan *enhetsnivået* defineres som kostnader som drives av produksjonsvolum innenfor de ulike deltjenestene. Dette kan for eksempel være pleie (antall liggedøgn), laboratorium (antall laboratorieprøver) og røntgen (antall røntgenundersøkelser).

På *serienivået* finner man kostnader som drives av det antall pasienter som bruker disse tjenestene. Dette kan være kostnader forbundet med administrative rutiner rundt pasientoppholdet som inn- og utskrivninger, journalhåndtering og lignende. Ressursbruken på disse to nivåene beskrives av Nyland og Bjørnenak (2000) som pasientrelatert ressursbruk, da arbeidsbyrden, direkte eller indirekte, er relatert til den enkelte pasient. Forskjeller mellom pasientene på disse to nivåene betegnes som dybdekompleksitet.

*Produktnivået* på et sykehus kan bestå av kostnader forbundet med det å ha ulike funksjoner, spesialiteter eller avdelinger. Dette kan være grunninvesteringer knyttet til en funksjon som utstyrsinvesteringer, avdelingsledelse, beredskapskostnader, kompetanseutvikling og lignende. Ressursbruken omtales som funksjonsrelatert ressursbruk.

*Bedriftsnivået* i kostnadshierarkiet for et sykehus består av kostnader som er forbundet med det å ha et sykehus operativt. Dette kan være investeringer og vedlikehold av bygninger og andre fasiliteter, nødvendige støttefunksjoner, sykehusledelse, infrastruktur med mer. Ressursbruken kan man beskrive som sykehusrelatert ressursbruk. Kostnader knyttet til ledig kapasitet inngår i denne gruppen. Dette gjelder ikke dersom den ledige kapasiteten er funksjonsdrevet, noe som betyr at den ledige kapasiteten henføres til funksjonsrelatert ressursbruk. Breddekompleksitet eksisterer på de to øverste nivåene i kostnadshierarkiet og beskriver hvilke tjenester et sykehus kan tilby sine pasienter.



---

Dette kostnadshierarkiet hjelper oss ved å finne ut hva som driver kostnadene på de ulike nivåene i et sykehus, og den tilhørende ressursbruken. Og dette kan bidra til å gi mer nøyaktige kalkyler enn tradisjonelle metoder. Kalkulering av utgifter for forskjellige tjenester vil uansett ikke gi eksakte tjenesteutgifter, men man vil få mer eller mindre gode tilnærminger. Ofte vil kalkylene gi gode indikasjoner, og i debatten rundt bruken av begrensede ressurser vil de være et nyttig hjelpemiddel.

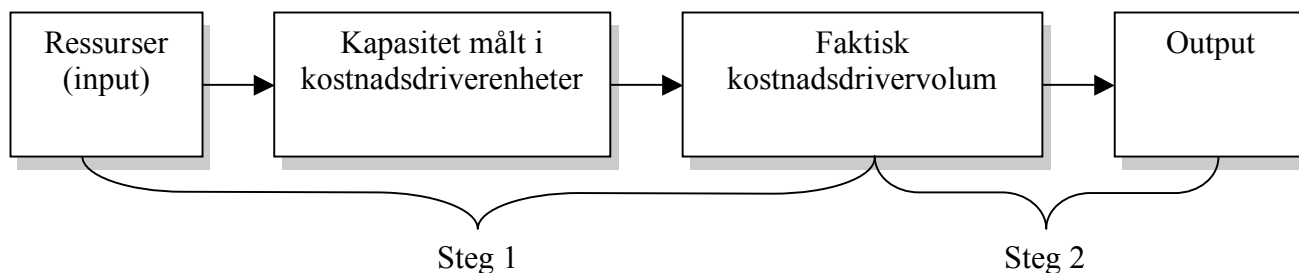
### **Andre bruksområder**

Innføring av markedsmekanismer innenfor offentlig virksomhet (eksempelvis stykkprisfinansiering innen somatikk) har ført til at kalkulering har blitt viktigere. Kostnadsteori og kalkyler forsøker å beregne produkt eller tjenstekostnader, og de kan brukes blant annet til å øke forståelsen for lønnsomhet ved en tjeneste eller et produkt. Bjørnenak og Pettersen (1997) lister opp flere bruksområder for aktivitetsbaserte kalkyler.

- *Benchmarking av tjenstekostnader mellom enheter.* Dette kan være både intern (innen sykehuset) eller ekstern (med andre sykehus) benchmarking. I slike tilfeller er det viktig at man har god kontroll med at de innsamlede data virkelig er sammenlignbare. Formålet med en slik kalkulering er på den ene siden kostnadskontroll, men også å søke alternative måter å organisere virksomheten på.
- *Pasientrelaterte vurderinger.* I enkelte tilfeller vil det være aktuelt å beregne utgifter for ulike pasientgrupper med hensyn til prioriteringer og maksimering av ressursutnyttelse.
- *Grunnlag for fastsetting av produksjonsavhengige tildelinger.* Dersom man ønsker å knytte tildelingene til produksjonen, er det viktig at man har et kostnadmessig grunnlag for utforming av tildelingssystem.
- *Økt forståelse for kostnadsstrukturen.* I forbindelse med kalkulering av tjenstekostnader må man kartlegge variasjonsmønstrene i ressursforbruket. Denne kunnskapen kan også brukes til andre formål, eksempelvis budsjettering og planlegging.

#### **3.4.4.2 Dekomponering av produktivitet og slakk**

Gjennom å innføre en kostnadsdriver som et mål på arbeidsmengden på hvert nivå i kostnadshierarkiet kan man vurdere produktiviteten i en tostegsanalyse (Nyland, 2003).



Figur 5: Tostegsanalyse av produktivitet (Nyland, 2003)

Steg 1 måler forholdet mellom volumet av kostnadsdrivere og ressursforbruket. Dette er altså arbeidsbyrde per ressursenhet. Et eksempel på dette kan være antall polikliniske konsultasjoner ved en poliklinikk som vil være en kostnadsdriver for den direkte bruk av behandler (altså behandlerressursen) som er pasientrelatert. Når det oppstår slakk i steg 1 vil det altså indikere at det blir brukt flere behandlerressurser per faktiske konsultasjon enn hva som er normen eller standarden. Bakenforliggende årsaker til dette kan være at poliklinikken har for mye behandlerressurser tilgjengelig. En annen årsak kan være at ressursutnyttelsen er lav, det vil si at behandleren har ledig tid som ikke blir utnyttet til pasientrelatert arbeid (Nyland, 2003).

Steg 2 måler forholdet mellom kostnadsdrivere og output. Sagt på en annen måte ser det altså på produktiviteten knyttet til utnyttelsen av kostnadsdrivere. For en poliklinikk kan for eksempel refusjoner benyttes som output. Her vil en økning i slakk (altså en reduksjon i produktiviteten) indikere at antall konsultasjoner har økt i forhold til normen.

Denne modellen viser at produktiviteten ikke utelukkende er et forhold mellom innsatsfaktorer og output. Gjennom å foreta en tostegsanalyse vil mulighetene øke for at man får en riktig plassering av ansvar for endring av produktivitet, og dermed også mulighetene for å sette inn tiltak. For en poliklinikk kan en reduksjon i produktivitet målt som refusjoner pr behandlerressurs (eller økning i slakk), kunne brytes opp i tre ulike årsakssammenhenger (Nyland, 2003):

- Dimensjonering, dvs behandlerressursene øker mer enn kapasiteten for konsultasjoner
- Kapasitetsutnyttelse, dvs at faktisk antall konsultasjoner reduseres i forhold til kapasiteten
- Produktivitet i utnyttelse av konsultasjoner, dvs at refusjoner pr konsultasjon reduseres

---

## 3.5 Verktøy for måling og evaluering av prestasjoner

I dette avsnittet vil jeg se på relevante kontroll – og styringssystemer som ledere kan benytte seg av innen helsevesenet. I tillegg vil jeg også kort se på standardisering innen helsevesenet.

Styrings- og kontrollsystemer er med på å beskrive hvordan man kan *anvende* produktivitetmålingen innen organisasjonen. Slike system kan også kalles ledelsesinformasjonssystem eller *management control systems*. Måletall i ledelsesinformasjonssystem kan være av både finansiell og ikke-finansiell art. Bedrifter og organisasjoner fremhever ulike elementer av prestasjonsmåling i sine rapporter, men de fleste inkluderer *lønnsomhetsmåltall, kundetilfredshet, interne måltall for effektivitet, kvalitet og tidsbruk*. Prestasjonsmålene for en organisasjons enheter har ulik tidshorisont, men de mest brukte har mellomlang til lang tidshorisont (Horngren et al, 2000). Man må være klar over at de fleste ledelsesinformasjonssystemer er bygget for privat virksomhet, og dermed har et bedriftsøkonomisk perspektiv, og det kan dermed by på problemer for det offentlige å implementere slike system uten endringer.

### 3.5.1 Mål - og resultatstyring i det offentlige

En av oppgavene til det økonomiske styringssystemet er å bidra til forståelse for, og håndtering av økonomiske problemer. Bjørnenak et al (2001) sier at styringssystemet for det første bør signalisere en uheldig utvikling så tidlig så mulig, dette for å løse problemene før de blir kritiske. Videre bør styringssystemet fortelle hva som er problemet og årsaken til problemet, noe som ikke alltid er mulig å få til. Et kontrollsystem vil sjelden være så omfattende at de gir svar på alle spørsmål til enhver tid. Spørsmål som styringssystemet ikke kan besvare, må løses ved spesielle undersøkelser, men dette vil ofte ta tid dersom datagrunnlaget er dårlig. Styringssystemet bør derfor være et hjelpemiddel for å trekke oppmerksomheten mot hva man skal prioritere i analysearbeidet.

I det offentlige har mål - og resultatstyring sterkt fokus, noe som betyr at myndighetene ønsker mer vektlegging av systematisk arbeid rettet mot virksomhetens mål. Målene skal defineres, og det skal utarbeides konkrete handlingsplaner for å realisere målene. Både målstyring, regelstyring og verdistyring utgjør sentrale dimensjoner i den totale styringen som utøves i offentlig sektor (Busch et al, 2003):

- 
- Gjøre organisasjonen mer mål- og resultatorientert i motsetning til aktivitets- og regelorientering.
  - Bedre ressursutnyttelsen gjennom økt produktivitet og effektivitet.
  - Etablere en kobling mellom mål, planer, styring og kontroll.
  - Påvirke de ansattes ressursdisponeringsadferd.

Moderniseringen av offentlig sektor har blant annet medført sterkere fokus på lederansvar og krav om bedre økonomistyring. Det har blitt et større fokus på effektivitet og produktivitet samtidig som konkurranseelementet har fått en fremtredende plass.

### 3.5.2 Kontrollstyringssystem

En vanskelig problemstilling ved ledelse av en organisasjon i dag er å ha kontroll, og samtidig kunne gi ansatte nok frihet til å være kreative, innovative og fleksible. Simons (1995) beskriver hvordan man kan ha en balansert kontrollfunksjon, samtidig som man opprettholder eller endrer mønstre i organisasjonelle aktiviteter. Simons beskriver videre 4 ulike roller som gjør at man kan få balansert kontrollfunksjon og samtidig opprettholde kreativitet og fleksibilitet blant de ansatte:

*Kulturskapende kontrollsystemer* - er formelle system for å definere, kommunisere og forsterke grunnverdiene, mål og retning til organisasjonen (f.eks. mål- og visjonsformulering).

*Grenseskapende kontrollsystemer* - er formelle system for å etablere klare grenser og regler som må følges (f.eks. klare regler, begrensninger, strategiske planleggingssystem)

I forbindelse med regnskapsbaserte styringssystemer skiller Simons (1995) mellom to typer anvendelser som får fram ulike effekter av noe som kan være ett og samme styringssystem, nemlig *diagnostisk* og *interaktiv* anvendelse (Nyland, 2003).

*Interaktive kontrollsystemer* - formelle system brukt av ledere for regelmessig personlig å involvere seg i beslutningsaktivitetene til underordnede. Man kan sikre at systemene er interaktive ved å (1) sikre at systemene har en viktig og tilbakevendende agenda for å diskutere med underordnede, (2) sikre at man har regelmessig fokus på underordnede sjefer i organisasjonen, (3) delta i "face-to-face"-møter med underordnede og (4) kontinuerlig utfordre og debattere data, antagelser og fremdriftsplaner.

---

*Diagnostiske kontrollsystemer* - er formelle tilbakemeldingssystemer som blir brukt for å monitorere den organisatoriske aktiviteten og rette avvik fra nåværende prestasjonsstandarder. Dette kan være mål- og objektivitetssystemer og prosjektmonitoreringssystemer.

De mest relevante for måling av produktiviteten i psykiatrien er diagnostiske og interaktive systemer. Ifølge Nyland (2003) overvåker og motiverer det diagnostiske styringssystemet mot måloppnåelse. Et slikt styringssystem krever at man utarbeider spesifikke mål og standarder. Dette for at man kan måle resultater fra styringssystemene på en objektiv måte. I tillegg skal systemet sørge for at de som skal styres har den nødvendige påvirkningsmulighet i forhold til output/resultat. Ifølge Nyland (2003) vil den interaktive bruken av styringssystem søke å skape en prosess mellom beslutningstakere på ulike hierarkiske nivå, der man fokuserer oppmerksomhet på problemer og muligheter, skaper agendaer for debatt og motiverer for informasjonsinnhenting, for sammen å komme fram til nye planer og strategier med utgangspunkt i toppledernes visjoner.

### **3.5.3 Å inkludere måletall - Balansert målstyring**

Et hjelpemiddel for å integrere flere måleinstrument i resultatmålingen, er bruk av balansert målstyring ("The Balanced Scorecard"). Balansert målstyring ble i utgangspunktet utviklet for private bedrifter, men er senere tatt i bruk i flere offentlige organisasjoner. Balansert målstyring er et redskap som blant annet kan benyttes for å måle kvaliteten på en tjeneste. Styringsinformasjonen innhentes både som monitorering og evaluering av organisasjonenes arbeid med kvalitetsforbedring. Valg av, og vektning mellom de ulike indikatorene er i seg selv et uttrykk for verdivalg og målsettinger for kvalitetsforbedring, noe som blir tydelig i prosessen med å sette opp et målbilde.

Disse resultatmålene skal utfylle hverandre for å gi mer helhetlig rapportering. Balansert målstyring gjør at man også kan styre med andre enn finansielle måletall, og man får da et mer balansert bilde av produktiviteten i organisasjonen. Man kan utvikle et sett av ressursindikatorer for en offentlig virksomhet. For et sykehus kan disse se ut som følger (Bjørnenak og Pettersen, 1997):

- *Det finansielle perspektivet* – hva er det eierne ønsker å få rapportert. Eks utgifter pr behandlet pasient.

- 
- *Det interne perspektivet* – hva er den kritiske kompetansen for virksomheten? Eks antall spesialister innen et fagfelt.
  - *Kundeperspektivet* – hva er de kritiske faktorene for våre kunder? Eks den opplevde kvaliteten på behandlingen som pasientene får.
  - *Innovasjons- og læringsperspektivet* – i hvilken grad man er i stand til å fornye seg. Eks nye behandlingsmåter/tilbud.

Disse perspektivene er ikke gjensidig utelukkende. Innen hvert perspektiv velger en ut kritiske resultatindikatorer som kan relateres til de overordnede spørsmålene. Man kan såutvide med egne perspektiv som er spesielt sentrale for den aktuelle virksomheten.

Faren ved et slikt system er ifølge Bjørnenak og Pettersen (1997) at man velger en for stor mengde indikatorer, og at systemet dermed mister fokus. Det blir dermed viktig å motivere hver indikator ut ifra et eller annet formål. Det er også viktig at man for hver indikator kan sette seg et måltall for et ønsket nivå på indikatoren.

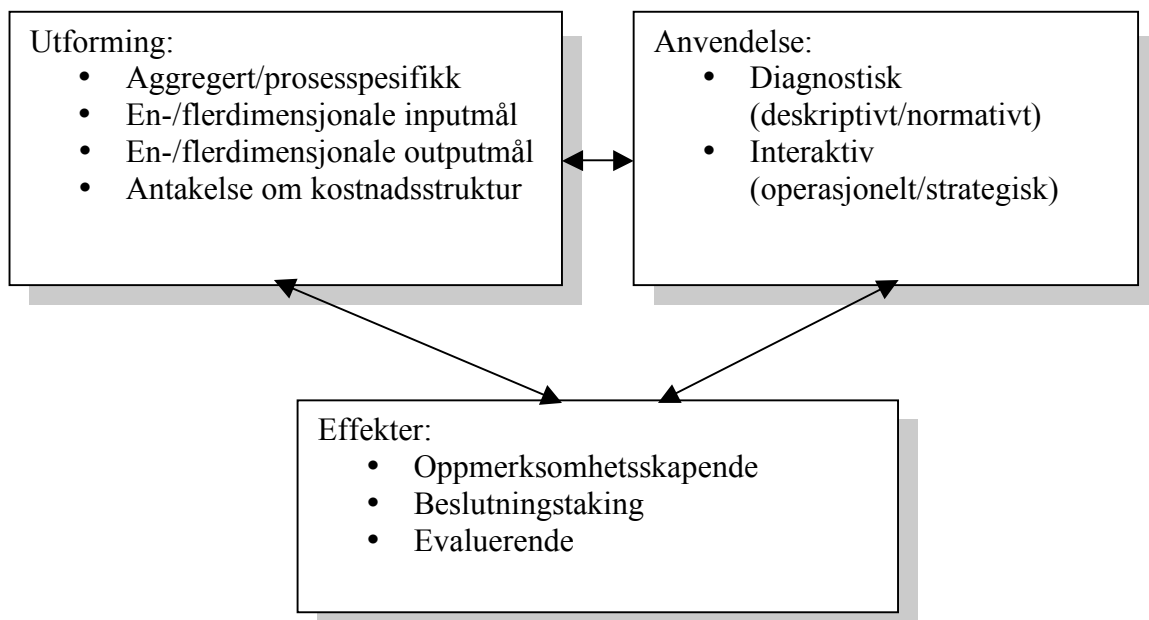
### **3.5.4 Standardisering**

Helsefaglige standarder er standarder for informasjonsutveksling i helsesektoren som er helt eller delvis avhengig av det medisinske/helsefaglige domenet. Eksempler på standarder innen helsevesenet er definisjoner, kodeverk og formelle modeller av helsevesenet og helsefaglige aktiviteter (Hurlen og Østbye, 1994).

Standarder for medisinsk informasjonsformidling blir av mange sett på som en forutsetning for at administrative og politiske beslutningstagere på alle nivåer i helsevesenet skal få tilgang til, og finne fram i, den informasjonen de har bruk for som bakgrunn for sine beslutninger. En standardisering øker også sannsynligheten for at to helsearbeidere har samme forståelsen av den informasjonen som blir formidlet. Standarder kan dermed være med på å redusere feil og misforståelser, og bedre kvaliteten på utredning, behandling, pleie og rapportering innen helsevesenet. Eksempelvis kan det å bruke standardiserte termer i en journal for å automatisere koding til en database (Hurlen og Østbye, 1994).

### 3.6 Modeller for å forstå produktivitetsbegrepet innenfor styringslitteraturen

Utforming, anvendelse og effekter av produktivetsmåling henger nøye sammen (Nyland, 2003). Innføring av prosessspesifikke mål samt at man har begynt å se på flere faktorvariabler i kostnadsstrukturen, har gitt muligheter for å skape bedre forståelse for hva som er bakenforliggende årsaker til utvikling i den mer aggregerte produktiviteten. Gjennom dette blir det lagt mer til rette for mer interaktiv bruk av slike mål, og produktivetsmål kan dermed gå fra å være rent oppmerksomhetsskapende, til å bli et verktøy i beslutningstaking, både på operasjonelt og strategisk nivå (Nyland, 2003).



*Figur 6: Oversikt over dimensjoner i tilknytning til produktivitetsbegrepet innenfor styringslitteraturen (Nyland, 2003)*

I *utforming* kan man aggregere opp innsatsfaktorene til et gitt nivå for å bruke de i styringen.

Eksempel på endimensjonale inputmål kan være kostnader (ressurser) som enhetene i et sykehus forbruker. Det kan også være antall liggedøgn og/eller antall pasienter ved et sykehus. Kostnadshierarkiet er et flerdimensjonalt inputmål. Balansert målstyring er eksempel på et flerdimensjonalt styringssystem som gir output til ledere. Endimensjonalt outputmål kan være tall rapportert i regnskapet på avdelingsnivå.

---

*Anvendelsen* er knyttet til hvordan man kan bruke produktivitetstall i regnskapsbaserte styringssystemer. Styringssystemene kan som sagt både være av diagnostisk og interaktiv art. Mål og standarder blir utarbeidet og output kan måles. Det *interaktive* tar utgangspunkt i organisasjonens usikkerheter og leter etter forståelse for hvorfor avvik oppstår. Det diagnostiske systemet fokuserer på prosesser i organisasjonen.

*Effekter* er knyttet til hva man ønsker å oppnå med de systemene man implementerer i organisasjonen. Skal de gi oppmerksomhet mot problemområder, være et verktøy i beslutnings taking eller har de andre formål? Budsjettet er et verktøy man kan bruke for å måle effekten innad i organisasjonen.

Nyland sier videre at produktivitet må defineres ut ifra de formål man har, og de forutsetninger som ligger til grunn. I dagens styringslitteratur er produktivitetstall knyttet til bruken av standardkostsystemer og avviksanalyser. Noe av fordelen med slike systemer er at de gir informasjon om hvilke forhold som ligger bak en utvikling. Det vil være problematisk å benytte seg av slike analyser dersom man ikke har en felles målestANDARD som ligger til grunn.



---

## 4 PRODUKTIVITETSMÅLING OG INFORMASJONSVERDI I PSYKIATRIEN

### 4.1 Psykiatrien i Norge

Innen psykisk helsevern i Norge opererer SINTEF Helse med ulike typer institusjoner for døgntilbud: *sykehus, distriktpsikiatriske tilbud (DPS), sykehjem og andre døgntilbud*. Innenfor helseregionene skal sykehusnivåene ha sammenlignbare oppgaver. Sykehusnivået skal omfatte akutt- og øyeblikkelig hjelp mottak, oppfølgende behandling i døgnavdeling særlig for pasienter innlagt uten samtykke, behandling i sikkerhetsavdeling og ulike spesialavdelinger (St.meld. nr. 25 (1996-97)). Distriktpsikiatriske tilbud skal omfatte sektorisert behandlingstilbud på lokalsykehusnivå slik de er beskrevet i St.meld. nr. 25 (1996-97). Sykehjem omfatter langtidstilbud i grenselandet mellom første- og andrelinjetjenesten. Man ser at de ulike typene tjenester i prinsippet skal behandle ulike typer pasienter, selv om grensene i realiteten kan være noe mer uklare.

#### **Utviklingstrekk i psykiatrien**

Voksenpsykiatrien har endret seg mye de siste tiårene. Endringene som har skjedd kan beskrives blant annet med de-institusjonalisering, desentralisering, utskriving av langtidspasienter til tilbud i lokalsamfunnet, mer aktiv behandling og korttidsintervensjon, utvidelse av målgruppe for behandling, omlegging fra døgntilbud til dag -, poliklinisk- og ambulante behandling<sup>10</sup>.

Antall senger i de psykiatriske institusjonene var høyest på begynnelsen av 1960-tallet. Da nedbyggingen av de store institusjonene kom i gang, ble pasientene i stor grad overført til psykiatriske sykehjem. Reduksjon i plasser kan forklares ved den faglige utviklingen med omlegging fra forpleining og oppbevaring til aktiv behandling. Endring i behandlingstilbudet har vært størst for pasienter som lider av schizofreni eller andre

---

<sup>10</sup> UTVIKLINGSPLAN 2004 – 2010 (2006) - [http://www.sykehuset-innlandet.no/stream\\_file.asp?iEntityId=597](http://www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=597)

---

alvorlige lidelser. Parallelt med at pasienter med de alvorligste lidelsene har opptatt stadig færre plasser i institusjonene, har også målgruppen for psykiatrisk behandling blitt utvidet. Lengden av sykehusopphold har også blitt redusert, samtidig som det har blitt en økning i antall opphold i døgninstitusjon.

Gjennom de siste tiårene er det skjedd en betydelig opptrapping av poliklinisk behandling. Utviklingen viser at det har funnet sted en parallell økning i antall polikliniske konsultasjoner og antall innleggelser i døgnavdeling. Man kan dermed si at utviklingen av poliklinisk tilbud har avdekket et behandlingsbehov. Med utbygging av poliklinikkene er det skjedd en ytterligere utvidelse av målgruppe for psykiatrisk behandling. Parallelt med dette har antall innleggelser i psykiatriske akuttavdelinger steget sterkt.

Behandlingen har i dag mer fokus på poliklinikk og terapi i dagesheter, og tendensen har entydig gått i retning av en mer individuelt tilpasset behandling som er skreddersydd den enkelte pasient sine behov<sup>11</sup>. Disse utviklingstendensene stiller økte krav til faglig kompetanse hos behandlerpersonalet. I tillegg har åpenhet omkring psykiske lidelser ført til at stadig nye kategorier av pasienter søker hjelp innen psykisk helsevern. Målgruppene er ikke lenger bare mennesker med svært alvorlige, psykotiske lidelser, men en rekke andre grupper har kommet til. Et eksempel er alvorlig affektive lidelser som av verdens helseorganisasjon er rangert som en av de aller viktigste årsaker til sykelighet i den vestlige verden<sup>12</sup>. Det har også skjedd en endring fra pasienter med psykotiske lidelser over til pasienter med svært sammensatte og komplekse problemstillinger knyttet opp til kriser, selvmordsatferd, rusmisbruk og ulike former for personlighetsforstyrrelser.

### **Opptrappingsplan for psykisk helse**

Stortinget vedtok *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006*<sup>13</sup> i 1997. Opptrappingsplanen innebærer en betydelig styrking av det psykiatriske tilbudet frem mot 2006. Den tar videre utgangspunkt i et mål om å legge større vekt på en samfunnsutvikling hvor kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering, familie og nærmiljø og mer

---

<sup>11</sup> UTVIKLINGSPLAN 2004 – 2010 (2006) - [http://www.sykehuset-innlandet.no/stream\\_file.asp?iEntityId=597](http://www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=597)

<sup>12</sup> UTVIKLINGSPLAN 2004 – 2010 (2006) - [http://www.sykehuset-innlandet.no/stream\\_file.asp?iEntityId=597](http://www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=597)

<sup>13</sup> Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St. prp. 63 (1997-98). <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stprp/030005-030014/index-dok000-b-n-a.html>

---

rettferdig fordeling står sentralt. Stortinget vedtok at det skulle investeres for ca 6,3 milliarder kroner og innebærer konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern. I tillegg skal driftsutgiftene økes til et nivå som ligger ca 4,6 mrd. kroner over utgiftsnivået i 1998<sup>14</sup>.

Økt produktivitet er ifølge SINTEF Helse et sentralt virkemiddel for å øke tilgjengeligheten til polikliniske tjenester i henhold til Opptrappingsplanen. Opptrappingsplanen skal i henhold til stortingsproposisjonen i hovedsak finansieres med øremerkede tilskudd fordelt etter objektive kriterier (øremerket rammetilskudd). Økte driftsutgifter skal finansieres med økte polikliniske refusjoner og økte inntekter fra brukerbetaling. Et av hovedmålene for Psykiatrimeldingen (St.meld. nr. 25 (1996-97)) og Opptrappingsplanen, er å bedre tilgjengeligheten til tjenestene, både når det gjelder volum på, sammensetning av, og geografisk nærhet til tjenestene.

Opptrappingsplanen innebærer også betydelige investeringer i nye bygg og ombygging/rehabilitering av eksisterende, og i tillegg en vesentlig økning i de årlige driftsutgifter til psykisk helsevern. Med foretaksreformen er også finansieringen av spesialisthelsetjenesten endret selv om hovedmønsteret er beholdt<sup>15</sup>.

## 4.2 Produktivitetmåling

Jeg vil nå se på hvordan produktivitetmålingen foregår i psykiatrien både på nasjonalt nivå, innen helseforetak og på sykehus og poliklinikk. På nasjonalt nivå vil jeg ta for meg SINTEF Helse sin sektorrapport om psykisk helse, for de andre nivåene har jeg undersøkt psykiatrisk divisjon, psykiatrisk akuttmottak og Bjørgvin DPS i Helse Bergen Helseforetak.

### 4.2.1 Produktivitetmåling på nasjonalt nivå

Offentlige institusjoner som Helse- og omsorgsdepartementet, Helsetilsynet og Sosial – og helsedirektoratet er brukere som kan ha nytte av produktivitetmålinger på nasjonalt nivå. De kan nytte seg av datamaterialet i benchmarkinger og andre målinger og sammenligninger.

---

<sup>14</sup> Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St. prp. 63 (1997-98).  
<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stprp/030005-030014/index-dok000-b-n-a.html>

<sup>15</sup> SAMDATA Psykisk helsevern 2004

---

Interesse- og fagorganisasjoner som Den norske Lægeforening og Rådet for psykisk helse kan også nytte seg dette materialet. De nasjonale helseregionene kan også bruke materialet for å sammenligne seg med hverandre.

#### **4.2.1.1 SAMDATA Psykisk helsevern**

SAMDATA består av årlige rapporter om spesialisthelsetjenesten for mennesker med somatiske og psykiske lidelser<sup>16</sup>. Formålet med SAMDATA-rapportene er å utvikle og presentere styringsdata, sammenlignbar statistikk og analyser for spesialisthelsetjenesten, slik at grunnlaget for styring, planlegging, evaluering og forskning kan bedres. Dette skal gjøres i lys av helsepolitiske mål generelt, og målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse spesielt. Arbeidet med SAMDATA er utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Direktoratet har også finansiert rapporten. SINTEF Helse utarbeider en egen rapport hvert år som heter SAMDATA Psykisk helsevern.

#### **4.2.1.2 Utforming**

Norsk pasientregister (NPR) har stått for innsamling og kvalitetskontroll av pasientdataene. Det er rapportert samlet aktivitetsnivå, oppholdstider, diagnoseopplysninger og opplysninger om tvangsinnleggelse for sykehus. For poliklinikker er også dataene om antall konsultasjoner primært hentet fra NPR, men fra de institusjonene der dataene ikke er av tilstrekkelig kvalitet har man brukt tallmateriale fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Data knyttet til personell og døgnplasser er hentet fra SSB. Regnskapsdata for institusjoner og helseforetak er innhentet og kvalitetskontrollert av SSB i samarbeid med SINTEF Helse. SSB og SINTEF Helse har i samarbeid kvalitetssikret de innsamlede regnskapsdataene i dialog med de regionale helseforetakene<sup>17</sup>.

Basert på tallene som er hentet inn ifra SSB og NPR har SINTEF Helse aggregert opp produksjonsindikatorer, innstatsfaktorer og produktivitetsmål som blir brukt for å sammenligne de ulike institusjonene med hverandre i SAMDATA-rapporten. Definisjonene av begrepene ligger som vedlegg 6.6.

---

<sup>16</sup> [http://www.samdata.sintef.no/?p=om\\_samdata/om\\_samdata.htm](http://www.samdata.sintef.no/?p=om_samdata/om_samdata.htm)

<sup>17</sup> SAMDATA Psykisk helsevern 2004

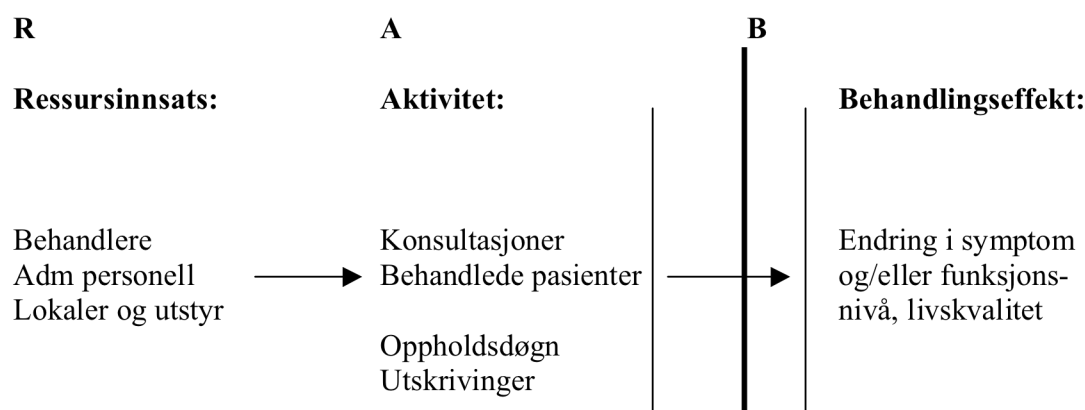
---

SAMDATA-rapporten om psykisk helsevern er delt opp i 6 hoveddeler. I den første delen *Status for opptrappingsplanen* ser man på status i forhold til personell, døgnplasser og poliklinisk- og dagbasert virksomhet og drøfter grad av måloppnåelse i forhold til opptrappingsplanen. I andre del *Utviklingstrekk – nasjonalt og regionalt* sammenligner man først nasjonale endringer innen psykisk helsevern, for så å se på regionale forskjeller på helseregionnivå. Del tre, *”Sørge for” ansvaret*, ser på om befolkningen i Norge har et likeverdig tilbud av helsetjenester, og på forskjeller mellom helseregionene. Rapporten presenterer tallmaterialet med utgangspunkt i de regionale helseforetakene sitt ”sørge for” ansvar. Del fire omhandler *ressursutnyttelse*, og ser på indikatorer på produktivitet innenfor poliklinisk virksomhet og kapasitetsutnyttelse ved døgninstitusjoner for voksne. Den femte delen ser på *behandlingstilbudets innhold*. Her blir oppholdstider i institusjon, bruk av ulike former for tvangsbehandling og personer som blir tilbudt behandling sammenlignet. Den sjette delen av rapporten omhandler *organisering*. Her blir blant annet forskjeller i tjenestestruktur mellom helseregionene vurdert.

### **Outputmål**

I forbindelse med hvilke outputmål SAMDATA-rapporten gir, har jeg i hovedsak sett på del 4 av rapporten som omhandler *ressursutnyttelsen*.

I SAMDATA rapporten sammenligner SINTEF Helse ressursinnsats og aktivitet. Ressursinnsats er målt med personell, mens aktivitet er målt med konsultasjoner, behandlede pasienter eller utskrivninger. Ressursinnsatsen fanges opp gjennom årsverk i og med at personell er viktigste innsatsfaktor. Resultatet av behandlingstilbudet måles kun indirekte gjennom den aktiviteten som har foregått. SINTEF Helse sier videre at dersom det var mulig å måle resultatet i form av behandlingseffekt, f.eks. målt ved endring i pasientens symptom- og/eller funksjonsnivå, eller generell livskvalitet, ville det gitt et vesentlig bedre resultatmål. Slike data er per i dag ikke tilgjengelig og derfor må aktivitet benyttes som indikator på oppnådd resultat av ressursinnsatsen. I figur 7 nedenfor er det illustrert hvordan produktivitet defineres som utført aktivitet per enhet ressursinnsats (A/R).



Figur 7: Operasjonalisering av produktivitet. Ressursinnsats, aktivitet og behandlingseffekt (SAMDATA SINTEF Helse)

### Poliklinikker

For *poliklinikker* måles aktivitet med konsultasjoner/tiltak og behandlede pasienter. Konsultasjoner per behandler sier mest om hvor mye pasientrettet arbeid hver enkelt behandler i gjennomsnitt utfører, mens pasienter per behandler uttrykker i hvilken grad den pasientrettede aktiviteten fordeles på mange pasienter eller om de er konsentrert om få pasienter. Ifølge SINTEF Helse er det en tendens de siste årene at både konsultasjoner per behandler øker, og at gjennomsnittlig konsultasjoner per pasient øker, mens pasienter per behandler er uendret. Som vi ser av tabell 1, øker antall konsultasjoner per årsverk og SINTEF Helse konkluderer med at økt poliklinisk aktivitet er et gjennomgående trekk i alle helseregioner.

Poliklinisk aktivitet:	2003	2004	Prosent endring
Antall konsultasjoner	699 221	758 979	8,5
Antall polikliniske fagårsverk	1 880	1 922	2,2
Konsultasjoner per fagårsverk	372	395	6,2
<u>Estimat basert på et utvalg poliklinikker:</u>			
Antall konsultasjoner per pasient (estimat)	6,8	6,7	
Antall pasienter per fagårsverk (estimat)	54	56	

Detaljer: SSB og NPR

Tabell 1: Konsultasjoner, pasienter og produktivitet i poliklinisk virksomhet for voksne (SAMDATA)

---

Poliklinikkene arbeider i et spenningsfelt mellom det å yte et godt tilbud til den enkelte pasient på den ene side, og det å gi et tilbud til den befolkningen de har et ansvar for på den andre side. Så lenge det er flere som har behov for hjelp enn det antall som tas inn til behandling, vil dette være en sentral problemstilling for poliklinikkene.

Tre indikatorer er sentrale:

- antall tiltak per fagårsverk
- antall tiltak per pasient
- antall pasienter per fagårsverk

Med fagårsverk menes antall årsverk totalt minus kategorien annet personell (merkantilt personell). Fagårsverk omfatter i hovedsak universitetsutdannet og høyskoleutdannet personell. Tiltak per fagårsverk sier mest om hvor mye pasientrettet arbeid hver enkelt behandler i gjennomsnitt utfører, mens pasienter per behandler er et uttrykk for tilgjengelighet: I hvilken grad er den pasientrettede aktiviteten fordelt på mange pasienter – alternativt konsentrert om få pasienter som får omfattende behandling.

Med fagårsverk menes antall årsverk totalt minus kategorien annet personell (merkantilt personell). Årsverkstall baserer seg på punkttellinger ved slutten av året, og ved endringer i løpet av året vil gjennomsnittet gi et bedre uttrykk for den faktiske årsverksinnsatsen.

### Døgnavdelinger

Tilsvarende måler SINTEF Helse aktivitet ved *døgnavdelinger* ved utskrivinger og oppholdsdøgn. Årsverk per oppholdsdøgn er et uttrykk for de personalressursene som i gjennomsnitt er tilgjengelig per pasient. Utskrivinger per årsverk uttrykker på den annen side hvor mange pasienter som i gjennomsnitt mottar døgnbehandling, og vil være nært knyttet til pasientenes gjennomsnittlige oppholdstid. De aggregerte målingene til SINTEF Helse for henholdsvis oppholdsdøgn og utskrivinger er vist i tabell 2 og tabell 3:

Institusjonstype	2003	2004	Prosent endring
Sykehus	958 665	907 211	-5
Distriktpsikiatriske tilbud	534 054	625 085	17
Andre døgninstitusjoner	180 844	80 096	-56
<b>Totalt</b>	<b>1 673 563</b>	<b>1 612 392</b>	<b>-4</b>

Detaljkilde: SSB og NPR

*Tabell 2: Oppholdsdøgn for døgnpasienter ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne*

Institusjonstype	2003	2004	Prosent endring
Sykehus	26 885	26 091	-3
Distriktpsikiatriske tilbud	11 808	14 557	23
Andre døgninstitusjoner	1 662	601	-64
<b>Totalt</b>	<b>40 355</b>	<b>41 249</b>	<b>2</b>

Detaljkilde: SSB og NPR

*Tabell 3: Utskrivninger av døgnpasienter ved institusjoner i psykisk helsevern for voksne*

Institusjonstype	Pers. faktor 2004	Behandlerfaktor		Utskrivninger per årsverk		Utskrivninger per døgnplass		Beleggsprosent	
		2004	Pst endr fra 2003	2004	Pst endr fra 2003	2004	Pst endr fra 2003	2003	2004
Sykehus	3,5	1,9	9,0	3,0	-2,2	9,3	1,9	89	88
Distriktpsikiatriske tilbud	2,2	1,2	9,5	3,8	5,5	7,0	9,5	81	82
Sykehjem og andre døgninst.	1,6	0,7	7,0	1,8	-20,1	2,3	-23,9	92	83
<b>Totalt</b>	<b>2,9</b>	<b>1,6</b>	<b>9,8</b>	<b>3,2</b>	<b>1,2</b>	<b>8,0</b>	<b>4,7</b>	<b>87</b>	<b>85</b>

Detaljkilde: SSB og NPR

*Tabell 4: Kapasitetsutnyttning ved døgninstitusjoner i psykisk helsevern for voksne (SAMDATA)*

Personellfaktor, behandlerfaktor, utskrivninger per årsverk og utskrivninger per døgnplass er i tabell 4 beregnet for døgninstitusjonene til Helse Bergen. Personellfaktoren angir forholdet mellom årsverk ved årets slutt og gjennomsnittlig pasientbelegg, og gir et estimat på antall årsverk som er tilgjengelig per pasient. Behandlerfaktoren er beregnet på samme måte som personellfaktoren, men tar kun utgangspunkt i universitets- og høyskoleutdannet personell. Behandlerfaktoren gir et estimat på hvor mange behandlere som i gjennomsnitt er tilgjengelig per pasient.



---

Utskrivninger per døgnplass måler bruken av døgnplassene med hensyn til pasientsirkulasjon. Beleggsprosenten i tabellen måler utnyttelsesgraden av døgnplassene målt ved forholdstallet mellom oppholdsdøgn for døgnpasienter og døgnplasser.

Sykehus ligger høyere enn de andre døgninstitusjonene med hensyn til utnyttelse av døgnplassene (utskrivninger per døgnplass og beleggsprosent), men endringen fra 2003 ved det distriktpspsykiatriske tilbudet viser at forskjellen mellom disse to tilbud er i ferd med å bli mindre. Man ser altså at sykehusene blir mer like på bedriftsnivået når man ser på kostnadsstrukturen. Innen det distriktpspsykiatriske tilbudet har det i tillegg skjedd en økning med hensyn på utskrivninger per årsverk og utskrivninger per døgnplass.

#### **4.2.1.3 Anvendelse**

Formålet med SAMDATA er å presentere sammenlignbare styringsindikatorer, samt analyser av utviklingstendenser for spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi grunnlag for planlegging, styring og forskning i denne delen av helsetjenesten. Rapporten presenterer styringsdata på nasjonalt og regionalt nivå. Den inneholder også mer detaljert statistikk på helseforetaks- og institusjonsnivå. SAMDATA tallene kan bare brukes diagnostisk siden de kun gir mulighet for å monitorere aktiviteten i institusjonene som er med i SAMDATA. Interaktiv bruk er vanskeligere siden tallene blir publisert lang tid etter at årsperioden er over (tallene fra 2004 ble publisert i oktober 2005). Dette gjør det vanskelig for ledere i institusjonene å bruke dataene aktivt i sine kontrollsystem. Det er vanskelig å tolke produktivitetsuttrykket fordi man ikke har et vektet uttrykk for pasientens ressursbehov.

#### **4.2.1.4 Effekt**

Hensikten med tallene er å måle nasjonale effekter og produktivitetsendringer knyttet til endringer i finansieringsformer. Effekter av øremerkede tilskudd kan også måles. Produktivitetsforskjellene kan skyldes forskjeller i organisering eller ledelse av sykehusene, eller andre forskjeller i andre forhold som for eksempel funksjonsfordeling eller pasientsammensetning. Produktivitetsforskjellene kan også skyldes at man ikke måler produksjonen riktig, det er altså for mye støy i tallmaterialet. Mangelfulle data og problemer med å skille fellesressurser ut ifra tallmaterialet kan skape problemer ved å skille ut relevante kostnadsdata og det vil dermed oppstå målefeil.

---

Det kan være aktuelt å sammenlikne antall korrigererte opphold, netto driftsutgifter per korrigererte opphold og sykehusenes relative kostnadsnivå. Slik kan man få et bilde av sykehusenes kostnadsnivå og produksjon i forhold til kompleksiteten i pasientsammensetningen (Pettersen og Bjørnenak, 2003).

Komplikasjoner ved ulike typer pasientgrupper kan også spille inn. I psykiatrien kan for eksempel unge psykotiske kreve større ressurser ved at de systematisk har lengre innleggelse og dermed krever større ressurser enn det som er normalt. Dette er å regne som dybdekompleksitet. Interne forhold innen enkelte avdelinger som er pålagt akutfunksjoner og et større antall ressurser til behandling kan betegnes som breddekompleksitet.

#### **4.2.1.5 Analyse**

SAMDATA aggregerer opp sine målinger til helseforetaks- og nasjonalt nivå. Samtidig kan man i tallmaterialet finne målinger ned på institusjonsnivå. Rapporten skal være med å belyse hvordan spesialisthelsetjenesten utvikler seg i forhold til målene som er fastlagt i *Opptrappingsplanen for psykisk helsevern* både på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå.

#### **Kompliserende faktorer**

(1) Den aggregerte informasjonen er for lite detaljert til at man kan bruke denne informasjonen som grunnlag for å utvikle bedre driftsformer. (2) Mangelen på detaljer gjør at de heller ikke kan brukes i strategier. (3) Aggregeringen gjør altså at man ikke kan si noe prosessspesifikt om dataene. Målingene i SAMDATA sin sektorrappport er på aggregert nivå. Dette gjør det vanskelig for lederne å bruke tallene til intern styring da tallene ikke sier noe om de prosesser som skjer internt i sykehuset. (4) Det er også vanskelig å isolere innsatsfaktorene i SAMDATA-rapporten som kan forklare den delen av sykehusets produksjon som gir et outputmål. Dette fordi at man ikke har felles nasjonale standarder for å måle output mellom sykehusene.

#### **Hva er ønskelig**

Det hadde vært ønskelig å kunne bruke sektorrapporten til SAMDATA for å se hva som er bakenforliggende årsaker til endringer i produktiviteten for psykisk helsevern. Mangelen på nasjonale rapporteringsstandarder gjør at dette ikke er mulig per i dag, da man ikke kan sammenligne helseforetak med hverandre siden man ikke nødvendigvis måler produktivitet med de samme forutsetningene. Rapporten kan til en viss grad brukes som verktøy for

overordnede myndigheter som Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet og potensielt interesserte interesseorganisasjoner. Problemet med rapporten som er diskutert i 4.2.1.4 gjør likevel at man bør utvise forsiktighet siden målefeil, dybdekompleksitet og breddekompleksitet gjør det vanskelig å benchmarke ulike avdelinger opp mot hverandre.

## **4.2.2 Produktivitetsmåling i helseforetak**

Fra 2002 ble sykehusene tatt ut av den fylkeskommunale forvaltningen og organisert under fem regionale helseforetak etter den tidligere inndelingen i helseregioner. Staten ved Helsedepartementet eier de regionale helseforetakene. I hver helseregion skal det være ett regionalt helseforetak, og under det regionale helseforetaket blir sykehus - enten alene eller sammen med andre institusjoner - organisert som egne helseforetak.

### **4.2.2.1 Helse Bergen HF, Psykiatrisk divisjon**

Helse Bergen HF er ett av fem lokale helseforetak som eies av det regionale foretaket Helse Vest. Helse Bergen HF har i alt ca. 8 500 ansatte, ca. 6 600 årsverk og et budsjett på ca. 4, 5 mrd. kroner. Alle psykiatriske institusjoner (akuttmottak, poliklinikker, korttidsavdelinger, dagavdelinger og langtidsavdelinger) i Helse Bergen HF er samlet inn under psykiatrisk divisjon. Institusjonene er igjen organisert i følgende avdelinger:

*Askviknes VPS, Avdeling for langtid, Avdeling for psykose, Avdeling for psykosomatisk medisin, Avdeling for sikkerhet, Avdeling for stemningslidelser, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Bjørgvin DPS, Fjell og Årstad DPS og Psykiatrisk akuttmottak (PAM).*

Fra januar 2004 ble også rusverntjenestene overført til staten, og fra samme tidsrom fikk psykiatrisk divisjon ansvar for samordning og koordinering av tjenester til rusmisbrukere innen Helse Bergen HF sitt område. Psykiatrisk divisjon er organisert med en divisjonsledelse, avdelinger med ansvar for pasientbehandling og faglige og administrative støttefunksjoner.

Helse Bergen HF hadde ifølge tall fra SAMDATA 334 døgnplasser i drift i 2004. Videre hadde de 123 834 registrerte oppholdsdøgn av døgnpasienter og 30 246 polikliniske konsultasjoner. Det polikliniske tilbudet blir stort sett gitt ved DPS-institusjonene i Helse

Bergen. Totale driftskostnader for psykiatrisk divisjon var i 2004 på 635 millioner kroner og av dette var 537 millioner lønnskostnader. Regnskapstallene som blir rapportert fra Helse Bergen HF til SSB og Sintef Helse slik de framkommer i SAMDATA-rapporten:

	Totale driftskostnader	Lønnskostnader	Kostnader til varer og tjenester	Andre driftskostnader	Tilskudd avtale-spesialister	Tilskudd private pleie
Helse Bergen HF						
Sykehus						
Haukeland Universitetssjukehus	422 232	357 429	21 651	43 152		
Distriktpsikiatriske tilbud						
Bjergvin DPS	107 134	90 913	4 604	11 617		524
Fjell og Årstad DPS	72 503	60 944	2 631	8 928		
Voss DPS	8 339	7 417	70	852		
Sykehjem						
Askviknes voksenpsykiatrisk senter	24 856	20 551	1 443	2 862		
Sum Helse Bergen HF	635 064	537 254	30 399	67 411		

*Tabell 5: Driftsutgifter psykisk helsevern for voksne fordelt på lønnsutgifter, utgifter til kjøp av varer og tjenester og andre driftsutgifter, samt spesifisering av tilskudd til privat pleie og avtalespesialister (1000 kroner). (SAMDATA 2004)*

Som vi ser av tabell 5 og tabell 6 utgjør lønnskostnader størstedelen av totalkostnaden (omlag 90 %) ved alle institusjonene ved Helse Bergen HF. Dette gjelder både for de distriktpsikiatriske avdelingene og sykehustilbudet.

<b>Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen</b>			
	<b>Regnskap</b>	<b>Budsjett</b>	<b>Avvik i kr</b>
<b>INNTEKTER (1000 kr)</b>			
Stykkpris-Inntekt dag	-1055	0	1 055
Stykkpris-Inntekt Sykehus	-2	0	2
Poliklinisk (RTV og egenandeler)	-33 764	-32 353	1 411
Ramme, tilskudd, refusjon	-685 652	-675 075	10 577
Salgs-,leie- og andre inntekter	-2 789	-1 177	1 612
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-723 262</b>	<b>-708 605</b>	<b>14 657</b>
<b>UTGIFTER (1000 kr)</b>			
Varekostnad medikament	11 448	10 840	-608
Mat, drikke, andre varekostnader	16 320	16 392	72
Fastlønn, faste tillegg mv	452 886	461 753	8 867
Sosiale kostnader	127 950	130 222	2 272
Overtid mv	17 820	10 635	-7 185
Ektern innleie, ekstrahjelp	21 087	10 642	-10 445
Kjøp av helsetjenester	9 965	8 963	-1 002
Kost lokaler	66 113	66 770	657
Utstyr, leie av utstyr	8 565	7 141	-1 424
Andre driftskostnader	23 388	24 911	1 523
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>755 542</b>	<b>748 269</b>	<b>-7 273</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>32 280</b>	<b>39 664</b>	<b>7 384</b>
Netto finansresultat	-75	0	
Ekstraordinære poster	-8 038	0	
<b>Resultat</b>	<b>40 393</b>	<b>39 664</b>	<b>-729</b>

Tabell 6: Regnskap 2004, Psykiatrisk divisjon

Videre er antall døgnplasser og en del driftsstatistikk rapportert i SAMDATA for Helse Bergen HF:

Helseforetak/institusjon	Døgnpl i drift 31.12.04	Oppholdsdøgn døgnpasienter	Oppholdsdager døgnpasienter	Antall utskr fra inst (døgn)	Antall pasienter 31.12.04	Polikliniske konsultasjoner
Helse Bergen HF						
Sykehus						
Haukeland universitetssykehus	186	76 164	2 218	1 933	218	843
Distriktpsikiatriske tilbud						
Bjergvin DPS	62	23 775	3 814	191	57	14 251
Fjell og Årstad DPS	62	15 728	1 823	161	43	12 160
Poliklinikker for voksne						
Voss DPS	0	0	1 611	0	0	2 992
Sykehjem						
Askviknes voksenpsyk senter	24	8 167	210	93	23	0

Tabell 7: Driftsdata for institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern for voksne (SAMDATA 2004)

#### 4.2.2.2 Utforming

Hver måned utarbeider divisjonsledelsen i Psykiatrisk divisjon en månedsrapport (se vedlegg 6.1) som blir sendt til økonomidirektøren i Helse Bergen. Denne rapporten beskriver den foregående måneds aktiviteter innen tre felt:

- Økonomisk resultat
- Behandlingsaktivitet
- Årsverk

Aktivitene som man aktivt registrer: antall utskrevne pasienter (døgnbehandling), antall inneliggende (døgnbehandling) og antall oppholdsdager (dagbehandling). Disse tallene blir rapportert både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

*Økonomisk resultat* forklarer hvordan divisjonen ligger an i forhold til budsjettet for både utgifter og inntekter. I rapporten forklarer også divisjonsledelsen eventuelle avvik og hvordan disse avvikene har oppstått og hva de betyr for videre drift.

*Behandlingsaktivitet* gir først en skjematisk oversikt over antall utskrevne pasienter (døgnbehandling), antall inneliggende (døgnbehandling), antall oppholdsdager (dagbehandling) og antall polikliniske konsultasjoner. Tallene blir rapportert både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Tabellen blir så etterfulgt av en kommentar

som prøver å beskrive endringer som har skjedd i forhold til planlagte innleggelser samt perioden i fjor. Divisjonsledelsen rapporterer videre disse aktivitetene også til Helse Vest som er deres formelle eier.

*Årsverk* er den siste aktiviteten som blir rapportert. Her ser man på hvor mange ansatte man har, og hvor mye overtid og ekstrahjelp som er benyttet av de ulike sykehusene.

Helse Bergen rapporterer antall pasienter med *individuell plan* fordelt på sykehus og DPS-enheter. Rapporteringen er en del av nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer som blir publisert på nettsidene [www.sykehusvalg.net](http://www.sykehusvalg.net) og [www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no). Andre kvalitetsindikatorer som blir rapportert er korridorpatienter, overbelegg, epikrisetid, inntak til tvungen innskriving i psykiatrisk institusjon, varighet av innskriving i psykiatrisk institusjon, varighet av ubehandlet psykose og ventetid til første konsultasjon.

#### 4.2.2.3 Anvendelse

Sykehus er relativt komplekse organisasjoner (Ouchi, 1979). Det er dermed viktig å ha komplette styringssystem for å kunne håndtere og rapportere aktiviteter innen organisasjonen. For 2005 har Psykiatrisk divisjon fokus på et knippe styringsparametere knyttet til aktivitet, kapasitetsutnyttelse, faglighet og brukermedvirkning. Styringsparametere for 2005 inneholder konkrete måltall og rapporteringskrav:

Styringsparameter	Mål	Rapportering
Beleggsprosent sjukehus	100% *	Kvar måned
Beleggsprosent DPS – langtid	95%	Kvar måned
Beleggsprosent DPS – korttid	85%	Kvar måned
Ventetid vurderings- samtale barn og unge	Innan 10 dager	Kvar måned
Ventetid voksne	Gjennomsnitt 70 dager	Kvar måned
Epikrisetid	80% innan 7 dager	Kvar måned
Diagnose	100%	Kvar måned
Individuell plan	75% av schizofreni gruppa	Kvar måned

\* Målet gjeld alle senger i sjukehus. Helsetilsynet har i rundskriv tilrådd beleggsprosent på 85 for korttidsavdelingar

Tabell 8: Styringsparameter 2005, Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen<sup>1</sup>

Som vi ser av tabellen har hvert parameter sitt eget mål. For å kunne følge opp eventuell måloppnåelse rapporterer man resultater hver måned. Man kan karakterisere disse parameterne for å være en del av et diagnostisk kontrollsystem der man overvåker og

---

rapporterer på ulike parametere for en gitt måloppnåelse. Det er utarbeidet mål på bakgrunn av egne produktivitetskrav og eksterne krav (blant annet fra Helsetilsynet). Månedrapportene er også tilgjengelig på intranettet der hver enkelt leder har mulighet til å gå inn og se hvordan sin egen produksjon er i forhold til den aggregerte produksjonen til divisjonen som helhet.

En annen konkret anvendelse av rapporterte inndata er den daglig rapportering av antall inneliggende pasienter og korridorpasienter ved døgninstitusjonene til divisjonen. Overbelegg (flere innlagte pasienter enn godkjent sengetall) som fører til korridorpasienter er ofte et problem ved psykoseavdelinger og PAM (psykiatrisk akuttmottak), ifølge seniorrådgiver Bjørnvald Fjelde ved divisjonsledelsen til Psykiatrisk divisjon. Når overbelegg oppstår, må ledelsen sette i verk tiltak for å bedre situasjonen. Det kan for eksempel være å flytte pasienter til andre avdelinger og institusjoner som har ledig kapasitet. Det kan likevel være vanskelig da de inndelinger i ulike enheter som psykose, stemning, geriatri etc gjør at avdelingene vil kunne motsette seg å ta i mot pasienter dersom de ikke tilhører deres diagnosekategori. Flere ganger i uken har man også fordelingsmøte mellom institusjonene der avdelingsledere og leger deltar. Her blir pasienter fordelt på avdelinger bestemt etter diagnose og ledig kapasitet. Helsedirektøren har gitt beskjed om at Helse Bergen ikke får ha korridorpasienter ved sine institusjoner og har truet med dagbøter og politianmeldelse dersom dette oppstår. Man kan karakterisere også denne prosessen som et diagnostisk kontrollsystem der man ser nærmere på avvik mellom faktiske og ønskede måltall (antall inneliggende pasienter) for å sikre at man holder seg innenfor strategiske rammer og pålagte oppgaver.

Dagens system for produktivitetmåling i psykiatrisk divisjon overvåker og rapporterer aktiviteten basert på økonomisk resultat, behandlingsaktivitet og årsverk. Måten produktivitetmålingen monitoreres på gjør at vi kan beskrive dagens rapporteringssystem som et diagnostisk kontrollsystem.

#### **4.2.2.4 Effekt**

Psykiatrisk divisjonsledelse får daglig informasjon om beleggsprosenten ved alle psykiatriske institusjoner som ligger under Helse Bergen. Dette gjør at de får en kontinuerlig oppdatering av hvordan tilbud og etterspørsel er hos institusjonene. I divisjonen har man budsjettstyring som hovedgrunnlag for sitt styringssystem. Budsjettet blir brukt til å bestemme hvilket aktivitetsnivå man ønsker å operere på innenfor i en gitt periode, og man



---

måler de økonomiske prognosene for driften i divisjonen opp mot budsjettet for å kunne avdekke avvik på et så tidlig tidspunkt som mulig.

På det polikliniske området ser man kun på antall konsultasjoner per behandler samt refusjoner knyttet til poliklinisk virksomhet. Dette gjør at man vanskelig kan måle produktiviteten innen poliklinikkene bortsett fra på effektiviteten i forhold til hvor mange konsultasjoner hver behandler gjør.

I henhold til teorien ønsker man innen produktivitetmåling å ha et system som monitorerer dagens produksjon i henhold til gitte produktivitetsmål. Produktivitetmåling skal være med på å bedre styringen av en organisasjon slik at man får bedre kontroll og styring på ressursene. Ressursene man bruker (som personell, utstyr og bygninger) er nødvendig for å kunne utføre en gitt produksjon av tjenester, diagnoser og behandling. Indikatorene psykiatrisk divisjon måler etter i dag er ikke korrigert for pasientsammensetning og gir dermed ikke et godt grunnlag for produktivitetmåling. Man ønsker også å ha en produksjon som samsvarer med prognoser på resursforbruket i forhold til budsjettet.

For å kunne ha et system for å ta beslutninger må man kunne måle produktivitet innenfor gitte standarder. Bruk av informasjonsteknologi gir potensielt store muligheter for effektivisering i form av tidsbesparelse og bedre informasjonstilgang. Maler for journalnotater, utredninger, epikriser og andre prosedyrer gjør arbeidet enklere og raskere. Man kan opprette databaser som inneholder tjenestetilbud, aktiviteter og ventelister. Dette kan skape muligheter både for konkurranse og samarbeid. Begge elementene kan føre til kvalitetsforbedring og økt produktivitet.

#### **4.2.2.5 Analyse**

Psykiatrisk divisjon har fokus på ressursinnsats og da spesielt personellbruk i dagens produktivitetmåling. Dette er en viktig kostnadsdriver da personalkostnader utgjorde hele 537 millioner kroner av en total kostnad på 635 millioner for psykiatrisk divisjon i 2004 (tabell 5). Samtlige faktorer innenfor ressursinnsats er knyttet til produksjonen, og da særlig på antall behandlede pasienter.

En studie gjennomført av Johnsson og Östergren (2003) viser at det i stor grad er interne forhold som er sykehusenes største hinder for kostnadseffektiv drift. Mangler ved de interne styringssystemene og for dårlig samsvar mellom budsjett og planlagt aktivitet er noen av

---

problemene på sykehusene. Studien viser videre at budsjettet formelt er det overordnede styringsinstrumentet ved sykehuset, så også ved psykiatrisk divisjon. Studien som er gjennomført ved Haukeland Universitetssykehus viser at budsjettet i relativt liten grad er basert på inngående analyser av planlagt aktivitetsutvikling. Den viser videre at budsjettet i stor grad tar utgangspunkt i forutgående års regnskap (kostnadsnivå), og korrigeres i samsvar med sykehuset sine eksterne økonomiske rammebetingelser. Kalkylene gjennomføres i så tilfelle i stor grad på avdelingsnivå og kostnadmessige konsekvenser for sykehuset og andre avdelinger undervurderes. Kalkylene kvalitetsikres dessuten i liten grad av sentrale økonomifunksjoner (Johnsen og Östergren, 2003). Materialet jeg har hentet inn fra psykiatrisk divisjon viser at budsjettet også her i liten grad blir brukt for inngående analyser av aktivitetsutvikling. Man bruker det heller som en rettesnor for å måle seg opp mot regnskapsmessige prognoser basert på virkelig aktivitet.

Rapporteringen av antall utskrevne pasienter, antall liggende og antall oppholdsdager for pasienter gjør at man til en viss grad kan dekomponere og finne årsak til at avvik i forhold til budsjett oppstår. Man kan likevel diskutere hvilken informasjonsverdi man har av å måle antall utskrevne pasienter. Denne aktiviteten sier ikke noe om hvilke aktiviteter som blir utført på avdelingene, men kan gi en pekepinn på gjennomstrømningen av pasienter. En dekomponering kan likevel si noe om det har oppstått produksjonsavvik, volumavvik eller produksjonsavvik i divisjonen. Avvik i forhold til de målte aktivitetene kan divisjonen følge ned på avdelingsnivå og dermed be ledelsen på dette nivå ta tak i problemet og finne en tilfredsstillende løsning.

### **Hvilken informasjon savner respondenten**

En av de største utfordringene ved å utvikle produksjonsmål er å utarbeide gode indikatorer. Dette kan eksempelvis være individuelle planer og ventetid. Fjelde sier at som administrator er psykiatrisk divisjon ute etter å finne ut hva de oppnår for pasientene. Man er opptatt av å kartlegge om pasientene blir gitt et godt nok tilbud.

### **Kompliserende faktorer**

En faktor som er med på å komplisere måling av produktivitet på divisjonsnivå er **(1)** pasienter med doble diagnoser. Man ser ofte pasienter med dobbeltdiagnoser der spesielt rus er med på å komplisere sykdomsbildet. Slike pasienter kan til tider være svært ressurskrevende. Ifølge seniorrådgiver Fjelde gjør rusrelatert problematikk at man får flere

pasienter enn tidligere som krever fastvakter og politivakter ved de psykiatriske institusjonene. **(2)** I tillegg er man blitt pålagt nye oppgaver som for eksempel det å ta vare på sikringsfanger. Dette gjør målingen av produktivitet knyttet til slike pasienter vanskelig. Produktiviteten i psykiatriske sykehus har også andre kompliserende faktorer som de må ta hensyn til. **(3)** Det er blant annet en del innlagte pasienter på psykiatriske sykehus som ifølge seniorrådgiver Fjelde ikke skulle vært der. Det er ikke en enkelt årsaksfaktor til dette, men man har opphopning av pasienter i enkelte distrikt grunnet at det tidligere har lagt store psykiatriske institusjoner der. Eksempel på dette er Valen og Nevegården (Sandviken) i Hordaland. **(4)** Samtidig er det ikke blitt utbygd et tilstrekkelig kommunalt tilbud. Dette kan skyldes at psykiatrien i Norge har vært lite prioritert i tidligere år. **(5)** Mange pasienter har altså blitt institusjonalisert og blitt avhengig av institusjoner selv om de i utgangspunktet kunne klart seg med oppfølging fra primærhelsetjenesten. De er altså likevel under behandling på sykehus og opptar dermed behandlingsskapasitet og er med på å vanskeliggjøre måling av produktivitet i disse institusjonene. Dette kan også være med på å skape regionale forskjeller som kompliserer arbeidet med å utarbeide rettferdige nasjonale indikatorer.

### **4.2.3 Produktivetsmåling i psykiatriske sykehus**

Psykiatriske sykehus gir behandling til personer med ulike psykiske sykdommer. I 2004 var det totalt 5500 sengeplasser og over 1,7 millioner liggedøgn ved psykiatriske sykehus i Norge.

Psykiatriske sykehusavdelinger skal gi behandlingstilbud som krever høyere bemanning og/eller spesialkompetanse som vanligvis ikke finnes ved distriktpspsykiatriske sentre. Disse sykehusfunksjonene er:

- Akuttfunksjon med plikt til å gi øyeblikkelig-hjelp vurdering og øyeblikkelig hjelp.
- Oppfølgende behandling i døgnavdeling, særlig for pasienter innlagt uten eget samtykke.
- Behandling i sikkerhetsavdeling.
- Ulike spesialavdelinger og team (alderspsykiatriske avdelinger, spesialteam for utredning av førstegangs psykotiske, familieavdelinger og lignende).

#### **4.2.3.1 *Psykiatrisk akuttmottak, Bergen Psykiatriske Universitetssykehus***

Psykiatrisk akuttmottak (PAM) skal ta imot alle voksne pasienter som blir innlagt som øyeblikkelig hjelp i Psykiatrisk divisjon. PAM skal gi akutt allmenn psykiatrisk vurdering,

---

diagnostisering, pleie og behandling samt tidsavgrenset observasjon og overnatting med skjermingsmuligheter.

PAM består av to avdelinger med totalt 19 senger. Avdelingene er lokalisert i Sandviken på Bergen Psykiatriske Universitetssykehus. Oppholdet på PAM skal være av kort varighet - som hovedregel ikke mer enn 4-5 dager. Etter et opphold på PAM blir pasienten overført til andre sykehusavdelinger eller utskrevet med oppfølging fra et distriktpsikiatrisk senter eller fra kommunene.

I PAM er 90 % av innleggelsene øyeblikkelig hjelp. De resterende 10 % er elektive innleggelser. I løpet av 30 dager etter at en pasient har blitt henvist til elektiv behandling må avdelingen ta stilling til om pasienten skal legges inn eller ikke. Om pasienten trenger behandling faller han inn under en 3 måneders ventelistegaranti.

De totale driftskostnadene ved PAM var i 2004 62,9 millioner kroner, noe som var under budsjetterte kostnader (se tabell 9 samt vedlegg 6.7).

<b>PAM, Bergen Psykiatriske Universitetssykehus</b>			
	<b>Regnskap</b>	<b>Budsjett</b>	<b>Avvik i kr</b>
<b>INNTEKTER (1000 kr)</b>			
Poliklinisk (RTV og egenandeler)	0	0	0
Ramme, tilskudd, refusjon	-1 897	-1 850	47
Salgs-,leie- og andre inntekter	-84	-50	34
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-1 981</b>	<b>-1 900</b>	<b>81</b>
<b>UTGIFTER (1000 kr)</b>			
Varekostnad medikament	693	855	162
Mat, drikke, andre varekostnader	1 299	1 203	-96
Fastlønn, faste tillegg mv	35 143	37 901	2 758
Sosiale kostnader	9 366	10 554	1 188
Overtid mv	2 272	1 030	-1 242
Ektern innleie, ekstrahjelp	2 034	650	-1 384
Kjøp av helsetjenester	171	0	-171
Kost lokaler	9 644	9 376	-268
Utstyr, leie av utstyr	591	753	162
Andre driftskostnader	1 699	1 823	124
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>62 912</b>	<b>64 145</b>	<b>1 233</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>60 931</b>	<b>62 245</b>	<b>1 314</b>
Netto finansresultat	0	0	
Ekstraordinære poster	0	0	
<b>Resultat</b>	<b>60 931</b>	<b>62 245</b>	<b>1 314</b>

Tabell 9: Regnskap og budsjett 2004 (kilde: Psykiatrisk divisjon)

Som vi ser av tabell 9 utgjør lønnskostnader (inkluderte sosiale kostnader) omlag 50 millioner av avdelingens totale kostnader i 2004. Avdelingen har driftsinntekter på litt under 2 millioner kroner. De får dekket 61 millioner kroner gjennom rammetilskudd fra sin eier, Helse Bergen HF.

#### 4.2.3.2 Utforming

Sykehusavdelinger i Helse Bergen rapporter per i dag fire aktiviteter til psykiatrisk divisjon:

- Liggetid
- Epikriser
- Belegg / korridorpasienter
- Diagnoser

I tillegg registrerer man individuelle planer.

---

PAM rapporterer hver dag registrert belegg, overbelegg og antall korridorpasienter videre til psykiatrisk divisjon.

#### **4.2.3.3 Anvendelse**

Man har i dag ingen krav fra psykiatrisk divisjon eller Helse Bergen knyttet til produktivitet ved PAM når det gjelder behandling av antall pasienter. Dette forklarer avdelingsleder Kristin Jordheim Bovim ved PAM med at dette er vanskelig i et psykiatrisk sykehus som har en akuttfunksjon. Man har likevel interne kapasitetskrav knyttet til at alle pasienter skal få epikrise samt en diagnose før de går videre fra PAM til andre avdelinger ved sykehuset, eventuelt blir utskrevet.

Gjennomløpstider (fra produksjon til salg) har i det private stor oppmerksomhet. I psykiatriske sykehus kan gjennomløpstider beskrives som tiden fra første konsultasjon til utskrivelse. I psykiatrien har man tidligere ikke hatt noe spesielt fokus på dette. På PAM er man opptatt av hvor raskt man får ut epikriser og hvor raskt man får gitt en pasient en diagnose etter at en pasient blir innskrevet til avdelingen.

#### **4.2.3.4 Effekt**

Budsjettet blir i liten grad brukt som styringsinstrument per i dag ved PAM. Avdelingsleder Bovim mener budsjettet har for lite spillerom som styringssystem. Det som i hovedsak styrer aktiviteten er sykdomsintensiteten til pasientene. Dette gjør at antall korridorpasienter har blitt en av de viktigste indikatorene for ledelsen ved PAM. Korridorpasienter skal i utgangspunktet ikke forekomme ved en psykiatrisk akuttavdeling, men divisjonsledelsen og ledelsen i Helse Bergen har likevel forståelse for at det kan forekomme korridorpasienter ved avdelingen da de ser at dette er noe som kan oppstå ved en øyeblikkelig hjelp avdeling ved visse mellomrom. Ledelsen i Helse Vest liker det derimot ikke, og helsedirektøren har truet med bøter og politianmeldelse dersom korridorpasienter forekommer (se 4.2.2.3). Problematikken knyttet til korridorpasienter gjør at ledelsen ved Helse Bergen har forståelse for et økt pengeforbruk og budsjettoverskridelser for å hindre bruk av korridorsenger.

Ved PAM har man tatt i bruk et funksjonsmål som man kaller GAF (globalt funksjonsnivå). GAF-verdien blir målt både ved innleggelse og utskrivelse, og informasjonen man får fra målingen er nyttig ved planlegging av behandling og måling av behandlingseffekt, så vel som for å predikere resultater. Funksjonsmålet blir ikke brukt som et produksjonsmål i dag,

---

men kan være aktuelt i fremtiden. Noe av kritikken med bruk av produksjonsmål er at disse målene retter oppmerksomheten mot en gitt innsatsfaktor. Ved å kombinere bruk av måling av de aktiviteter som blir målt i dag med GAF, vil man kunne få målt produktiviteten med en helt annen dybde i dag. Det vil derimot kreve en del arbeid å utarbeide nye indikatorer som kan gi fornuftige outputmål til ledelsen.

Diagnosene i psykiatrien er standardisert i henhold til ICD-10 og tilsvarende klassifikasjonssystemer. I tillegg har man guidelines (retningslinjer) i forhold til behandlingsforløp til ulike diagnoser. Alle behandlinger som blir gitt i forhold til guidelines er rådgivende. Individuelle planer skal sikre pasientene et forutsigbart og planlagt behandlingsopplegg i de tilfellene der flere instanser må samarbeide for å få til et godt resultat. Produktivitet i psykiatriske sykehus i dag blir omtalt i kvantitative størrelser som for eksempel antall behandlede pasienter/tiltak per behandler per årsverk. Lov om psykisk helsevern sier at det skal opprettes handlingsplan for hver enkelt pasient. Dersom pasienten ikke får laget en individuell plan under oppholdet kan dette føre til bøter for sykehuset.

#### **4.2.3.5 Analyse**

Aktivitetene som blir rapportert fra PAM har sine klare svakheter i en produktivetsmåling. Ingen av aktivitetene representerer fullt ut selve produksjonen, det vil si hva som er gjort med pasienten i løpet av den tiden vedkommende har vært innlagt.

Avdelingen vil kunne registrere volumavvik på antall behandlede pasienter i forhold til budsjettet. Prisavvik vil også være relativt lett å skille ut ifra regnskapet. Man kan så finne produksjonsavviket som vil forklare de resterende avviket ved avdelingen. Disse avvikene vil likevel ha begrenset interesse siden man ikke bruker budsjettet aktivt som styringsinstrument, og dermed vil ha problemer med å si hvilke aktiviteter som er endret i forhold til budsjettet.

Antall korridorpasienter er et dårlig uttrykk for hvilke aktiviteter som er utført på sykehuset i forbindelse med behandling. Noe bedre informasjon får man om man bruker antall liggedøgn som aktivitetsmål, siden dette er en faktor som i seg selv driver ressursforbruket på et sykehus. Dette vil likevel ikke være et spesielt godt aktivitetsmål, da ulike diagnoser vil kreve ulike ressurser. Dette viser noe av problemet med produktivetsmåling i psykiatrien og aktualiserer utarbeiding av nye indikatorer for måling av produktivitet.

---

## Hvilken informasjon savner respondenten

En pasient som blir innlagt på mottak får gjerne en foreløpig diagnose og behandling, for så å bli overført til en spesialavdeling. Når han blir skrevet ut fra sykehus får han ofte behandling i poliklinikk. I forbindelse med denne rundgangen ønsker Bovim et smidig rapporteringssystem som kan hjelpe avdelingen til å se helheten, og dessuten mulighet til å ta ut rapporter på liggetid, samt ventetid for å få plass på ønsket avdeling for riktig behandling. Dette vil hjelpe ledelsen med å kunne foreta dekomponering av produktiviteten for å finne ut hva som er kostnadsdrivere og hvor i produksjonen det oppstår slakk. Dette vil igjen hjelpe med å bedre produktiviteten og forhåpentligvis få ned liggetiden. Et slikt system vil kunne karakteriseres som et interaktivt system som vil gi lederne mer relevant informasjon og kan være med å kontinuerlig forbedre fremdriftsplaner med mer. DIPS er per i dag ikke godt nok til dette, og Bovim er ikke særlig fornøyd med DIPS som rapporteringssystem. Konsekvensen av mangelen på informasjon om gjennomløpstider gjør at det i dag ligger for mange pasienter innlagt på sykehus, og de er innlagt for lenge. Den informasjonen man har tilgjengelig i dag kan kun brukes i et diagnostisk system siden man kun monitorerer aktiviteten i organisasjonen.

## Kompliserende faktorer

(1) Psykiatriske sykehus har per i dag ikke spesifikke produksjonskrav fra sine eiere (helseforetakene). Dette fordi disse sykehusene er pålagt en akuttfunksjon og er dermed pålagt av Lov om spesialisthelsetjenesten<sup>18</sup> å ta imot de pasientene som trenger hjelp. Likevel ser man nytten av å ha gode styringssystem for å kunne se hvor effektive de er i forhold til pasientbehandling. Å ha gode interaktive styringssystem vil hjelpe sykehusene til å følge pasienten fra innleggelse til utskriving, samt eventuell oppfølging.

Ved PAM kan en (2) flaskehals være at avdelingen ikke får sendt videre pasienter til andre avdelinger og at det dermed oppstår problem med korridorpasienter. Øyeblikkelighjelp-funksjonen til avdelingen gjør at de er pålagt å ta imot nye pasienter, og det blir dermed vanskelig å planlegge pasientstrømmen fra avdelingen. (3) Avdelingen har også begrenset antall godkjente senger (institusjonenes totale godkjente behandlingsskapasitet). Dette utgjør en flaskehals for avdelingen. Spørsmålet blir da om hvilke pasienter som skal oppta

---

<sup>18</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. - <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-061.html>



kapasiteten ved avdelingen, og operasjonelle faktorer i den forbindelse kan være organisering. (4) Manglende bemanning og kapasitet på de andre avdelingene ved sykehuset kan medføre at de ikke vil ta imot pasienter fra PAM.

(5) Mange avdelinger har sine egne standarder knyttet til behandling og oppfølging. Dette er med på komplisere målingen av produktivitet siden man ikke direkte kan sammenligne output. Nå er det opp til hver avdeling å gjøre det som de føler er fornuftig. Man har ingen nasjonale retningslinjer for dette, men ved PAM har de utarbeidet forslag til retningslinjer som man har sendt inn til bestemmende organ. Eksempler på dette er standardisering av hvilke blodprøver som blir tatt, og standardiserte mottaksprosedyrer.

#### **4.2.4 Produktivitetmåling i psykiatriske poliklinikker**

Distriktpsikiatriske sentre skal være faglig selvstendige enheter som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et gitt geografisk opptaksområde. Sentrene skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Ved psykiatriske poliklinikker gis behandling for en rekke forskjellige sykdommer, og ressursbehovet vil variere med hvilken sykdom det er snakk om.

##### **4.2.4.1 Bjørgvin DPS**

Ved Bjørgvin DPS blir det gitt differensierte polikliniske behandlingstilbud til ungdom og voksne. Senteret har et opptaksområde på omlag 117.000 innbyggere, samt 10 - 15.000 studenter. Bjørgvin DPS har samlet omlag 300 ansatte. I 2004 ble det utført 23 400 polikliniske konsultasjoner og 4 000 dagbehandlinger ved Bjørgvin DPS. I døgnenhetene var det 31 000 liggedøgn<sup>19</sup>.

Bjørgvin DPS har en stor døgnavdeling på 66 plasser (seksjon døgn). Dette er en av de største sengepostene i psykiatrisk divisjon i Helse Bergen. I tillegg har Bjørgvin DPS en døgnavdeling på Manger med totalt 16 senger. Dessuten er det nylig opprettet en allmennpsykiatrisk avdeling (C-1) for å avlaste blant annet Sandviken Sykehus og da spesielt PAM og psykosepostene. Den allmennpsykiatriske avdelingen fungerer omtrent som en "PAM light" avdeling (se organisasjonskart i vedlegg 6.5).

Bjørgvin DPS består per i dag av 5 polikliniske avdelinger. Disse var tidligere autonome avdelinger. Arbeidet med å samle de ulike polikliniske avdelingene under en enhet har ført til at de må tilpasse seg en ny organisasjonsstruktur.

De totale driftskostnadene ved Bjørgvin DPS var i 2004 138,8 millioner kroner, noe som var under budsjetterte kostnader (se tabell 10 samt vedlegg 6.8).

<b>Bjørgvin Distriktpsikiatriske Senter</b>			
	<b>Regnskap</b>	<b>Budsjett</b>	<b>Avvik i kr</b>
<b>INNTEKTER (1000 kr)</b>			
Poliklinisk (RTV og egenandeler)	-14 707	-12 890	1 817
Ramme, tilskudd, refusjon	-14 668	-13 346	1 322
Salgs-,leie- og andre inntekter	-660	-460	200
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-30 035</b>	<b>-26 696</b>	<b>3 339</b>
<b>UTGIFTER (1000 kr)</b>			
Varekostnad medikament	1 852	1 579	-273
Mat, drikke, andre varekostnader	2 498	2 331	-167
Fastlønn, faste tillegg mv	85 629	84 799	-830
Sosiale kostnader	23 377	23 437	60
Overtid mv	1 859	1 117	-742
Ektern innleie, ekstrahjelp	936	889	-47
Kjøp av helsetjenester	756	427	-329
Kost lokaler	15 498	15 799	301
Utstyr, leie av utstyr	1 927	1 424	-503
Andre driftskostnader	4 554	4 433	-121
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>138 886</b>	<b>136 235</b>	<b>-2 651</b>
<b>Driftsresultat</b>	<b>108 851</b>	<b>109 539</b>	<b>688</b>
Netto finansresultat	-46	0	
Ekstraordinære poster	-144	0	
<b>Resultat</b>	<b>109 041</b>	<b>109 539</b>	<b>498</b>

Tabell 10: Regnskap og budsjett 2004 (kilde: Psykiatrisk divisjon)

Som vi ser av tabell 10 har Bjørgvin DPS i overkant av 30 millioner kroner i driftsinntekter i 2004. Dette er knyttet til refusjoner gjennom den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinikker, samt inntekter fra egenandeler knyttet til behandling. Lønnsutgifter (inkludert

<sup>19</sup> Bjørgvin distriktpsikiatriske senter - <http://www.helse-bergen.no/avd/bjoergvin/>

---

sosiale kostnader) utgjør nesten 112 millioner kroner av et totalforbruk på i underkant av 139 millioner kroner.

#### **4.2.4.2 Utforming**

Bjørgvin DPS har utviklet sin egen oversikt over aktivitet og rapporter som blir brukt internt i organisasjonen, samt som grunnlag for å rapportere videre til divisjonsledelsen. I dag registrerer man følgende aktiviteter ved Bjørgvin DPS (se vedlegg 6.4):

- Førstegangskonsultasjon
- Rekonsultasjon
- Egenandeler (betalt selv eller refundert fra Rikstrygdeverket)
- Oppfølgingsmøte
- Telefonkonsultasjon
- Tester
- Gruppe-/familiebehandling

Aktiviteteene blir målt både for voksenpsykiatrien og for barne- og ungdomspsykiatrien.

På grunnlag av disse aktivitetene rapporter Bjørgvin DPS en fellesrapport (D-2558) videre til psykiatrisk divisjon og dette er den eneste som blir rapportert til divisjonsledelsen. Fellesrapporten D-2558 inneholder alle data som er refusjonsberettiget.

Man registrerer daglig alle konsultasjoner både for voksne og barn og unge, men rapportering videre skjer kun månedsvis. Derimot blir det hver dag rapportert reelt belegg på antall senger i døgninstitusjonene. Når det gjelder økonomiske tall rapporter man til psykiatrisk divisjon kun avvik i forhold til budsjett. Dette blir gjort månedsvis, og man rapporterer prognoserapporter med avvik.

#### **4.2.4.3 Anvendelse**

Det er en viktig ledelsesutfordring i poliklinikker å ha gode resultatmål for tidsbruken i poliklinikken og å bruke disse tallene aktivt for å gi behandlere tilbakemelding på egen produktivitet. Når man måler antall konsultasjoner som blir gjort sier det kun noe om antall konsultasjoner med direkte pasientkontakt. Det sier derimot ingenting om andre oppgaver som polikliniske behandlere utfører til daglig. Disse oppgavene kan være hjelp til akutt syke,

---

ledig kapasitet på grunn av avbestillinger og sykdom, samt samarbeid med andre instanser. Et godt interaktivt kontrollsystem vil hjelpe lederne til å få oversikt over disse dataene. Det vil være med på å hjelpe lederne til å forstå hvorfor avvik oppstår, og gjør at man kan få oppmerksomhet på problemer og muligheter.

De rapportene som finnes i dag skiller blant annet ikke mellom refusjonsberettigede konsultasjoner og refusjonsberettiget aktivitet. Videre gir ikke rapportene differensiert nok informasjon - på ulike nivå. Dette er problematisk i forholdt til krav til produksjon, kontroll og ledelsesutøvelse i den enkelte poliklinikk. Didriksen mener DIPS-rapportene er for dårlige til å bruke i styringssystemet. Han mener det er mye rot rundt rapportering og hvordan rapportene vi får ut av DIPS blir tolket/forstått. Per i dag kan man ikke ta ut rapporter som viser de mest grunnleggende data til tross for at informasjonen enten ligger i DIPS eller er mulig å legge inn.

#### **4.2.4.4 Effekt**

Hovedaktivitetene til psykiatriske poliklinikker kan brytes ned i tre hovedaktiviteter; pasientbehandling, undervisning og veiledning/kontakt mot den øvrige helsetjenesten. En måling av produktiviteten krever at man kan operasjonalisere disse aktivitetene. Refusjonssystemet er i dag knyttet til antall behandlede pasienter per behandler, men det er ikke nok å måle produksjon av helsetjenester bare som antall pasienter. Når man ser på produktivitet knyttet til psykiatriske poliklinikker kan man ha to ulike tilnærminger:

- Forholdet mellom ressursinnsats og antall behandlede pasienter
- Forholdet mellom ressursinnsatsen og antall konsultasjoner

Desto høyere aktiviteten er for en gitt ressursinnsats, jo høyere vil produktiviteten være. Dette vil derimot ikke alltid fortelle hele sannheten. Dersom man måler produktiviteten etter antall pasienter pr behandler kan en av effektene være at man prioriterer de lite ressurskrevende pasientene. Produktiviteten økes da på bekostning av pasienter som krever mye ressurser, og en slik effekt er neppe i tråd med de helsepolitiske målsetningene. En tilsvarende effekt kan opptre dersom man måler antall konsultasjoner per behandler, der hver konsultasjon er lite ressurskrevende.

Antall konsultasjoner blir registrert daglig, og blir rapportert videre til divisjonen en gang i måneden. For å kunne avdekke problemområder i organisasjonen, kan det være nødvendig å

---

avviksanalyser. Disse analysene kan avdekke produktivitetsavvik i forbindelse med lav produktivitet knyttet til antall konsultasjoner en behandler utfører, men for at de skal være sammenlignbare er det nødvendig med standardiserte målemetoder for konsultasjoner og behandlinger.

#### **4.2.4.5 Analyse**

Ledelse av driften er en sentral utfordring for lederne av poliklinikkene. Driftsledelse handler om å lede den enkelte profesjon og profesjonsutøver i forhold til det som er uttalte målsetninger for organisasjonen/teamet. Ledelse av driften er ikke avhengig av at du har en gitt profesjonsutdanning, men den vil ligge i skjæringspunktet mellom det rent driftsmessige og det kliniske. Assisterende avdelingssjef ved Bjørgvin DPS sier at det er et problem at mange poliklinikker er ledet av ”deltidsledere” som har praksis ved siden av jobben som leder. Dette gjør at de ikke alltid har fokus på lederjobben, og de er gjerne avhengig av personer rundt seg for å gjøre en god nok jobb. Samtidig kreves det ofte betydelig innsikt og kunnskap i den kliniske praksisen for å oppnå legitimitet. God ledelse i sykehus handler om å skape oppslutning om løsninger som nedtoner profesjonsinteresser, og velge løsninger som fremmer felles innsats for et kvalitativt bedre og mer produktivt tjenestetilbud.

Et virkemiddel for å øke produktiviteten kan være standardiserte konsultasjonstider. Standardene må variere for forskjellige typer konsultasjoner. En måling av produktivitet som ikke tar hensyn at det finnes ulike grader av sykdom vil kunne risikere å favorisere de poliklinikkene som behandler de minst ressurskrevende pasientene, og tilsvarende overvurdere potensialet for økt pasientaktivitet ved poliklinikker med et mer ressurskrevende pasientgrunnlag.

#### **Hvilken informasjon savner respondenten**

Bjørgvin DPS har jobbet med problemstillinger rundt produksjon og effektivitet den senere tid. Ledelsen har sett at psykiatriske poliklinikker har problemer med dette feltet grunnet dårlige rapporteringsrutiner. De har jobbet aktivt innad i enheten med å finne tiltak for å bedre rapporteringsrutiner for å kunne identifisere problemområder. Assisterende avdelingssjef Stig Didriksen mener lav produktivitet og effektivitet er et problem innen voksenpsykiatriske poliklinikker. Barne- og ungdomspsykiatrien har bedre system for rapportering som gjør at de kan vise til bedre tall. Som eksempel nevner Didriksen at man i BUP operer med antall tiltak (refusjonsbaserte og ikke-refusjonsbaserte). I voksenpsykiatrien

---

opererer man derimot kun med tiltak som er refusjonsbaserte. Dette gjør at man ikke får et overblikk over den totale produktiviteten i voksenpsykiatrien.

Poliklinikkene står overfor et betydelig forventningspress når det gjelder å bedre produktiviteten. Offentlige poliklinikker har ikke vært nødt til å tenke på inntjening tidligere. Dette har imidlertid blitt endret etter innføringen av helsereformen. De skal for det første ivareta et befolkningsansvar og samtidig gi den enkelte pasient faglig forsvarlig behandling. Videre er det forventet at de yter mest mulig pasientbehandling, samtidig som de også bør samarbeide tett med eksterne instanser. Kravet om økt pasientbehandling står sterkt, samtidig som poliklinikkene som del av spesialisthelsetjenesten er forventet å inneha høy faglig kompetanse. Psykiatriske poliklinikker kan tilpasse seg krav om økt gjennomstrømming ved å korte ned på behandlingstiden og avgrense tilgangen ved kun å akseptere pasienter som krever få ressurser. Behandlingen av enkeltgrupper, for eksempel dobbeltdiagnosepasienter, eller bruk av spesielle teknikker, for eksempel kognitiv terapi, kan skilles ut i egne prosjekter. Behandlingsansvaret kan også skyves over på kommunalt nivå eller på privatpraktiserende leger. Man kan derimot diskutere om disse tilpasningene fører til økt behandlingskvalitet. Mange vil nok mene at det heller vil ha motsatt effekt.

Nedenfor følger en oversikt over et minimum med styringsdata som ledelsen ved Bjørgvin DPS mener avdelingssjefene og poliklinikklederne må ha i den daglige ledelse og i forbindelse med forbedringsarbeid:

ANTALL:

NIVÅ:

TAKSTKODE / AKTIVITET	AVDELING	ENHET	BEHANDLER
Førstegangskonsultasjon	-	-	-
Rekonsultasjon	-	-	-
<i>Førstegangskonsultasjon og rekonsultasjon til sammen</i>	-	-	-
Oppfølgingsmøte	-	-	-
Telefonkonsultasjon	-	-	-
Tester	-	-	-
Gruppe-/familiebehandling	-	-	-
<i>Oppsummering av all refusjonsberettiget aktivitet (evt rapport D-2558)</i>	-	-	-
*Antall konsultasjoner uten refusjon	-	-	-
Øyeblikkelig hjelp / Akutt hjelp (AH)	-	-	-
Ikke møtt	-	-	-
• Avbestilt av pasient samme dag	-	-	-
• Avbestilt av pasient	-	-	-
• Avbestilt av behandler	-	-	-
Antall åpne konsultasjonsserier	-	-	-
Antall pasienter med konsultasjon i perioden	-	-	-
Avsluttede behandlingsserier	-	-	-

*Tabell 11: Ønskede styringsdata ved poliklinikker*

Aktivitetene som rapporteres registreres på tre ulike nivå. Først må de registreres for hver enkelt behandler, for så å aggregere opp aktivitetene til enhetsnivå og avdelingsnivå.

### **Kompliserende faktorer**

Noe av hovedproblemet når det gjelder produktivetsmåling i psykiatrisk divisjon i Helse Bergen er ifølge assisterende avdelingssjef Stig Didriksen at **(1)** det ikke er harmoni mellom fag og økonomi i divisjonsledelsen ved Psykiatrisk divisjon. Der har de et ensidig fokus på økonomien og tar ikke hensyn til at psykiatrien er spesiell i henhold til at man overfor store pasientgrupper har vanskelig for å måle effektivets- og produktivetsforbedringer. Noe av grunnen er etterslep fra tiden da sykehusene var underlagt fylkeskommunen og de ”gamle” rapporteringslinjene fra den gangen. Dette viser at det er mangel på et interaktivt system som kan brukes for å kontinuerlig forbedre styringen av poliklinikken. Didriksen sier at

---

problemet i dag er at det ikke er enighet om hva som er viktige styringsdata og kvaliteten på de data som blir rapportert. Klinikkleidelsen og divisjonsledelsen har ulik oppfatning om hvilke parametere som er viktigst å måle på. Assisterende avdelingssjef Didriksen sier at ”toppleidelsen i psykiatrisk divisjon er i hovedsak opptatt av økonomien og ser derav kun på aktiviteten D-2558 som inneholder alle konsultasjoner som er refusjonsberettiget”. Didriksen mener at de ikke ser at effektivitet er avhengig av produktiviteten i andre aktiviteter ved poliklinikken. Han mener at det er manglende forståelse for dette problemet i ledelsen. Klinikkleidelsen mener derimot førstegangskonsultasjoner (P10/12) er det som er viktigst å måle opp mot, for deretter å sammenligne førstegangskonsultasjoner (P10/12) i forhold til oppfølgingsmøte (P13/P14) for samme pasient. Dette kan si noe om hvor dyktig man er til å gi riktig behandling. Didriksen håper at man kan få en forståelse for at det er viktig for poliklinikken å rapportere data som også ikke gir direkte økonomisk gevinst. For ledelsen er det viktig at det blir rapportert styringsdata selv om de ikke direkte gir penger i kassen. Eksempel kan være PDS pasienter i seng som får behandling uten at dette er refusjonsberettiget.

For voksenpsykiatrien har Bjørgvin DPS et krav ifra Helse Bergen om å oppnå 500 refusjonsbaserte konsultasjoner per fagårsverk per år. Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) blir finansiert som barne- og ungdomspsykiatrien. Pasienter ved PUT har ingen krav til egenbehandling. PUT blir finansiert som BUP og har krav om 400 tiltak per behandler per fagårsverk. 300 av disse er refusjonsberettiget. Didriksen sier at dersom man skal ta Helse Vest på alvor må en nå et effektivitetsmål som er 500 refusjonsgodkjente konsultasjoner per stilling i snitt. Det er blant annet 7 fagstillinger på PUT (som har en sats på 300 i året). Differansen mellom de 300 og kravet på 500 må de andre avdelingene ta. Det vil si at de i snitt må ha over 500 konsultasjoner for å kompensere disse konsultasjonene.

Didriksen sier at det er viktig å dokumentere og ha oversikt over all pasientbehandlingsaktivitet som man ikke får refusjon for. **(2)** Dette gjelder spesielt aktiviteter der man samarbeider om behandlingen med andre avdelinger/institusjoner innen spesialisthelsetjenesten eller internt i egen avdeling. Per i dag blir denne aktiviteten ikke registrert, og man må utvikle rapporter slik at denne aktiviteten blir registrert på en tilstrekkelig måte. Eksempel på aktiviteter som ikke gir refusjon er blant annet samarbeid mellom DPS og sykehus. Et slikt samarbeid gir ikke refusjonsbaserte inntekter og det er dermed ingen økonomiske insentiver for et slikt samarbeid. Et annet eksempel er pasienter innen PUT og da spesielt innen rus samarbeid. Pasienter innen dette feltet kan ofte være



---

innlagt på en institusjon, men møter til behandling på DPS. Institusjonen de er innlagt på får da inntektene, og poliklinikkene blir ikke tilgodesett med midler. En løsning på dette kan være å ha en (flere) rammefinansiert fagstilling som blir brukt til oppfølging av pasienter. Didriksen mener dessuten at det er et sprik i forventninger i forhold til lover og forskrifter. Spesialisthelsetjenesteloven pålegger DPS å ”serve” kommunehelsetjenesten selv om DPS ikke får betalt direkte for å gjøre dette.

(3) Det er også et problem at man har skiller mellom ulike avdelinger og hjelpetiltak. Dette gjør at man tenker på ”seg og sitt” uten å se på hva som er best for pasienten. Et eksempel på en slik situasjon kan være å gjøre hjemmebesøk til en pasient. Det kan være to terapeuter som gjør eksempelvis fire hjemmebesøk hos en gitt pasient. Dersom dette kan holde pasienten unna innleggelse i institusjon er det billigere en hva en slik innleggelse vil koste. Samtidig vil man kunne hindre en stigmatisering av pasienten som det er en fare for ved innleggelse. Det er viktig med riktig ressursfordeling slik at man kan sikre et godt og effektivitet tilbud til de pasientene som trenger det. (4) Polikliniske ledere vurderer også alle pasienthenvisninger som kommer fra leger og psykologer. Disse henvisningene er ofte dårlig skrevet og lederne må da hente inn flere opplysninger om pasienten. Dette skjer enten i form av å kalle pasienten inn til konsultasjon eller å be om flere opplysninger fra henvisende lege. Den polikliniske lederen er uansett pålagt å begrunne et eventuelt avslag på behandling skriftlig. Det går uansett mye tid vekk til å behandle disse henvisningene uten at DPS får ekstra betalt for dette arbeidet. Didriksen sier at man kan argumentere for at dette skal finansieres gjennom rammefinansieringen, men ”det henger ikke på greip”. Dette fordi slike aktiviteter er tidkrevende (og derav kostnadskrevende) i tillegg til at dette er oppgaver som ikke er direkte relatert til driften av en poliklinikk.

## 4.3 Analyse av produktivetsmåling i psykiatrien

I det foregående avsnittet har jeg beskrevet dagens produktivetsmåling på ulike nivåer i psykiatrien. Jeg vil nå prøve å vise generelle trekk ved denne produktivetsmålingen samt påpeke problemområder og kort gi forslag til forbedringer som kan gjøres.

### 4.3.1 Dagens produktivetsmåling

Generelle trekk ved produktivetsmålingen i de ulike nivåene i psykiatrien.

#### 4.3.1.1 *Nasjonalt*

SAMDATA-rapporten inneholder aggregerte data. Dersom man tar utgangspunkt i kostnadshierarkiet ser rapporten kun på bedriftsnivået eller sykehusnivået, og dette gjør det vanskelig å dekomponere tallene til noe som ledelsen ved de ulike avdelingene ved sykehus kan bruke. For serienivået finner man kostnader som drives av antall pasienter som bruker tjenestene. Når det gjelder produktnivået er det knyttet til de ulike funksjonene man har på et sykehus. Bedriftsnivået sier noe om kostnadene ved å ha et sykehus operativt, herunder ledig kapasitet. Psykiatrien har som somatikken også kostnader knyttet til ledig kapasitet. Ledig kapasitet som er funksjonsdrevet henføres direkte til funksjonsrelatert ressursbruk.

Ledelsen ved de psykiatriske divisjonene vil også ha problemer med å bruke tallene fra rapporten ettersom kvaliteten på dataene ikke er gode nok. Dette skyldes ulike rapporteringsrutiner og kvaliteten på dataene. Bredde- og dybdekompleksiteter innad i foretakene vil også være med å gjøre sammenligninger vanskelig.

Problemområder på nasjonalt nivå:

- Målefeil og mangelfulle data
- Bredde- og dybdekompleksitet innad i helseforetakene
- Aggregering av data så man ikke kan si noe prosessspesifikt
- Mangel på nasjonale målestandarder

#### 4.3.1.2 *Helseforetak*

I helseforetak mottar ledelsen aktivitetsrapporter fra institusjoner som ligger under deres myndighet. Divisjonsledelsen ved Helse Bergen mottar rapporter på antall utskrevne, antall inneliggende og antall oppholdsdager på sykehusnivå i tillegg til data om antall årsverk og personalkostander. Polikliniske konsultasjoner blir rapportert kun for antall refusjonsberettigede konsultasjoner. De rapporterte dataene gjør det mulig å gjøre en viss dekomponering for å finne avvik, siden man kan bruke regnskaps- og budsjettdata for å gjøre analyser knyttet til disse rapporterte dataene. I rapportene til psykiatrisk divisjon ser man på avvik i forhold til plan (dvs budsjett). Noen videre avviksanalyse blir ikke gjort av psykiatrisk divisjon. Innen det regnskapsmessige ser man på avvik i forhold til personalkostander. Man ser ikke på årsaker til avvik i forbruket utover antall behandlede

---

pasienter. Dersom man ser på kostnadshierarkiet blir rapportering på enhetsnivået brukt for å aggregere opp produktiviteten på avdelings- og sykehusnivå.

Problemområder på helseforetaksnivå:

- Mangler ved interne styringssystem
- Liten grad av analyser av aktivitetsutvikling
- Mangel på gode indikatorer for å måle produktivitet
- Pasienter med dobbeltdiagnoser som kompliserer målebildet
- Dybde- og breddekompleksiteter knyttet til innleggelser
- Mangel på nasjonale indikatorer

#### 4.3.1.3 Sykehus

Sykehusene behandler pasienter og produserer dermed en helsegevinst for disse. Det ”egentlige” produktet vil dermed være endring i helse relativt til en situasjon der man ikke trenger sykehusbehandling. Denne størrelsen kan med derimot ikke observere, og man har da målt sykehusenes effektivitet i forhold til hvor stor produksjonen av helsetjenester er. Måltallet har da blitt antall behandlede pasienter. Dette er som tidligere diskutert ikke uproblematisk. Ulike pasientgrupper krever både ulike mengde og ulike typer ressursinnsats. For å unngå å sammenlikne ”epler og pærer” må man ta hensyn til dette i arbeidet med å bedre kvaliteten på data innen psykiatrien. For å bedre kvaliteten på dataene bør det for eksempel utarbeides felles standarder og fastlagte rapporteringsrutiner.

Psykiatriske sykehus har ingen produktivitetskrav fra psykiatrisk divisjon. Samtidig har de en rammestyrt finansiering. Denne finansieringsformen gir ingen insentiv til å øke produktiviteten for å øke pasientgjennomstrømmingen.

Ved Sandviken sykehus har man et mangelfullt styringssystem. Dette gjør det vanskelig for ledelsen å se helheten i produksjonen, noe avdelingsleder Bovim har påpekt. Man bruker heller ikke budsjettet aktivt, noe som er forståelig da det er pasientgjennomstrømmingen som er med på å styre produksjonen. Det er også problematisk at man ikke har krav til produktivitet.

---

Kompleksitet kan hjelpe oss til å forklare produktiviteten ved PAM. En faktor er at omfanget av behandlingstilbudet ved avdelingene er relativt stort, man har altså breddekompleksitet. Dette innebærer at det er mange diagnoser som blir behandlet. Dette kan påvirke kapasitetsutnyttelsen, pasientgjennomstrømningen og føre til økt funksjonsrelatert ressursbruk. Den andre faktoren er dybdekompleksitet. Dette er pasientrelatert ressursbruk, som innebærer hvor krevende behandlingen av en pasient er. Innen psykiatrien kan hvor ressurskrevende en pasient er, variere mye innen samme diagnosegruppe. Dette kan forklare forskjeller i liggetider og intensitet i behandlingen. Dybdeforskjeller fører da til store kostnadsforskjeller mellom pasienter innen samme diagnosegruppe. Samtidig kan det ta lenger tid å behandle de ressurskrevende pasientene. Dette vil si at færre pasienter blir behandlet, og pasientgjennomstrømningen reduseres.

Bredde- og dybdekompleksitet er dermed faktorer som er kostnadsdrivende og som påvirker produktiviteten. For avdelingen er det viktig å ha en så god pasientgjennomstrømning som mulig tross disse faktorene. Dette kan de oppnå ved å ha et høyt kompetansenivå på personalet for å håndtere ulike grader av ressurskrevende pasienter.

Problemområder på sykehusnivå:

- Ingen krav til produktivitet
- Mangelfulle styringssystem
- Bredde- og dybdekompleksiteter
- Overbelegg og gjennomløpstider (pasientgjennomstrømning)
- Mangelfull aktivitetsrapportering
- Mangel på nasjonale standarder
- Ingen incentiv til produktivitet gjennom finansieringssystemet

#### **4.3.1.4 Poliklinikk**

Psykiatriske poliklinikker har fått tilbakemeldinger på at de har hatt for lav produktivitet. Undersøkelser fra Helsetilsynet har underbygget dette. Hovedresultatene fra aktivitetsregistreringen til Helsetilsynet viste at samtlige poliklinikker bruker omlag 43 % av

---

tiden til indirekte pasientrelatert arbeid. Arbeid som ikke gjøres i forhold til spesifikke pasientsaker (administrasjon, interne møter og lignende) utgjør omlag 30 % av den totale arbeidstiden. Per i dag rapporterer poliklinikker i Helse Bergen bare refusjonsberettigede aktiviteter til divisjonsledelsen. Ifølge ledelsen ved Bjørgvin DPS viser ledelsen ved divisjonen liten interesse for de andre aktivitetene som poliklinikken utfører. Innen barne- og ungdomspsykiatrien rapporterer man både refusjonsberettigede og ikke-refusjonsberettigede tiltak. Dette gjør at man får oversikt over den totale produktiviteten.

Psykiatriske poliklinikker har krav om et gitt antall konsultasjoner per behandler per år. Disse poliklinikkene har også en delt finansieringsordning med delvis innsatsstyrt finansiering. Statens helsetilsyn har evaluert arbeidsformene ved de offentlige psykiatriske poliklinikker<sup>20</sup>. Helsetilsynet mener at det er et produktivitetsforbedringspotensial på 25-30% på nasjonal basis for de psykiatriske poliklinikkene, og aktivitetsbasert finansiering kan være et viktig virkemiddel for å øke produktiviteten. Et av problemene med produktivitetskravene man har i poliklinikker ved Helse Bergen i dag, er at man vil kunne velge å behandle flest mulig pasienter uten at man tar hensyn til kvaliteten på behandlingen. Dette kan føre til at man får flere rekonsultasjoner og innleggelser i døgninstitusjon enn hva som er ønskelig, og at man prioriterer ”lette” pasienter fremfor ”tunge”.

For å kunne sammenligne ulike poliklinikker og avdelinger ut ifra fag, produktivitet og effektivitet, må de måles ut fra samme datagrunnlag. Noe av hovedproblemet i dag er at man ikke har et nasjonalt system for å måle data og datagrunnlag, og man kan dermed ikke sammenligne produktiviteten mellom institusjoner. Man kan argumentere for at SAMDATA er et slikt verktøy, men i min analyse viser jeg til at SAMDATA ikke kan brukes til benchmarkinger grunnet mangel på standarder for innsamling av data. Helsetilsynet konkluderer i sin rapport om *psykiatriske poliklinikker 4-2000*<sup>21</sup> at de mest produktive voksenpsykiatriske poliklinikkene er de med tydeligst ledelse og ledelseskultur. Lederens personlige egenskaper er viktige, men uten opplæring, veiledning, erfaringsutveksling og

---

<sup>20</sup> PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER - EN EVALUERING AV ARBEIDSFORMER OG PRODUKTIVITET INNEN VOKSEN- OG BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykiatriske\\_poliklinikker\\_evaluering\\_arbeidsformer\\_pr oduktivitet.ik-2706.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykiatriske_poliklinikker_evaluering_arbeidsformer_pr oduktivitet.ik-2706.pdf)

<sup>21</sup> PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER - EN EVALUERING AV ARBEIDSFORMER OG PRODUKTIVITET INNEN VOKSEN- OG BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN  
[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykiatriske\\_poliklinikker\\_evaluering\\_arbeidsformer\\_pr oduktivitet.ik-2706.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykiatriske_poliklinikker_evaluering_arbeidsformer_pr oduktivitet.ik-2706.pdf)

---

støtte fra sentralt hold kan utfordringene fort bli for store. Bedre samarbeid mellom klinikere og administratorer er viktig for å kunne bedre produktivetsmålingen. Både i den daglige driften av poliklinikkene, og i forbindelse med endrings- og forbedringsarbeid er det helt avgjørende at ledere har data som gir oversikt og kontroll. Lederne må kunne gi tilbakemelding til behandlerne både individuelt og gruppevis, og dette er avgjørende i forhold til produktivitet og kravoppnåelse.

Problemområder på poliklinikknivå:

- Behandlere med lav produktivitet
- Kun rapportering av aktiviteter som gir refusjoner
- Bruk av ”deltidsledere”
- Ikke standardiserte konsultasjonstider
- Pasienter med dobbeltdiagnoser
- Hovedfokus på økonomi fra overordnet eier
- Pålegg om oppgaver som ikke gir refusjoner

### **4.3.2 Bedre produktivetsmåling i psykiatrien**

Produktivetsmåling skal fungere som en varselampe når man har avvik fra forventningene til produktivitet. Den skal også hjelpe organisasjonen til å fokusere på de riktige områdene i organisasjonen. Ved at man prioriterer pasientene riktig skal det gjøre at de som har størst behov for hjelp skal få hjelp først. For at flest mulig skal få behandling innenfor dagens rammer er det da nødvendig å fokusere på produktiviteten til behandlerne. En av informasjonsverdiene fra produktivetsmåling er hvor effektive ulike avdelinger er i forhold til institusjoner det er naturlig å sammenligne seg med. Det å lage gode produktivetsuttrykk er tid - og ressurskrevende. Det er likevel nødvendig å utvikle gode indikatorer i psykiatrien for å kunne ha bedre aktivitetsstyring og resultatstyring av midlene som blir bevilget til psykiatrien hvert år. I tillegg har det offentlige blitt mer markedsorientert (jamfør de to

---

søylene i New Public Management) og man venter derfor å kunne se konkrete resultater når man øker bevilgningene til psykiatrien gjennom Opptrappingsplanen.

I det offentlige er det vanskelig å undersøke om verdien av en tjeneste er større enn de kostnader som påløper. Dette skyldes at det offentlige mangler inntektskomponentene. Men det er interessant å analysere kostnader pr enhet av offentlige tjenester og produkter. Det gir et godt bilde av produktiviteten, og kan brukes i en mer målrettet styring av offentlige organisasjoner.

### **Hva påvirker produktiviteten?**

Flaskehalser er en faktor som kan være viktig i henhold til produktiviteten innen organisasjoner, og disse kan være et resultat av ulike drivere og årsaker. De kan igjen også være direkte årsaker til lavere pasientgjennomstrømning. Årsaker til flaskehalser kan både være strukturelle og operasjonelle. Det kan også være underliggende årsaker og forutsetninger som er med på å bestemme produktiviteten ved et sykehus. Operasjonelle årsaker kan forklare utførelse av aktiviteter, utnyttelse av kapasitet, planlegging, organisering og tilgjengelige ressurser. Øyeblikkelig hjelpfunksjon er eksempel på breddekompleksiteten ved et sykehus, noe som er med på å vanskeliggjøre produktivitetmålingen. Operasjonelle faktorer kan være organisering, for eksempel at det ikke er bemanning og kapasitet på andre avdelinger ved et sykehus. Andre faktorer kan være; utøvelse, det vil si at man starter for sent med (medisinsk) behandling av pasienten slik at liggetiden blir lengre enn nødvendig. Dette kan igjen være knyttet opp til mangel på behandlingspersonell. Tilgjengelige ressurser kan også spille inn. Dette kan være kompetansen til behandlingspersonell, turnover på personalsiden og sykefravær. God ledelse kan være et virkemiddel for å skape stabilitet i forhold til disse problemstillingene.

#### **4.3.2.1 Nasjonale standarder**

En god produktivitetmåling i psykiatrien er avhengig av at man har et felles nasjonalt system for å måle aktiviteten både innenfor poliklinikk og sykehus. Et *felles rapporteringssystem* gjør at man enklere kan sammenligne ulike avdelinger og institusjoner opp mot hverandre og dette vil forhåpentligvis være med på å bedre økonomistyringen. Det er kjent at helsesektoren er en samling av komplekse organisasjoner, og slik er det også for psykiatriske institusjoner. Det er likevel ikke slik at man kan løse store problemer i en organisasjon kun ved å innføre bedre økonomistyring, men å bruke økonomistyring kan være

---

med på å tydeliggjøre verdien av gode rapporteringsrutiner for aktivitetsdata. Det er likevel viktig at man har tydelige mål for hva man ønsker. For å skape ytterligere økt produktivitet, er fokus på helhet og samarbeid nødvendig. Ved en slik helhetsfokusering vil man oppnå et bedre bilde av hele behandlingsskjeden, og forstå at det som er best for egen avdeling eller funksjon ikke nødvendigvis er best for behandlingsskjeden som helhet.

Innføring av felles nasjonale standarder for måling av produktivitet vil være viktig for å kunne gjøre fornuftige sammenligninger av produktivitetsdata både på nasjonalt og helseforetaksnivå. Nasjonale standarder kan også være med på å redusere bredde- og dybdekompleksiteten man opplever innen dagens produktivitetmåling.

For å kunne gjøre sammenligninger (benchmarkinger) mellom enheter er man avhengig av å ha nasjonale målestandarder. Slike sammenligninger kan man gjøre internt i organisasjonen (eventuelt helseforetaket) eller eksternt, altså mellom helseforetak. For at man skal ha nytte av resultatene er det viktig at man har god kontroll for at dataene skal være sammenlignbare.

#### **4.3.2.2 Styringsystem**

Ledelsen vil ha en nøkkelrolle med hensyn til å øke produktiviteten. Tydelig ledelse vil være et viktig virkemiddel for å kommunisere viktigheten av resultatmål. Eksempel på dette kan være at den enkelte leder står klart frem og tar et eierforhold til det at produktiviteten både kan og skal økes. Man bør også ha en dedikert lederfunksjon der lederen ikke er pålagt oppgaver innen oppfølging og behandling av pasienter. I tilfeller der man har små enheter kan eventuelt man da slå sammen flere enheters lederfunksjoner. En svakhet ved dette er at lederen kan miste nærheten til sine medarbeidere. Det å ta eierforhold er ikke bare det å si de riktige tingene, men også det å vise aktivt og på en troverdig måte at du ønsker å skape oppslutning om en strategi. Resultatmålet er likevel avhengig av den enkelte behandler siden dette blir målt ut i fra det antall behandlinger/konsultasjoner denne behandleren gir.

#### **Høyere grad av målstyring i divisjonen og avdelingene**

Styring handler om å få til en best mulig forvaltning av virksomhetens ressurser. Målstyring er en form for styring som innebærer fokus på sammenhengen. For å kunne styre på en god måte bør det fastsettes mål å styre etter. Planer og budsjetter bør følges opp gjennom måling av resultater, og det er viktig at evaluering gjøres i forhold til konkrete målsetninger (jamfør



---

tabell 8, Styringsparameter 2005). Man bør tilstrebe å innføre felles rutiner for målinger i hele organisasjonen. Aktuelle målinger kan være:

- Måling av aktivitet
- Måling av ansatte
- Måling av ressursbruk

Ut fra disse målingene kan man gjøre relevante produktivitetsanalyser og se på utviklingen i forhold til sine målsettinger. Det er viktig å finne fram til årsaker, slik at man kan fokusere på forbedringsområder. Ved å nytte seg av eksempelvis balansert målstyring kan man gjøre systematiske evalueringer der man kan sette fokus på problemområdene og oppnå en synliggjøring av resultatene.

Gode styrings- og rapporteringssystemer på alle nivåer i sykehusene er en forutsetning for god styring. I NOU 1997:2 *Pasienten først!* framgår det at det enkelte sykehus må ha systemer for løpende evaluering av egen virksomhet på et bredt plan. Sykehusene har tidligere ofte fokusert mest på økonomisk styring, supplert med produksjonsoversikter, fordelt på organisasjonsheter eller avdelinger. For å kunne gi god og relevant informasjon er det viktig at man har fokus på helhetsforståelse. Fra i hovedsak å bruke budsjettet som styringsinstrument er det nødvendig å utarbeide målesystem som gir god og relevant informasjon for å treffe beslutninger. Dette vil også kreve at det blir utarbeidet nye indikatorer for å måle aktiviteten. Målesystem kan inneholde både finansielle og ikke-finansielle måletall og skal bidra til forståelse for, og håndtering av økonomiske problemer. Balansert målstyring er et styringssystem som kan brukes for å bedre styringen innen psykiatriske enheter. Resultatmålene innen balansert målstyring skal utfylle hverandre for å gi mer helhetlig rapportering for bruk i styringen. De ulike perspektivene innen modellen kan bidra til å redusere noen av problemområdene som finnes psykiatrien i dag. Det finansielle perspektivet kan brukes for å måle utgifter knyttet til personal og pasienter som man knytter opp til produktivetsmål. Det interne perspektivet blir viktig for å overvåke kompetansen innen hver enkelt enhet. Dette kan eksempelvis være antall spesialutdannende fagpersoner innenfor enheter. Kundeperspektivet kan brukes for å måle kvaliteten på behandlingen pasientene mottar. Her kan man sammenligne seg med nasjonale kvalitetsindikatorer.

---

Innovasjons- og læringsperspektivet setter fokus på intern opplæring og bruk av felles standarder for behandling. Godt kvalifiserte medarbeidere vil kunne gi en bedre behandling til pasienter, som igjen kan være med på å gi redusert liggetid og lavere grad av reinnleggelser i sykehus. Faglig dyktige medarbeidere kan også være med på å sette agende for fornyelse og utvikling på arbeidsplassen, noe som kan skape et *indre* behov om bedre produktivitet i institusjonene.

### **Produktivitetskrav**

I dag blir det stilt krav til produktivitet til poliklinikkene i Helse Bergen, der behandlerne har krav om et gitt antall pasientkonsultasjoner per år. Derimot innen sykehusene er det ingen slike krav. Det bør likevel være mulig å stille betingelser til produktivitet innen sykehus. Behandlerne i sykehus bør måles eksempelvis opp mot en produktivitetsstandard på antall konsultasjoner de skal gjennomføre i løpet av en gitt tidsperiode. Hvordan slike krav skal utarbeides bør utredes nærmere.

#### **4.3.2.3 Finansieringssystem**

Det aktivitetsbaserte finansieringssystemet i psykiatriske poliklinikker er med på å gi incentiver til økt produktivitet. Det virker som om den aktivitetsbaserte finansieringen gjør at divisjonsledelsen stiller produktivitetskrav til disse enhetene. En aktivitetsbasert finansiering for sykehusene vil sannsynligvis også være til hjelp for at man kan stille produktivitetskrav også til disse enhetene. Ambulante team er en del av tilbudet som blir gitt ved noen poliklinikker, og disse teamene gir behandling og oppfølging til pasienter i deres eget hjem/hjemmeområde. Ved aktivitetsbasert finansiering kan man risikere at slike tilbud blir nedprioritert fordi man vanskelig kan måle om den behandlingen et slikt team gjør har effekt i forhold til innleggelser i institusjon.

Et annet problem er at eier har hovedfokus på økonomi når det gjelder aktivitetsrapportering. Dette kan vanskeliggjøre å få et helhetsbilde av aktiviteten som skjer i enhetene. Dette kan løses ved utarbeiding av felles rapporteringsverktøy som tar hensyn til aktiviteter etter hva de har å si for produktiviteten samlet sett, ikke spesifikt på økonomi, selv om dette ofte henger sammen.

### 4.3.3 Videreutvikling av produksjonsmål i psykiatriske sykehus

Et pasientklassifiseringssystem for psykiatri prioriteres høyt ifølge Sosial- og omsorgsdepartementet. Det har vært gjort forsøk med pasientklassifiseringssystem i psykiatrien blant annet i Sverige, Australia og Canada. I Canada har man utviklet et pasientklassifiseringssystem for psykiatriske døgnpasienter. Det forventes at det nye systemet for innlagte psykiatriske pasienter vil være ferdig implementert i 2006 eller 2007, mer enn ti år etter at prosjektet startet. I 1995 startet man en studie i Australia der man såg på i hvilken grad variasjoner i ressursbruk per pasient kunne forklares når man kjente til diagnose, funksjonsnivå, sosial støtte, sosiodemografiske kjennetegn (alder, sivil status ol) samt tilleggssykdommer. I Sverige har man utført en lignende undersøkelse. (Bretteville-Jensen og Kaarbøe, 2004).

Ifølge Bretteville-Jensen og Kaarbøe (2004) viser studier fra forsøkene i USA og Canada at forutsetninger for et godt pasientklassifiseringssystem i psykiatrien vil være mer informasjon om pasientene og forholdene rundt den enkelte innleggelse. Det er usikkert om det er mulig å komme fram til brukbare klassifiseringssystemer på alle områder. Utvikling av systemer for måling av aktivitet er tidkrevende, og eventuelle nye systemer vil ifølge Sosial- og omsorgsdepartementet tidligst kunne tas i bruk om tre til fem år. Departementet understreker at et pasientklassifiseringssystem er *viktig som styringsinformasjon*, uten at dette nødvendigvis brukes ved finansiering av helsetjenester. DRG-systemet var lenge i bruk for aktivitetsregistrering av somatisk pasientbehandling, før det i 1997 ble tatt i bruk som grunnlag for finansieringssystem i hele landet (St.meld. 5 2003-2004).

De aktuelle finansieringsformene i norsk psykiatri er rammefinansiering, øremerkede tilskudd og stykkpris. Alle disse finansieringsformene har både fordeler og ulemper, og det vil derfor være lite hensiktsmessig å satse på rendyrking av bare én finansieringsform. Fordelen med rammefinansiering er at den sikrer god kostnadskontroll. En annen fordel er at ordningen legger mulighetene godt til rette for likeverdige tilbud i hele landet ved at tildelingen til de regionale helseforetakene er basert på befolkningskriterier. De regionale helseforetakene kan innrette tilbudene etter lokale forhold og behov. Ulempen ved rammefinansiering er at den ikke nødvendigvis stimulerer til økt behandling, eller at de viktigste formålene prioriteres. Ulike prioriteringer i helseforetakene kan føre til at en bestemt sektor som psykisk helsevern får tilført varierende ressurser i de enkelte helseforetak. Det har imidlertid vist seg vanskelig å inkludere psykiatriske pasienter som har

---

meget variable behandlingsbehov i dette systemet. Det er heller ikke utviklet noe DRG-system som grupperer psykiatriske pasienter etter behandlingskostnader på en meningsfull måte verken i Norge eller i utlandet.

Bretteville-Jensen og Kaarbøe (2004) argumenterer for at å nå de helsepolitiske målsetningene innen psykiatrien krever at det satses ytterligere på å utvikle pasientklassifiserings-systemer. De manglende økonomiske insentivene til økt behandlingsaktivitet i dagens rammefinansieringsordning og faren for uønskede vridningseffekter som kan oppstå når ulike deler av spesialisthelsetjenesten er ulikt finansiert, er noen momenter som bør gjøre utarbeidningen av pasientklassifiseringssystem til en prioritert oppgave. Bretteville-Jensen og Kaarbøe mener at et refusjonstilskudd vil være mer målrettet og innebære mindre fare for «lekkasjer» til andre formål enn et tilskudd fordelt etter objektive kriterier. Skal et refusjonstilskudd stimulere til større aktivitet og samtidig være kostnadseffektivt og prioriteringseffektivt, forutsetter det at man har et definert produksjonsmål. Et eksempel på et slikt produksjonsmål kan være DRG-systemet som eksisterer for somatiske sykehus. I somatikken blir data som antall innleggelsesdøgn og antall pasienter vektet i forhold til DRG-systemet. Disse blir så sammenstilt med ressursbruk som personell, senger eller penger, og gir indikatorer for produktivitet.

Noe av utfordringen ved utarbeidelse av gode produksjonsmål i psykiatrien er kompleksiteten innenfor denne sektoren. Et eksempel kan være klassifiseringen av en schizofren pasient. Man har gitt en klassifisering av diagnosen ut ifra ICD-10 kodeksen<sup>22</sup>. Problemet er at ressursforbruket knyttet til diagnosen kan variere svært mye. En schizofren pasient kan ha alt fra en relativt lett tilstand som kan behandles i hjemmet, til en pasient med blomstrende schizofreni som kan trenge årelange innleggelser i institusjon. Dobbeltdiagnoser er også et problem som man også kjenner igjen ifra somatikken. Der bruker man mye bi-diagnoser for å klassifisere pasienten riktig. Dette vil ifølge seniorrådgiver Fjelde i psykiatrisk divisjon ikke være tilstrekkelig i psykiatrien.

#### ***4.3.3.1 Problem knyttet til innsatsstyrt finansiering***

Etter innføringen av innsatsstyrt finansiering i psykiatrien ble det avdekket en del prinsippal-agent problemstillinger. Myndighetene som eier er i en situasjon som gjør at de kan

---

<sup>22</sup> <http://www.kith.no/icd10>

---

observere sykehusets inntekter, men de vet ikke hvorfor de har blitt som de er. Sykehusene kan utnytte de muligheter som ligger i DRG-systemet til å øke inntektene uten å øke aktiviteten, fordi de selv står for kodingen. Kodingen kan sees på som å utførte medisinske faglige konklusjoner. Tyngre pasienter fører til høyere kodingspoeng og refusjoner for de enkelte sykehus. For å få til dette kan man i praksis tilføye en bi-diagnose til pasientens hoveddiagnose slik at pasienten registreres som et komplisert pasientopphold. Pasienten vil da ha høyere kodingspoeng og dermed gi større inntekter til sykehuset. Et DRG-lignende produktivitetssystem i psykiatrien vil være svært sårbart for triksing. Dette fordi det vil være mye skjønn når man setter en diagnose.

Dagens produktivitetsmål i somatikken sier noe om hva som faktisk har blitt gjort for pasienten. Dersom en pasient har blindtarmsbetennelse, så utfører man et inngrep for å fjerne betennelsen og man kan i etterkant måle om pasienten har blitt bedre. Slik målingen er i psykiatrien sier man noe om liggedager og tiltak som er satt i verk. Det blir imidlertid vanskelig å si noe om hva som faktisk er oppnådd, og man vil dermed få mangelfull rapportering.

#### **4.3.4 Konklusjon**

I denne oppgaven har jeg beskrevet hvordan produktivitetmålingen foregår i psykiatrien i dag, samt identifisert problemområder. Nedenfor vil jeg kort oppsummere mine funn:

##### Nasjonalt

SAMDATA-rapporten skal være med å belyse hvordan spesialisthelsetjenesten utvikler seg i forhold til målene som er fastlagt i Opptappingsplanen for psykisk helsevern både på nasjonalt, regionalt og helseforetaksnivå. SAMDATA-rapporten er delt inn i 6 hoveddeler, men jeg har i hovedsak tatt for meg den delen av rapporten som tar for seg ressursutnyttelse. SAMDATA aggregerer opp sine målinger til helseforetaks- og nasjonalt nivå. Samtidig kan man i tallmaterialet finne målinger ned på institusjonsnivå.

Aggregert informasjon, som SAMDATA presenterer, er imidlertid for lite detaljert og er dermed ikke egnet til bruk i strategier eller sammenligninger mellom helseforetak. Den gir likevel en grei pekepinn på hvordan man ligger an i forhold til opptappingsplanen.

##### Helseforetak

---

På divisjonsnivået blir aktivitetene rapportert i forhold til tre hovedområder: Økonomisk resultat, behandlingsaktivitet og årsverk. Psykiatrisk divisjon har fokus på ressursinnsats, og da spesielt personellbruk, i dagens produktivetsmåling. Dette er en viktig kostnadsdriver da personalkostnader utgjør en betydelig del av totalkostnadene. Samtlige faktorer innenfor ressursinnsats er knyttet til produksjonen, og da særlig på antall behandlede pasienter.

Mangel på gode indikatorer gjør imidlertid dagens måling vanskelig. Pasienter med doble diagnoser er med på å komplisere bildet, og i dag har man ikke noe felles produktivetsmålingssystem som tar hensyn til disse kompliserende faktorene innen psykiatrien.

### Sykehus

Sykehusavdelinger i Helse Bergen rapporterer per i dag fire aktiviteter til psykiatrisk divisjon. Disse aktivitetene er liggetid, epikriser, belegg / korridorpasienter og diagnoser. Det blir også registrert GAF-verdier, men verdien blir ikke brukt som et produksjonsmål i dag.

Ett av problemene i psykiatrien i dag, er at det mangler produktivetskrav, og at man dermed ikke har insentiv til å aktivt forbedre produktiviteten og skape forståelse for god produktivetsmåling. Flaskehalsen og mangel på felles standarder er med på å komplisere bildet.

### Poliklinikk

Poliklinikkene rapporterer en aggregert sum til psykiatrisk divisjon som inneholder aktiviteter som gir refusjon. Det registreres flere aktiviteter internt (førstegangskonsultasjon, rekonsultasjon, egenandeler, oppfølgingsmøte, telefon-konsultasjon, tester og gruppe-/familiebehandling), men disse blir ikke rapportert oppover i systemet.

Noe av problemet med dagens produktivetsmåling er mangel på harmoni mellom fag og økonomi, samt at konsultasjoner som ikke er refusjonsberettiget blir neglisjert. Pålagte arbeidsoppgaver til poliklinikken er tidkrevende, og er vanskelig å vise til i rapporterte data.

### **Det man kan gjøre**

Dagens system for produktivetsmåling har vesentlige mangler. Man mangler nasjonale standarder for måling av produktivitet. En av konklusjonene man kan trekke er at innsatsstyrt

finansiering er med på å stille større krav til behandlende enhet når det gjelder produktivitet. Men dette betyr ikke nødvendigvis at man blir mer effektiv.

Utarbeidelse av nasjonale standarder vil gjøre at måling og sammenligning mellom institusjonene får større validitet. Utarbeidelse av nye indikatorer vil også gjøre at man aktivt kan bruke teknikker som avviksanalyser og lignende for å finne problemområder. Desto mer man dekomponerer, desto større mulighet er det for å få fram relevant styringsinformasjon til dagens ledere. Større grad av dekomponering medfører imidlertid høyere kostnader, så dette blir en avveining mellom nytte og kostnad.

Et godt styringssystem for ledere innen psykiatrien bør ha høy grad av målstyring og ha fokus på helhet. Et slikt rammeverk vil være et grunnlag for å endre fokus og tankegang blant de ansvarlige for å kunne bedre produktiviteten. Det vil også være med på å bedre informasjonsverdien til lederne. For å komme dit er det viktig å ha god kartlegging av aktiviteter som kan være med på å påvirke produktiviteten. Dessuten bør man se på muligheten for å innføre produktivitetskrav på flere ledd i organisasjonen, da dette kan gi insentiv til forbedret produktivitet.

---

## 5 Referanseliste

### Litteraturliste

Anthony, Robert N. og Young, David W. (2003): Management control in nonprofit organizations, Irwin/McGraw-Hill, New York

Befring, E. (1996): Forskningsmetode og statistikk, 3.utg. Det Norske Samlaget, Oslo

Bjørnenak, Trond (2003): ”Kalkyler for økonomisk styring”, Praktisk økonomi & ledelse, Magma 1/2003

Bjørnenak, Trond, Gjesdal, F. Og Nyland, K. (2001), ”Økonomisk styring av sykehus”, kapittel 7 i Askildsen, J.E. og Haug, K. (red.): Helse, økonomi og politikk: utfordringer for det norske helsevesenet, Cappelen Akademisk forlag, Oslo

Bjørnenak, Trond, Kjøllestad K.S. og Nyland K.(2000): Dekomponering av budsjett og regnskap for utvalgte sykehus. Skriftserie 2000:1 Oslo/Trondheim: Helseøkonomiske Forskningsprogram (HERO), Universitetet i Oslo og SINTEF Unimed NIS, Vedlegg 9, 2000.

Bjørnenak, Trond, Pettersen, Inger J., (1997): Fra økonomisk teori til klinisk praksis, Cappelen Akademisk Forlag, Oslo

Bretteville-Jensen A.L., Kaarbøe O.(2004): Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2004; 124: 2379–81

Busch, T., Johnsen E., Klausen, K., Vanebo, J.O. (2004): Modernisering av offentlig sektor – New Public Management i praksis, Universitetsforlaget, Oslo

Busch T., Johnsen E, Vanebo JO. (1994): Økonomisk styring i det offentlige. TANO, Oslo

Cooper, R og Kaplan, R. (1991): The design of cost management systems, Prentice Hall.

Ghuri, Pervez og Grønhaug, K. (2002): Research methods in business studies, Prentice Hall, London



- 
- Grenness, Tor (2001): Innføring i vitenskapsteori og metode, Universitetsforlaget, Oslo
- Grønlie, Tore (2001): "Varige spenninger i styrings- og forvaltningspolitikken" Kapittel 1 i Tranøy, Bent Sofus og Østerud, Øyvind (2001): Den Fragmenterte staten: reformer, makt og styring, Gyldendal akademisk, Oslo
- Hagen, Kåre Petter og Kjerstad, E. (2001), "Styring og regulering av helsesektoren", kapittel 8 i Askildsen, J.E. og Haug, K. (red.): Helse, økonomi og politikk: utfordringer for det norske helsevesenet, Cappelen Akademisk forlag, Oslo
- Hansen, Einar (1992): Engelsk-norsk samfunnsøkonomisk ordbok, Universitetsforlaget, Oslo
- Holme, Idar Magne og Solvang, B.K. (1991): Metodevalg og metodebruk, TANO, Oslo
- Horngren, Foster og Datar (2000): Cost Accounting- a managerial emphasis, Prentice Hall
- Hurlen, Petter og Østbye, Truls (1994), "Standardisering i helsefaglig inforamsjonsutveksling", artikkel i Solheim, B. og Lie A. (red): Informasjonsteknologi i helsesektoren, Universitetsforlaget, Oslo
- Innes, J og Mitchell, F, (1998): A practical guide to activity-based costing, Kogan Page Ltd
- Jacobsen, D.I (2000): Vad, hur och varför?, Høyskoleforlaget AS, Bergen
- Johnsen, Per Helle og Østergren, K. (2003): Økonomisk styring for forandring, Notatserie i helseøkonomi Nr 01/03, HEB, Bergen
- Johannessen, Asbjørn, Tufte, P.A. og Kristoffersen, L. (2004): Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, Abstrakt forlag, Oslo
- Jönsson, S., Budgetary Behaviour in Local Government - A Case Study over 3 Years, Accounting, Organizations and Society (1982) pp. 287-304.
- Kaplan, R. S. (1983), Measuring Manufacturing Performance: A New Challenge for Managerial Accounting Research, The Accounting Review, October, s.686-705
- Lian, Olaug (1994), DRG-finansiering og fordelingsrasjonalitet, eller Hvorfor sykehus ikke kan styres som bedrifter, LOS senteret, Norsk senter for forskning i ledelse, Bergen

---

Nyland, Kari (2003): Styringsystemenes relevans i norske sykehus, Norges Handelshøyskole, Bergen

Nyland, Kari og Bjørnenak T.(2000): Kompleksitetens økonomi; dimensjoner, effekter og finansiering. Arbeidsnotat: Helseøkonomiprogrammet i Bergen

Ogwang, Peter O. (2003): How Should Doctors Be Paid? Lessons From Theory And Practice (The "Health Policy and Development" Journal Volume 1, Number 1, December s.9-14)

Opstad, Leiv (2000): Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Pettersen, Inger J. og Bjørnenak, T. (2003): Helse i hver krone? – om økonomisk styring i helsesektoren, Cappelen akademisk forlag, Oslo

Pettersen, Inger J.(2000): Umulighetens økonomi – om kostnadsdata og styring i sykehus. Magma – årgang 3 - Nr. 5 – 2000, s.31-45.

Rusten, Dag (1985), Produktivitetslære, Tano, Oslo

Sturesson, Jan (1999): Next Generation of Management Information Systems, Stockholm, Komrev AB

## Intervju

28.9 2005, seniorrådgiver Bjørnvald Fjelde ved divisjonsledelsen i Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen HF.

11.11 2005, seksjonsleder Stig Didriksen ved Bjørgvin Distriktpsikiatriske senter, Helse Bergen HF.

15.11 2005, avdelingsleder Kristin Jordheim Bovim ved Psykiatrisk Akuttmottak, Bergen Psykiatriske Universitetssykehus, Helse Bergen HF

## 6 Vedlegg

### 6.1 Rapport august 2005, Psykiatrisk divisjon Helse Bergen



Dato:	12. september 2005
Enhet:	Psykiatrisk divisjon
Enhetsleder:	Hans Olav Instefjord

Til: Ole-Bjørn Gjerde  
Kopi: Kristin Pundsnes, Lise Skeie og Wenche Rolvsvåg

#### Rapport pr. august 2005

##### 1. Økonomisk resultat

Årsprognose driftsresultat	-95 125 200
Avvik årsprognose driftsresultat	8 160 700

##### Kommentar :

Driftsinntektene p.r. juli viser meirinntekter på ca 5,4 mill kr. Ca 3,0 mill kr av dette skuldast ei rekkje mindre tilskot/refusjonar til vidareutdanning, kompetanseoppbygging m.m. og diverse salsinntekter som ikkje er budsjettert. Vidare er det inntektsført 3,5 mill i venta gjestepasientinntekter, ca 0,8 mill kr for opphald i 2004 og resten for opphald i 2005. IKT Vest/psykiatrisk divisjon har enno ikkje fått til å ta ut grunnlag for utskriving av gjestepasientrekningar, men vi reknar med at gjestepasientinntektene er om lag like store som gjestepasientutgiftene. Med denne føresetnaden skulle det ha vore inntektsført ca 0,7 mill kr meir enn det som kjem fram i rekneskapan. Vi har også ca 1,2 mill kr mindre i polikliniske inntekter enn budsjettert.

Driftsutgiftene viste ein urovekkjande tendens i juni og juli, men betra seg igjen i august. P.r. august viser rekneskapan at vi har eit meirforbruk på ca 9,2 mill kr. Ca 3,4 mill kr av dette er ikkje-budsjetterte gjestepasientutgifter, som vi reknar med vil bli motsvara av like store gjestepasientinntekter. Det reelle meirforbruket er difor ca 5,8 mill kr. Overtid og ekstrahjelp viser eit meirforbruk på 14,9 mill kr, men mindreforbruk på 4,3 mill kr på fastløn/sosiale kostnader reduserer meirkostnadene til personale til ca 10,6 mill kr. Meirforbruket har skjedd på fire av dei seks sjukehusavdelingane i vaksenpsykiatrien, og avdelingane oppgir tunge pasientar og overbelegg, fleire legar enn føresett og stor bruk av A-vakter (ein til ein vakter) som årsak.

Sjølv om resultatet hittil er ein tanke betre enn det var p.r. juli, er vi no mindre optimistiske enn då i årsprognosen. I julirapporten skreiv vi at med ei generell, stram økonomistyring måtte vi rekna med at dei fire avdelingane ville få meirkostnader på minst 9,6 mill kr i år. Vi hadde då gjennomført ei rekkje møter med avdelingsleiarane og meinte at dette ville vere realistisk. Vi er no redd for at tre av avdelingane ikkje vil klarer å redusere overtid, ekstrahjelp og vakansvakter så sterkt og så raskt som vi då rekna med, og at meirkostnadene vil bli på ca 15,2 mill kr. Til å dekkje delar av desse meir-kostnadene har vi funne fram til innstrammingstiltak/ meirinntekter/mindreutgifter på ca 7 mill kr. Etter dette må vi leggje fram ei årsprognose som er 8,16 mill kr over budsjettert.

I prognosen er det foresett at vi får full kompensasjon for lønsoppgjera i 2005. Vi må også tilføye at prognosearbeidet denne månaden har vore svært vanskeleg fordi det ikkje ligg føre bemanningslister, årsverkslister m.m.

## 2. Behandlingsaktivitet

PSYKIATRI	Perioden			Akkumulert			Året		
	Faktisk	Plan	I fjor	Faktisk	Plan	I fjor	Forventet	Plan	I fjor
<b>Voksenpsykiatri:</b>									
Antall utskrevne pasienter - døgntillegging	289	254	260	2 318	2 242	1 867	3 437	3 351	2 964
Antall liggende døgntillegging	9 738	9 336	10 612	79 582	72 843	83 975	119 000	111 004	126 639
Antall oppholdsdager - dagtillegging	607	771	580	6 894	6 480	6 080	10 310	10 310	10 373
Antall polikliniske konsultasjonar	2 818	3 560	2 491	22 991	28 255	19 113	40 000	45 972	30 216
<b>Barne- og ungdomspsykiatri:</b>									
Antall utskrevne pasienter - døgntillegging	3	31	26	166	223	246	320	347	373
Antall liggende døgntillegging	439	465	511	4492	4667	4 666	7 100	7 257	7 185
Antall oppholdsdager - dagtillegging	52	114	76	854	1 297	1 798	1 700	2 091	2 034
Antall polikliniske konsultasjonar	2 382	1 905	1 113	22 048	22 847	12 504	36 350	37 231	20 819

*\*) Ny refusjonsordning frå 1.1.2005 inneber at vi no får refusjon for fleire tiltak enn i fjor. Tal tiltak i år kan difor ikkje samanliknast med tiltak i fjor. I tal tiltak er medrekna alle tiltak som gir refusjon, men tilleggstakstar er ikkje med.*

### Kommentar :

Tal utskrivingar i vaksenpsykiatrien ligg ved utgangen av august 3,4 % over planlagt. Talet er langt høgre enn i 2004, men dette skuldast hovudsakleg at utskrivingar i det gamle pasientadministrative systemet, som var i drift fram til 1. mai i fjor, definerte utskrivingar på ein annan måte. I barne- og ungdomspsykiatrien var det berre 3 utskrivingar i august og etter dette ligg tal utskrivingar hittil i år 25,6 % under planlagt.

Døgnpostane ved fleire av dei vaksenpsykiatriske avdelingane har gjennom mange år hatt stort overbelegg og overbelegget har og vore teke høgd for i aktivitetsbudsjetta. I 2005 har vi berre budsjettet med 100% belegg heile året ved sjukehusavdelingane, sjølv om dei nye postane ved DPS'ane, som hovudsakleg skal bli løysinga for å få bort overbelegget, først kjem i drift frå september. Vi må difor rekne med at aktivitetstala i store delar av året vil liggje over budsjettet. Ved utgangen av august har vi såleis 6739 (9,2 %) fleire liggjedøgn enn budsjettet. Liggjedøgn for barn og ungdom ligg derimot 3,7 % under budsjettet. Det siste skuldast at ein av postane har hatt så ressurskrevjande pasientar at den berre har hatt 4 av dei seks plassane i bruk i delar av første halvår, og at familieposten har hatt redusert belegg.

Tal dagopphald hittil for vaksne ligg 9,2 % over budsjettert, men her må vi føye til at psykiatrien/IktVest enno ikkje har fått til rapporteringa av dagpasientar på sjukehusavdelingane. På desse avdelingane er det difor budsjetterte tal og ikkje faktiske tal som kjem fram i rapporten. Sjukdom hos fleire av dei pasientane som har dagopphald i barnepsykiatrien, og vakansar i personalet, har ført til at opphaldstalet dei første fem månadene var langt under planlagt. Aktiviteten hittil ligg ca 34 % under planlagt.

Tal polikliniske konsultasjonar for vaksne ligg ved utgangen av august 18,6 % under budsjett og dette er om lag same avvik som i julirapporten. For barn ligg aktiviteten hittil 3,5 % under budsjettert, ei betring på ca 2,6 prosentpoeng i høve til julitala. Sjølv om noko av avviket skuldast vakansar, er hovudforklaringa at vi, spesielt i voksenpsykiatrien, så langt ikkje har fått til ein så sterk produktivitsvekst som vi la opp til i budsjettet.

### 3. Årsverk

#### **Kommentar :**

Psykiatrisk divisjon har tidlegare hatt store problem med å rekruttere fagfolk og har difor nytta mykje overtid og ekstrahjelp for å få drifta til å gå rundt. Denne situasjonen betra seg mot slutten av 2004, og dette, saman med at vi har teke i bruk aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging, har ført til at det i budsjettet for 2005 var lagt opp til ein sterk reduksjon i bruken av overtid/ekstrahjelp og ein auke i talet på fast tilsette. Diverre viser utviklinga at dette ikkje har slått til så langt. P.r. utgangen av 2004 var talet årsverk 1190, og i 2005 er det budsjettert med 1260. Etter ein topp på 1211 tilsette i mai, er vi ved utgangen av juli nede på 1192 tilsette, om lag som i starten på året. Vi har enno ikkje fått tal for august.

Hans Olav Instefjord

Bjørnvald Fjelde

## 6.2 Produksjon psykiatri august 2005, Helse Bergen

	I. Produksjon jf. avtalen						august									
	Perioden			Akkumulert			Aret									
	Faktisk	Plan	Avvik vs. plan	I fjor	Avvik vs. fjor	Faktisk	Plan	Avvik vs. plan	I fjor	Avvik vs. fjor	Forventet	Plan	Avvik vs. avtalt	I fjor	Avvik vs. fjor	
PSYKIATRI:																
Voksenpsykiatri:																
Antall utskrevne pasienter - døgnehendling	289	254	36	280	29	2 318	2 242	76	1 867	451	3 437	3 351	86	2 964	47	
Antall liggende døgnehendling	9 758	9 336	422	10 612	-854	79 582	72 843	6 739	83 975	-4 393	119 000	111 004	7 996	126 639	-7 65	
Antall opholdsdager - døgnehendling	607	771	-164	580	27	6 894	6 480	414	6 080	814	10 310	10 310	0	10 373	4	
Antall polikliniske konsultasjoner	2 818	3 590	-772	2 491	327	22 991	28 255	-5 264	19 113	3 878	40 000	45 972	-5 972	30 216	9 78	
Polikliniske refusjoner - beløp *)	865 630	933 931	-78 301	795 000	60 630	7 683 560	8 115 509	-431 949	8429000	-745 440	12 500 000	12 710 900	-210 900	13 229 000	-729 00	
Barne- og ungdomspsykiatri:																
Antall utskrevne pasienter - døgnehendling	3	31	-28	26	-23	166	223	-57	246	-80	320	347	-27	373	4	
Antall liggende døgnehendling	439	465	-26	511	-72	4492	4867	-175	4 686	-174	7 100	7 257	-157	7 185	4	
Antall opholdsdager - døgnehendling	52	114	-62	76	-24	854	1 297	-443	1 798	-944	1 700	2 091	-391	2 034	-3	
Antall polikliniske konsultasjoner	2 382	1 905	477	1 113	1 269	22 046	22 847	-799	12 504	9 544	36 350	37 231	-861	20 819	15 5	
Polikliniske refusjoner - beløp *)	1 352 410	1 238 032	118 378	941	1 351 459	9 977 030	11 004 305	-1 027 275	8011000	1 966 030	16 000 000	17 104 000	-1 104 000	14 399 000	1 610 00	

\*) Polikliniske refusjoner fra RTV

## 6.3 Beleggsliste, Bergen Psykiatriske Universitetssykehus

Psykiatrisk divisjon

Registrert belegg tirsdag 01.11.05

01.nov.05

Voksenpsykiatriske sykehussenger

døgnpasienter

Basert på registreringer i DPS og Access (korridorpasienter)

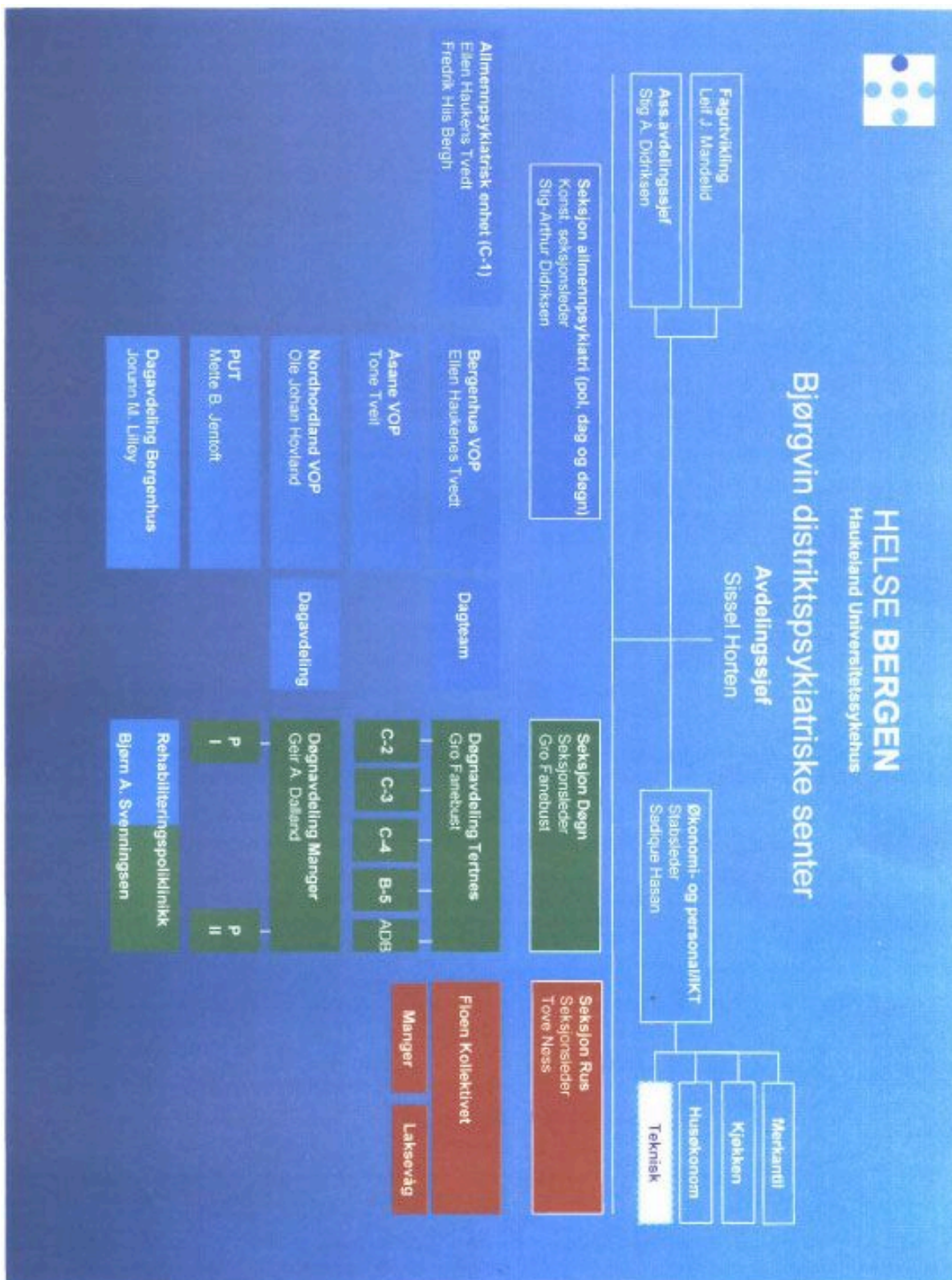
Avdeling:	Godkj.belegg	Registrert belegg	Overbelegg	Korridorpas.
Sikkerhet	20	21	1	0
Langtid	48	51	3	0
Psykose	35	37	2	0
Stemming	46	49	3	1
Psyk/som	17	16	-1	0
PAM	19	32	13	4
Askviknes	24	25	1	0
Bjørgvn DPS	66	68	2	0
Fjell & Arstad	54	55	1	0
SUM	329	354	25	5







## 6.5 Organisasjonskart Bjørgvin DPS



---

## 6.6 Definisjoner av produktivitetsuttrykk fra SAMDATA

**Produksjonsindikatorer** - antall oppholdsdøgn og antall utskrivninger er brukt som indikatorer for produksjon ved døgninstitusjonene for voksne. De nevnte indikatorene måler kun volum på tjenesten, og ikke kvalitet.

**Innsatsfaktorer** - Kapasitet er målt ved antall døgnplasser ved utgangen av året. Personellinnsatsen er målt ut fra antall ansatte (omregnet til heltidsansatte) ved slutten av året. Det er korrigert for personell tilknyttet dag- og poliklinisk virksomhet. SINTEF korrigerer for personellinnsats knyttet til dagbehandling ved å sette en oppholdsdag for en dagpasient ressursmessig er lik et 1/2 oppholdsdøgn. Poliklinisk personell er rapportert særskilt fra institusjonene og er således holdt utenfor.

I måling av ressursinnsats er det benyttet punkttellinger, mens produksjon måles på årsbasis.

**Produktivitetsmål** - for å måle produktiviteten benytter man følgende mål på produktivitet/kapasitetsutnyttning: *personellfaktor*, *behandlerfaktor*, *utskrivninger per årsverk*, *oppholdsdøgn per utskrivning* og *beleggsprosent*. Indikatorene dekker døgnbehandling.

Indikatoren *personellfaktor* er knyttet opp mot den faktiske produksjonen snarere enn sengekapasitet. Personellfaktoren angir forholdet mellom årsverk ved årets slutt og gjennomsnittlig pasientbelegg. Personellfaktoren gir et estimat på antall årsverk som er tilgjengelig per pasient. Hvis personellinnsatsen varierer mye gjennom året vil dette få betydning for målene i og med at man har målt årsverk ved årets slutt. Behandlerfaktoren er beregnet på samme måte som personellfaktoren, men tar kun utgangspunkt i universitets- og høyskole- utdannet personell. Hjelpepleiere, ufaglært pleiepersonell og merkantilt personell er altså ikke inkludert i kategorien behandlere.

*Beleggsprosenten* måler utnyttelsesgraden av døgnplassene, målt ved forholdstallet mellom oppholdsdøgn for døgnpasienter og døgnplasser (x 365). Tallet på døgnplasser er målt ved utgangen av året.

---

*Beleggsprosent:*

$$\frac{\text{Sum oppholdsdøgn i året (døgnpasienter)}}{\text{Sum døgnplasser ved utgangen av året} \cdot 365}$$

*Personelfaktor.* Personell tilknyttet poliklinikker og dagbehandling er trukket ut. Personell ved poliklinikkene er trukket ut direkte. Personellinnsats for dagpasienter er beregnet ut fra formelen: 1 oppholdsdag = 1/2 oppholdsdøgn.

$$\frac{\text{Sum årsverk til døgnbehandling} \cdot 365}{\text{Sum oppholdsdøgn i året (for døgnpasienter)}}$$

*Behandlerfaktor.* Personell tilknyttet poliklinikker og dagbehandling er trukket ut. Personell ved poliklinikkene er trukket ut direkte. Personellinnsats for dagpasienter er beregnet ut fra formelen: 1 oppholdsdag = 1/2 oppholdsdøgn.

$$\frac{\text{Sum universitets- og høyskoleutdannet personell ved døgnbehandling} \cdot 365}{\text{Sum oppholdsdøgn i året (for døgnpasienter)}}$$

*Utskrevet per årsverk (som for personelfaktor):*

$$\frac{\text{Sum utskrivinger i året (for døgnpasienter)}}{\text{Sum årsverk til døgnbehandling}}$$

*Oppholdsdøgn per utskriving:*

$$\frac{\text{Sum oppholdsdøgn i året (for døgnpasienter)}}{\text{Sum utskrivinger (døgnpasienter)}}$$

## 6.7 Regnskapsdata, Psykiatrisk akuttmottak 2004

HELSE BERGEN		Helse Bergen - Regnskapsrapporter			Rapport: R1 - Periode og Hittil i År (Tall i 1000 Kr.)			Dato: 13.12.2005	
BUDSJETT : Budsjett 2004									
Konto	Tekst	Periode 13 - 2004			Hittil i år ( 13 - 2004)			Årsbudsjett	Rest- budsjett kr.
		Regnskap	Budsjett	Avvik i kr.	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr.		
<b>Avdeling: 1803 BPU PAM</b>									
3290	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-0	0	0	0	0
<b>L05</b>	<b>Poliklinisk (RTV og Egena</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
3440	Offentlig tilskudd for tj	0	0	0	-1 852	-1 850	2	-1 850	2
3506	Årets inntektsføring ørem	0	0	0	-0	0	0	0	0
3509	Andre tilskudd/refusjoner	0	0	0	-45	0	45	0	45
<b>L06</b>	<b>Ramme, tilskudd, refusjon</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1 897</b>	<b>-1 850</b>	<b>47</b>	<b>-1 850</b>	<b>47</b>
3100	Salgsinntekt varer, avgif	-5	0	5	-26	-50	-24	-50	-24
3110	Salgsinntekt tjenester, a	0	0	0	-39	0	39	0	39
3990	Annen inntekt	0	0	0	-19	0	19	0	19
<b>L07</b>	<b>Salgs-, leie- og andre in</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>-84</b>	<b>-50</b>	<b>34</b>	<b>-50</b>	<b>34</b>
<b>SA01</b>	<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>-1 982</b>	<b>-1 900</b>	<b>82</b>	<b>-1 900</b>	<b>82</b>
4000	Medikamenter	0	0	0	669	762	93	762	93
4040	Laboratorierekvisita	0	0	0	7	33	26	33	26
4079	Medisinske forbruksvarer	0	0	0	17	61	44	61	44
<b>L10</b>	<b>Varekostnad medikamenter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>693</b>	<b>855</b>	<b>163</b>	<b>855</b>	<b>163</b>
4100	Mat - og drikkevarer	0	0	0	34	30	-4	30	-4
4109	Mva ved internt vareuttak	0	0	0	1	0	-1	0	-1
9103	Internkjøp matvarer	0	0	0	886	810	-76	810	-76
4110	Tekstiler	0	0	0	50	51	1	51	1
4120	Frakt, toll og spedisjon	0	0	0	94	20	-74	20	-74
4180	Diverse andre forbruksvar	0	0	0	87	190	103	190	103
4181	Pleieprodukter	0	0	0	17	10	-7	10	-7
4182	Husholdningsprodukter	0	0	0	59	10	-49	10	-49
4183	Papir og plast	0	0	0	72	81	9	81	9
<b>L11</b>	<b>Mat, drikke, andre vareko</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 299</b>	<b>1 203</b>	<b>-96</b>	<b>1 203</b>	<b>-96</b>
5001	Regulativlønn	0	0	0	21 741	24 866	3 124	24 866	3 124
5003	Bistillinger	0	0	0	36	0	-36	0	-36
5004	Ikke arb.giv.avg. pliktig	0	0	0	53	0	-53	0	-53
5009	Feriepengeavsetning	0	0	0	2 669	3 031	363	3 031	363
5011	Lønn under barselpermisjo	0	0	0	695	181	-514	181	-514
5019	Feriepengeavsetning	0	0	0	83	22	-61	22	-61
5021	Sykevikar	0	0	0	1 174	1 770	596	1 770	596
5022	Ferievikar	0	0	0	1 743	2 014	271	2 014	271
5023	Vakansvakter	0	0	0	2 102	0	-2 102	0	-2 102
5029	Feriepengeavsetning	0	0	0	606	458	-148	458	-148
5041	Utvidet arbeidstid-UTA	0	0	0	438	657	219	657	219
5042	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	444	404	-40	404	-40
5043	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	1 876	1 602	-274	1 602	-274
5044	Andre T-trinnstillegg	0	0	0	16	0	-16	0	-16
5045	Andre faste tillegg	0	0	0	819	864	45	864	45
5049	Feriepengeavsetning	0	0	0	437	427	-10	427	-10
5051	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	228	244	16	244	16
5052	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	484	526	42	526	42
5053	Helligdagstillegg	0	0	0	883	880	-3	880	-3
5054	Forskjøvet arbeidstid	0	0	0	15	0	-15	0	-15

5056	Vaktkompensasjon leger	0	0	0	251	365	114	365	114
5059	Feriepengeavsetning	0	0	0	226	246	20	246	20
5090	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	0	611	611	611	611
5390	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	232	0	-232	0	-232
5801	Refusjon av sykepenger	0	0	0	-812	-1 267	-455	-1 267	-455
5802	Refusjon av fødselspenger	0	0	0	-936	0	936	0	936
5811	Refusjon feriepenger av s	0	0	0	-73	0	73	0	73
5812	Refusjon feriepenger av f	0	0	0	-29	0	29	0	29
5821	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-121	0	121	0	121
5822	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-136	0	136	0	136
<b>L12</b>	<b>Fastlønn, faste tilleg mv</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35 143</b>	<b>37 901</b>	<b>2 758</b>	<b>37 901</b>	<b>2 758</b>
5401	Arbeidsgiveravgift	0	0	0	5 994	6 201	206	6 201	206
5411	Pensjonsordning, leger	0	0	0	445	973	528	973	528
5412	Pensjonsordning, sykeplei	0	0	0	1 435	1 863	428	1 863	428
5413	Pensjonsordning, fellesor	0	0	0	1 081	1 094	13	1 094	13
5414	Pensjonsordning, AFP	0	0	0	33	0	-33	0	-33
5490	Periodiseringskonto, pens	0	0	0	0	123	123	123	123
5600	Kurs, seminarer, kongress	0	0	0	165	300	135	300	135
5900	Gaver til ansatte	0	0	0	45	0	-45	0	-45
5940	Etterutdanning og stipend	0	0	0	118	0	-118	0	-118
5945	OU-Trekk	0	0	0	-1	0	1	0	1
5950	Husleie, personalbolig	0	0	0	8	0	-8	0	-8
5960	Arbeidstøy	0	0	0	38	0	-38	0	-38
5990	Annen personalkostnad	0	0	0	5	0	-5	0	-5
<b>L13</b>	<b>Sosiale kostnader</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 366</b>	<b>10 554</b>	<b>1 187</b>	<b>10 554</b>	<b>1 187</b>
5101	Overtid	0	0	0	1 383	918	-465	918	-465
5102	Vakansvakter, leger	0	0	0	472	0	-472	0	-472
5109	Feriepengeavsetning	0	0	0	224	112	-112	112	-112
5161	Annen lønn	0	0	0	109	0	-109	0	-109
5169	Feriepengeavsetning	0	0	0	9	0	-9	0	-9
5190	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	76	0	-76	0	-76
<b>L14</b>	<b>Overtid mv.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 272</b>	<b>1 030</b>	<b>-1 242</b>	<b>1 030</b>	<b>-1 242</b>
4580	Diverse andre kjøp av hel	0	0	0	943	0	-943	0	-943
5131	Ekstrahjelp	0	0	0	751	580	-171	580	-171
5139	Feriepengeavsetning	0	0	0	90	70	-20	70	-20
9105	Internkjøp arbeidskraft	0	0	0	250	0	-250	0	-250
<b>L15</b>	<b>Ekstern inleie, ekstrahje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 034</b>	<b>650</b>	<b>-1 384</b>	<b>650</b>	<b>-1 384</b>
4500	Kjøp av andre offentlige	0	0	0	31	0	-31	0	-31
4510	Kjøp av andre private hel	0	0	0	140	0	-140	0	-140
<b>L16</b>	<b>Kjøp av helsetjenester</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>171</b>	<b>0</b>	<b>-171</b>	<b>0</b>	<b>-171</b>
9101	Internleie	0	0	0	3 390	3 391	0	3 391	0
6340	Elektrisk kraft	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6360	Renhold	0	0	0	66	37	-30	37	-30
6361	Renholdsavtaler	0	0	0	160	0	-160	0	-160
9106	Internkjøp - vask og ren	0	0	0	6 218	5 330	-888	5 330	-888
6390	Annen kostnad lokaler	0	0	0	56	0	-56	0	-56
6602	Driftsbyggn. Øvrig drift	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6606	Driftsbyggn. Servicetj.	0	0	0	10	0	-10	0	-10
6631	Mask./inv. Drift	0	0	0	6	6	1	6	1
6633	Mask./inv. Løpende vedl.	0	0	0	4	0	-4	0	-4
6636	Mask./inv. Servicetj.	0	0	0	31	41	10	41	10
6640	IKT-utstyr	0	0	0	11	51	39	51	39
9102	Internkjøp	0	0	0	-716	159	875	159	875
9110	Internkjøp - vaskeritjene	0	0	0	394	291	-103	291	-103
6690	Andre rep., vedl.h. og se	0	0	0	7	71	64	71	64
6692	Reparasjoner vedlikehold	0	0	0	3	0	-3	0	-3
<b>L17</b>	<b>Kost lokaler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 644</b>	<b>9 376</b>	<b>-268</b>	<b>9 376</b>	<b>-268</b>
6440	Leie teknisk og elektrisk	0	0	0	20	16	-4	16	-4

6450	Leie kontorutstyr	0	0	0	112	203	91	203	91
9104	Internkjøp parkering	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6500	Medisinsk teknisk utstyr	0	0	0	2	0	-2	0	-2
6510	IKT-utstyr	0	0	0	276	305	29	305	29
6530	Inventar	0	0	0	32	76	45	76	45
6534	Arbeidstøy og tekstiler,	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6540	Teknisk og elektrisk utsty	0	0	0	124	102	-22	102	-22
6550	Kontorutstyr	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6560	Rekvisita	0	0	0	6	51	45	51	45
6570	Arbeidsklær og verneutsty	0	0	0	2	0	-2	0	-2
6590	Annet driftsmateriale	0	0	0	8	0	-8	0	-8
<b>L18</b>	<b>Utstyr, leie av utstyr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>591</b>	<b>753</b>	<b>162</b>	<b>753</b>	<b>162</b>
6100	Pasienttransport	0	0	0	605	376	-229	376	-229
6710	Kontortjenester	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6720	Konsulenttjenester	0	0	0	5	549	544	549	544
6730	Pasientbehandling (gjeste	0	0	0	3	61	58	61	58
6790	Annen ekstern tjeneste	0	0	0	161	0	-161	0	-161
6800	Kontorrekvisita	0	0	0	144	284	140	284	140
6820	Trykksak	0	0	0	19	20	1	20	1
6840	Aviser, tidsskrifter, bok	0	0	0	56	41	-15	41	-15
6900	Telefoni	0	0	0	185	100	-84	100	-84
6910	Porto	0	0	0	121	122	1	122	1
7090	Annen kostnad transportmi	0	0	0	8	0	-8	0	-8
7100	Bilgodtgjørelse, oppgavep	0	0	0	4	0	-4	0	-4
7140	Reisekostnad, ikke oppgav	0	0	0	180	102	-78	102	-78
7150	Diett kostnad, oppgaveplik	0	0	0	11	0	-11	0	-11
7350	Representasjon	0	0	0	1	10	9	10	9
7400	Kontingent	0	0	0	5	0	-5	0	-5
7410	Gave	0	0	0	1	0	-1	0	-1
7600	IT Kjøp av standard progr	0	0	0	0	41	40	41	40
7603	IT Vedlikehold spesialpro	0	0	0	11	20	9	20	9
7690	Diverse	0	0	0	44	0	-44	0	-44
7720	Bank og kortgebyr	0	0	0	0	0	-0	0	-0
7780	Pasientkostnader / sosial	0	0	0	4	0	-4	0	-4
7790	Annen kostnad	0	0	0	42	25	-17	25	-17
7792	Andre pasientutgifter	0	0	0	73	30	-43	30	-43
7793	Sosial trening	0	0	0	10	41	30	41	30
7795	Driftsavtale Eurest, fast	0	0	0	0	0	-0	0	-0
7799	Kassadifferanser	0	0	0	1	0	-1	0	-1
<b>L19</b>	<b>Andre Driftskostnader</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 699</b>	<b>1 823</b>	<b>124</b>	<b>1 823</b>	<b>124</b>
<b>SA02</b>	<b>Sum Driftsutgifter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62 912</b>	<b>64 144</b>	<b>1 232</b>	<b>64 144</b>	<b>1 232</b>
	<b>Driftsresultat</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>60 930</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>
8130	Annen finanskostnad	0	0	0	0	0	-0	0	-0
<b>L20</b>	<b>Netto Finansresultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>
<b>SA03</b>	<b>Sum Finans + Ekstra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>
	<b>Resultat ekstra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>
	<b>Resultat</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>60 930</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>

**Avdeling: TOTAL Totalt for valgte avdelinger**

3290	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-0	0	0	0	0
<b>L05</b>	<b>Poliklinisk (RTV og Egena</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
3440	Offentlig tilskudd for tj	0	0	0	-1 852	-1 850	2	-1 850	2
3506	Årets inntektsføring ørem	0	0	0	-0	0	0	0	0
3509	Andre tilskudd/refusjoner	0	0	0	-45	0	45	0	45
<b>L06</b>	<b>Ramme, tilskudd, refusjon</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1 897</b>	<b>-1 850</b>	<b>47</b>	<b>-1 850</b>	<b>47</b>
3100	Salgsinntekt varer, avgif	-5	0	5	-26	-50	-24	-50	-24

3110	Salgsinntekt tjenester, a	0	0	0	-39	0	39	0	39
3990	Annen inntekt	0	0	0	-19	0	19	0	19
<b>L07</b>	<b>Salgs-, leie- og andre in</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>-84</b>	<b>-50</b>	<b>34</b>	<b>-50</b>	<b>34</b>
<b>SA01</b>	<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>-1 982</b>	<b>-1 900</b>	<b>82</b>	<b>-1 900</b>	<b>82</b>
4000	Medikamenter	0	0	0	669	762	93	762	93
4040	Laboratorierekvisita	0	0	0	7	33	26	33	26
4079	Medisinske forbruksvarer	0	0	0	17	61	44	61	44
<b>L10</b>	<b>Varekostnad medikamenter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>693</b>	<b>855</b>	<b>163</b>	<b>855</b>	<b>163</b>
4100	Mat - og drikkevarer	0	0	0	34	30	-4	30	-4
4109	Mva ved internt vareuttak	0	0	0	1	0	-1	0	-1
9103	Internkjøp matvarer	0	0	0	886	810	-76	810	-76
4110	Tekstiler	0	0	0	50	51	1	51	1
4120	Frakt, toll og spedisjon	0	0	0	94	20	-74	20	-74
4180	Diverse andre forbruksvar	0	0	0	87	190	103	190	103
4181	Pleieprodukter	0	0	0	17	10	-7	10	-7
4182	Husholdningsprodukter	0	0	0	59	10	-49	10	-49
4183	Papir og plast	0	0	0	72	81	9	81	9
<b>L11</b>	<b>Mat, drikke, andre vareko</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 299</b>	<b>1 203</b>	<b>-96</b>	<b>1 203</b>	<b>-96</b>
5001	Regulativlønn	0	0	0	21 741	24 866	3 124	24 866	3 124
5003	Bistillinger	0	0	0	36	0	-36	0	-36
5004	Ikke arb.giv.avg. pliktig	0	0	0	53	0	-53	0	-53
5009	Feriepengeavsetning	0	0	0	2 669	3 031	363	3 031	363
5011	Lønn under barselpermisjo	0	0	0	695	181	-514	181	-514
5019	Feriepengeavsetning	0	0	0	83	22	-61	22	-61
5021	Sykevikar	0	0	0	1 174	1 770	596	1 770	596
5022	Ferievikar	0	0	0	1 743	2 014	271	2 014	271
5023	Vakansvakter	0	0	0	2 102	0	-2 102	0	-2 102
5029	Feriepengeavsetning	0	0	0	606	458	-148	458	-148
5041	Utvidet arbeidstid-UTA	0	0	0	438	657	219	657	219
5042	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	444	404	-40	404	-40
5043	Kvelds- og nattilleg	0	0	0	1 876	1 602	-274	1 602	-274
5044	Andre T-trinnstilleg	0	0	0	16	0	-16	0	-16
5045	Andre faste tilegg	0	0	0	819	864	45	864	45
5049	Feriepengeavsetning	0	0	0	437	427	-10	427	-10
5051	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	228	244	16	244	16
5052	Kvelds- og nattilleg	0	0	0	484	526	42	526	42
5053	Helligdagstilleg	0	0	0	883	880	-3	880	-3
5054	Forskjøvet arbeidstid	0	0	0	15	0	-15	0	-15
5056	Vaktkompensasjon leger	0	0	0	251	365	114	365	114
5059	Feriepengeavsetning	0	0	0	226	246	20	246	20
5090	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	0	611	611	611	611
5390	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	232	0	-232	0	-232
5801	Refusjon av sykepenger	0	0	0	-812	-1 267	-455	-1 267	-455
5802	Refusjon av fødselspenger	0	0	0	-936	0	936	0	936
5811	Refusjon feriepenge av s	0	0	0	-73	0	73	0	73
5812	Refusjon feriepenge av f	0	0	0	-29	0	29	0	29
5821	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-121	0	121	0	121
5822	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-136	0	136	0	136
<b>L12</b>	<b>Fastlønn, faste tilleg mv</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35 143</b>	<b>37 901</b>	<b>2 758</b>	<b>37 901</b>	<b>2 758</b>
5401	Arbeidsgiveravgift	0	0	0	5 994	6 201	206	6 201	206
5411	Pensjonsordning, leger	0	0	0	445	973	528	973	528
5412	Pensjonsordning, sykeplei	0	0	0	1 435	1 863	428	1 863	428
5413	Pensjonsordning, fellesor	0	0	0	1 081	1 094	13	1 094	13
5414	Pensjonsordning, AFP	0	0	0	33	0	-33	0	-33
5490	Periodiseringskonto, pens	0	0	0	0	123	123	123	123
5600	Kurs, seminarer, kongress	0	0	0	165	300	135	300	135
5900	Gaver til ansatte	0	0	0	45	0	-45	0	-45
5940	Etterutdanning og stipend	0	0	0	118	0	-118	0	-118



5945	OU-Trekk	0	0	0	-1	0	1	0	1
5950	Husleie, personalbolig	0	0	0	8	0	-8	0	-8
5960	Arbeidstøy	0	0	0	38	0	-38	0	-38
5990	Annen personalkostnad	0	0	0	5	0	-5	0	-5
<b>L13</b>	<b>Sosiale kostnader</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 366</b>	<b>10 554</b>	<b>1 187</b>	<b>10 554</b>	<b>1 187</b>
5101	Overtid	0	0	0	1 383	918	-465	918	-465
5102	Vakansvakter, leger	0	0	0	472	0	-472	0	-472
5109	Feriepengeavsetning	0	0	0	224	112	-112	112	-112
5161	Annen lønn	0	0	0	109	0	-109	0	-109
5169	Feriepengeavsetning	0	0	0	9	0	-9	0	-9
5190	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	76	0	-76	0	-76
<b>L14</b>	<b>Overtid mv.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 272</b>	<b>1 030</b>	<b>-1 242</b>	<b>1 030</b>	<b>-1 242</b>
4580	Diverse andre kjøp av hel	0	0	0	943	0	-943	0	-943
5131	Ekstrahjelp	0	0	0	751	580	-171	580	-171
5139	Feriepengeavsetning	0	0	0	90	70	-20	70	-20
9105	Internkjøp arbeidskraft	0	0	0	250	0	-250	0	-250
<b>L15</b>	<b>Ekstern inleie, ekstrahje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 034</b>	<b>650</b>	<b>-1 384</b>	<b>650</b>	<b>-1 384</b>
4500	Kjøp av andre offentlige	0	0	0	31	0	-31	0	-31
4510	Kjøp av andre private hel	0	0	0	140	0	-140	0	-140
<b>L16</b>	<b>Kjøp av helsetjenester</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>171</b>	<b>0</b>	<b>-171</b>	<b>0</b>	<b>-171</b>
9101	Internleie	0	0	0	3 390	3 391	0	3 391	0
6340	Elektrisk kraft	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6360	Renhold	0	0	0	66	37	-30	37	-30
6361	Renholdsavtaler	0	0	0	160	0	-160	0	-160
9106	Internkjøp - vask og ren	0	0	0	6 218	5 330	-888	5 330	-888
6390	Annen kostnad lokaler	0	0	0	56	0	-56	0	-56
6602	Driftsbyggn. Øvrig drift	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6606	Driftsbyggn. Servicetj.	0	0	0	10	0	-10	0	-10
6631	Mask./inv. Drift	0	0	0	6	6	1	6	1
6633	Mask./inv. Løpende vedl.	0	0	0	4	0	-4	0	-4
6636	Mask./inv. Servicetj.	0	0	0	31	41	10	41	10
6640	IKT-utstyr	0	0	0	11	51	39	51	39
9102	Internkjøp	0	0	0	-716	159	875	159	875
9110	Internkjøp - vaskeritjene	0	0	0	394	291	-103	291	-103
6690	Andre rep., vedl.h. og se	0	0	0	7	71	64	71	64
6692	Reparasjoner vedlikehold	0	0	0	3	0	-3	0	-3
<b>L17</b>	<b>Kost lokaler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 644</b>	<b>9 376</b>	<b>-268</b>	<b>9 376</b>	<b>-268</b>
6440	Leie teknisk og elektrisk	0	0	0	20	16	-4	16	-4
6450	Leie kontorutstyr	0	0	0	112	203	91	203	91
9104	Internkjøp parkering	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6500	Medisinsk teknisk utstyr	0	0	0	2	0	-2	0	-2
6510	IKT-utstyr	0	0	0	276	305	29	305	29
6530	Inventar	0	0	0	32	76	45	76	45
6534	Arbeidstøy og tekstiler,	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6540	Teknisk og eletrisk utsty	0	0	0	124	102	-22	102	-22
6550	Kontorutstyr	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6560	Rekvisita	0	0	0	6	51	45	51	45
6570	Arbeidsklær og verneutsty	0	0	0	2	0	-2	0	-2
6590	Annet driftsmateriale	0	0	0	8	0	-8	0	-8
<b>L18</b>	<b>Utstyr, leie av utstyr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>591</b>	<b>753</b>	<b>162</b>	<b>753</b>	<b>162</b>
6100	Pasienttransport	0	0	0	605	376	-229	376	-229
6710	Kontortjenester	0	0	0	3	0	-3	0	-3
6720	Konsulent tjenester	0	0	0	5	549	544	549	544
6730	Pasientbehandling (gjeste	0	0	0	3	61	58	61	58
6790	Annen ekstern tjeneste	0	0	0	161	0	-161	0	-161
6800	Kontorrekvisita	0	0	0	144	284	140	284	140
6820	Trykksak	0	0	0	19	20	1	20	1
6840	Aviser, tidsskrifter, bok	0	0	0	56	41	-15	41	-15



6900	Telefoni	0	0	0	185	100	-84	100	-84
6910	Porto	0	0	0	121	122	1	122	1
7090	Annen kostnad transportmi	0	0	0	8	0	-8	0	-8
7100	Bilgodtgjørelse, oppgavep	0	0	0	4	0	-4	0	-4
7140	Reisekostnad, ikke oppgav	0	0	0	180	102	-78	102	-78
7150	Diettkostnad, oppgaveplik	0	0	0	11	0	-11	0	-11
7350	Representasjon	0	0	0	1	10	9	10	9
7400	Kontingent	0	0	0	5	0	-5	0	-5
7410	Gave	0	0	0	1	0	-1	0	-1
7600	IT Kjøp av standard progr	0	0	0	0	41	40	41	40
7603	IT Vedlikehold spesialpro	0	0	0	11	20	9	20	9
7690	Diverse	0	0	0	44	0	-44	0	-44
7720	Bank og kortgebyr	0	0	0	0	0	-0	0	-0
7780	Pasientkostnader / sosial	0	0	0	4	0	-4	0	-4
7790	Annen kostnad	0	0	0	42	25	-17	25	-17
7792	Andre pasientutgifter	0	0	0	73	30	-43	30	-43
7793	Sosial trening	0	0	0	10	41	30	41	30
7795	Driftsavtale Eurest, fast	0	0	0	0	0	-0	0	-0
7799	Kassadifferanser	0	0	0	1	0	-1	0	-1
<b>L19</b>	<b>Andre Driftskostnader</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 699</b>	<b>1 823</b>	<b>124</b>	<b>1 823</b>	<b>124</b>
<b>SA02</b>	<b>Sum Driftsutgifter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62 912</b>	<b>64 144</b>	<b>1 232</b>	<b>64 144</b>	<b>1 232</b>
	<b>Driftsresultat</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>60 930</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>
8130	Annen finanskostnad	0	0	0	0	0	-0	0	-0
<b>L20</b>	<b>Netto Finansresultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>
<b>SA03</b>	<b>Sum Finans + Ekstra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>
	<b>Resultat ekstra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>	<b>0</b>	<b>-0</b>
	<b>Resultat</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>60 930</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>	<b>62 244</b>	<b>1 314</b>

## 6.8 Regnskapsdata, Bjørgvin DPS 2004

Konto		Periode 13 - 2004			Hittil i år ( 13 - 2004)			Årsbudsjett	Rest- budsjett kr.
Tekst		Regnskap	Budsjett	Avvik i kr.	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr.		
<b>Institusjon: AS ÅSTVEIT DPS</b>									
3221	Poliklinikkinntekter fra	0	0	0	-5 490	-6 375	-885	-6 375	-885
3240	Egenandeler	0	0	0	-2 992	-3 130	-138	-3 130	-138
3290	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-1	0	1	0	1
<b>L05</b>	<b>Poliklinisk (RTV og Egena</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-8 483</b>	<b>-9 505</b>	<b>-1 022</b>	<b>-9 505</b>	<b>-1 022</b>
3305	Basistilskudd, øremerkede	0	0	0	-13 633	-14 872	-1 239	-14 872	-1 239
3330	Undervisning	0	0	0	-18	0	18	0	18
3350	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-5	0	5	0	5
3390	Andre ikke-offentlige pas	0	0	0	4	0	-4	0	-4
3504	Tilskudd kompetansesenter	0	0	0	-269	0	269	0	269
3509	Andre tilskudd/refusjoner	0	0	0	-1 040	-204	836	-204	836
<b>L06</b>	<b>Ramme, tilskudd, refusjon</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-14 961</b>	<b>-15 076</b>	<b>-115</b>	<b>-15 076</b>	<b>-115</b>
3000	Salgsinntekt varer, avgif	0	0	0	-143	0	143	0	143
3100	Salgsinntekt varer, avgif	0	0	0	-22	-138	-116	-138	-116
3110	Salgsinntekt tjenester, a	0	0	0	0	-12	-12	-12	-12
3619	Andre leieinntekter, avgif	0	0	0	-131	-27	104	-27	104

3990	Annen inntekt	0	0	0	-37	-180	-143	-180	-143
<b>L07</b>	<b>Salgs-, leie- og andre in</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-333</b>	<b>-357</b>	<b>-24</b>	<b>-357</b>	<b>-24</b>
<b>SA01</b>	<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-23 777</b>	<b>-24 938</b>	<b>-1 161</b>	<b>-24 938</b>	<b>-1 161</b>
4000	Medikamenter	0	0	0	1 951	2 103	152	2 103	152
4040	Laboratorierekvisita	0	0	0	24	12	-12	12	-12
4071	Gass	0	0	0	9	9	0	9	0
4079	Medisinske forbruksvarer	0	0	0	42	48	6	48	6
<b>L10</b>	<b>Varekostnad medikamenter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 026</b>	<b>2 173</b>	<b>147</b>	<b>2 173</b>	<b>147</b>
4100	Mat - og drikkevarer	0	0	0	1 834	2 222	388	2 222	388
9103	Internkjøp matvarer	0	0	0	15	0	-15	0	-15
4110	Tekstiler	0	0	0	31	30	-1	30	-1
4120	Frakt, toll og spedisjon	0	0	0	3	22	20	22	20
4180	Diverse andre forbruksvar	0	0	0	128	35	-93	35	-93
4181	Pleieprodukter	0	0	0	59	53	-6	53	-6
4182	Husholdningsprodukter	0	0	0	48	28	-21	28	-21
4183	Papir og plast	0	0	0	111	102	-9	102	-9
<b>L11</b>	<b>Mat, drikke, andre vareko</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 228</b>	<b>2 491</b>	<b>264</b>	<b>2 491</b>	<b>264</b>
5001	Regulativlønn	0	0	0	54 271	61 053	6 783	61 053	6 783
5002	Engasjementsstillinger	0	0	0	1 756	1 145	-611	1 145	-611
5003	Bistillinger	0	0	0	116	118	2	118	2
5009	Feriepengeavsetning	0	0	0	6 936	7 281	345	7 281	345
5011	Lønn under barselpermisjo	0	0	0	1 053	515	-538	515	-538
5019	Feriepengeavsetning	0	0	0	126	62	-64	62	-64
5021	Sykevikar	0	0	0	3 165	1 560	-1 605	1 560	-1 605
5022	Ferievikar	0	0	0	1 850	1 915	65	1 915	65
5023	Vikar i ledig stilling	0	0	0	4 495	1 284	-3 211	1 284	-3 211
5029	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 144	641	-503	641	-503
5041	Utvidet arbeidstid-UTA	0	0	0	549	124	-425	124	-425
5042	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	854	795	-59	795	-59
5043	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	2 424	2 381	-43	2 381	-43
5044	Andre T-trinnstillegg	0	0	0	263	200	-63	200	-63
5045	Andre faste tillegg	0	0	0	1 390	872	-518	872	-518
5049	Feriepengeavsetning	0	0	0	673	551	-122	551	-122
5051	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	210	173	-37	173	-37
5052	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	683	535	-148	535	-148
5053	Helligdagstillegg	0	0	0	1 155	1 034	-121	1 034	-121
5054	Forskjøvet arbeidstid	0	0	0	58	53	-5	53	-5
5056	Vaktkompensasjon leger	0	0	0	78	0	-78	0	-78
5059	Feriepengeavsetning	0	0	0	266	180	-86	180	-86
5090	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	0	677	677	677	677
5391	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	559	527	-32	527	-32
5790	Andre tilskudd vedrørende	0	0	0	-102	0	102	0	102
5801	Refusjon av sykepenger	0	0	0	-4 246	-2 423	1 823	-2 423	1 823
5802	Refusjon av fødselspenger	0	0	0	-695	-515	180	-515	180
5811	Refusjon feriepenger av s	0	0	0	-235	-200	35	-200	35
5812	Refusjon feriepenger av f	0	0	0	-15	-44	-29	-44	-29
5821	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-621	-377	244	-377	244
5822	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-100	-68	32	-68	32
5890	Annen refusjon vedrørende	0	0	0	0	-31	-31	-31	-31
<b>L12</b>	<b>Fastlønn, faste tilleg mv</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>78 062</b>	<b>80 018</b>	<b>1 957</b>	<b>80 018</b>	<b>1 957</b>
5401	Arbeidsgiveravgift	0	0	0	13 077	12 584	-493	12 584	-493
5411	Pensjonsordning, leger	0	0	0	793	982	189	982	189
5412	Pensjonsordning, sykeplei	0	0	0	1 937	1 933	-4	1 933	-4
5413	Pensjonsordning, fellesor	0	0	0	4 381	4 761	381	4 761	381
5414	Pensjonsordning, AFP	0	0	0	34	28	-6	28	-6
5490	Periodiseringskonto, pens	0	0	0	0	49	49	49	49
5600	Kurs, seminarer, kongress	0	0	0	955	979	24	979	24
5615	Stillingsannonser	0	0	0	115	0	-115	0	-115

5619	Andre rekrutteringskostna	0	0	0	29	0	-29	0	-29
5620	Kurs- og undervisningsmate	0	0	0	1	0	-1	0	-1
5900	Gaver til ansatte	0	0	0	6	7	1	7	1
5945	OU-Trekk	0	0	0	-24	-21	3	-21	3
5960	Arbeidstøy	0	0	0	84	107	23	107	23
5990	Annen personalkostnad	0	0	0	80	0	-80	0	-80
<b>L13</b>	<b>Sosiale kostnader</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21 466</b>	<b>21 409</b>	<b>-57</b>	<b>21 409</b>	<b>-57</b>
5101	Overtid	0	0	0	465	171	-294	171	-294
5102	Vakansvakter, leger	0	0	0	7	0	-7	0	-7
5109	Feriepengeavsetning	0	0	0	58	21	-37	21	-37
5161	Annen lønn	0	0	0	989	629	-360	629	-360
5169	Feriepengeavsetning	0	0	0	93	68	-25	68	-25
5190	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	413	0	-413	0	-413
<b>L14</b>	<b>Overtid mv.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 025</b>	<b>889</b>	<b>-1 136</b>	<b>889</b>	<b>-1 136</b>
4580	Diverse andre kjøp av hel	0	0	0	0	1	1	1	1
5131	Ekstrahjelp	0	0	0	1 178	550	-628	550	-628
5139	Feriepengeavsetning	0	0	0	145	67	-78	67	-78
9105	Internkjøp arbeidskraft	0	0	0	0	27	27	27	27
<b>L15</b>	<b>Ekstern inleie, ekstrahje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 323</b>	<b>645</b>	<b>-678</b>	<b>645</b>	<b>-678</b>
4500	Kjøp av andre offentlige	0	0	0	146	179	32	179	32
4510	Kjøp av andre private hel	0	0	0	101	62	-39	62	-39
<b>L16</b>	<b>Kjøp av helsetjenester</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>248</b>	<b>241</b>	<b>-7</b>	<b>241</b>	<b>-7</b>
6300	Leie lokaler	0	0	0	3 166	4 133	967	4 133	967
9101	Interleie	0	0	0	11 402	11 680	279	11 680	279
6321	Renovasjon	0	0	0	43	93	50	93	50
6322	Vann/avløp	0	0	0	6	3	-3	3	-3
6324	Kommunale gebyrer	0	0	0	0	20	20	20	20
6329	Andre avgifter og gebyrer	0	0	0	1	2	1	2	1
6340	Elektrisk kraft	0	0	0	0	15	15	15	15
6350	Fyringsolje, brensel og a	0	0	0	0	1	1	1	1
6360	Renhold	0	0	0	529	476	-53	476	-53
6361	Renholdsavtaler	0	0	0	13	3	-10	3	-10
9106	Internkjøp - vask og ren	0	0	0	256	172	-84	172	-84
6390	Annen kostnad lokaler	0	0	0	27	43	16	43	16
6603	Driftsbyggn. Løpende vedl.	0	0	0	304	340	35	340	35
6606	Driftsbyggn. Servicetj.	0	0	0	1	5	4	5	4
6609	Driftsbyggn. Annen vedl.	0	0	0	27	100	73	100	73
6613	Andre byggn. Løpende vedl.	0	0	0	17	29	11	29	11
6619	Andre byggn. Annen vedl.	0	0	0	3	17	14	17	14
6630	Maskiner, annet utstyr og	0	0	0	37	96	59	96	59
6633	Mask./inv. Løpende vedl.	0	0	0	47	84	36	84	36
6636	Mask./inv. Servicetj.	0	0	0	0	2	2	2	2
6640	IKT-utstyr	0	0	0	19	15	-4	15	-4
9102	Internkjøp	0	0	0	45	222	177	222	177
9110	Internkjøp - vaskeritjene	0	0	0	117	143	26	143	26
6690	Andre rep., vedl.h. og se	0	0	0	0	12	12	12	12
6692	Reparasjoner vedlikehold	0	0	0	5	1	-4	1	-4
<b>L17</b>	<b>Kost lokaler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16 068</b>	<b>17 708</b>	<b>1 640</b>	<b>17 708</b>	<b>1 640</b>
6420	Leie transportmidler	0	0	0	75	58	-17	58	-17
6430	Leie inventar	0	0	0	-1	19	20	19	20
6440	Leie teknisk og elektrisk	0	0	0	0	2	2	2	2
6450	Leie kontorutstyr	0	0	0	45	55	10	55	10
6490	Annen leiekostnad	0	0	0	33	82	49	82	49
9104	Internkjøp parkering	0	0	0	0	3	3	3	3
6500	Medisinsk teknisk utstyr	0	0	0	7	19	13	19	13
6510	IKT-utstyr	0	0	0	890	1 362	472	1 362	472
6520	Verktøy	0	0	0	0	1	1	1	1
6530	Inventar	0	0	0	937	513	-424	513	-424

6540	Teknisk og elektrisk utstyr	0	0	0	626	11	-615	11	-615
6550	Kontorutstyr	0	0	0	78	44	-34	44	-34
6560	Rekvisita	0	0	0	7	8	1	8	1
6570	Arbeidsklær og verneutstyr	0	0	0	7	8	1	8	1
6590	Annet driftsmateriale	0	0	0	60	19	-40	19	-40
<b>L18</b>	<b>Utstyr, leie av utstyr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 764</b>	<b>2 205</b>	<b>-558</b>	<b>2 205</b>	<b>-558</b>
6100	Pasienttransport	0	0	0	103	109	6	109	6
9113	Internkjøp, transporttjen	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6710	Kontortjenester	0	0	0	0	6	6	6	6
6720	Konsulenttjenester	0	0	0	228	126	-101	126	-101
6790	Annen ekstern tjeneste	0	0	0	121	8	-113	8	-113
6800	Kontorrekvisita	0	0	0	263	273	10	273	10
6820	Trykksak	0	0	0	40	10	-30	10	-30
6840	Aviser, tidsskrifter, bok	0	0	0	128	118	-10	118	-10
6890	Annen kontorkostnad	0	0	0	6	4	-2	4	-2
6900	Telefoni	0	0	0	221	274	53	274	53
6901	Datakommunikasjon	0	0	0	7	43	35	43	35
6910	Porto	0	0	0	120	148	28	148	28
7000	Drivstoff	0	0	0	77	148	71	148	71
7020	Kostnad transportmidler,	0	0	0	293	69	-224	69	-224
7040	Forsikring	0	0	0	0	2	2	2	2
7090	Annen kostnad transportmi	0	0	0	223	295	72	295	72
7100	Bilgodtgjørelse, oppgavep	0	0	0	123	146	23	146	23
7130	Reisekostnad, oppgaveplik	0	0	0	8	1	-7	1	-7
7140	Reisekostnad, ikke oppgav	0	0	0	530	359	-171	359	-171
7150	Diett kostnad, oppgaveplik	0	0	0	49	62	13	62	13
7160	Diett kostnad, ikke oppgav	0	0	0	33	72	40	72	40
7350	Representasjon	0	0	0	1	6	5	6	5
7400	Kontingent	0	0	0	30	0	-30	0	-30
7410	Gave	0	0	0	45	45	-0	45	-0
7500	Forsikringspremie	0	0	0	0	3	3	3	3
7600	IT Kjøp av standard progr	0	0	0	75	55	-20	55	-20
7690	Diverse	0	0	0	4	5	1	5	1
7720	Bank og kortgebyr	0	0	0	2	16	14	16	14
7780	Pasientkostnader / sosial	0	0	0	517	636	119	636	119
7790	Annen kostnad	0	0	0	330	611	282	611	282
7791	Materialer til arbeidsvir	0	0	0	2	0	-2	0	-2
7792	Andre pasientutgifter	0	0	0	30	38	8	38	8
7793	Sosial trening	0	0	0	2	0	-2	0	-2
7810	Innkomet på tidligere ne	0	0	0	-10	-7	2	-7	2
7820	Tap på fordringer	0	0	0	45	89	44	89	44
<b>L19</b>	<b>Andre Driftskostnader</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3 647</b>	<b>3 773</b>	<b>126</b>	<b>3 773</b>	<b>126</b>
<b>SA02</b>	<b>Sum Driftsutgifter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>129 856</b>	<b>131 552</b>	<b>1 697</b>	<b>131 552</b>	<b>1 697</b>
	<b>Driftsresultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>106 079</b>	<b>106 614</b>	<b>536</b>	<b>106 614</b>	<b>536</b>
8110	Annen rentekostnad	0	0	0	0	0	-0	0	-0
8130	Annen finanskostnad	0	0	0	6	1	-5	1	-5
<b>L20</b>	<b>Netto Finansresultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>
<b>SA03</b>	<b>Sum Finans + Ekstra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>
	<b>Resultat ekstra</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>	<b>1</b>	<b>-5</b>
	<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>106 085</b>	<b>106 615</b>	<b>530</b>	<b>106 615</b>	<b>530</b>

## 6.9 Regnskapsdata, Psykiatrisk divisjon 2004

BUDSJETT : Budsjett 2004									
Konto	Tekst	Periode 13 - 2004			Hittil i år ( 13 - 2004)			Årsbudsjett	Rest-budsjett kr.
		Regnskap	Budsjett	Avvik i kr.	Regnskap	Budsjett	Avvik i kr.		
<b>Klinikk/Divisjon: 18 DIVISJON PSYKIATRI</b>									
3210	Gjestepasientinntekter	0	0	0	-1 055	0	1 055	0	1 055
<b>L02</b>	<b>Stykkpris-Inntekt Dag</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1 055</b>	<b>0</b>	<b>1 055</b>	<b>0</b>	<b>1 055</b>
3250	Selvbetalende pasienter	0	0	0	-2	0	2	0	2
<b>L03</b>	<b>Stykkpris-Inntekt Sykehus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
3221	Poliklinikkinntekter fra	0	0	0	-26 810	-27 184	-374	-27 184	-374
3240	Egenandeler	0	0	0	-6 692	-5 169	1 523	-5 169	1 523
3290	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-261	0	261	0	261
<b>L05</b>	<b>Poliklinisk (RTV og Egena)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-33 764</b>	<b>-32 353</b>	<b>1 411</b>	<b>-32 353</b>	<b>1 411</b>
3300	Basistilskudd	0	0	0	-639 568	-639 568	0	-639 568	0
3305	Basistilskudd, øremerkede	0	0	0	-13 243	-20 742	-7 499	-20 742	-7 499
3320	Tilskudd til forskning	-38	0	38	-38	0	38	0	38
3330	Undervisning	11	0	-11	-0	0	0	0	0
3342	Tilskudd til kompetansese	0	0	0	-6 858	-6 858	0	-6 858	0
3350	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-874	-3 525	-2 651	-3 525	-2 651
3362	Psykososialt tilskudd til	0	0	0	-2 846	0	2 846	0	2 846
3363	Opptappingsplan psykiatr	0	0	0	-4 653	0	4 653	0	4 653
3380	Andre pasient-/behandling	0	0	0	1	-25	-26	-25	-26
3390	Andre ikke-offentlige pas	0	0	0	1	-150	-151	-150	-151
3440	Offentlig tilskudd for tj	0	0	0	-1 852	-1 850	2	-1 850	2
3504	Tilskudd kompetansesenter	0	0	0	-401	0	401	0	401
3505	Tilskudd til videreutdann	0	0	0	5	0	-5	0	-5
3506	Årets inntektsføring ørem	0	0	0	-4	0	4	0	4
3509	Andre tilskudd/refusjoner	-5 665	0	5 665	-15 323	-2 357	12 966	-2 357	12 966
<b>L06</b>	<b>Ramme, tilskudd, refusjon</b>	<b>-5 692</b>	<b>0</b>	<b>5 692</b>	<b>-685 652</b>	<b>-675 075</b>	<b>10 577</b>	<b>-675 075</b>	<b>10 577</b>
3000	Salgsinntekt varer, avgif	0	0	0	-7	0	7	0	7
3010	Salgsinntekt tjenester, a	0	0	0	-0	0	0	0	0
3100	Salgsinntekt varer, avgif	-35	0	35	-321	-445	-124	-445	-124
9003	Internsalg matvarer	0	0	0	-2	0	2	0	2
3110	Salgsinntekt tjenester, a	-5	0	5	-896	-220	676	-220	676
3111	Pasienthotell interne opp	0	0	0	48	0	-48	0	-48
3601	Husleie personalboliger	-3	0	3	-21	-75	-54	-75	-54
3619	Andre leieinntekter, avgi	0	0	0	-170	-165	5	-165	5
3621	Parkeringsinntekter	0	0	0	-15	-25	-10	-25	-10
3900	Gaver, donasjoner	0	0	0	-5	0	5	0	5
3990	Annen inntekt	-17	0	17	-916	-147	769	-147	769
9002	Internsalg	0	0	0	-385	-100	285	-100	285
9005	Internsalg arbeidstid	0	0	0	-100	0	100	0	100
<b>L07</b>	<b>Salgs-, leie- og andre in</b>	<b>-60</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>-2 789</b>	<b>-1 177</b>	<b>1 612</b>	<b>-1 177</b>	<b>1 612</b>
<b>SA01</b>	<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>-5 752</b>	<b>0</b>	<b>5 752</b>	<b>-723 262</b>	<b>-708 605</b>	<b>14 657</b>	<b>-708 605</b>	<b>14 657</b>
4000	Medikamenter	0	0	0	10 949	10 203	-746	10 203	-746
4018	Kjøp av spesialprodukt	0	0	0	20	0	-20	0	-20
4040	Laboratorierekvisita	0	0	0	75	122	47	122	47
4071	Gass	0	0	0	20	13	-7	13	-7
4079	Medisinske forbruksvarer	0	0	0	384	502	118	502	118
<b>L10</b>	<b>Varekostnad medikamenter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11 448</b>	<b>10 840</b>	<b>-608</b>	<b>10 840</b>	<b>-608</b>
4100	Mat - og drikkevarer	0	0	0	3 287	3 218	-69	3 218	-69
4109	Mva ved internt vareuttak	0	0	0	21	6	-15	6	-15
9103	Internkjøp matvarer	0	0	0	11 204	11 485	281	11 485	281
4110	Tekstiler	0	0	0	221	261	40	261	40

4120	Frakt, toll og spedisjon	0	0	0	149	82	-67	82	-67
4140	Anbudskostnader	0	0	0	0	1	1	1	1
4180	Diverse andre forbruksvar	0	0	0	254	497	243	497	243
4181	Pleieprodukter	0	0	0	205	120	-85	120	-85
4182	Husholdningsprodukter	0	0	0	353	180	-173	180	-173
4183	Papir og plast	0	0	0	626	543	-83	543	-83
4302	Aviser, kantinen	0	0	0	0	0	-0	0	-0
<b>L11</b>	<b>Mat, drikke, andre vareko</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16 320</b>	<b>16 392</b>	<b>72</b>	<b>16 392</b>	<b>72</b>
5001	Regulativlønn	0	0	0	319 814	341 550	21 736	341 550	21 736
5002	Engasjementsstillinger	0	0	0	2 938	0	-2 938	0	-2 938
5003	Bistillinger	0	0	0	566	336	-230	336	-230
5004	Ikke arb.giv.avg. pliktig	0	0	0	122	52	-70	52	-70
5009	Feriepengeavsetning	0	0	0	39 530	41 249	1 718	41 249	1 718
5011	Lønn under barselpermisjo	0	0	0	8 655	2 283	-6 372	2 283	-6 372
5012	Lønn under forskningsperm	0	0	0	254	0	-254	0	-254
5019	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 072	297	-775	297	-775
5021	Sykevikar	0	0	0	15 191	14 882	-309	14 882	-309
5022	Ferievikar	0	0	0	11 093	13 641	2 548	13 641	2 548
5023	Vakansvakter	0	0	0	24 559	1 524	-23 035	1 524	-23 035
5029	Feriepengeavsetning	0	0	0	6 159	3 659	-2 500	3 659	-2 500
5041	Utvidet arbeidstid-UTA	0	0	0	4 699	4 305	-394	4 305	-394
5042	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	4 237	4 953	716	4 953	716
5043	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	17 414	17 065	-349	17 065	-349
5044	Andre T-trinnstillegg	0	0	0	741	540	-201	540	-201
5045	Andre faste tillegg	0	0	0	7 551	6 985	-566	6 985	-566
5049	Feriepengeavsetning	0	0	0	4 226	4 187	-39	4 187	-39
5051	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	2 196	1 705	-491	1 705	-491
5052	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	5 818	3 718	-2 100	3 718	-2 100
5053	Helligdagstillegg	0	0	0	7 872	7 420	-452	7 420	-452
5054	Forskjøvet arbeidstid	0	0	0	397	255	-142	255	-142
5055	Andre variable tillegg	0	0	0	13	0	-13	0	-13
5056	Vaktkompensasjon leger	0	0	0	2 155	2 110	-45	2 110	-45
5059	Feriepengeavsetning	0	0	0	2 240	1 740	-500	1 740	-500
5090	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	0	7 153	7 153	7 153	7 153
5300	Godtgjørelse til styret	0	0	0	4	0	-4	0	-4
5390	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	1 078	401	-677	401	-677
5391	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	691	896	205	896	205
5700	Lærlingtilskudd	0	0	0	-20	0	20	0	20
5790	Andre tilskudd vedrørende	341	0	-341	0	0	0	0	0
5801	Refusjon av sykepenger	0	0	0	-21 596	-17 102	4 494	-17 102	4 494
5802	Refusjon av fødselspenger	0	0	0	-8 681	-2 131	6 550	-2 131	6 550
5811	Refusjon feriepenger av s	0	0	0	-1 395	-379	1 016	-379	1 016
5812	Refusjon feriepenger av f	0	0	0	-328	-41	287	-41	287
5821	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-3 156	-809	2 347	-809	2 347
5822	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-1 266	-190	1 076	-190	1 076
5890	Annen refusjon vedrørende	0	0	0	-1 953	-500	1 453	-500	1 453
<b>L12</b>	<b>Fastlønn, faste tilleg mv</b>	<b>341</b>	<b>0</b>	<b>-341</b>	<b>452 886</b>	<b>461 753</b>	<b>8 867</b>	<b>461 753</b>	<b>8 867</b>
5401	Arbeidsgiveravgift	0	0	0	77 981	75 932	-2 050	75 932	-2 050
5411	Pensjonsordning, leger	0	0	0	5 561	6 981	1 421	6 981	1 421
5412	Pensjonsordning, sykeplei	0	0	0	12 572	15 973	3 401	15 973	3 401
5413	Pensjonsordning, fellesor	0	0	0	22 585	21 276	-1 309	21 276	-1 309
5414	Pensjonsordning, AFP	0	0	0	198	33	-165	33	-165
5490	Periodiseringskonto, pens	0	0	0	0	1 458	1 458	1 458	1 458
5500	Annen kostnadsgodtgjørelse	0	0	0	109	60	-49	60	-49
5510	Honorarer	0	0	0	13	90	77	90	77
5600	Kurs, seminarer, kongress	5	0	-5	6 625	7 842	1 217	7 842	1 217
5615	Stillingsannonser	0	0	0	81	155	74	155	74
5619	Andre rekrutteringskostna	0	0	0	25	0	-25	0	-25

5620	Kurs- og undervisningsmate	0	0	0	26	0	-26	0	-26
5900	Gaver til ansatte	0	0	0	169	58	-111	58	-111
5940	Etterutdanning og stipend	0	0	0	444	0	-444	0	-444
5945	OU-Trekk	0	0	0	-11	-24	-13	-24	-13
5950	Husleie, personalbolig	0	0	0	83	0	-83	0	-83
5960	Arbeidstøy	0	0	0	485	211	-274	211	-274
5990	Annen personalkostnad	0	0	0	1 005	177	-828	177	-828
<b>L13</b>	<b>Sosiale kostnader</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>-5</b>	<b>127 950</b>	<b>130 222</b>	<b>2 271</b>	<b>130 222</b>	<b>2 271</b>
5101	Overtid	0	0	0	9 120	7 552	-1 568	7 552	-1 568
5102	Vakansvakter, leger	0	0	0	2 870	769	-2 101	769	-2 101
5109	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 443	1 021	-422	1 021	-422
5161	Annen lønn	0	0	0	2 580	1 111	-1 469	1 111	-1 469
5169	Feriepengeavsetning	0	0	0	81	107	26	107	26
5190	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	1 725	75	-1 650	75	-1 650
<b>L14</b>	<b>Overtid mv.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17 820</b>	<b>10 635</b>	<b>-7 185</b>	<b>10 635</b>	<b>-7 185</b>
4580	Diverse andre kjøp av hel	0	0	0	5 423	357	-5 066	357	-5 066
5131	Ekstrahjelp	0	0	0	10 559	8 709	-1 850	8 709	-1 850
5139	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 278	1 051	-227	1 051	-227
9105	Internkjøp arbeidskraft	0	0	0	3 828	525	-3 303	525	-3 303
<b>L15</b>	<b>Ekstern inleie, ekstrahje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21 087</b>	<b>10 642</b>	<b>-10 446</b>	<b>10 642</b>	<b>-10 446</b>
4500	Kjøp av andre offentlige	0	0	0	7 260	6 909	-350	6 909	-350
4510	Kjøp av andre private hel	0	0	0	2 705	2 053	-651	2 053	-651
<b>L16</b>	<b>Kjøp av helsetjenester</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 965</b>	<b>8 963</b>	<b>-1 002</b>	<b>8 963</b>	<b>-1 002</b>
6300	Leie lokaler	0	0	0	9 659	9 922	263	9 922	263
9101	Interleie	0	0	0	42 059	41 933	-126	41 933	-126
6321	Renovasjon	0	0	0	51	41	-10	41	-10
6322	Vann/avløp	0	0	0	3	2	-1	2	-1
6324	Kommunale gebyrer	0	0	0	-35	48	83	48	83
6329	Andre avgifter og gebyrer	0	0	0	11	1	-9	1	-9
6340	Elektrisk kraft	0	0	0	29	312	283	312	283
6341	Forbruk av elektrisk kraf	0	0	0	0	0	-0	0	-0
6343	Nettleie	0	0	0	11	0	-11	0	-11
6350	Fyringsolje, brensel og a	0	0	0	-145	1	146	1	146
6351	Olje	0	0	0	0	0	-0	0	-0
6360	Renhold	0	0	0	1 158	895	-263	895	-263
6361	Renholdsavtaler	0	0	0	188	3	-185	3	-185
9106	Internkjøp - vask og ren	0	0	0	9 030	7 978	-1 052	7 978	-1 052
6390	Annen kostnad lokaler	0	0	0	939	838	-100	838	-100
6601	Driftsbygn. Drift	0	0	0	6	0	-6	0	-6
6602	Driftsbygn. Øvrig drift	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6603	Driftsbygn. Løpende vedl.	0	0	0	543	652	109	652	109
6604	Driftsbygn. Interv. arb.	0	0	0	44	0	-44	0	-44
6605	Driftsbygn. Utskiftninger	0	0	0	30	61	31	61	31
6606	Driftsbygn. Servicetj.	0	0	0	20	0	-20	0	-20
6607	Driftsbygn. Klargj. areal	0	0	0	2	0	-2	0	-2
6609	Driftsbygn. Annen vedl.	0	0	0	305	395	89	395	89
6613	Andre bygn. Løpende vedl.	0	0	0	28	0	-28	0	-28
6616	Andre bygn. Servicetj.	0	0	0	9	12	3	12	3
6619	Andre bygn. Annen vedl.	0	0	0	47	30	-16	30	-16
6620	Vedlikehold MTU	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6630	Maskiner, annet utstyr og	0	0	0	94	2	-92	2	-92
6631	Mask./inv. Drift	0	0	0	10	14	4	14	4
6633	Mask./inv. Løpende vedl.	0	0	0	74	62	-11	62	-11
6635	Mask./inv. Utskiftninger	0	0	0	18	0	-18	0	-18
6636	Mask./inv. Servicetj.	0	0	0	53	48	-6	48	-6
6638	Mask./inv. Skader	0	0	0	6	0	-6	0	-6
6639	Mask./inv. Annen vedl.	0	0	0	0	5	5	5	5
6640	IKT-utstyr	0	0	0	20	329	309	329	309

9102	Internkjøp	0	0	0	92	1 489	1 397	1 489	1 397
9110	Internkjøp - vaskeritjene	0	0	0	1 317	1 281	-36	1 281	-36
6690	Andre rep., vedl.h. og se	0	0	0	41	377	335	377	335
6691	Intern ombygging	0	0	0	71	0	-71	0	-71
6692	Reparasjoner vedlikehold	0	0	0	24	15	-9	15	-9
9108	Internkjøp - tekniske tje	0	0	0	297	22	-275	22	-275
<b>L17</b>	<b>Kost lokaler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>66 113</b>	<b>66 770</b>	<b>657</b>	<b>66 770</b>	<b>657</b>
6420	Leie transportmidler	0	0	0	126	232	107	232	107
6430	Leie inventar	0	0	0	20	0	-20	0	-20
6440	Leie teknisk og elektrisk	0	0	0	3	16	13	16	13
9107	Internkjøp - leie av utst	0	0	0	70	70	0	70	0
6450	Leie kontorutstyr	0	0	0	447	494	47	494	47
6490	Annen leiekostnad	0	0	0	66	2	-64	2	-64
9104	Internkjøp parkering	0	0	0	106	18	-88	18	-88
6500	Medisinsk teknisk utstyr	0	0	0	98	21	-77	21	-77
6510	IKT-utstyr	0	0	0	4 048	3 050	-999	3 050	-999
6520	Verktøy	0	0	0	77	23	-54	23	-54
6530	Inventar	0	0	0	2 534	2 151	-383	2 151	-383
6534	Arbeidstøy og tekstiler,	0	0	0	26	16	-9	16	-9
6540	Teknisk og eletrisk utsty	0	0	0	402	274	-128	274	-128
6550	Kontorutstyr	0	0	0	199	348	149	348	149
6551	Dikteringsmaskiner	0	0	0	25	0	-25	0	-25
6560	Rekvisita	0	0	0	180	210	30	210	30
6570	Arbeidsklær og verneutsty	0	0	0	39	36	-4	36	-4
6590	Annet driftsmateriale	0	0	0	98	179	81	179	81
<b>L18</b>	<b>Utstyr, leie av utstyr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8 565</b>	<b>7 141</b>	<b>-1 424</b>	<b>7 141</b>	<b>-1 424</b>
6100	Pasienttransport	0	0	0	2 691	2 838	146	2 838	146
6190	Annen frakt- og transport	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6710	Kontortjenester	0	0	0	9	2	-7	2	-7
6720	Konsulentjenester	0	0	0	2 218	3 530	1 312	3 530	1 312
6730	Pasientbehandling (gjeste	0	0	0	1 735	677	-1 058	677	-1 058
6790	Annen ekstern tjeneste	0	0	0	1 340	131	-1 209	131	-1 209
6791	Forskningstjenester	0	0	0	210	0	-210	0	-210
6800	Kontorrekvisita	0	0	0	1 322	1 397	75	1 397	75
6820	Trykksak	0	0	0	315	326	12	326	12
6840	Aviser, tidsskrifter, bok	0	0	0	676	712	36	712	36
6890	Annen kontorkostnad	0	0	0	50	64	14	64	14
6900	Telefoni	0	0	0	612	599	-13	599	-13
6901	Datakommunikasjon	0	0	0	71	0	-71	0	-71
6902	Videokonferanse	0	0	0	2	3	1	3	1
6910	Porto	-1	0	1	498	449	-49	449	-49
7000	Drivstoff	0	0	0	187	167	-20	167	-20
7020	Kostnad transportmidler,	0	0	0	193	56	-137	56	-137
7040	Forsikring	0	0	0	10	5	-5	5	-5
7090	Annen kostnad transportmi	0	0	0	505	535	30	535	30
7100	Bilgodtgjørelse, oppgavep	0	0	0	939	641	-298	641	-298
7130	Reisekostnad, oppgaveplik	0	0	0	1	0	-1	0	-1
7140	Reisekostnad, ikke oppgav	0	0	0	3 105	2 430	-675	2 430	-675
7150	Diettkostnad, oppgaveplik	0	0	0	452	242	-210	242	-210
7160	Diettkostnad, ikke oppgav	0	0	0	95	179	84	179	84
7190	Annen kostnadsgodtgjørels	0	0	0	21	41	20	41	20
7300	Salgs- og reklamekostnad	0	0	0	24	0	-24	0	-24
7350	Representasjon	0	0	0	70	245	175	245	175
7400	Kontingent	0	0	0	59	71	12	71	12
7410	Gave	0	0	0	101	78	-22	78	-22
7500	Forsikringspremie	0	0	0	4	1	-3	1	-3
7510	Pasientskadeerstatning	0	0	0	5	0	-5	0	-5
7600	IT Kjøp av standard progr	0	0	0	281	325	43	325	43



7601	IT Kjøp av spesialprogram	0	0	0	58	0	-58	0	-58
7602	IT Vedlikehold standard p	0	0	0	84	28	-56	28	-56
7603	IT Vedlikehold spesialpro	0	0	0	52	56	4	56	4
7690	Diverse	0	0	0	154	22	-132	22	-132
7720	Bank og kortgebyr	0	0	0	20	16	-4	16	-4
7780	Pasientkostnader / sosial	0	0	0	652	619	-33	619	-33
7790	Annen kostnad	-3	0	3	2 648	6 310	3 662	6 310	3 662
7791	Materialer til arbeidsvir	0	0	0	415	435	20	435	20
7792	Andre pasientutgifter	0	0	0	730	766	36	766	36
7793	Sosial trening	0	0	0	382	722	341	722	341
7794	Sosial trening ferieturer	0	0	0	-25	155	180	155	180
7795	Driftsavtale Eurest, fast	0	0	0	0	0	-0	0	-0
7799	Kassadifferanser	0	0	0	1	0	-1	0	-1
7810	Innkomet på tidligere ne	0	0	0	-19	0	19	0	19
7820	Tap på fordringer	0	0	0	436	38	-398	38	-398
7900	Periodiseringskonto, dive	0	0	0	1	0	-1	0	-1
<b>L19</b>	<b>Andre Driftskostnader</b>	<b>-4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>23 388</b>	<b>24 911</b>	<b>1 524</b>	<b>24 911</b>	<b>1 524</b>
<b>SA02</b>	<b>Sum Driftsutgifter</b>	<b>342</b>	<b>0</b>	<b>-342</b>	<b>755 542</b>	<b>748 268</b>	<b>-7 273</b>	<b>748 268</b>	<b>-7 273</b>
	<b>Driftsresultat</b>	<b>-5 410</b>	<b>0</b>	<b>5 410</b>	<b>32 280</b>	<b>39 664</b>	<b>7 384</b>	<b>39 664</b>	<b>7 384</b>
8110	Annen rentekostnad	0	0	0	14	0	-14	0	-14
8130	Annen finanskostnad	0	0	0	61	0	-61	0	-61
8179	Avrunding	0	0	0	0	0	-0	0	-0
<b>L20</b>	<b>Netto Finansresultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>-75</b>	<b>0</b>	<b>-75</b>
8800	Årsresultat	8 038	0	-8 038	8 038	0	-8 038	0	-8 038
<b>L21</b>	<b>Ekstraordinære poster</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>
<b>SA03</b>	<b>Sum Finans + Ekstra</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>
	<b>Resultat ekstra</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>
	<b>Resultat</b>	<b>2 628</b>	<b>0</b>	<b>-2 628</b>	<b>40 394</b>	<b>39 664</b>	<b>-730</b>	<b>39 664</b>	<b>-730</b>

**Klinikk/Divisjon: TOTAL Totalt for valgte divisjoner**

3210	Gjestepasientinntekter	0	0	0	-1 055	0	1 055	0	1 055
<b>L02</b>	<b>Stykkpris-Inntekt Dag</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1 055</b>	<b>0</b>	<b>1 055</b>	<b>0</b>	<b>1 055</b>
3250	Selvbetalende pasienter	0	0	0	-2	0	2	0	2
<b>L03</b>	<b>Stykkpris-Inntekt Sykehus</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
3221	Poliklinikkinntekter fra	0	0	0	-26 810	-27 184	-374	-27 184	-374
3240	Egenandeler	0	0	0	-6 692	-5 169	1 523	-5 169	1 523
3290	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-261	0	261	0	261
<b>L05</b>	<b>Poliklinisk (RTV og Egena)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-33 764</b>	<b>-32 353</b>	<b>1 411</b>	<b>-32 353</b>	<b>1 411</b>
3300	Basistilskudd	0	0	0	-639 568	-639 568	0	-639 568	0
3305	Basistilskudd, øremerkede	0	0	0	-13 243	-20 742	-7 499	-20 742	-7 499
3320	Tilskudd til forskning	-38	0	38	-38	0	38	0	38
3330	Undervisning	11	0	-11	-0	0	0	0	0
3342	Tilskudd til kompetansese	0	0	0	-6 858	-6 858	0	-6 858	0
3350	Andre pasient-/behandling	0	0	0	-874	-3 525	-2 651	-3 525	-2 651
3362	Psykososialt tilskudd til	0	0	0	-2 846	0	2 846	0	2 846
3363	Opptreppingsplan psykiatr	0	0	0	-4 653	0	4 653	0	4 653
3380	Andre pasient-/behandling	0	0	0	1	-25	-26	-25	-26
3390	Andre ikke-offentlige pas	0	0	0	1	-150	-151	-150	-151
3440	Offentlig tilskudd for tj	0	0	0	-1 852	-1 850	2	-1 850	2
3504	Tilskudd kompetansesenter	0	0	0	-401	0	401	0	401
3505	Tilskudd til videreutdann	0	0	0	5	0	-5	0	-5
3506	Årets inntektsføring ørem	0	0	0	-4	0	4	0	4
3509	Andre tilskudd/refusjoner	-5 665	0	5 665	-15 323	-2 357	12 966	-2 357	12 966
<b>L06</b>	<b>Ramme, tilskudd, refusjon</b>	<b>-5 692</b>	<b>0</b>	<b>5 692</b>	<b>-685 652</b>	<b>-675 075</b>	<b>10 577</b>	<b>-675 075</b>	<b>10 577</b>
3000	Salgsinntekt varer, avgif	0	0	0	-7	0	7	0	7
3010	Salgsinntekt tjenester, a	0	0	0	-0	0	0	0	0

3100	Salgsinntekt varer, avgif	-35	0	35	-321	-445	-124	-445	-124
9003	Internsalg matvarer	0	0	0	-2	0	2	0	2
3110	Salgsinntekt tjenester, a	-5	0	5	-896	-220	676	-220	676
3111	Pasienthotell interne opp	0	0	0	48	0	-48	0	-48
3601	Husleie personalboliger	-3	0	3	-21	-75	-54	-75	-54
3619	Andre leieinntekter, avgi	0	0	0	-170	-165	5	-165	5
3621	Parkeringsinntekter	0	0	0	-15	-25	-10	-25	-10
3900	Gaver, donasjoner	0	0	0	-5	0	5	0	5
3990	Annen inntekt	-17	0	17	-916	-147	769	-147	769
9002	Internsalg	0	0	0	-385	-100	285	-100	285
9005	Internsalg arbeidstid	0	0	0	-100	0	100	0	100
<b>L07</b>	<b>Salgs-, leie- og andre in</b>	<b>-60</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>-2 789</b>	<b>-1 177</b>	<b>1 612</b>	<b>-1 177</b>	<b>1 612</b>
<b>SA01</b>	<b>Sum Driftsinntekter</b>	<b>-5 752</b>	<b>0</b>	<b>5 752</b>	<b>-723 262</b>	<b>-708 605</b>	<b>14 657</b>	<b>-708 605</b>	<b>14 657</b>
4000	Medikamenter	0	0	0	10 949	10 203	-746	10 203	-746
4018	Kjøp av spesialprodukt	0	0	0	20	0	-20	0	-20
4040	Laboratorierekvisita	0	0	0	75	122	47	122	47
4071	Gass	0	0	0	20	13	-7	13	-7
4079	Medisinske forbruksvarer	0	0	0	384	502	118	502	118
<b>L10</b>	<b>Varekostnad medikamenter</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11 448</b>	<b>10 840</b>	<b>-608</b>	<b>10 840</b>	<b>-608</b>
4100	Mat - og drikkevarer	0	0	0	3 287	3 218	-69	3 218	-69
4109	Mva ved internt vareuttak	0	0	0	21	6	-15	6	-15
9103	Internkjøp matvarer	0	0	0	11 204	11 485	281	11 485	281
4110	Tekstiler	0	0	0	221	261	40	261	40
4120	Frakt, toll og spedisjon	0	0	0	149	82	-67	82	-67
4140	Anbudskostnader	0	0	0	0	1	1	1	1
4180	Diverse andre forbruksvar	0	0	0	254	497	243	497	243
4181	Pleieprodukter	0	0	0	205	120	-85	120	-85
4182	Husholdningsprodukter	0	0	0	353	180	-173	180	-173
4183	Papir og plast	0	0	0	626	543	-83	543	-83
4302	Aviser, kantinen	0	0	0	0	0	-0	0	-0
<b>L11</b>	<b>Mat, drikke, andre vareko</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16 320</b>	<b>16 392</b>	<b>72</b>	<b>16 392</b>	<b>72</b>
5001	Regulativlønn	0	0	0	319 814	341 550	21 736	341 550	21 736
5002	Engasjementsstillinger	0	0	0	2 938	0	-2 938	0	-2 938
5003	Bistillinger	0	0	0	566	336	-230	336	-230
5004	Ikke arb.giv.avg. pliktig	0	0	0	122	52	-70	52	-70
5009	Feriepengeavsetning	0	0	0	39 530	41 249	1 718	41 249	1 718
5011	Lønn under barselpermisjo	0	0	0	8 655	2 283	-6 372	2 283	-6 372
5012	Lønn under forskningsperm	0	0	0	254	0	-254	0	-254
5019	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 072	297	-775	297	-775
5021	Sykevikar	0	0	0	15 191	14 882	-309	14 882	-309
5022	Ferievikar	0	0	0	11 093	13 641	2 548	13 641	2 548
5023	Vakansvakter	0	0	0	24 559	1 524	-23 035	1 524	-23 035
5029	Feriepengeavsetning	0	0	0	6 159	3 659	-2 500	3 659	-2 500
5041	Utvidet arbeidstid-UTA	0	0	0	4 699	4 305	-394	4 305	-394
5042	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	4 237	4 953	716	4 953	716
5043	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	17 414	17 065	-349	17 065	-349
5044	Andre T-trinnstillegg	0	0	0	741	540	-201	540	-201
5045	Andre faste tillegg	0	0	0	7 551	6 985	-566	6 985	-566
5049	Feriepengeavsetning	0	0	0	4 226	4 187	-39	4 187	-39
5051	Lørdags- og søndagstilleg	0	0	0	2 196	1 705	-491	1 705	-491
5052	Kvelds- og nattillegg	0	0	0	5 818	3 718	-2 100	3 718	-2 100
5053	Helligdagstillegg	0	0	0	7 872	7 420	-452	7 420	-452
5054	Forskjøvet arbeidstid	0	0	0	397	255	-142	255	-142
5055	Andre variable tillegg	0	0	0	13	0	-13	0	-13
5056	Vaktkompensasjon leger	0	0	0	2 155	2 110	-45	2 110	-45
5059	Feriepengeavsetning	0	0	0	2 240	1 740	-500	1 740	-500
5090	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	0	7 153	7 153	7 153	7 153
5300	Godtgjørelse til styret	0	0	0	4	0	-4	0	-4

5390	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	1 078	401	-677	401	-677
5391	Annen oppgavepliktig godt	0	0	0	691	896	205	896	205
5700	Lærlingtilskudd	0	0	0	-20	0	20	0	20
5790	Andre tilskudd vedrørende	341	0	-341	0	0	0	0	0
5801	Refusjon av sykepenger	0	0	0	-21 596	-17 102	4 494	-17 102	4 494
5802	Refusjon av fødselspenger	0	0	0	-8 681	-2 131	6 550	-2 131	6 550
5811	Refusjon feriepenger av s	0	0	0	-1 395	-379	1 016	-379	1 016
5812	Refusjon feriepenger av f	0	0	0	-328	-41	287	-41	287
5821	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-3 156	-809	2 347	-809	2 347
5822	Refusjon arbeidsgiveravgi	0	0	0	-1 266	-190	1 076	-190	1 076
5890	Annen refusjon vedrørende	0	0	0	-1 953	-500	1 453	-500	1 453
<b>L12</b>	<b>Fastlønn, faste tilleg mv</b>	<b>341</b>	<b>0</b>	<b>-341</b>	<b>452 886</b>	<b>461 753</b>	<b>8 867</b>	<b>461 753</b>	<b>8 867</b>
5401	Arbeidsgiveravgift	0	0	0	77 981	75 932	-2 050	75 932	-2 050
5411	Pensjonsordning, leger	0	0	0	5 561	6 981	1 421	6 981	1 421
5412	Pensjonsordning, sykeplei	0	0	0	12 572	15 973	3 401	15 973	3 401
5413	Pensjonsordning, fellesor	0	0	0	22 585	21 276	-1 309	21 276	-1 309
5414	Pensjonsordning, AFP	0	0	0	198	33	-165	33	-165
5490	Periodiseringskonto, pens	0	0	0	0	1 458	1 458	1 458	1 458
5500	Annen kostnadsgodtgjørels	0	0	0	109	60	-49	60	-49
5510	Honorarer	0	0	0	13	90	77	90	77
5600	Kurs, seminarer, kongress	5	0	-5	6 625	7 842	1 217	7 842	1 217
5615	Stillingsannonser	0	0	0	81	155	74	155	74
5619	Andre rekrutteringskostna	0	0	0	25	0	-25	0	-25
5620	Kurs- og undervisningsmate	0	0	0	26	0	-26	0	-26
5900	Gaver til ansatte	0	0	0	169	58	-111	58	-111
5940	Etterutdanning og stipend	0	0	0	444	0	-444	0	-444
5945	OU-Trekk	0	0	0	-11	-24	-13	-24	-13
5950	Husleie, personalbolig	0	0	0	83	0	-83	0	-83
5960	Arbeidstøy	0	0	0	485	211	-274	211	-274
5990	Annen personalkostnad	0	0	0	1 005	177	-828	177	-828
<b>L13</b>	<b>Sosiale kostnader</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>-5</b>	<b>127 950</b>	<b>130 222</b>	<b>2 271</b>	<b>130 222</b>	<b>2 271</b>
5101	Overtid	0	0	0	9 120	7 552	-1 568	7 552	-1 568
5102	Vakansvakter, leger	0	0	0	2 870	769	-2 101	769	-2 101
5109	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 443	1 021	-422	1 021	-422
5161	Annen lønn	0	0	0	2 580	1 111	-1 469	1 111	-1 469
5169	Feriepengeavsetning	0	0	0	81	107	26	107	26
5190	Periodiseringskonto lønn	0	0	0	1 725	75	-1 650	75	-1 650
<b>L14</b>	<b>Overtid mv.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17 820</b>	<b>10 635</b>	<b>-7 185</b>	<b>10 635</b>	<b>-7 185</b>
4580	Diverse andre kjøp av hel	0	0	0	5 423	357	-5 066	357	-5 066
5131	Ekstrahjelp	0	0	0	10 559	8 709	-1 850	8 709	-1 850
5139	Feriepengeavsetning	0	0	0	1 278	1 051	-227	1 051	-227
9105	Internkjøp arbeidskraft	0	0	0	3 828	525	-3 303	525	-3 303
<b>L15</b>	<b>Ekstern inleie, ekstrahje</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21 087</b>	<b>10 642</b>	<b>-10 446</b>	<b>10 642</b>	<b>-10 446</b>
4500	Kjøp av andre offentlige	0	0	0	7 260	6 909	-350	6 909	-350
4510	Kjøp av andre private hel	0	0	0	2 705	2 053	-651	2 053	-651
<b>L16</b>	<b>Kjøp av helsetjenester</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9 965</b>	<b>8 963</b>	<b>-1 002</b>	<b>8 963</b>	<b>-1 002</b>
6300	Leie lokaler	0	0	0	9 659	9 922	263	9 922	263
9101	Interleie	0	0	0	42 059	41 933	-126	41 933	-126
6321	Renovasjon	0	0	0	51	41	-10	41	-10
6322	Vann/avløp	0	0	0	3	2	-1	2	-1
6324	Kommunale gebyrer	0	0	0	-35	48	83	48	83
6329	Andre avgifter og gebyrer	0	0	0	11	1	-9	1	-9
6340	Elektrisk kraft	0	0	0	29	312	283	312	283
6341	Forbruk av elektrisk kraf	0	0	0	0	0	-0	0	-0
6343	Nettleie	0	0	0	11	0	-11	0	-11
6350	Fyringsolje, brensel og a	0	0	0	-145	1	146	1	146
6351	Olje	0	0	0	0	0	-0	0	-0
6360	Renhold	0	0	0	1 158	895	-263	895	-263

6361	Renholdsavtaler	0	0	0	188	3	-185	3	-185
9106	Internkjøp - vask og ren	0	0	0	9 030	7 978	-1 052	7 978	-1 052
6390	Annen kostnad lokaler	0	0	0	939	838	-100	838	-100
6601	Driftsbygn. Drift	0	0	0	6	0	-6	0	-6
6602	Driftsbygn. Øvrig drift	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6603	Driftsbygn. Løpende vedl.	0	0	0	543	652	109	652	109
6604	Driftsbygn. Interv. arb.	0	0	0	44	0	-44	0	-44
6605	Driftsbygn. Utskiftninger	0	0	0	30	61	31	61	31
6606	Driftsbygn. Servicetj.	0	0	0	20	0	-20	0	-20
6607	Driftsbygn. Klargj. areal	0	0	0	2	0	-2	0	-2
6609	Driftsbygn. Annen vedl.	0	0	0	305	395	89	395	89
6613	Andre bygn. Løpende vedl.	0	0	0	28	0	-28	0	-28
6616	Andre bygn. Servicetj.	0	0	0	9	12	3	12	3
6619	Andre bygn. Annen vedl.	0	0	0	47	30	-16	30	-16
6620	Vedlikehold MTU	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6630	Maskiner, annet utstyr og	0	0	0	94	2	-92	2	-92
6631	Mask./inv. Drift	0	0	0	10	14	4	14	4
6633	Mask./inv. Løpende vedl.	0	0	0	74	62	-11	62	-11
6635	Mask./inv. Utskiftninger	0	0	0	18	0	-18	0	-18
6636	Mask./inv. Servicetj.	0	0	0	53	48	-6	48	-6
6638	Mask./inv. Skader	0	0	0	6	0	-6	0	-6
6639	Mask./inv. Annen vedl.	0	0	0	0	5	5	5	5
6640	IKT-utstyr	0	0	0	20	329	309	329	309
9102	Internkjøp	0	0	0	92	1 489	1 397	1 489	1 397
9110	Internkjøp - vaskeritjene	0	0	0	1 317	1 281	-36	1 281	-36
6690	Andre rep., vedl.h. og se	0	0	0	41	377	335	377	335
6691	Intern ombygging	0	0	0	71	0	-71	0	-71
6692	Reparasjoner vedlikehold	0	0	0	24	15	-9	15	-9
9108	Internkjøp - tekniske tje	0	0	0	297	22	-275	22	-275
<b>L17</b>	<b>Kost lokaler</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>66 113</b>	<b>66 770</b>	<b>657</b>	<b>66 770</b>	<b>657</b>
6420	Leie transportmidler	0	0	0	126	232	107	232	107
6430	Leie inventar	0	0	0	20	0	-20	0	-20
6440	Leie teknisk og elektrisk	0	0	0	3	16	13	16	13
9107	Internkjøp - leie av utst	0	0	0	70	70	0	70	0
6450	Leie kontorutstyr	0	0	0	447	494	47	494	47
6490	Annen leiekostnad	0	0	0	66	2	-64	2	-64
9104	Internkjøp parkering	0	0	0	106	18	-88	18	-88
6500	Medisinsk teknisk utstyr	0	0	0	98	21	-77	21	-77
6510	IKT-utstyr	0	0	0	4 048	3 050	-999	3 050	-999
6520	Verktøy	0	0	0	77	23	-54	23	-54
6530	Inventar	0	0	0	2 534	2 151	-383	2 151	-383
6534	Arbeidstøy og tekstiler,	0	0	0	26	16	-9	16	-9
6540	Teknisk og elektrisk utsty	0	0	0	402	274	-128	274	-128
6550	Kontorutstyr	0	0	0	199	348	149	348	149
6551	Dikteringsmaskiner	0	0	0	25	0	-25	0	-25
6560	Rekvisita	0	0	0	180	210	30	210	30
6570	Arbeidsklær og verneutsty	0	0	0	39	36	-4	36	-4
6590	Annet driftsmateriale	0	0	0	98	179	81	179	81
<b>L18</b>	<b>Utstyr, leie av utstyr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8 565</b>	<b>7 141</b>	<b>-1 424</b>	<b>7 141</b>	<b>-1 424</b>
6100	Pasienttransport	0	0	0	2 691	2 838	146	2 838	146
6190	Annen frakt- og transport	0	0	0	1	0	-1	0	-1
6710	Kontortjenester	0	0	0	9	2	-7	2	-7
6720	Konsulent tjenester	0	0	0	2 218	3 530	1 312	3 530	1 312
6730	Pasientbehandling (gjeste	0	0	0	1 735	677	-1 058	677	-1 058
6790	Annen eksterntjeneste	0	0	0	1 340	131	-1 209	131	-1 209
6791	Forskningstjenester	0	0	0	210	0	-210	0	-210
6800	Kontorrekvisita	0	0	0	1 322	1 397	75	1 397	75
6820	Trykksak	0	0	0	315	326	12	326	12

6840	Aviser, tidsskrifter, bøk	0	0	0	676	712	36	712	36
6890	Annen kontorkostnad	0	0	0	50	64	14	64	14
6900	Telefoni	0	0	0	612	599	-13	599	-13
6901	Datakommunikasjon	0	0	0	71	0	-71	0	-71
6902	Videokonferanse	0	0	0	2	3	1	3	1
6910	Porto	-1	0	1	498	449	-49	449	-49
7000	Drivstoff	0	0	0	187	167	-20	167	-20
7020	Kostnad transportmidler,	0	0	0	193	56	-137	56	-137
7040	Forsikring	0	0	0	10	5	-5	5	-5
7090	Annen kostnad transportmi	0	0	0	505	535	30	535	30
7100	Bilgodtgjørelse, oppgavep	0	0	0	939	641	-298	641	-298
7130	Reisekostnad, oppgaveplik	0	0	0	1	0	-1	0	-1
7140	Reisekostnad, ikke oppgav	0	0	0	3 105	2 430	-675	2 430	-675
7150	Diett kostnad, oppgaveplik	0	0	0	452	242	-210	242	-210
7160	Diett kostnad, ikke oppgav	0	0	0	95	179	84	179	84
7190	Annen kostnadsgodtgjørels	0	0	0	21	41	20	41	20
7300	Salgs- og reklamekostnad	0	0	0	24	0	-24	0	-24
7350	Representasjon	0	0	0	70	245	175	245	175
7400	Kontingent	0	0	0	59	71	12	71	12
7410	Gave	0	0	0	101	78	-22	78	-22
7500	Forsikringspremie	0	0	0	4	1	-3	1	-3
7510	Pasientskadeerstatning	0	0	0	5	0	-5	0	-5
7600	IT Kjøp av standard progr	0	0	0	281	325	43	325	43
7601	IT Kjøp av spesialprogram	0	0	0	58	0	-58	0	-58
7602	IT Vedlikehold standard p	0	0	0	84	28	-56	28	-56
7603	IT Vedlikehold spesialpro	0	0	0	52	56	4	56	4
7690	Diverse	0	0	0	154	22	-132	22	-132
7720	Bank og kortgebyr	0	0	0	20	16	-4	16	-4
7780	Pasientkostnader / sosial	0	0	0	652	619	-33	619	-33
7790	Annen kostnad	-3	0	3	2 648	6 310	3 662	6 310	3 662
7791	Materialer til arbeidsvir	0	0	0	415	435	20	435	20
7792	Andre pasientutgifter	0	0	0	730	766	36	766	36
7793	Sosial trening	0	0	0	382	722	341	722	341
7794	Sosial trening ferieturer	0	0	0	-25	155	180	155	180
7795	Driftsavtale Eurest, fast	0	0	0	0	0	-0	0	-0
7799	Kassadifferanser	0	0	0	1	0	-1	0	-1
7810	Innkomet på tidligere ne	0	0	0	-19	0	19	0	19
7820	Tap på fordringer	0	0	0	436	38	-398	38	-398
7900	Periodiseringskonto, dive	0	0	0	1	0	-1	0	-1
<b>L19</b>	<b>Andre Driftskostnader</b>	<b>-4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>23 388</b>	<b>24 911</b>	<b>1 524</b>	<b>24 911</b>	<b>1 524</b>
<b>SA02</b>	<b>Sum Driftsutgifter</b>	<b>342</b>	<b>0</b>	<b>-342</b>	<b>755 542</b>	<b>748 268</b>	<b>-7 273</b>	<b>748 268</b>	<b>-7 273</b>
	<b>Driftsresultat</b>	<b>-5 410</b>	<b>0</b>	<b>5 410</b>	<b>32 280</b>	<b>39 664</b>	<b>7 384</b>	<b>39 664</b>	<b>7 384</b>
8110	Annen rentekostnad	0	0	0	14	0	-14	0	-14
8130	Annen finanskostnad	0	0	0	61	0	-61	0	-61
8179	Avrunding	0	0	0	0	0	-0	0	-0
<b>L20</b>	<b>Netto Finansresultat</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>-75</b>	<b>0</b>	<b>-75</b>
8800	Årsresultat	8 038	0	-8 038	8 038	0	-8 038	0	-8 038
<b>L21</b>	<b>Ekstraordinære poster</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>
<b>SA03</b>	<b>Sum Finans + Ekstra</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>
	<b>Resultat ekstra</b>	<b>8 038</b>	<b>0</b>	<b>-8 038</b>	<b>8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>	<b>0</b>	<b>-8 113</b>
	<b>Resultat</b>	<b>2 628</b>	<b>0</b>	<b>-2 628</b>	<b>40 394</b>	<b>39 664</b>	<b>-730</b>	<b>39 664</b>	<b>-730</b>