



Riksrevisjonen

Dokument nr. 3:3 (2003–2004)

Riksrevisjonens undersøkelse
av effektivitet i sykehus
– en sammenligning av
organiseringen av
hofteoperasjoner

Dokument nr. 3:3

(2003–2004)

**Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus –
en sammenligning av organiseringen av
hofteoperasjoner**

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:3 (2003–2004) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus – en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner.

Riksrevisjonen, 14. november 2003.

For riksrevisorkollegiet

Bjarne Mørk-Eidem
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	1
2	Oppsummering av undersøkelsen	1
3	Departementets kommentarer	4
4	Riksrevisjonens bemerkninger	5
5	Helsedepartementets svar	6
6	Riksrevisjonens uttalelse	6
	Vedlegg 1: Brev av 13. august 2003 fra Nasjonalt Register for Leddproteser	9
	Vedlegg 2: Rapport	11

Helsedepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus – en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner

1 INNLEDNING

Stortinget har understreket at det overordnede målet i helsepolitikken er å sikre at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, gis god tilgang på helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Ventetid på behandling er et viktig aspekt i befolkningens tilgjengelighet til sykehustjenestene. For å redusere pasientenes ventetid på behandling er sykehusene blitt tilført betydelige ressurser gjennom hele 1990-tallet. Samtidig har det vært en negativ utvikling i kostnadseffektiviteten i den samme perioden.

Det er et overordnet mål for de somatiske spesialisthelsetjenestene å redusere antall pasienter som venter på behandling, og tiden disse står på venteliste. Samtidig er det et mål å bedre effektiviteten og organiseringen av tjenesteproduksjonen i og mellom de ulike forvaltningsnivåer på en slik måte at en sikrer kvaliteten gjennom hele behandlingsskjeden, jf. St.prp. nr. 1 (1997–98). I B.innst. S. nr. 11 (1999–2000) uttaler sosialkomiteen at «det er helt nødvendig å ha sterk og kontinuerlig oppmerksomhet på optimal utnyttelse av de samlede ressursene i sykehusene».

Riksrevisjonen har undersøkt om det finnes et potensial for å effektivisere organiseringen av behandlingsaktiviteten ved sykehusene. Formålet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse om ulike måter å organisere behandlingsaktiviteten på kan forklare forskjeller i effektiviteten mellom sykehusene. Undersøkelsen tar utgangspunkt i organiseringen av en bestemt type behandling: innsetting av hofteproteser. Denne tilnærmingen er valgt fordi det er enklere å finne sammenhenger mellom ulik organisering og variasjoner i effektivitet for en avgrenset og ensartet behandlingsform, enn for hele sykehus. Riksrevisjonen har i undersøkelsen identifisert organisatoriske løsninger som kjennetegner behandlingsaktiviteten i en effektiv behandlingsinstitusjon. Videre har Riksrevisjonen undersøkt om det er lik tilgjengelighet for pasientene, målt i ventetid til operasjon.

Riksrevisjonens rapport fra undersøkelsen følger som trykt vedlegg. Rapporten ble i brev av 27. juni 2003 lagt fram for Helsedepartementet. Helsedepartementet har i brev av 19. august 2003 avgitt uttalelse til de forholdene som er tatt opp i rapporten. Motatte merknader til rapportens faktadel er i det ve-

sentlige tatt hensyn til og innarbeidet i rapporten. Departementets merknader er gjengitt i punkt 3.

2 OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

Gjennomsnittlig liggetid fra innleggelse til utskrivning er brukt som indikator på hofteoperasjonenes ressursforbruk ved sykehusene. I undersøkelsen er et effektivt sykehus definert som et sykehus der liggetiden er kort – et liggetidseffektivt sykehus. Beregningene av effektivitet omfatter 28 sykehus som utførte 62 prosent av alle landets hofteoperasjoner i årene 2000 og 2001. Analysen av hvordan behandlingsaktiviteten ved sykehusene er organisert, er basert på en intervjuundersøkelse ved 12 sykehus. Målet med intervjuundersøkelsen har vært å identifisere forskjeller i den interne organiseringen som kan forklare forskjeller i effektivitet mellom sykehusene. Intervjuundersøkelsen er supplert med en spørreskjemaundersøkelse til alle landets sykehus som omhandler kvaliteten på styringsinformasjonen i de avdelingene som har ansvar for hofteoperasjonene. Videre har Riksrevisjonen gjennomført en statistisk analyse av årsaker til variasjoner i liggetid. Formålet med dette har vært å belyse i hvilken grad andre faktorer enn organisering kan forklare forskjeller i effektivitet mellom sykehusene. Årsaker til variasjoner i ventetid er også belyst ved en statistisk analyse.

2.1 Likeverdig tilgang til viktige helsetjenester

I behandlingen av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak* sluttet sosialkomiteen seg til at alle som har behov, skal sikres tilgang til nødvendige omsorgs- og helsetjenester, uavhengig av inntekt, bosted, etnisk bakgrunn og kjønn, jf. Innst. O. nr. 118 (2000–2001). Undersøkelsen viser at det ikke er lik geografisk tilgjengelighet for hofteprotesepasientene. Pasientene bosatt i helseregionene Helse Vest og Helse Midt-Norge ventet vesentlig lenger på operasjon enn pasientene bosatt i de tre andre helseregionene i 2001.

Da innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, ble det framhevet at det var en risiko for at sykehusene ville prioritere pasientgrupper som de oppfatter som mer lønnsomme enn andre, jf. St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Innenfor pasientgruppen som får satt inn en

hofteprotese, skilles det mellom førstegangsoperasjoner (primæroperasjoner) og reoperasjoner. Reoperasjonene er normalt mer ressurskrevende enn primæroperasjonene, men refusjonen/inntekten gjennom innsattsstyrt finansiering var den samme i perioden fra 1998 til 2001. Undersøkelsen viser at det i denne perioden har vært en vridning bort fra reoperasjonene til de relativt mer lønnsomme primæroperasjonene, slik at ventetiden for reoperasjoner har økt, mens den har vært synkende for primæroperasjoner.

Retten til fritt sykehusvalg ble innført i 2001. Målet med pasientenes rett til fritt sykehusvalg er å forene ønsket om økt valgfrihet for pasientene med verdien om lik fordeling av tjenestetilbudet ved at ledig kapasitet ved et sykehus kan utnyttes av pasienter fra andre sykehus. Undersøkelsen viser at flere sykehus har prioritert de relativt mest lønnsomme hofteprotesepasientene for å hindre at de velger å bli operert ved andre sykehus. Dette kan også være en forklaring på at ventetiden er blitt lengre for pasientene som skal reopereres.

Det er et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingsystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioriterert av økonomiske årsaker. Undersøkelsen viser at mange kirurgiske avdelinger ikke hadde etablert systemer som kunne fange opp uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper i 2001. For eksempel oppga mer enn halvparten (54 prosent) av avdelingslederne at sykehusets ledelsesrapporter ikke inneholdt informasjon om ventelistene brutt ned på pasientgrupper. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om hvor raskt det er mulig å oppdage eventuelle uønskede endringer i prioriteringen mellom pasientgrupper i sykehusene.

2.2 Effektivitet og ressursbruk

Det er et overordnet mål for de somatiske spesialisthelsetjenestene å bedre effektiviteten og organiseringen av spesialisthelsetjenestene. Undersøkelsen av hofteproteseoperasjoner viser at det er store effektivitetsforskjeller mellom sykehusene. Merforbruket i form av liggetid kan være opp mot 35 prosent. Denne beregningen må tolkes med varsomhet, men undersøkelsen viser samtidig at mange sykehus kan realisere et betydelig effektiviseringspotensial gjennom å organisere behandlingsaktiviteten på en bedre måte.

Når man bruker gjennomsnittlig liggetid som indikator på effektivitet, er det viktig å være oppmerksom på at mange faktorer påvirker pasientenes liggetid ved sykehuset. Liggetiden kan ha sammenheng med både omgivelsene, egenskaper ved pasientene og med den interne organiseringen ved sykehuset og i avdelingene. Den statistiske analysen viser at det er få faktorer i omgivelsene og egenskaper ved pasientene som kan forklare forskjeller i gjennomsnittlig

liggetid mellom sykehusene. Unntaket er rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylker og hvorvidt sykehuset er et regionsykehus eller ikke. Den statistiske analysen indikerer derfor at den interne organiseringen ved sykehuset og i avdelingene forklarer betydelige forskjeller i effektiviteten mellom sykehusene.

Intervjuundersøkelsen viser at det er mer kontinuitet i pasientbehandlingen i de liggetidseffektive sykehusene. Disse sykehusene koordinerer bedre behandlingsaktiviteten mellom avdelingene enn de liggetidsineffektive sykehusene. I tillegg bruker de liggetidseffektive sykehusene i større grad rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av pasientbehandlingen.

Sengekapasiteten er en av de viktigste flaskehalsene i sykehusene. En reduksjon av liggetiden vil friggi sengekapasitet som kan brukes til å behandle flere pasienter som står på venteliste. Organisatoriske tiltak som kan redusere liggetiden for hofteprotesepasientene med bare én dag, vil kunne frigjøre nesten 7 000 liggedøgn. Dette tilsvarer liggetiden for ca. 650 hofteprotesepasienter på sengeposten.

Hoftepasientene generer en av de største andelen av statens utgifter knyttet til innsattsstyrt finansiering. Flere elementer ved organiseringen av hofteproteseoperasjonene kan sammenlignes med organiseringen av behandlingsaktiviteten for andre pasientgrupper. Undersøkelsen indikerer at effektivitetspotensialet for spesialisthelsetjenesten er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre organisering av driften ved sykehusene.

2.3 Årsaker til forskjeller i effektivitet innen hoftekirurgien

I St.prp. nr. 47 (1999–2000) *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000* vises det til at det er store forskjeller i kostnader mellom sykehusene selv om disse grupperes etter type sykehus. Riksrevisjonens undersøkelse viser at måten å organisere arbeidet på kan forklare en betydelig del av forskjellene i effektivitet mellom sykehusene.

Pasientforløp før innleggelse til operasjon

Ved de liggetidseffektive sykehusene venter pasientene kortere på den polikliniske undersøkelsen enn pasientene ved de liggetidsineffektive sykehusene. De liggetidseffektive sykehusene opplever i mindre grad at poliklinikken er en flaskehals. Undersøkelsen indikerer at mange etterkontroller av ferdigbehandlede hofteprotesepasienter på poliklinikken er en viktig årsak til at ventetiden for nyhenviste pasienter blir lang. Det er stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til hvor mange ganger hofteprotesepasientene kontrolleres etter at de er skrevet ut. Blant sykehusene med lengst ventetid før den polikliniske undersøkelsen kontrolleres hofteprotesepasientene to eller flere ganger etter at de er skrevet ut.

For å motvirke kapasitetsproblemer på poliklinikken har flere av sykehusene begynt å overføre ansvaret for etterkontrollene av hofteprotesepasientene til primærlegene. Flere av sykehusene har også begynt å stille tydeligere krav til hvilke preoperative undersøkelser primærlegene har ansvar for å gjennomføre. Det er grunn til å stille spørsmål ved om ikke flere sykehus kan overføre oppgaver knyttet til behandlingen av hofteprotesepasientene til primærlegene.

Pasientene i de liggetidseffektive sykehusene venter også kortere tid mellom den polikliniske undersøkelsen og operasjonen. De liggetidseffektive sykehusene er bevisste på at tiden mellom den polikliniske undersøkelsen og innleggelsestidspunktet for operasjon skal være kort for å unngå at pasientens medisinske tilstand endres. De liggetidseffektive sykehusene legger også større vekt på å koordinere de preoperative undersøkelsene og å utrede pasientene ferdig før de legges inn.

Videre viser undersøkelsen at flere av de liggetidseffektive sykehusene har formulert klare service-mål til hofteprotesepasientene om en forventet ventetid før operasjon. Ved flere av de liggetidseffektive sykehusene er hofteprotesepasientene også med på å fastsette operasjonsdatoen allerede ved den polikliniske undersøkelsen. Begrunnelsen for dette er et ønske om at pasienten skal ha et «eierskap» til behandlingen og operasjonstidspunktet. Dette fører til at færre pasienter avbestiller operasjonen før innleggelsen.

Disse organisatoriske tiltakene, både i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen og i forhold til primærlegene før innleggelsen, reduserer antall utsettelse og strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet. Tiltakene fører dessuten til at pasientene ligger kortere tid før operasjonen. Undersøkelsen viser at to av de liggetidseffektive sykehusene har etablert rutiner som gjør det mulig å operere de minst kompliserte pasientene samme dag som de legges inn. Ved de fleste liggetidseffektive sykehusene ligger pasientene likevel normalt én dag før operasjonen, mens pasientene legges oftere inn to eller flere dager før operasjonen ved de liggetidsineffektive sykehusene. De sistnevnte sykehusene må bruke mye tid og ressurser til å gjennomføre nye undersøkelser etter at pasienten er lagt inn. Ved disse sykehusene skyldes utsettelse og strykninger fra operasjonsprogrammet ofte at pasientene ikke er ferdig utredet ved innleggelsen.

Operasjonsvirksomheten

Undersøkelsen viser at avdelingslederne for de kirurgiske avdelingene som behandler hofteprotesepasientene, ser på utnyttelsesgraden av operasjonsstue-ene som den mest relevante indikatoren for å styre ressursutnyttelsen i sin avdeling. Samtidig mener de at kapasiteten på operasjonsstua er den viktigste

flaskehalsen. Til tross for dette har kun sju prosent av avdelingslederne informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstue-ene i sine ledelsesrapporter. Over 40 prosent av avdelingslederne hadde heller ikke informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstua fra andre kilder. Det kan derfor stilles spørsmål ved om avdelingslederne har tilstrekkelig informasjon til å organisere og tilrettelegge operasjonsvirksomheten på en mest mulig effektiv måte.

De liggetidseffektive sykehusene opplever i mindre grad at kapasiteten på operasjonsstua er en viktig flaskehals. De liggetidseffektive sykehusene oppgir i tillegg at de kan gjennomføre flere operasjoner på et dagsprogram enn de andre sykehusene. Undersøkelsen indikerer at årsakene til dette er en kombinasjon av flere forhold, blant annet variasjoner knyttet til oppstartstidspunkt, byttetiden mellom operasjonene og fleksibiliteten ved avslutningen av dagen.

De fleste av sykehusene begynner ikke å operere før klokken ni om morgenen. Et kjennetegn ved to av de mest liggetidseffektive sykehusene er at de starter den første operasjonen klokken åtte. En grunn til at disse sykehusene kan starte opp så tidlig, er at de i større grad klargjør operasjonsstue-ene kvelden før. Undersøkelsen viser at effektiviteten kan økes ved å iverksette tiltak som gjør det mulig å starte den første operasjonen tidligere på dagen.

Ved de liggetidsineffektive sykehusene tar det lang tid mellom operasjonene. Undersøkelsen viser at det er et skille mellom de sykehusene som organiserer aktivitetene i pasientbyttet etter hverandre, og de sykehusene som i større grad organiserer bytteaktivitetene parallelt. Ved flere av de liggetidseffektive sykehusene er byttetiden redusert ved å ta i bruk preoperative stuer hvor neste pasient klargjøres til operasjon. Flere av de liggetidsineffektive sykehusene opplever også at manglende fleksibilitet ved avslutningen av dagen hindrer gjennomføringen av det planlagte operasjonsprogrammet. Dette kan blant annet innebære at de av og til ikke får begynt på en planlagt operasjon fordi en ikke kan risikere å gå ut- over den ordinære arbeidstiden.

Undersøkelsen viser at det er organiseringen og planleggingen av operasjonsvirksomheten, og ikke nødvendigvis operasjonskapasiteten, som fører til at operasjonsstua er en flaskehals ved mange sykehus. Undersøkelsen viser at organisatoriske tiltak som øker personalets «eierfølelse» til pasientbehandlingen, kan bidra til å få til en bedre utnyttelse av operasjonsstua.

Pasientforløp etter operasjonen

De liggetidseffektive sykehusene legger vekt på å informere hofteprotesepasientene tidligst mulig i pasientforløpet om hvor lenge de kan bli liggende på sykehuset etter operasjonen. Undersøkelsen viser at liggetiden kan reduseres når pasientene er forberedt og mentalt innstilt på hvor lenge de kan ligge på sykehuset etter operasjonen.

Opplæring av pasientene er en viktig oppgave for sykehusene. Ved de fleste sykehusene skjer store deler av opplæringen av hofteprotesepasientene først etter operasjonen. To av de mest liggetidseffektive sykehusene skiller seg fra de andre sykehusene ved at de har organisert en «hofteskole» i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen. Her får pasientene både grundig informasjon og undervisning, noe som motiverer dem til å trene seg opp etter operasjonen. Dette øker kvaliteten på pasientbehandlingen, men bidrar også til å øke effektiviteten ved sykehuset ved at pasientene kan skrives ut tidligere. Erfaringene med systematisk opplæring i tilknytning til den polikliniske undersøkelsen synes å være så positive at andre sykehus bør vurdere å innføre denne rutinen i pasientbehandlingen.

De fleste sykehusene i undersøkelsen oppgir å ha en høy beleggsprosent på sengeposten. De liggetidseffektive sykehusene opplever likevel at det i mindre grad ligger utskrivningsklare pasienter i avdelingene, og at det sjeldnere ligger korridorpatienter på avdelingene. Ifølge St.prp. nr. 1 (2000–2003) representerer overbelegg og korridorpatienter også et alvorlig kvalitetsproblem.

En grunn til at de liggetidseffektive sykehusene har færre utskrivningsklare pasienter liggende på avdelingene, er at de i større grad har etablert rutiner og praksis for pasientbehandlingen etter operasjonen som sikrer at pasientene oftere kan skrives ut til en rehabiliteringsinstitusjon. De liggetidseffektive sykehusene bruker rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av pasientbehandlingen og har ofte avtaler om rehabiliteringsplasser for hofteprotesepasientene. De avklarer tidlig i pasientforløpet hvilken institusjon pasienten skal skrives ut til, og bekrefter pasientoppholdet som allerede er avtalt når pasienten legges inn på sykehuset. Flere av sykehusene kan også skrive ut pasientene fra sykehuset etter relativt kort tid på grunn av god tilgang på rehabiliteringsinstitusjoner med en høy pleiefaktor.

Styrings- og rapporteringssystem

Gode styrings- og rapporteringssystemer i sykehusavdelingene er en nødvendig forutsetning for effektiv drift av avdelingene. Undersøkelsen viser at det finnes avdelinger som har god styringsinformasjon, og som bruker den aktivt i styringen. Mange avdelinger ser imidlertid ikke sammenhengen mellom behandlingsaktiviteten og økonomien klart nok til å kunne oppnå en effektiv drift. Undersøkelsen viser at kun hver fjerde avdeling ved landets sykehus hadde indikatorer i ledelsesrapportene i 2001 som viste hvor produktiv avdelingen var, og kun hver femte avdeling hadde gjennomført analyser av hva det koster å behandle noen av pasientgruppene. Kunnskap om kostnadsforhold gir et grunnlag for forbedringer av interne prosesser og for å ivareta en god kostnadskontroll når behandlingsaktiviteten blir endret.

Undersøkelsen viser i den sammenheng at 70 prosent av avdelingslederne ikke hadde de nødvendige verktøyene som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten.

Undersøkelsen viser at en stor del av kostnadene ved en hofteproteseoperasjon genereres i andre avdelinger enn i den avdelingen som har det medisinske ansvaret for disse. Hver tredje av landets avdelingsledere svarer at de har liten kjennskap til hvilke økonomiske konsekvenser økt behandlingsaktivitet i egen avdeling vil ha for de andre avdelingene ved sykehuset. Det må være en utfordring for kostnadskontrollen ved sykehuset at den avdelingen som tar beslutningen om å behandle flere hofteprotesepasienter enn planlagt, kun må dekke deler av merkostnadene for sykehuset i eget avdelingsbudsjett.

Undersøkelsen viser at 44 prosent av avdelingslederne ikke fikk styringsinformasjon i sine ledelsesrapporter om noen av de forholdene de selv så på som de viktigste flaskehalsene i sin avdeling i 2001. Dette gir grunn til å spørre om styrings- og rapporteringssystemene gir avdelingsledelsen nok informasjon til å drive et kontinuerlig arbeid for å bedre organiseringen av behandlingsaktiviteten ved sykehusene.

3 DEPARTEMENTETS KOMMENTARER

Helsedepartementet har i brev av 19. august 2003 til Riksrevisjonen uttalt seg om rapporten. Helsedepartementet uttaler at rapporten vil være et viktig grunnlag for det arbeidet de regionale helseforetakene nå setter i verk for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten og bedre kvaliteten i tjenestene.

Effektivitet

Departementet viser til at undersøkelsen bygger på registerdata fra før sykehusreformen som blant annet var begrunnet med ulik effektivitet mellom sykehus. Siden sykehusreformen har det vært betydelig fokus på bedret intern organisering, logistikk, økonomistyring og rapportering. Departementet forventer at dette gir seg utslag i større effektivitet.

Departementet peker på at effektivitetsanalyser basert på forskjeller i liggetid må ta tilstrekkelig høyde for hvorvidt det er den samme behandlingen og de samme pasientene som sammenlignes. Når det gjelder hofteprotesepasienter, er det spesielt viktig å ta høyde for at rehabiliteringen i forlengelse av selve operasjonen er organisert svært ulikt fra sykehus til sykehus. Dersom behandling med operasjon og rehabilitering i samme opphold sammenlignes med behandling og rehabilitering splittet på to ulike opphold, vil variasjon i liggetid kunne forklares med ulike behandlingsopplegg snarere enn som et uttrykk for effektivitetsforskjeller. Departementet mener at det i rapporten ikke går fram i tilstrekkelig grad

hvordan de observerte variasjonene i liggetid er korrigert for ulik organisering ved de sykehusene undersøkelsen bygger på.

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Etter departementets vurdering kan fokuset på at ISF-refusjonen gir tilstrekkelig dekningsbidrag for primæroperasjoner, men ikke for reoperasjoner, tyde på at det både i Riksrevisjonen og ved sykehusene er en oppfatning av ISF-systemet som kostnadsdekkende for alle behandlinger. I 2003 skal ISF-ordningen dekke 60 prosent av gjennomsnittskostnadene ved pasientbehandlingen, og prisen vil derfor i gjennomsnitt ikke være kostnadsdekkende per pasientbehandling. Departementet peker på at dersom sykehusene forventer at prisen skal være kostnadsdekkende per pasientbehandling, så kan det hevdes at ordningen har store svakheter.

Vridningseffekter

Departementet peker på at undersøkelsen viser at mange kirurgiske avdelinger ikke har etablert systemer som kunne fange opp uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper i 2001. I den sammenheng opplyser departementet at det er oppmerksom på at ISF-systemet kan gi vridningseffekter, men mener at det foreløpig ikke er indikasjoner på slike effekter. Overfor de regionale helseforetakene legger departementet vekt på at pasientprioriteringene skal foretas ut fra de reglene og retningslinjene som lover og forskrifter angir. Prioriteringene skal ikke styres ved at ressurser settes inn mot såkalt «lønnsomme» pasienter.

4 RIKSREVISJONENS BEMERKNINGER

Undersøkelsen indikerer at effektivitetspotensialet for sykehusene er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre intern organisering av driften ved sykehusene. Riksrevisjonen vil peke på at det i undersøkelsen gis klare indikasjoner på hvilke organisatoriske tiltak som sikrer en mer effektiv pasientbehandling. De liggetidseffektive sykehusene har etablert rutiner som gjør at den polikliniske undersøkelsen blir en del av et helhetlig pasientforløp. De organisatoriske tiltakene i det preoperative pasientforløpet reduserer både antall strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet og liggetiden før og etter operasjon.

Videre opplever de liggetidseffektive sykehusene i mindre grad operasjonsstua som en flaskehals. Undersøkelsen indikerer at årsakene til dette er en kombinasjon av flere forhold, blant annet variasjoner knyttet til oppstarttidspunkt, byttetiden mellom operasjonene og fleksibiliteten ved avslutningen av dagen. Dette viser at det først og fremst er organiseringen som fører til at operasjonsstua blir en flaskehals ved mange sykehus.

De liggetidseffektive sykehusene bruker dessuten rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av behandlingen og har videre ofte inngått avtaler om rehabiliteringsplasser. Disse sykehusene har også i større grad utarbeidet rutiner som sikrer at pasientene oftere kan skrives ut til en rehabiliteringsinstitusjon, og som dermed også bidrar til at de har færre utskrivningsklare pasienter liggende inne på sykehuset.

Nasjonalt Register for Leddproteser (Hofteregisteret) ved Haukeland universitetssykehus har levert data til undersøkelsen og har derfor fått rapporten til gjennomsyn. Hofteregisteret har i brev av 13. august 2003 til Riksrevisjonen kommentert rapporten, jf. vedlegg. Hofteregisteret gir støtte til at det kan være mulig å korte ned både ventetid, preoperativ liggetid og samlet liggetid med organisatoriske grep. Hofteregisteret mener videre at rapporten gir en grundig beskrivelse av hva som kjennetegner liggetidseffektive sykehus, og det tror at mange sykehus kan ha nytte av en detaljert gjennomgang av rapporten. Hofteregisteret håper derfor at rapporten gjøres kjent blant ortopediske kirurger og sykehus.

Helsedepartementet uttaler at det i effektivitetsanalyser basert på forskjeller i liggetid må tas tilstrekkelig høyde for hvorvidt det er den samme behandlingen og de samme pasientene som sammenlignes. Departementet mener videre at det ikke i tilstrekkelig grad framgår hvordan de observerte variasjonene i liggetid er korrigert for ulik organisering av rehabiliteringsopplegget etter operasjonen. Riksrevisjonens undersøkelse viser at rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylke har betydning for liggetiden ved sykehuset. Av denne grunn er alle sykehus i regioner med dårlig rehabiliteringstilbud tatt ut av effektivitetsberegningene. Undersøkelsen viser dessuten at også de liggetidsineffektive sykehusene sender mange pasienter til rehabilitering. Dette viser at bare deler av variasjonen i liggetid mellom sykehusene kan skyldes ulike opplegg for rehabilitering.

Da innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, ble det framhevet at det var en risiko for at sykehusene ville prioritere pasientgrupper som de oppfatter som mer lønnsomme enn andre. Helsedepartementet peker på at prioriteringene ikke skal styres ved at ressurser settes inn mot såkalt «lønnsomme» pasienter, og mener at det foreløpig ikke er indikasjoner på slike effekter. Riksrevisjonens undersøkelse viser imidlertid at det i perioden fra 1998 til 2001 har vært en vridning bort fra reoperasjoner til primæroperasjoner som sykehusene oppfatter som mer lønnsomme. Riksrevisjonen er kjent med at innsatsstyrt finansiering ikke skal dekke alle kostnadene ved pasientbehandlingen. Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at det er stor oppmerksomhet ved de undersøkte sykehusene om hvilke typer pasienter som er «lønnsomme» i ISF og hvilke pasienter som er «ulønnsomme.» Riksrevisjonen vil understreke at det blant annet av den grunn er et klart ledelsesans-

svar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioriterert av økonomiske årsaker.

5 HELSEDEPARTEMENTETS SVAR

Saken har vært forelagt Helsedepartementet som i brev av 3. oktober 2003 har svart:

«Riksrevisjonen viser til at undersøkelsen indikerer at potensialet for effektivisering i sykehusene er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre intern organisering av driften ved sykehusene. Det pekes også på at det i undersøkelsen gis klare indikasjoner på hvilke organisatoriske tiltak som sikrer en mer effektiv pasientbehandling.

Departementets styring av sykehusene er basert på at det er et stort potensiale for effektivisering i sykehusene. Basert på Stortingets behandling av St.prp. nr. 59 (2001–2002), jf. Innst. S nr. 243 (2001–2002) er det forutsatt at det skal gjennomføres en betydelig effektivisering i sykehusene. Dette vil skje gjennom en rekke tiltak, herunder ved bedre intern organisering av driften. Dette er fulgt opp i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2003 og vil også bli fulgt opp i styringsdokumentet for 2004. Riksrevisjonens rapport vil bli sendt de regionale helseforetakene.

Helt fra etableringen av ISF-ordningen har det for Helsedepartementet vært et viktig poeng at de insitamentene som følger av ISF-systemet ikke må gi vridningseffekter i strid med de krav til prioritering som følger av lovbestemmelser og forskrifter (jf. særlig pasientrettighetslov og prioriteringsforskrift) og at systemet heller ikke må gi vridningseffekter i strid med andre vedtak om prioriteringer som er truffet av overordnede politiske organer.

ISF-systemet er et finansieringssystem og ikke et prioriteringssystem. Også i den videre oppfølgingen av sykehusene vil departementet vektlegge at prioritering av pasienter skal foretas ut fra de regler og retningslinjer som lover og forskrifter angir. Riktig prioritering vil være et styringsmessig satsningsområde i 2004. Riksrevisjonens rapport framhever endringer som har skjedd i perioden 1998–2001 og med bakgrunn i intervjuundersøkelsen vises det til at det er stor oppmerksomhet i de undersøkte sykehusene om hvilke typer pasienter som er «lønnsomme» og hvilke pasienter som er «ulønnsomme». Riksrevisjonen understreker at det blant annet av den grunn er et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker.

Departementet vil også vise til at det såkalte Hagen-utvalget i NOU 2003:1 «Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten» i kapitlet om effekter av innføring av ISF foretar en gjennomgang av foreliggende materiale om problemstillingen (s. 91–92). Utvalget uttaler at «Faren for vridning er et empirisk spørsmål som til nå ikke er entydig besvart.»

Helsedepartementet går ikke inn på vurderinger av endringer som skjedde før den statlige overtakelsen av sykehusene, men slutter seg helt ut til påpekingen av at det er et ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker. Det er nå under gjennomføring et nasjonalt ledelsesutviklingsprogram i 2003–2004 og det arbeides ut fra at det skal skje en videreføring i mer varige former fra 2005.»

6 RIKSREVISJONENS UTTALELSE

Riksrevisjonens undersøkelse indikerer at potensialet for effektivisering i sykehusene er betydelig, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom en bedre organisering av driften. Undersøkelsen viser en rekke organisatoriske grep som kan bidra til kortere ventetider til behandling, kortere liggetider i sykehusene og færre avlyste operasjoner, og derved frigjøre kapasitet til å behandle flere pasienter. Etter Riksrevisjonens vurdering bør erfaringene med gode organisatoriske løsninger i større grad overføres mellom sykehusene slik at mindre effektive sykehus kan lære av de mest effektive sykehusene.

Riksrevisjonen konstaterer at Helsedepartementet er enig i at det er et stort potensial for effektivisering i sykehusene. Riksrevisjonen har videre merket seg at departementet i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2004 vil følge opp med tiltak som vil bidra til effektivisering.

Riksrevisjonen har merket seg at departementet gir uttrykk for at ISF-systemet er et finansieringssystem og ikke et prioriteringssystem, og at de insitamentene som følger av ISF-systemet, ikke må gi vridningseffekter i strid med de krav til prioriteringer som følger av lovgivningen. Riksrevisjonens undersøkelse viser at innsatsstyrt finansiering i praksis kan ha betydning for sykehusenes prioriteringer. Etter Riksrevisjonens vurdering er det et klart eieransvar å utvikle et finansieringssystem som støtter opp om de prioriteringer som lover og forskrifter legger til grunn, blant annet gjennom at ISF-systemet oppdateres med jevne mellomrom. Oppdateringen må skje i takt med den medisinske utviklingen og kvaliteten i den medisinske registreringspraksisen, slik Stortinget har forutsatt. Dette vil kunne bidra positivt til at uønskede vridningseffekter unngås.

Riksrevisjonen har merket seg at departementet slutter seg til at det er et ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert av økonomiske årsaker. Riksrevisjonen vil understreke be-

tydningen av at det etableres systemer som også kan avdekke om finansieringssystemet gir utilsiktede effekter på sykehusenes prioritering av pasienter.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 4. november 2003

Bjarne Mørk-Eidem

Annelise Høegh

Jan L. Stub

Wenche Lyngholm

Helga Haugen

Therese Johnsen

Vedlegg 1**Nasjonalt Register for Leddproteser
The Norwegian Arthroplasty Register**

Riksrevisjonen
v/Prosjektleder
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: OVFU/FMNI

Bergen 13. august 2003

Viser til oversendt rapport Effektivitet i sykehus av 26.06.03.

Nasjonalt register for leddproteser har samarbeidet med Riksrevisjonen under utarbeidelsen av denne rapporten. Riksrevisjonen har fått avidentifiserte data fra Nasjonalt register for leddproteser for årene 1998, 1999, 2000 og 2001. Disse dataene er koplet med data fra Norsk Pasientregister for å få opplysninger om bl.a. liggetid og ventetid for operasjon noe som Nasjonalt register for leddproteser ikke har. Pga manglende pasientidentifisering ved Norsk Pasientregister må det utføres kompliserte koplinger for å identifisere hver pasient. En slik studie ville således vært mer verdifull og enklere dersom Norsk Pasientregister var personidentifisert. Vi håper at denne rapporten kan være en pådriver for å få Norsk Pasientregister personidentifiserbart.

Når det gjelder resultatene i rapporten mener vi at den beskriver virkeligheten ved norske sykehus når det gjelder hofteprotesekirurgi på en god måte. Den viser at det er variasjon i organiseringen av hofteprotesekirurgien med hensyn til preoperativ liggetid, ventetid og total liggetid i avdelingene. Denne variasjonen viser at det kan være mulig å korte ned både ventetid og liggetid med organisatoriske grep.

Det som imidlertid ikke er målt er den direkte kvaliteten av proteseinngrepet. Dette kan vi ved nasjonalt register for leddproteser måle, men for årsperioden 1998 til 2001 vil det være så pass kort oppfølgingstid at man vanskelig kan si noe sikkert. Men et videre prosjekt vil være å kunne følge de såkalte liggetidseffektive og liggetidsineffektive sykehusene som er identifisert og se om kvaliteten på protesekirurgien er forskjellig. Dersom kvaliteten er like god ved de liggetidseffektive sykehusene taler dette for at en nedkorting i liggetiden kan utføres uten at det går utover kvaliteten på kirurgien. Kort liggetid før operasjon er sannsynligvis positivt da det vil redusere muligheten for sykehusinfeksjon og kostnaden for sykehus og pasient.

Rapporten viser også at det er variasjon i ventetid med lengst ventetid i Midt Norge og Vest Norge. Dette er også forventet i og med at ressursene til helsevesenet i Midt Norge og Vest Norge har vært lavere enn på Østlandet. Dette er det naturlig å gripe fatt i for helsemyndighetene slik at det blir en jevnere fordeling av ressursene. Når det gjelder rehabiliteringsinstitusjoner er det bedre dekning på Østlandet enn i Midt Norge og på

Vestlandet, dette vil medføre lengre liggetid i Midt og –Vest-Norge. Det bør gjennomføres en utredning med tanke på dokumentasjon på nytten av rehabiliteringsinstitusjoner innen hofteprotesekirurgien, og hva som er den optimale deknningen med hensyn til rehabiliteringsinstitusjonsplasser. Trenden internasjonalt er at friske pasienter kan utskrives til hjemmet direkte fra opererende sykehus fra 5-10 dager etter proteseoperasjonen.

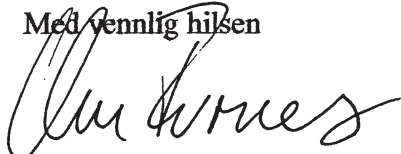
Riksrevisjonen har også gjort et grundig arbeid med å beskrive hva som kjennetegner liggetidseffektive sykehus og vi tror at mange sykehus kan ha nytte av en detaljert gjennomgang av dette.

Et viktig moment som også trekkes frem er at ventetid for reoperasjoner har økt fra år 2000 til år 2001. Dette ser vi som en ugunstig effekt av DRG-finansieringen der primæroperasjoner og reoperasjoner gir like mye refusjon. Dette viser at selv om kirurgene er opplært og har en kultur for å prioritere medisinsk, vil sykehusenes generelle prioritering på det økonomiske området kunne svinge prioriteringen vekk fra rent medisinske kriterier over mot økonomiske.

Vi ser det som positivt at Riksrevisjonen nå har involvert seg i drift av sykehus og pasientbehandling. Vi håper at Riksrevisjonens rapport kan bli kjent blant ortopediske kirurger og sykehus. Et møte hvor informasjon kan gis er Norsk Kirurgisk Forenings årlige høstmøte i siste uken i oktober.

Som konklusjon mener vi at dette er en verdifull rapport som vi håper helsemyndighetene, sykehus og de ortopediske kirurgene vil kunne nyttiggjøre seg. Videre håper vi at vi kan samarbeide med Riksrevisjonen i fremtiden for å se på om de liggetidseffektive sykehusene også utfører kvalitativt god kirurgi, noe som vi kan teste gjennom analyser utført av Nasjonalt Register for Leddproteser.

Med vennlig hilsen



Ove Furnes
overlege dr. med.
leder av Nasjonal register for leddproteser

Vedlegg 2

Rapport

Effektivitet i sykehus – en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner

Innhold

	Side
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Formål og problemstillinger	13
2 Metode	14
2.1 Innledning	14
2.2 Analyse av registerdata	14
2.3 Intervjuundersøkelse	15
2.4 Spørreskjemaundersøkelse	15
3 Revisjonskriterier	16
3.1 Krav til effektiv ressursutnyttelse	16
3.2 Mål- og resultatstyring	16
3.2.1 Generelt	16
3.2.2 Mål- og resultatstyring ved sykehusene	16
3.3 Nærmere om den interne organiseringen ved sykehusene	16
3.4 Bruk av liggetid som effektivitetsmål	17
3.5 Lik tilgjengelighet	18
Fakta grunnlag (kapittel 4-7)	19
4 Tilgjengelighet på hoftekirurgi	19
4.1 Utviklingen i pasientenes ventetid for å få satt inn hofteproteser	19
4.2 variasjoner i pasientenes ventetid	19
4.3 Årsaker til forskjeller i pasientenes ventetid på behandling	19
4.3.1 Forskjeller i ventetid mellom helseregionene	20
4.3.2 Pasientrelaterte forklaringer på ventetid	20
4.3.3 Sykehusrelaterte forklaringer på ventetid	22
5 variasjoner mellom sykehusene i liggetid for hofteoperasjoner	23
5.1 Utvikling og variasjon i liggetid	23
5.2 Statistisk analyse av årsaker til variasjoner i liggetid	23
5.2.1 variasjoner i liggetid mellom enkeltpasienter	23
5.2.2 variasjoner i liggetid mellom sykehus	25
5.3 Liggetidseffektivitet ved hofteoperasjoner	25
6 variasjoner i organiseringen av behandlingsaktiviteten for hofteoperasjoner	27
6.1 Innledning	27
6.2 variasjoner i organiseringen av behandlingsaktiviteten	28
6.2.1 Pasientforløp før innleggelse	28
6.2.2 Pasientforløp fra innleggelse til operasjon	31
6.2.3 Pasientforløp ved operasjon	32
6.2.4 Pasientforløp etter operasjon	34
6.3 Kjennetegn ved effektive behandlingsinstitusjoner	37
7 Styringssystemene i sykehus	43
7.1 Økonomistyring	43
7.2 Styringsinformasjon	44
8 Vurderinger	48
8.1 Likeverdig tilgang på viktige helsetjenester	48
8.2 Effektivitet og ressursbruk	48
8.3 Årsaker til forskjeller i effektivitet innen hoftekirurgien	49
Undervedlegg 1: Datakvalitet	52
Undervedlegg 2: Resultater fra statistisk analyse av ventetid	53
Undervedlegg 3: Resultater fra statistisk analyse av liggetid	54

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN

Stortinget har understreket at det overordnede målet i helsepolitikken er å sikre at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, gis god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor.¹ Ventetid på behandling er et viktig aspekt i befolkningens tilgjengelighet til sykehustjenestene og oppleves ofte som svært belastende for pasientene.² For å redusere pasientenes ventetid på behandling er sykehusene blitt tilført betydelige ressurser gjennom hele 1990-tallet. Samtidig har det vært en negativ utvikling i kostnadseffektiviteten i den samme perioden.³

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Formålet med undersøkelsen har vært å belyse om ulike måter å organisere behandlingsaktiviteten på kan forklare forskjeller i effektiviteten mellom sykehusene. Undersøkelsen tar utgangspunkt i organiseringen av en bestemt type behandling: innsetting av hofteproteser. Denne tilnærmingen er valgt fordi det er enklere å finne sammenhenger mellom ulike organisering og variasjoner i effektivitet for en avgrenset og ensartet behandlingsform, enn for hele sykehus.

Undersøkelsen belyser variasjoner i organiseringen av behandlingsaktiviteten for hofteprotesepasienter ved 12 sykehus. I 2001 ble det satt inn nærme-

re 7 000 hofteproteser ved 63 sykehus. Ved operasjonen blir pasientens eget hofteledd fjernet og erstattet av et kunstig ledd. Pasientene kan forvente at smertene forsvinner og at funksjonsevnen er tilfredsstillende relativt kort tid etter operasjonen. Rundt 90 prosent av protesene fungerer fortsatt godt for pasientene 10 år etter operasjonen.⁴ Halvparten av hofteprotesepasientene ventet lenger enn fem måneder på operasjon i 2001.

Undersøkelsen omfatter ikke andre pasientgrupper enn hofteprotesepasientene. Flere elementer ved organiseringen av denne behandlingsformen kan likevel sammenlignes med organiseringen av behandlingsaktiviteten for andre pasientgrupper. Undersøkelsen belyser følgende problemstillinger:

- 1 Indikerer variasjonene i hofteprotesepasientenes liggetid at det finnes et potensial for å effektivisere organiseringen av behandlingsaktiviteten?
- 2 Hvilke forskjeller er det på organisering av behandlingsaktiviteten knyttet til hofteprotesepasientene?
- 3 Hvilke organisatoriske løsninger kjennetegner behandlingsaktiviteten i en effektiv behandlingsinstitusjon?
- 4 I hvilken grad fokuserer sykehusene på en effektiv ressursutnyttelse i de avdelingene som behandler hofteprotesepasientene?
- 5 Er det lik tilgjengelighet for pasientene til hofteoperasjoner?

¹ Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*, side 12.

² Samdata 1/00, side 53.

³ Kostnadseffektiviteten sank fra 1992 til 2000. St.prp. nr. 1 (2001–2002), side 184

⁴ Senter for medisinsk metodevurdering – rapport nr. 6/2002, side 15.

2 Metode

Problemstillingene er belyst gjennom en statistisk analyse av registerdata, intervjuer og en spørreskjemaunder søkelse.

2.1 INNLEDNING

Nesten alle hofteproteseoperasjonene er planlagte operasjoner. Sykehusene har derfor en reell mulighet til å styre behandlingsaktiviteten for denne pasientgruppen. Hofteproteseoperasjoner er en relativt standardisert behandling, noe som gjør det mulig å sammenligne måten forskjellige sykehus organiserer seg på. Hofteoperasjonene utgjorde tre prosent av statens utgifter til innsatsstyrt finansiering (ISF), noe som tilsvarer 381 millioner 2001-kroner.⁵ Ved utgangen av 2001 var det 5 084 pasienter som ventet på behandling innenfor fagområdet ortopedisk kirurgi.⁶ Det er grunn til å tro at en betydelig andel av disse ventet på en hofteoperasjon.

2.2 ANALYSE AV REGISTERDATA

Datagrunnlaget for undersøkelsen er et datasett med informasjon om til sammen 25 962 registrerte hofteproteseoperasjoner fra årene 1998 til 2001. Datasettet er utarbeidet gjennom å kople registeropplysninger fra Nasjonalt register for leddproteser (NRL) med registeropplysninger fra Norsk pasientregister (NPR).⁷ Datasettet er brukt til statistiske analyser av årsaker til variasjoner i ventetid og i liggetid. Datasettet er også brukt til å beregne sykehusenes effektiviseringspotensial og til å velge sykehus til intervjuundersøkelsen.

Analysene av ventetid og liggetid er gjennomført ved bruk av regresjonsanalyse.⁸ Det har vært viktig

for undersøkelsen å bruke en statistisk metode for å kunne si noe om styrken i samvariasjon mellom variablene. I den statistiske analysen⁹ av ventetid er det undersøkt hvilke faktorer som har noen betydning for ventetiden på å få behandling. Faktorene som inngår i analysen er helseregion, alder, kjønn, reiseavstand¹⁰ til sykehuset, hvorvidt operasjonen er en førstegangsoperasjon (primæroperasjon) eller en reoperasjon, type hoftesykdom, antall registrerte bi-diagnoser, sykehustype¹¹ og elektivandel¹² for ortopediske operasjoner ved sykehuset. Fordi metoden krever høy datakvalitet, er datagrunnlaget for den statistiske analysen av ventetid begrenset til et mindre utvalg på til sammen 9 058 pasienter som er observert i årene 2000 og 2001.¹³

Den statistiske analysen av årsaker til variasjoner i liggetid er gjennomført i to trinn: I det første trinnet identifiseres faktorer som forklarer forskjeller i liggetid mellom enkeltpasienter, uavhengig av sykehus. I det andre trinnet er de forklaringsfaktorene som forklarer variasjonen i det første trinnet brukt videre i en analyse av variasjoner i gjennomsnittlig liggetid mellom sykehusene. Forklaringsfaktorene som inngår i analysen, er de samme som i analysen av ventetid. I tillegg omfatter denne analysen også en variabel for tilgang på rehabiliteringsplasser i pasientens bostedsfylke og en variabel for tjenestetilbudet innen pleie og omsorg i pasientens hjemkommune. Analysen er basert på et utvalg bestående av 18 995 av de 25 962 pasientoppholdene som er registrert fra 1998 til 2001.¹⁴

Gjennomsnittlig liggetid fra innleggelse til utskrivning er brukt som indikator på hofteoperasjonenes ressursforbruk i sykehusene. Liggetiden fanger ikke opp ressursforbruket på operasjonsstua, men

⁵ Hofteoperasjonene sorterer under diagnosegruppe DRG 209 (proteseoperasjon i hofte, kne eller ankel), som har den høyeste budsjettandelen av alle diagnosegruppene innenfor ISF systemet. I 2001 var budsjettandelen for denne diagnosegruppen fem prosent. NPR registrerte 11 189 pasientopphold under DRG 209 i 2001. Nasjonalt register for leddproteser registrerte nesten 7 000 hofteproteser i 2001.

⁶ Tall fra rapportgenerator fra InfoVent, se <http://www.npr.no/InfoVent/>.

⁷ Det har lyktes å kople 76 prosent av de registrerte behandlingsoppholdene fra NRL med informasjonen som NPR har registrert for de samme behandlingsoppholdene.

⁸ Minste kvadraters metode.

⁹ Det er brukt en semilogaritmisk analysemodell, noe som innebærer at resultatene kan tolkes som prosenttall etter en enkel omregning.

¹⁰ Variabelen for reisetid er utarbeidet av InfoMap Norge AS, som på oppdrag for Senter for helseadministrasjon har kartlagt korteste reiseavstand mellom hvert av Norges 435 kommunesentre. Avstanden målt i reisetid er beregnet for bil ved å ta utgangspunkt i eksisterende fartsgrenser og hensyn til eventuelle båtforbindelser.

¹¹ De tre hovedtypene sykehus er regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus.

¹² Elektivandel gir uttrykk for hvor stor del av sykehusoppholdene som er planlagte (ikke øyeblikkelig hjelp).

¹³ Se vedlegg 1 for mer om datakvalitet i forhold til analysen av ventetid.

¹⁴ Se vedlegg 1 for mer om datakvalitet i forhold til analysen av liggetid.

liggetiden genererer likevel en så stor andel av kostnadene i pasientbehandlingen at den gir en indikasjon på om det finnes vesentlige effektivitetsforskjeller mellom sykehusene.¹⁵ I beregningen av liggetidseffektivitet utgjør det sykehuset som har den korteste gjennomsnittlige liggetiden, beste observerte praksis. For hvert enkelt sykehus vil liggetid over det som er beste observerte praksis, være regnet som merforbruk.

For å sikre høyest mulig datakvalitet er beregningene av liggetidseffektivitet gjennomført på et utvalg der kravene til datakvalitet innenfor hvert sykehus er satt relativt høyt.¹⁶ Datamaterialet omfatter 28 sykehus som er observert i to år, det vil si 56 sykehusenheter. Sykehusene som er med i utvalget, har utført 62 prosent av landets hofteoperasjoner i 2000 og 2001.

2.3 INTERVJUUNDERSØKELSE¹⁷

Analysen av hvordan behandlingsaktiviteten ved sykehusene er organisert, er basert på en intervjuundersøkelse. Høsten 2002 ble det gjennomført 30 intervjuer med til sammen 34 fagpersoner ved 12 sykehus. Målet med intervjuundersøkelsen har vært å identifisere forskjeller i hvordan behandlingsaktiviteten for hofteprotesepasientene organiseres. Ved hvert sykehus er det intervjuet en ortoped med et ledelsesansvar og en sykepleier med ledelsesansvar på sengeposten som er tilknyttet den avdelingen som behandler hofteprotesepasientene. Ved sju av sykehusene har vi i tillegg intervjuet en person for å få svar på spørsmål om økonomifunksjonen. Intervjuene er tatt opp på bånd og deretter skrevet ut til tekst. Intervjumaterialet er strukturert og analysert ved hjelp av analyseverktøyet NVivo. Formålet med bruk av NVivo har vært å gjennomføre dataanalysen av intervjuundersøkelsen på en godt dokumentert og mer strukturert måte.

I intervjuundersøkelsen er et effektivt sykehus definert som et sykehus der liggetiden er kort – et liggetidseffektivt sykehus. Det er sju effektive og fem ineffektive sykehus med i undersøkelsen. For å gjøre det lettere å finne mulige kvalitative forskjeller,

er det valgt sykehus som representerer ytterligheter i forhold til dette effektivitetsmålet. Den gruppen av sykehus som benevnes som effektive, utmerker seg derfor med spesielt kort liggetid, mens den gruppen sykehus som benevnes som ineffektive, utmerker seg med spesielt lang liggetid. Det har vært en forutsetning for valget av sykehus at de skal være representative for et bredt spekter av sykehus. Samtidig har det vært et krav at det skal være rettferdig å sammenligne de effektive sykehusene med de ineffektive. For å sikre et heterogent utvalg er det valgt sykehus som er relativt forskjellige i forhold til andelen reoperasjoner, spesialisering på hofteoperasjoner og produksjonsvolum.¹⁸ For å tilfredsstille kravet om sammenlignbarhet er fem av de effektive sykehusene valgt fra grupper der det også finnes et ineffektivt sykehus som har de samme forutsetningene i forhold til andel reoperasjoner, spesialisering og produksjonsvolum. De to effektive sykehusene som ikke har en ineffektiv motpart, er valgt på grunnlag av skjønn. Se kapittel 6.1 for mer informasjon om de 12 sykehusene.

2.4 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Analysen av økonomi og styring er i hovedsak basert på data fra en spørreskjemaundersøkelse til alle landets sykehus i 2001, men bygger også på informasjon fra intervjuundersøkelsen som er beskrevet ovenfor. Spørreskjemaundersøkelsen omhandler kvaliteten på styringsinformasjonen i de avdelingene som har ansvar for hofteoperasjonene.

Spørreskjemaet ble besvart av 44 av 55 sykehus (80 prosent). I spørreskjemaet ble avdelingslederne bedt om å vurdere relevansen for et bredt spekter av styringsindikatorer. I tillegg svarte de også på om ledelsesrapportene hadde informasjon om de indikatorene de mente var relevante. Det ble i undersøkelsen tatt utgangspunkt i indikatorer som forventes å være viktige resultatmål eller kritiske faktorer blant annet for å få til et bedre pasientforløp i sykehusene. Indikatorene ble utarbeidet med bistand fra økonomisjefene fra fire sykehus. Spørreskjemaene ble først sendt ut etter å ha vært testet av sykehusledelsen og medisinsk personale ved tre sykehus.

¹⁵ I beregningene av kostnadsvektene for DRG-prislisten i 1999 telte liggetiden gjennomsnittlig 56 prosent av behandlingskostnaden.

¹⁶ Andelen pasientopphold som er koplet i det enkelte sykehus, som inneholder informasjon både fra NRL og NPR, skal være 90 prosent eller høyere for å tas med i dette utvalget.

¹⁷ Riksrevisjonens avtale om utlevering av data fra Nasjonalt register for leddproteser (NRL) forutsetter at sykehusenes identitet ikke skal offentliggjøres. En offentliggjøring av sykehusenes identitet vil skade arbeidet til registeret fordi registreringen av data er basert på frivillighet. Korrespondansen mellom Riksrevisjonen og NRL om utlevering danner avtalen mellom partene.

¹⁸ Reoperasjonsandelen er målt som andelen reoperasjoner innenfor hofteprotesekirurgi. Spesialisering er målt som hvor stor andel av ortopedisk kirurgi som kan knyttes til diagnosegruppe 209, som er hofte-, kne og ankeloperasjoner. De fleste operasjonene innenfor DRG 209 er hofteoperasjoner.

3 Revisjonskriterier

3.1 KRAV TIL EFFEKTIV RESSURSUTNYTTELSE

Det er et mål for den somatiske spesialisthelsetjeneste å bedre effektiviteten og organiseringen av tjenesteproduksjonen i og mellom de ulike forvaltningsnivåer på en slik måte at en sikrer kvaliteten gjennom hele behandlingsskjeden.¹⁹ I St.prp. nr. 47 (1999–2000) *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000* vises det til at det er store forskjeller i kostnader mellom sykehusene, selv om disse grupperes etter type sykehus. Det pekes på at det kan være mange andre forhold enn forskjeller i effektivitet som forklarer kostnadsforskjellene mellom sykehusene. Det er likevel en indikasjon på at forskjeller i måter å organisere arbeidet på, måter å utnytte sengekapasiteten på, forskjeller i arbeidsproduktivitet osv. kan gi grunnlag for besparelser.²⁰ I B.innst. S. nr. 11 (1999–2000) uttaler sosialkomiteen at det er helt nødvendig å kontinuerlig rette stor oppmerksomhet mot en optimal utnyttelse av de samlede ressursene i sykehusene. Sosialkomiteen peker også på at det ligger et potensial til forbedringer i at de andre sykehusene lærer av de mest effektive sykehusene.²¹

3.2 MÅL- OG RESULTATSTYRING

3.2.1 Generelt

I bevilgningsreglementet §§ 2 og 13 er det nedfelt krav om at det skal formuleres resultatkrav og foretas resultatrapportering. Denne bestemmelsen er nærmere utdypet i økonomireglementet for staten § 3, hvor det går fram at det på alle nivåer skal fastsettes mål og rapporteres om resultater, og at dette skal foregå uten uhjemlet overskridelse av vedtatte bevilgninger.

I kommentarene til økonomireglementets § 3 pekes det på at resultatbegrepet vil inneholde en kvantifisering av virksomhetens ytelser. Det omfatter også en vurdering av den nyttevirkning – den effekt – disse ytelsene har for brukerne og for samfunnet. Det må videre inngå en vurdering av forholdet mellom ytelsene og ressursbruken, og dette må ses i forhold til formålet med ordningen.

3.2.2 Mål- og resultatstyring ved sykehusene

Gode styrings- og rapporteringssystemer på alle nivåer i sykehusene er en forutsetning for god styring. Det framgår av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak* at registrering, måling og evaluering er en grunnleggende forutsetning for forbedring. Kvalitet kan ikke måles direkte, men må uttrykkes ved hjelp av indikatorer. Resultater fra kvalitetsmålinger må vurderes brukt sammen med informasjon om aktivitet, ressursbruk og ventetider. Det er spesielt viktig å få formidlet resultatene fra sykehus som har et høyt kvalitetsnivå, og hvor pasientene er fornøyde. På denne måten sikres erfaringsoverføring og standardsetting slik at andre sykehus gis incitamenter til læring og forbedring.²²

Den enkelte avdeling i sykehuset vil ha mål og rammer for sin virksomhet som både følger av mål og resultatkrav som er gitt av sykehusledelsen og av de forsvarlighetsnormene som ligger i de ulike fagene. Ifølge NOU 1997:2 *Pasienten først!* vil det i tilknytning til resultatoppfølging bli et økende krav til avdelingsledelsen at den avdekker «svakheter» og iverksetter tiltak som fører til de endringer som gir en kontinuerlig forbedring av avdelingens virksomhet.²³

I et aktivitetsbasert finansieringssystem er det en risiko for at utilsiktede effekter kan oppstå. For eksempel kan lønnsomme pasienter bli prioritert, og ulønnsomme pasienter kan bli skjøvet mellom sykehusene. Ifølge NOU 1997:2 er det et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at økonomisk press på sykehusene får uønskede følger, som for eksempel at tjenestenes kvalitet skal bli skadelidende, og at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert.²⁴

3.3 NÆRMERE OM DEN INTERNE ORGANISERINGEN VED SYKEHUSENE

Prinsipper for intern organisering

I NOU 1997:2 *Pasienten først!* ble det utledet en del prinsipper, som i større grad bør legges til grunn ved utformingen av interne organisasjonsstrukturer ved sykehus. Disse prinsippene er av generell karakter, og vil måtte gis ulik utforming ved de ulike sykehusene.²⁵ Noen av disse prinsippene er:

¹⁹ St.prp. nr. 1 (1997–98), side 168.

²⁰ Side 14.

²¹ Side 50 og 51.

²² Ot.prp. nr 66 (2000–2001), side 31.

²³ Side 103.

²⁴ Side 60.

²⁵ Side 16.

- Organisering av kliniske enheter bør baseres på en analyse av pasientene og deres behov for behandling. Med dette menes at pasienten i størst mulig grad får gjennomført nødvendig behandling innenfor én organisatorisk enhet.
- Planlagt virksomhet bør i størst mulig grad skjermes fra øyeblikkelig hjelp.
- Avdelinger bør i større grad ha kontroll over virkemidler som er nødvendige for å oppfylle funksjonen i forhold til en bestemt pasientkategori eller en bestemt oppgave.

Integrasjonsproblemet, flaskehalsar og ansvar

Pasienter som hofteopereres, har i de fleste sykehus kontakt med mange avdelinger i løpet av pasientoppholdet. Aktiviteter som poliklinisk undersøkelse, røntgen, anestesi, operasjon, oppvåkning, fysioterapibehandling og pleie på sengeposten skjer normalt ikke i samme avdeling. Et godt samarbeid mellom de involverte avdelingene er helt nødvendig for å oppnå et raskt pasientforløp.

I NOU 1997:2 *Pasienten først!* beskrives koordineringsbehovet mellom avdelingene i sykehusene.²⁶ Hovedproblemet knyttet til den interne organiseringen er integrasjonsproblemet. Integrasjonsproblemet kan gi seg utslag i

- et kostnadsproblem der stadig mer tid og ressurser går med til informasjonsbehandling, koordinering, møter, planlegging og dokumentasjon
- et kvalitetsproblem der informasjon kan gå tapt eller bli dårlig formidlet i overgangen mellom personer og avdelinger
- et serviceproblem for pasienten, spesielt knyttet til manglende kontinuitet i behandlingen

Integrasjonsproblemet kan også gi grunnlag for to andre problemer i tilknytning til den interne organiseringen: ansvarspulverisering og flaskehalsar. Når mange avdelinger og enheter inngår i et samlet behandlingsopplegg, vil ansvaret bli delt på de ulike avdelingene. I slike situasjoner vil det ikke være noen som har et særskilt tverrgående ansvar som inkluderer alle aktiviteter som inngår i en pasientbehandling.

Innsatsstyrt finansiering skal stimulere sykehusene til å identifisere flaskehalsar.²⁷ Ved å iverksette tiltak som fjerner flaskehalsene, kan sykehusene gi et behandlingstilbud til flere pasienter. Ifølge NOU 1997:2 er det en naturlig ledelsesoppgave å identifisere *flaskehalsar* ved sykehuset, og drive et kontinuerlig forbedringsarbeid for å sette pasienten først, ikke minst i forhold til organisasjonsinterne holdninger.²⁸

3.4 BRUK AV LIGGETID SOM EFFEKTIVITETSMÅL

I St.meld. nr. 43 (1999–2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* framheves en reduksjon i liggetid som et karakteristisk trekk ved utviklingen i norske sykehus. Årsaken er først og fremst å finne i nye, enklere, mer effektive og skånsomme diagnostiske og behandlingsmessige metoder. Liggetiden knyttes imidlertid også til bedre metoder for planlegging og styring av sykehusopphold. Videre vises det til en rapport²⁹ hvor det framgår at noen sykehus har betraktelig kortere gjennomsnittlig liggetid enn andre for de samme diagnosegruppene. Dersom dette betraktes som «best practice», viser det ifølge St.meld. nr 43 (1999–2000) samtidig hvilket merforbruk det er ved andre sykehus. En tilpasning ved de øvrige sykehusene til «best practice» vil igjen innebære vesentlige reduksjoner blant annet i bruken av senger i sykehusene.

I NOU 1987:25 *Sykehus tjenester i Norge* vises det til at når man bruker gjennomsnittlig liggetid som indikator på indre effektivitet, er det viktig å være oppmerksom på at mange faktorer påvirker pasientenes liggetid ved sykehuset.³⁰ Liggetiden har både sammenheng med omgivelsene, egenskaper ved pasientene og med den interne organiseringen ved sykehuset og i avdelingene. Derfor kan sykehus som er veldrevet, ha en høy gjennomsnittlig liggetid som følge av forhold utenfor sykehusets kontroll.

Ifølge NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering* finnes det god dokumentasjon på at økonomiske incitament generelt påvirker aktørene i helsetjenestene. For eksempel har stykkprisfinansiering ved hjelp av DRG-systemet redusert liggetiden ved sykehus verden over.³¹ Ifølge NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering* er det imidlertid gjort færre studier på hvordan kvaliteten påvirkes av denne typen finansiering, og det er ikke dokumentert at denne typen stykkprisfinansiering har negativ effekt på kvaliteten.

Lange liggetider øker isolert sett risikoen for sykehusinfeksjoner og for overbelegg på sengeposten. Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) representerer overbelegg og korridorpatienter et alvorlig kvalitetsproblem. Derfor er det viktig at sykehuset har et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten om ferdigbehandlede pasienter.³² I behandlingen av St. meld. nr. 44 (1995–96) *Om Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering* merket sosialkomiteen seg opplysninger om reinnleggelse i sykehus på grunn av sykehusinfeksjoner, jf. Innst. S. nr. 27 (1996–97).

²⁹ Rapport fra Helse Øst: behov for sykehus tjenester og karakteristiske utviklingstrender.

³⁰ Side 50.

³¹ Kapittel 8.3.

³² St.prp. nr. 1 (2002–2003), side 20.

²⁶ Sidene 52, 53 og 54.

²⁷ St.prp. nr. 1 (2000–2001), side 176.

²⁸ Side 55.

3.5 LIK TILGJENGELIGHET

De helsepolitiske målene er ikke endret etter at staten ble eier av sykehusene: At hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted gis god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Målet er blitt konkretisert blant annet gjennom³³

- å øke behandlingsskapiteten og å redusere ventetider til undersøkelse og behandling
- å prioritere pasienter i tråd med de retningslinjene som nasjonalt trekkes opp
- å ha god tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted
- å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene
- å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten

Pasienter som setter inn hofteproteser, ser ut til å være en pasientgruppe som bør prioriteres høyt. I en rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering hevdes det at innsetting av primær (førstegangs) hofteprotese regnes for å være en av de medisinske behandlingene som øker pasientenes livskvalitet mest.

Videre pekes det på i rapporten at sett i forhold til kostnadene er en primær (førstegangs) hofteproteseinnsetting av de medisinske behandlingene som har best kost-nytte-effekt.³⁴

Ifølge Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) vil det være en utfordring for helsevesenet i de neste 5 til 10 årene å få til en kompetanseoverføring fra spesialist til allmennlege for å legge til rette for at mest mulig kan håndteres uten spesialist, eller uten at spesialisten er til stede.³⁵ Dette synes å være i tråd med St.meld. nr. 9 (1974–75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt perspektiv* hvor det ble understreket nødvendigheten av systematisk å bygge ut de laveste ledd i behandlingsskjeden, slik at pasienter ikke unødige må henvises til høyere nivå på grunn av manglende kapasitet i lavere ledd.

Mange av hofteprotesepasientene får behandling på en rehabiliteringsinstitusjon eller en opptreningsinstitusjon etter sykehusoppholdet. I behandlingen av St.meld. nr. 21 (1998–1999) *Ansvar og meistring* sluttet sosialkomiteen seg til at målet må være å sikre likeverdige tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, og komiteen så det som viktig at det gis rom for både langvarige og kortvarige tiltak ut fra den enkeltes behov og livssituasjon, jf. Innst. S. nr. 178 (1998–99).

³³ Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*, side 12.

³⁴ Senter for medisinsk metodevurdering – rapport nr. 6/2002 *Valg av implantater ved innsetting av primær total hofteprotese i Norge*, side 15.

³⁵ Side 15.

Fakta grunnlag (kapittel 4-7)

4 Tilgjengelighet på hoftekirurgi

Dette kapitlet omhandler i hvor stor grad det overordnede målet i helsepolitikken om lik tilgjengelighet er nådd for pasienter som setter inn hofteproteser. Først presenteres utviklingen i ventetid på nasjonalt nivå. Deretter presenteres resultatene av en statistisk analyse som belyser mulige forklaringer på forskjeller i pasientenes ventetider.

4.1 UTVIKLINGEN I PASIENTENES VENTETID FOR Å FÅ SATT INN HOFTEPROTESER

Ventetiden før behandling tolkes som en indikator på tilgjengeligheten til en helsetjeneste. Ortopedisk kirurgi er et av fagområdene innenfor somatikken som har lengst ventetid på behandling. I 2001 ventet halvparten av pasientene innenfor ortopedisk kirurgi lenger enn 83 dager.³⁶ Tabell 4.1 viser hofteprotesepasientenes ventetid, målt fra primærlegens henvisning er mottatt av sykehuset til pasienten legges inn i perioden fra 1998 til 2001.

Tabell 4.1 Utviklingen i ventetiden før innleggelse

	1998	1999	2000	2001	Samlet
Median ventetid i dager	164	164	167	162	164

Tabell 4.1 viser at median ventetid for hofteprotesepasientene var på 162 dager i 2001. Dette betyr at halvparten av pasientene ventet lenger enn 162 dager fra primærlegens henvisning til innleggelsen ved sykehuset i 2001. Videre viser tabellen at variasjonen mellom årene ikke har vært stor. Pasientenes ventetid har derfor vært stabil i perioden fra 1998 til 2001.

4.2 VARIASJONER I PASIENTENES VENTETID

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i hofteprotesepasientenes ventetid på operasjon. Tabell 4.2 viser hvor stor andel av hofteprotesepasientene som ble operert innen tre måneder, seks måneder, ni måneder og ett år i perioden fra 1998 til 2001.

Tabell 4.2 Utvikling i ventetid fra 1998 til 2001, prosentandel pasienter operert innen 3, 6, 9, og 12 måneder

Ventetid	1998	1999	2000	2001
Innen 3 md.	27	25	25	24
Innen 6 md.	55	55	54	57
Innen 9 md.	76	74	73	76
Innen 12 md.	87	85	84	86

Tabell 4.2 viser at omtrent hver fjerde pasient ble operert innen tre måneder i 2001. Videre viser tabellen at over halvparten (57 prosent) av pasientene ble behandlet innen seks måneder, at 76 prosent av pasientene ble behandlet innen ni måneder, og at 86 prosent av pasientene var ferdigbehandlet innen ett år i 2001. Videre viser tabell 4.2 som tabell 4.1 at ventetiden for pasientene har vært stabil i perioden fra 1998 til 2001.

Av tabell 4.2 framgår det også at omtrent 14 prosent av pasientene ventet lenger enn ett år på behandling. Mange pasienter som venter lenger enn ett år, har trolig prøvd flere alternative behandlingsformer før man til slutt kommer fram til beslutningen om å gjennomføre en hofteoperasjon.

4.3 ÅRSAKER TIL FORSKJELLER I PASIENTENES VENTETID PÅ BEHANDLING

For å identifisere faktorer som har betydning for ventetiden, er det gjennomført en statistisk analyse av et datamateriale bestående av til sammen 9 058 pasienter som fikk satt inn en hofteprotese i årene 2000 og 2001, jf. vedlegg 2 som viser resultatene fra analysen. Den statistiske analysen skiller mellom årsaker som kan knyttes til egenskaper ved pasientene, og årsaker som kan knyttes til sykehusene. De pasientrelaterte forklaringsfaktorene som er behandlet, er kjønn, alder, reoperasjon, hoftesykdom og generell sykkelighet. De sykehusrelaterte faktorene som er behandlet, er sykehustype og elektivandel. Det er også beregnet om det er statistiske forskjeller i ventetid mellom helseregionene, og om pasientens reisetid til sykehuset har noen betydning for ventetiden. Resultatene av den statistiske analysen skal tolkes som isolerte effekter, det vil si at det for eksempel allerede er tatt hensyn til at det er forskjeller i alderssammensetting mellom helseregionene når det rap-

³⁶ Samdata sykehusrapport 3/2002, side 53.

porteres at det er forskjeller i ventetid mellom helse-regionene.

4.3.1 Forskjeller i ventetid mellom helseregionene

Tabell 4.3 viser hvor stor andel av pasientene som ble behandlet innen 3 måneder, 6 måneder, 9 måneder og 12 måneder for hver helseregion i 2001. Tabellen er gruppert etter pasientenes bosted.

Tabell 4.3 Ventetid på operasjon for pasientene bosatt i de fem helseregionene i 2001, prosentandel pasienter operert innen 3, 6, 9 og 12 måneder

	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
Innen 3 md.	27	24	27	12	29
Innen 6 md.	61	59	55	43	61
Innen 9 md.	78	77	74	70	79
Innen 12 md. ..	87	86	86	82	89

Tabell 4.3 viser at en lavere andel av pasientene ble operert innen seks måneder i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge enn i de øvrige helseregionene i 2001. Av de pasienter som ble operert i 2001, ventet 43 prosent av pasientene i helseregion Midt-Norge og 55 prosent av pasientene i helseregion Vest mindre enn seks måneder. I de øvrige helseregionene ble fra 59 til 61 prosent av pasientene operert innen seks måneder fra primærlegens henvisning. Tabellen viser videre at bare 12 prosent av pasientene ble operert innen tre måneder i helseregion Midt-Norge. I de fire andre helseregionene ble hver fjerde pasient eller mer operert innen tre måneder.

Et sentralt spørsmål er om forskjellene i pasientenes ventetid mellom helseregionene kan skyldes forskjeller i for eksempel pasientenes alderssammensetting eller andre faktorer. Den statistiske analysen bekrefter imidlertid at ventetiden for hofteprotesepasientene er betydelig lengre for pasienter bosatt i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge enn i de øvrige helseregionene. Ventetiden for pasientene bosatt i helseregion Vest og helseregion Midt-Norge er omtrent 15 prosent lengre enn for pasientene bosatt i helseregion Øst.

Reiseavstanden til sykehuset har ingen betydning for hvor lenge hofteprotesepasientene venter på operasjonen. Den statistiske analysen viser at pasienter som bor lengre enn 2,5 timer i reisetid fra sykehuset, ikke venter lenger enn pasienter som bor nærmere sykehuset.

4.3.2 Pasientrelaterte forklaringer på ventetid

Kjønn og alder

Den statistiske analysen viser at kjønn ikke har noen betydning for ventetiden på en hofteoperasjon. Ana-

lysen viser imidlertid at pasienter i aldersgruppen 75–89 år venter 12 prosent kortere tid enn pasienter som er yngre enn 64 år. Eldre pasienter er generelt sykere enn yngre pasienter, men i den statistiske analysen er det tatt hensyn til forskjeller i sykkelighet mellom pasientene.

Primæroperasjoner (førstegangsoperasjoner) og reoperasjoner

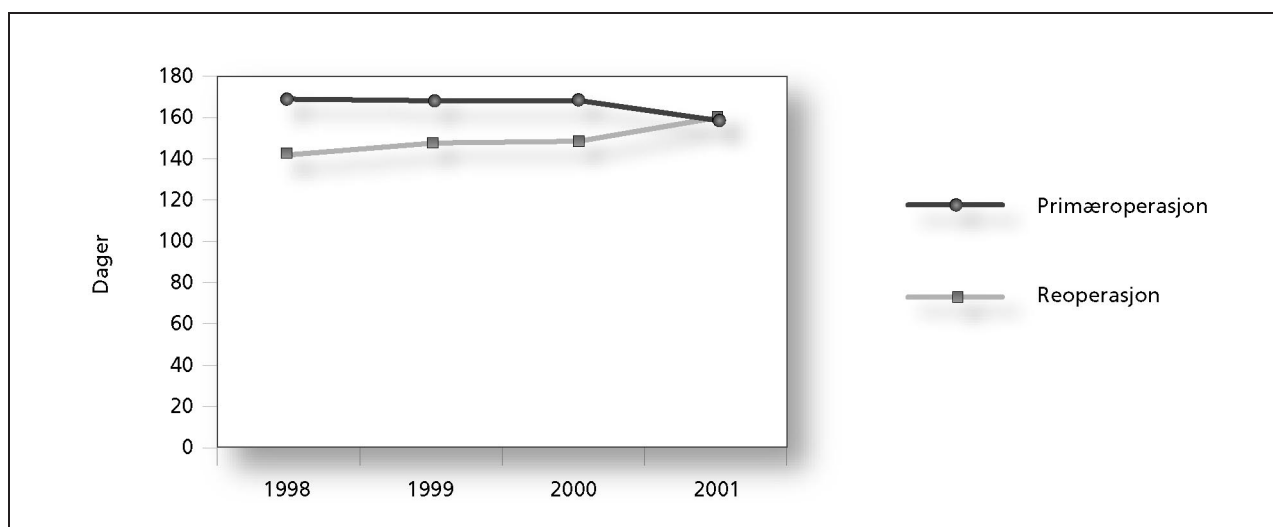
Den hyppigste årsaken til reoperasjoner av hofteprotesepasienter er at protesen løsner etter en viss tid. En annen alvorlig årsak til reoperasjoner er infeksjon, som rammer omtrent én prosent av alle pasienter med total hofteprotese i løpet av protesens levetid.³⁷ En reoperasjon er en mer komplisert og en betydelig mer ressurskrevende operasjon enn en primæroperasjon. Median operasjonstid for en primæroperasjon er 90 minutter, mens median operasjonstid for en reoperasjon er 120 minutter. I planleggingen av operasjonsprogrammet er det også større usikkerhet knyttet til hvor lang tid som vil gå med til en reoperasjon. Reoperasjonene legger derfor beslag på mer av operasjonskapasiteten enn primæroperasjonene. Figur 4.1 viser utviklingen i ventetid på primæroperasjonene og reoperasjonene fra 1998 til 2001.

Figur 4.1 viser at ventetiden for reoperasjonene var kortere enn for primæroperasjonene i 1998. Videre viser figuren at det er en ulik utvikling i ventetid på primæroperasjonene og reoperasjonene. Ventetiden på primæroperasjonene er redusert med fem prosent i perioden fra 1998 til 2001. Samtidig har ventetiden på reoperasjonene økt med 15 prosent i samme periode. I 2001 er ventetiden tilnærmet lik for reoperasjonene og primæroperasjonene. Den statistiske analysen viser at det ikke er noen statistisk signifikant forskjell i ventetiden for primæroperasjonene og reoperasjonene i slutten av denne perioden.³⁸

Et sentralt spørsmål er hva som er årsaken til den ulike utviklingen for primæroperasjonene og reoperasjonene. I perioden fra 1998 til 2001 fikk sykehuse- like mye i refusjon gjennom innsatsstyrt finansiering for å utføre en primæroperasjon som for en reoperasjon. Respondentene ved flere sykehus i intervjuundersøkelsen ser på denne refusjonen som tilstrekkelig når det gjelder primæroperasjonene, men at kostnadene til reoperasjonene ikke kompenseres fullt ut. En uttalelse fra en ortoped i intervjuundersøkelsen illustrerer denne problematikken:

³⁷ Birgitte Espehaug (1998), «Quality of hip joint replacements in Norway 1987–1996», The Norwegian Arthroplasty Register, s. 11.

³⁸ Den statistiske analysen er basert på opplysninger om sykehusopphold i årene 2000 og 2001.



Figur 4.1 Utvikling i median ventetid på primæroperasjonene og reoperasjonene³⁹

Kilde: Riksrevisjonens beregninger.

«Vi får så lite utbetalt DRGmessig for revisjoner ... ja, vi er nødt til å være bevisste på det. Vi kan ikke kjøre opp med for mye revisjonskirurgi, for det dreper økonomien vår ... så vi sier rett og slett nei. Inntil vi får betaling for det.»

Respondentene trekker også fram andre forhold enn finansieringsordningen som kan forklare den ulike utviklingen i ventetid på primæroperasjonene og reoperasjonene. Ved flere sykehus (A3, A6, B4) pekes det på at mange av de minst syke hofteprotesepasientene benytter seg av retten til fritt sykehusvalg for å redusere ventetiden før operasjon.⁴⁰ Pasientens rett til fritt sykehusvalg har ført til at de må prioritere de minst ressurskrevende pasientene som det nå har blitt konkurranse om, for å hindre at de velger å bli operert ved andre sykehus. En ortoped ved et av sykehusene uttalte følgende:

«Vi trenger også de friskeste pasientene for å drive effektivt og økonomisk, ellers ville sykehuset sittet igjen kun med revisjonene som er bedriftsøkonomisk ulønnsomme.»

For 2003 er det gjort endringer i DRG-systemet slik at refusjonssatsen differensieres mellom primæroperasjonene og reoperasjonene. I 2003 er refusjonssatsen kroner 63 000 for primæroperasjonene og kroner 79 000 for reoperasjonene.

³⁹ Andelen operasjoner i datamaterialet som er reoperasjoner som kan brukes til å beregne ventetider, er 19,5 prosent (2 927 av 15 007).

⁴⁰ De sykehusene som er kodet med en A er liggetidseffektive sykehus. Sykehus som er kodet med en B er liggetidsineffektive. De effektive sykehusene og de ineffektive sykehusene som har samme forutsetninger i forhold til andel reoperasjoner, spesialisering og operasjonsvolum, er markert ved at de har samme tall i koden.

Hoftesykdom

I analysen er hofteprotesepasientene delt inn i fire grupper etter hvilken indikasjon/sykdom som er årsaken til at de får satt inn en hofteprotese. For 70 prosent av pasientene er det slitasjegikt (coxartrose) som er årsaken til behovet for en operasjon. De andre store gruppene er tidligere hoftebrudd, revmatologiske lidelser og følgetilstander etter barnehofteledelser.

Den statistiske analysen viser at pasienter som opereres på grunn av et tidligere hoftebrudd, har kortest ventetid på operasjon. Denne gruppen venter 36 prosent kortere tid enn pasienter med slitasjegikt, som er den gruppen som venter lengst på operasjon. Deretter kommer pasienter med revmatologiske lidelser, som venter 26 prosent kortere tid enn pasienter med slitasjegikt. Ventetiden for pasienter som opereres på grunn av følgetilstander etter barnehofteledelser, er den samme som ventetiden for pasienter som opereres på grunn av slitasjegikt.

Sykelighet (antall bidiagnoser)

Sykehusenes rapportering av aktivitetstall til NPR (Norsk Pasientregister) krever at sykehusene plasserer hver enkelt pasient inn i en hoveddiagnosegruppe. Sykehusene skal også registrere eventuelle bidiagnoser hos pasienten. I denne undersøkelsen brukes antall registrerte bidiagnoser som en indikator på graden av sykkelighet. Undersøkelsen viser at pasienter med mange bidiagnoser har lengre liggetid på sykehuset enn pasienter med få eller ingen registrerte bidiagnoser. Den statistiske analysen viser imidlertid at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom antall registrerte bidiagnoser og ventetiden på en hofteoperasjon. Dette indikerer at de sykeste pasientene ikke venter kortere på operasjon enn andre pasienter.

Mange av respondentene i intervjuundersøkelsen gir klart uttrykk for at de prioriterer hofteprotesepasientene etter smerte og indikasjoner på plager og sykdommer. Respondentene peker likevel på flere forhold som kan forklare at ventetiden likevel ikke blir kortere for de sykeste pasientene enn for de mindre syke pasientene. De minst syke pasientene kan i større grad benytte seg av retten til fritt sykehusvalg enn de sykeste pasientene. De mindre syke pasientene kan blant annet i større grad reise til sykehus i lengre avstand fra bostedet enn de sykeste pasientene. Det er også færre sykehus som kan ta imot de sykeste pasientene, blant annet pasienter som har hjerteproblemer. For å operere en hofteprotesepasient som også har hjerteproblemer, stilles det høyere krav til anestesi og utstyr. Det er heller ikke nødvendigvis slik at de sykeste pasientene har større behov for å få satt inn en hofteprotese enn de mindre syke pasientene. I tillegg krever de sykeste pasientene en grundigere utredning, noe som trekker i retning av lengre ventetid.

De fleste sykehusene i intervjuundersøkelsen har et system som klassifiserer pasientene i forhold til prioritering, men det kan virke som om inndelingen av pasientene er nokså grov. I et av sykehusene uttaler ortopedene:

«Vi har ulike prioriteringskriterier ut fra hvor dårlig pasienten er. De fleste får likevel kategori x som betyr operasjon innen seks måneder. Det skal mye til for å avvike fra den prioriteringslisten.»

I et annet sykehus, som også deler pasientene inn i prioriteringsgrupper, uttaler ortopedene likevel at *«de aller fleste settes på en vanlig venteliste og kommer i tur og orden»*. Respondenter i andre sykehus (A1, A3, A4, B4) peker på at økonomi har betydning for prioriteringen mellom pasienter. I et av sykehusene uttaler ortopedene:

«Hvis avdelingen har underskudd, så økes antall hofteoperasjoner (enkle). Da dobler vi produksjonen på enkeltdager og fortrenger andre pasienter.»

4.3.3 Sykehusrelaterte forklaringer på ventetid

Sykehustype

Den statistiske analysen viser at ventetiden er avhengig av sykehustype. Hofteprotesepasientene venter 52 prosent lenger ved regionsykehusene og 24 prosent lenger ved sentralsykehusene enn ved lokalsykehusene. I analysen er det tatt hensyn til at sykehusene har ulik pasientsammensetning i forhold til blant annet alder, kjønn, sykkelighet, andelen reoperasjoner og hvilken hoftesykdom som dominerer.

Elektivandel

Det antas generelt at det er lettere å planlegge operasjonsvirksomheten hvis andelen øyeblikkelig hjelp er lav enn hvis den er høy. Det er undersøkt om elektivandelen kan ha betydning for pasientenes ventetid på operasjon. I analysen er sykehusene delt inn i fire like store grupper fra en lav elektivandel til en høy elektivandel.

Den statistiske analysen viser generelt at ventetiden på en hofteoperasjon er kortere ved sykehus som har en høy elektivandel innenfor ortopediske operasjoner, enn ved sykehus som har en lav elektivandel innenfor ortopediske operasjoner. Analysen viser at pasientene i de to gruppene av sykehus med høyest elektivandel, venter ca. 20 prosent kortere tid enn pasientene i gruppen av sykehus med lavest elektivandel. Det må understrekes at det i beregningene er tatt hensyn til at sykehusene har ulik pasientsammensetning.

5 Variasjoner mellom sykehusene i liggetid for hofteoperasjoner

Dette kapitlet belyser først utviklingen og variasjonen i hofteprotesepasientenes liggetid. Deretter presenteres resultatene av en statistisk analyse som belyser mulige forklaringer til forskjeller i pasientenes liggetider. Videre undersøkes det om de faktorene som kan forklare forskjeller mellom enkeltpasienter, også kan forklare hvorfor det er forskjeller i gjennomsnittlig liggetid mellom sykehusene. Til slutt presenteres resultatene fra en effektivitetsanalyse der den gjennomsnittlige liggetiden brukes som en indikator på sykehusenes effektivitet i behandlingen av hofteoperasjoner.

5.1 UTVIKLING OG VARIASJON I LIGGETID

Tabell 5.1 viser utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for hofteoperasjoner i perioden fra 1998 til 2001. Tabellen viser også hvor lenge pasientene ligger før og etter operasjonen.

Tabell 5.1 Utviklingen i gjennomsnittlig liggetid fra 1998 til 2001

	1998	1999	2000	2001
Samlet liggetid i dager	12,5	12,2	11,8	11,7
Preoperativ liggetid i dager	2,0	1,9	1,9	1,9
Postoperativ liggetid i dager	10,6	10,3	10,0	9,9

Tabell 5.1 viser at gjennomsnittlig liggetid er redusert fra 12,5 dager i 1998 til 11,7 dager i 2001. Dette tilsvarer en reduksjon i liggetiden på sju prosent i denne perioden.⁴¹ Liggetiden for hofteprotesepasientene følger dermed den generelle trenden med reduserte liggetider som er observert ved de fleste norske sykehusene i de siste årene.

Videre viser tabellen at pasientene ligger i gjennomsnitt to dager på sykehuset før operasjonen. Den preoperative liggetiden har vært tilnærmet uforandret og stabil i hele perioden fra 1998 til 2001. Dette betyr at reduksjonen i liggetid skyldes en nedgang i postoperativ liggetid. Tabellen viser at den postoperative liggetiden er redusert fra 10,6 dager i 1998 til 9,9 dager i 2001.

⁴¹ Undersøkelsen har også beregnet utviklingen i liggetid der det tas høyde for helgepermisjoner i den preoperative perioden. I gjennomsnitt viser det korrigerede liggetidsmålet en halv dag kortere liggetid enn det ordinære liggetidsmålet.

Undersøkelsen viser at det er store variasjoner i liggetiden mellom enkeltpasienter. Figur 5.1 viser hvor stor andel av pasientene som er skrevet ut av sykehuset etter et gitt antall dager i 2001.

Figur 5.1 på neste side viser at det er få pasienter som skrives ut før det har gått en uke. De fleste pasientene skrives ut fra 7 til 14 dager etter innleggelsen. Kun 10 prosent av pasientene er skrevet ut etter åtte dager, mens 50 prosent av pasientene er skrevet ut etter 11 dager på sykehuset. Figuren viser at 80 prosent av pasientene er skrevet ut etter 14 dager på sykehuset. Fem prosent av pasientene ligger på sykehuset i 20 dager eller mer.

5.2 STATISTISK ANALYSE AV ÅRSAKER TIL VARIASJONER I LIGGETID

Det er gjennomført en statistisk analyse som belyser mulige forklaringer på forskjeller i liggetid mellom enkeltpasienter. Hensikten med analysen er å identifisere faktorer som forklarer variasjoner på pasientnivå, som også forklarer forskjeller i gjennomsnittlig liggetid mellom sykehusene.⁴²

5.2.1 Variasjoner i liggetid mellom enkeltpasienter

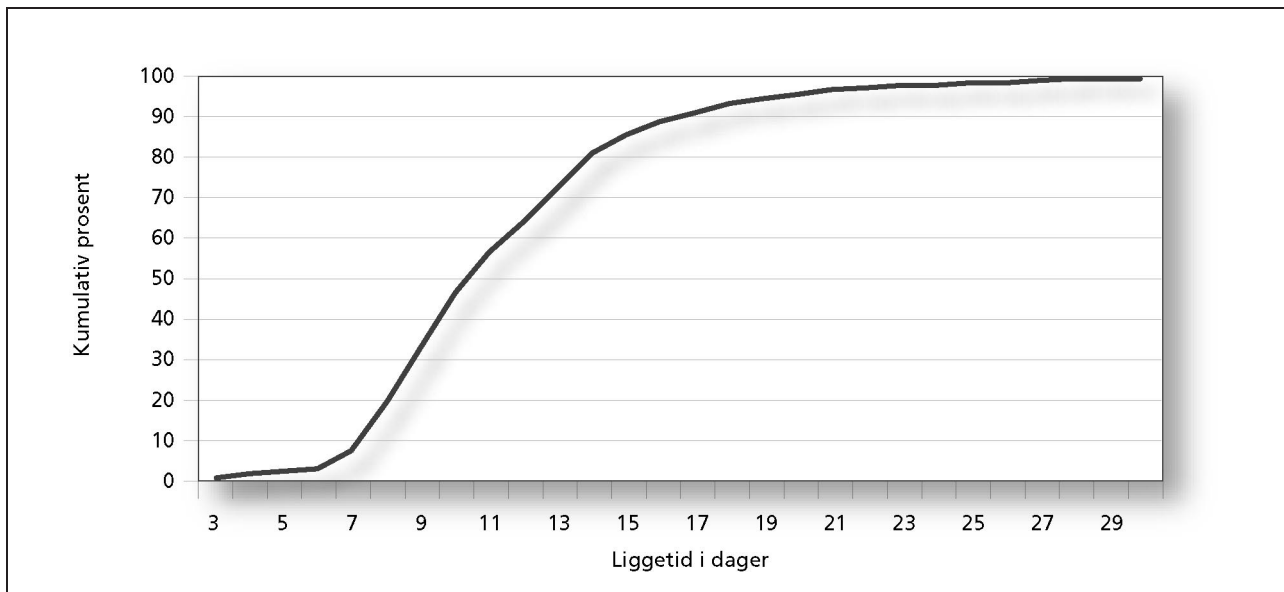
Pasientrelaterte faktorer

Den statistiske analysen viser at det er en klar sammenheng mellom antall bidiagnoser og hvor lenge pasientene ligger på sykehuset. Liggetiden for hofteprotesepasientene med bare én bidiagnose er 0,6 dager lengre enn for pasientene uten en bidiagnose. Liggetiden øker med antall bidiagnoser fram til sju bidiagnoser, som gir 5,6 dager lengre liggetid enn hvis pasienten ikke har noen bidiagnoser.

Reoperasjonene regnes som mer ressurskrevende enn primæroperasjonene. Analysen viser imidlertid at liggetiden for reoperasjonene bare er 0,6 dager lengre enn for primæroperasjonene. Forskjellen i ressursbruk for reoperasjonene og primæroperasjonene fanges derfor i liten grad opp ved å bruke liggetid som indikator på ressursforbruk.

Den statistiske analysen viser at hoftesykdom har en viss betydning for hvor lenge pasienten ligger

⁴² Resultatene fra analysen er gjengitt i tabell 1 i vedlegg 3.



Figur 5.1 Liggetid, andelen pasienter skrevet ut etter et gitt antall dager, 2001-tall

Kilde: Riksrevisjonens beregninger. Datagrunnlaget for tabellen er 5 185 hofteproteseoperasjoner.

på sykehuset. Pasienter med revmatologiske lidelser ligger 2,4 dager lenger enn pasienter med slitasjegikt. Det er imidlertid ikke forskjeller i liggetiden mellom pasienter som opereres på grunn av et tidlige hoftebrudd og pasienter med slitasjegikt.

Analysen viser at eldre hofteprotesepasienter ligger noe lenger enn yngre pasienter. Pasienter mellom 65 og 89 år ligger i gjennomsnitt 0,6 dager lenger enn pasienter mellom 40 og 64 år. Videre viser analysen at menn ligger 0,3 dager kortere enn kvinner. Det understrekes at beregningene tar hensyn til at yngre pasienter er mindre syke enn eldre pasienter, og at kvinner generelt er eldre enn menn når de blir hofteoperert.

Sykehusrelaterte faktorer

Det er betydelige forskjeller i liggetid mellom helse-regionene. Hofteprotesepasientene bosatt i Helse Sør ligger kortest tid på sykehus. Den statistiske analysen viser at pasientene bosatt i Helse Øst, Helse Midt-Norge, Helse Vest, og Helse Nord ligger henholdsvis 0,5 dager, 1,7 dager, 2,4 dager og 3,2 dager lenger enn pasientene bosatt i Helse Sør. I beregningene er det tatt hensyn til at de fem helseregionene kan ha ulik pasientsammensetning i forhold til blant annet alder og type hoftesykdom.

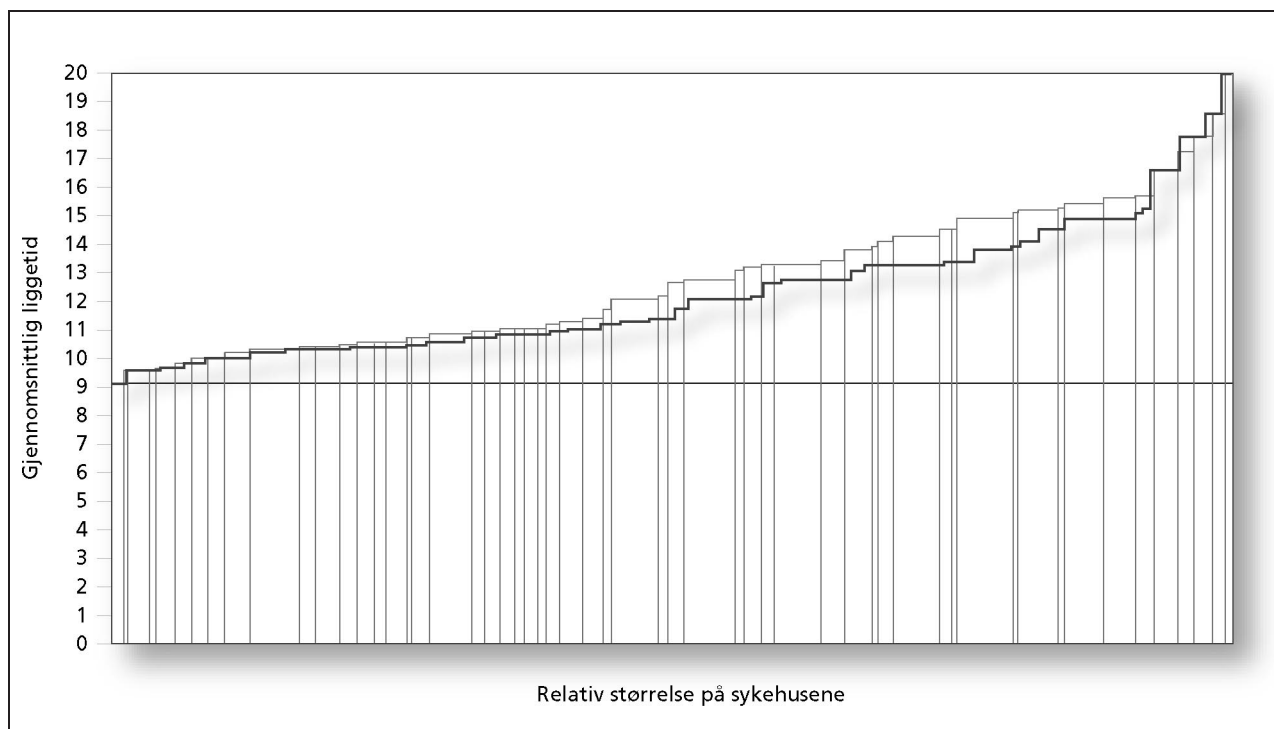
Videre viser den statistiske analysen at hofteprotesepasientene ligger 1,6 dager lenger ved regionsykehusene enn ved lokalsykehusene. Hofteprotesepasientene ligger bare 0,3 dager lenger ved sentralsykehusene enn ved lokalsykehusene. I tillegg viser analysen at pasientene ligger kortere tid i sykehus med en lav elektivandel enn i sykehus med en høyere elektivandel.

Eksterne faktorer

Med eksterne faktorer menes her virkninger av faktorer som sykehusene i liten grad kan påvirke, men som kan ha betydning for liggetiden i sykehuset. Undersøkelsen belyser om liggetiden i sykehusene kan påvirkes av tilgangen på rehabiliteringsplasser i pasientenes bostedsfylke, antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren i pasientenes bostedskommune og pasientenes reiseavstand til sykehuset.

Den statistiske analysen viser at tilgangen på rehabiliteringsplasser i pasientenes bostedsfylke har betydning for hvor lenge hofteprotesepasientene ligger på sykehuset. Pasienter som bor i fylker der det er flere enn 2000 innbyggere per rehabiliteringsplass, ligger i gjennomsnitt 1,5 dager lenger enn pasienter som har et bedre rehabiliteringstilbud. Liggetiden er derfor lenger når tilgangen på rehabiliteringsplasser er dårlig.

Analysen viser at hofteprotesepasienter som må reise mer enn 2,5 timer for å komme til sykehuset i gjennomsnitt ligger 0,6 dager kortere enn andre pasienter. Dette indikerer at liggetiden for hofteprotesepasientene ikke påvirkes vesentlig av pasientenes reiseavstand til bostedskommunen. I tillegg viser analysen at hofteprotesepasientene som bor i kommuner med et dårlig utbygd tjenestetilbud innenfor pleie- og omsorgssektoren, ikke ligger lenger på sykehuset enn andre pasienter. Mange av hofteprotesepasientene får behandling på en rehabiliteringsinstitusjon etter sykehusoppholdet. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor pasientenes liggetid i sykehuset ikke påvirkes verken av pasientenes reiseavstand til hjemmet eller tjenestetilbudet i pleie- og omsorgssektoren i bostedskommunen.



Figur 5.2 Liggetidseffektivitet for hofteoperasjoner 2000 og 2001

5.2.2 Variasjoner i liggetid mellom sykehus

Analysen i kapittel 5.2.1 viser flere faktorer som forklarer variasjoner i liggetid mellom enkeltpasienter. Det sentrale spørsmålet i forlengelsen av dette er om de viktigste av disse faktorene også kan forklare forskjeller i liggetiden mellom sykehusene. De faktorene som har en signifikant effekt på liggetiden på over en dag er tatt med videre i analysen av variasjoner på sykehusnivå.⁴³

Den statistiske analysen på sykehusnivå viser at det bare er to av forklaringsfaktorene på individnivå som også forklarer forskjeller i liggetiden mellom sykehus. Som i analysen på individnivå viser også analysen på sykehusnivå at liggetiden blir lengre i regionsykehus enn i andre sykehus. I tillegg blir liggetiden lengre når tilgangen på rehabiliteringsplasser er lav. Ifølge St.meld. nr. 21 (1998–99) *Ansvar og meistring – mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk* er institusjonene geografisk skjevfordelt. Ulik tilgang på rehabiliteringsplasser trekkes også fram av flere respondenter i intervjuundersøkelsen som en forklaring på forskjeller i liggetid mellom sykehusene for hofteprotesepasientene.

5.3 LIGGETIDSEFFEKTIVITET VED HOFTEOPERASJONER

Figur 5.2 viser variasjonene i gjennomsnittlig liggetid mellom 28 sykehus som er observert i 2000 og

2001. Disse sykehusene har utført 62 prosent av alle hofteoperasjonene i Norge i disse to årene.

Den vertikale aksene viser gjennomsnittlig liggetid per sykehus, og den horisontale aksene viser den relative størrelsen på sykehusene målt ved operasjonsvolumet. Stolpediagrammet viser rangeringen av sykehusene etter gjennomsnittlig liggetid. Den horisontale linjen representerer liggetiden i det sykehuset som har kortest liggetid, der liggetiden er 9,2 dager. Arealet av stolpediagrammet som ligger over denne linjen, tilsvarer merforbruket av liggedager i forhold til sykehuset med kortest liggetid.

Den gjennomsnittlige liggetiden i sykehusene i utvalget er 12,9 dager.⁴⁴ Figur 5.2 viser at det er stor variasjon i den gjennomsnittlige liggetiden mellom sykehusene. Liggetiden i sykehusene varierer mellom 9,2 og 20,6 dager. Hvis sykehuset med kortest liggetid betraktes som det med beste praksis, viser det samtidig hvilket merforbruk det er i andre sykehus. En tilpasning i de andre sykehusene til beste praksis vil redusere antall liggedøgn med 30 326, som tilsvarer et merforbruk av liggedager på 39,5 prosent.⁴⁵

⁴³ Resultatene fra analysen er gjengitt i tabell 2 i vedlegg 3.

⁴⁴ Dette er det veide gjennomsnittet, veid etter operasjonsvolum. Veid gjennomsnitt for sykehusene tilsvarer gjennomsnittet for pasientene.

⁴⁵ Beregnet ved å dividere summen av overfløydige liggedager på summen av det minste potensielle antall liggedager, som kommer fram ved å trekke summen av overfløydige liggedager fra summen av faktisk forbrukte liggedager [$30\,326 / (107\,143 - 30\,326) = 0,395$].

Analysen av liggetid i kapittel 5.2 viser at de eneste faktorene i den statistiske analysen som kan forklare forskjeller i gjennomsnittlig liggetid mellom sykehusene er rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylker og hvorvidt sykehuset er et region-sykehus eller ikke. Fordi rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylker er en faktor som det enkelte sykehus i liten grad har noen kontroll over, kan det være urimelig å sammenligne sykehus som har ulike forutsetninger i forhold til å sende pasientene på rehabilitering. For å ta hensyn til dette, er det gjennomført en analyse der de sykehusene som har en stor andel pasienter som kommer fra fylker med dårlig rehabiliteringstilbud, er tatt ut av analysen. Her er et fylke med dårlig rehabiliteringstilbud definert som et fylke der det bor mer enn 2000 innbyggere per rehabiliteringsplass. Seks av sykehusene i utvalget har pasienter som bor i fylker med dårlig rehabiliteringstilbud. Som en følge av dette reduseres antall sykehus i utvalget fra 28 til 22 sykehus.

Merforbruket av liggedager reduseres fra 39,5 til 34,5 prosent når sykehus med en stor andel pasienter fra fylker med dårlig rehabiliteringstilbud, tas ut av analysen. Dette er illustrert i figur 5.2 ved at arealet

av stolpediagrammet over den horisontale linjen, som representerer sykehuset med kortest liggetid, ikke reduseres betydelig i forhold til når alle sykehusene er med i analysen.

De sykehusene som fortsatt er med i analysen ligger i områder der mulighetene til å overlate rehabiliteringen til andre institusjoner ikke i så stor grad begrenses av rehabiliteringstilbudet i pasientenes bostedsfylke. De gjenstående sykehusene kan imidlertid likevel velge å utføre en vesentlig del av rehabiliteringen. Dette kan være en forklaring til at noen av sykehusene i utvalget har lang liggetid. Organiseringen av sykehusenes samarbeid med rehabiliteringsinstitusjonene blir nærmere behandlet i kapittel 6.

Ifølge Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) leverer sykehusene helsetjenester med store forskjeller i ressursbruk. Beregninger antyder at dersom alle sykehusene var like effektive som de beste, ville samfunnets kostnader teoretisk sett ligge 2,5 mrd. kroner lavere. Departementet understreker at selv om man ikke skal tolke disse tallene direkte som effektiviseringspotensial, er de en indikasjon på forskjeller i ressursbruk som eier bør gripe fatt i.

6 Variasjoner i organiseringen av behandlingsaktiviteten for hofteoperasjoner

6.1 INNLEDNING

Dette kapitlet belyser hvordan ulike behandlingsaktiviteter for innsetting av hofteproteser organiseres og praktiseres i tolv norske sykehus. Framstillingen er organisert etter det behandlingsforløpet pasientene gjennomgår. Helt innledningsvis kommenteres først utvalget av sykehus som danner grunnlaget for intervjuundersøkelsen. Deretter skisseres behandlingsfaser de fleste hofteprotesepasientene gjennomgår, og de tema- og aktivitetsområdene dette kapitlet

i særlig grad vil omhandle. I avsnitt 6.2 blir det pekt på variasjoner i organiseringen av pasientforløpet i lys av sykehusenes liggetidseffektivitet. I avsnitt 6.3 oppsummeres løsninger i organiseringen av behandlingsaktiviteter som kjennetegner både de undersøkte sykehusene generelt og de effektive behandlingsinstitusjonene for hofteprotesepasienter spesielt.

Tabell 6.1 viser nøkkelinformasjon for de 12 sykehusene som inngår i intervjuundersøkelsen fra 2001:

Tabell 6.1 Opplysninger om de tolv sykehusene i intervjuundersøkelsen

Sykehus	Gjennomsnittlig liggetid i dager	Gjennomsnittlig liggetid i dager før operasjon	Gjennomsnittlig liggetid i dager etter operasjon	Andel reoperasjoner (i prosent)	Spesialisering på hofteoperasjoner (prosent)
A1	12	2,5	9,5	21	36
B1	16	3,2	12,8	19	33
A2	11	1,7	9,3	21	18
B2	16	2,6	13,4	24	18
A3	7	1,4	5,6	27	13
B3	14	2,5	11,5	27	13
A4	7	1,6	5,4	36	17
B4	16	2,8	13,2	37	19
A5	10	2,1	7,9	25	27
B5	16	2,5	13,5	15	38
A6	9	0,7	8,3	9	22
A7	13	3,2	9,8	14	20

De sykehusene som er kodet med en A, er liggetidseffektive sykehus. Sykehus som er kodet med en B, er liggetidsineffektive. De effektive sykehusene og de ineffektive sykehusene som har samme forutsetninger i forhold til andel reoperasjoner, spesialisering og operasjonsvolum, er markert ved at de har samme tall i koden.⁴⁶ Se for øvrig kapittel 2.3 for mer informasjon om valget av sykehus.

Aktivitetsfaser i pasientbehandlingen

Hofteprotesepasientene følger i grove trekk følgende behandlingsforløp: Hos primærlegen blir det første gang vurdert om pasienten har sykdomsindikasjoner som kan tilsi en operasjon for innsetting av en hofteprotese. Primærlegen sender deretter en henvisning til en spesialist som blir bedt om å vurdere og utrede pasienten videre. Spesialisten innkaller pasienten til en poliklinisk konsultasjon hvor hensikten er å avgjøre om pasienten trenger en hofteproteseopera-

sjon. Pasienten kan etter dette få en innkallelse til operasjon, og blir lagt inn på sykehuset en viss tid før inngrepet skal skje for å forberedes til operasjonen. Etter operasjonen sendes pasienten videre til en intensiv- eller oppvåkningsavdeling for overvåking. Pasienten blir så lagt tilbake på sengeposten hvor det blir gitt medikamentell smertebehandling, og hvor opptreningen starter slik at pasienten kan bli selvhjulpen. De fleste pasientene blir skrevet ut fra sykehuset etter en til to uker. Et flertall av pasientene reiser deretter på rehabiliteringsopphold. Noen reiser rett hjem, og noen drar også tilbake eller får plass på lokale institusjoner i hjemkommunen.

I dette kapitlet fokuseres det på tema- og aktivitetsområder i behandlingsforløpet der intervjuundersøkelsen viser at variasjoner i organiseringen og praksis i særlig grad kan ha betydning for hvor raskt og effektivt behandlingen av hofteprotesepasientene forløper. Tabell 6.2 på neste side viser de tema- og aktivitetsområdene som vil bli behandlet under hver av de fire fasene av pasientforløpet som kapitlet er organisert etter.

⁴⁶ Operasjonsvolum er ikke oppgitt fordi det ikke skal være mulig å identifisere sykehusene.

Tabell 6.2 Tema- og aktivitetsområder som blir behandlet i fire faser av pasientforløpet

Forløp før innleggelse	Forløp fra innleggelse til operasjon	Forløp ved operasjon	Forløp etter operasjon
<ul style="list-style-type: none"> – Ventetider til poliklinisk undersøkelse og innleggelse til operasjon – Organisering av preoperative undersøkelser – Poliklinikk som flaskehals 	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientenes liggetid før operasjon – Begrunnelse for innleggelsestidspunkt 	<ul style="list-style-type: none"> – Skjerming av operasjonsvirksomheten – Samhandling mellom faggrupper og avdelinger – Gjennomføring av dagsprogram – Utsettelse og strykninger i operasjonsprogrammet 	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientenes liggetid etter operasjon – Intern organisering av pasientforløpet – Rehabilitering som en del av pasientbehandlingen

6.2 VARIASJONER I ORGANISERINGEN AV BEHANDLINGSAKTIVITETEN

6.2.1 Pasientforløp før innleggelse

Ventetider for hofteprotesepasientene til poliklinisk undersøkelse og innleggelse til operasjon

Som vist i kapittel 4 er det variasjoner i hvor lenge hofteprotesepasientene venter på å bli operert i de enkelte sykehusene. Pasientene venter ulikt blant annet fordi noen pasienter må utredes og undersøkes mer på forhånd, og noen pasienter prioriteres før andre i operasjonskøen fordi det haster mer.

Intervjuundersøkelsen viser at det kan være store forskjeller mellom sykehusene med hensyn til hvor lenge hofteprotesepasientene venter før de blir lagt

inn på sykehuset til operasjon. På intervjutidspunktet høsten 2002 oppga sykehusene ventetider til operasjon for hofteprotesepasientene som samlet varierer fra seks uker i ett sykehus til ett år i et annet sykehus. Halvparten av sykehusene oppga at hofteprotesepasientene venter i fem måneder eller mer før innleggelse til operasjon. Samtidig oppgir fem sykehus at pasientene venter tre måneder eller mindre på operasjon. Tabell 6.3 viser en fordeling av sykehusene i intervjuundersøkelsen sortert etter oppgitt ventetid på intervjutidspunktet høsten 2002. I tabellen skilles det mellom ventetiden for pasientene før den polikliniske undersøkelsen og ventetiden mellom poliklinikken og innleggelse til operasjon.

Tabell 6.3 Sykehusenes ventetider før poliklinisk undersøkelse og mellom poliklinisk undersøkelse og innleggelse til operasjon

	Ventetid i måneder	Ventetid etter poliklinikk	
		Kort (min. 0,5, maks. 2)	Lang (min. 2, maks. 6)
Ventetid før poliklinikk	Kort (min. 0,5, maks. 2)	A3, A4, A5, A6 B5	A1
	Lang (min. 2,5, maks. 6)	A7	A2 B1, B2, B3, B4

Kilde: Intervjuundersøkelse ved 12 sykehus høsten 2002

Tabell 6.3 viser at det isolert sett er store variasjoner i ventetiden både før og etter den polikliniske undersøkelsen. Videre viser tabellen at de fleste sykehusene (5 av 6) som oppga at de hadde lang ventetid fra henvisning og fram til poliklinisk undersøkelse også har lang ventetid fra poliklinisk behandling

til innleggelse for operasjon. På samme måte har også de fleste sykehusene (5 av 6) som oppga at de har kort ventetid fra henvisning og fram til poliklinisk undersøkelse, også kort ventetid fra poliklinisk behandling til innleggelse for operasjon. Av tabellen framgår det i tillegg at de fleste sykehusene (4 av 5)

som oppga at de hadde korte ventetider både før og etter poliklinikken, også er liggetidseffektive sykehus. Videre viser tabellen at de fleste sykehusene (4 av 5) som oppga at de har lange ventetider både før og etter poliklinikken, tilsvarende er liggetidsineffektive sykehus.

Bare ett liggetidseffektivt sykehus (A7) oppgir at de har lang ventetid før den polikliniske undersøkelsen samtidig med at de har kort ventetid til operasjon etter den polikliniske undersøkelsen. Dette sykehuset forklarer forskjellen i ventetiden med at de har en strategi om ikke å kalle inn pasientene til poliklinisk undersøkelse før de har avklart tilgjengelig kapasitet på operasjonsstuen. Respondentene på sykehuset oppgir at det synes viktigst for pasientene å komme tidlig til operasjon når diagnosen som tilsier dette, er stilt. De mener også at det er viktig for effektiviteten i behandlingen at tiden mellom den polikliniske undersøkelsen og operasjonen er kortest mulig, slik at alle undersøkelser, prøver og røntgenbilder er oppdaterte og til å stole på når pasienten legges inn til operasjon. På den måten mener de å spare tid og bruk av ressurser til gjennomføring av nye eller supplerende undersøkelser etter at pasienten er lagt inn til operasjon.

Intervjuundersøkelsen viser at de fleste sykehusene (A1, A2, A3, A4, A6, B1, B3) nokså ofte må erstatte pasienter som opprinnelig er satt opp på operasjonsprogrammet. En av årsakene er at pasienter som det haster med å operere, blir prioritert foran i køen. Flere pasientkoordinatorer på sykehusene oppgir også at pasientene selv ofte gir beskjed om at operasjonstidspunktet de er tildelt ikke passer. Sykehusene klarer som oftest å endre pasientinntaket slik at de unngår strykninger på operasjonsprogrammet, men merarbeidet tar mye tid og ressurser, og oppleves som et problem for pasientforløpet av flere respondenter.

Det er fire liggetidseffektive sykehus (A1, A2, A4, A7) som oppgir at de har formulert konkrete servicemål for hofteprotesepasientene om en forventet ventetid til operasjon. Flere andre sykehus (A3, B3 B5) som oppgir at de ikke har slike servicemål, begrunner dette blant annet med at de opplever uforutsigbarhet med hensyn til ressurser og kapasitet som gjør det vanskelig å formulere konkrete mål. Med hensyn til hvilken informasjon hofteprotesepasientene får om behandlingsforløpet, er det igjen fire liggetidseffektive sykehus (A4, A5, A6, A7) som oppgir at de gir pasientene en eksakt innleggelsesdato for operasjon i tilknytning til den polikliniske undersøkelsen. Tre av disse sykehusene (A5, A6, A7) gir i tillegg pasienten muligheten til selv å bestemme operasjonsdatoen. Begrunnelsen for det siste er et ønske om å forankre et sterkere eierskap hos pasienten til behandlingen og operasjonstidspunktet. På den måten prøver en å gjøre det vanskeligere for pasientene å trekke seg fra operasjonen, og en får redusert noen av de pasientrelaterte avbestillingene og

utsettelsene. En av de positive effektene disse sykehusene nå merker er at sekretærene og pasientkoordinatorene opplever at det er færre pasienter som gjør avbestillinger. Det blir også pekt på at praksisen med å gi tidlig og eksakt informasjon til pasientene om behandlingsforløpet sparer sykehuset for administrasjonskostnader knyttet til brevutsendelser og færre telefonhenvendelser fra usikre pasienter. Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at det mest vanlige blant sykehusene er at pasientene får fire brev om forventede ventetider og innkallelelsesbrev før de blir lagt inn til operasjon.

Organisering av preoperative undersøkelser

Intervjuundersøkelsen viser at sykehusenes preoperative undersøkelsesaktiviteter er nokså like. Før hofteprotesepasientene blir operert, har de gjennomgått en klinisk undersøkelse, nødvendige røntgenbilder er analysert, tilleggssykdommer er kartlagt, ulike prøver er tatt og pasientene har fått informasjon om hva operasjonen innebærer. Før pasientene blir innkalt til operasjon, er de fleste pasientene inne til en poliklinisk undersøkelse. Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at det er betydelig variasjon mellom sykehusene i hvordan de preoperative undersøkelsesaktivitetene organiseres. Det synes samtidig å være i det preoperative pasientforløpet at det er gjennomført flest organisatoriske tiltak, både av de liggetidseffektive og de liggetidsineffektive sykehusene, for å effektivisere pasientbehandlingen og redusere ventetidene.

På et av de liggetidsineffektive sykehusene (B4) har de klart å effektivisere pasientforløpet gjennom å seksjonere den polikliniske avdelingen i mindre enheter relatert til pasientgrupper. Med en større råderett og samling av ressursene har de fått bedre kontroll og oversikt over pasientene. En effekt av seksjoneringen har blant annet vært at færre leger nå har ansvaret for den enkelte pasient fra poliklinikk til operasjon og postoperativ kontroll.

Ett liggetidseffektivt sykehus (A7) oppgir at de i tilknytning til et omorganiseringsprosjekt besluttet å samle alle de preoperative undersøkelsene til samme dag på poliklinikken. Flere pasienter blir nå innkalt til poliklinikken tidlig om morgenen, der det tas nødvendige røntgenbilder, prøver og kliniske undersøkelser før de kommer inn til konsultasjon hos en spesialist som vurderer om pasienten trenger operasjon. De pasientene som skal ha operasjon, fortsetter så forberedelsesprogrammet etter lunsj med et undervisningsopplegg som arrangeres av en fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier, som også gir all nødvendig praktisk informasjon om operasjonen. En viktig del av det preoperative undersøkelsesopplegget er at pasientene også får bestemt en operasjonsdato, der operasjonstidspunktet ikke er satt lenger fram i tid enn tre til fire uker. Disse rutineendringene har redusert liggetiden til pasientene før operasjonen betyde-

lig i dette sykehuset. Tidligere ble pasienter som skulle opereres på mandagene, lagt inn før helgen for at de skulle rekke å gjennomføre de nødvendige undersøkelser og forberedelser. På dette sykehuset oppgir de at hofteprotese-pasientene nå i langt større grad er klargjort for operasjonen på forhånd, og i stedet for at de opptar sengeplasser og andre ressurser, spesielt i helgene, kan de nå kalles inn dagen før de skal opereres.

Et annet sykehus (B4) oppgir at de på en lignende måte har klart å redusere liggetiden før operasjonen gjennom å endre noen av legenes rutiner i det preoperative pasientforløpet. I dette sykehuset er legene blitt flinkere til å henvise pasienter med eksempelvis hjerte- og lungeproblemer videre til ytterligere undersøkelser i tilknytning til den polikliniske undersøkelsen, slik at disse pasientene i større grad er ferdig utredet når de legges inn til operasjon. En respondent ved dette sykehuset mener at de blant annet med disse rutineforbedringene har redusert liggetiden før operasjon med flere dager for slike pasienter:

«Det var mye vanligere før, at når pasientene ble lagt inn måtte de henvises til kardiolog, lungemedisiner osv., og da ble de jo liggende i dagesvis før vi kunne operere dem»

Intervjuundersøkelsen viser at et flertall av de undersøkte sykehusene (A1, A3, A4, A5, A7, B3, B4, B5) har rettet særlig oppmerksomhet mot samarbeidet med primærlegene med tanke på å bedre det preoperative pasientforløpet og redusere ventetidene til operasjon. Flere av sykehusene bemerker at kvaliteten på henvisningene fra primærlegene kan variere, og de har derfor i den senere tid gjennomført tiltak med sikte på å få til en mer ensartet og fullstendig henvisningspraksis. Tiltakene har blant annet vært rettet mot standardisering av henvisningsskrivene og opplæring i hva som er gode henvisningsgrunner. Videre har sykehusene formidlet mer informasjon om pasientgruppen til primærhelsetjenesten. Ett sykehus (B4) mener deres informasjonskampanje rettet mot primærlegene har hatt god effekt på ventelistene til poliklinikken, og ført til at de nå får færre åpenbart uaktuelle søknader. Flere sykehus (A4, A5, A7, B3, B4) har også begynt å stille tydeligere krav til hvilke preoperative undersøkelser som primærlegene har ansvaret for å gjennomføre og forberede. Sykehusene ønsker blant annet at primærlegene tar ansvar for å rekvirere de nødvendige prøvene og røntgenbildene til den polikliniske undersøkelsen på forhånd. Tre sykehus (A7, B3, B5) oppgir at

de med bakgrunn i forbedrede henvisningsrutiner og samarbeid med primærlegene har begynt å sette opp pasienter med helt klare operasjonsindikasjoner direkte til operasjon, og uten at disse har vært inne til poliklinisk konsultasjon. På den måten har pasienter sluppet en stor del av den samlede ventetiden for hoftoperasjoner og samtidig spart sykehuset for tid og ressurser til en ekstra poliklinisk konsultasjon.

Poliklinikk som flaskehals

De fleste sykehusene (8 av 12) i intervjuundersøkelsen opplever den polikliniske kapasiteten som en flaskehals for pasientforløpet. Det er bare tre liggetidseffektive sykehus (A4, A5, A6) som oppgir at de ikke opplever poliklinikken som en flaskehals. Av de sykehusene som oppgir at den polikliniske undersøkelsen er en flaskehals, peker fire av sykehusene (A1, A2, A3, B1) på kapasitetsproblemer eller plassmangel for å gjennomføre undersøkelsene som en av årsakene. Et av de liggetidseffektive sykehusene (A3) peker imidlertid på at de i den senere tiden har klart å omgå dette problemet og redusert ventetidene til den polikliniske undersøkelsen vesentlig. Dette har de gjort ved å gjennomføre mange polikliniske konsultasjoner på sengeposten i perioder med lav aktivitet på operasjonsstua og i tilknytning til sommerferien når en av sengepostene har vært stengt.

Intervjuundersøkelsen viser at det i liten grad er andre involverte avdelinger eller støttefunksjoner som forårsaker de problemene og flaskehalsene sykehusene opplever i det preoperative pasientforløpet. Av de sykehusene som opplever den polikliniske kapasiteten som en flaskehals, blir det i stor grad pekt på at den ortopediske virksomheten selv ikke klarer å ta unna de pasientene som blir henvist til poliklinikken. Som en av forklaringene på dette oppgir halvparten av sykehusene (A1, A3, A7, B1, B3, B4) at omfanget av etterkontroller av ferdigbehandlede pasienter utgjør en vesentlig del av problemet for å redusere ventetiden for nye henvisninger til poliklinikken.

Som en del av pasientbehandlingen blir hofteprotese-pasientene etterkontrollert tre til seks måneder etter operasjonen ved alle sykehusene i intervjuundersøkelsen. I hvilken grad pasientene blir innkalt til ytterligere kontroller etter dette, varierer imidlertid mellom sykehusene. Tabell 6.4 viser hvor mange etterkontroller totalt sykehusene oppgir at hofteprotese-pasientene vanligvis blir innkalt til etter operasjonen og hvor lang ventetiden er for pasientene til den polikliniske undersøkelsen.

Tabell 6.4 Sykehusenes samlede antall postoperative kontroller av hofteprotesepasienter

	Ventetid i måneder	Samlet antall etterkontroller	
		1	2 eller flere
Ventetid før poliklinikk	Kort (min. 0,5, maks. 2)	A1, A5, A6 B5	A3, A4
	Lang (min. 2,5, maks. 6)	A7 B2, B4	A2 B1, B3

Kilde: Intervjuundersøkelsen

Tabell 6.4 viser at et flertall på sju av sykehusene vanligvis bare gjennomfører én postoperativ kontroll av hofteprotesepasientene. Fem av sykehusene kontrollerer vanligvis hofteprotesepasientene to ganger eller mer etter operasjonen. Blant de fem sykehusene som kontrollerer pasientene to eller flere ganger, oppgir et av sykehusene at de kontrollerer pasientene som får satt inn sementfrie⁴⁷ proteser «livet ut». To andre sykehus oppgir at de vanligvis kontrollerer hofteprotesepasientene fem ganger i løpet av en 10 års periode. Tabellen viser også at tre av de sykehusene som oppgir å ha lang ventetid før den polikliniske undersøkelsen, samtidig oppgir at de gjennomfører to eller flere etterkontroller på poliklinikken.

Det gis ulike begrunnelser for hvor mange postoperative kontroller sykehusene planlegger å gjennomføre. På den ene siden blir det pekt på at antall etterkontroller avhenger av hvilken type protese som er satt inn. En del av etterkontrollene av hofteprotesepasientene skjer i forskningsøyemed, og ved et av de sykehusene (A4) som gjennomfører mange postoperative kontroller, legges det vekt på at etterkontrollene er en viktig kvalitativ del av behandlingen. På den andre siden er det flere respondenter (A1, A7, B2, B3) som mener at de ferdigbehandlede pasientene ikke bør kontrolleres for ofte. En uttalelse fra en ortoped i et av disse sykehusene illustrerer dette synspunktet:

«Hvis jeg skulle kontrollere alle protesene som jeg opererer etter tre og seks måneder, ett år, to år og fem år, så hadde jeg ikke fått gjort noe annet enn å sitte og kontrollere i utgangspunktet friske folk som var fornøyd»

På et av de sykehusene (B3) som gjennomfører fem postoperative kontroller, var situasjonen på intervju tidspunktet (høsten 2002) at ledelsen på poliklinikken var bedt om ikke å sette opp nye henvisningstimer fordi de ikke klarte å ta unna de planlagte kontrollene. I tillegg til dette sykehuset gir også to andre sykehus (A1, A2) uttrykk for at de ønsker å endre organiseringen av eller å redusere antallet etterkontroller for å øke kapasiteten på poliklinikken. For å motvirke kapasitetsproblemer på poliklinikken, oppgir tre andre sykehus (A7, B2, B4) at de har

⁴⁷ Det finnes både sementerte proteser og sementfrie proteser

begynt å kanalisere hofteprotesepasientene tilbake til primærlegene for å gjennomføre etterkontrollene.

6.2.2 Pasientforløp fra innleggelse til operasjon

Pasientenes liggetid før operasjon

Som vist i kapittel 5 lå pasientene i gjennomsnitt nesten to dager inne på sykehuset i 2001 før de ble operert, jf. tabell 5.1. Det er imidlertid stor variasjon mellom sykehusene. For sykehusene i intervjuundersøkelsen varierer den gjennomsnittlige liggetiden før operasjon fra 0,7 dager til 3,2 dager i 2001, jf. tabell 6.1. Tabell 6.5 viser hvor mange dager sykehusene i intervjuundersøkelsen oppgir at pasientene som hovedregel ligger inne på sykehuset før de blir operert.

Tabell 6.5 Oppgitt innleggelsestidspunkt før operasjon

Hovedregel	Sykehus
Samme dag ⁴⁸	A3, A6
1 dag før operasjon	A1, A2, A4, A5, A7 B5
2 dager før operasjon	B1, B2, B3, B4

Tabell 6.5 viser at seks av sykehusene oppgir at pasientene som hovedregel opereres dagen etter innleggelsen. To sykehus oppgir i tillegg at hofteprotesepasientene som opereres på mandager, vanligvis legges inn samme dag. På disse to sykehusene blir hofteprotesepasienter som opereres på andre dager i uken, lagt inn dagen før operasjonen. Samlet er sju av de åtte sykehusene som opererer pasientene dagen etter innleggelsen eller tidligere, liggetidseffektive sykehus. Videre viser tabellen at det er fire liggetidsineffektive sykehus som oppgir at de som hovedregel opererer hofteprotesepasientene to dager etter innleggelsen.

Begrunnelse for innleggelsestidspunkt

Alle hofteprotesepasientene må i tilknytning til innleggelsen gjennomgå noen forberedende undersøkelser før de kan opereres, og sykehusene trenger

⁴⁸ Dette omfatter pasienter som opereres på mandager

derfor en viss tid til å gjennomføre operasjonsforberedende aktiviteter. Foruten dette viser intervjuundersøkelsen at det gis ulike begrunnelser for hvor lang tid før operasjonen sykehusene legger inn hofteprotesepasientene. Alle de sykehusene som vanligvis legger inn pasientene dagen før operasjonen, mener denne tiden er nødvendig – men også tilstrekkelig – til både å gjennomføre de medisinske operasjonsforberedelsene, gi pasientene den siste nødvendige informasjonen og gi pasientene muligheten til å gjøre seg kjent med personalet og føle seg trygge på operasjonssituasjonen. En begrunnelse som to sykehus (A3, A7) oppgir for at de ikke ønsker å legge inn pasientene tidligere, er at infeksjonsrisikoen øker. For de fleste sykehusene som opererer hofteprotesepasienter på mandager er det vanlig at disse blir lagt inn før helgen – torsdag eller fredag – slik at operasjonsforberedelsene kan skje i den ordinære arbeidstiden i uken før operasjonen. Mens en del av disse pasientene reiser på helgepermisjon før operasjonen, er det også en god del pasienter som blir liggende inne på sykehuset over helgen. To av de liggetidseffektive sykehusene (A3, A6) legger inn pasientene til operasjon samme dag (mandag). Disse pasientene er imidlertid «lettere» eller mindre syke enn de som opereres i resten av uken, og innkalles derfor i større grad til sykehuset ut fra medisinske behov som dagpasienter i uken før operasjonen. På denne måten differensierer sykehusene innleggelsestidspunktet og pasientforløpene mellom «lettere» og ukompliserte hofteprotesepasienter og «tyngre» og mer kompliserte hofteprotesepasienter.

De fire liggetidsineffektive sykehusene (B1, B2, B3, B4) som oppgir at de vanligvis legger inn pasientene to dager før operasjon, begrunner dette blant annet med at de trenger å ta nødvendige og supplerende prøver og undersøkelser. De oppgir også at de trenger tiden før operasjonen til å sikre seg at pasientene er ferdig utredet og klargjort til operasjonen. Tre av disse sykehusene (B1, B2, B3) vedgår samtidig at liggetiden før operasjon er for lang, og mener at det særlig er pasienter som ikke er ferdig utredet når de legges inn, som skaper disse problemene. I disse liggetidsineffektive sykehusene er det i tillegg vanlig å legge inn «reservecasienter» som kan være klare hvis andre pasienter blir utsatt eller strøket fra operasjonsprogrammet.

Tre sykehus (A7, B3, B4) oppgir at de i de siste årene har gjennomført tiltak som har redusert liggetiden før operasjon. Resultatet har vært at de både har fått frigjort senger, bedret utnyttelsen av personalressursene i helgene og spart kostnader i form av de reduserte liggedagene. En av de gjennomgående strategiene til disse og noen av de andre sykehusene (A4, A6) har vært i størst mulig grad å samle de preoperative undersøkelsene og aktivitetene til den polikliniske konsultasjonen og i venteperioden før innleggelsen. I tillegg har det vært et mål å redusere ventetiden mellom den polikliniske konsultasjonen

og innleggelsen for å unngå at pasientenes medisinske tilstand blir endret og for å slippe å gjenta undersøkelser fordi resultatene er blitt for gamle.

6.2.3 Pasientforløp ved operasjon

Ved alle sykehusene i intervjuundersøkelsen blir den ortopediske virksomheten i større eller mindre grad tildelt et fast antall ukentlige operasjonsstuer og operasjonsdager. Disse fordeles ut fra den totale operasjonskapasiteten på sykehuset. Innenfor den tildelte operasjonskapasiteten blir hofteprotesepasienter satt opp til operasjon og prioritert blant andre ortopediske pasientgrupper.

Skjerming av operasjonsvirksomheten

Hofteproteseoperasjoner krever mye planlegging før operasjon. Flere av sykehusene oppgir derfor at de nødvendig fraviker det planlagte operasjonsprogrammet for hofteprotesene når pasienten er lagt inn på sykehuset. For å hindre at andre ting forstyrrer disse operasjonene, planlegges hofteproteseoperasjonene ofte som de første operasjonene på dagsprogrammet. I den forstand forsøker alle sykehusene til en viss grad å skjerme hofteproteseoperasjonene. Noen sykehus (A1, A3, A6, B1, B2, B4) forsøker imidlertid også å skjerme proteseoperasjonene gjennom å skille mellom operasjonsstuer for planlagte operasjoner, hvor hofteoperasjonene skjer, og halvaktuelle eller øyeblikkelig-hjelp operasjonsstuer hvor annen type kirurgi gjennomføres. Noen mindre sykehus (A2, A5, B5) synes i større grad å måtte dele operasjonsstuene med andre kirurgiske pasientgrupper og prioriterte øyeblikkelig-hjelp operasjoner.

Samhandling mellom faggrupper og avdelinger

De aller fleste sykehusene oppgir at de har gjennomført tiltak både for å øke antall operasjoner og redusere ventetidene for hofteprotesepasientene. Sykehusene har hatt som mål å få til en bedre operasjonsplanlegging og en bedre koordinering av ressursene mellom avdelingene, og som et av tiltakene er seksjonering i avdelingene mellom de ulike pasientgruppene blitt pekt på som en av løsningene i fire av sykehusene (A3, A4, B4, B5). Gjennom å samle behandlingen av ulike pasientgrupper i forskjellige kirurgiske klinikker og i mindre seksjoner på avdelingene, mener flere av respondentene at samarbeidet og samhandlingen mellom det involverte personalet i pasientkjeden er blitt bedre. Rutinene for pasientbehandlingen fungerer bedre blant annet ved at færre leger og annet personale forholder seg til pasienten. Det er også blitt større fleksibilitet innad i de nye kirurgiske klinikkene, noe som har bidratt til at en i større grad har kunnet utnytte kapasiteten hos de involverte behandlingsenhetene. Flere av respondente ne peker i tillegg på at større grad av teamorganisering i pasientbehandlingen og operasjonsvirksomhe-

ten, der faggruppene som er involvert i de ulike behandlingsfasene danner egne administrative behandlingssenheter, ville kunne bidra til å effektivisere behandlingen og øke produksjonen. Særlig noen av ortopedene mener at de har for liten innflytelse over det personalet som er involvert i operasjonen av hofteprotesepasientene, og at for mange avdelinger og personalgrupper må konsulteres og tas hensyn til i beslutninger knyttet til gjennomføringen av det planlagte operasjonsprogrammet.

Alle sykehusene har en form for langtids- og korttidsplanlegging av operasjonsprogrammet. De fleste sykehusene oppgir også at ledelsen både i operasjonsavdelingen, anesthesiavdelingen, på sengepostene og i den ortopediske virksomheten/avdelingen ofte deltar i denne planleggingen. Det synes imidlertid å være mer vanlig at flest personalgrupper og avdelinger er involvert i langtidsplanleggingen. Et av de liggetidseffektive sykehusene (A6) peker på teamorganiseringen som en hovednøkkel til effektiv drift og pasientbehandling, særlig i forhold til å planlegge operasjonsvirksomheten på kort sikt, og for å gjennomføre det praktiske operasjonsarbeidet. Ved at alle involverte aktører deltar i arbeidsmøtene når det ukentlige operasjonsprogrammet settes opp, blir de ulike faggruppene ansvarliggjort, og en sikrer dermed også et eierskap som bidrar til å øke viljen til å gjennomføre operasjonsprogrammet. Flere respondenter i noen av de mindre sykehusene (A2, A5, A6, A7, B5) framhever den uformelle kontakten og samarbeidet mellom faggruppene som et særlig fortrinn både i forhold til å planlegge og gjennomføre operasjonsprogrammet.

Gjennomføring av dagsprogram

Åtte av de tolv sykehusene gir uttrykk for at de viktigste suksesskriteriene for å utnytte operasjonskapasiteten bedre og å operere flere pasienter i et dagsprogram er å starte tidlig om morgenen med den første operasjonen og å redusere byttetiden mellom operasjonene.

På spørsmål om hvor mange proteseoperasjoner som kan gjennomføres på et dagsprogram, rapporterer ti av tolv sykehus at de vanligvis planlegger å operere to primære hofteprotesepasienter på en operasjonsstue per dag. De to mest liggetidseffektive sykehusene (A3, A6) oppgir at de opererer tre primærproteser på en operasjonsstue per dag. Tre liggetidseffektive sykehus (A1, A4, A5) oppgir i tillegg at de i forsøksprosjekter eller ved helgedagnader tidligere har gjennomført tre primære proteseoperasjoner på en stue per dag. Ytterligere tre sykehus (A7, B3, B4) mener også at det kan være mulig å operere tre primære hofteproteser på en stue per dag.

Ti av sykehusene oppgir at det er personalet som kommer på jobb om morgenen, som i stor grad klargjør operasjonsstuen til dagens første hofteoperasjon. To av de liggetidseffektive sykehusene (A6,

A7) oppgir imidlertid at de i større grad legger vekt på å klargjøre operasjonsstuene kvelden før. På spørsmål om når på morgenen ortopedene begynner å operere den første pasienten, oppgir disse to sykehusene også at de konsekvent prøver å starte den første operasjonen klokken åtte om morgenen. For de andre sykehusene i intervjuundersøkelsen kan starttidspunktet for den første operasjonen variere fra klokken halv ni til halv elleve om formiddagen. Seks av sykehusene oppgir at de vanligvis begynner å operere den første pasienten klokken ni eller senere. Flere av respondentene peker på at forberedelsesprosedyrene for proteseoperasjonene tar tid. Blant annet skal operasjonsstuen og utstyret klargjøres, pasienten skal trilles ned fra sengepost, pasienten skal bedøves og dekkes til. Videre blir det pekt på at både morgenmøter og noen ganger internundervisning skal avvikles.

Det er variasjoner mellom sykehusenes opplevelse av fleksibilitet med hensyn til å gjennomføre flere hofteoperasjoner ved behov. Sju av sykehusene (A1, A2, A4, A5, A6, B2, B6) oppgir at de generelt opplever god fleksibilitet med hensyn til å kunne gjennomføre planlagte operasjoner. Blant annet blir det pekt på at personalet som oftest har mulighet til å stå litt utover arbeidstiden hvis en ikke blir ferdig med å operere en pasient. Tre sykehus (A2, A4, B4) oppgir også at personalet som kommer på jobb på ettermiddagsskiftet, kan benyttes til å fullføre dagsprogrammet. Fem sykehus (A3, B1, B2, B3, B4) opplever i større grad at operasjonskapasiteten ikke alltid blir fullt utnyttet eller at de noen ganger mangler den fleksibiliteten som skal til for å kunne gjennomføre de planlagte dagsprogrammene. På et av disse sykehusene (B1) mener en respondent at de har en reservekapasitet på sykehuset på cirka 25 prosent økning i antall operasjoner. Denne reservekapasiteten er knyttet til både å utnytte personalet til operasjonsdugnader på ettermiddagstid og i helgene og til å omorganisere pasientmiksen mellom hofteproteser og andre pasienter på dagsprogrammet. På et annet sykehus (B3) hender det ofte at de er ferdige med de to planlagte hofteoperasjonene mellom klokken tolv og to, og at operasjonspersonalet etter dette spres ut for å hjelpe til på andre seksjoner. For flere sykehus (A2, A4, B4) synes det å være et kritisk punkt for fleksibiliteten og muligheten for å gjennomføre det planlagte programmet at de har tilstrekkelig tilgang på personale i overgangen mellom dag- og ettermiddagsskiftet på operasjonsstuene. En konsekvens av å ikke ha tilstrekkelig personale i skiftovergangene er at en ikke får påbegynt en planlagt eller en ekstra operasjon i arbeidstiden fordi en ikke kan risikere å gå ut over den ordinære arbeidstiden.

I åtte av de tolv sykehusene oppgis det at operasjonsvirksomheten i større eller mindre grad er en flaskehals for pasientforløpet. Det er kun fire liggetidseffektive sykehus (A1, A2, A5, A6) som oppgir at de ikke opplever operasjonsvirksomheten som en

flaskehals. Sykehusene som oppgir at operasjonsvirksomheten er en flaskehals, peker på at det er den marginale bemanningssituasjonen på operasjonsavdelingen som i særlig grad påvirker operasjonskapasiteten deres. Sykdom blant operasjonspersonalet fører ofte til at en operasjonsstue eller et av operasjonsteamene ikke kan tas i bruk (B1, B3, B5). Videre mener fire liggetidsineffektive sykehus (B2, B3, B4, B5) at byttetiden mellom operasjonene er en viktig flaskehals for operasjonsvirksomheten. I ett av sykehusene (B5) karakteriseres byttetiden mellom hofteoperasjonene blant annet av at operasjonspersonalet er involvert i de fleste aktivitetene ved pasientbyttet. Mens vasking av operasjonsstuen pågår, har hele personalet matpause. Først etter matpausen kan forberedelsen til neste operasjon begynne, med mottak av neste pasient fra sengepost, bedøvelse og tildekking av pasienten som skal opereres. Intervjuundersøkelsen viser at det synes å være et skille mellom sykehus som organiserer aktivitetene i pasientbyttet etter hverandre og de sykehusene som i større grad organiserer bytteaktivitetene parallelt. Ett liggetidseffektivt sykehus (A3) bemerker blant annet at de har effektivisert byttetiden gjennom å ta i bruk en preoperativ stue der neste pasient blir klargjort til operasjonen. På to andre liggetidseffektive sykehus (A5, A6) framgår det at byttetiden bare er den tiden det tar å vaske ferdig operasjonsstuen. Da skal neste pasient være klar til å trilles inn på operasjonsstuen.

Utsettelse og strykninger i operasjonsprogrammet

Generelt oppgir sykehusene at de sjelden må stryke hofteprotesepasienter fra operasjonsprogrammet eller at operasjonen må utsettes når pasientene er lagt inn til operasjon. Det pekes på en rekke årsaker til at utsettelse eller strykninger skjer, men også hvordan utsettelsene og strykningene kan unngås. Av årsaker som ikke er relatert til hofteprotesepasientene, oppgir flere sykehus at øyeblikkelig-hjelp-operasjoner i enkelte tilfeller kan fortrengte planlagte inngrep og proteseoperasjoner. Videre blir det pekt på at sen oppstart om morgenen, lang byttetid mellom operasjonene og sykdom på operasjonsavdelingen er årsaker til at operasjoner blir utsatt og strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet. Av mer pasientrelaterte årsaker blir det av tre liggetidsineffektive sykehus (B1, B2, B4) pekt på at det hender at pasienter ikke kan opereres som planlagt fordi de ikke har vært ferdig utredet når de blir lagt inn, eller at pasienten etter den polikliniske undersøkelsen har fått tilleggsykdommer som er uforenlige med en hofteoperasjon. Fire av de liggetidseffektive sykehusene (A3, A4, A6, A7) uttrykker også at ikke-ferdigutredete pasienter som legges inn til operasjon, utgjør en risiko for at en kan få utsettelse eller strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet. Disse sykehusene legger imidlertid særlig vekt på at pasienten fysisk og mentalt er forberedt og klargjort når de legges

inn, og mener dette er en hovedårsak til at de i liten grad har problemer med utsettelse og strykninger på det planlagte operasjonsprogrammet.

Det kan generelt synes som om flere av de liggetidseffektive sykehusene i større grad organiserer tiltak som kan forhindre eller redusere utsettelse og strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet. Eksempelvis oppgir et av de liggetidsineffektive sykehusene (B4) at pasientene skrives ut uten operasjon når det oppdages urinveisinfeksjon. Ved flere andre sykehus (A4, A5, B3) er det innført rutiner hvor primærlegen har ansvar for å kalle inn pasienten preoperativt for å utelukke eller behandle urinveisinfeksjonen, slik at pasienten kan opereres som planlagt. To liggetidseffektive sykehus (A4, A5) har også satt opp en egen venteliste med noen «mindre syke» pasienter som kan komme på kort varsel hvis det skulle oppstå «hull» i operasjonsprogrammet, slik at de kan utnytte operasjonskapasiteten. I tilfeller der planlagte operasjoner blir utsatt eller strøket, velger noen sykehus (A3, A4, B3) å skrive ut pasientene for at de ikke skal forstyrre resten av det planlagte operasjonsprogrammet. Tre liggetidsineffektive sykehus (B1, B4, B5) holder imidlertid pasienten inneliggende til det oppstår en mulighet i operasjonsprogrammet en av de nærmeste dagene. På denne måten oppstår det en slags ufrivillig overbooking. To sykehus (A1, B4) oppgir imidlertid også at de bevisst overbooker eller innkaller reservepasienter i tilfelle andre pasienter skulle falle ut av operasjonsprogrammet.

6.2.4 Pasientforløp etter operasjon

Hofteprotesepasientenes liggetid i sykehuset etter operasjon

På landsbasis ligger hofteprotesepasientene i gjennomsnitt nesten ti dager på sykehuset etter operasjonen. Det er imidlertid betydelige variasjoner i liggetiden mellom sykehusene, jf. kapittel 5. Blant de tolv sykehusene i intervjuundersøkelsen varierer den gjennomsnittlige liggetiden etter operasjon fra 5,4 til 13,5 dager, jf. tabell 6.1. I intervjuundersøkelsen trekker sykehusene fram at liggetiden etter operasjon kan variere mye som følge av egenskaper ved behandlingsformen og pasientene selv. På spørsmål om hvilke faktorer som har betydning for hvor lenge pasientene ligger på sykehuset, er svarene fra respondentene i stor grad i samsvar med resultatene fra den statistiske analysen beskrevet i kapittel 5. Intervjuundersøkelsen indikerer imidlertid at også den interne organiseringen av pasientforløpet etter operasjon kan ha stor betydning for pasientenes liggetid etter operasjon ved de forskjellige sykehusene.

Intern organisering av pasientforløpet etter operasjon

De fleste sykehusene i intervjuundersøkelsen gir hofteprotesepasientene informasjon om operasjonen

og den videre behandlingen ved flere møtepunkter i pasientforløpet, både ved den polikliniske undersøkelsen, i innleggelsesbrev, i tilknytning til selve innleggelsen og etter operasjonen. Intervjuundersøkelsen viser samtidig at det kan være ulik praksis og ulike strategier mellom sykehusene for når informasjonen blir gitt til hofteprotesepasientene. Fem av de liggetidseffektive sykehusene (A3, A4, A5, A6, A7) oppgir at de legger særlig vekt på å informere pasientene tidlig i pasientforløpet om hvordan pasientbehandlingen legges opp, og konkret hvor lenge pasientene kan forvente å bli inneliggende på sykehuset etter operasjonen. Disse sykehusene synes i større grad å bruke formidlingen av informasjonen som et styrende virkemiddel for pasientforløpet overfor hofteprotesepasientene enn de andre sykehusene. Gjennom å være tydeligere overfor pasientene om hvordan operasjonen og behandlingsforløpet etterpå vil forløpe, opplever disse sykehusene at pasientene er mer forberedt og mentalt innstilt når de legges inn til operasjon. På et av sykehusene (A4) får pasientene eksempelvis beskjed i innleggelsesbrevet om at de noen få dager etter operasjon må regne med å bli overført til et annet sykehus eller påregne å reise hjem i påvente av plass på en rehabiliteringsinstitusjon. I tre andre sykehus (A3, A6, B3) får pasientene beskjed om at de maksimalt vil kunne ligge et bestemt antall dager på sykehuset før de blir skrevet ut og eventuelt sendt på et rehabiliteringsopphold. På et femte sykehus (A7) får pasientene beskjed om selv å bestille rehabiliteringsplass til et bestemt tidspunkt etter operasjonen. Flere respondenter på noen av de liggetidseffektive sykehusene (A3, A5, A7) mener at mer «styrende» informasjon, hvor sykehusene får sterkere innflytelse over pasientforløpet enn tidligere, har hatt en direkte betydning for reduksjonen i liggetid etter operasjonen.

Intervjuundersøkelsen viser samtidig at flere av de liggetidsineffektive sykehusene synes å være mindre opptatt av å påvirke pasientenes forventninger til pasientforløpet i en bestemt retning. To av sykehusene (B1, B5) gir blant annet uttrykk for at pasi-

entene selv er med på å vurdere hvor lenge de skal være inneliggende på sykehuset etter operasjonen. Flere respondenter bemerker at de ønsker å jobbe på pasientenes premisser. På disse sykehusene synes man også å være mindre opptatt av når og hvordan informasjonen til pasientene blir formidlet. Som et betegnende eksempel på dette svarer pasientkoordinatoren på et av de liggetidsineffektive sykehusene følgende på spørsmålet om når hofteprotesepasientene får informasjon om hvor lenge de kan forvente å bli liggende på sykehuset:

«Det får de i prinsippet vite på poliklinikken når de er til undersøkelse der. En del av dem ringer til meg og spør om hvor lenge de blir værende, om de kommer på rekonvalesenthjem etterpå, om de trenger å bestille hjelpemidler på forhånd eller om vi gjør det når de er her, og sånne ting. (...) Hvis de ringer til meg og spør hvor lenge de blir liggende etter en hofteoperasjon, så svarer jeg 12–14 dager, for det er gjennomsnittet.»

Et annet kjennetegn ved de sykehusene som har mindre fokus på informasjonsformidlingen, er at informasjonen som blir gitt til hofteprotesepasientene om pasientforløpet etter operasjonen, i større grad blir formidlet når pasientene legges inn til operasjon eller etter at inngrepet er gjennomført.

Intervjuundersøkelsen viser at de liggetidseffektive sykehusene i større grad enn de liggetidsineffektive sykehusene avklarer hvor hofteprotesepasientene skal sendes før de legges inn til operasjon. Mens fem av de sju liggetidseffektive sykehusene (A2, A3, A5, A6, A7) oppgir at de bestiller rehabiliteringsplass før pasienten legges inn til operasjon, eller på forhånd har avtaler om rehabiliteringsplasser, er det bare to av de liggetidsineffektive sykehusene (B2, B3) som oppgir det samme. Tabell 6.6 viser en fordeling av sykehusene sortert etter når de vanligvis bestiller rehabiliteringsplasser, og i hvilken grad de oppgir å ha problemer med utskrivningsklare pasienter.

Tabell 6.6 Tidspunkt for når sykehusene bestiller rehabiliteringsplasser, og grader av problemer med utskrivningsklare pasienter

Bestilling/klarlegging av rehabiliteringsforløp	Problemer med utskrivningsklare pasienter?	
	I mindre grad	I større grad
Før innleggelsen til operasjon	A2, A3, A5, A6, A7, B3	B2, B5
Etter innleggelsen til operasjon	A4	A1, B1, B4

Kilde: Intervjuundersøkelsen

Tabell 6.6 viser at et flertall på åtte av sykehusene oppgir at de vanligvis bestiller rehabiliteringsplasser før pasientene blir innlagt til operasjon. Seks av disse sykehusene kjennetegnes også av at de i

mindre grad har problemer med utskrivningsklare pasienter. Det er i tillegg en overvekt av liggetidseffektive sykehus blant disse. Videre viser tabellen at det er de liggetidsineffektive sykehusene som i stør-

re grad oppgir å ha problemer med at utskrivningsklare pasienter er inneliggende på sykehuset. To av de liggetidsineffektive sykehusene (B1, B4) oppgir i tillegg at de vanligvis klarlegger pasientenes rehabiliteringsforløp etter operasjon i tilknytning til innleggelsen. Disse to sykehusene begrunner dette med at en ønsker å se an pasientene og vurdere løpende hva slags rehabiliteringspotensial pasienten har etter operasjonen, og om pasienten selv føler behov for rehabiliteringsopphold.

I fem av sykehusene gis det uttrykk for at det ofte eller periodevis er mange korridorpasienter (A3, A4, B2, B3, B4). Tre av de fem sykehusene er liggetidsineffektive sykehus.

De fleste sykehusene i intervjuundersøkelsen har en høy beleggspersent på sengeposten. Det er likevel bare to av sykehusene (B3, B4) som oppgir at kapasiteten på sengeposten er en flaskehals i pasientforløpet. Dette er to liggetidsineffektive sykehus som oppgir at de har konstant høy beleggspersent på sengeposten der øyeblikkelig-hjelp-operasjoner og andre forsinkelser i perioder resulterer i overbelegg og inntaksstopp av nye pasienter. Et av disse sykehusene (B4) oppgir også at de har problemer med at utskrivningsklare pasienter ligger inne på sengeposten.

Fem av de liggetidseffektive sykehusene (A2, A3, A4, A5, A7) oppgir at de har høy beleggspersent på sengeposten, men opplever samtidig at dette i mindre grad virker inn på behandlingen av pasientene. En årsak er at gjennomstrømningen av pasienter på sengeposten er høy. Flere respondenter bemerket dessuten at høy beleggspersent er et større problem for inntak og behandling av flere pasienter når pleiefaktoren på sengeposten er lav.

Rehabiliteringsopphold som en del av pasientbehandlingen

De fleste sykehusene som oppgir at de i mindre grad har problemer med utskrivningsklare pasienter, har avtale om rehabiliteringsplasser for noen eller alle hofteprotesepasientene. For disse sykehusene består planleggingen av pasientforløpets siste fase for en stor del i å bekrefte de avtalte plassene, og informere de aktuelle institusjonene om når pasientene skal skrives ut. De liggetidseffektive sykehusene som har fast avtale om rehabiliteringsplasser, oppgir dette som en viktig grunn til at de sjelden har problemer med at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sengeposten.

Blant de fem sykehusene som oppgir at de i større grad har problemer med utskrivningsklare pasienter, mener fire av dem (B1, B2, B4, B5) at mangel på rehabiliteringsplasser og institusjonsplasser i kommunene er en hovedgrunn til at pasientene kan bli liggende på sykehuset noen dager etter at den planlagte pasientbehandlingen er avsluttet. Det oppgis at problemet både er at hjemkommunene til pasientene

i ulik grad har passende institusjons- eller rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen, og at reiseavstanden til de aktuelle rehabiliteringsinstitusjonene ofte er for lang for nyopererte hofteprotesepasienter. Rehabiliteringsinstitusjonene stiller også ulike krav til hvor selvhjulpne pasientene må være før de kan tas imot. Mens noen av de liggetidsineffektive sykehus (B1, B2, B5) peker på at hofteprotesepasientene må være helt selvhjulpne før de kan skrive dem ut fra sykehuset og sende dem på rehabiliteringsopphold, peker tre liggetidseffektive sykehus (A3, A4, A5) på at de har mulighet for å skrive ut pasientene på et tidligere stadium i behandlingsforløpet fordi rehabiliteringsinstitusjonene de har avtale med, har høyere pleiefaktor og personale som kan behandle «tyngre» nyopererte pasienter.

Den statistiske analysen i kapittel 5 viste at tilgangen på rehabiliteringsplasser har betydning for hvor lenge hofteprotesepasientene blir liggende på sykehuset i tilknytning til operasjonen. Variabler fra den statistiske analysen viser at tilgjengeligheten til rehabiliteringsplasser også regulerer bruken av ekstern rehabilitering som en del av pasientbehandlingen til hofteprotesepasientene. Tabell 6.7 viser en fordeling av sykehusene sortert etter tilgjengeligheten til rehabiliteringsplasser målt som innbyggere per rehabiliteringsplass i pasientens hjemfylke og bruken av rehabilitering i pasientbehandlingen målt som andelen av hofteprotesepasientene som er skrevet ut til egen bolig etter operasjon.

Tabell 6.7 Hofteprotesepasientenes tilgang på rehabiliteringsplasser og bruken av disse i pasientbehandlingen⁴⁹

Andel hofteprotesepasienter utskrevet til egen bolig	Tilgang til rehabiliteringsplasser	
	God	Dårlig
Lav ⁵⁰	A1, A3, A4, A6, A7, B5	A2, A5, B2
Høy ⁵¹	B3	B1, B4

Tabell 6.7 viser at en relativt lav andel av pasientene skrives ut til egen bolig fra sykehusene som har god tilgang på rehabiliteringsplasser. Det innebærer at i disse sykehusene behandles mange av hofteprotesepasientene på en rehabiliteringsinstitusjon etter sykehusoppholdet. Videre viser tabellen at en høy andel av pasientene skrives ut til egen bolig i to av de fem sykehusene som har dårlig tilgang på rehabiliteringsplasser. Tabellen viser i tillegg at flertallet av de liggetidseffektive sykehusene har bedre tilgang på rehabiliteringsplasser enn de liggetidsineffektive sykehusene.

⁴⁹ Et fylke har en god tilgang på rehabiliteringsplasser når det er færre enn 2000 innbyggere per rehabiliteringsplass.

⁵⁰ Under 40 prosent av pasientene skrives ut til egen bolig.

⁵¹ Mer enn 40 prosent av pasientene skrives ut til egen bolig.

Flere av respondentene i intervjuundersøkelsen mener at lokal behandlingstradisjon og pasientenes forventninger til pasientforløpet, sammen med tilgangen på rehabiliteringsplasser, spiller en vesentlig rolle for organiseringen av pasientforløpet etter operasjon og bruken av rehabilitering som en del av pasientbehandlingen. Selv om noen, ofte yngre, pasienter føler seg så sterke etter operasjonen at de vil rett hjem, sendes et flertall av hofteprotesepasientene på et rehabiliteringsopphold. Som et eksempel uttaler en ortoped på et liggetidseffektivt sykehus følgende på spørsmål om hvordan de ser på tilgangen på rehabiliteringsplasser:

«Nei, det har aldri vært noe problem. 98 prosent av pasientene går til rehabilitering. Det er bare et knippe hvert år som reiser rett hjem. (...) Det er ikke noen tradisjon, i hvert fall ikke her i regionen.»

Selv om flere sykehus oppgir manglende tilgang på rehabiliteringsplasser som en forklaring på at pasientene kan bli liggende lenger enn nødvendig på sykehuset etter operasjon, gis det også andre begrunnelser for en ulik praksis i bruken av rehabilitering som en del av pasientbehandlingen. Ved tre liggetidsineffektive sykehus (B3, B4, B5) blir det blant annet argumentert for at bruk av rehabiliteringsopphold som en del av pasientbehandlingen ikke nødvendigvis er det mest samfunnsøkonomisk lønnsomme. På den ene siden vil det være mest lønnsomt for sykehuset å sende pasientene så tidlig som mulig til rehabilitering, men på den annen side, hvis pasienten bare trenger noen dager ekstra på sykehuset for å bli selvhjulpne og så skrives ut til egen bolig, vil et lengre rehabiliteringsopphold kunne bli samfunnsøkonomisk langt dyrere.

Intervjuundersøkelsen viser samtidig at et flertall av de liggetidseffektive sykehusene (A2, A3, A4,

A6, A7) legger opp rutinene for pasientbehandlingen etter operasjon med utgangspunkt i at de fleste pasientene trenger rehabiliteringsopphold. På disse sykehusene oppgis både økonomi i pasientbehandlingen og et ønske om å frigjøre sengekapasitet for å behandle flere pasienter, som viktige begrunnelser for å sende pasientene så tidlig som mulig på rehabiliteringsopphold.

6.3 KJENNETEGN VED EFFEKTIVE BEHANDLINGSINSTITUSJONER

Intervjuundersøkelsen viser at organiseringen av behandlingsaktivitetene i de ulike delene av pasientforløpet har betydning for hvordan sykehusene utnytter sitt effektivitetspotensial. De liggetidseffektive sykehusene synes å ha et større fokus på samarbeid og samhandling mellom de involverte aktørene i behandlingsforløpet, både internt på sykehuset og med de eksterne aktørene som er involvert før og etter sykehusoppholdet. Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at de liggetidseffektive sykehusene har ulik praksis på forskjellige aktivitetsområder, og at de ikke har effektive løsninger på de samme områdene. Dette kan dels forklares med at de liggetidseffektive sykehusene ikke har de samme rammebetingelsene for pasientbehandlingen.

I tabellene 6.8, 6.9, 6.10 og 6.11 på de neste sidene oppsummeres de viktigste kjennetegnene for hvordan behandlingsforløpet for innsetting av hofteproteser organiseres og praktiseres i de tolv undersøkte sykehusene. I tabellene oppsummeres samtidig spesielle kjennetegn ved de liggetidseffektive sykehusene i de ulike delene av pasientforløpet. Tabell 6.8 viser kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet før innleggelsen.

Tabell 6.8 Kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet før innleggelse

Organisering/ aktiviteter	Kjennetegn ved sykehusene	
	Liggetidseffektive	Liggetidsineffektive
<i>Ventetider til operasjon</i>	– Ventetidene til operasjonen varierer fra seks uker til et år mellom sykehusene	
	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientene venter kortere tid før den polikliniske undersøkelsen – Pasientene venter kortere tid før innleggelse til operasjon – Det er viktig for behandlingseffektiviteten at ventetiden fra den polikliniske undersøkelsen til operasjonen er kort – Har i større grad formulert konkrete servicemål om forventet ventetid 	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientene venter lenger før den polikliniske undersøkelsen – Pasientene venter lenger før innleggelse til operasjon – Begrunner manglende servicemål med uforutsigbare ressurser og kapasitet
<i>Informasjon om pasientforløp</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Gir pasientene operasjonsdato i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen – Gir pasientene mulighet til å bestemme operasjonsdatoen 	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientene får flere ulike brev om forventede ventetider og innkallelelsesbrev før operasjonen
<i>Organisering av preoperative undersøkelser</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sykehus som legger vekt på å ha utredet pasientene ferdig før de legges inn til operasjon, har redusert liggetiden for pasientene før operasjonen – Sykehus som har fokusert på undervisning av og samarbeid med primærlegene, har fått redusert åpenbart uaktuelle henvisninger – Krav til primærleger om ansvar for preoperative utredninger har både effektivisert den polikliniske undersøkelsen og gitt et kortere pasientforløp for enkelte pasienter 	
	<ul style="list-style-type: none"> – En koordinert gjennomføring av alle preoperative undersøkelser på én og samme dag på poliklinikken har for ett sykehus redusert liggetiden før operasjon betydelig 	
<i>Poliklinikk som flaskehals</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Omfanget av etterkontroller av ferdigbehandlede hofteprotesepasienter er en viktig forklaring på at poliklinikken oppleves som en flaskehals – De fleste sykehusene kontrollerer pasientene én gang etter operasjon. Fem sykehus kontrollerer pasientene to ganger eller mer – For å motvirke kapasitetsproblemer på poliklinikken, har noen sykehus begynt å gi primærlegene ansvar for etterkontrollene 	
	<ul style="list-style-type: none"> – Tre sykehus opplever ikke poliklinikken som en flaskehals – Et sykehus gjennomfører polikliniske undersøkelser på sengeposten for å unngå for lav kapasitet på poliklinikken 	<ul style="list-style-type: none"> – Poliklinikken oppgis som en flaskehals i pasientforløpet

Tabell 6.8 viser at de liggetidseffektive sykehusene har kortere ventetid både til den polikliniske undersøkelsen og til operasjonen. Disse sykehusene har også de klart formulerte servicemål for ventetidene. Korte ventetider gjør at de liggetidseffektive sykehusene i større grad også kan gi pasientene konkret informasjon om innleggelsesdato allerede ved

den polikliniske undersøkelsen. Sykehusene som i pasientforløpet før innleggelsen legger vekt på å koordinere de preoperative undersøkelsene og utrede pasientene ferdig før de legges inn til operasjon, oppgir at dette har resultert i en redusert liggetid før operasjonen for pasientene. Det er de liggetidsineffektive sykehusene som i størst grad oppgir at de

preoperative undersøkelser og poliklinikken er en flaskehals i pasientforløpet. Omfang av etterkontroller av hofteprotesepasientene oppgis av flere sykehus som en vesentlig del av problemet for å redusere

ventetiden for nye henvisninger til poliklinikken. Tabell 6.9 viser kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet fra innleggelse til operasjonen.

Tabell 6.9 Kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet fra innleggelse til operasjon

Organisering/ aktiviteter	Kjennetegn ved sykehusene	
	Liggetidseffektive	Liggetidsineffektive
<i>Innleggelse til operasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientene legges inn en dag eller tidligere før operasjon – Pasientene er i større grad ferdig utredet ved innleggelsen – Differensierer innleggelsestidspunktet mellom «lettere» og «tyngre» pasienter i pasientforløpet 	<ul style="list-style-type: none"> – Pasientene legges inn to dager før operasjonen – Trenger tid før operasjonen til supplerende undersøkelser og utrede pasienten ferdig – Legger inn «reservepasienter» klare til operasjon hvis strykninger

Tabell 6.9 viser at de liggetidseffektive sykehusene gjennomgående legger inn pasientene nærmere operasjonstidspunktet enn de liggetidsineffektive sykehusene. Dette blir gjort for å redusere infeksjonsrisikoen, men er samtidig også mulig fordi pasientene på de liggetidseffektive sykehusene i større grad blir ferdig utredet og klargjort for operasjon i det preoperative pasientforløpet enn tilfellet er ved de liggetidsineffektive sykehusene. Pasienter som ikke er ferdig utredet når de legges inn til operasjon, blir av de liggetidsineffektive sykehusene pekt som en

viktig årsak til at liggetiden før operasjon er for lang. Både for å redusere ventetiden og for å gjøre liggetiden før operasjonen så kort som mulig, er det flere liggetidseffektive sykehus som differensierer pasientforløpet før operasjonen og innleggelsestidspunktet mellom de «lettere» og «tyngre» hofteprotesepasientene.

Tabell 6.10 viser kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet ved operasjonen.

Tabell 6.10 Kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet ved operasjonen

Organisering/ aktiviteter	Kjennetegn ved sykehusene	
	Liggetidseffektive	Liggetidsineffektive
<i>Skjerming og samhandling</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Alle sykehusene søker å skjerme hofteprotesepasientene – Seksjonering i avdelingene har fremmet samhandling og samarbeid og gir fleksibilitet i utnyttelsen av kapasiteten hos involverte enheter i flere sykehus – De små sykehusene anser uformell kontakt og samarbeid som fortrinn i planlegging og gjennomføring av operasjonsprogram 	
	<ul style="list-style-type: none"> – Teamorganisering er nøkkel til effektiv drift og effektiv pasientbehandling 	
<i>Gjennomføring av dagsprogram</i>	<ul style="list-style-type: none"> – På de fleste sykehusene er det personalet som kommer på jobb om morgenen som i stor grad klargjør operasjonsstuene – Mange av sykehusene begynner å operere første pasient rundt klokken ni – De fleste sykehusene planlegger to hofteproteseoperasjoner per operasjonsdag – Mange av sykehusene mener at en tidligere operasjonsstart, en reduksjon i byttetiden mellom operasjonene og en større fleksibilitet ved avslutningen av operasjonsdagen er viktige faktorer for å bedre utnyttelsen av operasjonsstuene 	
	<ul style="list-style-type: none"> – Sykehusene som i større grad klargjør operasjonsstuene kvelden før, starter tidligere å operere første pasient – Gjennomfører eller har gjennomført tre primæroperasjoner på en stue per dag 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplever i større grad at operasjonskapasiteten ikke alltid blir fullt utnyttet
<i>Flaskehals i operasjonsvirksomheten</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Marginal bemanning og sykdom blant personalet er en årsak til at operasjonsavdelingen (anestesi, operasjonssykepleiere) oppleves som en flaskehals 	
	<ul style="list-style-type: none"> – Opplever i mindre grad at operasjonsvirksomheten er en flaskehals – Organiserer byttetidsaktivitetene parallelt 	<ul style="list-style-type: none"> – Opplever i større grad at operasjonsstua er en viktig flaskehals – Byttetiden mellom operasjonene er en viktig flaskehals – Organiserer byttetidsaktivitetene kronologisk
<i>Utsettelser og strykninger</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Fokuserer på at pasienten er mentalt og fysisk forberedt på operasjon – Organiserer i større grad tiltak for å unngå utsettelser – Skriver ut pasienter som blir utsatt/strøket – Venteliste for pasienter som kan opereres på kort varsel – (eksempel) Preoperative prosedyrer for å behandle urinveisinfeksjon før innleggelse 	<ul style="list-style-type: none"> – Operasjoner utsettes fordi pasienten ikke er ferdig utredet eller på grunn av at tillegglidelser har oppstått i ventetiden – Holder utsatte pasienter inneliggende – (eksempel) Urinveisinfeksjon er årsak til utsettelse av operasjon etter innleggelse

Tabell 6.10 viser at alle sykehusene søker å skjerme operasjonstidspunktene for hofteprotesepasientene. Flere av respondentene uttaler at å samle pasientbehandling i mindre seksjoner fremmer samarbeid og fleksibilitet og gir en bedre utnyttelse av

operasjonskapasiteten og gjennomføringen av operasjonsprogrammene. Flere av respondentene peker i tillegg på at større grad av teamorganisering i pasientbehandlingen og operasjonsvirksomheten, ville kunne bidra til å effektivisere driften. Sykehusene

Tabell 6.11 Kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten i pasientforløpet etter operasjonen

Organisering/ aktiviteter	Kjennetegn ved sykehusene	
	Liggetidseffektive	Liggetidsineffektive
<i>Liggetiden etter operasjon</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Variasjonen i liggetiden etter operasjon er stor mellom sykehusene. Noe av variasjonen skyldes egenskaper ved behandlingsformen og pasientene – Få sykehus opplever sengeposten som en flaskehals i pasientforløpet – Mange sykehus har en høy beleggsprosent på sengeposten 	
<i>Informasjon om pasientforløpet</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Legger vekt på å informere pasientene tidlig i pasientforløpet om forventet liggetid etter operasjon – Bruker informasjonsformidling som et virkemiddel for å styre pasientforløpet – Opplever at en høy beleggsprosent i mindre grad påvirker pasientbehandlingen 	<ul style="list-style-type: none"> – Mindre opptatt av å påvirke pasientenes forventninger til pasientforløpet – Pasientene er i større grad selv med på å bestemme liggetiden – To av sykehusene oppgir at de har en lav beleggsprosent
<i>Utskrivning av pasientene</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Bestiller og avklarer hvor pasienten skal sendes før de legges inn – Opplever i mindre grad problemer med inneliggende utskrivningsklare pasienter – Opplever i mindre grad korridorpasienter 	<ul style="list-style-type: none"> – Bestiller og avklarer hvor pasienten skal sendes i større grad etter innleggelsen/operasjonen – Opplever i større grad problemer med inneliggende utskrivningsklare pasienter – Opplever i større grad i perioder å ha korridorpasienter – Kapasitet på sengepost oppleves som en flaskehals (på to sykehus)
<i>Rehabiliteringsopphold som del av pasientbehandlingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – De fleste pasientene skrives ut til rehabiliteringsopphold etter operasjon 	
	<ul style="list-style-type: none"> – Har bedre tilgang på rehabiliteringsplasser – Har i større grad avtale om rehabiliteringsplasser – Rehabiliteringsavtaler oppgis som en viktig grunn til mindre problemer med utskrivningsklare pasienter – Flere av sykehusene har tilgang på rehabiliteringsinstitusjoner med en høyere pleiefaktor – Har rutiner for pasientbehandlingen etter operasjon som tar utgangspunkt i at pasientene skrives ut til et rehabiliteringsopphold 	<ul style="list-style-type: none"> – Har i mindre grad avtale om rehabiliteringsplasser – Begrunner i større grad problemer med utskrivningsklare pasienter med mangel på rehabiliteringsplasser – Pasientene må i større grad være selvhjulpne når de reiser på rehabiliteringsopphold – Argumenterer for at rehabiliteringsopphold nødvendigvis ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomt hvis alternativet til 3–4 uker på rehabilitering er 3–4 ekstra liggedager på sykehuset

mener det særlig er tidligere operasjonsstart, redusert byttetid mellom operasjonene og større fleksibilitet ved avslutningen av operasjonsdagen som er viktige faktorer for å øke kapasitetsutnyttelsen. De liggetidseffektive sykehusene opplever operasjonsvirksomheten i mindre grad som en flaskehals for pasientforløpet. I motsetning til dette opplever de liggetidsineffektive sykehusene i større grad at operasjonskapasiteten ikke alltid blir fullt utnyttet. Blant disse sykehusene er byttetiden en viktig flaskehals, og byttetidsaktivitetene organiseres i større grad kro-

nologisk, noe som igjen betyr at byttetiden mellom operasjonene blir lengre. Som flere av de liggetidseffektive sykehusene har pekt på i tidligere flytfasen, blir fokus på at pasientene er mentalt forberedt ved innleggelse oppgitt som en hovedårsak til at de liggetidseffektive sykehusene i liten grad har problemer med utsettelse og strykninger på det planlagte operasjonsprogrammet. De liggetidseffektive sykehusene er også mer aktive i å organisere tiltak som kan hindre utsettelse av operasjoner eller fylle igjen «hull» i operasjonsprogrammet når dette oppstår.

Eksempelvis blir det organisert egne ventelister for pasienter som kan komme på kort varsel, og det etableres prosedyrer for å oppdage og behandle infeksjoner hos pasientene før de legges inn til operasjon.

Tabell 6.11 viser kjennetegn ved organiseringen av behandlingsaktiviteten etter operasjonen.

Tabell 6.11 viser at de liggetidseffektive sykehusene i større grad bruker informasjonsformidlingen til pasientene som et virkemiddel for å påvirke pasientforløpet. De legger blant annet vekt på å informere pasientene tidlig i pasientforløpet om den forventede liggetiden etter operasjon.

De liggetidsineffektive sykehusene har i større grad etablert rutiner og praksis for pasientbehandlingen etter operasjon som tar utgangspunkt i at pasien-

tene skrives ut til et rehabiliteringsopphold. De liggetidseffektive sykehusene bestiller rehabiliteringsopphold og avklarer hvor pasientene skal sendes på et tidligere tidspunkt enn de andre (liggetidsineffektive) sykehusene gjør. De liggetidseffektive sykehusene har også bedre tilgang på og i større grad avtale om rehabiliteringsplasser for hofteprotesepasientene. Rehabiliteringsavtalene oppgis som en viktig grunn til at de liggetidseffektive sykehusene har mindre problemer med utskrivningsklare pasienter. Flere av de liggetidseffektive sykehusene har også avtale om rehabiliteringsplasser på institusjoner med en høyere pleiefaktor, noe som gjør at de kan skrive ut pasientene på et medisinsk sett tidligere tidspunkt enn de ellers kunne ha gjort.

7 Styringsystemene i sykehus

Dette kapitlet belyser i hvilken grad styringssystemene i avdelingene som opererer hofteprotesepasienter, ivaretar effektiviteten i pasientbehandlingen.

7.1 ØKONOMISTYRING

Ved sykehusene blir de faktiske beslutningene om pasientbehandling i stor grad tatt på avdelingsnivå. I Riksrevisjonens spørreskjemaundersøkelse til alle landets sykehus oppgir 85 prosent av avdelingslederne for de kirurgiske avdelingene som behandler hofteprotesepasientene, at de har budsjettansvar for sin avdeling.

I spørreskjemaundersøkelsen ble avdelingslederne spurt om de kunne si seg enig i at de har god kjennskap til hva det koster å behandle de ulike pasientgruppene ved sykehuset. Av avdelingslederne er 70 prosent enig i dette, mens 11 prosent er uenig. Videre er 80 prosent av avdelingslederne enig i at de har god kjennskap til de økonomiske konsekvensene for sin egen avdeling ved å behandle flere pasienter enn planlagt, mens sju prosent er uenig.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at 80 prosent av avdelingene ikke har gjennomført analyser av hva det faktisk koster å behandle noen av pasientgruppene⁵² i sin avdeling. De 20 prosentene av avdelingene som har gjennomført slike analyser, har som medianverdi gjennomført analyser for seks pasientgrupper. Videre oppgir 70 prosent av avdelingslederne at sykehuset ikke har de nødvendige verktøyene som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten.

Hofteprotesepasientene blir vanligvis behandlet ved flere avdelinger ved sykehuset enn den avdelingen som har hovedansvaret for pasienten. Avhengig av den interne organiseringen ved det enkelte sykehus, kan dette være operasjonsavdeling, intensivavdeling, medisinske serviceavdelinger mv. Følgelig vil det å behandle flere hofteprotesepasienter enn planlagt føre til økte utgifter både for den avdelingen som har hovedansvaret for pasienten, og for andre avdelinger ved sykehuset. I intervjuundersøkelsen framgår det at det kan være et problem at den som tar beslutningen om å behandle flere hofteprotesepasienter, ikke selv må dekke alle kostnadene som dette innebærer for sykehuset innen eget avdelingsbudsjett. En økonomiansvarlig ved et sykehus uttaler:

«Hvis ortopedisk avdeling skal operere en hoftepasient til, genereres det utgifter i poliklinikken, utgifter til pakking av steril brikke på sterilsalen, utgifter til protese i operasjonsavdelingen. Det er 30 000–40 000 som belastes andre avdelinger. Ortopeden ser ikke kostnaden».

Spørreskjemaundersøkelsen viser at avdelingslederne i større grad kjenner til de økonomiske konsekvensene av å behandle flere pasienter enn planlagt for sin egen avdeling enn for andre avdelinger ved sykehuset. Hver tredje avdelingsleder (30 prosent) sier seg uenig i at de har god kjennskap til hvilke økonomiske konsekvenser økt behandlingsaktivitet i egen avdeling vil ha for de andre avdelingene i sykehuset, mens vel halvparten (47 prosent) er enig.

Gjennom innsatsstyrt finansiering får sykehusene refusjon fra staten for hver hofteprotesepasient som blir behandlet. En undersøkelse⁵³ utført av Senter for helseadministrasjon viser at det varierer fra sykehus til sykehus hvorvidt ISF-refusjonen fra staten videreføres til avdelingene eller ikke. Denne undersøkelsen viser at 44 prosent av sykehusene fordeles ISF-refusjonen på de kliniske avdelingene i forhold til antall behandlede pasienter og DRG, mens 56 prosent av sykehusene ikke gjør det.

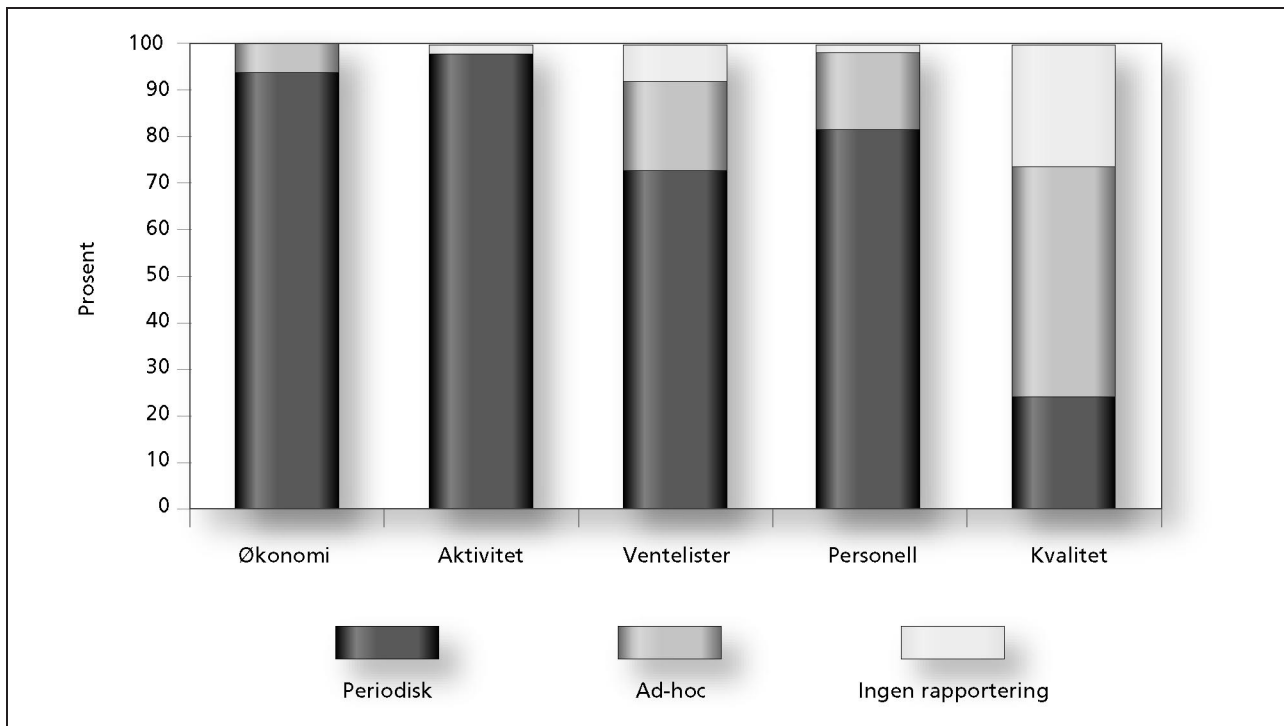
Ved hvert fjerde sykehus (27 prosent) hvor refusjonen videreføres til avdelingene, fordeles refusjonen mellom avdelingene dersom en pasient er innlagt ved flere avdelinger i løpet av samme opphold. Et av de besøkte sykehusene har gode erfaringer med å fordele merinntekten gjennom ISF-refusjonen mellom avdelingene som er involvert i pasientbehandlingen, heller enn at en avdeling får hele merinntekten. Ved dette sykehuset uttaler økonomikonsulenten:

«Tanken er at når alle disse kliniske avdelingene gjør veldig mye, så får de en bra ISF-refusjon, mens ... serviceavdelingene som er med å bidra til det – røntgen for eksempel får jo mange flere prøver – de får ikke større kostnadsbudsjett. Ved at de får en liten skjerv tilbake, så rettferdiggjør vi på en måte den merøkningen. Da får de dekning for den belastningen de får.»

Undersøkelsen utført av Senter for helseadministrasjon viser for øvrig at det ved svært få sykehus

⁵² Spesifikke DRGer

⁵³ Senter for helseadministrasjon, de somatiske sykehusenes interne organisering, 2001:1.



Figur 7.1 Rapportering i ledelsesrapportene ved sykehusene. Prosentandel av sykehusene som har periodisk rapportering, ad hoc rapportering og ingen rapportering

gis økonomisk kompensasjon til grupper/team eller avdelinger som har oppnådd fastsatte aktivitetsmål eller aktivitetskriterier. Ved hvert tiende sykehus (11 prosent) eksisterer det imidlertid ikke-økonomiske former for belønning i den kirurgiske virksomheten. Dette kan være belønning i form av velferdsgoder, reiser og lignende. Riksrevisjonens intervjuundersøkelse viser også at svært få sykehus har økonomiske former for belønning knyttet til måloppnåelse, men at en eventuell belønning gis gjennom kurs, sosiale aktiviteter, ros fra ledelsen mv.

7.2 STYRINGSINFORMASJON

I spørreskjemaundersøkelsen ble avdelingslederne for den avdelingen ved sykehuset som har ansvar for hofteoperasjonene, spurt om rapporteringen knyttet til økonomi, behandlingsaktivitet, ventelister, personale og kvalitet i ledelsesrapportene⁵⁴ i avdelingen. Figur 7.1 viser hvor stor prosentandel av avdelingene som har periodisk rapportering, ad hoc rapportering eller ingen rapportering innen disse områdene.

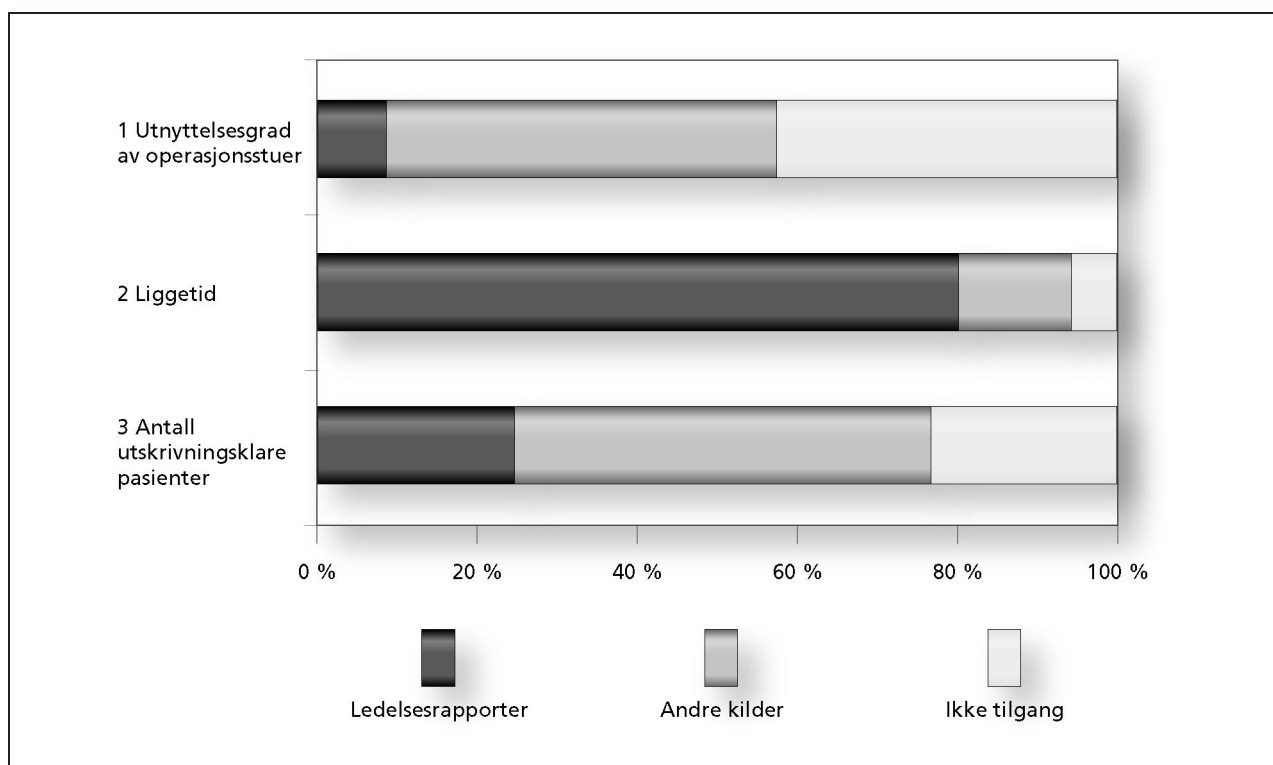
Figur 7.1 viser at avdelingene rapporterer periodisk om økonomi og aktivitet i ledelsesrapportene for avdelingene. Et flertall av avdelingene rapporterer også periodisk om ventelistene og om personalet

i avdelingen. Hver fjerde avdeling (27 prosent) rapporterer imidlertid ikke regelmessig om ventelistene, samtidig som det rapporteres sjeldnere om ventelistepasientene enn om økonomi og aktivitet. Tre av fire (72 prosent) avdelinger rapporterer heller ikke regelmessig om behandlingskvalitet i sine ledelsesrapporter.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at nærmest alle avdelingene rapporterer regelmessig om økonomi og aktivitet i ledelsesrapportene. I over halvparten (56 prosent) av avdelingene inngår imidlertid økonomi- og behandlingsaktivitetsdata ikke i en og samme ledelsesrapport, noe som kan gjøre det vanskelig for avdelingsledelsen å se sammenhengen mellom økonomi og aktivitet. Videre viser undersøkelsen at kun hver fjerde avdeling (26 prosent) har nøkkeltall i sine ledelsesrapporter som viser forholdet mellom de totale utgiftene og behandlingsaktiviteten, det vil si hvor kostnadseffektiv avdelingene er.

I spørreskjemaundersøkelsen ble avdelingslederne ved alle landets sykehus spurt om hvor relevant det er for dem å kjenne til ulike forhold for å styre ressursutnyttelsen i sin avdeling, samt fra hvilke kilder de har tilgang til informasjon om disse forholdene. Figur 7.2 viser fra hvilke kilder avdelingslederne har tilgang til informasjon om de tre forholdene som de selv ser på som de mest relevante for å styre ressursutnyttelsen i sin avdeling.

⁵⁴ Med ledelsesrapporter menes regelmessige rapporter som gir informasjon om sykehusets resultater eller kritiske faktorer for å nå målene til sykehuset.



Figur 7.2 Avdelingsledelsens kilde til relevant informasjon

Figur 7.2 viser at avdelingslederne ser det som mest relevant å kjenne til utnyttelsesgraden av operasjonsstuen, pasientenes liggetid og antall utskrivningsklare pasienter for å styre ressursutnyttelsen i sin avdeling. Mange avdelinger har ledelsesrapporter som gir informasjon om liggetiden til pasientene, mens få har ledelsesrapporter som gir informasjon om antallet utskrivningsklare pasienter og utnyttelsesgraden av operasjonsstuen. Avdelingslederne oppgir at utnyttelsesgraden av operasjonsstuen er det forholdet som det er mest relevant å kjenne til. Til tross for dette får kun sju prosent av avdelingslederne informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstuen gjennom sine ledelsesrapporter, mens

42 prosent ikke har tilgang til denne typen informasjon fra andre kilder heller.

ISF som finansieringssystem skal stimulere sykehusene til å identifisere flaskehals, det vil si faktorer som hindrer en økt behandlingsaktivitet og et bedre pasientforløp. I spørreskjemaundersøkelsen ble avdelingslederne spurt om hva de opplever som de viktigste flaskehalsene (produksjonsbegrensningene) i sin avdeling. Tabell 7.1 på neste side viser i rangert rekkefølge de flaskehalsene som avdelingslederne ser på som de viktigste, både samlet og fordelt på avdelinger med kort og lang liggetid for hofteprotesepasientene.⁵⁵ Tallene i tabellen viser hvor stor andel av lederne som mener den aktuelle faktoren er en viktig flaskehals i sin avdeling.

⁵⁵ Tabellen viser ikke egne tall for sykehus med middels liggetid.

Tabell 7.1 Rangert rekkefølge for de viktigste flaskehalsene (Tall i prosent)

Nr.	Flaskehals	Samlet	Kort liggetid	Lang liggetid
1	Kapasiteten i operasjonsstuer	57	36	78
2	Tilgang på operasjonssykepleiere	48	73	39
3	Sengekapasiteten	41	36	39
4	Kapasiteten i polikliniske avdelinger	34	9	33
5	Kapasiteten i intensivavdeling	32	27	50
6	Tilgang på leger	32	55	22
7	Kapasiteten til postoperative funksjoner	30	36	28
8	Tilgang på anestesi- eller intensivsykepleiere	30	64	6
9	Kapasiteten i anestesiavdelingen	27	36	33
10	Tilgang på annet pleiepersonale	27	18	28
11	Utskrivning av ferdigbehandlede pasienter	23	9	22
12	Kapasiteten i røntgenavdelingen	7	0	11
13	Kapasiteten i andre serviceavdelinger	2	0	6

Tabell 7.1 viser at avdelingslederne som har ansvar for hofteoperasjonene, ser på utnyttelsesgraden av operasjonsstuen som den viktigste flaskehalsen i sin avdeling, sammen med tilgang på operasjonssykepleiere og sengekapasitet. Kapasiteten i operasjonsstuen oppgis som en viktig flaskehals av 57 prosent av avdelingslederne. Henholdsvis 48 prosent og 41 prosent av avdelingslederne oppgir tilgang på operasjonssykepleiere og sengekapasitet som viktige flaskehals.

I spørreskjemaundersøkelsen oppgir 44 prosent av avdelingslederne at ledelsesrapportene ikke gir informasjon om noen av de fire flaskehalsene som de selv ser på som de viktigste i sin avdeling. Som et eksempel oppgir 23 prosent av avdelingslederne at vansker med å skrive ut ferdigbehandlede pasienter er en av de viktigste flaskehalsene ved sykehuset. I spørreskjemaundersøkelsen oppgir også 96 prosent av avdelingslederne at det er relevant å kjenne til antallet utskrivningsklare pasienter for å styre avdelingen. Til tross for dette oppgir kun hver fjerde avdelingsleder at de får informasjon om antall utskrivningsklare pasienter gjennom ledelsesrapportene. Hver fjerde avdelingsleder (23 prosent) har heller ikke tilgang til denne informasjonen fra andre kilder.

I overkant av hver fjerde avdelingsleder (29 prosent) oppgir at de ikke har tilgang til informasjon om kvaliteten på pasientbehandlingen i avdelingen. For eksempel har et flertall av avdelingslederne (58 prosent) ikke tilgang på informasjon om pasienter som blir lagt inn på nytt ved sykehuset uten at det er planlagt. Av de avdelingslederne som ikke har tilgang på informasjon om slike reinleggelser, mener 91 prosent at det er relevant å kjenne til dette forholdet for å styre sin avdeling.

Innsatsstyrt finansiering innebærer at finansieringen av sykehusene er avhengig av hvor mange pasienter som behandles innenfor ulike pasientgrupper. Spørreskjemaundersøkelsen viser at de fleste

avdelingslederne (86 prosent) ser på det som relevant å kjenne til antall behandlinger i avdelingen fordelt på ulike pasientgrupper.⁵⁶ Spørreskjemaundersøkelsen viser at vel halvparten (45 prosent) av avdelingene har informasjon om dette forholdet i sine ledelsesrapporter. Hver fjerde avdelingsleder (26 prosent) oppgir at de ikke har tilgang på informasjon om antall behandlinger i avdelingen fordelt på ulike pasientgrupper. Videre oppgir vel halvparten (46 prosent) av avdelingslederne at ledelsesrapportene inneholder informasjon om ventelistene brutt ned på pasientgrupper.

Avdelingene i et sykehus er personalintensive arbeidsplasser, og de ansattes kompetanse og kvalifikasjoner er av avgjørende betydning for avdelingens ressursutnyttelse. Spørreskjemaundersøkelsen viser likevel at 41 prosent av avdelingslederne ikke har tilgang på informasjon om turnover blant personalet. Hver fjerde avdelingsleder (23 prosent) oppgir også at de ikke har tilgang på informasjon om kunnskapsprofilen i personalsammensetningen. Videre kan kun hver femte avdelingsleder (21 prosent) si seg enig i at ledelsesrapportene inneholder tilstrekkelig informasjon for å oppdage om personalressursene er fordelt skjevt innen avdelingen sett i forhold til behandlingsaktiviteten.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at avdelingene ved mange sykehus har svak styringsinformasjon. Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at det finnes eksempler på avdelinger som har god styringsinformasjon. I avdelingen med ansvar for hofteoperasjoner ved et av landets sykehus, rapporteres det hver måned i hvilken grad sykehuset oppfyller nasjonale mål knyttet til ventetider. Videre rapporteres det på mål knyttet til behandlingsaktivitet, ressursutnyttelse, kostnads- og inntektsavvik, turnover og pasient-

⁵⁶ DRGer

tilfredshet. Rapporten viser også forholdet mellom antall kontrollpasienter og nyhenviste pasienter. Ortopeden ved dette sykehuset uttrykker at han har stor nytte av denne rapporteringen. Rapportene gir ham

blant annet mulighet til å følge utviklingen i ventetid for hofteoperasjoner. Dersom ventetiden for disse er blitt lang, økes antall hofteoperasjoner.

8 Vurderinger

8.1 LIKEVERDIG TILGANG PÅ VIKTIGE HELSETJENESTER

I behandlingen av Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak* sluttet sosialkomiteen seg til at alle som har behov, skal sikres tilgang til nødvendige omsorgs- og helsetjenester, uavhengig av inntekt, bosted, etnisk bakgrunn og kjønn, jf. Innst.O. nr. 118 (2000–2001). Undersøkelsen viser at det ikke er lik geografisk tilgjengelighet for hofteprotesepasientene. Pasientene bosatt i helseregionene Helse Vest og Helse Midt-Norge ventet vesentlig lenger på operasjon enn pasientene bosatt i de tre andre helseregionene i 2001.

I behandlingen av St.meld. nr. 21 (1998–1999) *Ansvar og meistring* sluttet sosialkomiteen seg til at målet må være å sikre likeverdige tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, jf. Innst. S. nr. 178 (1998–99). Undersøkelsen viser at det er stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til hvor mange av pasientene som får tilbud om behandling ved en rehabiliteringsinstitusjon etter sykehusoppholdet. Dette skyldes dels at rehabiliteringsinstitusjonene er geografisk skjevfordelt. Det kan stilles spørsmål ved om hofteprotesepasientene gis et likeverdig tilbud i forhold til rehabilitering i pasientbehandlingen.

Da innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997, ble det framhevet at det var en risiko for at sykehusene ville prioritere pasientgrupper som de oppfatter som mer lønnsomme enn andre, jf. St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Innenfor pasientgruppen som får satt inn en hofteprotese, skilles det mellom førstegangsoperasjoner (primæroperasjoner) og reoperasjoner. Reoperasjonene er normalt mer ressurskrevende enn primæroperasjonene, men refusjonen/inntekten gjennom finansieringssystemet var likevel den samme i perioden fra 1998 til 2001. Undersøkelsen viser at det i denne perioden har vært en vridning bort fra reoperasjonene til de relativt mer lønnsomme primæroperasjonene, slik at ventetiden for reoperasjoner har økt, mens den har vært synkende for primæroperasjoner.

Retten til fritt sykehusvalg ble innført i 2001. Målet med pasientenes rett til fritt sykehusvalg er å forene ønsket om økt valgfrihet for pasientene med verdien av lik fordeling av tjenestetilbudet ved at ledig kapasitet ved ett sykehus kan utnyttes av pasienter fra andre sykehus. Undersøkelsen viser at flere sykehus har prioritert de relativt mest lønnsomme hofteprotesepasientene for å hindre at de velger å bli

operert ved andre sykehus. Dette kan også være en forklaring på at ventetiden er blitt lengre for pasientene som skal reopereres.

Det er et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at enkelte pasientgrupper blir nedprioriterert av økonomiske årsaker. Undersøkelsen viser at mange kirurgiske avdelinger ikke hadde etablert systemer som kunne fange opp uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper i 2001. For eksempel oppga mer enn halvparten (54 prosent) av avdelingslederne at sykehusets ledelsesrapporter ikke inneholdt informasjon om ventelistene brutt ned på pasientgrupper. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om hvor raskt det er mulig å oppdage eventuelle uønskede endringer i prioriteringen mellom pasientgrupper ved sykehusene.

8.2 EFFEKTIVITET OG RESSURSBRUK

Det er et overordnet mål for de somatiske spesialisthelsetjenestene å bedre effektiviteten og organiseringen av spesialisthelsetjenestene, og dermed redusere antall pasienter som venter på behandling, og tiden disse står på venteliste.

Undersøkelsen av hofteproteseoperasjoner viser at det er store effektivitetsforskjeller mellom sykehusene. Merforbruket i form av liggetid kan være opp mot 35 prosent. Denne beregningen må tolkes med varsomhet, men undersøkelsen viser samtidig at mange sykehus kan realisere et betydelig effektiviseringspotensial gjennom å organisere behandlingsaktiviteten på en bedre måte.

Sengekapasiteten er en av de viktigste flaskehalsene ved sykehusene. En reduksjon av liggetiden vil frigi sengekapasitet som kan brukes til å behandle flere pasienter som står på venteliste. Organisatoriske tiltak som kan redusere liggetiden med bare én dag, vil kunne frigjøre nesten 7 000 liggedøgn. Dette tilsvarer liggetiden for ca. 650 hofteprotesepasienter på sengeposten.

Hoftepasientene generer en av de største andelen av statens utgifter knyttet til innsatsstyrt finansiering. Flere elementer ved organiseringen av hofteproteseoperasjonene kan sammenlignes med organiseringen av behandlingsaktiviteten for andre pasientgrupper. Undersøkelsen gir følgende klare signaler om at effektivitetspotensialet for spesialisthelsetjenesten er stort, og at en vesentlig del av dette kan tas ut gjennom bedre organisering av driften av sykehus.

8.3 ÅRSAKER TIL FORSKJELLER I EFFEKTIVITET INNEN HOFTEKIRURGIEN

I St.prp. nr. 47 (1999–2000) *Om sykehusøkonomi og budsjett 2000* vises det til at det er store forskjeller i kostnader mellom sykehusene selv om disse grupperes etter type sykehus. Det pekes på at måten å organisere arbeidet på kan forklare noe av forskjellene i kostnader mellom sykehusene.

Undersøkelsen viser at det er mer kontinuitet i pasientbehandlingen i de liggetidseffektive sykehusene. Disse sykehusene koordinerer bedre behandlingsaktiviteten mellom avdelingene enn de liggetidsineffektive sykehusene. I tillegg bruker de liggetidseffektive sykehusene i større grad rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del i pasientbehandlingen.

Ventetid før innleggelse til operasjon

Ved de liggetidseffektive sykehusene venter pasientene kortere tid på den polikliniske undersøkelsen enn pasientene ved de liggetidsineffektive sykehusene. De liggetidseffektive sykehusene opplever i mindre grad at poliklinikken er en flaskehals. Undersøkelsen indikerer at mange etterkontroller av ferdigbehandlede hofteprotesepasienter på poliklinikken er en viktig årsak til at ventetiden blir lang før den polikliniske undersøkelsen for nyhenviste pasienter. Det er stor variasjon mellom sykehusene med hensyn til hvor mange ganger hofteprotesepasientene kontrolleres etter at de er skrevet ut. Blant sykehusene med lengst ventetid før den polikliniske undersøkelsen kontrolleres hofteprotesepasientene to eller flere ganger etter at de er skrevet ut. Det kan derfor stilles spørsmål ved om etterkontroller av hofteprotesepasientene kan organiseres på en annen måte.

En av de viktigste utfordringene i spesialisthelsetjenesten i de nærmeste årene er å få til en kompetanseoverføring fra spesialistene til allmennlegene, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). De fleste sykehusene i undersøkelsen har økt samarbeidet med primærlegene. Blant annet har flere av sykehusene begynt å stille tydeligere krav til hvilke preoperative undersøkelser primærlegene har ansvar for å gjennomføre. For å motvirke kapasitetsproblemer på poliklinikken har dessuten flere av sykehusene begynt å overføre ansvaret for etterkontrollene av hofteprotesepasientene til primærlegene. Det er grunn til å stille spørsmål ved om ikke flere sykehus kan overføre oppgaver knyttet til behandlingen av hofteprotesepasientene til primærlegene.

Undersøkelsen indikerer at mye av forskjellene i effektiviteten mellom sykehusene kan spores tilbake til at de liggetidseffektive sykehusene har etablert rutiner som gjør at den polikliniske undersøkelsen blir en del av et helhetlig pasientforløp. De liggetidseffektive sykehusene er bevisste på at tiden mellom

den polikliniske undersøkelsen og innleggelsestidspunktet for operasjon skal være kort for å unngå at pasientens medisinske tilstand endres. De liggetidseffektive sykehusene legger også større vekt på å koordinere de preoperative undersøkelsene og å utrede pasientene ferdig før de legges inn.

Flere av de liggetidseffektive sykehusene har formulert klare servicemål til hofteprotesepasientene om en forventet ventetid før operasjon. I flere av de liggetidseffektive sykehusene er hofteprotesepasientene også med på å fastsette operasjonsdatoen. Begrunnelsen for dette er et ønske om at pasienten skal ha et «eierskap» til behandlingen og operasjonstidspunktet. Dette fører til at færre pasienter avbestiller operasjonen før innleggelsen.

Opplæring av pasientene er en viktig oppgave for sykehusene. Ved de fleste sykehusene skjer store deler av opplæringen av hofteprotesepasientene først etter operasjonen. To av de mest liggetidseffektive sykehusene skiller seg fra de andre sykehusene ved at de har organisert en «hofteskole» i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen. Her får pasientene både grundig informasjon og undervisning, noe som motiverer dem til å trene seg opp etter operasjonen. Dette øker kvaliteten på pasientbehandlingen, men bidrar også til å øke effektiviteten ved sykehuset ved at pasientene kan skrives ut tidligere. Erfaringene med systematisk opplæring i tilknytning til den polikliniske undersøkelsen synes å være så positive at andre sykehus bør vurdere å innføre denne rutinen i pasientbehandlingen.

Disse organisatoriske tiltakene, både i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen og i forhold til primærlegene før innleggelsen, reduserer antall utsettelse og strykninger i det planlagte operasjonsprogrammet. Tiltakene fører dessuten til at pasientene ligger kortere tid før operasjonen.

Liggetid før operasjonen

Ved de liggetidseffektive sykehusene ligger pasientene normalt én dag før operasjonen, mens pasientene legges oftere inn to eller flere dager før operasjonen ved de liggetidsineffektive sykehusene. De sistnevnte sykehusene må bruke mye tid og ressurser til å gjennomføre nye undersøkelser etter at pasienten er lagt inn. Ved disse sykehusene skyldes utsettelse og strykninger fra operasjonsprogrammet ofte at pasientene ikke er ferdig utredet ved innleggelsen. Pasientene på disse sykehusene ligger ofte mer enn to dager før operasjonen, og legger dermed beslag på mye av sengekapasiteten. I tillegg fører disse utsettelsene til manglende kontinuitet i pasientbehandlingen. Undersøkelsen viser at flere av de liggetidsineffektive sykehusene kan øke effektiviteten ved å planlegge pasientforløpet før innleggelsen på en bedre måte.

Undersøkelsen viser at det finnes sykehus som har etablert rutiner som gjør det mulig å operere de

minst kompliserte pasientene samme dag som de legges inn. Undersøkelsen viser også at de fleste liggetidseffektive sykehusene kan øke effektiviteten ytterligere ved å differensiere pasientforløpet mellom de enklere pasientene og de mer kompliserte pasientene.

Operasjonsvirksomheten

Undersøkelsen viser at avdelingslederne for de kirurgiske avdelingene som behandler hofteprotesepasientene, ser på utnyttelsesgraden av operasjonsstueene som den mest relevante indikatoren for å styre ressursutnyttelsen i sin avdeling. Samtidig mener de at kapasiteten på operasjonsstua er den viktigste flaskehalsen. Til tross for dette har kun sju prosent av avdelingslederne informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstueene i sine ledelsesrapporter. Over 40 prosent av avdelingslederne hadde heller ikke informasjon om utnyttelsesgraden av operasjonsstua fra andre kilder. Det kan derfor stilles spørsmål ved om avdelingslederne har tilstrekkelig informasjon til å organisere og tilrettelegge operasjonsvirksomheten på en mest mulig effektiv måte.

De liggetidseffektive sykehusene opplever i mindre grad at kapasiteten på operasjonsstua er en viktig flaskehals. De liggetidseffektive sykehusene oppgir i tillegg at de kan gjennomføre flere operasjoner på et dagsprogram enn de andre sykehusene. Undersøkelsen indikerer at årsakene til dette er en kombinasjon av flere forhold, blant annet variasjoner knyttet til oppstartstidspunkt, byttetiden mellom operasjonene og fleksibiliteten ved avslutningen av dagen.

De fleste av sykehusene begynner ikke å operere før klokken ni om morgenen. Et kjennetegn ved to av de mest liggetidseffektive sykehusene er at de starter den første operasjonen klokken åtte. En grunn til at disse sykehusene kan starte opp så tidlig, er at de i større grad klargjør operasjonsstueene kvelden før. Undersøkelsen viser at effektiviteten kan økes ved å iverksette tiltak som gjør det mulig å starte den første operasjonen tidligere på dagen.

Ved de liggetidsineffektive sykehusene tar det lang tid mellom operasjonene. Undersøkelsen viser at det er et skille mellom de sykehusene som organiserer aktivitetene i pasientbyttet etter hverandre, og de sykehusene som i større grad organiserer bytteaktivitetene parallelt. Ved flere av de liggetidseffektive sykehusene er byttetiden redusert ved å ta i bruk preoperative stuer hvor neste pasient klargjøres til operasjon. Flere av de liggetidsineffektive sykehusene opplever også at manglende fleksibilitet ved avslutningen av dagen hindrer gjennomføringen av det planlagte operasjonsprogrammet. Dette kan blant annet innebære at de av og til ikke får begynt på en planlagt operasjon fordi en ikke kan risikere å gå ut over den ordinære arbeidstiden.

Undersøkelsen viser at det er organiseringen og

planleggingen av operasjonsvirksomheten, og ikke nødvendigvis operasjonskapasiteten, som fører til at operasjonsstua er en flaskehals ved mange sykehus. Undersøkelsen viser at organisatoriske tiltak som øker personalets «eierfølelse» til pasientbehandlingen, kan bidra til å få til en bedre utnyttelse av operasjonsstua.

Liggetid etter operasjonen

De liggetidseffektive sykehusene legger vekt på å informere hofteprotesepasientene tidligst mulig i pasientforløpet om hvor lenge de kan bli liggende på sykehuset etter operasjonen. Undersøkelsen viser at liggetiden kan reduseres som følge av at pasientene er forberedt og mentalt innstilt på hvor lenge de kan ligge på sykehuset etter operasjonen.

De fleste sykehusene i undersøkelsen oppgir å ha en høy beleggprosent på sengeposten. De liggetidseffektive sykehusene opplever likevel at det i mindre grad ligger utskrivningsklare pasienter i avdelingene, og at det sjeldnere ligger korridorpasienter på avdelingene. Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) representerer overbelegg og korridorpasienter også et alvorlig kvalitetsproblem.

En grunn til at de liggetidseffektive sykehusene har færre utskrivningsklare pasienter liggende på avdelingene, er at de i større grad har etablert rutiner og praksis for pasientbehandlingen etter operasjonen som sikrer at pasientene oftere kan skrives ut til en rehabiliteringsinstitusjon. De liggetidseffektive sykehusene bruker rehabiliteringsinstitusjonene som en integrert del av pasientbehandlingen og har ofte avtaler om rehabiliteringsplasser for hofteprotesepasientene. De avklarer tidlig i pasientforløpet hvilken institusjon pasienten skal skrives ut til, og bekrefter pasientoppholdet som allerede er avtalt, når pasienten legges inn på sykehuset. Flere av sykehusene kan også skrive ut pasientene fra sykehuset etter relativt kort tid på grunn av god tilgang på rehabiliteringsinstitusjoner med en høy pleiefaktor.

Ved mange sykehus får tilnærmet alle hofteprotesepasientene behandling på en rehabiliteringsinstitusjon etter sykehusoppholdet. Denne praksisen reduserer liggetiden ved sykehusene og frigjør dermed sengekapasitet som kan brukes til å behandle flere pasienter som står på venteliste. Utgiftene til pasientens opphold ved rehabiliteringsinstitusjonene finansieres av folketrygden. Undersøkelsen har imidlertid ikke belyst den samlede effektiviteten i pasientbehandlingen.

Styrings- og rapporteringssystemer

Gode styrings- og rapporteringssystemer i sykehusavdelingene er en nødvendig forutsetning for effektiv drift av avdelingene. Undersøkelsen viser at det finnes avdelinger som har god styringsinformasjon, og som bruker den aktivt i styringen. Mange avdelinger ser imidlertid ikke sammenhengen mellom

behandlingsaktiviteten og økonomien klart nok til å kunne oppnå en effektiv drift. Kun hver fjerde avdeling ved landets sykehus hadde indikatorer i ledelsesrapportene i 2001 som viste hvor produktiv avdelingen var. I tillegg var det kun hver femte avdeling som hadde gjennomført analyser av hva det koster å behandle noen av pasientgruppene. Videre viser undersøkelsen at 70 prosent av avdelingslederne ikke hadde de nødvendige verktøyene som gjør det mulig å beregne de økonomiske konsekvensene av endringer i behandlingsaktiviteten. Det blir derfor vanskelig for avdelingsledelsen å kunne vurdere de økonomiske konsekvensene av endringer i avdelingens behandlingsaktivitet.

Hver tredje av landets avdelingsledere svarer at det har liten kjennskap til hvilke økonomiske konsekvenser økt behandlingsaktivitet i egen avdeling vil ha for de andre avdelingene ved sykehuset. Under-

søkelsen viser at en stor del av kostnadene ved en hofteproteseoperasjon genereres i andre avdelinger enn i den avdelingen som har det medisinske ansvaret for disse. Det må være en utfordring for kostnadskontrollen ved sykehuset at den avdelingen som tar beslutningen om å behandle flere hofteprotesepasienter enn planlagt, kun må dekke deler av merkostnadene for sykehuset i eget avdelingsbudsjett.

Undersøkelsen viser at 44 prosent av avdelingslederne ikke fikk styringsinformasjon i sine ledelsesrapporter om noen av de fire forholdene de selv så på som de viktigste flaskehalsene i sin avdeling i 2001. Dette gir grunn til å stille spørre om styrings- og rapporteringssystemene gir avdelingsledelsen nok informasjon til å drive et kontinuerlig arbeid for å bedre organiseringen av behandlingsaktiviteten ved sykehusene.

Undervedlegg 1**Datakvalitet***Ventetider*

Ventetiden på behandling er definert som antall dager fra dato for første gangs henvisning fra primærlegen til dato for innleggelse for operasjon. For å beregne ventetid må i utgangspunktet både henvisningsdato og innleggelsesdato være registrert. Det er grunn til å tro at ekstremt lang ventetid kan avspeile et behandlingsforløp der man har prøvd andre former for behandling, men likevel kommet fram til at løsningen er en hofteoperasjon. Det er også grunn til å tro at de som har ventet i null eller en dag, heller ikke har stått på noen venteliste. Analysen er derfor begrenset til saker der ventetiden er mellom 2 og 999 dager.⁵⁷ Av de 25 962 registrerte pasientoppholdene er det 15 011 som tilfredstiller disse kravene. Tabell 2.1 viser utvalgets fordeling etter år.

Tabell 1 Utvalg til beregning av ventetid etter år

År	Populasjon	Utvalg	Utvalgets størrelse i forhold til populasjonen (prosent)
1998.....	6 306	2 621	41,5
1999	6 293	3 113	49,5
2000	6 465	4 415	68,3
2001	6 898	4 862	70,5
	25 962	15 011	57,8

Tabellen viser at utvalgets størrelse øker fra 41,5 prosent i 1998 til 70,5 prosent i 2001. Dette henger sammen med at andelen opphold som kan koples med informasjon fra NPR (Norsk Pasientregister), er økende, men det er også andre forhold som har betydning for kvaliteten på datagrunnlaget. I 1999

gjennomførte SINTEF Unimed en analyse som viste at det var en sammenheng mellom ventetiden og hvordan ventelisteinformasjonen ble registrert og lagret i sykehusenes pasientadministrative systemer. Enkelte pasientadministrative datasystemer viste seg å gi lavere rapporterte ventetider. Det er antatt at denne feilkilden i mindre grad er å finne i de senere årgangene fordi registreringsrutinene skal ha blitt bedre etter dette. Datagrunnlaget for den statistiske analysen er derfor et mindre utvalg på til sammen 9058 pasienter som ble behandlet i årene 2000 og 2001.

Liggetid

Sykehusene rapporterer innleggelsesdato, operasjonsdato og utskrivingsdato til NPR. Denne informasjonen er brukt til å beregne samlet liggetid fra innleggelse til utskrivning, liggetid fra innleggelse til operasjon og liggetid fra operasjon til utskrivning. For å unngå at ekstremobservasjoner som ikke er representative for et normalt pasientforløp, påvirker resultatene av analysen, er det satt opp noen kriterier for hva som regnes som realistisk liggetid. Utvalget til beregning av liggetid er begrenset til de oppholdene som har minst 3 og maksimalt 30 liggedager. I tillegg er det satt en grense for preoperativ liggetid på maksimalt 7 dager. Grensen for den postoperative liggetiden er satt til minst 2 og maksimalt 28 dager. Dette gir et utvalg til analyse av liggetid som består av 18 995 av de 25 962 oppholdene som er registrert av hofteregisteret. Analysen omfatter dermed 73 prosent av populasjonen. Ettersom andelen opphold som er koplet med NPR er 76 prosent, er det bare 3 prosent av pasientoppholdene som sensureres bort av utvalgskriteriene.

⁵⁷ Dette er i tråd med SAMDATAs utvalgsriterier for beregning av ventetider i rapport 3/02.

Undervedlegg 2**Resultater fra statistisk analyse av ventetid**

Avhengig variabel er individuell ventetid. Tabellen viser de estimerte koeffisientene omregnet til prosenter.⁵⁸ Referansegruppen for dummyvariablene er angitt i parentes.

Variabel	Koeffisienter omregnet til prosent	Signifikansnivå (0,01)
under 64 år (referansegruppe)		
65–74 år	-4,4	0,053
75–89 år	-12,2	0,000*
90 år eller mer	-9,5	0,517
kvinne (referansegruppe)		
mann	1,1	0,584
primæroperasjoner (referansegruppe)		
reoperasjoner	2,4	0,509
slitasjegikt (referansegruppe)		
hoftebrudd	-36,0	0,000*
revmatologiske lidelser	-26,5	0,000*
følgetilstander etter barnehoftelidelser	3,8	0,339
andre hoftesykdommer	-13,9	0,000*
0 bidiagnoser (referansegruppe)		
1 bidiagnose	-3,4	0,122
2 bidiagnoser	-2,1	0,499
3 bidiagnoser	10,7	0,019
4 bidiagnoser	16,8	0,035
5 bidiagnoser	-2,1	0,859
6 bidiagnoser	-20,6	0,252
7 bidiagnoser	-4,4	0,810
lokalsykehus (referansegruppe)		
regionsykehus	51,8	0,000*
sentralsykehus	22,8	0,000*
lokalsykehus med sentralsykehusfunksjoner	-1,8	0,619
lokalsykehus med redusert tilbud	8,6	0,101
statlige/private sykehus	3,6	0,674
middels lav elektivandel (referansegruppe)		
lav elektivandel	-14,2	0,001*
middels høy elektivandel	-20,5	0,000*
høy elektivandel	-23,2	0,000*
forventet ventetid etter ansiennitet og produksjonstakt for hofteoperasjoner	0,3	0,000*
reisetid under 2,5 timer (referansegruppe)		
reisetid 2,5 timer eller mer	-3,7	0,211
helseregion øst (referansegruppe)		
helseregion sør	1,3	0,647
helseregion vest	15,3	0,000*
helseregion midt	16,1	0,000*
helseregion nord	-9,4	0,011
observert i 2000 (referansegruppe)		
observert i 2001	5,0	0,008*
N = 9058		
R ² = 0,126		

* Alle regresjonskoeffisientene som er markert med stjerne, er statistisk signifikante på minst 1%.

⁵⁸ Transformering: vi opphever den estimerte koeffisienten i tallet e og trekker fra 1. Produktet av denne prosedyren multipliseres med 100 for å få et resultat som kan tolkes som en prosentsats. Mer spesifikt: resultat = $\exp(\text{estimat}) - 1$ * 100.

Undervedlegg 3**Resultater fra statistisk analyse av liggetid***Pasientnivå*

Avhengig variabel er individuell liggetid. Referansegruppen for dummyvariablene er angitt i parentes.

Variabel	Effekt i dager	Signifikansnivå > 0,01
40–64 år (referansegruppe)		
5–19 år	0,3	0,898
20–39 år	0,5	0,042
65–74 år	0,6	0,000*
75–89 år	1,4	0,000*
90 år eller mer	2,7	0,000*
mann (referansegruppe)		
kvinne	-0,3	0,000*
0 bidiagnoser (referansegruppe)		
1 bidiagnose	0,6	0,000*
2 bidiagnoser	1,2	0,000*
3 bidiagnoser	1,8	0,000*
4 bidiagnoser	2,7	0,000*
5 bidiagnoser	3,0	0,000*
6 bidiagnoser	4,9	0,000*
7 bidiagnoser	5,6	0,000*
primæroperasjoner (referansegruppe)		
reoperasjoner	0,6	0,000*
slitasjegikt (referansegruppe)		
hoftebrudd	0,1	0,337
revmatologiske lidelser	2,4	0,000*
følgetilstander etter barnehoftelidelser	-0,2	0,136
andre hoftesykdommer	0,6	0,000*
lokalsykehus (referansegruppe)		
regionsykehus	1,6	0,000*
sentralsykehus	0,3	0,005*
lokalsykehus med sentralsykehusfunksjoner	1,3	0,000*
lokalsykehus med redusert tilbud	2,4	0,000*
statlige/private sykehus	2,2	0,000*
lav elektivandel (referansegruppe)		
middels lav elektivandel	1,7	0,000*
middels høy elektivandel	1,4	0,000*
høy elektivandel	1,4	0,000*
helseregion sør (referansegruppe)		
helseregion øst	0,5	0,000*
helseregion vest	2,4	0,000*
helseregion midt	1,7	0,000*
helseregion nord	3,2	0,000*
mindre enn 2000 innb. per rehabiliteringsplass (referansegr.)		
mer enn 2000 innb. per rehabiliteringsplass	1,5	0,000*
dekningsgrad for årsverk innen PLO under 44 prosent (ift. innb. o. 80 år) (referansegruppe)		
dekningsgrad for årsverk innen PLO over 44 prosent (ift. innb. o. 80 år)	0,4	0,000*
reisetid over 2,5 timer (referansegruppe)		
reisetid over 2,5 timer	-0,6	0,000*
observert i 1998 (referansegruppe)		
observert i 1999	-2,1	0,000*
observert i 2000	-2,4	0,000*
observert 2001	-2,5	0,000*

N = 18 647

R² = 0,232

* Alle regresjonskoeffisientene som er markert med stjerne, er statistisk signifikante på minst 1%.

Sykehusnivå

Resultater fra statistisk analyse av variasjoner i liggetid på sykehusnivå, data for 2001.

Avhengig variabel: gjennomsnittlig liggetid per institusjon. Signifikansnivå 0,05.

	2001	Signifikansnivå (0,05)
konstant	6,9	0,002*
75–89 år	4,1	0,400
90 år eller mer	12,5	0,802
2 bidiagnoser	9,1	0,279
3 bidiagnoser	-14,5	0,334
4 bidiagnoser	24,0	0,308
5 bidiagnoser	37,4	0,494
6 bidiagnoser	117,4	0,223
7 bidiagnoser	-92,6	0,388
rehabiliteringstilbud	2,8	0,034*
helseregion vest	-0,6	0,648
helseregion midt	0,7	0,612
helseregion nord	1,4	0,338
regionsykehus	5,8	0,008*
lokalsykehus med sentralsykehusfunksjoner	1,6	0,190
lokalsykehus med redusert tilbud	0,4	0,825
statlig/privat	-1,5	0,595
revmatologiske lidelser	-7,7	0,390
operasjonsvolum	0,0	0,232
middels lav elektivandel	0,7	0,603
middels høy elektivandel	-0,5	0,785
høy elektivandel	0,9	0,728

N = 54

R2 = 0,205

* Alle regresjonskoeffisientene som er markert med stjerne, er statistisk signifikante på minst 5%.