



Innst. 135 S

(2013–2014)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:4 (2013–2014)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus

Til Stortinget

1. Sammendrag

I 2011 beløp de samlede driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten seg til ca. 109 mrd. kroner. Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for at spesialisthelsetjenesten drives effektivt. Bakgrunnen for undersøkelsen er store produktivitetforskjeller mellom helseforetakene. Det finnes lite informasjon om faktorer som kan forklare disse forskjellene.

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å vurdere om det er mulig å effektivisere organiseringen av pasientbehandlingen ved sykehusene, for å oppnå bedre ressursutnyttelse. Ved bruk av registerdata om fire behandlingsformer er det beregnet forskjeller i produktiviteten mellom sykehusene. Gjennomsnittlig liggetid er brukt som indikator på produktivitet. Det er videre belyst om det er sammenheng mellom liggetid og effekt av pasientbehandlingen. Et sykehus er effektivt når det har kort liggetid og ikke har dårligere kvalitet på behandlingen enn landsgjennomsnittet. Det er gjennomført dybdeundersøkelser i ni sykehus for å identifisere faktorer som kan bidra til korte liggetider, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonsstuene. Undersøkelsen omfatter data fra perioden fra og med 2009 til og med 2013.

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 13. august 2013. Departementet har i brev av 6. september 2013 gitt kommentarer til

rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i Riksrevisjonens dokument.

1.1 Hovedfunn

- Sykehusene kan bli mer effektive:
 - Mange sykehus kan redusere antall liggedøgn.
 - Sykehus med kort liggetid har en pasientbehandling med like god effekt som sykehus med lengre liggetid.
 - Bedre utnyttelse av operasjonsstuene kan redusere helsekøene.
- Mange sykehus kan øke produktiviteten dersom de tilegner seg erfaringer fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonsstuene.
- Den nasjonale kvalitetsindikatoren for hoftebrudd skaper usikkerhet om hva som er faglig god praksis for denne pasientgruppen.
- Den nasjonale kvalitetsindikatoren for tykktarmskreft måler ikke pasientenes tilgang til første behandling i sykehusene på en entydig måte.

1.2 Riksrevisjonens merknader

1.2.1 Sykehusene kan bli mer effektive

MANGE SYKEHUS KAN REDUSERE ANTALL
LIGGEDØGN

Undersøkelsen viser at det blant sykehusene er store variasjoner i gjennomsnittlig liggetid. Gjennomsnittlig liggetid varierer fra

- tre til elleve dager for innsetting av hofteprotese
- fem til ti dager for operasjon av hoftebrudd
- null til fire dager for operasjon av korsbånd
- sju til elleve dager for operasjon av tykktarmskreft

Dersom alle sykehusene hadde hatt gjennomsnittlig liggetid på samme nivå som det sykehuset som har kortest liggetid, ville antall liggedøgn hvert år kunne ha blitt redusert med omtrent

- 14 000 liggedøgn for innsetting av hofteprotese (34 prosent)
- 11 000 liggedøgn for operasjon av hoftebrudd (19 prosent)
- 1 400 liggedøgn for operasjon av korsbånd (100 prosent)
- 3 900 liggedøgn for operasjon av tykktarmskreft (24 prosent)

Dersom det tas utgangspunkt i døgnprisen for utskrivningsklare pasienter, som er 4 000 kroner, tilsvarer det for disse fire behandlingsformene en besparelse på ca. 120 mill. kroner per år. Flere elementer i organiseringen av forløpene for de undersøkte behandlingene har likhetstrekk med forløpene for mange andre pasientgrupper. Undersøkelsen gir følgelig klare signaler om at spesialisthelsetjenesten har et betydelig effektiviseringspotensial, og at det er muligheter for alternativ bruk av ressursene, for eksempel til å redusere helsekøene.

Riksrevisjonen mener at mange sykehus kan effektivisere operasjon av korsbånd ved å utføre dette som dagkirurgi. I 2009 var det ni sykehus som gjennomførte korsbåndoperasjoner dagkirurgisk. Etter 2009 er det svært få sykehus som har endret praksis fra døgn- til dagkirurgi for korsbåndoperasjoner. I et flertall av sykehusene overnatter pasientene i sykehuset både før og etter operasjonen. Helse- og omsorgsdepartementet mener at dagkirurgi er en ønsket utvikling fordi det er en fordel for pasienten og gir den beste ressursutnyttelsen. Det skal være gode medisinskfaglige vurderinger som ligger til grunn for pasientbehandlingen. Undersøkelsen viser at sykehus som utfører dagkirurgisk behandling ikke har dårligere kvalitet på behandlingen enn andre sykehus. Det er derfor ingenting som tyder på at merkostnadene som påføres helseforetaket ved en innleggelse av disse pasientene, kan forsvares helseøkonomisk.

Etter Riksrevisjonens oppfatning bør de regionale helseforetakene vurdere omfanget av bruken av opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter etter sykehusoppholdet. Undersøkelsen viser at andelen hofteprotesepasienter som er i en opptreningsinstitusjon varierer fra hver tiende pasient for noen sykehus til ni av ti pasienter for andre sykehus. Omtrent halvparten av de 8 000 pasientene som hvert år får satt inn en hofteprotese, er på opptreningsinstitusjon etter sykehusoppholdet. Et stort flertall av pasientene er mellom én og tre uker på institusjonen, noe som utgjør mer enn 50 000 liggedøgn per år. Et av de sykehusene som har kort liggetid, har som mål

i 2013 at 90 prosent av pasientene skal skrives ut til hjemmet. Dette sykehuset har likevel ikke dårligere kvalitet på pasientbehandlingen enn andre sykehus, basert på kliniske effektmål, funksjonsnivå og livskvalitet ett år etter operasjon. Det indikerer at helse-tjenesten kan spare betydelige ressurser dersom andre sykehus følger samme praksis og reduserer omfanget av opptreningsopphold for denne pasientgruppen.

SYKEHUS MED KORT LIGGETID HAR EN PASIENT-BEHANDLING MED LIKE GOD EFFEKT SOM SYKEHUS MED LENGRE LIGGETID

Undersøkelsen viser at å legge om behandlingsforløp til kortere liggetider ikke går på bekostning av kvaliteten på pasientbehandlingen. Kliniske effektmål som er benyttet i denne sammenhengen, er andel pasienter som er reoperert, reinnlagt og døde innen henholdsvis 30 dager og ett år etter operasjonen. I tillegg er det brukt effektmål som er basert på pasientenes egne vurderinger av funksjonsnivå og livskvalitet ett år etter operasjonen. Undersøkelsen viser at få sykehus med kort liggetid har en signifikant dårligere effekt av pasientbehandlingen enn landsgjennomsnittet.

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at omfanget av reinnleggelser ikke alene kan forklares ved sykehusets behandling og liggetid. Også tilgjengeligheten av og kvaliteten på kommunalt tilbud etter utskrivelse fra sykehus, inkludert hjemmetjeneste og sykehjem, kan påvirke behovet for reinnleggelser.

BEDRE UTNYTTELSE AV OPERASJONSSTUENE KAN REDUSERE HELSEKØENE

Mer enn 80 prosent av de ortopediske operasjonene skjer mellom kl. 8 og 16. Tre av fire sykehus svarer i undersøkelsen at kapasiteten på operasjonsstuene i stor grad er en flaskehals med hensyn til å kunne operere flere ortopediske pasienter. Undersøkelsen viser at operasjonsstuene står tomme uten pasienter i omtrent halvparten av tida mellom kl. 8 og 16. Det varierer imidlertid mye i hvilken grad sykehusene utnytter den tildelte kapasiteten på operasjonsstuene. Mange pasienter kunne fått kortere ventetid til operasjon dersom alle sykehusene hadde utnyttet kapasiteten på operasjonsstuene like godt som de beste.

Forskjeller i sykehusenes utnyttelse av operasjonskapasitet skyldes variasjon med hensyn til når første operasjon starter, hvor lang tid det går mellom operasjonene og når den siste operasjonen avsluttes. I halvparten av operasjonsstuene trilles første pasient inn etter kl. 8.30, og i halvparten av operasjonsstuene avsluttes siste operasjon før kl. 14.30. Dersom det er risiko for at en planlagt operasjon ikke blir ferdig

innen ordinær arbeidstid, vil den ved mange sykehus ikke bli startet.

1.2.2 Mange sykehus kan øke produktiviteten dersom de tilegner seg erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy kapasitetsutnyttelse på operasjonsstuene

Riksrevisjonen mener at undersøkelsen viser betydningen av at myndighetene fortsetter arbeidet med å utvikle produktivitetsindikatorer. Det vil bidra til å belyse produktivitetsutviklingen og hva forskjellene i produktivitet mellom helseforetakene skyldes.

MANGE SYKEHUS KAN GJENNOM SYSTEMATISKE TILTAK UTNYTTE KAPASITETEN VED OPERASJONSSTUENE BEDRE

Undersøkelsen viser at de sykehusene som utnytter operasjonsstuene best, bruker styringsdata aktivt. Flere av sykehusene har etablert systemer og rutiner for å fastsette mål og måle resultater. Sykehusene bruker denne informasjonen til styring, kontroll og læring for å sette opp operasjonsprogrammer som gir bedre kapasitetsutnyttelse. Videre bidrar et systematisk tverrfaglig samarbeid til at de involverte faggruppene får eierskap til operasjonsprogrammet. I rapporten (vedlegg 3) gis det flere eksempler på organisering og konkrete tiltak som bidrar til god utnyttelse av operasjonsstuene.

BRUK AV VERKTØY SOM FORDELER KOSTNADER PER PASIENT (KPP) KAN BIDRA TIL MER EFFEKTIV DRIFT

Det er et mål at KPP gradvis skal tas i bruk av sykehusene. Foreløpig bruker få sykehus denne typen verktøy. Det mest produktive helseforetaket bruker det aktivt i virksomhetsstyringen. Undersøkelsen finner flere eksempler på at et slikt verktøy har bidratt til å effektivisere driften ved sykehuset. For å oppnå mer effektiv drift er det avgjørende at sykehusledelsen involverer det medisinske fagmiljøet i bruken av verktøyet. Undersøkelsen viser flere eksempler på hvordan sykehuset har identifisert mangelfulle rutiner og uheldige avgjørelser som påfører sykehuset unødvendige kostnader.

MANGE SYKEHUS KAN FORBEDRE RESSURSENTNYTTELSEN VED Å UTVIKLE TVERRFAGLIGE STANDARDISERTE BEHANDLINGSFORLØP

Riksrevisjonen mener at helseforetakene bør legge mer vekt på å etablere prosesser som gjør at behandlingsforløpene på tvers av enheter er samordnet og preget av kontinuitet. Undersøkelsen viser eksempler på sykehus som har utviklet mer effektive behandlingsforløp ved å fjerne flaskehals og unødvendige rutiner. Det er etablert prosesser som sikrer

klar oppgavedeling og forutsigbarhet for de ulike profesjonene og enhetene som behandler pasienten. Utvikling av slike behandlingsforløp har også bidratt til å øke medarbeidertilfredsheten i disse sykehusene. Riksrevisjonen mener derfor at flere sykehus bør vurdere å utvikle tverrfaglige standardiserte behandlingsforløp for vesentlige pasientgrupper.

I utviklingen av behandlingsforløp for hofteprotesepasienter har noen sykehus flyttet noe av ressursinnsatsen fram i behandlingsforløpet ved å etablere preoperativ poliklinikk og «hofteskole» nær operasjonsdato. Formålet er å kontrollere at pasientene er klare for operasjon, sikre at nødvendige prøver og undersøkelser er tatt, og å informere og undervise pasientene om hvordan de skal forberede seg til operasjonen og tiden etter at de er skrevet ut fra sykehuset. Dette har ført til færre strykninger og har redusert liggetiden både før og etter operasjon.

Videre viser undersøkelsen at et sykehus som hadde en av landets lengste liggetider før operasjon av hoftebrudd har, etter å ha utarbeidet et tverrfaglig standardisert behandlingsforløp, oppnådd en av landets korteste liggetider før operasjon. Det er store variasjoner mellom sykehusene i liggetid før operasjon. Lang liggetid før operasjon kan gi økt smerte, flere komplikasjoner, flere liggedager og økt dødelighet. Hoftebrudd har alvorlige konsekvenser både for pasientene og samfunnet, i form av økt behov for helse- omsorgstjenester.

1.2.3 Den nasjonale kvalitetsindikatoren for hoftebrudd skaper usikkerhet om hva som er faglig god praksis for denne pasientgruppen

Alle sykehus skal rapportere i samsvar med nasjonal kvalitetsindikator for hoftebrudd, som viser hvor stor andel av pasientene som har blitt operert innen 48 timer etter at de ble lagt inn. Ni av ti pasienter ble operert innen 48 timer. Den nasjonale faglige retningslinjen anbefaler imidlertid operasjon innen 24 timer etter at bruddet har oppstått. Undersøkelsen viser at mindre enn halvparten av pasientene blir operert innen denne fristen.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren kan brukes som styringsparameter ved prioritering av operasjoner og organisering av operativ virksomhet. Tiden fra innleggelse til operasjon kan ses som uttrykk for prioritering av eldre, behandlingstrengende pasienter innen ortopedi. Undersøkelsen indikerer at mange sykehus har valgt å forholde seg til den nasjonale kvalitetsindikatoren framfor anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene. For å sikre riktig prioritering av operasjonskapasiteten og likeverdig behandling mener Riksrevisjonen at myndighetene bør klargjøre hva som er god praksis for denne behandlingsformen.

1.2.4 *Den nasjonale kvalitetsindikatoren for tykktarmskreft måler ikke pasientenes tilgang til første behandling i sykehusene på en entydig måte*

Kvalitetsindikatoren for tykktarmskreft registrerer tiden fra sykehuset mottar en henvisning til pasienten får første behandling. For tykktarmskreft er første behandling vanligvis en operasjon. Kvalitetsindikatoren kan brukes som styringsinformasjon for å bidra til at det organiseres effektive behandlingsforløp for personer med tykktarmskreft. Det er et styringskrav fra departementet at 80 prosent av pasientene skal motta første behandling innen 20 virkedager etter at sykehuset har mottatt henvisningen. Ingen helseforetak oppfyller dette styringskravet i 2012.

Tykktarmskreft påvises ved koloskopi. Av alle pasienter som henvises til koloskopi med symptomer som kan være tykktarmskreft, er det bare fem prosent som har kreft. Det er derfor en utfordring for sykehusene å velge ut de riktige pasientene til rask koloskopi. Undersøkelsen viser at når tykktarmskreft er påvist, har mange sykehus rutiner som sikrer rask framdrift i behandlingsforløpet.

Pasientene blir henvist direkte til kirurgisk avdeling når henvisningen fra fastlegen har vedlagt resultater fra koloskopi. I disse tilfellene klarer sykehusene å tilby pasienten behandlingsstart innen 20 virkedager. Den nasjonale kvalitetsindikatoren tar imidlertid ikke hensyn til om koloskopi er gjennomført før pasienten henvises til sykehuset. Kvalitetsindikatoren måler derfor ikke den samme delen av behandlingsforløpet for alle pasientene. I hvilken grad helseforetakene eller sykehusene oppfyller departementets styringskrav, er derfor avhengig av hvor stor andel av pasientene som har fått utført koloskopi utenfor spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen mener derfor at den nasjonale kvalitetsindikatoren ikke gir et riktig bilde av tilgangen til diagnostikk eller behandling.

1.3 Riksrevisjonens anbefalinger

- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør sørge for at erfaringene fra sykehus med effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonsstuene overføres til andre sykehus.
- Helse- og omsorgsdepartementet bør etablere styringsindikatorer som belyser utviklingen av produktivitet i helseforetakene. Det kan gi myndighetene og ledelsen i helseforetakene økt forståelse av forskjeller i produktivitet mellom helseforetakene.
- For å sikre likeverdig behandling av pasienter med hoftebrudd og riktig prioritering av operasjonskapasiteten, bør Helse- og omsorgsdeparte-

mentet klargjøre hva som er god faglig praksis for hvor raskt pasienter med hoftebrudd bør opereres.

- Helse- og omsorgsdepartementet bør endre målingen av kvalitetsindikatoren for tykktarmskreft slik at den gir et riktigere bilde av tilgang til behandling for denne pasientgruppen, og dermed også blir mer egnet for ledere som støtte til helsepolitisk styring.
- De regionale helseforetakene bør vurdere om omfanget av bruken av opptreningsinstitusjoner for hofteprotesepasienter etter sykehusoppholdet kan forsvares helseøkonomisk.
- Helseforetakene bør se nærmere på hvordan kapasiteten på operasjonsstuene utnyttes, og etablere tverrfaglige standardiserte behandlingsforløp for vesentlige pasientgrupper.

Dissens fra kollegiets medlem Arve Lønnum:

«Rapportutkastet som foreslås sendt Stortinget, mangler en oversikt over prisen pr. utført helsetjeneste som er omhandlet i undersøkelsen. Den endelige prisen er summen av innsatsfaktorene. Det vil gi Stortinget det beste beslutningsgrunnlag å få vite prisen for eksempel en hofteoperasjon har i det offentlige helsevesen. Det vil med en slik opplysning være mulig for Stortinget å vite helt konkret hvor mange operasjoner et gitt bevilget beløp vil gi.

Det ble opplyst i møtet at den gjennomsnittlige stykkprisen på de aktuelle operasjoner (korsbånd, hofteprotese, hoftebrudd og tykktarmskreft) allerede er innhentet av Riksrevisjonen, men disse opplysningene står ikke i rapporten. I stedet står det en rekke andre tabeller over enkeltelementer i et behandlingsforløp, herunder om hvor lang tid sykehusene bruker på å trille inn en pasient i operasjonsstuen etter at en er trillet ut. Dette er også interessant, men ikke mer interessant enn summen av alle faktorene som helhet, som måles best i prisen på vedkommende tjeneste.

Undersøkelsen mangler etter dette medlems syn en benchmarking mot prisen og kvaliteten på tilsvarende tjenester som er tilgjengelige i det private. Kunnskap om disse elementene ville gitt Stortinget mer relevant, relativisert informasjon om mulige effekter av bevilgede beløp og aktuelle organisasjonsformer: Det vil som regel være mest interessant å få vite prisen på sluttproduktet, fremfor på enkeltelementer i produksjonen.

Dette medlem klarte selv på kort tid før kollegiemøtet å innhente noen slike sammenlignbare priser fra det private helsevesen som produserer tilsvarende tjenester. Sistnevnte opplysninger kan vanskelig innarbeides i rapporten nå uten å forsinke den. Allerede innhentede priser kunne dog lett vært redigert inn.

Fra en enkel og oversiktlig tabell innhentet fra Riksrevisjonen straks etter kollegiemøtet kan nevnes at gjennomsnittskostnaden for to typer innsetting av hofteproteser er henholdsvis kr 122 616 og kr 149 815. Disse og de øvrige kostnadstall kunne enkelt vært sammenlignet med tall på identiske helsetjenester i annet privat og offentlig helsevesen. Stortinget ville da få et grunnlag for å vurdere effekten av sine bevilgninger og mulige potensialer som Stortinget kan velge å se nærmere på.»

1.4 Departementets oppfølging

Statsråden viser i brev til Riksrevisjonen til at rapporten peker på flere ulikheter i behandlingsforløp og ressursutnyttelse mellom helseforetak og sykehus, inkludert bruk av operasjonsstuekapasiteten og opptreningsinstitusjoner. Dette vurderes som nyttig kunnskap som statsråden vil sørge for at spesialisthelsetjenesten blir kjent med og lærer av.

Statsråden opplyser at Riksrevisjonens anbefalinger vil bli formidlet til de regionale helseforetakene, og har kommentert enkelte forhold som tas opp i anbefalingene.

Når det gjelder Riksrevisjonens anbefaling om at det bør etableres styringsindikatorer som belyser produktivitetsutviklingen, viser statsråden til de regionale helseforetakenes kompetansenettverk for bedre økonomisk styring og kontroll, som i den senere tiden har arbeidet med felles indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet. Dette er et utviklingsarbeid med sikte på trinnvis innføring, og våren 2013 ble det gjennomført en pilot ved enkelte helseforetak. Målet for dette arbeidet er å etablere felles indikatorsett av god kvalitet for alle tjenesteområdene i alle helseforetak, opplyser statsråden.

Det vises videre til at Riksrevisjonen anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet å klargjøre hva som er god faglig praksis for hvor raskt pasienter med hoftebrudd bør opereres, for å sikre likeverdig behandling av pasienter og riktig prioritering av operasjonskapasiteten. Statsråden viser til at Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for nasjonale faglige retningslinjer som gir føringer for tjenestene. Videre at Helsedirektoratet også har et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten. Statsråden ser at det kan virke motsetningsfullt at den faglige retningslinjen anbefaler operasjon innen 24 timer etter brudd, mens kvalitetsindikatoren måler andelen pasienter over 65 år som får operasjon i løpet av 48 timer etter innleggelse. Departementet vil derfor ta opp med Helsedirektoratet om det er behov for endringer som sikrer tydeligere samsvar mellom retningslinjen og kvalitetsindikatoren.

Når det gjelder Riksrevisjonens anbefaling om å endre målingen av kvalitetsindikatoren for tykktarmskreft, viser statsråden til at for det store flertall av pasientene vil forløpstiden omfatte tiden fra en pasient er henvist til utredning i spesialisthelsetjenesten til behandlingsstart, selv om utredning og behandling foregår ved to forskjellige institusjoner. Et unntak er pasienter som utredes ved private institusjoner der henvisningene ikke blir registrert i Norsk pasientregister.

Statsråden deler Riksrevisjonens oppfatning om at mange sykehus har utfordringer knyttet til kapasitet

for koloskopi. Statsråden viser til at ett av målene i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2013 er å gjennomføre tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehalser i behandlingsforløpene for kreftpasienter.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Are Helseth og lederen Martin Kolberg, fra Høyre, Erik Skutle og Michael Tetzschner, fra Fremskrittspartiet, Kenneth Svendsen og Helge Thorheim, fra Kristelig Folkeparti, Hans Fredrik Grøvan, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Venstre, Abid Q. Raja, fra Sosialistisk Venstreparti, Karin Andersen, og fra Miljøpartiet De Grønne, Rasmus Hansson, viser til Dokument 3:4 (2013–2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus.

Komiteen viser til at det er et mål at befolkningen tilbys likeverdige helsetjenester av god kvalitet, og at et av hovedmålene i spesialisthelsetjenesteloven er å bidra til at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes på best mulig måte.

Komiteen viser videre til at det alltid skal ligge gode medisinskfaglige vurderinger til grunn for pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten, og at dette påpekes i Riksrevisjonens rapport.

Komiteen har merket seg at rapporten poengterer at mange sykehus kan effektivisere pasientbehandlingen ved å lære av andre. Komiteen har også merket seg at undersøkelsen viser at gjennomsnittlig liggetid varierer mellom sykehusene. Det vises til at dersom alle sykehusene hadde hatt gjennomsnittlig liggetid på samme nivå som det sykehuset som har kortest liggetid, kunne det ha redusert antall liggedøgn hvert år med 34 prosent for hofteproteser, 19 prosent for hoftebrudd, 100 prosent for korsbåndoperasjoner og 24 prosent for tykktarmskreft. Komiteen er enig med Riksrevisjonen i at det er riktig at sykehusene kan bli mer effektive ved å redusere antall liggedøgn og ved at man har en bedre utnyttelse av operasjonsstueene.

Komiteen registrerer også at det i Riksrevisjonens rapport vises til at en bedre utnyttelse av operasjonsstueene ved enkelte sykehus kan redusere helsekøene. Mange pasienter kunne fått kortere ventetid til operasjon dersom alle sykehusene hadde utnyttet kapasiteten på operasjonsstueene like godt som de beste.

Komiteen viser til at det kommer frem i undersøkelsen at sykehus med kort liggetid har like god kvalitet på pasientbehandlingen som sykehus med

lengre liggetid. Komiteen mener derfor i likhet med Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene bør sørge for at erfaringene fra sykehus med effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av operasjonsstuene, overføres til andre sykehus.

Komiteen mener det er et vesentlig poeng at dersom man får et mer tverrfaglig og standardisert behandlingsforløp, vil dette gi mer effektiv drift og dermed redusere helsekostene. I likhet med Riksrevisjonen, anbefaler derfor komiteen at helseforetakene etablerer tverrfaglige standardiserte behandlingsforløp for vesentlige pasientgrupper.

Komiteen viser avslutningsvis til svaret fra Helse- og omsorgsdepartementet om den videre behandling av styringsindikatorer som belyser produktivitetsutviklingen, slik det er skissert under punktet «departementets oppfølging». Komiteen imøteser statsrådets konkrete oppfølging overfor de regionale helseforetakene på de områder som er beskrevet i rapporten.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Arbeiderpartiet, understreker at rapportering, innsatsstyrt finansiering og styring etter kostnad per pasient (KPP) aldri må ta oppmerksomheten bort fra arbeidet med kvalitet i behandlingen av pasienter. Møtet mellom pasient og behandler skal alltid være det viktigste.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet understreker at rapportering, innsatsstyrt finansiering og styring etter kostnad per pasient (KPP) ikke skal fortrenge arbeidet med kvalitet i behandlingen av pasienter. Møtet mellom pasient og behandler skal alltid være det viktigste.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Senterpartiet viser til at effektivitetsindikatorer, selv om de ikke alltid kan bygges på objektivt sikre sammenligninger, gir et utgangspunkt for å mene noe om måloppnåelse vurdert ut fra innsatsen av ressurser. Bak de ulike resultatene kan det ligge svært sammensatte årsaker. En rettferdig bedømmelse av et sykehus og dets prestasjoner forutsetter også kunnskap om ulikhet i rammebetingelser. Samme helsetjeneste kan i sammenligning mellom to sykehus fremkomme med variasjoner som skyldes ikke-målbare forhold.

Disse medlemmer viser videre til at det er velkjent at pleietyngde kan variere mellom enkeltpasienter og grupper av pasienter. Ulike resultater kan også skyldes ulike betingelser knyttet til utstyr, bygninger, beliggenhet. Ulike driftsbetingelser kan videre skyldes ulikhet i forvaltningen av kapitalsiden

slik som investeringer, vedlikehold og driftsfølgene av denne.

Disse medlemmer vil understreke at dette kan være forhold som ofte ligger utenfor påvirkning av den daglige ledelsen, fordi beslutninger om slike rammebetingelser ofte treffes på andre forvaltningsnivåer. Samtidig er det også klart at ikke-fysiske faktorer kan ha avgjørende innvirkning på resultatene, slik som ledelseegenskaper, involvering, læringsvillighet, personalforvaltning og kunnskap om logistikk og arbeidsprosesser som ikke oppfattes som sykehusenes kjernekompetanse.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil påpeke at i et komparativt, nordisk perspektiv er norske sykehus ikke av de mest effektive. Sykehusforskere, som ikke nødvendigvis er isont enige, har pekt på uhensiktsmessig organisering fra politisk ledelse, sentralstyring, rigid lønnsstruktur og lite omfang av samarbeid med private.

Disse medlemmer finner videre at offentlig/privat samarbeid i større grad bør utvikles som metode for referansemåling for effektivitet, for læring og for innovasjon.

Disse medlemmer viser til at det er behov for et mer systematisk samarbeid med private tilbydere av helsetjenester som tilfredsstiller internasjonalt anerkjente sertifiseringsordninger, og at de offentlig eide sykehusene bør prinsipielt underkaste seg internasjonalt, godkjent sertifisering for å sikre pasientkvaliteten.

Disse medlemmer vil videre understreke at når pasientkvaliteten er sikret på et stabilt høyt nivå, vil man kunne sammenligne resultatene på et sikrere grunnlag uansett regional tilhørighet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre, Sosialistisk Venstreparti, og Miljøpartiet De Grønne vil påpeke at kortere liggetid er svært avhengig av et godt kommunalt tilbud. Dersom konsekvensene av kortere liggetid blir at antall sengeplasser i sykehusene reduseres, kan dette ha negative konsekvenser for beredskapen.

Disse medlemmer vil understreke at dersom færre skal overnatte før og etter behandling, vil det være uheldig om pasientene selv må ta kostnadene dersom de har en lang reisevei.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne mener det er viktig å systematisere arbeidet med nasjonale planer og sørge for at tidligere erfaringer blir brukt som en del av grunnlaget for utvikling av nye planer

Disse medlemmer støtter behovet for effektivisering av pasientbehandlingen på sykehusene, at operasjoner som hovedregel foretas samme dag som innleggelse, og at pasienten skrives raskt ut når det ikke er et klart behov for videre opphold på sykehus. Det advares likevel mot at spesialisthelsetjenesten reduseres til verksteder for reparasjon av kroppsdeler på mest mulig effektiv måte. Den kvantitative målemetodikken Riksrevisjonens rapport legger til grunn gir nyttig informasjon, men kan også føre til uheldige forenklinger. Disse medlemmer merker seg at Riksrevisjonens rapport studerer et lite utvalg spesifikke diagnoser, mens det vanlige i behandlingssituasjonen er at pasienten har et mer komplekst helsebilde. En helhetlig pasienttilnærming er avgjørende for den samlede kvaliteten på behandlingstilbudet, hvor kropp, sinn og sosial situasjon sees i sammenheng.

Disse medlemmer mener sammenligninger av enkeltfaktorer på tvers av regioner må tolkes kritisk. Ulik sykdomsbelastning og ulike sosioøkonomiske og andre forhold mellom regioner kan gi ulike behov. Skottland har lagt om sine prioriteringer i ulike fylkesområder basert på dette. De har innført en

nasjonal kvalitetsstrategi og gått bort fra ensartet målstyring.

Disse medlemmer viser til at samhandlingsreformen forutsetter godt samarbeid og god informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, noe som knapt er omtalt i rapporten. Dette samarbeidet er viktig for effektiv og sikker behandling og rehabilitering, noe som må være det primære formålet med effektiv sykehusdrift. God informasjon til pasienten er også viktig før innleggelse og ved opptrening etter behandling. Alle ledd i helsetjenesten må samarbeide om dette.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 3:4 (2013–2014) – Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 25. februar 2014

Martin Kolberg

leder

Michael Tetzschner

ordfører

