



Innst. 317 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:12 (2014–2015)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene

Til Stortinget

1. Sammendrag

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse har vært å belyse hvordan styringen bidrar til effektiv bruk av pleieressursene i helseforetakene for å oppnå Stortingets forutsetning om effektiv ressursutnyttelse. Undersøkelsen omfatter seks kategorier av somatiske sengeposter (hjertemedisinske, lungemedisinske, generelle medisinske, ortopediske, gastrokirurgiske og generelle kirurgiske), i perioden fra og med 2013 til og med januar 2015.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at det er indikasjon på variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt personalressursene brukes, og at det finnes lite informasjon om hva disse forskjellene skyldes. I 2015 er de samlede utgiftene til de regionale helseforetakene på mer enn 130 mrd. kroner. Lønnskostnadene utgjør ca. 70 prosent av driftskostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere og hjelpepleiere utgjør en stor andel av de 70 000 årsverkene ved de somatiske sykehusene. Effektiv bruk av pleieressursene har derfor stor betydning for om ressursene i helseforetakene utnyttes på en god måte.

Arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og i tariffavtaler angir rammer for disponering av personalressursene. Riksrevisjonen har ikke undersøkt hvordan bestemmelsene i arbeidsmiljøloven og tariffavtaler påvirker helseforetakenes bruk av pleieressursene.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m.

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 9. juni 2015. Departementet har i brev 7. august 2015 til Riksrevisjonen gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i Riksrevisjonens dokument.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev av 25. august 2015 til Helse- og omsorgsdepartementet og statsrådets svar av 8. september 2015 følger som vedlegg til Riksrevisjonens dokument.

1.1 Hovedfunn

- Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt.
- Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene.
- Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget.
- Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene.

1.2 Riksrevisjonens merknader

1.2.1 *Helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt*

Blant de 77 sengepostene i utvalget er det store variasjoner i arbeidsproduktivitet. Arbeidsproduktivitet viser hvor mye pasientbehandling sengeposten

har utført med de pleieressursene som er brukt. Pleiepoeng per vakttime er brukt som indikator på arbeidsproduktivitet. Indikatoren tar hensyn til at sengepostene har pasienter med ulike behov for pleietjenester.

Det er store forskjeller i arbeidsproduktivitet mellom sengeposter i samme kategori, det vil si mellom likeartete sengeposter. Dette betyr at arbeidsproduktiviteten avgjøres av andre faktorer enn hvilke pasientgrupper sengeposten behandler.

Mange av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet kan bli mer effektive. En stor del av disse postene er høyt bemannet sammenlignet med likeartede poster. Noen av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet er imidlertid bemannet med relativt få pleiere per seng. Disse har lav produktivitet fordi de har lang liggetid eller lav kapasitetsutnyttelse. Kortere liggetid ville gi flere pasienter behandling, og dermed økt arbeidsproduktivitet. Samlet sett har sengeposter med høy arbeidsproduktivitet sammenlignet med likeartede sengeposter som har lav arbeidsproduktivitet, oftere:

- færre pleiere per seng
- høyere kapasitetsutnyttelse
- kortere liggetid

Undersøkelsen indikerer at dette ikke kan forklares med at sengepostene med høy arbeidsproduktivitet har pasienter med mindre behov for pleietjenester. Samtidig indikerer undersøkelsen at også de fleste postene med høy arbeidsproduktivitet kan bli mer effektive.

Noe av forskjellene i arbeidsproduktivitet mellom sengepostene kan skyldes at de har ulike oppgaver, organisering, registreringspraksis, og at de har pasienter med ulike behov for pleietjenester som ikke fanges opp av DRG-systemet. Sengeposter vil imidlertid gjennom hele året normalt ha samme organisering, oppgaver og registreringspraksis. De fleste sengepostene har et effektiviseringspotensial når de sammenlignes med seg selv over tid. Dersom alle sengepostene i 2013 hadde økt produktiviteten i de månedene de lå under sitt eget årsgjennomsnitt, opp til gjennomsnittsnivået, ville dette til sammen ha frigjort 5 prosent av vakttimene som disse postene brukte det året. Det beregnede effektiviseringspotensialet på sengepostene varierer mellom 2 og 15 prosent av postenes vakttimer. Riksrevisjonen mener derfor at de fleste sengepostene kan bruke pleieressursene mer effektivt, og på den måten enten frigjøre ressurser til andre formål, eller bidra til at flere pasienter får behandling raskere.

1.2.2 Ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene

Det er ulike forklaringer på at sengeposter har høy eller lav arbeidsproduktivitet. Ledelsens kunnskap om disse årsakene er derfor viktig for at det skal kunne iverksettes riktige tiltak for å oppnå mer effektiv bruk av pleieressursene. Under halvparten av mellomlederne (sengepostledernes nærmeste leder) mener at de har god nok informasjon til å kunne vurdere om det er en effektiv bruk av personalet på sengepostene.

De fleste mellomlederne tar i stor grad utgangspunkt i økonomisk resultat, tidligere års budsjett og pasientbelegg når den økonomiske rammen til sengeposten blir fastsatt. Samtidig har eller bruker mange mellomledere i liten grad informasjon om forholdet mellom bemanning og pasientbelegg (pleiefaktor), og informasjon om liggetider, selv om disse faktorene er viktige årsaker til forskjeller i arbeidsproduktivitet. Flere mellomledere for sengeposter med høy produktivitet enn de med lav produktivitet sammenligner pleiefaktoren på sine sengeposter over tid, når den økonomiske rammen for sengepostene fastsettes.

Informasjon om forskjeller mellom sengepostene i pasientenes pleiebehov, brukes i liten grad av de fleste mellomlederne når den økonomiske rammen til sengepostene skal fordeles. Dette skyldes delvis at de fleste postene ikke har noe verktøy for å måle pasientenes pleiebehov. I sammenligninger av sengepostenes bemanningsbehov benyttes derfor oftere informasjon om pleiere per seng, eller pleiere per pasient. Undersøkelsen viser at det er viktig å ta hensyn til behovet for pleietjenester hos pasientene, og ikke bare telle antall pasienter, når arbeidsproduktiviteten mellom sengeposter skal sammenlignes. Dette gjelder også ved vurdering av sengepostenes bemanningsbehov i budsjettarbeidet. Mange mellomledere bruker derfor ikke viktig informasjon som kunne identifisert sengepostens mulighet for forbedringer, i budsjettprosessen. Skjevheter i ressursfordelingen mellom sengeposter kan dermed bli ført videre fra år til år.

Et flertall av sengepostene i utvalget hadde underskudd i 2013. Mange av disse postene hadde også lav arbeidsproduktivitet, og kunne derfor ha redusert underskuddet ved mer effektiv bruk av pleieressursene. Likevel fikk mer enn halvparten av sengepostene med underskudd i 2013 vekst i budsjettene i 2014. Langt færre av postene som hadde overskudd eller økonomisk balanse i 2013, fikk vekst i budsjettene i 2014. Dette indikerer at økonomisk resultat vektlegges mer enn muligheten for mer effektiv drift ved fastsettelse av budsjettene.

I den økonomiske oppfølgingen forventer de fleste mellomlederne konkrete tiltak fra ledere for

sengeposter med underskudd, mens det vanligvis ikke kreves av poster som holder budsjettet. Dette fører trolig til at mange av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet, men som holder budsjettet, ikke blir pålagt tiltak i den økonomiske oppfølgingen.

Riksrevisjonen understreker at ledelsen på ulike nivåer i helseforetakene må ha tilstrekkelig kunnskap om driften av virksomheten til å kunne skaffe seg innsikt i hva som fungerer godt, og hva som bør forbedres. Helseforetakenes styringssystemer bør gi kunnskap om hvilke faktorer som påvirker produktiviteten i den enkelte sengepost. Dette er etter Riksrevisjonens oppfatning grunnleggende for å kunne oppnå mer effektiv bruk av pleieressursene. Den informasjonen som brukes i mange helseforetak i styringen av sengeposter, viser ikke nødvendigvis hvor effektivt pleieressursene brukes. Lederne mangler derfor viktig informasjon til styring, kontroll og læring for å forbedre virksomheten. Riksrevisjonen mener at økt bruk av informasjon som kan vise muligheter for mer effektiv drift, kunne ha gitt en riktigere fordeling av budsjettet mellom kliniske enheter, og dermed grunnlag for å gi flere pasienter helsehjelp.

1.2.3 Planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget

Den økonomiske rammen som fastsettes i budsjettet, bestemmer de årsverkene som hver enkelt sengepostleder har til disposisjon i bemanningsplanleggingen. Ved mange sengeposter er det mulig å oppnå effektivisering ved å tilpasse bemanningen bedre til antall pasienter gjennom dagen, uka og året.

Mange sengeposter tilpasser ikke bemanningen til sesongsvingninger i pasientbelegget. Om lag 40 prosent av sengepostene økte bemanningen høsten 2013, selv om de hadde uendret eller lavere pasientbelegg enn i første kvartal. Videre planlegger 75 prosent av sengepostene med lik bemanning alle hverdage i uka. Dette kan tas som uttrykk for at sengepostlederne vurderer at behovet for bemanning er det samme hver dag. Analyse av pasientdata for sengepostene viser at to av tre av disse postene likevel har systematisk variasjon i pasientbelegget gjennom uka.

Over halvparten av mellomlederne mener at det gjennomføres for få analyser av forholdet mellom pasientbelegg og bemanning (pleiefaktor) på sengepostene. Data om aktivitet og bemanning produseres i sykehusene gjennom daglig bruk av systemer for pasientadministrasjon og personalplanlegging. Data fra disse systemene tas imidlertid i liten grad ut og bearbejdes til statistikk. Dette fører til at mange av sengepostlederne i sin bemanningsplanlegging i liten grad bruker informasjon som kan synliggjøre faste mønstre i pasientbelegget gjennom året, uka og døg-

net. Bemanningsplanen settes ofte opp på grunnlag av forrige års eller forrige periodes plan.

Riksrevisjonen mener at planlegging av bemanning og styring av aktivitet er oppgaver som bør integreres med hverandre i så stor grad som mulig. Det finnes eksempler på helseforetak som har bistått enkelte sengeposter med å framskaffe statistikk som grunnlag for å anslå bemanningsbehovet. Ved disse enkeltpostene er det kartlagt både faste mønstre i pasientbelegget og historisk bruk av bemanningen. På bakgrunn av analysene av datamaterialet er det tatt beslutninger om å endre oppgaver, organisering eller bemanning. Riksrevisjonen mener derfor at mer langsiktighet og systematisk bruk av aktivitets- og bemanningsdata i mange sykehus kan bidra til å tilpasse bemanningen bedre til variasjoner i pasientbelegget. En mer aktivitetstilpasset bemanning vil føre til mer effektiv bruk av personalet, ved at den kan gi jevnere arbeidsbelastning for de ansatte og dermed bidra til bedre pasientbehandling.

Helseforetakene har hovedansvaret for at ledere på lavere nivåer har forutsetninger for å kunne utøve ledelse som gir effektiv bruk av personalressursene. Videre har de regionale helseforetakene ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på å oppnå en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Gode planleggingsverktøy og tilgang til relevant styringsinformasjon er forutsetninger for å kunne tilpasse bemanningen til aktiviteten. Noen helseforetak har kommet lenger enn andre i å utvikle metodikk, hjelpemidler og opplæring i å fastsette bemanningsbehovet. Riksrevisjonen mener at mange helseforetak kan oppnå en bedre bemanningsplanlegging dersom de tilegner seg erfaringer fra andre helseforetak.

1.2.4 Mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene

I den daglige styringen av sengepostene må det tas beslutninger for å håndtere avvik fra forventet aktivitet eller bemanning, for å ha riktig bemanning på dager med høyt sykefravær eller høyt eller lavt pasientbelegg. Undersøkelsen viser at samarbeid mellom sengeposter eller mellom sengepost og poliklinikk i den daglige driften bidrar til mer effektiv bruk av pleieressursene, uavhengig av størrelsen på sykehuset og andre organisatoriske forhold. Et slikt samarbeid kan omfatte flytting av pasienter eller midlertidig utveksling av personale for å håndtere sykefravær eller uforutsett variasjon i pasientbelegget. Det er et klart skille mellom sengeposter med høy og lav produktivitet om de har etablert et slikt samarbeid. Fire av fem sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har samarbeid med andre enheter på hverdager, mens under halvparten (39 prosent) av sengepostene med lav arbeidsproduktivitet har det.

Det har ikke vært tradisjon for at ansatte i en sengepost også kan jobbe vakter på andre sengeposter, men det har blitt mer vanlig. Behovet for spesialisert kompetanse kan gjøre det vanskelig for en sykepleier å utføre oppgaver på ulike sengeposter. Samtidig er det flere eksempler på sengeposter der sykepleiere, med noe opplæring, utfører mindre spesialiserte arbeidsoppgaver på andre sengeposter. Samarbeid, i form av at ansatte kan flytte mellom sengepostene, kan også bidra til at kunnskap og erfaringer overføres mellom sengeposter, og dermed til forbedringer av driften.

Rundt 40 prosent av sengepostene har faste daglige møter med andre sengeposter, der de vurderer omdisponering av personale hele eller deler av dagen. Sengepostene som har mer formalisert samarbeid, utveksler personale oftere enn andre sengeposter. Nesten to av tre ledere i sengeposter med høy produktivitet har faste møter med andre enheter hver dag, mens bare hver fjerde leder i gruppen av sengeposter med lav arbeidsproduktivitet har slike møter. Sengepostene med høy arbeidsproduktivitet kjenne- tegnes derfor både av at de i større grad samarbeider med andre sengeposter, og av at samarbeidet er mer formalisert.

Helseforetakene må ha en organisering som bidrar til effektiv bruk av personalet som helhet. Sengeposter med høy arbeidsproduktivitet har i mange tilfeller gjennomført tiltak, eller de har en organisering og rutiner, som legger til rette for mer effektiv bruk av pleiepersonalet. Riksrevisjonen mener at samarbeid mellom kliniske enheter er et viktig virkemiddel for å få dette til, og konstaterer at mange sengeposter nå ikke utnytter dette.

1.3 Riksrevisjonens anbefalinger

- Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at styringsindikatorer, som kan belyse om sengeposter bruker pleieressursene effektivt, finnes og brukes. Indikatorene bør være egnet til å sammenligne sengeposter på tvers innen og mellom helseforetak.
- Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at erfaringer fra sengeposter med høy arbeidsproduktivitet overføres til andre sengeposter.
- De regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å sikre at ledere på ulike nivåer i helseforetakene har nødvendig kompetanse, hjelpemidler og styringsinformasjon for å oppnå effektiv bruk av pleiepersonalet. Helseforetakene bør i større grad gjøre bruk av allerede tilgjengelige aktivitetsdata i bemanningsplanleggingen.

- Helseforetakene bør legge til rette for mer samarbeid mellom kliniske enheter, for å bidra til en samlet sett mer effektiv bruk av pleieressursene.

1.4 Departementets oppfølging

Statsråden mener at Riksrevisjonens merknader og anbefalinger om helseforetakenes styring av pleieressurser vil være et godt bidrag i den videre styringen av spesialisthelsetjenesten. Resultatene fra undersøkelsen vil også kunne gi de regionale helseforetakene og helseforetakene nyttig kunnskap om problemstillingene som er belyst. Statsråden opplyser at Riksrevisjonens rapport vil bli gjort kjent blant helseforetakene.

Videre peker statsråden på at god ledelse, planlegging og styring av personalressursene er grunnleggende for at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester.

Statsråden opplyser at de regionale helseforetakene arbeider med aktivitetsbasert bemannings- og ressursplanlegging, og at de samarbeider for å få dette til på en bedre måte. Det vises til at det er variasjon i hvor langt de undersøkte sengepostene har kommet i dette arbeidet, og at resultatene fra undersøkelsen vil kunne gi de regionale helseforetakene og helseforetakene nyttig supplerende kunnskap i deres utviklingsarbeid. Statsråden vil følge opp de pågående arbeidene i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og gjennom den følge opp at disse på en god måte utarbeider styringsinformasjon.

1.5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Gunvor Eldegard og lederen Martin Kolberg, fra Høyre, Erik Skutle og Michael Tetzschner, fra Fremskrittspartiet, Tom E. B. Holthe og Helge Thorheim, fra Kristelig Folkeparti, Hans Fredrik Grøvan, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Venstre, Abid Q. Raja, fra Sosialistisk Venstreparti, Bård Vegar Solhjell, og fra Miljøpartiet De Grønne, Knut Falk Qvigstad, hilser velkommen kunnskapsinnhenting som kan gi en større forståelse for hvordan bruken av ressursene i helseforetakene er, og ikke minst for hvordan de kan utnyttes bedre.

Komiteen er enig i påpekningen av at de samlede utgiftene til de regionale helseforetakene er betydelige, over 130 mrd. kroner i 2015.

Komiteen viser til at når lønnskostnader utgjør 70 prosent av driftskostnadene i den somatiske spesialisthelsetjenesten, og sykepleiere og hjelpepleiere utgjør en stor andel av de 70 000 årsverkene, blir styring av personalressursene et viktig element for å oppnå best mulig helsetjenester for bevilgningene.

Komiteen har merket seg at bakgrunnen for undersøkelsen er å vise om styringen bidrar til effektiv bruk av pleiepersonalet i helseforetakene, for å oppnå Stortingets forutsetning om effektiv ressursutnyttelse. Det er riktig at svært mange av stortingsvedtakene uttrykker eller slutter seg til tiltak under forutsetning av optimal bruk av ressurser. Også der hvor det ikke sies uttrykkelig, ligger denne forutsetningen implisitt iht. bevilgningsreglementet.

Komiteen viser til Riksrevisjonens henvisning til bevilgningsreglementet §§ 9 og 10, om at utgiftsbevilgningene skal disponeres på en slik måte at ressursbruk og virkemidler er effektive i forhold til de forutsatte resultater. Det er en svært åpen og omfattende standard for å måle produksjonen og styringen i helseforetakene. Likeledes vises det til lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 1-1 punkt 4. Disse formuleringene vil i prinsippet omfatte alle sider ved tjeneste som ytes pasientene, ikke bare kvantitativt, men også kvalitativt. På innsatssiden vil det ikke bare være driftsutgifter, men også kapitalkostnader og anvendelse av realaktiva.

Komiteen vil på denne bakgrunn mene at forvaltningsrevisjonsrapporten behandler et begrenset utsnitt av alle de faktorer man kunne valgt for å vurdere om sluttresultatet – helsetjenestene – står i forhold til ressursinnsatsen.

Komiteen vil understreke at nøkkelen til effektivitet i helsetjenesten først og fremst er å sikre en organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten som utløser de ansattes motivasjon og vilje til å bidra.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Riksrevisjonen i sin oppsummering av funn oppgir at ledelsens styringsinformasjon «ikke gir godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene». Riksrevisjonen oppgir at det i intervjuundersøkelsen kommer frem at mange sengepostledere har begrenset tilgang til styringsinformasjon som viser forholdet mellom pasientbelegg og bemanning. Disse medlemmer viser til at Fylkesmannen i Telemark i utkast til rapport fra tilsyn ved Sykehuset Telemark HF 21. april 2016 skriver at:

«Vi finner det i seg selv kritikkverdig at helseforetakene ikke har gode nok systemer for å registrere pasientbelegg, og at det derved blir vanskelig for både foretakets styremedlemmer, for tilsynsmyndigheten, politiske myndigheter og andre å få en fullgod forståelse av pasientbeleggets størrelse.»

Disse medlemmer merker seg at både Riksrevisjonen og Fylkesmannen i Telemark påpeker helseforetakenes manglende styringsdata. Disse medlemmer vil understreke at dette er alvorlig. Helseforetakene styres etter et system der det ikke finnes tilfredsstillende oversikt over bemanning i forhold til pasientbelegg og pasientbelegg i forhold til antall sengeplasser. Pasientbelegg og bemanning er faktorer som i høy grad påvirker kvaliteten i pasientbehandlingen og pasientsikkerheten.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil presisere at effektiv ressursutnyttelse i helseforetakene må sikres på en måte som gjør at spesialisthelsetjenestelovens andre formål og pålegg, som krav til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og å ta imot pasienter for øyeblikkelig hjelp, blir ivaretatt på en fullgod måte. Krav til såkalt arbeidsproduktivitet og effektive tjenester må ikke gå på bekostning av kvaliteten i tjenestetilbudet eller en innretning av tjenestene som er nødvendig for å ivareta den pleie, omsorg, behandling og oppfølging som kreves når man har med syke mennesker å gjøre.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at spesialisthelsetjenesten er organisert i en foretaksmodell, der helseforetakstyrene har et sørge-for-ansvar for helsetilbudet til befolkningen i sitt område. Disse medlemmer vil understreke at helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Disse medlemmer viser også til spesialisthelsetjenestelovens formålsparagraf, § 1-1, der det fremgår at lovens formål er å fremme folkehelsen, å sikre tjenestetilbudets kvalitet, å bidra til et likeverdig tjenestetilbud, å bidra til at ressursene utnyttes best mulig, å bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov og å bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at enhver som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Disse medlemmer viser også til denne lovens § 3-1 om øyeblikkelig hjelp, om at sykehus og fødestuer straks skal motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den

hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi, er påtrengende nødvendig. Disse medlemmer vil understreke at Riksrevisjonens rapport om effektivitet i personalressursbruken ikke tar hensyn til at de konsekvenser pleieeffektiviteten har for kvaliteten i tilbudet eller hvorvidt beredskapsplanlegging og krav til å ta imot uplanlagte innleggelser gjennom øyeblikkelig hjelp, blir nok ivaretatt og tilgodesett.

Komiteen viser til at forvaltningsrevisjonsrapporten har funnet indikasjoner på variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt personalressursene brukes, og at det finnes lite informasjon om hva disse forskjellene skyldes. Rapporten mener å påvise at det er store forskjeller i arbeidsproduktivitet mellom sengeposter i samme kategori, det vil si mellom likeartete sengeposter, og dette må bety at arbeidsproduktiviteten avgjøres av andre faktorer enn hvilke pasientgrupper sengeposten behandler.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti tar avstand fra å benytte begreper som «arbeidsproduktivitet», om det å behandle pasienter i helsevesenet. Dette er begreper som Riksrevisjonen har hentet fra New Public Management-filosofien, som legger til grunn at produksjon av helsetjenester kan sammenlignes med produksjon av andre varer og tjenester. Disse medlemmer er kjent med at «arbeidsproduktivitet» skal vise hvor mye pasientbehandling sengeposten har utført med de pleieressursene som er brukt, og at «pleiepoeng per vakttime» i rapporten er brukt som indikator på arbeidsproduktivitet. Denne indikatoren tar hensyn til at sengepostene har pasienter med ulike behov for pleietjenester og ulik liggetid, ved at det blir korrigert for den DRG-en (diagnoserelaterte gruppe) pasienten er gruppert i. Disse medlemmer viser til at det i undersøkelsen er brukt en modell der «produktivitetsmålet» (pleiepoeng per vakttime) er splittet i faktorer (komponenter), som gir mulige forklaringer på hvorfor en sengepost har lav eller høy produktivitet. Den første komponenten i modellen, dimensjonering, viser hvor høyt sengeposten er bemannet i forhold til antall senger. Den andre komponenten, pleiebehov, gir et uttrykk for hvor stort behov for pleietjenester pasienter på sengeposten har, i forhold til andre poster. Den tredje komponenten, liggetid, reflekterer den gjennomsnittlige liggetiden på posten. Den siste komponenten, kapasitetsutnyttelse, er et uttrykk for gjennomsnittlig pasientbelegg på posten. Disse medlemmer viser til at modellen innebærer at lang liggetid eller lav kapasitetsutnyttelse (pasientbelegg) gir lav produktivitet, mens høyt pasientbelegg og kort liggetid gir høy arbeidsproduktivitet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at Norge allerede er blant landene med kortest liggetid og derav tidlig utskrivning fra sykehus. Norge har også en gjennomsnittlig beleggprosent som sammenlignet med andre land er svært høy (93 prosent i 2013). Disse medlemmer viser til at både Helsedirektoratet og Legeforeningen anbefaler et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent i sykehus, som også er en forsvarlighetsgrense som sykehus i England har innført. Forskning viser at en høy beleggprosent, særlig dersom den kommer over 92,5 prosent, har klar sammenheng med forsinkelser i pasientforløpet, flere sykehusinfeksjoner, sykdom blant ansatte og økt dødelighet for pasientene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre vil avvise at begrepet arbeidsproduktivitet er knyttet til den såkalte New Public Management-filosofien, eller for den saks skyld knyttet til målstyring eller andre styringsprinsipper. Begrepet er vanlig i økonomien, også den delen av forskningen som befatter seg med helseøkonomi. Disse medlemmer viser til merknader andre steder i innstillingen hvor en drøfter flere tolkninger av funn og visse begrensninger i bruken av indikatorene Riksrevisjonen har omtalt. Disse medlemmer vil mene at det ikke er noe seriøst grunnlag for å hevde at Riksrevisjonen har basert undersøkelsen på en særlig retning blant management-teorier.

Disse medlemmer vil videre ta avstand fra beskrivelsen av forskningen fra England om virkningene av beleggprosent over 92,5 prosent. De engelske prosenttallene er regnet av et grunnlag som er høyere enn det norske. Det skyldes at vår beleggprosent regnes av hva avdelingen har satt opp som akseptabel normalbelastning, mens det engelske er regnet av hva en avdeling kan romme innen fysiske rammer. Dette fører til at en engelsk forsvarlighetsgrense på 92,5 prosent kan tilsvare 111 prosent på en norsk avdeling uten å være uforsvarlig, altså et gjennomsnittlig overbelegg på 11 prosent.

Komiteen har merket seg at metoden som brukes for å erstatte den manglende informasjonen om årsakene til variasjonene, baserer seg på forutsetninger om at den enkelte sengepost gjennom hele året vil ha samme organisering, samme oppgaver og ha pasienter med tilnærmet samme behov for pleietjenester, og at man ut fra dette ved hjelp av beregninger av produktivitet for hver måned i løpet av året kan sammenligne den enkelte sengepost med seg selv. Ved deretter å gruppere funnene fra sengeposter med ulike ytre karakteristika på aggregert nivå, trek-

kes slutninger man ikke vil kunne utlede på sengepostnivå.

Komiteen konstaterer at det i rapporten heter at «de fleste postene ikke har noe verktøy for å måle pasientenes pleiebehov». Samtidig mener analysen å påvise at mange mellomledere i liten grad bruker informasjon om forholdet mellom bemanning og pasientbelegg – pleiefaktor – og informasjon om liggetider, selv om disse faktorene er viktige årsaker til forskjeller i arbeidsproduktivitet. Arbeidsproduktivitet defineres her som «forholdet mellom produsert mengde og arbeidsinnsats» og gir et mål på hvor effektiv bruken av pleiepersonalet er. I undersøkelsen er pleiepoeng per vakttime brukt som indikator på arbeidsproduktivitet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti viser til at tre av fire mellomledere og i underkant av halvparten av sengepostlederne er enige i påstanden om at det i den daglige driften er mulighet for økt samarbeid mellom postene, slik at bemanningen bedre kan tilpasses variasjoner i antall pasienter og pleiebehov. Disse medlemmer viser i den forbindelse til Stortingets vedtak 17. mars 2016 i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) om at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved norske sykehus.

Disse medlemmer mener at samarbeid mellom sengepostene, som Riksrevisjonen peker på, bare er mulig å få til ved god stedlig ledelse på sykehuset. Klinikorganisering og sentral ledelse som ikke ivaretar det basale behovet for ledelse nær der pasientene er, vil gjøre lokalt samarbeid mellom de ulike fagavdelingene og postene vanskeligere.

Komiteen viser til at rapporten forklarer at sengeposter har lav produktivitet fordi de har lang liggetid eller lav kapasitetsutnyttelse. Kortere liggetid ville gi flere pasienter behandling, og dermed økt arbeidsproduktivitet. Samlet sett har sengeposter med høy arbeidsproduktivitet sammenlignet med likeartede sengeposter som har lav arbeidsproduktivitet, oftere:

- færre pleiere per seng
- høyere kapasitetsutnyttelse
- kortere liggetid

Komiteen vil imidlertid legge vekt på at forskjellene i arbeidsproduktivitet mellom sengepostene også kan skyldes at de har ulike oppgaver, organisering, registreringspraksis og at de har pasienter med ulike behov for pleietjenester som ikke fanges opp av DRG-systemet.

Komiteen savner imidlertid en problematisering av premissene for vurderingen av en godt ledet sengepost. Det er ikke nødvendigvis slik at en veldrevet sengepost med færre ansatte pleiere, kortere liggetid og høyere kapasitetsutnyttelse tilsier at tilbudet holder høy kvalitet ut ifra pasientens ståsted. Hvis disse parameterne oppfylles på grunn av hardhendt utskrivningspraksis, perioder med overbelegg i form av ferie- eller helgestengte poster og flere korridorpatienter, gir denne måten å telle på mindre veiledning.

Komiteen savner i det hele en sterkere problematisering av hvordan man med en slik tilnærming også kan bringe kvalitative momenter sterkere inn i vurderingen.

Komiteen vil vise til at kvalitetsparametere finnes forholdsvis lett tilgjengelig ved å undersøke frekvensen av reinnleggelser (svingdørsproblematikk), forekomst av sykehusinfeksjoner, videretransportering av ansvar til kommunene eller pårørende som får for store oppgaver. Også systematiske brukerundersøkelser står til disposisjon som metode.

Komiteen skulle gjerne sett at funnene statistisk ble krysskoblet med andre kriterier for et vellykket sykehusopphold, for å skille mellom sløsing av personalressurser og det som sett utenfra kan tolkes som en variasjon i arbeidsproduktiviteten, men som i realiteten er en nødvendig tilpasning til pleietyngde og andre lokale forhold.

Komiteen er enig i at det kan høres plausibelt ut når det hevdes at sengeposter gjennom hele året normalt vil ha samme organisering, oppgaver og registreringspraksis, men vil fremheve at også en rekke forhold som ikke kan styres, vil kunne forårsake at produksjonen varierer gjennom året.

Komiteen vil i likhet med Riksrevisjonen også anta at de fleste sengeposter har et effektiviseringspotensial, uavhengig av om de sammenlignes med seg selv over tid. Antydningen om at man hadde kunnet realisere en produktivitetsgevinst som innebærer 5 prosent frigjøring av alle vakttimene på postene hvis man eliminerte perioder hvor en ligger under gjennomsnittet, kan være riktig, men virker samtidig svært teoretisk begrunnet.

Komiteen vil slutte opp om ønsket om at helseforetakene bruker pleieressursene effektivt, at ledelsens styringsinformasjon skal gi et bedre grunnlag for effektiv styring, og at det er en viktig oppgave å bevisstgjøre ledelsens muligheter til å dimensjonere bemanningen ut fra pasientbelegget, hvis man samtidig ivaretar individuelle og lokale forhold.

Komiteen sier seg enig når Riksrevisjonen fremhever at ledelsen på ulike nivåer i helseforetakene må ha tilstrekkelig kunnskap om driften av virksomheten til å kunne skaffe seg innsikt i hva som fungerer godt, og hva som bør forbedres. Komiteen kan imidlertid ikke helt fri seg fra det inntrykk at den

metodiske tilnærmingen i stor grad bygger på overordnede analyser, antydning av systematiske mønstre på aggregert nivå som så skal legge premissene for styringen på foretaksnivå, eller på sengepostnivå. Det kan da melde seg et spørsmål om styringsinformasjonen primært skal hentes fra slike analyser, og om det blir rom for de lokale hverdagserfaringene som kommer «nedenfra».

Komiteen mener det er viktig å bruke pleieressursene effektivt, men vil i den forbindelse vise til at høy vikarbruk og stort sykefravær også er faktorer som spiller inn. Komiteen mener at det er viktig å sikre en god helhetlig og stedlig ledelse, tilstrekkelig grunnbemanning og et arbeidsmiljø og kultur som både kan sikre effektiv utnyttelse av personalressursene, skape lavt sykefravær og sikre faglig forsvarlighet i norsk pasientbehandling og -omsorg.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Riksrevisjonens anbefalinger:

- Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at styringsindikatorer, som kan belyse om sengeposter bruker pleieressurser effektivt, finnes og brukes. Indikatorer bør være egnet til å sammenligne sengeposter på tvers innen og mellom helseforetak.
- Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at erfaringer fra sengeposter med høy arbeidsproduktivitet overføres til andre sengeposter.
- De regionale helseforetakene bør fortsette arbeidet med å sikre at ledere på ulike nivåer i helseforetaket har nødvendig kompetanse, hjelpemidler og styringsinformasjon for å oppnå effektiv bruk av pleiersonalet. Helseforetakene bør i større grad gjøre bruk av allerede tilgjengelige aktivitetsdata i bemanningsplanleggingen.
- Helseforetakene bør legge til rette for mer samarbeid mellom kliniske enheter, for å bidra til en samlet sett mer effektiv bruk av pleieressurser.

Disse medlemmer kan ikke slutte seg til Riksrevisjonens anbefalinger i sin helhet. Disse medlemmer mener at måle metodene som ligger til grunn i undersøkelsen, ikke er egnet i helsevesenet. Når en bygger anbefalingene på målinger av såkalt «arbeidsproduktivitet», målt i «pleiepoeng per vakttime» ved somatiske sengeavdelinger, blir det etter disse medlemmers syn en altfor snever måte å vurdere pleieressursene ut ifra. Metoden vil blant annet kunne favorisere sykehusavdelinger med høyt pasientbelegg, noe vi vet er en direkte trussel mot pasientsikkerheten. Når Riksrevisjonen anbefaler at

erfaringer fra sengeposter med «høy arbeidsproduktivitet» skal overføres til andre sengeposter, kan dette bety at man anbefaler en medisinsk praksis som legger vekt på svært tidlige utskrivninger og generelt høyt pasientbelegg, inkludert korridorpasienter. En slik anbefaling kan disse medlemmer ikke slutte seg til. Disse medlemmer slutter seg til at god ledelse, planlegging og styring av personalressursene er grunnleggende for at helseforetakene skal kunne yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Disse medlemmer vil anbefale at helse- og omsorgsdepartementet sørger for stedlig ledelse ved alle sykehus, og at stedlig leder har både personalansvar, faglig ansvar og økonomisk ansvar. Disse medlemmer mener at sengeavdelinger som er organisert med klinikkledning, og dermed ikke har sin leder til stede på sykehuset, har et dårligere utgangspunkt for å styre pleieressursene effektivt. Disse medlemmer mener at Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene bør sørge for at sengeposter som har god pasientnær ledelse, som leverer høy kvalitet på helse-tjenestene, som kan vise til gode brukererfaringer, som skårer lavt på sykefravær og godt på arbeidsmiljøkartlegginger, og som samtidig kan vise til effektiv bruk av pleieressursene, overfører disse erfaringene til andre sengeposter og andre sykehus.

Disse medlemmer støtter anbefalingen om at ledere på ulike nivåer må ha nødvendig kompetanse, hjelpemidler og styringsinformasjon for å kunne planlegge for en effektiv og riktig bruk av pleieressursene, og at øverste ledelse sikrer styringsindikatorer som bidrar til effektiv bruk av personalet som helhet. Disse medlemmer vil påpeke at slike aktivitetsdata skulle foreligge allerede, men at ledere ikke har god nok informasjon om dette. Disse medlemmer merker seg at pasientbelegg ved sykehusavdelinger er blitt registrert på forskjellige måter, og ikke er tatt systematisk i bruk i tjenesten som et styringsverktøy, noe disse medlemmer mener er svært uheldig og en mulig forklaring på Norges høye pasientbelegg på sengeavdelingene i sammenligning med andre land. Disse medlemmer vil også understreke at 70 prosent av innleggelsene i sykehus skjer som øyeblikkelig hjelp. Dette gjør det selvsagt krevende å la pleieressursene til enhver tid variere helt i samsvar med det aktuelle pasientbelegget, og alle styringsindikatorer må ta høyde for at dette er en tjeneste som også har et beredskapsansvar.

Disse medlemmer støtter anbefalingen om å legge til rette for mer samarbeid mellom kliniske enheter. Det må imidlertid understrekes at dette må gjøres på en måte som sikrer de ansattes medbestemmelsesrett, som tar vare på arbeidsmiljøet og -relasjonene og at nødvendig medisinsk-faglig tilretteleg-

ging og opplæring av ansatte sikres. Det kan være stor forskjell på pasientene og dermed pleieoppgavene på en kirurgisk avdeling og en indremedisinsk avdeling.

Disse medlemmer viser til at «høy arbeidsproduktivitet» i sykehus kan oppnås med korte liggetider ved avdelingene. Disse medlemmer støtter ikke en anbefaling som bygger på at liggetidene ved norske sykehus generelt skal bli enda kortere. Dette vil kunne føre til et dårligere medisinsk tilbud for pasientene, hyppigere reinnleggelses og uverdige forflytninger av syke mennesker mellom sykehus og sykehjem, eller hjem. Særlig ser vi at dette kan gå ut over gruppen skrøpelige eldre. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 (2015–2016)). Et hovedfunn i denne rapporten var at kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus, men det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til disse pasientene.

Komiteen vil avslutningsvis bemerke at rapporten ikke har vurdert viktige rammebetingelser for å kunne utøve styring med personalressursene ved at man ikke har gått inn på hvordan handlingsrommet i bestemmelsene i arbeidsmiljøloven og tariffavtaler kunne vært utnyttet i samarbeid med de ansatte for å sikre en bedre lokal tilpasning til pasientrettet omsorg.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti understreker faren ved at styring av offentlig sektor blir for stivbent og hierarkisk. Store enheter og svært komplekse styringsstrukturer kan føre til at den enkelte medarbeider mister kontroll over egen hverdag, og følgelig mister muligheter til å fatte beslutninger basert på faglig skjønn og sunn fornuft. Dette medlem understreker behovet for å tenke nytt om ledelse og styringsstrukturer, for slik å sikre mer rasjonell drift. Dette medlem viser til at det foregår viktig arbeid med tillitsreform i helse- og

omsorgssektoren flere steder i landet, og vil understreke gevinsten også helseforetakene ville ha av å innføre tilsvarende styringsprinsipper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, har merket seg at undersøkelsen ikke berører aspekter knyttet til personellsammensetningen på de ulike postene og avdelingene. Dette kan være avgjørende for den samlede innsatsen. Samarbeidet mellom eksempelvis primær- og spesialisthelsetjenesten og mellom poliklinikk og sengeposter er heller ikke berørt. Samlet sett er det flere momenter som bør tas med når styring av pleieressursene i helseforetakene skal vurderes. I helsetjenesten er vi avhengige av å vite om rett pasient er på rett sted, og hvorvidt behandlingen blir gitt på rett nivå, for å fatte gode beslutninger.

Komiteen vil uttrykke en forventning om en ny og bredere gjennomgang av dette tema som er knyttet til organisering, ledelse og ressursstyring i helsevesenet ved sluttbehandlingen av produktivitetskommisjonens to innstillinger, jf. NOU 2015:1 Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd – Produktivitetskommisjonens første rapport og NOU 2016:3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi – Produktivitetskommisjonens andre rapport.

3. Komiteens tilråding

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

vedtak:

Dokument 3:12 (2014–2015) – Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 24. mai 2016

Martin Kolberg

leder

Michael Tetzschner

ordfører

