



Resultatevaluering av sykehusreformen

 Forskningsrådet

Resultatevaluering av sykehusreformen

Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse

© Norges forskningsråd 2007

Norges forskningsråd
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 OSLO
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
bibliotek@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:
www.forskningsradet.no/publikasjoner

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Layout omslag: Design et cetera AS
Foto/ill. omslagsside: Kvinne i sykeseng: © Bård Løken/NN/Samfoto
Bygning: Riks-/Radiumhospitalet HF

Trykk: Allkopi AS
Opplag: 500

Oslo, januar 2007
ISBN 978-82-12-02395-6 (trykksak)
ISBN 978-82-12-02396-3 (pdf)

Forord

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet administrert en forskningsbasert resultatevaluering av sykehusreformen. Evalueringsoppdraget, som ble gjennomført i perioden 2005-06, hadde et samlet budsjett på 5 millioner kroner.

Utgangspunktet for dette samarbeidet var Helse- og omsorgsdepartementets ønske om å benytte forskning til å skaffe kunnskap om hvordan og i hvilken grad målene i sykehusreformen er blitt realisert. Grunnlaget for oppdraget ble lagt i dialog mellom departementet og Forskningsrådet. Forskningsrådet administrerer også forskningsbaserte evalueringer av andre helsereformer for Helse- og omsorgsdepartementet.

I denne evalueringen er det fokusert på sykehusreformen som innholdsreform. Mest sentralt er helseforetakenes oppgaver i forbindelse med pasientbehandling, dvs. tilgjengelighet, kvalitet, pasientopplæring og effektivitet. Evalueringen skal søke å gi svar på om og i hvilken grad observerte endringer skyldes reformen.

Det er ingen forskjell på de krav som stilles for å få fram prosjekter med høy faglig kvalitet i en forskningsbasert evaluering og i annen forskning. Men i evalueringsoppdrag har oppdragsgiver (her departementet) behov for å styre fokus for prosjektene, og Forskningsrådet har derfor en viktig rolle i å skape avstand mellom oppdragsgiver og forskningsmiljøene. Videre sørger Forskningsrådet for å sikre den faglige kvaliteten og følge opp prosjektene.

En styringsgruppe har hatt det faglige ansvaret for gjennomføringen av evalueringsoppdraget. Styringsgruppen har bestått av:

- Direktør John-Arne Røttingen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo, leder
- Professor Kjeld Møller Pedersen, Institut for sundhedstjenesteforskning, Syddansk universitet, Odense
- Forsker Pia Maria Jonsson, Medical Management Centre, Karolinska institutet, Stockholm.

Forskningsrådet takker styringsgruppen, prosjektlederne og forskerne som alle har utført sine oppgaver på en utmerket måte under til dels stort tidspress.

Denne rapporten som sammenfatter resultatene fra prosjektene og styringsgruppens konklusjoner basert på disse, markerer avslutningen av oppdraget Forskningsbasert resultatevaluering av sykehusreformen.

Oslo, januar 2007

Mari K. Nes
Avdelingsdirektør
Divisjon for vitenskap
Norges forskningsråd

Forord fra styringsgruppen

Helse- og omsorgsdepartementet har ønsket en bred evaluering av den norske sykehusreformen. En tredelt evaluering ble planlagt. De to første devalueringene var en prosessevaluering utført av NIBR, Nordlandsforskning og IRIS og en belysning av reformens funksjonalitet utført av konsulentfirmaene Agenda og Muusmann. Norges forskningsråd ivaretok den tredje delen av evalueringen som skulle vurdere reformens resultater. Særlig skulle reformen som innholdsreform fokuseres med stikkordene tilgjengelighet, kvalitet, likeverdig tilbud og effektivitet.

Styringsgruppen har bistått Forskningsrådet i forbindelse med evalueringen. Det forelå allerede et relativt detaljert mål- og rammedokument med konkrete problemstillinger som det var ønskelig å belyse. Styringsgruppens arbeid har derfor vært knyttet til vurdering av søknadene og oppfølging av framdriften.

Det kom inn to søknader fra to større forskersammenslutninger. Enkelte av delprosjektene som var foreslått ble ikke innvilget, mens rammen for andre ble justert. Styringsgruppen har hatt to møter med forskergruppene. Ett ved oppstart hvor reviderte prosjektplaner ble drøftet og ett nærmere avslutning hvor framdrift og foreløpige resultater ble presentert. Det har vært interessant å følge prosjektene.

Tidsrammen for evalueringsoppdraget har vært stram. Forskergruppene har gjort en stor innsats og har levert sine sluttrapporter innenfor fristen. Forskergruppene står ansvarlig for sine prosjekter og forfatterne for de enkelte kapitlene i denne rapporten. Styringsgruppen har innenfor tidsrammen kun vurdert rapportene på et overordnet nivå og har ikke kunnet gå inn i en grundig fagfelleevaluering av den enkelte prosjektrapport. Det ville ha medført behov for mer tid og for mulighet for forskergruppene til å revidere rapportene etter tilbakemelding. Styringsgruppen har med denne begrensningen godkjent alle delrapportene.

De fleste av delrapportene vil bli publisert i mer omfattende versjoner i form av institusjonsrapporter eller vitenskapelige artikler. Styringsgruppen har tilrådet og motivert for dette. Slike mer omfattende rapporter hvor det særlig er redegjort for metodene er nødvendige for å kunne gå grundigere inn i prosjektene. Det vil være viktig for andre forskere å kunne gjøre dette for eventuelt å kommentere og vurdere resultatene.

Styringsgruppen vil avslutningsvis takke for muligheten for å delta i evalueringsprosessen og for godt samarbeid med Norges forskningsråd, ikke minst med rådgiver Sigrid Berge som har tilrettelagt arbeidet på en svært god måte.

Stockholm/Odense/Oslo, 15. januar 2007

Pia Maria Jonsson

Kjeld Møller Pedersen

John-Arne Røttingen
leder

Innhold

SAMMENDRAG.....	9
1 BAKGRUNN.....	13
1.1 INNLEDNING	13
1.2 REFORMENS INNHOLD	13
1.3 PRIORITERTE TILTAK INNENFOR SYKEHUSREFORMEN	15
1.4 AVSLUTNING	15
2 EVALUERINGSOPPDRAGET	17
2.1 SAMARBEIDSAVTALE.....	17
2.2 MÅL- OG RAMMEDOKUMENT	18
2.3 UTLYSNING AV MIDLER OG SØKNADSBEHANDLING	19
2.4 STYRINGSGRUPPENS ARBEID.....	19
3 PROSJEKTOVERSIKT	21
4 RESULTATER.....	23
4.1 AKTIVITETSUTVIKLINGEN VED SOMATISKE SYKEHUS FØR OG ETTER SYKEHUSREFORMEN	23
4.2 PRIORITERINGSPRAKSIS FØR OG ETTER SYKEHUSREFORMEN	37
4.3 ELDERE SYKEHUSPASIENTER OG DET KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTILBUDET	49
4.4 HVORDAN HÅNDTERE KONFLIKTERENDE STYRINGSSYSTEM? - EN ANALYSE AV HVORFOR OG HVORDAN FELLESKOSTNADER FORDELES	61
4.5 PRIORITERING SOMATIKK – PSYKISK HELSEVERN: SAMME FINANSIERINGSORDNING – ENDREDE EFFEKTER?	70
4.6 SENTRALISERING OG DESENTRALISERING AV KIRURGISK PASIENTBEHANDLING ETTER SYKEHUSREFORMEN	82
4.7 HAR SYKEHUSREFORMEN FØRT TIL ØKT PRODUKTIVITET?.....	94
4.8 MER PRIVATISERING OG LAVERE KOSTNADER? LABORATORIE- OG RØNTGENVIRKSOMHETEN I KJØLVANNET AV SYKEHUSREFORMEN	103
4.9 HELSEFORETAKSREFORMEN - EN BRUKERMEDVIRKNINGSREFORM? IVERKSETTING OG RESULTATER AV BRUKERUTVALG I HELSEFORETAK.....	116
4.10 SYKEHUSREFORMEN, MEDBESTEMMELSE OG ARBEIDSMILJØ	128
5 KONKLUSJON.....	141
5.1 TILGJENGELIGHET	142
5.2 PRIORITERING.....	142
5.3 EFFEKTIVITET	143
5.4 BRUKERMEDVIRKNING	143
5.5 MEDBESTEMMELSE OG ARBEIDSMILJØ.....	144
5.6 KVALITET OG FAGLIG INNHOLD	144
5.7 STYRINGSGRUPPENS OPPSUMMERING	144
ENGLISH SUMMARIES.....	147
EVALUATION OF THE NORWEGIAN HOSPITAL REFORM: SUMMARY BY THE STEERING GROUP	147
PROJECT SUMMARIES	149

Sammendrag

Dette oppdraget har vært organisert som to prosjekter. I det ene prosjektet har sykehusreformens effekt på tilgjengelighet, prioritering og effektivitet blitt evaluert. Dette prosjektet, som omfattet åtte delprosjekter, ble ledet av forsker dr. polit. Oddvar Kaarbøe ved Rokkansenteret i Bergen. Det andre prosjektet omhandlet erfaringer med brukerråd i helseforetakene, arbeidsmiljø og ansattes medvirkning i organisatoriske prosesser. Dette prosjektet besto av to delprosjekter, og prosjektleder var forskningsleder Terje Lie ved International Research Institute of Stavanger (IRIS).

I kapittel 4.1 analyserer Beate M. Huseby (SINTEF Helse) aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus. Analysen bygger på pasientdata fra Norsk pasientregister og stiller spørsmålet om aktivitetsutviklingen etter sykehusreformen er forskjellig fra perioden før reformen når det kontrolleres for generelle utviklingstrekk som påvirker behovet for sykehusbehandling. Analysene viser at aktivitetsutviklingen i perioden etter sykehusreformen har vært sterkere enn i perioden før reformen. Dette gjelder for de fleste typer opphold. Økningen i aktivitet har kommet på tross av politiske føringer om nullvekst og stabilitet som er fremmet i både statsbudsjett og i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene og kan derfor ikke tolkes som en tilsiktet effekt av reformen, men bør sees som en effekt av endrede rammebetingelser.

I kapittel 4.2 analyserer en forskergruppe ledet av Jan Erik Askildsen (Rokkansenteret) om sykehusreformen har påvirket prioriteringspraksis ved sykehusene. Prioriteringer måles med faktisk ventetid for elektive (planlagte) pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp eller rett til annen helsehjelp. Disse pasienter skal gis en individuell frist for maksimalt medisinsk forsvarlig ventetid. Pasientene deles inn i fem prioriteringsgrupper i henhold til anbefalt maksimal ventetid, innenfor ulike diagnosegrupper etter ICD10-kodeverket. Det analyseres hvorvidt prioriteringer mellom pasientgrupper er blitt mer ensartet mellom helseforetakene etter helse reformen, og om prioriteringspraksis er forbedret. For å besvare den første problemstillingen, analyseres om ventetid for pasientene har utjevnet seg mellom de fem regionale helseforetakene, og innad i hvert av de regionale helseforetakene etter sykehusreformen sammenlignet med perioden forut. Analysene av utviklingen innad i de regionale helseforetakene er basert på endring i ventetider på fylkesnivå, siden fylkene representerer den tidligere eierstruktur. For å vurdere om prioriteringspraksis er forbedret, analyseres relativ endring over tid i ventetid for pasienter tilhørende de fem prioriteringsgruppene. Analysene er basert på data fra Norsk pasientregister for perioden 1999-2005. Resultater er at prioriteringspraksis, målt med ventetider, ikke synes å ha blitt utjevnet mellom de fem regionale helseforetak. Det har imidlertid blitt mer ensartet praksis innad i de fem regionale helseforetakene med unntak for Helse Midt-Norge. Både nasjonalt og innad i hvert regionale helseforetak finner forskerne en tendens til at lavere prioriterte grupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider, noe som tolkes som en forverring av prioriteringspraksis.

I kapittel 4.3 analyserer en forskergruppe ledet av Tor Helge Holmås (SNF) om sykehusreformens fokus på kostnadseffektivitet har ført til økt samarbeid og koordinering mellom statlig eide sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Forskerne undersøker først om kommunens organisering av pleie- og omsorgstjenesten påvirker liggetiden i sykehus eller om liggetiden utelukkende forklares av pasientens helsetilstand og diagnose, og av hvordan sykehuset organiserer sin egen virksomhet. I analysene korrigeres det for pasientenes sykdom, men resultatene viser at det likevel er store forskjeller i liggetid for pasienter fra ulike kommuner. Pasientene fra de mest sentrale kommunene har betydelig lengre liggetid enn andre, samtidig som det også er stor variasjon mellom bykommunene. Dette indikerer at kommunenes pleie- og omsorgstilbud påvirker hvor lenge pasientene blir liggende på sykehus. Videre undersøkes det om samhandling mellom sykehus og kommune påvirker liggetidene. Til slutt studerer forskerne om samhandlingen mellom sykehus og kommuner har økt som følge av sykehusreformen. Hovedresultatene i kapitlet er at det er en effekt av formelle samhandlingsstrukturer på liggetidene for pasienter med behov for institusjonsplass etter utskrivning, mens sykehusreformen ikke har hatt noen statistisk signifikant påvirkning på samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene.

I kapittel 4.4 og 4.5 diskuteres helseforetakenes ressursfordeling mellom somatikk og psykisk helsevern. I kapittel 4.4 analyserer en forskergruppe, ledet av Katarina Østergren (NHH), hvordan overgangen til private regnskapsprinsipper har innført en tydeligere bedriftsøkonomisk tankegang i en sektor som tradisjonelt har vært forvaltnings- eller regelstyrt. Hovedfokuset i kapitlet er hvordan helseforetakene håndterer et område hvor disse styringssystemene er i konflikt med hverandre. Et slikt område er fordeling av kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern. Konflikten oppstår fordi dagens finansieringssystem, med innsattsstyrt finansiering (ISF) til somatikk og ramme-finansiering til psykisk helsevern, skaper incentiver som gjør det lønnsomt for helseforetakene å vri ressurser fra psykisk helsevern til somatikk. Samtidig tilsier regelsystemet at psykisk helsevern ikke skal belastes med somatikks kostnader. Analysen viser at ledelsen i de studerte enhetene er bevisst på at psykisk helsevern skal prioriteres, og at en uønsket ressursvridning ikke har forekommet. På den annen side har ingen av de studerte helseforetakene utarbeidet retningslinjer for å hindre at ressurser vris vekk fra psykiatrien. Dette er urovekkende siden stadig flere helseforetak bruker bedriftsøkonomiske verktøy i sin streben etter å skape en bedre intern styring.

I kapittel 4.5 diskuterer en forskergruppe ledet av Jorid Kalseth (SINTEF Helse) om finansieringssystemet overfor sykehus virker annerledes under statlig enn under fylkeskommunalt eierskap. Utgangspunktet for studien er at finansieringssystemet overfor de regionale helseforetakene i stor grad er en videreføring av finansieringssystemet som ble brukt i de siste årene med fylkeskommunalt ansvar. Ansvarsområdene til de regionale helseforetakene og fylkeskommunene er imidlertid forskjellig, i det de regionale helseforetakene kun har ansvar for spesialisthelsetjenester. Sykehusreformen har også endret statens styringsposisjon overfor sykehusene. Hovedkonklusjonen til forskerne er at statens finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten har fungert annerledes etter sykehusreformen sammenlignet med perioden før reformen. Mer spesifikt viser analysene at økningen i antall årsverk innen somatisk virksomhet er mer følsom for endringer i netto kostnad per årsverk (som blant annet påvirkes av ISF-sats) etter sykehusreformen enn i perioden før reformen, og at øremerkede rammetilskudd synes å gjerde inn psykisk helsevern i større grad etter sykehusreformen. En av hovedforklaringene bak disse funnene er at de regionale helseforetakene har mindre finansielt handlingsrom enn det fylkeskommunene hadde. Opptrappingsplanen har hatt en tverrpolitisk og tydelig oppmerksomhet fra statens side, og helseforetakene har gjennom rapportering og foretaksmøter blitt prøvd på i hvilken grad opptrappingsplanens tilskudd har blitt benyttet til opptrapping eller ikke. Følgelig synes det naturlig at svingninger i pris- og inntektsforhold påvirker somatisk sektor i større grad enn tidligere.

I kapittel 4.6 diskuterer en forskergruppe ledet av Beate M. Huseby (SINTEF Helse) i hvilken grad sykehusreformen har påvirket graden av sentralisering i pasientbehandlingen. Analysene omfatter både høyt samt mindre og middels spesialiserte prosedyrer. I og med at det var et klart mål for sykehusreformen å øke kvaliteten på høyt spesialiserte prosedyrer, gjennom sterkere oppgavefordeling mellom sykehusene, er spørsmålet om reformen har bidratt til økt sentralisering av høyt spesialiserte prosedyrer særlig relevant. Analysene av disse prosedyrene viser at kirurgiske akuttbehandlinger, fødsler og tre av ni høyt spesialiserte prosedyrer har høyere sentraliseringsgrad i årene etter sykehusreformen enn i årene før reformen. For en av disse prosedyrene (operasjoner av brystkreft) er imidlertid sentraliseringsnivået fremdeles relativt lavt. Analysene av mindre og middels spesialiserte prosedyrer viser at to av åtte prosedyrer hadde et statistisk signifikant lavere konsentrasjonsnivå i årene etter sykehusreformen sammenlignet med de tre årene før reformen. Denne utviklingen kan imidlertid ikke knyttes til økt bruk av lokalsykehus. I den grad det har skjedd en desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer i siste seksårsperiode kan dette knyttes til en økning av aktiviteten ved private kommersielle sykehus. Disse er i hovedsak plassert i geografiske sentra.

I kapittel 4.7 har en forskergruppe ledet av Jon Magnussen (NTNU) analysert i hvilken grad sykehusreformen har påvirket sykehusenes produktivitet. Hypotesen er at dette er tilfelle da sykehusreformen medførte endringer i antall eiere, i fokus på ledelse og etter hvert endringer i funksjonsfordeling og struktur. Disse forholdene kan hver for seg og samlet tenkes å påvirke forholdet mellom ressursbruk og aktivitet i sektoren, og dermed sektorens effektivitet. Parallelt med reformen har det imidlertid også

skjedde andre endringer i sektoren. Andelen innsatsstyrt finansiering har endret seg, det skjer en stadig endring i behandlingsteknologi som bl.a. gir seg utslag i en sterk vekst i antall dagbehandlinger. Når konsekvensene av sykehusreformen for sektorens effektivitet skal analyseres, er det derfor ikke tilstrekkelig å bare sammenlikne situasjonen før og etter. Forskningsstrategien i dette prosjektet er å analysere utviklingen i effektivitet i norske sykehus for perioden 1999-2004 med utviklingen i Finland, Sverige og Danmark som "kontrollgrupper". Resultatene viser at norske sykehus, i gjennomsnitt, har et produktivetsnivå i denne perioden som ligger lavere enn tilsvarende i Finland. Forskjellene blir imidlertid mindre mot slutten av perioden. Norske sykehus har i hele perioden et produktivetsnivå som ligger over sykehusene i Sverige. Effekten av sykehusreformen analyseres gjennom å teste hvorvidt det i perioden etter reformen skjer et positivt eller negativt skift i produktivetsnivået i Norge sammenholdt med endringene i Sverige og Finland. Ulike modellspesifikasjoner benyttes. Resultatene er robuste overfor modellspesifikasjon, og tyder på at sykehusreformen har hatt en statistisk signifikant positiv effekt på produktiviteten i størrelsesorden 3 til 4 prosentpoeng.

I kapittel 4.8 beskriver og analyserer en forskergruppe ledet av Tor Iversen (UiO) endringer i forholdet mellom de regionale helseforetakene og de private leverandørene av laboratorie- og røntgentjenester i kjølvannet av sykehusreformen. Disse endringene er delvis bestemt av endringer i reguleringsregime og delvis av anbudsprosesser og kontrakter initiert av de regionale helseforetakene selv. Anbudene har så langt blitt begrenset til å gjelde private leverandører, som blir garantert en minimumsaktivitet tilsvarende hva de hadde i 2004. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige regionale helseforetak sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til en gitt privat produksjon billigst mulig. I den forbindelse er det interessant at bare et av de regionale helseforetakene har noen oppfatning av om de private tjenestene har blitt billigere etter anbuds-konkurransen. Det er foreløpig for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på enhetskostnadene innen laboratorier og røntgeninstitutter. Tendensene så langt er sprikende og indikerer fallende enhetskostnader i forhold til laboratorier og økende enhetskostnader i forhold til røntgeninstitutter.

I kapittel 4.9 beskriver og analyserer Tone Alm Andreassen (AFI) og Terje Lie (IRIS) brukermidvirkning i helseforetakene. Sykehusreformen var en omfattende brukermidvirkningsreform som bestemte at helseforetakene skulle ha brukermidvirkning i sin arbeidsform. Lov om helseforetak pålegger helseforetakene å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for sin virksomhet. Et viktig resultat av brukermidvirkningsreformen i helseforetakene er at det faktisk er etablert organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens brukere kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere. Det finnes nå aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten, både på regionalt og lokalt foretaksnivå. Det store flertallet av de administrative lederne er positive til brukerutvalg, bare noen få er usikre på om brukerutvalget er et nødvendig organ i helsetjenesten. De sidene ved helsetjenestens virksomhet som brukerutvalgene har vært engasjert i, har først og fremst vært spørsmål som er særlig viktige for mennesker med sammensatte problemer og langvarig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. I den grad brukerutvalgene har hatt innflytelse på helsetjenesten, har det gått i retning av å styrke vekten på tjenester til mennesker med varige og sammensatte helseproblemer. Slik kan brukerutvalg på sikt være en faktor som bidrar til helsepolitisk omfordeling.

I kapittel 4.10 beskriver og analyserer Mingle Gamperiene (AFI) og Kari Anne Holte (IRIS) medbestemmelse og arbeidsmiljø i helseforetakene. Det er grunn til å tro at foretaksreformen gjennom lokale variasjoner i endringsprosesser, vil medføre lokale variasjoner i oppfatninger av arbeidsmiljø, faglig utvikling, medbestemmelse og endringsprosessene. Målsetningen er derfor å se om arbeidsmiljø, grad av medvirkning, fag- og kompetanseutvikling varierer i og mellom regioner og helseforetak, og analysere hvorvidt denne type variasjoner kan forstås i lys av ulike omstillings-

prosesser i kjølvannet av reformen. Resultatene viser at svært mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse. Omstillingsprosesser har blitt gjennomført, men ansatte selv opplever å ha blitt lite involvert i de prosessene. Mange opplever at man er med på å påvirke ”dag til dag”-beslutningene som blir tatt, men føler at det kan være lang vei til de arenaene der de store beslutningene tas. Den generelle situasjonen for arbeidsmiljø i helseforetakene synes å være god – de ansatte har høye krav til ytelser, og har relativt stor innflytelse over egen arbeidssituasjon fra dag til dag. Ansatte rapporterer også god støtte fra kolleger, men i noe mindre grad fra ledere. Det er større variasjoner mellom klinikker innen hvert foretak enn mellom foretakene. Vi ser derfor at arbeidsmiljø er noe som varierer lokalt og klinikkvis. Hvilken disiplin man tilhører er av betydning her. Ansatte innen psykiatri rapporterer bedre arbeidsmiljø og medvirkningsmuligheter enn de andre disiplinene. Dårligst ut kom medisin og kirurgi. Relativt gode forhold i psykiatrien kan skyldes at de har vært gjennom en opptrapping med økt aktivitet.

I kapittel 5 gir styringsgruppen sine oppsummeringer og konklusjoner.

1 Bakgrunn

1.1 Innledning

Sykehusreformen, som ble gjennomført fra 1. januar 2002, er en av de største reformene som noen gang har funnet sted i norsk samfunnsliv. Målet med reformen var å legge grunnlaget for en helhetlig og tydelig statlig styring av spesialisthelsetjenesten¹. Videre skulle reformen legge til rette for en klarere ansvars- og rollefordeling, som kan gi bedre utnyttelse av ressursene i sektoren, og slik sikre alle grupper i befolkningen bedre helsetjenester.

Omorganiseringen foregikk raskt, det tok bare 13 måneder fra vedtaket i Arbeiderpartiets landsmøte i november 2000 til reformen trådte i kraft i januar 2002. I løpet av dette tidsrommet ble saken behandlet av Stoltenbergregjeringen, lovforslag utarbeidet og sendt ut på høring og loven vedtatt i Stortinget. Sosial- og helsedepartementet vurderte at en rask gjennomføring var viktig fordi en lang periode med usikkerhet omkring spørsmålene knyttet til eierskap, kunne være uheldig både for brukerne, eierne og de ansatte. En av grunnene til at reformen lot seg gjennomføre på så kort tid skyldtes at det på 1990-tallet var gjort flere utredninger om organiseringen av spesialisthelsetjenesten, og Stortinget hadde også fattet en rekke vedtak om dette.

1.2 Reformens innhold

Sykehusreformen besto av to hovedelementer:

1. Statens overtakelse av eierskapet til og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene og andre virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Gjennom reformen ble både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet samlet på en hånd. Tidligere var den politiske styringen av sykehusene delt mellom de nitten fylkestingene og Stortinget, men ved innføringen av reformen ble denne lagt til Stortinget.
2. Sykehusene ble organisert i foretak (regionale og lokale). Foretakene ble egne rettssubjekter med egne styrever, og derfor ikke lenger en integrert del av den statlige forvaltning. Dette ga sykehusene økt lokal myndighet.

Sykehusreformen omfattet i hovedsak organisatoriske endringer, og tok utgangspunkt i at følgende overordnede helsepolitiske målsettinger skal ligge fast:

- En offentlig styrt helsetjeneste
- Hele befolkningen skal sikres et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av alder, kjønn, etnisk og sosial bakgrunn, økonomi og geografiske forhold
- Helsetjenesten skal være faglig forsvarlig og tilpasset brukernes behov
- En effektiv utnyttelse av ressursene
- Helsetjenester skal gis med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd.

1.2.1 Statens overtakelse av eierskapet

Gjennom reformen overtok staten eierskapet til og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene. Hensikten med dette var å frigjøre og utnytte ressurser, initiativ og kompetanse til beste for befolkningen og helsetjenesten. Videre tok reformen sikte på å skape enklere og klarere ansvarsforhold for sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten. Foretakene fikk større frihet med hensyn til organisering og daglig drift, og forholdene ble lagt til rette slik at sykehuslederne kan utøve

¹ Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, prehospitale tjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.

lederskap og ta ansvar. Disse endringene ble gjort for å løse problemer som ble oppfattet som sentrale, slik som uklar ansvarsfordeling mellom fylke og stat, forskjeller i ressursbruk mellom sykehusene og geografiske forskjeller i tilgangen til helsetjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument (tidligere kalt bestillerdokument). Departementet utpeker også styrene i de regionale helseforetakene. De regionale foretakene er som hovedregel mottakerne av de statlige basisbevilgningene og de aktivitetsavhengige bevilgningene som går til spesialisthelsetjenesten.

Foretaksmodellen har blitt videreutviklet på flere områder gjennom den relativt korte tiden sykehusreformen har virket. Eksempler på dette er oppnevningen av politikere til styrene og åpning av styremøtene for allmennheten, både på regionalt og lokalt nivå. Et flertall av de eierutnevnte styremedlemmene er nå folkevalgte kandidater foreslått av fylkeskommunene, kommunene og Sametinget.

1.2.2 De regionale helseforetakene

Et regionalt helseforetak omfatter alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i denne helseregionen. Fem regionale helseforetak² forvalter på vegne av staten eieransvaret for de underliggende (lokale) helseforetakene, i alt ca 30 stk. De regionale helseforetakene ledes av styre som har et helhetlig overordnet ansvar som kontroll-, strategi- og beslutningsorganer. Styrene har også overordnet ansvar for oppnåelsen av de helsepolitiske målene som er satt for foretakene. Helse- og omsorgsdepartementets styring ivaretas ved de årlige oppdragsdokumentene (tidligere kalt bestillerdokumentene) til de regionale foretakene, hvor styringsbudskap, økonomiske og organisatoriske krav og rammebetingelser formidles. Videre setter departementet på foretaksmøtene styringskrav for økonomi- og organisasjonsområdet. I årlig melding rapporterer de regionale foretakene om oppfølgingen av departementets krav.

De regionale helseforetakene har to hovedroller i forhold til de underliggende helseforetakene:

1. Forvaltningen av eieransvaret for helseforetakene (på vegne av staten)
2. Sørge-for-rollen (sørge for at befolkningen i regionen har tilbud om relevante spesialisthelsetjenester i henhold til lovbestemmelser mv.).

Sørge-for-rollen oppfylles ved å tilby tjenester fra egne helseforetak, kjøpe tjenester fra private sykehus, private legespesialister, sykehus i andre regioner, eller i utlandet. De regionale helseforetakene har stor frihet til å utforme kontrakter med de lokale foretakene.

I tillegg til pasientbehandling har de regionale foretakene ansvar for at helseforetakene utfører forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende, jf. kapittel 1.3.

1.2.3 Helseforetakene

Et helseforetak bidrar med spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står naturlig i sammenheng med dette. Ved innføringen av sykehusreformen ble de offentlige sykehusene og sykehusapotekene organisert som helseforetak, i alt 33 stk (per januar 2005). Ett helseforetak kan bestå av ett eller flere sykehus. Eier av helseforetakene er staten ved det regionale helseforetaket. Hvert helseforetak ledes av et styre, som utnevnes av det regionale helseforetaket.

² Helse Øst RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF

1.3 Prioriterte tiltak innenfor sykehusreformen

Helseforetakene skal ivareta følgende hovedoppgaver: Pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

1.3.1 Pasientbehandling

Helseforetakene har som formål å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Pasienter og pårørende skal kunne få sitt problem vurdert, og få tilgang til nødvendige sykehustjenester når de trenger det og for de behov som gjeldende helsepolitikk forutsetter at skal dekkes. Kvalitet er et omfattende begrep, som omhandler alt fra service, respekt og omtanke til det medisinske resultatet av behandlingen. Pasientene skal være rimelig sikre på at behandlingen som tilbys gir en helsegevinst, og dette forutsetter at foretakene og den enkelte helsearbeider kontinuerlig stiller spørsmål om hvor effektive de ulike behandlingstilbud er. I sykehusreformen er det også lagt opp til økt effektivitet, dvs. bedre utnyttelse av ledig kapasitet og kompetanse.

1.3.2 Forskning

De regionale helseforetakene ble tillagt ansvar for pasientrettet klinisk forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater. Her skal helseforetakene bidra når det står i naturlig sammenheng med deres virksomhet forøvrig. Det er opprettet samarbeidsorganer mellom de regionale helseforetakene og universitetene i regionen. De regionale helseforetakene deltar også i den nasjonale samarbeidsgruppen for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG), som nylig er opprettet.

1.3.3 Utdanning

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Videre skal virksomhetene sørge for at personellet gis den opplæring, etter- og videreutdanning som kreves for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid på en forsvarlig måte.

1.3.4 Pasientopplæring

I sykehusreformen understrekes betydningen av å øke innsatsen på opplæring av pasienter og deres pårørende.

1.4 Avslutning

Av Nasjonal helseplan 2007-2010 framgår at foretaksmodellen skal videreføres og fortsatt være bærekonstruksjonen for organisering og styring av norsk spesialisthelsetjeneste. Det skal bygges videre på modellen der spesialisthelsetjenesten er overordnet politisk styrt, profesjonelt drevet og preget av åpenhet og medvirkning.

Litteratur

Agenda Muusmann Research & Consulting, 2005: Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.

Besl. O. nr 123 (2000-2001): Lov om helseforetak m.m.

Helse- og omsorgsdepartementet/Norges forskningsråd, 2005: Mål- og rammedokument (oppdragsbeskrivelse) for evaluering av sykehusreformen.

Opedal, S. og I.M. Stigen (red), 2005: Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport. Samarbeidsrapport 2005 NIBR/NF/RF.

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Sosial- og helsedepartementet, 2001: Sykehusreformen – noen eierperspektiver. HD-rapport 14.09.2001.

St.prp. nr. 1 2006-2007, kap. 6: Nasjonal helseplan 2007-2010.

2 Evalueringsoppdraget

Sykehusreformen, som ble gjennomført fra 1. januar 2002, omfattet to hovedelementer. Det ene var statens overtakelse av eierskapet til og ansvaret for de fylkeskommunale sykehusene og andre virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Det andre hovedelementet var organiseringen av virksomhetene som foretak.

Allerede ved behandlingen av Helseforetaksloven i Stortinget i 2001 ble behovet for å foreta en evaluering av sykehusreformen påpekt. En slik evaluering ble derfor tatt inn som en forutsetning i Ot.prp. nr. 1 fra og med 2002-03. Det ble lagt opp til en tredelt evaluering med sikte på å belyse og vurdere virkningene, egnetheten og resultatene av sykehusreformen. To av evalueringene gjaldt sykehusreformen som organisasjonsreform. Den første evalueringen kom i april 2005. Dette var en prosessevaluering utført av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Nordlandsforskning og Rogalandsforskning. Den andre evalueringen om helseforetaksmodellens egnethet ble ferdigstilt av konsulentfirmaene Agenda og Muusmann i desember 2005. Det tredje elementet var en resultat-evaluering med fokus på om reformen har ført til bedre resultater i forhold til de overordnede helsepolitiske målene. Helse- og omsorgsdepartementet anmodet i 2004 Norges forskningsråd om å forestå denne forskningsbaserte resultatevalueringen av sykehusreformen. Evalueringen skulle omfatte de målsettinger som er beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000-01) Om lov om helseforetak, dokumentet Sykehusreformen – noen eierperspektiv (2001) og målsettingene i styringsdokumentene for de regionale helseforetakene. Den forskningsbaserte evalueringen skulle rette fokus mot forhold omkring pasientbehandlingen.

2.1 Samarbeidsavtale

Evalueringsoppdraget er beskrevet i en samarbeidsavtale fra april 2005 mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd. Denne avtalen gjaldt for perioden 2005-06. Formålet med samarbeidet var å:

- Legge til rette for forskningsbasert evaluering av høy kvalitet med resultatrapportering etter avtale
- Ivareta habilitetshensyn ved å sikre nødvendig avstand mellom Helse- og omsorgsdepartementet som ansvarlig departement både for gjennomføring og evaluering av reformen
- Videreutvikle Forskningsrådets rådgiverrolle overfor departementet ved å styrke samarbeidet om å utnytte forskningsresultater i oppfølging av en helsereform og styrke samhandlingen om forskningsbasert evaluering
- Bidra til å utvikle helsetjenesteforskningen og styrke kunnskap om og kompetanse i forskningsbasert evaluering
- Utnytte Forskningsrådets kompetanse innen forskningssektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet var oppdragsgiver og hadde ansvar for å:

- Bidra i utarbeidingen av, samt godkjenne Mål- og rammedokumentet, med tilhørende nøkkelspørsmål
- Sikre prosjektene politisk relevans.

Forskningsrådet var samarbeidspartner, rådgiver og prosjektansvarlig og hadde ansvar for å:

- Utarbeide Mål- og rammedokument
- Ivareta evalueringsoppdraget i tråd med Mål- og rammedokumentet
- Iverksette en hensiktsmessig struktur for å ivareta faglig og administrativ oppfølging av oppdraget
- Sikre den forskningsmessige og metodiske kvalitet ved utvelgelse av prosjekter og å ha ansvar for prosjektoppfølgningen
- Ivareta kontakten med forskningsmiljøene

- Rapportere og gi råd til departementet om evalueringsprosjektets status, framdrift og konklusjoner
- Etablere hensiktsmessige rutiner for formidling av resultater fra evalueringsforskningen.

Helse- og omsorgsdepartementet bevilget i alt 5 mill. kroner til gjennomføringen av evalueringen.

2.2 Mål- og rammedokument

Dette dokumentet var både departementets oppdragsbeskrivelse og overordnet styringsdokument for evalueringen. Evalueringen skulle omhandle følgende hovedoppgaver som helseforetakene er pålagt å ha: Pasientbehandling, utdanning og pasientopplæring. I forbindelse med arbeidet med Mål- og rammedokumentet innhentet Helse- og omsorgsdepartementet synspunkter fra brukerorganisasjoner og fagforeninger om hvilke tema som de mente var mest viktig å få belyst i evalueringen. Nedenfor er hovedproblemstillingene og aktuelle undertemaer skissert.

1. Har tilgjengeligheten av pasienttilbudet blitt bedre gjennom sykehusreformen?

Med tilgjengelighet menes blant annet at pasienter og pårørende må kunne forvente å få sitt problem vurdert og at de får tilgang til nødvendige sykehustjenester når de trenger det for behov som gjeldende helsepolitikk forutsetter at skal dekkes. Sentrale spørsmål her er:

- Har en fått reduserte forskjeller i tjenestetilbudet etter reformen?
Med reduserte forskjeller menes bl.a. bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten, mindre dublering av spesialisthelsetjenester og bedre nasjonal dimensjonering, bedre oppgavefordeling, samarbeid og ansvarsfordeling mellom sykehusene og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Har situasjonen når det gjelder overbelegg i sykehusene bedret seg etter reformen?
- Hvordan samsvarer tilgjengelighet og endringer i tilgjengelighet med foreliggende beskrivelse og retningslinjer for prioritering?
- Har tilgjengelighet og kvalitet på tjenestene blitt bedre for prioriterte pasientgrupper som kronisk syke, pasienter med sammensatte lidelser og mennesker med psykiske plager?

2. Har sykehusreformen bidratt til bedre kvalitet på behandlingstilbudet?

Kvalitet er et omfattende begrep som omhandler alt fra service, respekt og omtanke til resultatet etter ferdig utredning eller behandling. Et viktig kvalitetskriterium er at pleie og medisinsk praksis er kunnskapsbasert.

For å måle kvalitet må imidlertid brukernes egne vurderinger sammenholdes med faglige og kunnskapsbaserte analyser og vurderinger av tjenestens kvalitet. Aktuelle problemstillinger her kan være:

- I hvilken grad har sykehusreformen bidratt til å bedre miljøet for utvikling av riktig praksis og faglige retningslinjer for behandling?
- Har reformen medvirket til at nye behandlingstilbud og metoder har blitt tatt i bruk?
- Har de geografiske variasjonene i medisinsk praksis innenfor de enkelte fagområdene blitt mindre?
- I hvilken grad er pasientene fornøyd med behandlingen de har fått? (jf. pasienterfaringsundersøkelser)?
- Hvilken effekt har brukermedvirkning og brukerinnflytelse hatt under reformen?
- I hvilken grad har reformen lagt til rette for et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar som skal sikre:
 - faglig kvalitet
 - god prioritering mellom behandling, forskning og utdanning?

3. Har sykehusreformen bidratt til økt innsats på pasientopplæring?

- Har omfanget av pasientopplæringen økt etter reformen?
- Har kvaliteten på opplæringen blitt bedre?

4 Har sykehusreformen bidratt til bedre faglig utvikling og arbeidsmiljø for de ansatte?

- Har det vært økt fokus og innsats på opplæring/videreutdanning av personell?
- Hvilken effekt har reformen hatt på kvalitet, produktivitet og prioritering av utdanning?
- Hvilken effekt har reformen hatt på de ansattes arbeidsmiljø og medbestemmelse?

5 Har sykehusreformen bidratt til mer effektivisering?

- Har reformen bidratt til å utnytte ledig kapasitet og kompetanse på en bedre måte, bl.a. gjennom nasjonal arbeidsdeling og tettere samarbeid mellom de regionale helseforetakene?
- Har målet om effektivisering påvirket risikoen for at det gjøres feil i sykehusene?
- Har målet om effektivisering påvirket sykehusenes utskrivningspraksis? Hvilke konsekvenser har eventuelt dette fått for pasientene?
- Har reformen ført til at pasienter får nødvendig helsehjelp på en rask og effektiv måte?

2.3 Utlysning av midler og søknadsbehandling

Norges forskningsråd inviterte forskningsmiljøene til å komme med prosjektsøknader innen 1. juni 2005. I utlysningen ble det oppfordret til samarbeid mellom ulike forskningsmiljøer, slik at evalueringen kunne konsentreres om noen få store prosjekter som dekket flest mulig av problemstillingene i Mål- og rammedokumentet. Det kom inn to søknader, som begge gjaldt større samarbeidsprosjekter. De to søknadene omfattet i alt 17 delprosjekter med en samlet kostnadsramme på omkring det dobbelte av det disponible beløpet. Ytterligere detaljer om søknadsbehandlingen er å finne i kapittel 2.4.1. Endelig vedtak om bevilgning ble fattet i september 2005. For ytterligere opplysninger om prosjektene se kapittel 3.

2.4 Styringsgruppens arbeid

Forskningsrådet oppnevnte en styringsgruppe for evalueringen som skulle:

- ivareta den faglige oppfølgingen av samarbeidsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Forskningsrådet
- vedta fordeling av midlene til evalueringsprosjektene
- godkjenne de to framdriftsrapportene og sluttrapporten som Forskningsrådet skulle avgi til Helse- og omsorgsdepartementet.

Styringsgruppen har bestått av:

- Direktør John-Arne Røttingen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo, leder
- Professor Kjeld Møller Pedersen, Institut for sundhedstjenesteforskning, Syddansk universitet, Odense
- Forsker Pia Maria Jonsson, Medical Management Centre, Karolinska instituttet, Stockholm.

2.4.1 Søknadsbehandling

Til å vurdere de innkomne søknadene benyttet Forskningsrådet et fagpanel på fem medlemmer (styringsgruppen supplert med to utenlandske fageksperter, professor Finn Borum, Department of Organization and Industrial Sociology, Copenhagen Business School og professor Dorte Gyrd-Hansen, Institut for sundhedstjenesteforskning, Syddansk universitet, Odense). Fagpanelet vurderte søknadene med hensyn til kvalitet og relevans og foretok også en helhetlig vurdering i forhold til Mål- og rammedokumentet.

På bakgrunn av fagpanelets vurdering anmodet styringsgruppen de to søkermiljøene om å utarbeide reviderte søknader og prosjektbeskrivelser for de mest relevante delprosjektene, og med en gitt kostnadsramme. Styringsgruppen inviterte begge søkermiljøene til et seminar hvor de reviderte prosjektforslagene ble presentert og drøftet. På bakgrunn av dette bevilget styringsgruppen midler til to delprosjekter med Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) som ansvarlig institusjon og til seks delprosjekter med Universitetsforskning Bergen som ansvarlig institusjon, se kapittel 4.

Etter søknadsbehandlingen informerte Forskningsrådet Helse- og omsorgsdepartementet om at det på bakgrunn av de innkomne prosjektforslagene og gitte budsjettammer ikke var mulig å dekke alle tema i Mål- og rammedokumentet fullstendig. Av viktige problemstillinger som bare i liten grad ble gjenstand for vurdering i evalueringen var enkelte av underspørsmålene i punkt 2 (kvalitet på behandlingstilbudet), enkelte spørsmål i punkt 1 (tilgjengelighet av pasienttilbudet) og i punkt 5 (effektivisering/feilbehandling). Felles for disse problemstillingene var at de i stor grad gjaldt behandlingstilbudets medisinske kvalitet og pasientenes opplevelse av det. Styringsgruppen påpekte videre at det i evalueringen manglet analyser av reformens konsekvenser både med hensyn til behandlingsprosesser/-praksis, medisinsk resultat og grad av involvering av og innflytelse fra pasientene.

Videre informerte styringsgruppen departementet om at det nasjonalt er behov for et bredere datasett som en del av et overordnet rammeverk for 'performance measurement'. Dette vil gi bedre muligheter til å følge utviklingen av helsetjenestene over tid, og gi grunnlag for å evaluere kommende helse-reformer. I dette regelverket bør longitudinelle data om kvaliteten av behandlingstilbudet inngå.

2.4.2 Framdrifts- og sluttrapportering

Prosjektene rapporterte framdrift to ganger. Ved første rapportering i februar 2006 fulgte prosjektene i stor grad planene i prosjektbeskrivelsen. Enkelte mindre forsinkelser/endringer ble rapportert, men prosjektleder redegjorde for hvordan dette ville bli behandlet for å holde tidsplanen. Styringsgruppen godkjente Forskningsrådets framdriftsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet.

Neste rapportering var i august 2006, og det ble da rapportert at alle delprosjekter, med unntak av ett, var i rute. Prosjektleder ble anmodet om å sørge for at dette delprosjektet også ble ferdig innen fastsatt tid. I forbindelse med rapporteringen ble det holdt et internt seminar hvor noen foreløpige resultater ble presentert. På seminaret deltok styringsgruppen, prosjektlederne og delprosjektlederne, mens Helse- og omsorgsdepartementet var observatør. Styringsgruppen kom med innspill til det avsluttende arbeidet i prosjektene. Styringsgruppen godkjente framdriftsrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet.

Sluttresultatene fra begge prosjektene ble levert Forskningsrådet 31. desember 2006. Styringsgruppen har gjennomgått og vurdert resultatene, bidratt i utarbeidelsen av sluttrapporten og utarbeidet konklusjonene. Sluttrapporten til Helse- og omsorgsdepartementet ble godkjent.

Litteratur

Agenda Muusmann Research & Consulting, 2005: Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellens virkemåte og effekter, begrensninger og potensialer.

Helse- og omsorgsdepartementet/Norges forskningsråd, 2005: Mål- og rammedokument (oppdragsbeskrivelse) for evaluering av sykehusreformen.

Helse- og omsorgsdepartementet/Norges forskningsråd, 2005: Samarbeidsavtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Norges forskningsråd om resultatevaluering av sykehusreformen.

Opedal, S. og I.M. Stigen (red), 2005: Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport. Samarbeidsrapport 2005 NIBR/NF/RF.

Ot. prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Sosial- og helsedepartementet, 2001: Sykehusreformen – noen eierperspektiver. HD-rapport 14.09.2001.

3 Prosjektoversikt

Ved utlysningen av midler våren 2005, kom det inn to søknader, som begge gjaldt større prosjekter der flere forskningsmiljøer samarbeidet. Begge prosjektene fikk støtte, men med den gitte budsjetttrammen var det ikke mulig å dekke alle temaer i Mål- og rammedokumentet fullstendig, se kapittel 2.4.1. UNIFOBs prosjekt omfattet sju delprosjekter, mens AFIs prosjekt omfattet to delprosjekter. Tabell 3.1 gir ytterligere detaljer om de enkelte delprosjektene. Arbeidet i prosjektene begynte høsten 2005 og ble avsluttet i desember 2006.

Tabell 3.1 *Forskningsbasert evaluering av sykehusreformen. Oversikt over delprosjektene*

Prosjekt/ Delprosjekt	Ansvarlig institusjon	Samarbeidende institusjoner	Prosjektleder/ delprosjektleder	Kapittel i rapport
170468/V50	UNIFOB (Universitetsforskning Bergen)	SINTEF, HEB, HERO, NTNU	Oddvar Kaarbøe, Helseøkonomi Bergen (HEB)	
Delprosjekt 1	Årsaker til aktivitetsvekst	SINTEF	Beate Huseby	4.1
Delprosjekt 2	Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen	HEB	Jan Erik Askildsen	4.2
Delprosjekt 3	Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet	HEB/HERO	Tor Helge Holmås	4.3
Delprosjekt 4	Prioriteringer mellom somatikk og psykisk helsevern	HEB/SINTEF	Katarina Østergren og Jorid Kalseth	4.4 4.5
Delprosjekt 5 ¹	Oppgavefordelingens betydning for pasientbehandlingen	SINTEF	Beate Huseby	4.6
Delprosjekt 6	Har reformen gitt økt aktivitet i sykehusene? Komparativ studie av Norge, Sverige, Finland og Danmark	NTNU/HERO	Jon Magnussen	4.7
Delprosjekt 7	Offentlig og privat laboratorie- og røntgenvirksomhet i sykehusreformen	HERO	Tor Iversen	4.8
170467/V50	Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)	AFI/IRIS²	Terje Lie, IRIS	
Delprosjekt 1	Brukerinvolvering i helseforetakene – deltakelse i brukerutvalg og pasientopplæring	AFI/IRIS	Tone Alm Andreassen	4.9
Delprosjekt 2	Arbeidsmiljø og faglig utvikling	IRIS/AFI	Kari Anne Holte	4.10

1 UNIFOBs delprosjekt 5 er finansiert av andre kilder

2 IRIS: International Research Institute of Stavanger AS (tidligere Rogalandforskning)

4 Resultater

4.1 Aktivitetsutviklingen ved somatiske sykehus før og etter sykehusreformen

Beate M. Huseby; SINTEF Helse

4.1.1 Sammendrag

Vi har analysert endringer i både den samlede aktiviteten og for et bredt spekter av oppholdstyper og aldersgrupper i perioden fra 1999 til 2005. Aktiviteten er målt som både DRG-poeng og antall opphold, og det er forsøkt å ta høyde for en rekke sentrale utviklingstrekk ved aktivitetsutviklingen for å vurdere om vi finner signifikante forskjeller i aktivitetsutviklingen mellom perioden før og etter sykehusreformen når vi kontrollerer for disse utviklingstrekkene.

For sum av korrigerede DRG-poeng ved helseforetakene og alle typer opphold som her er analysert (elektive (planlagte) opphold, øhjelp, døgn- og dagopphold, kirurgi og ikke-kirurgi), samt for alle aldersgrupper, finner vi at aktivitetsutviklingen i perioden etter sykehusreformen har vært sterkere enn i perioden før sykehusreformen, selv om det kontrolleres for en generell tidstrend, befolkningsutvikling, endringer i ISF-refusjonen, liggetid, andel reinnleggelser/seriebehandlinger, pasientstrømmer, helseforetakenes størrelse og spesialiseringsgrad. Dette har vi kalt "reformeffekt" i våre analyser, og må forstås som summen av endrede rammebetingelser for sykehusene/helseforetakene etter sykehusreformen.

Vi vil imidlertid understreke at reformens effekt på aktivitetsutviklingen må sees i lys av de politiske føringene som er gitt for aktiviteten ved somatiske sykehus i perioden etter reformen. Økningen i aktivitet har kommet på tross av politiske føringer om nullvekst og stabilitet som er fremmet i både statsbudsjett og i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene og kan derfor ikke tolkes som en intendert effekt av reformen, men bør sees som en effekt av endrede rammebetingelser. I denne sammenhengen bør det imidlertid også påpekes at signalene fra politiske myndigheter kan ha blitt oppfattet som lite entydige ettersom ISF-satsen har vært høy og den politiske vektleggingen av økt tilgjengelighet og kortere ventetid var sterk ved innføringen av reformen.

Våre analyser viser også at aktiviteten er redusert etter sykehusreformen for to av de DRG-gruppene som er analysert (DRG 12 og DRG 89-90). For en tredje av DRG-gruppene (DRG 209) finner vi ingen reformeffekt. Aktivitetsøkningen etter sykehusreformen gjelder mange pasientgrupper og mange helseforetak, men endringene har ikke vært like store for alle foretak og alle pasientgrupper.

4.1.2 Innledning

Det har skjedd betydelige endringer i aktiviteten i den somatiske spesialisthelsetjenesten i siste femårsperiode. Fra år 2001 til 2005 økte antallet sykehusopphold med totalt 24,5 prosent og mer enn 268000 opphold³. Korrigert for befolkningsutviklingen økte de somatiske sykehusenes aktivitet med 52 opphold per 1000 innbygger. Det er i særlig grad den planlagte aktiviteten og dagbehandling som har økt, og det er lite tvil om at utviklingen på 1990-tallet, med kapasitetsproblemer og økende oppholdsrate for øyeblikkelig hjelp, er snudd.

Det er liten grunn til å tro at de senere årenes økning i antall sykehusopphold skyldes endringer i befolkningens sykkelighet. Aktivitetsendringene må derfor i hovedsak tilskrives endringer i rammebetingelser og organisering. I utgangspunktet kan endringene knyttes til både demografi, endringer på

³ Dette er inklusive alle opphold unntatt opphold hos private avtalespesialister. Endringene eksklusive rehabilitering, dialyse, fødsler, friske nyfødte og kjemoterapi var på 166 000 opphold.

politisk-administrativt nivå, og til endringer i foretakene/institusjonene. Det eksisterer dermed betydelige utfordringer i å avklare de ulike faktorenes rolle for aktivitetsutviklingen. Dette er spesielt viktig når det gjelder sykehusreformens betydning, som var en stor og tung reform i norsk helsevesen. Formålet med dette prosjektet er derfor å analysere årsakene til endringer i ulike deler av aktiviteten i somatiske sykehus for å vurdere hvilken rolle sykehusreformen har spilt for utviklingen i aktivitet.

4.1.3 Føringer fra offentlige myndigheter; var aktivitetsøkningen intendert?

Hvorvidt aktivitetsøkning var et mål for reformen, er et spørsmål som nok kan gis flere svar, men reformens målsettinger og handlingsforløpet i de første årene etter reformen, må forstås på bakgrunn av aktivitetsutviklingen i årene før reformen. Fra 1994 til 1998 økte innleggelsene for øyeblikkelig hjelp med 19,8 prosent, mens de elektive oppholdene økte med 0,9 prosent (Magnussen 1999). Økningen i øyeblikkelig hjelp indikerte kapasitetsproblemer, og ble beskrevet som en ond sirkel der stadig flere av pasientene på venteliste måtte få øyeblikkelig hjelp fordi ventetiden ble for lang. I år 2000 var det en moderat økning i dagbehandling, men døgnoppholdene hadde nedgang (Rønningen 2001). Det var dermed tydelig at reformene som var innført på 1990-tallet (innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg, regionale helseplaner) ikke hadde løst kapasitetsproblemene og gitt reduserte ventelister, og i desember 2000 ble det klart at sykehusreformen hadde politisk flertall på Stortinget.

Med utgangspunkt i denne utviklingen er det lett å forstå at det ikke fremsettes en målsetting om å begrense aktiviteten i reformens formelle dokumenter (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)). Odelstingsproposisjonen inneholdt imidlertid heller ingen klar målsetting om å øke aktiviteten ved somatiske sykehus. Det var imidlertid fremmet et klart mål om å øke tilgjengeligheten⁴ til sykehustjenester og redusere ventelistene⁵. Økning av aktiviteten var et naturlig redskap å bruke for å nå disse målene.

I statsbudsjettet for 2002 ble det gitt signaler om aktivitetsvekst⁶, men i det første bestillerdokumentet fra Sosial- og helsedepartementet til de regionale helseforetakene ble det sagt at aktiviteten skulle stabiliseres⁷. Denne motsetningen mellom signalene i statsbudsjettet og i bestillerdokumentet, må forstås på bakgrunn av aktivitetsutviklingen i 2001, som medførte en markert vekst. Det har vært hevdet fra flere hold at aktivitetsutviklingen "løp løpsk" høsten 2001 fordi fylkeskommunene ikke lenger følte ansvar for sykehusunderskuddene. Statsbudsjettet for 2002 ble skrevet før tallene for 2001 forelå, men da bestillerdokumentet ble skrevet, var departementet orientert om tallene for 2001.

Vektleggingen av målet om reduserte ventelister resulterte i økt aktivitet i 2002. Veksten var høyere enn det som var forutsatt i de økonomiske rammene og etter to år med svært sterk aktivitetsvekst ble det ikke gitt rom for aktivitetsvekst innen somatiske sykehus i statsbudsjettet for 2003⁸. I mai 2003 forelå det imidlertid indikasjoner på at det ville bli en ytterligere aktivitetsvekst i 2003. Stortinget bevilget da penger til inndekning av aktivitetsøkningen i 2002, men det ble sterkt understreket at de regionale helseforetakene nå måtte overholde finansieringsrammene⁹. Vel en måned etter den reviderte budsjettbehandlingen i Stortinget sendte Helsedepartementet et revidert styringsdokument til de regionale helseforetakene (Helsedepartementet 27.06 2003). I dette brevet påpekes det at utviklingen i 2003

⁴ "Målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. I dette ligger det en målsetting om at både helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre." Punkt 2.1.1 (Pasienten først) i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001).

⁵ "De siste årene har det vært stor vekst i pasientbehandlingen, men like mange pasienter er fremdeles på venteliste". (Pkt 2.2.1 Bakgrunnen for reformen i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)).

⁶ "Regjeringen foreslår en reell økning i bevilgningene til sykehusdrift på 1,5 mrd. kroner i 2002. Regjeringen vil fjerne unødvendig ventetid for behandling ved sykehus." St. prp. nr. 1 (2001-2002).

⁷ "Det skal styres med sikte på å ikke øke den gjennomsnittlige aktiviteten i pasientbehandlingen ut over det nivå som allerede er etablert i 2001".

⁸ "Det foreslås bevilget vel 55 mrd. kroner til spesialisthelsetjenesten i 2003. Dette legger til rette for at aktiviteten i sykehusene i 2003 skal kunne videreføres på om lag samme høye nivå som i 2002." (St. prp. nr. 1 (2002-2003)).

⁹ "I budsjettet for 2003 er ISF-bevilgningen fastsatt med utgangspunkt i at aktiviteten skal kunne være på samme reelle nivå som i 2002.... Regjeringen understreker at de regionale helseforetakene skal innrette sitt aktivitetsnivå ut fra denne forutsetningen." (St. prp. nr. 65 2002-2003).

gav indikasjoner på en høyere vekst enn forutsatt og ”truer” med å iverksette tiltak dersom de regionale helseforetakene ikke tar aktive grep for å stoppe veksten¹⁰. Det reviderte styringsdokumentet skapte sterke reaksjoner i de regionale helseforetakene og fem dager senere gikk et nytt brev fra Helsedepartementet til RHF'ene der budskapet ble noe modifisert (Helsedepartementet 01.07.2003). Det ble understreket at de regionale helseforetakene ikke skulle gjennomføre tiltak som følge av revidert styringsdokument, før departementet hadde foretatt en gjennomgang av aktiviteten. Aktivitetsutviklingen fortsatte dermed omtrent som før, men med en noe lavere vekst i tredje tertial. Samlet vekst i antall sykehusopphold for 2003 var derfor betydelig. Det hører også med til historien at refusjonssatsen i ISF var økt til 60 prosent i 2003, og at ”krypet”, som satte en øvre grense på utbetalingene knyttet til ISF, ble fjernet i 2002.

For å bidra til å begrense aktivitetsveksten innen somatikk, og vridninger mellom somatikk og psykisk helse, ble ISF-refusjonen satt til 40 prosent for 2004. I styringsdokumentene fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene i 2004 ble fokus satt på styring av aktiviteten og null aktivitetsvekst¹¹. Veksten i totalt antall opphold for 2004 ble mer moderat enn i 2003, men viste likevel økt behandlingsaktivitet (4,3 prosent). Politiske forhandlinger i Stortinget i forbindelse med statsbudsjettet for 2005, medførte at ISF-refusjonen igjen økte til 60 prosent i 2005. Den politiske målsettingen var likevel stabilitet i aktivitetsnivået¹². Dette året fortsatte aktivitetsveksten på omtrent samme nivå som for 2004 (4,9 prosent).

Selv om det kan diskuteres hvorvidt aktivitetsvekst var en intendert utvikling ved implementeringen av sykehusreformen, hersker det liten tvil om at aktivitetsveksten i den somatiske spesialisthelsetjenesten i perioden fra 2003 til 2005 har kommet på tross av de signaler og retningslinjer som er gitt av politiske myndigheter. Etter sykehusreformen har de politiske føringene for aktivitetsutviklingen vært stabilitet.

4.1.4 Faktorer med betydning for aktivitetsutviklingen

Vi påpekte innledningsvis at endringene i aktivitet i den somatiske spesialisthelsetjenesten kan knyttes til både demografiske endringer, endringer på politisk-administrativt nivå og til endringer i og ved institusjonene/helseforetakene.

Når det gjelder endringer på demografisk nivå, har befolkningen i Norge totalt sett økt med 3,61 prosent i perioden fra 1999 til 2005. Det er imidlertid store variasjoner mellom aldersgruppene. Befolkningen mellom 16 og 49 år var uendret, mens antallet personer mellom 50 og 66 år, og over 80 år økte med 14-16 prosent. Aldersgruppen mellom 67 og 79 år ble imidlertid redusert. Ettersom sykehusbruk samvarierer med alder, er det grunn til å tro at de demografiske endringene har hatt betydning for aktivitetsendringene. For å analysere betydningen av demografiske endringer, har vi inkludert en indikator for befolkningsutviklingen i alle våre analyser, og analysert sykehusbruk for fem ulike aldersgrupper.

Den mest omfattende endringen på politisk-administrativt nivå i denne sammenhengen, er selvfølgelig sykehusreformen. Sykehusreformen var først og fremst en organisatorisk reform og medførte betydelige endringer i organiseringen av pasientbehandlingen gjennom fusjoner av tidligere selvstendige institusjoner som ble lagt inn under felles ledelse og profesjonell styring. Selv om sykehusreformen ikke medførte umiddelbare endringer i finansieringssystemet, er det grunn til å tro at de endrede politiske rammebetingelsene også har hatt betydning for de økonomiske rammene. Opedal og

¹⁰ "Departementet ber på denne bakgrunn RHF-ene ta et aktivt grep slik at aktiviteten styres mot de måltallene som er lagt til grunn i budsjettet for 2003. Dersom aktiviteten øker utover det som er forutsatt vil det bli nødvendig å sette i verk andre tiltak for å begrense denne veksten, for eksempel reduksjon av takstene, jf. St.prp.nr.65 (2002-2003)." (Helsedepartementet, 27.06.2003).

¹¹ "Aktiviteten skal tilpasses tilgjengelig og påregnelig ressursramme. Budsjettet for 2004 legger til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som aktiviteten i 2003."

¹² "Budsjettet legger til rette for at aktiviteten som omfattes av innsatsstyrt finansiering kan videreføres på samme nivå som i 2004". (St. prp. nr. 1 (2004-2005)).

Rommetvedt (2005) viser at spørsmål om sykehusenes økonomi har blitt flittig debattert i Stortinget. I våre analyser måles reformeffekten gjennom en indikator som skiller mellom perioden før reformen og perioden etter reformen. Indikatoren fungerer dermed som en ”oppsamlingsboks” for endringer etter reformen, og bør tolkes som endring i rammebetingelser. Vi ser det imidlertid som viktig å skille mellom effekter som er knyttet til en generell utviklingstrend som startet før reformen, og effekten av reformen, og har derfor også inkludert en indikator for tidstrend i analysene.

Ved innføringen av ISF i 1997, ble det antatt at refusjonssatsen var et sentralt politisk virkemiddel for å styre aktivitetsutviklingen. Vi har imidlertid påpekt at det var liten overensstemmelse mellom de politiske føringene i statsbudsjettet (nullvekst) og ISF-satsen i årene etter sykehusreformen. Når vi skal analysere effekten av strukturelle føringer fra politisk-administrativt nivå er det derfor være viktig å inkludere ISF-satsen og være klar over denne motsetningen. ISF-satsen var 50 prosent i 1999-2001, 55 prosent i 2002 og 60 prosent i 2003, 40 prosent i 2004 og 60 prosent i 2005.

Perioden fra 1999 til 2005 er også karakterisert ved en rekke endringer ved institusjonene/helseforetakenes pasientbehandling. Tidligere analyser (Huseby 2005) viser at en betydelig del av aktivitetsveksten kan knyttes til en økning i seriebehandling og reinnleggelser. Ny teknologi, vektlegging av effektivitet og økonomiske insitament har bidratt til at flere pasienter behandles gjennom en serie dagbehandlinger i stedet for gjennom ett lengre opphold. Økningen i antallet behandlede pasienter, er derfor lavere enn økningen i antallet opphold.

I perioden fra 2001 til 2005 har også liggetiden på sykehus blitt redusert (fra 3,7 til 3,0 dager for normalopphold¹³), som følge av økt dagbehandling og endringer i organiseringen av pasientbehandlingen (seriebehandlinger). Nedgangen i liggetid per opphold, og økt bruk av dagbehandling, har også lagt grunnlag for en viss økning av aktiviteten uten en tilsvarende økning i kostnadene.

I 2001 ble det også innført fritt sykehusvalg i Norge. Dersom pasientstrømmene er høye, kan dette også gi aktivitetsvekst for enkelte foretak, samt mindre kontroll over aktivitetsutviklingen. Selv om pasientstrømmene totalt sett er relativt små i Norge, kan det likevel være viktig for enkelte helseforetak å ta hensyn til pasientstrømmene ved analyser av aktivitetsutviklingen.

Tidligere analyser av utviklingen på 1990-tallet, viste at aktivitetsøkningen var størst, relativt sett, blant de største og mest spesialiserte institusjonene (Huseby 2001). Det var også et sentralt mål for sykehusreformen å øke funksjonsfordelingen mellom institusjonene. Aktivitetsutviklingen kan dermed også være knyttet til foretakenes spesialiseringsgrad.

Når reformens effekt på aktivitetsveksten skal vurderes, er det etter vår mening viktig å ta høyde for de generelle utviklingstrekkene som er beskrevet her. Mange av utviklingstrekkene henger imidlertid også sammen. Liggetiden ved helseforetakene er redusert, både som følge av ny teknologi, økt andel dagbehandling og på grunn av en økning i seriebehandlinger. Dette medfører at det kan være vanskelig å modellere de ulike faktorenes betydning. Dette gjelder spesielt for forholdet mellom liggetid, andel seriebehandling og prosent dagbehandling. Vi har forsøkt å løse dette ved å beregne gjennomsnittlig liggetid for de oppholdene som ikke er reinnleggelser eller en del av en seriebehandling og ekskludere andel dagbehandling som en indikator i modellene. Utviklingen i dagbehandling og døgnbehandling analyseres imidlertid i separate analyser.

Vi vil også påpeke at kostnadsrammen for de somatiske sykehusene trolig er en viktig føring for aktivitetsutviklingen. Etter at ”kryp-taket” for utbetalingene i tilknytning til ISF ble fjernet i 2002 er imidlertid kostnadene ved helseforetakene direkte relatert til aktiviteten. Aktiviteten påvirker dermed kostnadene i nesten like stor grad som omvendt. Dersom vi inkluderte kostnadene ved helseforetakene i modellen, ville vi også måle endring i aktivitet i forhold endring i kostnader, altså økning i aktivitet per økte krone. Dette innebærer at vi da ville målt produktivitet i stedet for aktivitet, og vi har derfor

¹³ Gjelder gjennomsnittlig liggetid ved DRG-sykehus i 2001 (Kalseth 2002) og ved normalopphold totalt i 2005 (Torvik 2006).

ikke inkludert kostnader i våre analyser. Utviklingen i effektivitet analyseres imidlertid i et annet kapittel.

4.1.5 Pasientgrupper

For å få best mulig kunnskap om sykehusreformens betydning for aktivitetsutviklingen, har vi analysert 18 ulike utvalg av oppholdstyper og pasientgrupper. Utvalget av pasientgrupper, når det gjelder DRG-ene, er knyttet til grupper hvor det har vært små endringer i DRG-klassifiseringene, og pasientgrupper som behandles ved alle helseforetak, samt pasientgrupper med noe ulik aktivitetsutvikling.

Følgende pasientgrupper er analysert:

- Sum korrigerte DRG-poeng for opphold totalt
- Seks ulike typer opphold: Døgnopphold, dagbehandling, elektive opphold, ø-hjelp, opphold i kirurgiske DRG og opphold i ikke-kirurgiske DRG
- Seks ulike DRG-grupper:
 - DRG 12: Degenerative sykdommer i nervesystemet
 - DRG 34-35: Sykdommer i nervesystemet m/u bikomplikasjoner
 - DRG 89-90: Lungebetennelse og pleuritt > 17 år m/u bikomplikasjoner
 - DRG 209A-B: Primære og sekundære proteseop i hofte/kne/ankel
 - DRG 221-222: Operasjoner på kneledd ekskl proteseop m/u bikompl.
 - DRG 269-270: Operasjoner på hud og underhud m/u bikomplikasjoner
- Sum korrigerte DRG-poeng for fem aldersgrupper:
 - 0-15 år, 16-49 år, 50-66 år, 67-79 år, 80 år og over.

4.1.6 Måling av aktivitetsutviklingen

Selv om det er liten tvil om at det har vært en betydelig aktivitetsøkning i den somatiske spesialisthelsetjenesten, har aktivitetsvekstens reelle størrelse vært gjenstand for diskusjon. Vekstens størrelse avhenger i noen grad av om utviklingen analyseres som antall opphold eller DRG-poeng. For perioden fra 1999 til 2005 er veksten i DRG-poeng noe høyere enn veksten i opphold.

DRG-systemet gir en korreksjon for pasient-tyngde, og er derfor i utgangspunktet et bedre aktivitetsmål enn antallet opphold. DRG-systemet har imidlertid også gjennomgått betydelige endringer når det gjelder logikk og vektning av opphold i perioden fra 1999 til 2005. Dette betyr at vektene for en gitt pasientbehandling ikke er sammenlignbare over tid. I tillegg har kodingen av bi-diagnoser økt, og medfører at pasientbehandlingene oftere enn før havner i kompliserte DRG-er. Dette har også bidratt til å øke antallet DRG-poeng og gjør at utviklingen i DRG-poeng ikke nødvendigvis gir et bedre mål på utviklingen over tid enn antallet opphold. For perioden fra 1999 til 2005 finner vi at økningen i antall opphold totalt¹⁴ var 26,5 prosent, mens økningen i korrigerte DRG-poeng var 33,3 prosent. Størst forskjell er det mellom utviklingen for DRG-poeng og opphold når det gjelder dagbehandling. Her er økningen i opphold 67 prosent, mens økningen i DRG-poeng var 143 prosent.

Ettersom vi analyserer ulike deler av aktiviteten i dette kapitlet, har vi valgt å benytte både opphold og korrigerte DRG-poeng som grunnlag for våre analyser. Utviklingen i opphold totalt og endringene for de fem aldersgruppene analyseres som sum korrigerte DRG-poeng, mens utviklingen etter oppholdstype analyseres som antall opphold.

4.1.7 Data

Analysene er gjort på data fra Norsk pasientregister for årene 1999-2005. Enhetene i våre analyser er helseforetakene. Helseforetakene er kodet slik de fremstod i 2005, og data for perioden før reformen er gjort sammenlignbare med data etter reformen ved å summere aktiviteten ved de institusjonene som senere fusjonerte.

¹⁴ Eksklusive opphold for rehabilitering (DRG 462A-C), kjemoterapi (DRG 410), dialyse (DRG 317), fødsler (DRG 370-375, 382) og friske nyfødte (DRG 391).

I perioden fra 1999 til 2005 har det vært vesentlige endringer i registreringen av opphold. I de første årene var enkelte rehabiliteringsinstitusjoner ikke inkludert i pasientdata¹⁵ og friske nyfødte barn ble ikke registrert før i 2002. I tillegg vet vi at variasjonene er store når det gjelder registrering av fødsler som planlagte opphold eller øyeblikkelig hjelp. Ved dialyse og kjemoterapi generer hver pasient ofte et høyt antall behandlinger, slik at en økning på få pasienter kan gi utslag som aktivitetsøkning.

For at data skal være mest mulig sammenlignbar over tid, er derfor alle analyser i dette kapitlet eksklusive opphold for fødsler (DRG 370-375, DRG 382), friske nyfødte (DRG 391), rehabilitering (DRG 462A-C), dialyse (DRG 317), kjemoterapi (DRG 410A-C), private kommersielle sykehus, ideelle private sykehus, Sunnaas HF og Betanien sykehus som er avtaleinstitusjon under Helse Sør RHF. Data er også eksklusive opphold hos private spesialister.

4.1.8 Metode

Data for de 28¹⁶ helseforetakene vi har inkludert i analysene er aggregert etter halvår. Dette gir 14 observasjoner for hvert helseforetak og totalt 392 observasjoner. Det relativt lave antallet enheter legger visse begrensninger på både hvilke typer analyse som er egnet, og på hvor mange eksogene forhold vi kan trekke inn i analysene. Vi finner at datas oppbygning er særlig velegnet for hierarkisk flernivåanalyse hvor tid representerer nivå 1 og helseforetakene representerer nivå 2. Flernivåanalysene skiller mellom endringer i tid innen hvert av foretakene (nivå 1), og forskjeller mellom foretakene (nivå 2). Reformeffekten analyseres dermed i henhold til endring i tid innen hvert av foretakene, mens variansen som gjelder andre forskjeller mellom helseforetakene (størrelse og spesialiseringsnivå) fanges opp av nivå 2. Se for øvrig Cox (2002) og Rasbash m.fl. (2005) for en beskrivelse av flernivåanalyse (MLWin). Ved valg av modell har vi for øvrig lagt vekt på å lage en enkel modell som kan brukes ved analyse av alle typer opphold og pasientgrupper som analyseres i dette kapitlet. Formelt sett, ser analysemodellen slik ut:

$$\text{Opphold (N)}_{ij} = \beta_{0ij} \text{Konstant} + \beta_{1j} \text{Tid}_i + \beta_2 \text{Reform}_i + \beta_3 (\text{Befolkning}/1000)_{ij} + \beta_4 \text{ISF-andel}_i + \beta_5 \text{Liggetid}_{ij} + \beta_6 \text{Pst seriebehandlinger}_{ij} + \beta_7 \text{Pst pasientstrøm fra andre HF}_{ij} + \beta_8 \text{Spesialisningsnivå}_j + \beta_9 (\text{HF-størrelse i 1999})_j.$$

Der: i : Tid (halvår) j : Helseforetak og $\beta_{0ij} = \beta_0 + u_{0j} + e_{0ij}$ $\beta_{1j} = \beta_1 + u_{1j}$

Indikatorene Tid, reform, ISF-andel, spesialiseringsnivå og HF-størrelse 1999 varierer ikke mellom pasientgruppene. Gjennomsnittlig liggetid, andel seriebehandlinger og prosent pasientstrøm fra andre HF er beregnet for hvert HF og hvert tidspunkt for hver av pasientgruppene. Indikatoren "befolkning¹⁷" representerer totalt antall innbyggere i HF-området dividert på 1000 i alle analyser med unntak av analysene av ulike aldersgrupper hvor befolkningsstørrelse er knyttet til den aktuelle aldersgruppen.

Aktiviteten ved norske sykehus er betydelig høyere i første halvår enn i andre halvår. Vi har derfor jevnet ut disse variasjonene gjennom bruk av et bevegelig sentrert gjennomsnitt med en tidsfaktor på 2 for alle oppholdsindikatorene. Data for første halvår i 1999 og andre halvår i 2005 tilsvarer gjennomsnittet av observasjonene fra første og andre halvår. Dette gjelder også for beregningen av andel seriebehandlinger.

4.1.9 Resultater

Aktivitetsutviklingen for perioden fra 1999 til 2005 varierer betydelig mellom de pasientgruppene og oppholdstypene vi har analysert. Antall DRG-poeng for operasjoner på hud og underhud (DRG 269-270) økte med 180 prosent, mens antallet DRG-poeng for degenerative sykdommer i nervesystemet

¹⁵ Rehabiliteringstjenesten i Stavanger, Nevro hjemmet rehabiliteringssenter og Mork rehabiliteringssenter.

¹⁶ Dette inkluderer avtaleinstitusjonene for Helse Øst RHF og Helse Vest RHF.

¹⁷ For Radium/Rikshospitalet er befolkningen for hele Helse Sør benyttet som beregningsgrunnlag. For helseforetakene i hovedstadsområdet (Avtaleinst.v/Helse Øst RHF, Akershus universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF og Ullevål universitetssykehus HF) benyttes befolkningen i hele hovedstadsområdet som beregningsgrunnlag.

(DRG 12) ble redusert med 6 prosent i samme periode. Antallet DRG-poeng for de eldste pasientene (80 år+) økte med 48 prosent, mens antallet DRG-poeng for gruppen mellom 67 og 79 år økte med "bare" 13 prosent. For aldersgruppen mellom 50 og 66 år var også den prosentvise økningen i DRG-poeng høyere enn økningen i befolkningen. Vi finner for øvrig at dagbehandling har økt mer enn døgnopphold, og at elektive opphold har økt mer enn opphold for øyeblikkelig hjelp. Det er imidlertid små forskjeller i utviklingen mellom kirurgiske og ikke-kirurgisk behandlinger. Dette er vist i tabell 4.1.1.

Tabell 4.1.1 Aktivitetsutviklingen 1999 – 2005 etter type opphold, aldersgrupper og utvalgte DRG

	1999	2001	2005	Pst endr 1999-2001	Pst endr 2001-2005	Pst endr 1999-2005
DRG-poeng totalt	703 463	769 843	910 887	9,4 %	18,3 %	29,5 %
Døgnopphold	621 679	640 374	704 842	3,0 %	10,1 %	13,4 %
Dagopphold	154 855	177 256	237 913	14,5 %	34,2 %	53,6 %
Elektive opphold	349 157	381 190	454 816	9,2 %	19,3 %	30,3 %
Ø-hjelpsopphold	420 269	425 827	475 796	1,3 %	11,7 %	13,2 %
Kir DRG-opphold	285 727	312 623	352 966	9,4 %	12,9 %	23,5 %
Ikke-kir DRG-opphold	490 807	505 007	589 789	2,9 %	16,8 %	20,2 %
DRG 12	4 763	5 132	4 459	7,7 %	-13,1 %	-6,4 %
DRG 34-35	4 069	5 640	4 881	38,6 %	-13,5 %	20,0 %
DRG 89-90	21 549	21 861	34 433	1,4 %	57,5 %	59,8 %
DRG 209	34 736	40 187	47 192	15,7 %	17,4 %	35,9 %
DRG 221-222	4 500	7 643	10 273	69,8 %	34,4 %	128,3 %
DRG 269-270	2 490	3 593	6 993	44,3 %	94,6 %	180,8 %
DRG-poeng 0-15 år	64 857	68 265	89 620	5,3 %	31,3 %	38,2 %
DRG-poeng 16-49 år	166 701	182 786	200 366	9,6 %	9,6 %	20,2 %
DRG-poeng 50-66 år	161 805	183 077	229 357	13,1 %	25,3 %	41,7 %
DRG-poeng 67-79 år	191 659	199 594	216 834	4,1 %	8,6 %	13,1 %
DRG-poeng 80 år +	118 438	136 122	174 708	14,9 %	28,3 %	47,5 %

Resultatene av de statistiske analysene er vist i tabell 4.1.2-4.1.4. Alle analysene er totalt sett statistisk signifikant, og alle analyser, med unntak av analysen av DRG 269-270 har en signifikant variasjon mellom helseforetakene (nivå 2). Denne forskjellen betyr bare at noen helseforetak er større enn andre.

I vår modell har vi også innført en "random slope"-effekt for tid. Denne uttrykker variasjonen mellom helseforetakenes utvikling. Effekten er signifikant i alle analysene, og gir også et signifikant bidrag til alle analysene¹⁸. Dette betyr at stigningskoeffisienten for aktivitetsutviklingen varierer signifikant mellom helseforetakene og at økningen i antall opphold eller DRG-poeng ikke har vært like stor for alle helseforetakene.

¹⁸ Det kan ofte være knyttet stor usikkerhet til estimatet av standardfeil for "random slope"-effekter. Vi har derfor analysert om modellen bedres signifikant ved innføring av en "random slope"-effekt for tid ved å kji-kvadrat-teste differansen i -2LL.

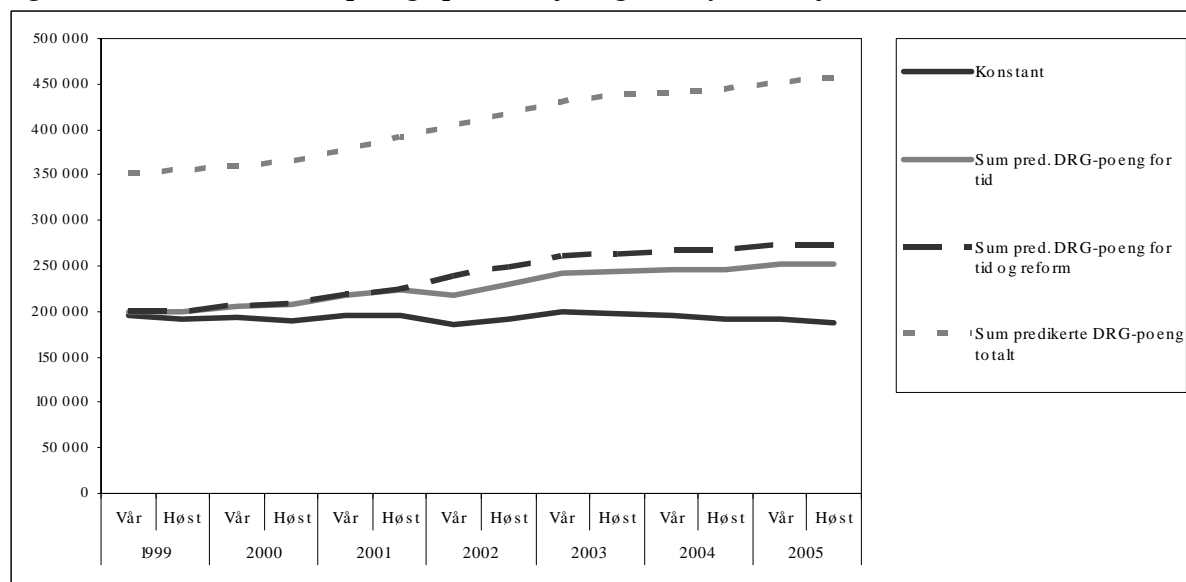
Ettersom noen helseforetak har økt aktiviteten mer enn andre øker også forskjellene mellom helseforetakene i perioden. Denne endringen uttrykkes gjennom den samlede variansen på helseforetaksnivå. Forskjellene mellom helseforetakene øker i særlig grad for dagbehandling, opphold i kirurgiske DRG og opphold i ikke-kirurgiske DRG.

Økt aktivitet etter sykehusreformen

I alle våre analyser, med unntak av DRG 209 (Proteseoperasjoner i hofte, kne og ankel) finner vi en statistisk signifikant effekt av sykehusreformen. I 15 av de 18 analysene er effekten positiv og betyr at selv om vi kontrollerer for en generell tidstrend, endringer i ISF-refusjon, økning i seriebehandlinger og reinnleggelser, nedgang i liggetid, endringer i pasientstrømmer og befolkningsvekst, finner vi at aktiviteten har økt mer i årene etter sykehusreformen enn i årene før reformen.

Analysene viser at det var totalt sett 19 000 flere DRG-poeng per halvår i årene etter sykehusreformen enn i årene før sykehusreformen dersom vi holder de andre faktorene i analysene konstant. I figur 4.1.1 er reformens effekt for endringene i DRG-poeng illustrert. Figuren viser summen av DRG-poeng når alle faktorene i analysene holdes konstant (konstantleddet), den predikerte effekten av reformen og tidstrenden, samt predikerte DRG-poeng totalt.

Figur 4.1.1 Predikerte DRG-poeng i perioden før og etter sykehusreformen



For de ulike typene opphold som er analysert, finner vi størst effekt av reformen for elektive opphold, hvor effekten tilsvarer en økning på omtrent 26500 opphold per år. I analysene av type opphold finner vi minst¹⁹ effekt av sykehusreformen for ø-hjelpsopphold. I analysene av DRG-gruppene finner vi størst reformeffekt for operasjoner på hud. For aldersgruppene finner vi størst effekt i absolutte tall for gruppen mellom 16 og 49 år, men effekten er betydelig for alle aldersgruppene.

For DRG 12 (Degenerative sykdommer i nervesystemet) og DRG 89-90 (Lungebetennelse og pleuritt) finner vi også signifikante reformeffekter, men i motsatt retning. For disse pasientgruppene er det et statistisk sammenfall mellom en nedgang i aktiviteten og sykehusreformen. Tabell 4.1.1 viste imidlertid at det var en økning i behandlinger av lungebetennelse etter 2001. Den negative effekten av reformen skyldes dermed at aktivitetsøkningen forklares av de andre faktorene i modellen. Når det gjelder DRG 12, viste vi at aktiviteten i denne DRG-en økte fra 1999 til 2001, men ble redusert i perioden fra 2001 til 2005. De mest vanlige diagnosene innen denne DRG-en er Parkinsons, Alzheimer, sykdommer i motoriske nevroner og følgetilstander etter hjerneinfarkt.

¹⁹ Minst effekt i absolutte tall.

For en tredje av DRG-gruppene som er analysert (DRG 209) finner vi ingen signifikant "reform-effekt". Ettersom dette gjelder ortopedi (proteseoperasjoner i hofte, kne og ankel), og denne pasientgruppen var spesielt nevnt i reformdokumentene når det gjaldt store fylkesvise forskjeller i kapasitet og ventetid, kan dette gi grunn til å sette spørsmålsteget ved om reformens effekt på aktivitetsutviklingen har vært som intendert. Resultatene viser også betydningen av å studere utviklingen for pasientgrupper enkeltvis. Selv om aktivitetsveksten har vært sterk totalt sett, betyr ikke dette at aktivitetsutviklingen har vokst i samme takt for alle pasientgrupper.

Vi vil også påpeke at effekten av reformen kommer i tillegg til en generell tidstrend-effekt i 11 av de 18 analysene. For alle disse 11 gruppene representerer tidstrendeffekten en økning i aktivitet som startet før sykehusreformen. For DRG 209 (proteseoperasjoner), hvor vi ikke fant en reformeffekt, finner vi imidlertid en signifikant tidstrend. Tidstrendeffekten er forøvrig ikke signifikant for elektive opphold og opphold i kirurgiske DRG, eller for andre DRG-er enn DRG 209. For aldersgruppen 16-49 år finner vi heller ikke en signifikant tidstrend.

Refusjonssatsen i ISF

Det er ofte gjort antagelser om at ISF-satsen har hatt stor betydning for aktivitetsutviklingen. For DRG 89-90, DRG 209 og aldersgruppen 16-49 år finner vi at aktiviteten har økt mest når ISF-satsen har vært høyest, og for døgnopphold finner vi at aktiviteten har økt mest når refusjonssatsen har vært lav. I 14 av 18 analyser finner vi imidlertid at effekten av refusjonssatsen i ISF ikke har vært signifikant. Mangelen på signifikante effekter kan knyttes til nedgangen i satsen for 2004. I dette året fortsatte aktiviteten å øke selv om refusjonssatsen ble satt ned fra 60 til 40 prosent. Vi har gjort ulike tester av data for å analysere dette nærmere, og finner at ISF-satsen fremstår som ikke signifikant på grunn av nedgangen i 2004. Dette betyr imidlertid ikke at den økte ISF-satsen i 2003 og 2005 ikke hadde betydning for aktivitetsutviklingen.

Liggetid

Nedgangen i gjennomsnittlig liggetid for opphold som ikke er reinnleggelser eller en del av en seriebehandling har ført til en signifikant økning av aktiviteten for sum DRG-poeng, elektive opphold, opphold i kirurgiske DRG, DRG-gruppene 34-45, 221-222, og 269-270, samt for aldersgruppene 16-49 år og 50-66 år. For døgnopphold har nedgangen i liggetid ikke bidratt til en signifikant økning i aktiviteten, og for aldersgruppen over 80 år finner vi at økt liggetid har bidratt til en signifikant økning i DRG-poeng.

Befolkningsutviklingen

I bare 2 av de 18 analysene vi har gjennomført, finner vi at aktiviteten øker når befolkningen øker. Dette var DRG 12 og DRG 269-270. I fem av analysene fant vi imidlertid en signifikant negativ effekt av befolkningsutviklingen. Dette gjaldt døgnopphold, kirurgiske DRG, DRG 209 og aldersgruppene over 67 år. Ettersom vi vet at både aktiviteten og befolkningen har økt, betyr den negative effekten at aktiviteten har økt mest i de områdene hvor befolkningen har økt minst.

Seriebehandlinger

Vi finner også en betydelig effekt av endringene i andel seriebehandlinger. Når andelen seriebehandlinger øker med 1 prosentpoeng, øker det gjennomsnittlige nivået av DRG-poeng med 141 poeng per helseforetak og totalt 3612 DRG-poeng per halvår. Våren 1999 var gjennomsnittet av seriebehandlinger inklusive reinnleggelser 26,3 prosent for opphold totalt. Høsten 2005 var andelen økt til 31,5 prosent.

Endringer i nivået av seriebehandlinger og reinnleggelser har bidratt til en økning i både dagbehandlinger, elektive opphold, kirurgiske DRG og ikke-kirurgiske DRG, samt for DRG 12 og alle aldersgruppene. For DRG 34-35 og DRG 209 finner vi imidlertid en statistisk signifikant effekt som innebærer at aktiviteten har økt mest der nivået av reinnleggelser og seriebehandlinger er lavest.

*Pasientstrømmer*²⁰

Utviklingen i pasientstrømmer har en statistisk signifikant effekt på aktiviteten totalt og på døgnopphold, dagbehandling, opphold for øyeblikkelig hjelp, DRG 34-35, DRG 221-222, DRG 269-270, samt for aldersgruppene over 16 år og under 80 år. Ettersom de eldste og de yngste pasientene i utgangspunktet er mindre mobile, virker disse resultatene fornuftige.

Utviklingen i pasientstrømmer har variert betydelig mellom helseforetakene. Ved noen helseforetak har nivået av pasientstrømmer vært lavt og stabilt (Helse Finnmark HF), og ved andre helseforetak har nivået av pasientstrømmer vært høyt og stabilt (Riks- og Radiumhospitalet HF). Ved noen helseforetak har imidlertid pasientstrømmene (som andel av alle opphold) økt. Dette gjelder i særlig grad for avtaleinstitusjonene til Helse Øst RHF og Helse Vest RHF, samt for Ullevål HF.

HF-enes størrelse og spesialiseringsnivå

For å korrigere for forskjellene mellom helseforetakene har vi inkludert en indikator for helseforetakenes størrelse ved starten av perioden. Indikatoren er målt som antall standardavvik fra gjennomsnittet og representerer en kontrollvariabel som er konstant over tid. Effekten av denne indikerer dermed bare at store foretak har flere opphold enn små foretak.

Spesialisingsgraden indikerer konsentrasjonen av pasientgrupper ved helseforetakene. Konsentrasjonen er målt som helseforetakenes spredning i hoveddiagnosegrupper²¹ og er målt gjennom Herfindahl-Hirschman indekser (HHI)²². Vi har innledningsvis analysert utviklingen i helseforetakenes spesialiseringsgrad, men finner ingen vesentlig endring over tid. Dette er også i samsvar med analysene av utviklingen i sentralisering som er beskrevet i et annet kapittel i rapporten. Vi har derfor latt helseforetakenes spesialiseringsnivå være konstant over tid. Spesialisingsnivået måler dermed bare om spesialiseringsnivået har betydning for antallet opphold etter kontroll for helseforetakenes størrelse. I de fleste av våre analyser finner vi ingen signifikant effekt av spesialiseringsnivå, men analysene av ø-hjelpsopphold viser at helseforetak med lavt spesialiseringsnivå har flere ø-hjelpsopphold enn helseforetak med høyt spesialiseringsnivå.

Referanser

- Helsedepartementet (27.06 2003): Revidert styringsdokument 2003 – styringskrav knyttet til pasientbehandling og aktivitetsvekst
- Helsedepartementet (01.07.2003): Nytt brev til RHF'ene.
- Hox, J. (2002): Multilevel Analysis. Techniques and Applications. Lawrence Erlbaum associates, Publishers. London.
- Huseby, B.M. (2005): Somatisk spesialisthelsetjeneste etter sykehusreformen: Økt tilgjengelighet – for hvem – i hvilke regioner? I SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2004. SINTEF Helse STF78 A055024
- Huseby, B.M. (2001): Sykehusstruktur og ressursutvikling. I Hansen, F.H. (red.) Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA Sykehus Rapport 3/01. SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Kalseth, J. (2002): Aktivitet og kostnader. I Huseby, B.M.: (red.) SAMDATA Sykehus tabeller. NIS rapport 2/02. SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Magnussen, J. (1999): Sykehussektoren 1998 – fra rammefinansiering til ISF. SAMDATA sykehus rapport. NIS-rapport 3/99. SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning.
- Opedal, S og H. Rommetvedt (2005): Sykehus på Løvebakken. Stortingets engasjement og innflytelse før og etter sykehusreformen. Tidsskrift for samfunnsforskning, årg. 46, nr. 2.

²⁰ For Riks-, og Radiumhospitalet HF er pasienter fra annen region enn Helse Sør RHF definert som pasientstrøm. For Ullevål Universitetssykehus HF, St. Olavs hospital HF, UNN HF og Helse Bergen HF er imidlertid ikke hele helseregionen definert som "eget" pasientområde. For alle sykehusene i Oslo, er hele hovedstadsområdet definert som "eget" pasientområde.

²¹ Hoveddiagnosegrupper i DRG-systemet.

²² HHI varierer fra tilnærmet 0 til 10 000 hvor lave verdier indikerer stor spredning av aktiviteten, mens høye verdier indikerer sterk konsentrasjon av aktiviteten rundt få pasientgrupper.

- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Rasbash, J., F. Steele, W. Browne og B. Prosser (2005): A users guide to MLwin. Version 2.02.
<<http://www.cmm.bristol.ac.uk/MLwiN/download/manuals.shtml>>
- Rønningen, L. (2001) (red.): SAMDATA Sykehus Tabeller 2000. NIS-rapport 2/01. SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- St. prp. nr. 1 (2001-2002): Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 21. september 2001.
- St. prp. nr. 1 (2002-2003). Tilråding fra Helsedepartementet av 13. september 2002. (Regjeringen Bondevik II).
- St. prp. nr. 1 (2004-2005): Tilråding fra Helsedepartementet av 1. oktober 2004. (Regjeringen Bondevik II).
- St. prp. nr. 65 (2002-2003): Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2003.
- Torvik, H. (2006): Aktivitet og ressursbruk. I Jørgenvåg, R. (red.) SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2005. Rapport 1/06. SINTEF Helse.

Tabell 4.1.2 Analyse av faktorer med betydning for aktivitetsutviklingen ved norske helseforetak 1999-2005. Sum DRG-poeng, døgn og dagbehandling, elektive opphold og opphold for øyeblikkelig hjelp samt opphold i kirurgiske DRG. Flernivåanalyse ML-win.

		Korr. DRG-poeng totalt		Døgnopphold		Dagbehandling		Elektive opphold		Ø-hjelp		Opphold i kir. DRG	
		β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.
Fixed effects nivå 1 (endring over tid)	Konstant	6897,9 **	1492,3	11445,9 **	1290,6	1940,6 **	486,7	2710,5	1542,0	12337 **	2408	4798,0 **	508,4
	Reform	693,6 **	76,5	367,7 **	79,2	283,1 **	83,7	473,0 **	104,3	120,65 *	49,05	318,3 **	57,9
	Befolkn pr 1000	-2,2	1,6	-3,4 **	1,2	0,6	0,5	0,7	1,8	5,57	3,10	-2,0 **	0,5
	Gj.snitt lgd ¹⁾	-291,4 **	95,6	-110,9	70,0	-	-	-480,3 **	139,9	41,38	39,74	-616,3 **	59,2
	Pst seriebehandl.	141,0 **	21,5	-2,8	29,7	19,7 **	5,1	125,7 **	14,3	-20,99	17,97	69,4 **	12,0
	Pst pas.-strøm	80,1 **	16,4	29,5 *	14,8	19,5 **	5,0	49,4 **	11,5	64,96 **	14,53	5,4	5,6
	ISF-refusjon	3,7	3,0	-6,1 *	3,0	-4,9	3,3	-3,9	4,2	-2,59	1,90	-2,7	2,3
	TID	163,3 **	44,8	78,9 **	21,8	63,8 **	22,9	-25,8	30,5	78,30 **	14,88	-12,5	18,3
Fixed-effects (HFnivå)	HF-størrelse	8303,2 **	409,4	6175,5 **	304,1	1661,3 **	117,5	3780,7 **	461,3	855	708	3083,0 **	137,1
	Spes.grad HF	3,1	1,9	1,3	1,3	0,5	0,5	1,8	2,1	-8,32 *	3,20	3,0 **	0,6
"Random slope"	HF-nivå (ν_{0j})	3508612 **	957039	1115114 **	309238	220728 **	70804	2682796 **	739557	10885370 **	2911357	209846 **	62694
	TID (ν_{1j})	49725 **	13447	8468 **	2425	10229 **	2931	14966 **	4308	3931 **	1114	3937 *	1945
	Covar	-261580 **	94940	27187	19829	-26057 *	11750	-22124	40344	126689 **	46689	9403	7914
	e_{0ij}	136493 **	10530	137056 **	10575	167222 **	13238	262287 **	20236	53088 **	4096	77653 **	5991
	-2 LL	6022 **		5957 **		5978 **		2710,5 **	1542,0	5669 **		5716 **	

¹⁾ Gjennomsnittlig liggetid for opphold som ikke er reinnleggelser eller seriebehandlinger * p<0,05 **p<0,01

Tabell 4.1.3 Analyse av faktorer med betydning for aktivitetsutviklingen ved norske helseforetak 1999-2005. Ikke-kirurgiske DRG, DRG 12, DRG 34-35, DRG 89-90, DRG 209 og DRG 221-22. Flernivåanalyse ML-win.

		Ikke-kirurgiskeDRG		DRG 12 (korr. DRG-poeng)		DRG 34-35 (korr. DRG-poeng)		DRG 89-90 (korr. DRG-poeng)		DRG 209 (korr. DRG-poeng)		DRG 221-222 (korr. DRG-poeng)	
		β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.
Fixed effects nivå 1 (endring over tid)	Konstant	5530,2 **	964,9	72,5 **	23,8	144,5 *	62,7	168,8	150,4	-571,5 **	204,7	-65,1	46,2
	Reform	212,3 *	107,9	-6,8 *	2,9	51,1 **	13,7	-96,6 **	14,8	18,0	13,8	46,8 **	7,3
	Befolkn pr 1000	-0,9	0,9	0,1 *	0,0	0,1	0,1	-0,1	0,2	-0,9 **	0,2	-0,1	0,1
	Gj.snitt lgd ¹⁾	162,9	89,3	0,2	0,3	-7,6 **	2,2	-3,3	4,5	-4,9	3,0	-12,2 **	2,8
	Pst seriebehandl.	113,7 **	23,0	0,4 **	0,1	-2,0 **	0,6	-0,3	1,6	-2,9 **	1,1	0,2	0,8
	Pst pas.-strøm	-4,0	13,9	0,1	0,1	3,1 **	0,5	-0,2	1,3	1,3	0,8	0,8 *	0,3
	ISF-refusjon	-0,5	4,3	0,2	0,1	-0,2	0,5	1,8 **	0,6	1,3 *	0,6	-0,1	0,3
TID	105,1 **	30,3	-0,4	0,9	-2,6	2,1	24,4 **	2,9	16,0 **	4,8	2,7	1,7	
Fixed-effects (HFnivå)	HF-størrelse	4186,7 **	232,9	42,4 **	6,6	61,5 **	15,9	141,0 **	42,0	444 **	60,9	48,7 **	13,5
	Spes.grad HF	-1,7	1,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	1,8 **	0,3	0,3 **	0,1
"Random slope"	HF-nivå (ν_{0j})	556554 **	172374	918 **	263	2515 *	1054	21796 **	6267	46343 **	12773	2174 **	671
	TID (ν_{1j})	16387 **	4704	18 **	5	53 **	19	130 **	41	551 **	153	62 **	18
	Covar	16247	20183	-82 **	31	-85	110	543	366	401	988	-90	81
e_{0ij}		276137 **	21304	202 **	16	4414 **	143	5204 **	402	4556 **	999	1044 **	81
-2 LL		6196 **		3380,0 **		4504 **		4635 **		4648 **		4008 **	

¹⁾ Gjennomsnittlig liggetid for opphold som ikke er reinnleggelser eller seriebehandlinger *p<0,05 **p<0,01

Tabell 4.1.4 Analyse av faktorer med betydning for aktivitetsutviklingen ved norske helseforetak 1999-2005. DRG 269-270 og sum DRG-poeng etter fem aldersgrupper. Flernivåanalyse ML-win.

		DRG 269-270 (korr. DRG-poeng)		Korr. DRG-poeng 0-15 år		Korr. DRG-poeng 16-49 år		Korr. DRG-poeng 50-66 år		Korr. DRG-poeng 67-79 år		Korr. DRG-poeng 80 år +	
		β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.	β	S.E.
Fixed effects nivå 1 (endring over tid)	Konstant	31,4	33,0	1130,5 **	345,6	2414,9 **	450,5	1465,9 *	670,6	1687,3 **	423,4	1161,5 *	538,9
	Reform	60,8 **	9,3	126,8 **	14,5	194,2 **	23,0	171,1 **	27,4	61,4 **	19,8	88,2 **	19,5
	Befolkn pr 1000	0,1 *	0,0	1,9	2,2	0,4	1,0	4,4	3,9	-14,7 **	5,6	-36,6 **	12,9
	Gj.snitt lgd ¹⁾	-8,4 **	2,4	7,4	15,4	-309,3 **	45,4	-62,6 *	31,7	-18,0	14,2	24,4 *	10,2
	Pst seriebehandl.	0,8	0,7	7,5 **	2,5	36,7 **	5,9	29,0 **	5,8	20,5 **	3,6	13,3 **	3,7
	Pst pas.-strøm	1,2 **	0,3	3,0	1,7	21,1 **	3,8	16,2 **	4,3	19,6 **	3,6	4,7	4,3
	ISF-refusjon	0,5	0,4	-1,0	0,6	2,5 **	0,9	1,4	1,1	1,0	0,8	0,2	0,8
	TID	0,3	2,3	24,9 **	9,2	1,8	10,4	64,0 **	14,5	17,8 *	7,2	73,9 **	10,7
Fixed- effects (HFnivå)	HF-størrelse	18,7 **	6,9	557,6 **	106,3	1676,4 **	126,3	2055,2 **	193,1	2271,2 **	124,3	898,1 **	149,8
	Spes.grad HF	0,0	0,0	-0,3	0,5	0,4	0,6	0,3	0,9	1,5 **	0,5	0,8	0,7
"Random slope"	HF-nivå (ν_{0j})	285	238	205587 **	54979	226910 **	61600	685075 **	185457	345989 **	92351	402011 **	108051
	TID (ν_{1j})	118 **	34	2234 **	602	2587 **	706	5030 **	1366	1099 **	304	2843 **	771
	Covar	-125	72	12748 **	4699	7656	4856	-31796 *	12832	-12406 **	4438	12772	6865
	e_{0ij}	1848 **	142	5007 **	383	12177 **	939	17995 **	1388	8930 **	689	8918 **	688
	-2 LL	4173 **		4748 **		5063 **		5236 *		4935 **		1161,5 *	538,9

¹⁾ Gjennomsnittlig liggetid for opphold som ikke er reinnleggelser eller seriebehandlinger *p<0,05 **p<0,01

4.2 Prioriteringspraksis før og etter sykehusreformen

Jan Erik Askildsen, HEB; Tor Helge Holmås, SNF; Oddvar Kaarbøe, Rokkansenteret

4.2.1 Sammendrag

Studien ser på virkninger av sykehusreformen på prioriteringspraksis. Prioriteringer måles med faktisk ventetid for elektive (planlagte) pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp eller rett til annen helsehjelp. Disse pasienter skal gis en individuell frist om maksimalt medisinsk forsvarlige ventetid. Pasientene deles inn i fem prioriteringsgrupper i henhold til anbefalt maksimal ventetid, innenfor ulike diagnosegrupper etter ICD10-kodeverket. Vi ser på hvorvidt prioriteringer mellom pasientgrupper er blitt mer ensartet mellom helseforetakene etter helsereformen, og om prioriteringspraksis er forbedret. For å besvare den første problemstillingen, analyserer vi om ventetid for pasientene har utjevnet seg mellom de fem regionale helseforetakene (RHF), og innad i hvert av RHF-ene etter sykehusreformen sammenlignet med perioden forut. Analysene av utviklingen innad i RHF er basert på endring i ventetider på fylkesnivå, siden fylkene representerer den tidligere eierstruktur. For å vurdere om prioriteringspraksis er forbedret, analyserer vi relativ endring over tid i ventetid for pasienter tilhørende de fem prioriteringsgruppene. Analysene er basert på data fra Norsk pasientregister for perioden 1999-2005. Resultater er at prioriteringspraksis, målt med ventetider, ikke synes å ha blitt utjevnet mellom de fem regionale helseforetak. Der har imidlertid blitt mer ensartet praksis innad i de fem regionale helseforetakene med unntak for Helse Midt. Både nasjonalt og innad i hvert regionale helseforetak finner vi en tendens til at lavere prioriterte grupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider, noe som vi oppfatter som en forverring av prioriteringspraksis.

4.2.2 Problemstilling

En mulig effekt av sykehusreformen er at det har skjedd endringer i prioriteringspraksis. Det blir påpekt i en rekke sammenhenger at der er store ulikheter i hvilke pasienter som gis prioritert behandling, og i ventetider. Denne ulikheten synes å gjelde både geografisk og mellom diagnoser. Forskjellen synes å vedvare etter sykehusreformen i 2002, men det er interessant å se om der har skjedd endringer som kan tilskrives nye eierforhold. De nye regionene skaper nye administrative grenser for ansvarsfordelingen av pasientene. Staten sin rolle som eier har dessuten i seg selv lagt er nytt grunnlag for ensartet praksis for prioriteringer og tideling av rettigheter.

En kartlegging og forklaring av geografisk variasjon i prioriteringspraksis er viktig og interessant i seg selv, men kan altså også brukes til å etterspore en reformeffekt. Tidligere ble sykehusene eid av 19 fylker, mens staten nå er eieeier. Om det er slik at sykehusreformen har påvirket prioriteringene kan en rimelig hypotese være at prioriteringspraksisen er mer ensartet mellom fylkene enn tilfellet var tidligere. En annen rimelig hypotese er at de fylkene som i dag ligger i samme helseregion har likere praksis nå enn før reformen. Det betyr altså at vi, om reformen har hatt noen effekt, vil forvente at medisinsk praksis har blitt mer ensartet både mellom landets fylker og mellom fylker i samme helseregion. Vi undersøker mer konkret den medisinske praksis ved å analysere utviklingen i ventetider for ulike prioriteringsgrupper etter helsereformen i forhold til situasjonen før 2002.

I dette prosjektet har vi undersøkt hvorvidt hypotesene om bedre og mer ensartet prioriteringspraksis kan bekreftes. I analysene vil vi benytte både enkle deskriptive metoder, og økonometriske metoder basert på bruk av paneldata. Regresjonsanalysene basert på paneldata har den fordel at vi da kan korrigere for andre forhold enn sykehusreformen som kan ha påvirket prioriteringene. Det gjelder både observerbare og uobserverbare forhold.

4.2.3 Bakgrunn

Generelle retningslinjer for prioritering er gitt i Prioriteringsforskriften:

§ 2. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

I henhold til Pasientrettighetsloven og Prioriteringsforskriften blir pasienter ofte kategorisert på følgende måte:

1. Øyeblikkelig hjelp (ØH)
2. Elektive, med rett til nødvendig helsehjelp
3. Elektive, med rett til annen helsehjelp
4. Etterspurte helsetjenester

Gruppe 1 og 2 omfatter pasienter som iflg. §2 i Prioriteringsforskriften har 'rett til nødvendig helsehjelp'. For pasienter i prioriteringsgruppe 2 skal det iflg. § 4 "Vurdering av og fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp", settes en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet. Det er først og fremst pasienter i prioriteringsgruppe 2 som blir gjenstand for analyse i dette prosjektet.

Data fra Norsk pasientregister (NPR) om tildeling av 'rett til nødvendig helsehjelp' avdekker store forskjeller mellom de regionale helseforetak (RHF), og enda større forskjeller mellom de enkelte helseforetak (HF). Noen forskjeller er å forvente, siden det tross alt er variasjon i sammensetning i befolkningen over landet. Andel pasienter som får 'rett til nødvendig helsehjelp' er imidlertid så ulik at det er grunn til å reise spørsmål om det drives en ensartet praksis over landet. Ulikhetene er også observert etter den statlige overtakelsen i 2002.

Tabell 4.2.1 viser variasjoner (i prosent) i andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp.

Tabell 4.2.1 Variasjoner (i prosent) i andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp

	Regional variasjon*	Variasjon HF**
Helse Øst	62	46-86
Helse Sør	59	32-81
Helse Vest	73	56-82
Helse Midt	91	85-97
Helse Nord	56	35-77

* Regionale variasjoner (prosent) i andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp:

** Variasjoner mellom helseforetakene i den enkelte regionen i andel pasienter (prosent) som tildeles rett til nødvendig helsehjelp

Kilde: Data fra Norsk pasientregister, annet tertial 2005 (Sosial- og helsedirektoratet, 2006)²³.

Andel med rett til nødvendig helsehjelp varierer fra 32 til 96 prosent mellom landets helseforetak. Gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter varierer fra 35 til 126 dager mellom landets helseforetak.

²³ Tabellen er hentet fra notatet 'Variasjoner i rettighetstildeling som prioriteringsutfordring. Saksunderlag til behandling i Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten, møte 1-2006', Sosial- og helsedirektoratet.

Vi påpeker at det ikke nødvendigvis trenger være like stor ulikhet i tilgang til selve helsehjelpen som det er i tidelingen av retten. Selv om det synes å være store forskjeller i ventetider mellom helseforetak (RHF og HF), så trenger det ikke å være så veldig store forskjeller i ventetider mellom dem som har 'rett til nødvendig helsehjelp' (gruppe 2) og dem som har 'rett til annen helsehjelp' (gruppe 3). Tallene i tabell 4.2.1 er i den forbindelse ikke helt enkle å tolke, siden det er forskjeller mellom helseforetakene mht hvilke pasientgrupper og diagnoser som er relevante for det enkelte sykehus. På den annen side, så er det tilfellet at der er betydelige forskjeller i offisielle ventetider mellom helseforetakene også for samme diagnose, se <http://www.sykehusvalg.net/>. Det må imidlertid påpekes at der kan være tolkingsproblemer ved vurdering av hva ventetiden innebærer.

Det kan altså være at det er mer i den formelle anvendelsen av Prioriteringsforskriften at vi finner variasjoner over regioner, helseforetak og diagnoser. Den faktiske medisinske og kirurgiske behandlingen kan være langt mer ensartet. Dette er imidlertid styringsmessig interessant: hvis en slik forskrift praktiseres uensartet, så vet en ikke presist om det er dem som trenger behandling mest som får denne først. Således er vi interessert i å avdekke forskjeller både i tidelingen av "rett", og hvilke praktiske konsekvenser det får i form av ventetider og tilgang til behandling.

4.2.4 Gjennomføring og data

For å sikre en systematisk og rettferdig prioritering mellom pasientgrupper må prioriteringsforskriften operasjonaliseres. Arbeid med å lage veiledere for denne operasjonaliseringen har foregått i flere av helseforetakene. Mest systematisk synes arbeidet å ha vært i Helse Vest og Helse Øst. Det foreligger egne rapporter fra arbeidet i disse to foretak, se Nordheim (2005) og Prosjekt Rett Prioritering i Helse Øst (Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Utarbeiding av veiledere for medisinske og kirurgiske avdelinger i Helse Vest har pågått siden våren 2004. Vi vil bruke rapporten fra Helse Vest som utgangspunkt for vår analyse av prioriteringspraksis. I rapporten fra Helse Vest, Nordheim (2005), er det dokumentert veiledere innen flere fagområder. Rapporten spesifiserer hvilke pasienter som bør tildeles rett til nødvendig helsehjelp, samt den lengste forsvarlige medisinske ventetid for pasienter som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Tildelingen av "rett", samt lengste ventetid, er imidlertid gjort på bakgrunn av en beskrivelse av medisinsk tilstand. For å kunne gjøre en formell analyse, basert på data fra NPR, må beskrivelsene av medisinsk tilstand oversettes til en ICD10-kode.

Vi har fått bistand fra medisinsk hold i å tildele ICD10-koder til tilstandsbeskrivelser, ordnet etter avdelinger og slik de foreligger i Nordheim (2005).²⁴ For hver enkelt tilstand er det oppgitt lengste medisinske forsvarlige ventetid i uker. Vi benytter data fra NPR fra perioden 1999 til 2005. Her er det blant annet informasjon om diagnoser (ICD10) og den faktiske ventetiden som den enkelte pasient opplever. På denne måten kan vi sammenligne faktisk ventetid med anbefalt ventetid.

Det har imidlertid ikke vært mulig å inkludere alle innleggelses i analysen. For å sikre entydighet i kodetildeling og ventetid, var det nødvendig å sjekke alle diagnosetildelinger mot hverandre. Grunnen er at samme ICD10-kode kan brukes for flere medisinske beskrivelser der anbefalt ventetid kan variere. Hvis ventetid er entydig, er pasientene innenfor vedkommende ICD10 inkludert. Imidlertid har vi utelatt innleggelses knyttet til samme ICD10-kode på ulike medisinske avdelinger når der er gitt ulik anbefalt ventetid. Dernest er det i flere tilfeller angitt ventetider med relativt store intervaller i antall uker. Også disse diagnoser er utelatt. Tabell 4.2.2 gir en oversikt over hvor mange sykehusopphold vi stod tilbake med etter koblingen mellom veilederen og NPR-data.

²⁴ Takk til sjefslege ved Diakonhjemmet Jacob Mosvold for utarbeiding av de relevante ICD10-koder. Det kan være tvetydighet i koblingen mellom tilstandsbeskrivelse og ICD10-kodeverk i enkelttilfeller. På den annen side er antall observasjoner i analysene så høyt (over 400 000) at det ikke forventes å skape problemer i de statistiske analysene.

Tabell 4.2.2 Antall sykehusopphold per hovedkapittel i ICD10, totalt og for utvalget

Kapitler i ICD-10	Alle opphold		Utvalget	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Infeksjonssykdommer (A00-B99)	5,445	0,45	684	0,17
Svulster (C00-D48)	203,033	16,88	92,055	22,45
Sykdommer i blodet (D50-D89)	5,078	0,42	1,903	0,46
Endokrine sykdommer (E00-E90)	20,972	1,74	12,523	3,05
Psykiske lidelser (F00-F99)	6,533	0,54	535	0,13
Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)	71,245	5,92	17,938	4,37
Sykdommer i øyet (H00-H59)	29,359	2,44	17,944	4,38
Sykdommer i øret (H60-H95)	9,590	0,80	7,092	1,73
Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)	110,234	9,17	23,966	5,84
Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)	77,580	6,45	47,060	11,48
Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)	84,634	7,04	30,740	7,50
Sykdommer i huden (L00-L99)	17,222	1,43	2,396	0,58
Sykdommer i muskel-skjelettet (M00-M99)	186,571	15,51	76,488	18,65
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)	107,552	8,94	39,737	9,69
Svangerskap, osv. (O00-O99)	56,397	4,69	8,911	2,17
Tilstander i perinatalperiode (P00-P96)	1,904	0,16	7	0,00
Medfødte misdannelser, osv. (Q00-Q99)	28,188	2,34	4,684	1,14
Symptomer, tegn, osv. (R00-R99)	34,718	2,89	4,229	1,03
Skader, forgiftning, osv. (S00-T98)	52,060	4,33	17,743	4,33
Ytre årsaker (V00-V99)	12	0,00	0	0,00
Faktorer som .. (Z00-Z99)	94,406	7,85	3,402	0,83
Totalt	1,202,733	100,00	410,037	100,00

Tabellen viser antall elektive døgnopphold ved offentlige sykehus i perioden 1999-2005, totalt og for utvalget. Vi har imidlertid ikke kunnet bruke alle observasjoner fra dette utvalget i analysene. Årsakene til dette er flere; Vi har valgt å bare inkludere det første sykehusoppholdet for hver pasient for hvert år, vi mangler ventetider for en del pasienter, vi har valgt bare å inkludere pasienter med oppgitt ventetid mindre enn to år, vi har utelatt pasienter med diagnose innenfor hovedkapitlene ”Psykiske lidelser”, ”Tilstander i perinatalperioden” og ”Ytre årsaker”, og vi har utelatt pasienter behandlet ved sykehus med svært få behandlinger. Totalt står vi etter dette tilbake med et analyseutvalg på om lag 311.000 pasienter. Når det gjelder informasjon om sykehuset hvor pasientene behandles, hadde vi planlagt å bruke data om leger per seng, sykepleiere per seng, belegg, osv. På grunn av manglende informasjon, blant annet mistet vi alle sykehus i Helse Midt, har vi valgt ikke å bruke disse dataene i analysene.

Vi har valgt å dele disse pasientene inn i 5 grupper etter medisinsk lengste forsvarlige ventetid:

- Prioriteringsgruppe 1: 0 - 4 uker
- Prioriteringsgruppe 2: 5 – 12 uker
- Prioriteringsgruppe 3: 13 – 26 uker
- Prioriteringsgruppe 4: 27- 52 uker
- Prioriteringsgruppe 5: ikke ”rett”

Tabell 4.2.3 gir en oversikt over hvordan pasientene i analyseutvalget fordeler seg på de ulike prioriteringsgruppene etter hovedkapitler i ICD10.

Pasienter med ulike diagnoser blir altså plassert i gruppe 1-5 basert på prioritet i forhold til den medisinsk lengste forsvarlige ventetid oppgitt i veilederen. Vi vil da forvente at pasienter i gruppe 1 også vil ha den faktisk laveste ventetiden, mens pasienter i gruppe 5 vil ha lengst ventetid. En observert økende ventetid i data, etter stigende prioriteringsgruppe, oppfatter vi som uttrykk for at foretakene prioriterer i henhold til prioriteringsforskriften.

Tabell 4.2.3 Antall pasienter etter prioriteringsgrupper og hovedkapittel i ICD10, analyseutvalget

Kapitler i ICD-10	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5
Infeksjonssykdommer (A00-B99)	399	-	24	-	-
Svulster (C00-D48)	38,682	22,238	13,010	-	-
Sykdommer i blodet (D50-D89)	1,315	-	-	-	-
Endokrine sykdommer (E00-E90)	8,764	-	-	-	-
Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)	6,206	3,011	-	-	150
Sykdommer i øyet (H00-H59)	-	-	-	-	13,734
Sykdommer i øret (H60-H95)	-	2,937	-	1,933	-
Sykdommer i sirkulasjonssystemet (I00-I99)	3,616	5,842	3,737	1,776	-
Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)	200	36,721	88	984	-
Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)	625	15,100	7,573	1,322	-
Sykdommer i huden (L00-L99)	-	899	310	-	54
Sykdommer i muskel-skjelettet (M00-M99)	-	2,817	46,162	-	11,923
Sykdommer i urin- og kjønnsorganer (N00-N99)	3,016	11,102	17,668	-	-
Svangerskap, ... (O00-O99)	903	766	4,052	-	-
Medfødte misdannelser, ... (Q00-Q99)	-	2,210	1,030	-	-
Symptomer, tegn, ... (R00-R99)	794	1,585	667	-	162
Skader, forgiftning, ... (S00-T98)	-	-	12,539	27	-
Faktorer som ... (Z00-Z99)	2,308	188	19	-	-
Totalt	66,828	105,416	106,879	6,042	26,023

I tabell 4.2.4 viser vi gjennomsnittlige ventetider for de fem gruppene før og etter sykehusreformen. Vi ser at i perioden før reformen venter pasientene i prioriteringsgruppe 1 i gjennomsnitt 75 dager, og at ventetiden for de andre gruppene er stadig lengre desto lavere prioritet pasientene har. Vi ser videre at gjennomsnittlig ventetid for gruppe 1 og 2 er høyere enn lengste medisinske forsvarlige ventetid. For gruppe 4 er gjennomsnittlig ventetid lavere, mens den for gruppe 3 er omtrent som lengste medisinsk forsvarlige ventetid. Det ser derfor ut for at gruppene av pasienter som skulle hatt lavest prioritet, til en viss grad overprioriteres. Sammenligner vi ventetidene før reformen med ventetidene etter, ser vi videre at det heller ikke synes som om det har vært noen bedring i prioriteringspraksisen. Tvert imot synes det som forskjellene mellom gruppene har blitt mindre etter reformen.

Tabell 4.2.4 Ventetider før og etter sykehusreformen, ulike prioriteringsgrupper

	Gjennomsnittlig ventetid, antall dager (standardavvik)	
	1999-2001	2002-2005
Prioriteringsgruppe 1	74.53 (126.22)	74.21 (124.76)
Prioriteringsgruppe 2	130.06 (147.34)	112.91 (132.18)
Prioriteringsgruppe 3	182.93 (155.34)	156.61 (138.32)
Prioriteringsgruppe 4	194.10 (169.59)	194.50 (173.41)
Prioriteringsgruppe 5	202.42 (152.95)	167.05 (136.20)

4.2.5 Økonometrisk metode

Fokuset i dette prosjektet har for det første vært på om prioriteringene er blitt likere over regioner og over tid, og deretter om prioriteringene er blitt bedre etter innføringen av sykehusreformen. Når det gjelder det første spørsmålet har vi sett på ventetider og andelen som venter utover lengste medisinske forsvarlige ventetid. Siden vi har kunnet gruppere pasienter etter hvor lenge de bør vente, og kan observere hvor lenge de faktisk venter, har det også vært mulig å studere om prioriteringene er blitt bedre over tid. Bedre prioritering oppfatter vi å innebære at de pasienter som har den korteste medisinsk forsvarlige ventetiden, over tid får kortere ventetid i forhold til de med lengre medisinsk forsvarlig ventetid. Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at vi må korrigere for forhold som gjør at alle pasienter av ulike utenforliggende årsaker, eksempelvis en

generell økning eller reduksjon i budsjetter, uansett vil kunne få en kortere eller lengre ventetid. Vi studerer prioriteringspraksis ved hjelp av deskriptiv statistikk og økonometriske analyser. På grunn av plassbegrensninger har vi ikke kunnet inkludere alle analyseresultatene i denne rapporten, og viser til en kommende rapport fra Helseøkonomi Bergen (HEB) for en mer fullstendig presentasjon av metoder og resultater.

I regresjonsanalysene bruker vi pasienter som observasjonsenhet. Vår strategi for å avdekke eventuelle reformeffekter er å studere geografiske variasjoner i prioritering over tid. I analysene på hele landet grupperer vi pasientene etter hvilken helseregion de tilhører, og i analysene av de enkelte helseregionene grupperer vi pasientene etter fylke. Ved hjelp av interaksjonsvariabler tester vi for om ventetider og andelen som venter for lenge er mer ensartet mellom geografiske områder etter reformen enn hva som var tilfelle før. I disse regresjonene er det viktig å kontrollere for at andre forhold kan ha endret seg over tid og mellom regioner. Vi benytter en metode der vi, foruten de inkluderte forklaringsvariablene, kontrollerer for at observerte og uobserverte forhold (tidskonstante) ved sykehusene kan påvirke prioriteringspraksis.

4.2.6 Resultater

Analysen gjennomføres først for hele landet, og vi ser her på ventetid for de pasienter som tilhører vedkommende RHF. Dernest ser vi på hvert av de fem regionale helseforetak for seg, og studerer variasjoner for pasienter med bosted i de enkelte fylker innen hver RHF. Da betrakter vi enheter som tidligere var formelt uavhengige av hverandre, men som fra 2002 tilhører samme administrative enhet.

Hvis sykehusreformen har medvirket til en jevnere prioritering, vil vi observere at ventetiden har jevnet seg ut. Det gjelder mellom de fem regionale helseforetakene, og mellom de fylkene som inngår i en RHF (eksempelvis mellom Nordland, Troms og Finmark innen RHF Nord).

Tabell 4.2.5 viser gjennomsnittlige ventetider og andelen som venter utover lengste forsvarlige ventetid for pasienter bosatt i de fem helseregionene. Når det gjelder ventetider, ser vi at det har vært en nedgang for alle regioner om vi sammenligner perioden før reformen med perioden etter. Sterkest har nedgangen vært for Helse Sør og svakest for Helse Nord. Andelen som venter lengre enn lengste anbefalte ventetid har også gått ned i perioden etter reformen sammenlignet med perioden før. Ut fra disse tallene er det imidlertid vanskelig å si noe om prioriteringen er blitt likere mellom regionene etter reformen. Det er flere årsaker til at denne sammenlikningen er problematisk. Vi har her ikke korrigert for at pasientsammensetningen kan variere over tid og over regioner. Det kan også ha vært en felles tidstrend for alle helseforetakene, for eksempel knyttet til overordnede budsjettendringer. Flere andre observerbare og uobserverbare forhold vil generelt påvirke utviklingen, og bidra til å vanskeliggjøre en sammenlikning.

Tabell 4.2.5 Ventetider, alle helseregioner

	Gjennomsnittlig ventetid, antall dager (standardavvik)		Andelen som venter lengre enn anbefalt	
	1999-2001	2002-2005	1999-2001	2002-2005
Helse Øst	138.94 (153.25)	119.65 (152.37)	38.19	33.56
Helse Sør	149.22 (152.37)	122.55 (152.50)	43.62	36.52
Helse Vest	152.46 (159.16)	132.05 (140.39)	44.94	41.26
Helse Midt	153.08 (157.80)	132.84 (140.82)	43.87	39.00
Helse Nord	126.79 (141.20)	124.75 (138.41)	37.16	37.82

Regresjonsanalyser gir et bedre grunnlag for å gjøre de ønskede sammenlikninger. La oss først se på prioritering og de faktiske ventetider mellom de fem RHF. Tabell 4.2.6 viser resultater fra to modeller, en 'random effect panel data modell' (tallkolonne 2 og 3) og en 'probit modell'

(tallkolonne 4 og 5)²⁵. Foruten prioritet og hvilket RHF pasienten tilhører, har vi som kontrollvariable inkludert alder, kjønn, antall bi-diagnoser, om behandling er kirurgisk (dummy), hvorvidt behandling skjedde på regionsykehus eller sentralsykehus (dummyer), en tidstrend, og ICD10 hovedgrupper.

Tabell 4.2.6 Regresjonsresultat, alle helseregioner²⁶

	Ventetid		Sannsynligheten for å vente utover lengste forsvarlige ventetid	
Alder 80+	-0.0578*** (0.0100)	-0.0586*** (0.0100)	-0.0223*** (0.0048)	-0.0223*** (0.0048)
Alder 67-80	0.0373*** (0.0090)	0.0381*** (0.0090)	0.0185*** (0.0043)	0.0188*** (0.0043)
Alder 30-66	0.1163*** (0.0082)	0.1164*** (0.0082)	0.0588*** (0.0038)	0.0591*** (0.0038)
Alder 15-29	0.0945*** (0.0094)	0.0936*** (0.0094)	0.0615*** (0.0044)	0.0611*** (0.0044)
Mann	0.0098** (0.0045)	0.0103** (0.0045)	0.0071*** (0.0021)	0.0073*** (0.0021)
Antall bidiagnoser	-0.0202*** (0.0018)	-0.0209*** (0.0018)	0.0001 (0.0008)	0.0001 (0.0008)
Kirurgi	0.2246*** (0.0053)	0.2247*** (0.0053)	0.0333** (0.0024)	0.0330** (0.0024)
Helse Øst post	-0.0144 (0.0099)	-	-0.0108** (0.0046)	-
Helse Sør	-0.0015 (0.0132)	-0.0126 (0.0115)	0.0566*** (0.0041)	0.0480*** (0.0028)
Helse Vest	0.0348* (0.0200)	0.0525*** (0.0189)	0.0270*** (0.0044)	0.0391*** (0.0028)
Helse Midt	0.0798*** (0.0227)	0.1001*** (0.0216)	0.0146*** (0.0047)	0.0280*** (0.0031)
Helse Nord	-0.0835*** (0.0246)	0.0249 (0.0237)	-0.0627*** (0.0046)	-0.0221*** (0.0032)
Helse Sør post	-0.0693*** (0.0107)	-	-0.0254*** (0.0050)	-0.0254*** (0.0050)
Helse Vest post	0.0210* (0.0113)	-	0.0091* (0.0053)	-
Helse Midt post	0.0117 (0.0128)	-	0.0117** (0.0060)	-
Helse Nord post	0.1507*** (0.0131)	-	0.0675*** (0.0064)	-
Prioriteringsgruppe 1 post	-	0.1226*** (0.0110)	-	0.0524*** (0.0052)
Prioriteringsgruppe 2	0.3584*** (0.0075)	0.4341*** (0.0099)	-0.1873*** (0.0032)	-0.1612*** (0.0043)
Prioriteringsgruppe 3	0.9882*** (0.0084)	1.0190*** (0.0107)	-0.2498*** (0.0035)	-0.2056*** (0.0045)
Prioriteringsgruppe 4	0.8968*** (0.0173)	0.8961*** (0.0247)	-0.3485*** (0.0023)	-0.3503*** (0.0031)
Prioriteringsgruppe 5	0.8019*** (0.0140)	0.9206*** (0.0171)	-	-
Prioriteringsgruppe 2 post	-	-0.0045 (0.0096)	-	0.0049 (0.0044)
Prioriteringsgruppe 3 post	-	-0.0404*** (0.0096)	-	-0.0310*** (0.0043)
Prioriteringsgruppe 4 post	-	0.1242*** (0.0298)	-	0.0690*** (0.0164)
Prioriteringsgruppe 5 post	-	-0.0754*** (0.0153)	-	-
Regionsykehus	0.3691*** (0.0761)	0.3652*** (0.0954)	0.1199*** (0.0027)	0.1189*** (0.0027)
Sentralsykehus	0.0486 (0.0530)	0.0479 (0.0663)	-0.0080*** (0.0023)	-0.0091*** (0.0023)
Tidstrend	-0.0409*** (0.0020)	-0.0418*** (0.0020)	-0.0168*** (0.0010)	-0.0171*** (0.0010)
<i>Hovedkategorier ICD10:</i>				
Svulster (C00-D48)	-0.1031** (0.0544)	-0.1064** (0.0544)	-0.0719*** (0.0232)	-0.0723*** (0.0232)
Sykd i blod.. (D50-D89)	0.2041*** (0.0621)	0.2032*** (0.0621)	0.0561*** (0.0284)	0.0559*** (0.0284)
Endokrine sykd.. (E00-E90)	0.8343*** (0.0553)	0.8331*** (0.0553)	0.2411*** (0.0247)	0.2408*** (0.0247)
Sykd i nervesyst. (G00-G99)	1.0748*** (0.0553)	1.0703*** (0.0553)	0.3475*** (0.0221)	0.3458*** (0.0221)
Sykd i øye.. (H00-H59)	0.9033*** (0.0571)	0.8844*** (0.0571)	-	-
Sykd i øre.. (H60-H95)	1.3344*** (0.0572)	1.3314*** (0.0572)	0.4431*** (0.0182)	0.4418*** (0.0182)
Sykd i sirk.syst (I00-I99)	0.1184** (0.0551)	0.1166** (0.0551)	0.0564** (0.0253)	0.0559** (0.0253)
Sykd i åndedr.syst (J00-J99)	1.1766*** (0.0551)	1.1738*** (0.0551)	0.4043*** (0.0216)	0.4034*** (0.0216)
Sykd i ford.syst (K00-K93)	0.6997*** (0.0550)	0.6966*** (0.0550)	0.2378*** (0.0248)	0.2368*** (0.0248)
Sykd i hud.. (L00-L99)	-0.0334 (0.0628)	-0.0410 (0.0628)	-0.0137 (0.0284)	-0.0167 (0.0284)
Sykd i musk.-skj. (M00-M99)	1.0275*** (0.0550)	1.0246*** (0.0550)	0.3315*** (0.0236)	0.3309*** (0.0236)
Sykd i urin- kj.org (N00-N99)	0.7826*** (0.0548)	0.7798*** (0.0548)	0.2557*** (0.0245)	0.2552*** (0.0245)
Svangerskap... (O00-O99)	0.5123*** (0.0565)	0.5138*** (0.0565)	0.3244*** (0.0231)	0.3255*** (0.0231)
Medfødte misd. ... (Q00-Q99)	0.7306*** (0.0580)	0.7273*** (0.0580)	0.2743*** (0.0251)	0.2729*** (0.0251)
Sympt., tegn... (R00-R99)	0.3440*** (0.0577)	0.3433*** (0.0577)	0.1129*** (0.0270)	0.1129*** (0.0270)
Skader, forgift... (S00-T98)	0.5422*** (0.0556)	0.5405*** (0.0556)	0.2432*** (0.0249)	0.2435*** (0.0249)
Faktorer som .. (Z00-Z99)	0.7386*** (0.0585)	0.7253*** (0.0585)	0.2297*** (0.0585)	0.2240*** (0.0585)
Konstantledd	84.5588*** (4.0408)	86.2814*** (4.0323)	-	-
Antall observasjoner	311189	311189	285166	285166
Antall sykehus	58	58	58	58

Kanskje noe overraskende finner vi at de eldste pasientene har kortere ventetid enn de øvrige alderskategorier, tilsvarende gjelder for pasienter med bidiagnoser. Disse to resultater kan muligens forklares med grad av alvorlighet i tilstanden, og utfallet er i så fall i overensstemmelse

²⁵ Dette er standard modeller brukt i økonometriske analyser. Det vises til en kommende HEB-rapport for mer utførlig forklaring og motivasjon av modellvalg.

²⁶ Sammenligningsgruppen er en kvinne, 0-15 år, innlagt for medisinsk behandling som bor i Helse Øst i før-reform perioden, og som tilhørte prioriteringsgruppe 1 i før-reform perioden.

med prioriteringsforskriften. Kirurgiske inngrep innebærer lengre ventetid. Ventetiden er lengst på regionsykehus, og ventetiden synker over tid. Det siste innebærer at alle helseforetakene i løpet av perioden har stått overfor forhold som har bidratt til at ventetiden totalt har gått ned, uten at vi kan si mer spesifikt hva som har forårsaket denne reduksjonen.

Vi starter med å fokusere på om det har skjedd en utjevning i prioriteringspraksis. I regresjonene sammenligner vi ventetidene i de ulike regionene, før og etter reformen, med ventetiden i Helse Øst før reformen. Det vil si at for eksempel variabelen "Helse Midt" måler forskjellen i ventetid mellom Helse Midt før reformen og Helse Øst før reformen. Det at koeffisienten til denne variabelen er lik 0,0798 betyr at ventetiden var omtrent 8 % høyere i Helse Midt i perioden før reformen sammenlignet med før-reformperioden i Helse Øst. Vi legger videre merke til at bare Helse Nord har en lavere ventetid enn Helse Øst før reformen. Dette er i samsvar med resultatene for gjennomsnittlig ventetid gjengitt i Tabell 4.2.5.

La oss nå se på "Helse Øst post". Denne variabelen viser forskjellen i ventetid i Helse Øst i perioden etter reformen sammenlignet med perioden før. Denne er omtrent 1,5 %, men ikke signifikant. Det betyr at vi må konkludere med at ventetidene var de samme i Helse Øst før og etter reformen. Ventetidene i Helse Vest og Helse Midt er høyere enn i Helse Øst før reformen. Siden ventetiden ikke har hatt noen signifikant endring i Helse Øst, vil en utjevning i ventetider måtte innebære en nedgang i ventetider for disse regionene. I Helse Vest og Helse Midt har det tvert imot vært en økning etter reformen, sammenlignet med Helse Øst, men for Helse Midt er denne forskjellen ikke signifikant forskjellig fra null²⁷. Helse Sør hadde ikke signifikant forskjellig ventetid fra Helse Øst før reformen, men har hatt en nedgang etter reformen (i motsetning til Helse Øst). Ser vi på Helse Nord var ventetiden før reformen litt over 8 % lavere enn i Øst før reformen. Her har det vært en økning etter reformen, men denne økningen er for stor til at den har bidratt til en utjevning. Om vi ser på sannsynligheten for å vente utover lengste medisinske forsvarlige ventetid, ser vi en helt parallell situasjon.

Konklusjon 1. Det virker ikke som om sykehusreformen har bidratt til likere prioriteringer over helseregionene, snarere tvert imot.

Et annet spørsmål er om prioriteringene er "riktige" og om de eventuelt har blitt "bedre" etter reformen. Fra tabellen, tallkolonne 1, ser vi at prioriteringsgruppe 2 venter 36 % lengre enn prioriteringsgruppe 1, at prioriteringsgruppe 3 venter 99 % lengre, prioriteringsgruppe 4 90 % lengre, og prioriteringsgruppe 5 (de som ikke skulle ha rett til helsehjelp) venter 80 % lengre. Disse tallene gjelder for hele perioden 1999-2005, og viser at de pasientene som, i henhold til veilederne, burde ha kortest ventetid, faktisk venter kortest. På den annen side viser resultatene at forskjellene mellom de ulike prioritetsgruppene var for liten, det vil si at pasienter med mindre alvorlig lidelser hadde for høy prioritet sammenlignet med pasienter med mer alvorlige lidelser. Ser vi på sannsynligheten for å vente utover hva som er medisinsk forsvarlig, får vi samme inntrykk. Sammenlignet med prioriteringsgruppe 1, hadde gruppe 2 19 % lavere sannsynlighet for lengre ventetid, gruppe 3 hadde 25 % lavere sannsynlighet og gruppe 4 hadde 35 % lavere sannsynlighet (tallkolonne 3). Om det var slik at man kunne stille en diagnose med 100 % sikkerhet, ville vi forvente at sannsynligheten skulle være den samme for alle grupper. Dette er naturligvis ikke tilfellet, men forskjellene er likevel så store at det synes å bekrefte en overprioritering av pasientene med de minst alvorlige lidelsene.

Hvordan har så prioriteringspraksisen utviklet seg over tid? Her bruker vi resultatene fra tallkolonne 2, der vi sammenligner prioriteringsgruppene før og etter reformen. Vi ser først at koeffisienten til prioriteringsgruppe 1 post er på 0,1226. Dette betyr at pasientene i prioriteringsgruppe 1 venter om lag 12 % lengre etter reformen enn sammenlignet med før reformen. Siden pasientene med høyeste prioritet venter lengre etter reformen enn de gjorde før, måtte det være slik

²⁷ Her må man huske at vi korrigerer for en tidstrend. Siden tidstrenden er negativ, betyr det at vi korrigerer for forhold som har redusert ventetidene på samme måte i alle helseregionene.

at de andre prioriteringsgruppene skulle vente enda lengre, sammenlignet med prioriteringsgruppe 1 før reformen hvis prioriteringene skulle ha blitt bedre. Med unntak av prioriteringsgruppe 4, er tendensen den motsatte. Samme tendens finner vi om vi ser på sannsynligheten for å vente lengre enn lengste medisinske forsvarlige ventetid.

Konklusjon 2. Ventetiden mellom de ulike prioriteringsgruppene viser mindre spredning etter reformen sammenlignet med før reformen. Dette tyder på at prioriteringene er blitt dårligere etter reformen.

Vi vil nå sammenligne utviklingen internt i de ulike helseregionene. Vi forklarer først utviklingen for Helse Nord.

Tabell 4.2.7 Beskrivelse av ventetider Helse Nord

	Gjennomsnittlig ventetid, antall dager (standardavvik)		Andelen som venter lengre enn anbefalt	
	1999-2001	2002-2005	1999-2001	2002-2005
Troms	161.34 (162.99)	142.30 (146.06)	49.10	42.02
Nordland	108.57 (124.39)	113.19 (129.04)	30.91	35.36
Finnmark	125.78 (140.50)	134.91 (150.54)	37.44	39.46

Tabell 4.2.7 viser gjennomsnittlige ventetider og andelen som venter utover lengste forsvarlige ventetid for utvalget fra Helse Nord. Vi tar utgangspunkt i pasienter bosatt i Troms fylke, og ser at ventetiden for disse var omtrent 161 dager før reformen og 142 dager etter reformen. Pasientene fra Finnmark og Nordland hadde kortere ventetid enn pasientene fra Troms før reformen, men ventetiden for pasientene i disse to fylkene har økt etter reformen. Det synes derfor som om det har skjedd en utjevning i ventetider i Helse Nord. Ser vi på andelen som venter lengre enn lengste forsvarlige ventetid, finner vi samme tendens. Andelene som venter for lenge er likere i de tre fylkene etter reformen enn før.

Tabell 4.2.8 Regresjonsresultater Helse Nord

	Ventetid	Sannsynligheten for å vente utover lengste forsvarlige ventetid
Troms post	0.0717 ^{**} (0.0286)	0.0361 (0.0356)
Nordland	-0.4232 ^{***} (0.0192)	-0.5110 ^{***} (0.0241)
Nordland post	0.2440 ^{***} (0.0237)	0.3157 ^{***} (0.0291)
Finnmark	-0.2520 ^{***} (0.0251)	-0.2936 ^{***} (0.0317)
Finnmark post	0.2286 ^{***} (0.0324)	0.2537 ^{***} (0.0400)
Prioriteringsgruppe 1 post	0.3541 ^{***} (0.0307)	0.1122 ^{***} (0.0148)
Prioriteringsgruppe 2	0.3475 ^{***} (0.0277)	-0.2150 ^{***} (0.0118)
Prioriteringsgruppe 2 post	0.2473 ^{***} (0.0254)	0.1181 ^{***} (0.0123)
Prioriteringsgruppe 3	0.9115 ^{***} (0.0297)	-0.2500 ^{***} (0.0120)
Prioriteringsgruppe 3 post	0.1499 ^{***} (0.0263)	0.0464 ^{**} (0.0125)
Prioriteringsgruppe 4	0.6022 ^{***} (0.0541)	-0.3546 ^{***} (0.0055)
Prioriteringsgruppe 4 post	0.2675 ^{***} (0.0674)	0.0829 [*] (0.0391)
Prioriteringsgruppe 5	0.9236 ^{***} (0.0510)	-
Prioriteringsgruppe 5 post	0.0760 [*] (0.0453)	-

I regresjonsanalysene for de enkelte helseregionene bruker vi samme modeller som ovenfor, men vi presenterer bare et utvalg av resultatene her (tabell 4.2.8). Resultatene fra regresjonene synes å bekrefte den deskriptive statistikken. Pasientene fra Troms ventet i gjennomsnitt 7 % lengre etter reformen sammenlignet med før reformen. Pasientene i Nordland og Finnmark hadde signifikant lavere ventetid før reformen (henholdsvis 42 % og 25 %), sammenlignet med Troms før reformen. Siden ventetidene i Nordland og Finnmark er signifikant høyere etter reformen enn de var før, og

siden disse ventetidene er høyere enn veksten i Troms etter reformen, viser dette at det har skjedd en utjevning av ventetidene i Helse Nord etter reformen. Vi ser en helt tilsvarende tendens når det gjelder andelen som venter utover lengste forsvarlige ventetid, og vi konkluderer derfor med at reformen synes å ha ført til likere prioriteringer i Helse Nord.

Det neste spørsmålet er om reformen har ført til ”bedre” prioritering i Helse Nord. Vi ser at før reformen ventet pasienter i prioriteringsgruppe 2 35 % lengre enn pasientene i gruppe 1, pasientene i gruppe 3 ventet 91 % lengre, pasientene i gruppe 4 60 % lengre, mens pasientene i gruppe 5 ventet 92 % lengre. Etter reformen venter pasientene i prioriteringsgruppe 1 35 % lengre enn hva de gjorde før reformen. Siden forskjellene i ventetid sammenlignet med prioriteringsgruppe 1 synes å være for lav for alle prioriteringsgrupper, vil økningen i ventetider for disse gruppene måtte være større enn 35 % om det skal ha skjedd en ønsket utvikling. Fra tabellen ser vi at dette ikke er tilfellet. For prioriteringsgruppene 2-5 finner vi en mindre økning i ventetid etter reformen enn pasientene i prioriteringsgruppe 1 hadde. Dette er neppe en ønskelig utvikling. Vi ser samme tendens når det gjelder sannsynligheten for å vente utover det anbefalte, og det synes derfor som tendensen i Helse Nord er at det skilles mindre mellom ulike pasientgrupper etter reformen sammenlignet med før-reform perioden.

Vi har gjennomført tilsvarende analyser for de fire andre helseforetakene.²⁸ Resultatene fra analysen (samt fra Helse Nord) er oppsummert i tabell 4.2.9.

Tabell 4.2.9 Oppsummering av reformeffekter i alle fem helseforetak

	Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Har reformen ført til en likere prioritering?	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
Har reformen ført til en bedre prioritering?	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei

4.2.7 Drøfting og konklusjon

I dette kapitlet har vi analysert virkninger sykehusreformen har hatt på prioriteringspraksis. Våre hypoteser har vært at dersom sykehusreformen har påvirket prioriteringene vil vi vente at prioriteringspraksis er mer ensartet mellom helseforetakene nå sammenlignet med perioden før sykehusreformen. I tillegg forventer vi å finne at fylkene innen den samme helseregion har en likere prioriteringspraksis nå enn før reformen.

For å undersøke disse hypotesene har vi analysert data fra Norsk pasientregister for perioden 1999-2005. I analysene har vi brukt både enkle deskriptive metoder og regresjonsanalyser hvor vi korrigerer for at andre forhold enn sykehusreformen kan ha påvirket prioriteringene (både observerbare og uobserverbare forhold).

Et hovedpoeng i våre analyser har vært at vi har kunnet oversette beskrivelser av medisinske tilstander til en ICD10-kode. Derved har vi mulighet til å sammenligne den lengste forsvarlige medisinske ventetiden som de faglige veilederne foreskriver rettighetspasientene, med faktisk ventetid for pasienter som var innlagt på norske sykehus i løpet av en periode forut for sykehusreformen i 2002, og etterpå. Vi greier imidlertid ikke å finne en entydig kobling mellom beskrivelse av medisinske tilstander og ICD10-koder for alle pasienter som er behandlet i perioden 1999-2005. I tillegg mangler vi ventetidsdata for en del pasienter. Totalt er utvalget vi analyserer på ca. 310 000 pasienter.

Vi analyserer først utviklingen i ventetid for hele landet. Da er det den relative utviklingen mellom de fem regionale helseforetakene som vurderes. I analysene deler vi inn pasientene i fem prioriteringsgrupper, hvor pasientene i prioriteringsgruppe én har lavere lengste medisinsk forsvarlige ventetid enn pasientene i prioriteringsgruppe to, osv. Foruten prioritet og hvilket RHF

²⁸ Tabeller med gjennomsnittlig ventetid og regresjonsresultatene for de ulike helseregionene er tilgjengelig i HEB-rapport som blir offentliggjort medio februar 2007.

pasientene tilhører inkluderer vi blant annet kontrollvariabler for kjønn, om behandlingen er medisinsk eller kirurgisk, og en variabel som fanger opp utvikling over tid.

Vi sammenligner så ventetiden i de ulike helseregionene før og etter sykehusreformen. Hvis vi finner at ventetidene mellom helseregionene er mindre avvikende etter reformen sammenlignet med før reformen, vil vi konkludere med at sykehusreformen har bidratt til en likere prioriteringspraksis. Analysene viser imidlertid at dette ikke er tilfellet. Tvert imot finner vi at det er større variasjon i ventetider mellom helseregionene nå enn det som var tilfelle når fylkene var eiere av sykehusene.

Deretter sammenlignet vi ventetidene for pasientene som tilhører de ulike prioriteringsgruppene. Hypotesen vår er at sykehusreformen har bidratt til en mer korrekt prioritering dersom forskjellen i ventetidene mellom de ulike prioriteringsgruppene har økt etter sykehusreformen sammenlignet med før-reform perioden. Argumentet som ligger bak dette resonnet er at en god prioritering impliserer at pasienter som er lavt prioritert har en relativt lang ventetid sammenlignet med pasienter som er høyt prioritert. Igjen viser analysene at så ikke er tilfellet. Faktisk er det slik at hvis vi sammenligner ventetiden mellom pasienter som er høyt prioritert med de pasientene som i følge de faglige veilederne er lavt prioritert, finner vi at forskjellene i ventetider er mindre etter reformen enn i før-reform perioden. Dette tyder på at den faktiske prioriteringen er blitt dårligere etter reformen.

Til slutt sammenligner vi utvikling i ventetid mellom fylker innen den samme helseregion. Vi gjorde de samme typene analyser som vi gjorde for hele landet, men nå er det fylker innen en region som er enhet for analysene. Vi stiller de samme spørsmålene som over: Er ventetidsmønsteret mellom fylkene i en helseregion mer ensartet etter reformen enn i før-reform periodene, og er den relative forskjellen mellom ventetidene for de ulike prioriteringsgruppene mindre etter reformen enn i før-reform perioden?

Svarene vi får på disse spørsmålene er at ventetiden er blitt mer ensartet mellom fylkene i fire av fem helseregioner, men at reformen ikke har bidratt til en bedre prioritering i noen av helseregionene.

Denne studien er ikke designet slik at vi kan gi noe presist svar på hvorfor vi finner en utvikling i prioriteringspraksis slik vi her har avdekket. Ventetidene har gått noe ned totalt sett, og det har vært en politisk ønsket utvikling. Det kan være at fokus da har vært for mye på å redusere ventelistene som sådan. I bestrebelser på å få ned ventetider er det ikke åpenbart at det er de pasienter som bør ha størst prioritet som nyter godt av tiltakene. Flere forhold kan gjøre at helseforetakene vil bruke relativt sett mest ressurser der det er lettest å få synlige effekter på ventetider.

I sine bestrebelser for å redusere ventelistene, kan en tenke seg at det er blant de minst prioriterte pasientene at det er mest å hente. Det kan ha sammenheng med finansieringssystemet, og med inntektsmotivert atferd i helseforetakene. For pasienter med mindre alvorlige lidelser, vil det ofte være lettere å skaffe til veie økt behandlingsskapitet. Blant disse grupper er det også tenkelig at der skjer kostnadsbesparende endringer i behandlingspraksis og -teknologi som kan gjøre enkelte diagnosegrupper attraktive som målgrupper for aktivitetsøkninger. En må da være oppmerksom på at den noe forverrede prioriteringen godt kan drives av forbedring blant lettere diagnosegrupper uten at det trenger å bli absolutt verre for de tyngre pasienter. Den tilsynelatende uønskede utvikling i prioritering mellom de fem prioriteringsgruppene kan også skyldes praktiske og andre økonomiske forhold i helseforetakene. Det kan være at det for de mest prioriterte pasientene er praktisk vanskelig, og svært kostnadskreven, å få ventetiden særlig redusert på kort sikt, og innenfor gitte budsjettammer. Hvorvidt en da kan si at problemet med for lite ensartet praksis, og mulige feilprioriteringer mellom pasientgrupper, skyldes helseforetaksreformen som sådan, eller at samordningen er blitt forstyrret av andre styringssignaler, er vanskelig å avgjøre. Vi vil imidlertid

hevde at det uansett er interessant å observere hvorvidt det skjer en utvikling i retning av noe som oppfattes som et formål med sykehusreformen.

Det er for så vidt ikke overraskende at vi finner at reformen har påvirket prioriteringspraksis i helseregionene internt, men altså ikke nasjonalt. Styringen er trolig sterkere innad i helseforetakene enn overfor de fem RHF. Hver enkelt RHF kan ha mulighet i større grad enn nasjonale myndigheter til å bruke ulike mekanismer for å sikre ensartet praksis innenfor området sitt. Det kan også være at fritt sykehusvalg, som ble innført i 2001, virker sterkere som en ventetidsutjevning faktor innad i RHF enn mellom RHF, og som sådan kan denne ordningen ha bidratt til en større lokal enn nasjonal utjevning.

Vi vil til slutt påpeke at dette er et felt som krever videre studier. Veilederne som ligger til grunn for vår kategorisering av pasienter i prioriteringsgrupper kan forbedres, og spesielt gjøres mer presise. Koblingen mellom veilederne og ICD10-kodeverket har også et potensial for forbedring, kanskje særlig med tanke på å inkludere flest mulig pasientgrupper, men trolig også i forhold til presisjonsnivået i koblingene. Dette vil gjøre det mulig å undersøke/overvåke prioriteringspraksisen på et mye mer detaljert nivå enn hva som har vært gjort opp til nå. Tidligere studier er oftest basert på mer aggregerte data og grove pasientklassifiseringer. Fordelene med analysen her er at vi har kunnet bruke mer disaggregerte data, og mer spesielt at vi har hatt tilgang til et faglig basert grunnlag for inndeling av pasienter i ulike prioriteringskategorier. Dette åpner for eksempel for at man, innenfor de enkelte prioriteringsgruppene eller innenfor geografiske regioner, kan finne ut hvilke diagnosegrupper som blir gitt for høy eller lav prioritet. Tilsvarende kan man naturligvis gruppere pasientene etter andre kriterier, for eksempel etter kjønn eller alder.

Referanser

Nordheim, Ole Frithjof, Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest, Rapport Helse Vest, 2005.

Helse Øst RHF og Sosial- og helsedirektoratet. Rapport. Prosjekt Rett Prioritering i Helse Øst. 2006.

4.3 Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

Tor Helge Holmås, SNF; Egil Kjerstad, SNF; Frode Kristiansen, SNF; Hilde Lurås, HØKH

4.3.1 Sammendrag

I dette kapitlet studerer vi om sykehusreformen, med sitt fokus på kostnadseffektivitet, har ført til mer samarbeid og koordinering mellom statlig eide sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester. Vi starter med å undersøke om kommunens organisering av pleie- og omsorgstjenesten påvirker liggetiden i sykehus, eller om liggetiden utelukkende forklares av pasientens helsetilstand og diagnose og av hvordan sykehuset organiserer sin egen virksomhet. I analysene korrigerer vi for pasientenes sykkelighet, men finner likevel store forskjeller i liggetid for pasienter fra ulike kommuner. Pasientene fra de mest sentrale kommunene har betydelig lengre liggetid enn andre, samtidig som det også er stor variasjon mellom bykommunene. Dette indikerer at kommunenes pleie- og omsorgstilbud påvirker hvor lenge pasientene blir liggende på sykehus. Videre undersøker vi om samhandling mellom sykehus og kommune påvirker liggetiden, før vi til slutt studerer om samhandlingen mellom sykehus og kommuner har økt som følge av sykehusreformen. Vi finner en effekt av formelle samhandlingsstrukturer på liggetiden for pasienter med behov for institusjonsplass etter utskrivning. Reformen har derimot ikke hatt noen statistisk signifikant påvirkning på omfanget av samhandling mellom de to forvaltningsnivåene.

4.3.2 Innledning

En viktig hensikt med sykehusreformen var å bidra til bedre utnyttelse av ressursene. Reformen la til rette for klarere ansvars- og rollefordeling, noe som skapte forventninger om at omstillingsprosessen skulle bidra til økt effektivitet, både allokering- og kostnadmessig.

En viktig kostnadskomponent for sykehusene er pasientenes liggetid. Den relative betydningen av liggedøgn som kostnadsdriver varierer mellom diagnoser og pasientgrupper, men for eldre sykehuspasienter fremstår liggetid som en sentral kostnadskomponent. Et viktig forhold som påvirker eldre sykehuspasienters liggetid er at de med stor sannsynlighet vil være avhengig av hjelp eller tilsyn etter utskrivning fra sykehuset. Varigheten og graden av oppfølging vil naturligvis kunne variere. Hovedpoenget er at omsorgsbehovet til utskrivningsklare pasienter nødvendiggjør et visst samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og hjemstedskommunens pleie- og omsorgstjeneste. Skal utskrivning og oppfølging kunne gjennomføres på en smidig og friksjonsfri måte fordrer det samarbeid og koordinering mellom det statlig eide sykehuset og pleie- og omsorgssektoren i pasientens hjemstedskommune. En god koordinering og et godt samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene vil dermed bidra til en god allokeringmessig effektivitet.

For sykehusene vil en god samordning med det kommunale pleie og omsorgstilbudet med stor sannsynlighet bidra til kortere liggetid enn hva tilfellet ellers ville vært. Kortere liggetid vil i neste omgang gi reduserte kostnader og dermed bedre kostnadseffektiviteten²⁹. Kommunene på sin side må også antas å sette en godt koordinert utskrivning høyt. Samtidig vil en senere utskrivningsdato gi kommunene reduserte kostnader, noe som trekker i retning av et ønske om lengre liggetid i sykehus. Den potensielle konflikten mellom de to forvaltningsnivåene er forsøkt regulert fra myndighetenes side. I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (HOD 1998) gis de regionale helseforetakene mulighet til å kreve betaling av kommunen for pasienter som oppholder seg i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Denne dagmulkten kan kreves fra 10 dager (7 dager for Oslo sykehusene) etter at kommunen er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Likeledes har myndighetene i forskrift om habilitering og rehabilitering (HOD

²⁹ Her kan det skytes inn at sykehus som legger større vekt på inntektssiden enn på kostnadssiden også vil ha motivasjon til samarbeid og koordinering med pleie- og omsorgssektoren. Inntektssiden styrkes dersom pasientgjennomstrømningen økes, og pasientgjennomstrømningen kan igjen økes ved å redusere liggetidene. Med gitt sengekapasitet trekker både inntektstiden og kostnadssiden i samme retning.

2001) pålagt de regionale helseforetakene å sørge for at det finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten. I samme forskrift er kommunene pålagt en tilsvarende kommunalt organisert koordinerende enhet.

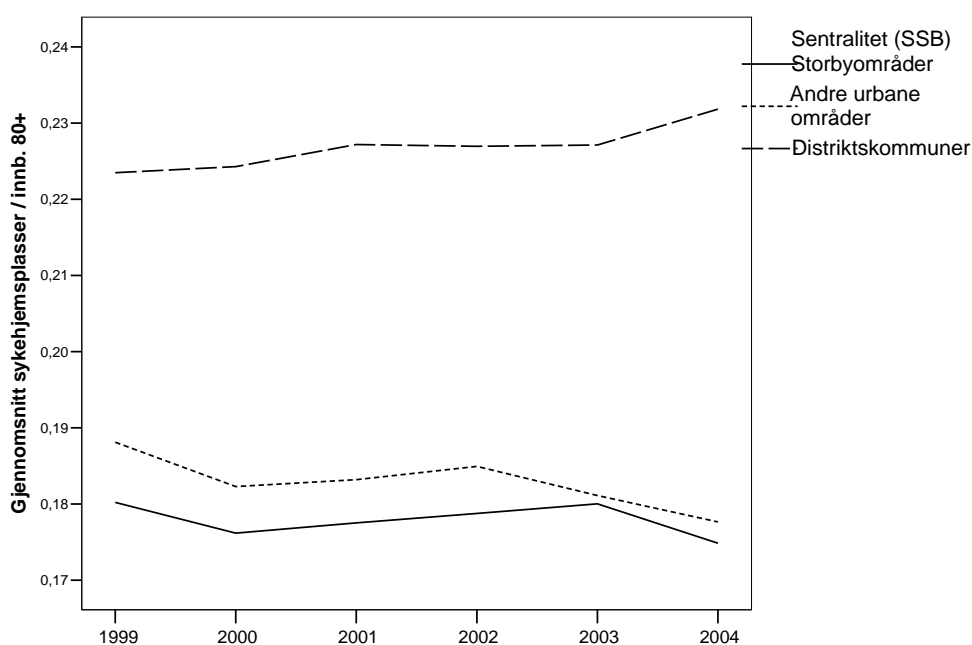
I dette kapitlet studerer vi sammenhengen mellom liggetider i sykehus for eldre pasienter og samhandlingen mellom sykehuset og pasientens hjemkommune. Vi antar at om sykehusreformen skal ha påvirket samhandlingen mellom sykehus og kommune må dette ha skjedd via et initiativ fra sykehuset. Et problem i analysene har vært at samhandling ikke er enkelt å observere og kvantifisere. Vi har benyttet data fra en spørreundersøkelse der vi har informasjon om to ulike aspekter ved samhandlingen; om sykehuset har inngått en formell avtale med kommunene om utskrivingsklare pasienter og om de har en egen koordinator som skal ivareta kontakten med kommunene. Om samhandling skal ha noen mening for sykehusene er det imidlertid to forhold som må være oppfylt. For det første må det være slik at det kommunale pleie- og omsorgstilbudet faktisk påvirker liggetidene. For det andre må formell samhandling mellom sykehus og kommuner påvirke liggetidene. I dette kapitlet forsøker vi derfor å besvare følgende tre hovedspørsmål:

- Påvirker det kommunale pleie- og omsorgstilbudet liggetiden i sykehus?
- Påvirker samhandling mellom sykehus og kommuner liggetiden?
- Har sykehusreformen ført til mer samhandling mellom sykehus og kommuner?

4.3.3 Utvikling i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

Det har skjedd store endringer i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet i den perioden vi her studerer. For eksempel viser Thoresen (2003) at ressursbruken per bruker har økt, særlig gjennom økt satsing på hjemmetjenester. Færre brukere enn før mottar bare praktisk hjemmehjelp, mens flere mottar hjemmesykepleie. Beboere i sykehjem har gjennomgående større pleiebehov enn tidligere, men også brukere med omfattende behov for pleie bor i omsorgsboliger eller i egne hjem.

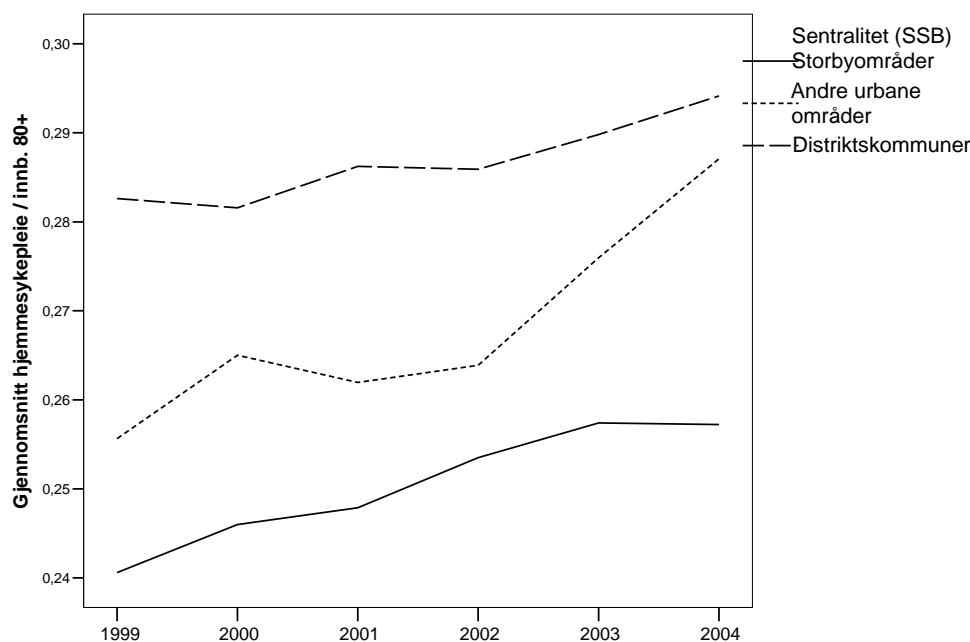
Figur 4.3.1 Kommunale dekningsgrader for sykehjemsplasser. Aldersgruppen 80 år og eldre. Gruppert etter kommunens sentralitet. 1999-2004



I figur 4.3.1 og figur 4.3.2 ser vi hvordan tilbudet av sykehjemsplasser og hjemmesykepleie har utviklet seg for ulike kommunetyper. Andelen sykehjemsplasser per innbygger 80 år og eldre er på

omtrent 20 %, men det er variasjoner i dekningsgrad mellom kommunene. I storbyene og i andre urbane områder er dekningsgraden i gjennomsnitt lavere enn 20 %, mens den i distriktskommuner gjennomsnittlig er noe høyere. Nasjonalt var det i 2004 28 % av alle innbyggere 80 år og eldre som mottok hjemmesykepleie, en vekst på 7 prosentpoeng fra 1995. Storbyene og kommuner i andre urbane områder har satset relativt mer på hjemmetjenester de senere årene. Avstanden til de høye dekningsgradene for disse tjenestene i distriktene er dermed blitt mindre, selv om distriktskommunene fortsatt har høyere dekningsgrad enn sentrale kommuner for hjemmetjenester (og tjenester samlet).

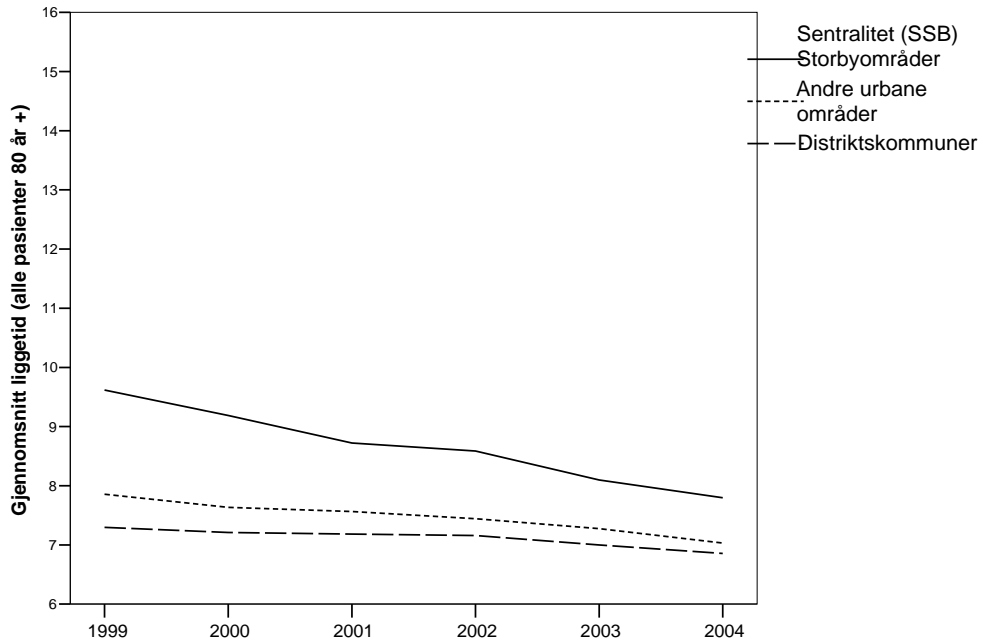
Figur 4.3.2 Kommunale dekningsgrader for mottakere av hjemmesykepleie. Aldersgruppen 80 år og eldre. Gruppert etter kommunens sentralitet. 1999-2004



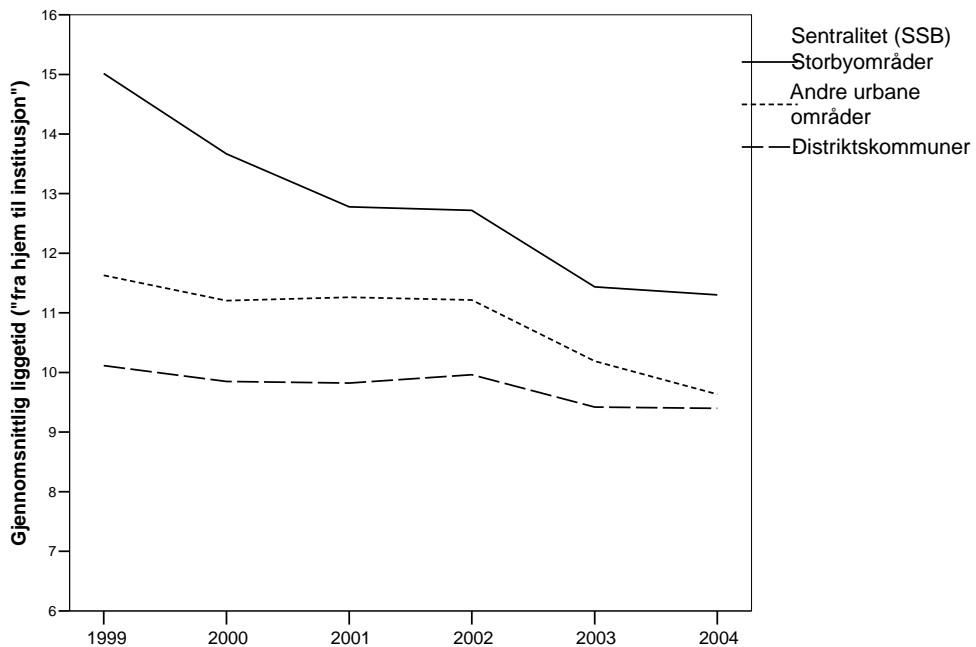
4.3.4 Utvikling i liggetid på sykehus

Liggetiden i norske sykehus er betydelig redusert etter innføringen av aktivitetsbasert finansiering (ISF) av sykehus i 1997. Den samme utviklingen har gjort seg gjeldende for eldre sykehuspasienter. I perioden fra 1999 til 2004 har gjennomsnittlig liggetid for pasienter 80 år og eldre blitt redusert fra 8,6 til 7,4 dager. Det er imidlertid stor variasjon i liggetiden avhengig av pasientens bosted. I figur 4.3.3 ser vi at liggetiden for pasienter fra sentrale kommuner i hele perioden har vært lengre enn for pasienter fra mindre sentrale kommuner, men at forskjellen har blitt redusert som følge av en kraftigere reduksjon i liggetid for pasienter fra de mest sentrale kommunene. Noe av forklaringen på denne forskjellen i liggetid kan være å finne i forskjeller i sykehjemsdekning. Fra figur 4.3.1 så vi at sykehjemsdekningen er lavere i de mest sentrale kommunene, og dette kan trolig forklare noe av nivåforskjellene i liggetid. Utviklingen i det kommunale pleie- og omsorgstilbud kan imidlertid vanskelig forklare at liggetidene har gått mest ned i de mest sentrale kommunene. Fra figur 4.3.4 ser vi at mye av denne nedgangen trolig skyldes en kraftig nedgang i liggetidene for pasienter som kommer fra eget hjem og skrives ut til institusjon. Siden sykehjemsdekningen i de mest sentrale kommunene har vist en svakt nedadgående tendens (figur 4.3.1), må den markante nedgangen i liggetider skyldes andre forhold, for eksempel et bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Figur 4.3.3 Gjennomsnittlig liggetid i sykehus for pasienter 80 år og eldre i alt. Gruppert etter hjemstedskommunens sentralitet. 1999-2004



Figur 4.3.4 Gjennomsnittlig liggetid i sykehus for pasienter 80 år og eldre som kommer fra eget hjem og skrives ut til institusjon etter sykehusinnleggelsen. Gruppert etter hjemstedskommunens sentralitet. 1999-2004



4.3.5 Data og beskrivende statistikk³⁰

Vår analyse bygger på data fra tre ulike nivå: pasient-, sykehus- og kommunenivå. I tabell 4.3.1 gir vi en oversikt over variablene som er benyttet. Fra Norsk pasientregister (NPR 2005) har vi hentet data om liggetid per opphold og kjennetegn ved pasienten (kjønn, alder og hoveddiagnose). Vi har også inkludert variable som indikerer pasientens ressursbehov i forbindelse med sykehusinnleggelsen (DRG-vekt og antall bidiagnoser), og hvorvidt innleggelsen var planlagt eller øyeblikkelig hjelp. Som en indikasjon på om pasienten har behov for pleie- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet, har vi benyttet opplysninger om bosted før og etter oppholdet. Videre har vi inkludert variable om sykehusets ressursbruk og medisinske ekspertise (antall leger per seng og antall sykepleiere per seng), og andelen av sykehusets totalaktivitet som er polikliniske behandlinger (SINTEF 2005). Vi har også inkludert data fra en spørreundersøkelse til sykehusene (IntOrg, Kjekshus 2005). Disse variablene ivaretar om sykehuset har en formell kontrakt om utskrivingsklare pasienter med kommunene i sitt opptaksområde og om sykehuset har en koordinerende enhet for samarbeid med kommunen. I analysen inkluderer vi også kommunens dekningsgrader for sykehjems plasser og korttidsplasser, og antall mottakere av hjemmesykepleie som er 80 år eller eldre (SSBs Hjulet). I tillegg inkluderes variable som beskriver kommunens sentralitet. De fire største bykommunene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger) er skilt ut med egne indikatorer. Finnes et eller flere sykehus i kommunen, er dette angitt med en egen indikator. Vi har også inkludert en variabel som måler reiseavstander med bil mellom pasientens bostedskommune og sykehuset der behandlingen har funnet sted.

Datasettet gjelder for årene 1999 til 2004, og det er avgrenset til bare å inkludere pasienter i aldersgruppen 80 år og eldre. Bakgrunnen for denne avgrensingen er at vi ønsker et utvalg pasienter som med stor sannsynlighet har behov for et tilbud fra kommunen etter at de utskrives fra sykehuset. Utvalget er blant annet avgrenset til å gjelde diagnoser med relativt lange liggetider og høye DRG vekter (Clench-Aas m.fl. 2005). Basert på oppgitt hoveddiagnose etter kodeverket ICD-10, inkluderer dette 15 store diagnosegrupper³¹. Til sammen utgjør utvalget 327 363 sykehusopphold eller 49 % av alle heldøgnsopphold i sykehus for aldersgruppen 80 år og eldre. Når vi utelukker pasienter som dør under sykehusoppholdet og utelater observasjoner som følge av manglende IntOrg-data, gjenstår 207 441 observasjoner eller 31 % av alle sykehusopphold for denne aldersgruppen.

Ideelt sett burde datasettet også inneholdt informasjon om pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov ved utskrivning fra sykehus. Tilgjengelig datamateriale gir ikke et entydig grunnlag for å identifisere dette. Som en indikasjon på behovet for pleie- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet, har vi benyttet opplysninger om pasientens bosted før og etter sykehusoppholdet. Vi antar at en pasient som endrer boligstatus fra hjemmeboende til institusjon etter sykehusoppholdet vil ha et økt hjelpebehov. I tabell 4.3.1 har vi skilt ut denne gruppen som et underutvalg (kolonne 2). Gruppen utgjør 23 % av hele utvalget. Pasienter som har uendrede boligforhold utgjør det andre underutvalget (kolonne 3). En del av disse pasientene vil motta hjemmesykepleie/hjemmehjelp etter at de utskrives, men dette er det ikke informasjon om i våre data. Vi antar imidlertid at hjemmetjenestene er mer fleksible enn institusjonstjenestene i den forstand at det her er lettere å flytte kapasitet fra en bruker til en annen. Vi forventer derfor at det kommunale tjenestetilbudet har størst betydning for liggetidene til pasientene som utskrives til institusjon.

³⁰ En mer detaljert beskrivelse av datakilder og variable finnes i Holmås m.fl. (2006).

³¹ Følgende diagnoser (ICD-koder), rangert etter antall opphold, inngår i analysen:

Ondartete svulster (C00* t.o.m. C97*), Lungebetennelse (J13*, J159, J180, J181, J189), Benbrudd (S720* og S721*), Hjernekar sykdommer (I60* t.o.m. I69*), Hjerteinfarkt (I21* og I22*), Uspesifisert hjertesvikt (I50*), Diffuse lidelser (R074, R104, R55), Angina pectoris (I201, I208 og I209) Atrieflimmer og atrieflutter (I48*), KOLS (J44*), Artrose (M15* t.o.m. M19*), Infeksjoner (A01* t.o.m. B99*, unntatt A40* og A41*), Aterosklerose (I70*), Gallesten (K80*), Sepsis (A40* og A41*).

Mens pasienter som ikke endret sin boligstatus i forbindelse med sykehusoppholdet i gjennomsnitt har en liggetid på 8,1 dager, er liggetiden for pasienter som overføres til en institusjon gjennomsnittlig 12,8 dager (tabell 4.3.1). Pasientene i denne gruppen er også eldre, har høyere DRG-vekt og flere bidiagnoser, noe som underbygger hypotesen om et større hjelpebehov ved utskriving for denne gruppen.

Tabell 4.3.1 Beskrivende statistikk for utvalget, gjennomsnitt (standardavvik)

	Hele utvalget	Fra hjem til institusjon	Uendret boligstatus
Kommunevariable			
Sykehjemsdekning	18.11 (4.15)	18.22 (4.23)	18.07 (4.13)
Dekning av hjemmesykepleie	23.81 (6.16)	23.69 (6.29)	23.84 (6.13)
Korttids plasser i sykehjem	2.73 (1.46)	2.78 (1.53)	2.71 (1.44)
Avstand hjemkommune - sykehus	30.52 (82.06)	30.46 (75.13)	30.53 (83.98)
Sykehus i kommunen	0.54 (0.50)	0.53 (0.50)	0.54 (0.50)
Oslo	0.15 (0.35)	0.19 (0.39)	0.13 (0.34)
Bergen	0.09 (0.28)	0.05 (0.25)	0.09 (0.29)
Stavanger	0.04 (0.18)	0.03 (0.18)	0.04 (0.19)
Trondheim	0.05 (0.22)	0.04 (0.19)	0.05 (0.22)
Bykommune	0.27 (0.44)	0.27 (0.44)	0.27 (0.44)
Byområde	0.30 (0.46)	0.28 (0.45)	0.30 (0.46)
Sykehusvariable			
Kontrakt med kommunen	0.75 (0.44)	0.77 (0.42)	0.74 (0.44)
Koordinator for utskriving	0.47 (0.50)	0.50 (0.50)	0.46 (0.50)
Antall leger per seng	0.55 (0.17)	0.56 (0.19)	0.55 (0.16)
Antall sykepleiere per seng	1.77 (.29)	1.78 (0.31)	1.77 (0.29)
Andel av aktivitet som er poliklinisk	0.27 (0.09)	0.27 (0.09)	0.27 (0.09)
Pasientvariable			
Liggetid	9.15 (10.47)	12.80 (13.16)	8.08 (9.28)
Alder	85.09 (4.10)	85.86 (4.35)	84.86 (3.99)
Mann	0.41 (0.49)	0.33 (0.47)	0.43 (0.50)
Bidiagnoser	3.11 (1.72)	3.40 (1.86)	3.03 (1.67)
DRG-vekt	1.44 (.88)	1.83 (.99)	1.33 (0.81)
Innleggelser i helgen	0.35 (0.48)	0.37 (0.48)	0.35 (0.48)
Elektiv innleggelse	0.15 (0.35)	0.13 (0.34)	0.15 (0.36)
Innlagt fra institusjon	0.06 (0.23)	0.00 (0.00)	0.07 (0.26)
Innlagt fra hjem, utskrevet til inst	0.23 (0.42)	1.00 (.00)	0.00 (0.00)
Antall observasjoner	207 441	46 879	160 562
	100%	22.6%	77.4%

Pasientene i denne gruppen er dessuten oftere innlagt som øyeblikkelig hjelp pasienter og oftere innlagt i løpet av en helg. Siden disse pasientene synes å være sykere enn andre pasienter er det som forventet at de har lengre sykehusopphold, og dette understreker behovet for å korrigere for alvorlighet av sykdom og allmenntilstand (case mix) i denne type analyser. Med hensyn til variable på kommune- og sykehusnivå avviker ikke gjennomsnittsverdiene mellom de to underutvalgene³². Mellom diagnosegruppene er det stor variasjon i andelen som var hjemmeboende før innleggelsen og som skrives ut til institusjon etter sykehusoppholdet. I analysen blir slik diagnoserelatert variasjon fanget opp ved egne indikatorvariable for diagnose.

³² Unntaket er at bosatte i Oslo kan være overrepresentert i underutvalget "fra hjem til institusjon", mens det motsatte ser ut til å gjelde for pasienter bosatt i Bergen.

4.3.6 Påvirker det kommunale pleie- og omsorgstilbudet liggetiden i sykehus?³³

I tabell 4.3.2 rapporterer vi resultater. Fra analysen på hele datasettet (kolonne 1) ser vi at høyere legedekning og høyere sykepleierdekning på sykehuset gir en kortere liggetid, og at sykehus hvor relativt mer av aktiviteten er poliklinisk har lengre liggetid. Videre ser vi at en økning i kommunens sykehjemsdekning gir en liten reduksjon i liggetiden. Hvis vi tallfester denne effekten finner vi at en 10 % økning i sykehjemsdekningen reduserer liggetiden med 1,5 %. Endringer i hjemmesykepleiedekning og antallet korttidsplasser har ikke en statistisk signifikant effekt på liggetiden. Vi ser også at liggetiden er lengre for pasienter hjemmehørende i sentrale kommuner og at pasienter fra Oslo og Trondheim har lengre liggetid enn andre pasienter, respektivt 10 % og 7 % lengre. Liggetiden er dessuten kortere jo lengre avstand det er mellom sykehuset og hjemsted-kommunen. Tallfester vi denne effekten ser vi at pasienter som bor i en kommune hvor det er lokalisert et sykehus har 5 % lengre liggetid enn andre.

Fra kolonne 1 ser vi at pasienter som kommer fra sitt eget hjem, og utskrives til institusjon har 25 % lengre liggetid enn andre pasienter. Dette bringer oss over til analysen på delutvalget som kommer hjemmefra og skrives ut til institusjon (kolonne 2). Vi ser at effekten på liggetid av sykehusets legedekning er mer enn doblet for dette utvalget sammenlignet med analysen over. En tilsvarende styrking av effektene finner vi for de kommunespesifikke variablene. Eksempelvis ser vi at hvis sykehjemsdekningen ble økt med 10 % ville liggetiden for dette underutvalget gått ned med 4,8 %, mens pasienter som bor i en kommune hvor det er lokalisert et sykehus har 9 % lengre liggetid enn andre. Tilsvarende ser vi at for dette underutvalget styrkes effektene av at kommunen er sentralt beliggende. Sterkest er effekten for Oslo hvor denne pasientgruppen ligger 30 % lenger i sykehus enn tilsvarende pasientgruppe hjemmehørende i andre kommuner.

4.3.7 Påvirker samhandling mellom sykehus og kommuner liggetiden?

I analysene måler vi samhandling mellom sykehus og kommuner ved hjelp av to variable hentet fra IntOrg undersøkelsene (Kjekshus 2005). Det første spørsmålet dreier seg om hvorvidt sykehuset har en avtale (kontrakt) med kommunene i sitt opptaksområde³⁴. Det andre spørsmålet dreier seg om hvorvidt sykehusene har en egen koordinator for å forberede utskrivingsprosessen³⁵. Det kan imidlertid finnes andre former for samarbeid mellom kommuner og sykehus enn det som dekkes i IntOrg undersøkelsene, og vi kan derfor ikke utelukke at det kan være samarbeidseffekter som ikke direkte fanges opp i våre analyser. Dessuten fanger ikke IntOrg undersøkelsene opp om kontrakten mellom sykehus og kommune inneholder avtale om betaling for utskrivingsklare pasienter, og heller ikke om koordinator er en koordinerende enhet på systemnivå eller om det er en koordinator på den enkelte sykehuspost som håndterer hver enkelte utskrivning. Dette kan bidra til å svekke validiteten av variablene.

Fra tabell 4.3.2 ser vi at effekten av samhandling synes å være relativt beskjeden. For det totale utvalget finner vi ingen statistisk signifikant effekt av at sykehuset har kontrakt med kommunene eller av at sykehuset har en koordinator. For underutvalget bestående av pasienter som kommer fra egen bolig og utskrives til institusjon, finner vi imidlertid at pasienter som ligger på sykehus med koordinator har en gjennomsnittlig liggetid som er omtrent 8 % kortere enn pasienter som utskrives fra sykehus uten koordinator.

For det andre underutvalget, som består av pasienter som ikke skifter bosted, finner vi ingen effekt av samhandlingsvariablene. Dette resultatet virker rimelig siden vi forventer at det nettopp er pasientene som kommer hjemmefra og utskrives til institusjon som vil være mest avhengig av det kommunale pleie- og omsorgstilbudet.

³³ En mer detaljert beskrivelse av statistisk analysemetode finnes i Holmås m.fl. (2006).

³⁴ **Spørsmålsformulering:** Har sykehuset inngått en avtale med kommunene om vilkår/kriterier for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten?

³⁵ **Spørsmålsformulering:** Har sykehuset en egen person som tar kontakt med hjemmkommunen til pasientene for å forberede utskrivning av ferdigbehandlede pasienter som trenger pleie?

Tabell 4.3.2 Liggetid i sykehus for pasienter 80 år og eldre

	Hele utvalget	Fra hjem til institusjon	Uendret boligstatus
Kommunevariable			
Sykehjemsdekning	-0.0015** (0.0006)	-0.0048** (0.0013)	-0.0004 (0.0007)
Dekning av hjemmesykepleie	0.0002 (0.0004)	-0.0006 (0.0009)	0.0004 (0.0004)
Kort tids plasser i sykehjem	0.0005 (0.0014)	0.0028 (0.0028)	-0.0000 (0.0015)
Avstand hjemkommune-sykehus	-0.0071** (0.0027)	-0.0282** (0.0067)	-0.0040 (0.0030)
Sykehus i kommunen	0.0523** (0.0061)	0.0916** (0.0131)	0.0405** (0.0068)
Oslo	0.1029** (0.0245)	0.3077** (0.0456)	-0.0167 (0.0292)
Bergen	0.0159 (0.0155)	0.0721 (0.0394)	-0.0035 (0.0169)
Stavanger	-0.0261 (0.0175)	0.0584 (0.0402)	-0.0559** (0.0196)
Trondheim	0.0714** (0.0176)	0.2726** (0.0402)	0.0221 (0.0194)
Bykommune	0.0339** (0.0096)	0.1228** (0.0207)	0.0020 (0.0108)
Byområde	0.0175 (0.0085)	0.0221 (0.0181)	0.0136 (0.0096)
Sykehusvariable			
Kontrakt med kommunen	0.0024 (0.0063)	0.0072 (0.0135)	-0.0007 (0.0070)
Koordinator for utskrivning	-0.0104 (0.0056)	-0.0819** (0.0134)	0.0075 (0.0061)
Antall leger per seng	-0.2771** (0.0535)	-0.6997** (0.1083)	-0.1166** (0.0616)
Antall sykepleiere per seng	-0.1027** (0.0207)	-0.0075 (0.0433)	-0.1345** (0.0236)
Andel av akt som er poliklinisk	0.1935* (0.0991)	-0.0976 (0.2171)	0.2164** (0.1119)
Pasientvariable			
Alder	-0.0027** (0.0005)	-0.0051** (0.0010)	-0.0023** (0.0005)
Mann	-0.0428** (0.0039)	-0.0272** (0.0087)	-0.0460** (0.0043)
Bidiagnoser	0.1430** (0.0012)	0.1578** (0.0024)	0.1347** (0.0014)
DRG-vekt	0.2710** (0.0027)	0.2263** (0.0055)	0.2883** (0.0031)
Innleggelser i helgen	0.0485** (0.0039)	0.0247** (0.0083)	0.0561** (0.0044)
Elektiv innleggelse	-0.1721** (0.0067)	-0.1235** (0.0184)	-0.1796** (0.0071)
Innlagt fra institusjon	-0.1167** (0.0083)	-0.1167** (0.0083)	-0.1429** (0.0082)
Innlagt fra hjem, utskrevet til inst	0.2575** (0.0049)		
Lungebetennelse	-0.0407** (0.0074)	-0.1073** (0.0172)	-0.0214** (0.0081)
Benbrudd	-0.2270** (0.0078)	-0.3704** (0.0149)	0.0566** (0.0098)
Hjerneresykdommer	0.0125 (0.0077)	0.1869** (0.0164)	-0.0746** (0.0088)
Hjerteinfarkt	-0.1454** (0.0081)	-0.2579** (0.0199)	-0.1144** (0.0088)
Uspesifisert hjertesvikt	-0.2248** (0.0082)	-0.2124** (0.0209)	-0.2195** (0.0088)
Diffuse lidelser	-0.7883** (0.0100)	-0.8192** (0.0332)	-0.7695** (0.0105)
Angina pectoris	-0.7329** (0.0100)	-0.6932** (0.0355)	-0.7167** (0.0104)
Atrieflimmer og -flutter	-0.5542** (0.0109)	-0.4743** (0.0370)	-0.5478** (0.0114)
KOLS	-0.2090** (0.0111)	-0.1572** (0.0327)	-0.2091** (0.0118)
Artrose	-0.0419** (0.0127)	-0.0190 (0.0230)	-0.0549** (0.0176)
Infeksjoner (u. sepsis)	-0.0333** (0.0118)	-0.0459 (0.0298)	-0.0251** (0.0127)
Arteriosklerose	-0.4193** (0.0117)	-0.2461** (0.0258)	-0.4742** (0.0131)
Gallesten	-0.1538** (0.0132)	-0.2011** (0.0371)	-0.1451** (0.0140)
Sepsis	-0.0621** (0.0134)	0.0481 (0.0293)	-0.0980** (0.0150)
Tid			
2000	-0.0360** (0.0069)	-0.0493** (0.0155)	-0.0350** (0.0076)
2001	-0.0972** (0.0069)	-0.0728** (0.0155)	-0.1037** (0.0077)
2002	-0.1433** (0.0071)	-0.1315** (0.0156)	-0.1441** (0.0079)
2003	-0.1835** (0.0087)	-0.2027** (0.0192)	-0.1711** (0.0097)
2004	-0.2340** (0.0089)	-0.2512** (0.0194)	-0.2238** (0.0100)
Konstantledd	1.7200** (0.0588)	2.4287** (0.1250)	1.6396** (0.0664)
Antall observasjoner	207441	46879	160562
Antall sykehus	39	39	39

** : signifikant på 1% signifikansnivå. * : signifikant på 5% signifikansnivå.

4.3.8 Har sykehusreformen ført til mer samhandling?

I det siste steget av denne analysen belyser vi om sykehusreformen har ført til mer samhandling mellom sykehus og kommuner. Vi undersøker om sannsynligheten for at et sykehus har opprettet avtale med kommunene eller har ansatt en koordinator har økt etter reformen. I disse analysene er

det følgelig det enkelte sykehus som er observasjonsenhet og forklaringsvariablene er dermed gjennomsnittsverdier for det enkelte sykehus for hvert enkelt år. I regresjonene inkluderer vi en variabel (Reform) som er 1 for alle observasjoner etter at sykehusreformen ble innført, og 0 ellers. Om denne variabelen har en positivt, signifikant effekt på sannsynligheten for samhandling, tolker vi det som at reformen har hatt en effekt på samarbeidet mellom sykehus og kommune. Som det fremgår av tabell 4.3.3, ser det ikke ut til at samhandlingen har endret seg som følge av sykehusreformen. På samme måte som ovenfor må vi imidlertid ta forbehold om at samhandling mellom sykehus og kommuner kan foregå på andre måter enn hva som er fanget i ved disse variablene, samt at variablene kanskje ikke har den kvalitet vi kunne ønske.

Tabell 4.3.3 Sannsynlighet for samhandling mellom sykehus og kommune³⁶

	Sannsynligheten for at sykehuset har koordinator	Sannsynligheten for at sykehuset har inngått kontrakt
Reform	-0.0965 (0.6527)	0.1702 (0.7157)
DRG-indeks	-0.4623 (1.7887)	1.3807 (2.0177)
Alder (gjennomsnitt)	0.5769** (0.2046)	-0.4831** (0.2224)
Antall bidiagnoser (gjennomsnitt)	0.5283 (0.4435)	-0.6853 (0.4816)
Liggetid (gjennomsnitt)	0.1673 (0.1108)	-0.1507 (0.1043)
Belegg	0.0153 (0.0206)	0.0080 (0.0220)
Antall senger	-0.0187** (0.0048)	-0.0015 (0.0023)
Antall leger	0.0373** (0.0093)	0.0031 (0.0093)
Regionsykehus	-3.3947** (1.3118)	-2.0129* (1.0470)
Sentralsykehus	-1.3087** (0.5121)	0.1153 (0.5362)
Tidstrend	0.2127 (0.2130)	0.4564* (0.2320)
Antall observasjoner	208	210
Pseudo R ²	0.19	0.11

4.3.9 Diskusjon

Kontrollert for pasientens alder, kjønn, sykdom og alvorlighetsgrad (case mix) har vi analysert hvordan kjennetegn ved pasientens hjemstedkommune og hvordan kjennetegn ved sykehusets organisering av egen virksomhet påvirker liggetiden for eldre pasienter. Vi har vært opptatt av om formelle strukturer for samhandling mellom sykehus og kommune har noen effekt på liggetiden i sykehus. Fordi sykehusreformen innebar et økt fokus på kostnadseffektivitet, har vi spesielt undersøkt om reformen har medført mer formelt samarbeid og koordinering mellom sykehus og kommuner.

I analysen finner vi at sykehusenes liggetid går ned når legedekningen i sykehus (antall leger per seng) øker, og vi finner en tilsvarende, men svakere effekt når sykepleiedekningen (antall sykepleiere per seng) øker. Antall leger og antall sykepleiere per seng er både indikatorer på sykehusets ressursbruk og indikatorer på den medisinske ekspertise som er tilgjengelig på sykehuset, og slik sett virker det rimelig at en økning i disse variablene medfører at pasientene raskere blir ferdigbehandlet og kan skrives ut. Det at effekten av legedekning er enda sterkere for pasienter som kommer fra eget hjem og skrives ut til institusjon enn den er for hele utvalget, indikerer at dette er en ressurskrevende gruppe pasienter med behov for mer medisinsk ekspertise enn gjennomsnittet.

Det er videre interessant å merke seg at jo større andel av sykehusets aktivitet som skjer poliklinisk, jo lengre blir de inneliggende pasientene værende på sykehuset. Dette kan skyldes at sykehus med stor poliklinisk aktivitet legger inn en mer selektert og tyngre pasientgruppe som dermed trenger lenger tid før de er ferdigbehandlet. Imidlertid har vi i analysen kontrollert for

³⁶ Vi har benyttet to ulike sannsynlighetsmodeller; fixed effect logit og vanlig logit. Resultatene fra disse to modellene var imidlertid relativt like og vi velger derfor å presentere resultatene fra logit modellen.

pasientens diagnose og alvorlighet av tilstanden de er innlagt for, noe som iallfall til en viss grad svekker denne forklaringen. På de fleste sykehus benyttes de mest erfarne legene til poliklinisk virksomhet, mens turnuskandidater og mer uerfarne leger arbeider på sengeposter i avdelingene. En mulig forklaring på dette funnet kan derfor være at sykehus med stor poliklinisk aktivitet har lite tilgjengelig medisinsk ekspertise i avdelingen, noe som påvirker ferdigbehandlingsraten og gir en lengre liggetid.

Selv om effekten er liten så finner vi at en bedre sykehjemsdekning i hjemstedskommunen påvirker liggetiden i sykehus negativt, og at effekten naturlig nok er sterkest for pasienter som har behov for en institusjonsplass etter sykehusinnleggelsen. At vi verken finner effekt på liggetiden av antallet korttidsplasser i sykehjem eller dekningen av hjemmesykepleie kan skyldes at variablene har lav validitet. For eksempel kan årsaken til at vi finner små, eller ingen, effekter av disse variablene være at de i liten grad er et mål på ledig kapasitet. Dersom sykehjemmene allerede er fulle trenger ikke det at en kommune har mange sykehjemsplasser per innbygger bety at sykehuspasienter hjemmehørende i denne kommunen har lettere for å få sykehjemsplass etter utskrivning enn pasienter fra kommuner med få sykehjemsplasser per innbygger.

Andre viktige funn i analysen er betydningen for liggetiden i sykehus av i) hjemstedskommunens sentralitet, ii) avstand fra hjemstedskommunen til sykehuset og iii) om sykehus er lokalisert i pasientenes hjemstedskommune. Effekten av alle disse variablene tyder på at mindre sentrale kommuner med lang avstand til sykehus er bedre i stand til å ta i mot utskrivingsklare pasienter enn sentrale kommuner med sykehus lokalisert i kommunen. Dette kan skyldes at det i usentrale kommuner uten sykehus har vært nødvendig å bygge opp en høy medisinsk og sykepleierfaglig ekspertise som gjør dem bedre i stand til å ta i mot pasienter med behov for omsorg og pleie. Nærheten til sykehus som er situasjonen for kommuner i sentrale strøk, innebærer at disse kommunene kan sende pasienter tilbake til sykehus om noe skulle skje, og dette gjør at de i mindre grad har behov for å bygge opp særskilt kompetanse. Et annet aspekt kan være at pasienter og pårørende i større grad ønsker å tilbakeføres til hjemkommunen når de er langt hjemmefra og derfor presser kommunen til å finne et egnet tilbud når sykehuset anser pasienten som utskrivingsklar. En annen rimelig forklaring kan være at sentrale kommuner med nærhet til spesialisthelsetjenesten bruker sykehusene som en bufferkapasitet og dermed kan tillate seg å ha en lavere sykehjemsdekning enn andre kommuner. En mulig innvending mot disse tolkningene kan være at terskelen for raskt å sende hjem en øyeblikkelig hjelp pasient hjemmehørende i kommuner langt fra sykehus kan være høyere enn for tilsvarende pasienter i sentrale strøk. Dette vil i så fall innebære at gjennomsnittspasienten fra usentrale kommuner med lang reisevei til sykehus i gjennomsnitt er friskere og dermed har mindre behov for sykehusbehandling, noe som vil gi kortere liggetid. Det at vi i analysene har kontrollert for alvorlighet og diagnose svekker denne forklaringen.

I analysen på hele utvalget finner vi at verken en formell kontrakt med kommunene i opptaksfeltet eller en koordinator for samhandling om utskrivingsklare pasienter påvirker liggetiden, men at effekten av den siste variabelen er signifikant når vi bare ser på det underutvalget som endrer boligstatus fra hjem til institusjon etter sykehusinnleggelsen. For pasienter som trenger institusjonsplass etter utskrivning, finner vi at liggetidene er betydelig kortere i sykehus med koordinator. Dette virker rimelig sett i lys av at det i hovedsak er for denne pasientgruppen en koordinator vil bli involvert i utskrivingsprosessen.

Det viktigste spørsmålet i denne rapporten er imidlertid om sykehusreformen med sitt fokus på kostnadseffektivitet, har ført til mer samarbeid mellom statlig eide sykehus og kommunene. Kontrollert for kjennetegn ved pasienter og sykehus finner vi imidlertid ingen slik effekt. Det er igjen viktig å minne om at de to samhandlingsvariablene vi har brukt i analysene ikke nødvendigvis fanger opp de formelle strukturene på en god måte.

Det at ressursbruk i kommunene klart synes å påvirke liggetiden og dermed ressursbruken i sykehus indikerer nødvendigheten av samarbeid og samhandling mellom de to forvaltningsnivåene

for å få til en samfunnsøkonomisk mest mulig effektiv og rasjonell ressursbruk. I forhold til liggetid i sykehus viser både den beskrivende statistikken og de økonometriske analysene at det først og fremst er for sykehuspasienter som utskrives til institusjon at dette samarbeidet er viktig. Analysene viser også at det største potensialet for sykehusene ligger i et bedre samarbeid med de mest sentrale kommunene. Det at vi bare finner effekter av at sykehuset har en koordinator og ingen effekt av at sykehuset har en samarbeidsavtale, kan tyde på at utformingen av de eksisterende kontraktene mellom sykehus og kommuner ikke er optimale. For eksempel er det mulig at ordningen med dagmulkt kan virke mot sin hensikt hvis perioden før betalingen kan innkreves blir for lang. Det mest rasjonelle, rent økonomisk, for kommunene vil da være å la pasientene ligge på sykehuset frem til det tidspunktet betalingsordningen trer i kraft, det vil si 10 dager etter at pasienten er utskrivingsklar (7 dager for Oslo).

Fokus i dette avsnittet har vært på økonomiske konsekvenser av liggetider i sykehus for eldre pasienter, og vår konklusjon er at bedre samarbeid og koordinering mellom de to forvaltningsnivåene trolig vil gi samfunnsøkonomiske gevinster. Det er imidlertid grunn til å understreke at samarbeid mellom første- og andrelinjertjenesten ikke bare handler om økonomisk effektivitet. Bedre og mer samhandling er også sentralt for å gi pasienter som trenger tjenester fra begge nivå et kvalitativt bedre behandlingstilbud. Dette ble blant annet påpekt av Wisløffutvalget (NOU 2005:3).

Integrerte behandlingsprogram for pasienter med store og sammensatte behov som trenger helse- og omsorgstjenester fra begge nivå, er et organisatorisk virkemiddel som i økende grad blir benyttet i andre land (Paulus et al. 2000, Hudson 2002, Kodner et al. 2000, 2002, Burns et al. 2002). Litteraturen viser at integrerte behandlingsprogram i mange tilfeller bidrar til forbedret funksjonsevne og høyere livskvalitet for pasientene, lavere totale kostnader for virksomheten som organiserer tjenesten, samt at pasienter som inkluderes i integrerte behandlingsprogram har større mulighet til å bo i egen bolig med mindre hjelp (Shepperd et al. 1998, Wilson et al. 1999, Leff et al. 2005, Coast 1998). Noe som i neste omgang vil redusere presset på pleie- og omsorgstjenesten. Vår analyse viser at organiseringen og ressursbruken i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten påvirker liggetiden i sykehus, samt at det fortsatt er et stort potensial for samarbeid mellom de to forvaltningsnivåene. Noe som peker i retning av nye organisatoriske modeller for samhandlingskrevende pasienter. Men fordi denne typen modeller vil kreve sektorovergrepene samordning mellom forvaltningsnivå og de gjeldende organiserings- og finansieringsordningene er knyttet til de to forvaltningsnivåene, er det trolig både finansielle og institusjonelle barrierer som motvirker gjennomføringen av slike ordninger. Det at de positive gevinstene av tiltaket ikke nødvendigvis tilfaller virksomheten som finansierer tjenesten, og at effekten ikke nødvendigvis er målbar innenfor gjeldende budsjettår, samt at det i begge sektorer er presset økonomi, innebærer ekstra utfordringer (Eika og Lurås 2006). Avslutningsvis vil vi peke på at myndighetene bør ha et særlig fokus på hvordan nye organisatoriske løsninger skal kunne implementeres i Norge og hvordan disse skal kunne videreføres gitt gjeldende organisering og finansiering.

Referanser

- Burns, L.B. and Pauly M., 2002, Integrated Delivery Networks: A Detour On the Road to Integrated Health Care?, *Business of health*, July/August 2002, 128-143.
- Clench-Aas, J., Helgeland, J., Dimoski, T., Gulbrandsen, P., Hofoss, D., Holmboe, O., Mowinckel, P., Rønning, O.M., 2005, Methodological development and evaluation of 30-day mortality as quality indicator for Norwegian hospitals, Report from Kunnskapssenteret, nr. 4-2005, Oslo.
- Coast, J., 1998, Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis, *BMJ*, 1998; 316: 1802-1806.
- Eika K. og H. Lurås, 2006, Forebygge eller behandle? Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre, *Økonomisk Forum*, Nr. 5, 2006.
- Helse og omsorgsdepartementet (HOD), 1998, Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
- Helse og omsorgsdepartementet (HOD), 2001, Forskrift om habilitering og rehabilitering.

- Holmås, T.H., E. Kjerstad, F. Kristiansen and H. Lurås, 2006, Long term care and hospital length of stay for elderly patients, Working Paper 47/06, SNF.
- Hudson, B., 2002, Integrated Care and Structural Change in England: The Case of Care Trusts, Policy Studies, Vol. 23, No 2: 77 – 95.
- Kjekshus, L.E., 2005, Primary Health Care and Hospital Interaction: Effects for Hospital Length of Stay, Scandinavian Journal of Primary Health Care, Volum 33, 114-122.
- Kodner, D.L. et al., 2002, Integrated care: meaning, logic, applications and implications: A discussion paper, International Journal of Integrated Care, Vol. 2, 1-8.
- Kodner, D.L. et al., 2000, Fully integrated care for frail elderly: Two American models, International Journal of Integrated Care, 1 Nov 2000.
- Leff, B. et al., 2005, Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients, Annals of Internal Medicine, 2005; 143: 798-808.
- NOU 2005:3, Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- NPR 2005, Somatiske sykehus Årsrapport 2004, Norsk Pasientregister, Trondheim.
- Paulus, A. et al., 2000, Integrated health care from an economic point of view, Journal of Economic Studies, 27, 3: 200-209.
- Shepperd, S. et al., 1998, Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: Three month follow up of health outcomes, BMJ 1998; 316:1786-1791.
- SAMDATA Somatikk, 2005, Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. SINTEF Health Services Research, Trondheim.
- Statistics Norway (2003)/Statistisk sentralbyrå (2003): Framskrivning av folkemengden 1999-2050, Nasjonale og regionale tall, NOS C 693.
- Thoresen, Jøran, 2003, Handlingsplanen for eldreomsorgen – Virkninger på kapasitet, dekning og årsverkforbruk. NIBR-Rapport 2003:11, Oslo.
- Wilson, A. et al., 1999, Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care, BMJ, 1999; 319: 1542-1546.

4.4 Hvordan håndtere konflikterende styringssystem? - En analyse av hvorfor og hvordan felleskostnader fordeles

Katarina Østergren og Unni Bergtun Meyer; NHH

4.4.1 Sammendrag

Helseforetakenes finansieringssystem har iboende incentiver til å vri ressurser fra psykisk helsevern til somatikk. Til tross for dette har ikke vår studie kunnet avdekke at ressursbruken i helseforetakene bevisst vris vekk fra psykisk helsevern.

Fordeling av indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern, kan være et virkemiddel som ledelsen kan benytte seg av til å påvirke ressursfordeling og ressursforbruk. Formålet med studien er å *beskrive og analysere hvordan ressursfordeling foregår internt i helseforetak som har ansvar for både psykisk helsevern og somatiske helsetjenester, samt å vurdere om dagens styringssystem klarer å sikre at uønskede vridningseffekter ikke oppstår*

Våre resultat viser at ingen av helseforetakene vi studerte har en optimal fordeling av indirekte kostnader. Alle helseforetak påpekte at målsetningen med kostnadsfordelingen er å framskaffe et så riktig økonomisk bilde som mulig, men måten de fordeler indirekte kostnader på i dag fremskaffer ikke det. For at helseforetakene skal få et riktig økonomisk bilde av somatikk og psykisk helsevern er det viktig at de bruker ressurser på å skille kostnadene rettmessig mellom disse enhetene. For å få dette til må de være konsekvente på hvilke valg de legger til grunn ved fordelingene. Alle kostnadene, både volumavhengige og volumuavhengige indirekte kostnader, må fordeles, og ledelsen må kommunisere viktigheten av kostnadsfordelingen ut til alle ansatte i helseforetaket. Det er viktig at alle ansatte er med på den økonomiske tankegangen da det ofte er de som setter i gang prosesser som tar opp ressurser og dermed genererer kostnader. De tre helseforetakene jobber aktivt med å forbedre kostnadsfordelingene, men det er som sagt mangler i måten kostnadene fordeles på.

Når det gjelder hvordan sentrale aktører forholder seg til fordelingen mellom somatikk og psykisk helsevern viser vår studie at ledelsen i de tre studerte helseforetakene er veldig bevisst på at psykisk helsevern skal prioriteres. Samtidig har det vært utfordringer knyttet til ansettelser av kvalifisert personell i psykisk helsevern som gjort at det har vært vanskelig å øke aktiviteten i psykisk helsevern i den takt de ønsket. Dette har i et tilfelle, etter godkjenning av eier, innebåret at det skjedd en fordeling fra psykisk helsevern til somatikk.

4.4.2 Innledning

Før innføringen av sykehusreformen rapporterte sykehusene finansielle data i henhold til Kommuneloven. Dette lovverket er basert på det finansielle (penge)regnskapet der fokus er på inn- og utbetalinger - ofte omtalt som kontantprinsippet. Sykehusreformen medførte at man gikk fra kontantprinsippet til å bruke privat regnskap eller "lønnsomhetsregnskap" i henhold til regnskapsloven. Det har medført en del endringer. For det første er begrep som inntekter og utgifter blitt erstattet med opptjente inntekter³⁷ og kostnader. For det andre må inntekter og kostnader henføres til den tidsperiode de har påløpt. Dvs. inntektene og kostnadene må periodiseres. For det tredje skal inntekter og kostnader føres på den enhet/nivå der de er påløpt, dvs. den økonomiske ansvarlighet desentraliseres. Det ble stilt forhåpninger om at innføringen av private regnskap skulle gi et mer gjennomskiktig kostnadsbilde som i sin tur skulle føre til at den interne styringen ble bedre.

Innføringen av private regnskapsprinsipper øker muligheten til å sammenligne resultater og effektivitet over tid og mellom ulike virksomheter. Samtidig er det viktig å kritisk granske hvilke

³⁷ På norsk brukes samme begrep for inntekter og for opptjente inntekter, mens andre språk har andre begrep som gjør det skillett tydeligere. På svensk brukes "inkomst" og "utgift" respektive "intekt" og "kostnad".

effekter innføringen av et slikt insentivsystem har i offentlig sektor fordi virksomheter i offentlig sektor også er underlagt regelstyring. Helsesektoren skal ikke bare forholde seg til generelle lovverk. I tillegg gir forskrifter og direktiv viktige styringssignaler. For eksempel fastslår prioriteringsforskriften hvem som skal prioriteres, mens statsbudsjettet fastsetter aktivitetskrav. Prismekanismen som spiller en hovedrolle i private regnskap er dermed erstattet av direktiv og regler.

Det tradisjonelle forvaltningsstyret vektlegger den legale siden av styringen, mens spørsmålet om oppfyllelsen av politiske målsettinger har blitt overlatt til institusjonen selv. Atferdsendring ble skapt gjennom nye lover og regler og var på den måten toppstyrt. Den bedriftsøkonomiske styring derimot bygger på et vel gjennomtenkt insentivsystem som skal sikre at aktørene i bedriften agerer på den måten som gir best lønnsomhet for bedriften. Styring av atferd skapes i dette tilfelle gjennom at aktørene ute i organisasjonen antas agere ut fra sin egeninteresse, dvs. i tråd med insentivene (hvis de er riktig utformet). En konsekvens av innføringen av en mer bedriftsøkonomisk tenkning er derfor at det oppstår to konflikterende styringssystem innen samme sektor; forvaltningsstyring og bedriftsøkonomisk styring. Det er interessant å spørre hvordan helseforetakene håndterer disse ibland konflikterende styringssystemene.

Et område der konflikten kommer tydelig frem er ved fordelingen av kostnader mellom somatikk og psykisk helsevern. Det nåværende finansieringssystemet, med ISF-finansiering til somatikk og rammefinansiering til psykisk helsevern skaper insentiver som gjør det lønnsomt for helseforetakene å vri ressurser fra psykisk helsevern til somatikk. Samtidig tilsier regelsystemet at psykisk helsevern ikke skal belastes med somatikkens kostnader.

I dette kapittel er interessen rettet mot hvordan helseforetakene håndterer den ovenstående konflikten. Som tidligere nevnt innebærer sykehusreformen at regnskapsloven skal følges, noe som innebærer at ansvaret ble desentralisert. Avdelingene skal selv være ansvarlig for både inntekter og kostnader. Et område der denne kobling kan bli diffus er for felleskostnader. Fordelingen av felleskostnader kan være et virkemiddel for ledelsen til å påvirke ressursfordeling og ressursforbruket. Felleskostnader er knyttet til fellesressurser for somatikk og psykisk helsevern. Felleskostnader kan også beskrives som indirekte kostnader for de to sektorene.

Formålet med studien er å *beskrive og analysere hvordan ressursfordeling foregår internt i helseforetak som har ansvar for både psykisk helsevern og somatiske helsetjenester, samt å vurdere om dagens styringssystem klarer å sikre at uønskede vridningseffekter ikke oppstår*. Hovedfokus er å studere hvordan helseforetakene allokterer de indirekte kostnadene som er felles for somatikk og psykisk helsevern. Det handler altså ikke om hvordan psykisk helsevern eller somatikk fordeler sine indirekte kostnader videre på deres avdelinger.

Studieobjektene er Akershus Universitetssykehus (Ahus), Helse Bergen og St. Olavs Hospital. Disse helseforetakene er valgt fordi de både tilbyr somatiske og psykiatriske spesialisthelsetjenester, samt at de har forskjellige tilnærminger til kostnadsfordelingsproblemet. Akershus Universitetssykehus fordeler felleskostnader ved hjelp av fordelingsnøkler (som kan ses som den gamle måten å gjøre det på), mens Helse Bergen og St. Olavs Hospital kombinerer interne markedsløsninger med at sanne felleskostnader³⁸ ikke fordeles. Disse helseforetakene har med andre ord prøvd å skape riktigere og mer presise incentiver ut fra prinsippet om at hver avdeling skal bære sine kostnader.

Det empiriske materialet som studien er basert på er tre casestudier. Analysen er basert på intervjuer med styreledere, administrerende direktør, økonomiavdelingen og ved den psykiatriske enheten (totalt 15 intervjuer). I tillegg er sekundærdata brukt.

³⁸ Med sanne felleskostnader menes volumuavhengige indirekte kostnader.

Kapitlet er oppdelt i fire deler. Del én er en komparativ analyse av endring i bruttodriftskostnader over tid for psykisk helsevern og somatikk for de tre studerte casene. Deretter følger en analyse av den økonomiske styringsprosessen i de tre helseforetakene. I del tre analyseres håndteringen av felleskostnader i de tre studerte helseforetakene.³⁹ Del fire inneholder konklusjonene.

4.4.3 Utviklingen i brutto driftskostnader fra 2001 til 2005

I denne delen skal vi sammenligne utviklingen i brutto driftskostnader i psykisk helsevern i forhold til somatikken i perioden 2001 og frem til 2005⁴⁰. Videre relateres utviklingen til data fra intervjuer med nøkkelpersoner i de tre casene⁴¹.

Årsaken til at vi ser på brutto driftskostnader for å analysere ressursveksten er at det innen psykisk helsevern ikke er utviklet pasientklassifiseringssystemer som gjør det mulig å beregne aktivitetsvekst korrigert for endring i pasienttyngde. For å kunne sammenligne de tre helseforetakene har vi valgt å fokusere på endringstall.

4.4.4 Brutto driftskostnader (ekskl. avskrivninger)

Dersom vi sammenligner utviklingen i psykisk helsevern (inkludert rus) med somatikken, ser vi at veksten i brutto driftskostnader innen psykisk helsevern er større enn i somatikken i perioden 2001 til 2004. Ahus er det helseforetaket hvor veksten i brutto driftskostnader er størst relativt til veksten i somatikk. I tillegg har Ahus en markant større vekst i brutto driftskostnader tilhørende psykisk helsevern enn Helse Bergen og St. Olavs Hospital. Det skyldes blant annet at Ahus i 2004 overtok noen opptaksområder for Oslo Nord, samt at psykisk helsevern vokste betraktelig både med hensyn til månedsverk, areal, budsjett og antall senger.

Tabell 4.4.1 Årlig vekst i brutto driftskostnader. Kilde: SSB (2005)

	2001-02		2002-03		2003-04		2001-04	
	Som.*	Psyk.**	Som.	Psyk.	Som.	Psyk.	Som.	Psyk.
Brutto dr.kost. eks. avsk.								
Akershus uni. HF	16,8	15,8	5,2	15,2	1,3	27,3	24,5	69,9
Helse Bergen HF	1,2	11,0	8,6	10,5	3,4	10,6	13,6	35,6
St Olavs Hospital	6,8	27,5	12,1	18	18,3	-3,8	41,5	44,7

* Somatiske tjenester (610, 615, 620, 625, 630, 670, 675)

** Psykisk helsevern og rus (640, 645, 646, 647, 650, 655, 656, 680)

I Helse Bergen er veksten i brutto driftskostnader innen psykisk helsevern på om lag 35 % i perioden. Dette er i underkant av 2 ganger den tilsvarende vekst innen somatikken. Innen psykisk helsevern er den årlige veksten på mellom 10,5-11 % i perioden. Veksten innen somatikken er mer variabel. I denne sammenheng kan vi også nevne at psykisk helsevern har omtrent samme andel av helseforetakets driftsinntekter som andel av kostnader knyttet til interne kjøp, noe som høres nokså rimelig ut.

I tallene til St. Olavs hospital har vi for psykisk helsevern brukt tall fra Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag HF frem til og med 2002. Ved St. Olavs Hospital er veksten i psykisk helseverns bruttodriftskostnader i perioden 2001-2004 på 44,7 %. Denne veksten er nokså lik veksten innen somatikk, 41,5 %. Dette helseforetaket er det eneste hvor veksten i brutto driftskostnader i psykisk helsevern er fallende, og hvor det er en negativ vekst fra 2003 til 2004. Det er også stor variasjon i veksten fra år til år, eksempelvis er den årlige veksten 27,5 % i 2002, mens den i 2004 er på -

³⁹ En mer omfattende beskrivelse av studien finnes i Østergren and Bergtun Meyer, 2007. Deler av studien finnes også i SNF rapport nr 04/06 (Mayer og Waage-Rasmussen, 2006).

⁴⁰ I Østergren and Bergtun Meyer, 2007 inngår også lønnskostnader og årsverk i analysen.

⁴¹ For en fordypet diskusjon om holdninger til fordeling av psykisk helsevern og somatikk se Holm, 2006.

3,8 %. Det at psykisk helsevern har redusert sine brutto driftskostnader i perioden 2003-2004 er overraskende med tanke på at dette er et satsingsområdet og at helseforetakene fremdeles får tilført opptrappingsmidler. Den forklaring som fremkommer fra både styre og ledelse ved St. Olavs Hospital er at de fikk tillatelse av eieren til å overføre midler fra psykisk helsevern til somatikk på grunn av mangel på arbeidskraft innen psykisk helsevern. Respondentene mente videre at St. Olavs Hospital hadde vært veldig bevisst på å trappe opp ressursinnsatsen innen psykisk helsevern i den takt som var mulig. Samtidig ser vi at årsveksten i brutto driftskostnader i somatikken ved St. Olavs Hospital avtar i 2001-2002 for deretter å øke i 2003 og 2004.

En analyse av brutto driftskostnader vil kun gi en indikasjon på om psykisk helsevern subsidierer somatiske helsetjenester. Ut fra denne analysen kan vi ikke konkludere med at en slik subsidiering har foregått. St. Olav. Hospital skiller seg ut fra de to andre helseforetakene. En mulig forklaring til dette er mangel på arbeidskraft. Selv om vi ikke har kunnet avdekke noen vridningseffekter grunnet de incentivene som ligger i finansieringen av helseforetakene, kan vi ikke utelukke at det er tilfellet. Dette følger fordi vi, med unntak av Helse Bergen, ikke har fått inngående kjennskap til foretakenes interne budsjetter og regnskap i forhold til fordeling av finanser og indirekte kostnader som er felles for somatikk og psykisk helsevern i perioden 2001-2004. I neste avsnitt går vi videre i analysen og ser nærmere på den økonomiske styringsprosessen i de tre studerte casene.

4.4.5 Den økonomiske styringsprosessen

Som en konsekvens av sykehusformen har styringen i helseforetakene endret seg. Helseforetakene bruker bedre styringsinstrument, men helseforetakene har fortsatt noen problemområder. Dette gjelder også for de tre helseforetakene som har vært studieobjekt i denne undersøkelsen. På Ahus har de i henhold til respondentene oppnådd mer helhetlig styring, i Helse Bergen mener respondentene at de har fått bedre oversikt over økonomien og aktiviteten, mens på St. Olavs Hospital hevder respondentene at beslutningsveiene blitt kortere med tilhørende mindre byråkratisk styring.

Selv om styringsinstrumentene generelt er blitt bedre, ble det gjennom intervjuene avdekket områder som intervjuobjektene mente hadde forbedringspotensial. På Ahus oppleves økt byråkrati grunnet økt detaljstyring fra Helse Øst RHF. I Helse Bergen mener respondentene at det brukes for lite tid på analyser og prioriteringer, i tillegg er fokuset på langtidsbudsjettet redusert. På St. Olavs Hospital er det vanskelig å bli enige om hvordan de bevilgede midler skal disponeres, siden disse bevilgningene ikke er så store som de trodde i utgangspunktet.

Fokuset for den økonomiske styringen til helseforetakene har vært på budsjetteringsprosessen i kombinasjon med måloppnåelse av de produksjonsmål som det regionale helseforetaket har satt opp. Mens Ahus hadde hovedfokus på å få en sunn økonomi ved å styre etter et budsjett i balanse, hadde Helse Bergen og St. Olavs Hospital i stedet hovedfokus på produksjonsmål. Med andre ord regulerte Ahus sin produktivitet innenfor de rammene de var gitt kombinert med de gjeldende satsene for innsattsstyrt finansiering (ISF), og ut fra den finansieringen forsøkte de å nå de produksjonsmålene som var satt. Det er tydelig hvordan Ahus atferd påvirkes av de bedriftsøkonomiske rammebetingelsene og incentivene som er lagt til grunn. I dette helseforetaket var det også mindre fokus på nøyaktigheten til budsjettet med tanke på fordelte felleskostnader.

Det som skilte Helse Bergen og St. Olavs Hospital fra Ahus, var at disse to helseforetakene i mye større grad tok utgangspunkt i de produksjonsmålene som var gitt og utarbeidet budsjettet ut fra disse produksjonsmålene. Dette er et eksempel på hvor vi kan se en konflikt mellom insentivstyring og regelstyring. Disse foretakenes atferd er med andre ord først og fremst regelstyrt i deres arbeid med budsjetteringsprosessen, noe som også gjenspeiles i deres holdning til underskudd, og særlig budsjetterte underskudd. Hos disse to foretakene var det en mer positiv holdning til budsjetterte underskudd sammenlignet enn på Ahus, hvor dette ikke skulle forekomme.

4.4.6 Budsjetteringsprosessen

Alle helseforetakene som deltok i undersøkelsen har veldig omfattende budsjetteringsprosesser, hvor fokuset ligger på at avdelingene skal få en eierfølelse til budsjettene. Det varierer i hvilken grad økonomiavdelingen blander seg i budsjetteringsprosessen til de forskjellige avdelingene og hvilken rolle de har. I tillegg har helseforetakene tatt ulike valg knyttet til budsjetteringsfilosofi.

Budsjettet har ulike funksjoner som delte autorisering, prognose, planlegging/koordinering og prestasjonsmåling (Pettersen og Bjørnenak, 2003). I de tre helseforetakene som ble studert i denne undersøkelsen, var autoriserings-, prognose- og planleggingsfunksjonen fremtredende. Autoriseringsfunksjonen til budsjettet var fremdeles viktig for de tre helseforetakene i forbindelse med godkjenning av aktivitetsendringer og investeringer. Budsjetteringsprosessen ble også brukt til å estimere og planlegge aktiviteten med tilhørende kostnader og inntekter i året som kommer. Særlig St. Olavs Hospital la vekt på at det var viktig at budsjettet var realistisk og riktig, dette vil bli utdypet senere i analysen.

Budsjettene til de tre helseforetakene ble utarbeidet med utgangspunkt i foregående års budsjett korrigert for prisstigning og diverse små endringer. Som påpekt over, er et av problemene, når budsjettene utarbeides etter denne metoden, at det er en fare for at budsjettet i liten grad reflekterer virkeligheten (Pettersen og Bjørnenak 2003). Konsekvensen av å ha virkelighetsfjerne budsjett er at budsjettet blir et mindre egnet styringsredskap. Eventuelle avvik mellom budsjett og regnskap vil dermed i mindre grad reflektere avvik grunnet produksjon, og i større grad prisavvik.

Et annet konsekvens av å legge budsjettene etter den metoden, som benyttes av de tre helseforetakene, er at en viderefører systematiske skjevheter fra tidligere budsjett og prioriteringer skjules ved at det blir for stort fokus på de små tingene (Pettersen og Bjørnenak 2003). Det har også kommet frem at de helseforetakene som var med i studien sammenligner årets budsjett med årets regnskap, men de er i mindre grad flinke til å se på årets regnskap i forhold til neste års budsjett. Felleskostnadene på Ahus blir fordelt med samme beløp som året før, kun justert for prisendringer og forventede økninger. Denne fordelingen av felleskostnadene er bygget på antagelsen om at tidligere års fordelinger er riktig, og derfor kan det være en fare for at budsjettet til Ahus viderefører systematiske skjevheter.

Alle helseforetakene bygger opp budsjettene sine ved å kombinere nedbrytnings- respektive oppbyggingsmetoden. Oppbyggingen av budsjettene foregår stort sett på samme måte hos dem alle, men det varierer om det er nedbrytningsmetoden eller oppbyggingsmetoden som er dominerende og i hvilken rekkefølge de kommer. Økonomiavdelingen i helseforetakene koordinerer og styrer budsjetteringsprosessen, men det er opp til den enkelte avdeling å utarbeide budsjettet. Avdelingene mottar forskjellige føringer på hva som er planen for helseforetakets drift, og dermed hva de kan budsjettere med av kostnader, inntekter. I tillegg blir de informert om hvilke justeringer de må legge inn i forhold til aktivitetsendringer, prisreguleringer og effektiviseringer.

Det finnes et skille på graden av styring fra økonomiavdelingen mellom de tre helseforetakene. På Ahus har økonomiavdelingen en lite styrende rolle over avdelingene, og den har en mer hjelpende funksjon enn en styrende. I Helse Bergen og St. Olavs Hospital har økonomiavdelingen en mer styrende rolle. For Ahus viser det seg blant annet ved at økonomiavdelingen utarbeider konkrete forslag til endringer hvis rammene blir lavere enn først antatt. Denne måten å gjennomføre budsjettprosessen har fremmet et godt samarbeidsklima og dialog mellom økonomiavdelingen om de andre avdelingene. Samtidig som avdelingene selv lager sine budsjetter, utvikles også et eierskap til dem. På dette helseforetaket benyttes nedbrytningsmetoden først før det benyttes oppbyggingsmetoden, dermed sikres det at det totale budsjettet går i balanse. Det er i A-hus nedbrytningsmetoden er mest dominerende og legger premissene for hele budsjetteringsprosessen og aktivitetsplanleggingen.

I Helse Bergen og på St. Olavs Hospital er økonomiavdelingens styrende rolle mer fremtredende. Dette kommer best frem i forbindelse med budsjettmøtene når avdelingenes budsjetter må justeres

på grunn av avvik. Oppbyggingsmetoden står sterkere i budsjetteringsprosessen til både Helse Bergen og St. Olavs Hospital i den forstand at avdelingene bygger opp budsjettene ut fra planlagt produksjon og føringer fra økonomiavdelingen. I likhet med Ahus, har også ved disse to helseforetakene, hver avdeling ansvaret for å bygge opp og lage sitt eget budsjett, og foreta eventuelle endringer eller omprioriteringer. I Helse Bergen mente respondentene at det var en mangelfull dialog mellom økonomiavdelingen og avdelingene på hvordan avdelingene konkret skal få dette til.

På St. Olavs Hospital utarbeides avdelingenes budsjetter i samarbeid med økonomiavdelingen, gjennom å gi maler og føringer på utgiftsnivået og ved at de ber om begrunnelser for ulike prioriteringer som er tatt. Eventuelt samlet budsjetterteunderskudd for St. Olavs Hospital, deles forholdsmessig ut på avdelingene i likhet med rammetilskuddet. Konsekvensen for avdelingene blir eventuelt at det budsjettet avdelingene hadde i utgangspunktet forverrer seg, og ytterligere effektiviseringstiltak og kutt er nødvendig for at avdelingene skal gå i balanse. Prinsippet for å håndtere det budsjetterte underskuddet er osthøvelprinsippet, det vil si at budsjettet ble litt redusert overalt.

Derimot har de siste årene vist at det budsjetterte underskuddet ikke er håndtert av St. Olavs Hospital, og at de i tillegg har fått budsjettunderskudd. Resultatet av økonomiavdelingenes styring av budsjettprosessen i Helse Bergen og på St. Olavs Hospital har ført til en negativ holdning til både prosessen og budsjettene i henhold til respondentene. I tillegg mener respondentene at økonomiavdelingens overstyring har svekket avdelingenes eierfølelse til budsjettet. I Helse Bergen er det delte meninger om hvor stort effektiviseringspotensialet er i psykisk helsevern, og det fører til at psykisk helsevern mener de får større effektiviseringskrav enn de kan makte. Konsekvensen er at motivasjonen og forpliktelsen til å bruke budsjettene i avdeling for psykisk helsevern svekkes, samt at engasjementet for å holde budsjettet avtar.

Selv om forhandlinger er noe som brukes i mindre grad i budsjetteringsprosessen i helseforetakene er det like vel noen forhandlinger og diskusjoner i forbindelse med justeringer av budsjettall opp mot de endelige rammene. På Ahus er inntrykket at samarbeidet, og den gode dialogen økonomiavdelingen har med de forskjellige avdelingene, fører til at partene i stor grad kommer til enighet gjennom dialog, og trenger i mindre grad å benytte forhandlinger og foreta politiske beslutninger.

I etterkant av økonomiavdelingens budsjettmøter med avdelingene tas det i blant politiske beslutninger mot slutten av budsjetteringsprosessen ved Helse Bergen. Dette skyldes nødvendigheten av å raskt få inn de siste endringene som er vedtatt slik at budsjettet blir ferdig tidnok. St. Olavs Hospital bruker forhandlinger og politiske beslutninger i minst grad, det kan se ut som at det er på grunn av at økonomiavdelingen spiller en så stor rolle i begynnelsen av budsjetteringsprosessen. Derimot benytter St. Olavs Hospital aktivt forhandlinger knyttet til avtaler om interne leveranser.

4.4.7 Hvordan håndteres felleskostnader?

Felleskostnader et diffust begrep

I helseforetak hvor somatikk og psykisk helsevern er tett integrert er det ofte flere resurser som er felles for de to funksjonene. Det er kostnadene knyttet til disse felles ressursene som kalles felleskostnader. Fordeling av indirekte kostnader, som er felles for somatikk og psykisk helsevern, kan være et virkemiddel som sykehusledelsen kan benytte seg av til å påvirke ressursfordelingen og ressursforbruket.

Et av nøkkelbegrepene i dette kapitlet er felleskostnader. I den forbindelse er det nødvendig å klargjøre hva helseforetakene mente med felleskostnader. I teori om felleskostnader fremkommer at felleskostnader kan være både volumavhengige og volumuavhengige (sanne felleskostnader) (Horngren et al, 2003).

I analysen av de tre casene fremkommer at det kun er A-hus som fordeler alle sine felleskostnader. Det skjer ved hjelp av tre fordelingsnøkler; areal, årsverk og liggedøgn. I Helse Bergen og ved St. Olavs Hospital fordeles derimot ikke de sanne felleskostnadene. Helse Bergen fordeler etter prinsippet om at enhetene skal belastes de kostnader de faktisk forbruker. St. Olavs Hospital fordeler kostnadene til hvor den oppstår og er påvirkbar, da vil det bli kostnader som ikke fordeles. På den måten har Helse Bergen og St. Olavs Hospital gjennom fordelingsstrategien sin automatisk ekskludert fordelingen av indirekte volumuavhengige kostnader. I og med at støtte- og service i utgangspunktet blir ansett som å tilhøre somatikken, får somatikken hele den økonomiske belastningen knyttet til sentral stab.

Det kan med andre ord konkluderes med at felleskostnader er et diffust begrep i helsesektoren. Det finnes tre grunner til at felleskostnader fremstår som et diffust begrep: (1) det er store forskjeller mellom helseforetakene med tanke på hvilke kostnader de anser å komme inn under dette begrepet, (2) dessuten er det også store forskjeller for hvordan helseforetakene behandler disse felleskostnadene, og (3) begrepet felleskostnader kan i tillegg forveksles med sanne felleskostnader og at helseforetakene ikke skilte mellom de volumavhengige og de volumuavhengige felleskostnadene.

4.4.8 Konklusjon

Hensikten med denne rapporten er å *beskrive og analysere hvordan ressursfordeling foregår internt i helseforetak som har ansvar for både psykisk helsevern og somatiske helsetjenester, samt å vurdere om dagens styringssystem klarer å sikre at uønskede vridningseffekter ikke oppstår*. For å svare på problemstillingen har vi analysert tre helseforetaks utvikling i brutto driftskostnader. Formålet var å avdekke om ressursveksten målt som brutto driftskostnader er større i psykisk helsevern enn innen somatikken. Deretter har vi analysert den økonomiske styringsprosessen i de tre helseforetakenes. Fokus har vært på hvordan felleskostnader (indirekte kostnader som er felles for psykisk helsevern og somatikk) er håndtert. Videre har vi sett nærmere på hvilke insentiv som ligger i de forskjellige valg knyttet til hvordan helseforetakene fordeler disse kostnader⁴². Dette gir oss et bilde av hvordan helseforetakene håndterer de konflikterende styringssystemene; regelstyring vs insentivstyring.

Analysen av brutto driftskostnader viser at i A-hus og i Helse Bergen er veksten i brutto driftskostnader innen somatikken redusert, mens veksten i brutto driftskostnader har økt innen psykisk helsevern. For St. Olavs Hospital observerer vi den motsatte utviklingen. Forklaringen som gis er problemer med å finne personell til psykisk helsevern og at St. Olav derfor hadde en godkjenning fra eieren om å overføre midler fra psykisk helsevern til somatikk. Det er med andre ord ikke insentivvirkning innbakt i dagens finansieringssystem som forklarer denne utviklingen.

I budsjetteringsprosessen blir de indirekte kostnadene fordelt og synliggjort ut i avdelingene. Ahus håndterer dette med hjelp av *fordelingsnøkler*, hvor alle felleskostnadene fordeles (både volumuavhengige og volumavhengige indirekte kostnader). Dette er i henhold til SINTEF Helse en vanlig måte som felleskostnader fordeles på ved norske sykehus (Sarheim Anthun og Torvik, 2006). For Helse Bergen og St. Olavs hospital fordeles imidlertid kun felleskostnader som er volumavhengige, dvs. ikke de sanne felleskostnadene. Dette skjer gjennom et *internprisingssystem*.

Verken Ahus, Helse Bergen eller St. Olavs Hospital har en optimal fordeling av de indirekte kostnadene sine i den forstand at synliggjøringen av de indirekte kostnadene skaper de rette insentivene for optimal måloppnåelse. Alle helseforetak påpekte at de ville ha et så riktig økonomisk bilde som mulig, men måten de fordeler indirekte kostnader på i dag fremskaffer ikke dette. For at få et riktig økonomisk bilde av somatikken og psykisk helsevern er det viktig at de bruker ressurser på å skille kostnadene rettmessig mellom disse enhetene. For å få dette til må de være konsekvente på hvilke valg de legger til grunn ved fordelingen, de må fordele alle

⁴² Denne del er sterkt forkortet - se Østergren and Bergtun Meyer, 2007 for en utviklet beskrivelse.

kostnadene, både volumavhengige og volumuavhengige indirekte kostnader, og de må kommunisere viktigheten av kostnadsfordelingen til alle ansatte i helseforetaket.

Det viser seg også at hvordan fellesressursene allokeres henger tett sammen med hvordan de tilhørende kostnadene fordeles. Både ved Helse Bergen og på St. Olavs Hospital har de tatt i bruk prismekanismen (insentivstyring) for å fordele en del av fellesressursene. Like vel har de på St. Olavs Hospital hatt problemer med ventetid for å få levert interne tjenester. Dette problemet skyldes at det i perioder er begrenset kapasitet i forhold til etterspørselen, og fordi markedet er lukket.

Prismekanismen er i prinsippet en effektiv mekanisme så sant det ikke er for store tendenser til markedssvikt. I helsesektoren eksisterer det langt fra et perfekt marked ved de to foretakene som benytter interne markedsløsninger for å allokere fellesressursene, noe som reduserer effektiviteten til denne mekanismen og som gir tilleggsutfordringer. Internprisingen fungerer i dag i stor utstrekning kun som et instrument for å redusere ressursbruken på behandlede avdelinger. Det finnes lite insentiv for serviceavdelingene å redusere deres ressursbruk. I tillegg så inngår ikke noen av de tradisjonelle stabsavdelingene i internprisingsmodellen, som for eksempel personal, økonomi etc. En forklaring kan være at intern prising er relativt nytt og at dette er en pågående prosess.

I tillegg til prismekanismen påvirker også politiske mål hvordan fellesressursene fordeles. Blant annet ved at etterspørrende enheter tildeles en større budsjetttramme som de igjen kan benytte til å kjøpe interne tjenester (fellesressurser). I tillegg er det reguleringer og lovbestemmelser som stiller minimumskrav til hvordan de forskjellige enhetene driftes, eksempelvis i forhold til renhold og hygiene. Disse kravene påvirker dermed hvordan enhetene etterspør noen av de interne tjenestene og kan i noen tilfeller overstyre de andre mekanismene.

Politiske mål, offentlige reguleringer og lovbestemmelser er viktige for alle de tre helseforetakene i studien, og kan bidra til å redusere eventuelle problemer knyttet til markedssvikt. På St. Olavs Hospital mente de at redusere ventelister til og med gikk foran målet om budsjettbalanse. Det samme er ikke tilfellet på Ahus, hvor budsjettbalanse prioriteres foran politiske mål i form av å korte ventelister, men budsjetteringsprosessen har som siktemål i størst mulig grad å nå de politiske mål som er satt. I stedet for prismekanismen, fordeles fellesressursene mer etter "først til mølla" prinsippet sammen med et køsystem. I tillegg er det større innslag av administrative prioriteringer. Denne formen for å allokere fellesressursene er i prinsippet mindre effektivt enn ved hjelp av prismekanismen, men i stedet åpnes det opp for skjønnsvurderinger opp mot behov. For helseforetakene kan det virke som relativt uklart hvilket styringsprinsipp som skal ha foretrede – insentivstyring eller regelstyring. Skal politiske føringer om kortere køer eller budsjett i balanse være styrende for produksjonen?

Til slutt kan det konstateres at ut fra disse tre casene finnes det ikke grunn til å si at ressursbruken bevisst vris vekk fra psykisk helsevern⁴³. Dette er begrunnet i at de som brukte nøkler har et fast system for hvordan alle indirekte kostnader skal fordeles. Imidlertid kan nøkkelen oppfattes som om den bidrar til at psykisk helsevern kommer uheldig ut sammenlignet med somatikk. Årsaken til det er at behandling innen psykisk helsevern bidrar til at de får stort behov for areal, ansatte og liggedøgn. Vi mener imidlertid ikke at dette er noen bevisst skjevfordeling.

Begrunnelsen for at ressursbruken ikke bevisst vris vekk når det gjelder de helseforetakene som bruker internprising er det at de har et stort ønske om å fordele kostnadene på en mer rettferdig måte gjennom å belaste avdelingen som bruker ressursene. De fordeler derimot ikke alle kostnader

⁴³ Vi mener her at det bevisst ikke vris vekk på grunn av insentivvirkningen. Ved St. Olavs Hospital var det en godkjenning fra eier om å føre over ressurser fra psykisk helsevern til somatikk på grunn av mangel på arbeidskraft i psykisk helsevern.

som skulle kunne tolkes som om de har mulighet å skjevfordele de resterende kostnadene. Til tross for at den muligheten finnes så mener vi at risikoen er liten med tanke på det økede fokuset på en rettferdig fordeling. Incentivene og mulighetene for en skjevfordeling er der men vi mener at risikoen for at det skjer reduseres ved at psykisk helsevern er bevisst på å ikke komme uheldig ut i forhold til somatikk.

I de helseforetakene som er studert finnes det ikke noen retningslinjer for hvordan de skal hindre at ressurser vris vekk fra psykiatrien. Dette kan ses som urovekkende særlig med tanke på at flere helseforetak tar inn alt mer verktøy for å bruke insentivene som i dag er mulig med den selvstendigheten som helseforetakene har fått etter innføringen av sykehusreformen. Samtidig så ser vi det som positivt at det finnes en streben etter at skape en bedre intern styring gjennom å bruke bedriftsøkonomiske insentiv system.

Referanser

- Bergtun Meyer, Unni og Ingrid Waage-Rasmussen, 2006: SNF rapport nr. 04/06 "Hvordan sikre psykisk helseverns resurser ved kostnadsfordeling: En konsekvens av finansieringssystemets iboende incentiver til ressursvridning". Samfunns og Næringslivsforskning AS, Bergen.
- Holm David, 2006: SNF rapport nr 15/06 "Hvordan håndterer styrene i helseforetak konflikt mellom incentiver i økonomisk styring og regelstyring?" Samfunns og Næringslivsforskning AS, Bergen.
- Horngren, Charles T, Sirkant M Datar og Georg Foster (2003) "Cost Accounting; A Managerial Emphasis". 11 utgave. Prentice Hall, New Jersey.
- Pettersen, Inger Johanne og Trond Bjørnenak (2003): *Helse i hver krone?: Om økonomisk styring i helsesektoren*. Cappelen Akademiske Forlag, Oslo.
- Sarheim Anthun, Kjartan og Heidi Torvik (2006) *Fordeling av felleskostnader i helseforetakene*. SINTEF-Helse, Rapport.
- Østergren Katarina og Meyer Bergtun, Unni (2007) "Hvordan håndtere konflikterende styringssystem?- en analyse av hvorfor og hvordan felleskostnader fordeles". Kommer som HEB-rapport.
- Notat Internhandel, 2003
- www.ssb.no. <http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/> Dato 12.12 2005, kl 20.47, 11.01 2006, kl 21.06 og 03.03.2006 kl 15.14

03.02. Helsetjenester

Spesialhelsetjenesten: 03735

Spesialhelsetjenesten, psykisk helsevern: 03753 og 03749

Spesialhelsetjenesten, regnskapstall: 03720

Spesialhelsetjenesten, somatikk: 03747

4.5 Prioritering somatikk – psykisk helsevern: Samme finansieringsordning – endrede effekter?

Jorid Kalseth, Vidar Halsteinli, Solveig Osborg Ose, Heidi Torvik og Marit Pedersen; SINTEF Helse

4.5.1 Sammendrag

Finansieringssystemet for de regionale helseforetakene er i stor grad en videreføring av systemet som ble benyttet i de siste fem årene med fylkeskommunalt ansvar, med tre hovedtyper tilskudd: Generelt rammetilskudd, øremerkede rammetilskudd og øremerkede aktivitetstilskudd som utbetales på grunnlag av faktisk produserte tjenester. Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvorvidt finansieringssystemets utforming synes å ha hatt andre effekter i perioden med helseforetak – sammenholdt med den fylkeskommunale perioden. Innsatsstyrt finansiering i somatikk virker *prisvridende* og kan potensielt medføre økt ressursinnsats for somatiske tjenester på bekostning av psykisk helsevern. *Øremerkede* rammetilskudd kan kompensere for dette, men såkalte lekkasjer kan forekomme.

Allokering av årsverk til somatikk og psykisk helsevern er analysert ved bruk av paneldatanalyse for perioden 1998-2004. Fylkeskommuner (1998-2000) og helseforetak (2002-2004) er enheter. Årsverk per innbygger er analysert mot pris per årsverk, ulike øremerkede rammetilskudd og generelt rammetilskudd, kontrollert for befolkningssammensetning. Det er gjort separate analyser for henholdsvis somatiske tjenester og psykisk helsevern. Prisvariablene representerer den gjennomsnittlig årsverkskostnaden som et helseforetak (fylkeskommune) må finansiere med generelle eller øremerkede rammetilskudd^{44 45}.

Vi finner at endringer i pris- og inntektsforhold slår *sterkere* ut for somatikk i helseforetaksperioden enn i fylkeskommunal periode. For psykisk helsevern får øremerket tilskudd økt betydning, mens derimot endringer i andre pris- og inntektsforhold får *mindre* betydning. Resultatene skal tolkes med forsiktighet, blant annet fordi analyse av et ubalansert panel viser at forskjellene i begrenset grad lar seg statistisk bekrefte som en forskjell allerede fra 2002, som var første år i reformen. Resultatene tyder imidlertid på at effekter inntreffer i 2003 og i 2004 og det kan argumenteres for at en viss treghet mht til synlige effekter kan skje. Det fremtrer altså et mønster av større pris- og inntektsfølsomhet i somatikk i foretaksperioden, mens øremerkede rammetilskudd synes å ”gjerde inn” psykisk helsevern i større grad. Resultatene kan sees i sammenheng med at sykehusreformen innbærer både et sterkere fokus på profesjonell ledelse og organisering, og rom for tydeligere statlig styring. Samtidig er det økonomiske handlingsrommet mindre for foretakene fordi fylkeskommunene hadde ansvar for flere sektorer.

Vi har måttet gjøre flere nødvendige datamessige tilrettelegginger for å i hele tatt kunne sammenligne fylkeskommuner og helseforetak. Det er også en metodemessig utfordring at en har en såpass kort tidsserie å analysere og trekke konklusjoner fra etter reformen. De datamessige og metodemessige tilnærminger som er valgt vil kunne ha betydning for resultatene. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Det vil være interessant å følge opp analysene i dette prosjektet med ytterligere analyser av helseforetakenes tilpasning til økonomiske rammebetingelser når reformen har virket i noen flere år.

⁴⁴ Samt skatteinntekter for fylkeskommunene.

⁴⁵ Aktivitetsbaserte tilskudd reduserer i utgangspunktet pris per årsverk for helseforetakene/fylkeskommunene. For å kunne analysere eventuelle endringer i effekten av ISF-refusjon før og etter reformen separat har vi imidlertid i den empiriske analysen splittet prisvariabelen for somatikk i en årsverkskostnad inklusive kostnader finansiert gjennom Innsatsstyrtfinansiering (ISF) og en variabel som måler ISF-inntekter per årsverk. Det innebærer at den korrigerte prisvariabelen ikke påvirkes av endringer i ISF, mens ISF-kostnaden per årsverk varierer med nivået på ISF-refusjonen.

4.5.2 Bakgrunn og motivasjon

Staten overtok i 2002 ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene og overførte ansvaret for spesialisthelsetjenesten og sykehusene til fem regionale helseforetak. De regionale helseforetakene (RHF) har både et sørge-for ansvar overfor befolkningen, samtidig som de hver for seg står som eiere av et antall helseforetak som skal sørge for at spesialisthelsetjenester skaffes tilveie.

Finansieringssystemet for de regionale helseforetakene er i stor grad en videreføring av finansieringssystemet som ble benyttet i de siste fem årene med fylkeskommunalt ansvar.

Finansieringsmodellen består av tre hovedtyper av tilskudd:

- Et generelt rammetilskudd som kan karakteriseres som frie inntekter
- Øremerkede rammetilskudd som rettes inn mot særskilte tjenester
- Øremerkede aktivitetstilskudd som utbetales på grunnlag av faktisk produserte tjenester.

Mens øremerkede aktivitetstilskudd utgjør en vesentlig del av det finansielle grunnlaget for den somatiske spesialisthelsetjenesten gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) og polikliniske refusjoner, er det generelle rammetilskuddet den dominerende finansielle kilden for psykisk helsevern i tillegg til øremerkede rammetilskudd knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse og polikliniske refusjoner.

Ulik finansieringsmodell for somatiske tjenester og psykisk helsevern kan påvirke prioritering og ressursfordeling ved at den delen av totalkostnaden per årsverk som må finansieres med rammetilskudd (det vil si prisen) er forskjellig. Økt innslag av aktivitetsbasert finansiering gir lavere pris. Ved at ISF virker *prisvridende*, kan det potensielt medføre økt ressursinnsats og økt aktivitet for somatiske tjenester på bekostning av tjenester som i all hovedsak finansieres via generelt rammetilskudd slik som psykisk helsevern. *Øremerkede* rammetilskudd kan kompensere for dette, men såkalte lekkasjer kan forekomme. Resultatene fra tidligere analyser av årsverksinnsats i den fylkeskommunale perioden indikerer at priser har betydning, men entydige vridningseffekter av ISF eller lekkasjer fra psykiatritilskudd får ikke støtte (Halsteinli et al (2006)).

Incitamentene til prioritering av somatikk heller enn psykisk helsevern har imidlertid vært til stede i den fylkeskommunale perioden fra 1997 som en konsekvens av finansieringssystemets utforming. I og med at finansieringssystemet i stor grad er videreført etter etablering av statlige helseforetak i 2002, har incitamentene også blitt videreført. Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvorvidt finansieringssystemets utforming synes å ha hatt andre effekter i perioden med helseforetak – sammenholdt med den fylkeskommunale perioden.

Sykehusreformen representerer en dyptgripende omstrukturering av sykehussektoren som innebærer langt mer enn overføring av eierskap fra fylkeskommunene til staten. I tillegg til statlig eierskap kjennetegnes reformen ved at den åpner for en større grad av helhetlig organisering og styring av tjenestene, endrede rammer for overordnet politisk styring, samt økt ansvar og handlefrihet til virksomhetene. Reformens innhold og bakgrunn er bl a beskrevet i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak mm, samt rapporten ”Sykehusreformen – noen eierperspektiv” fra Sosial- og helsedepartementet (2001).

Vi vil peke på flere forhold ved sykehusreformen som motiverer en antakelse om at reformen kan ha medført endret effekt av finansieringssystemet på den økonomiske tilpasningen innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder prioritering mellom somatikk og psykisk helsevern. For det første økt fokus på profesjonell ledelse, kvantitative prestasjonsmål og effektivitet med referanse til en internasjonal new public management (NPM) bølge (Opedal og Stigen mfl 2005). Dernest at overgangen fra fylkeskommunal styring til helseforetaksorganisering innebar at handlingsrommet med hensyn til prioriteringseffekter ble mindre. Under det fylkeskommunale regimet var helse en (to) av flere sektorer. Endring i kostnads- og inntektsforhold kunne da spres over flere sektorer, noe som kan tenkes å ha bidratt til å dempe effekter av finansieringssystemet for helse. Etter reformen er det mindre spillerom med hensyn til å skjerme helse fra endringer i kostnads- og

inntektsforhold. Det tredje forholdet er muligheten for sterkere statlig styring av spesialisthelsetjenesten. Opedal og Stigen m fl (2005) viser til et sterkere sykehuspolitisk engasjement fra Stortinget, ikke bare i overordnede og prinsipielle saker slik den NPM-baserte antagelsen skulle tilsi, men også i mindre saker. Spørsmålet om aktivitetsvekst og prioritering mellom somatikk og psykisk helsevern har vært berørt i alle bestillerdokumentene fra staten til de regionale helseforetakene i årene etter reformen.

Sykehusreformen kan altså både tenkes til å ha bidratt til at å forsterke effekten av økonomiske incitamenten gjennom økt fokus på ledelse og økonomi, samtidig som at den har åpnet for sterkere statlig politisk styring som kan tenkes å svekke betydningen av økonomisk incitamenten.

Analyserammen er en etterspørselsmodell hvor somatikk og psykisk helsevern konkurrerer om ressurser innenfor en gitt totalramme, og hvor relative priser, kostnads- og etterspørselsforhold påvirker ønsket ressursfordeling mellom tjenestene. Etterspørselen etter årsverk til henholdsvis psykisk helsevern og somatikk analyseres. Aktivitetsbaserte tilskudd (ISF og polikliniske refusjoner) reduserer prisen/kostnaden per årsverk somatikk (det vil si den del av kostnaden som det regionale helseforetaket må finansiere med generelt rammetilskudd), og har således en prisvridende effekt til fordel for somatikk. Øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern gjennom opptrappingsplanen har ingen slik prisvridningseffekt.

Spørsmålet er altså om det for etterspørselen etter årsverk til somatikk og psykisk helsevern har funnet sted et skift i den estimerte effekten av pris- og inntektsvariable i forbindelse med sykehusreformen.

En hovedutfordring i denne typen empirisk analyse er at reformen medfører at vi ikke har sammenlignbare enheter før og etter reformen. I perioden før reformen var det fylkeskommunen som hadde sørge-for ansvar og utøveransvar, og som var mottaker av ISF-inntekter og øremerkede- og generelle rammetilskudd. Vi har også fylkeskommunen som analyseenhet for perioden før reformen. Dette analysenivået forsvinner etter reformen. Fylkeskommunene erstattes av fem regionale helseforetak. Det er ikke nok observasjoner til å foreta en økonometrisk analyse på dette nivået, og vi har valgt å ta utgangspunkt i helseforetakene som analyseenhet for perioden etter reformen. Vi har dermed ikke samme styringsnivå som analyseenhet før og etter reformen. På den annen side har reformen medført en større grad av organisasjonsmessig og budsjettmessig integrasjon av somatikk og psykisk helsevern innenfor helseforetakene. Reformen har derfor medført at prioriteringsbeslutningene mellom somatikk og psykisk helsevern i større grad enn tidligere tas på et lavere styringsnivå. Samtidig vil effekten av finansieringssystemet for den økonomiske tilpasningen innen spesialisthelsetjenesten være påvirket av i hvilken grad systemet er videreført fra mottaker til sykehusene/foretakene. Det har ikke innenfor rammen av dette prosjektet vært mulig å innhente informasjon om dette, i og med at det krever at vi kjenner det interne finansieringssystemet for alle fylkeskommuner/regioner for alle år. Imidlertid er hovedtrekkene i de interne finansieringssystemene, og da spesielt videreføring av ISF-refusjon til sykehus/foretak, lik og det har ikke skjedd store endringer etter reformen før 2005. Ulikt styringsnivå i analyseneenhetene før og etter reformen introduserer altså usikkerhet i tolkningen av resultatene.

4.5.3 Tilrettelegging av data

Tilrettelegging av datamaterialet

Analysen baserer seg på data for perioden 1998-2004. Det innebærer at av større organisatoriske og finansielle endringer er det primært sykehusreformen som gjennomføres i tidsperioden som analyseres. Innsatsstyrt finansiering for somatiske tjenester ble innført i 1997. Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde sitt første år formelt i 1999, men innebar i realiteten en videreføring av særskilt budsjettmessig styrking med start i 1994. Den fylkeskommunale perioden går fra 1998 til 2000 med fylkeskommune som enhet. Året 2001 er i utgangspunktet holdt utenfor som følge av at data for dette året inneholder vesentlige avvik knyttet til den såkalte 13-månederseffekten da

fylkeskommunene avsluttet sitt helseregnskap, samt endret føring av pensjonsutgifter⁴⁶. Foretaksperioden går fra 2002-2004 med helseforetak som enhet.

Data er tilrettelagt slik at de *variablene* som inngår i analysen skal være mest mulig sammenliknbare for de to periodene. I tillegg er det foretatt tilpasninger for de *enheter* som inngår i foretaksperioden slik at enhetene er sammenliknbare i hele perioden 2002-2004.

Kort om tilpasning av **variablene**:

- Fordeling på helseforetak av øremerkede rammetilskudd tilskudd til psykisk helsevern er gjort basert på opplysninger fra spørreskjema og historiske fordelinger der tilskuddet primært er inntekstført på RHF-nivå
- Årlig ISF-refusjon per helseforetak er beregnet som følger: DRG-poeng multiplisert med enhetspris og deretter med årsspesifikk refusjonssats. ISF-refusjon gir uttrykk for hvilken inntekt HF'et ville fått dersom det fikk betalt i henhold til produksjon uavhengig av pasientens bosted. I praksis varierer overføring av ISF-refusjon mellom RHF og HF, men hovedregel er at RHF'et overfører DRG-refusjon knyttet til pasienter fra eget RHF-område.
- For helseforetak er tilskudd til avtalespesialister, til opptreningsinstitusjoner, til private og til kjøp av behandlingshjelpemidler tatt ut av HF-tall der de forefinnes. Årsaken er i hovedsak varierende praksis for føring av tilskudd/utgifter mellom regionale helseforetak, samt at dette gjelder utgifter som ikke omfatter aktivitet dekket av registrerte årsverk på HF-nivå.

Når det gjelder **enheter** er det korrigert for fusjoner mellom helseforetak med utgangspunkt i de foretaksenheter som forefinnes i 2004. For Vestfold er Psykiatrien i Vestfold teknisk slått sammen med Sykehuset i Vestfold HF. RH-Radiumhospitalet HF holdes utenfor som følge av at kun 11 av 4500 årsverk er knyttet til psykisk helsevern. Variable er normalisert til per innbygger. For helseforetakene er det benyttet innbyggertall for foretaksområder. For helseforetak i Oslo hvor flere foretak dekker samme foretaksområde er innbyggertall fordelt ift foretakenes relative størrelse målt med brutto utgifter.

Følgende variable inngår i analysen:

- Utførte årsverk per innbygger i henholdsvis somatikk (ANSS) og psykisk helsevern (ANSP) - avhengige variable.
- Pris per årsverk i henholdsvis somatikk (PRISS) og psykisk helsevern (PRISP). Pris (eller netto kostnad) fremkommer for hver sektor ved først å ta netto driftsutgifter, legge til øremerkede rammetilskudd (*ikke* aktivitetsavhengige), og dernest dividere på antall årsverk. Prisvariablene representerer den gjennomsnittlige årsverkskostnaden som en fylkeskommune eller et helseforetak må finansiere med "frie" inntekter eller øremerkede rammetilskudd. For fylkeskommuner er dette skatt, rammetilskudd samt øremerkede rammetilskudd (herunder tilskudd til psykisk helsevern). For helseforetak er "frie" inntekter forenklet sagt generelt tilskudd fra RHF pluss eventuelle øremerkede rammetilskudd (herunder tilskudd til psykisk helsevern).
- PRISSKORR – som PRISS men med den korreksjonen at ISF-inntekt er lagt til netto driftsutgifter somatikk og øremerkede rammetilskudd somatikk. Det er deretter dividert med årsverk somatikk.
- ISFPAA – ISF-inntekt per årsverk somatikk. Variabelen kan betraktes som en særskilt prisvariabel motivert ut fra et ønske om å isolere en eventuell ISF-effekt fra generell priseffekt.
- Øremerkede rammetilskudd til somatikk per innbygger (STATS).
- Øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern per innbygger (herunder tilskudd til Opptreppingsplanen for psykisk helse) (STATP).

⁴⁶ Ved analyse av ubalansert panel er 2001 inkludert ut fra hensiktsmessighet. Alternative kjøringene uten 2001 viser tilnærmet uendrede resultater.

- Regionsykehustilskudd per innbygger – det vil si tilskudd til forskning og utviklingsarbeid og undervisning (REGSHT).
- Inntekt (kun fylkeskommunal periode) lik netto utgifter summert over alle sektorer (NRTOT). Det inkluderer videregående skole, kultur med mer i tillegg til helse og er et uttrykk for frie inntekter.
- NETUTGH – netto utgifter til helse.
- Aldersrelaterte befolkningsandeler: Andel 16-18 (BEFAU - unge), 0-18 (BEFABOU – barn og unge) og andel over 67 år (BEFAELD - eldre). Disse variablene representerer etterspørsel etter tjenester til tre sentrale aldersgrupper, ungdom, barn og unge og eldre. Andel 16-18 ansees kun som relevant å bruke for den fylkeskommunale perioden ettersom dette dekker etterspørsel knyttet til videregående skole spesielt.

Med unntak av prisvariable og befolkningsandeler er alle variable normalisert til per innbygger. Alle kostnads- og inntektsvariable er priskorrigert til 2004-nivå. Variable er logaritmisk transformert slik at parameterestimaten er elastisiteter.

Deskriptiv statistikk

For perioden 1998-2000 omfatter datamaterialet 18 fylkeskommuner, mens 27 helseforetak inngår i perioden 2002-2004. Årsverksinnsatsen per innbygger øker over tid, både i fylkeskommunal periode og i helseforetaksperioden (se tabell 4.5.1). Det har med andre ord vært vekst i begge sektorer både før og etter sykehusreformen. Det er verdt å merke seg *nivået* på årsverk per innbygger ikke er direkte sammenliknbart mellom periodene. I fylkeskommunale periode er Oslo kommune holdt utenfor, mens i helseforetaksperioden er bl a Rikshospitalet og Radiumhospitalet holdt utenfor. Det siste er hovedårsaken til nivåskiftet for somatiske årsverk i 2002.

Pris per årsverk er lavere for somatikk enn for psykisk helsevern. I gjennomsnitt måtte fylkeskommunene dekke en kostnad på 303 000 kroner per årsverk somatikk med såkalte frie midler og øremerkede rammetilskudd, mens tilsvarende for psykisk helsevern var 531 000 kroner. Tilsvarende forskjell finner vi for helseforetaksperioden. Denne prisforskjellen skyldes i stor grad ISF. Korrigert pris somatikk (PRISSKORR) hvor ISF er inkludert i prisen illustrerer dette. I gjennomsnitt ligger den korrigerte prisen for somatikk noe over prisen per årsverk psykisk helsevern i HF-perioden, noe som kan forklares av blant annet høyere kostnader til medisinsk utstyr og ulike støttefunksjoner. ISF-refusjon per årsverk tilsvarende differansen mellom pris somatikk og korrigert pris somatikk.

Pris per årsverk somatikk varierer fra 279 000 i 2003 til 448 000 i 2004. Dette har i stor grad sammenheng med endringer i den årlige refusjonsandelen, det vil si den andel av behandlingkostnadene som ISF i gjennomsnitt er ment å dekke. I 2003 var refusjonsandelen til ISF 60 prosent av kostnaden per pasient, mens tilsvarende for 2004 var 40 prosent. Følgelig er prisen sett fra helseforetakenes side lavere i 2003 enn i 2004. Økt refusjonsandel medfører at prisen per årsverk for somatikk reduseres. I den fylkeskommunale perioden var det mindre forskjeller i refusjonsandelen. Andelen var 45 prosent i 1998 og 50 i hhv 1999 og 2000. Nivåendringer i polikliniske refusjonstakster har tilsvarende effekt. Ser vi bort fra endringer i pris knyttet til ISF og poliklinikkstakster, reflekterer endringer i prisvariablene først og fremst endringer i det generelle kostnadsnivået.

Øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern (STATP) øker jevnt i perioden som en følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Øremerkede rammetilskudd til somatikk er på den annen side gradvis trappet ned som følge av at flere og flere av tilskuddene er integrert i det generelle tilskuddet til de regionale helseforetakene.

Tabell 4.5.1 Deskriptiv statistikk. Årsgjennomsnitt

År	Årsverk somatikk	Årsverk psykisk helsev	Pris per årsverk Soma-tikk (b)	Pris Soma-tikk korrig. (b)	ISF per årsverk (b)	Pris per årsverk psykisk helsev (b)	Tilskudd soma-tikk (c)	Tilskudd Psykisk helsev (c)	Tilskudd regionsh (c)	Netto utg. helse (c)
	(a) (d)	(a) (d)	(b)	(b)	(b)	(b)	(c)	(c)	(c)	(c)
1998	12.1	3.3	320	524	204	550	59	164	314	5154
1999	12.5	3.3	299	537	239	560	20	188	334	5075
2000	12.7	3.4	291	533	242	556	55	208	371	4962
2002	11.8	3.6	300	577	277	557	29	228	333	5106
2003	12.1	3.8	279	581	302	576	16	256	332	4971
2004	12.2	3.8	448	644	196	626	0	292	102	7494
Gjennomsnitt for periodene:										
98-00	12.4	3.3	303	531	228	555	45	187	340	5064
02-04	12.0	3.7	342	601	258	587	15	259	256	5857

(a) Per1000 innbygger

(b) I 1000 kroner, 2004-nivå, per årsverk

(c) Kroner per innbygger, 2004-nivå

(d) Nivå 1998-2000 er ikke direkte sammenliknbart med 2002-2004. Oslo er ikke med som fylkeskommune, Riks-Radiumhospitalet er ikke med som helseforetak.

Tabell 4.5.2 Deskriptiv statistikk. Befolkningsvariable. Årsgjennomsnitt

År	Antall innbyggere	Andel innbyggere 16-18 år	Andel innbyggere 0-18 år	Andel Innbyggere 67 år +	Sum netto driftsutgifter fylkeskommune (alle sektorer)
1998	219 025	3.7	21.7	13.7	10 199
1999	220 612	3.7	21.6	13.6	10 071
2000	221 928	3.7	21.3	14.1	12 768
2002	168 588	3.6	21.2	13.4	
2003	169 535	3.6	21.1	13.3	
2004	170 606	3.8	21.0	13.3	
Gjennomsnitt for periodene:					
98-00	220 522	3.7	21.5	13.8	11 013
02-04	169 576	3.7	21.1	13.3	

Netto utgifter til helse (NETUTGH) uttrykker såkalt frie midler/inntekter brukt på helseområdet i de to tidsperiodene. I gjennomsnitt brukte fylkeskommunene 5 064 kroner per innbygger av sine frie midler til somatiske tjenester eller psykisk helsevern i perioden 1998-2000. Sammenholdt med frie midler brukt på *alle* sektorer under fylkeskommunalt ansvar, utgjør dette 44 prosent. Helse var følgelig en volummessig viktig sektor for fylkeskommunen.

Gjennomsnittlig befolkningsstørrelse for fylkeskommunene var 221 000 innbyggere og andel under 18 år og over 67 år var henholdsvis 21,5 og 13,8 prosent. Helseforetakene hadde i gjennomsnitt et opptaksområde på 170 000 innbyggere. Av disse var 21,1 prosent under 18 år og 13,3 prosent over 67 år.

4.5.4 Metode

Årsverk i somatikk og psykisk helsevern er analysert ved bruk av paneldatanalyse. Det er gjort separate analyser for henholdsvis somatisk sektor og psykisk helsevern. Analysene er gjort ved bruk av programvareverktøyet STATA.

Analysene gjøres med to tilnærminger. Først (trinn 1) gjøres det separate analyser for to tidsperioder, 1998-2000 og 2002-2004, og dernest (trinn 2) kjøres det analyser på et samlet paneldatasett (ubalansert) for hele perioden 1998-2004. I tillegg inkluderes interaksjonsledd ved analyse av ubalansert panel hvor en dummy-variabel kalt HF-periode multipliseres med de ulike variable som det er ønskelig å teste eventuell foretakseffekt av statistisk. Dummyvariabelen HF-periode har verdien 0 for årene 1998-2000 og verdien 1 for perioden 2002-2004.

4.5.5 Resultater

Hovedresultatene er sammenstilt og presentert i tabell 4.5 3, og er basert på analyser av fixed effect modell med bruk av dummevariable for fylkeskommuner/helseforetak med unntak av referansefylkeskommunen/helseforetaket. Den samme modellspesifikasjonen gjøres først på både somatikk og psykisk helsevern på hhv periodene 1998-2000 og på 2002-2004. Deretter brukes den samme modellen for hele perioden 1998-2004.

Vi har undersøkt om random effects modeller gir andre resultater for fylkesperioden og foretaksperioden separat. Vi finner enkelte forskjeller, men vurderer det slik at resultatene i hovedsak gir det samme. Hausman-test er utført og gir noe blandede resultater på hvilken spesifisering som bør brukes. For å kunne sammenlikne med analyser på hele perioden (ubalansert panel), velger vi å benytte fixed effect. Til tross for at det kan være problematisk å gjøre panelanalyser på korte tidsserier, viser resultatene at det er relativt stabile effekter og at det er en logisk sammenheng ved at effekter som estimeres når vi ser på separate perioder finnes igjen i analysen for hele perioden. Vi viser til særskilt SINTEF rapport (under utarbeidelse) for en mer utførlig rapportering av ulike alternative modellspesifikasjoner som har vært er utprøvd.

Som tabell 4.5.3 viser, har vi valgt å legge hovedvekt på en modell hvor effekten av innsatsstyrt finansiering kan isoleres. Prisvariabelen for somatikk er korrigert prisvariabel hvor ISF-inntekt inngår i prisen. ISF-inntekt per årsverk er følgelig inkludert som en egen variabel. Nivået på ISF-inntekt per årsverk er sterkt korrelert med endringer i den årlige refusjonsandelen (korr=0,97). Et alternativ kunne følgelig vært å bruke refusjonsandel som variabel direkte i analysen. Dette har vi forsøkt, men resultatene er sammenfallende. Dette må oppfattes slik at det er endringer i refusjonsandelen som styrer effekten av ISF-inntekt per årsverk.

I det følgende kommenterer vi først resultatene for fylkesperioden. Resultatene viser stor grad av samsvar med tidligere analyser både for allokering av årsverk til somatikk og til psykisk helsevern (Halsteinli et al, 2006). Det er klare egenpriseffekter med forventet negativt fortegn noe som innebærer at en høyere pris per årsverk isolert sett henger sammen med en reduksjon i antall årsverk. Vi finner som forventet en positiv effekt av ISF per årsverk på årsverk somatikk. Vi finner ikke signifikante krysspriseffekter på fem prosent nivå, men det er likevel verdt å merke seg et negativt estimat på effekt av prisendring somatikk på årsverk psykisk helsevern. Det er også verdt å merke seg at økt ISF er assosiert med økning også i årsverk psykisk helsevern. Inntektsvariabelen netto helseutgift er som forventet positivt assosiert med årsverk i begge sektorer med et estimat på sammenlignbart nivå.

Tabell 4.5.3 Hovedresultater

Avhengig variabel:	Årsverk SOMATIKK				Årsverk PSYKISK HELSEVERN			
	FYLKE 98-00	FORE- TAK 02-04	BEGGE 98-04	BEGGE 98-04	FYLKE 98-00	FORE- TAK 02-04	BEGGE 98-04	BEGGE 98-04
Pris somatikk***	-1.169 (8.47)**	-1.495 (6.64)**	-1.570 (11.27)**	-1.265 (2.52)*	-0.299 (1.68)	-0.238 (1.85)	-0.206 (2.00)*	-0.538 (1.63)
ISF per årsverk	0.382 (7.62)**	0.557 (4.04)**	0.532 (7.14)**	0.424 (2.36)*	0.356 (5.51)**	0.160 (2.02)*	0.181 (3.27)**	0.368 (3.11)**
Pris psykisk helsev.	-0.019 (0.33)	-0.296 (2.77)**	-0.263 (3.87)**	-0.041 (0.21)	-0.719 (9.61)**	-0.090 (1.46)	-0.154 (3.05)**	-0.759 (6.02)**
Tilskudd somatikk	0.000 (0.17)	0.006 (2.13)*	0.003 (2.16)*	0.000 (0.14)	0.002 (2.41)*	-0.001 (0.70)	-0.000 (0.10)	0.001 (0.49)
Tilskudd psyk helsev	0.048 (2.99)**	0.098 (1.71)	0.089 (2.89)**	0.067 (1.37)	0.055 (2.67)*	0.095 (2.89)**	0.070 (3.09)**	0.021 (0.66)
Tilskudd regions.h.	0.001 (0.81)	0.006 (1.63)	0.003 (1.89)	0.004 (2.24)*	-0.001 (1.18)	0.001 (0.61)	0.001 (0.94)	0.000 (0.03)
Netto utgift helse	0.592 (5.89)**	1.082 (7.35)**	1.062 (12.05)**	0.781 (2.47)*	0.614 (4.74)**	0.220 (2.61)*	0.316 (4.84)**	0.664 (3.19)**
Andel 0-18 år	0.908 (1.84)	0.046 (0.02)	0.380 (0.51)	0.302 (0.39)	-0.803 (1.26)	-1.396 (0.88)	0.333 (0.60)	0.168 (0.33)
Andel 67 år +	-1.155 (2.97)**	1.019 (0.55)	0.521 (0.78)	-0.008 (0.01)	0.530 (1.06)	-2.770 (2.60)*	-0.963 (1.94)	-0.876 (1.79)
Antall innbyggere	0.547 (1.13)	2.319 (0.82)	0.558 (0.68)	0.314 (0.36)	-0.949 (1.51)	-1.478 (0.91)	0.015 (0.02)	-0.079 (0.14)
HF-per.*pris som.				-0.238 (0.45)				0.319 (0.92)
HF-per.*ISF per aarsv				0.094 (0.47)				-0.182 (1.39)
HF-per.*pris psyk.h.				-0.261 (1.27)				0.686 (5.06)**
HF-per.*tilsk. somat.				0.005 (1.76)				-0.001 (0.81)
HF-per.*tilsk. psyk.h.				0.035 (0.56)				0.078 (1.88)
HF-per.*netto utg h.				0.279 (0.86)				-0.382 (1.78)
Konstant	-3.890 (0.55)	-26.218 (0.77)	-7.882 (0.60)	-3.382 (0.23)	12.844 (1.41)	26.547 (1.35)	0.747 (0.08)	4.326 (0.46)
Observasjoner	54	81	153	153	54	81	153	153
Adjusted R-squared	0.98	0.90	0.92	0.92	0.98	0.98	0.97	0.98

Absolutt t-verdi i parentes

* signifikant på 5 % nivå; ** signifikant på 1 % nivå

*** Pris korrigert for ISF (tilsvarer variabelen LNPRISSKORR)

Økte øremerkede tilskudd til psykisk helsevern er relatert til flere årsverk i psykisk helsevern. Til forskjell fra tidligere finner vi en signifikant positiv sammenheng mellom øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern og årsverk somatikk. Det er imidlertid ikke en stabil sammenheng på tvers av ulike modellspesifikasjoner som har vært utprøvd. Det samme er tilfelle med øremerkede rammetilskudd til somatikk og årsverk i psykisk helsevern.

Oppsummert er resultatene for fylkesperioden at allokering av årsverk *både* til somatikk og psykisk helsevern er følsomme overfor endringer i pris/netto-kostnadsforhold. Det er i første rekke endringer i egenpris som har betydning. På tilsvarende måte er årsverksinnsats følsom overfor

endringer i inntekter. Økning i øremerkede rammetilskudd psykisk helsevern leder til flere årsverk i denne tjenesten (men har også positiv, men noe usikker effekt på somatikk) og økte frie midler leder til flere årsverk i begge sektorer.

Hva finner vi så for helseforetaksperioden? For somatikk synes pris- og inntektseffektene å styrke seg. Resultatene for foretakskolonnene i tabell 4.5.3 viser at parameterestimatene jevnt over øker, samtidig som presisjonen målt med signifikansnivå er tilfredsstillende. Det er ett unntak: Effekten av økning i øremerkede midler til psykisk helsevern er mindre presist estimert og ikke signifikant på fem prosent nivå.

For psykisk helsevern finner vi langt på vei motsatt resultat. Pris- og inntektseffekter svekkes enten ved at effekten reduseres (men fortsatt signifikant) eller at effekten ikke lenger er tilstede. Igjen med ett unntak: Effekten av økt tilskudd til psykisk helsevern styrker seg.

Med andre ord: Endringer i pris- og inntektsforhold slår sterkere ut for årsverk somatikk i helseforetaksperioden enn tidligere. For psykisk helsevern får øremerket tilskudd økt betydning. Endringer i andre pris- og inntektsforhold har mindre betydning.

I andre kolonne med ubalansert panel (begge perioder) tester vi om disse forskjellene lar seg påvise ved bruk av interaksjonsdummyer. Resultatene viser at forskjellene mellom fylkesperioden og foretaksperioden i hovedsak ikke blir bekreftet med signifikante forskjeller på fem prosent nivå. Det er imidlertid ett unntak: Egenpriseffekten for årsverk psykisk helsevern er ulik og tilnærmet lik null i helseforetaksperioden. Ut fra at presisjonsnivået ligger i nærheten av 10 prosent nivå, er det imidlertid verdt å merke seg at effekten av øremerket tilskudd til psykisk helsevern er høyere i foretaksperioden, samt at effekten av netto utgifter er lavere.

Testingen med interaksjonsvariablene tar utgangspunkt i at endringen skjer i 2002 (interaksjonsdummiene = 0 før 2002). Dette betyr at vi kun tester om effekten er forskjellig mellom fylkes- og foretaksperiode. Det kan imidlertid være slik at systematiske forskjeller mellom periodene først inntreffer i 2003 og/eller 2004. Overgangen fra et fylkeskommunalt system til helseforetak innebar ikke krav om økonomisk budsjettbalanse før ved utgangen av 2003 (senere endret), slik at en sannsynligvis ikke kan forvente full økonomisk rasjonalitet fra første år. I tillegg var første år av reformen sterkt preget av at den viktigste oppgaven var å få den nye organisasjonen ”opp å stå”. En viss treghet i reformeffekter er med andre ord sannsynlig, samtidig som effekter kan endres over tid i takt med graden av profesjonalisering og læring i ledelsen og administrasjonen i helseforetakene og RHFene. Vi undersøkte derfor effekten av interaksjonsvariablene for årene 2003 og 2004 (interaksjonsdummiene = 0 før 2003) eller at effektene kun er forskjellig for 2004 sammenliknet med tidligere år (interaksjonsdummiene = 0 før 2004).

Mens vi for psykisk helsevern har funnet at enkelte forskjeller i effekt kan påvises fra 2002, viser de alternative analysene at endringene for somatikk skjer først og fremst *etter* 2002. Egenpriseffekten for somatikk styrker seg gradvis etter 2002. Endringene viser seg både i mer presise estimater og endrede størrelser på estimatene.

For psykisk helsevern viser altså tabell 4.5.3 at den direkte priseffekten var signifikant lavere i foretaksperioden sammenliknet med fylkesperioden. De alternative analysene viser også signifikante forskjeller i fylkesperioden og *deler* av helseforetaksperioden for krysspriselasititeten i psykisk helsevern, selv om det i 2002 ikke er signifikante forskjeller mellom de to periodene i gjennomsnitt. I tillegg finner vi at inntektselastisiteten i psykisk helsevern endret seg i 2003 og 2004.

Dette er interessante sammenhenger og samlet sett tyder resultatene på at effektene blir tydeligere ut over foretaksperioden selv om effektendringene i liten grad inntreffer i 2002. Etter hvert som tiden går etter reformen og vi får flere observasjoner tilgjengelig, vil det være mulig å bruke mer sofistikerte analysemetoder for å følge endringene i elastisitetene, for eksempel Smooth Transition Regression (STR) metoder.

4.5.6 Oppsummering av resultater og diskusjon

Ved gjennomføring av sykehusreformen ble finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten i stor grad videreført (Hagen et al, 2006). I både fylkeskommunal periode og foretaksperioden har finansieringen vært tredelt med bruk av et generelt rammetilskudd, øremerkede rammetilskudd (ikke aktivitetsavhengige) og øremerkede aktivitetstilskudd. Innsatsstyrt finansiering gjør at generelt rammetilskudd finansierer en lavere andel av årsverkskostnaden i somatikk enn i psykisk helsevern. Spørsmålet om ulik finansieringsmodell gir opphav til prioritering av somatikk til fordel for psykisk helsevern har vært mye diskutert (Lien (2002), Halsteinli et al (2006)). Vi har i dette prosjektet undersøkt om det er signaler på at sykehusreformen har medført endringer mht til effekter av finansieringssystemet, det vil si pris- og inntektseffekter. En særskilt oppmerksomhet er rettet mot virkninger av innsatsstyrt finansiering og øremerkede rammetilskudd til psykisk helsevern på bruk av årsverk i henholdsvis somatiske tjenester og i psykisk helsevern.

Sykehusreformen innebar at de regionale foretakene fikk ansvar for spesialisthelsetjenesten med helseforetak som de tjenesteproduserende virksomhetene. Som eier har staten fastsatt finansieringsordning og finansieringsrammer for det regionale nivået, mens det har vært RHF'enes eget ansvar å fastsette finansieringsordninger og fordele rammer for egne helseforetak. Den friheten de regionale foretakene har hatt, har medført at helseforetakenes finansieringsordninger har variert. På samme måte fastsatte staten tidligere finansieringsordning og rammer for fylkeskommunene som igjen hadde sykehus som sine tjenesteproduserende virksomheter - og med den tilhørende variasjon i sykehusfinansiering som det medførte. I vår analyse sammenholder vi effekter av en tilnærmet lik statlig finansieringsordning av henholdsvis fylkeskommuner og regionale helseforetak. Mens fylkeskommunene er analyseenhet i første tidsperiode, er *helseforetak* analyseenhet i andre periode. I utgangspunktet ville det vært konseptuelt nærliggende å sammenholde fylkeskommuner og regionale helseforetak som begge har vært den ansvarlige institusjonelle og organisatoriske enheten som den statlige finansieringen har rettet seg inn mot. Når vi har valgt helseforetak som analyseenhet er det blant annet for å øke antall observasjoner og få med mer variasjon i datamaterialet enn det fem regionale helseforetak kan frembringe. Denne forskyvingen av analysenivå innebærer at observasjonene ikke bare er resultat av beslutninger på regionalt nivå, men også på foretaksnivå. Det vil imidlertid også være slik at observasjoner på fylkeskommunalt nivå vil ta opp i seg beslutninger tatt på sykehusnivå. I denne analysen er forskjellen først og fremst at for den fylkeskommunale perioden tar observasjonene ikke hensyn til variasjon mellom sykehusene, men for foretaksperioden fanger observasjonene opp indre variasjon i regionene. For tolkning av resultatene er det et poeng å ha denne nivåforskjellen i mente av to grunner: For det første fordi nivåforskjellen potensielt kan tenkes å påvirke resultatene og for det andre at de sammenhenger som avdekkes mellom finansieringsordning og prioritering av årsverk faktisk er et resultat av beslutninger på flere nivå. Forskjellene mellom regionene mht finansiering av helseforetakene er i realiteten ikke store, og tilpasning av ISF-variabelen i vår analyse har i noen grad bidratt til å redusere eventuelle forskjeller knyttet til ulik overføring av ISF-inntekter mellom RHF og HF. Sammenhengene som avdekkes kan likevel best oppfattes som et uttrykk for hvilken effekt finansieringsordningen har hatt innenfor henholdsvis et fylkeskommunalt *system* og et foretakssystem. Innefor begge systemene er det store aktører på flere nivå.

Med dette som bakgrunn er finner vi tegn som tyder på at statens finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten har fungert på en noe annerledes måte etter at sykehusreformen ble gjennomført. For somatisk virksomhet finner vi at økning i antall årsverk har blitt *mer* følsom overfor endringer i pris (eller netto kostnad) per årsverk sammenlignet med den fylkeskommunale perioden, enten slike endringer skyldes generelle kostnadsforhold eller endringer i refusjonsandelene i ISF. På tilsvarende måte har antall årsverk blitt mer følsom overfor endringer i aktivitetsuavhengige inntekter.

For psykisk helsevern er det langt på vei det motsatte som er tilfelle. Årsverk i psykisk helsevern har først og fremst vært påvirket av økningene i psykiatritilskuddet, mens årsverk har vært *mindre* følsom overfor andre pris- og inntektsendringer, herunder refusjonsandelen i ISF.

Resultatene skal av mange grunner tolkes med forsiktighet, blant annet som følge av korte tidsserier og nødvendige datamessige tilrettelegginger for å i hele tatt kunne sammenligne fylkeskommuner og helseforetak. I tillegg viser analyse av et ubalansert panel at forskjellene i begrenset grad lar seg statistisk bekrefte som en forskjell allerede fra 2002, som var første år i reformen. Resultatene tyder imidlertid at effekter inntreffer i 2003 og i 2004 og det kan argumenteres for at en viss treghet mht til synlige effekter kan skje. Det fremtrer altså et mønster av større pris- og inntektsfølsomhet i somatikk i foretaksperioden, mens øremerkede rammetilskudd synes å ”gjerde inn” psykisk helsevern i større grad.

Gitt de endringene som sykehusreformen innebar og det fokus som opptrappingsplanen for psykisk helse har hatt (se f.eks. St. prp. nr. 63 (1997-98) og Styringsdokumenter for Helse Midt-Norge (2001, 2002, 2003)), synes resultatene å være som forventet. De regionale helseforetakene har i motsetning til fylkeskommunene kun ansvar for spesialisthelsetjenesten og følgelig ingen mulighet til å foreta omprioriteringer fra andre sektorer. Det finansielle handlingsrommet er således redusert. Opptrappingsplanen har hatt en tverrpolitisk og tydelig oppmerksomhet fra statens side og helseforetakene har gjennom rapportering og foretaksmøter blitt prøvd på i hvilken grad opptrappingsplanens tilskudd har blitt benyttet til opptrapping eller ikke. Følgelig synes det naturlig at svingninger i pris- og inntektsforhold først og fremst påvirker somatisk sektor. Den mulighet fylkeskommunene hadde til å omprioritere mellom sektorer har regionale helseforetak ikke hatt, samtidig som psykisk helsevern har blitt skjermet gjennom sterke styringssignaler. Skjermingen har vært villet fra staten sin side. Et relevant spørsmål for fremtiden er i hvor stor grad de observerte effektene av pris og inntekt er betinget av sterke styringssignalene på siden av finansieringsordningen. Og dernest: Gitt at det er ønskelig, er det mulig å opprettholde en sterk skjerming gjennom *vedvarende* sterke styringssignaler? Stortingets beslutning om å innføre aktivitetsbasert finansiering også for psykisk helsevern fra og med 2009 tyder på at myndighetene ser behovet for en mer prioriteringsnøytral finansieringsordning for helseforetakene.

Vi finner som ventet en positiv sammenheng mellom inntekt målt med sum netto utgifter til helse og årsverk i henholdsvis somatikk og psykisk helsevern. En innvending som kan reises mot analysen er imidlertid at inntektsvariabelen ikke er en uavhengig variabel men derimot endogent bestemt: Antall årsverk påvirker netto utgifter. Helseforetakenes underskudd i perioden 2002-2004 er argumenter som bygger opp under dette. Det hadde åpenbart vært ønskelig med et bedre inntektsmål enn det vi har benyttet. Tilgjengelige data på foretaksnivå begrenser mulighetene. Vi legger vekt på at de hovedresultatene som beskrives synes å være stabile på tvers av ulike modellspesifikasjoner, hvor det blant annet er gjort forsøk både med og uten inntektsvariabelen. Vi finner derfor grunn til å stole på de hovedresultater som beskrives.

Vi finner at økt ISF-inntekt per årsverk er positivt assosiert med årsverk i psykisk helsevern. Dette kan synes som selvmotsigende all den grunn ISF er knyttet til somatisk virksomhet. Dette må imidlertid forstås som en effekt av refusjonsandelen, og en forklaring på resultatet kan være at økt refusjonsandel, som innebærer økte inntektsmuligheter og som er kjent når budsjetter vedtas, leder til å tro at en større andel av frie inntekter kan brukes på psykisk helsevern. Det er også verdt å merke seg at også denne sammenhengene svekkes for foretaksperioden.

Vårt utgangspunkt har vært å analysere om *en* statlig finansieringsmodell påvirker prioriteringer i spesialisthelsetjenesten ulikt under to ulike institusjonelle og organisatoriske rammer. Analysen har krevd omfattende tilpasninger av både datavariabeler, både med hensyn til enkeltvariable og organisatoriske enheter. Tilpasningen av datamaterialet, kortere tidsintervall enn ønskelig og begrensninger som naturlig følger av det å sammenligne to så ulike institusjonelle og organisatoriske virksomheter som fylkeskommuner og helseforetak, gjør at resultatene bør tolkes med forsiktighet. Resultatene signaliserer at det har vært en dreining i hvordan finansieringsordningen virker fra den fylkeskommunale perioden til foretaksperioden. Spørsmålet er i hvor stor grad de observerte sammenhengene vil være stabile over tid – eller om de til en viss grad er avhengige av tidsspesifikke forhold og vil svekkes eller styrkes i fremtiden. Det vil være en viktig forskningsmessig utfordring å følge helseforetakenes prioriteringer med denne type analyser

fremover. Tre forhold peker seg spesielt ut, nemlig betydningen av at ”tiden går” og den nye organiseringen får ”satt seg”, betydningen av at de regionale helseforetakene har ulike finansieringsordninger og effekter knyttet til opptrappingsplanen over tid – en plan som per dato har sitt siste år i 2008.

Referanser

- Lien, L: Financial and organisational reforms in the health care sector; implications for the financing and management of mental health services. Health Policy Vol 63 (1), page 187-196 (2002)
- Halsteinli V, Ose SO, Torvik H, Hagen TP: Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care – The effects of earmarked grants. Health Policy Vol 78 (2-3), page 115-127 (2006)
- Hagen TP, Kaarbøe OM: The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central Government takes over ownership of public hospitals. Health Policy Vol 76 (3), page 320-333 (2006)
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. Reformens verdier og visjoner er diskutert i rapporten Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Sosial- og helsedepartementet, 2001.
- Sykehusreformen – noen eierperspektiv. Rapport fra Sosial- og helsedepartementet, 2001.
- St prp nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial og helsedepartementet, Oslo.
- Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF. Desember 2001, Helsedepartementet, Oslo.
- Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF. Desember 2002, Helsedepartementet, Oslo.
- Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF. Desember 2003, Helsedepartementet, Oslo.
- Opedal, S. og IM Stigen (red.) mfl (2005). Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005. En prosessevaluering. Sluttrapport. Samarbeidsrapport 2005.NIBR/NF/RF. Oslo: NIBR.

4.6 Sentralisering og desentralisering av kirurgisk pasientbehandling etter sykehusreformen⁴⁷

Beate M. Huseby og Heidi Jensberg; SINTEF Helse

4.6.1 Sammendrag

Det var et klart mål for sykehusreformen å øke kvaliteten på høyt spesialiserte prosedyrer gjennom sterkere oppgavefordeling mellom sykehusene. Opprettelsen av helseforetak skulle gjøre det enklere å gjennomføre en slik funksjonsfordeling. Spørsmålet om reformen har bidratt til økt sentralisering av høyt spesialiserte prosedyrer kan derfor hevdes å være relevant for evalueringen av reformen. Våre analyser viser at kirurgiske akuttbehandlinger, fødsler og tre av ni høyt spesialiserte prosedyrer har høyere sentraliseringsgrad i årene etter sykehusreformen enn i årene før reformen. For en av disse prosedyrene (operasjoner av brystkreft) er imidlertid sentraliseringsnivået fremdeles relativt lavt.

I analysene av mindre og middels spesialiserte prosedyrer fant vi at to av åtte prosedyrer hadde et statistisk signifikant lavere konsentrasjonsnivå i årene etter sykehusreformen sammenlignet med de tre årene før reformen. Denne utviklingen kan imidlertid ikke knyttes til økt bruk av lokalsykehus. I den grad det har skjedd en desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer i siste seksårsperiode kan dette knyttes til en økning av aktiviteten ved private kommersielle sykehus. Disse er i hovedsak plassert i geografiske sentra.

For pasientbehandlingen totalt sett, finner vi ingen betydelig endring i konsentrasjonsnivået. Dersom vi ser bort fra veksten i de private kommersielle sykehusene er både konsentrasjonsnivået av pasientbehandlingen og fordelingen mellom lokalsykehus, middels store sykehus og store regionale sykehus omtrent uendret fra 1999 til 2005.

På bakgrunn av de analysene vi har gjort rede for i denne rapporten er vår vurdering at sykehusreformen kun i beskjeden grad har bidratt til sentralisering av spesialiserte prosedyrer og at den i liten eller ingen grad har bidratt til desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer. På tross av store strukturelle endringer i myndighetsutøvelse og forvaltning av norsk spesialisthelsetjeneste, er perioden fra 1999 til 2005 preget av stor stabilitet når det gjelder sentraliseringsnivået i pasientbehandlingen. Selv om antallet organisatoriske enheter er redusert som følge av reformen, betyr ikke dette at oppgavefordelingen mellom behandlingseenhetene er endret.

Dette utelukker imidlertid ikke at den generelle sentraliseringstendensen som karakteriserte 1990-årene, har stoppet. Veksten i private kommersielle sykehus betyr på den ene siden at pasientbehandlingen er spredt over flere behandlingseenheter, og dermed blir mindre konsentrert. På den andre siden er disse behandlingseinstitusjonene plassert i geografiske sentra, og medfører en geografisk sentralisering av behandlingstilbudet.

4.6.2 Innledning

Ønsket fra offentlige myndigheter om endringer i sykehusstruktur og sterkere oppgavefordeling mellom sykehusene i Norge stod sentralt ved gjennomføringen av sykehusreformen. I begrunnelsen for reformen sies det at ”det synes å være tiltagende faglig enighet om at kvaliteten på enkelte helsetjenester kan forbedres ved å fordele funksjoner mellom sykehus slik at det nås et minstevolum på aktiviteten” (Ot. prp. nr. 66 (2000-2001)). Større grad av oppgavefordeling mellom sykehusene var en eksplisitt målsetting ved sykehusreformen og skulle bidra til økt kvalitet og økt effektivitet i pasientbehandlingen.

⁴⁷ En mer utførlig beskrivelse av resultatene fra disse analysene er gjengitt i en rapport fra SINTEF Helse (Huseby og Jensberg 2007).

Argumentasjonen i sykehusreformens formelle dokumenter var mer fokusert på betydningen av sentralisering av høyt spesialiserte prosedyrer enn på betydningen av desentralisering av mindre spesialiserte helsetjenester. De strukturendringene som ble gjennomført i reformens første to år, og de demokratiske reaksjonene på disse endringene, medførte imidlertid at politiske myndigheter også satte fokus på lokalsykehusenes rolle. Føringene fra offentlige myndigheter i siste femårsperiode kan derfor karakteriseres som et ønske om både sterkere sentralisering og desentralisering.

Det sterke fokuset på funksjonsfordeling i forbindelse med evalueringen av sykehusreformen gjør det relevant å stille spørsmål om det har skjedd endringer i sentraliseringen av den kirurgiske pasientbehandlingen. Opprettelsen av helseforetak medførte at antallet organisatoriske enheter ble sterkt redusert, men innebærer ikke nødvendigvis at oppgavefordelingen mellom behandlingseenhetene er endret. Formålet med våre analyser har derfor vært å analysere om graden av sentralisering i pasientbehandlingen er endret i perioden fra 2001 til 2005.

4.6.3 Føringer fra offentlige myndigheter

Fra rundt 1970 har sykehusene i både Norge, Sverige og Danmark vært eid og drevet av fylkene/landstingene/amtene. En betydelig grad av desentralisering har derfor vært et felles trekk ved sykehussektoren i de skandinaviske landene. I både Norge og Danmark har imidlertid utviklingen innen sykehussektoren de siste tiårene blitt beskrevet som en prosess mot økt spesialisering, sentralisering og statlig styring (Hansen 2001, Opedal og Rommetvedt 2005, Vrangbæk 2005). Sykehusreformene i både Norge (2002) og Danmark (2007) har gitt staten en sterkere posisjon. I begge land har imidlertid denne tendensen også fått sin motsats. I Danmark har kommunenes rolle og posisjon blitt betydelig styrket gjennom strukturen reformen, og i Norge har en av sykehusreformens klare intensjoner vært å gi helseforetakene et sterkere selvstyre. Sykehusreformen beskrives derfor ofte som en reform mot både sentralisering og desentralisering (se for eksempel Stortingsmelding nr 5 (2003-2004)).

I denne rapporten er det imidlertid ikke utviklingen i sentralisering/desentralisering av myndighetsutøvelse og forvaltning som settes i fokus. Utviklingen i sentralisering av pasientbehandlingen må forstås uavhengig av spørsmålet om sentralisering av den offentlige forvaltningen, selv om utviklingen i både pasientbehandling og myndighetsutøvelse kan hevdes å ha gått i sentraliserende retning på 1990-tallet. Tiåret før innføringen av sykehusreformen var preget av en rekke fusjoner mellom tidligere uavhengige institusjoner, og aktivitetsveksten var sterkst blant de største og mest spesialiserte sykehusene som også var lokalisert i regionale sentra (Huseby 2001). Sykehusreformen forsterket denne utviklingen gjennom opprettelsen av helseforetak som medførte at 81 sykehus/sykehusenheter ble redusert til 33 organisatoriske enheter (Opedal og Stigen 2005). Argumentasjonen for strukturendringene var nært knyttet til målsetningen om å styrke kvaliteten på volumfølsomme behandlinger, og var sterkere fokusert rundt sentralisering av disse tjenestene enn på desentralisering.

De offentlige myndigheters vektlegging av lokalsykehusenes rolle og eksistens har imidlertid økt etter innføringen av sykehusreformen. Flere av strukturendringene som fulgte reformen medførte sterke motsetninger og konfrontasjoner mellom lokalbefolkning, myndigheter og regionale helseforetak. I 2002 og 2003 fortalte avisoverskriftene om store demonstrasjoner og folkebevegelser mot strukturendringene på en rekke steder i Norge. I forbindelse med budsjettbehandlingen i Stortinget denne høsten ba flertallet i Sosialkomiteen om at Regjeringen skulle legge fram en analyse av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten (Budsjett-innst. S.nr. 11 (2003-2004)). I statsbudsjettet for 2005 ble lokalsykehusene gitt særskilt oppmerksomhet og det ble påpekt at de var viktige for å realisere helsepolitiske mål for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, rehabilitering, behandling av eldre pasienter og pasienter med kroniske sykdommer (St. prp. nr. 1 (2004-2005)). Revidert statsbudsjett for 2005 gav økte ressurser til styrking av lokalsykehusene (Pressemelding nr. 31 13. mai 2005), og i bestillerdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2006 sies det i klartekst at ingen lokalsykehus skal legges ned. Det påpekes imidlertid samtidig at

arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen skal videreføres. Norsk helsepolitikk i perioden rundt og etter sykehusreformen kan derfor hevdes å ha gått i retning av både sentralisering og desentralisering når det gjelder føringer for pasientbehandlingen.

4.6.4 Problemstilling

Spørsmålet om funksjonsdeling gjelder for en rekke ulike pasientbehandlinger, men har i særlig grad vært knyttet til fødsler, akuttberedskap og prosedyrer som regnes som volumfølsomme m.h.t. kvalitet. Det økte fokuset på lokalsykehusenes rolle gjør det også interessant å analysere hvorvidt lokalsykehusenes andel av vanlige og volumintensive prosedyrer har økt og om konsentrasjonsgraden for denne type behandlinger er redusert.

Vi har analysert graden av sentralisering i pasientbehandlingen for perioden fra 1999 til 2005 for 19 ulike prosedyrer i tillegg til fødsler, akutte innleggelser for kirurgisk og medisinsk behandling og for opphold totalt. Disse pasientgruppene dekker både prosedyrer som gjelder barn, middelaldrende og eldre. Pasientgruppene dekker også både planlagte behandlinger og sykdommer som krever akutt kirurgisk behandling, samt kirurgiske prosedyrer på lavt, middels og høyt spesialiseringsnivå. Den tidsperioden som er analysert gir grunnlag for å si noe om utviklingen både før og etter sykehusreformen, og om utviklingen etter innføringen av reformen avviker fra utviklingen fra 1999 til 2001.

4.6.5 Datagrunnlag

Analysene er basert på data fra Norsk pasientregister for perioden fra 1999 til 2005 og inkluderer alle registrerte opphold samt dagbehandling ved poliklinikkene. Analysene tar utgangspunkt i behandlingseenheter som representerer institusjoner eller deler av en institusjon. Totalt sett inngår det 96 behandlende enheter i data fra 1999 og 116 behandlende enheter i 2005. Økningen skyldes flere offentlig godkjente private sykehus og offentlig betalte opphold ved disse sykehusene.

4.6.6 Metode

Sentralisering, konsentrasjonsnivå og sykehusstruktur

Sentraliseringsbegrepet assosieres vanligvis med et geografisk perspektiv og den politiske skillelinjen mellom sentrum og periferi. De sterke assosiasjonene til geografi i sentraliseringsbegrepet viser hvor stor politisk slagkraft denne konflikten har hatt. Mer grunnleggende sett, er imidlertid sentraliseringsbegrepet en utvidet form av sentrum og betyr å samle virksomhet. Denne "samlingen" kan i utgangspunktet foregå langs tre dimensjoner:

- Bredde - hvor mange institusjoner/enheter som tilbyr en bestemt type behandling
- Dybde - fordelingen/konsentrasjon av behandlingene mellom de ulike enhetene
- Høyde – den hierarkiske rangordningen mellom enhetene

I våre analyser har vi tatt utgangspunkt i disse tre grunnleggende dimensjonene for å beskrive utviklingen i sentraliseringsnivå for en rekke ulike prosedyrer. De to første dimensjonene beskrives av konsentrasjonsnivået for prosedyrene, mens analysene av sykehusstruktur beskriver utviklingen i den hierarkiske rangordningen mellom behandlingseenhetene. Våre konklusjoner, knyttet til sentraliseringsnivå, gjøres dermed på bakgrunn av en vurdering av utviklingen i både konsentrasjonsnivå og sykehusstruktur.

For å analysere konsentrasjonsnivået (eller spredningsgraden) av pasientbehandlingen har vi beregnet Herfindahl-Hirschman indekser (HHI⁴⁸) som tar høyde for både antallet behandlingseenheter og den interne fordelingen av behandlinger mellom disse enhetene. Indeksen kan teoretisk sett variere mellom tilnærmet 0 og 10 000, og vil være tilnærmet lik 0 dersom det eksisterer et uendelig antall behandlingseenheter som har fordelt pasientbehandlingen likt mellom seg. Dersom

⁴⁸ $HHI = \sum_{i=1}^n (s_i^2)$

det bare er én behandlingsenhet som utfører all pasientbehandling for en bestemt gruppe pasienter vil indeksen for denne typen pasientbehandling være 10 000. HHI-indeks er brukes vanligvis som et uttrykk for markedskonsentrasjon.

HHI ivaretar både bredde- og dybde dimensjonene i sentraliseringsbegrepet, men forteller lite om hvilken retning utviklingen har gått i når det gjelder oppgavefordelingen i forhold til den hierarkiske dimensjonen. Ettersom sykehusstrukturen i Norge i stor grad reflekterer den geografiske sentraliseringsdimensjonen, finner vi det naturlig å også inkludere analyser av utviklingen i sykehusstruktur for å beskrive utviklingen i sentraliseringsgraden. Vi har skilt mellom større sykehus med regionale funksjoner (tidligere regionsykehus), middels store sykehus med vanlige spesialiteter (tidligere sentralsykehus), lokalsykehus, spesialiserte sykehus med driftsavtale med de regionale helseforetakene, private ideelle sykehus, private kommersielle sykehus og fødestuer/sykestuer. I dette kapitlet er tabellene som viser endringene i sykehusstruktur ikke gjengitt på grunn av plasshensyn. Tabellene, og en mer utførlig beskrivelse av resultatene er imidlertid tilgjengelig i en rapport utgitt av SINTEF Helse (Huseby og Jensberg 2007).

Spesialiseringsnivå

Kategoriseringen av mer eller mindre spesialiserte prosedyrer tar utgangspunkt i beregningene av sentraliseringsnivå (HHI), hvor stor andel av prosedyrene som utføres på høyspesialiserte sykehus, samt forskning som har diskutert sammenhengen mellom volum og faglig kvalitet (SMM 2001/2). For noen av prosedyrene vil det imidlertid kunne stilles spørsmål ved definisjonen av spesialiseringsnivå. Dette gjelder i særlig grad planlagte operasjoner av tykktarm,- og endetarmskreft som vi har definert som høyt spesialisert på tross av at prosedyren utføres ved 52 ulike behandlingsenheter. I henhold til analyser ved senter for medisinsk metodevurdering (SMM 2/2001) er det imidlertid klare indikasjoner på at kvaliteten ved denne typen operasjoner øker med økende pasientvolum. Vi har derfor valgt å analysere utviklingen i sentraliseringsgrad for disse operasjonene som høyt spesialiserte prosedyrer.

Behandlingsenheter

Sykehusreformen medførte mange og store strukturelle endringer når det gjelder forvaltning og organisering, men dette innebærer ikke nødvendigvis en reduksjon i antallet kirurgiske behandlingsenheter. De institusjoner og den bygningsmassen som var en del av den somatiske spesialisthelsetjenesten i 2001, har i all hovedsak også funksjon som somatiske sykehus/behandlingsenheter i dag. For å kunne beskrive utviklingen på en adekvat måte, må vi analysere sammenlignbare behandlingsenheter i perioden både før og etter sykehusreformen. Vi har derfor tatt utgangspunkt i behandlingsenheter på lavest mulig nivå og har i den grad det har vært mulig skilt mellom geografisk atskilte behandlingsenheter.

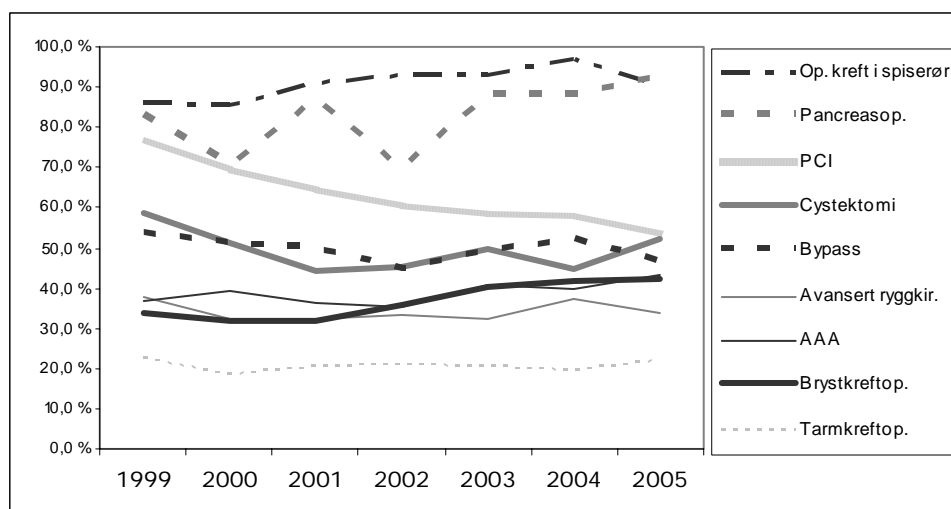
4.6.7 Resultater

Vi presenterer først resultatene for høyt spesialiserte prosedyrer, og deretter analysene av mindre/middels spesialiserte prosedyrer og analysene av akuttbehandling og fødselsomsorg. Til slutt presenteres analyser av den totale pasientbehandlingen. Den statistiske analysen av utviklingen i konsentrasjonsnivå for alle prosedyrene er samlet i tabell 4.6.1. Vi viser for øvrig til Huseby og Jensberg (2007) for tabeller av utviklingen i sykehusstruktur og en nærmere beskrivelse av regionale forskjeller i utviklingen.

Høyt spesialiserte prosedyrer

Vi finner at tre av de ni høyt spesialiserte prosedyrene vi har analysert har et signifikant høyere konsentrasjonsnivå etter sykehusreformen. Dette gjelder elektive operasjoner av brystkreft, kreft i spiserøret og abdominale aortaaneurismer (AAA). For disse tre behandlingene finner vi også økt bruk av de største sykehusene. Dette gir grunnlag for å konkludere med at sentraliseringsgraden for disse tre behandlingene har økt etter sykehusreformen, men det bør samtidig påpekes at sentraliseringsgraden for operasjoner av brystkreft fremdeles er lav.

Figur 4.6.1 Utviklingen i de største regionale sykehusenes andel av ni utvalgte høyt spesialiserte prosedyrer 1999-2005



Konsentrasjonsnivået av elektive operasjoner av tykktarm,- og endetarmskreft, kreft i bukspyttkjertel og urinblære, samt avansert ryggkirurgi (2), PCI og bypass har ikke blitt signifikant høyere i perioden etter sykehusreformen. For planlagte operasjoner av kreft i bukspyttkjertel og avansert ryggkirurgi finner vi likevel en utvikling i sentraliserende retning etter sykehusreformen. Utviklingen for PCI og bypass har også gått i sentraliserende retning nasjonalt sett. Vi finner imidlertid ingen klar tendens til at elektive cystektomier eller elektive operasjoner av tykktarm,- og endetarmskreft har blitt mer sentralisert etter sykehusreformen. Figur 4.6.1 viser utviklingen i de største sykehusene med regionale funksjoner sin andel av disse operasjonene.

Elektive operasjoner av brystkreft

Antallet behandlingssenheter som utførte elektive operasjoner av brystkreft ble noe redusert i 2002, betydelig redusert i 2003, men hadde sterkest nedgang fra 2004 til 2005. Det bør imidlertid bemerkes at det fremdeles var et relativt høyt antall behandlingssenheter for brystkreft i 2005 (34 ulike behandlingssenheter).

Analysene viser også at lokalsykehusandelen ved brystkreftoperasjoner har blitt betydelig redusert til fordel for store sykehus med regionale funksjoner eller middels store sykehus med vanlige spesialiteter. Lokalsykehusenes andel av planlagte brystkreftoperasjoner ble redusert fra 22 til 8 prosent i perioden fra 1999 til 2005, mens andelen brystkreftoperasjoner ved middels store sykehus med vanlige spesialiteter økte fra 44 til 50 prosent. I tillegg økte de store sykehusene med regionale funksjoner sin andel fra 34 til 42 prosent. På tross av at planlagte brystkreftoperasjoner fremdeles utføres ved mange behandlingssenheter i Norge, har sentraliseringsnivået for denne typen operasjoner økt signifikant etter sykehusreformen.

Elektive operasjoner av kreft i spiserøret

Det er et lavt antall planlagte operasjoner av kreft i spiserøret per år i Norge, men det var likevel 10 ulike behandlingssenheter som utførte slike operasjoner i 1999. I siste seksårsperiode er antallet behandlingssenheter redusert og i 2005 ble denne prosedyren bare utført på ett sykehus i hver region, med unntak av Helse Sør som utfører slike behandlinger ved to institusjoner. Endringene var størst i sykehusreformens første år (2002), men viser også en svak nedgang i årene etter 2002.

Når det gjelder sykehusstruktur, har også de store sykehusene med regionale funksjoner økt sin andel av de planlagte operasjonene av kreft i spiserøret på bekostning av de tidligere sentral-sykehusene. De største sykehusenes andel av slike operasjoner er nå over 90 prosent.

Elektive operasjoner av abdominale aortaaneurismer (AAA):

Antallet behandlingsenheter ved elektive operasjoner av AAA ble redusert fra 26 til 21 i perioden fra 1999 til 2005. I denne seksårsperioden har konsentrasjonsnivået for denne prosedyren økt med 42 prosent i Helse Øst RHF, 38 prosent i Helse Midt-Norge RHF og 28 prosent i Helse Vest RHF. I Helse Sør RHF og Helse Nord RHF er imidlertid sentraliseringsnivået uendret.

Elektive operasjoner av kreft i bukspyttkjertel

For operasjoner av pankreaskreft finner vi også en utviklingstendens mot sterkere konsentrasjon, men for denne prosedyren er ikke forskjellen mellom årene før og etter sykehusreformen statistisk signifikant. Antallet behandlingsenheter økte i 2002, men ble deretter årlig redusert.

Når det gjelder sykehusstruktur finner vi en tilsvarende utvikling med redusert behandlingsandel for de regionale sykehusene fra 2001 til 2002, og betydelig økning i andelen i årene 2003-2003. I perioden som helhet (fra 1999 til 2005) økte de største sykehusenes⁴⁹ andel av pankreasoperasjonene fra 83 til 93 prosent.

Avansert ryggkirurgi

Antallet behandlingsenheter for avansert ryggkirurgi ble redusert fra 2001 til 2002, men har økt årlig etter den tid og konsentrasjonsnivået i 2005 var omtrent like høyt som i 1999.

De største sykehusenes⁵⁰ andel av operasjoner for avansert ryggkirurgi ble redusert med omtrent 4 prosentpoeng fra 1999 til 2005. Denne endringen skyldes først og fremst at spesialinstitusjonenes andel av operasjonene har økt tilsvarende. I 2005 ble imidlertid også 15 prosent av disse operasjonene utført ved lokalsykehus, og 31 prosent utført på middels store sykehus med vanlige spesialiteter.

PCI og bypass

For PCI finner vi en signifikant reduksjon av konsentrasjonsnivået etter sykehusreformen. Reformeffekten for PCI går dermed i motsatt retning av hva som var forventet, og skyldes at PCI har blitt mindre konsentrert i to av regionene i løpet av perioden. Dette gjelder Helse Sør RHF og Helse Vest RHF. I Helse Sør RHF ble PCI bare utført ved Rikshospitalet ved inngangen av perioden, mens det også ble utført ved Hjertesenteret i Oslo og ved Sørlandet sykehus Arendal i 2005. I Helse Vest RHF ble det utført PCI ved både Haukeland sykehus og Stavanger sykehus i både 1999 og 2005, men konsentrasjonsnivået ble redusert som en følge av at andelen PCI-er ved Stavanger sykehus har økt.

På nasjonalt nivå har imidlertid konsentrasjonsgraden for PCI økt fordi Rikshospitalet og Feiring-klinikken utførte en større andel av disse operasjonene i 2005 enn i 1999.

Bypass utføres også i økende grad på spesialiserte institusjoner (økning fra 46 til 53 prosentpoeng i perioden fra 1999 til 2005), men viser ingen statistisk signifikant endring i perioden etter sykehusreformen.

Elektive operasjoner av tykktarm- og endetarmskreft

For elektive operasjoner av tykktarm,- og endetarmskreft finner vi ingen endring i konsentrasjonsnivået i perioden fra 1999 til 2005. Antallet behandlingsenheter er noe redusert, men konsentrasjonsnivået er likevel uendret. I 2005 ble det utført planlagte operasjoner av tykktarm,- og endetarmskreft ved 11-12 ulike behandlingsenheter i både Helse Øst RHF, Helse Sør RHF og Helse Nord RHF.

Med hensyn til sykehusstruktur finner vi imidlertid at middels store sykehus med vanlige spesialiteter brukes i noe økende grad på bekostning av lokalsykehus (+ 3,6 prosentpoeng). I 2005

⁴⁹ Tidligere regionsykehus.

⁵⁰ Tidligere regionsykehus.

ble 28 prosent av slike planlagte operasjoner utført på lokalsykehus og 50 prosent av operasjonene utført på middels store sykehus.

Elektive operasjoner av kreft i urinblære

For cystektomi varierer konsentrasjonsgraden betydelig mellom regionene. I 2005 ble det utført cystektomier ved kun en institusjon i Helse Midt-Norge RHF og ved 8 ulike behandlingssenheter i Helse Sør RHF. På nasjonalt nivå finner vi ingen entydig utviklingstendens i konsentrasjonsgraden.

Når det gjelder utviklingen i sykehusstruktur for cystektomier, finner vi en nedgang i andelen operasjoner ved de største sykehusene med regionale funksjoner til fordel for middels store sykehus med vanlige spesialiteter. Endringen fra 1999 til 2005 var 6,8 prosentpoeng.

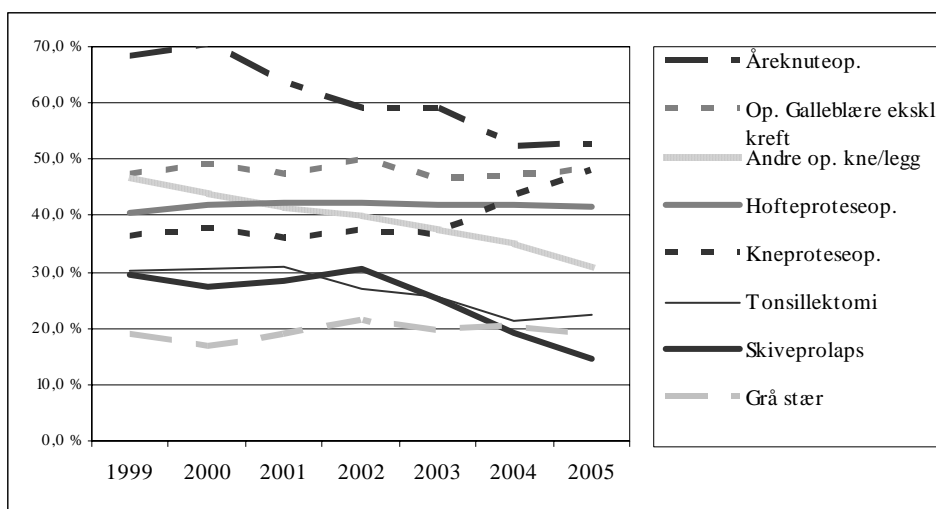
Mindre og middels spesialiserte kirurgiske prosedyrer

Våre analyser viser at konsentrasjonsnivået er signifikant lavere etter reformen for to av de åtte mindre/middels spesialiserte prosedyrene vi har analysert. Dette gjelder primære hofteproteseoperasjoner og operasjoner av kne og legg eksklusive proteseoperasjoner. For disse prosedyrene ble antallet behandlingssenheter økt etter innføringen av sykehusreformen, og konsentrasjonsnivået redusert med henholdsvis 15 og 34 prosent fra 1999 til 2005. For ingen av disse prosedyrene har imidlertid lokalsykehusenes andel av operasjonene økt mer enn ett prosentpoeng. Nedgangen i konsentrasjonsgrad for både primære hofteproteseoperasjoner og operasjoner på kne og legg eksklusive proteseoperasjoner skyldes en økning i andelen behandlinger ved private kommersielle sykehus.

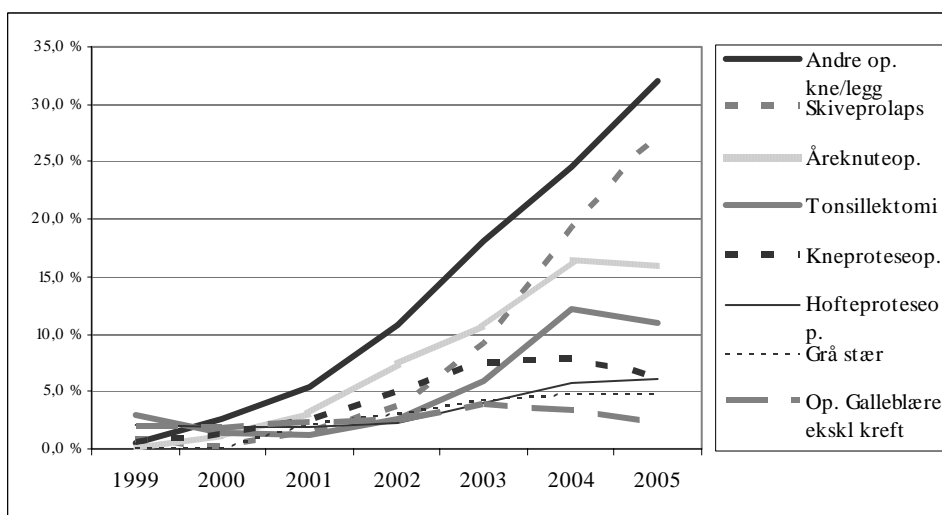
Når det gjelder primære kneproteseoperasjoner, operasjoner av åreknuter, operasjoner av grå stær, lumbalt skiveprolaps, samt tonsillektomi og kolocystektomi uten kreftdiagnose finner vi ingen signifikant effekt av verken sykehusreformen eller utviklingen over tid. For ingen av disse prosedyrene finner vi heller en økning i lokalsykehusenes andel av prosedyrene, med unntak av primære kneproteseoperasjoner. Lokalsykehusenes andel av åreknuteoperasjoner, tonsillektomier, og elektive operasjoner av lumbalt skiveprolaps er betydelig redusert på bekostning av private kommersielle sykehus. Vi finner også en sterk reduksjon i lokalsykehusenes andel av kolocystektomier, men for denne prosedyren skyldes dette en økning i de største sykehusenes andel av operasjonene.

Vi finner ingen tendenser til at sykehusreformen har bidratt til en desentralisering av pasientbehandlingen innen de mindre eller middels spesialiserte prosedyrene vi har analysert. Hovedtendensen i utviklingen er stor grad av stabilitet, og for noen av prosedyrene finner vi en økning av de private kommersielle sykehusenes andel. Figur 4.6.2 viser utviklingen i lokalsykehusenes andel av mindre/middels spesialiserte prosedyrer, mens figur 4.6.3 viser utviklingen i de private kommersielle sykehusenes andel av disse operasjonene.

Figur 4.6.2 Utviklingen i lokalsykehusenes andel av åtte utvalgte lavt/middels spesialiserte prosedyrer 1999-2005



Figur 4.6.3 Utviklingen i private kommersielle sykehus' andel av åtte utvalgte lavt/middels spesialiserte prosedyrer 1999-2005

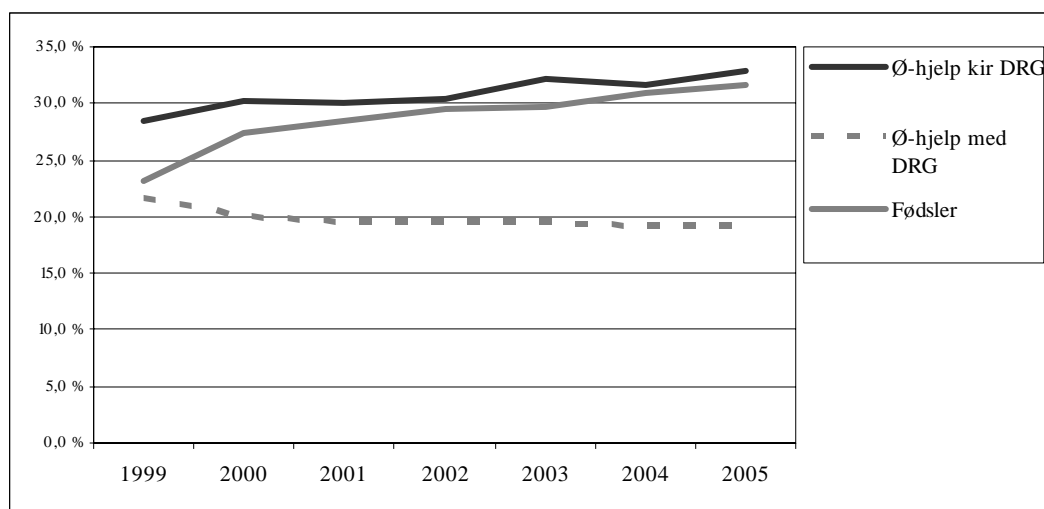


Akuttbehandling og fødselsomsorg

I tillegg til den totale akuttbehandlingen innen medisinske og kirurgiske DRG, har vi også analysert konsentrasjonsnivået for appendektomi og kirurgisk behandling av lårhalsbrudd som eksempler på kirurgisk akuttbehandling. Våre analyser viser at konsentrasjonsnivået av kirurgisk akuttbehandling, fødselsomsorg, og appendektomi var signifikant høyere etter sykehusreformen enn i årene før reformen. Vi finner imidlertid ingen signifikant endring av konsentrasjonsnivået for medisinsk akuttbehandling eller kirurgisk behandling av lårhalsbrudd.

Analysene av sykehusstruktur viser at de største sykehusene med regionale funksjoner har økt sin andel av den kirurgiske akuttberedskapen og fødselsomsorgen på bekostning av de middels store sykehusene med vanlige spesialiteter og i noen grad lokalsykehusene. Når det gjelder appendektomi er det imidlertid de middels store sykehusene med vanlige spesialiteter som har økt sin andel av behandlingene. For kirurgisk behandling av lårhalsbrudd finner vi en svak tendens til økt bruk av lokalsykehus.

Figur 4.6.4 Utviklingen i de største regionale sykehusenes andel av fødslene og akuttbehandling innen kirurgiske og medisinske DRG 1999-2005



For kirurgisk akuttbehandling og fødsler finner vi både en statistisk signifikant variasjon i konsentrasjonsnivået for perioden før og etter sykehusreformen, og en økning i de største sykehusenes andel av slike behandlinger. Vi konkluderer derfor med at den kirurgiske akuttbehandling og fødsler er blitt mer sentralisert etter sykehusreformen. Vi finner imidlertid ingen støtte for at akuttbehandling innen medisinske DRG er blitt mer sentralisert etter sykehusreformen.

Pasientbehandling totalt

Vi finner ingen signifikant endring i konsentrasjonsnivået av verken pasientbehandling totalt eller kirurgisk pasientbehandling i årene etter sykehusreformen. For perioden totalt, er det en tendens til nedgang i konsentrasjonsnivået for både kirurgi og pasientbehandling totalt. Fra 1999 til 2005 var denne nedgangen 12 prosent for kirurgi og 4,6 prosent for den totale pasientbehandlingen. Nedgangen i konsentrasjonsnivå skyldes økningen i private kommersielle sykehus.

Dersom vi ser bort fra private kommersielle sykehus, finner vi først og fremst stor grad av stabilitet, men også en tendens til økt konsentrasjon. Konsentrasjonsnivået for all pasientbehandling har økt med 1,4 prosent fra 1999 til 2005, mens konsentrasjonsnivået av den kirurgiske pasientbehandlingen har økt med 3,8 prosent i samme periode dersom vi ser bort fra de private kommersielle sykehusene.

Når det gjelder utviklingen i sykehusstruktur for pasientbehandling totalt, finner vi at de tidligere sentralsykehusene og lokalsykehusenes andel av pasientbehandlingen ble redusert med 1,8-1,9 prosentpoeng i perioden fra 1999 til 2005, mens andelen av all pasientbehandling ved de tidligere regionsykehusene ble redusert med 0,6 prosentpoeng. Avtaleinstitusjonene og spesialinstitusjonene økte sin andel av pasientbehandlingen med 1,3 prosentpoeng, mens de private kommersielle sykehusene økte med 3 prosentpoeng. Endringene skjedde i hovedsak i perioden fra 2001 til 2003. Dersom vi ser bort fra de private kommersielle sykehusene, var det imidlertid ingen endringer i sykehusstruktur for perioden fra 1999 til 2005 som var større enn 1,3 prosentpoeng.

Utviklingen i sykehusstruktur innen kirurgiske DRG viser at de private sykehusenes andel av behandlingene økte med omtrent 9 prosent og avtaleinstitusjonenes andel økte med 1 prosent, mens lokalsykehusenes og de tidligere sentralsykehusenes andel av kirurgien ble redusert med til sammen 8 prosentpoeng og de regionale sykehusenes andel av kirurgien ble redusert med omtrent 2 prosentpoeng. Dersom vi ser bort fra de private sykehusene finner vi igjen ingen endringer større enn 1,2 prosentpoeng som representerte nedgangen i lokalsykehusenes andel av all kirurgi.

På tross av de store strukturelle endringene som er gjort i norsk sykehusstruktur i perioden fra 1999 til 2005, kan utviklingen i sykehusstrukturen knyttet til pasientbehandlingen først og fremst beskrives som stabil. De tydeligste endringene som kan spores i pasientbehandlingen når det gjelder sykehusstruktur, er knyttet til økningen i pasientbehandlingen ved private kommersielle sykehus. Disse sykehusene stod imidlertid for mindre enn 4 prosent av alle sykehusopphold i Norge i 2005.

4.6.8 Tolkning

Ved tolkningen av resultatene, ønsker vi å påpeke tre særskilte forhold. Det første er knyttet til forholdet mellom tidstrender og reformeffekter. Tidsserieanalysene gir ikke grunnlag for å skille mellom endringer som er en del av en mer langsiktig trend og endringer som kan knyttes direkte til reformen. Analysene av sykehusstruktur viser imidlertid at økningen i de største sykehusenes andel av fødsler og kirurgisk ø-hjelp begynte før reformen, mens endringene i konsentrasjonsnivået av brystkreft ble først og fremst endret i årene etter reformen.

Et annet sentralt poeng når det gjelder reformens effekt på sentraliseringsnivået av høyt spesialiserte prosedyrer, er at prosesser for funksjonsfordeling kan ta lang tid ettersom det involverer flytting av personell. For noen av prosedyrene ser vi derfor en sterkere tendens til økt konsentrasjon i slutten av perioden (2005). Dette gjelder særlig for operasjoner av kreft i buk-spyttkjertel og ved cystektomi.

Sist, men ikke minst, vil vi påpeke at noen av helseforetakene har lagt vekt på en personellmessig rullering mellom behandlingseenhetene i foretaket. Dette betyr at høyt spesialiserte prosedyrer utført ved små sykehus kan ha blitt utført av den samme kirurgen som utfører slike prosedyrer ved store sykehus med regionale funksjoner. I et volumperspektiv, vil dermed behovet for å konsentrere høyt spesialiserte prosedyrer til de største sykehusene reduseres. Våre data gir imidlertid ikke grunnlag for å vurdere omfanget av dette.

Referanser

- Budsjett. inst. S. nr. 11 (2003-2004): Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2004 vedkommende Sosialdepartementet (rammeområde 15) og Helsedepartementet (rammeområde 16).
- Hansen, F.H. (2001): Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA Sykehus rapport 3/01. SINTEF UNIMED NIS SAMDATA.
- Huseby, B.M. (2001): Sykehusstruktur og ressursutvikling. I Hansen, F.H. (red.) Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA Sykehus Rapport 3/01. SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Huseby, B.M. og H. Jensberg (2007): Sentralisering og desentralisering av den kirurgiske pasientbehandlingen 1999-2005. Under publisering.
- Opedal, S. og I.M. Stigen (2005): Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001): Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartement.
- SMM (2001/2): Pasientvolum og behandlingskvalitet. Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgranskning. Senter for medisinsk metodevurdering. SINTEF Unimed STF78 A014002.
- Stortingsmelding nr 5 (2003-2004): Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.
- St. prp. nr. 1 (2004-2005): Tilråding fra Helsedepartementet av 1. oktober 2004. (Regjeringen Bondevik II).
- Vrangbæk, K og D.S. Martinsen (2005): Sporskift i dansk sundhedspolitik? Økonomi & Politikk 2005; 1:18-30.

Tabell 4.6.1 Endringer i konsentrasjonsnivået (HHI) for utvalgte prosedyrer i perioden fra 1999 til 2005. Tabellen viser B-verdier estimert ved autoregresjon med maximum-likelihood-estimering. Enhetene i analysene er HHI-indeks for regioner og nasjonalt nivå

	Reform	Helse Øst RHF	Helse Sør RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Konst.	Rho=	
Høyt spes. prosedyrer (elektive opphold)	Tykkttarm/endetarmskreft	56	881**	973**	1531**	1659**	1567**	305**	-0,04
	Brystkreft	716**	1565**	1238**	3026**	2102**	2530**	158	-0,05
	Pankreaskreft	567	6157**	6972**	4676**	5696**	4999**	1682*	-0,23
	Cystektomi	-66	1512*	1857**	5726**	7898**	4180**	944*	-0,32
	Kreft i spiserøret	913**	5300**	5282**	7106**	7623**	6355**	1859**	-0,34*
	Avansert ryggkir.	137	900*	6042**	3118**	1895**	3510**	739**	-0,14
	AAA	390**	1087**	1592**	3865**	4841**	4620**	413*	-0,02
	PCI	-820**	8183**	5460**	4458**	8207**	8206**	2261**	0,17
	Bypass	-59	8178**	4280**	8179**	8179**	8178**	1855**	-0,05
Mindre og middels spesialis. prosedyrer (elektive opphold)	Primære kneproteseop.	-79	759**	836**	1169**	1822**	1454**	363**	0,08
	Op. kne/legg. ekskl. proteseop.	-60*	731**	605**	982**	1827**	1159**	265**	0,09
	Primære hofteproteseop.	-104**	753**	603**	1179**	1739**	1197**	319**	0,16
	Op. av åreknuter	3	798**	824**	1217**	1155**	1033**	266**	-0,13
	Tonsillektomi	-48	1859**	1301**	2038**	2415**	2199**	492**	0,33
	Kolocystektomi ekskl. kreftdiagn.	35	812**	826**	1271**	1355**	927**	264**	-0,08
Akuttberedskap og fødselsomsorg	Grå stær	-48	1920**	1470**	2541**	2196**	2908**	578**	0,17
	Lumbalt skiveprolaps	-69	787**	761**	3385**	2369**	3541**	465*	-0,31
	Ø-hjelp kir. DRG	131**	907**	867**	2204**	2272**	1749**	298**	0,08
	Ø-hjelp med. DRG	1	863**	770**	1648**	1539**	836**	308**	-0,26
	Appendektomi	64	865**	803**	2011**	1623**	1104**	308**	0,22
	Lårhalsbrudd	64	834**	845**	1537**	1501**	967**	279**	0,16
Fødsler	110**	1245**	908**	2285**	1652**	896**	364**	0,03	
Alle opphold i kir. DRG	4	805**	774**	1746**	2087**	1669**	289**	-0,38	
Alle opphold totalt	11	832**	652**	1879**	1971**	1412**	293**	-0,22	

Tabellnote 4.6.1:

* p<0,05 ** p<0,01

Reform: Indikatoren har verdien 0 i årene 1999-2001 og verdien 1 i årene 2002-2005.

Tykkttarm og endetarmskreft: Hoveddiagnose C18 -C20 og prosedyrekoder JGB, JGW, JFB2-JFB9, JFA15.

Elektive opphold.

Operasjoner av brystkreft: Hoveddiagnose C50 eller D05 og prosedyrekoder HAC10, HAC15, HAC20, HAC25, HAC99, HAB00, HAB40, HAB99. Elektive opphold.

Operasjoner av pankreaskreft: Hoveddiagnose C25 eksklusive C254 og prosedyrekoder JLC10, JLC20, JLC30, JLC40. Elektive opphold.

Cystektomi: Hoveddiagnose C67 eksklusive C677 og prosedyrekode KCC00, KCC10, KCC20, KCC30. Elektive opphold.

Operasjoner av kreft i spiserøret: Hoveddiagnose C153, C154, C155, C158, C159 og prosedyrekode JCC00, JCC10, JCC20, JCC30, JCC96. Elektive opphold.

Avansert ryggkirurgi: Hoveddiagnoser M40, M410, M411, M412, M414, M431, M478, M480, M495, M511, M543, M960, M961, M963 og en av følgende prosedyrekoder NAG4, NAG6, NAG7, NAJ, NAK, NAN, NAR, NAS2, NAT1, NAT2, NAU49. Elektive opphold.

Abdominale aorta-aneurismer: Hoveddiagnose I713 og I714 samt prosedyrekode PDG10, PDG20, PDG21, PDG22, PDG23, PDG99, PDQ10. Elektive opphold.

PCI: Prosedyrekoder FNG02 og FNG05. Elektive opphold.

Bypass: Prosedyrekoder FNA og FNE. Elektive opphold.

Primære hofteproteseoperasjoner: Prosedyrekode NFB eksklusive hoveddiagnose S72. Elektive opphold.

Primære kneproteseoperasjoner: Prosedyrekode NGB. Elektive opphold.

Andre operasjoner på kne og legg eksklusive proteseoperasjoner: Prosedyrekoder NG eksklusive prosedyrekoder NGB og NGC. Elektive opphold.

Operasjoner av åreknuter: Hoveddiagnose I83 og prosedyrekoder PHB1, PHD eller PHS13-PHS14. Elektive opphold.

Tonsillektomi: Hoveddiagnose J350-351/J353/J359 og prosedyrekode EMB10. Elektive opphold.

Kolocystektomi: Prosedyrekode JKA20-JKA21 eksklusive opphold med hoveddiagnose C og D00-D09. Elektive opphold.

Operasjoner av grå stær: Prosedyrekoder CJC eller CJD eller CJE. Elektive opphold.

Operasjoner for lumbalt skiveprolaps: Hoveddiagnoser M510 eller G992 eller M511 eller G551 og prosedyrekoder ABC07 eller ABC16 eller ABC26. Elektive opphold.

Ø-hjelp kirurgi: Alle opphold definert som opphold for øyeblikkelig hjelp i kirurgiske DRG.

Ø-hjelp med. DRG: Alle opphold definert som opphold for øyeblikkelig hjelp i medisinske DRG.

Appendektomi: Hoveddiagnoser C181, D121, K350-351, K359, K36-K37, K380-381, I880, R100, R103-104 og prosedyrekoder JEA00 eller JEA01.

Operativ behandl av lårhalsbrudd: Hoveddiagnose S72 (eksklusive S7201, S7211, S7221) og prosedyrekode NFJ4-NFJ9.

4.7 Har sykehusreformen ført til økt produktivitet⁵¹?

Sverre A C Kittelsen, Frischsenteret; Jon Magnussen, NTNU; Kjartan S Anthun; SINTEF Helse

4.7.1 Sammendrag

Ved hjelp av dataomhyllingsanalyse (DEA) beregnes utviklingen i produktivitet i de fire nordiske landene for perioden 1999 til 2004. Dernest analyseres effekten av sykehusreformen på produktiviteten i Norge ved hjelp av en regresjonsanalyse. Datamaterialet består av til sammen 729 sykehusobservasjoner. For sykehusene i Norge og Finland benyttes data for hele perioden 1999-2004, for sykehusene i Sverige for perioden 2001-2004, mens data for Danmark kun har vært tilgjengelig for 2002.

Sykehusene aktivitet måles som tjenesteproduksjon i til sammen seks grupper pasienter, hvor inndelingen baseres på DRG systemet. Ressursbruken måles gjennom bruk av driftskostnader, men korrigeres for lønns- og prisforskjeller mellom de fire landene.

I Norge analyseres årlig utvikling i produktivitet gjennom Samdata-rapportene. Analysene i dette prosjektet viser i grove trekk samme utvikling som resultatene i Samdata, til tross for at det er forskjeller både i operasjonalisering av aktivitet, ressursbruk og i korrigeringer for pris- og lønnsvekst.

Resultatene viser at Norske sykehus, i gjennomsnitt, har et produktivetsnivå i denne perioden som ligger lavere enn tilsvarende i Finland. Forskjellene blir imidlertid mindre mot slutten av perioden. Norske sykehus har i hele perioden et produktivetsnivå som ligger over sykehusene i Sverige.

Effekten av sykehusreformen analyseres gjennom å teste hvorvidt det i perioden etter reformen skjer et positivt eller negativt skift i produktivetsnivået i Norge sammenholdt med endringene i de Sverige og Finland. Ulike modellspesifikasjoner benyttes. Resultatene er robuste ovenfor modellspesifikasjon, og tyder på at sykehusreformen har hatt en statistisk signifikant positiv effekt på produktiviteten i størrelsesorden 3 til 4 prosentpoeng.

4.7.2 Bakgrunn

Sykehusreformen medførte endringer i antall eiere, i fokus på ledelse og etter hvert endringer i funksjonsfordeling og struktur. Disse forholdene kan hver for seg og samlet tenkes å påvirke forholdet mellom ressursbruk og aktivitet i sektoren, og dermed sektorens effektivitet. Parallelt med reformen har det imidlertid også skjedd andre endringer i sektoren. Andelen innsatsstyrt finansiering har endret seg, og i perioden variert mellom 40 og 60 prosent, og det skjer en stadig endring i behandlingsteknologi som bl.a. gir seg utslag i en sterk vekst i antall dagbehandlinger. Når vi skal analysere konsekvensene av helseforetaksreformen for sektorens effektivitet er det derfor ikke tilstrekkelig å bare sammenlikne situasjonen før og etter.

I dette prosjektet har derfor ambisjonen vært å analysere utviklingen i effektivitet i norske sykehus for perioden 1999-2004 (tre år før og tre år etter reformen), og i denne analysen benytte sykehus i Finland, Sverige og Danmark som "kontrollgrupper". Prosjektet har vært arbeidskrevende med hensyn til innhenting og tilrettelegging av data, og i den endelige analysen har vi måttet avgrense oss til å benytte data fra Finland fra 1999-2004, Sverige fra 2001-2004 og Danmark fra 2002.

⁵¹ Nordic Hospital Efficiency Study Group med Clas Rehnberg, Emma Medin, Unto Häkkinen, Miika Linna, Timo Seppälä og Anette Sjøberg Rød har bidratt med data og diskusjoner rundt analyser og design. Kjersti Hernæs har bidratt med tilrettelegging av data. Analysene i dette kapitlet er nærmere dokumentert i Kittelsen, Magnussen og Anthun (2007). "Sykehusproduktivitet etter statlig overtagelse: En Nordisk komparativ analyse" HERO Working paper 2/2007. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Notatet kan etter medio februar 2007 lastes ned fra: <http://www.hero.uio.no/publications.html>

Foreliggende notat oppsummer de analysene som er gjort. I avsnitt 3 brukes først litt tid på å beskrive forhold rundt design, datainnhenting og datakvalitet. Avsnitt 4 definerer produktivitet og beskriver den metodiske tilnærmingen som er benyttet. I avsnitt 5 beskrives effektivitetsutviklingen i de fire nordiske landene, mens effekten av sykehusreformen diskuteres særskilt i avsnitt 6. Det hele oppsummeres i avsnitt 7.

4.7.3 Design og data

Måling av produktivitet krever informasjon om ressursbruk (innsaksfaktorer/input) og aktivitet (tjenester/output). Flere analyser viser at empiriske produktivetsmål kan være følsomme for operasjonalisering av input og output (se f eks Magnussen, 1996), og dette vil kunne være av særlig betydning i internasjonale sammenlikninger. I denne analysen er følgende tilnærming valgt:

Innsatsfaktorbruken er målt som driftskostnader ekskl. kostnader til kapital, forskning og utdanning. Kostnadene er i utgangspunktet målt i løpende priser i hver nasjons valuta. Dette gir utfordringer i forhold til å harmonisere kostnadstallene mellom land, og deflatere dem over tid. Vi har valgt følgende framgangsmåte: Det er konstruert separate prisindekser for tre typer innsatsfaktorer; leger, sykepleiere og andre kostnader. Indeksene for leger og sykepleiere er basert på offisielle lønnsdata for de fire landene, og lønnskostnadene inkluderer alle personellkostnader, det vil si også pensjonskostnader og eventuelle arbeidsgiveravgifter. Indeksen for andre kostnader over tid er basert på den harmoniserte konsumprisindeksen fra Eurostat. Disse kostnadene er så normalisert til EURO ved hjelp av en kjøpekraftskorrigert prisindeks fra OECD. Vi antar en fordeling mellom de tre typene innsatsfaktorer på henholdsvis 20 % (leger), 50 % (sykepleiere) og 30 % (annet). Dermed konstrueres en indeks med referansepunkt Finland år 2004. Dette tilsvarer en Paasche-indeks med faste kvantumsvekter og med Euro Finland 2004 lik 1. Som andre indekser er Paasche-indeksen kun en tilnærming og gjelder eksakt bare dersom sammensetningen av innsatsfaktorer er konstant.

Aktiviteten er målt ved bruk av det felles nordiske systemet med diagnoserelaterte grupper, NordDRG. Selv om det er store likheter mellom de nordiske landene i det definisjonsmessige grunnlaget for DRG-systemet⁵² er det allikevel utfordringer knyttet både til forskjeller i grupperingslogikk og forskjeller i beregnede kostnadsvekter. Vi har, av den grunn, valgt en relativt disaggregert modell med aktivitet definert som DRG-poeng i fem kategorier. Disse er: innlagte pasienter innen medisinske DRG-er, innlagte pasienter innen kirurgiske DRG-er, dagpasienter innen medisinske DRG-er, dagpasienter innen kirurgiske DRG-er, og annen aktivitet. I tillegg er antall polikliniske konsultasjoner med som et eget aktivitetsmål.

Grupperingen i DRG baseres på altså nasjonale versjoner av DRG systemet. Det vil i noen tilfeller være forskjeller mellom landene som gir seg utslag i at man i noen land har valgt å splitte opp noen DRG-er i to eller flere undergrupper⁵³. I vår analyse er dette håndtert ved en (vektet) sammenslåing av slike undergrupper slik at vi har fått et felles sett grupper for alle de nordiske landene.

Til hver DRG er det tilordnet en kostnadsvekt som skal reflektere det relative ressursbehovet til gjennomsnittspasienten i gruppen. Disse vektene kan dermed benyttes i en aggregering av de rundt 500 DRG-ene til et empirisk mer håndterbart antall. Det er imidlertid også betydelige forskjeller mellom landene i de beregnede kostnadsvektene. For å håndtere dette er det i denne analysen benyttet ett felles vektsett, basert på de nasjonale DRG-vektene fra 2002. For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt som et veid gjennomsnitt av vektene i de fire landene som inngår i analysen.

⁵² En detaljert beskrivelse av DRG-systemer finnes på <http://www.drginfo.no>

⁵³ I Norge er eksempelvis gruppe 93 – lungebetennelse delt i to undergrupper A og B, med og uten komplikasjoner. I Finland vil alle pasienter tilhøre samme gruppe.

Ved å bruke et felles vektsett for hele tidsperioden reduserer vi problemer knyttet til at endringer i grupperingslogikk og tekniske vektendringer blandes sammen med endringer i aktivitet. Dette betyr også at endring i kodingsatferd som eventuelt er motivert ut fra endringer etter 2002 ikke vil slå fullt ut. Endring i kodingsatferd som endrer forholdet mellom andel pasienter som havner i komplisert vs. ukomplisert DRG vil allikevel kunne påvirke aktivitetsmålet vårt, men siden vektsettet her er felles for de fire landene vil dette ventelig slå mindre ut enn på et "rent" norsk materiale. Se for øvrig diskusjonen i avsnitt 5, under.

Tabell 4.7.1 Antall enheter (sykehus/helseforetak) fordelt på land og år

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totalt
Danmark				54			54
Sverige			39	49	49	52	189
Finland	37	39	39	38	39	38	230
Norge	42	42	43	43	43	43	256
Totalt	79	81	121	184	131	133	729

I analysen inngår akuttsykehus med minst to spesialiteter. Psykiatrisk virksomhet er ikke med. Tabell 4.7.1 viser antall inkluderte enheter fordelt på land og år.

Tabell 4.7.2 Gjennomsnittsverdier for realkostnader (input) og tjenesteproduksjonen (outputs) pr sykehus fordelt på land. Forholdstallet mellom tjenesteproduksjon og realkostnader

	Danmark	Sverige	Finland	Norge	Alle
Innsatsfaktor					
Realkostnader i millioner 2004 EUR	73.89	145.00	69.54	75.71	91.59
Tjenester					
Kirurgiske innlagte DRG	6795	10619	8204	6926	8277
Medisinske innlagte DRG	9074	13411	9113	8825	10123
Kirurgiske dagpasienter DRG	0	877	1298	1474	1154
Medisinske dagpasienter DRG	0	371	104	203	200
Andre DRG	1370	989	646	816	848
Polikliniske konsultasjoner	123611	157305	122864	72014	113992
Tjenester pr millioner 2004 EUR					
Kirurgiske innlagte DRG	92.0	73.2	118.0	91.5	90.4
Medisinske innlagte DRG	122.8	92.5	131.1	116.6	110.5
Kirurgiske dagpasienter DRG	0.0	6.0	18.7	19.5	12.6
Medisinske dagpasienter DRG	0.0	2.6	1.5	2.7	2.2
Andre DRG	18.5	6.8	9.3	10.8	9.3
Polikliniske konsultasjoner	1672.9	1084.8	1766.8	951.2	1244.5

I tabell 4.7.2 viser vi deskriptiv statistikk for de innsatsfaktorer og tjenester som inngår i analysen. I tillegg er gjengitt forholdet mellom tjenesteproduksjonen og innsatsfaktorbruk målt som realkostnader.

Svenske sykehus er gjennomgående større enn sykehusene i de andre nordiske landene. De svenske sykehusene har også et lavere omfang av dagpasienter enn tilfellet er for Norge og Finland. I det danske materialet har det ikke vært mulig å skille ut dagpasienter som egen kategori. Norge har et noe lavere omfang av polikliniske konsultasjoner enn de andre landene.

4.7.4 Produktivitet – definisjon og metode

Begrepen effektivitet og produktivitet brukes ofte om hverandre, men i samfunnsøkonomisk teori er *produktivitet* forholdet mellom produksjon og ressursbruk. Dette kan måles i absolutt forstand, i vår modell som forholdet mellom tjenesteproduksjonen og realkostnadene, eller i relativ forstand ved sammenligning mellom ulike enheter. Begrepet *effektivitet* er derimot alltid relativt fordi det

skal fange opp produktiviteten i forhold til det best mulige for det enkelte sykehuset. Gitt ulike rammebetingelser er det ikke sikkert det er mulig å oppnå samme produktivitet i for eksempel Finland og Norge, selv om sykehus begge steder kan være effektive i forhold til sine muligheter. Vi skal likevel ikke skille skarpt mellom disse begrepene i dette notatet.

Et produktivetsforholdstall kan være for eksempel polikliniske konsultasjoner pr millioner 2004 EUR, slik den siste linjen i tabell 4.7.2 viser, men det tar ikke hensyn til at et sykehus kan ha et høyt forholdstall for enkelte tjenester men lavt for andre. Er det flere tjenester må tjenestene veies sammen. I teorien bør en bruke markedspriser hvis slike finnes, men problemet er at sykehus, som det meste av offentlig sektor ellers, leverer tjenester som i liten grad omsettes i konkurransemarkeder som gir prisinformasjon.

Farrell (1957) foreslo at en i stedet for priser kunne bruke egenskaper ved teknologien. Dersom en kjenner grensen for hva som der mulig å produsere av tjenester ved en gitt ressursbruk vil avveiningen mellom ressursbruken i å for eksempel behandle inneliggende pasienter eller polikliniske konsultasjoner representere et prisforhold som kan veie sammen de ulike tjenestene. Metoden er videreutviklet av bl.a. Charnes et al. (1978) under betegnelsen Data Envelopment Analysis (DEA), og er mye brukt i offentlig sektor. Denne metoden ligger også bak de løpende analyse av sykehusenes produktivetsutvikling som presenteres i Samdata⁵⁴. For å beregne konfidensintervaller for de ulike målene er det benyttet en bootstrappingsteknikk utviklet av Simar og Wilson (1998). Disse metodene gir også en korleksjon for forventningsskjevhet i anslagene på produktivitet.

Teknologien eller mulighetsområdet er ikke nødvendigvis den samme i de ulike landene pga forskjellige rammebetingelser, eller i de ulike årene pga tekniske eller organisatoriske endringer. For å sammenligne produktiviteten trenger en likevel et fast referansegrunnlag, for eksempel ved å bruke teknologien fra et bestemt land og år. I denne analysen har vi benyttet en omhylling av teknologiene i alle land og år som referansegrunnlag. Hensikten er å få referansegrunnlaget så robust som mulig. Produktiviteten for hvert enkelt sykehus i hvert enkelt år regnes så ut ved DEA-metoden ved å sammenligne med produktiviteten til det felles referansegrunnlaget, og resultatet er et tall mellom null og en, der det siste innebærer full produktivitet (beste praksis).

Hovedresultatene rapporteres i neste avsnitt. I denne studien er vi likevel ikke primært interessert i en beskrivelse av de enkelte sykehusenes produktivitet, men heller hvordan sykehusreformen har påvirket denne produktiviteten. I avsnitt 6 vises derfor resultatene av en regresjonsanalyse der de beregnede produktivitetstallene er avhengige variable, og der reformen inngår sammen med andre potensielle forklaringsvariable. Først gis imidlertid en kort beskrivelse av forskjellene mellom de fire landene.

4.7.5 Nordiske forskjeller

Tabell 4.7.3 gjengir de gjennomsnittlige bootstrapkorrigerte⁵⁵ produktivetsmålene for de fire landene for perioden 1999-2004.

De samme resultatene er også vist i figur 4.7.1. Analysene indikerer flere forhold. For det første synes produktivetsnivået i Finland å ligge jevnt over nivået i Norge gjennom hele denne perioden. I Häkkinen et al (2006) ble produktiviteten i Finland og Norge i 1999 sammenliknet, og resultatene av den analysen er i tråd med de forskjeller som framgår her. Vår analyse indikerer imidlertid at Norge i perioden fra 1999 til 2004 har nærmet seg nivået i Finland i betydelig grad. Nivået i Norge ligger på sin side noe over nivået i Sverige. Samtidig indikerer figuren at en negativ utvikling tidlig i perioden gradvis snur til en bedring de siste to årene. Forskjeller mellom år er imidlertid bare i mindre grad signifikante

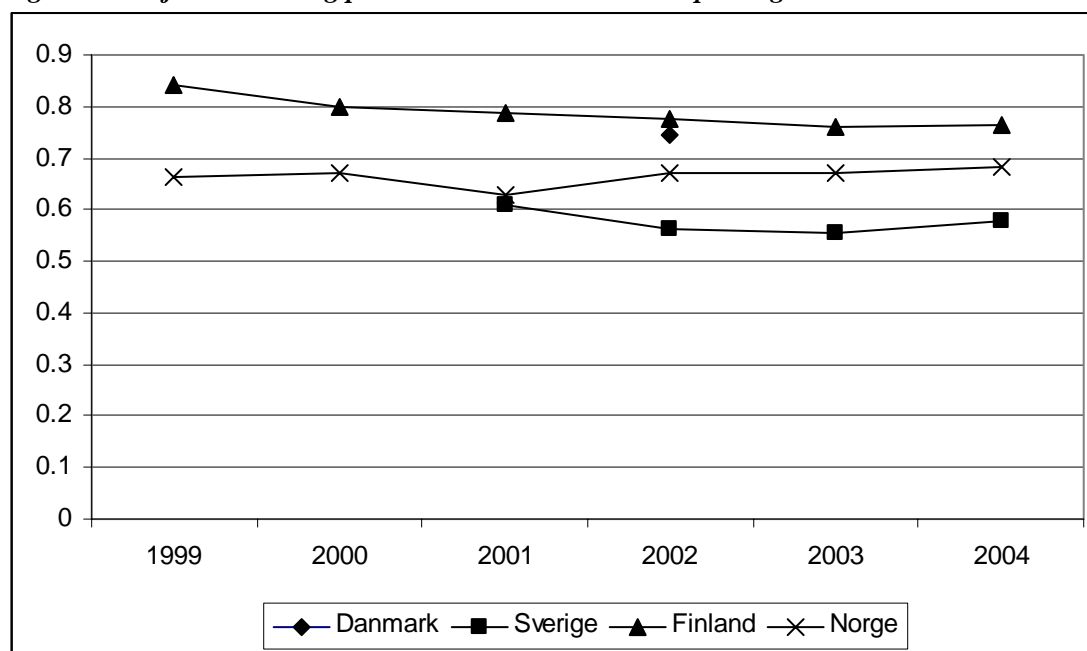
⁵⁴ Se Kittelsen & Førsum (2001) for en oversikt over metoden og norske studier.

⁵⁵ Bootstrapkorrigerte produktivetsmål er mål korrigert for forventningsskjevhet ved hjelp av bootstrappingmetoden i Simar & Wilson (1998).

Tabell 4.7.3 Bootstrapkorrigerte produktivetsmål. (95 % konfidensinterval i parentes)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Danmark				0,747 (0,724-0,766)		
Sverige			0,611 (0,601-0,619)	0,561 (0,552-0,568)	0,553 (0,544-561)	0,578 (0,561-0,594)
Finland	0,842 (0,819-0,863)	0,799 (0,777-0,819)	0,789 (0,774-0,801)	0,774 (0,760-0,788)	0,760 (0,742-0,777)	0,763 (0,747-0,777)
Norge	0,663 (0,653-0,671)	0,670 (0,661-0,678)	0,627 (0,619-0,636)	0,670 (0,659-0,680)	0,673 (0,660-0,683)	0,683 (0,667-0,696)

Figur 4.7.1 Gjennomsnittlig produktivetsnivå – Bootstrapkorrigerte tall



Utviklingen i Norge, slik den presenteres her er i grove trekk lik den utviklingen som presenteres i Samdata. Unntaket er perioden 2000-2001, hvor vår modell gir et kraftigere produktivetsfall enn rapportert i Samdata. For perioden 2001-2004 er imidlertid resultatene sammenliknbare. Det er allikevel viktig å være klar over hvorfor vår modell skiller seg fra Samdata.

For det første deflateres kostnadstallene i vår analyse gjennom en indeks basert på lønnsvekst for yrkesgruppene leger og sykepleiere. Samtidig omregnes driftskostnadene til Euro og korrigeres for prisforskjeller mellom de nordiske landene. Dette betyr at endringen i kostnader fra ett år til et annet vil avvike fra endringene i Samdata, hvor kostnadene deflateres med prisindeks for kommunalt konsum fram til 2003 og med indeks for offentlige helse og velferdstjenester fra 2004.

For det andre benyttes i vår analyse et noe mer *disaggregert aktivetsmål* enn i Samdata. Mens Samdata benytter to typer aktivitet; DRG-poeng og polikliniske kostnader, benyttes her fem typer DRG-aktivitet og polikliniske konsultasjoner. Som vist i Pedersen (2006) vil valg av aktivetsmål kunne påvirke resultatene.

For det tredje er det forskjeller i behandling av dagopphold og poliklinisk aktivitet i denne analysen og i Samdata. I vår analyse er betydelige dagaktiviteter knyttet til dialyse (DRG 317), rehabilitering (DRG 462) og strålebehandling (DRG 410) behandlet som poliklinisk aktivitet. Dette for å gjøre norske data sammenliknbare med data fra de andre nordiske landene. Mens

Samdata benytter (estimerte) polikliniske inntekter som et mål på poliklinisk aktivitet benytter vi i vår analyse antall polikliniske konsultasjoner.

Endelig benyttes i denne analysen et annet *vektsett* enn i Samdata. Mens Samdata baseres på norske DRG-vekter har vi i denne analysen benyttet et felles nordisk vektsett basert på et veid gjennomsnitt for de fire landene i 2002.

På denne bakgrunn er det ikke overraskende at modellene gir noe ulike resultater. Sensitivitetsanalyser viser at det i stor grad er bruk av et fast vektsett basert på 2002 data, kombinert med en felles nordisk kostnadsdeflator som synes å forklare forskjellen mellom vår modell og Samdata for perioden 2000-2001. Samtidig er det viktig å være klar over at 2001 (og til dels 2002) er spesielle år ift regnskapsførte kostnader. Dels skyldes dette at kostnader som vanligvis belastes regnskapet for januar påfølgende år i 2001 ble utgiftsført på kalenderåret, dels at deflatoren for 2001 i Samdata er sterkt påvirket at en sterk lønnsvekst i offentlige virksomheter utenfor sykehusene. Dette betyr at produktivitetstall for 2001 og 2002, uavhengig av modell, må tolkes med en viss varsomhet. Vi kommer tilbake til dette forholdet i diskusjonen i neste avsnitt.

4.7.6 Har sykehusreformen hatt effekt?

Hensikten med å foreta en komparativ studie er å benytte de andre nordiske landene som en kontrollgruppe. I analysen vil vi imidlertid også ha behov for å skille mellom endringer i produktivitet som skyldes reformen og endringer som skyldes andre forhold. Slike forhold kan være:

- endringer i finansieringssystem
- endring i eierforhold
- større strukturelle endringer

Ikke alle disse variablene vil vi ha tilgjengelige data for, men vi gjennomfører en analyse hvor de forskjeller i de beregnede målene på effektivitet forklares med utgangspunkt i følgende variable:

- Pasientsammensetning (CMI) inkluderes fordi vi ikke er trygge på om justering for pasientsammensetning gjennom DRG-systemet fullt ut fanger opp all variasjon i materialet vårt.
- Avvik fra forventet liggetid (LOS_A) beregnes som forskjellen mellom faktisk liggetid og den liggetiden vi ville ha forventet dersom alle sykehusene hadde samme liggetid innen den enkelte DRG. Denne variabelen øker med økende liggetid.
- Aktivitetsbasert finansiering (ABF) inkluderes for å måle effekten av varierende incentiver i finansieringssystemet. Her er det kun variasjon mellom sykehusene i Norge og Sverige. Verken Finland eller Danmark har i denne perioden hatt en ABF ordning.
- Vi inkluderer en tidsvariabel for å fange opp tidsspesifikke utviklinger som ikke fanges opp av de øvrige variablene. Tidsvariabelen er i analysene gitt tre ulike utforminger: En ren lineær trend, en kvadratisk trend, og en årsspesifikk effekt håndtert gjennom en binær ("dummy") variabel. Her rapporteres kun modellen med en dummy-variabel for år⁵⁶.

Deskriptiv statistikk for variablene er vist i tabell 4.7.4.

I vår analyse vil effekten av sykehusreformen framkomme som et skift i produktivitetsvariabelen i forhold til etablert trend. Det er derfor ikke uvesentlig hvordan en operasjonaliserer reformen. Vi har valgt to varianter. I *modell 1* fanges reformen opp gjennom en dummyvariabel for de norske sykehusene for årene 2002, 2003 og 2004. Her forventes altså et skift i produktivitet allerede første år. I *modell II*, fanges reformen opp gjennom en dummyvariabel for årene 2003 og 2004. I tillegg inkluderes her dummyvariable for de norske sykehusene for årene 2001 og 2002 separat. Denne modellen har to fordeler i forhold til modell 1. Den åpner for at effekten ikke nødvendigvis inntreer umiddelbart, og den unngår problemene knyttet til fordelingen av kostnader mellom 2001 og 2002.

⁵⁶ En kvadratisk trend synes å være en bedre spesifisering enn en lineær trend, men gir små forskjeller fra bruk av årsdummier for modellens øvrige variable.

Datamaterialet er et ubalansert panel for perioden 1999 til 2004. Analysene som presenteres her er med utgangspunkt i de bootstrapkorrigererte produktivitetmålene. Analysene er kjørt med både fixed-effekt (OLS, modell IA og IB) og random-effect (GLS- modell IIA og IIB). Fixed effect vil tilsvare en modell med faste sykehusspesifikke konstantledd⁵⁷. Modellen utnytter kun variasjon innen hvert sykehus over tid. Alle egenskaper som er konstante over tid for det enkelte sykehus fanges da opp av sykehusdummiene, for eksempel alle nivåforskjeller mellom landene. Random effect modellene utnytter både variasjonen innen og mellom sykehusene, og vil dermed generelt gi mer presise estimat enn en fixed effect modell. Dersom vi har utelatte variable som korrelerer med våre forklaringsvariable vil imidlertid en random effect modell kunne gi forventningskjevne estimat. Resultatene av regresjonsanalysen presenteres i tabell 4.7.5⁵⁸.

Tabell 4.7.4 Deskriptiv statistikk - forklaringsvariable

	ABF	CMI	LOS-A
1999	0.27 (0.25)	0.79 (0.09)	0.93 (0.11)
2000	0.26 (0.25)	0.79 (0.08)	0.93 (0.11)
2001	0.29 (0.27)	0.83 (0.09)	0.96 (0.12)
2002	0.22 (0.31)	0.85 (0.10)	0.98 (0.12)
2003	0.33 (0.34)	0.85 (0.10)	0.97 (0.12)
2004	0.27 (0.30)	0.82 (0.09)	0.97 (0.13)

En Hausmann-test gir grunnlag for å forkaste en hypotese om random effect for modell I, men forkaster ikke for modell II. Samtidig ser vi at de fire modellene gir sammenliknbare resultater, med unntak for effekten av ABF, som varierer mellom modellene, både mht styrke og signifikans.

Effekten av sykehusreformen er positiv og i størrelsesorden 3,2 til 4,3 prosentpoeng. Vi har kjørt ytterligere sensitivitetsanalyser basert på alternative spesifikasjoner av output, uten at dette endrer resultatene. En større grad av aggregering av outputkategorier gir imidlertid en sterkere reformeffekt. Analysen er også gjennomført på det norske materialet alene, også da med sammenlignbart resultat, bortsett fra at reformeffekten er noe svakere og mister sin statistiske signifikans fordi antall observasjoner (og dermed frihetsgrader) reduseres betraktelig. Vi tolker dette som om at utviklingen i produktivitet i Norge, med unntak av reformen, ikke skiller seg vesentlig fra utviklingen i produktivitet i våre naboland. Dette viser også at den nordiske sammenligningen har vært fruktbar i og med at resultatene fremstår som klarere i statistisk forstand enn om analysen hadde vært utført kun på norske data.

Effekten av pasientsammensetning (CMI) ikke signifikant. Det ser dermed ikke ut til at endringer i pasientsammensetning innen sykehusene i denne perioden har påvirket effektivitetmålene.

Effekten av avvikende liggetid er negativ og signifikant. En avvikende liggetid på 10 % vil i vår modell lede til en produktivitetnedgang på i størrelsesorden 2,5 til 3,5 prosentpoeng. Dette er som forventet; sykehus med lang liggetid vil være mindre produktive enn sykehus med kortere liggetid.

Effekten av innsatsstyrt finansiering vil i denne modellen være effekten av en endring i ISF sats. Effektene er små og ikke signifikante i modellen med fixed effect, og tolkningen av dette blir at

⁵⁷ Disse rapporteres ikke.

⁵⁸ For å gi CMI og LOS_A en lettere tolkning er disse skalert til 100.

endring av ISF satsen i denne perioden i liten grad har påvirket sykehusenes produktivitet. Modellen med random effect gir noe overraskende negativ sammenheng mellom graden av stykkprisfinansiering og produktivitet. Siden dette estimatet er en kombinasjon av tverrsnitts og tidsserieeffekten kan dette imidlertid være effekten av at de finske (effektive) sykehusene uten stykkprisfinansiering påvirker estimatet vårt.

Årsdummiene er alle signifikante og negative. En alternativ spesifisering med en tidstrend gir tilsvarende resultat.

Tabell 4.7.5 Effekt av sykehusreformen. Fixed effect (modell IA og IIA) og random effect (modell IB og IIB). Koeffisienter og t-verdier

	Modell IA	Modell IIA	Modell IB	Modell IIB
Reform	0.043**	0.033**	0.040**	0.032**
	5.30	3.18	4.83	3.08
Norge2001		-0,028**		-0,031**
		2.51		2.71
Norge2002		0.022*		0.014
		1.86		1.18
CMI	0.0010*	0.0010*	-0.007	-0.008*
	1.75	1.71	1.57	1.75
LOS-A	-0.0027**	-0.0029**	-0.0032**	-0.0034**
	6.18	6.58	8.22	8.65
ABF	-0.0062	0.0068	-0.079**	-0.064**
	0.21	0.21	3.90	3.11
Constant	0.9031**	0.9185**	1.1238**	1.1427**
	12.36	12.59	18.66	18.97
D2000	-0.023**	-0.020**	-0.018**	-0.018**
	3.01	3.02	2.56	2.56
D2001	-0.047**	-0.034**	-0.044**	-0.030**
	7.12	4.13	6.25	3.40
D2002	-0.065**	-0.056**	-0.051**	-0.040**
	8.71	6.71	6.58	4.67
D2003	-0.068**	-0.062**	-0.057**	-0.052**
	8.83	7.51	7.16	6.08
D2004	-0,058**	-0.051**	-0,056**	-0.050**
	9.02	6.54	7.26	6.05
Rho	0.905	0.905	0.820	0.820

** p< 0.05 * p<0.10

4.7.7 Konklusjon

Vi konkluderer på bakgrunn av disse analysene at sykehusreformen har gitt en positiv effekt på produktiviteten i sektoren. Størrelsen på effekten anslås til å være i området 3 til 4 prosentpoeng. Samtidig tyder våre analyser på at produktivitetsnivået i sektoren i Norge er noe under nivået i Finland og over nivået i Sverige i den perioden denne analysen omfatter. Her må det imidlertid tas større forbehold knyttet til kvalitet og sammenliknbarhet på data.

Referanser

- Charnes, A.; Cooper, W.W. and Rhodes, E. "Measuring the efficiency of decision making units." European Journal of Operational Research, 1978, 2(6), pp. 429-44.
- Farrell, M.J. "The measurement of productive efficiency." Journal of the Royal Statistical Society, 1957, 120, pp. 253-81.

Häkkinen U, Liinna M and Magnussen J: Comparing efficiency in the Nordic countries. The case of Norway and Finland. *Health Policy* ,2006 3 (77) pp 268-278

Kittelsen, S.A.C. and Førund, F. "Empiriske forskningsresultater om effektivitet i offentlig tjenesteproduksjon." *Økonomisk forum*, 2001, (6), pp. 22-29.

Magnussen J: "Efficiency Measurement and the Operationalisation of Hospital Production." *Health Services Research*, 31 1996 pp 21-37

4.8 Mer privatisering og lavere kostnader? Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen⁵⁹

Terje P. Hagen, UiO; Tor Iversen, UiO; Sverre A. C. Kittelsen; Frischsenteret

4.8.1 Sammendrag

Vi beskriver endringer i forholdet mellom de regionale helseforetakene og de private leverandørene av laboratorie- og røntgentjenester i kjølvannet av sykehusreformen. Disse endringene er delvis bestemt av endringer i reguleringsregime og delvis av anbudsprosesser og kontrakter initiert av RHF-ene selv. Anbudene har så langt blitt begrenset til å gjelde private leverandører, som blir garantert en minimumsaktivitet tilsvarende hva de hadde i 2004. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige RHF-er sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til en gitt privat produksjon billigst mulig. I den forbindelse er det interessant at bare et av RHF-ene har noen oppfatning av om de private tjenestene har blitt billigere etter anbudskonkurransen. Det er foreløpig for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på det offentliges samlede utgifter til tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutter. Tendensene så langt er sprikende og indikerer fallende utgifter per produsert enhet i forhold til laboratorier og økende utgifter per produsert enhet i forhold til røntgeninstitutter.

4.8.2 Innledning

Sykehusreformen av 2002 innebar, i tillegg til at staten overtok eieransvaret for sykehusene og organiserte sykehusene som foretak, også et ønske fra den sittende regjeringen om i høyere grad å slippe til private aktører for dermed å stimulere til kostnadseffektivisering gjennom konkurranse (St. meld. nr. 5 (2003-2004)). Økningen i bruken av private aktører var markant under Bondevik II-regjeringen som satt fra 2002 til 2005, men ser ut til å kulminere og kanskje bli redusert under den rød-grønne regjeringen som kom til makten etter stortingsvalget høsten 2005.

Kjøp av private tjenester kan både omfatte hele behandlinger, f.eks. i form av kirurgiske inngrep, og det kan omfatte "inputs" i undersøkelser i form av laboratorieanalyser og billeddiagnostikk. I den offentlige debatten har det vært betydelig oppmerksomhet om kjøp av behandlinger fra private sykehus og lite oppmerksomhet om kjøp av "inputs" i undersøkelser. En mulig årsak til dette er at en betydelig del av disse "inputs" også tidligere har vært utført av private aktører. Dette gjelder blant annet store deler av laboratorie- og røntgenvirksomheten. En annen mulig årsak er at dette er tjenester som i hovedsak rekvireres av fastlegene på vegne av pasientene i primærhelsetjenesten. Det nye etter sykehusreformen på *dette* feltet er derfor ikke at en begynner å bruke private aktører, men at en introduserer et reguleringsregime der private laboratorier og røntgeninstitutter konkurrerer om å inngå kontrakter med de regionale helseforetakene. Endringen skjedde gradvis fra 2003.

Røntgen- og laboratorietjenester leveres på tre måter: 1) I forbindelse med behandling av inneliggende pasienter, 2) i forbindelse med behandling av polikliniske pasienter og 3) som undersøkelser og analyser rekvirert av fastleger og private spesialister. Det er i den tredje gruppen det er introdusert elementer av konkurranse. Tidligere kunne fastleger og private spesialister

⁵⁹ Beskrivelsene og analysene i dette kapitlet er nærmere dokumentert i Hagen T. P., T. Iversen og S. A. C. Kittelsen (2007). Laboratorie- og røntgenvirksomheten etter sykehusreformen: Ga privatisering og konkurranse høyere kostnadseffektivitet? HERO Skriftserie 2007:2. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo. Notatet kan lastes ned fra følgende nettadresse fra medio februar 2007: <http://www.hero.uio.no/publications.html>

rekvirere undersøkelser og prøver hos offentlige sykehus og hos private leverandører som var godkjent av Helsedepartementet. Disse avtalene ble ikke inngått etter forutgående konkurranse, men ble etablert etter initiativ fra lokale entreprenører og basert på etterspørsel fra fastlegene og de private spesialistene. Som en del av endringen av reguleringsregime er refusjonene fra folketrygden redusert og ressursene overført til RHF-ene gjennom deres basisbevilgning. Endringen har gjort at RHF-ene gradvis har blitt viktigere som inntektskilde for de private leverandørene.

4.8.3 Nærmere om endringene i reguleringsregime

Finansieringen av laboratorier og røntgensinstitutter skjedde i perioden fram til 2005 på grunnlag av refusjoner fra Rikstrygdeverket (RTV)⁶⁰, refusjoner fra fylkeskommunene eller etter hvert RHF-ene og i noen grad pasientenes egenbetaling. Private medisinske laboratorier og røntgenvirksomheter kunne på dette tidspunktet kreve takstrefusjon dersom virksomheten var godkjent etter sykehusloven før 1. juni 1987. Virksomheter som var godkjent etter 1. juni 1987 kunne kreve inn takstene når Helsedepartementet hadde gjort vedtak om det (§ 5-5 Folketrygdloven).

4.8.4 Statens omlegging

I St. meld. nr. 5 (2003-2004) foreslo regjeringen en gradvis omlegging av finansieringssystemet for laboratorier og røntgeninstitutter. Omleggingen ble begrunnet med sterk utgiftsvekst over en lengre periode. Hovedelementene i det nye forslaget var:

- Det innføres et nytt aktivitetstilskudd fra 2005. Aktivitetstilskuddet skal utgjøre om lag halvparten av takstene slik de var i 2003.
- Trygderefusjonen skal fortsatt utbetales direkte til private laboratorier og røntgenvirksomheter, men blir langt lavere enn tidligere.
- RHF sitt finansieringsansvar videreføres for prøver rekvirert av allmennleger.
- Det lovfestes at private institutter må ha avtale med RHF for å få trygderefusjon fra 2005.
- Etableringsgodkjenningen som eksisterte for røntgen- og laboratorievirksomhet avvikles, og i stedet innføres kvalitetskrav for virksomhetene fra 2005.
- Det utvikles et felles klassifiseringssystem for offentlig og privat laboratorievirksomhet.

Endringen i reguleringsregimet ble videre beskrevet i St.prp.nr. 1 (2004-2005) der departementet gikk inn for å halvere takstene både til offentlige og private laboratorier og røntgeninstitutter fra 1. mai 2005 og overføre beløp tilsvarende den forventede reduksjonen i utbetalinger til de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Tidspunktet for denne endringen ble av Stortinget endret til 1. september 2005 (B.innst.S. nr. 11 (2004-2005)). Departementet foreslo videre (St.prp.nr. 1 (2004-2005)) at midlene skulle fordeles mellom de regionale helseforetakene ut fra befolkningens faktiske bruk av tjenestene i offentlige poliklinikker og hos private tjenesteytere i 2003⁶¹ og at en i overgangsperiode på to år, skulle opprettholde volumet av tjenester som ble planlagt utført av private aktører minst på samme nivå som i 2003 for hvert enkelt regionalt helseforetak. Dette inkluderte også tjenestene som ble utført utenom avtalene. Det ble presisert at dette ikke innebar noen garanti om at den enkelte private aktør skulle yte samme volum av tjenester som i 2003. Både i St.prp.nr.1 (2004-2005) og i bestillerdokumentene for 2005 ble det påpekt at RHF-ene kan benytte anbudsprosesser som en del av sitt reguleringsregime.

Gjennom en lovendring (Ot.prp.nr. 5 (2004-2005), Innst.O.nr.35 (2004-2005)) ble RHF-ene også gitt muligheten å legge volumbegrensninger inn i avtalene. Dette innebærer at RHF-enes medfinansiering bortfaller for undersøkelser utover volumtaket. De private aktørene vil fortsatt motta egenandel fra pasientene og refusjon fra Folketrygden for undersøkelser utover volumtaket. I bestillerdokumentet for 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet er det forutsatt at de regionale helseforetakene legger de samme prinsippene om valgfrihet til grunn for laboratorie- og røntgenavtaler som innen fritt sykehusvalg, jfr. pasientrettighetsloven § 2-4. Dette innebærer at

⁶⁰ Fra medio 2006 en del av Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), jfr www.nav.no.

⁶¹ Stortinget ønsket at en også skulle ta hensyn til endringer i volum som hadde skjedd i 2004.

pasienter og prøver fra et RHF som ikke har avtale med en leverandør kan behandles innenfor avtalen med et RHF som har avtale med leverandøren.

4.8.5 RHF-enes tilpasning

Det har i perioden etter sykehusreformen vært debatt om hvordan en skal organisere RHF-ene internt for å sikre konkurranselikhhet mellom offentlige og private aktører. Spørsmålet har sin bakgrunn i at RHF-ene både er bestiller av tjenester og, gjennom helseforetakene som de står som eier av, tilbyder av tjenester. Mange har derfor fryktet at RHF-ene skal favorisere sine egne foretak foran private aktører. Helse- og omsorgsdepartementet har på bakgrunn av dette stilt krav til RHF-enes organisering. To forhold har her vært diskutert 1) om det bør etableres en egen bestillerfunksjon som er atskilt fra avdelinger som har ansvar for styringen av helseforetakene og 2) om det bør etableres egne budsjetter for private aktører.

Vi har gjennomført en kartlegging av RHF-enes kontrakter med private røntgeninstitutter og laboratorier. Tabell 4.8.1 viser hvordan bestillerfunksjonen er organisert.

Tabell 4.8.1 RHF-enes organisering av bestillerenheten (september 2006)

RHF	Plassering av hovedansvaret	Nærmere beskrivelse
Helse Øst	Avdeling for eksterne helsetjenester	Før 1.9.2005 lå ansvaret i administrasjonsavdelingen. Fra 1.9.2005 egen avdeling under administrerende direktør
Helse Sør	Egen bestillerenhet i fagavdelingen	Egen bestillerenhet i fagavdelingen etablert fra 15.2.2005
Helse Vest	Egen bestillerfunksjon i fagavdelingen	En egen rådgivende gruppe med medlemmer fra flere av avdelingene er knyttet til bestillerfunksjonen
Helse Midt-N	Ikke egen bestillerenhet	Bestillingsansvaret er lagt til staben til administrerende direktør
Helse Nord	Egen bestillerenhet	Bestillerenheten er lagt til avdeling for forretningsutvikling

Det er etablert egne bestillerenheter i alle RHF-ene unntatt Helse Midt-Norge. I og med at Helse Midt-Norge har lagt dette ansvaret til administrerende direktørs stab, vil det likevel være et skille mellom den enheten som bestiller tjenester fra private aktører og de enhetene som har ansvaret for styringen av helseforetakene. Klarest er det organisatoriske skillet i Helse Øst der det er etablert en egen avdeling under administrerende direktør.

Det er etablert egne budsjetter for kjøp av tjenester hos private røntgeninstitutter og laboratorier fra 2003 eller 2004 i alle de regionale helseforetakene. Fra 2005 er det lagt føringer på størrelse i budsjettene fra HOD slik det er gjort rede for i beskrivelsen av det nye finansieringsregimet for private røntgeninstitutter og laboratorier. Dette innebærer i praksis at det ikke er direkte konkurranse mellom offentlige og private aktører, men konkurranse mellom private om andeler av det avsatte budsjettet.

Vi registrerer videre en klar endring i selve budsjettprosessene fra de første årene etter reformen og fram til i dag. I 2003 og 2004 ble avtalene fra perioden før sykehusreformen stort sett videreført uten større endringer. Fra høsten 2004 starter flere av RHF-ene å benytte anbud for å fastsette pris. Fra 2005 benytter alle RHF-ene anbudsprosesser i forkant av avtaleinngåelsen med private laboratorier og røntgeninstitutter. Det er stort sett benyttet anbud med forhandlinger, dvs at en etter en innledende konkurranse basert på pris, kvalitet og i enkelte tilfeller ventetider, forhandler detaljer i kontrakten med utvalgte aktører. Alle RHF-ene påpeker at det er betydelige utfordringer

knyttet til sammenlikninger av kvaliteten i tilbudet mellom ulike private aktører. Ingen opplyser at de har gjort slike sammenlikninger.

4.8.6 Kontraktene mellom RHF-ene og de private

Det skjer en markant endring i typen kontrakter når RHF-ene fra 2005 innfører volum- og/eller utgiftstak på aktiviteten som blir honorert fra RHF-ene både ved røntgeninstitutter og laboratorier. Produksjon utover dette taket honoreres utelukkende med refusjon fra folketrygden og egenbetaling fra pasient. Det er derfor i praksis etablert et to-pris system med en pris innenfor taket og en pris for produksjon utover taket.

Det er variasjon både i hvilke komponenter som er inkludert i avtalene og hvilke satser som er angitt. Fire av RHF-ene har inkludert utbetalingstak i radiologiavtalene mens det femte har inkludert volumtak for hver av de fire modalitetene computertomografi (CT), konvensjonell røntgen (RG), magnetisk resonanstomografi (MR) og ultralyd (UL). I laboratorieavtalene er det vanlige at det både inkluderes volumtak og utgiftstak. Prosent av RTV-takst som refunderes av RHF for radiologiavtaler som er inngått etter anbud, varierer fra 100 % til 180 %. En høy sats trenger ikke nødvendigvis innebære store kostnader per utført undersøkelse. At både satser og tak inngår, gjør det vanskelig å sammenligne innhold i avtalene. Dette vil vi drøfte nærmere når vi beskriver utgiftene per produsert enhet.

4.8.7 Utvikling i volum og sammensetning av tjenestene

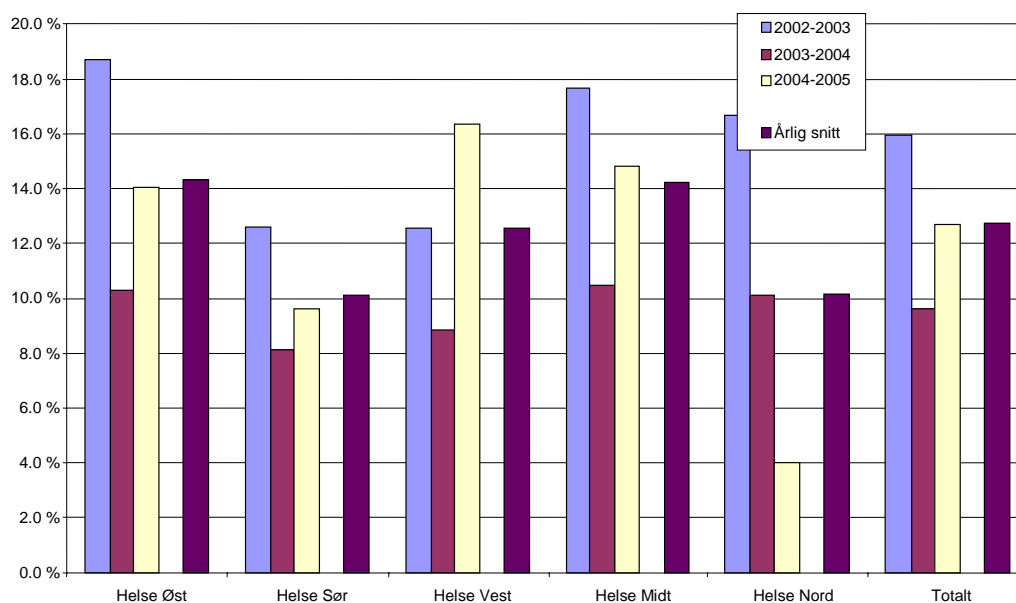
Beskrivelsen av utviklingen av tjenestene er basert på data fra Rikstrykdeverket (RTV). Det er kun refusjonsberettiget aktivitet som er dekket av denne statistikken, m.a.o. undersøkelser og analyser av sykehusenes pasienter på poliklinikkene og undersøkelser og analyser som er rekvirert av fastleger og privatpraktiserende spesialister. Laboratorie- og røntgentjenester for sykehusenes inneliggende pasienter faller utenom statistikken.

4.8.8 Laboratorietjenester

Dataene for laboratorietjenester fra RTV er organisert slik at de for hver *regning* oppgir antall og hvilke *analyser* som er gjennomført, hvilken takst som er anvendt, og hvilken *refusjon* som er gitt. En *regning* svarer i hovedsak til en enkelt *prøve* (for eksempel en blodprøve) fra en enkelt *pasient*. Prøven tas av legen, som sender denne til laboratoriet. På hver prøve vil det kunne gjøres flere analyser, for eksempel for å undersøke om prøven inneholder et bestemt stoff, eventuelt i hvor høy konsentrasjon. Hver av analysetypene er gitt en takstkode i refusjonssystemet, og for de aller fleste er det fastsatt en refusjonssats/pris. Laboratoriet sender så en samlet regning til RTV for alle analysene på en prøve ved å summere de enkelte refusjonssatsene for analysenes takstkoder.

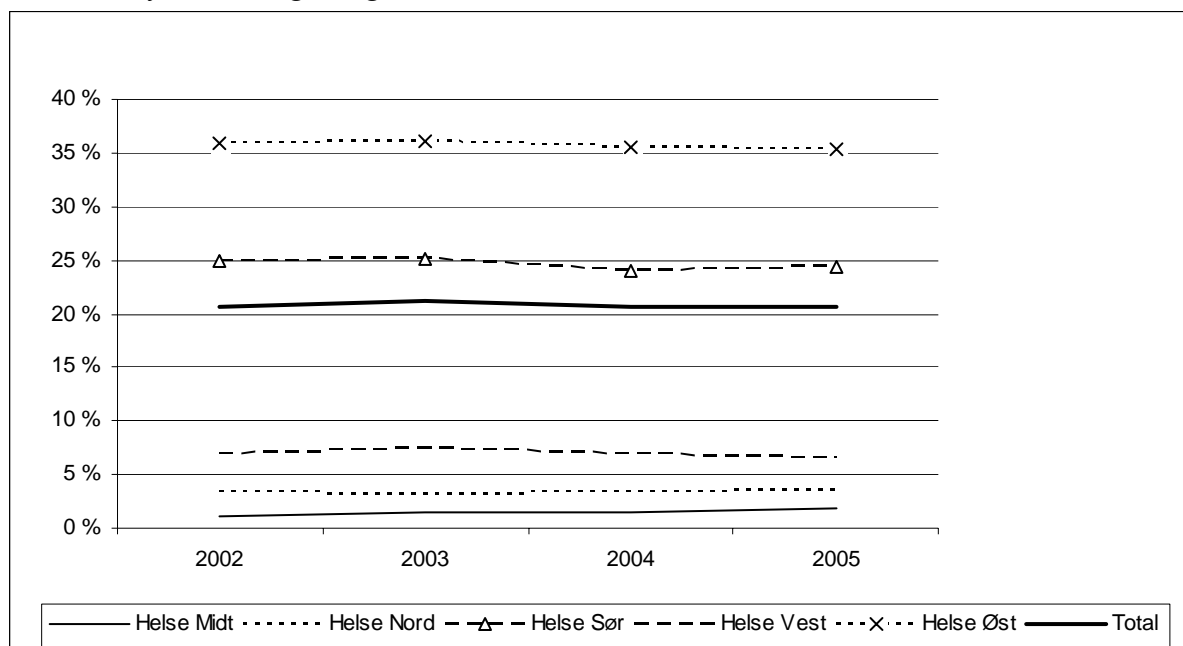
Siden det er høyst forskjellig hvor mange analyser som er ført på hver regning, vil antall regninger ikke gi tilfredsstillende beskrivelse av volumutviklingen i laboratorievirksomheten. Antall analyser er heller ikke en fullgod indikator, ettersom det er stor forskjell på omfanget av ressursbruken eller verdien av de ulike analysene. Analysene må derfor veies sammen, og det er da naturlig å bruke refusjonssatsene for de enkelte takstene som vekter. Disse prisene vil imidlertid kunne endres over tid, for eksempel som følge av den alminnelige prisutviklingen, eller som følge av endringer i reguleringsregimet slik som den halveringen av refusjonssatsene som fant sted 1. september 2005. For å gi et riktig bilde av aktivitetsutviklingen må derfor analysene veies sammen med faste vekter, og vi har valgt å bruke refusjonssatsene i 2002 som vekter i det som heretter kalles *aktivitetsnivå* eller *vektede analyser*.

Figur 4.8.1 Vekst i vektete analyser etter region og år. Offentlig og privat samlet



Figur 4.8.1 viser vekst i vektete analyser etter region. Målt på denne måten er den samlede volumveksten på hele 12,7 % per år, og for Helse Øst og Helse Midt er den over 14 %. Ved nærmere undersøkelse finner vi at aktivitetsnivået øker raskere enn antall analyser, noe som skyldes en overgang fra analyser med lav takst til analyser med høyere takst. Mens gjennomsnittsanalysen i 2002 hadde en pris på 35 kr, hadde gjennomsnittsanalysen i 2005 en pris på 40 kr målt i 2002-takster, en økning på 13,6 % gjennom perioden, eller ca 4,4 % per år. Tendensen til økning er den samme i alle regioner, men Helse Nord har en høyere gjennomsnittspris i hele perioden.

Figur 4.8.2 Vektete analyser utført ved private laboratorier som andel av det samlede antall vektete analyser etter region og år



Figur 4.8.2 viser andelen vektete analyser som blir utført ved private laboratorier. Vektingen er foretatt med takstene fra 2002, og vil derfor være den samme over tid, men det er en svakhet ved aktivitetsmålet at en ikke er sikret at en analyse gis samme vekt i private og i offentlige laboratorier⁶².

Pasienter i Helse Øst får over en tredel av sine analyser utført ved private laboratorier. For Helse Sør er det rundt en fjerdedel. Begge disse andelene viser en svakt nedadgående tendens gjennom perioden. Helse Midt er helt nede i 1,3 % i 2002, men øker noe til 2,4 % i 2005. Helse Nord ligger svakt høyere, mens Helse Vest har rundt 7-8 % privat andel. Forskjellene skyldes for det meste hvilke RHF-er som har avtaler med private laboratorier. Helse Midt har for eksempel ingen laboratorieavtaler, og de private analysene utført for pasienter i denne regionen er derfor utført i medhold av andre RHF'ers avtaler.

Datakilden inneholder ikke opplysninger om den geografiske plasseringen av hvert private laboratorium, men for de offentlige utførte analysene er det mulig å angi både bostedsregion og hvilken region analysen utføres i. Når en analyse utføres utenfor bostedsregionen vil det stort sett skyldes at det er en spesialisert analyse som ikke kan utføres lokalt. Andelen analyser som utføres utenfor bostedsregionen for landet som helhet er stigende fra 9,5 % til 11,9 % fra 2002 til 2005. Her er det imidlertid betydelige variasjoner mellom RHF-ene. Den relativt høye andelen fremmedanalyser i Helse Øst og Helse Sør vil nok ha sammenheng med den korte avstanden mellom viktige sykehus og bostedstygdepunkt i de to regionene, mens det i andre regioner i større grad er de mest spesialiserte analysene som utføres utenfor regionen.

4.8.9 Røntgentjenester

Figur 4.8.3 viser utviklingen i antall regninger⁶³ til folketrygden fra offentlige sykehus og private institutter. Antall regninger vil stort sett samsvare med antall undersøkelser, og begrepene blir her brukt om hverandre.

Det er en vekst på hele 16,1 % fra 2002 til 2003. Helse Midt-Norge har i denne perioden en vekst på over 30 prosent. Deretter flater veksten ut. Både fra 2003 til 2004 og fra 2004 til 2005 er veksten på 1,7 prosent. De generelle tallene skjuler imidlertid betydelige endringer i sammensetningen av aktiviteten mellom offentlige og private aktører. Det er en utflating av antall regninger i offentlig radiologi og vekst i antall regninger i privat radiologi. Dette medfører en økning i andelen regninger fra private både i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord som vist i figur 4.8.4.

I begge de to regionene som hadde den største andelen private regninger i utgangspunktet, Helse Øst og Helse Sør, har det vært en reduksjon i andelen private regninger. Dette innebærer at det har vært en konvergens når det gjelder andelen undersøkelser det private tar hånd om i perioden.

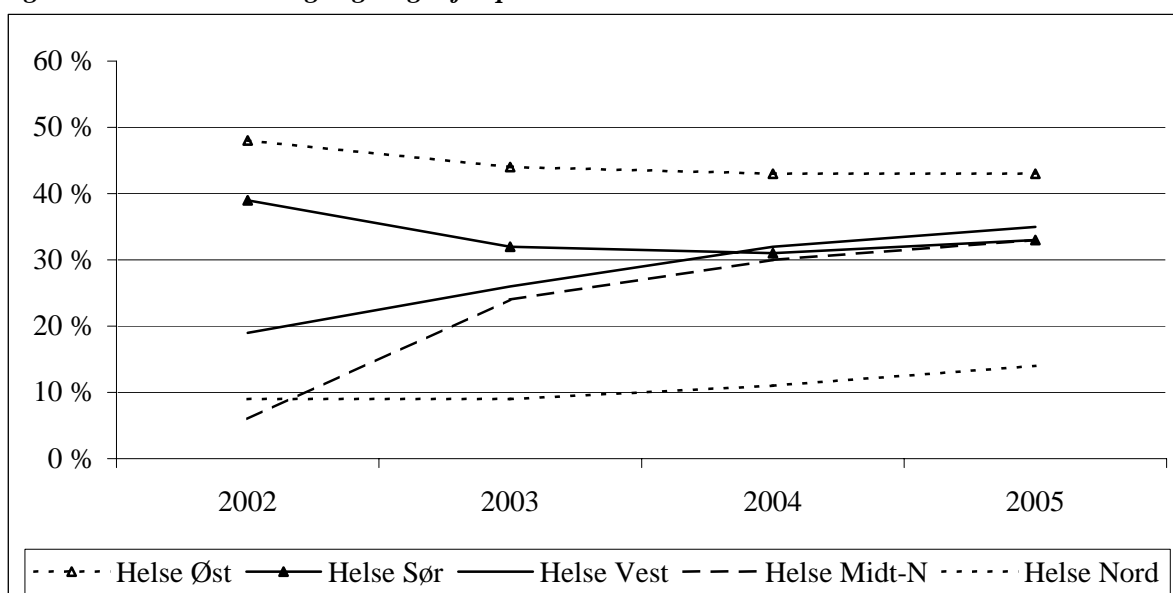
⁶² I Hagen, Iversen & Kittelsen (2005) ble det utviklet og anvendt et slikt felles system for å få et bilde av aktivitetsnivået, og en fant at de private laboratoriene i 2002 analyserte ca 12 % av prøvene og utførte ca 17 % av analyseaktiviteten vektet med de offentlige takstene. Denne studien omfattet også sykehusenes inneliggende pasienter, som ikke er med i RTVs datamateriale. Den tidligere studien kan derfor ikke brukes til å korrigere andelene og/eller de relative private og offentlige vektene direkte.

⁶³ På grunn av endringer i kodeverket i perioden bruker vi antall regninger som mål på volum. Rikstrygdeverket (2006) bruker også antallet modaliteter som mål på volum i perioden 2002-2004. Dette påvirker ikke veksten for det offentlige, men gir noe større vekst for det private.

Figur 4.8.3 Vekst i antall regninger per år, røntgenanalyser. Offentlig og privat samlet



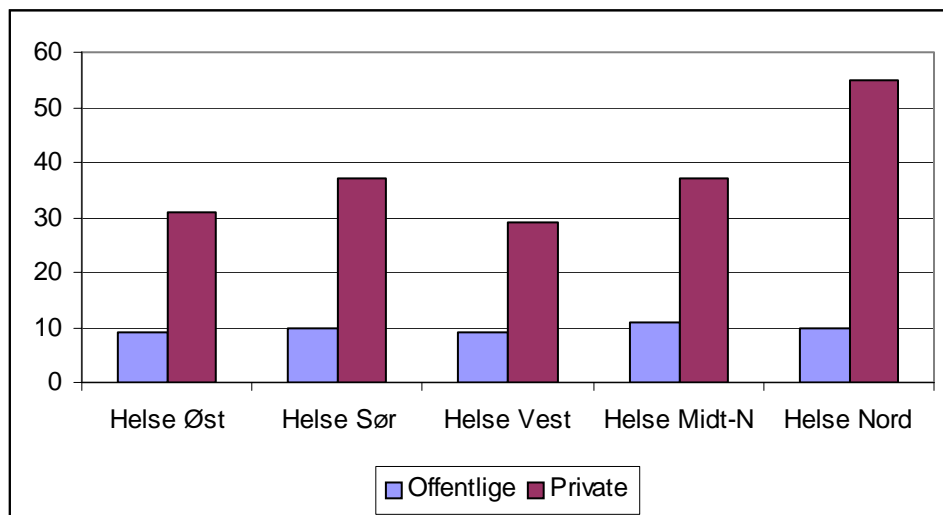
Figur 4.8.4 Andel radiologiregninger fra private institutter



Radiologiregningene er fordelt på modalitetene computertomografi (CT), konvensjonell røntgen (RG), magnetisk resonanstomografi (MR) og ultralyd (UL). Figur 4.8.5 viser andel MR-undersøkelser blant offentlige og private aktører etter RHF i 2005.

Andelen MR i offentlig radiologi er stort sett rundt 10 % og har økt lite i perioden. Andelen MR i privat radiologi er fra 8 % (Helse Vest) til 29 % (Helse Nord) i 2002 (ikke vist i figuren). I 2005 er andelen fra 29 % (Helse Vest) til 55 % (Helse Nord). Siden refusjon fra folketrygden for en MR-undersøkelse gjennomgående er høyere enn for de andre modalitetene, vil forskjellene mellom offentlig og privat radiologi bli større dersom vi undersøker andelen av refusjonene som kommer fra MR-undersøkelser.

Figur 4.8.5 MR-undersøkelser som andel av totalt antall undersøkelser etter RHF (2005)



4.8.10 Endring i kostnader

Ved å kreve at private laboratorier og røntgeninstitutter må ha avtale med et RHF for å få RTV-refusjon, gir staten incentiver og muligheter for RHF-ene til å inngå avtaler som reduserer statens samlede kostnader til private aktører. Samtidig med halveringen av takstene fra 1.9.2005 ble et beløp tilsvarende reduksjonen i takstene overført til RHF-ene, slik at de skulle ha dekning for å betale høyere takster. Siden dette kommer som en rammebevilgning, vil RHF-ene få forsterket incentivene til å inngå gunstige avtaler.

Nedenfor gir vi først en gjennomgang av offentlige utgifter til private aktører innen laboratorie- og røntgenbransjen. Vi summerer først refusjonsutgiftene til private fra RTV og utgiftene som RHF-ene har betalt til de private aktørene. For å se om enhetsprisen har gått opp eller ned relateres deretter de samlede utgiftene til et mål for aktivitet eller volum.

4.8.11 Laboratorietjenester

Refusjonssatsene ble justert noe opp for private laboratorier 1.1.2003. Prisendringen hadde en effekt på om lag 0,8 % på samlede refusjoner fra RTV. Større virkning hadde det at både offentlige og private refusjonssatser ble satt ned med om lag 7 % fra 1.1.2004. På årsbasis ga dette et utslag på ca 3,1 %. Endelig ble refusjonssatsene halvert både for offentlige og private laboratorier fra 1.9.2005. På årsbasis ga dette en prisnedgang på 17,3 % for RTV-refusjonene under ett fra 2004 til 2005. Tabell 4.8.2 viser utgiftene til private laboratorier fordelt på finansiering fra RTV og RHF-ene og samlet.

Totaltallene viser økning i RTV-refusjonene fra 2002 til 2003, lavere vekst til 2004, og en nedgang til 2005 pga halveringen av takstene. Utgiftene fra RHF-ene viser nedgang fram til 2004, i hovedsak som følge av en betydelig reduksjon i Helse Øst, deretter en økning i 2005 som en følge av omlegging av takstene.

Et bilde av prisen pr analyse får en ved å dele tallene i tabell 4.8.2 med aktivitetstallene i faste 2002-priser. Igjen er tallene vanskelig å tolke for de to nordligste RHF-ene, både pga problemer med manglende data og pga det svært lave volumet som til dels går på andre RHF'ers avtaler. For Helse Vest er det oppgitt at utgiftene under avtaler med private laboratorier øker vesentlig i 2006, slik at enhetsprisen i 2005 kan være kunstig lav.

Tabell 4.8.2 Utgiftene til private laboratorier i millioner kroner Ikke inflasjonsjustert

RHF	Finansieringskilde	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	RTV	153,7	188,7	196,4	176,1
	RHF	100,0	59,9	56,3	87,0
	<i>Sum</i>	253,7	248,6	252,7	263,1
Helse Sør	RTV	63,3	74,1	73,4	67,1
	RHF	19,0	16,0	13,0	48,0
	<i>Sum</i>	82,3	90,1	86,4	115,1
Helse Vest	RTV	16,9	22,4	22,9	20,7
	RHF	5,4	5,9	5,4	4,4
	<i>Sum</i>	22,3	28,3	28,3	25,1
Helse Midt	RTV	2,0	3,0	3,6	4,3
	RHF	0,0	0,0	0,0	0,0
	<i>Sum</i>	2,0	3,0	3,6	4,3
Helse Nord	RTV	4,0	4,2	4,6	4,6
	RHF*	0,2	0,2	0,3	0,8
	<i>Sum</i>	4,2	4,4	4,9	5,4
Totalt	RTV	239,9	292,4	300,9	272,8
	RHF	124,6	82,0	75,0	140,2
	<i>Sum</i>	364,5	374,4	375,9	413,0

* I Helse Nord lå ansvaret for avtalene på HF-nivå i 2002 og 2003. Utgiftene disse årene er anslag.

Tabell 4.8.3 Samlet pris (RHF og folketrygden) i kroner per enhet vektete laboratorieanalyser (vektet med takstene fra 2002)

RHF	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	165,20	137,66	130,12	123,59
Helse Sør	130,31	127,22	118,59	142,30
Helse Vest	131,81	132,51	124,74	101,34
Helse Midt	103,13	106,83	103,16	80,48
Helse Nord	105,90	108,65	106,10	98,82
Sum	151,97	133,90	125,87	125,38

Tendensen i prisene er på ingen måte entydig, men det kan virke som Helse Øst i det minste i de første årene etter helsereformen har lyktes å bringe enhetskostnadene ned en del.

4.8.12 Radiologitjenester

Tabell 4.8.4 viser utviklingen i refusjoner fra RTV og RHF-ene til privat radiologi i perioden. Refusjoner til privat radiologi er nokså konstant i Helse Øst fram til 2005 da omleggingen av finansieringsmåten skjer, mens både Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord opplever en kraftig vekst i refusjonene til private. Det har i samme periode vært stabilitet eller svak nedgang i refusjonene til offentlig radiologi (ikke vist i tabell). Dette har gjort at refusjonene til private som andel av totale refusjoner til radiologi vokser i perioden. Dette gjelder særlig for de tre RHF-ene som hadde relativt lite privat radiologi i utgangspunktet (Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord). Det har dermed skjedd en konvergens mellom RHF-ene når det gjelder andelen av de samlede refusjonene som går til privat radiologi.

Offentlig utgift pr røntgenregning får en ved å dele tallene i tabell 4.8.4 med antall undersøkelser hos private aktører. Dette er gjort i tabell 4.8.5 som viser gjennomsnittskostnader per undersøkelse totalt og fordelt på RTV og RHF-ene.

Tabell 4.8.4 Refusjoner til privat radiologi. Ikke inflasjonsjustert

RHF	Finansierings- kilde	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	RTV	187,5	187,3	186,5	158,8
	RHF	28,8	49,9	47,4	98,0
	<i>Sum</i>	<i>216,3</i>	<i>237,2</i>	<i>233,9</i>	<i>256,8</i>
Helse Sør	RTV	84,3	79,4	87,6	80,5
	RHF	27,0	20,0	7,5	65,0
	<i>Sum</i>	<i>111,3</i>	<i>99,4</i>	<i>95,1</i>	<i>145,5</i>
Helse Vest	RTV	23,7	37,5	62,1	76,2
	RHF	9,9	16,2	22,5	50,9
	<i>Sum</i>	<i>33,6</i>	<i>53,7</i>	<i>84,6</i>	<i>127,1</i>
Helse Midt	RTV	4,9	29,9	51,6	50,7
	RHF	2,1	16,5	25,0	34,6
	<i>Sum</i>	<i>7,0</i>	<i>46,4</i>	<i>76,6</i>	<i>85,3</i>
Helse Nord	RTV	12,2	12,6	17,9	24,8
	RHF*	2,4	2,4	3,2	8,0
	<i>Sum</i>	<i>14,6</i>	<i>15,0</i>	<i>21,1</i>	<i>32,8</i>
Totalt	RTV	312,6	346,7	405,7	391,0
	RHF	70,2	105,0	105,6	256,5
	<i>Sum</i>	<i>382,8</i>	<i>451,7</i>	<i>511,3</i>	<i>647,5</i>

Tabell 4.8.5 Kostnad per regning til privat radiologi fra RHF og folketrygden. Ikke vektet eller inflasjonsjustert

RHF	Finansierings- kilde	2002	2003	2004	2005
Helse Øst	RTV	693,6	646,8	647,4	553,7
	RHF	106,5	172,3	164,5	341,7
	<i>Sum</i>	<i>800,1</i>	<i>819,1</i>	<i>812,0</i>	<i>895,4</i>
Helse Sør	RTV	630,8	666,1	826,7	684,2
	RHF	202,0	167,8	70,8	552,5
	<i>Sum</i>	<i>832,8</i>	<i>833,9</i>	<i>897,5</i>	<i>1236,7</i>
Helse Vest	RTV	533,2	496,5	645,8	695,4
	RHF	222,7	214,5	234,0	464,5
	<i>Sum</i>	<i>755,9</i>	<i>711,0</i>	<i>879,8</i>	<i>1160,0</i>
Helse Midt	RTV	487,8	607,2	775,8	678,6
	RHF	209,0	335,1	375,9	463,1
	<i>Sum</i>	<i>696,8</i>	<i>942,3</i>	<i>1151,7</i>	<i>1141,7</i>
Helse Nord	RTV	858,0	800,3	915,1	970,7
	RHF	168,8	152,4	163,6	313,1
	<i>Sum</i>	<i>1026,8</i>	<i>952,7</i>	<i>1078,7</i>	<i>1283,8</i>
Totalt	RTV	658,5	628,9	701,6	634,4
	RHF	147,9	190,5	182,6	416,2
	<i>Sum</i>	<i>806,4</i>	<i>819,3</i>	<i>884,2</i>	<i>1050,6</i>

RHF-enes utgifter per regning samsvarer ikke nødvendigvis med de beløpene som er oppgitt i avtalene. Grunnen til det er at tabell 4.8.5 også inneholder de regningene som går utover de takene som måtte være avtalt mellom instituttene og RHF-ene. Lite beløp for RHF-tilskudd per regning kan derfor både skyldes at et RHF har gjort en god avtale og at det er mange regninger utover det

avtalte taket. Disse regningene vil inngå i gjennomsnittet i tabellen, selv om de bare blir honorert fra folketrygden. Kostnadene for folketrygden per regning bestemmes av innholdet i regningen. Gjennomsnittet av kostnader fra RHF-ene per regning øker fra 147,90 kroner i 2002 til 416 kroner i 2005. For staten er det en mindre nedgang. I løpende priser er det likevel en økning i kostnader per regning/undersøkelse.

I vår undersøkelse av avtalene fant vi at det er etablert et to-pris system med en pris innenfor taket og en pris for produksjon utover taket. Den gjennomsnittsprisen som et RHF betaler for den private produksjon, vil derfor være lik eller mindre enn den satsen som er beskrevet i avtalene.

Tabell 4.8.6 gir noen eksempler med utgangspunkt i avtalene med røntgeninstituttene.

Tabell 4.8.6 Avtaler og produksjon av private røntgentjenester 1.09 -31.12.2005

	Avtale 1			Avtale 2		
	Avtalt takst i % av RTV-takst	Aktivitet utover tak i % av tak	Gj.sn.takst for hele volumet i % av RTV-takst	Avtalt takst i % av RTV-takst	Aktivitet utover tak i % av tak	Gj.sn.takst for hele volumet i % av RTV-takst
RHF1	153 %	39 %	110 %	153 %	42 %	108 %
RHF2	180 %	187 %	63 %	140 %	20 %	116 %
RHF3	190 %	10 %	173 %	130 %	0 %	130 %
RHF4	148 %	8 %	137 %	125 %	32 %	95 %

Vi har valgt å ikke identifisere avtalepartene. Fra tabell 4.8.6 ser vi at avtalte prosentsetter varierer fra 125 % til 190 % av RTV-takst. Samtidig ser vi at aktivitet målt i kroner utover taket for utbetalinger fra RHF varierer fra 0 % til 187 %. Dersom vi går ut fra at de private instituttene tar i mot henvisninger så lenge det bidrar positivt til overskuddet, innebærer det egenbetaling og refusjon fra RTV dekker instituttens variable kostnader. Det innebærer samtidig at den gjennomsnittlige satsen som RHF betaler for undersøkelsene i de fleste tilfeller er betydelig mindre enn den satsen man kan lese ut av avtalene. I det mest ekstreme tilfellet er det avtalt 180 % av RTV-takst innenfor avtalen, mens RHF i gjennomsnitt betaler 63 % av RTV-takst for hele produksjonen.

Tilsvarende gjelder for mange av laboratorieavtalene. En stor avtale har for eksempel avtalt et kronebeløp pr analyse innenfor rammen som tilsvarer 143 % av gjennomsnittlig RTV-takst. En mindre tilleggsavtale har en takst som svarer til 19 % av gjennomsnittlig RTV-takst, mens alt utover tilleggsrammen er uten betaling fra RHF. Taksten etter 1.9.2005 er fastsatt slik at totalbetalingen for analysene innenfor rammen er den samme som før denne datoen, kun med en forskyvning av finansieringen fra RTV til RHF. Pasienter fra egen region har et forbruk av analyser som er 23 % utover rammen, og i tillegg kommer de pasientene som er hjemmehørende i andre regioner uten avtale med dette laboratoriet. For pasienter utover rammen er det kun RTV-taksten som betales for ekstra analyser. De utførte analysene er derfor i snitt blitt billigere etter 1.9.2005, siden betalingen pr analyse er halvert for analysene utover rammen og uendret for analysene innenfor rammen.

4.8.13 Aktiviteter utenom avtaler med eget RHF

Omfanget av røntgenundersøkelser som foregår med institutter som ikke har avtale med egen RHF begrenses av at pasienten fysisk må være til stede ved undersøkelsen. Derimot har laboratorieanalyser som utføres av private laboratorier uten avtale med RHF i pasientens hjemmeregion et betydelig omfang. Det legges samme valgfrihet til grunn for laboratorieprøver og røntgen som innen fritt sykehusvalg. Det innebærer for eksempel at en fastlege i Bergen kan velge å sende laboratorieprøven til Fürst i Oslo, selv om Helse Bergen ikke har avtale med Fürst. Fürst vil da fakturere et av RHF-ene som har avtale med Fürst, for eksempel Helse Sør, som igjen vil fakturere Helse Vest. Prøven vil også bli inkludert i det volum- og beløpstak som Helse Sør har avtalt med Fürst. Denne ordningen skaper trolig planleggingsproblemer for RHF-ene i den forstand at det blir ytterligere usikkerhet om hvilket volum- og beløpstak de skal gå inn for i avtalene.

Samlet utgjør slike analyser 13,7 % av refusjonene fra RTV i 2005, eller om lag 37,4 millioner kroner. Som en ser av tabell 6 er det stor variasjon mellom regionene både i beløp og andeler. Ettersom Helse Midt ikke har avtaler med noen private laboratorier i 2005, er andelen slike gjestepasientanalyser bortimot 100 %, mens Helse Øst har avtaler som dekker 99,5 % av aktiviteten. Beløpsmessig har derimot gjestepasienter fra Helse Vest det største omfanget, og som andel er bortimot ¾ av laboratorieanalysene som utføres på pasientprøver fra regionen gjort ved laboratorier som ikke har avtale med Helse Vest.

Tabell 4.8.7 Private laboratorietjenester i 2005 utenfor avtale med egen RHF

	Antall avtaler med laboratorier	RTV-refusjon i millioner kr	Som andel av total privat		
			Refusjon fra RTV	Aktivitet	Analyser
Helse Øst	8	0,8	0,5 %	0,5 %	0,2 %
Helse Sør	2	13,2	19,7 %	19,9 %	14,6 %
Helse Vest	3	15,2	73,5 %	72,3 %	86,8 %
Helse Midt ^a	0	4,3	99,8 %	99,7 %	99,9 %
Helse Nord	2	3,8	83,6 %	82,7 %	95,9 %
Totalt	15	37,4	13,7 %	13,6 %	11,4 %

^a Røntgeninstitutter med avtale sender også noen få regninger for laboratorieanalyser, slik at også enkelte av pasientene i Helse Midt er dekket av avtaler.

4.8.14 Drøfting og konklusjoner

Vi har beskrevet endringer i forholdet mellom de regionale helseforetakene og de private leverandørene av laboratorie- og røntgentjenester i kjølvannet av sykehusreformen. Etter sykehusreformen har de private laboratoriene samlet sett opprettholdt en stabil andel av de samlede analyser, mens privat radiologi har blitt mer vanlig i de regionene der tilbudet av slike tjenester var mindre vanlig tidligere. I forholdet mellom offentlige og private tjenester har det dermed vært en konvergens mellom RHF-ene når det gjelder radiologi, mens forskjellen mellom RHF-ene har vært nokså stabil for laboratorietjenester. Disse endringene er delvis bestemt av endringer i reguleringsregime og delvis av anbudsprosesser og kontrakter initiert av RHF-ene selv. Anbudene har så langt blitt begrenset til å gjelde private leverandører, som blir garantert en minimumsaktivitet tilsvarende hva de hadde i 2004. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige RHF-er sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til den private produksjonen billigst mulig. I den forbindelse er det interessant at bare et av RHF-ene har noen oppfatning av om de private tjenestene har blitt billigere etter anbudskonkurransen. Det er foreløpig for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på det offentliges samlede utgifter til tjenester fra private laboratorier og røntgeninstitutter. Tendensene så langt er sprikende og indikerer fallende utgifter per produsert enhet i forhold til laboratorier og økende utgifter per produsert enhet i forhold til røntgeninstitutter.

Omleggingen av finansieringsordningen var ment å gi større forutsigbarhet for folketrygden og RHF-ene ved hjelp av volum/utgiftstak og reduksjon av refusjonstakstene fra folketrygden. Dette er fortsatt problematisk siden det er fastlegene og de private spesialistene som styrer strømmen av rekvisisjoner. Vi har redegjort for hvordan fritt sykehusvalg overført til dette området gir fastlegene mulighet til å rekvirere analyser fra laboratorier som gjerne kan være dyrere enn det laboratoriet pasientens RHF har avtale med. Det er eksempel på tilsvarende forhold innenfor røntgenvirksomhet.

RHF-ene har oppnådd mer forutsigbarhet gjennom volum/utgiftstak. Disse takene har samtidig ikke regulert de private leverandørenes faktiske aktivitetsnivå. Selv om deres marginale inntekt har blitt redusert, har de fleste likevel produsert utover taket i alle fall i 2005. Selv om analyser og undersøkelser for staten har blitt billigere enn før på marginen, er spørsmålet om hva som er det

samfunnsøkonomisk riktige omfanget av laboratorie- og røntgentjenester like aktuelt og uavklart som før. Prinsipielt avhenger det samfunnsøkonomiske riktige omfanget av verdien for pasientene og folkehelsen av at analysene utføres i forhold til kostnadene ved å få de utført. Men hvilket nivå av laboratorie- og radiologibruk som er en riktig avveining mellom disse hensynene, er knapt på dagsorden. Konsensus om riktig bruk blant viktige beslutningstakere er trolig en forutsetning for bedre forutsigbarhet og trygghet for at man bruker ressursene på en god måte innenfor denne sektoren.

I praksis er RHF-ene begrenset i sine handlingsmuligheter til kun å forsøke å få utført de bestilte analysene med tilstrekkelig kvalitet til en lavest mulig kostnad, i det minste for den delen av analysevirksomheten som omfattes av RTV-refusjoner. Et viktig virkemiddel i så måte er valget mellom offentlig eller privat utførelse av analysevirksomheten. Også her er imidlertid RHF-enes handlingsrom begrenset ved at det i stor grad er lagt politiske føringer på omfanget av private avtaler.

For gitt andel privat utførelse vil derfor pris- og anbudskonkurranse høyst sannsynlig gi reduserte samfunnsøkonomiske kostnader. Derimot er det et empirisk spørsmål om hvor stort innslaget av privat virksomhet skal være, basert på ulike anslag på kvalitetsnivå, faste kostnader og grensekostnader i de to sektorene. Med grunnlag i økonomisk teori kan det gis argumenter *både* for at offentlig produksjon kan være billigst pga av faste kostnader knyttet til forskning, undervisning og akuttberedskap, og at privat produksjon vil være billigst pga sterkere incentiver til å redusere kostnader. RHF'ene ser ikke ut til å ha gjennomført de nødvendige empiriske undersøkelser, antakelig fordi de statlige styringssignalene uansett gir for lite handlingsrom.

Endringene som har skjedd på dette feltet siste årene kan neppe utelukkende knyttes til sykehusreformen. For det første er økningen i volum også en funksjon av økt etterspørsel fra primærhelsetjenesten. For det andre kunne omleggingene av reguleringsregime med endringer i refusjonsnivået fra staten i prinsippet også skjedd under andre institusjonelle forhold enn dagens. Om innslaget av konkurranse mellom private aktører om kontrakter i prinsippet kan bli sterkere etter sykehusreformen enn f.eks. under det fylkeskommunale regimet, er vanskelig å vurdere. Det at RHF-ene står som kjøpere av et større volum enn det fylkeskommunene gjorde, skulle isolert sett trekke i retning av at de har større markedsrett og dermed større muligheter for å presse prisen. Det har etter sykehusreformen imidlertid vært økende konsentrasjon innenfor laboratorie- og røntgenvirksomheten også på tilbudssiden slik at konklusjonene her ikke er åpenbare.

Referanser

- Hagen, T.P., T. Iversen og S. A. C. Kittelsen. 2005. "Kartlegging av produksjon og kostnader til offentlige og private leverandører av laboratorie- og røntgentjenester." HERO Skriftserie 2005: 14. Oslo: Helseøkonomisk forskningsprogram, Universitetet i Oslo.
- B. innst. S. nr. 11 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2005, kapitler under Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområdene 15 og 16).
- Innst.O.nr.35 (2004-2005) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.
- Ot. prp. nr. 5 (2004-2005) Lov om endringer i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) m.m.
- Rikstrygdeverket. 2006. "Polikliniske laboratorie- og radiologitjenester - En analyse av veksten i statens utgifter." Rapport 02/2006, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket.
- St.meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.
- St. prp. nr. 1 (2004-2005) Statsbudsjettet for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pedersen M: "Har effektiviteten i somatiske sykehus økt i perioden 1999-2004? Betydning av ulike modellspesifikasjoner og metodeforutsetninger. Sintef rapport STF A60, 2006
- Samdata somatikk - sektorrappport 2005. SINTEF Helse, Trondheim
- Simar, L. and Wilson, P.W. "Sensitivity analysis of efficiency scores: How to bootstrap in nonparametric frontier models." *Management Science*, 1998, 44, pp. 49-61.

4.9 Helseforetaksreformen - en brukermedvirkningsreform? Iverksetting og resultater av brukerutvalg i helseforetak

Tone Alm Andreassen; AFI og Terje Lie; IRIS

4.9.1 Sammendrag

Helseforetaksreformen var ikke bare en forvaltningsreform, den var også en omfattende brukermedvirkningsreform som bestemte at helseforetakene skulle ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. Lov om helseforetak pålegger regionale helseforetak å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten de kommende år.

Styret skal påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og driften av virksomheten. Disse bestemmelsene er blant annet konkretisert til at det skal opprettes *brukerutvalg* i alle helseforetak. Sentrale forskningsspørsmål er: *Hvordan kan brukerutvalgene påvirke helsetjenestens virksomhet? Hva betyr det for helseforetak å ha brukerutvalg? Har reformen blitt realisert på måter som gjør det mulig at brukerutvalgene kan få innflytelse på helsetjenestens virksomhet?*

I dette kapitlet skal vi belyse den brukermedvirkningsreformen som helseforetaksreformen innebærer. Kapitlet er basert på to datakilder: 1) En kvalitativ intervjuundersøkelse (Alm Andreassen, 2007) og 2) En spørreskjemaundersøkelse (Lie, 2007): En survey utsendt våren 2006 til ledere i brukerutvalg/ brukerråd, administrative ledere og styreledere i alle regionale helseforetak og de 29 lokale helseforetakene som var i drift våren 2006.

Et viktig resultat av brukermedvirkningsreformen i helseforetakene er at det faktisk er etablert organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens bruker kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere. Det finnes nå aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten, både på regionalt og lokalt foretaksnivå. Det store flertallet av de administrative lederne er positive til brukerutvalg, bare noen få er usikre på om brukerutvalget er et nødvendig organ i helsetjenesten.

Når det gjelder oppmerksomhet om brukernes rolle i utforming av helsetjenesten, er både brukerutvalg, administrative ledere og styreledere samstemte om at dette i stor grad er et resultat av brukerutvalgets arbeid. På spørsmålet om konkrete resultater – merkbare forbedringer for tjenestene til mennesker med langvarige sykdommer og plager – er brukerutvalg, administrative ledere og styreledere relativt samstemte om at brukerutvalgets arbeid har hatt svakere resultater.

En forholdsvis liten andel private institusjoner har opprettet brukerutvalg, men en del har annen organisert kontakt med brukergrupper. Om lag en tredjedel av de private institusjonene har ingen brukerinvolvering.

De sidene ved helsetjenestens virksomhet som brukerutvalgene har vært engasjert i, har først og fremst vært spørsmål som er særlig viktige for mennesker med sammensatte problemer og langvarig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. I den grad brukerutvalgene har hatt innflytelse på helsetjenesten, har det gått i retning av å styrke vekten på tjenester til mennesker med varige og sammensatte helseproblemer. Slik kan brukerutvalg på sikt være en faktor som bidrar til helsepolitisk omfordeling.

4.9.2 Innledning

Helseforetaksreformen var ikke bare en forvaltningsreform, den var også en omfattende brukermedvirkningsreform som bestemte at helseforetakene skulle ha brukermedvirkning i sin arbeidsform. Lov om helseforetak pålegger regionale helseforetak å sørge for at representanter for

pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten de kommende år (§34). I vedtektene for helseforetakene heter det at styret skal påse at pasienters erfaringer og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og driften av virksomheten. Disse bestemmelsene er blant annet konkretisert til at det skal opprettes *brukerutvalg* i alle helseforetak. Spørsmålene blir da: *Hvordan kan brukerutvalgene påvirke helsetjenestens virksomhet? Hva betyr det for helseforetak å ha brukerutvalg?* For å svare på disse spørsmålene, må vi se både på hvilke saker brukerutvalgene har engasjert seg i, og hvilke synspunkter de har fremmet, og på hvordan brukerutvalg og ledelsen i helseforetakene vurderer brukerutvalgenes betydning og resultater. For å kunne diskutere spørsmålene om brukerutvalgenes betydning, må vi likevel først svare på spørsmålet: *Har reformen blitt realisert på måter som gjør det mulig at brukerutvalgene kan få innflytelse på helsetjenestens virksomhet?* Et brukerutvalg vil ha små muligheter til å påvirke helseforetakets virksomhet, om ikke brukermedvirkningsreformen har blitt iverksatt på måter som sørger for at brukerutvalget har arbeidsbetingelser og ressurser til å fylle sin oppgave. En undersøkelse fra 2004 om brukerutvalgets rolle i et regionalt helseforetak, viste at det da fortsatt sto mye igjen for å sikre god kommunikasjon og kontakt mellom utvalget og foretakets ledelse (Holte og Lie, 2004).

I dette delkapitlet skal vi belyse den brukermedvirkningsreformen som helseforetaksreformen innebærer. Kapitlet er basert på to datakilder: 1) En kvalitativ intervjuundersøkelse (Alm Andreassen, 2007): Telefonintervjuer med 17 brukerrepresentanter i helseforetakenes brukerutvalg og med 9 ansatte som har kontakt med brukerutvalgene, fra til sammen 13 forskjellige utøvende helseforetak fordelt på alle de fem helseregionene. Intervjuene ble gjennomført våren 2005 og supplert våren 2006. 2) En spørreskjemaundersøkelse (Lie, 2007): En survey utsendt våren 2006 til ledere i brukerutvalg/ brukerråd, administrative ledere og styreledere i alle regionale helseforetak og de 29 lokale helseforetakene som var i drift våren 2006. Fra brukerutvalgene kom det inn svar fra 23 av foretakene og fire av de fem regionale foretakene. Fra de lokale helseforetakene svarte 26 av 29 foretaksledere og alle ledere i de regionale foretakene. Svarprosenten fra styreledere var noe lavere: Her svarte 18 av de 29 lederne i de lokale helseforetakene og 2 av de fem regionale foretakene. Andel styreledere som svarte fra de regionale foretakene er for lav til å anvendes. Svarene fra administrative ledere og fra brukerutvalgene, supplert med intervjuedataene, gir likevel totalt sett et godt bilde av situasjonen i foretakene. Vi konsentrerer oss her om disse. For mer utfyllende presentasjon av undersøkelsene henviser vi til rapportene.

Det er i tillegg foretatt en enkel registrering av omfanget av brukerutvalg eller annen type organisert brukermedvirkning i private institusjoner med driftsavtale med de regionale foretakene. 62 av 99 institusjoner besvarte et spørreskjema som ble sendt ut sommeren 2006.

4.9.3 Etablering av brukerutvalg i helseforetak

I de regionale foretakene ble samtlige utvalg opprettet i 2002. I de lokale helseforetakene ble 42 prosent av utvalgene opprettet i reformens første år, 38 prosent ble opprettet i 2003 og 16 prosent i 2004 og 4 prosent i 2005.⁶⁴ Bare det å få etablert brukerutvalg i helseforetakene har altså tatt flere år.

I følge de administrative ledere hadde 38 prosent av helseforetakene brukerutvalg, brukerpanel eller lignende ved sykehuset *før* foretaksreformen. Enkelte helseforetak har dermed hatt noe mer erfaring med brukerinvolvering.

13 av de 59 private institusjonene med avtale med regionale helseforetak som svarte på skjemaet, oppga at de hadde opprettet brukerutvalg⁶⁵. 26 institusjoner oppga at de hadde annen organisert kontakt med brukergupper enn brukerutvalg. Om lag en tredjedel av de private institusjonene har

⁶⁴ Tallene er basert på svar fra administrative ledere. Brukerutvalg i flere foretak oppgir noe senere etableringstidspunkt.

⁶⁵ Fire av de 59 institusjonene har ikke svart på spørsmålet.

ingen brukerinvolvering. Dette tyder på at nasjonal styring gjennom pålegg til de offentlige helseforetakene om brukermedvirkning har hatt betydning, både for etablering av brukermedvirkning og for formen på brukerinvolveringen.

I mange av helseforetakene har brukerutvalgene økt antall møter siden utvalgene først ble opprettet. 59 prosent av utvalgene i helseforetakene oppgir at antall møter er økt, mens de andre oppgir ingen endring. I de regionale foretakene oppgir tre av fire utvalg at antall møter er økt. I gjennomsnitt hadde brukerutvalg i lokale helseforetak 6,7 møter i 2005, mens de regionale brukerutvalg i gjennomsnitt hadde 6,5. Det er imidlertid variasjon mellom foretakene. I lokale helseforetak varierer antallet møter i brukerutvalget mellom 3 og 10, i regionale foretak mellom 5 og 10.

Det er først og fremst organisasjoner av kronisk syke og funksjonshemmede og elderrådene i fylkene som er invitert til å foreslå medlemmer i brukerutvalgene. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons (FFOs) medlemsorganisasjoner er representert i alle utvalgene både i de regionale foretakene og i helseforetakene. Det viser spørreskjemaundersøkelsen. Organisasjonene fra Samarbeidsorganet av Funksjonshemmedes Organisasjoner (SAFO) er representert i 83 prosent av de lokale helseforetakene og i alle de regionale helseforetakene. Eldreråd er representert i 73 prosent av brukerutvalgene. Representanter for rusmisbrukere er representert i 27 prosent av utvalgene i helseforetakene og i halvparten av de regionale helseforetakene. Representanter for kreftforeningen er med i 36 prosent av utvalgene i de lokale helseforetakene og i halvparten av de regionale foretakene. Medlemmer som representerer etniske minoriteter finnes i 4 prosent av utvalgene i de lokale helseforetakene og 25 prosent i de regionale foretakene, dvs. at de er med i ett utvalg på lokalt nivå og ett på regionalt nivå.

Samlet for de regionale og lokale helseforetakene er 40 prosent av medlemmene i brukerutvalgene yrkesaktive, 32 prosent har uførepensjon mens 24 prosent har alderspensjon. Et fåtall medlemmer er hjemmeværende. Personer med uføre- eller alderspensjon er sterkt overrepresentert i brukerutvalgene sammenlignet med befolkningen ellers. I alt har nær 60 prosent av medlemmene i brukerutvalgene en trygdeytelse som viktigste kilde til livsopphold, hvorav 56 prosent med uføre- eller alderspensjon. Tilsvarende tall for hele befolkningen viser at 27,6 prosent av befolkningen 20 år eller over har uføre- eller alderspensjon, hvorav 9,3 prosent med uførepensjon og 18,3 prosent med alderspensjon.

Det er altså slik at de befolkningsgruppene som er blitt involvert gjennom brukermedvirkningsreformen i helseforetakene, er mennesker med langvarige problemer som for mange har ført til at de også står utenfor arbeidslivet.

Brukerutvalgenes mandat og rolle

Intervjudataene tyder på at det er vanlig at brukerutvalgene har mandat. Alle brukerutvalgene i regionale helseforetak hadde vært med på å utarbeide utvalgets mandat. Det viser spørreskjemaundersøkelsen. I de lokale helseforetakene hadde også flertallet av brukerutvalgene vært med på å utarbeide mandatet, mens 40 prosent fikk forelagt et ferdig mandat.

Innholdet i brukerutvalgenes mandat varierer noe, men de mest vanlige mandatformuleringene peker på at brukerutvalgene skal fungere som et *samarbeidsforum* mellom brukerne og helseforetaket, et *rådgivende organ* for helseforetak slik at brukernes kunnskap kan utnyttes, og et forum for systematisk *tilbakemelding* om brukernes erfaringer. Brukerutvalgenes roller er å være samarbeidspartner, rådgiver og kanal for brukererfaringer.

Mandatformuleringene gir lite konkret veiledning om hvordan brukerutvalgene skal fungere og arbeide. Mange intervjuinformanter beskrev at utvalgene hadde måttet bruke tid på å finne sin rolle og arbeidsform, og flere fortalte at brukerutvalget hadde måtte arbeide for å bli tatt med og trukket inn i aktuelle saker. Sitatene nedenfor er illustrerende for flere:

”Det er jo ikke noen oppskrift for slike brukerutvalg. Vi holder på å legge lista ennå. Jeg føler at vi er kommet litt på vei [...] Vi har jo famla litt i starten, [...] vi var usikre på vår rolle, og det var foretaket også. Erfaringen min er at det tar litt tid å få ting på plass.”
(En brukerrepresentant)

”Dette er en ny type utvalg som må gå seg litt til og finne sin form. Det har vi strevd med, men jeg føler at vi er på rett vei. Jeg syns også at ledelsen og administrasjonen i helseforetaket er blitt flinkere til å huske på brukerrepresentanter i råd og utvalg. Det er en bevisstgjøringsprosess som er kommet gjennom brukerutvalgets arbeid.” (En leder i et helseforetak)

Både når det gjelder oppretting av brukerutvalg og utforming av brukerutvalgenes rolle har altså iverksettingen av brukermedvirkningsreformen vært en prosess som har tatt tid.

Intervjuundersøkelsen peker også på at det er variasjoner mellom brukerutvalgene i hvilke roller utvalgene har gått inn i. Å være *rådgivende organ* synes å være den rollen som flest forbinder med brukerutvalg. I noen utvalg er også andre roller tydelig til stede, som forventning eller som arbeidsform. I et av helseforetakene som trekkes fram i undersøkelsen er det en uttalt forventning at brukerutvalg skal samle inn, systematisere og formidle pasienterfaringer tilbake til sykehuset. Her er rollen som *kanal* for systematiske tilbakemeldinger av brukererfaringer viktig. I et annet foretak er brukerutvalg mer en medarbeider og en *samarbeidspartner* for sykehuset, et selvstendig organ som ikke bare gir råd til sykehuset, men selv arbeider med å utvikle tiltak som gjør det lettere for pasientene å være pasient.

Variasjonen i rolleutforming peker på at det er flere veier brukerutvalgene kan virke igjennom. For rollen som medarbeider og samarbeidspartner går *virkningsveien via de individuelle pasientene*, selv om det er helseforetaket via brukerutvalget som legger til rette for pasientstyrkingen. For både rollen som rådgivende organ og for rollen som kanal for brukererfaringer går *virkningsveien* for brukerutvalgenes påvirkning *via foretaksledelsen* og ledelsens myndighet og styringsredskaper. For at brukerutvalgene skal kunne påvirke helseforetakenes virksomhet er det derfor sentralt at det er god kobling og kontakt mellom brukerutvalgene og helseforetakenes ledelse.

4.9.4 Kobling og kontakt mellom brukerutvalg og helseforetak

De kvalitative intervjuene tyder på at brukerutvalgenes sakstilgang og organisatoriske innplassering i helseforetakene først og fremst er knyttet til helseforetakenes administrasjon. Mange har en viss kobling til styrene, i det minste ved at protokoller fra brukerutvalgsmøtene går til styret, noen også ved at brukerutvalgsrepresentanter er til stede på styremøtene. Kontakten til helseforetakenes klinikker og avdelinger synes svakere, og først og fremst å bestå i at brukerutvalg blir informert om virksomheten i sykehusene. Spørreskjemaundersøkelsen viser samme mønster.

I følge svarene fra brukerutvalgene deltar administrerende direktør ofte eller alltid på møtene i brukerutvalgene i nær halvparten av de lokale helseforetakene, mens administrerende direktør deltar ofte eller alltid på møtene i alle de regionale helseforetakene. Intervjuundersøkelsen viser at både brukerrepresentanter og helseforetaksrepresentanter legger vekt på at administrerende direktør deltar i brukerutvalgsmøtene. Sitatet nedenfor illustrerer tenkningen:

”Jeg mener det er viktig at administrerende direktør er med, for at det skal bli rett tyngde, at brukerne skal møte reelle ledere i foretaket.” (En helseforetaksleder)

I flere helseforetak møter andre ledere i brukerutvalgene, slik tabell 4.9.1 viser.

I de *regionale* helseforetakene er det vanligst at det møter tre representanter fra helseforetaket i brukerutvalgsmøtene; i en region møter bare to. I de *lokale* helseforetakene er det vanligst at kun *en* representant fra foretaket møter ofte eller alltid på møtene i brukerutvalget. Dette skjer i nær 40 prosent av foretakene. Det møter to eller tre representanter i henholdsvis 35 og 22 prosent av foretakene. I kun ett foretak møter fire representanter ofte eller alltid på møtene i brukerutvalget. Dette tyder på at koplingen mellom brukerutvalget og helseforetaket er relativt svak i en god del av de lokale helseforetakene.

Tabell 4.9.1 Svar fra brukerutvalgene. I hvilken utstrekning deltar representanter fra helseforetaket på møter i brukerutvalget? * Andel som møter ofte eller alltid. Prosent

Representant fra helseforetaket	Helseforetak		I alt
	Lokale helseforetak	Regionale helseforetak	Prosent
	Prosent	Prosent	
Adm. dir.	48	100	56
Klinikk- eller avd. sjef	39	0	33
Andre adm. ledere	61	75	63
Andre representanter	43	100	52
I alt	191 (n=23)	275 (n=4)	204 (n=27)

* Prosentsummen blir over 100 fordi flere av representantene kan delta møtene.

Ser vi på de lokale helseforetakene regionvis, viser spørreskjemaundersøkelsen til brukerutvalgene at ledelse og administrasjon i helseregion Sør i største grad deltar på brukerutvalgsmøtene og dobbelt så hyppig som i helseregion Midt-Norge og helseregion Nord-Norge. Helseregion Øst og Vest ligger imellom ytterpunktene.

Administrative ledere fra *lokale* helseforetak rapporterer at de oftere er til stede på brukerutvalgsmøtene enn det brukerutvalgene rapporterer. Særlig svarer de administrative lederne at andre ledere enn de selv deltar på utvalgsmøtene, noe brukerutvalgene på sin side ikke rapporterer i samme grad. Dette tyder på at de administrative lederne sitter med et mer positivt bilde av kontakten og samhandlingen mellom helseforetak og brukerutvalg, enn det brukerutvalgene selv gjør. Sitatet nedenfor, fra en brukerrepresentant i intervjuundersøkelsen, kan illustrere dette:

”Direktøren har bare møtt en gang. Han sa det var veldig flott med brukerutvalget, og ville gjerne møte, men vi har ikke sett han siden. [...] Siste uke, ikke denne, men uka før, var første gang at brukerutvalget ble innkalt til sykehusets ledergruppe. Veldig mange av dem hadde ikke hørt om oss.” (En brukerrepresentant)

En del brukerutvalg er koblet til helseforetakenes styrever. Brukerutvalgene har talerett i styrene i 35 prosent av de lokale helseforetakene og i 2 av de fem regionale helseforetakene. Både tale- og forslagsrett er mer sjelden og det har brukerutvalgene bare i 8 prosent av de lokale helseforetakene og ikke i noen regionale helseforetak. Observatørstatus med tale- og/eller forslagsrett er mest utbredt i helseregion Øst. Styremøtene i helseforetakene er åpne, og hvem som helst kan delta som vanlige tilhørere. Ved observatørstatus i styret har brukerutvalgene fått en sterkere posisjon enn som tilhører. Intervjuundersøkelsen viser at både brukerutvalgsmedlemmer og helseforetaksrepresentanter tillegger styredeltakelsen betydning. Sitatet nedenfor viser tenkningen:

”Det [styredeltakelsen] gjør at brukerutvalget er en naturlig del av beslutningsprosessen, utvalget får automatisk alle saker, ser hva sykehuset er opptatt av. Slik får utvalgets sykehusets drift mer under huden, kan ta opp saker på selvstendig grunnlag, eller frambringe sitt syn.” (En helseforetaksrepresentant)

I spørreskjemaundersøkelsen har vi spurt om i hvor stor grad det gjennomføres kontaktmøter mellom foretak og brukerutvalg, det er etablert rutiner for melding av saker fra foretak til utvalg, vedtak/ protokoll fra brukerutvalget gjøres kjent for styret i foretaket, og i hvor stor grad brukerutvalget er tilfreds med informasjonen fra helseforetaket. Erfaring fra flere ulike former for innbyggermedvirkning viser at slike prosedyrer er viktig å få på plass for at medvirkningen skal fungere, og et signal til dem som medvirker om at de tas på alvor (Alm Andreassen, 2001; Alm Andreassen, 2005; Guldvik, 2000; Nordahl og Carlsen, 1999).

Svarene fra brukerutvalgene viser at de regionale helseforetakene i gjennomsnitt skårer høyere enn lokale helseforetak på samtlige spørsmål. Svarene viser videre at når det gjelder regionale

helseforetak varierer det hvorvidt det gjennomføres kontaktmøter mellom representanter for brukerutvalget og foretaket. Når det gjelder rutiner for melding av saker og formidling av synspunkter fra brukerutvalget til foretaket, er dette i stor grad på plass i alle de regionale helseforetakene, og brukerutvalgene er fornøyd med informasjonen fra foretaket. For de lokale helseforetakene, er det langt større variasjoner når det gjelder kontakt, sakstilfang, formidling og tilfredshet.

Tabell 4.9.2 viser en indeks over svarene fra brukerutvalgene. Indeksen er et uttrykk for hvor mange av spørsmålene brukerutvalgene vurderer at kontakten skjer alltid eller ofte på de fem spørsmålene om kontakt. De regionale utvalgene opplever i langt hyppigere stor grad av kontakt enn de lokale foretakene.

Tabell 4.9.2 Svar fra brukerutvalg. Svarer ”alltid/ofte” på fem spørsmål om kontakt mellom brukerutvalg og lokalt helseforetak. Min =0, maks =5. (Maksimum 5 poeng)

	Prosent
0 av 5 spørsmål med svar alltid/ofte i stor grad	9
1 av 5 spørsmål med svar alltid/ ofte i stor grad	17
2 av 5 spørsmål med svar alltid/ofte /i stor grad	44
3 av 5 spørsmål med svar alltid/ofte /i stor grad	17
4 av 5 spørsmål med svar alltid/ofte /i stor grad	4
5 av 5 spørsmål med svar alltid/ofte /i stor grad	9
Total	100 (n=23)

Tabell 4.9.2 viser at bare 13 prosent av brukerutvalg i lokale helseforetak har gjennomgående god kontakt med helseforetaket (svarer positivt på 4 eller 5 av 5 spørsmål), mens 26 prosent av brukerutvalgene har svak kontakt med det lokale helseforetaket (svarer ikke positivt på noen eller bare ett spørsmål).

Brukerutvalgene ble videre bedt om å ta stilling til påstanden om at ”Styret og administrasjonen gir god tilbakemelding om hva som skjer med vedtak, forslag og uttalelser fra utvalget.” Kun i 28 prosent av de lokale helseforetakene svarte brukerutvalgene ”ofte” eller ”svært ofte” på påstanden, mens tre av fire regionale helseforetak fikk tilsvarende skåre. Ett regionalt helseforetak fikk en dårlig vurdering. Den regionale fordelingen viser at helseforetakene i helseregionene Vest og Nord får dårligst vurdering når det gjelder tilbakemelding om hva som skjer med uttalelser fra brukerutvalget. Forholdene er noe bedre i helseregion Øst og Sør.

Brukerutvalgene ble også bedt om å vurdere et utsagn om at ”Det hender altfor ofte at viktige saker ikke blir presentert for utvalget”. Brukerutvalgene i de regionale helseforetakene er helt uenige i denne påstanden (tre av fire utvalg er helt eller nesten uenige og ett utvalg svarer ”verken eller”) mens i de lokale helseforetakene sier brukerutvalgene seg helt eller nesten helt uenig i påstanden i kun 5 (23 prosent) av 23 lokale helseforetak. I ni av de lokale foretakene svarer ni utvalg (drøyt 40 prosent) ”verken eller” mens åtte utvalg (37 prosent) er helt eller nesten enige. Dette tyder på at ganske mange av de lokale helseforetakene ikke legger fram viktige saker for utvalgene. Når det gjelder et utsagn om at ”Brukerutvalget får ofte sakene fra foretakene svært sent i prosessen”, svarer brukerutvalgene i hele 19 av 23 helseforetak at de er helt eller nesten helt enige. Utvalgene i de regionale helseforetakene derimot er nesten helt uenige i utsagnet. Undersøkelsen viser altså at det er klare forskjeller mellom de regionale helseforetakene og lokale helseforetakene når det gjelder brukerutvalgenes situasjon.

Også de administrative lederne i helseforetakene har fått spørsmål om kontakten og informasjonsflyten mellom helseforetak og brukerutvalg. På de fleste spørsmål vurderer administrative ledere i de lokale helseforetakene forholdene for brukerutvalgene som langt bedre

enn hva utvalgene selv gjør. Situasjonsbeskrivelsen hos lederne i de lokale helseforetakene og i brukerutvalgene er svært forskjellig.

Både brukerutvalg, administrativ leder og styreleder har fått spørsmål om brukerutvalgets råd blir tatt hensyn til i helseforetaket, og spørreskjemaet hadde også andre påstander som man skulle si seg enig eller uenig i. Tabell 4.9.3 viser variasjonen mellom brukerutvalg, administrativ leder og styreleder på noen slike påstander.

Svarene viser at brukerutvalgene gjennomgående er mindre fornøyd enn ledelsen i helseforetakene.⁶⁶ Færre brukerutvalg enn ledere opplever at brukerutvalget blir tatt hensyn til. Mer enn et av fire brukerutvalg opplever at deres arbeid ikke blir tatt på alvor, mens bare en administrativ leder mener at brukerutvalget er unødvendig. Ytterligere to ledere svarer imidlertid verken enig eller uenig. Opplevelsen av å bli tatt på alvor er knyttet til erfaringene med å bli trukket inn og spurt til råds. Det viser intervjuundersøkelsen, som også peker på at fra en del lokale helseforetak forteller brukerinformantene at brukerutvalget blir forelagt saker, spurt om råd og lyttet til. I andre opplever brukerinformantene at foretaksledelsen i liten grad tar brukerutvalget i bruk og at det er brukerutvalget selv som må sørge for at de blir involvert i aktuelle saker. Brukerutvalgenes svar på spørsmålene over om kontakten med helseforetakene viste da også at få av brukerutvalgene i de lokale helseforetakene hadde gjennomgående god kontakt med helseforetaket.

Tabell 4.9.3 Svar fra brukerutvalg og administrativ leder i lokalt helseforetak. I hvilken grad brukerutvalget blir tatt hensyn til og tatt på alvor. Prosentandel som er helt eller delvis enig i ulike påstander

	Lokale helseforetak		
	Brukerutvalg	Administrative ledere	Styreledere
Utvalgets vedtak, uttalelser, råd og forslag blir tatt hensyn til i helseforetaket	23	85	77
Utvalget opplever at det arbeidet de gjør ikke blir tatt alvorlig	27	-	-
Brukerutvalget er et unødvendig organ	-	4	0
Utvalget samarbeider godt med helseforetaket	67	100	-
Antall svar	23	26	17

Konklusjonen om iverksettingen blir dermed at brukerutvalgene i de regionale foretakene arbeider under bedre forhold enn utvalgene i ganske mange av de lokale helseforetakene. Mens iverksettingen av brukermedvirkningsreformen har kommet langt i de regionale helseforetakene, så har flere lokale helseforetak ikke gjennomført (ferdig) en iverksettingsprosess som har gjort det mulig for brukerutvalgene å få innflytelse på helsetjenestens virksomhet.

4.9.5 Betydningen av brukerutvalgene

Saksengasjement, brukerperspektiver og innflytelse

De viktigste kildene til saker i brukerutvalgene er for lokale helseforetak administrasjonen i helseforetaket og medlemmene i brukerutvalget, og for regionale helseforetak medlemmene i brukerutvalget, organisasjoner for helsetjenestens brukere og sakslisten til styremøtene. Det viser spørreskjemaundersøkelsen. Mens det var store variasjoner mellom regionale helseforetak og lokale helseforetak og mellom de lokale helseforetakene innbyrdes når det gjaldt hvordan helseforetaket hadde iverksatt brukermedvirkningsreformen, var brukerutvalgenes vurderinger av brukerrepresen-

⁶⁶ Vi kan ikke utelukke at noe av variasjonen skyldes at det er færre svar fra brukerutvalg enn fra administrative ledere, eller at noen av svarene er fra ulike helseforetak, men mener at mønsteret er tydelig uansett.

tantenes bidrag til arbeidet i brukerutvalgene langt mer samstemte. Både fra lokale og regionale brukerutvalg svarte de aller fleste at brukerutvalgsmedlemmene var enige seg i mellom om hvilke saker som skulle behandles i brukerutvalget (gjennomsnittet på en skala fra 1 til 5 lå på 4,4 for lokale brukerutvalg og 4,3 for regionale brukerutvalg). Også mange var mer enige enn uenige i at brukerutvalget brukte egne organisasjoner som ressurs i brukerutvalgets arbeid (gjennomsnittet på en skala fra 1 til 5 lå på 3,5 for lokale brukerutvalg og 3,8 for regionale brukerutvalg).

Den kvalitative undersøkelsen viser at brukerutvalgene har vært opptatt av bl. a.

- helsetjenestens bruk av individuell plan overfor pasienter med sammensatte behov
- helseforetak innføring av bestemmelsene om pasientansvarlig lege
- informasjonen til pasientene
- pasientenes mulighet til å få med epikrisen ved utskriving
- rutiner ved inn- og utskriving
- habiliterings- og rehabiliteringstilbudene
- geriatriens behandlingstilbud
- det psykiatriske tjenestetilbudet
- tilgjengelighet for funksjonshemmede i sykehusene
- utbygging av lærings- og mestringssentre
- samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

I forhold til flere av disse temaene formidler både foretaksinformanter og brukerinformanter at brukerutvalgenes engasjement har bidratt til oppmerksomhet og dels til et utfall, som disse sakene ellers ikke ville fått.

Brukerutvalg i flere helseforetak er stilt overfor spørsmål om omstrukturering, omorganisering og funksjonsfordeling i helseforetaket. Brukerutvalgene har vektlagt kvalitet og samordnet tjenestetilbud. I noen saker har dette hatt som konsekvens at brukerutvalg har gitt støtte til omstrukturingsforsøk som har betydd samlokalisering og i noen grad sentralisering. Flere av de intervjuede i den kvalitative undersøkelsen forteller om brukerutvalg som har tatt standpunkt som ikke er populære i berørte lokalmiljøer, og møtt kritikk for dette. Det gjelder både i helseregion Øst, Vest og Sør. Kun i helseregion Nord fortelles det om brukerutvalg som har forsvart etablert funksjonsfordeling. Intervjuene forteller om brukerutvalg som begrunner sine standpunkter saklig, som har lyttet til informasjon fra helseforetakene, men også drøftet saken med brukerorganisasjonene.

Det typiske ved saksområdene brukerutvalgene har satt på dagsordenen og de synspunktene utvalgene har fremmet er at brukerutvalgene har vært opptatt av sider ved helsetjenestens virksomhet som er særlig viktig for mennesker som langvarig og hyppig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet.

Flere brukerinformanter beskriver i intervjuene problematiske sider ved helsetjenestens pasientbehandling, så som

- at pasientene ikke får dekket sitt behov for å være orientert om sin situasjon, sin behandling og sine framtidsutsikter, eller sitt behov for å ha kunnskap om hvordan de skal mestre sine helseproblemer
- at det er organisasjons- og samordningsproblemer i helsetjenesten, både internt i sykehusene og mellom sykehusene og øvrig hjelpeapparat
- at kronikernes hverdagsproblemer får for lite oppmerksomhet fra den medisinske ekspertisen
- at den medisinske ekspertisen i for stor grad behandler pasientene ovenfra og ned

Det gjennomgående trekket ved disse problembeskrivelsene er at de forteller at pasientbehandling er mye mer enn en instrumentell medisinsk intervensjon (kirurgi og medikamenter). Behandlingen er en prosess: Den er en samhandlingsprosess mellom behandler og pasient, og kanskje også pårørende. Den er et behandlingsforløp som involverer flere instanser som må organiseres. Den er en prosess som også dreier seg om pasientenes liv utenfor sykehuset, og som pasientene er opptatt av å mestre. Dette er nettopp et kroniker-perspektiv på helsetjenesten, perspektivet til dem som har langvarige og sammensatte problemer.

I intervjuundersøkelsen kommer det også fram at brukerrepresentantene kan være usikre på hvordan brukerutvalg skal kunne påvirke pasientbehandlingen. Det vises til at brukerutvalgene først og fremst kan understreke overfor foretaksledelsen at det er forbedringsbehov, men uttrykkes også en usikkerhet om foretaksledelsen innflytelse på den faglige og kliniske praksisene i foretakene. Spørreskjemaundersøkelsen til de administrative lederne i helseforetakene viser at også lederne er usikre på brukerutvalgenes betydning overfor fagfolkene i sykehusene. 31 prosent av lederne sier seg helt eller delvis enig i at det kan være en utfordring å få leger til å være interessert i synspunkter fra brukerne. Ytterligere 31 prosent er verken enig eller uenig i påstanden. Over halvparten av de administrative lederne er også helt eller delvis enige i at det er vanskelig å få avdelingene/ klinikkene til å ta initiativ til å legge fram saker for brukerutvalget. En andel på 31 prosent av de administrative lederne er verken enig eller uenige i påstanden. Dette peker på at brukerutvalgene i mindre grad har kommet i inngrep med den faglige og kliniske virksomheten i helseforetakene.

Resultater av brukerutvalgenes arbeid

Av de 13 helseforetakene i intervjuundersøkelsen formidles det fra omtrent halvparten at brukerutvalgene blir møtt med respekt og får betydning for helseforetakenes virksomhet. Blant annet ble det, som nevnt, pekt på at brukerutvalgene har bidratt til fokus på problemstillinger og temaer som berører mennesker med langvarige helseproblemer. Et nærliggende spørsmål er om dette mønsteret viser seg også i de kvantitative dataene. Vi skal se på en del påstander om resultater av brukerutvalgenes arbeid som både brukerutvalg, administrative ledere og styreledere har tatt stilling til.

I gjennomsnitt mener brukerutvalgene at utvalgenes arbeid har ført til større oppmerksomhet om brukernes rolle, og at brukerne har fått større innflytelse på sykehusenes tjenestetilbud sammenlignet med før helseforetaksreformen. Det gjelder både i regionale og lokale helseforetak. I de regionale helseforetakene er det bortimot full enighet om påstanden.

Brukerutvalgene ikke helt tilfreds med den innflytelsen de har i helseforetakene. Brukerutvalgene i de regionale helseforetakene er i gjennomsnitt mer tilfreds enn brukerutvalgene i de lokale helseforetakene, men selv om brukerutvalgene er mest tilfreds med sin innflytelse i de regionale foretakene, er det likevel et stykke igjen til at de er helt tilfreds med sin innflytelse. I spørreskjemaundersøkelsen ble ikke bare brukerutvalgene, men også de administrative ledere bedt om å vurdere brukerutvalgenes innflytelse på beslutninger i helseforetakene og si hvor stor vekt de legger på råd, synspunkt eller uttalelser fra brukerutvalget. Innflytelsen blir vurdert større i de regionale foretakene enn i de lokale helseforetakene. På en skala fra 1 til 5 mener administrative ledere i de lokale helseforetakene i gjennomsnitt at brukerutvalget har noe under middels innflytelse over beslutninger i foretaket, og nær en fjerdedel av foretakene oppgir innflytelsen som meget eller nokså liten. Lederne i de regionale helseforetakene vurderer i gjennomsnitt brukerutvalgenes innflytelse som sterkere, og samtlige fem foretak vurderer innflytelsen til å være middels eller nokså stor. Ledere i de regionale helseforetakene legger i gjennomsnitt også betydelig mer vekt på råd m.v. fra brukerutvalgene sammenlignet med ledere i lokale foretak.

Generelt viser svarene at brukerutvalg i regionale helseforetak har større betydning enn brukerutvalg i lokale helseforetak. Samtidig er det variasjoner mellom helseforetak, størst mellom ulike lokale helseforetak, men når det gjelder noen av utsagnene er det også variasjoner mellom brukerutvalgene i de regionale helseforetakene. Her skal vi se mer på forskjellene mellom de lokale helseforetakene.

Tabell 4.9. 4 I hvilken grad brukerutvalg og administrative ledere i lokale helseforetak opplever at brukerutvalgets arbeid har fått resultater. Prosentandel som er helt eller delvis enig i ulike påstander

	Lokale helseforetak		
	Brukerutvalg	Administrative ledere	Styreledere
Utvalgets arbeid har ført til større oppmerksomhet om brukernes rolle i utformingen av helsetjenestene	68	85	72
Utvalgets arbeid har ført til merkbare forbedringer i helsetjenestene for pasienter med langvarige plager og sykdommer	36	31	50
Utvalget har påvirket foretaket når det gjelder bedring av tilgjengelighet til helsetjenestene	32	69	71
Utvalget har bidratt til at brukerne har fått økt innflytelse i planlegging og utforming av tjenestetilbudet i helseforetaket sammenlignet med situasjonen før foretaksreformen ble iverksatt	43	92	77
Antall svar	(n=23)	(n=26)	(n=18)

Når det gjelder *oppmerksomhet* om brukernes rolle i utforming av helsetjenesten er både brukerutvalg, administrative ledere og styreledere samstemte om at dette i stor grad er et resultat av brukerutvalgets arbeid. Når det gjelder konkrete resultater – *merkable forbedringer* – er brukerutvalg, administrative ledere og styreledere forholdsvis samstemte om at brukerutvalgets arbeid har hatt svakere resultater. Også fra andre former for medvirkning viser det seg at økt oppmerksomhet et viktigere og mer synlig resultat enn konkrete endringer (Alm Andreassen, 2001).

Når det gjelder *tilgjengelighet til helsetjenesten og innflytelse i planleggingen* er det imidlertid flere administrative ledere og styreledere som vurderer resultatene av brukerutvalgenes arbeid mer positivt enn det brukerutvalgene selv gjør. Av styrelederne svarer 16 av 17 ledere at brukerutvalg også har bidratt til styrking av de psykiske helsetilbudene, og 12 av 17 mener at brukerutvalg har bidratt til styrking av tilbudet til rusmisbrukere.

Det forhold at brukerutvalget generelt er mindre tilfreds enn helseforetakets ledelse forteller for det første at brukerutvalgene ikke kan forstås som selvtilfredse utvalg som tillegger seg selv stor betydning. Helseforetaksledelsen tillegger utvalgene større betydning enn utvalgene selv. Kanskje må denne forskjellen forstås ut fra at vurderingene gjøres ut fra ulike utgangspunkt. Om brukerutvalgene har et sterkt ønske om å påvirke, kan utvalgene ha større forventninger enn helseforetaksledelsen både til hvor mye innflytelse utvalgene skal få, og til hvor store konsekvenser arbeidet skal ha for helsetjenestens brukere.

Sammenheng mellom kontakt og resultater

På grunnlag av svarene fra brukerutvalgene har vi konstruert en indeks basert på gjennomsnittsverdier av flere vurderinger av kontakt og informasjonsflyt mellom helseforetak og brukerutvalg, og en indeks om vurderinger av betydningen av brukerutvalgenes arbeid. Kontakt/informasjonsindeksen får en verdi omtrent på gjennomsnittet (3,1) på skalaen (1-5) når det gjelder de lokale helseforetakene og godt over gjennomsnittet (4,3) for de regionale foretakene. Korrelasjonen mellom de to indeksene er høy ($r=0,40^{67}$) for de lokale helseforetakene (statistisk signifikant på 5 prosent nivå). Det betyr at det er en sterk sammenheng mellom grad og kontakt og informasjonsflyt og hvilken betydning brukerutvalget har fått, sett fra brukerutvalgenes side. Dess

⁶⁷ Korrelasjonskoeffisienten for helseforetakene og de regionale helseforetakene samlet er 0,48.

bedre utvalgene vurderer kontakten og informasjonsflyten mellom foretak og brukerutvalg, jo større betydning mener de utvalgenes arbeid får.

En tilsvarende analyse på svar fra administrative ledere viser at ledere både i de lokale og i de regionale helseforetakene gir en positiv vurdering av informasjonsflyten og kontakten og av betydningen av brukerutvalgenes arbeid. Det er likevel forskjeller mellom lokalt og regionalt nivå – ledere på regionalt nivå er enda mer positive enn lederne i de lokale helseforetakene. Korrelasjon mellom de to indeksene er også her ganske høy, ($r=0,41$) - statistisk signifikant på 5 prosent nivå). Også blant lederne er oppfatningen at dess bedre kontakt og informasjon mellom foretak og brukerutvalg, dess mer positiv vurdering av brukerutvalgets betydning. Sammenhengen her kan gå begge veier, jo mer positiv lederne er til brukerutvalg, jo nærmere kontakt ønsker de å ha, og jo mer kontakt lederne har med brukerutvalget, jo bedre ser de hvilken betydning brukerutvalg kan ha. Det samme mønsteret er også vist i en undersøkelse av eldreråd og råd for funksjonshemmede i kommunene, og peker på at det kan dreie seg om positive spiraler der faktorene forsterker hverandre (Alm Andreassen, 2001).

Analyser viser at tidspunktet når brukerutvalget ble opprettet også har betydning for vurdering av nytten av brukerutvalgene. Data fra lederne i helseforetakene viser at jo tidligere brukerutvalget ble etablert, jo høyere vurderes nytten av brukerutvalget. Dette peker igjen på at iverksettingen av brukermedvirkningsreformen er en prosess som tar tid. Som intervjuundersøkelsen viste, skal brukerutvalgene finne en rolle og helseforetakene skal lære å ta utvalgene i bruk.

4.9.6 Konklusjon

Et viktig resultat av brukermedvirkningsreformen i helseforetakene er at det faktisk er etablert organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens bruker kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere. Det finnes nå aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten, både på regionalt og lokalt foretaksnivå. Det store flertallet av de administrative lederne er positive til brukerutvalg, bare noen få er usikre på om brukerutvalget er et nødvendig organ i helsetjenesten.

Likevel er det variasjoner i hvor godt brukermedvirkningsreformen er gjennomført: De regionale helseforetakene kommer best ut når brukerutvalgene vurderer hvor godt helseforetaket har lagt til rette for at brukerutvalg kan bli trukket med i foretakenes beslutningsprosesser og få formidlet brukernes erfaringer og synspunkter. Basert på brukerutvalgenes vurderinger kan vi si at flere lokale helseforetak ikke har gjennomført en iverksettingsprosess som har gjort det mulig for brukerutvalgene å få innflytelse på helsetjenestens virksomhet. I gjennomsnitt vurderer da også brukerutvalgene i lokale helseforetak sin innflytelse som lavere enn brukerutvalg i regionale helseforetak gjør.

På den andre siden er det i gjennomsnitt en viss, men ikke så stor, forskjell på vurderingene til administrative ledere i henholdsvis regionale og lokale helseforetak når det gjelder vurderingene av kontakt og informasjonsflyt og betydningen av brukerutvalgene for helseforetakene. Brukerutvalgene i de lokale helseforetakene er i gjennomsnitt mindre tilfreds enn lederne, og mer enn én av fire mener at det arbeidet de gjør ikke blir tatt alvorlig av helseforetaket. I de lokale helseforetakene vurderer altså administrative ledere forholdene som bedre enn brukerutvalgene selv gjør.

Når det gjelder oppmerksomhet om brukernes rolle i utforming av helsetjenesten er både brukerutvalg, administrative ledere og styreledere samstemte om at dette i stor grad er et resultat av brukerutvalgets arbeid. På spørsmålet om konkrete resultater – merkbare forbedringer for tjenestene til mennesker med langvarige sykdommer og plager – er brukerutvalg, administrative ledere og styreledere relativt samstemte om at brukerutvalgets arbeid har hatt svakere resultater. Samtidig viser intervjuundersøkelsen at et viktig bidrag fra brukerutvalgene har vært å sette tjenestene til mennesker med langvarige og sammensatte problemer høyere på dagsordenen, selv om dette ikke alltid (ennå?) har gitt seg utslag i konkrete endringer.

Intervjuundersøkelsen viser også at brukerutvalgene så langt har hatt en svak kobling til helseforetakenes kliniske virksomhet, og svarene fra de administrative lederne støtter inntrykket om at det i den del tilfeller har vært vanskelig å få til en slik kobling. Dermed er det også mindre muligheter for at brukerutvalgenes arbeid skal få betydning for hvordan helsetjenesten møter brukerne. Et viktig område framover vil derfor dreie seg om hvordan sykehusets kliniske virksomhet kan nyttiggjøre seg brukerutvalget og om hvordan brukernes innspill skal transformeres tilbake til endringer i helsetjenestens pasientbehandling.

De brukerstemmene som har blitt involvert gjennom brukerutvalg, er kronikere, funksjonshemmede, eldre, kreftpasienter, mennesker med psykiske problemer og etter hvert også mennesker med rusproblemer. Brukerutvalgene er ikke det eneste incentiv helseforetak har hatt til å prioritere pasienter med langvarige problemer. Både kreftomsorgen, psykiatrien, tilbudet for eldre og mennesker med kroniske lidelser er nasjonale helsepolitiske prioriteringer. På disse områdene er brukerutvalgene et middel til å styrke *bestemte brukergruppers* innflytelse og kan dermed bidra til underbygge nasjonale prioriteringer om hvilke pasientgrupper som skal få styrket behandlingstilbud.

De sidene ved helsetjenestens virksomhet som brukerutvalgene har vært engasjert i, har først og fremst vært spørsmål som er særlig viktige for mennesker med sammensatte problemer og langvarig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. I den grad brukerutvalgene har hatt innflytelse på helsetjenesten, har det gått i retning av å styrke vekten på tjenester til mennesker med varige og sammensatte helseproblemer. Slik kan brukerutvalg på sikt være en faktor som bidrar til helsepolitisk omfordeling.

Litteratur

- Alm Andreassen, T. (2001) *Å ivareta underrepresenterte hensyn. Eldreråd og råd for funksjonshemmede i kommuner og fylker*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Alm Andreassen, T. (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Alm Andreassen, T. (2007) *For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt? En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Guldvik, I. (2000) *Blant de få utvalgte? Økt deltakelse i lokalpolitikk fra barn, unge, innvandrere og kvinner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Holte, K. A. og Lie, T. (2004) *Evaluering av regionalt brukerutvalg i Helse Vest RHF*. Stavanger: Rogalandforskning.
- Lie, T. (2007) *Brukerrepresentasjon i helseforetakene*. Stavanger: IRIS International Research Institute of Stavanger.
- Nordahl, B. og Carlsen, Y. (1999) *Lokale utvalg og deltakerdemokrati. Evaluering av SAM-programmets forsøk med formalisert samarbeid mellom kommune og innbyggere*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning og Norges byggforskningsinstitutt.

4.10 Sykehusreformen, medbestemmelse og arbeidsmiljø

Migle Gamperiene; AFI og Kari Anne Holte; IRIS

4.10.1 Sammendrag

Foretaksreformen slik den ble gjennomført i januar 2002 er en eierskapsreform, men omfatter også endringer i organisering og styringsstruktur, sentralt, regionalt og lokalt. I foretaksreformen inngår økt autonomi for det enkelte helseforetak til å foreta ulike beslutninger med formål å skape en mer effektiv drift. Det er grunn til å tro at foretaksreformen gjennom lokale variasjoner i endringsprosesser, vil medføre lokale variasjoner i oppfatninger av arbeidsmiljø, faglig utvikling, medbestemmelse og oppfatning av endringsprosessene. Målesetningen er derfor å se om arbeidsmiljø, grad av medvirkning, fag- og kompetanseutvikling varierer i og mellom regioner og helseforetak, og analysere hvorvidt denne type variasjoner kan forstås i lys av ulike omstillingsprosesser i kjølvannet av reformen.

For å besvare spørsmålene ble to datasett benyttet, ett representativt utvalg fra en kartlegging av ansatte i helseforetakene i hele landet og en kartlegging som ble sendt ut til alle ansatte i tre lokale foretak innen Helse Vest RHF.

Resultatene viser at svært mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse. Omstillingsprosesser har blitt gjennomført, men ansatte selv opplever å ha blitt lite involvert i de prosessene. Mange opplever at man er med å påvirker ”dag til dag” beslutningene som blir tatt, men føler at det kan være lang vei til de arenaene der de store beslutningene tas. Ledere sitter nærmere beslutningsprosessene og opplever derfor større grad av medbestemmelse enn ansatte generelt. Medbestemmelse i alle foretaks årsmeldinger er gjennomgående svært fokusert på medbestemmelse i forhold til lokale og regionale myndigheter og politikere, samt primærhelsetjeneste og brukere. I svært liten grad var medbestemmelse i forhold til ansatte nevnt. Det kan derfor synes som om en av de store utfordringene for foretakene nettopp er medbestemmelse for de ansatte.

Den generelle situasjonen i helseforetakene for arbeidsmiljø synes å være god – de har høye kvantitative krav, men har relativt stor innflytelse fra dag til dag. De rapporterer også god støtte fra kolleger, men i noe mindre grad fra ledere. Det er større variasjoner mellom klinikker innen hvert foretak enn mellom foretakene. Resultatene viser også at innen hvert av de lokale foretakene er det ”gjengangere”, enkelte klinikker, som kommer dårlig ut og enkelte klinikker som kommer godt ut på mange faktorer i arbeidsmiljøet. Vi ser derfor at arbeidsmiljø er noe som varierer lokalt og klinikkvis. Hvilken disiplin man tilhører er av betydning her. Ansatte innen psykiatri rapporterer bedre arbeidsmiljø og medvirkningsmuligheter enn de andre disiplinene. Dårligst ut kom medisin og kirurgi. Relativt gode forhold i psykiatrien kan skyldes at de har vært gjennom en opptrapping med økt aktivitet.

Like mange rapporterte forbedringer som forverringer i arbeidsmiljøet de siste to årene. Når det gjelder mer spesifikke endringer rapporterer svært mange ansatte økte kvantitative krav i jobben, og mer mentalt krevende oppgaver. Dette har økt opplevelsen av stress i jobben. Denne trenden har pågått innen helse- og omsorgssektoren lenge, og om dette er effekter av foretaksreformen er vanskelig å si. Et annet forhold som rapporteres som redusert er jobbtrygghet. Dette kan helt spesifikt knyttes til omstillingsprosesser i enkelte foretak.

Dataene viste en klar sammenheng mellom negativ oppfatning av endringsprosesser og negativ oppfatning av lederskap, ledelse på foretaksnivå og medbestemmelse under omstilling. Dette betyr at viktige faktorer i disse endringsprosessene er nettopp medbestemmelse og ledelse. I videre omstillinger i foretakene bør derfor i helseforetakene ta hensyn til og inkludere arbeidsmiljøaspekter for å unngå at omstillingene drives for langt. En viktig nøkkelfaktor i dette arbeidet videre vil være god ledelse og medbestemmelse for de ansatte.

4.10.2 Bakgrunn

Foretaksreformen, slik den ble gjennomført i januar 2002, er en eierskapsreform, men omfatter også endringer i organisering og styringsstruktur, sentralt, regionalt og lokalt (Stigen 2005). I foretaksreformen inngår økt autonomi for det enkelte helseforetak til å foreta ulike beslutninger med formål å skape en mer effektiv arbeids- og funksjonsfordeling (Hovik og Opedal 2005). Den har videre utløst en rekke andre endringer, for eksempel ledelse og ulike former for interne omorganiseringer (Kjekshus 2004). Disse endringene vil påvirke de ansatte i helseforetakene, da det kan bety omskiftninger og endringer i jobbsted, jobbinnhold, arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø.

Entydige sammenhenger mellom organisatoriske endringer, arbeidsmiljø og trivsel er i liten grad fremkommet i forskningsstudier. En svensk studie viste gjennomgående negative effekter av organisasjonsendringer på både psykososiale og fysiske arbeidsmiljøforhold (Härenstam et al 2004). En britisk studie på langtidseffekter av strategisk nedbemanning viste at det ikke var reduksjon i trivsel til tross for økning i jobbkrav, der dette funnet ble forklart med at økte krav ble motvirket av økt rolleklarhet og økt medvirkning (Parker et al 1997). Dersom vi ser på studier av endringer i helse og omsorgssektoren, fant man i en svensk longitudinell studie av en nedbemanningsprosess ved et større svensk sykehus at sykepleiere omtalte eksterne stressfaktorer som tap av kompetanse (gjennom ansatte som gikk til andre avdelinger), økende krav i jobben, flere arbeidsoppgaver og ofte topper i arbeidsbelastningen med overbelastning/tidspress, samarbeidsproblemer med andre yrkesgrupper, tvetydighet i rollefordelingen og delaktighet i et kontinuerlig ustabil og lite effektivt arbeidsmiljø (Hertting et al 2004). Interne stressfaktorer var individuelle tilnærminger til å påvirke muligheter og håndtering av konflikter, vanskeligheter med unwinding, og balansere krav i arbeidet med privat liv, egen bekymringer rundt helse og arbeidskapasitet, opplevelser av å bli fanget og være ute av stand til å holde ut negative følelser og utmatting samt usikkerhet om framtida (ibid). En studie utført blant ansatte i psykiatrien, viste at på grunn av reduksjon i økonomiske ressurser opplevde de ansatte konflikter mellom ytre krav og indre forpliktelser, med brudd på psykologiske kontrakter, organisasjonskulturen ble oversett og opplevelse av at ens egen profesjonelle autoritet ble truet (Bergin & Rønnestad 2005).

Det eksisterer lite kunnskap om selve omorganiseringsprosessene, men det er gjort studier som viser at dersom omstillinger skal oppleves positivt så er medvirkning, selvbestemmelse og faglig utvikling kritiske innsatsfaktorer (Grimsmo & Hilsen, 2000, Hilsen, Steinum & Gjerberg 2004). En finsk studie viste at graden av trivsel varierte etter hvilken måte nedbemanningen skjedde på (Kalimo et al 2003).

Det er grunn til å tro at foretaksreformen gjennom lokale variasjoner i endringsprosesser, vil medføre lokale variasjoner i oppfatninger av arbeidsmiljø, faglig utvikling, medbestemmelse og oppfatning av endringsprosessene. Målesetningen er derfor å se om arbeidsmiljø, grad av medvirkning, fag- og kompetanseutvikling varierer i og mellom regioner og helseforetak, og analysere hvorvidt denne type variasjoner kan forstås i lys av ulike omstillingsprosesser i kjølvannet av reformen.

4.10.3 Metode

Studien er designet som en tverrsnittstudie med kvantitative data i kombinasjon med kvalitative data. Kvalitative data var i form av årsmeldinger fra de regionale og lokale foretakene.

Tverrsnittstudien henter data fra to ulike datasett vist i tabell 4.10.1. Foreliggende data er innsamlet etter at reformen ble iverksatt (2003 og 2004). For medarbeiderkartleggingen i Helse Vest RHF ble spørreskjema sendt ut til alle ansatte i fire lokale foretak, hvorav tre foretak er inkludert i denne studien (Helse Bergen, Helse Førde og Helse Stavanger). Svarprosenten var lav. For God-vakt-kartleggingen ble skjema sendt ut til 5200 sykehusansatte tilfeldig trukket ut på grunnlag av utdanning. Svarprosenten var rundt 59 %.

Tabell 4.10.1 *Datasettene som er brukt i denne studien*

DATA	Svarprosent	Oppdragsgiver	Utfører	Enheter	År
Medarbeiderkartlegging i Helse Vest RHF N=5892	38 %	Helse Vest RHF	RF	Lokale foretak og sykehus og avdelinger innen hvert foretak i Helse Vest RHF	2003
God Vakt N=3024	59 %	Arbeidstilsynet	AFI	Regionale helseforetak og foretak hele landet. Representativt utvalg	2004

Materialet gir grunnlag for å si noe om tilstanden slik den var på måletidspunktet. Videre inneholder materialet retrospektive spørsmål, d.v.s. oppfatning av endringer sammenlignet med før reformen eller sammenlignet med for to år siden. Dette gir grunnlag for å si noe om opplevde endringer som konsekvens av reformen. Datamaterialet inneholder ikke longitudinelle data og kan ikke si noe om endring i oppfatninger av arbeidsmiljø, medbestemmelse og kompetanse fra før til etter reformen med utgangspunkt i to eller flere målinger. Imidlertid vil vi ved å se på ulike foretaks reformprosesser gjennom analyse av årsmeldinger kunne diskutere hvorvidt forskjell i opplevelse av endringer kan knyttes til grad av aktivitet og ulike typer omstillingsprosesser.

Dokumentstudiene omfattet årsmeldingene for alle de regionale foretakene det år God vakt-kartleggingen ble gjennomført samt året før (2003 og 2004) og for de lokale foretakene i Helse Vest RHF for kartleggings år og året før (2002 og 2003).

Fra medarbeiderkartleggingen i Helse Vest har disse indeksene og enkeltspørsmål blitt benyttet: kvantitative jobbkrav, kontroll, sosial støtte, jobbtilfredshet, læringsmiljø, utviklingsmuligheter, medbestemmelse, organisasjonsendringer, og endring i jobbinnhold etter endringsprosesser. Indekser og spørsmål samt tilhørende referanser er utførlig redegjort for i tidligere rapport (Holte et al 2004). For Arbeidstilsynets God Vakt-kartlegging, er arbeidsmiljø variabler og indekser, som reflekterer "status" på daværende tidspunkt, redegjort for i tidligere rapport (A. Grimsmo og B. A. Sørensen 2004). Følgende indekser var laget for endringsvariabler: kvantitative krav, kontroll, sosial støtte, planlegging, faglig utvikling, medvirkning, generell oppfatning av arbeidsmiljø.

Begge datasettene ble analysert i SPSS. Det er presentert frekvensanalyser, i prosent. Kji-kvadrat statistikk ble brukt for å teste forskjeller mellom kategorier (eks foretak og yrkesgrupper). Videre gjennomsnitt er beregnet for indekser, der ANOVA ble brukt for å signifikant teste forskjeller mellom kategorier. Det er også benyttet korrelasjon og regresjonsanalyse for å se på sammenhenger mellom variabler.

4.10.4 Resultater

Hva sier de regionale og lokale årsmeldingene?

Endringer og medbestemmelse

Analysen av årsmeldinger viser at det har blitt gjennomført både strukturelle endringer med sammenslåing av enheter til større klinikker eller divisjoner, og ved omlegging av tjenestetilbudet med endringer i funksjons- og oppgavefordeling innad i de ulike foretakene. Dette har blitt gjennomført både på regionalt og lokalt nivå. Visse disipliner ser ut til å i større grad ha blitt omfattet av endringer enn andre disipliner. Spesielt gjelder dette fødselsomsorgen og akuttfunksjoner. Aktiviteten synes å trappes opp innen psykiatri. Videre har alle foretakene inklusive de lokale også gjennomgått støtte og stabsfunksjoner for se på muligheter for effektivisering og bedre utnyttelse av ressursene.

I sammenheng med disse prosessene setter flere foretak fokus på medvirkning. Medvirkning omtales da i forhold til aktører som regionale og lokale politikere og myndigheter i de regionene

foretakene ligger, samt primærhelsetjenesten og brukere. I noen grad nevnes tillitsvalgte – og enkelte foretak har understreket viktigheten av en god relasjon til tillitsvalgte. Ansatte nevnes i svært liten grad, kun ett av foretakene omtaler å involvere ansatte spesielt i omstillingsprosessene. Det kan derfor synes som om de ansatte i liten grad har blitt involvert sammenlignet med andre aktører.

Arbeidsmiljø, ledelse og sykefravær

Det ble i løpet av de to første årene gjennomført medarbeiderkartlegginger for å kartlegge de ansatte sin oppfatning av arbeidsmiljø. For fire av disse foretakene fremkom dette som gjennomført på eget initiativ. Ett av foretakene henviste til Arbeidstilsynet sin ”God Vakt” undersøkelse og indikerer dermed at det måtte ytre press til for å gjennomføre en slik kartlegging.

Alle foretakene både de regionale og de lokale har i løpet av de tre første årene inngått IA-avtale med noen lokale unntak. Flere av foretakene har satt i gang prosjekter for å redusere fraværet. Flere av foretakene understreker systematisk arbeid med HMS for å øke trivsel og redusere sykefravær. Seniorpolitikk nevnes spesifikt for ett foretak og ønsketurnus etc nevnes av flere som relatert til arbeidsmiljø og individuelle tilpasninger. Sykefraværet har i alle årsmeldinger for alle år blitt omtalt for både de regionale og lokale foretakene. Sykefraværprosenten varierer for 2003 fra 7.8 % til 9.7 % og for 2004 6.6 % til 8.8 %.

Flere foretak nevner i sine årsmeldinger et fokus på evne til omstilling som noe å jobbe for i relasjon til utvikling av overordnet personalpolitikk. Samtidig synes foretakene i liten grad å se arbeidsmiljø og omstillingsprosesser i sammenheng. Det blir gjennomgående fremstilt som uavhengige områder.

Hva viser kartleggingene?

Opplever ansatte å ha medbestemmelse i de nye foretakene?

Sentralt for ett godt arbeidsmiljø står ansattes innflytelse på eget arbeid og muligheter for deltagelse i beslutningsprosesser i organisasjonen. Sammen med de kravene arbeidstaker møter i sitt arbeid, er kontroll over egen arbeidssituasjon, læringsmuligheter, medbestemmelse, autonomi og sosial støtte avgjørende for et godt arbeidsmiljø, god helse og høy produktivitet (Karasek og Theorell, 1980). Vi skal derfor starte med å beskrive hvordan den ansatte i helseforetakene opplever sin egen medbestemmelse i de nyetablerte organisasjonene.

Stor grad av medbestemmelse vil kunne gi større grad av eierskap til prosessene og dermed større oppslutning om dem. Medbestemmelse i omstillingsprosesser, enten de er store eller små, vil også kunne bidra til et bedre samarbeidsklima og derigjennom også et godt arbeidsmiljø. I materialet fra God vakt og fra Medarbeiderkartlegging i Helse Vest ble det henholdsvis spurt om: ”Vi får mulighet til medvirkning i omstillingsprosesser” og ”De ansatte har gode påvirkningsmuligheter i de nye helseforetakene”. Resultatene er vist i tabell 4.10.2 og 4.10.3.

Tabell 4.10.2 ”Vi får mulighet til medvirkning i omstillingsprosesser”. Undersøkelse ”God Vakt”

RHF	N	Uenig /delvis uenig	Delvis enig /enig
Helse Sør	562	79.7	20.3
Helse Øst	703	78.6	21.4
Helse Vest	446	78.4	21.6
Helse Midt-Norge	330	72.8	27.2
Helse Nord	218	75.7	24.3
Total Norge	2259	77.6	22.4

P>0,05

**Tabell 4.10.3 ”De ansatte har gode påvirkningsmuligheter i de nye helseforetakene”.
Undersøkelse ”Medarbeiderkartlegging Helse Vest”**

RHF	N	Svært uenig og uenig	Både og	Enig og svært enig
Helse Bergen	2650	54.9	35.0	10.1
Helse Førde	802	66.0	26.9	7.1
Helse Stavanger	1928	54.0	33.4	12.6
Total	5382	56.2	33.2	10.6

P<0,01

Svært mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse. For de nasjonale dataene svarte hele 77.6 % at de er uenig eller delvis uenig i påstanden at ”Vi får mulighet til medvirkning i omstillingsprosesser”. Årsmeldingene for foretakene har i stor grad fokusert på medvirkning fra politikere, myndigheter, primærhelsetjeneste og brukere og i liten grad medvirkning for ansatte. Den lave opplevelsen av medbestemmelse som de ansatte selv opplever, kan gjenspeile dette. Det var ikke signifikant variasjon for de nasjonale dataene, men derimot var det signifikante forskjeller mellom lokale foretak og klinikker i de regionale dataene. Ulike prosesser kan ha foregått lokalt, som i større eller mindre grad har involvert ansatte og medført ulike oppfatninger i grad av medbestemmelse. I Helse Vest RHF skilte Helse Førde seg ut ikke bare ved liten grad av medbestemmelse totalt sett, men også ved svært stor variasjon i oppfatning av medbestemmelse mellom ulike sykehus innad i foretaket. Samtidig foregikk det store endringsprosesser i dette foretaket. Det er grunn til å anta at dette har påvirket resultatene, da lavest medbestemmelse ble rapportert for de enhetene som var mest i fokus i forhold til endring.

Ett annet forhold som spiller inn er lederposisjon. Ledere rapporterer større medbestemmelse enn andre ansatte. Dette fremkom i begge datasettene. Det kan synes naturlig siden ledere sitter nærmere beslutningsprosessene og dermed naturlig vil oppleve større grad av medvirkning enn ansatte generelt.

Hvordan er status for arbeidsmiljø slik de ansatte opplever det i de nye helseforetakene?

Vi har nå sett at mange opplever medbestemmelsen i foretakene som lav. Vi skal videre se på hvordan arbeidsmiljøet er - en status for arbeidsmiljøet inntil to år etter at reformen ble innført. Utgangspunktet er opplevelsen av krav-kontroll og støtte – tre viktige forhold for et godt arbeidsmiljø.

En sentral faktor for arbeidsmiljø og helse er ulike former for krav som settes for utførelse av arbeid. De gjennomførte studiene gir mulighet for å se på *kvantitative krav* som sier noe om mengde arbeid, tidspress og opphopning av arbeidsoppgaver, *fysiske krav* (tunge løft, monotont arbeid) og *mentale krav* (vanskeligheter for å mestre oppgaver eller vanskelige situasjoner som kan oppstå for helsepersonell). Kvantitative krav er det kravet de ansatte rapporterer som høyest. Høye fysiske og mentale krav ble rapportert i mindre grad til å inntreffe enn høye kvantitative krav. Denne tendensen var lik i begge datasettene.

Ser man på geografiske variasjoner var det signifikante forskjeller mellom helseregionene for kvantitative krav og fysiske krav, men ikke for mentale krav. Ansatte i Helse Sør rapporterte minst kvantitative krav. For de ulike disiplinene rapporterte ansatte innen psykiatri minst kvantitative krav. Ansatte innen disiplinene medisin og kirurgi rapporterte høyest for mentale krav. Hjelpepleiere rapporterte minst kvantitative krav. Sykepleiere rapporterte høyest mentale krav.

Dersom kravene er høye, er det viktig at man også har god kontroll over utførelse av arbeidsoppgavene. For både de nasjonale og de regionale dataene rapporterte ansatte stor kontroll over arbeidsoppgavene sine. Det var ingen klar trend blant disipliner. For nasjonale data rapporterte

hjelpepleierne minst kontroll over oppgavene, sykepleiere mest. For regionale data rapporterte sykepleiere lavest kontroll, leger høyest.

De fleste ansatte vurderte at de har støttende ledelse og støttende kolleger. I datasett rapporterte de ansatte at støtte fra kolleger var større enn støtte fra leder. Ser en på disipliner, rapporterte ansatte innen psykiatri og gynekologi/føde både støtten fra ledelsen og kolleger best. Etter yrkesgrupper rapporterte leger lavest, for både støtte fra ledere og kolleger, hjelpepleiere best. I de regionale dataene rapporterte leger best støtte fra ledere, sykepleiere best støtte fra kolleger.

Det ble i begge datasettene rapportert på medvirkning på avdelingsnivå (ble spurt etter innflytelse i forhold til det å sette krav, mål og avdelingsvise beslutninger). For både de nasjonale og de regionale dataene rapporterte de ansatte at de i noen grad har medvirkningsmuligheter. Forskjeller mellom regionene var ikke signifikante i de nasjonale dataene. Det var innen disiplinene psykiatri og gynekologi/føde de ansatte var mest fornøyd med medvirkningsmulighetene. Leger var minst fornøyd, hjelpepleiere mest fornøyd. For de regionale dataene var det signifikante forskjeller mellom de lokale foretakene. Størst medvirkning rapporterte de i det minste foretaket, minst medvirkning i det største foretaket. Et paradoks er at den avdelingsvise medvirkning oppleves størst i det foretaket som kom dårligst ut når det gjelder opplevelse av medbestemmelsesmuligheter i det nye foretakene.

Jobbtilfredshet er et generelt spørsmål, men det er også en god indikator på forholdene ved en arbeidsplass. Forskning gir ikke entydige konklusjoner om sammenhengene mellom trivsel, fravær, turnover og produktivitet, men jobbtilfredshet må uansett regnes som et gode. Generelt pleier 75-85 % av de ansatte å rapportere høy jobbtilfredshet. Det ble spurt etter jobbtilfredshet i de regionale dataene og her rapporterte totalt 89.5 % av de ansatte høy tilfredshet, der det varierte fra 88.6 % i det største til 91.2 % i det minste lokale foretaket. Det generelle trivselen er derfor høy.

Ledelse på avdelingsnivå

En viktig faktor i relasjon til arbeidsmiljø er ledelse. For de nasjonale dataene var ordens ledelse (god til å samordne arbeidet, god i å informere og å ta beslutninger osv.) rapportert som god i noen grad av de fleste ansatte. Helse Vest skåret dårligst, Helse Sør best. Det var ingen klar trend mellom disipliner, mens leger rapporterte dårligst, hjelpepleiere best.

For kartleggingen i det regionale foretaket ble det stilt spørsmål om lederskap generelt, de ansattes opplevelser av sine ledere knyttet til lederadferd, evne til prioritering, drive prosesser, tydelighet og målrettethet. Videre ble det også stilt mer spesifikke spørsmål knyttet til regional ledelse og lokale ledere i foretakene. Ledere ble også stilt egne spørsmål på lederoppfølging. Resultatene viste helt klare tendenser til at de ansatte i det største lokale foretaket i kartleggingen var mindre fornøyd med sine ledere både i forhold til lederadferd, lokal og regional ledelse, men også at de var mindre fornøyd med selve lederoppfølgingen. Det minste foretaket var mest fornøyd med ledelse generelt, men var også det foretaket som var minst fornøyd med den regionale ledelsen. Dette foretaket er også er lokalisert geografisk lengst unna foretaksledelsen. Et annet forhold var også at det på dette tidspunkt foregikk store omstillinger i foretaket. Det var også dette foretaket som opplevde minst medbestemmelse. Trolig kan dette totalt sett medvirke til å gi de ansatte et dårligere bilde av ledelsen i dette foretaket enn for de andre foretakene. Ett foretak skilte seg ut i positiv retning når det gjelder oppfølging av ledere: foretaket nevnte spesifikt i sine årsmeldinger et fokus på ledere med lederoppfølging. Det betyr at ledere trolig selv føler at de har fått god oppfølging. De klinikkvise variasjonene viser også at de som rapporterer dårlig på arbeidsmiljø, spesielt på støtte og medbestemmelse, også har en mer negativ oppfatning av ledelse.

Faglig utvikling og læring

Faglig utvikling og læring er en av de faktorene som er kritiske innsatsfaktorer i omstillingsprosesser (Grimsmo og Hilsen, 2000, Hilsen Steinum og Gjerberg, 2004). I de regionale dataene rapporterer de fleste ansatte at de har gode utviklingsmuligheter. De fleste ansatte har muligheter for å diskutere faglige spørsmål, men med varierende muligheter for å gå i detalj på det faglige. De

ble også spurt en del spørsmål på dette med læringsmuligheter i det daglige. Resultatene viste at det er rom for å lære de mest nødvendige ferdighetene i det daglige. Det er mindre grad muligheter for å utvikle ferdigheter som er utenfor eget arbeidsområde og plikter. Resultatene viste moderat samvariasjon mellom læringsmuligheter og kvantitative krav; som kan indikere at når tidspresset øker, så vil dette kunne gå på bekostning av utvikling av ferdigheter og kompetanse i det daglige. Dette er viktig når en nå i større grad stiller krav både til effektivisering og også til at pasientbehandling skal være evidensbasert, noe som krever kontinuerlig oppdatering av kunnskap. Når kunnskap skal omsettes til anvendelse i det daglige, så er det tidkrevende i seg selv.

Konklusjon

Svært mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse. Arbeidsmiljøet i form av krav, kontroll og støtte rapporteres av ansatte til å være bra. Høye fysiske og mentale krav ble rapportert i mindre grad til å inntreffe enn høye kvantitative krav.

For de nasjonale dataene var det sørligste og det nordligste foretaket yterpunktene når det gjaldt status på arbeidsmiljø. De ansatte i det sørligste regionale foretaket rapporterte gjennomgående lavere krav, høyere kontroll og bedre støtte enn de andre foretakene. Det varierte noe for de ulike variablene hvilke regionale foretak som kom dårligst ut, men en tendens var at det nordligste regionale foretaket kom dårlig ut på arbeidsmiljøvariablene.

For de regionale dataene hadde det største lokale foretaket de minst fornøyde ansatte og det minste foretaket hadde de mest fornøyde ansatte. Ansatte i det største foretaket rapporterte også å være minst fornøyd når det gjelder ledelse. Å være et lite lokalt foretak kan gi fordeler i det generelle arbeidsmiljøarbeidet. Trolig er det mer oversiktlig, noe som kan bidra til at dette arbeidet blir lettere, man kjenner kolleger og ledere godt. I et større foretak vil avdelingene også være større og mer uoversiktlige.

Det er en større variasjoner mellom klinikker innen hvert foretak enn mellom foretakene. Resultatene viser også at innen hvert av de lokale foretakene er det "gjengangere", enkelte klinikker, kommer dårlig ut på mange variabler og enkelte klinikker kommer godt ut på mange variabler. Vi ser derfor at arbeidsmiljø er noe som varierer lokalt og klinikkvis, avhengig av ulike forhold.

Hvilken disiplin man tilhører og hvilke arbeidsoppgaver som utføres, kan også være av betydning her. For både de nasjonale og de regionale dataene rapporterte ansatte innen psykiatrien gjennomgående bedre på arbeidsmiljøvariablene og medvirkningsmuligheter enn de andre disiplinene. Dårligst ut kom medisin og kirurgi.

4.10.5 Endringer

Vi skal i dette kapitlet fokusere på oppfatninger av endringer i ulike variabler. Oppfatningen av effekter av foretaksreformen på ulike variabler varierer. Opplevde endringer er vist i tabell 4.10.4 og 4.10.5. De landsdekkende dataene viser at svært mange (65,3 %) opplever økte krav, spesielt gjelder det kvantitative krav, sammenliknet med arbeidssituasjonen for to år siden. Oftest rapportert var dette i Helse Nord, minst rapportert i Helse Midt-Norge. Forskjellen var signifikant. Ansatte innen kirurgisk og leger rapporterer størst økning i kvantitative krav.

Hele 37,5 % rapporterte mer *mentalt krevende oppgaver* sammenliknet med to år før. Forskjeller mellom regionene var signifikante. Helse Vest hadde størst andel med ansatte med mer mentalt krevende oppgaver, Helse Sør hadde minst. Økningen var størst innen psykiatri og blant sykepleiere. Det var 15,1 % av alle ansatte som rapporterer mer *fysisk krevende oppgaver*. Forskjeller mellom regionene var signifikante. I Helse Sør rapporteres det økning på 17 %, i Helse Nord 13,2 %, uten noen klare forskjeller mellom disipliner, men oftest rapportert blant hjelpepleiere.

For de regionale dataene rapporteres tilsvarende endringer. Nesten 30 % rapporterer at stress i arbeidet har økt. Det rapporteres store variasjoner mellom foretak og mellom klinikker når dataene brytes ned lokalt, dette kan tyde på at disse effektiviseringsprosessene gjennomføres ulikt med ulike konsekvenser. Ved flere klinikker rapporterte over 50 % (på enkelte klinikker opp til 70 %) av de ansatte at stresset hadde økt fra før til etter reformen.

Mange rapporterer en økning i kontroll. Det var over førti prosent av alle ansatte som svarte at de hadde mer/bedre kontroll over arbeidssituasjonen enn for to år siden. Helse Midt Norge hadde flest fornøyde arbeidstakere mht til kontroll, Helse Vest minst. Ansatte innen barn/ungdom og psykiatri, og leger rapporterte bedre kontroll enn øvrige disipliner og yrkesgrupper. Et paradoks er at til tross for en stor økning i opplevd kontroll, så rapporterer også 18 % reduserte muligheter for å planlegge og forutsi neste dagers arbeid. For de regionale dataene ble det ikke spurt om endring i kontroll på samme måte, men der ble det spurt etter endring i ansvar. Her var det 15 % som svarte at ansvaret hadde økt, bare 4 % oppga at ansvaret hadde avtatt.

Nesten en tredel av de ansatte rapporterer at medvirkningsmuligheter har blitt dårligere enn for to år siden. Forskjeller mellom regioner er ikke signifikante, men dårligst medvirkning rapporteres i Helse Nord, best i Helse Midt Norge. Ansatte innen kirurgi og leger rapporterte at medvirkning har blitt dårligere. I de regionale dataene ble det spurt etter endring i påvirkningsmuligheter. Her svarte 16,5 % at påvirkningsmulighetene hadde blitt redusert. Flest ansatte i det minste lokale foretaket opplever at påvirkningsmulighetene har avtatt og det er igjen i tråd med tidligere omtalte funn. Begge datamaterialer presiserer ikke i hvilket nivå man har medvirkning eller påvirkningsmuligheter; det er derfor vanskelig å tolke disse resultatene.

For de regionale dataene var det inkludert spørsmål om endring i jobbtrygghet. Jobbtrygghet ble merkbart redusert i det minste foretaket, og på enkelte klinikker oppga ¾ av de ansatte redusert jobbtrygghet. Variasjonene mellom klinikkene var mindre i de andre foretakene. Disse resultatene kan i stor grad knyttes til, og forklares ut fra, de endringsprosesser som foregikk i de respektive foretak og klinikker på det tidspunkt kartleggingene foregikk. Der jobbtryggheten oppleves mest forverret, var det store prosesser på gang. I de andre foretakene var det i hovedsak støttefunksjonene som opplevde sin trygghet som truet, noe som kan ha sammenheng med at støtte og stabsfunksjoner var det første foretakene tok fatt på i forhold til å effektivisere driften.

Tabell 4.10.4 Endringer i arbeidsmiljøvariabler fordelt på helseregioner. Data fra "God Vakt" undersøkelsen i 2004 (N=3071)

Arbeidsmiljøvariabler i "God vakt"-data	Helse Sør %	Helse Øst %	Helse Vest %	Helse Midt Norge %	Helse Nord %	Total Norge %
<i>Kvantitative krav (p<0,01)</i>						
Mer	67,1	65,3	65,5	60,4	68,0	65,3
Mindre	5,4	6,7	3,9	2,7	3,5	4,9
<i>Kontroll (p>0,05)</i>						
Mer/bedre	41,4	42,2	41,0	44,6	43,6	42,3
Mindre/dårligere	4,8	5,3	4,4	4,2	4,2	4,7
<i>Faglig utvikling (her er det mulig å lage indeks) (p=0,06)</i>						
Bedre	16,3	14,8	17,0	18,9	17,1	16,5
Dårligere	17,8	18,0	16,5	13,2	22,7	17,4
<i>Medvirkning (p>0,05)</i>						
Bedre	11,1	11,6	12,3	11,4	9,7	11,4
Dårligere	26,8	27,1	24,0	21,1	29,1	25,7
<i>Generell oppfatning av arbeidsmiljø (p>0,05)</i>						
Et bedre arbeidsmiljø	20,8	20,2	21,7	21,8	20,4	20,9
Et dårligere arbeidsmiljø	22,1	25,4	22,2	18,7	25,3	22,9

Endringer i opplevd arbeidsmiljø generelt ble i begge datasettene rapportert like store i begge retninger. For de nasjonale dataene rapporterte 20,9 % en forbedring og 22,1 %, en forverring og for de regionale dataene var det tilsvarende tallene 16.5 % som rapporterte en forbedring og 17.2 % som rapporterte en forverring. Det var ingen signifikante forskjeller mellom regionene i de nasjonale dataene og mellom lokale foretak i de regionale dataene. Ansatte i gynekologi/føde avdelinger og leger rapporterte at de arbeider i et dårligere arbeidsmiljø enn for to år siden. For de regionale dataene var det signifikante forskjeller mellom klinikker der for enkelte klinikker rapporterte bortimot 1/3 av de ansatte en forbedring og på andre klinikker rapporterte opp mot 1/3 en forverring av arbeidsmiljøet.

Tabell 4.10.5 Endringer i arbeidsmiljøvariabler fordelt på lokale foretak. Data fra undersøkelsen "Medarbeiderkartlegging Helse Vest" i 2003 (N=5892)

	Alle	Bergen (%)	Førde (%)	Stavanger (%)
<u>Stress i arbeidet (p<0.05)</u>				
Avtatt	3.4	3.8	2.6	3.0
Økt	28.9	27.1	30.4	30.6
<u>Ansvar i jobben (n.s.)</u>				
Avtatt	4.1	3.6	4.7	4.6
Økt	15.3	15.1	15.8	15.3
<u>Påvirkningsmuligheter(p<0.01)</u>				
Avtatt	16.5	14.7	24.2	15.9
Økt	9.7	9.9	6.7	10.8
<u>Læringsmuligheter (p<0.01)</u>				
Avtatt	10.1	8.6	14.6	10.4
Økt	10.7	11.3	5.8	11.9
<u>Jobbtrygghet(p<0.01)</u>				
Avtatt	21.8	19.0	44.8	15.9
Økt	4.4	4.8	3.4	4.2
<u>Arbeidsmiljø (n.s)</u>				
Verre	17.2	18.2	13.9	17.3
Bedre	16.5	16.7	16.2	16.2

Konklusjon

Like mange opplever forbedringer som forverringer i arbeidsmiljø. En forklaring kan være at individer responderer ulikt på endringsprosesser, der noen er flinkere til å utnytte de muligheter endringsprosesser gir og å skape bedre forhold for seg og omgivelsene. Resultatet kan også reflektere at noen prosesser har blitt gjennomført på gode og dårlige måter, noe som bekreftes av variasjoner i rapporteringen mellom de ulike klinikkene.

Av de endringsvariablene som ble kartlagt, var kvantitative krav og stress de variablene som økte mest etter reformen. En økning i kvantitative krav vil være å forvente dersom en ønsker å oppnå effektivisering. Når tallene blir så store som dette, kan det imidlertid også tenkes at effektiviseringer kjøres for langt og med negative effekter på arbeidsmiljø. Dette trenger ikke å reflektere foretaksreformen, men kan i like stor grad reflektere at det innen helsevesen og sykehus har blitt stilt større krav til effektivitet. Dette kan påvirke den subjektive opplevelsen av stress. Levekårsdata og arbeidskraftundersøkelsene fra SSB viser relativt stabile forhold fra 1996 til 2003 når det gjelder arbeidspress, men blant de næringene som skilte seg ut med signifikante endringer i forhold til arbeidspress, var helse og omsorgssektoren (Rønning, 2006).

Resultatene kan også indikere at noen grupper og disipliner har blitt mer påvirket enn andre. Leger var den yrkesgruppe som vurderte endringer mest negativt. Endringsprosesser hadde mest negative

utslag innen disiplinene kirurgi og gynekologi/føde med hensyn til endringer i arbeidsmiljø generelt, mens innen psykiatriske avdelinger med hensyn til økte mentale krav spesifikt.

De høye tallene på reduksjon i jobbtrygghet kan reflektere spesifikke prosesser på kartleggingstidspunktet. Omstillingsprosesser vil trolig være noe som vil foregå kontinuerlig. Samtidig er opplevelsen av utrygghet i egen jobb og på egen arbeidsplass en stor belastning i seg selv, der studier viser effekt på helse i slike prosesser. Effekten kan forverres av at opplevelsen av medbestemmelse i prosessene er lav der, mange i rapporterte en reduksjon i påvirkningsmuligheter på grunn av reformen. Denne reduksjonen var rapportert høyest blant de som også opplevde reduksjon i jobbtrygghet. Å skape trygghet rundt slike prosesser, vil derfor være av stor betydning.

4.10.6 Opplevelse av endringsprosesser, hvilke variabler kan definere gode og dårlige endringsprosesser

For de nasjonale dataene ble det spurt om de ansatte var enig eller uenig i påstanden om at det skjer for mange omorganiseringer på arbeidsplassen. En stor del av de ansatte (38,8 %) er helt eller delvis enig i dette utsagnet. Forskjeller mellom regionene var signifikante og Helse Midt-Norge var mest enig i utsagnet (Helse Øst minst). Ansatte innen disiplinen barn og ungdom, og leger syntes at det var for mange omorganiseringer.

For de regionale dataene ble det stilt spørsmål om de ansattes syn på endringsprosessene gjennom spørsmål som omhandler organisasjonens endringsvilje. For å se på hvilke faktorer som kunne påvirke de ansattes syn på endringsprosesser, ble det kjørt regresjon med arbeidsmiljøvariabler, indikatorer på læring, endringer i ulike faktorer, ledelse og medbestemmelse som uavhengig variabler.

Ledelse, læring og medbestemmelse var de faktorene som forklarte mest av variansen. Spesielt var det synet på foretaksledelsen som viste stor sammenheng med opplevelse av endring. Det varierte mellom de lokale foretakene. I det største lokale foretaket var ledelse i form av sosial støtte og lederskap av betydning. I det minste foretaket, som også var det som geografisk lå lengst unna, var det ledelse i foretaket som var av betydning med hensyn til oppfattelsen av endringsprosessene. Studier har vist at dersom omstilling skal oppleves positivt, så er medvirkning en av de kritiske innsatsfaktorer (Grimsmo og Hilsen 2000, Hilsen, Steinum og Gjerberg 2004). Resultatene viser også at faktorene som i størst grad samvarierer, er opplevelse av organisasjonsendringer og medbestemmelse i de nye helseforetakene.

4.10.7 Sluttord

Metodologiske betraktninger

På grunnlag av tverrsnittsdata må konklusjoner trekkes med forsiktighet. Det man kan si noe om er hvordan oppfatningen er for ulike faktorer og inklusive oppfatning av endringer på et gitt tidspunkt en tid etter at reformen er gjennomført, og videre sammenholde disse funnene med tilsvarende tall og studier. Dataene fra kartleggingen blant foretakene i Helse Vest RHF er ikke representative og hadde en relativt lav svarprosent. "God vakt" dataene er basert på et representativt utvalg med høyere svarprosent. Det har likevel vært godt samsvar mellom resultatene i de to datasettene slik at resultatene kan derfor sies å gi et godt bilde av de forhold som er undersøkt.

Reformens innvirkning på arbeidsmiljø, medbestemmelse og faglig utvikling

Den generelle situasjonen i helseforetakene for arbeidsmiljø generelt synes å være god – de har høye kvantitative krav men har relativt stor innflytelse fra dag til dag. De rapporterer også god støtte fra kolleger men i noe mindre grad fra ledere. Når det gjelder opplevde endringer så var det like mange som opplevde forbedringer som forverringer i arbeidsmiljøet de siste to årene. Svært mange opplevde økt stress og større grad av kvantitative krav men også høyere kontroll etter selve reformen. Studier som er gjort på levekårsdata og arbeidskraftundersøkelsene fra SSB, fant relativt stabile forhold fra 1996 til 2003 når det gjelder arbeidspress. Næringene som skilte seg ut med signifikante endringer i forhold til arbeidspress, var helse og omsorgssektoren (Rønning, 2006).

Tilsvarende finner vi også tall fra Sverige der en svensk longitudinell studie viste tøffere arbeidsforhold med mer motsetningsfulle krav og reduksjon i sosial støtte, men samtidig også økt kontroll (Hertting et al 2004). Det er derfor en klar tendens til at det har skjedd en arbeidsintensivering i helse og omsorgssektoren, over tid. I hvilken grad disse oppfatningene av økt stress og krav kan knytte til reformen som sådan er likevel usikkert. Det kan i like stor grad knyttes til generelle tendenser i sektoren. Det er likevel viktig å påpeke at kartleggingene som evalueringen bygger på, ble gjennomført ett til to år etter at foretaksreformen ble gjennomført og dataene gir derfor et bilde som gjenspeiler situasjonene i foretakene etter reformen.

Omorganiseringer har blitt gjennomført i etterkant av disse kartleggingene og fokus på effektiv drift er like stort. Slik en ser omtale av endringsprosesser og arbeidsmiljø i årsmeldingene, så synliggjør den en manglende evne til å se arbeidsmiljø i sammenheng med endringsprosesser. Kunnskapen om hvordan slike prosesser gjennomføres og hvordan arbeidsmiljøfaktorer integreres i dette arbeidet er manglende. Det kan være grunn til å tro at et ensidig fokus på effektivisering uten å integrere nettopp arbeidsmiljø, kan bidra til at effektiviseringen drives for langt med økte krav, høyere belastning og stress med negative effekter på helse.

Dette kan også gjenspeiles i oppfatningen av manglende medbestemmelse i de nye foretakene. Svært mange ansatte rapporterte manglende medbestemmelse og reduserte påvirkningsmuligheter. For det datasettet der endringsprosesser til en viss grad kunne studeres, var det en klar sammenheng mellom oppfatning av endringsprosesser og oppfatning av lederskap i foretakene, og ledelse på foretaksnivå samt medbestemmelse. Dette betyr at viktige faktorer i disse endringsprosessene er nettopp medbestemmelse og ledelse. I alle foretakenes årsmeldinger er fokuset på medbestemmelse i forhold til lokale og regionale myndigheter og politikere, samt primærhelsetjeneste og brukere. I svært liten grad var medbestemmelse i forhold til ansatte nevnt. Det kan derfor synes som om en av de store utfordringene for foretakene nettopp er medbestemmelse for de ansatte og fokus på god ledelse. De mange beslutningsnivåene fra ledelsen til de ansatte av de regionale foretakene kan ha bidratt til denne oppfatningen fordi beslutningene som tas oppleves å bli tatt på et nivå, oppleves som fjernt; den som tar beslutningene oppleves som fjern fra den daglige arbeidet. Større grad av involvering i beslutningsprosesser og mer informasjon om prosessene og grunnlaget for beslutningene bør derfor i større grad gjennomføres. Innvolveringen bør inkludere ansatte, ikke bare tillitsvalgte.

Referanser

- Bergin E., Rønneestad MH. (2005) "Different timetables for change: understanding processes in reorganizations". *Journal of Health Organisation and Management*; 19: 355-377.
- Hilsen, A.I., Grimsmo, A. (2000): Arbeidsmiljø og omstilling. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, Skriftserie nr 7.
- Hilsen, A.I., Steinum, T., Gjerberg, E. (2004): Utredning om omstilling. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-notat 3/04.
- Hertting A. Nilsson K. Theorell T. Sätterlund Larsson U.(2004) "Downsizing and reorganisation: demands, challenges and ambiguity for registered nurses". *Journal of advanced nursing*; 45 (2): 145-154.
- Hertting A. Petterson J-L, Theorell. Ju färre vi är tillsammans...rapport från et sjukhus. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Threorell T (ed.). *Den stora sjukfrånväret, sanning och konsekvens*. Statens Folkehälsöinstiutt 2004:15.
- Hovik S & Opedal.(2005) "Sykehusstruktur i endring: fra fylkeskommunal desentralisering til statlig sentralisering". Opedal S & Stigen IM : *Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen*. Fagbokforlaget Oslo 2005.
- Härenstam A. Bejerot E. Lejon O. Scheele P. Waldenström K et al. "Multilevel analysis of organisational change and working conditions in public and private sector." *European Journal of Work and Organisational Psychology*; 2004, 13: 305-343.
- Kalimo R. Taris TW. Schaufeli WB (2003) "The effects of past and anticipated future downsizing on survivor well-being: An equity study". *Journal of occupational health psychology*;3: 8:91-109.

- Theorell T. "Personal control at work and health: a review of epidemiological studies in Sweden".
In: Stress, personal control and health, A Steptoe and A. Appels (eds.).1989. Fohn Wiley and Sons, Chichester.
- Kjekshus LE (2004). "De somatiske sykehusenes interne organisering, en kartlegging av 50 somatiske sykehus I 2002". Sintef-rapport STF 78 A045005.
- Parker SK, Chmiel Wall TD. (1997) Work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*; 2:289-303.
- Rønning E. "Få indikasjoner på økt arbeidspress i arbeidslivet". *Samfunnsspeilet* 1: 2006. SSB.
- Stigen IM.(2005) Innledning. Opedal S & Stigen IM. Helse-Norge i støpeskjeen – søkelys på sykehusreformen. Fagbokforlaget Oslo.

5 Konklusjon

Sykehusreformen, som ble gjennomført fra 1. januar 2002, er en av de mest omfattende reformene som noen gang har funnet sted i norsk helsetjeneste. Målet med reformen var å legge grunnlaget for en helhetlig og tydelig styring av spesialisthelsetjenesten. Videre skulle reformen legge til rette for en klarere ansvars- og rollefordeling, som kan gi bedre utnyttelse av ressursene i sektoren, og slik sikre alle grupper i befolkningen bedre helsetjenester.

Oppdraget har bestått i å evaluere hvilke effekter sykehusreformen har hatt på pasientenes tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestene, hvilke effekter sykehusreformen har hatt på prioriteringspraksis, og i hvilken grad sykehusreformen har ført til at ressursene i sektoren utnyttes på en bedre måte. Oppdraget omfattet også konsekvenser av reformen for organisert brukermedvirkning, arbeidsmiljø og ansattes medbestemmelse i organisatoriske prosesser. Oppdraget har vært organisert som to prosjekter. Det ene prosjektet, som omfattet åtte delprosjekter, er utført av forskere fra Bergen, Oslo og Trondheim. Prosjektleder for dette prosjektet har vært forsker dr. polit. Oddvar Kaarbøe ved Rokkansenteret i Bergen. Det andre prosjektet omfattet to delprosjekter, og ble utført av forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og International Research Institute of Stavanger (IRIS). Prosjektleder for dette prosjektet har vært forskningsleder Terje Lie, IRIS.

Det å evaluere effektene av en såpass omfattende reform som sykehusreformen er utfordrende. For det første fordi at det parallelt med sykehusreformen også har skjedd andre endringer i helsesektoren som kan tenkes å påvirke tilgjengelighet, prioritering, effektivitetsutvikling, brukermedvirkning og arbeidsmiljø. Eksempelvis skjer det en stadig endring i behandlingsteknologi som påvirker om behandlingen blir gitt som dag- eller døgnbehandling. Endringer i behandlingsteknologi kan også tenkes å påvirke hvor behandlingen blir gitt. Videre har det skjedd endringer i Pasientrettighetsloven, blant annet ved at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har krav på å få fastsatt en individuell frist fra helseforetakene for når pasienten skal få oppfylt retten til behandling, og fastlegeordningen kan ha bidratt til at legene nå representerer pasientene bedre i forhold til spesialisthelsetjenesten. I tillegg har sykehusreformen utviklet seg etter at den ble innført. Eksempelvis har rusreformen og overføringen av ansvaret for syketransport fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten gitt de regionale helseforetakene nye oppgaver.

For å identifisere effektene av sykehusreformen stilles spørsmål om hvordan tilgjengelighet, prioriteringspraksis, effektivitetsutvikling, brukermedvirkning og arbeidsmiljø hadde vært i helsesektoren dersom alle endringene i rammebetingelser hadde funnet sted, men *under fylkeskommunalt eierskap*. Siden en slik utvikling ikke kan observeres (fordi den er kontrafaktisk) brukes andre metodiske tilnærminger for å identifisere effekter av sykehusreformen.

Det er i hovedsak brukt seks ulike metodiske tilnærminger for å identifisere reformeffekter. For det første sammenlignes utviklingen over tid ved bruk av data fra både før og etter at sykehusreformen ble gjennomført. Denne metodiske tilnærmingen skaper et sammenligningsgrunnlag for årene etter reformen samt gjør det mulig å korrigere for utviklingstrender. En annen metodisk tilnærming er å studere geografisk variasjon mellom fylker og regioner. Idéen er at oppretting av regionale helseforetak vil føre til en mer ensartet utvikling mellom fylker innen samme helseregion etter reformen sammenlignet med perioden før reformen. En tredje metode som er brukt er å sammenligne utviklingen i Norge med utviklingen i andre land. Hovedidéen her er at en del av utviklingstrekkene i helsesektoren er felles for ulike land (eksempelvis utvikling i medisinsk teknologi), og at andre land dermed kan brukes som kontrollgruppe for å korrigere for utviklingstrekk som ikke direkte kan knyttes til sykehusreformen. I de tilfeller hvor sykehusreformen har innført nye fenomen i helsesektoren, som eksempelvis innføringen av private regnskapsregler, er virkningene studert ved hjelp av casestudier. Metodevalg i forbindelse med studier av

brukermedvirkning, arbeidsmiljø og ansattes medbestemmelse bygger dels på ny innsamling av data og dels bruk av eksisterende data. I undersøkelsen av brukermedvirkning er det gjennomført kvalitative intervju av et utvalg brukerutvalg i helseforetakene og en kvantitativ survey av ledere i brukerutvalgene, administrative ledere og styreledere i de lokale og regionale helseforetakene. For å belyse arbeidsmiljø og ansattes medbestemmelse er det foretatt nye analyser av større kvantitative intervjuundersøkelser som AFI og IRIS tidligere hadde samlet inn fra helseforetakene. De ulike studiene har dels kombinert flere av de nevnte metodologiske tilnærmingene for å identifisere effektene av sykehusreformen.

Hovedresultatene fra evalueringen kan oppsummeres på følgende måte:

5.1 Tilgjengelighet

For å analysere hvordan sykehusreformen har påvirket pasientenes tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten er det gjennomført studier av hvilke pasienter som faktisk har fått behandling, samt hvor denne behandling har funnet sted. Studiene viser tydelig at aktivitetsutviklingen i perioden med statlig eierskap har vært sterkere enn i perioden før reformen. Dette resultatet holder også når det kontrolleres for utviklingstrekk som påvirker behovet for sykehusbehandling. Videre har aktivitetsutviklingen vært sterkere i perioden med statlig eierskap for de fleste typer somatiske opphold. Dette indikerer at sykehusreformen har gitt somatiske pasientene bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestene.

I studien av hvor behandlingen har funnet sted skilles det mellom høyt samt mindre og middels spesialiserte prosedyrer. For høyt spesialiserte behandlinger (kirurgisk akuttbehandling, fødsler mv.), har sentraliseringsgraden økt etter sykehusreformen sammenlignet med årene før reformen. Dette har imidlertid vært en ønsket utvikling i og med at det var et klart mål for sykehusreformen å øke kvaliteten på høyt spesialiserte prosedyrer, gjennom sterkere oppgavefordeling mellom sykehusene. Analysene av mindre og middels spesialiserte prosedyrer viser at et fåtall prosedyrer tilbys mer desentralisert nå enn før reformen. Denne utviklingen kan imidlertid ikke knyttes til økt bruk av lokalsykehus. I den grad det har skjedd en desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer kan dette knyttes til en økning av aktiviteten ved private kommersielle sykehus. Disse er i hovedsak plassert i geografiske sentra. Dette resultatet indikerer at økningen i tilgjengelighet ikke er lik for hele landet.

Det er også gjennomført en studie som analyserer sammenhengen mellom liggetider i sykehus for eldre pasienter og samhandlingen mellom sykehuset og pasientens hjemkommune. I studien er det benyttet data fra en spørreundersøkelse som har informasjon om to ulike aspekter ved samhandling; om sykehuset har inngått en formell avtale med kommunene om utskrivingsklare pasienter, og om de har en egen koordinator som skal ivareta kontakten med kommunene. I analysene finnes store forskjeller i liggetid for pasienter fra ulike kommunetyper, noe som indikerer at kommunenes pleie- og omsorgstilbud påvirker hvor lenge pasientene blir liggende på sykehus. Det vises videre at samhandling mellom sykehus og kommune reduserer liggetiden for pasienter med behov for institusjonsplass etter utskrivning. Sykehusreformen har derimot ikke hatt noen statistisk signifikant påvirkning på omfanget av samhandling mellom de to forvaltningsnivåene.

5.2 Prioritering

Det er gjennomført flere studier som analyserer hvordan sykehusreformen har påvirket prioriteringer både mellom pasientgrupper og i ressursfordelingen mellom somatikk og psykiatri.

Studien som analyserer hvordan sykehusreformen har påvirket prioriteringer mellom pasientgrupper, måler prioriteringer med faktisk ventetid for elektive (planlagte) pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp eller rett til annen helsehjelp. Disse pasienter skal gis en individuell frist for maksimalt medisinsk forsvarlig ventetid. Pasientene deles inn i fem prioriteringsgrupper i

henhold til anbefalt maksimal ventetid, innenfor ulike diagnosegrupper etter ICD10-kodeverket. Det analyseres hvorvidt prioriteringer mellom pasientgrupper er blitt mer ensartet mellom helseforetakene etter helsereformen, og om prioriteringspraksis er forbedret. Resultater er at prioriteringspraksis, målt med ventetider, ikke synes å ha blitt utjevnet mellom de fem regionale helseforetak. Der har imidlertid blitt mer ensartet praksis innad i de fem regionale helseforetakene, med unntak for Helse Midt-Norge. Både nasjonalt og innad i hvert regionale helseforetak er en tendens til at lavere prioriterte grupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider, noe som tolkes som en forverring av prioriteringspraksis.

To studier analyserer helseforetakenes ressursfordeling mellom somatikk og psykisk helsevern. Utgangspunktet for begge studiene er at dagens finansieringssystem gjør det lønnsomt for helseforetakene å vri ressurser fra psykisk helsevern til somatiske helsetjenester. På den annen side har staten, representert ved Helse- og omsorgsdepartementet, vært tydelig på at finansieringssystemet ikke skal styre prioriteringene, og at ressursene skal brukes i henhold til intensjonen i bevilgningen. Begge studiene finner at en uønsket ressursvridning fra psykisk helsevern til somatiske helsetjenester ikke har funnet sted.

5.3 Effektivitet

For å analysere i hvilken grad sykehusreformen har påvirket sykehusenes effektivitet er det gjennomført en studie av forholdet mellom aktivitet og ressursbruk ved sykehus i fire nordiske land. Sykehusenes aktivitet måles som tjenesteproduksjon i til sammen seks grupper pasienter, hvor inndelingen baseres på systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG). Ressursbruken måles gjennom bruk av driftskostnader, men korrigeres for lønns- og prisforskjeller mellom de fire landene.

Resultatene viser at norske sykehus, i gjennomsnitt, har et produktivetsnivå i årene 1999-2004 som ligger lavere enn tilsvarende i Finland. Forskjellene blir imidlertid mindre mot slutten av perioden. Norske sykehus har i hele perioden et produktivetsnivå som ligger over sykehusene i Sverige. Effekten av sykehusreformen analyseres gjennom å teste hvorvidt det i perioden etter reformen skjer et positivt eller negativt skift i produktivetsnivået i Norge sammenholdt med endringene i Sverige og Finland. Ulike modellspesifikasjoner benyttes. Resultatene er robuste ovenfor modellspesifikasjon, og tyder på at sykehusreformen har hatt en statistisk signifikant positiv effekt på produktiviteten i størrelsesorden 3 til 4 prosentpoeng i hele perioden.

Det er også gjennomført en studie som beskriver endringer i forholdet mellom de regionale helseforetakene og de private leverandørene av laboratorie- og røntgentjenester i kjølvannet av sykehusreformen. Disse endringene er delvis bestemt av endringer i reguleringsregime og delvis av anbudsprosesser og kontrakter initiert av de regionale helseforetakene selv. Anbudene har så langt blitt begrenset til å gjelde private leverandører, som blir garantert en minimumsaktivitet tilsvarende hva de hadde i 2004. Dette er trolig en viktig grunn til at samtlige regionale helseforetak sier de ikke har foretatt kostnadssammenligninger mellom offentlige og private tilbud. Det er så langt ingen tendens til at man ønsker å bruke konkurranse som et hjelpemiddel for å få til en optimal fordeling mellom offentlig og privat produksjon. Anbudskonkurransene har dermed dreid seg om å få til en gitt privat produksjon billigst mulig. I den forbindelse er det interessant at bare et av de regionale foretakene har noen oppfatning av om de private tjenestene har blitt billigere etter anbudskonkurransen. Det er foreløpig for tidlig å trekke konklusjoner når det gjelder effektene av omleggingen på enhetskostnadene innen laboratorier og røntgeninstitutter. Tendensene så langt er sprikende og indikerer fallende enhetskostnader i forhold til laboratorier og økende enhetskostnader i forhold til røntgeninstitutter.

5.4 Brukermedvirkning

Et viktig resultat av brukermedvirkningsreformen i helseforetakene er at det faktisk er etablert organisatoriske kanaler der representanter for helsetjenestens bruker kan formidle erfaringer og

synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere. Det finnes nå aktører i helsetjenesten som er bærere av en tenkning om betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av å få inn brukernes perspektiver. Disse aktørene er ikke bare brukere, men også ledere i helsetjenesten, både på regionalt og lokalt foretaksnivå. Det store flertallet av de administrative lederne er positive til brukerutvalg, bare noen få er usikre på om brukerutvalget er et nødvendig organ i helsetjenesten.

De sidene ved helsetjenestens virksomhet som brukerutvalgene har vært engasjert i, har først og fremst vært spørsmål som er særlig viktige for mennesker med sammensatte problemer og langvarig kontakt med flere deler av helsetjenesten og hjelpeapparatet. I den grad brukerutvalgene har hatt innflytelse på helsetjenesten, har det gått i retning av å styrke vekten på tjenester til mennesker med varige og sammensatte helseproblemer. Slik kan brukerutvalg på sikt være en faktor som bidrar til helsepolitisk omfordeling.

En forholdsvis liten del private institusjoner har opprettet brukerutvalg, men en del har annen organisert kontakt med brukergrupper. Om lag en tredel av de private institusjonene har ingen brukerinvolvering.

5.5 Medbestemmelse og arbeidsmiljø

Resultatene viser at svært mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse. Omstillingsprosesser har blitt gjennomført, men de ansatte selv opplever å ha blitt lite involvert i disse prosessene. Det kan derfor synes som om en av de store utfordringene for foretakene nettopp er medbestemmelse for de ansatte. Den generelle situasjonen i helseforetakene for arbeidsmiljø synes å være god. Ansatte har høye krav til ytelse, men har relativt stor innflytelse over egen arbeidssituasjon fra dag til dag. Ansatte rapporterer også god sosial støtte fra kolleger, men i noe mindre grad fra ledere. Det er større variasjoner mellom klinikker innen hvert foretak enn mellom foretakene. Vi ser derfor at arbeidsmiljø er noe som varierer lokalt og klinikkvis. Hvilken disiplin man tilhører er av betydning her. Ansatte innen psykiatri rapporterer bedre arbeidsmiljø og medvirkningsmuligheter enn de andre disiplinene. Dårligst ut kom medisin og kirurgi. Relativt gode forhold i psykiatrien kan skyldes at de har vært gjennom en opptrapping med økt aktivitet.

5.6 Kvalitet og faglig innhold

En viktig ambisjon for resultatevalueringen var å vurdere sykehusreformens effekt på kvaliteten i behandlingstilbudet – både den faglige, men også slik den vurderes av pasientene. Dessverre viste det seg vanskelig å få fram prosjekter som kunne vurdere dette. Hovedgrunnen til dette er i stor grad mangelfullt datagrunnlag i Norge på disse viktige områdene. Evalueringen har derfor ikke kunnet besvare denne delen av mandatet. Det foreligger med andre ord ikke god kunnskap om mulige effekter av sykehusreformen på behandlingstilbudets medisinske kvalitet og pasientenes opplevelse av det. Det mangler analyser av reformens konsekvenser både med hensyn til behandlingsprosesser/-praksis, medisinsk resultat og grad av involvering av og innflytelse fra pasientene i behandlingsforløpet.

5.7 Styringsgruppens oppsummering

I en resultatevaluering er det ønskelig å sammenligne de konkrete mål som ble satt i forkant av reformen med de resultater som er oppnådd. Sykehusreformen ble lagt fram for Stortinget i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. I denne framgår følgende:

Det understrekes at eksisterende helsepolitiske mål skal opprettholdes: 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. Denne målsettingen har ligget fast over tid, men i tiltakende grad blitt konkretisert gjennom mål om:

- å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetider til undersøkelse og behandling
- å prioritere pasienter i tråd med de retningslinjer som nasjonalt trekkes opp

- å sikre en effektiv spesialisthelsetjeneste basert på kunnskap om de beste behandlingsmetodene
- å ha god tilgang til helsetjeneste uavhengig av bosted
- å ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver
- å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste.

I tillegg legger proposisjonen fram fire premisser for utviklingen av helsetjenesten. To av disse er dekket av det ovennevnte, mens de to andre inneholder supplerende elementer:

En tredje viktig premis er at reformen skal ivareta det nasjonale helsevesenet som trygghetsskapende element i samfunnet. ...den er også avhengig av hvilke økonomiske ressurser som stilles til disposisjon, og de menneskene som til daglig arbeider med pasientene. Dette betyr at alle reformtiltak i helsevesenet må legge grunnlaget for å utvikle de menneskelige ressursene, både i form av etiske og faglige standarder. Dette er en erkjent, men ofte lite uttrykt, forutsetning for arbeidet med å skape et godt helsevesen i tiden fremover.

Som en fjerde viktig premis skal her fremheves at et velfungerende helsevesen er basert på forståelse og respekt for enkeltindividet, og at pasienten gis informasjon om rett til medvirkning som nå er slått fast i pasientrettighetsloven.

Sett fra et resultatperspektiv og med de tema denne evalueringen ble bedt om å vurdere, som bakgrunn, kan vi spisse intensjonene beskrevet i proposisjonen til at sykehusreformen skulle gi:

- økt aktivitet/tilgjengelighet
- mer likeverdig tjenestetilbud
- reduserte ventetider
- bedre prioritering
- økt effektivitet
- bedre kvalitet/faglighet gjennom retningslinjer, kunnskapsbaserte behandlingsvalg og forskning og utdanning
- styrket utvikling av medarbeiderne
- styrket brukermedvirkning
- bedre samhandling med det kommunale nivået.

Denne resultatevalueringen i regi av Forskningsrådet tilsier følgende:

- Aktivitetsutviklingen har økt sterkere enn tidligere, og dermed er trolig tilgjengeligheten generelt bedret. Det er kun små endringer i grad av sentralisering eller desentralisering av tjenestetilbudet. Dette gjelder også tilbud hvor dette hadde vært faglig sett ønskelig (sentralisering) eller ønskelig ut fra en vurdering av tilgjengelighet (desentralisering). Det er altså få vesentlige endringer i funksjonsfordeling.
- Endringer i grad av likeverdig (geografi og sosiale grupper) tjenestetilbud er ikke evaluert.
- Ventetider er redusert, og andelen som venter lenger enn anbefalt er redusert.
- Prioriteringspraksis er generelt ikke bedret. Den er mer ensartet innad i regionene, men ikke mellom regionene. Forskjellen i ventetider mellom høyt prioriterte grupper og lavt prioriterte burde ha økt, men er redusert. Tilsiktede lavt prioriterte grupper ser ut til å bli prioritert for høyt relativt sett. Psykisk helsevern er prioritert i tråd med føringer.
- Effektiviteten (produktiviteten) har økt mer (3-4 prosentpoeng) enn i andre nordiske land.
- Endringer i kvaliteten på tjenestetilbudet er ikke evaluert. Forskningsaktivitet er ikke vurdert, men offentlige publikasjonstall tilsier økt forskningsproduksjon.
- Arbeidsmiljøet ser ut til å være godt, men varierer lokalt. Medarbeiderne opplever lav grad av medbestemmelse. Medarbeidernes vurdering av endringer i fag- og kompetanseutvikling er ikke evaluert.

- Brukermedvirkning er formalisert på overordnet nivå gjennom brukerutvalg. Dette er implementert bedre på det regionale enn på det lokale nivået. Grad av brukermedvirkning og - innflytelse på det kliniske nivået er ikke evaluert.
- Konkrete virkemidler for å styrke samhandlingen ser ikke ut til å være tatt i bruk i større grad etter reformen enn før. Samhandlingsvirkemidler reduserer liggetid i sykehusene og er dermed viktige.

Disse endringene har skjedd etter sykehusreformen, men det er i praksis ikke mulig å konkludere sikkert om endringene er et resultat av reformen eller om de også ville ha skjedd om fylkeskommunene fortsatt hadde vært eiere. Forskergruppene har likevel med ulike metodiske tilnærminger forsøkt å analysere hva som er sannsynlige genuine reformeffekter.

En slik oppsummering er svært forenklet, men gir et overordnet bilde av funnene i denne evalueringen. Vi ser at på flere områder har sykehusreformen oppnådd resultater i tråd med intensjonene (aktivitet, tilgjengelighet, effektivitet), og andre områder er på god vei (brukermedvirkning). På atter andre områder er det små eller ingen endringer (funksjonsfordeling, prioriteringspraksis, samhandling). Samtidig har det ikke vært mulig å evaluere noen sentrale og viktige områder (likeverdighet, kvalitet og faglig innhold) som teoretisk sett kan være i konflikt med noen av de andre målene (særlig aktivitet og effektivitet).

Det er krevende å utvikle strategier for systematisk oppfølging av den medisinske kvaliteten på behandlingstilbudet. Dette forutsetter godt tverrfaglig samarbeid, som det tar tid å utvikle. Det forutsetter også egnede longitudinelle registerdata om kvaliteten av behandlingstilbudet, noe som man hittil i liten grad i Norge.

Når det gjelder mulighet for evaluering av helsereformer med brede, generelle målsettinger og som tentativt kan gi omfattende konsekvenser, er det viktig at datagrunnlaget dekker de ulike dimensjonene av helsetjenestens totale ytelse (eng. performance) på en balansert måte. En reform kan medføre at ulike deler av helsetjenesten utvikles i forskjellig retning - og iblant til og med kan motvirke hverandre. Et teoretisk eksempel på en slik problemstilling er om økt effektivisering medfører større risiko for feilbehandling og dårligere pasientsikkerhet. Både for å kunne følge utviklingen av helsetjenestene og som grunnlag for å evaluere kommende helsereformer, bør det i Norge etableres et bredere datagrunnlag som en del av et overordnet rammeverk for 'performance measurement'. Longitudinelle data om kvaliteten av behandlingstilbudet er helt nødvendig i et slikt rammeverk. Mangelen på dette har gitt en noe mer avgrenset resultatevaluering enn ønskelig.

Styringsgruppen anser at denne resultatevalueringen i regi av Forskningsrådet sammen med de to prosessevalueringene som tidligere er gjennomført, vil gi et godt grunnlag for å vurdere effektene av sykehusreformen. Noen effekter av reformer viser seg raskt, mens andre effekter vil kunne utvikle seg over lengre tid enn de tre-fire årene som er gått siden sykehusreformen ble gjennomført. Det er ikke ofte at en helsereform er gjenstand for en så helhetlig vurdering som tilfellet har vært med sykehusreformen. Det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet har hatt vilje til å gjennomføre denne helhetlige evalueringen.

English summaries

Evaluation of the Norwegian Hospital Reform: Summary by the Steering Group

An evaluation of the results of a reform usually seeks to compare the specific objectives set out for the reform with the results actually achieved. The hospital reform was submitted to the Storting (Norwegian parliament) in the form of a bill for an Act relating to Health Enterprises. The bill stated the following:

It is stressed that existing health-policy objectives shall be upheld: the population as a whole, independent of age, gender and area of settlement, shall have adequate access to good-quality health and care services in a publicly-administered health and care sector. While these objectives have been in place for some time, they have been made more and more tangible through the establishment of targets relating to:

- *increasing treatment capacity and reducing waiting time for medical examination and treatment*
- *ensuring that patients are given priority in keeping with established national guidelines*
- *providing effective specialist health services based on knowledge about the best treatment methods*
- *ensuring that all residents have satisfactory access to health services regardless of where they live*
- *ensuring that hospitals are able to perform their research and teaching tasks satisfactorily*
- *enhancing cooperation between the specialist health care services and the municipal health and care services.*

In addition, the bill identifies four conditions for the development of the health care services. Two of these are covered by the points above, while the other two include the following elements:

A third important premise is that the reform must preserve the role of the national health care service in contributing to a secure society. The reform is also dependent on the financial resources that are made available, as well as the people who work with the patients on a daily basis. This implies that all health system reform measures must create a framework for developing human resources, by enhancing ethical as well as professional standards. Although this has been somewhat understated, it will be crucial if future efforts to build a good quality health care system are to be successful.

Fourth, it should be emphasised that a smoothly functioning health service is rooted in understanding and respect for the individual, and on providing patients with information regarding their right to participation in accordance with the Act on Patient Rights.

Viewed in the context of results, and in light of the thematic areas this evaluation was asked to review, the intentions set out in the bill on hospital reform can be summed up as follows:

- increased activity/access
- more equitable and balanced provision of health services
- reduced waiting times
- better assignment of priorities
- greater efficiency
- improved quality through guidelines, knowledge-based treatment choices and research and teaching activities
- greater focus on development of personnel

- strengthened user participation
- better coordination with the municipal level.

The evaluation of results carried out by the Research Council finds the following to be the case:

- The rate of activity has increased more than previously, which implies that access is probably better overall. There have been only small changes in the degree of centralisation or decentralisation of the services offered. This also applies to services where this would have been desirable in professional terms (centralisation) or for reasons of access (decentralisation). There have been few changes of any substance in the distribution of functions.
- Impact on equity of access to health services (geographical and social groups) have not been evaluated.
- Waiting times have been reduced, as has the proportion of patients whose wait exceeds the recommended timeframe.
- The assignment of priorities in practice has in general not improved. It is more uniform within the regions than among them. The difference in waiting times between high and low-priority groups should have increased but has instead diminished. Groups specifically defined as low priority appear to be given too high priority in relative terms. The mental health care system has been given priority in keeping with guiding principles.
- Efficiency (productivity) has increased more (3-4 percentage points) than in the other Nordic countries in the period after the reform.
- Changes in the quality of health care services have not been evaluated. Research activity has not been assessed, but publicly available publication figures indicate a rise in research production.
- The working environment appears to be satisfactory, with local variations. However, personnel indicate that they experience a low degree of participation in strategic decision-making. Health personnel's own assessment of changes in professional development and competence building has not been evaluated.
- User participation has become formalised at an overall level through user councils. This has been more successfully implemented at the regional level than in the municipalities. The degree of user participation and influence at the clinical level have not been evaluated.
- Specific instruments to strengthen coordination do not appear to have been implemented to any greater extent after the reform than before. Such instruments seem to reduce patient time in hospitals and are thus important.

These changes have taken place in the wake of the hospital reform, but in practice it is not possible to state conclusively whether they are the result of the reform or would have taken place even if the hospitals had remained under the ownership of the counties. The research groups have nonetheless used a variety of methodological approaches to try to determine probable genuine effects of the reform.

A summary of this type is greatly oversimplified, but can still provide an overall picture of the findings of this evaluation. It is clear that the hospital reform has achieved results that conform to the intentions in several areas (activity, access, efficiency), while other areas are showing positive development (user participation). Other areas demonstrate negligible or no change (distribution of function, assignment of priorities, coordination). And it has not been possible to evaluate certain key areas (equity, quality and clinical performance), which in theory could come into conflict with other central objectives (activity and efficiency in particular).

It is difficult to develop strategies for systematic follow-up of the medical quality of health care treatment. Such strategies require good cross-disciplinary cooperation, which takes time to establish. It also requires access to appropriate longitudinal registry data regarding the quality of treatment services, which has received relatively little focus in Norway.

When it comes to the ability to evaluate health reforms incorporating broad, general objectives that may have wide-ranging ramifications, the data base must cover the various dimensions of the overall performance of the health care services in a balanced manner. A reform may cause different aspects of the health care services to develop in different directions – even such that these counteract each other. To take a theoretical example, could increased efficiency heighten the risk of erroneous treatment, and thereby compromise patient safety? Norway needs to establish broader sets of data as part of an overall framework for performance measurement in order to follow developments in health care services as well as to create a basis for evaluating future health reforms. Longitudinal data on the quality of treatment services is essential in this context. A lack of such data has, unfortunately, somewhat limited the evaluation of results.

In the view of the steering group, the evaluation of results under the auspices of the Research Council, combined with the two process evaluations previously carried out, will provide a sound foundation for assessing the impacts of the hospital reform. Health reforms are seldom the object of as cohesive an evaluation as has been the case with the hospital reform. The success of this endeavour is largely due to the willingness of the Ministry of Health and Care Services to conduct an evaluation on this scale.

Project summaries

The results of the evaluation of the Norwegian Hospital Reform are presented in Norwegian in chapter 4. Here we summarise the main outcomes of the different projects. Dr. polit. Oddvar Kaarbøe, Rokkansenteret and the University of Bergen, have been responsible for the evaluations in chapter 4.1-4.8. His group also included researchers at institutes in Oslo, Bergen and Trondheim. Terje Lie, Head of Research at International Research Institute of Stavanger (IRIS), has been responsible for the evaluations in chapter 4.9-4.10. His group included researchers from IRIS as well as Work Research Institute (AFI) in Oslo.

Chapter 4.1 Activity in somatic hospitals before and after the Norwegian Hospital Reform

Beate M. Huseby, SINTEF Health Research

Objective

The subject of the analyses was to examine the significance of the Norwegian hospital reform with respect to the growth of hospital activity in the period from 1999 to 2005. The impact of the reform was analysed by comparing the growth in activity in period before and after the reform, and imposed control of other relevant factors influencing the development in hospital activity.

We have analysed changes in total hospital activity (daycare plus in-patient admissions), six different types of admissions (acute care, elective care, surgical DRGs and non-surgical DRGs, daycare and in-patient care), six different DRGs (DRG 12, DRG 34-35, DRG 89-90, DRG 209, DRG 221-222, DRG 269-270) and total hospital activity among five different age-groups. Hospital activity was measured as DRG-points or according to the number of hospital stays.

Data

The analyses are based on patient-administrative data from all Norwegian hospitals in the period from 1999 to 2005. Due to arguments of comparability across time, data are exclusive of dialysis treatments, rehabilitation, births, healthy newborn children and chemotherapy. Data from private hospitals have also been excluded.

Methods

Data have been analysed in two steps. First, data from periods of 6 months were aggregated according to 28 different health enterprises. In the second step, we have used a multi-level model

(MLwin) which separates the differences across time (level 1) from the differences among the enterprises (level 2).

Results and conclusion

With regard to total hospital activity, all different kinds of admissions types that were analysed and across all age-groups, we find that the growth of hospital activity was stronger after the hospital reform than in the period before the reform. This was also true after control of a general time-trend, changes in the ABF-system (activity-based-financing), changes in LOS and share of serial-treatments and patient-flows, demographic changes and changes in the size and specialisation level of the health enterprises.

However, in the interpretation of these results, we point out that the aim of the national health policy after the reform was not an increase in hospital activity at somatic hospitals. Rather, with regard to National Budgets, the guidelines were stability. Accordingly, the impact of the Norwegian hospital reform on hospital activity should not be evaluated as an intentional effect of the reform. It should be mentioned, however, that the political signals regarding activity growth may have been seen as ambiguous in this period, as the share of ABF increased and the political emphasis on increased accessibility and shorter waiting time before surgery was strong in the implementation of the reform.

Furthermore, we also find that there was a significant decrease in activity after the hospital reform for two of the DRGs that were analysed (DRG 12 and DRG 89-90), and regarding DRG 209 (Prostheses-surgery on hip or knee), we find no significant impact from the reform. Hence, our conclusions are that the growth of hospital activity after the hospital reform was valid among many groups of patients and health enterprises, but the changes have not been of equal magnitude among all groups and all enterprises.

Chapter 4.2 Prioritisation and patients' rights: Does the hospital reform lead to more equal practises among hospitals?

Jan Erik Askildsen, HEB; Tor Helge Holmås, SNF; Oddvar Kaarbøe, Rokkansenteret.

This study investigates effects of the Norwegian hospital reform of 2002 on prioritisation among groups of patients. Current regulation supported by law grants patients prioritised rights to access to specialist health care services depending on the seriousness of the condition, whether effective treatment is available, and cost-efficiency of this treatment. Patients satisfying the criteria will be granted "right to necessary treatment", and an individual deadline for start of treatment will be set. This time limit should be given in accordance with what is medically acceptable. Some recommendations exist as to which patient diagnoses should satisfy "right to necessary treatment", including a recommended time limit before treatment starts. With the assistance of a medical doctor, and based on available documents from health enterprises, we have translated descriptions of medical conditions covering most common diagnoses and wards within somatic treatment, into ICD10 codes. For all diagnoses where a unique waiting time can be found, and where these waiting times are precisely defined at a given number of weeks, we have divided the patients belonging to the diagnoses into five groups. Group one consists of the patients with lowest recommended waiting time (up to four weeks), group four is the patients with the longest waiting time among those granted "right to necessary treatment" (27-52 weeks), while group five consists of patients not granted this right.

The purpose of this project is to investigate whether prioritisation among groups of patients has become more uniform among health enterprises after the hospital reform, and whether prioritisation has improved. To answer the first of these questions, we start by analysing whether actual waiting times for patients treated have been equalised among the five regional health enterprises. Secondly, we investigate whether equalisation of waiting times has taken place within each of the five regional health enterprises. We compare the period before the reform, 1999-2001,

with the period following the reform, 2002-2005. The analyses of the development within the regional health enterprises are based on changes in waiting times for patients living in each of the counties which now comprise each of the new regional health enterprises. The reason for this choice of unit for comparison is that the 19 Norwegian counties constituted the former formal owners of the hospitals within each of the counties, with the exception of two national hospitals located in Oslo. To investigate whether prioritisation has been improved, we investigate relative changes over time in waiting times for patients belonging to the five prioritisation groups.

The analyses are based on data from the Norwegian Patient Register (NPR) for the period 1999-2005. In total we use a sample of ca. 310 000 patients, which is about one third of electively treated patients registered in NPR during the period. We present simple summary statistics about development of waiting times, and present several econometrical models, random effect models and probit models, which may explain different relevant aspects of waiting times. More specifically, we set out to see whether waiting times have smoothed or widened, and whether the probability of waiting longer than the medically recommended maximum waiting time has changed after the reform. From NPR we also have access to information about several patient characteristics such as diagnoses, gender and age, and about the hospital where treatment has taken place. These variables are included in the multivariate regression analyses. We have also included a time trend to capture some macro-effects for all enterprises. This will capture features such as yearly changes in overall governmental spending on hospitals. Prioritisation groups for which unique waiting times could not be found, have been excluded.

We find that actual prioritisations, as measured by waiting times, do not seem to have been equalised among the five regional health enterprises. However, within each regional health enterprise, there is a clear tendency for more homogeneous practice, except for one the enterprises (Health Mid-Norway). Both nationally, among the five regional health enterprises, and within each of the five regional health enterprises, there is a clear tendency for the lower prioritised groups to experience the relatively largest reduction in waiting times. We interpret this outcome as not being in accordance with improved prioritisation practices among patients, nor does it comply with the rules guiding allocating “rights to necessary treatment” and acceptable waiting times.

Chapter 4.3 Long term care and hospital length of stay for elderly patients

Tor Helge Holmås, SNF; Egil Kjerstad, SNF; Frode Kristiansen, SNF; Hilde Lurås, HØKH

In Norway, the provision of primary health care and long time care (both institutional and home-based long-term care) is the responsibility of the lowest governmental level, the municipalities. The public hospitals are the responsibility of the central government. So both when an elderly patient is hospitalised and when he or she leaves the hospital, the medical and care responsibility is carried over to another governmental level. A smooth transfer between the two health care providers thus requires coordination and cooperation. Moreover, the capacity and the organisation of long term care will influence the hospitals' activity (and vice versa). Hence, within health care for the elderly there may be conflicting interests as well as scope for cooperation between providers of hospital services and providers of long-term care services. One area of conflict is length of stay (LOS) at hospitals. Given the DRG-based remuneration system, hospitals have incentives to shorten length of stay for all patients in order to increase cost efficiency. On the other hand the patient's home municipalities may prefer that patients in need of assistance remain hospitalised as long as possible, or at least as long as this contributes to lowering the dependency level after discharge.

In this study we explore three main questions. The first is whether the capacity and the organisation of long-term care influence LOS for elderly patients at hospitals. The second question is whether formal cooperation and coordination arrangements between hospitals and municipalities contribute to shorter LOS compared to situations without such efforts. The last question raised is

whether the Norwegian hospital reform, due to an increased focus on cost efficiency, has promoted more formal cooperation and coordination between hospitals and municipalities.

The data set used in the study was established by merging patient, hospital and municipality level data from four different data sources. Because we study LOS of elderly patients we have selected hospital stays related to 15 of the most frequent diagnoses among inpatients of age 80 and above. Among the frequent diagnoses we have selected the more severe in terms of relative long average LOS and high DRG weight. In the years 1999 to 2004 gross admissions related to these diagnoses amounts to 327 363, which is 49.1 % of all hospital stays for this age group. We exclude patients who die at the hospital, and together with missing hospital survey observations this limits our data set to a total of 207 478 observations or 31 % of all hospital stays. The sample is split in two sub-samples: one sub-sample includes patients that are admitted from their home and discharged to an institution after hospitalisation (22.6%), while the second sub-sample consists of patients with unaltered residence conditions after hospitalisation (77.4%). Potential bed blockers are most likely to be found in the first sub-sample, and we expect the impact of municipality characteristics on LOS to be most evident for these patients.

Controlling for case mix through patients' age, gender, diagnosis and DRG weight, we analyse whether the municipalities' organisation of long-term care resources influence on hospital LOS for this group of patients. In this part of the analysis we use fixed effect models where we control for unobserved hospital specific effects.

With regard to the first main question, our conclusion is that resources spent on community health care services have an impact on LOS. The results indicate that increased nursing home coverage reduces LOS. Our interpretation is that excess demand for care services in general and nursing home care in particular results in longer LOS than necessary. Better coverage of nursing homes will most likely increase flexibility and facilitate smoother discharge of elderly patients. This interpretation is strengthened by the fact that we find great differences in LOS between patients living in rural and urban municipalities. The latter group of municipalities have lower coverage of nursing homes and the longest LOS. Most likely the differences can be explained by differences in relative priorities of the care service sector across municipalities or even different priorities within the care services (home care vs. nursing home). Obviously, there is an implicit challenge here, since these priorities are based on decisions made by local authorities and not by the hospitals that serve these municipalities. Our results further indicate that municipalities in which a hospital is located use this hospital capacity as a buffer; i.e. they are not internalising the cost of unnecessary hospitalisation whereas they are internalising the benefits of access to a portfolio of nursing skills and a flexible bed capacity at hospitals.

Turning to the second main question, our analysis includes one indicator representing whether or not hospitals have a coordinating unit and another indicator capturing whether formal contracts exist between hospitals and municipalities regarding patients ready for discharge. The results suggest that coordinating efforts between hospitals and long-term care providers significantly reduces LOS. This effect, however, is only prevailing for the sub-sample of patients admitted from their home and discharged to an institution after hospitalisation. These patients can be interpreted as constituting a demand shock on the care services in general and on nursing homes in particular. Our analysis also indicates that the existing contracts between the hospital and municipalities in the catchments area are too weak in terms of giving the municipalities' incentives to contribute to lower LOS.

The third main question raised in the study is addressed by comparing pre- and post reform probabilities of hospitals having a coordinating unit or a formal contract with the municipalities. To capture the effect of the hospital reform, we include a dummy variable equalling 1 in the period after the reform, and 0 otherwise. The probabilities are estimated by ordinary and fixed effect logit models, where we control for patient and hospital characteristics. We do not find that the hospital

reform has led to an increase in coordination and cooperation between hospitals and municipalities.

We conclude that hospital LOS for elderly patients strongly depends on the interaction with the long term care services and the organisation and resources utilised in this sector, while the hospital reform has not contributed to increased coordination and cooperation.

Chapter 4.4 How to handle conflicting governance systems? - An analysis of how and why overhead costs are allocated

Katarina Østergren and Unni Bergtun Meyer; NHH

The financing system for health enterprises creates incentives to turn resources from psychiatric care to somatic care. Even though this is the case, our study has not been able to detect a conscious diversion of resources from psychiatric care.

Division of indirect costs that are common to both somatic and psychiatric care can be an enabler to influence resource division and use. One area where the above conflict becomes obvious is when allocating costs between somatic and psychiatric care. The financing system used by the government for the hospital trust is activity-based funding for somatic care and block grant funding for psychiatric care. This creates incentives that make it profitable to divert resources from psychiatric to somatic care. At the same time the rule systems say that psychiatric care should not carry the costs for somatic care. When it comes to overhead costs, the allocation of costs between somatic and psychiatric care may be handled in various ways. Overhead costs can be an enabler for the manager to influence resource allocation and use.

The aim of this report is *to describe and analyse how resource allocations are made inside health enterprises, which are responsible for both psychiatric and somatic care, in addition to evaluate if the new management control systems are able to withstand the unintended effects of incentives.* To answer these questions, we have first analysed gross operational costs in three health enterprises. The aim was to find out if increased use of resources measured by gross operational cost is greater in psychiatric care than in somatic care. In addition, we have analysed the management control processes in the three health enterprises. A special focus has been on how overhead costs (indirect costs that are common for both psychiatric care and somatic care) are handled. Furthermore, the incentives used in different choices related to resource allocation are analysed. This gives us a picture of how health enterprises handle the sometimes conflicting governance systems, rule-based management and incentive management.

The analysis of gross operating costs shows that for Ahus (Akershus University Hospital) and Helse Bergen, growth in gross operational costs for somatic care is reduced, while growth in gross operational costs has increased for psychiatric care. For St. Olav's Hospital, we observe the opposite development. The explanation as to why St. Olav's Hospital has a reduction in gross operational costs in psychiatric care is because of the difficulties in finding physicians to carry out psychiatric care. Therefore, St. Olav's Hospital was allowed by its owner to re-allocate resources from psychiatric to somatic care. Thus, we can not explain this result as being caused by incentives to increase profit.

In the budget process, the overhead costs were allocated and made transparent for the departments. Ahus handled this by using a distribution formula, where all common costs were allocated (both volume-independent and volume-dependent indirect costs). According to SINTEF Health, this is a common way of dealing with overhead costs at Norwegian Hospitals. Helse Bergen and St. Olav's Hospital do not allocate all overhead costs, only those that are volume-independent. That means that common costs are not allocated. Instead of using a distribution formula, they use an internal pricing system.

Neither Ahus, Helse Bergen or St. Olav's Hospital have an optimal allocation of indirect costs in the sense that indirect costs are made transparent and create the right incentives for optimal goal congruence. All health enterprises emphasised that they wanted a correct economic picture, but the way they allocate the indirect costs today does not generate this. To create a correct economic picture of the resources used in somatic and psychiatric care, it is important to separate the costs between the different units. To be able to succeed, they have to be consistent in the choices on which they base their decisions when allocating resources. They have to allocate all costs, both volume-dependent and volume-independent indirect costs, and they also have to communicate the importance of cost allocation to all employees at the health enterprise.

How common resources are allocated is closely related to how costs are allocated. Both Helse Bergen and St. Olav's Hospital use the price mechanisms (incentive management) to allocate one part (services) of the common resources. Nevertheless, St. Olav's Hospital has had problems with waiting times for the delivery of internal services. This problem is due to both limited capacity in some periods in relation to the demand and because of the closed market.

The price mechanism is in principle an effective mechanism as long as the market is working. In the health sector the market is far from perfect for allocating common resources for the two health enterprises that use internal market solutions, thus reducing the efficiency for that mechanism and producing new challenges. Today internal pricing only works as an instrument to reduce the use of resources at the medical treatment departments. There is little incentive for service departments to reduce their use of resources. In addition, the administrative departments (such as HRM, finance etc.) are not included in the internal pricing model.

In addition to the price mechanism, political goals influence how overhead costs are allocated. For example, resource-intensive entities are given a larger part of the budget, which can be used to buy internal services (common resources). Furthermore, regulations and legislation control the minimum level of cleaning and hygiene, for example. These regulations influence how departments stipulate these internal services and can in some occasions overrule other mechanisms.

Political goals, public regulations and legislation are important for all three health enterprises in the study, which may contribute to reducing problems with market failure. St. Olav's Hospital stressed the reduction of waiting lists even more than balancing the budget. In contrast, Ahus stressed budget balance more than political goals such as waiting lists, even if the budget process was aimed at achieving political goals. Instead of using the price mechanisms when allocating resources, they allocated using "a first in line" principle together with a queue system. Furthermore there is greater influence from administrative prioritising at Ahus. This form of resource allocation is in principle less efficient than the price mechanism; it can lead to subjective evaluation because of need. For the health enterprises it is rather unclear and ambiguous which principles should be chosen – incentives or rules. Should the political interests of shorter waiting lists or budget in balance be the driving mechanism for planning production?

We can conclude from the three cases that there is no argument that supports that use of resources is consciously diverted from psychiatric care. This is based on the argument that those who used a division formula have a standardised system for how to allocate all indirect costs. However, the division formula can be interpreted as being beneficial for somatic care while treatment in psychiatric care often needs larger areas, more employees and a higher number of bed days for each patient. However, we argue that there is no conscious allocation of costs to increase profit for the hospital.

The reason why resource use is not consciously diverted by health enterprises using internal pricing is that they have such a major emphasis on fair allocation of resources through allocation to the department that uses them. However, the health enterprises do not allocate all costs, which could be interpreted as having the possibility to move costs from somatic to psychiatric care. Even

if the opportunity is there, we stress that the risk is small because they emphasise fair allocation to such a large degree. The incentives and possibilities for moving resources from psychiatric to somatic care are present but we argue that the risk is reduced because psychiatric care is aware of it and monitors it closely.

Chapter 4.5 Allocation of labour to somatic and psychiatric specialist care – The influence of a hospital owner reform on earmarked grant effects

Jorid Kalseth, Vidar Halsteinli, Solveig Osborg Ose, Heidi Torvik and Marit Pedersen; SINTEF Helse

Until 2002, counties were responsible for providing both somatic and psychiatric specialised health care services in Norway. From 2002 the ownership of all public hospitals and other specialised health care institutions and the service responsibility were transferred to the central government, reorganising the service provision within five regional health authorities as local enterprises. A reform implying considerable organisational change was implemented, but the financing system remained to a large extent unchanged. The financing arrangements of the counties consisted of fixed local taxes, a general block grant and different types of earmarked grants from the national government. Earmarked conditional grants related to DRG-activity have been used for somatic services whereas earmarked unconditional grants have been used for mental health services. The latter related to a national programme aimed at increasing and improved quantity and quality of mental health services. The health authorities receive a general grant from the owner as well as conditional and unconditional earmarked grants as previously. The financing system could influence the distribution of labour between somatic and mental health services, as the types of grants applied differ. Empirical evidence of such effects has been previously reported. This report analyses whether effects of the financial system on the distribution of labour (that is effects of relative prices and different types of earmarked grants) have been influenced by the hospital reform.

Theoretically there are differences with respect to how conditional and unconditional grants influence the allocation of labour between two sectors that to some extent compete for additional resources. Empirically both price and revenue effects have previously been found for the county period. The question is whether the hospital reform implies a change with respect to effects.

Allocation of labour to somatic and mental health care sectors is analysed within a demand model framework based on the assumption that resources are distributed between the sectors according to the level of general revenues, relative prices (net expenditures) and factors on the demand side. A national panel data set for the period 1998 – 2004 is analysed focusing on potential parameter shifts between the county period (1998-2001) and the reform period (2002-2004). Both separate time periods and an unbalanced panel covering both periods are analysed.

Based on analysis of separate time periods we find higher estimates after the reform of price and revenue effects for allocation of labour to somatic care. Effects seem to decrease for allocation of labour to psychiatric care, but there is one exception. Earmarked unconditional grants to psychiatric care are increasingly important for psychiatric labour allocation. Analysis of unbalanced panels including interaction terms to test for statistical differences between the two periods only partly justify that effect differences take place from the first year of the reform (2002). Additional analysis indicates that effects may show up the second and the third year of the reform.

Cautious interpretations are recommended but the results may be interpreted as a kind of ring fencing of psychiatric care after the reform, while labour allocation to somatic care is more sensitive to fluctuations of prices and revenues in general. Clearly stated signals with respect to

priority from the central level and decreased economic freedom according to reduced overall sector responsibility after the hospital reform, may be factors behind the results.

Chapter 4.6 The Norwegian Hospital Reform and centralisation, specialisation and decentralisation of hospital services in Norway

Beate M. Huseby and Heidi Jensberg; SINTEF Helse

Background

One of the major objectives of the Norwegian hospital reform in 2002 was to increase the quality of the specialised health care services by changing hospital structure and strengthening the division of work between the hospitals. Previous research had shown that the quality of the specialised procedures was related to the volume of patients, indicating that specialised procedures should be performed in university hospitals only.

Some of the changes in hospital structure following the reform were highly unpopular among the general public. In response to the demonstrations that took place in 2003, the Storting (Norwegian parliament) stressed the importance of the local hospitals in the national budgets of 2005 and 2006 and argued that the strengthening of functional divisions would increase the local hospitals' share of less specialised procedures.

Objective

The objective of the study was to analyse whether the hospital reform in Norway had a significant effect on the centralisation level of the total patient treatment and different surgical procedures with various degrees of specialisation. The procedures that were analysed include 9 specialised procedures, 8 less specialised procedures, 2 procedures of acute care, births and acute admissions in surgical and medical DRGs.

Data and methods

We have used patient-administrative data of all hospital admissions in Norway from 1999 to 2005 and have performed a two-step analysis. First, the centralisation level for each of the twenty-two procedures and each regional health authority in each year has been estimated from the patient-administrative data. Centralisation levels are analysed as indexes of market concentration (Herfindahl-Hirschman indexes) and have been supplemented by analyses of hospital structure. In the second step, we have used an interrupted time-series design to analyse whether the centralisation levels in the period before the reform (1999-2001) deviate significantly from the centralisation levels after the reform.

Results

Our analyses show that acute care in surgical DRGs, births and three of the nine highly specialised procedures have become significantly more centralised after the reform. In the analyses of the less specialised procedures, we found that two out of eight procedures were less concentrated after the reform than prior to the reform. The decrease in concentration levels, however, can not be related to an increase in use of local hospitals, but are caused by an increase in private commercial hospitals. These hospitals are located in geographical centres.

Regarding the total patient treatments, we find no significant change in concentration or centralisation levels. If we disregard the growth of private hospitals, there are no changes beyond 1 percentage point.

Hence, according to these results, we conclude that the impact from the hospital reform on centralisation of specialised procedures and decentralisation of less specialised procedures has been modest. In spite of major structural changes which aimed to facilitate a stronger division of work among the treatment units, the period from 1999 to 2005 is first and foremost characterised by stability with regard to centralisation of patient treatments.

Chapter 4.7 The Norwegian Hospital Reform and hospital efficiency – a Nordic comparative study

Sverre A C Kittelsen, Frischsenteret; Jon Magnussen, NTNU; Kjartan S Anthun; SINTEF Helse

The project provides an analysis of the effect of the Norwegian hospital reform on hospital productivity. A data set is constructed from input and output data from hospitals in Finland (1999-2004), Norway (1999-2004), Sweden (2001-2004) and Denmark (2002). A total of 729 hospital observations are used. Inputs are measured as costs in real terms, using wage and consumer price indices to deflate national operating costs. Outputs are measured as weighted discharges in five different inpatient categories as well as number of outpatient discharges. Productivity measures are obtained using data envelopment analysis (DEA) and with additional bootstrapping of the results.

Figure 1 below depicts average national productivity measures for the period. The level of productivity is higher in Finland than in Norway than in Sweden, but differences appear to decrease towards the end of the period.

Hospital specific productivity measures are then regressed against a set of explanatory variables. The *reform effect* is captured via Norwegian time dummies for the years 2002-2004 (model I) or (2003-2004) model II. In addition an *case-mix index (CMI)*, a measure of *actual vs expected length of stay (LOS_A)*, the degree of *activity based financing (ABF)* as well as year dummies are included as explanatory variables. Fixed (model A) and random (model B) specifications are used. Results are shown in table 1.

The results indicate a reform effect of between 3 and 4 percentage points. Thus we conclude that the hospital reform appears to have had a positive effect of hospital productivity.

Figure 1 Average productivity measures. Bootstrapped results

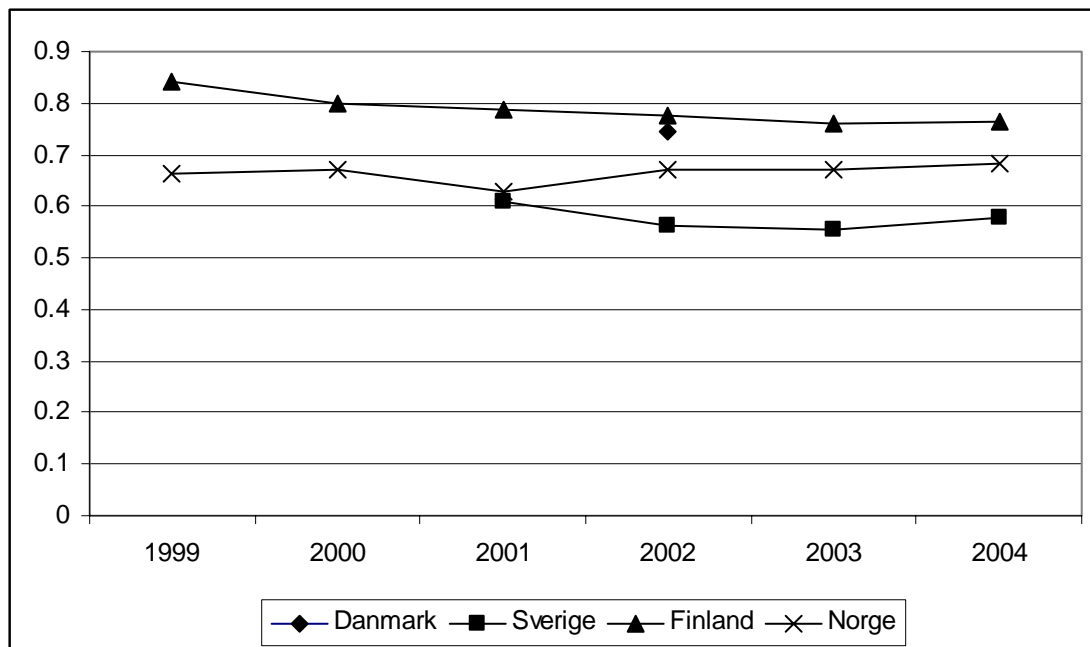


Table 1 Effect of hospital reform. Fixed effect (model IA and IIA) and random effect (model IB and IIB). Coefficients and t-values

	Modell IA	Modell IIA	Modell IB	Modell IIB
Reform	0.043**	0.033**	0.040**	0.032**
	5.30	3.18	4.83	3.08
Norway2001		-0.028**		-0.031**
		2.51		2.71
Norway2002		0.022*		0.014
		1.86		1.18
CMI	0.0010*	0.0010*	-0.007	-0.008*
	1.75	1.71	1.57	1.75
LOS-A	-0.0027**	-0.0029**	-0.0032**	-0.0034**
	6.18	6.58	8.22	8.65
ABF	-0.0062	0.0068	-0.079**	-0.064**
	0.21	0.21	3.90	3.11
Constant	0.9031**	0.9185**	1.1238**	1.1427**
	12.36	12.59	18.66	18.97
D2000	-0.023**	-0.020**	-0.018**	-0.018**
	3.01	3.02	2.56	2.56
D2001	-0.047**	-0.034**	-0.044**	-0.030**
	7.12	4.13	6.25	3.40
D2002	-0.065**	-0.056**	-0.051**	-0.040**
	8.71	6.71	6.58	4.67
D2003	-0.068**	-0.062**	-0.057**	-0.052**
	8.83	7.51	7.16	6.08
D2004	-0.058**	-0.051**	-0.056**	-0.050**
	9.02	6.54	7.26	6.05
Rho	0.905	0.905	0.820	0.820

** p<0.05 *p<0.10

Chapter 4.8 Increased privatisation and lower costs? Laboratory and diagnostic radiology activity after the Norwegian Hospital Reform

Terje P. Hagen, UiO; Tor Iversen, UiO; Sverre A. C. Kittelsen, Frischsenteret

In addition to the state takeover of hospitals and the organisation of specialised care service production, the Norwegian hospital reform implied a wish to stimulate cost efficiency through increased use of the private sector. While there has been considerable focus on the use of private hospitals to provide treatment and care, the provision of inputs such as laboratory and radiology services⁶⁸ has been less debated, probably since there was already a considerable private element in these fields. However, the Regional health enterprises (RHEs) have been given an increased responsibility for financing and regulating these services, along with the possibility of using tendering as the primary contracting method through gradual policy changes starting in 2003.

Diagnostic laboratory and radiology services are provided to i) hospital inpatients, ii) hospital outpatients and iii) patients of general practitioners (GPs) and private specialist practitioners. The

⁶⁸ We will use the terms radiology services and radiology clinics for what in English language countries are variously termed radiology, radiotherapy, radiography and imaging or diagnostic imaging services and clinics or centres.

first two groups are served by the in-house hospital departments that are necessarily present for emergency care, and which often have teaching and research responsibilities. It is only in the last group that there has been any use of private laboratories and clinics, and where there has been any competition. Before the reform, GPs and private specialists could send blood tests and patients in need of a radiological examination either to a hospital laboratory or clinic, or to any laboratory or clinic that was authorised by the Ministry of Health. The financing of this patient group was primarily through a refund from the National Insurance Administration (RTV Rikstrygdeverket) at prices set by the ministry, supplemented by co-payments for the radiology patients. The counties that previously owned hospitals could contract with private suppliers and pay additional sums as part of these contracts, but the RTV refund was not conditional on such local contracts. After the hospital reform a private supplier must have a contract with at least one RHE to be eligible to receive RTV refunds. As part of the changes in regulatory regime, the refund rates have been decreased and the block grants to the RHEs have been increased correspondingly. These changes have made the private laboratories and radiology clinics more dependent on the RHEs, and the intention has been to strengthen the incentives and possibilities for the RHEs to reduce the total costs of laboratory and radiology services.

The analysis in this chapter is based partly on a detailed questionnaire answered by the RHEs, on official policy documents from the ministry, and on data from RTV on each test provided for the laboratory and radiology patients that are eligible for a refund for the years 2002-2005.

Since the RHEs have the dual role of purchaser of health care services, and as owner of the public hospital companies that produce the bulk of these services, it has been discussed whether the RHEs 1) should organise a separate purchasing organisation separate from the production management, and 2) whether the RHEs should be given a separate budget for the purchase of private services. The RHEs have been given the possibility to choose their own organisational form, but in practice all but one of the five RHEs did set up a separate purchasing organisation. The last RHE (Helse Midt) had these functions directly under the managing director, which still represents a separation from production decisions. Separate budgets for private purchases were used for all RHEs from 2003 or 2004. From 2005 there have been directives from the ministry (as owner of the RHEs) that the volume of private purchases of laboratory and radiology services should not be lower than the previous level. There is therefore no competition *between* the public and private suppliers of these services.

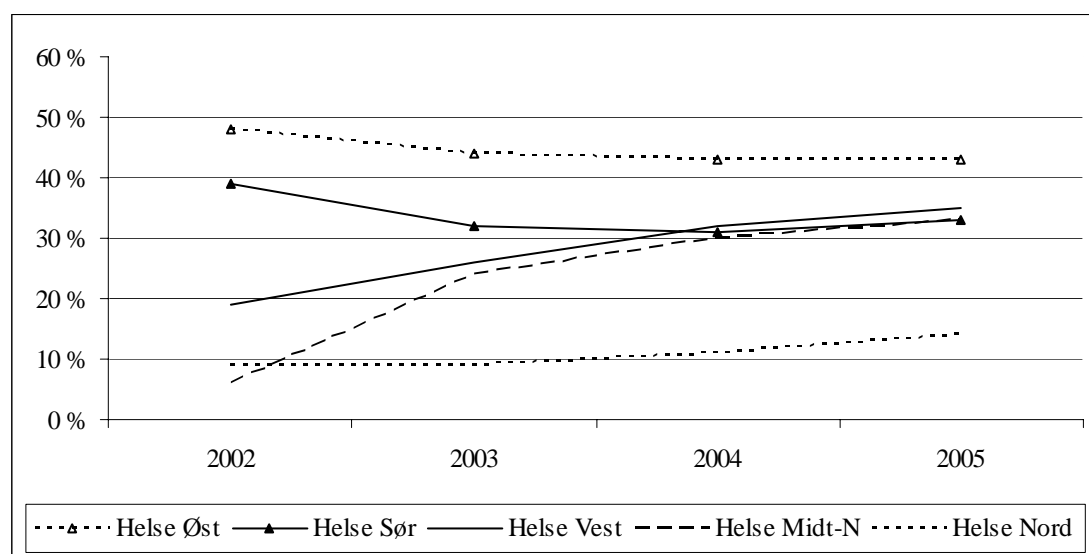
Within the private sector, however, competition has been enhanced through the use of tendering rather than the automatic extension of historical contracts from 2004 or 2005. After the initial tendering of unit price, quality and waiting times, the details of the contracts have been negotiated. From 2005 contracts have included ceilings on the volume or expenses in addition to the unit prices. Activity in excess of the agreed volume is still refunded by the RTV, so there is in practice a two-part tariff for these services.

When looking at private and public provision together, there has been a steady increase in the use of laboratory and radiology services throughout the period since the reform in 2002. For the laboratories, a fixed-weight indicator of activity volume has increased by an annual average of 12.7 per cent, while until 2005 the refunds from RTV have increased even more rapidly due to a shift to more expensive analysis. The growth in the number of radiology patients has been lower, and with a larger variation between RHEs and over the years. Both sectors had the highest growth rates in the first year. The share of private patients or activity in the laboratories varies greatly between the RHEs, with more than 35 per cent of Helse Øst activity and around 2% of Helse Midt activity supplied by private suppliers. Over time, however, these shares have remained almost unchanged. For radiology, figure 1 shows a different picture, with a clear convergence in the shares of private patients. Still, even in 2005 the variation is great.

An analysis of the cost to the public sector shows much of the same variation. Over the first years after the reform, the total price paid by RTV and the RHEs combined on average declined

somewhat for laboratory services, but appear to have increased for radiology services. When the RTV refund rates were drastically reduced from 1 September 2005, the prices paid by the RHEs were to a large extent correspondingly increased. Since the RHEs have no instruments to direct the GPs and private specialists to use a particular laboratory or clinic, nor even to use suppliers with contracts with the patient's own RHE, the volume ceiling has no effect on actual demand, only on payments. The main effect from this change is therefore to decrease the marginal price paid for activity in excess of the ceilings in each contract, although the private suppliers still seem to find it profitable to provide their services at these lower prices.

Figure 1 *The share of private patients in the number of total radiology patients, by year and RHE*



The changes in financing regimes and contracts will have given the RHEs greater predictability on their expenses for the laboratory and radiology services, since the contracts include ceilings. The shares of private suppliers in these services have not been much affected by the reform, and the evidence of the impact on the total costs for the public sector is still inconclusive.

Chapter 4.9 The Norwegian Hospital Reform – A user participation reform?

Tone Alm Andreassen; AFI and Terje Lie; IRIS

The hospital reform in Norway was not only an enterprise reform, but also an extensive user participation reform. The Hospital Enterprise Act states that the regional and local health enterprises should have a user council attached to them. The law and regulations direct the health enterprises to organise their planning process in order to include advice, opinions on priorities and need assessments from patient representatives and other health service users.

In all enterprises, user participation was organised in user councils which included representatives mainly from organisations for the disabled and patient organisations. The main question for this paper is: To what degree can user councils influence health enterprise priorities and decisions?

In this paper, we investigate in what issues the user councils are engaged, what views they advocate and how the user council and the enterprise management assess the influence of the councils. This also raises the question of how the hospital enterprise reform is implemented and how two way communications between user councils and enterprise management is made possible.

As we see it, the user council's influence rests on their conditions of work and resources to fulfil their duty.

We base our paper on empirical data from qualitative interviews and a questionnaire survey. The data were collected in 2005 and 2006. The qualitative interviews were performed by telephone and included 17 user representatives and nine hospital employees who had frequent contact with the user councils. In all, 13 health local hospital enterprises were included in the interviews, recruited from the five health regions in Norway. The questionnaire survey, conducted during late spring 2006, included the user councils' chosen leaders, health enterprise managers and directors of the enterprise boards. From the 29 local health enterprises we received 23 responses from the user councils, 26 responses from the managers and 18 from board directors. The country is divided into five health regions, with one regional health enterprise each. From these, we received responses from four user councils, five managers and two board directors.

Altogether, the qualitative and quantitative interviews give a representative sample of the relevant actors depicting user participation.

One important result of the user participation reform in health enterprises is that channels, in fact, are organised to promote views and experiences from user representatives to the executors of the national health policy: health enterprise managers and boards. Through the introduction of user participation and user councils, the health services in Norway now incorporate ways of thinking that emphasise the use of patient perspectives on the services at both local and regional levels.

The majority of managers are in favour of user councils and just a few are uncertain as to whether the user council is a useful body in the health services.

The user participation reform is, however, not equally well implemented in all health enterprises. We can observe some variations in the rate of implementation. Seen from the user's point of view, the regional health enterprises have established the best functioning arrangements for user participation through two-way communication and involving users in the decision-making process. Based on the user council's appraisals, we can conclude that quite a few of the local health enterprises have not yet opened up for mutual communication promoting the user's influence on the health services. The quantitative survey shows that the user councils judge the influence at the regional level to be stronger than that at the local level. The implementation of the user participation reform has not reached the local enterprises with the same effect as at the regional level, as seen from the user's point of view. The managers at the local level judge the user's influence to be higher than do the users themselves. At this point, we can observe a discrepancy in assessment between users and managers. There is agreement, however, between the parties that an important contribution from the user councils has been to put services to patients with complex and long-term afflictions on the agenda.

The interviews with users and managers show that the user councils are rather weakly linked to clinical wards at the hospitals. Thus, the chance for the councils to influence services at the hospital ward level is less than one could wish. Thus, an important issue in the years ahead, we think, is how to enable the clinical activities at the hospital to transform user perspectives into changes in patient services at the day-to-day level.

The user representatives are first and foremost chronically ill patient groups, persons with disabilities, the elderly, mentally ill persons and, recently, substance abusers. User participation is not the only channel for influence from these patient groups. Cancer patients, mentally ill and other patient groups with long-term illnesses are all among the national prioritised patient groups. At this level, user councils are a means to strengthen the influence and interests of particular user groups and thus are able to contribute to the redistribution in health care and to the fulfilment of national goals in the field of health policy.

Chapter 4.10 The Norwegian Hospital Reform - Employee participation and work environment

Migle Gamperiene; AFI and Kari Anne Holte; IRIS

The Norwegian hospital reform concerns change in ownership, but also includes changes in organisation and managerial structure, nationally, regionally and locally. The reform includes autonomy for each enterprise in commercial decisions. It is reasonable to believe that this reform, through local variations in changing processes, will cause local variations in perceived working environment, professional development, participation and perception of process changes. The aim of this study is to see if working environment, professional development and employee participation differs within and between health regions and health enterprises and to examine whether this variation may be understood by changes due to the reform.

Two sets of data were used in the study. Both data sets were random samples of employees; one national sample and one sample from one of the five health regions.

The results show that a high percentage of the employees feel they have a low degree of participation in strategic decision-making in the new health enterprises, although participation in decision-making related to daily activities was higher. Employee participation is mentioned in the annual reports from the local health enterprises, but the reports mainly focus on participation in relation to local primary health care and user participation.

In general, the employees report satisfactory work environment. Quantitative demands from the employer are high, but at the same time, the employees feel they have autonomous jobs and a high degree of influence on day-to-day decision-making. They report good social support from co-workers, but less from their superiors. The variation in the perception of work environment is greater between the clinics within the enterprises than between the enterprises. Employees in psychiatric wards report a better working environment and a higher degree of participation than in the other clinics. Medical and surgical clinics score lowest on these factors. Mental health services in Norway have been strengthened during the last few years, which might explain the better results in this part of the health enterprises.

The work environment survey from after the reform, shows that the employees report a substantial increase in quantitative demands and mentally demanding tasks which also seems to increase job stress. This tendency to more demanding work environment has been reported in the health care sector for some years. It is therefore difficult to establish whether the changes in the health enterprises are caused by the reform alone. Perception of job security is highly reduced after the reform in some enterprises. This change might be explained by specific organisational processes within the enterprises, such as downsizing processes.

A challenge for the enterprises seems to be to include employee participation in strategic decision-making. In order to generate legitimate organisational changes, the health enterprises should allow for and include working environmental aspects and employee participation in their decision-making process to a higher degree.



Stensberggata 26
Postboks 2700 St. Hanshaugen
0131 Oslo
Telefon: 22 03 70 00
Telefaks: 22 03 70 01
post@forskningsradet.no
www.forskningsradet.no

ISBN 978-82-12-02395-6 (trykksak)
ISBN 978-82-12-02396-3 (pdf)