

Resultatevaluering av sykehusreformen

Resultatevalueringen fra Norges forskningsråd består av to større samarbeidsprosjekter, med i alt ti delprosjekter.

Aktivitetsutvikling

- Aktivitetsutviklingen vært sterkere i perioden etter sykehusreformen enn den var i perioden før reformen. Fra 2001-2005 økte antallet sykehusopphold med 25%. Forskerne sier tilstanden på 1990-tallet med kapasitetsproblemer er snudd. Sykehusreformen kan sies å ha gitt pasienter med somatiske sykdommer bedre tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.
- Aktivitetsøkningen gjelder mange pasientgrupper og mange helseforetak, men endringene har ikke vært like store for alle foretak og alle pasientgrupper. Antallet DRG-poeng for de eldste pasientene (80+) økte sterkt (48%), dagbehandling mer enn døgnopphold, og planlagte behandlinger mer enn øyeblikkelig hjelp.
- Forskerne sier aktivitetsøkningen har kommet til tross for gitte føringer om tilnærmet nullvekst i perioden. Forskerne sier derfor at aktivitetsøkningen ikke kan tolkes som en *tilsiktet* effekt av reformen – men mer bør sees som en effekt av de endrede rammebetingelser reformen medførte.

Effektivitetsutvikling

- Reformen har hatt en positiv effekt på produktiviteten i størrelsesorden 3-4 prosentpoeng
- Norske sykehus har i gjennomsnitt et produktivitetsnivå i årene 1999 – 2004 som ligger lavere enn i Finland, men norske sykehus nærmet seg finske mot slutten av perioden. Norske sykehus har i hele perioden et produktivitetsnivå over sykehusene i Sverige. (Danmark har ikke hatt sammenlignbart datagrunnlag for hele perioden).

Effekt på prioriteringer

- Ventetidene har totalt sett gått ned etter sykehusreformen
- En studie har vurdert faktiske ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp målt mot anbefalt maksimal ventetid for de samme pasientene. Pasientene ble delt i fem prioriteringsgrupper. Praksis ved prioritering av disse pasientene synes ikke å ha blitt utjevnet mellom de fem regionale helseforetakene etter sykehusreformen.
- Mellom fylkene innad i hver helseregion har praksis blitt mer ensartet (med unntak for Helse Midt-Norge).
- Både nasjonalt og innad i hver region er det en tendens til at lavere prioriterte pasientgrupper har fått relativt størst reduksjon i ventetider.
- To studier analyserer ressursfordelingen mellom somatikk og psykisk helsevern. Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet har vært tydelig på at psykisk helsevern skal prioriteres i ressursfordelingen mellom somatikk og psykiatri. Studien bekrefter at helseforetakene har vært bevisst på at psykisk

helsevern skal prioriteres. Det har ikke funnet sted noen uønsket ressursvridning fra psykisk helsevern til somatiske helsetjenester.

Kvalitet og faglig innhold – grad av sentralisering i pasientbehandlingen

- Ett av målene med sykehusreformen var å øke kvaliteten på spesialisert behandling gjennom bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.
- Utviklingen i sykehusstruktur knyttet til pasientbehandling beskrives først og fremst som stabil. Konsentrasjon av pasientbehandlingen og fordelingen mellom lokalsykehus, middels store sykehus og store regionale sykehus er i store trekk uendret fra 1999 til 2005.
- Sentraliseringsgraden har økt for noen få høyt spesialiserte behandlinger. Dette har vært en ønsket utvikling for å høyne kvaliteten på behandlingen. For tre av de ni høyt spesialiserte behandlingene som ble analysert var sentraliseringen signifikant - brystkreft, kreft i spiserøret og abdominale aortaaneurismer (utposing på hovedpulsåren). Også for kreft i bukspyttkjertel og avansert ryggkirurgi fant forskerne en utvikling i sentraliserende retning, på samme måte som for PCI (utblokkinger) og bypass. Det påpekes at det i 2005 fortsatt var et relativt høyt antall behandlingssteder for brystkreft (34 steder).
- For mindre og middels spesialisert kirurgi (som hofteproteser, kneoperasjoner, åreknuter, grå stær, skiveprolaps) er hovedtendensen stor grad av stabilitet. I den grad det er skjedd en oppgavemessige desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer skyldes dette hovedsakelig en økning av aktiviteten ved private kommersielle sykehus.
- Konsentrasjonen av visse typer kirurgisk akuttbehandling og fødsler har økt etter sykehusreformen. For kirurgisk behandling av lårhalsbrudd viser studien en svak tendens til økt bruk av lokalsykehus. Studien viser ingen endring av konsentrasjonsnivået for medisinsk akuttbehandling.
- I den grad det er skjedd en oppgavemessig desentralisering av mindre spesialiserte prosedyrer skyldes dette hovedsakelig en økning av aktiviteten ved private kommersielle sykehus.

Brukermedvirkning

- Helseforetaksmodellen har lagt godt til rette for brukermedvirkning ved at det er etablert organisatoriske kanaler der brukerne kan formidle erfaringer og synspunkter inn til helsepolitikkenes iverksettere
- I helsetjenesten fins nå aktører som ser betydningen av å lytte til brukerne, og som argumenterer for at helsetjenesten har nytte av brukernes synspunkter
- Det er stor variasjon i hvor godt brukermedvirkning er gjennomført. Iverksettingen av brukerutvalgene er godt gjennomført i regionale helseforetak, men det gjenstår en del i de lokale helseforetakene før en kan si at brukerutvalgene fungerer godt.
- I de lokale helseforetakene vurderer de administrative lederne forholdene som bedre enn brukerutvalgene selv gjør
- Brukerutvalgene har ført til resultater i form av økt oppmerksomhet om brukernes rolle i utforming av helsetjenesten. De har gitt et viktig bidrag i å

sette tjenestene til mennesker med langvarige og sammensatte behandlingsbehov høyere på dagsorden.

Arbeidsmiljø og medbestemmelse

- Den generelle jobbtrivselen er høy. Av de ansatte på regionalt nivå oppga i gjennomsnitt 90% høy tilfredshet (generelt pleier dette å ligge i et intervall mellom 75-85%)
- Arbeidsmiljøet målt ved balansen mellom krav, kontroll og støtte rapporteres av ansatte å være bra
- Like mange rapporterer forbedringer som forverringer i arbeidsmiljøet de siste to årene
- Mange ansatte i helseforetakene opplever liten grad av medbestemmelse eller muligheter til påvirkning. Unntaket er "dag til dag" beslutningene
- Mange opplever økte produksjonskrav i jobben, økt opplevelse av stress og redusert jobbtrygghet som følge av ulik gjennomføring av omstillingsprosesser.
- Arbeidsmiljø er noe som varierer lokalt og klinikkvis

Samarbeid og koordinering mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester

- Liggetiden i sykehus for eldre pasienter er redusert etter reformen
- Det er store forskjeller i liggetid for pasienter fra ulike kommunetyper, noe som antyder at kommunenes pleie- og omsorgstilbud påvirker hvor lenge pasienten blir liggende på sykehus
- Samhandling mellom sykehus og kommune (definert som avtaler mellom sykehus og kommuner og egne koordinatore ved utskriving) reduserer liggetiden for pasienter med behov for institusjonsplass etter utskriving
- Reformen har ikke hatt noen påvirkning på omfanget av samhandling mellom kommunene og sykehusene (målt ved de nevnte to kriteriene).