KIL • KOMMUNENES INTERESSEFORENING FOR LOKALSYKEHUS

Professor Bjarne Jensen

KORTVERSJON AV RAPPORTEN:

HELSEREFORMER PÅ FEIL PREMISSER

- SYKEHUSSTRUKTUR, SAMHANDLINGSREFORM OG LOKALMEDISISNSKE SENTRA

FORORD

Initiativet til denne rapporten er tatt av styret i Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus (KIL) fordi vi mener at mange av de endringer som foregår i norsk helsevesen, og som bl.a. gjelder sykehusstruktur, samhandlingsreform, ressursbruk etc. foregår på feil premisser og ofte er basert på myter og tvilsomme konsensus-betraktninger.

KIL har hatt et behov for å finne fram til mer faktabasert kunnskap for den debatt som foregår i bl.a. mange lokalsamfunn i Norge i dag.

Vi håper rapporten vil være et godt innspill i diskusjonen om bl.a. nedleggelse av lokalsykehus og sentralisering av sykehustilbud.

KIL som organisasjon har eksistert siden 1997 og har hatt fokus på lokalsykehusenes viktige rolle og funksjon i spesialisthelsetjenesten. KIL har vært høringsorgan, og har også tidligere laget rapporter for å belyse sider av helsevesenet som understreker hvor viktig lokalsykehusenes er i en helhetlig behandlingskjede og ikke minst for tryggheten til de tusener av mennesker som ofte må gå på barrikadene for sitt lokalsykehus.

KIL vil takke professor Bjarne Jensen, Høgskolen i Hedmark som har skrevet rapporten, og Alexander Berg Eriksen, Høgskolen i Hedmark som har bearbeidet det statistiske materiale som har vært tilgjengelig. I tillegg har følgende vært referansegruppe; kommunelege Steinar Jacobsen, Odda kommune, Fanny Voldnes og Unni Hagen, Fagforbundet, Oslo, Bjørn Sverre Birkeland, styreleder i KIL, og sekretariatsleder Steinar A. Miland, KIL.

Til slutt vil vi takk de som har bidratt økonomisk til rapporten; Tinn kommune, Rjukan sykehus venner, Kristiansund kommune, Røros kommune, Vefsn kommune, Mosjøen Kjemiske Arbeiderforening , Fagforbundet i Vestvågøy og Fagforbundet i Tinn.

Oslo, 6. mai, 2014
KOMMUNENES INTERESSEFORENING FOR LOKALSYKEHUS

Bjørn Sverre Birkeland
Styreleder

SAMMENDRAG

Rapportens resultater kan oppsummeres i følgende hovedkonklusjoner:

- Helseforetaksreformen og Samhandlingsreformen bygger på både tvilsomme og feil premisser.
- Helseforetakene planlegger/gjennomfører en omfattende nedbygging av halvparten av Norges lokalsykehus uten nevneverdig politisk innblanding.
- Dagens planlegging og konsekvensutredninger av strukturendringer i sykehussektoren er høyst mangelfull.
- Det er en myte at små sykehus både er dyrere og dårligere enn store sykehus.
- Det er en myte at Norge bruker mer ressurser på helse enn andre sammenliknbare land. Norges ressursinnsats til helsetjenester er på gjennomsnittet for EU- landenes innsats og som prosentandel av samlet ressursbruk blant de laveste i Europa.
- Siden 2002 har veksten i ressursbruken til rene helsetjenester knapt holdt tritt med befolkningsøkningen.
- Sentrale helsepolitikere har brukt skremselstall for å begrunne nedlegging av lokalsykehus.

Dette er kun en kortversjon av en større rapport som kan ettersendes ved forespørsel.
Henvendelse sendes til: bjarne.jensen@hihm.no

1. BAKGRUNN FOR RAPPORTEN

Både Helseforetaksreformen og Samhandlingsreformen bygger på følgende forutsetninger:

- Norge bruker vesentlig mer ressurser på helsetjenester enn sammenlignbare land, men resultatene i form av helsetjenester står ikke i forhold til ressursinnsatsen.
- Særlig på grunn av at vi får større andel eldre vil vi ikke, uten omfattende reformer i dag, makte:
  - å finansiere helsetjenestene etter 2030
  - å skaffe nok personell til helsesektoren etter 2030
- Norge har overforbruk av sykehustjenester.
- Samfunnet kan spare store ressurser på redusert liggetid i sykehusene ved at utskrivningsklare pasienter raskere overføres til kommunehelsetjenestene.
- Deler av dagens sykehustjenester kan ivaretas mer effektivt i kommunehelsetjenestene gjennom såkalte lokalmedisinske sentra med døgntilbud også i kommuner med kort vei til nærmeste sykehus.
- Større sykehus leverer sykehustjenester med bedre kvalitet og lavere kostnader enn mindre sykehus.

Disse premissene er til dels tvilsomme og enkelte direkte feil. I denne rapporten har vi sett nærmere på hvordan de har kommet og kommer til uttrykk i dagens helsepolitikk og drøfter deres holdbarhet.
Det er et stort behov for en løpende utvikling av helsetjenestene for å utnytte og tilpasse seg medisinsk-teknologisk utvikling, endringer i behovet for helsetjenester og andre samfunnsmessige forhold som kommunikasjoner, IKT-utvikling og befolkningens kunnskaper og holdninger. Utviklingen må også tilpasses evnen til å finansiere helsetjenestene og tilgangen på personell. Det er dessverre blitt vanlig at de som driver dagens reformer i helsesektoren avviser kritikk ved å hevde at de som kritiserer er imot endringer, i stedet for å argumentere mot innholdet i kritikken. Det gjør det vanskelig å få til konstruktive vurderinger og analyser av hva som er en god utvikling.

Da staten overtok sykehusene fra fylkeskommunene skulle en forvente at noe av det første som ble gjort var å utarbeide en nasjonal plan for sykehusene. En slik plan er nødvendig for en helhetlig vurdering av målene for våre sykehus, behovene for sykehustjenester, virkninger av medisinsk-teknologisk utvikling, ressursbehov mv. I stedet har de sentrale helsemyndigheter vært motstandere av en slik plan, og det har blitt

politisk strid om det er behov for en slik plan. De regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak har fått lov til å arbeide med disse spørsmålene ut fra hva de selv finner hensiktsmessig og ut ifra et årlig oppdragsdokument fra statsråden. I et slikt oppdragsdokument kan helseministeren bestemme hva som skal prioriteres. Dersom de økonomiske rammene ikke er tilstrekkelige til samtidig å opprettholde eksisterende virksomheter, har hovedpraksis vært at foretaksstyrene og ledelsen i helseforetakene har bestemt hva som skal bygges ned. Dette synes i særlig grad å ha gått utover de mindre lokalsykehusene. Ledelsesmessig er de ofte også underlagt et større helseforetak. Resultatene av den utvikling som pågår er i liten grad fremme i dokumenter som forelegges Stortinget. Oversikter over hvordan sykehusstruktur utvikler seg og vil utvikle seg er også i liten grad tilgjengelig.

Det har i lang tid vært lokalmedisinske senter (tidligere omtalt som distrikts- medisinske sentra) f.eks. i Alta, Valdres, Hallingdal, Fosen. Typisk for disse sentra er at reiseavstand til nærmeste sykehus er 1-2 timer. Analyser[1] viser at det først og fremst er lang reiseavstand til nærmeste sykehus som fører til at slike sentra gir bedre spesialisthelsetjenester til befolkningen på slike steder. Nå synes forutsetningene å være at de vellykkete distriktsmedisinske sentra skal være mønster for lignende sentra i kommuner som allerede har et sykehus eller hvor reiseavstanden til nærmeste sykehus er kort. Det er ikke en gang utredet om dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Hvorvidt det vil gi befolkningen sykehustjenester med bedre kvalitet og lavere kostnader er høyst tvilsomt.

Norge har en sterk befolkningsvekst med særlig sterk vekst i befolkningen i de eldre aldersgrupper. Vi vet at disse i større grad har behov for sykehustjenester enn yngre aldersgrupper. Sintef har i en analyse[2] anslått at behovet for sykehustjenester på landsbasis, som følge av befolkningsutviklingen, vil øke med 41 pst fra 2010 til 2030. Det hevdes at en slik utvikling i behovene for sykehustjenester vil kreve en så sterk økning i personell at det ikke vil være «bærekraftig» på lang sikt. Derfor er det behov for en strukturrasjonalisering i sykehussektoren og utvikling av alternativer til sykehusinnleggelser. Men er det, når vi står foran en sterk økning i behovet for sykehustjenester, fornuftig å legge ned sykehus i større skala enn tidligere og gjennom sykehusfusjoner bygge ned mindre sykehus?

[1] Abelsen og Gaskis utredninger viser at store lokalmedisinske sentra er samfunnsøkonomisk lønnsomme (Alta, Bardu) fordi det er svært lang avstand til nærmeste sykehus.
[2] Stein Østerlund Pettersen: Fremskriving av behovet for sykehustjenester i Norge. 2011

2. PROBLEMSTILLINGENE

Rapporten belyser følgende problemstillinger:

1. Bruker Norge mer ressurser på helsetjenester enn sammenlignbare land, og er det et misforhold mellom resultatene vi oppnår med helsetjenestene og vår ressursinnsats?
2. Utviklingen i vår sykehusstruktur. Hvilken sykehusstruktur kan forventes i framtiden om dagens utviklingstrender fortsetter?
3. Er overforbruk av sykehustjenester et systemproblem i Norge slik det ofte hevdes av sentrale helsepolitikere[3]?
4. Sammenhenger mellom størrelsen på sykehusene og kvaliteten på sykehustjenestene. Hva vet vi om de konsekvenser færre og større sykehus vil ha for kvalitet, kostnader og akuttberedskap[4]?
5. I hvilken grad er det medisinsk faglig og økonomisk fornuftig å overføre ansvar for deler av sykehustjenestene til kommunene slik samhandlingsreformen forutsetter. Er lokalmedisinske sentra (distriktsmedisinske senter), slik de er det i distrikter med lang reiseavstand til nærmeste sykehus, et godt supplement/alternativ til sykehustjenester på steder med kort reiseavstand til nærmeste sykehus?
6. Vil utviklingen i behovet for sykehustjenester best ivaretas med en desentralisert sykehusstruktur slik vi har i dag eller vil det være mere «bærekraftig» å nedlegge de små sykehusene og satse på færre og større sykehus.

Arbeidet bestod i å samle og analysere eksisterende informasjon særlig fra Helse – og omsorgsdepartement, Helsedirektoratet, helseforetakene og foreliggende forskning og utredninger, og sette dette sammen slik at vi får en mere helhetlig oversikt over den utvikling som pågår og noen av de konsekvenser den kan få.

[3] F.eks. helseminister Støre i tale til sykehusene «Politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten 30.01.2013 og APs helsepolitiske talsmann i intervju i Dagens næringsliv. Etter besøk til det lokalmedisinske senter i Valdres uttalte helseministeren at det var et overforbruk av sykehustjenester på 20 pst.

[4] Rapport fra Kunnskapssenteret (Januar 2013): 30 dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus i 2010 og 2011

3. HOVEDKONKLUSJONER

Utvikling helsesektoren 1970-2001

- I rapportens kapitel 2 er en oversikt over utviklingen i helsesektoren i perioden 1970 til 2001. Perioden var preget av omfattende reformer. Målet for reformene var å gi befolkningen bedre og tryggere helsetjenester og sikre at sykehusene ble drevet mest mulig effektivt. De viktigste tiltakene var å skape et tydeligere offentlig ansvar for de grunnleggende helsetjenester, en mer helhetlig helsesektor basert på en klar arbeidsfordeling mellom kommunene, fylkeskommunene og staten, og å gi befolkningen bedre rettigheter til helsetjenester: Tjenestene skal ytes på lavest effektive omsorgsnivå (LEON), et prinsipp om at alt forebyggende og helsefremmende arbeid bør foregå i så nær tilknytning til hjemmemiljøet som mulig.
- Mest mulig sammenhengende helsetjenester ved godt samspill og samarbeid mellom de mange virksomheter og aktører som yter helsetjenestene.
- Finansieringsordninger skulle stimulere til effektiv drift og utvikling av helsetjenestene.

Dette arbeidet synes å ha gitt gode resultater. Da WHO[5] i 2000 la fram sin rapport hvor medlemslandenes helsesektorer ble sammenlignet, ble Norge rangert som et av de landene med de best og mest effektive helsetjenester. Av de nordiske landene kom Norge best ut med hensyn til resultater i forhold til ressursinnsats. Etter Finland var Norge i henhold til denne rapporten det nordiske land som hadde lavest helseutgifter per innbygger.

[5] WHO: World Health Report. Improving performance. WHO 2000

WORLD HEALTH REPORT 2000 -IMPROWING PERFORMANCE (WHO 2000)

NORGE DET NORDISKE LAND SOM SKÅRET HØYEST MED HENSYN TIL RESULTATER, LAVEST HELSEUTGIFTER SOM PST. ANDEL AV BNP OG ETTER FINLAND LAVESTE HELSEUTGIFTER PER INNB

	RANGERING HELSENIVÅ/ RESSURS-INNSATS	HELSEUTG PER INNB $	PST.ANDEL BNP	
NORGE	11	1708	6,5	7,5 PST AV RESSURSBRUK I NORGE
ISLAND	15	1757	7,9	
SVERIGE	23	1943	9,2	
FINLAND	31	1539	7,6	
DANMARK	34	1940	8,0	

Høgskolen i Hedmark

Norges ressursinnsats til helsetjenester er på gjennomsnittet for EU- landenes innsats og som prosentandel av samlet ressursbruk blant de laveste i Europa

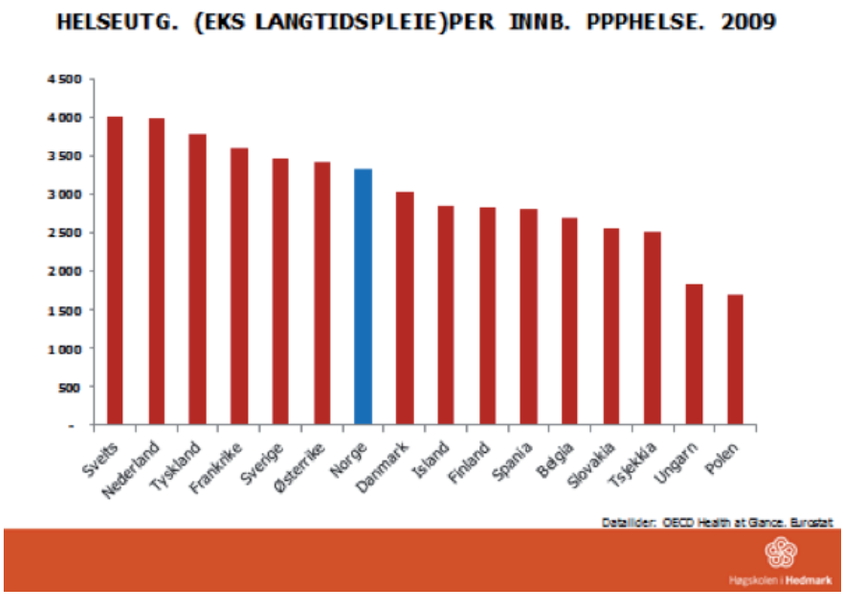
Påstandene om Norges høye ressursbruk til helsetjenester dukket opp i 2001 og ble brukt som argument for at staten måtte overta sykehusene for å effektivisere sykehustjenestene. I kapitel 3 er de sammenligningene OECD utarbeider for landenes bruk av ressurser til helsetjenester gjennom de årlige rapportene Health at a Glance, drøftet grundig. Rapportene har blitt brukt til å hevde at Norge er på verdenstoppen når det gjelder ressursinnsats til helsetjenester og at resultatene som oppnås ikke er god nok i forhold til innsatsen. Dette var først hovedargument for den svært omstridte Helseforetaksreformen i 2002 og Samhandlingsreformen i 2008, med omfattende strukturendringer i sykehussektoren, nedleggelse av lokalsykehus og ensidig satsing på de store sykehusene. OECD- tallene gir et feil bilde av ressursbruken på helsetjenester i Norge sammenlignet med andre land. Det skyldes to forhold:

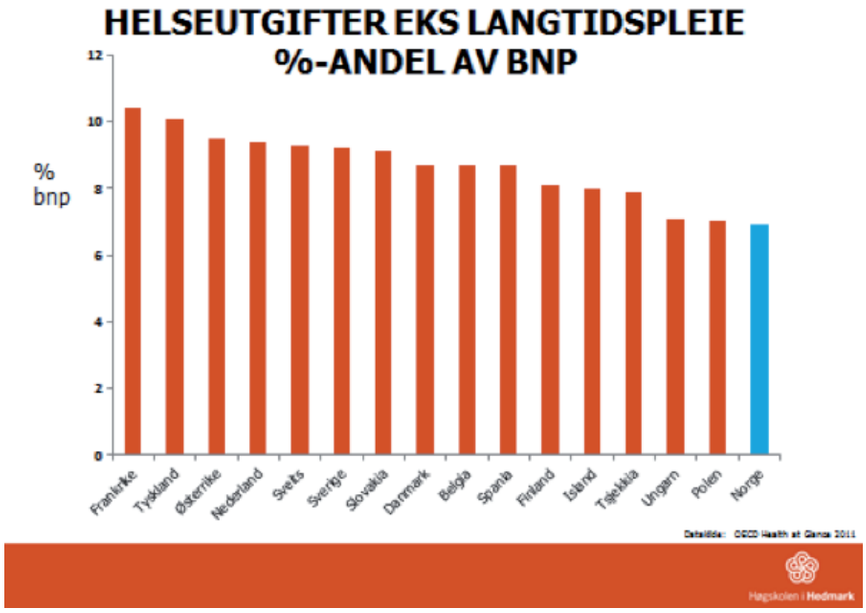
- Norge registrer utgifter til sykehjem og hjemmesykepleie som helseutgifter, mens de fleste andre land registrer dem som sosiale utgifter.
- OECD baserer sine omregninger av valutaer, lønninger og priser, ikke på ressursene knyttet til helsetjenester, men prisene på gjennomsnitt for alle varer og tjenester. Det bidrar til at ressursbruken i land med høyt lønns- og inntektsnivå blir overvurdert, mens den i land med lavt lønns- og inntektsnivå blir undervurdert.

Når en sammenligner helseutgifter som er mer sammenlignbare; dvs. ser på helsetjenester eksklusive langtidspleie, og bruker kjøpekraftsparitet for innsatsfaktorene til helsetjenester, er det et ubestridelig faktum at norske helseutgifter per innbygger er på gjennomsnittet for de vestlige EU landene. Høyest utgiftsnivå har land som Sveits, Tyskland, Frankrike, Østerrike og Nederland. Av de nordiske land ligger Norge litt lavere enn Sverige og litt over Danmark og Finland. Lavest er utgiftsnivået i en del østeuropeiske land.

I forhold til inntektsnivå målt ved BNP, er Norge det land med lavest utgiftsnivå til helsetjenester eksklusiv langtidspleie av de europeiske land vi har tall for. Norge er også blant de aller laveste om vi i stedet for BNP ser på innenlandsk bruk av ressurser og holder det særnorske eksportoverskudd utenom. Da utgjør vår andel knapt 8 pst. De andre nordiske land har utgiftsandeler i forhold til BNP fra 8 pst til 9,2 pst. Høyest av de europeiske land ligger Frankrike og Tyskland med utgiftsandeler over 10 pst.

Sammenblandingen av pleie - og omsorgsutgifter og utgifter til helsetjenester er uheldig fordi det fører til at hva vi i virkeligheten bruker til grunnleggende helsetjenester blir tilslørt og feilkommunisert.





Veksten i ressursbruken til rene helsetjenester har siden 2002 knapt holdt tritt med befolkningsøkningen.

Vekst i helseutgifter per innbygger er analysert i kapittel 4. Det er en myte at Norge har sterk vekst i ressursbruken til helsetjenester. Her viser tallene fra OECD og Statistisk Sentralbyrå (SSB)[7] det samme bilde for Norge. Vår vekst i utgifter i faste priser er i henhold til OECD blant de land med aller lavest vekst i perioden 1999 - 2009.
SSBs statistikk for helseutgifter viser at det i de senere år har vært en vekst i ressursbruken til pleie - og omsorgstjenester (sykehjem og hjemmesykepleie). Gjennomsnittet per år fra 2002 – 2011 i faste priser er 3,4 pst (jf tab s); dvs. i takt med veksten i privat konsum. For de rene helseutgifter (eksklusiv sykehjem og hjemmesykepleie) blir bildet endret. Per innbygger er disse helseutgiftene i faste priser i 2011 på samme nivå som i 2002. De var høyest i 2007 med kr 28764 i 2005 priser. Etter det har utgiften blitt redusert hvert år og er i 2011 på kr 27078 per innbygger i 2005 priser.

[7] SSB:Helseregnskap 1977-2011. Tabell 1 Nøkkeltall 1997-2011 og tabell 2 Helseutgifter etter type 1997-2011.

HELSEUTGIFTER 1997 – 2011.

	1997	2000	2003	2011
Rene helseutgifter prosentandel av innenlandsk bruk av varer og tjenester	7,1 %	7,7 %	8,6 %	7,6 %
Rene helseutgifter per innbygger i faste priser.	22 550 kr	24 603 kr	27 399 kr	27 078 kr
Kjelde: SSB Statistikk helseutgifter				

Høgskolen i Hedmark

Sentrale helsepolitikere har brukt skremselstall for å begrunne nedlegging av lokalsykehus.

Kapitel 5 belyser utviklingen i sysselsettingen til helsetjenester, pleie og omsorg. Målt i årsverk utgjør de vel 12 pst av samlet sysselsetting i Norge i 2010. Det er en myte at sysselsettingsandelen i helsetjenester, pleie og omsorg er 20 pst slik enkelte helseministere har uttalt. Da tar de i tillegg til sysselsettingen til helsetjenester og pleie og omsorg også med barnehager, barneparker, skolefritidsordninger, fritidsklubber, arbeidstrening, vernet arbeid og sosiale velferdsorganisasjoner. De korrigerer heller ikke for det store omfanget av deltidssysselsetting.

I kapitel 6 er det belyst hva prognoser sier om utviklingen i behovet for sykehustjenester og personell til helse-, pleie – og omsorgstjenester. SINTEF[8] har anslått at behovet for sykehustjenester øker med 18 pst som følge av befolkningsutviklingen fram til 2020 og med 41 pst fram til 2030. Da er utgangsåret 2009. Det er vekst i behovet i alle fylker og helseforetak. Behovet øker sterkest i Akershus og Rogaland. På denne bakgrunn virker det nesten uansvarlig at de statlige helsemyndigheter bygger sykehuskapasiteten ned.

[8] Pettersen, Stein Østerlund: Framskrivninger i behovet for sykehustjenester. SINTEF 2011

Fylke/helseregion	2009	2020	2030
Østfold	604	711	834
Akershus	1 077	1 366	1 765
Oslo	1 327	1 564	1 919
Hedmark	505	548	622
Oppland	452	501	561
Buskerud	609	724	865
Vestfold	565	665	786
Telemark	511	572	658
Aust-Agder	230	274	333
Vest-Agder	348	411	482
Helse Sør-Øst	**6 226**	**7 336**	**8 825**
Rogaland	957	1 196	1 550
Hordaland	1 151	1 370	1 641
Sogn og Fjordane	289	319	359
Helse Vest	**2 397**	**2 885**	**3 550**
Møre og Romsdal	684	784	902
Sør-Trøndelag	642	758	908
Nord-Trøndelag	309	354	407
Helse Midt-Norge	**1 635**	**1 897**	**2 218**
Nordland	656	732	828
Troms	356	420	505
Finnmark	204	232	265
Helse Nord	**1 216**	**1 384**	**1 598**
Hele landet	11 475	13 502	16 192

Beregnet behov for antall sykehussenger etter bostedsfylke. SINTEF 2011

Det blir hevdet at utviklingen i behovet for sykehustjenester ikke er bærekraftig fordi vi ikke vil ha ressurser til å ivareta en så sterk økning. Det representerer en årlig vekst på mellom 1,5 og 2 pst. Dette er på linje med forventet vekst i økonomien generelt (jf Perspektivmeldingen).

SSB har laget prognoser for personellbehov[9] fram til 2035 som følge av befolknings-utviklingen. De viser at det fram mot 2020 er relativ god balanse mellom forventet tilbud og etterspørsel etter helsepersonell. For perioden fra 2020 til 2035 vil det for personell-gruppene, med unntak for sykepleiere og hjelpepleiere, også ligge godt an til å dekke den etterspørsel som kommer. I forhold til hjelpepleiere (omsorgs/helsefagarbeider) og sykepleiere vil det kunne oppstå en underdekning fra 2020 og utover om ikke utdan-ningstilbudene økes. Dersom en bare legger til grunn befolkningsutviklingen og dagens standarder vil underdekningen i 2035 være ca. 16 000 når det gjelder sykepleiere og 45 000 når det gjelder hjelpepleiere. Med høy standardvekst vil underdekningen kunne bli vel 70 000 årsverk for hjelpepleiere/helsefagarbeidere og 45 000 når det gjelder syke-pleiere dersom utdanningstilbudene ikke økes mer enn dagens planer. Utviklingen vil innebære at sysselsettingen til helse-, pleie- og omsorgstjenester øker sin andel av samlet sysselsetting fra vel 12 pst i 2010 til mellom 14 og 17 pst av samlet sysselsetting

[9] Roksvaag, K. og Texmom, I.: Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot 2035. Rapport 14 2012 SSB

i 2035. Økning i syselsettingsandelen gjelder i hovedsak pleie- og omsorgtjenestene, og ikke for helsetjenester generelt. Dersom vi kun legger til grunn økning i befolkningen og alderssammensetningen lander vi på 14 pst av samlet sysselsetting. For å komme til 17 pst er det også lagt inn en vesentlig bedre standard. Dette er bare halvparten av de skremselstall på 30 pst, som toppolitikere i helsedepartementet har operert med for å begrunne nedleggelser av lokalsykehus eller omdanning av dem til lokalmedisisnske senter. Demografialternativet vil innebære en gjennomsnittlig årlig vekst i perioden fram til 2035 på knapt 2 pst for hjelpepleiere, mens alternativet med høy standardvekst gir en vekst på vel 2,5 pst. For sykepleiere er veksten i behovet litt lavere.

Helseforetaksreformen i 2002

I kapitel 7 er hovedinnhold og virkninger av helseforetaksreformen drøftet. Ideene og innholdet i denne reformen ble lansert av Professor Jan Grund, BI i en rapport til Forbruker og administrasjonsdepartementet allerede i 1990. Det sentrale i reformen var ikke at staten skulle overta sykehusene, men at de skulle organiseres som forretningsvirksomhet og styres som store forretningskonserner. Representanter valgt av befolkningen regionalt for den overordnete styringen av sykehusstruktur og - politikk ble fjernet. De viktigste virkninger av reformen var i tillegg at:

- System for budsjett og langtidsbudsjett/økonomiplan forsvant.
- Systemet med fylkesvise helseplanner ble borte og ble ikke erstattet av tilsvarende planer for regionhelseforetakene.
- Samordning og samspill mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom kommunenes og fylkeskommunenes helseplaner, og øvrig lokalt og regionalt planarbeid, ble også borte.

Kombinasjonen av forretningsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell for aksjeselskaper og stykkprisfinansiering, har fire viktige konsekvenser:

- Det svekker overordnet politisk styring.
- Det stimulerer tendensen til at økonomisk lønnsomhet for det enkelte foretaket blir vektlagt.
- Det stimulerer til konkurranse mellom institusjonene i stedet for samarbeid.
- Det fører til mangelfull økonomistyring for fellesbetalt offentlig virksomhet.

Disse virkningen står i realiteten i motsetning til de overordnede målene for reformen; pasienten i sentrum, sterkere politsk styring, velferdssamfunnets verdigrunnlag og trygghet i samfunnet.

De første 6 årenene etter reformen akkumulerte helseforetakene samlet regnskapsmessige underskudd på 24 milliarder kroner. Sykehusene ble da framstilt som konkursbo og uansvarlige. Årsakene til underskuddene var imidlertid regnskapstekniske forhold knyttet til at en kostnad, men ikke utgift:avskrivninger ble tatt inn i regnskapenene uten å bli fullt ut konmpensert med inntekter, og pensjonsutgifter ble ført etter andre regnskapsprinsipper. Samlet utgjorde avskrivningene de 6 første årene 32 milliarder kroner. Uten de nye kostnadene ville helseforetakene gått i balanse i disse årene. Så bevilget myndighetene ekstra midler på nærmere 2 milliarder per år til avskrivninger i 2008 og over 3 milliarder til pensjonskostnadene i 2009. Fra 2009 gikk derfor helseforetakene i balanse, og etter hvert har de også generert store overskudd. Helseministeren skrøt da av foretakene og uttalte at de nå var blitt mye flinkere til å styre økonomien. I realiteten dreide det hele seg om regnskapsteknikk og prokuratorknep. I 2013 gikk de fleste foretakene med overskudd. Nå brukes også skatteinntektene til penger på bok i foretakene, mens de ikke har råd til fornying av utstyr og pasientene står på ventelister. Foretakene skal spare for å finansiere nye sykehusbygg.

For å illustrere hvordan styret i et helseforetak nå synes å tenke vises til følgende omtale av akuttklinikkene i årsberetningen fra styret i Møre og Romsdal Helseforetak i 2013: «Ved utgangen av 2013 er det ingen av klinikkane i føretaket som kan vise til overskót i drifta. Sidan juni månad har det vore ei svært negativ utvikling, med lågare inntekter og auka kostnader knytte til lønn og varer.»

Akuttklinikkene drives m.a.o. ikke lenger bare for at de skal gi befolkningen trygge og gode akutt-tjenester. Skatteinntekter som stilles til disposisjon skal også bidra til økonomisk overskudd i helseforetaket.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er drøftet i kap 8. Det helt nye i denne reformen er at kommunene skal betale for innbyggernes bruk av sykehusene. Dessuten ble det innført en strengere ordning for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i sykehusene. Bakgrunnen synes å være påstander om:

- At Norge har overforbruk av sykehustjenester.
- At det er store økonomiske gevinster ved å gi utskrivningsklare pasienter alternative pleie – og omsorgstjenester i kommunehelsetjenesten.
- At lokalmedisinske senter vil gi innbyggerne i kommuner med sykehus eller kort vei til nærmeste sykehus, billigere og bedre helsetjenester enn de tjenester sykehusene gir i dag.

Dette er imidlertid bare påstander. Det foreligger ikke analyser eller samfunnsøkonomiske beregninger som understøtter disse antagelsene.

Overforbruk av sykehustjenester

Arbeidsgruppen som Helse- og omsorgsdepartementet satte ned for å utrede spørsmålet om overforbuk av sykehustjenester – Aarnes utvalget[10] – konkluderte med at det på systemnivå ikke er overforbruk av sykehustjenester. Sykehusinnleggelse kan imidlertid være nødvendig for å avklare om det er behov for sykehustjenester eller ikke behov. Gruppen uttalte tvert imot at **«skrøpelig eldre ikke får god nok spesialisthelsetjenester ved innleggelse i sykehus»**.

Deres dokumentasjon er bl.a. doktorgraden «The potential for reducing inappropriate hospital admissions" der B.O. Eriksen med følgende konklusjonen:
«Omfanget av "unødvendige" innleggelser er imidlertid ikke dokumentert å være av betydning på systemnivå. Dr. med Bjørn Odvar Eriksen konkluderer sin avhandling med at man kan risikere at mange som har nytte av det ikke vil bli innlagt, dersom man skal redusere antall innleggelser ved å prøve forutsi hvem som ikke kommer til å ha nytte av et sykehusopphold. Pengene en vil kunne spare, står ikke i noe rimelig forhold til de helsemessige tapene en vil få, fastslår Eriksen. I tillegg peker han på at de som ikke får nytte av sitt sykehusopphold, er billigere bl.a. fordi liggetiden er kortere hos disse. Flere andre publikasjoner støtter dette synet, og det finnes ingen dokumentasjon på at "unødvendige innleggelser" er et problem i norske sykehus.»[11]

[10] Aarnes, I. m flere: Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra en ekspertgruppe. 2011
[11] Eriksen, B.O: The potential for reducing inappropriate hospital admissions. Universitetssykehuset I Nord-Norge 1999

Utskrivningsklare pasienter

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen konkluderes med at samfunnet kan spare 850 millioner kroner om utskrivningsklare pasienter blir ivaretatt i kommune-helsetjenesten. Regnestykket er basert på at en utskrivningsklar pasient koster det samme som gjennomsnittskostnaden per liggedøgn i sykehus og at det ikke koster noe å ivareta pasienten i kommunehelsetjenesten. Dette er en elementær feilberegning. For det første koster en utskrivningsklar pasient vesentlig mindre enn gjennomsnitts-kostnaden for en pasient per liggedøgn. Det er liggedøgn med diagnostisering, behandling og nødvendig oppfølging etter behandlingen som krever høye kostnader. En utskrivningsklar pasient koster normalt ikke mere enn pleie og omsorgsutgifter, medisiner og mat. Det må også pasienten ha i kommunehelsetjenesten. Kostnaden på et sykehjem eller til hjemmesykepleie vil vanligvis være like høy og kanskje også høyere i kommunehelsetjenesten. Derfor vil vi ikke få innsparinger i offentlige utgifter ved å gi utskrivningsklare pasienter tjenester i kommunehelsetjenesten. I beste fall gir det bare omfordeling av utgifter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten

Når kommunene må betale 4150 kroner per døgn for en utskrivningsklar pasient i et sykehus så er det en for høy pris. En riktigere pris ville være i størrelsesorden 1500 kroner. Den for høye prisen stimulerer kommuner og helseforetakene til å lage løsninger for pasientene ikke ut fra hva som er best for pasienten, men ut fra hva kommunen og helseforetaket tjener mest på økonomisk. Ordningen gir med andre ord uheldige økonomiske incentiver.

Lokalmedisinske senter med døgnplasser for øyeblikkelig hjelp

Modellen for lokalmedisinske senter med sengetilbud er distriktsmedisinske senter med lang reisetid til nærmeste sykehus. Det som gjør de vellykkete distriktsmedisinske senter samfunnsøkonomiske lønnsomme er innsparingene i transport - og reise-kostnadene til nærmeste sykehus. Det er tvilsomt om slike senter gir befolkningene bedre helsetjenester og helsetjenester til lavere kostnader på steder med kort reisetid til nærmeste sykehus. Eksempler på kostnader til døgntilbud på lokalmedisinske senter indikerer at kostnadene per døgn blir høyere enn kostnadene på sykehuset og at kvaliteten på tilbudet blir dårligere. I tillegg vil det også kunne virke slik at pasienter som blir lagt inn på slike enheter er pasienter som tidligere lå til observasjon hjemme. Det er vel ikke grunn til å tro at allmennlegene vil unngå å legge inn pasienter på sykehus, som de vurderer å ha behov for sykehustjenester, med mindre de utsettes for

press til å gjøre det. Derfor kan virkningene av lokalmedisinske senter med døgnplasser i kommuner med kort vei til nærmete sykehus bli økte utgifter til helsetjenester, redusert kvalitet på helsetjenestene og stimulans til overforbruk av helsetjenester. M.a.o. det motsatte av intensjonen.

Utviklingen i vår sykehusstruktur

I kapitel 9 er utviklingen av vår sykehusstruktur beskrevet. Siden 2002 er antall sykehus med akutt funksjoner redusert fra 55 til 49. Antall sykehusorganisasjoner (Helseforetak) er mere enn halvert siden 2002; fra 47 til 19 (se fig s. 113). Tidligere hadde sykehusene egen ledelse og administrasjon. I dag har ikke de mindre sykehusene egen ledelse. Den er stort sett lagt til det største sykehuset. Dersom Helseforetakenes planer gjennomføres vil antall sykehus med akutt funksjoner reduseres fra dagens 49 sykehus til under 30 sykehus. Sverige har i dag over 60 sykehusorganisasjoner, Finland har over 35 og Danmark har 29. Mao. har Norge med sine 19 helseforetak den mest sentraliserte sykehusorganisering av de nordiske land. Antall sykehus med akuttfunksjoner er i Sverige 78. Finland og Danmark har begge 39. Selv med dagens sykehusstruktur er Norge er det land i Norden med klart størst andel av befolkningen med over 1 times reisetid til nærmeste sykehus.

HVA SKJER MED SYKEHUSENE NÅ ?

- ANTALL HELSEFORETAK REDUSERT FRA 47 i 2002 TIL 19 I DAG
- REGIONHELSEFORETAK PLANLEGGER/GJENNOMFØRER OMFATTENDE NEDBYGGING AV LOKALSYKEHUS FRA 58 TIL 24-27 (7 AV DISSE ER ALLEREDE NEDLAGT)
  - NORDNORGE FRA 10 TIL 5/7SYKEHUS
  - MIDTNORGE FRA 9 TIL 4/5 SYKEHUS
  - VESTNORGE FRA 10 TIL 5 SYKEHUS
  - SØR/ØSTNORGE FRA 28 TIL 10

  OM DETTE BLIR REALISERT AVHENGER AV OM DET AKSEPTERES POLITISK
- KONSEKVENSER:
  - ANTALL SYKEHUSSENGER/DØGNPLASSER I SYKEHUSENE VIL BLI KRAFTIG REDUSERT
  - AKUTTMOTTAK OG FØDEAVDELINGER SENTRALISERES TIL GJENVÆRENDE SYKEHUS
  - SYKEHUS SOM AVVIKLES SELGES ELLER OMDANNES TIL SENTER FOR KOMMUNEHELSETJENESTER, POLIKLINISKE SPESIALISTHELSETJENESTER OG/ELLER REHABILITERING

REDIGERES I TOPP-/BUNNTEKST

Høgskolen i Hedmark

LAND	SYKEHUS	SYKEHUS M AKUTTF	SYKEHUS M FØDE	SYKEHUSORGANISASJONER M AKUTT
NORGE	71	52	48	20
SVERIGE	95	78	49	60-65
FINLAND	51	39	26	35-37
DANMARK	69	39 (+13 SKADEKLI.)	23	29

Kilde: Spesialisthelsetjenesten i Norden. Sintef 2011

Høgskolen i Hedmark

Større sykehus gir ikke på generell basis sykehustjenester med høyere kvalitet eller lavere kostnader til sykehustjenestene.

Kapitel 10 analyserer påstanden om at færre og større sykehus vil gi oss mer effektive sykehustjenester. Mer effektive sykehustjenester innebærer at vi da får sykehustjenester med høyere kvalitet og/eller lavere kostnader. I dag foreligger det kvalitetsindikatorer

for sykehusene utarbeidet av Kunnskapssenteret for helsetjenester og Riksrevisjonens rapporter. Dersom det er positiv samvariasjon mellom sykehusstørrelse og kvalitetsindikatorene ville det understøtte hypotesen om at større sykehus gir bedre sykehustjenester. Dersom det ikke er slik samvariasjon understøtter det at andre faktorer enn sykehusenes størrelse avgjør kvaliteten på sykehustjenestene.

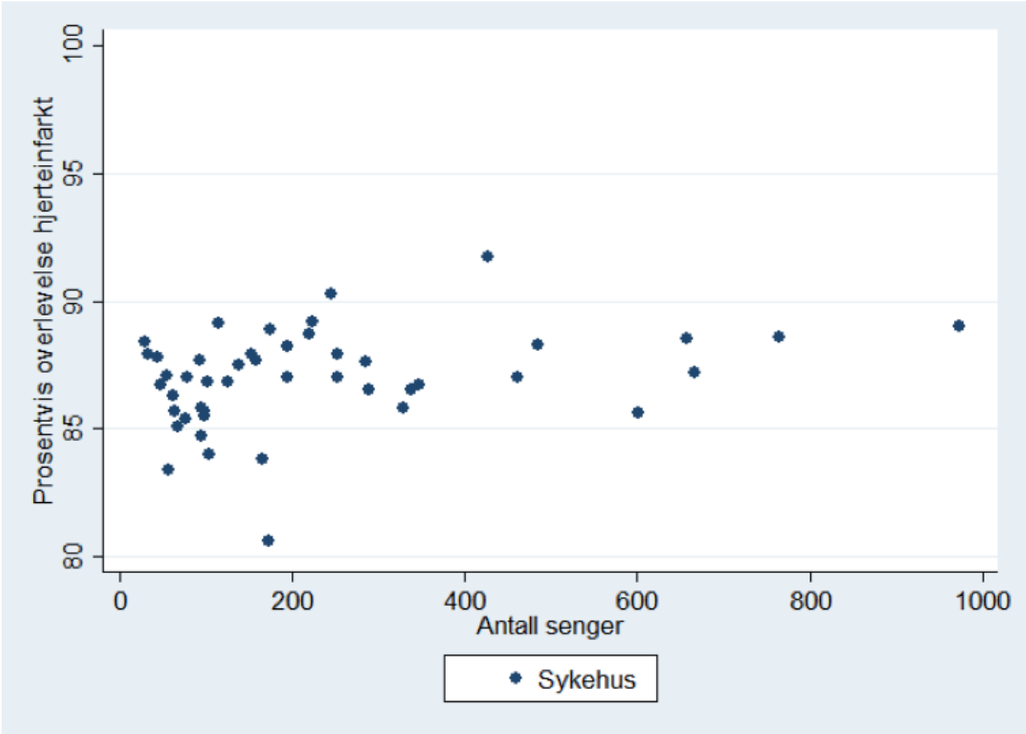
I figurene er sykehusene registrert med størrelse målt ved antall senger og resultatene for sykehuset på Kunnskapssenterets kvalitetsindikatorer. Det foreligger slike kvalitetsindikatorer for tre diagnoser; hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd og for totaloverlevelse. Spredningsdiagrammene og resultatene fra nærmere analyser av mulig samvariasjon viser at det ikke er slik samvariasjon. Det betyr at det på disse kvalitetsindikatorer ikke kan påvises at store sykehus gir bedre resultater enn de mindre sykehus.

Når det gjelder barsel – og fødselsomsorg har Kunnskapssenteret spurt de fødende om hvordan de har opplevd kvaliteten på fødselsomsorgen. Da er det en signifikant sammenheng som er slik at opplevd kvalitet er høyere for de små sykehusene enn for de store. Generelt indikerer dette at større sykehus ikke gir bedre kvalitet på sykehustjenestene. Det er med andre ord ikke størrelsen som er avgjørende for kvaliteten på sykehustjenestene.

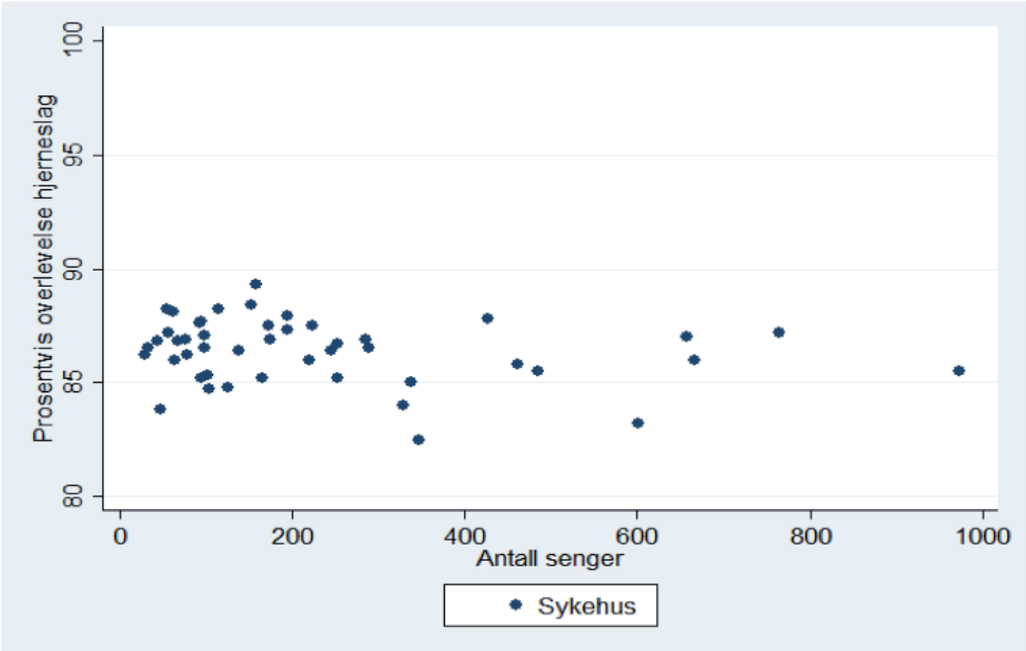
Vi har også analysert om det er samvariasjon mellom sykehusstørrelse og kostnadene ved sykehustjenester målt ved kostnader per DRG-poeng (DRG: Diagnose Relaterte Grupper). Det er analysert om det er samvariasjon mellom antall senger i helseforetakene, antall sykehus i foretakene og gjennomsnittlig størrelse på sykehusene i foretakene. Analysene viser at det ikke eksisterer en slik samvariasjon. Igjen er m.a.o. konklusjonen at disse analysene understøtter at det er andre faktorer enn sykehusstørrelse som avgjør sykehusenes produktivitet.

For å vurdere sykehusenes effektivitet må en se både på kvalitet og produktivitet. Siden det synes å være andre forhold enn størrelse som avgjør både kvalitet og produktivitet så indikerer det at det er andre forhold enn sykehusstørrelse som er avgjørende for effektiviteten i sykehustjenestene. Det kan f.eks. være legenes kompetanse og erfaring, sykehusets utstyr, samarbeid mellom lokalsykehus og spesialiserte sykehus, arbeidsdeling mellom mindre lokalsykehus og større sykehus, eller samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

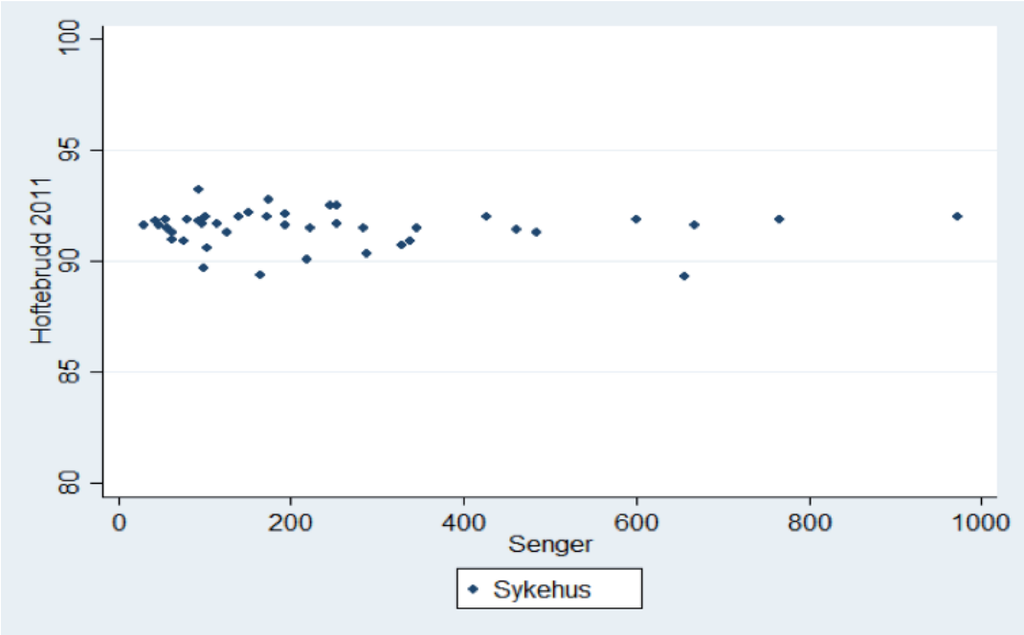
Spredningsdiagram sykehusene etter størrelse og overlevelse etter hjerteinfarkt



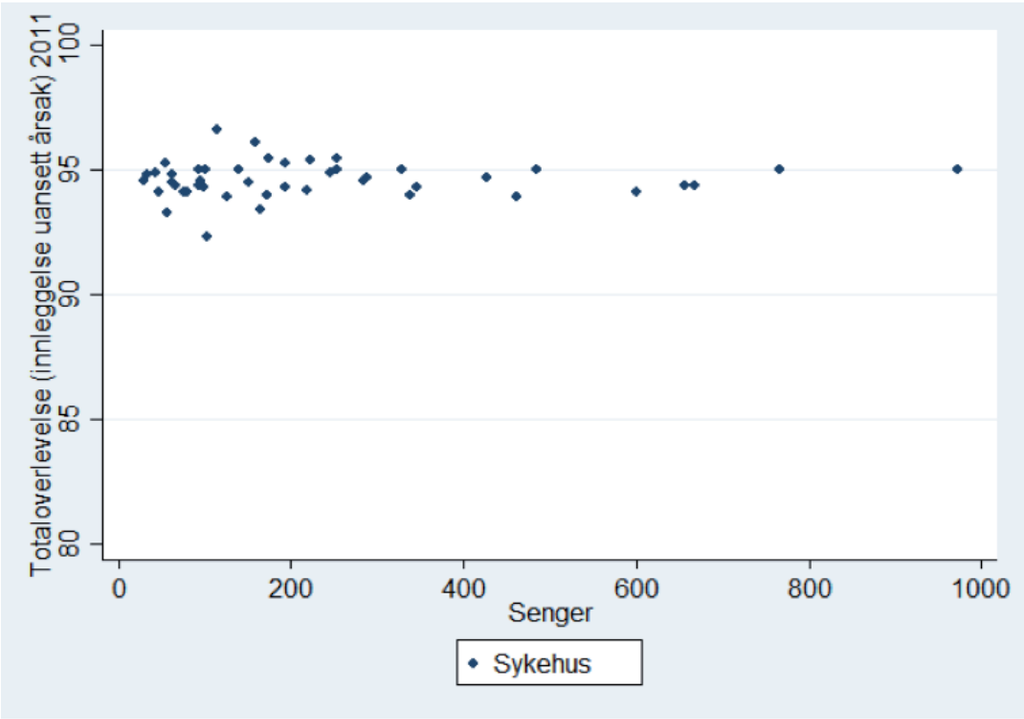
Spredningsdiagram sykehusstørrelse og hjerneslag



Spredningsdiagram sykehusstørrelse og overlevelse hoftebrudd



Spredningsdiagram sykehusstørrelse og totaloverlevelse



Indikasjonene er at mellom 60 og 70 pst av behovet for sykehustjenester kan løses godt og med lavere kostnader på lokalsykehusene enn i de høyspesialiserte sykehusene.

Konsekvensene av å legge ned lokale helsetilbud er mange:

- Uten lokalsykehusene vil en risikere at mange av dem som har behov for sykehustjenester havner på høyspesialiserte sykehus med betydelig høyere kostnadsnivå enn det lokalsykehusene har.
- Reise- og transportkostnader for pasienter og pårørende vil øke med mere sentraliserte sykehustjenester.
- Nedlegging av lokalsykehus vil svekke akuttberedskap og samfunnssikkerhet.
- Det vil være negativ for en desentralisert befolkningsstruktur og grunnlaget for næringsvirksomhet i mindre byområder som mister sitt sykehus og distrikter som får lengre avstand til sykehustjenester.

I analyser av sykehusfusjoner ved Handelshøgskolen i Bergen er konklusjonene[12]: «Så langt ser sykehusfusjonering ut som rene tapsprosjekter, men det er få studier av dette i Norge og et stort behov for å se nærmere på det». Forskning på fusjoner av sykehus konkluderer derfor så langt med at det ikke gir gevinster hverken kvalitets- eller kostnadsmessig.

Planer og planprosesser i helseforetakene

En av de mest betenkelige konsekvensene av helseforetaksreformen er måten det påvirker planlegging og utvikling av sykehus og spesialisthelsetjenester. Reformen avviklet systemer som var utviklet av og for fylkeskommunene i perioden 1970 til 2001 for å styre utviklingen av sykehusstrukturen og sørge for god samordning av helsetjenestene på kommunenivå og fylkesnivå. Det virket nesten som om de som stod for reformen, på samme måte som de ikke syntes å kjenne budsjett- og regnskapssystemene, heller ikke hadde kunnskap om planleggingssystemene. Systemene for helseplaner på fylkes- og kommunenivå var lovfestet. Det var utviklet retningslinjer for hvordan slik planlegging skulle foregå, offentlighet om slike planer, hvem som skulle delta og høres og hvordan de skulle behandles.

I det nye systemet er det ingen felles retningslinjer for hvordan planlegging og planer skal utformes. Dette er opp til det enkelte regionhelseforetak eller helseforetak å

[12] Brekke, K: Gigantsykehus verken billigere eller bedre. Forskning .no

bestemme. Generelt er det en viss motvilje mot planlegging, i hvert fall på sentralt hold. De sentrale helsemyndighetene synes f.eks. ikke å ha noen interesse eller behov for å få utarbeidet en nasjonal sykehusplan hvor det settes konkrete mål for utviklingen i sykehusstrukturenDet kan virke som om helsemyndighetene er meropptatt av å sette i gang utviklingsprosesser med relativt enkle målsettinger. Det mest uheldige eksempel i så måte er sammenslåing av sykehusene i Oslo. Det ble ikke laget en konkret plan der etterspørselen etter sykehustjenester i Oslo ble vurdert, hvilken kapasitet sykehusene hadde og hvordan denne kapasiteten skulle utvikles. Hva ville alternative utviklingsbaner koste? Hva ville det kreve av bygningsmessige løsninger? Hva ville det kreve av personell? I stedet ble det satt i gang en voldsom prosess basert på vedtak om at sykehusene Ullevål, Rikshospitalet og Aker skulle slås sammen. Aker skulle legges ned. Hadde ikke helseministeren stoppet det ville styret i det nye helseforetaket ha solgt bygningsmassen ved Aker sykehus til private.

Fellestrekk ved de nye planene er følgende:

1. Store deler av planarbeidet er gjennomføres ved å leie inn private konsulentmiljøer for å lage planene.
2. Utgangspunktet for planleggingen er at sykehusene må basere seg på mindre ressurser til sykehusene enn i utgangsåret fordi de må påregne lavere inntekter. Hovedfokuset rettes mot resultatet for helseforetaket i form av økonomisk overskudd eller underskudd.
3. Oversikter over utviklingen i behov for og etterspørsel etter sykehustjenester i området de skal betjene, er fraværende eller svært mangelfulle.
4. Oversikter som viser hva de enkelte sykehusenhetene produserer av sykehustjenester, sammenligning av kvalitet og kostnader ved sykehustjenestene i de enkelte sykehusene er i selve planene stort sett fraværende.
5. Planene er scenario-preget; dvs. at de baserer seg på to eller flere fremtidsbilder for hvordan sykehusstrukturen kan bli. Ett av scenarioene er alltid nedlegging av mindre sykehus og det er så godt som alltid det scenarioet som anbefales.

Planene er preget av bedriftsøkonomisk tenkning. De økonomiske vurderingene går ikke på nyttevirkninger eller velferdseffekter for befolkningen. I stedet er det helseforetakets bunnlinje i form av overskudd som er det økonomiske målet. Planen for Helse Førde HF (Helseforetaket for tre sykehus i Sogn og Fjordane – Førde sykehus, Nordfjord sykehus og Lærdal sykehus)[13] kan brukes som eksempel på dette.

Hovedkonklusjonen i planen er at Nordfjord og Lærdal sykehus bør legges ned. Den viktigste begrunnelsen er påstått overforbruk og overkapasitet av sykehustjenester i Sogn og Fjordane. Det er imidlertid ingen dokumentasjon av konkret overforbruk og det er for de fleste tilbud ventelister. På side 7 i planen begrunnes overforbruket på følgende måte:

"Helse Vest gjennomførte i 2009 ein brei gjennomgang av inntektsmodellen sin. Arbeidet vart leia av professor Jon Magnussen, NTNU; og byggjer i hovudsak på prinsippa frå NOU 2008: 2("Magnussenutvalget"). Arbeidet underbyggjer at Helse Førde si befolkning har eit objektivt tjenestebehov som ligg 8 % over det regionale gjennomsnittet. Samtidig viser arbeidet at Helse Førde har ein faktisk tjenesteproduksjon som er over behovsindeksen, og at kostnadsnivået er 21-24 % høgare enn Helse Stavanger HF, som har det lågaste kostnadsnivået i Helse Vest".

Dette er selvsagt ikke tilfredsstillende analysegrunnlag for å trekke konklusjoner om overforbruk og overkapasitet for spesialisthelsetjenester.

Utforming og analysegrunnlag for planer og framtidig utvikling kan naturligvis utvikles etter ulike modeller og metoder og vil selvsagt være avhengig av utfordringer og problemer som det enkelte helseforetak står overfor. Men når en skal lage planer for framtidig utbygging og utvikling på tunge offentlige velferdstjenester er det alltid en del informasjon og vurderinger som bør være obligatoriske:

- Mål for utvikling og utbygging.
- Utvikling i behov og etterspørsel for de tjenester som skal ytes.
- Alternative utviklingsmuligheter.
- Virkninger på tjenester, ressursbruk/kostnader og resultater for alternative utviklingsmuligheter. Da er det essensielt at resultater og kostnader brytes ned på enheter som sykehus, klinikker, avdelinger osv.
- Valg av alternativ med konsekvensberegninger for kostnader, personell, investeringer og resultater/tjenester.

[13] Modellar for Helse Førde 2020. Strategiarbeidet for Helse Førde HF 2010-2020. Helse Førde 2012

En seriøs økonomisk vurdering av alternativene burde vært basert på en analyse av de samfunnsøkonomiske effektene av store endringer i sykehusstrukturen. En samfunnsøkonomisk analyse ville innebære at de samlede nyttevirkningene av alternative tiltak sammenstilles med de samlede kostnader av tiltakene. Finansdepartementet har laget en mal for hvordan slike analyser skal gjennomføres[14]. I tillegg til de direkte økonomiske virkningene for foretaket, skal også virkninger for befolkning, næringsliv og annet samfunnsliv taes med i analysen. Dette gjelder både for nyttevirkninger og kostnader. Det forutsettes også at virkningene vurderes over de år tiltakene har effekt, slik at samlede effekter er basert på effektene for alle årene.

Selv om slike analyser er omfattende og vanskelige å gjennomføre er det denne analysemetodikken som burde vært lagt til grunn og ikke en svært forenklet bedriftsøkonomisk analyser av helseforetakenes overskudd eller underskudd.

Det foreligger også en instruks for staten om hvordan viktige nye tiltak og reformer skal utredes[15]. En må vel kunne anta at nedlegging av sykehus er store og viktige tiltak. I veilederen står følgende om hva slags tiltak den gjelder for:

«Utredningsinstruksen gjelder arbeidet med offentlige utredninger, forskrifter, reformer ogtiltak samt proposisjoner og meldinger til Stortinget.
Instruksen gjelder for det utredningsarbeid som utføres i eller på oppdrag for statlige forvaltningsorganer, dvs. departementer, direktorater og andre underliggende virksomheter.»

[14] Finansdepartementet: Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Finansdepartementet 2005
[15] Forbruker og administrasjonsdepartementet: Utredningsinstruksen med veileder i utredningsarbeid. FAD 2005

I instruksen er det også angitt at det skal foretas en utredning av tiltakets konsekvenser og hva en slik utredning skal inneholde. Innledningsvis i malen for konsekvensutredning uttales følgende:

«Hver sak skal inneholde en konsekvensutredning som skal bestå av analyse og vurdering av antatte vesentlige konsekvenser av den beslutning som foreslås truffet. Konsekvensutredningene skal omfatte konsekvensene for statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning og for private, herunder næringsvirksomhet og enkeltpersoner. Konsekvensene skal tallfestes så langt dette er mulig. Den samlede effekt av pålagte tiltak, oppgaver og lignende for dem som blir omfattet av forslagene skal omtales. Antatt usikkerhet med hensyn til framtidig utvikling innenfor saksområdet og konsekvensenes art og styrke skal angis. Det skal vurderes særskilt når og med hvilken innretning en evaluering av foreslåtte tiltak bør foretas.»

En hovedkonklusjon er derfor at dagens planlegging av strukturendringer i sykehussektoren er høyst mangelfull både i forhold til de metoder som burde brukes og som i henhold til foreliggende utredningsinstrukser skal brukes. Det virker merkelig at dette så langt ikke har vært tatt opp av Stortinget.

KIL
Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus
Postboks 14, 3661 Rjukan

Leder: Bjørn Sverre Birkeland • Mobil 911 76 706
bjorn_sverre.birkeland@tinn.kommune.no