

SPÍTALA PÚLSINN

LANDSPÍTALI - HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

28. nóvember 2003



Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík

- Úr skýrslu Ríkisendurskoðunar 28. nóvember 2003 -

Ríkisendurskoðun, með aðstoð bresku ríkisendurskoðunarinnar, hafa unnið skýrslu um mat á árangri af sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík. Skýrslan var gefin út í prentuðu formi. Í þessum Spítalapúlsi er eingöngu birtur kaflinn „Niðurstöður og ábendingar“ en skýrsluna er að finna í heild á upplýsingavef LSH, www.landspitali.is

og vef Ríkisendurskoðunar, www.ríkisendurskodun.is. Sigurður Þórðarson ríkisendurskoðandi, ásamt fleiri starfsmönnum Ríkisendurskoðunar, svo og Heather Walker frá ráðgjafarfirmakerfinu CHKS kynntu skýrsluna á fundi stjórnarnefndar í morgun, þar sem myndirnar hér að ofan voru teknar.

Niðurstöður og ábendingar

Eftir 1991 var farið að ræða um ýmsar leiðir til að auka skilvirkni sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu með því að samræma starfsemi þeirra meira en verið hafði. Niðurstaðan varð sú að sameina tvö stærstu sérgreinasjúkrahús landsins, Ríkisspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur, í eitt hátækni- og kennslusjúkrahús. Eiginlegt sameiningarferli hófst með því að ríkið yfirtók rekstur Sjúkrahúss Reykjavíkur í janúar 1999. Ákvörðun um sameiningu var síðan tekin í febrúar árið 2000 og varð þá til Landspítali - háskólasjúkrahús (LSH). Með samruna spítalanna varð til stærsti vinnustaður landsins með um 5.000 starfsmenn.

Sameining sjúkrahúsanna er umfangsmikið breytingaverkefni og líklega hið stærsta sem tekist hefur verið á við innan íslenskrar stjórnsýslu. Í þessari skýrslu er litið yfir fyrstu þrjú ár sameiningarinnar og reynt að meta hverju hefur verið áorkað og hvað má bæta svo að kostir sameiningarinnar nýtist. Sameiningunni er nú að mestu lokið að því leyti að gerðar hafa verið flestar þær skipulagsbreytingar sem stjórnendur sjúkrahússins áforma. Margt er hins vegar óunnið við að nýta þá möguleika sem hið nýja fyrirkomulag gefur. Því má ætla að hluti þess ávinnings sem fylgir sameiningunni eigi enn eftir að koma fram. Með skýrslunni er ætlað að veita ábendingar um það á hvað þurfi að leggja áherslu í áframhaldandi uppbyggingu sjúkrahússins.

Hversu vel var sameiningin skipulögð?

Rætt var um sameiningu sjúkrahúsanna í um áratug og var þá velt upp ýmsum möguleikum á því hvað ætti að sameina og hvernig og færð rök fyrir kostum sameiningar. Að mati Ríkisendurskoðunar var sameiningin þó ekki nógu markvisst undirbúin. Hvorki var gerð tímasett framkvæmdané kostnaðaráætlun eða sett markmið um það hverju ætti að ná fram með sameiningunni. Því var erfitt að leggja mat á það hvernig miðaði meðan á breytingunni stóð og hvort sameiningin skilaði ásætlanlegum árangri.

Þrátt fyrir að markmið sameiningarinnar hafi ekki verið sett fram með skýrum hætti má lesa eftirfarandi fyrirætlanir úr gögnum sem unnin voru meðan á aðdraganda hennar stóð:

- Gera átti starfsemina skilvirkari og ódýrari.
- Auka átti gæði þjónustunnar og ánægju sjúklinga með hana.
- Styrkja átti rannsóknir og kennslu innan sjúkrahússins.

Í skýrslunni verður reynt að meta hvernig þetta hefur tekist.

Hvaða ávinningur hefur orðið af sameiningunni

Fyrirkomulag sameiningarinnar

Nokkur styr hafði staðið um það hvernig best yrði staðið að sameiningunni, hvort sameina ætti sérgreinar í einu húsi eða reka sérgreinar á báðum stöðum og leggja áherslu á skiptingu í bráðþjónustu og skipulagða þjónustu. Niðurstaðan var sú að sameina sérgreinar á einn stað og er það samdóma álit langflestira sem komið hafa að sameiningunni að það hafi verið rétt ákvörðun. Með sameiningu sérgreina hafi myndast faglega sterkar einingar með auknum möguleikum á sérhæfingu.

Fagleg áhrif

Til lengri tíma litið gefur sameining sérgreina kost á markvissari og betri þjónustu við sjúklinga og meiri möguleikum á kennslu og vísindastörfum. Þetta gildir sérstaklega um flóknar sérgreinar þar sem vítt svið þekkingar þarf til að veita viðkomandi þjónustu. Þá hefur þegar verið hægt að bjóða upp á ýmsa nýja þjónustu og efla þá sem fyrir var.

Það setur sameiningunni ákveðnar skorður að starfrækja þarf bráðþjónustu í tveimur húsum. Þetta hefur bæði óhagræði og aukinn kostnað í för með sér. Ljóst er að starfsemin mun ganga best fyrir sig ef öll meginstarfsemi fer fram á einum stað.

Afköst fyrir og eftir sameiningu

Breytingar á afköstum voru metnar með því að skoða umfang helstu þjónustutegunda. Í ljós kom að legum og legudögum hefur fækkað, dag- og göngudeildarþjónusta hefur aukist lítillega en fjöldi skurðaðgerða er svipaður og fyrir sameiningu. Talning þessara þátta gefur til kynna að þjónusta hafi dregist saman. Á móti kemur ný þjónusta og önnur samsetning sjúklingahóps. Af þeim sökum verður ekki nær komist í mati á afköstum en að umfang þjónustu sé óbreytt og ekki hafði tekist að auka afköst sjúkrahússins í árslok 2002. Hins vegar ber að hafa í huga hversu stutt er liðið frá sameiningu margra deilda og því gætu áhrif hennar á afköst enn átt eftir að koma fram.

Gæði þjónustunnar fyrir og eftir sameiningu

Skortur á upplýsingum frá 1999 veldur því að erfitt var að bera saman gæði þjónustu LSH og forveranna tveggja. Þó voru tiltækar upplýsingar

sem sýndu hvernig biðlistar hafa þróast á þeim tíma sem liðinn er frá sameiningunni. Þar sést að biðlistar hafa lengst í sumum sérgreinum en styst í öðrum. Fyrirliggjandi upplýsingar gefa ekki til kynna að bið eftir þjónustu hafi almennt styst á þeim tíma sem skoðunin náði til. Samkvæmt upplýsingum frá sjúkrahúsinu hefur staðan batnað á árinu 2003 þegar starfsemin komst á meira skrið eftir sameininguna.

Skilvirkni og kostnaður fyrir og eftir sameiningu

Markmið um skilvirkni og kostnað voru ekki skilgreind fyrir sameininguna. Skoðað var hvort starfsmenn og fjármagn nýttust betur en áður með því að bera saman upplýsingar um starfsemi frá 1999 og 2002. Ekki er auðvelt að meta þennan þátt en reynt var að beita nálgun til þess að fá innsýn í áhrif sameiningarinnar.

Niðurstaðan af mati á skilvirkni sjúkrahússins er sú að framleiðni á hvert stöðugildi hafi aukist lítillega. Þrátt fyrir nokkra fækkun starfsfólks er umfang þeirrar þjónustu sem það skilar svipað. Hins vegar hefur allur tilkostnaður hækkað svo mikið að minni þjónusta fæst fyrir hverja krónu en áður var. Framleiðni fjármagns er því minni en fyrir sameininguna. Þetta má m.a. rekja til launahækkana á tímabilinu.

Ljóst er að ýmsar aðgerðir sem tengdust sameiningunni voru til þess fallnar að lækka kostnað. Lagðar hafa verið af vaktir, störfum fækkað með sameiningu deilda og dregið úr yfirvinnu. Þá hefur dregið úr þörf fyrir endurnýjun tækjabúnaðar þegar starfsemi er ekki lengur á tveimur stöðum og hægt hefur verið að sameina og samræma sérhæft birgðahald og stoðþjónustu.

Þess var vænst að sameiningin leiddi til sparnaðar. Þetta hefur hins vegar ekki tekist og kostnaður í raun hækkað umtalsvert eða um 33% meðan almennt verðlag hefur hækkað um 17% og laun samkvæmt launavísitölu um 24%. Ástæður þessa eru að hluta til hinar dæmigerðu hækkningar sem háskólasjúkrahús standa frammi fyrir, aukinn kostnaður vegna tækninýjunga og nýrra lyfja. Einnig hafa miklar launahækkningar starfsmanna sjúkrahússins vegið þungt en þær eru sambærilegar við almenna launaþróun innan heilbrigðisgeirans.

Erlendur samanburður

Afköst í þjónustu

Við samanburð á legum og legutíma kom í ljós að meðallegutími á LSH er mjög sambærilegur við bresk sjúkrahús að teknu tilliti til ákveðinna takmarkana á gögnum. Helstu frávikin koma fram í langri legu vímuefna- og geðsjúklinga sem dvelja ekki á háskólasjúkrahúsum í Bretlandi. Samanburður á legutíma í 10 algengustu DRG flokkunum fyrir sjúkrahúsið í heild sýndi að í 7 tilvikum er legutími á LSH styttri en á þeim bresku sjúkrahúsum sem höfð voru til hliðsjónar.

Gerður var samanburður á því hvernig staðið var að 20 algengum aðgerðum sem framkvæma má á skurðstofum dagdeilda (day surgery). Í ljós kom umtalsverður munur á LSH og samanburðarsjúkrahúsum. Á LSH eru 55% ofangreindra aðgerða framkvæmdar á dagdeildum meðan 74% þeirra eru framkvæmdar á dagdeildum bresku sjúkrahúsanna. Samkvæmt þessu virðist svigrúm til að auka hlut dagdeilda í starfsemi LSH.

Leið

Ein hlið á gæðum þeirrar þjónustu sem sjúkrahús veita birtist í því hvernig sjúklingum reiðir af eftir aðgerð. Kannað var hvernig LSH stendur sig að þessu leyti í samanburði við bresk sjúkrahús. Sá samanburður gaf til kynna að sjúklingum LSH reiddi betur af en sjúklingum samanburðarsjúkrahúsanna. Þessi niðurstaða er til marks um að LSH veiti góða þjónustu.

Háskólahlutverkið og rannsóknir

Við sameininguna var lögð mikil áhersla á að efla kennslu og rannsóknir. Í framkvæmd hefur þetta birst í formlegum samstarfsamningi LSH og Háskóla Íslands og því að kennslu og rannsóknarhlutverkið hefur verið gert sýnilegra í hlagi sjúkrahússins með því að skipa sérstakan framkvæmdastjóra. Mikilvægt er að stjórnvöld marki skýra stefnu fyrir kennslu og rannsóknir svo að hægt sé að vinna að þessum þáttum með markvissum hætti innan sjúkrahússins.

Enn er ólokið þeim hluta samnings LSH og HÍ sem snýr að skiptingu kostnaðar við kennslu. Mikilvægt er að kannaður verði kostnaður við kennslu og rannsóknir á sjúkrahúsinu. Með ofangreindum samningi LSH og HÍ varð sú breyting að prófessorar við HÍ verða ekki lengur sjálfkrafa yfirmenn við spítalann. Yfirstjórn sjúkrahússins getur því valið til þessara starfa þá sem hún telur hæfa stjórnendur. Íslenskir heilbrigðisstarfsmenn hafa ávallt verið duglegir að sinna rannsóknum. Sameiningin hefur ekki haft greinanleg áhrif á þennan þátt enn sem komið er.

Breytingar tengdar sameiningunni hafa enn ekki skilað áþreifanlegum umbótum á kennslu- og rannsóknarþættinum. Þess má þó vænta að margar þeirra breytinga sem gerðar hafa verið skili ávinningi í framtíðinni. Sá aukni faglegi styrkur sem felst í sameiningu sérgreina veitir tækifæri til að auka gæði kennslu og rannsókna. Í raun er þó of snemmt að reyna að meta ávinning af þessum þætti á þessu stigi.

Skilvirkni og kostnaður

Samanburður á kostnaði eftir DRG flokkum er viðunandi fyrir LSH. Þegar horft er til 28 algengustu DRG flokka á LSH kemur í ljós að 13 þeirra eru ódýrari á LSH en á samanburðarsjúkrahúsum og 12 dýrari. Samanburð frá Bretlandi vantaði vegna 3 flokka. Þá voru athugaðir þeir 40 DRG flokkar þar sem LSH hefur lengri legutíma en samanburðarsjúkrahúsin. Þrátt fyrir lengri legutíma koma 7 flokkar kostnaðarlega betur út hjá LSH en hjá bresku sjúkrahúsum.

Í tölum bresks ráðgjafarfyrirtækis sem aðstoðaði Ríkisendurskoðun við gerð þessarar skýrslu kemur fram að starfsfólk LSH skilaði minni afköstum en starfsfólk samanburðarsjúkrahúsanna. Fjöldi meðferða á hvert rúm eru 34% færri hjá LSH en hjá samanburðarhópnum og það þarf 42% fleiri starfsmenn að meðaltali til að skila sama magni læknisverka. Hafa ber í huga að mismunandi samsetning verkefna getur haft áhrif á þennan samanburð. Dag- og göngudeildarstarfsemi er minni hjá LSH og langlegusjúklingar fleiri.

Launasamanburður sýnir að laun á LSH eru heldur hærri en hjá samanburðarhópnum miðað við magn þjónustu. Þegar samsetning starfsfólks var athuguð kom fram að fleira starfsfólk tengist rekstri og umsýslu hjá LSH en hjá sambærilegum stofnunum í Bretlandi.

Samanburður við Bretland sýnir að samsetning verkefna LSH er óvenjuleg miðað við háskóla- og bráðasjúkrahús þar í landi. Meira er um langlegusjúklinga á LSH og hlutfallslega færri aðgerðum er sinnt á dag- og göngudeildum.

Fjárhagsleg staða og fjármögnun reksturs

Fjárheimildir sjúkrahússins hafa ekki aukist að sama marki og útgjöld þess á því tímabili sem hér er til skoðunar. Af þessum sökum hefur uppsafnaður halli aukist úr um 186 milljónum við sameiningu í rúmar 840 m.kr. Fjárheimildir hafa á þessum tíma aukist um 37% meðan nettó útgjöld hafa aukist um 36%. Á hverju ári hefur þurft umtalsverðar viðbótarfjárveitingar þar sem kostnaður hefur verið meiri en áætlanir fjárlaga kváðu á um. Árið 2002 varð afgangur af rekstri sem orsakaðist af sérstökum greiðslum til að ná niður uppsöfnuðum halla.

Mismun á áætlunum fjárlaga og raunkostnaði má aðallega rekja til kostnaðar tengdum framþróun læknisfræðinnar og launaskriðs innan sjúkrahússins. Þá voru aldrei lagðir til sérstakir fjármunir vegna sameiningarinnar og gæti það skýrt hluta vandans. Ljóst er að stjórnendur þurfa að nota talsverðan tíma til að afla viðbótar fjármagns til rekstrarins. Þeir hafa því ekki getað beitt sér eins og æskilegt hefði verið að verkefnum tengdum sameiningunni.

Hvað þarf að gera til viðbótar?

Stefnumótun

Enn er ekki nægilega ljóst hvernig sjúkrahús LSH er ætlað að vera í framtíðinni. Slíkt dregur úr möguleikum til markvissrar stjórnunar og uppbyggingar. Því er nauðsynlegt að móta stefnu sjúkrahússins þar sem helstu spurningum um framtíð þess verður svarað. Ljóst er að ráðuneyti heilbrigðismála, fjármálaráðuneytið og faghópar innan sjúkrahússins hafa mismunandi skoðanir á stefnumótun sjúkrahússins. Þessir aðilar þurfa að ná samstöðu um það hvaða áherslu skuli leggja á sparnað í rekstri, skilvirkni og magn þeirrar þjónustu sem veita á og þátt rannsókna og kennslu í starfseminni. Þessi atriði geta stangast á en þau mega ekki verða til þess að ekki sé tekin skýr afstaða með stefnumótun. Þetta hefði í raun átt að gerast áður en sameiningin varð. Enn hefur ekki verið tekin afstaða til þessara hluta og stendur það í vegi fyrir skýrri stefnumótun og mótun framtíðarsýnar fyrir sjúkrahúsið. Við stefnumótun þarf að gera stjórn sjúkrahússins markmiðsbundnari en verið hefur. Líta má á markmiðssetninguna sem mikilvægan þátt í að koma stefnu í framkvæmd. Setja þarf skýr markmið, t.d. um gæði þjónustu, skilvirkni og magn þjónustu, og þróa hentuga mælikvarða til að meta hvort markmið hafi náðst. Þannig kemur betur fram að hverju er stefnt með rekstri sjúkrahússins og auðveldara verður að meta árangur stjórnenda. Jafnframt er sjúkrahúsið gert ábyrgt gagnvart ráðuneyti og almenningi fyrir að ná ákveðnum skilgreindum árangri en það veitir stjórnendum aukið aðhald.

Þörf á skýrari verkaskiptingu

Við stefnumótun þarf að skilgreina hlutverk LSH innan heilbrigðiskerfisins í heild. Sjúkrahúsið þarf að vera hlekkur í samfelldri og heildstæðri þjónustu við sjúklinga þar sem sérhver aðili innan heilbrigðiskerfisins hefur skýrt verksvið og sinnir því sem hann er hæfastur til. Til að sjúkrahúsið nýti alla aðstöðu sína eins og best verður á kosið þurfa forsendur fyrir aðstreymi sjúklinga að vera skýrar. Vænta hefði mátt mun fleiri heimsóknar á dag- og göngudeildir sjúkrahússins. Eina skýringin sem komið hefur fram á því að svo varð ekki er að sjálfstætt starfandi sérfræðingar taki þau verk sem eru einföld og hagkvæm og sjúkrahúsið sitji eftir með erfiðu og flóknu tilvikin. Möguleikar sjúkrahússins til að hafa áhrif á það hvaða verkefni berast á dag- og göngudeildir þess eru takmarkaðir. Til að bæta úr því þarf m.a. að skýra hlutverkaskiptingu dag- og göngudeilda LSH og sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Þá er mikilvægt að halda áfram þeirri viðleitni að færa sem mest af starfsemi legudeilda til dag- og göngudeilda vegna þess hversu hagkvæm sú þjónusta er. Í sumum tilvikum getur það hentað sjúkrahúsinu vel að ráða til starfa lækna sem geta helgað sig störfum þar en í öðrum tilvikum er heppilegra að ráða lækna í hlutastörf til að ná ákveðinni breidd í þekkingu. Sérfræðilæknishjálpar á höfuðborgarsvæðinu er aðallega veitt af tveimur aðilum innan heilbrigðiskerfisins, LSH og sjálfstætt starfandi sérfræðingum. Við núverandi aðstæður geta skapast hagsmunaárekstrar þegar ákvörðun er tekin um það hvert sjúklingi er beint. Hægt getur verið að sinna þessum sjúklingi á ódýran hátt ef afkastageta LSH er vannýtt á því sviði. Það getur hins vegar verið lækni sem starfar beggja vegna borðsins sem ákveður hvort sjúklingnum er sinnt á sjúkrahúsinu eða á hans eigin læknaðstöfu. Ljóst er að sjúkrahúsið og sérfræðilæknar geta beinlínis lent í samkeppni um sjúklinga þegar fjármagn fer að fylgja þeim eins og sjúkrahúsið óskar eftir. Þurfi sjúkrahúsið að hafa samkeppnisaðilana í vinnu hjá sér verður augljóslega erfiðara fyrir þá að keppa á jafnréttisgrundvelli. Sjúklingar

sem gengist hafa undir meðferð á LSH fá í mörgum tilfellum ekki pláss á hjúkrunarheimilum. Þetta veldur því að fráflæði sjúklinga er ófullnægjandi og dregur úr möguleikum LSH á að sinna þeim verkefnum sem sjúkrahúsinu er fyrst og fremst ætlað að fást við. Til að leysa þetta vandamál þarf að auka framboð af viðeigandi úrræðum fyrir þá sem lokið hafa meðferð hjá LSH.

Meginhugmyndin með sameiningunni var að færa á einn stað sambærilegar deildir sem nytu þá góðs af því að kraftar þeirra væru sameinaðir. Það má hins vegar spyrja hvort öll sú starfsemi sem nú fer fram innan sjúkrahússins eigi heima á sjúkrahúsi sem skilgreinir sig sem hátækni- og bráðasjúkrahús. Skoða þarf kosti og galla þess að færa deildir sem ekki njóta hagræðis af samrekstri við bráða- og hátækni-sjúkrahús annað. Sú starfsemi sem mætti skoða í þessu sambandi væri t.d. langlega aldraðra og geðsjúkra, auk þjónustu sem er nær félagslegri þjónustu en lækniþjónustu, eins og athvörf fyrir geðfatlaða. Þegar teknar eru ákvörðanir um verkaskiptingu milli aðila heilbrigðiskerfisins þarf að byggja sem mest á staðreyndum um kostnað og ávinning. Þannig er hægt að færa verkefni til þeirra sem best geta sinnt þeim með tilliti til kostnaðar og gæða. Ef önnur sjónarmið eiga að ráða þá að meta hverju er til kostað með því að fara ekki ódýrustu leiðina. Sú vinna sem unnin hefur verið við DRG flokkun nýtist vel í þessu sambandi en tryggja þarf að öll þjónusta sjúkrahússins og heilbrigðiskerfisins í heild sé kostnaðargreind.

Þróun DRG sem kostnaðargreiningar- og framleiðslumælingarkerfis

Unnið hefur verið að því að greina kostnað við lækniverk á sjúkrahúsinu með svokallaðri DRG greiningu. Með þessu má bera skilvirkni og kostnað einstakra meðferða á LSH saman við það sem gerist á öðrum sjúkrahúsum sem búa yfir sams konar upplýsingum. Þetta gerir kleift að greina hvaða lækniverk eru unnin á hagkvæman hátt og hvar má gera betur. Slíkt veitir sjúkrahúsi sem hefur enga samkeppni á mörgum sviðum starfsemi sinnar nauðsynlegt aðhald. Stjórnendur sjúkrahússins binda vonir við að nota megi verðlagningu byggða á DRG til að breyta fjármögnun á þann veg að hún taki í ríkari mæli mið af magni þeirrar þjónustu sem veitt er.

Þróun gæðamælikvarða

Þróun kerfisbundinna gæðamælikvarða hefur orðið útundan hjá LSH á undanförunum árum. Það er þó nauðsynlegur þáttur í upplýsingagjöf sjúkrahúss að sýna fram á gæði þjónustunnar með reglubundnum hætti. Það sem helst hindrar það eru ófullnægjandi rafræn upplýsingakerfi sjúkrahússins og heilbrigðiskerfisins í heild. Nauðsynlegt er að taka þessi upplýsingakerfi til endurskoðunar.

Húsnæðismál

Margir telja að það sem helst komi í veg fyrir fullt hagræði af sameiningunni sé að meginstarfsemin er á tveimur stöðum. Hluti núverandi húsnæðis er orðinn gamall og hentar núverandi starfsemi ekki nægilega vel. Margir starfsmenn búa við slæma starfsaðstöðu og það vantar aðstöðu til kennslu og rannsókna. Það er því mjög mikilvægt að tekin verði ákvörðun um framtíðaruppbyggingu spítalans og gerðar áætlanir þar að lútandi. Viðhald og endurbætur núverandi húsnæðis yrðu mun markvissari ef áætlanir um framtíðaruppbyggingu lægu fyrir.