

DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2005.02

Sygehusstruktur i Danmark

– en antologi om konsekvenserne af
centralisering i sygehusvæsenet

Anni Ankjær-Jensen (red.)



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2005.02

Sygehusstruktur i Danmark

– en antologi om konsekvenserne af
centralisering i sygehusvæsenet

Anni Ankjær-Jensen (red.)

Maj 2005



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark samt Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2005

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-440-9 (Trykt version)
ISBN 87-7488-442-5 (Elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2005.02

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Forord

"De små sygehuse er ikke noget værd i lægelig henseende og kan ikke yde det samme, som de store moderne indrettede sygehuse. Men hver gang der tales om nedlæggelse, spiller de lokale forhold stærkt ind. ... Det er luksus at have disse sygehuse, der er alt for kostbare og forvansker billedet af det rationelle sygehusvæsen". Sådan sagde medicinaldirektøren til Amtsrådsforeningens generalforsamling – ikke den nyligt afholdte i Kolding, men for 66 år siden, da medicinaldirektøren hed Johannes Frandsen. Siden har vi mange gange hørt, at sikring af både faglig kvalitet og fornuftig driftsøkonomi kræver stadig større sygehuse.

Påstande bliver ikke nødvendigvis rigtige af hyppige gentagelser. Vi satte os for at undersøge konsekvenserne af en mere koncentreret sygehusstruktur ud fra 5 forskellige indfaldsvinkler: behandlingskvalitet, økonomi, patientperspektivet, lighedsperspektivet og et personaleperspektiv. Det er gjort ud fra erfaringer fortrinsvis fra andre lande rapporteret i videnskabelige artikler o.l.

Bidragene er skrevet af speciallæge i samfundsmedicin Majbritt Christensen, stud.scient.pol. Anders Blædel Lassen, cand.scient.pol. Marie Lund Nielsen, cand.scient.adm. Christina Holm-Petersen og cand.polit. Anni Ankjær-Jensen. Cand.polit. Anni Ankjær-Jensen har redigeret antologien. Rapporten er gennemlæst af professor Terkel Christiansen, SDU og amtssundhedsdirektør Kjeld Martinussen, Ringkjøbing Amt, som begge takkes for kritik og konstruktive kommentarer.

Rapporten henvender sig til de politikere, ledere og personale som nu indenfor det nye regionaliserede sygehusvæsen skal arbejde videre med udvikling og måske sammenlægning af de danske sygehuse. Det er mit håb, at rapporten både vil give inspiration og eftertanke.

Jes Søgaard
Direktør

Indhold

1. Introduktion	7
1.1 Indledning	7
1.2 Udviklingstendenser i samfundet med konsekvenser for sygehusene	8
1.3 Bæredygtige afdelinger	10
1.4 Udviklingen i sygehusstrukturen	11
1.5 Politiske forventninger til sygehusvæsenet	12
1.6 Sygehusets forskellige roller og funktioner	13
1.7 Formålet med antologien	15
1.8 Konklusion	17
2. Sammenhæng mellem volumen og kvalitet	21
2.1 Indledning	21
2.2 Volume/outcome relationen som baggrund for policy-making	22
2.3 Positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet	23
2.4 Ikke positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet	29
2.5 Metodebegrænsninger i litteraturen	30
2.6 Sammenfatning og diskussion	31
2.7 Situationen i Danmark	32
3. Sammenhængen mellem sygehusstørrelse og produktivitet	35
3.1 Indledning	35
3.2 Teoretisk ramme	36
3.3 Litteratur om sygehusstørrelsens sammenhæng med produktiviteten	39
3.4 Forhold der kan gøre det vanskeligt at realisere potentielle fordele	45
3.5 Afsluttende bemærkninger	45
4. Patientens perspektiv på sygehusstruktur	49
4.1 Indledning	49
4.2 Patientens perspektiv versus beslutningstagernes perspektiv	50
4.3 Øget fokus på patientperspektivet	50
4.4 Undersøgelser af patienttilfredshed	51
4.5 Patientens præferencer ved valget af sygehus	55
4.6 Diskussion	58
4.7 Afrunding	59

5. Sygehusstruktur og ligheden i adgangen til sundhedsydelser	63
5.1 Indledning	63
5.2 Teoretisk referenceramme	63
5.3 Empiriske undersøgelser af afstandens/rejsetidens betydning for brugen af sygehuseydelser	66
5.4 Konklusion	70
5.5 Afsluttende bemærkninger	71
6. Medarbejderperspektiver på sammenlægninger og fusioner	75
6.1 Indledning	75
6.2 Fusioner og oplevede kulturkonflikter	76
6.3 Medarbejdernes reaktion på sygehusfusioner og sammenlægning af afdelinger	78
6.4 Konklusion og anbefalinger	82
Bilag 1	87
Litteratursøgninger	

1. Introduktion

Sygehusenes ændrede rolle i samfundet - årsager og konsekvenser for sygehusplanlægningen.

Af Anni Ankjær-Jensen

1.1 Indledning

Sygehusstrukturen er undergået dramatiske ændringer i de seneste 20 år, ikke blot i Danmark men også i det øvrige Europa (1). Statistiske opgørelser viser, at antallet af sygehuse og sygehussenge i den vestlige del af Europa er faldet støt siden 1980. I Danmark er antallet af sygehuse således faldet med 33% i perioden 1991-2001, mens antallet af normerede senge er reduceret med 16% (2). At antallet af sygehuse er reduceret mere end antallet af sygehussenge vidner om, at udviklingen samtidig har medført en koncentration i sygehusudbudet på færre, men større enheder.

Reduktionen i den samlede sygehuskapacitet har bl.a. været begrundet i den medicinsk-teknologiske udvikling som dels har muliggjort kortere indlæggelsestider og øget anvendelse af ambulant eller deldøgnsbehandling, dels har medført at størrelsen af den optimale sygehusenhed – både i økonomisk og lægefaglig forstand – er øget.

Udviklingen i retning af en mere koncentreret sygehusstruktur er dog ikke foregået uden sværdslag. Lokalbefolkningen og de lokale politikere har dannet støttegrupper til fordel for de små sygehuse, ligesom ansatte på de lukningstruede sygehuse har kæmpet for bevarelsen af deres arbejdsplads.

Dette skisma, mellem på den ene side en tilsyneladende nødvendig koncentration af sygehusudbudet og på den anden side ønsket om bevarelse af det lokale sygehus, skyldes, at de mange roller, som sygehuset skal udfylde, ofte vil være i modstrid med hinanden. På den ene side skal sygehuset drives som en effektiv virksomhed, med brug af den nyeste teknologi, ligesom de læger, der behandler, skal yde den størst mulige behandlingskvalitet. På den anden side skal sygehuset give tryghed i form af vished om, at der er adgang til hurtig behandling i tilfælde af akut opstået behov, ligesom sygehuset jo er et økonomisk aktiv i lokalsamfundet.

1.2 Udviklingstendenser i samfundet med konsekvenser for sygehusene

Sygehusvæsenet eksisterer ikke isoleret fra det omgivende samfund, men må konstant tilpasse sig ændrede samfundsforhold. De ændringer i det omgivende samfund, som har konsekvenser for sygehuset, kan groft opdeles i tre hovedkategorier (3): Ændringer i borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelse, ændringer betinget af sygehusenes udbud af sundhedsydelser og endelig ændringer i det omgivende samfunds økonomiske og sociale betingelser.

Ændringer i borgernes efterspørgsel efter sundhedsydelser

Oftest anvendes befolkningens sammensætning med hensyn til køn og alder som en indikator for efterspørgslen efter sygehusydelser (den demografisk betingede efterspørgsel). Dette skyldes, at forskellige aldersgrupper efterspørger forskellige sundhedsydelser (se fx 4 s. 63). En ændret befolknings sammensætning, fx et stigende antal ældre, kan således forventes at betyde øget efterspørgsel efter sygehusydelser, fordi den ældre befolkning har et stort forbrug af sundhedsydelser. I strukturkommissionens rapport (4) konstateres det, at den demografiske udvikling i de seneste år har haft en begrænset effekt på sundhedsudgifterne, fordi fordelingen mellem "dyre og "billige" aldersgrupper har været nogenlunde uændret i perioden. Det forventes dog, at en kraftig stigning i antallet af ældre efter 2010 vil påvirke efterspørgslen efter sygehusydelser.¹

Som supplement til den demografiske udvikling kan man belyse behovet for sygehusydelser gennem ændringer i sygdomsmønsteret. Sygdomsmønsteret påvirkes bl.a. gennem befolkningens livsstil; rygning, alkoholvaner, motion og kostvaner påvirker således forekomsten af bl.a. luftvejssygdomme, hjertekarsygdomme, kræft og diabetes. De kommende år forventes det således, at forekomsten af langvarige kroniske sygdomme som følge af netop usund livsstil vil stige kraftigt (4) og overstige den demografisk betingede udvikling i behovet for sundhedsydelser.

I en rapport fra Institut for Fremtidsforskning peges der på, at der kan forventes et øget pres på sundhedsvæsenet som følge af fremkomsten af nye socialt betingede psykiske lidelser, fx sygdomme, som er betinget af stress og øgede præstationskrav på arbejdsmarkedet (6 s.29). Til gengæld mindskes nedslidningen fra hårdt fysisk arbejde. Sygdomsmønsteret påvirkes ligeledes gennem globaliseringen, som indebærer en risiko for smitsomme epidemier (Fugleinfluenza, Sars, AIDS). Hertil kommer indvandringen som fx indebærer, at sygdomme som TB igen dukker op i Danmark.

¹ Man skal dog være forsigtig med at fremskrive efterspørgslen efter sygehusydelser alene på grundlag af det aktuelle forbrug for forskellige aldersklasser, idet forbedringer i befolkningens sundhedstilstand og udviklingen i den medicinske teknologi kan ændre forbruget af sygehusydelser i fremtidige generationer. Sygehuskommissionens betænkning (5) indeholder således en sammenligning af et fremskrevet sygehusforbrug, med udgangspunkt i forbruget i 1983, med det faktiske forbrug. Sammenligningen viser, at selv om det fremskrevne forbrug viste en stigning, viste det faktiske forbrug et fald.

Borgernes forventninger til sygehusvæsenet ændrer sig ligeledes. I rapporten fra Institut for Fremtidsforskning (6) fremhæves det, at der fremover kan forventes en stigende polarisering, hvor et stigende antal ressourcestærke patienter selv vil søge information om deres sygdom og stille spørgsmål til diagnostik og behandling. Denne brugergruppe forventer et højt informationsniveau, ligesom den har store forventninger til hvilke helbredsmæssige problemer sundhedsvæsenet skal tage sig af. Samtidig vil der fortsat eksistere en stor gruppe af mindre ressourcestærke patienter, herunder mange indvandrere, som fortsat har autoritetstro og som ikke forventer samme høje informationsniveau.

Udbudet påvirker efterspørgslen

Efterspørgslen efter sygehusydelser påvirkes imidlertid også af sygehusene selv, nemlig gennem den medicinsk-teknologiske udvikling (5). Den medicinsk-teknologiske udvikling er i de senere år karakteriseret ved udviklingen af præcise og mindre invasive undersøgelses- og behandlingsmetoder, som fx kikkertkirurgien, hvortil kommer mere skånsomme bedøvelsesmetoder. Den hastige teknologiske udvikling inden for billeddannende teknologier, giver desuden mere præcis information til brug for diagnosticering og kirurgiske indgreb. Genteknologien forventes i de kommende år at få stor betydning for sygehusvæsenets behandlingstilbud. Yderligere kan tilføjes udviklingen inden for det medicinske område, fx fremkomsten af behandlingsmetoder for demens samt ny medicinsk behandling af kræftpatienter og AIDS-patienter.

Ændringer i det omgivende samfund

Endelig vil ændringer i det omgivende samfund medføre udfordringer for sygehusene. Først og fremmest er de økonomiske vilkår af stor betydning for sygehusene: Hvilke bevillinger er man villig til at afsætte sygehusene? Mens de samlede udgifter til sygehusvæsenet stort set var uændrede i løbet af 80'erne, er udgifterne i de seneste 10 år steget med gennemsnitligt 3,0 pct. i årlige realvækst (4). Et forventet øget økonomisk pres på de offentlige finanser – bl.a. som følge af en øget forsørgerbyrde – kombineret med et politisk ønske om ikke at øge beskatningen, indebærer, at der fremover kan forventes et mindre økonomisk råderum. Der kan således ikke forventes samme udgiftsvækst fremover (7).

Et andet samfundsmæssigt forhold, som vil få konsekvenser for sygehuse-
ne, er et forventet fald i arbejdsstyrken, som kan medføre problemer med at rekruttere medarbejdere, især i de såkaldte "yderområder". Hertil kommer, at en større andel af de ansatte læger fremover forventes at være kvinder.²

² Ifølge en rapport fra Institut for Fremtidsforskning vil dette få betydning for behandlingskvaliteten (6), idet kvinder anlægger et mere helhedsorienteret syn på patienten, ligesom kvinder har en større indlevelse i patientens situation. Til gengæld vil kvinder typisk prioritere familien højere end mænd, hvilket indebærer en kortere arbejdsuge og tidligere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Sammenfatning af nogle udfordringer som følge af udviklingen

Udfordringerne for det fremtidige sygehusvæsen består således i dels at tilpasse den samlede sygehuskapacitet til befolkningens samlede efterspørgsel, dels at tilpasse sammensætningen i behandlingskapaciteten til befolkningens sygdomsmønster. Hertil kommer efterspørgselsvirkningen som følge af den medicinsk teknologiske udvikling. Fremkomsten af helt nye behandlingstilbud, ændrede behandlingsindikationer og længere levetid for mange patientgrupper vil påvirke efterspørgslen i opadgående retning, mens andre udviklingstendenser som behandlingstilbud med bedre effekt og kortere behandlingsforløb (fx accelererede patientforløb) vil trække i den modsatte retning.

Det vil desuden være en udfordring at fastlægge den optimale fysiske og geografiske placering af behandlingerne. Mange nye behandlinger kræver stor rutine samt forudsætter samling af flere specialer og tilstedeværelse af en række kliniske støttefunktioner. Sådanne behandlinger bør samles på få behandlingssteder. Andre behandlinger kan med fordel decentraliseres eller eventuelt overlades til den primære sundhedstjeneste, fx terminal pleje, genoptræning og behandlingen af kronisk syge patienter (4). Hertil kommer, at den teknologiske udvikling muliggør decentralisering af en række diagnostiske undersøgelser og behandlinger, fx gennem telemedicin.

Samlet set vil sygehusvæsenets ressourcebehov næppe blive reduceret, men formentlig fortsat stige i de kommende år. Dette skal sammenholdes med, at der fremover kan forventes et reduceret økonomisk råderum og et fald i arbejdsstyrken. En yderligere udfordring for det fremtidige sygehusvæsen vil derfor være at udforme sygehusstrukturen, så de knappe ressourcer – såvel økonomiske som personalemæssige – anvendes således, at der opnås størst mulig behandlingseffekt.

1.3 Bæredygtige afdelinger

Som følge af udfordringerne for den fremtidige sygehusplanlægning er begrebet den "bæredygtige" afdeling opstået (8;9). Bæredygtig hentyder til, at afdelingen skal have et tilstrækkeligt stort patientgrundlag til at sikre den nødvendige rutine i behandlingen og dermed den tilstrækkelige kvalitet.³ Bæredygtighed hentyder også til økonomisk bæredygtighed – begrundet i et argument om bedst mulig kapacitetsudnyttelse. Endelig hentyder begrebet til, at afdelingen skal have muligheden for at tiltrække kvalificerede læger.

³ Jf. kapitel 2 kan kvalitet defineres som de samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller underforståede behov og forventninger.

Også Strukturkommissionen berører begrebet bæredygtighed. I rapporten (4) defineres en bæredygtig enhed som: *"En enhed der personalemæssigt, teknologisk, organisatorisk og ledelsesmæssigt har forudsætninger for at løse opgaverne med høj grad af målopfyldelse"*. Det anføres, at det er afgørende for den faglige kvalitet, at der er et tilstrækkeligt patientgrundlag. Samtidig fremmer et bæredygtigt patientgrundlag organisationernes mulighed for at opnå en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse, fx i form af tilgængelighed af andre støttefunktioner, samt mulighed for en effektiv anvendelse af bag/tilkaldevagter. Strukturkommissionens vurderinger afspejler sig i aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om strukturreformen (10), hvor det af aftaleteksten fremgår: *"Med færre regioner bliver der bedre grundlag for at samle flere behandlinger, udnytte specialiseringens fordele og sikre en bedre anvendelse af de knappe personaleressourcer"*.

I 1999 indgik amterne en aftale med regeringen om, at medicinske afdelinger skulle have et befolkningsgrundlag på 50 – 100.000, og at kirurgiske afdelinger skulle have et befolkningsgrundlag på 200 – 250.000 indbyggere. Der vil imidlertid være specialer, hvor det nødvendige befolkningsgrundlag er betydeligt større (8), og kravet til det nødvendige befolkningsgrundlag er for mange specialer stigende (4). En sammenligning af det faktiske og det anbefalede befolkningsgrundlag (4) i 2002 viser, at det gennemsnitlige befolkningsgrundlag for 5 ud af 8 udvalgte specialer er mindre end det anbefalede. Der er således et fortsat pres for at øge koncentrationen i sygehusudbudet.

1.4 Udviklingen i sygehusstrukturen

Selv om befolkningsgrundlaget for mange specialafdelinger ifølge Strukturkommissionens rapport ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er der faktisk i de seneste 20 år sket en væsentlig koncentration af sygehusstrukturen. Nedenstående tabel viser udviklingen i antallet af sygehuse siden 1984

Tabel 1: Antal somatiske sygehuse i Danmark

	1984	1994	2001	2003
Antal sygehuse	96 ¹	80 ¹	60 ¹	43 ²

1: Kilde: (2)

2: Kilde:(11)

Reduktionen i antallet af sygehuse dækker dog over, at der i mange tilfælde er tale om, at flere lokale enheder er slået sammen og drives under en fælles ledelse (2). Således var der i 2003 i alt 75 matrikler, selv om antallet af selvstændige sygehusenheder var på 43 (11). Og udviklingen med at samle specialer og akutte funktioner fortsætter i amterne (2).

De seneste 20 års udvikling i sygehusstrukturen er imidlertid ikke foregået uden sværds slag. Planer om sygehuslukninger mødes som oftest med protester fra borgere og politikere fra de kommuner, det er gået ud over, samt protester fra ansatte på de lukningstruede sygehuse. Protesterne er begrundet i borgernes utryghed ved den længere transportafstand til sygehusbehandling, tab af arbejdspladser samt en frygt for fremmedgørelse på det store sygehus (12;13). Protesterne vidner om, at andre hensyn end klinisk og økonomisk bæredygtighed spiller en rolle for forventningerne til sygehuse, og at forskellige hensyn ofte er i modstrid med hinanden. Den optimale sygehusplanlægning drejer sig om at afveje disse hensyn mod hinanden.

1.5 Politiske forventninger til sygehusvæsenet

Hvis man skal analysere hvilke krav og forventninger samfundet har til sygehusvæsenet, kan man fx tage udgangspunkt i følgende ofte nævnte hovedmålsætninger (se fx (8)):

- Fri og lige adgang til patientbehandling⁴
- Høj kvalitet i patientbehandlingen
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Effektiv samlet udgiftsstyring.

Disse krav vil imidlertid ofte være i modstrid med hinanden:

Betydningen af fri og lige adgang til patientbehandling er nærmere gennemgået i rapportens kapitel 5. Fri adgang kan oversættes til fravær af forhindringer for borgernes adgang til behandling, fx i form af brugerbetaling, ventelister, sproglige eller geografiske barrierer. Lige adgang kan oversættes til, at alle borgere ideelt set skal have samme adgang – herunder samme geografiske adgang – til sygehusvæsenet. Ved nedlæggelse af sygehuse vil den geografiske adgang alt andet lige blive forværret for nogle borgere, og den geografiske ulighed vil derved blive øget.

Kvalitet omfatter den faglige kvalitet, som bl.a. antages at hænge sammen med lægens uddannelse og rutine (se rapportens kapitel 2) samt tilstedeværelsen af de nødvendige undersøgelses- og behandlingsfaciliteter. Faglig kvalitet antages desuden, at hænge sammen med, at de undersøgelser og behandlinger, der er lægeligt indikeret for den enkelte patient, rent faktisk gennemføres. For nogle akutte sygdomme omfatter kvalitet desuden at behandlingen iværksættes hurtigst muligt. Fra patientens synspunkt kan kvalitet desuden omfatte elementer som informationsniveau og tryghed (kapitel 4). Tryghed kan fx defineres som et "nært miljø", en sikkerhed om at der er kort afstand til et behandlingssted samt lokalkendskab til de ansatte og sygehuset (12;13).

⁴ I regeringens forslag til sundhedslov (14) ændret til: Let og lige adgang til sundhedsydelser.

Effektiv ressourceudnyttelse forudsætter bl.a., at arbejdsgangene på sygehuset og behandlingen af den enkelte patient tilrettelægges således, at der kan behandles så mange patienter som muligt inden for sygehusets budget (kapitel 3).

De forskellige målsætninger for sygehuset er i et vist omfang i modstrid med hinanden. Således kan målet om høj faglig kvalitet være i modstrid med målene om hhv. effektiv ressourceudnyttelse og styring af de samlede udgifter, idet høj kvalitet ofte er ensbetydende med et højt ressourceforbrug ved behandlingen af den enkelte patient.

Forskellige kvalitetsdefinitioner kan ligeledes være i modstrid med hinanden. Patientens ønske om nærhed og kort afstand til behandlingsstedet forudsætter et decentralt sygehusvæsen. Ønsket om høj faglig kvalitet – fx opnået via stor rutine og samling af mange forskellige specialer – forudsætter derimod et koncentreret sygehusvæsen.

Tilsvarende kan målet om lige adgang til patientbehandling være i modstrid med målene om effektivitet, udgiftsstyring og høj kvalitet, der forudsætter en samling af behandlinger på færre sygehusenheder og dermed en forringelse i den geografiske adgang til sygehusbehandling.

1.6 Sygehusets forskellige roller og funktioner

Samfundets krav til sygehusvæsenet kan også belyses gennem de forskellige opgaver sygehuset skal løse, jf. figur 1. I en artikel af Judith Healy og Martin McKee (1) gennemgås sygehusets forskellige funktioner, som bl.a. omfatter:

Behandling og pleje

Sygehusets kerneopgave er undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter. Denne funktion varetages under indlæggelse eller ambulant, akut eller planlagt. Opgaven er – som tidligere gennemgået – under stadig forandring på grund af befolkningens ændrede behov og forventninger samt den medicinske teknologiske udvikling.

Forskning og uddannelse

En anden vigtig opgave for sygehusvæsenet er uddannelse og forskning. Sygehusvæsenet kan ikke bestå, såfremt det ikke løbende kan frembringe veluddannet personale, ligesom det er en forventning at den medicinske teknologiske udvikling fortsætter. Både forskning og uddannelse forudsætter at de fornødne sygehusfaciliteter – inkl. patienter – er til rådighed, derfor bør den fremtidige sygehusplanlægning også tage højde for forsknings- og uddannelsesopgaven. De politiske krav om udgiftsstyring og effektiv ressourceudnyttelse indebærer imidlertid en risiko for, at forsknings- og uddannelsesopgaven nedprioriteres på bekostning af behandlingsopgaven.

Samarbejde med primærsektoren

Sygehuset har en vigtig rolle som samarbejdspartner for primærsektoren. Arbejdsdelingen mellem primærsektoren og sekundærsektoren er konstant til revision, idet man ud fra LEON-princippet (Lavest Effektive Omsorgs Niveau) vurderer, hvilke sundhedsopgaver der kan placeres i primærsektoren, fx i sundhedscentre (se (4, s. 67;15)), og hvilke der skal placeres i det specialiserede sygehusvæsen.

I regeringens aftale med Dansk Folkeparti (16) lægges der således gennem kommunal medfinansiering af sundhedsydelser op til et øget samarbejde mellem sygehuse, praktiserende læger og kommunerne om behandlingsforløb for svage ældre patienter, patienter med psykiske lidelser, genoptræning og forebyggelse.

Sygehusets rolle som økonomisk drivkraft i lokalsamfundet

Sygehuset har ikke blot en rolle som behandlingsinstitution og en institution, hvor der uddannes klinisk personale. Sygehuset spiller også en vigtig rolle i lokalsamfundet. Finn Borum (17 side 6) omtaler sygehuset som lokalsamfundsprojektet: *"Det tidlige sygehus var en lokalt forankret institution, der ligesom kirker, rådhus, skoler, politistationer, etc. var med til at definere et fuldgældigt samfund"*. Megen af den modstand, der er mod nedlægning af sygehuse, skal ses som lokalsamfundets forsøg på at opretholde sygehuset som en lokal institution, hvor sygehuset måske er endnu et led i kæden af lukningen af offentlige institutioner. Modstanden er samtidig et forsøg på at opretholde lokalsamfundet som attraktiv bopæl for både borgere og virksomheder.

Sygehuset som arbejdsplads

Endelig har sygehuset en vigtig rolle som arbejdsplads. Et sygehus er en arbejdskraft-intensiv virksomhed – ofte den største arbejdsplads i området. Lukning af et sygehus kan således have alvorlige økonomiske konsekvenser for et lokalsamfund, og naturligvis for de ansatte hvis arbejdsplads enten forsvinder eller flyttes til en anden by.

I en artikel forsøger Sam Cordes m.fl. (18) at udvikle en model, der kan forudsige de økonomiske konsekvenser for mindre lokalsamfund af ændringer i sygehusstrukturen. Ifølge Cordes består den økonomiske effekt af:

- Den direkte effekt som følge af sygehusets og de ansattes indkøb i lokalsamfundet
- En multiplikatoreffekt i form af de job, der skabes (eller mistes) som følge af sygehusets indkøb og den afledte økonomiske effekt af disse skabte job.

Generelt fremgår det af artiklens beregninger, der er baseret på omkostningsdata fra mindre sygehuse i amerikanske lokalområder, at multiplikato-

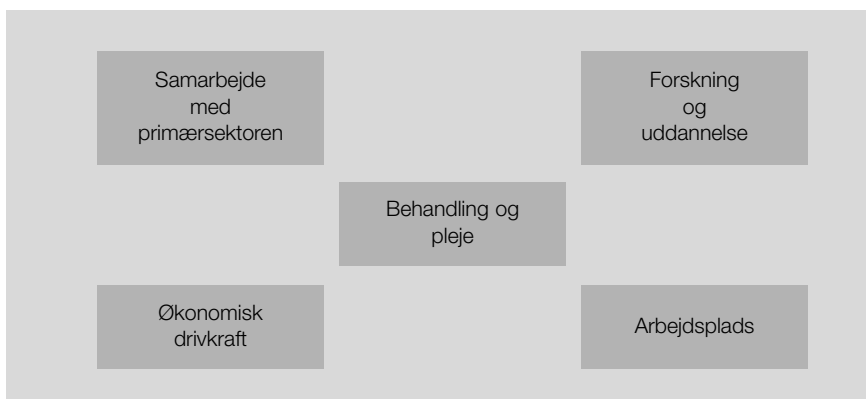
effekten for de hospitaler studiet omfattede varierede fra 77 jobs for de mindste af sygehusene (mellem 12 og 56 normerede senge) til 332 jobs for de største af sygehusene (mellem 192 og 256 normerede senge), og at ca. 6 pct. af den lokale beskæftigelse (excl. landbrug) for de største hospitalers vedkommende kunne tilskrives sygehuset. Selv en 10 pct. ændring i sygehusets brug af ressourcer havde en signifikant indvirkning på den lokale økonomi. Han konkluderer derfor, at det ofte vil være en økonomisk fordel for lokalsamfundet at bevare det lokale sygehus alene på grund af dets positive indvirkning på økonomien.

Den ovenfor beskrevne undersøgelse er som nævnt baseret på amerikanske forhold, og der kan stilles spørgsmål ved resultaternes gyldighed på danske forhold. Således vil multiplikatoreffekten, som følge af sygehusets indkøb, være begrænset af aftaler på indkøbsområdet, som indebærer, at sygehusets indkøb næppe i stort omfang foretages i lokalområdet. Den del af multiplikatoreffekten, der skyldes de ansattes indkøb, må dog også være gældende for danske forhold.

Når nedlæggelse af lokalsygehusene møder modstand, kan dette således bl.a. forklares med, at det støder mod nogle sygehusets funktion som arbejdsplads og økonomisk dynamo i lokalsamfundet.

Nedenstående figur 1 illustrerer sygehusets forskellige funktioner.

Figur 1. Sygehusets forskellige funktioner i samfundet



1.7 Formålet med antologien

Den foregående del af kapitlet indeholdt et forsøg på at beskrive nogle af de ændringer i samfundet, som den fremtidige sygehusstruktur skal tage højde for. Samtidig har kapitlet gennemgået de forskellige målsætninger og opgaver, som sygehusvæsenet skal opfylde. Det fremgår, at der vil være en lang række interessekonflikter, hvorfor fastlæggelse af den optimale sygehus-

planlægning altid vil være et spørgsmål om at afveje forskellige målsætninger og hensyn. Det er dog vigtigt at denne afvejning træffes på et så velfunderet beslutningsgrundlag som muligt. Denne antologi forsøger at yde et bidrag til dannelsen af dette beslutningsgrundlag ved at samle en del af den eksisterende viden om konsekvenserne af en mere koncentreret sygehusstruktur.

Med baggrund i de ofte modstridende forventninger til sygehuset er det valgt at belyse konsekvenserne af en mere koncentreret sygehusstruktur ud fra følgende 5 indfaldsvinkler: behandlingskvalitet, økonomi, patientperspektivet, lighedsperspektivet og endelig personaleperspektivet. De 5 kapitler er udarbejdet på grundlag af en litteraturgennemgang. Litteraturen er fundet ved literatursøgninger i forskellige databaser, samt ved gennemgang af de fundne artiklers referencelister. De gennemførte søgninger er nærmere dokumenteret i bilag 1.

Et af de væsentligste argumenter for en mere koncentreret sygehusstruktur er, at en samling af de mere specialiserede behandlinger vil øge den kliniske kvalitet. På den baggrund indeholder *kapitel 2* en gennemgang af litteratur indeholdende resultater af undersøgelser om sammenhængen mellem volumen og kvalitet. Artiklen konkluderer, at volumen, forstået enten som behandlingsfrekvens per læge eller per hospital, spiller en vis rolle. Fagligt set vil der primært være fordele forbundet med samling af forskellige kirurgiske indgreb. Mange af de gennemførte studier kan dog kritiseres for deres metodeanvendelse, især utilstrækkelig kontrol for at andre faktorer end volumen kan påvirke kvaliteten.

Et andet væsentligt argument for en mere koncentreret sygehusstruktur er, at man gennem sygehussammenlægninger kan opnå større kapacitetsudnyttelse og dermed økonomiske fordele. *Kapitel 3* indeholder en gennemgang af en række studier, der beskæftiger sig med de økonomiske konsekvenser af sygehussammenlægninger. Empirien viser ikke en klar sammenhæng mellem sygehusstørrelse og produktivitet. Dog er der tegn på, at sygehusstørrelser på mellem 200 og 400 sengepladser er mest produktive. Der er imidlertid på dette område rejst kritik af de gennemførte studier, bl.a. for ikke i tilstrækkeligt omfang at kontrollere for at større sygehuse udfører mere komplicerede behandlinger, og har en mere ressourcekrævende patientsammensætning.

Kapitel 4 anskuer en ændret sygehusstruktur ud fra patientens perspektiv. Det er tidligere fremført, at debatten i forbindelse med nedlæggelser af sygehuse omhandler borgerens ønsker om nærhed og tryghed, men hvad lægger *patienten* vægt på, når behovet for sygehusbehandling reelt opstår. I kapitlet konkluderes det, at kort afstand tilsyneladende er af stor betydning, når *patienter* skal vælge sygehus, mens behandlingskvalitet i højere grad har

betydning for *raske* borgere. Danske patienttilfredshedsundersøgelser viser en tendens til, at henholdsvis små og vestdanske sygehuse klarer sig bedre end store og østdanske sygehuse, ligesom en norsk patienttilfredshedsundersøgelse viser, at patienttilfredsheden generelt er større på mindre sygehuse end på de store regionssygehuse. Mulige forklaringer herpå kan dog være kulturforskelle og større loyalitet over for det lokale sygehus end over for sygehuse i store byer.

Kapitel 5 omhandler de mulige konsekvenser for den geografiske lighed i adgangen til sygehusbehandling af en mere koncentreret sygehusstruktur. I kapitlet diskuteres betydningen af begrebet "lighed", ligesom det indeholder en gennemgang af empiriske undersøgelser af afstandes betydning for patienters brug af sygehusydelser. Gennemgangen viser, at større afstande i mange tilfælde medfører et lavere sygehusforbrug. Afstandsfølsomheden er størst for visse ambulante efterkontroller og screeningsundersøgelser, og mindst for patienter i behandling for livstruende sygdomme som kræft.

Endelig indeholder *Kapitel 5* en belysning af strukturændringer i sygehusvæsenet fra en personalesynsvinkel, idet det er valgt at se nærmere på, hvilken betydning fusioner og sammenlægninger kan have for de berørte medarbejdere. Det konkluderes, at fusioner tenderer til at medføre kulturkonflikter og differentiering mellem de fusionerede enheder, og dermed store omkostninger for de berørte personer og organisationer. Afslutningsvist præsenteres 12 tegn på problemer i fusionsprocessen som ledelsen løbende bør forholde sig til.

1.8 Konklusion

Hvis man skal forsøge at sammenfatte resultaterne fra antologiens 5 kapitler, må konklusionen være, at der ikke er evidens for, at det vil være en fordel at koncentrere sygehusudbudet i Danmark på et begrænset antal "mammut-hospitaler". Dette taler hverken de økonomiske analyseresultater eller resultaterne fra kvalitetsstudierne for. I stedet for kan man koncentrere de behandlinger, som er meget specialiserede, og hvor patientgrundlaget er begrænset på få sygehuse, hvor de nødvendige støttefunktioner vil være til stede. Der vil fortsat være økonomisk og kvalitetsmæssigt basis for decentrale sygehusstilbud, fx visse ambulante ydelser og visse medicinske behandlinger med stort patientgrundlag. For en bevarelse af de lokale tilbud taler også undersøgelsesresultater af afstandens betydning for patienternes benyttelse af sundhedstilbud. For så vidt angår personaleperspektivet, tyder den begrænsede empiri på, at selve den proces, der er forbundet med ændringer i sygehusstrukturen, er vigtig for opnåelse af de potentielle økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster. I det omfang, strukturændringer indebærer nedlæggelse af akutte beredskaber bør behovet for en oprustning af den præhospital indsats overvejes.

Rapporten har vist, at mange undersøgelser af konsekvenserne af sygehusstrukturændringer, kan udsættes for en metodemæssig kritik, som indebærer, at der kan stilles spørgsmål ved resultaternes gyldighed. Dette skyldes, at man inden for dette felt som oftest er henvist til at benytte et tværsnits- eller et før-efter-design. Begge undersøgelsesmetoder indebærer en fare for, at der ikke kontrolleres tilstrækkeligt for udefra kommende faktorer, fx forskelle i case-mix. Det ideelle undersøgelsesdesign, nemlig det randomiserede forsøg, er selvsagt vanskeligt at anvende i de aktuelle problemstillinger.

De gennemførte litteratursøgninger viste desuden, at der kun findes få danske undersøgelser af konsekvenserne af en mere centraliseret sygehusstruktur. Mange af de undersøgelser, der er gennemført vedrørende produktivitetmæssige konsekvenser af sygehussammenlægninger, er således gennemført i USA, og derfor kun af begrænset relevans for danske forhold. På trods af debatten om konsekvenserne for patienternes adgang til fx akut behandling ved sygehusnedlæggelser er der ikke fundet danske undersøgelser af afstandens betydning for patienters forbrug af sygehusydelser. Hvad angår personaleperspektivet blev der stort set ikke fundet empiriske undersøgelser der belyste konsekvenser af strukturændringer. Det må på den baggrund anbefales, at der iværksættes evalueringer af de igangværende og kommende strukturændringer inden for det danske sygehusvæsen.

Referencer

- (1) Healy J, McKee M. The role and function of hospitals. In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002: 59-80.
- (2) Sundhedsstyrelsen. *Virksomheden ved sygehuse 2001*. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (3) McKee M, Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. *Clinical Medicine* 2001; 1(4):299-304.
- (4) Strukturkommissionen. *Strukturkommissionens betænkning. Bind III: Bilag – Sektor-kapitler*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.
- (5) Sygehuskommissionen. *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen*. København: Sundhedsministeriet, 1997.
- (6) Institut for Fremtidsforskning. *Sundhedsvæsenet i fremtiden*. København: Sundhedsministeriet, 1999.
- (7) Strukturkommissionen. *Strukturkommissionens betænkning. Bind II: Bilag – Baggrunds-kapitler*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.
- (8) Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
- (9) Pedersen KM. Behovet for strukturændringer i sundhedssektoren. In: FOKUS, editor. *Brudstykker eller sammenhæng? – En antologi om forudsætningerne for en offentlig strukture-form*. København: FOKUS, 2004: 275-305.

- (10) Regeringen. Det nye Danmark – en enkel offentlig sektor tæt på borgeren. København: Schultz Information, 2004.
- (11) Ankjær-Jensen A, Christensen M. Nogle scenarier for den fremtidige sygehusstruktur for de somatiske sygehuse i Danmark. Forprojekt. 2. udgave. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- (12) Larsen K. Ingen vil af med et sygehus. Ugeskrift for Læger 2003; 165(45):4276-4278.
- (13) Olsen L. Nærhed og omsorg på små sygehuse. <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/debat.asp?arkiv=true&DebatID=100&DebateThreadID=2005>. Sidst opdateret: 28-4-2003. Udskrivet: 13-10-2004.
- (14) Indenrigs- og sundhedsministeren. L 74: Forslag til Sundhedsloven. Fremsat d. 24. feb. 2005.
- (15) Vinge S, Vested SH, Ankjær-Jensen A. Sundhedscentre i Frederiksborg Amt. Konsulentrapport udarbejdet for Frederiksborg Amt. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.
- (16) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om strukturreform. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.
- (17) Borum F. Sygehuset – en grænseinstitution mellem forskellige projekter. København: FLOS, 2003.
- (18) Cordes S, Van der Sluis E, Lamphear C, Hoffman J. Rural Hospitals and the Local Economy: A Needed Extension and Refinement of Existing Empirical Research. The Journal of Rural Health 1999; 15(2):189-201.

2. Sammenhæng mellem volumen og kvalitet

Af Majbritt Christensen

2.1 Indledning

Et af argumenterne for *centralisering* af sundhedsvæsenet bygger på antagelsen om, at et øget volumen af undersøgelse og behandling, både forstået som øget volumen for det enkelte sygehus og den enkelte læge/sygeplejerske, giver bedre kvalitet. Det er ikke noget egentligt teoretisk fundament herfor bortset fra betragtningen "øvelse gør mester".

Det er derfor væsentligt at undersøge, om denne antagelse er en myte, eller om sammenhængen er gyldig; og i givet fald på hvilke områder.

Hvad er "kvalitet"

Der er forskellige forståelser af kvalitetsbegrebet. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren har i januar 2003 udgivet en definitionssamling (1) der har til formål at tilvejebringe en fælles beskrivelse af kvalitetsbegreber og -definitioner som samtidig er i overensstemmelse med det internationale begrebsapparat. *Definition: Kvalitet er de samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller underforståede behov og forventninger.*

Kvalitetsbegrebet indeholder flere elementer: høj professionel standard, effektiv ressourceudnyttelse, minimal patientrisiko, høj patienttilfredshed og helhed i patientforløbet. Kvalitet beskrives ofte ud fra forskellige dimensioner: struktur, proces og resultat; hvor resultat refererer til det opnåede helbredsresultat for patienten. Endvidere anvendes forskellige aspekter i kvalitet: medicinsk teknisk, interpersonel og organisatorisk.

Kvalitetsbegrebets mange facetter genfindes sjældent i undersøgelser. I de undersøgelser, der gennemgås i nærværende kapitel er det da også oftest mortalitet der måles på som udtryk for kvalitet.

Litteraturgennemgangen

I det følgende refereres resultaterne af en litteraturgennemgang, dels af videnskabelige artikler, dels af rapporter der beskriver sammenhængen mellem volumen og kvalitet.

Der er gennemgået 27 videnskabelige artikler – fortrinsvis fra USA – og 19 rapporter, heraf 11 skandinaviske. I det følgende beskrives relevante referencer i 4 tematiske klynger:

- Volumen/kvalitet relationen som baggrund for policy making
- Positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet
- Ikke positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet
- Metodebegrænsning i litteraturen.

2.2 Volume/outcome relationen som baggrund for policy-making

Der tegner sig to retninger, hvad angår forskningsresultaters egnethed som grundlag for policymaking med hensyn til volumens betydning for det kliniske resultat for patienterne.

Sheikh (2) i den ene yderlighed kræver, at undersøgelsernes resultater skal være evidensbaserede, dvs. leve op til alle vedtagne krav om videnskabelige eksperimenter for at kunne danne grundlag for policy making. Han finder ikke, at volumen i den publicerede litteratur er identificeret som årsag eller hovedårsag til hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige resultater for patienten. Han konkluderer, at volumen er et nonspecifikt, indirekte og ikke pålideligt mål for kvalitet af sundhedsydelser, hvorfor det ikke bør danne grundlag for udarbejdelse af policy.

I den anden yderlighed anfører Luft (3), at der ikke nødvendigvis behøver at ligge strikte videnskabelige grundlag for policy-making på området, og at den litteratur, der for visse behandlingsformer foreligger, er af tilstrækkelig kvalitet til ud fra common sense niveauet at skabe policy. Endvidere anfører forfatteren, at videnskabelige studier sjældent er designede til direkte at kunne danne grundlag for politiske beslutninger. Han anfører, at ingen forsker har hævdet, at volumen i sig selv giver bedre kvalitet, men at det reflekterer bedre beslutningstagen, bedre færdigheder og forbedrede processer. Ifølge Luft skal "evidens" opfylde visse minimumskrav for at blive inkluderet i en litteraturgennemgang, hvorefter den inkluderede "evidens" vurderes, idet man tager hensyn til den vekslende kvalitet af evidensen. Dette betyder, at anvendelse af en meget stringent videnskabelig metode (randomiserede, kontrollerede forsøg) ikke er nødvendig for den "evidens" der skal danne grundlag for policy-making. Hertil kommer, at politikere og embedsmænd sjældent har den ekspertise eller tid til at gennemføre detaljerede gennemgange af videnskabelig litteratur. De skal beslutte sig ud fra rekommandationer, der dog skal opfylde en vis standard for evidens. Hvad angår kvalitet anfører han, at vurdering heraf kræver kontinuerlig monitorering af alle relevante faciliteter, omhu med kodning af data, korrekt risikojustering og hurtig rapportering af resultater.

2.3 Positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet

I det følgende gennemgås tre litteraturgennemgange: To store klassiske, nemlig York rapporten (4) og SMM rapporten (5), samt en mindre (6). Herefter beskrives en række studier, der omhandler relationen mellem læge- og hospitalsvolumen, studier der omhandler kirurgiske indgreb og endelig en række studier, der tager udgangspunkt i enkelt diagnoser.

Tre litteraturgennemgange

Et meget citeret studie fra York baserer sig på 268 referencer, omhandler 30 diagnoser/indgreb og en "blandet" gruppe. Når forfatterne korrigerer de enkelte studiers resultater for forskelle i casemix, er en eventuelt angivet positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet i de fleste tilfælde ikke signifikant; og hvis den er signifikant, er det på meget lavt niveau. Men der er fundet positiv sammenhæng for enkelte diagnoser:

- Hjerte by-pass operationer
- Knæalloplastik
- AIDS
- Brystkræft
- Kræft i tyk- og endetarm
- Kræft i bugspytkirtlen.

Som en opfølgning på rapporten fra York udgav det norske "Senter for Medicinsk Metodevurdering" (SMM) i 2001 en rapport, der summerer den litteratur, der er udgivet fra 1997 – 2000 om sammenhængen mellem patientvolumen og behandlingskvalitet. Arbejdsgruppen har tillige gennemgået information fra Norsk Pasientregister for et udvalg af procedurer udført ved norske sygehuse i perioden 1995-98. Formålet var gennem en kortlægning at belyse, hvor hyppigt forskellige procedurer blev udført i det norske sygehussvæn.

I alt 112 videnskabelige artikler, omhandlende 36 diagnoser/indgreb, er gennemgået, og heraf viser 87, at hospitals- eller lægevolumen har betydning for behandlingskvaliteten – oftest målt ved dødelighed eller komplikationer. Rapporten viser, at der ikke kan konkluderes en *generel* sammenhæng mellem volumen og kvalitet; men for visse sygdomme er der konstateret en sammenhæng. Det drejer sig om:

- Kræft i spiserør, bugspytkirtel og lever
- PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty), operation for aorta aneurismer-behandling af hjerteinfarkt, by-pass operationer og barnehjertekirurgi
- Transplantationer
- AIDS.

Kizer (6) finder endvidere, at en signifikant, men svagere, association er fundet mellem volumen og resultat ved:

- By-passkirurgi, og andre operationer på hjerteblodkarrene
- Andre operationer for kræft
- Visse ortopædkirurgiske procedurer
- Behandling af børn med lav fødselsvægt og præmature børn.

Sidstnævnte grupper kan have større betydning i planlægningssammenhæng end de tidligere nævnte på grund af deres hyppigere forekomst i befolkningen.

Samlet kan det for disse 3 studier anføres, at størrelsen af volumen/kvalitetsrelationen varierer mellem de forskellige procedurer, hvilket har givet anledning til spørgsmål om, hvor generaliserbar relationen er.

Lægevolumen versus hospitalsvolumen

Birkmeyer et al (7) tilslutter sig ovenstående generelle betragtninger om sammenhæng mellem volumen og kvalitet, men problematiserer betydningen af den enkelte kirurgs volumen overfor betydningen af hospitalets volumen. Gennem en registerundersøgelse opgør de mortaliteten for 474.108 patienter, der har gennemgået én ud af 8 kardiovaskulære procedurer eller kræftoperationer. Data er korrigeret for bidiagnoser, og der er anvendt multiple regressionsanalyser. Undersøgelsen viser, at kirurgvolumen er omvendt proportional med død under operation for alle 8 procedurer. Der er dog forskel i de korrigerede odds ratio⁵ for de forskellige indgreb – fra 1,24 for fjernelse af lungevæv til 3,61 for fjernelse af væv fra bugspytkirtlen.

Kirurgvolumen udgør en stor del af den tilsyneladende effekt af hospitalsvolumen, dog i varierende grad for de forskellige indgreb (fra 100% for effekten ved udskiftning af hjerteklapper til 24% for effekten ved fjernelse af lungevæv).

Hanna et al (8) offentliggjorde i 2003 et studie baseret på kliniske data fra New York's clinical CABG (Coronary Artery By-pass Grafting surgery registry) omfattende perioden 1997-1999 (N=57.150). Data blev justeret for sygdomsgrad, komplikationer og demografiske forhold. Formålet var at undersøge den individuelle og kombinerede virkning af årlig hospitalsvolumen og årlig kirurgvolumen på mortalitetsrater.

Undersøgelsen viser, at både højere hospitalsvolumen og højere kirurgvolumen er associeret med lavere mortalitetsrater, og at der er en ekstra gevinst ved at blive opereret af en kirurg med højt volumen på et hospital med højt volumen.

⁵ OR beregnes ved at dividere odds for den behandlede gruppe med odds for kontrolgruppen.

Generelt viser det sig, at mortalitetsraterne for hospitaler med et volumen mellem 200-800 operationer og kirurger med et volumen mellem 50-200 operationer er signifikant lavere end for hhv. hospitaler og læger med lavere volumen. Den risikostregerede mortalitetsrate for patienter, der bliver opereret af kirurger med et volumen på mere end 125/år, og som arbejder på hospitaler med et volumen på mere end 600/år, er 1,9%. For kirurger og hospitaler med lavere volumen er raten signifikant højere (2,7%).

Gandjour (9) gennemførte en litteraturgennemgang for perioden 1990-2001. Fokus var relationen mellem hospitals-/lægevolumen og patientmortalitet for alle diagnoser og indgreb. I alt 76 referencer omhandlende 34 diagnoser og interventioner indgik. Studiet viser signifikant relation mellem *hospitalsvolumen* og mortalitet for 67% af diagnoserne/interventionerne, samt signifikant sammenhæng mellem *lægevolumen* og mortalitet for 53% af diagnoserne/interventionerne. Sammenhængen er særlig stærk for komplicerede gastrokirurgiske indgreb af høj risikokarakter, en række hjertekar lidelser samt en række kræft-, knæ- og hofteoperationer.

Relationen mellem volumen og kvalitet med fokus på kirurgiske indgreb

I det følgende uddybes sammenhængen mellem volumen og kvalitet ved kirurgiske indgreb ved at inddrage flere videnskabelige undersøgelser.

Et ældre studie baseret på registerdata fra 1972 (10) omfatter 550.000 patienter behandlet på 1.200 hospitaler. Der indgår 15 kirurgiske og 2 medicinske diagnoser (galdeblærelidelser og mavesår). Kvalitetsmålet var død på hospital. Data er justeret for sygdommens sværhedsgrad ved indlæggelsen, men ikke for forskelle i liggetid.⁶ De kirurgiske diagnoser er inddelt i 6 kategorier (intraabdominale arterieoperationer, galdeblæreoperationer, mavesårsoperationer, hoftefrakturoperationer, amputation af underben, operation for tyktarmskræft). For hver af de kirurgiske kategorier er den standardiserede mortalitetsrate lavest for de hospitaler, der har størst volumen. For 4 kategorier er forskellen signifikant på 0,05 niveau eller højere (intraabdominale arterieoperationer, galdeblæreoperationer, amputation af underben, operation for tyktarmskræft). I disse 4 kategorier er der et spænd i øget mortalitet på lavvolumen hospitaler fra 32% (intraabdominale aortaoperationer) til 18% (amputation af underbenet). For alle kirurgiske kategorier set under ét er mortaliteten 13% højere på hospitalerne med det laveste volumen.

Hvad angår de medicinske kategorier er resultatet overraskende, at patienter med galdeblærelidelser har en lavere standardiseret mortalitetsrate (færre dødsfald) på lavvolumen hospitaler (0,05 signifikansniveau). Men for mavesår eller de kombinerede medicinske diagnoser er der ikke forskel på de to typer af hospitaler.

⁶ Dette kan være problematisk, fordi liggetiden varierer fra sted til sted, og fordi patienter med længst liggetid alt andet lige har større risiko for at dø på hospitalet frem for efter udskrivningen.

Luft (11) har i 1979 gennemgået mortalitetsrater for 12 kirurgiske procedurer gennemført på 1.498 hospitaler. Mortaliteten for omfattende hjertekirurgi, karkirurgi, TUR-P (operation på prostata gennem urinrøret) og by-pass operationer faldt med stigende volumen. Hospitaler med 200 eller flere indgreb har 25-41% lavere mortalitetsrater end hospitaler med lavere volumen (kontrolleret for case-mix). Dette resultat kan ifølge forfatterne tolkes forskelligt:

- Volumen har effekt på mortalitet
- Patienter søger hospitaler med bedre kvalitet
- Andre faktorer fx hospitalets patient selektion.

Kelly og Hellinger (12) undersøger i et studie fra 1986 relationen mellem mortalitet på hospital og volumen for 4 kirurgiske indgreb (operation for cancer i mavesæk, mavesår, cancer i tyktarm og aorta aneurisme). Data er korrigeret for sygdomsgrad og alder. I denne undersøgelse viser det sig, at patienter har lavere mortalitetsrater, hvis de bliver behandlet på hospitaler, der udfører et stort antal af lignende procedurer, men at det antal indgreb, den enkelte kirurg foretager, ikke påvirker dødeligheden.

Begg et al (13) gennemførte et registerstudie omfattende 5.013 patienter, der i perioden 1984-1993 var blevet opereret for kræft (pancreas, esophagus, lunge, rectum og kræft i indre genitalia og urin-veje). Data blev korrigeret for bidiagnose, alder og kræftstadie. Undersøgelsen viser, at højt volumen er forbundet med lavere mortalitet indenfor 30 dage efter operationen. Dette gælder for alle sygdomme bortset fra fjernelse af lunge på grund af lungekræft.

For operationer med fjernelse af spiserøret er mortaliteten 17,3% på lavvolumen hospitaler sammenlignet med 3,4% på højvolumen hospitaler. For de nævnte sygdomme svækkede korrektion for case-mix og øvrige patientrelaterede faktorer ikke den stærke association mellem lav volumen og øget mortalitet.

Samlet set viser ovennævnte gennemgang af kirurgiske indgreb, at der er signifikant sammenhæng mellem større volumen og højere kvalitet for følgende indgreb:

- Operation for aorta-aneurisme
- Fjernelse af galdeblære
- Amputation af underben
- Operationer for kræft.

Relationen mellem volumen og kvalitet med fokus på behandling af enkelt diagnoser (behandlingen er i de fleste tilfælde kirurgisk)

De følgende referencer fokuserer i modsætning til de foregående på undersøgelser af volumen/kvalitetsrelationen for enkelt diagnoser.

Et finsk studie omfatter alle finske patienter opereret for *ovariecancer* (N=3.851) i perioden 1983-94 (14). Patienterne blev klassificeret efter hospitalstype: universitets hospitaler, centralsygehuse eller anden type sygehus. Endvidere er patienterne inddelt i kategorier efter kirurgisk volumen. Der blev justeret for alder samt kræftstadium og anvendt regressionsmodeller i analysen. En beregning af 5-års overlevelsesraterne viser, at patienter opereret på universitetshospital har større overlevelsesrate (45%) end de, som bliver opereret på centralsygehuse (37%). Og den relative overlevelsesrate for patienter opereret på de hospitaler, der havde højest volumen, var 47% mod 40% for patienter opereret på hospitaler med lavere volumen.

Et amerikansk studie belyser 5-års overlevelsen for kvinder opereret for *brystkræft* på hospitaler med hhv. høj og lav volumen (15). Der indgik 47.890 kvinder opereret i perioden 1984-89 på 266 hospitaler. Materialet var justeret for sociodemografiske og kliniske variable. Der blev fundet 11.388 dødsfald i kohorten, heraf 6.952 på grund af brystkræft. Undersøgelsen viser, at patienter der bliver opereret på "very low-volumen hospitals" (10 operationer eller færre årligt) har 60% større risiko for død, end patienter opereret på "high-volumen hospitals" (mindst 150 operationer årligt). Tilsvarende er tallene for "low-volumen" og "moderat-volumen" hospitaler (11-50 respektive 51-150 operationer per år) hhv. 30% og 19% sammenlignet med "high-volumen" hospitaler.

Et amerikansk studie (16) beskriver sammenhængen mellem komplikationer efter *knæalloplastik* og hospitalsvolumen. Studiet baserer sig på registerdata for 295.473 observationer. Undersøgelsen viser, at sandsynligheden for komplikationer falder hurtigt fra 53 til 107 operationer pr. år for herefter at stabilisere sig. Undersøgelsen konkluderer, at operation for knæalloplastik bør samles på afdelinger, der udfører mindst 50, men helst omkring 100 operationer årligt.

Et registerstudie (17) undersøger effekten af lukningen af et hospital med efterfølgende centralisering af hjerterevaskulariserende indgreb (CABG og PTCA). Lukningen foregik i marts 1996, og undersøgelsesperioden omfatter 21 måneder forud for lukningen og 24 måneder efter lukningen. Der blev målt på antal udskrivninger, liggetid, grad af anden sygdomsbelastning og mortalitetsrater under indlæggelse. Materialet var risikojusteret for sociodemografiske variable og bidiagnoser. Centraliseringen medfører, at der bliver opereret flere og mere syge – patienter, og at patienterne er indlagt i kortere tid. For CABG patienterne er der en trend mod lavere dødelighed.

En retrospektiv undersøgelse fra 1999 (18) undersøger overlevelse efter *akut myocardiinfarkt* for patienter indlagt på hospitaler med henholdsvis stort og lille patientvolumen. Der indgår 98.898 patienter, og data er korrigeret for kliniske, demografiske og sygehusstrukturvariable. Hospitalsvolumen vurderes

efter hvor mange patienter med AMI hospitalet behandler pr. uge; fra 6,3 for det højeste volumen til 0,8 for det laveste volumen.

Patienterne fordeler sig i 4 lige store grupper, og bliver behandlet på hospitaler, der i gennemsnit behandler 6,3 – 3,3 – 1,9 – og 0,8 patienter pr. uge. Undersøgelsen viser, at de patienter, der bliver indlagt på hospitaler med lavest volumen, har 17% større sandsynlighed for at dø inden for 30 dage efter indlæggelse end de patienter, der bliver indlagt på hospitaler med højest volumen, hvilket svarer til 2,3 flere dødsfald pr. 100 patienter. Mortalitetsraten efter et år er 29,8% hos de patienter, der bliver indlagt på hospitaler med lavest volumen, og 27,0% hos de der bliver indlagt på hospitaler med højest volumen. Der blev tillige fundet en omvendt dosis/respons relation mellem hospital volumen og risiko for død, dvs. en statistisk sammenhæng der siger, at jo større volumen jo mindre risiko for død.

Et andet amerikansk studie undersøger associationen mellem overlevelse efter operation for *lungekræft* og hospitalsvolumen (19). I alt indgår 2.118 patienter, der får diagnosen lungekræft i perioden 1985 til 1996. Studiet omfatter 76 hospitaler, der bliver inddelt efter hvor mange indgreb, de foretager af denne type (fjernelse af lunge) om året; fra 1-8 for de laveste til 67-100 for de højeste. Undersøgelsen viser, at 5-års overlevelsen for patienter opereret på højvolumen hospitaler er 44% mod 33% for patienter, opereret på lavvolumen hospitaler. Patienterne fra højvolumen hospitalerne har også færre komplikationer efter operationen: 20% versus 44%, samt lavere 30-dages mortalitet (3% versus 6%).

Sammenfattende for denne klynge kan det anføres, at der i den gennemgaaede litteratur er fundet positiv korrelation mellem volumen og kvalitet målt ved mortalitet for behandling af følgende diagnoser:

- Hjerter by-pass operationer og øvrige hjerteroperationer
- Knæalloplastik
- AIDS behandling
- Brystkræft
- Kræft i tyk- og endetarm
- Kræft i bugspytkirtlen
- Kræft i spiserøret
- Lungekræft
- Kræft i æggestokkene
- Kræft i lever og mavesæk, transplantationer
- Abdominale aorta-aneurismer
- Medfødte hjertesygdomme
- Behandling af præmature børn og børn med lav fødselsvægt
- Akut hjerterinfarkt.

Et enkelt studie beskæftiger sig med den *eksplicite* volumenstørrelse og finder generelt, at mortalitetsraterne for de undersøgte sygdomme er signifikant lavere for hospitaler med et volumen mellem 200-800, og kirurger med et volumen på 50-200 operationer. Number needed to treat, dvs. det antal operationer, der skal til for at undgå et dødsfald, minimeres ved en tærskel på 100 for hospitaler og 50 for kirurger. Mortalitätsraten for patienter, der blev opereret af kirurger med et volumen over 125 operationer pr. år, som arbejdede på hospitaler med et volumen på over 600 operationer pr. år (hospitalsvolumen/kirurg volumen) var 1,9%. For kirurger og hospitaler med lavere volumen var raten signifikant højere (2,7%) (8).

2.4 Ikke positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet

Landstingsforbundet i Sverige nedsatte i 1994 en arbejdsgruppe, der skulle belyse volumens betydning for kvaliteten ved forskellige kirurgiske indgreb. Rapporten, der udkom i 1995 (20), indeholder dels en litteraturgennemgang, dels en undersøgelse omfattende data fra svenske kirurgiske klinikker (dokumentation og kvalitetsregistre). Der indgik 100 referencer i litteraturgennemgangen, og der blev ikke fundet overbevisende belæg for, at der eksisterer en *simpel* kobling mellem kirurgisk behandlingskvalitet og størrelse/centralisering. Af 110 undersøgte operationstyper er der i 54% af tilfældene ikke statistisk sammenhæng mellem kvaliteten og *hospitals*volumen. For 68 andre operationstyper er der ikke statistisk sammenhæng mellem kvalitet og *kirurgens* operationsvolumen i 68% af tilfældene. Rapporten konkluderer, at der ikke findes entydige videnskabelige beviser på, at patientvolumen i sig selv indebærer bedre behandlingsresultater ved kirurgiske indgreb – store sygehuse er ikke a priori bedre end små; men der findes heller ikke noget videnskabeligt bevis på, at små sygehuse er lige så gode som store.

En norsk rapport har undersøgt mortalitetsrater for perioden 1994-97 for: Hjerterinsufficiens og chok, AMI, apopleksi, lungebetændelse samt hofte- og femurfraktur (21). 60 hospitaler indgik i undersøgelsen. Undersøgelsen viser signifikant forskel i ratio mellem forventet og observeret dødsfald både hospitaler og regioner imellem. Generelt er den korrigerede⁷ mortalitet lavere på små end på store hospitaler. Det mønster er konsistent for de undersøgte sygdomsgrupper med undtagelse af apopleksi, hvor mortaliteten er lavest på undervisningshospitaler.

Den korrigerede mortalitetsratio (observeret død/forventet død) varierer signifikant mellem hospitaler; også mellem hospitaler af samme type (en faktor 2-3 mellem hospitaler med laveste og højeste rater). Undersøgelsen viser ikke signifikant association mellem behandlingsvolumen og mortalitetsrater for de 5 undersøgte sygdomsgrupper.

⁷ Korrigeret for forskel i alder, køn, DRG-gruppe, biddiagnoser og indlæggelsesvarighed.

2.5 Metodebegrænsninger i litteraturen

Der er en omfattende litteratur, der fokuserer på sammenhængen mellem volumen og kvalitet – men der er i fagkredse fremført kritik af det metodiske grundlag for konklusionerne i en række af de gennemførte studier.

I følge (22) kan en positiv sammenhæng mellem højt volumen og forbedret kvalitet tilskrives, at øvelse gør mester. Imidlertid kan andre faktorer forklare sammenhængen, nemlig at læger med gode resultater tiltrækker flere patienter, eller at hospitaler med højt volumen tiltrækker bedre læger.

Standardisering af datamaterialer for confounders (andre forhold end volumen, der påvirker kvaliteten) er ikke altid tilstrækkelig grundig (23), (4). I et litteraturstudie omfattende 220 referencer blev under en fjerdedel vurderet til at have foretaget tilstrækkelig kontrol for case-mix. Når man fokuserer på disse studier, er evidensen for en relation mellem volumen og kvalitet mindre klar, men stadig signifikant i en række tilfælde. Men da en række studier ikke kontrollerer for case-mix, kan man formode, at volumens betydning for kvalitet i en række publicerede undersøgelser overvurderes. Endvidere er der i de gennemgåede referencer ikke enighed om, hvad der er stort henholdsvis lille volumen.

En måde at sikre kontrol for confounders på er at basere undersøgelserne på randomiserede forsøg. I følge en gennemgang af (24) er det imidlertid kun få af de studier, der vedrører *lægevolumens* betydning for sammenlignelige patientgrupper, der er baseret på et randomiseret, kontrolleret forsøg. De fleste studier baserer sig i stedet på registerdata. Endvidere fremføres det, at studier af sammenhængen mellem hospitalsvolumen og kvalitet, der anvender kliniske data fra patientjournaler, har mindre sandsynlighed for at vise en signifikant association end studier baseret på administrative data (fx patientadministrative registre). Forskelle i case-mix kan således forklare en del af den observerede positive relation mellem volumen og kvalitet der referes i en række studier.

Et andet kritikpunkt, der er blevet fremført, er, at den foreliggende litteratur som oftest anvender mortalitet som kvalitetsparametre (25). Denne parameter er kun anvendelig på højrisiko områder, og det kræver et ekstremt stort datamateriale at påvise sammenhæng mellem kvalitet og mortalitet på lavrisikoområder. Stærkest association mellem volumen og kvalitet er således vist for AIDS behandling, operation for kræft i bugspytkirtlen og aorta-aneurisme samt pædiatrisk hjertesygdom (24).

Litteraturen og den ledsagende debat blandt fagfolk tilsiger, at nye kvalitetsmål må tages i brug, når sammenhængen mellem volumen og kvalitet skal vurderes: fx kan grad af compliance med kliniske guidelines (målt på indikatorer) identificere faktorer, der er associeret med dårlig kvalitet, der igen fører til et dårligt resultat for patienten (26).

Selvom de gennemførte studier ofte kritiseres, anfører de fleste større rapporter, at sammenhæng mellem kvalitet og volumen for den enkelte speciallæge er umiddelbart indlysende og alment anerkendt. Det må derfor accepteres, at det anslåede minimale patientvolumen pr. speciallæge base-res på et kvalificeret fagligt skøn (4).

2.6 Sammenfatning og diskussion

Centralisering af patientbehandlingen inden for en række områder sker blandt andet for at opnå et større behandlingsvolumen med henblik på at forbedre behandlingskvaliteten. Det er imidlertid vanskeligt at finde brede *generaliserbare* resultater i de undersøgelser, der beskæftiger sig med denne sammenhæng.

Et stort antal studier viser, at volumen, forstået som enten behandlingsfrekvens pr. læge eller pr. hospital, spiller en vis rolle, men en del af studierne kan kritiseres for deres metodeanvendelse; blandt andet for utilstrækkelig confounderkontrol. Flere studier, der søger at korrigere for disse forhold, finder dog positiv sammenhæng mellem volumen og kvalitet, men i reglen på en mindre skala. Under alle omstændigheder ser de kvalitetsmæssige fordele ved en centralisering af patientbehandlingen ud til at begrænse sig til højt specialiserede behandlinger. Hovedparten af studierne fokuserer imidlertid udelukkende på højrisiko-behandlinger, og det er derfor vanskeligt at konkludere noget om fordele og ulemper ved centralisering af lavrisiko-behandlinger. Der findes desuden kun få studier inden for medicinske specialer.

Herudover findes enkelte beretninger om kvalitetsfordele ved samling af relaterede specialer på samme geografiske lokalitet. Samlet set er faglige fordele primært fundet ved samling af forskellige typer kirurgiske indgreb, neonatalbehandling samt HIV/AIDS behandling.

Der er tillige forskellige holdninger til, hvilken grad af videnskabelig evidens der skal til, for at de påviste sammenhænge kan danne grundlag for policy-making. Men selv om der ikke er videnskabelig evidens for sammenhæng mellem volumen og kvalitet, leverer praksis udmærket evidens inden for en række områder.

Som anført er der ikke en entydig årsagssammenhæng mellem volumen og kvalitet. Således kan der være flere årsager til, at høj volumen for visse sygdomskategorier giver bedre kvalitet. En forklaring kan være, at det er nødvendigt med kontinuerlig træning/erfaring for at vedligeholde sundhedspersonalets færdigheder (øvelse gør mester). Men en række studier har vist, at andre faktorer kan forklare den fundne sammenhæng. For eksempel har et studie vist, at patienter behandlet for AMI på sygehuse med højt volumen fik mere effektiv medicin, end patienter behandlet på sygehuse med lavt volu-

men. Et andet studie har vist, at ved visualisering af galde- og bugspytkirtelgange brugte sygehuse med højt volumen mindre risikofyldte teknikker sammenlignet med sygehuse med lavt volumen. Et tredje studie, der har analyseret nyretransplantation, viste, at sygehuse med højt volumen havde øget organoverlevelse sammenlignet med sygehuse med lavt volumen. Denne forskel skyldtes bedre behandlingsstrategi på sygehuse med højt volumen (5), (6).

Samtidig kan forskellige former for selektion gøre sig gældende: Læger med gode resultater tiltrækker flere patienter. Og Hospitaler med højt volumen tiltrækker bedre læger (22).

Endelig er kvalitetsmålet oftest mortalitet, men i nogle studier opereres med mortalitet på hospital (dvs. under indlæggelse), mens kvalitetsmålet i andre studier er mortalitet inden for 30 dage efter behandling (dvs. også efter udskrivning). Hvis mortalitet under indlæggelse anvendes, får forskelle i liggetiden for den enkelte patient stor indflydelse for resultatet.

Der er i litteraturen ikke enighed om, hvor den grænse, der adskiller lav og høj volumen, går. Norton (16) anfører, at mortaliteten falder ved et volumen fra 53-107 operationer pr. år, for derefter at stabilisere sig så en yderligere volumenøgning ikke får indflydelse på kvaliteten. Hannan (8) anfører, at læger med et volumen på mere end 125 operationer/år, som arbejder på hospitaler med et volumen på mere end 600 operationer af en given type/år, opnår de bedste resultater. Endelig anfører Luft (11) 200 indgreb/år som nedre grænse for et højvolumen hospital. Der er således ikke fundet et endeligt mindste volumen der skal til for at skabe en god kvalitet.

2.7 Situationen i Danmark

Der er ikke grund til at antage, at sammenhængen mellem volumen og kvalitet er anderledes i Danmark end i udlandet. De landsdækkende kvalitetsinitiativer, som Den Gode Medicinske Afdeling og Det Nationale Indikatorprojekt, giver grundlag for at undersøge sammenhængen mellem kvalitet og volumen; dette er endnu ikke gjort.

Samlet set må det antages, at volumen alene er for groft et mål at bruge i planlægning af sundhedstilbud. Kvalitet for patienten afhænger af en række faktorer, som omfatter kompetence og erfaring af de individuelle klinikere, det samlede læge/sygeplejerske-teams erfaring, adgang til komplementærspecialer og serviceafdelinger samt udvalget af diagnostiske og behandlingsmæssige procedurer. Endelig spiller den tiltagende subspecialisering en rolle; idet den enkelte fagprofessionelle skal spænde over et langt smallere felt end tidligere.

Den optimale størrelse af et akut-hospital afgøres således af interaktionen mellem behov for sundhedsydelser i befolkningen og den nødvendige sammenhæng mellem de kliniske specialer og støttefunktioner. Sammenlægning af sygehuse er relevant, der hvor sygehuset ikke fungerer på fuld kapacitet, og hvis patientbehandlingen kræver en stab og støttefunktioner, det ikke er realistisk at opretholde på et lille sygehus (4).

Referencer

- (1) Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
- (2) Sheikh K. Reliability of provider volume and outcome associations for healthcare policy. *Medical Care* 2003; 41(10):1111-1115.
- (3) Luft HS. From Observing the Relationship Between Volume and Outcome to Making Policy Recommendations. *Medical Care* 2003; 41(10):1118-1122.
- (4) Sowden A, Grilli R, Rice N. The relationship between hospital volume and quality of health outcomes. York: University of York, 1997.
- (5) Teisberg P, Hansen FH, Hotvedt R, Ingebritsen T, Kvalvik AG, Lund E et al. Pasientvolum og behandlingskvalitet: Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgranskning. 2 ed. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering SMM, 2001.
- (6) Kizer KW. The volume-outcome conundrum. *New England Journal of Medicine* 2004; 349(22):2159-2161.
- (7) Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wenneberg DE, Lucas FL. Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2003; 349(22):2117-2127.
- (8) Hannan EL, Wu C, Ryan TJ, Bennett E, Culliford AT, Gold JP et al. Do hospitals and surgeons with higher coronary artery by-pass graft surgery volumens still have lower risk-adjusted mortality rates. *Circulation* 2003; 108(7):795-801.
- (9) Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: A systematic review. *Medical Care* 2003; 41(10):1129-1137.
- (10) Flood AB, Scott WR, Ewy W. Does practice make perfect? *Medical Care* 1984; 22(2):98-114.
- (11) Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? *New England Journal of Medicine* 1979; 301(25):1364-1369.
- (12) Kelly JV, Hellinger FJ. Physician and Hospital Factors Associated With Mortality of Surgical Patients. *Medical Care* 1986; 24(9):785-800.
- (13) Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998; 280(20):1747-1751.
- (14) Kumplainen S, Grénman S, Kyrrönen P, Pukkala E, Sankila R. Evidence of benefit from centralised treatment of ovarian cancer: A nationwide population-based survival analysis in Finland. *Int J Cancer* 2002; 102(5):541-544.
- (15) Roohan PJ, Bicknell NA, Baptiste MS, Theriault GD, Ferrara EP, Siu AL. Hospital Volumen Differences and Five-Year Survival from Breast Cancer. *American Journal of Public Health* 1998; 88(3):454-457.
- (16) Norton EC, Garfinkel SA, McQuay LJ, Heck DA, Wright JG, Dittus R et al. The effect of hospital volume on the in-hospital complication rate in knee replacement patients. *Health Serv Res* 1998; 33(5 Pt 1):1191-1210.

- (17) Hemmelgarn BR, Ghali WA, Quan H. A case study of hospital closure and centralization of coronary revascularization procedures. *Canadian Medical Association* 2001; 164(10):1431-1435.
- (18) Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, Powe NR. The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(21):1640-48.
- (19) Bach PB, Cramer LD, Schrag D, Downey RJ, Gelfand SE, Begg CB. The influence of hospital volumen on survival after resection for lung cancer. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(3):181-188.
- (20) Landstingsförbundet. Är stora sjukhus bättre än små? Om volymens betydelse för kvaliteten inom kirurgin. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.
- (21) Guldvog B, Kopjar B. In-hospital mortality rates in Norway. 1994-1997. Nordbyhagen: HELTEF, 1999.
- (22) Ferguson B, Rice N, Sykes D, Aletras V, Eastwood A, Sheldon T et al. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *Effective Health Care* 1996; 2(8):1-16.
- (23) Sowden AJ, Watt I, Sheldon TA. Volume of activity and healthcare quality: Is there a link? In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J, editors. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997: 9-22.
- (24) Halm EA, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine* 2002; 137(6):511-519.
- (25) Posnett J. Are bigger hospitals better? In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002: 100-118.
- (26) Sheikh K. Utility of provider volume as an indicator of medical care quality and for policy decisions. *The American Journal of Medicine* 2001; 111(9):712-715.

3. Sammenhængen mellem sygehusstørrelse og produktivitet

Af Anders Blædel Lassen og Anni Ankjær-Jensen

3.1 Indledning

De samlede driftsudgifter til det danske sygehusvæsen udgjorde i 2003 ca. 47 mia. kroner,⁸ hvilket gør denne sektor til langt det største udgiftsområde indenfor sundhedsvæsenet. Der er derfor et politisk ønske om at være i stand til at udnytte ressourcerne i sygehusvæsenet bedst muligt, men vel at mærke uden konsekvenser for lighed i adgangen til sundhedsydelser og behandlingskvaliteten.

Bedst mulig ressourceudnyttelse opnås ved en høj produktivitet, idet produktivitet måles som forholdet mellem produktionen og det medgåede ressourceforbrug (se fx (1;2)). Optimal produktivitet indebærer, at produktionen tilrettelægges således, at et givet produktionsniveau opnås ved anvendelse af færrest mulige ressourcer, eller at de givne ressourcer anvendes således, at der opnås den højest mulige produktion.

Til denne problemstilling knytter sig spørgsmålet om, hvordan sygehusenheder skal organiseres for at opnå størst mulig produktivitet. Beslutningstagerne handler eller argumenterer ofte ud fra den forventning, at målet om høj produktivitet bedst opnås hvis der produceres ydelser i stor skala, dvs. på relativt store sygehusenheder (3;4). Som en logisk konsekvens af dette vil det som beslutningstager være interessant at se nærmere på lukning eller sammenlægning af mindre sygehusenheder.

Med henblik på at undersøge om der vil være produktivetsgevinster ved at koncentrere sygehusudbudet på færre men større enheder, indeholder dette kapitel en gennemgang af litteratur, som sammenligner produktivitet på sygehuse af forskellig størrelse. Kapitlet indeholder desuden en gennemgang af undersøgelser, der belyser mulighederne for opnåelse af produktivetsgevinster ved sammenlægning af sygehusenheder. Litteraturen består primært af videnskabelige undersøgelser udarbejdet på grundlag af data fra USA, men også fra Storbritannien og andre industrialiserede lande.

⁸ Amtsrådsforeningens opgørelse.

3.2 Teoretisk ramme

Som udgangspunkt for en gennemgang af litteraturen på området gives i det følgende en kort introduktion til den økonomiske teori, der er relevant i forbindelse med en diskussion af sammenhængen mellem sygehusstørrelse og produktivitet samt mulighederne for at opnå produktivetsgevinster gennem sammenlægninger. Dernæst præsenteres de mest anvendte metoder til måling af produktivitet.

Produktivetsgevinster

Teorien om stordriftsfordele refererer til sammenhængen mellem produceret mængde og input/produktionsomkostninger. Såfremt den producerede mængde stiger mere end proportionalt med forøgelsen i input/produktionsomkostninger, er der tale om en situation med tiltagende skalaafkast og mulighed for at opnå stordriftsfordele gennem en øget produktion. Er der derimod tale om en situation, hvor den producerede mængde stiger mindre end proportionalt med forøgelsen i det samlede input/produktionsomkostninger, er der tale om faldende skalaafkast eller stordriftsulempen. Endelig kan der være tale om, at forøgelsen i den producerede mængde stiger proportionalt med forøgelsen i input/driftsomkostninger – en situation der benævnes konstant skalaafkast. Ud fra en ren produktivitetstankegang bør en virksomhed ideelt befinde sig på det produktionsniveau, hvor der er konstant skalaafkast.

Årsagerne til stordriftsfordele skal bl.a. findes i eksistensen af faste omkostninger, som indtil et vist niveau er konstante, selv om produktionen stiger, samt muligheden for at optimere produktionen ved arbejdsdeling. Stordriftsulempen opstår, når produktionen passerer et niveau, hvor der vil være stigende vanskeligheder med at administrere og koordinere virksomheden.

En række forhold omkring omkostningsstrukturen i sygehusvæsenet indikerer, at der ud fra ovennævnte teoretiske betragtninger vil være økonomiske fordele ved at organisere sygehusene i store enheder.

For det *første* vil der i forbindelse med sygehusdrift være en række faste omkostninger, der langt hen ad vejen er uafhængige af patientvolumen. Det drejer sig om kliniske og administrative støttefunktioner (laboratorier, administration m.v.), opretholdelse af døgnberedskab samt anskaffelse og drift af avanceret klinisk udstyr. Tendensen til øget specialisering og udvikling af stadig mere avanceret diagnostisk udstyr kan ydermere forventes at medvirke til et højere niveau af faste omkostninger for de enkelte sygehuse. Ved en større produktion vil gennemsnitsomkostningerne derfor falde, indtil kapaciteten er fuldt udnyttet. Ved fysisk sammenlægning af sygehusenheder kan der evt. opnås besparelser ved reduktion af ledig kapacitet, administrative dobbeltfunktioner og til en vis grad også ved reduktion af klinisk personale og støttefunktioner (5).

For det *andet* kan man forestille sig, at et større produktionsvolumen i sig selv muliggør mere effektive arbejdsrutiner samt tillader en større arbejdsdeling, fx i forbindelse med analyseproduktionen i et laboratorium.

For det *tredje* kan man forestille sig, at større enheder kræver forholdsvis mindre kapacitetsoverskud i form af ledige senge, ledige operationsstuer samt beredskab i øvrigt til imødegåelse af variationer i belægning og akutbelastning (6).

Stordriftsfordele kan også tænkes at opstå i form af *samdriftsfordele* (*economies of scope*). Dette sker, hvis man ved at samle flere forskellige afdelinger og specialer kan opnå en større produktion med samme ressourceindsats. Man udnytter herved, at en række faciliteter, fx medicinsk udstyr, er fælles for flere forskellige afdelinger og specialer. Samdriftsfordele kan også bestå i at samle ambulante og stationære patienter, eller ved at samle akutte og planlagte patienter (6;7). Der kan også opstå *samdriftsulemper* fx unødvendigt brug af avanceret klinisk udstyr, som ikke var til rådighed før sammenlægningen.

En række karakteristika ved sygehusvæsenet indebærer imidlertid også, at der kan opstå stordriftsulemper. Sygehuset er en kompleks organisation bestående af mange selvstændige afdelinger. Selv om den enkelte afdeling fungerer på et optimalt niveau, kan der opstå problemer knyttet til opretholdelse af overblik, fx manglende sammenhæng mellem kapaciteten i forskellige afdelinger (flaskehalse) eller uforholdsmæssigt høje administrationsomkostninger (lange kommunikationsveje).

Samlet set kan en mere koncentreret sygehusstruktur ud fra en økonomisk teoretisk betragtning indebære en produktivitetsgevinst gennem:

- en bedre udnyttelse af de faste omkostninger (bedre kapacitetsudnyttelse)
- store sygehuse kan tilrettelægge arbejdet mere optimalt end små
- samdriftsfordele.

Men samtidig eksisterer også muligheden for fremkomsten af stordriftsulemper, bl.a. gennem manglende styringsmuligheder.

Sammenlægning af sygehusenheder

Ud fra et teoretisk synspunkt kan *sammenlægninger* forstås på to måder. Der kan være tale om vertikale sammenlægninger, hvor de involverede firmaer / enheder har forskellige roller i produktionsprocessen. Eller det kan dreje sig om horisontale sammenlægninger, hvilket involverer firmaer / enheder med produktion af ensartede varer eller ydelser. I forbindelse med sammenlægning af fysiske enheder i sygehusvæsenet vil der ofte være tale om

horisontale processer, hvor ensartede funktioner rykkes sammen på en enkel geografisk lokalitet (7).

Der kan desuden skelnes mellem sammenlægning (eng.: mergers) og fusion (eng.: consolidation). Førstnævnte indebærer principielt nedlæggelse af én fysisk enhed, eksempelvis gennem overtagelse af en anden enhed, der kører produktionen af ydelser videre. En fusion indebærer, at to eller flere enheder opløses og genopstår i en helt ny organisationsform. Det er imidlertid ikke praktisk muligt at skelne mellem disse former i dette kapitel, og begrebet *sammenlægning* vil i det følgende betyde, at to eller flere sygehusenheder indgår i en ændret eller helt ny fysisk struktur, og der vil være mindre fokus på selve organisations- og ledelsesformen.

Målemetoder

Ved produktivitet forstås forholdet mellem produktionen (output) og de ressourcer der medgår ved fremstillingen af det pågældende produkt (input) (1;2)⁹

$$\text{produktivitet} = \frac{\text{produktion}}{\text{ressourceforbrug}}$$

Måling af sygehusets produktivitet forudsætter således en værdisætning både af sygehusets ressourceforbrug og af sygehusets produktion. Mens det er relativt nemt at opgøre sygehusets samlede ressourceforbrug, er det langt vanskeligere at opgøre sundhedssektorens output, idet nogle patienter er langt mere ressourcekrævende end andre. Det er derfor vigtigt at tage højde for enhedernes patientsammensætning eller case-mix, når produktiviteten skal sammenlignes, fx ved at opgøre produktionen i DRG-point (2).

De mest anvendte analysemetoder er nøgletalsanalyser, regressionsmetoder og den såkaldte DEA-metode (Data Envelopment Analysis). Disse benyttes ud fra forskellige beregningsmetoder til at bestemme produktiviteten relativt mellem enhederne. Dermed siger analyserne ikke noget om enhedernes absolutte produktivitet. Selv om en sygehusenhed klarer sig relativt godt i en produktivitsanalyse, kan der altså stadig være mulighed for yderligere forbedringer af produktiviteten (8).

DEA-metoden er baseret på mikroøkonomisk produktivitetsteori, og forudsætter relativt få antagelser om den underliggende sammenhæng mellem input og output. Desuden giver metoden mulighed for at inddrage mange inputs og outputs på tværs af de analyserede enheder, og giver et letforståeligt produktivitsmål, der sammenligner de analyserede enheder (2).

⁹ Ikke at forveksle med effektivitet, der normalt defineres som ressourceforbrug sat forhold til den opnåede målopfyldelse eller effekt.

En ulempe ved DEA-analysen er, at den er deterministisk, hvilket betyder at den usikkerhed der er i de anvendte data vil blive defineret som ineffektivitet. Som alternativ til DEA-analyser kan produktivitetsanalyser baseres på regressionsanalyse af kategorien Stochastic Frontier Analysis (SFA). Med en enkelt undtagelse (9) har denne metode dog ikke fundet anvendelse indenfor det danske sundhedsvæsen, men er hyppigt brugt i relation til sektorer, fx beskæftigelsesområdet (8).

Storbritannien og Finland er blandt de lande, der har haft tradition for at anvende både DEA- og SFA-analyser indenfor sundhedsområdet. Studier herfra viser, at de to metoder kommer til ganske forskellige resultater (10;11). De adskiller sig grundlæggende ved, at DEA-analyserne ser på teknisk produktivitet, mens SFA-analyserne ser på en kombination af teknisk og allokativ produktivitet (12). I forbindelse med policy analyse er begge produktivetsproblematikker imidlertid relevante, og de to metoder skal derfor ses som komplementære. Også i Danmark har DEA og SFA analyserne været anvendt (9).

3.3 Litteratur om sygehusstørrelsens sammenhæng med produktiviteten

Hovedparten af de studier der relaterer sig til spørgsmålet om sygehusstørrelsers relation til produktivitet, herunder udnyttelsen af potentielle stordriftsfordele, stammer primært fra USA, men til dels også fra Canada og Storbritannien.

Den udvalgte litteratur omhandler det relative størrelsesforhold mellem sygehuse, dvs. om sygehusstørrelsen har betydning for produktivitet, og i givet fald om det er klarlagt, hvor stort et sygehus i givet fald bør være for at opnå størst mulig produktivitet. Derudover er der medtaget en række undersøgelser, der ser på muligheden for at opnå stordriftsfordele ved sammenlægninger af to eller flere mindre sygehusenheder, med en volumenforøgelse af produktionen til følge.

Sygehusstørrelser og produktivitet

I Finansministeriets budgetredegørelse fra 1998 er både DEA- og SFA-metoderne anvendt til at analysere produktiviteten på landets sygehuse. Redegørelsen viser, at metoderne medfører meget forskellige resultater og rangordning af sygehusene, og der findes ikke nogen systematisk forskel mellem store og små sygehuse (9).

I en rapport fra det danske Evalueringscenter for Sygehuse (3) sammenfattes de skandinaviske undersøgelser, der er lavet omkring stordrift og produktivitet på sygehuse. Mange af dem præges af forskellige metodeproblemer, der gør resultaterne usikre, men tendensen er, at større enheder giver

større omkostninger pr. indlæggelsesforløb. Rapporten konkluderer, at sammenhængen mellem størrelsen af sygehusenheder og omkostninger er kompleks, og at de forventede stordriftsfordele bl.a. kan tænkes at udeblive eller måske endda vise sig som stordriftsulemper. Det skyldes bl.a., at større enheder kræver relativt flere ressourcer til ledelse og styring og bruger flere kliniske servicefunktioner.

Det svenske *Hälsö- och sjukvårdens utvecklingsinstitut*, Spri, har i 1997 udført en empirisk undersøgelse baseret på ressource- og præstationsdata på 17 läns-sygehuse (4). Via en DEA-analyse finder undersøgelsen, at 8 ud af disse 17 sygehuse er fuldt produktive, dvs. at de har konstant skalaafkast. Disse 8 sygehuse er af forskellig størrelse, og undersøgelsen finder dermed ikke én optimal sygehusstørrelse, der kan sættes i relation til opnåelsen af maksimal produktivitet.

Tre af sygehusene har tiltagende skalaafkast, dvs. at produktiviteten kan forbedres ved at øge produktionen. De resterende 6 sygehuse udviser tegn på aftagende skalaafkast, dvs. at produktionsapparatet er for stort til at opnå optimal produktivitet. I denne forbindelse er det interessant, at de 3 sygehuse med tiltagende skalaafkast alle befinder sig i størrelsesordenen ca. 50-150 sengepladser, mens de 6 sygehuse med aftagende skalaafkast alle placerer sig i størrelsesordenen ca. 150-350 sengepladser.

Noget tyder altså på, at der kan opnås en bedre produktivitet i relativt større enheder, men at gennemsnitsomkostningerne stiger igen, når sygehusenhederne når en vis størrelse. Det skal imidlertid bemærkes, at undersøgelsen er gennemført med data fra de relativt små läns-sygehuse, og det er således vanskeligt at sammenholde denne undersøgelse med internationale undersøgelser, der i reglen også inddrager sygehuse med mere end 400 sengepladser.

Spri-undersøgelsen konkluderer, at større sygehuse ikke nødvendigvis medfører en øget produktivitet og deraf følgende muligheder for at opnå stordriftsfordele. Forfatterne peger på, at en vigtig forklaring muligvis kan være, at det ikke er relevant at betragte alle sygehuse som ens organisationer. Sygehusenes organisation og case-mix er eksempelvis parametre, der gør det svært at sammenligne enhederne. I international sammenligning har svenske sygehuse desuden en relativ stor grad af selvstændighed og kan derfor være vanskelige at sammenligne med andre landes sygehusvæsnere.

Erfaringer fra Storbritannien viser i overensstemmelse med ovennævnte svenske undersøgelse, at tiltagende skalaafkast kun findes ved relativt små akutte sygehusenheder. En undersøgelse fra York peger således på, at optimal produktivitet opnås på sygehuse med 100-200 sengepladser. Produktivitetsgevinster bør derfor kunne hentes ved sammenlægning af

mindre enheder, hvor den nye enhed ikke overstiger denne optimale størrelse. Sygehuse med mere end ca. 300-600 senge udviser i undersøgelsen tegn på stordriftsulemper (13).

Et enkelt studie skelner mellem patienttyper i forhold til spørgsmålet om den optimale størrelse. Hvis et sygehus har en patientsammensætning, der primært består af patienter under 14 år, er sygehuset mest produktivt ved en gennemsnitsstørrelse på 226 senge. For sygehuse med flest patienter over 65 år, er det tilsvarende gennemsnitstal 76 senge. Der ses altså en relativ hurtig udtømming af stordriftsfordele når patientgruppen primært består af ældre patienter (14).

Et eksempel på denne kompleksitet er illustreret i en undersøgelse fra New Zealand, hvor forskellige typer af sygehusenheder sammenlignes. Her ses, at mindre enheder (typisk lokale sygehuse) samt fødeklinikker og geriatriske hospitaler har et betydeligt potentiale for stordriftsfordele på både kort og lang sigt, mens større somatiske sygehuse har en relativt lav produktivitet. Det samme gør sig gældende for psykiatriske hospitaler. Studiet konkluderer, at der for visse enheder kan være et potentiale for at opnå en større produktivitet, men at mange andre faktorer end sygehusenhedens størrelse kan influere på mulighederne for dette. Det kan eksempelvis være teknologiske og kvalitetsmæssige forskelle mellem sygehusene eller forskelle i patientsammensætningen (15).

Et enkelt studie ser på størrelse i forhold til antallet af udskrivinger på grundlag af data fra en række privatejede *for-profit* hospitaler i Californien. Undersøgelsen er i denne sammenhæng interessant, da den beskæftiger sig med spørgsmålet om mulige stordriftsfordele i forbindelse med støttefunktionerne på store hhv. små sygehuse. Der ses på en række støttefunktioner (administration, marketing, regnskab, fakturering, vask mv.), og de gennemsnitlige omkostninger for de pågældende funktioner opgjort per udskrivning sammenholdes med hospitalets samlede antal udskrivinger. Resultaterne viser, at der for sygehuse med under 10.000 årlige udskrivinger er mulighed for produktivetsgevinster ved hovedparten af de valgte omkostningsområder. Desuden er potentialet større på områder, der er relativt afhængige af intern opgaveløsning, såsom administration og regnskab, mens det er mindre på områder, der nemt udliciteres (trykkeriopgaver, vask mv.) (16).

Undersøgelser af sammenhængen mellem sygehusstørrelse og produktivitet tegner altså ikke et klart billede af en evt. optimal sygehusstørrelse. Flere undersøgelser indikerer, at enheder i størrelsesordenen 200-400 sengepladser er mest produktive, men at andre faktorer, herunder især patientsammensætningen, har indflydelse på sammenhængen mellem produktivitet og størrelse.

Evidens for produktivetsforbedringer gennem sammenlægning af sygehusenheder

Dette afsnit indeholder en gennemgang af undersøgelser, der belyser mulighederne for at opnå produktivetsforbedringer gennem sygehussammenlægninger. Afsnittet indeholder desuden en gennemgang af undersøgelser, der belyser, om sammenlægninger af sygehuse har givet anledning til besparelser – idet det bemærkes, at besparelser ikke nødvendigvis er ensbetydende med produktivetsforbedringer.

Resultater i denne gennemgang understøtter generelt resultaterne omtalt i forrige afsnit for så vidt angår spørgsmålet om den optimale sygehuss størrelse. Eksempelvis viser et studie, der gør brug af data fra californiske hospitaler, at der med sikkerhed kan opnås bedre produktivitet, dvs. stordriftsfordele, ved sammenlægning af meget små enheder. Der er en vis usikkerhed forbundet med fastsættelsen af den sygehuss størrelse, der med størst sandsynlighed vil udvise konstant skalaafkast. Undersøgelsens resultater peger imidlertid på, at dette sker ved en størrelse svarende til ca. 370 senge (17). Produktivetsgevinster (tiltagende skalaafkast) ses dermed kun ved sammenlægninger af sygehuse, hvor den sammenlagte enhed har færre end ca. 370 senge.

Forbedret produktivitet hænger bl.a. sammen med muligheden for at reducere omkostningerne pr. behandling. En undersøgelse fra USA (18) viser i den forbindelse, at sygehuse der sammenlægges, generelt har lavere omkostninger per indlæggelsesforløb i forhold til ikke sammenlagte sygehuse. I perioden 1987 – 1997 blev der målt en gennemsnitlig omkostningsstigning på 22,5% for en gruppe sygehuse, der var involveret i sammenlægninger, og 32,6% for en gruppe som ikke var.

En del af litteraturen omkring sammenlægninger beskæftiger sig med muligheden for at øge produktiviteten af støttefunktionernes ydelser. De undersøgelser, der foreligger om dette, drejer sig hovedsageligt om stordriftsfordele ved sammenlægning af laboratoriefunktioner og administrative opgaver.

I forbindelse med førstnævnte er der modsatrettede erfaringer. Selvom der i laboratoriarbejdet kan være en række identiske apparaturer og procedurer, vil der være områder, hvor en særlig specialisering af personale og udstyr er nødvendig. Dermed kan en evt. sammenlægning med andre typer laboratorier give en mindre effektiv udnyttelse af ressourcerne (19).

En undtagelse fra dette er gengivet i et internt produktionsstudie af erfaringer fra sammenlægninger af laboratoriefunktioner i Vejle Amt. Her har man sammenlagt 5 hidtil geografisk spredte specialer i et nybygget laboratoricenter tilknyttet Vejle Sygehus. Det vurderes, uden at det er nøje undersøgt,

at der er opnået en produktivetsgevinst ved denne indretning, idet den såkaldte "rutineproduktion" nu er samlet på ét sted (20).

Hvad angår undersøgelser, der ser på sammenlægninger af sygehusenheder med henblik på at opnå omkostningsbesparelser, er der tegn på, at dette har et større potentiale ved fysiske sammenlægninger end ved løsere samarbejder (hvor de samarbejdende sygehuse forbliver fysisk selvstændige – fx ved funktionsbærende enheder). For sygehuse der har gennemgået en fysisk sammenlægning, viser undersøgelsen en gennemsnitlig omkostningsreduktion på 14 % opgjort ved hhv. 2, 3 og 4 år efter sammenlægningen set i forhold til perioden før og justeret for karakteristika ved de matchede, individuelle sygehuse. Organisering af eksisterende sygehusenheder i løsere samarbejde udviste ingen besparelser (21).

Ensartethed med hensyn til organisatorisk opbygning af enheder der sammenlægges har også vist sig at have en betydning. I USA har en undersøgelse påvist en gennemsnitlig besparelse på ca. 7% i forhold til de samlede driftsomkostninger, når sammenlagte enheder blev sammenlignet med en referencegruppe af ikke sammenlagte enheder. Besparelserne er størst, hvor enhederne forud for sammenlægningen havde et antal ensartede ydelser og støttefunktioner, der relativt let kunne centraliseres. Det skal dog nævnes, at studiet ikke nødvendigvis er generaliserbart til nordeuropæiske forhold, da de største besparelser ses hos mindre private sygehuse med en forholdsvis lav belægningsprocent (< 55%) før sammenlægningen (22).

Enkelte undersøgelser beskæftiger sig med muligheden for at opnå konkrete besparelser gennem sammenlægning af administrative funktioner.

Således viser et studie fra USA, at der kan være betydelige fordele ved sammenlægninger. Det drejer sig især om reduktioner i bemanningen på ledelsesrelaterede og administrative opgaver (eks. regnskab, økonomi, indkøb, IT) (23). På den anden side kan store forskelle mellem de enheder, der står foran sammenlægning, betyde store udgifter til omlægninger af fx informationssystemer og tab på den kliniske drift, hvilket i så fald kan opveje de forventede gevinster (24).

Et nyere studie fra Storbritannien ser på sammenlægninger af *NHS trusts* og prøver at sætte konkrete tal på forventede og realiserede administrative besparelser. De forventede besparelser var før sammenlægningen på gennemsnitligt £500.000 om året. Det første år efter sammenlægningen var den gennemsnitlige besparelse imidlertid kun £178.700 og det næste år £346.800. Tallene skal tolkes med forsigtighed, men forfatterne mener, at hovedårsagen til de relativt små besparelser er, at sammenlægningerne krævede en langt større grad af koordination og styring end forventet fra start (25).

Med hensyn til spørgsmålet om, hvorvidt udnyttelse af samdriftsfordele reelt er opnåelige ved sammenlægninger af sygehuse, er der kun fundet et enkelt studie. Det ser specifikt på omkostninger for Health Maintenance Organisations (HMOs) i Californien for perioden 1986 – 1992,¹⁰ og konkluderer, at selv om der for mindre sygehuse kan opnås stordriftsfordele ved sammenlægninger, er der ikke dermed nogen positiv sammenhæng mellem samdriftsfordele og sammenlægninger (26).

At finde en sammenhæng mellem sammenlægning af sygehusenheder og udnyttelsen af potentielle produktivetsgevinster, eller besparelser, må altså siges at være en meget kompleks problemstilling, der er forskellig fra sundhedssystem til sundhedssystem. Generelt kan den siges at være meget afhængig af de enkelte sygehusenheders karakteristika, og især for USA gælder, at konkurrencesituationen på markedet også spiller en væsentlig rolle. Desuden er det ofte uklart i hvilken størrelsesorden en eventuel besparelse vil blive (27).

Metodiske problemer

Den traditionelle litteratur på området er bl.a. blevet kritiseret for at undervurdere produktiviteten for større sygehusenheder. Det skyldes, at mindre sygehuse ofte foretager mindre komplicerede behandlinger og har færre investeringer i højteknologisk apparatur, end de store sygehuse, og at undersøgelserne ikke i tilstrækkeligt omfang korrigerer for forskelle i *case-mix* og brugen af avanceret teknologi (28).

Desuden kan det være problematisk, at hovedparten af litteraturen omkring størrelsen af sygehusenheder og omkostninger stammer fra undersøgelser i USA og til dels Storbritannien. Produktivetsanalyserne er dermed lavet ud fra disse landes opfattelse af, hvad der udgør et nødvendigt antal specialer og støttefunktioner på et hospital. Eksempelvis kan konklusionerne fra University of Yorks store undersøgelse omkring sygehusstørrelser, således ikke nødvendigvis umiddelbart overføres til andre landes systemer, der måske har en anden vurdering af dette (29).

En væsentlig fælles ulempe ved hovedparten af de gennemførte studier er imidlertid manglende eller uklare definitioner af, hvad en sygehusenhed egentlig er. Med hensyn til kvalitet måles primært på specifikke behandlinger, dvs. afdelingsniveau, mens omkostningsstudier ofte måler på sygehuse. Sidstnævnte udgøres ofte af en blanding af store og små afdelinger, og mulighederne for at opnå stordriftsfordele afhænger således både af selve sygehusets størrelse og af afdelingernes organisering (3).

¹⁰ Kaiser Permanente', en californisk HMO, er ekskluderet fra studiet grundet dens atypiske størrelse og organisering.

3.4 Forhold der kan gøre det vanskeligt at realisere potentielle fordele

Argumenter mod sammenlægninger høres ofte udformet som en kritik af tilhængerne for at forlade sig på utilstrækkelig og til tider modsætningsfyldt evidens, herunder tvivlsomme muligheder for reel udnyttelse af skalaøkonomi samt organisationsmæssige konsekvenser under og efter sammenlægningsprocessen (25).

Blandt de faktorer, der kan vanskeliggøre udnyttelsen af potentielle effektivitetsgevinster, er først og fremmest, at det er ressourcekrævende at sammenlægge afdelinger – i hvert fald på kort sigt (30). Såfremt den nye enhed ikke har fået tilført tilstrækkelige ressourcer til at varetage en øget behandlingskapacitet, opstår der en risiko for ledelsesproblemer, nedbrud af teknisk udstyr, øget fravær blandt personalet mv. (29). Forhold som alle kan medvirke til, at en forventet produktivitetsgevinst ikke bliver realiseret (jf. kapitel 6 i antologien).

I USA ses en tendens til, at svage aktører søger at konsolidere sig gennem sammenlægninger og fusioner ud fra den betragtning, at alternativet er en lukning (31). Imidlertid stiller indkøberne (forsikringsselskaber, Medicare, mv.) ofte krav om, at ydelser skal tilbydes lokalt. Det kan medvirke til at større effektivitetsfordele ved sammenlægninger bliver svære at realisere, idet sammenlægningerne dermed ofte kun medfører effektivisering af administrationsfunktionen, men ikke formår at udnytte kapaciteten af det teknologiske udstyr fuld ud. Dermed kan fordringer vedrørende adgang til sundhedsydelser (hvad enten de er formuleret af private eller offentlige aktører) være en faktor, der må afvejes mod muligheden for at opnå effektiviseringsgevinster.

John Posnett argumenterer i en bog om ændringer i de europæiske hospitalssystemer for, at den optimale størrelse for en sygehusenhed er en funktion mellem patientadgang, stordriftsfordele og volumen (set som et kvalitetsparameter) (29). Denne funktion er et udmærket billede af de konklusioner, der kan uddrages af den gennemgåede litteratur. Dette kapitel har vist, at den politiske argumentation omkring mulighederne for økonomiske gevinster ved sammenlægninger af sygehusenheder ofte står i kontrast til den empiriske erfaring. I bedste fald er disse gevinster afhængige af en lang række faktorer fra størrelse og patientsammensætning til de involverede sygehusenheders organisation og struktur, hvilket ikke altid afspejles i beslutningstagernes udgangspunkt.

3.5 Afsluttende bemærkninger

Dette kapitel har belyst, hvorledes sygehusstørrelser hænger sammen med produktivitet, og som følge heraf hvilke økonomiske argumenter der bruges som grundlag for politiske beslutninger om sammenlægning af fysiske enhe-

der.

Baggrunden for dette er, at politiske argumenter for at organisere sygehusvæsenet i større enheder ofte er relateret til et ønske om at udnytte stor-driftsfordele, eller et ønske om at rationalisere evt. overskydende kapacitet i behandlingssystemet for at sikre sygehusvæsenets finansielle bæredygtighed. I offentligt integrerede systemer, med skattefinansiering som det danske, spiller politiske beslutningstagere i den forbindelse en afgørende rolle (modsat eks. USA hvor konkurrencesituationen er en dominerende faktor) i forhold til beslutninger om sygehuses størrelse og evt. sammenlægning af mindre enheder.

Den gennemgåede empiri viser ikke en klar sammenhæng mellem sygehusstørrelse og optimal produktivitet. Dog er der tegn på, at sygehuse i størrelsesordenen 200 til 400 sengepladser er mest produktive. Med hensyn til at opnå økonomiske gevinster gennem sammenlægninger af sygehusenheder er potentialet generelt størst, såfremt det er relativt små enheder der sammenlægges. Derudover peger enkelte undersøgelser på mulige besparelser ved centralisering af administrative enheder og støttefunktioner.

Imidlertid har mange andre faktorer end selve sammenlægningen betydning for, i hvilket omfang eventuelle muligheder for produktivitetsforbedringer kan udnyttes. Blandt andet influerer også sygehusets sammensætning m.h.t. specialer og patientsammensætning, hvilket er forhold, det kan være vanskeligt at adskille fra størrelsens betydning.

Hovedparten af undersøgelserne bygger på økonomiske analyser af sygehusenheder. Men et af de væsentlige problemer i den forbindelse er, at der ikke findes en klar definition af, hvad et "sygehus" er. Kun i enkelte undersøgelser argumenteres der således for eksistensen af en optimal sygehusstørrelse, og det er som oftest uklart hvilke specialer, patientsammensætninger mv. der er tale om ved en given sammenlægning.

Som det fremgik af kapitel 1 (tabel 1), er der i Danmark i de seneste 20 år sket en koncentration af sygehusudbudet. Da der hovedsageligt har været tale om en reduktion i antallet af de helt små sygehuse (32), er det sandsynligt, at udviklingen indtil nu har medført produktivtetsgevinster.

I de senere år er der, som følge af arbejdet med udarbejdelsen af de funktionsbærende enheder, sket en række omstruktureringer (flytning af personale, patientgrupper m.v. mellem sygehuse), som ikke i alle tilfælde har indebåret fysiske sammenlængninger ((2;33;34). Hvilke konsekvenser dette har haft for produktiviteten, er det ikke muligt at afgøre på grundlag af den her gennemgåede litteratur.

Om den kommende strukturreform vil medføre en yderligere sammenlæg-

ningsbølge står endnu ikke klart. Men under alle omstændigheder må det forventes, at tendensen til en langsom reduktion i antallet af fysiske enheder vil fortsætte, idet næsten alle amter i de senere år har været – og er det fortsat – i gang med sådanne processer (34). Afhængig af de sammenlagte enheders karakteristika er det sandsynligt, at stordriftsfordele kan realiseres indtil en vis sygehusstørrelse. Det vil imidlertid være centralt for den enkelte brugers adgangsmulighed, at beslutningstagerne afvejer potentialet for økonomiske gevinster mod principperne om lige adgang, bl.a. i forbindelse med den geografiske fordeling af sammenlægningerne.

Referencer

- (1) Ankjær-Jensen A. Indledning: Status for produktivets- og effektivitetsmål. In: Ankjær-Jensen A, editor. Produktivets- og effektivitetsmål i sygehusvæsenet – En status. København: Dansk Sygehus Institut, 1989: 9-19.
- (2) Olesen OB, Petersen NC. Måling af sygehusets produktivitet – En anvendelse af DEA-metoden og DRG-systemet. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, 1999.
- (3) Juhl A. Små eller store sygehuse: Kvalitet og økonomi – Tro eller viden. København: Evalueringscenter for Sygehuse, 2000.
- (4) Grönqvist E, Andersson BL, Åhgren B. Stora eller små sjukhus. Stockholm: Spris förlag, 1997.
- (5) Ankjær-Jensen A, Christensen M. Nogle scenarier for den fremtidige sygehusstruktur for de somatiske sygehuse i Danmark. 2. udgave. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2003.
- (6) Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J, editors. Concentration and choice in healthcare. London: Financial Times Healthcare, 1997.
- (7) Goddard M. Mergers in the NHS. London: The Nuffield Trust, 1997.
- (8) FOKUS. Benchmarking af den offentlige service. København: FOKUS, 2004.
- (9) Finansministeriet. Benchmarking af sygehuse. In: Finansministeriet, editor. Budget-redegørelse 1998. København: Finansministeriet, 1998.
- (10) Linna M, Hakkinen U. A comparative application of economic frontier and DEA methods for assessing cost efficiency of Finnish hospitals. Dev Health Econ Public Policy 1998; 6:169-187.
- (11) Jacobs R. Alternative methods to examine hospital efficiency: data envelopment analysis and stochastic frontier analysis. Health Care Manag Sci 2001; 4(2):103-115.
- (12) Kooreman P. Data envelopment analysis and parametric frontier estimation: complementary tools. J Health Econ 1994; 13(3):345-346.
- (13) Ferguson B, Posnett J, Sheldon T. The Relationship between Volume and the Scope of Activity and Hospital Costs. Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1997.
- (14) Banker RD. Estimating most productive scale size using data envelopment analysis. European Journal of Operational Research 1984; 17(1):35-44.
- (15) Scuffham PA, Devlin NJ, Jaforullah M. The structure of cost and production in New

Zealand public hospitals: an application of the transcendental logarithmic variable cost function. *Applied Economics* 1996; (28):75-85.

- (16) Dranove D. Economies of scale in non-revenue producing cost centers: Implications for hospital mergers. *Journal of Health Economics* 1998; 17(1):69-83.
- (17) Frech HE, Mobley LR. Resolving the impasse on hospital scale economies: a new approach. *Applied Economics* 1995; 27(3):286-296.
- (18) Spang HR, Bazzoli GJ, Arnould RJ. Hospital mergers and savings for consumers: exploring new evidence. *Health Aff* 2001; 20(4):150-158.
- (19) Dooley KC. Does Merging Operations Always Increase Cost-Effectiveness? An Analysis of Combined Adult/Pediatric versus Stand-Alone Pediatric Laboratory Services. *Clinical Leadership & Management Review* 2000; 14(5):225-228.
- (20) Hollnagel B. Laboratoriet ved Vejle Sygehus det første af sin art i Danmark. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2000; 76(6):196-199.
- (21) Dranove D, Lindrooth R. Hospital consolidation and costs: another look at the evidence. *J Health Econ* 2003; 22(6):983-997.
- (22) Connor RA, Feldman RD, Dowd BE, Radcliff TA. Which types of hospital mergers save consumers money? *Health Aff* 1997; 16(6):62-74.
- (23) Bazzoli GJ, LoSasso A, Arnould R, Shalowitz M. Hospital Reorganization and Restructuring Achieved Through Merger. *Health Care Management Review* 2002; 27(1):7-20.
- (24) Shaw DW. Mergers and Health Care Organizations. *Journal of Health Care Finance* 2003; 29(3):28-37.
- (25) Fulop N, Protosaltis G, Hutchings A, King A, Allen P, Normand C et al. Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *BMJ* 2002; 325(7358):246.
- (26) Given RS. Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry. *J Health Econ* 1996; 15(6):685-713.
- (27) Alexander JA, Halpern MT, Lee SD. The Short-Term Effects of Merger on Hospital Operations. *Health Services Research* 1996; 30(6):826-847.
- (28) Lynk WJ. The creation of economic efficiencies in hospital mergers. *Journal of Health Economics* 1995; 14(5):507-530.
- (29) Posnett J. Are bigger hospitals better? In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002: 100-118.
- (30) Canadian Health Services Research Foundation. *The Merger Decade*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2000.
- (31) Wicks EK, Meyer JA, Carlyn M. *Assessing the Early Impact of Hospital Mergers*. Washington D.C.: Economic and Social Research Institute, 1998.
- (32) Sundhedsstyrelsen. *Virksomheden ved sygehuse 2001*. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
- (33) Tegl Rasmussen L, Engberg L. *Med strømmen. En kortlægning af arbejdet med funktionsbærende enheder i Danmark*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002.
- (34) Samuel J. *Notat: Ændringer i sygehusstruktur med særlig fokus på nedlæggelse/sammenlægning af sygehus/akutte beredskaber indenfor det somatiske område*. København: Amdsrådsforeningen, 2003.

4. Patientens perspektiv på sygehusstruktur

Af Marie Lund Nielsen

4.1 Indledning

Set fra et patientperspektiv indebærer et mere centraliseret sygehusvæsen mulighed for en forbedring af behandlingskvaliteten, idet en koncentration af patienterne på færre enheder muliggør, at lægerne får større rutine (Kapitel 2). Samtidig åbner de potentielle stordriftsfordele (Kapitel 3) en mulighed for, at der kan opnås "mere sundhed for pengene" eller "samme sundhed for færre penge". Med andre ord et reduceret pres på de offentlige udgifter og dermed skatterne.

På den anden side indebærer et mere centraliseret sygehusvæsen ulemper for patienterne i form af en generelt længere afstand til sygehuset og indlæggelser på store institutioner, som måske mangler det lille lokalsygehus' tryghed og nærhed.

Især sidstnævnte argumenter har været fremført af repræsentanter for lokalbefolkningerne i de områder, der har været genstand for sygehuslukninger (1). Men spørgsmålet er, hvor dækkende denne argumentation har været for hele befolkningens holdninger, og hvordan patienterne reelt afvejer fordele og ulemper ved en mere centraliseret sygehusstruktur.

Det er formålet med dette kapitel at forsøge at besvare ovennævnte spørgsmål gennem en præsentation af eksisterende viden, dels om patienternes præferencer ved valg af sygehus, dels af patienternes tilfredshed med forskellige sygehustyper. Det er artiklens overordnede intention at opnå viden om, hvilke ønsker og forventninger patienterne har til det offentlige sygehusvæsen, på en sådan måde at patientens perspektiv kan tages med, når nye idéer skal spredes i organisationen.

De faktorer, som påvirker patientens præferencer og holdninger, er sparsomt belyst. Alligevel vil artiklen forsøge at afdække disse faktorer ud fra en tematiseret gennemgang af den sparsomme litteratur på området, og dermed samtidig afdække behovet for yderligere undersøgelser.

4.2 Patientens perspektiv versus beslutningstagernes perspektiv

Patientens/brugerens perspektiv vil antageligvis være forskellig fra de sundhedsprofessionelles perspektiv, og der kan være forskel på, hvad de sundhedsprofessionelle forestiller sig afgør valget af sygehus og årsager til det reelle valg, der træffes af patienten.

For at kunne tilrettelægge sundhedsvæsenets ydelser og organisering er det derfor væsentligt for beslutningstagere i sundhedsvæsenet at have kendskab til, hvad det er patienterne efterspørger, herunder patientens præferencer og prioritering i forhold til at vælge sygehus.

Patientens erfaringer fra og opfattelser af sundhedsvæsenet har været genstand for en øget opmærksomhed de sidste 20 år. Der er sat fokus på vigtigheden af, at patienten får lov til at udtale sig. Der bliver peget på, at en fremgangsrig og god organisation forstår at møde behovet hos forbrugerne eller kunderne.

Patienttilfredshed har vist sig at spille en stor rolle for, om man efterspørger medicinske råd, følger op på behandlingen og fortsætter med at benytte sundhedstjenester. Patienttilfredshed er altså ikke bare vigtig i sig selv, men også i forhold til sundhedsstatus, hvilket gør patienttilfredshed til et vigtigt område inden for kvalitetsudvikling (2).

4.3 Øget fokus på patientperspektivet

Patientens perspektiv tager udgangspunkt i individuelle forhold som individets sygdom, lidelse, helbredelse eller lindring, og vil dermed være knyttet til den enkelte patient og dennes krop. Patientens viden og erfaringer vil ofte relatere sig til oplevelser fra hverdagen og tage udgangspunkt i konkrete erfaringer eller oplevelser (3).

Patientperspektivets betydning øges i takt med den stigende markedsorientering af sygehusvæsenet, som bl.a. giver sig udtryk i øget valgfrihed. En valgfrihed der giver sig udtryk i individuelle valg, herunder valg af alternative behandlingsformer (4). Dog er der oftest tale om ressourcestærke patienter, eller patienter der har ressourcestærke pårørende.

Valgfriheden understøttes af, at patienter har fået lettere adgang til professionel og institutionel viden om sundhedsvæsenet (5). En udvikling der medfører en mere selvstændig positionering, hvor patienterne i højere grad vil klare sig selv og altså benytte sig af *empowerment*, frem for at være fuldstændig afhængige af andre (6). Patient-*empowerment*¹¹ er et begreb, der

¹¹ *Empowerment*-begrebet er oprindeligt opstået som en reaktion på undertrykkelse og ulige magtfordeling i samfundet, men er senere blevet videreudviklet i protest mod det lægelige arbejde og ekspertvældet (7).

har vundet stigende indpas i relation til arbejdet i sundhedsvæsenet og handler grundlæggende om at styrke den enkelte patients tro på egne ressourcer og kompetencer samt aktive medvirken ved beslutninger og målsætninger omkring behandling og pleje. Formålet er gennem overdragelse af viden og færdigheder at gøre patienten i stand til at håndtere sin sygdom i overensstemmelse med egne ønsker og behov og således modvirke afmagt og afhængighed (8-10). Der findes i sundhedsvæsenet en stigende erkendelse af, at empowerment og udvidelsen af patientautonomien er nødvendig for at opnå og bevare et godt helbred i befolkningen (7).

Det øgede fokus på patientperspektivet kan også ses i udviklingen af patientperspektivet i de medicinske teknologivurderinger (11). Politisk er man blevet mere opmærksom på, at det har central betydning at få patientvurderinger med ved beslutninger, der har konsekvens for patienterne. Dette kan observeres ved den stigende indflydelse, som forskellige patientforeninger har fået (12). Udviklingen med øget patientindflydelse og brugerinddragelse kan også observeres i eksempelvis den nationale handleplan for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (13).

I takt med et øget fokus på patientperspektivet i national sammenhæng er der ligeledes blevet fokus på begrebet patienttilfredshed. Der er fra Sundhedsministeriet, amterne og H:S lavet flere patienttilfredshedsundersøgelser, hvilket også er gældende på lokalt niveau i forskellig udstrækning (14;15).

4.4 Undersøgelser af patienttilfredshed

Danske patienttilfredshedsundersøgelser

Gennem de senere år er der gennemført flere danske undersøgelser, som beskriver patienternes tilfredshed og erfaringer både i de enkelte amter og på sygehuse. I 2000 blev den første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse udgivet. Undersøgelsen er planlagt til at skulle gentages hvert andet år (16), og der blev således også udgivet en landsdækkende rapport om patienternes tilfredshed i 2002 (15) samt i 2004 (17).

Gennemgående for de tre tilfredshedsundersøgelser er, at patienterne har et godt samlet indtryk af indlæggelsen. Andelen, der har fundet det samlede indtryk virkelig godt, er steget fra 34% i 2000 til 42% i 2002.¹² I 2004 er andelen faldet til 30% med en tilsvarende stigning i andelen med et godt samlet indtryk af indlæggelsen. Hovedparten af patienterne i både 2000, 2002 og 2004 har tillid til lægernes og plejepersonalets faglige dygtighed, og de oplever at blive behandlet efter egne behov. Endvidere mener størstedele-

¹² Resultatet fra LPU 2000 er ikke direkte sammenligneligt med resultatet fra LPU 2002, da der i reference populationen til LPU 2002 indgår en større andel akut indlagte end til LPU 2000. Der kan således være en tendens til, at stigningen i andelen af patienter, der svarer positivt på spørgsmålet om samlede vurdering af indlæggelsen, er undervurderet i LPU 2002 i forhold til LPU 2000, idet akut indlagte generelt er mindre tilfredse end planlagt indlagte. Effekten af dette vurderes dog som yderst begrænset (15).

len af patienterne, at der er en god kommunikation med fagpersonalet, herunder lydhørhed over for patientens beskrivelse af sygdom og behov. Den mundtlige og skriftlige information under indlæggelsen vurderes også generelt som god. Generelt ses en tendens til, at mænd og ældre på 60 år eller derover samt planlagt indlagte forholder sig mere positivt til ovenstående, end tilfældet er for kvinder og patienter under 60 år samt akut indlagte. Overordnet peger patienttilfredshedsundersøgelserne på, at information og behandlingsforløb, herunder koordination og kontinuitet, er temaer som kan forbedres. Undersøgelsen fra 2004 viser endvidere, at patientsikkerhed, medinddragelse af patienter og pårørende samt ventetid er primære indsatsområder fremover.

De danske patienttilfredshedsundersøgelser viser alle en tendens til, at henholdsvis små og vestdanske sygehuse klarer sig bedre end store og østdanske sygehuse, hvad angår patienternes samlede indtryk af indlæggelsen.¹³ Forskellen bør dog vurderes i forhold til eventuelle kulturforskelle mellem patienterne, men en reel forskel i kvaliteten på sygehusene kan ikke afvises. Patienttilfredshedsundersøgelserne består primært af vurderingsspørgsmål, men indeholder også et åbent spørgsmål, hvor patienterne har mulighed for at gøre opmærksom på områder, som de mener, burde være integreret i undersøgelsen¹⁴ (15-17). Gennem anvendelsen af åbne spørgsmål er det i højere grad muligt at indfange patienternes nuancerede perspektiver på sygehusstrukturen, end hvis der alene var tale om lukkede svar-kategorier. Forskellen i patienttilfredsheden mellem store og små sygehuse påvises ligeledes i en norsk undersøgelse af patienttilfredsheden ved 14 norske sygehuse.

Nogle norske patienterfaringer

En norsk tværsnitsundersøgelse præsenterer et sammendrag af patienterfaringer på tværs af 14¹⁵ norske sygehuse. Rapporten¹⁶ fra projektet: Resultatforskning og Kvalitetsevaluering i Sygehuse (RESKVA) beskriver patienternes erfaringer med forskellige aspekter af sygehusophold ved et repræsentativt udvalg af norske sygehuse. Rapporten analyserer desuden variationen i patienterfaringer og helserelateret livskvalitet mellem forskellige patientgrupper og forskellige sygehus typer, herunder regions-, central- og

¹³ I undersøgelsen dækker betegnelsen *store sygehuse* store stærkt specialiserede sygehuse enten med betydelige lands- og landsdelsfunktioner eller med betydelige amtsfunktioner. *Små sygehuse* dækker over henholdsvis lokalsygehuse med mindst 3 kliniske afdelinger, lokalsygehuse med en medicinsk og kirurgisk afdeling foruden anæstesi og røntgendiagnostik, lokalsygehuse med en fælles medicinsk-kirurgisk afdeling samt andre somatiske sygehuse.

¹⁴ Det fremgår af undersøgelse, at disse kommentarer vil blive gennemgået og inddraget i planlægningen af næste LUP, men en reel oversigt over svarene findes ikke i rapporterne, hvilket kunne være frugtbart.

¹⁵ I rapporten angives, at 15 sygehuse blev inviteret, men at rapporten bygger på 14 sygehuse.

¹⁶ Projekt Resultatforskning og Kvalitetsevaluering i sygehuse (RESKVA) er et nationalt projekt som Stiftelse for hel-setjenesteforskning (HELTEF) gennemfører på opdrag af og med finansiering fra Social- og Helsedepartementet. Gen-nem RESKVA forsøger HELTEF at bidrage til at udvikle valide mål for patientresultater.

amtssygehuse (2). Spørgeskemaer blev udsendt til 17.657 patienter 6 uger efter udskrivelse fra sygehus i efteråret 1996, og rapportens resultater er baseret på 9.653 besvarelser, hvilket svarer til en svarprocent på 55 %. Ved sammenligningen mellem forskellige sygehuse og afdelinger blev der korigeret for forskelle i patientsammensætning.

Undersøgelsens resultater med hensyn til forskelle mellem sygehustyper er sammenfattet i tabel 4.1. I tabellen sammenlignes patienternes vurdering inden for forskellige temaer, idet det angives om, og i hvilket omfang, forskellene imellem sygehusene er statistisk signifikant. De tre sygehustyper afspejler sygehusenes specialiseringsgrad og størrelse.

Tabel 4.1 viser, at der er statistisk signifikant forskel i patienterfaringerne mellem de 3 sygehustyper i 15 af de 20 spørgsmål. Der er *ikke* statistisk signifikant forskel mellem sygehusene på de resterende 5 spørgsmål, bl.a. om hvorvidt patienterne har følt sig fejlbehandlet og indtryk af udstyret på sygehuset.

Tabel 4.1 Sammenligning af patienttilfredshed mellem patienter indlagt på regionssygehuse, centralsygehuse og amtssygehuse. Sammenligning er foretaget efter justering for forskelle i patientsammensætning

Patienternes erfaring/ vurdering	Regionssygehuse sammenlignet med øvrige	Centralsygehuse sammenlignet med øvrige	Fylkesygehuse sammenlignet med øvrige
Generelle forhold			
Tillid til sygehuset		Ringere	
Tilfredshed (pleje og behandling)			Bedre
Medicinsk fejlbehandling			
Udstyret			
Ressourcerne	Ringest		Bedst
Pleje- og lægeydelser			
Sygeplejerskernes omsorg	Ringere		Bedst
Sygeplejekompetencen			Bedre
Sygeplejerskernes tid	Ringest		Bedst
Lægeomsorg			Bedre
Lægekompetencen/dygtighed	Bedst	Ringere	
Information og kommunikation			
Fik fortalt personalet alt vigtigt			
Kommunikation mellem personalet			
Information om (bivirkning af lægemidler			
Information om resultater af prøver og undersøgelser			Bedre
Information til pårørende	Ringest		Bedst
Information om gener fremover		Ringere	Bedre
Kontinuitet og organisation			
Fast gruppe af sygeplejersker	Bedre		
En læge med hovedansvar			Bedst
Organisation af arbejdet som helhed	Ringere		Bedst
Uforudsete ventetider under indlæggelse	Ringest		Bedst

Forklaring: Bedst: Større patienttilfredshed end de to øvrige sygehus kategorier ($P < 0,001$)

Bedre: Større patienttilfredshed end de to øvrige sygehus kategorier ($P < 0,05$)

Ringest: Lavere patienttilfredshed end de to øvrige sygehus kategorier ($P < 0,001$)

Ringere: Lavere patienttilfredshed end de to øvrige sygehus kategorier ($P < 0,05$)

Kilde: Udarbejdet på grundlag af (2).

Med undtagelse af tillid til lægernes kompetencer og oplevelsen af om en fast gruppe af plejere tog hånd om dem, svarer de patienter, som har været indlagt på fylkesygehuse¹⁷ generelt mere positivt, end de patienter, der har været indlagt på region- og centralsygehuse.

Forskellen mellem sygehusene viser sig at være størst ved spørgsmål, der omhandler oplevelsen af kontinuitet i forhold til læger og plejepersonale. Bortset fra spørgsmålet om hvorvidt der var en fast gruppe af sygeplejersker som tager hånd om patienterne (regionssygehusene bedst), svarer patienter der har været indlagt på fylkesygehusene signifikant mere positivt, end patienter der har været indlagt på de øvrige sygehuse.

Ligeledes er der statistisk signifikant forskel mellem de tre sygehustyper på alle spørgsmål om erfaring med pleje- og lægeydelse. Patienter, der havde været indlagt på fylkesygehuse, er mest tilfredse ved 3 af de 4 spørgsmål. Dog udtrykker patienter, der har været indlagt på regionssygehusene, størst tilfredshed med lægens faglige dygtighed.

Der er færrest signifikante forskelle mellem sygehustyperne inden for spørgsmålene om generelle erfaringer fra sygehusophold og spørgsmålene om information og kommunikation. Dog er der stor variation i patienternes oplevelse af sygehusenes ressourcesituation. Patienter indlagt på regionsygehusene føler i højere grad end patienter indlagt på øvrige sygehuse, at ressourceforhold medfører, at de får en dårligere behandling.

Rapportens forfattere fremfører i et diskussionsafsnit, at en mulig årsag til de fundne forskelle kan være forskelle i specialiseringsgrad og den deraf følgende arbejdsdeling mellem sygehusene. Flere rapporter har vist, at de mest syge patienter er de mest kritiske i vurderingen af sundhedsvæsenet. Denne forklaring afvises dog, idet forfatterne fremfører, at de mere specialiserede patienter ikke nødvendigvis er mere "syge" end de mindre specialiserede patienter.

En anden mulig årsag til forskellene kan være, at et sygehus i et mindre miljø (fylkesygehusene) nyder en større grad af loyalitet end sygehuse i de største byer. Det er muligt, at den position sygehuset har i lokalmiljøet bidrager til, at tærsklen for at kritisere bliver højere og dermed bidrager til de gode resultater for denne sygehustype.

At patienterne oplevede, at organiseringen af arbejdet i almindelighed var bedre på fylkesygehuset end de øvrige sygehuse, kan skyldes, at fylkesygehusene generelt er mindre, og organiseringen derfor mere overskuelig. Patienterne ved lokalsygehuse oplever mindre uforudset ventetid end patienterne ved andre sygehuse.

¹⁷ I Norge kaldes mindre lokalsygehuse for fylkessykehuse.

Resultatet med hensyn til ressourcers negative betydning for behandlingskvaliteten på regionssygehusene skal ifølge forfatterne næppe tolkes som, at regionssygehusene ikke afsætter de nødvendige ressourcer til at gennemføre deres højt specialiserede behandlinger. I stedet mener de, at resultatet snarere afspejler, at patienter indlagt på regionssygehusene – ifølge undersøgelsen – i højere grad end patienterne på de øvrige sygehuse, har været udsat for overbelægning og derfor har måttet ligge i en seng på gangen.

4.5 Patientens præferencer ved valget af sygehus

Med henblik på at belyse hvorledes patienter vurderer faktorer som afstand til sygehuset og behandlingskvalitet, indeholder dette afsnit en gennemgang af danske og udenlandske undersøgelser af faktorer, der har betydning ved valg af sygehus. Til orientering viser den landsdækkende tilfredshedsundersøgelse fra 2004, at 87% af de fra undersøgelsen planlagt indlagte patienter var bevidste om, at de selv kunne vælge sygehus, og at 49% af de, der var bevidste om muligheden, gjorde brug heraf.¹⁸

Geografiske forhold

Flere undersøgelser tyder på, at de geografiske forhold – herunder afstanden til sygehuset – er af stor betydning for valget af sygehus (14;18;19). Hovedparten af patienterne vælger at blive behandlet på det sygehus som er nærmest deres bopæl. Således mener over halvdelen af de adspurgte i en Gallup-undersøgelse (58%), at nærhed er en vigtig begrundelse for valg af sygehus (20).

I en dansk patienttilfredshedsundersøgelse fra 2000 fremgår det, at af patienter, som selv havde valgt sygehus, angav næsten halvdelen (46%) at have valgt sygehus på baggrund af afstand til bopælen (16). I undersøgelsen fra 2002 er der sket en stigning på dette område til lidt over halvdelen af patienterne (15). Ligeledes fremgår det af en spørgeskemaundersøgelse, at over en tredjedel (38%) af de patienter som selv havde valgt sygehus mente, at afstand til egen bopæl var baggrund for valget (14). Endelig konkluderer en undersøgelse, at afstanden er den vigtigste faktor for valg af sygehus ved tilskadekomst (19). I en engelsk undersøgelse nævnes afstanden som en af de vigtigste faktorer i forhold til at determinere, hvorvidt en patient ønsker at blive indlagt på et bestemt sygehus eller ej (21).

På baggrund af den systematiske gennemgang af litteraturen, er der ikke fundet artikler, der kan afdække årsagerne til, at afstanden har betydning for valg af sygehus, men derimod artikler der finder, at afstandens betydning for patienternes valg af sygehus bliver påvirket af bl.a. indlæggelsesform, alder,

¹⁸ Nogenlunde samme tendens gjorde sig gældende ved LPU 2000 og LPU 2002. Dog er der sket en mindre stigning i andelen, der er bevidste om muligheden for frit sygehusvalg frem imod LPU 2004.

socioøkonomisk baggrund, kendskab til sygehuset, ventetid og lidelsens karakter (18).

Kvalitetens betydning for valg af sygehus

En systematisk litteraturgennemgang viser, at kvaliteten¹⁹ bliver vurderet til at være af stor betydning for valget af sygehus for den raske del af befolkningen, mens det for *patienter*, der står over for valget i forbindelse med indlæggelse, snarere er afstanden til sygehuset og egne eller bekendtes erfaringer med sygehuse, der har betydning (18). Ligeledes finder en amerikansk undersøgelse, at kvaliteten er af størst betydning i forhold til valg af sygehus blandt raske respondenter (22). Endelig mener knap en femtedel af befolkningen ifølge en Gallup-undersøgelse, at godt personale/gode læger og god behandling har en betydning for valg af sygehus (20).

Det tyder således på, at der i en vurdering af kvalitetens betydning for valg af sygehus bør tages højde for, hvorvidt der er tale om patienters præferencer eller den raske befolknings præferencer.

Ventetidens betydning for valg af sygehus

Ventetid på behandling kan betragtes som et aspekt af kvaliteten. Det er derfor relevant i en vurdering af kvalitetens betydning for valg af sygehus at undersøge ventetidens betydning for patientens valg af sygehus.

Ud fra litteraturen tegner der sig et billede af ventetiden som en mindre betydende faktor, end man kunne forvente. Ifølge en undersøgelse valgte 40% af hofte-/knæpatienter, som fik mulighed for at deltage i et ventelisteprojekt uden for amtet, at blive behandlet lokalt (23). Dog bliver ventetiden af omkring en tredjedel af patienterne nævnt som en årsag til valg af sygehus i patienttilfredshedsundersøgelsen fra 2000 (16). I en lignende undersøgelse fra 2002 angives ventetiden som årsag til valg af sygehus af under en femtedel af patienterne (15). Betydningen af ventetiden afhænger bl.a. af, hvilken patientgruppe der er tale om. Eksempelvis har ventetiden især betydning for kirurgiske patienter (23).

I en norsk undersøgelse er betydningen af ventetid i forhold til valg af sygehus dog noget mere fremtrædende, idet hele 54,5% lagde vægt på ventetiden, men flere lagde vægt på, at sygehuset var kendt for god behandling. Undersøgelsen finder ikke sammenhæng mellem uddannelse, alder, eller selvvalgt helbred i forhold til hvad der lægges vægt på ved valg af sygehus (24).

En engelsk undersøgelse, der omfatter patienter som har stået på venteliste og fået tilbudt at blive behandlet på et sygehus der lå længere væk, viser, at

¹⁹ Den patientoplevede kvalitet.

flere patienter er parate til at rejse længere væk for at undgå længere ventetid på en rutinemæssig elektiv operation (25).

Kendskab, erfaring og sygehusets omdømme

Sygehusets omdømme kan ses som et udtryk for befolkningens vurdering af sygehusets behandlingskvalitet, og det ser ud til, at kendskab og erfaringer med sygehuset kan være en vigtig faktor for valg af sygehus. En Gallupundersøgelse viser således, at godt en fjerdedel af befolkningen mener, at gode erfaringer med sygehuset er væsentlige i forhold til valg af sygehus. Endvidere er det af betydning, at sygehuset er tæt på familien, og at der er et godt kendskab til sygehuset (20).

I en tilfredshedsundersøgelse fra 2000 fremgår det ligeledes, at gode erfaringer med sygehuset og sygehusets gode ry har stor betydning for de patienter, der selv har valgt sygehus (16). De gode erfaringer ser ud til at have fået større betydning i undersøgelsen fra 2002 (15).

En brugerundersøgelse viser, at en fjerdedel af de adspurgte patienter mener, at gode erfaringer (25%) og sygehuset gode ry (24%) er årsag til valg af sygehus (14). Den systematiske gennemgang af litteraturen finder, at en række amerikanske undersøgelser, der omfatter raske borgere, peger på, at egne og andres erfaringer med sygehuset kan sidestilles med vigtigheden af dokumentation for kvalitet eller rådgivning fra den henvisende læge (18).

Afvejning mellem kvalitet og afstand

Som det er fremgået af de forrige afsnit, har både afstand til sygehuset og kvalitet – fx udtrykt ved ventetid og sygehusets omdømme – stor betydning for patienters valg af behandlingssted. Dette afsnit vil gennemgå analyser, der kan besvare spørgsmålet om, hvordan patienterne i en given situation vil afveje de to kriterier.

I en undersøgelse blev en række patienter bedt om at vurdere, hvor stor en risiko de var villige til at løbe for at blive opereret på et sygehus i nærområdet. Næsten tre fjerdedele af patienterne foretrak at blive opereret lokalt på trods af en lavere operativ mortalitetsrisiko ved behandling på et regionalt sygehus (26).

Undersøgelserne viser dog, at forskellige befolkningsgrupper prioriterer nærhed versus kvalitet forskelligt. I en undersøgelse, der omfatter brugen af det frie sygehusvalg²⁰ inden for tre amter, fremgår det således, at patienttypen havde betydning for, i hvilket omfang man benyttede sig af det frie syge-

²⁰ Benyttelse af muligheden for frit sygehusvalg - og dermed et sygehus udenfor lokalområdet - kan betragtes som et udtryk for, at patienten har valgt kvalitet, herunder kvalitet i form af en kortere ventetid, frem for nærhed. Manglende brug af det frie sygehusvalg kan dog ikke omvendt betragtes som fravalg af kvalitet, idet det nærmeste sygehus samtidig af patienten kan betragtes som det kvalitetsmæssigt bedste.

husvalg. Specialer med en lille akutandel og specialer med mere mobile patienter eller pårørende benyttede sig i højere grad af det frie sygehusvalg (27).

En undersøgelse, der omfatter et udsnit af den *raske befolkning*, viser, at mere end 80 % af danskerne er villige til at rejse uden for amtet for at blive behandlet på det bedste sygehus. Dette tyder på, at kvaliteten af behandlingen for raske personer overstiger betydningen af afstanden (28). I forlængelse af dette viser undersøgelsen, at den erhvervsmæssige placering har en betydning for, i hvor høj grad patienter er villige til at rejse uden for amtet for at blive indlagt på det bedste sygehus. Gruppen af ikke-erhvervsaktive og gruppen af danskere over 55 år viser sig mindst villig til at rejse uden for amtet for at blive behandlet, hvorimod gruppen af danskere under 35 år er de mest fleksible på dette område. På baggrund af undersøgelsen opstilles tre profiler, der inddeler den danske befolkning i henholdsvis de mobile, de bekvemme og de ambivalente (28).

4.6 Diskussion

I forbindelse med vurderinger af patienttilfredshed findes der forskellige modeller, hvoraf en af dem benævnes the "discrepancy" model. Modellen bliver anvendt til at argumentere for at tilfredshed er relativt, og hovedsageligt defineret ved diskrepansen mellem patienters forventninger og erfaringer. Herefter er denne model blevet yderligere revideret i en retning, hvor utilfredshed udelukkende bliver udtrykt, når der er tale om ekstremt negative oplevelser. Dette kan resultere i "for positive" resultater, hvilket der bør tages højde for ved gennemførelse af patienttilfredshedsundersøgelser (29).

Der er flere, der anbefaler, at forhold, der har indvirkning på indlagte patienters vurdering af tilfredshed og tryghed, bør studeres mere indgående. Eksempelvis gennem kvalitative interviewundersøgelser (30).

Brugernes villighed til at evaluere sundhedsvæsenets ydelser kan ikke tages for givet, eksempelvis har patienter udelukkende få forventninger i forbindelse med evaluering af de sundhedsydelser, de modtager. Samtidig oplever patienter en følelse af at være i et afhængighedsforhold til sundhedspersonalet hvilket kan influere på patienternes udtryk for tilfredshed (31).

Et andet perspektiv på patienttilfredshedsundersøgelser er, at disse ofte fokuserer på specifikke områder indenfor sundhedsvæsenet, og at et mere helhedsorienteret syn kunne være brugbart. Eksempelvis kan patienttilfredshedsundersøgelser anvendes i en benchmarking sammenhæng, hvor afsnit, afdelinger samt hele sygehuse kunne lære af hinandens erfaringer. Goul Andersen fører denne tanke videre til at sundhedsvæsenet i praksis kunne benchmarke med andre dele af den offentlige sektor, og ligeledes med sundhedsvæsenet set i et komparativt internationalt perspektiv med hoved-

vægt på patienternes indflydelse. Samtidig er der flere der stiller spørgsmål-stegn ved patienttilfredshed, hvorvidt den er så positiv som den ofte kommer til udtryk ved patienttilfredshedsundersøgelser (32).

På denne måde åbnes op for en lang række muligheder for anvendelse af patienttilfredshedsundersøgelser, som endnu blot er i spirende fase.

4.7 Afrunding

De danske patienttilfredshedsundersøgelser viser alle en tendens til, at henholdsvis små og vestdanske sygehuse klarer sig bedre end store og østdanske sygehuse, hvad angår patienternes samlede indtryk af indlæggelsen. Forskellen bør dog vurderes i forhold til eventuelle kulturforskelle mellem patienterne, men en reel forskel i kvaliteten på sygehusene kan ikke afvises. Ligeledes viser en norsk undersøgelse det generelle billede, at patienterne er mest tilfredse med de mindre lokalsygehuse. Rapporten pegede på, at en mulig forklaring herpå kan være, at befolkningen er mere loyal over for det lokale sygehus end over for sygehusene i de store byer.

Med hensyn til betydningen af faktorer som afstand og kvalitet ved valg af sygehus, viser gennemgangen, at begge faktorer er af stor betydning, men at faktorernes betydning er forskellig for forskellige befolkningsgrupper.

Mens kvalitet synes at være af størst betydning for den raske borger, ændrer præferencerne sig tilsyneladende, når den raske borger bliver patient. Dette kan formentlig forklares ved, at raske borgere har mere overskud til at undersøge markedet og derfor tillægger kvalitet højere værdi end afstand til sygehuset. Når den raske borger bliver syg, kan disse præferencer ændres. Det kan i stedet tænkes, at patienten nu vil stille højere krav til tryghed og nærhed og derfor vil vælge sygehus efter afstand. Men også inden for gruppen af patienter kan præferencerne variere, idet alder og mobilitet generelt synes at påvirke afstandes betydning ved valg af sygehus.

Disse resultater bekræftes af undersøgelser af afstandes betydning for den *faktiske brug* af sygehusydelser (Kap. 5). Større afstand til sygehuset medfører generelt en lavere brug af sygehusydelser, idet "afstandsfølsomheden" dog er størst for den mindst mobile del af befolkningen.

Gennemgangen viser endvidere, at faktorer som kendskab til – og erfaring med – sygehuset, sygehusets omdømme, ventetid og den praktiserende læges anbefalinger har indflydelse på patientens præferencer.

Det er ikke muligt at give noget entydigt billede af patienternes præferencer, hvilket bl.a. skyldes, at kun få undersøgelser belyser dette emne, og at området ofte kun er berørt overfladisk i forbindelse med en større under-

søgelse – eksempelvis en patienttilfredshedsundersøgelse. Endvidere er de foreliggende empiriske undersøgelser af patientpræferencer af svingende kvalitet og anvendelighed, hvilket bl.a. skyldes, at de anvendte undersøgelser indbefatter forskellige udsnit af befolkning og patienter.

Herudover er det vanskeligt at overføre resultater fra undersøgelser i andre lande til danske forhold, idet der kan være tale om andre former for institutionalisering af sundhedsvæsenet. Eksempelvis kan der i de amerikanske undersøgelser være lagt vægt på forhold gældende under mere markedsorienterede systemer.

Til brug for planlægningsformål er der derfor behov for yderligere undersøgelser for at få kendskab til patienternes præferencer, valg af sygehus og til hvilke faktorer der ligger bag. Det er ikke tilstrækkeligt alene at fokusere på, om sygehuset kan kurere patienterne, sygehuset skal også opfylde de behov og forventninger, som patienter og befolkning har. Der er mange ikke-kliniske betragtninger, eksempelvis over afstandens betydning, samt kendskab, tryghed og erfaringer, som kan være væsentlige i forbindelse med omorganisering af sundhedsvæsenet – herunder lukning af små sygehuse og en stigende specialisering.

Referencer

- (1) Larsen K. Ingen vil af med et sygehus. Ugeskrift for Læger 2003; 165(45):4276-4278.
- (2) Pettersen KI, Veenstra M. Pasienterfaringer og helserelatert livskvalitet i norske sykehus. Resultater fra en tverrsnittundersøkelse – høsten 1996. Akershus: HELTEF, 1999.
- (3) Timm HU, Hansen HP, Morgall J, Sigmund H. Feltarbejde, interview- og spørgeskemaundersøgelser. In: Kristensen FB, Hørder M, Poulsen PB, editors. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. København: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 2001: 36-55.
- (4) Jensen SFS. Patienters opfattelse af behandling, eksemplificeret ved tilbud om riluzole ved sygdommen amyotrofisk lateral sclerose. In: Holm-Petersen C, editor. Evidensbaseret sundhedsvæsen. Medicin, beslutningstagning, økonomi. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1998: 47-58.
- (5) Candlin CN, Candlin S. Discourse, Expertise, and the Management of Risk in Health Care Settings. Research on Language and Social Interaction 2002; 35(2):115-137.
- (6) Asmussen V, Jöhncke S. Brugerperspektiver – fra stofmisbrug til socialpolitik? Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, 2004.
- (7) Hvas AC, Thesen J. At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. Ugeskrift for Læger 2002; 164:5361-5365.
- (8) Feste C, Andersen RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Education and Counseling 1995; 26:139-144.
- (9) Andersen RM. Patient empowerment and the traditional medical model. Diabetes Care 1995; 18:412-415.

- (10) Maunsbach ME. Patientundervisning og patientskoler – idégrundlag og praksis. Ugeskrift for Læger 2002; 164:5269-5273.
- (11) Ong BN. The Lay Perspective in Health Technology Assessment. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1996; 12(3):511-517.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Brugerinddragelse og brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 1996.
- (13) Det nationale råd for kvalitetsudvikling sundhedsvæsenet. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
- (14) Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters vurdering af sygehusafdelinger i Roskilde Amt. Spørgeskemaundersøgelse blandt 3.400 patienter i år 2000. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2001.
- (15) Enheden for Brugerundersøgelser. Patienters vurdering af landets sygehuse 2002. Spørgeskemaundersøgelse blandt 32.000 patienter. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2003.
- (16) Enheden for Brugerundersøgelser. Patienternes vurdering af landets sygehuse. Spørgeskemaundersøgelse blandt 34.000 patienter. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2001.
- (17) Enheden for Brugerundersøgelser. Patientens vurdering af landets sygehuse 2004. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter. København: Enheden for Brugerundersøgelser, 2005.
- (18) Birk HO, Henriksen LO. Hvilke faktorer bestemmer valget af sygehus? Ugeskrift for Læger 2003; 165(38):3608-3612.
- (19) Hansen TB. Hvilke faktorer har betydning for valg af sygehus ved tilskadekomst? En undersøgelse af forholdene i Ringkøbing Amt. Ugeskrift for Læger 1994; 156(5):652-655.
- (20) Sigmund H. At vælge sygehus – Hvordan forbedres informationen? København: FOKUS, 1996.
- (21) Odell A. A study of patient referrals. Public Health 1983; 97(2):109-114.
- (22) Wolinsky FD, Kurz RS. How the public chooses and views hospitals. Hosp Health Serv Adm 1984; 29(6):58-67.
- (23) Birk HO. Hvordan vælger patienter sygehus? Sundhedsøkonomisk netværk, 16. juni 2004. [Internt notat]. Roskilde: [Roskilde Amt, Sundhedsforvaltningen], 2004.
- (24) Godager G, Iversen T. Hvem bruger retten til frit sygehusvalg? Resultater fra Samordnet levekårsundersøgelse 2002. Økonomisk Forum 2004; 4/5:49-56.
- (25) Howell GP, Richardson D, Forester A, Sibson J, Ryan JM, Morgans BT. Long distance travel for routine elective surgery: questionnaire survey of patients' attitudes. BMJ 1990; 300(6733):1171-1173.
- (26) Finlayson S, Birkmeyer JD, Tosteson A, Nease R. Patient Preferences for Location of Care. Implications for Regionalization. Med Care 1999; 37(2):204-209.
- (27) Birk HO, Henriksen LO. Brugen af det frie sygehusvalg inden for tre amter, 1991-1999. Ugeskrift for Læger 2003; 165(38):3613-3616.
- (28) PLS Consult. Det umuliges kunst. Om prioriteringer i velfærdsstaten belyst ved sygehusvæsenet. Århus: PLS Consult, 1999.
- (29) Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A Review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997; 45(12):1829-1843.
- (30) Sørensen LBT, Frederiksen H, Kærgaard J. Samme versus forskellige speciallæger på stuegang – Indvirkning på patienttilfredsheden. Ugeskrift for Læger 1998;6649-6652.

- (31) Owens J, Claire D, Claire B. Patient satisfaction and the elderly. Soc Sci Med 1996; 42(11):1483-1491.
- (32) Andersen JG. Kvantitative evalueringer i et patientperspektiv – hvordan kan vi gøre det bedre? Aalborg: CCWS – Center for sammenlignende velfærdsstudier. Aalborg Universitet, 2003.

5. Sygehusstruktur og ligheden i adgangen til sundhedsydelse

Af Anni Ankjær-Jensen

5.1 Indledning

I Danmark som i mange andre lande udgør lighed i adgangen til sundhedsydelse en væsentlig overordnet målsætning for sundhedsvæsenet. I aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om strukturreformen (1) fremgår således bl.a. følgende målsætning for sundhedsvæsenet: *"Regeringen vil sikre et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der tilbyder patienter fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau"*. Denne målsætning er i regeringens forslag til sundhedslov (2) blevet ændret til let og lige adgang.

De igangværende omstruktureringer indenfor sygehusvæsenet indebærer bl.a. en forøget koncentration af sygehusudbudet, der alt andet lige må forventes at øge den geografiske afstand til behandling og dermed forringe adgangen til sygehusbehandling for nogle patientgrupper. Denne artikel indeholder en gennemgang af den økonomiske teori vedrørende lighed i adgangen til sundhedsydelse, samt undersøgelser af afstandens betydning for befolkningens brug af sygehusydelse.

5.2 Teoretisk referenceramme

Lighed i relation til sundhedsydelse kan defineres på flere måder (3;4). Lighed kan fx defineres som:

1. Samme udgifter per indbygger i to eller flere områder
2. Samme ressourceindsats per indbygger i to eller flere områder
3. Samme ressourceindsats for ens behov
4. Samme mulighed for adgang til sundhedsydelse for ens behov
5. Samme brug af sundhedsydelse ved samme behov
6. Tilfredsstillelse af samme marginale behov
7. Samme sundhed for alle.

Når der tales om lighed i adgangen til sundhedsydelse – herunder geografisk lighed – er det især lighedsdefinition nr. 4 der tænkes på.

Adgangen til sundhedsydelse kan defineres på mange forskellige måder. Ifølge Carr-Hill m.fl. (5) bestemmes graden af adgang af to typer af alternativomkostninger ved at benytte sundhedsvæsenet, nemlig de sociale

omkostninger og økonomiske omkostninger. *De sociale omkostninger* består fx af uhensigtsmæssige åbningstider eller sprogbarrierer (indvandrere), mens de *økonomiske omkostninger* fx består af brugerbetaling, transportomkostninger, transporttid og ventetid på hospitalet (fx på skadestuen eller i ambulatoriet). Så selv om der ikke er tale om direkte brugerbetaling, vil der alligevel være omkostninger forbundet med at benytte sygehuset.

Ferguson m.fl. (13) tilføjer yderligere en barriere for adgang til sundhedsydelser, nemlig ventelister til undersøgelse og/eller behandling. Adgang forudsætter med andre ord også, at der er den tilstrækkelige kapacitet i form af sengepladser og/eller personale. Endelig kan køns-, alders- eller racediskrimination nævnes som mulige barrierer for adgangen til sundhedsydelser.

Sammenfattende siger adgangen til sundhedsydelser således noget om *udbudet*. Men som det er fremgået af ovennævnte eksempler på definitioner, er det svært at operationalisere begrebet adgang til sundhedsydelser til et enkelt, samlet mål. Typisk fokuseres der på et enkelt aspekt af lighed adgangen, fx geografisk adgang i form af rejsetid, afstand til nærmeste sygehusafdeling eller den geografiske lokalitet af udbudet af sundhedsinstitutioner (6). Ved hjælp af softwareprogrammer med modeller over vejnettet, kan der gennemføres simuleringer af forskellige befolkningsgruppers afstande til sygehusydelser under forskellige forudsætninger om sygehusstrukturen (7;8). Herudover er der eksempler på forsøg med opstilling af indeks, der inddrager flere aspekter af adgang, fx kapacitet og geografisk afstand (9).

Generelt findes der kun få undersøgelser af adgangen til sundhedsydelser. I stedet sammenlignes forskellige socioøkonomiske gruppers *brug* af sundhedsydelser (9;10), idet brug af sundhedsydelser bruges som en indikator for *adgangen*. Som en indikator for den geografiske lighed gennemføres således analyser af sammenhængen mellem afstanden til sygehuse og brugen af sygehusydelser. Med andre ord, analyseres lighedsbegreb nr. 5 (side 63): Samme brug af sundhedsydelser ved samme behov.

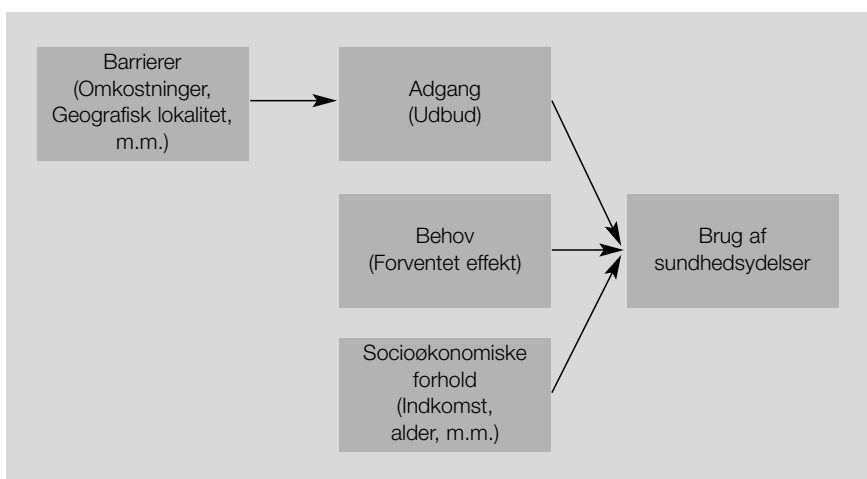
Der er imidlertid forskel på *adgang* til sundhedsydelser og *brug* af sundhedsydelser. Mens adgang som nævnt siger noget om udbudssiden, siger forbruget noget om *efterspørgselssiden*. Og som tilfældet er for andre varer, afhænger efterspørgslen efter sundhedsydelser ikke kun af adgangen, men også af den forventede nytte. Carr-Hill (5) oplister 3 forhold, som bestemmer den enkelte borgers brug af sundhedsvæsenet:

1. Alternativomkostningerne ved at benytte sundhedsvæsenet (jf. ovenfor om de sociale og økonomiske omkostninger)
2. Vurdering af sygdomstilstandens alvorlighed (sammenlignet med normalt helbred)
3. Den forventede nytte af den konkrete sundhedsydelse.

Alt andet lige forventes det, at jo højere omkostning, jo mindre alvorlig sundhedstilstand og jo mindre forventet nytte desto mindre efterspørgsel vil være efter den konkrete sundhedsydelse. Da forskellige befolkningsgrupper kan vurdere nytten af en given behandling eller vurdere sygdommens alvorlighed forskelligt – bl.a. afhængigt af uddannelse eller alder – vil efterspørgslen være forskellig fra befolkningsgruppe til befolkningsgruppe. Hertil kommer så, at *omfanget* af brugen af sundhedsydelser naturligvis afhænger af den enkeltes mulighed for at håndtere begrænsningerne i adgang, fx indkomst, alder og mobilitet.

Adgang er således kun et af mange elementer, der afgør brugen af sundhedsydelser. Og såfremt man gennem sammenligninger af sygehusforbruget for forskellige befolkningsgrupper ønsker at belyse ligheden i adgangen – fx den geografiske lighed – bør der derfor korrigeres for andre forhold, der påvirker sygehusforbruget. En simpel model for sammenhængen mellem adgang og brug af sundhedsydelser er vist i figur 5.1.

Fig. 5.1 Simpel model for sammenhæng mellem adgang – og brugen af sundhedsydelser



Analysen af den geografiske lighed i adgangen fokuserer ofte på den geografiske afstand, som antages at være bestemmende for rejsetid (11) og rejseomkostninger. Imidlertid er afstand og rejsetid ikke altid sammenhængende, fx i bymæssige områder. Undersøgelser har desuden vist, at rejseomkostninger synes at være af større betydning end den geografiske afstand (12). Afstande kan desuden have større konsekvenser i landområder end i byområder, hvor den kollektive trafik er mere udbygget (5).

Den praktiserende læge har en nøgleposition i forbindelse med patienters brug af sundhedsydelser. I sin egenskab af gate-keeper bestemmer den

praktiserende læge, hvilke patienter der skal henvises til behandling (5), og i det omfang lægen vurderer, at patienten har begrænset adgang til behandling (fx på grund af ventelister eller besværlige transportmuligheder), vil dette – via lægens rolle som agent for patienten – kunne påvirke henvisningsmønstret og dermed forbruget af sundhedsydelser i nedadgående retning.

Adgangen til sundhedsvæsenet påvirker hhv. henvisning til behandling og brug af sundhedsydelser på følgende måde (5): for det første patientens beslutning om at henvende sig til den praktiserende læge, for det andet lægens beslutning om at henvise patienten til videre behandling og for det tredje patientens beslutning om at følge en henvisning til behandling fx i sygehusregi.

På grund af de tidligere nævnte determinanter for brugen af sundhedsydelser (sygdommens alvorlighed og forventet nytteværdi), forudsiger Carr-Hill (5) videre, at besværlig adgang især vil have konsekvenser for førstegangs henvendelser, diagnostiske undersøgelser (herunder screeningsundersøgelser) samt visse ambulante besøg (fx efterkontroller). Dette begrundes i, at patienterne kan vurdere nytten af disse sundhedsydelser som tvivlsom, bl.a. fordi en sygdom endnu ikke er blevet diagnosticeret. Derimod vil begrænsede adgangsmuligheder have mindre konsekvenser for sundhedsydelser, hvor diagnosen er fastlagt, og hvor patienten derfor kan se en nytte af behandlingen.

5.3 Empiriske undersøgelser af afstandens/rejsetidens betydning for brugen af sygehusydelser

I det følgende gennemgås resultaterne af nogle empiriske undersøgelser af den geografiske adgangs betydning for brugen af forskellige typer af sundhedsydelser. Gennemgangen er baseret på resultatet af en litteraturgennemgang gennemført i 1997 (13) suppleret med nyere undersøgelser, herunder resultatet af en dansk undersøgelse.

Konsekvenser for brug af skadestuer

Ferguson m.fl. gennemgår 5 internationale undersøgelser (14-17) af sammenhængen mellem afstand – målt enten i km eller i rejsetid – og benyttelse af skadestue. Alle 5 undersøgelser, der er gennemført i UK og Sverige i perioden 1980-1994, viser en klar negativ sammenhæng mellem afstand og selvhenvendelser i skadestue. En del af henvendelserne fra patienter længst væk fra skadestuen kan dog være blevet erstattet af besøg hos praktiserende læge.

Konsekvenser for ambulante besøg og éndagsindlæggelser

De gennemgåede undersøgelser viser, at sammenhængen mellem manglende fremmøde til ambulante besøg og afstanden fra patientens bopæl ikke

er entydig, men afhænger af hvilke typer af ambulant sundhedsydelse, der er tale om. To af de gennemgåede undersøgelser viser faldende fremmøde i ambulatorier (outpatients clinics) med stigende afstand (over hhv. 16 km og 33 km) (14;18). En undersøgelse viser, at fremmødet i alkoholklinikker falder med stigende afstand (19), og en undersøgelse viser, at store afstande (over 160 km) reducerer benyttelse af diabetesklinikker og øjenklinikker (20;21).

I en undersøgelse af den geografiske variation i antallet af patienter i dialysebehandling i England (22) fandt man, at såvel geografisk afstand som rejsetid til dialysecenter havde en negativ sammenhæng med antallet af patienter, der var i dialysebehandling. Rejsetider på over 37 min. medførte således en reduktion i antallet af patienter i behandling på 10%. Forfatterne konkluderer, at afstand til et nyrebehandlingscenter har en negativ effekt på såvel henvisningsmønster som patienters benyttelse af (compliance) dialysebehandling.

En undersøgelse af afstandes betydning for benyttelsen af opfølgende ambulante besøg efter myokardieinfarkt (MI) i USA (23) viste, at patienter, der boede under 30 km fra sygehuset havde flere ambulante kontroller, end patienter der boede mellem 30 km og 80 km fra sygehuset. Patienter, der boede over 80 km fra sygehuset, havde færrest ambulante besøg. Dette resultat bekræftes af en anden amerikansk undersøgelse (24), der viser, at der er en negativ sammenhæng imellem antal kontrolbesøg efter MI og afstanden mellem sygehus og patientens bopæl. Undersøgelsen viser desuden, at konsekvensen af afstanden stiger med patientens alder.

Omvendt har undersøgelser ikke fundet konsekvenser af store afstande for benyttelse af opfølgende ambulante besøg efter brystkræftscreening, ambulant radioterapi, ambulante cataractoperationer og opfølgende kontroller efter nyretransplantation på børn (allografts) (25-28).

Konsekvenser for deltagelse i screeningsprogrammer

Der er fundet 2 undersøgelser af konsekvenserne for deltagelse i screeningsprogrammer (14;29). De to studier, der omfattede henholdsvis mammografiscreening og screening for livmoderhalskræft viste begge, at deltagelsen i programmerne faldt jo større afstand til undersøgelsesfaciliteterne.

Da screening pr. definition er en undersøgelse, der gennemføres før patienterne har fået stillet en diagnose, kan det forventes at begrænset adgang vil have en negativ effekt på benyttelsen. Denne antagelse synes at blive bekræftet af de gennemførte undersøgelser.

Konsekvenser for indlæggelseshyppighed

Hovedparten af de gennemgåede undersøgelser viser, at antallet af indlæggelser falder med stigende afstand til sygehuset. Flere undersøgelser,

der omfatter indlæggelser generelt, viser en negativ sammenhæng mellem afstand og indlæggelseshyppighed. Undersøgelserne er gennemført i hhv. England, Australien, Canada (30-33). Undersøgelser vedrørende særlige patientgrupper viser, at antal indlæggelser for børn (34), lungekræft (35) samt tyktarmskræft (36) falder med øget afstand.

En dansk undersøgelse har belyst en række konsekvenser af lukningen af Ribe Sygehus den 1. juli 1999 (37). Lukningen af sygehuset betød, at patienter fra Ribe kommune blev pålagt en transport på mellem 14 km og 40 km længere til sygehusbehandling. Undersøgelsen viser, at indlæggelseshyppigheden for Ribes borgere faldt med 28,8% i forhold til året før sygehuslukningen. Faldet berørte især de 0-66-årige, mens faldet var mindre for de over 67-årige.

Undersøgelser af afstandes betydning for behandlingen af hjertepatienter viser modstridende resultater. En amerikansk undersøgelse (38) har vist, at afstande over 130 km har betydning for hyppigheden af CABG (by-pass-operationer). En anden amerikansk undersøgelse (39) har vist, at større afstande til et hjertecenter indebærer en lavere hyppighed for catheterisation og PTCA, men at afstanden ikke har betydning for overlevelsen. En undersøgelse gennemført i Skotland og England (40) viste, at hyppigheden af revasculering faldt med stigende afstand til hjertecenteret. Derimod fandt en undersøgelse gennemført i Canada (41) til gengæld ingen evidens for, at hyppigheden af CABG var bestemt af afstanden til sygehuset. At der tilsyneladende er nationale forskelle i afstandes betydning for behandlingspraksis inden for hjerteområdet bekræftes af Grumbac (42), der fandt, at afstande havde en betydning i USA, men ikke i Canada.

Der er dog også undersøgelser, som ikke har vist sammenhæng mellem afstand og indlæggelseshyppighed. En nyere skotsk undersøgelse af patienter henvist til nyretransplantation (43) viser, at de patienter der bor længst væk fra transplantationscentret (over 100 km) hurtigere bliver sat på venteliste til transplantation end patienter, der lever tættere ved centret (en forskel der måske skyldes lang transporttid til dialyse). Ligeledes har en undersøgelse af sammenhængen mellem afstand til hospitalet og hyppigheden af hoftealloplastik (44) heller ikke påvist nogen sammenhæng.

Besøg af pårørende

Ferguson m.fl. (13) gennemgår tre undersøgelser om afstandes betydning for hyppigheden af besøg af pårørende (18;45;46). Alle tre undersøgelser viser, at jo større afstand desto færre besøg. En undersøgelse af besøg til nyfødte indlagt på intensivafdeling viste, at hyppigheden af besøg faldt med afstanden, især for afstande over 80 km. Besøg til langtidsmedicinske patienter faldt gradvist ved afstande over 16 km, og endelig var der færre besøg til rekonvalescenter jo større afstand til deres bopæl.

Afstand og behandlingsresultat

Som alternativ til forskelle i benyttelsen af sundhedsydelser kan konsekvenser af forskelle i geografisk adgang belyses gennem forskelle i behandlingsresultat for patienterne.

Såfremt patienter med geografisk besværlig adgang til sygehusbehandling har lavere brug af sygehusydelser, kan det antages, at patienter med relativt store afstande til sygehuset har et dårligere behandlingsresultat (outcome) end patienter med relativt korte afstande. Nogle undersøgelser bekræfter denne hypotese, mens andre undersøgelser ikke tyder på en sammenhæng. En finsk undersøgelse (47) af konsekvenserne af en koncentration af stråleterapifaciliteter har vist, at dette ikke har påvirket 5-års overlevelsen for patienter med brystkræft og prostatakræft. En engelsk undersøgelse (48) har vist, at større afstande (over 22 km) til nærmeste hospital medførte større dødelighed for diabetes, astma, børnedødelighed (inden for 28 dage efter fødslen) og trafikuheld. Derimod fandtes ingen sammenhæng for brystkræft, livmoderkræft, hypertension, slagtilfælde eller mavesår. Endelig har en undersøgelse fra Skotland (49) vist, at dødeligheden for astma var højere i landområderne end i byområderne.

For hjertepatienter er det påvist, at sandsynligheden for at dø inden for det første år efter et AMI er større for patienter bosiddende mere end 32 km fra det behandlende hospital, end for patienter bosiddende tættere på hospitalet. En anden undersøgelse (39) har derimod vist, at større afstand til hospitalet ikke har indflydelse på etårs overlevelsen.

Transporttiden til sygehus kan desuden have konsekvenser for outcome i tilfælde af ulykke eller akut opstået sygdom, hvor behandlingsresultatet ofte afhænger af hurtig behandling. Et studie (48) har således vist, at i tilfælde af alvorlige trafikulykker påvirkede varigheder på op til 52 minutter – fra ulykkesetpunkt til patienten var på hospitalet – ikke behandlingsresultatet. Omvendt har en anden undersøgelse (50) vist, at en samlet før-hospitalstid på over 60 minutter, i tilfælde af alvorlig ulykke, indebar en tredobling af patientens risiko for at dø inden for 6 dage.

Ikke blot i tilfælde af ulykke, men også i tilfælde af akut opstået sygdom, fx blodprop i hjertet (se fx (51)), kan behandlingsresultatet afhænge af en hurtig behandlingsindsats og dermed en kort afstand til behandlingsstedet. En nyere amerikansk undersøgelse (52) omfattende patienter med hjertetilfælde har således vist, at for hver 5 minutters forøgelse i afstanden fra hospitalet falder patientens sandsynlighed for at overleve med 1,25%.

Sammenfattende er der kun få undersøgelser af afstandens betydning for patienternes behandlingsresultat. Undersøgelsesresultaterne er ikke entydige. Dog synes der i visse tilfælde at være højere dødelighed for patienter

med stor afstand til hospitalet, men undersøgelserne synes også at vise, at der for visse sygdomme, fx kræft, ikke er nogen konsekvenser for behandlingsresultatet.

For så vidt angår transporttiden i tilfælde af akut opstået sygdom eller ulykke, er der ligeledes få og modstridende undersøgelsesresultater, hvilket formentlig hænger sammen med, at transporttidens betydning for behandlingsresultatet vil variere fra diagnose til diagnose.

5.4 Konklusion

Flertallet af de gennemgåede undersøgelser viser, at afstande tilsyneladende har en betydning for sygehusforbruget, og at større afstand alt andet lige medfører et lavere sygehusforbrug. Resultatet tyder dog også på, at afstande har større betydning for nogle sygehusedelser end andre, og at der er forskel imellem forskellige befolkningsgrupper. Sammenhængen er entydig i forbindelse med skadestuebesøg og screeningsundersøgelser, hvorimod betydningen for indlæggelser og ambulante besøg tilsyneladende ikke er entydig, men varierer for forskellige sygdomsgrupper.

Undersøgelsesresultaterne synes at bekræfte antagelsen om at "afstandsfølsomheden" er størst for sundhedsydelser, hvor behovet og den forventede nytteværdi er lavest, fx screeningsundersøgelser hvor en diagnose endnu ikke er fastlagt eller ved visse opfølgende kontroller. Til gengæld er følsomheden tilsyneladende mindre i forbindelse med livstruende sygdomme som kræft. Ikke overraskende viser undersøgelser, at afstandsfølsomheden er størst for de mest sårbare patienter, fx ældre patienter.

Der er kun fundet få undersøgelser af afstandes betydning for lighed i behandlingsresultatet (outcome). Med hensyn til sundhedsmæssige konsekvenser af lavere brug af sundhedsydelser blandt patienter bosiddende relativt langt fra sygehuset, er undersøgelsesresultaterne modstridende. Dette gælder også afstandes konsekvenser i tilfælde af akut opstået sygdom eller tilskadekomst, hvilket kan tilskrives, at transporttidens betydning vil være forskellig fra sygdom til sygdom.

Hovedparten af de gennemgåede studier er tværsnitsundersøgelser, hvor sammenhængen med afstanden til sygehuset og sygehusforbruget analyseres, idet der forsøges kontrolleret for andre faktorer (confounders), der kan påvirke sygehusforbruget – især socioøkonomiske forhold. Men ikke alle undersøgelser indeholder en tilstrækkelig kontrol (13).

Problemet med confounding eksisterer i endnu højere grad, når afstande relateres til forskelle i outcome, idet behandlingsresultatet yderligere påvirkes af fx komplicerende bidiagnoser og behandlingspraksis. Andre af de refere-

rede undersøgelser er gennemført som "før-efter" undersøgelser i forbindelse med en sygehuslukning. Disse undersøgelser er følsomme overfor, at andre forhold end sygehusstrukturen kan have ændret sig, fx konvertering fra indlæggelse til ambulant virksomhed. Samlet set er det derfor vurderingen, at de fleste af de refererede undersøgelsesresultater er behæftet med usikkerhed. Ideelt set bør undersøgelser være baseret på randomiserede studier, der af gode grunde er vanskelige at gennemføre inden for dette problemfelt.

Uanset at nogle sundhedsydelser er mindre følsomme over for begrænsninger i adgangen, ændres det faktum dog ikke, at øget afstand til sygehuset betyder øgede omkostninger for patienterne, og at en eventuel besparelse som følge af nedlæggelse af sygehuse i større eller mindre omfang modsvares af omkostninger, som overvæltes på patienterne. Samtidig vil denne omkostning ramme befolkningsgrupper forskelligt, sandsynligvis med størst konsekvens for patientgrupper med lav mobilitet, fx ældre og handikappede samt visse socialt belastede grupper. Hertil kommer, at den øgede transporttid i sig selv kan have betydning for behandlingsresultatet i visse akutte situationer.

5.5 Afsluttende bemærkninger

Set i relation til den fremtidige sygehusplanlægning i Danmark vil en række ulemper i forbindelse med en mere koncentreret sygehusstruktur kunne imødegås ved fx at erstatte akutsygehuse med lokale ambulantcentre, sundhedscentre eller kronikercentre (53). Denne løsning vil kunne imødegå den tilsyneladende større afstandsfølsomhed for visse ambulante behandlinger.

Borgernes mobilitet er dog steget over de seneste årtier (54), især er transporten i personbiler steget. Dette indikerer, at afstandens betydning for brugen af sygehusydelser er reduceret tilsvarende. Der vil dog stadig være grupper i befolkningen med lav mobilitet. For denne del af befolkningen, sikrer reglerne om befordringsgodtgørelse, at i hvert fald de omkostninger der er knyttet til selve transporten dækkes, hvorimod der fortsat vil være omkostninger i form af ventetid og transporttid.

I tilfælde af akut sygdom eller tilskadekomst kan konsekvenserne af en mere koncentreret sygehusstruktur afbødes gennem en forbedring af den præhospitale indsats, fx gennem lægeambulance, lægehelikopter eller videreuddannelse af ambulanceførere (51).

Referencer

- (1) Regeringen. Det nye Danmark – en enkel offentlig sektor tæt på borgeren. København: Schultz Information, 2004.
- (2) Indenrigs- og sundhedsministeren. L 74: Forslag til Sundhedsloven. Fremsat d. 24. feb. 2005.
- (3) Alban A, Danneskiold-Samsøe B, Christensen JK, Knudsen MS, Sørensen J. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
- (4) Mooney G. Economics, medicine and health care. Brighton: Whetsheaf Books, 1986.
- (5) Carr-Hill R, Place M, Posnett J. Access and the utilisation of healthcare services. In: Sheldon T, Posnett J, editors. Concentration and choice in healthcare. London: Financial Times Healthcare, 1997: 37-50.
- (6) Horev T, Pesis-Katz I, Mukamel DB. Trends in geographic disparities in allocation of health care resources in the US. *Health Policy* 2004; 68(2):223-232.
- (7) Christie S, Fone D. Equity of access to tertiary hospitals in Wales: a travel time analysis. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 25(4):344-350.
- (8) Fleming ST, Williamson HA, Jr., Hicks LL, Rife I. Rural hospital closures and access to services. *Hosp Health Serv Adm* 1995; 40(2):247-262.
- (9) Iversen T, Kopperud GS. The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway. *Health Care Manag Sci* 2003; 6(4):249-261.
- (10) Gerdtham U-G. Equity in Health Care Utilization: Further Tests Based on Hurdle Models and Swedish Micro Data. *Health Economics* 1997; 10(6):303-319.
- (11) Pibbs CS, Luft HS. Correlation of Travel Time on Roads Versus Straight Line Distance. *Medical Care Research and Review* 1995; 52(4):532-542.
- (12) Wood PW. Geographical equity and inpatient hospital care: An empirical analysis. Aberdeen: University of Aberdeen Health Economics Research Unit, 1984.
- (13) Ferguson B, Posnett J, Sheldon T. Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services. The Relationship Between Concentration, Patient Accesibility and Utilisation of Services. York: University of York NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1997.
- (14) Bentham G, Hinton J, Haynes R, Lovett A, Bestwick C. Factors affecting non-response to cervical cytology screening in Norfolk, England. *Soc Sci Med* 1995; 40(1):131-135.
- (15) Campbell JL. General practitioner appointment systems, patient satisfaction, and use of accident and emergency services – a study in one geographical area. *Fam Pract* 1994; 11(4):438-445.
- (16) Magnusson G. The role of proximity in the use of hospital emergency departments. *Social Health Illn* 1980; 2(2):202-214.
- (17) McKee CM, Gleadhill DN, Watson JD. Accident and emergency attendance rates: variation among patients from different general practices. *Br J Gen Pract* 1990; 40(333):150-153.
- (18) Haynes RM, Bentham CG. Community hospitals and rural accessibility. Farnborough, Eng.: Teakfield, 1979.
- (19) Fortney JC, Booth BM, Blow FC, Bunn JY. The effects of travel barriers and age on the utilization of alcoholism treatment aftercare. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 1995; 21(3):291-406.
- (20) Graber AL, Davidson P, Brown AW, McRae JR, Woolridge K. Dropout and relapse during diabetes care. *Diabetes Care* 1992; 15(11):1477-1483.

- (21) Orr PR, Blackhurst DW, Hawkins BS. Patient and clinic factors predictive of missed visits and inactive status in a multicenter clinical trial. The Macular Photocoagulation Study Group. *Control Clin Trials* 1992; 13(1):40-49.
- (22) Roohan PJ, Bicknell NA, Baptiste MS, Therriault GD, Ferrara EP, Siu AL. Hospital Volumen Differences and Five-Year Survival from Brest Cancer. *American Journal of Public Health* 1998; 88(3):454-457.
- (23) Piette JD, Moos RH. The Influence of Distance on Ambulatory Care Use, Death, and Readmission Following a Myocardial Infarction. *Health Serv Res* 1996; 31(5):573-591.
- (24) Burgess JF, Jr., DeFiore DA. The effect of distance to VA facilities on the choice and level of utilization of VA outpatient services. *Soc Sci Med* 1994; 39(1):95-104.
- (25) Junor EJ, Macbeth FR, Barrett A. An audit of travel and waiting times for outpatient radiotherapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1992; 4(3):174-176.
- (26) Kohli HS, Teo PY, Howie FM, Dobson HM. How accessible is the breast screening assessment centre for Lanarkshire women? *Health Bull (Edinb)* 1995; 53(3):153-158.
- (27) Mayers KE, Weiland H, Thomson PD. Paediatric renal transplantation non-compliance. *Pediatric Nephrology* 1995; 9(2):189-192.
- (28) Strong NP, Wigmore W, Smithson S, Rhodes S, Woodruff G, Rosenthal AR. Daycase cataract surgery. *Br J Ophthalmol* 1991; 75(12):731-733.
- (29) Haiart DC, McKenzie L, Henderson J, Pollock W, McQueen DV, Roberts MM et al. Mobile breast screening: factors affecting uptake, efforts to increase response and acceptability. *Public Health* 1990; 104(4):239-247.
- (30) Bentham G, Haynes R. Health, personal mobility and the use of health services in rural Norfolk. *Journal of Rural Studies* 1985; 1(3):231-239.
- (31) Lin G, Allan DE, Penning MJ. Examining distance effects on hospitalizations using GIS: A study of three health regions in British Columbia, Canada. *Environment and Planning* 2002; 34:2037-2053.
- (32) Slack R, Ferguson B, Ryder S. Analysis of hospitalization rates by electoral ward: relationship to accessibility and deprivation data. *Health Serv Manage Res* 1997; 10(1):24-31.
- (33) Walmsley DJ. The influence of distance on hospital usage in rural New South Wales. *Australian Journal of Social Issues* 1978; 13(1):72-81.
- (34) Goodman DC, Fisher ES, Gittelsohn A, Chang CH, Fleming C. Why are children hospitalized? The role of non-clinical factors in pediatric hospitalizations. *Pediatrics* 1994; 93(6 Pt 1):896-902.
- (35) Greenberg ER, Dain B, Freeman D, Yates J, Korson R. Referral of lung cancer patients to university hospital cancer centers. A population-based study in two rural states. *Cancer* 1988; 62(8):1647-1652.
- (36) Launoy G, Le C, X, Gignoux M, Pottier D, Dugleux G. Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46(4):365-367.
- (37) Bringgaard A. Lukning af et sygehus. En analyse af konsekvenser og resultater. Århus: Aarhus Universitet Master of Public Health, 2000.
- (38) Gittelsohn A, Powe NR. Small area variations in health care delivery in Maryland. *Health Serv Res* 1995; 30(2):295-317.
- (39) Pierce RP, Williamson HA, Kruse RL. Distance, Use of Resources, and Mortality Among Rural Missouri Residents With Acute Myocardial Infarction. *The Journal of Rural Health* 1998; 14(1):28-35.
- (40) Black N, Langham S, Petticrew M. Coronary revascularisation: why do rates vary geographically in the UK? *Journal of Epidemiology & Community Health* 1995; 49(4):408-412.

- (41) Anderson GM, Lomas J. Regionalization of coronary artery by-pass surgery. Effects on access. *Med Care* 1989; 27(3):288-296.
- (42) Grumbach K, Anderson GM, Luft HS, Roos LL, Brook R. Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada. Geographic access, choice, and outcomes. *JAMA* 1995; 274(16):1282-1288.
- (43) Oniscu GC, Schalkwijk AA, Johnson RJ, Brown H, Forsythe JL. Equity of access to renal transplant waiting list and renal transplantation in Scotland: cohort study. *BMJ* 2003; 327(7426):1261.
- (44) Roos LL, Sharp SM. Innovation, centralization, and growth. Coronary artery by-pass graft surgery in Manitoba. *Med Care* 1989; 27(5):441-452.
- (45) Cross KW, Turner RD. Patient visiting and the siting of hospitals in rural areas. *Br J Prev Soc Med* 1974; 28(4):276-280.
- (46) Giacoia GP, Rutledge D, West K. Factors affecting visitation of sick newborns. *Clin Pediatr (Phila)* 1985; 24(5):259-262.
- (47) Karjalainen S. Geographical variation in cancer patient survival in Finland: chance, confounding, or effect of treatment? *J Epidemiol Community Health* 1990; 44(3):210-214.
- (48) Jones AP, Bentham G. Emergency medical service accessibility and outcome from road traffic accidents. *Public Health* 1995; 109(3):169-177.
- (49) Wilson JM. Asthma deaths in Scotland 1965-1980. *Scott Med J* 1984; 29(2):84-89.
- (50) Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. *J Trauma* 1993; 34(2):252-261.
- (51) MTV-enheden. Telemedicinsk præhospital diagnostik af akutte hjertepatienter – et nyt IT-baseret koncept. En medicinsk teknologivurdering Del 1. Århus: MTV-enheden Aarhus Uni-versitetshospital, 2002.
- (52) Managed Care Weekly Digest. Distance to hospital affects heart attack survival. *Managed Care Weekly Digest* 2003;11.
- (53) Pedersen KM. Behovet for strukturændringer i sundhedssektoren. In: FOKUS, editor. Brudstykker eller sammenhæng? – En antologi om forudsætningerne for en offentlig strukturreform. København: FOKUS, 2004: 275-305.
- (54) Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning. Bind II: Bilag – Baggrundskapitler. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004.

6. Medarbejderperspektiver på sammenlægninger og fusioner

Af Christina Holm-Petersen og Majbritt Christensen

6.1 Indledning

Der er i Danmark et vist fokus på sygehusfusioner og sammenlægning af sygehusafdelinger. Denne kapitels formål er at se nærmere på, hvilke betydninger fusioner og sammenlægninger kan have for de berørte medarbejdere. Hvorfor dette er vigtigt burde være indlysende i et sygehusvæsen, der er afhængig af de menneskelige ressourcer – af medarbejderne, deres kompetencer og deres arbejds motivation. Endvidere giver den eksisterende fusionsforskning al mulig grund til at interessere sig for, hvordan medarbejdere går ind i – og påvirkes af – fusioner. Generelt har medarbejdere ikke været med til at beslutte, at der skal fusioneres eller sammenlægges, men det er medarbejderne, der skal få fusionen eller sammenlægningen til at fungere i praksis. Medarbejderperspektivet er derfor en potentiel nøgle til en bedre fusions- eller sammenlægningsproces – og dermed en vigtig forudsætning for realisering af eventuelle stordriftsfordele (se kapitel 3).

Der findes inden for organisationsteorien en omfattende litteratur om strukturændringer og medarbejderes reaktioner herpå. Meget af denne litteratur handler om barrierer for forandring – herunder medarbejdermodstand. Selv om der er foretaget og planlagt omfattende ændringer i sygehuses og sygehusafdelingers struktur, er dette dog stadig et område, der forskningsmæssigt er relativt nyt i Danmark.²¹ Der er endnu ikke publiceret forskningsbaserede studier af danske sygehusfusioner eller sammenlægninger af afdelinger. Formålet med denne artikel er derfor at give et indblik i et udvalg af internationale undersøgelser af, hvilke ændringer fusioner og sammenlægning af afdelinger medfører for de berørte medarbejdere.

Kapitlet afrundes med en række anbefalinger på baggrund af den gennemgåede forskning, og advokerer dels for en højere grad af fokus på medarbejderperspektivet i fusioner, dels for en udvikling af kulturbegrebet i relation til kulturelle barrierer ved fusioner og sammenlægninger.

²¹ Som eksempler på forskning om strukturændringer i danske sygehuse og deres konsekvenser for medarbejdere se fx følgende publikationer: FLOS (2004) *Forskning i sygehuse under forandring*. Nyt fra Samfundsvidenskabernes. Bentsen, Borum, Erlingsdottir og Sahlin-Andersson (red.) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. Handelshøjskolens Forlag. Vinge (2003) *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse*. Handelshøjskolen i København Ph.d. serie 9. 2003.

6.2 Fusioner og oplevede kulturkonflikter

I organisationslitteraturen om fusioner og opkøb er tendensen, at fusioner og opkøb anses for at medføre en række problemer, der kan være årsag til, at forventede gevinster ikke kan indfris. Disse problemer handler ofte om samarbejdsproblemer og forskelle i kultur (1-6). Dette anses blandt andet at være fordi:

"En virksomhedskultur indeholder specielle forsvarsmekanismer som fastholder medarbejdernes fælles normer og værdier. Når to virksomhedskulturer konfronteres med hinanden, opstår en truende situation for begge kulturer. De kollektive forsvarsmekanismer træder hurtigt i kraft for at bevare ens egen kulturs normer og værdier. Den eneste måde, hvorpå ens egen kultur kan forsvares, er ved at den betragtes som bedre end den anden virksomhedskultur. For at kunne være bedre end den anden kræves at man er forskellige. Man må altså fremhæve forskelligheder for at kunne hævde at vi er bedre end de." (7).

Det kan således hævdes, at der er en god sandsynlighed for, at de forskelle, der måtte være mellem to organisationer og deres kulturer, ligefrem forstærkes i en fusionsproces. Litteraturen peger også på, at når forskellige organisationer fusionerer, kan der for medarbejdere og ledere opstå en fornemmelse af forkelligartethed, uoverenstemmelser og antipati. Disse fornemmelser anses ofte for at relatere til kultur og integrationsproblemer. Det kan nemlig være svært at opnå en socio-kulturel integration i den fusionerede organisation. Paul Shrivasta (4) skelner mellem tre former for integration:

Proceduremæssig integration: regnskabs- og økonomisystemer, planlægnings- og kontrolsystemer, personale- og kundepolitikker mv.

Fysisk integration: bygninger, produktlinier, teknologier, produktions-faciliteter og udstyr.

Socio-kulturel integration: overførsel og blanding af ledere og medarbejdere, opbygning af fælles ledelsesstil, fælles identitet, normer og værdier.

Sidstnævnte tager lang tid at opnå – og muligvis finder denne form for integration slet ikke sted, da der ofte kan forekomme massiv modstand. Steen Andersen og Bendix (8) har skrevet en artikel om medarbejderreaktioner på virksomhedsfusioner. De peger heri på, at sammenføring af medarbejdere kan medføre en chocktilstand, da en fusion er et psykologisk traume for de medarbejdere, der ikke har været med til at beslutte den. De peger også på, at der ofte er en overdreven tiltro til, at når struktur og rammer er på plads, så finder medarbejderne ud af at samarbejde, samt at der er en overdreven tiltro til medarbejdernes psykiske robusthed. De mener, at ledelser simpelt hen har en tendens til at overse – eller bagatellisere – at en fusion kan være

et psykologisk traume for medarbejderne. Med udgangspunkt i en artikel af Bruckman og Peters (8), opstiller de en liste over **stressfaktorer**, som såvel medarbejdere som ledere kan opleve:

- Usikkerhed
- Identitetstab
- Job der mistes
- Job der forandres
- Ændringer i belønningssystemer
- Ændringer i magt- og statusforhold
- Lederkonflikter
- Nye regler
- Nye vurderingskriterier
- Nye ledelsesreferencer
- Nye medarbejdere og kolleger
- Nye kommunikationsmønstre.

For virksomheden medfører stressfaktorerne risiko for faldende konkurrenceevne, øget fravær, større personaleomsætning og nedsat loyalitetsfølelse over for virksomheden. For den enkelte medarbejder eller leder medfører stressfaktorerne risiko for såvel fysiske som psykiske traumer. Da fusioner er meget arbejdskrævende og psykisk belastende for de fleste ledere, er deres rummelighed over for medarbejdernes reaktioner ofte ikke særlig stor. Dette giver potentielt en dårlig blanding af stressede ledere og angstfyldte medarbejdere, hvor arbejdsklimaet er dårligt, og de reelle følelser undertrykkes.

Cartwright og Hudson (1) har skrevet om dét at håndtere (cope) fusioner. De mener, at medarbejderne (*the human factor*) er centrale, når det drejer sig om at gøre fusioner succesfyldte. De peger på, at der er følgende problemområder at arbejde med: Medarbejderusikkerhed og stress, at opretholde arbejdsmoral og motivation og at overkomme modstand mod forandring. Som de *fire vigtigste kilder til stress* i forbindelse med en fusion peger de på:

- **Stress forbundet med overlevelse** (herunder angst for at miste sin stilling, mindsket indflydelse, ændring i rolle)
- **Stress forbundet med usikkerhed og tab af identitet** (herunder tab af ståsted, følelsen af fremmedgørelse, usikkerhed forbundet med uafklaretheder, for lidt eller for megen information)
- **Stress forbundet med ændrede arbejdsforhold og relationer** (herunder stress i forbindelse med magtspil, øget nødvendighed for at kunne manøvrere sig, tilvænnning til nye kolleger og øget arbejdspress i forbindelse med at erfarne kolleger rejser)
- **Stress forbundet med kulturændringer** (herunder stress forbundet med at skulle indordne sig under andre måder at gøre ting på).

Med baggrund i den generelle litteratur om fusioner må det således konkluderes, at der er god grund til at tage medarbejderes oplevelser og reaktioner under fusion alvorligt. Fordi succes afhænger heraf. Fordi nedslidning af medarbejdere og ledere kan blive dyrt for sygehusvæsenet og dermed for samfundet. Fordi der ikke bare er flere medarbejdere at tage af. Fordi det kan komme til at koste på kvalitetssiden ikke at være opmærksom på de problemer, der kan følge i halen på en fusion.

6.3 Medarbejdernes reaktion på sygehusfusioner og sammenlægning af afdelinger

Den internationale forskningsbaserede litteratur om sygehusfusioner peger ligesom den generelle fusionslitteratur på, at der kan være en række problemer²² med fusioner eller sammenlægninger set ud fra et medarbejderperspektiv.

Goddard og Ferguson foretog i 1997 et litteraturstudie (9) af erfaringer med fusioner på det *engelske* sygehusområde. De konkluderer på dette tidspunkt, at der mangler systematiske studier af området, og opsummerer de resultater der foreligger på følgende vis:

*"The results remain unconvincing, suggesting that the predicted efficiency gains of mergers do not always appear and that unexpected costs often arise ... the unexpected costs are usually associated with **difficulties in integrating systems and personnel** from two different organisations."*

De peger således på, at medarbejderne og deres praksis er en væsentlig nøgle til at forstå, hvorfor det er svært at få fusioner til at give de forventede resultater. De peger også på, at medarbejderes reaktioner forbindes med lav arbejdsmotivation som følge af fusioner og oplevelsen af problemer med at få kulturer til at passe sammen.

Shaw har undersøgt fusionen af to **engelske** hospitaler med fokus på effekter på organisationskultur og ændringer for personalet (10). De to hospitaler lå i samme by og var på overfladiske parametre tilsyneladende forholdsvis ens, men der var forskellige ledelsesstrukturer og forskellige organisationskulturer. De havde en 30 år lang historik som konkurrenter. Studier gennemført som et kvalitativt studie med hovedvægt på semi-strukturerede interviews med såvel administrative som kliniske medarbejdere. I begyndelsen er fusionsprocessen præget af gensidig mistillid. Begge hospitalers medarbejdere mener, at der er tale om en overtagelse af deres hospital, og

²² Problemer der fx kunne genfindes i fagbladet Sygeplejerskens artikler om medarbejderreaktioner på fusionen af Sundby Hospital og Sankt Elisabeth Hospital i 1997 til Amager Hospital. I disse artikler var det således beskrevet, at personalet fra specielt det tidligere Sankt Elisabeth følte sig klemt og oplevede, at deres institution blev opslugt af ho-spitalet på Italiensvej (se fx Sygeplejersken, vol. 98, 1998 nr. 18/19/20).

de holder nøje øje med, om stillinger går til medarbejdere og ledere fra det ene eller det andet hospital. Medarbejdere oplever derudover en øget politisering med en stærk orientering mod nationale politiske mål. Denne politisering føles som et pres, og det er medarbejdernes oplevelse, at der er urealistiske forventninger til, at fusionen kan lede til besparelser med det samme, uden at der investeres i omstillingsprocessen. Medarbejdere oplever derudover vedblivende utryghed, dobbelt arbejdspress og problemer med at få systemer til at arbejde sammen. Mange oplever, at fusionen går ud over deres privatliv og oplever sorg ved tab af kolleger og arbejdet – sådan som det var før. Medarbejdere fra begge hospitaler fortæller historier – *golden age* myter – om, hvor godt alting var før fusionen. De interviewede medarbejdere spændte over en bred række reaktioner spændende fra psykologisk traume (*severe emotional damage*) til positiv indstilling til forandringerne (*positive affirmation*). Generelt er der en oplevelse af usikkerhed, bekymring og stress. Medarbejdere føler sig presset til at virke positive, og der er en tendens til at tage problemerne med hjem.

Van Dick, Wagner og Lemmer har ved en spørgeskemaundersøgelse studeret medarbejderes reaktion på fusionen af to **tyske** hospitaler (11), hvor det organisatoriske udgangspunkt var, at det primært var administration og servicefunktioner, der skulle lægges sammen. Formålet med studiet var at undersøge, hvorvidt medarbejdere efter fusionen stadig primært identificerede sig med deres tidligere organisatoriske tilhørsforhold eller med deres nye organisation. De opdeler medarbejdere i tre former for grupperinger: 1) dem der havde en høj grad af identifikation med (i høj grad følte sig som medlemmer af) deres tidligere organisation og en lav grad af identifikation med den fusionerede organisation, 2) dem der havde en høj grad af identifikation med deres tidligere organisation, og også en høj grad af identifikation med den fusionerede organisation og 3) dem der havde en lav grad af identifikation med deres tidligere organisation og en tilsvarende lav grad af identifikation med den fusionerede organisation. De konkluderer på baggrund heraf, at: Medarbejdere med en generel lav grad af identifikation med organisationen (både før og efter) oplever en tilsvarende lav grad af tilfredshed med deres arbejde. Medarbejdere, der angiver at identificere sig med den nye fusionerede organisation, har derimod en høj grad af tilfredshed med arbejdet. Samtidig angiver de medarbejdere, der havde et stærkt tilhørsforhold til deres tidligere organisation, men ikke identificerer sig med den nye organisation, på trods heraf en relativt høj grad af tilfredshed med deres arbejde. Sidstnævnte resultat er overraskende i og med, at disse medarbejdere forbinder en række negative følelser med fusionen. Artiklens forfattere konkluderer, at dem, der synes at klare sig bedst igen-nem fusionen, er dem der identificerer sig med deres organisation både før og efter fusionen. De vurderer, at de medarbejdere, der identificerede sig med organisationen før, men ikke identificerer sig med organisationen efter fusionen, sandsynligvis oplever en højere grad af truende diskontinuitet i deres daglige arbejde, end

de medarbejdere der rapporterer en høj grad af identifikation både før og efter. Måske kan man konkludere ud fra denne undersøgelse, at tilfredshed med arbejdet ikke altid er det bedste mål for, hvordan fusionsprocesser forløber.

Forfatterne anbefaler, at der i fusioner arbejdes på at skabe et billede af hvem Vi og Os er (i modsætning til Vi og De og Dem og Os) for at skabe samarbejde i stedet for intern konkurrence. Dette samarbejde kan eventuelt forstærkes gennem fælles konkurrence med en anden organisation. Der lægges også vægt på, at det er vigtigt at fastholde kontinuitet, der ifølge D. M. Rousseau (11) og Van Knippenberg og Van Leeuwen (12) er afgørende for at opnå succes med fusionen, da medarbejderes identifikation med den nye organisation afhænger af, at de oplever, at fusionen ikke ødelægger arbejdsklimaet i det team, de arbejder i.

Roald og Edgren analyserer i et **norsk** studie medarbejdernes reaktion på sammenlægning af to ortopædkirurgiske hospitaler (13). Analysen viser, at der er problemer med sammenlægningen af de to hospitaler, og at disse problemer relaterer sig til: 1) usikkerhed om målene, 2) forskelle i organisationskultur og 3) individuel usikkerhed (både af professionelle og personlige årsager). Artiklen konkluderer, at medarbejdermodstand er central i processen, og at denne medfører, at en stor medarbejdergruppe søger at obstruere og forhale processen. *Usikkerhed om målene* opstår ifølge artiklen ofte, fordi politikere udsteder generelle retningslinier i stedet for specifikke. Det kan medføre, at personalet tolker målene som vage og uforenelige med deres egne personlige og professionelle mål. De vage mål tillægges ofte formodede motiver, men Roald og Edgren vurderer, at en sådan tolkning kan foregribes, hvis ledelsen har en åben og klar drøftelse med medarbejderne. De mener også, det er afgørende, at ledelsen under ændringsforløbet fokuserer på produktionen, og hele tiden giver feedback til medarbejderne på det faglige niveau. De peger på tre strategier til at imødegå problemer i forbindelse med sammenlægning:

Modstand, der skyldes usikkerhed om målene, kan imødegås med en **"deltager strategi"**, hvor alle medarbejderne har reel medindflydelse (både på proces og resultat). **"Point of no return" strategien** (dvs. at det gøres klart for medarbejderne, at sammenlægning ikke kan undgås) kan imødegå modstand, der skyldes forskelle i *organisationskulturer*. Dvs. ledelsen skaber fokus på problemet i medarbejdernes bevidsthed og accept af behovet for forandring. Sammenlægningen bør da først påbegyndes, når der er opnået en fælles forståelse for behov for forandring. Modstand som følge af *individueel usikkerhed* (både personlig og faglig) kan overvindes ved **"motivationsstrategi"**, dvs. anerkendelse af medarbejderens indsats, gøre arbejdet mere udfordrende, lønforhøjelse, efteruddannelse og udvikling af sociale relationer i arbejdssituationen. For sammenlægninger i sundhedsvæsenet

gælder ligesom indenfor alle andre områder, at der skal skabes en fælles vision, der deles af alle berørte parter.

Det kan måske forventes, at forskellige medarbejdere og professioner vil have forskellige indgangsvinkler og forventninger til fusioner. Men selv når ændringer opfattes som værende positive, oplever personalet ifølge Devine og Hirsch (10) stress, usikkerhed og tab. De vurderer, at der er en tendens til, at de besparelser, der kan være ved at nedlægge ledelsesstillinger, spises op af uventede udgifter til support af fusionsprocessen og tab af adskillige års produktivitet grundet afbrudte relationer og kommunikationsmønstre, stress forårsaget af angst for at miste sin stilling og problemer i forbindelse med tvungen ændring af fysisk arbejdssted og arbejdsroller.

Hvad angår mere professionsspecifikke reaktionsmåder kan nævnes, at Leicht, Fennell og Witkowski har skrevet en artikel om fusioners betydning for professionernes indbyrdes position (14). De konkluderer på baggrund af amerikanske fusioner, at der er en tendens til, at styrkeforholdet mellem administratorer og læger ændres til fordel for lægerne, og at den relative representation af læger og administratorer styrkes på bekostning af sygeplejersker. Feldheim (15) har skrevet en artikel om administratorernes oplevelser. Der findes en del artikler²³ i engelsksprogede sygeplejevidenskabelige tidsskrifter, der refererer studier om sygeplejerskers reaktioner på fusioner. Temaet er i mange af disse i overensstemmelse med de påpegede kultur- og stressproblemer i forbindelse med fusioner.

Armstrong-Stassen har gennemført et **canadisk** studie af sygeplejerskers reaktion på hospitalssammenlægning. Et af formålene var at undersøge, om man kan forudsige, hvordan sygeplejersker reagerer under fusion (16). Fire hospitaler skulle lægges sammen til to. Sammenlægningen begyndte i 1995 og strakte sig over adskillige år. Der blev som led i studiet gennemført spørgeskemaundersøgelse to gange i forløbet; første gang i 1995 og igen i 1997. I alt indgik 179 sygeplejersker fordelt på de fire sygehuse. Sygeplejerskernes reaktion på fusionen blev målt ved *oplevet støtte* fra kolleger, supervisor og hospital, *coping adfærd* (evne til at søge hjælp og vise proaktiv adfærd) samt *tillid* til hospitalet. Samlet konkluderer artiklen, at sygeplejersker, der konfronteres med hospital fusion, oplever større støtte fra omgivelserne, udviser mere hjælpssøgende og proaktiv adfærd og har større tillid til deres hospital under fusionsprocessen, hvis de oplever at have høj grad af indflydelse på deres arbejdssituation. Og det fremhæves, at det kun er de sygeplejersker, der arbejdede på de to hospitaler, der skulle nedlægges, der angiver at øge deres proaktive adfærd; dvs. anstrengte sig ekstra for at udføre deres arbejde. Således er oplevelsen, at indflydelse på egen arbejdssituation er en vigtig faktor for sygeplejerskernes håndtering af fusionsprocessen.

²³ Se fx www.pubmed.com.

Det er muligt, at grupper som for eksempel sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter vil opleve fusioner og sammenlægninger af afdelinger som mere gennemgribende end eksempelvis læger, der er mindre knyttet til arbejdsfællesskaber på konkrete sengeafdelinger i og med, at de ofte passer mange forskellige funktioner forskellige steder. Det er også muligt, at der vil være store forskelle på, hvilke trusler mod deres arbejdssituation forskellige grupper vil opleve i processen. Måske har nogle læger på forhånd flere positive forhåbninger til eksempelvis fordele ved større enhe-der med potentiel mulighed for nyere og dyrere teknologi, bedre uddannelsesforløb mm. Men som Devine og Hirsch påpeger, er det ikke sikkert, at dette betyder en nemmere fusionsproces for disse læger.

6.4 Konklusion og anbefalinger

Kapitlet har kort berørt, hvad fusionsforskningen siger om de generelle problemer, der følger med fusioner. Der er derefter blevet gennemgået et udvalg af studier,²⁴ der tager udgangspunkt i fusioner og sammenlægninger af afdelinger på sygehusområdet. Resultaterne af denne forskning er i høj grad i overensstemmelse med den generelle fusionsforskning, der påpeger, at fusioner har en tendens til at medføre kulturkonflikter og differentiering mellem de fusionerede enheder og store såvel personlige som organisationsmæssige omkostninger, der medfører en faglig og personlig belastning for de involverede medarbejdere.

En sammenlægning af afdelinger og/eller sygehuse vil derfor givetvis give anledning til ændringer i medarbejdernes oplevelse af deres arbejdsrelaterede identitet, deres arbejdsmiljø, uddannelses- og udviklingsmuligheder samt i forholdet til deres ledelse. Der mangler dog dansk forskning på området og viden om, hvad der sker, når hospitaler fusionerer og afdelinger lægges sammen. I hvor høj grad – og på hvilke måder – der vil forekomme integration eller differentiering mellem medarbejdere og enheder, er jo ikke givet på forhånd. Der er nemlig flere forskellige slags processer end den gængse fusionslitteratur peger på, der er mulige. Der kan argumenteres for, at der er en tendens i fusionslitteratur til at bygge på et forsimplet billede af, hvad organisationskultur er (5;17). Der er derfor et behov for flere studier med udgangspunkt i forskellige professioners, afdelingers, medarbejders og sygehuses perspektiver. Herunder studier af, hvilke praksisændringer fusioner og sammenlægninger reelt medfører. Hvordan genskabes organisation? Hvem gør hvad og hvordan? Hvilke omkostninger opstår?

Der er også behov for at udvikle begrebet kulturforskelle i forbindelse med fusioner og gennemføre mere nuancerede undersøgelser på baggrund

²⁴ Se fx www.pubmed.com for flere artikler, der tager udgangspunkt i fusionserfaringer fra forskellige typer af sygehusafdelinger.

heraf. Hvad og hvem er der egentlig forskel på? Og hvordan vedligeholdes og ændres disse forskelle? Og sidst men ikke mindst: Varer forskellene ved? Er der tale om overgangsproblemer, eller trækker fusionerne mere permanente spor af desillusion, kynisme og nedslidning af ledere og medarbejdere efter sig? Hvad erstatter de opbrudte praksisfællesskaber, når hele afdelinger nedlægges? Der er ikke nogen nemme svar på disse spørgsmål, men måske er de værd at have for øje, når udgangspunktet er, at der ikke er uendelige personaleressourcer at trække på – og man ikke bare kan ansætte nogle andre "ikke fusionstrætte" medarbejdere.

Sygehusfusioner er komplekse og deres udkomme må anses for at være kontekstafhængige. Det vil sige, at man ikke automatisk kan regne med, at fusioner forløber på samme måde i forskellige kontekster. Hertil kommer, at der er mange forskellige måder at udmønte en fusion på – og ydermere: Hvad der på papiret kan synes ens på tværs af organisationer, kan i virkeligheden dække over meget forskellige praksisser. Selv om det forholder sig sådan, kan der godt være nogle gode pejlemærker i den eksisterende fusionslitteratur for, hvordan man kan arbejde for en mere succesfuld fusion eller sammenlægning og undgå de værste faldgruber.

I Steen Andersen og Bendix' artikel (8) præsenterer de en checkliste (12 *Signs of Trouble*) til at identificere indsatsområder i forbindelse med en fusionsproces. Listen er udarbejdet af M. L. Marks og P. H. Mirvis. Der gives ingen konkrete løsningsforslag til, hvad man skal gøre, når man støder på et eller flere af de 12 tegn på problemer. Løsninger er det op til ledelser selv at udtænke – eventuelt med inspiration i de efterfølgende anbefalinger. Pointen er, at det kan være givtigt løbende at forholde sig til fusionsprocessen, og at denne checkliste kan være en hjælp hertil.

De 12 tegn på problemer er som følger:

1. **Spekulationer.** Bruger medarbejderne megen tid på at spekulere over fusionens konsekvenser for dem selv? Beslaglægger disse spekulationer uforholdsmæssig megen energi i forhold til arbejdsindsatsen?
2. **Skrækvisioner.** Hvordan er "tonen" i de historier og rygter, som fortæles, der relaterer sig til fusionen. Opstiller medarbejdere skrækvisioner om, hvad fremtiden har i vente?
3. **Stress symptomer.** Virker medarbejderne indelukkede og nervøse? Er der øget fravær? Klager medarbejderne mere over arbejdsbelastning, end de plejer?
4. **Ledere i krise.** Holder lederne flere møder for lukkede døre? Hvordan fungerer dialogen mellem lederne? Er der tendenser til at man beskytter sine revirer?
5. **Tys-tys kommunikation.** Er topledelsen mere isoleret end normalt? Sker der mærkbare begrænsninger i informationsstrømmene mellem ledelse og medarbejderne?

6. **Mistillid til ledelsen.** Sender ledelsen mange signaler om, "at det nok skal gå alt sammen" uden at der gennemføres konkrete initiativer? Begynder medarbejderne at omtale ledelsen på en mere negativ eller opgivende måde?
7. **Kulturkampe.** Fremhæver medarbejderne forskellene frem for lighederne mellem de to oprindelige virksomheder? Påpeges det uforenelige i traditioner og ledelsesstil?
8. **Vi og de-holdninger.** Lægges der vægt på ulemperne ved fusionen frem for fordelene og mulighederne? Bagtaler man hinanden? Skærpes tonen, når man omtaler hinanden?
9. **Urealistisk selvopfattelse.** Hvordan vurderer medarbejderne egen virksomhed i forhold til andre? Er man begyndt at fremhæve andre virksomheders overlegenhed i forhold til egen virksomhed – eller omvendt?
10. **Angreb og forsvar.** Forsøger den ene del af virksomheden at få den anden del til at indordne sig under de gamle normer for egen virksomhed? Svarer de andre igen?
11. **Tab/vind.** Føres der regnskab med, hvem der vinder og taber? Hvem får for eksempel de nye chefstillinger – dem eller os? Hvilken IT-løsning vælges – deres eller vores?
12. **Tempo.** Går det for langsomt med at gennemføre synlige forandringer? Eller går det for hurtigt?

Denne eller en lignende liste kunne eksempelvis være et fast indslag på ledelsesmøder under processen, og kunne på denne vis give anledning til en løbende "temperaturmåling".

Vi har derudover følgende *anbefalinger* i forbindelse med fusioner og sammenlægninger:

1) At mindske diverse usikkerhedsfaktorer, der kan følge i halen på en fusion eller sammenlægning ved at give "den rette" mængde af information, lægge en tydelig plan, formidle hvad der skal ske for at leve op til planen. Hvem skal gøre hvad? Søge at undgå "hovsa" løsninger og pludselige forflytninger af medarbejdere.

2) Ledelsen – på forskellige niveauer – har her en vigtig opgave med at skabe så stor en grad af gennemsigtighed som muligt om, hvad der skal ske. Ledelser har også en central betydning som **menings (sense) skabere** – dem der forklarer, hvordan og hvorfor arbejdet bliver meningsfyldt i den nye struktur, og hvem det nye "Vi" er.

3) At inddrage medarbejdere i processen. Ikke i "syltekrukkeudvalg" eller i skindemokratiske manøvrer. Disse leder blot til medarbejderkynisme, da mange vil opleve, at de spilder deres tid og ikke tages alvorligt. Men derimod at give medarbejdere medindflydelse, hvor dette giver mening og ellers inddrage via information.

4) At lægge vægt på kontinuitet i de velfungerende funktioner. Intet er mere demotiverende end at se noget fagligt velfungerende smuldre.

5) At være parate til at håndtere krisestemning og negative følelser og at skabe fora, hvor problemstillinger i forbindelse med sammenlægninger diskuteres åbent, således at problemer ikke bliver den enkelte medarbejders problem, men deles og løses i organisationen.

Referencer

- (1) Cartwright S, Hudson S-L. Coping with mergers and acquisitions. In: Burke RJ, Cooper GL, editors. *The organization in crisis. Downsizing, restructuring and privatization*. Oxford: Blackwell Publishing, 2000: 269-283.
- (2) Jones MO, Moore MD, Snyder RC, (eds.). *Inside organizations. Understanding the human dimension*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, 1988.
- (3) Molin J, Strandgaard Pedersen J. *Fusioner i Danmark. Organisation og ledelse*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag, 1996.
- (4) Strandgaard Pedersen J. Organisatorisk integration. In: Strandgaard Pedersen J, editor. *Fusioner på tværs – fra plan til praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1998: 57-73.
- (5) Søderberg A-M, Gertsen MC, Vaara E. Cultural change processes in mergers. A social constructionist perspective. Frederiksberg: Copenhagen Business School, Department of Intercultural Communication and Management, 2000.
- (6) Strandgaard Pedersen J, (red.). *Fusioner på tværs – fra plan til praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1998.
- (7) Larsson R. Strategisk ledelse af virksomhedsopkøb og fusioner – hvornår, hvor og hvordan? In: Strandgaard Pedersen J, editor. *Fusioner på tværs – fra plan til praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1998: 23-42.
- (8) Steen Andersen O, Bendix J. Sammenbragte børn – medarbejderreaktioner på fusioner. In: Strandgaard Pedersen J, editor. *Fusioner på tværs – fra plan til praksis*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 1998: 75-88.
- (9) Goddard M, Ferguson B. *Mergers in the NHS. Made in heaven or marriages of convenience?* London: Nuffield Trust, 1997.
- (10) Shaw J. Tracking the merger. The human experience. *Health Services Management Research* 2002; 15(4):211-222.
- (11) Van Dick R, Wagner U, Lemmer G. Research note: The winds of change. Multiple identifications in the case of organizational mergers. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2004; 13(2):121-138.
- (12) van Knippenberg D, van Leeuwen E. Organizational Identity After a Merger: Sense of Continuity as the Key to Postmerger Identification. In: Hogg MA, Terry DJ, editors. *Social Identity Processes in Organizational Contexts*. Ann Arbor: Psychology Press. Taylor & Francis Group, 2001: 249-264.
- (13) Roald J, Edgren L. Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals. *International Journal of Health Planning and Management* 2001; 16(4):311-324.
- (14) Leicht KT, Fennell ML, Witkowski KM. The effects of hospital characteristics and radical organizational change on the relative standing of health care professions. *J Health Soc Behav* 1995; 36(2):151-167.

- (15) Feldheim MA. Administrators and mergers: a study of administrators' perceptions. *J Health Hum Serv Adm* 2000; 23(3):248-273.
- (16) Armstrong-Stassen M. Dimensions of control and nurses' reactions to hospital amalgamation. *International Journal of Sociology and Social Policy* 2003; 23(8/9):104-128.
- (17) Holm-Petersen C. The reorganisation of hospital cultures and identities. An explorative study of cultural boundaries in the merger of three hospital wards. Forthcoming. 2006.

Bilag 1

Litteratursøgninger

Kap. 2. Sammenhæng mellem volumen og kvalitet

Litteraturen er søgt i DSI-Bib for perioden 1989-2004 med anvendelse af følgende søgeord: Kvalitet, størrelse, effekt, kapacitet, sygehus*, overlevelse, samt i Medline 1996-2004 ved anvendelse af følgende søgeord: "Health-Facility-Size"/all subheadings kombineret med "Quality og HealthCare"/all subheadings. Søgningen gav 155 hits. Abstracts er gennemgået. Der er inkluderet 29 artikler og 19 rapporter i litteraturbeskrivelsen. Inklusionskriterier: Videnskabelig litteratur, engelsksproget eller skandinavisk litteratur, relevante rapporter. Disse referencer kan overordnet inddeles i 4 tematiske klynger. Ved gennemgangens afslutning er emnet mættet; dvs. der kommer ikke ny viden frem.

Kap. 3. Sammenhæng mellem sygehusstørrelse og produktivitet

Der er foretaget en søgning på sammenhængen mellem produktivitet og sammenlægning af sygehusenheder i Medline med følgende emneord: "Health-Facility-Size" / all subheadings, kombineret med "Efficiency-Organizational" / all subheadings, og "Health-Facility-Merger" / all subheadings.

Søgeresultaterne er gennemgået for relevante referencer, ligesom referencerne i den anskaffede litteratur er gennemgået. Resultaterne herfra har dannet grundlag for yderligere indsamling af væsentlige referencer. Der er desuden foretaget Internet-søgninger med henblik på at identificere evt. forskningsrapporter med relation til emnefeltet fra skandinaviske, britiske og nordamerikanske institutioner.

Kap. 4. Patientens perspektiv på sygehusstruktur

Den anvendte litteratur er fundet på baggrund af søgninger i DSI-Bib 1985 – 2004 på emneordene:

Sygehusvæsen kombineret med patientforhold og valgfrihed i Danmark og Norden. Endvidere er der søgt i Medline 1989 – 2004 på emneordene:

"Consumer-Satisfaction"/all and "Hospitals-/utilization"/ kombineret med "Health-Services-Accessibility"/all , "Catchment-Area-Health" og "Choice-Behavior"/all. Disse søgninger gav i alt 25 referencer.

Endvidere er der i et vist omfang anvendt citationsanalyse, samt indhentet relevant materiale fra nøglepersoner på området.

Kap. 5. Sygehusstruktur og lighed

Artiklen tager udgangspunkt i en litteraturgennemgang fra York (titel og reference) fra 1997. Denne er suppleret med søgninger efter nyere litteratur. Der er søgt i:

Medline (1996-2004) på: "Health-Services-Accessibility"/all AND ("Centralized-Hospital-Services"/all OR "Health-Facility-Size"/all OR "Health-Facility-Merger"), kombineret med "Efficiency-organizational", "Choice-Behavior" og "Equity"(fritekst).

De samme emneord anvendt til søgning i CRD-databaserne: DARE, NHS EED og HTA.

Der er desuden søgt i:

Business Source Premier (BSP) på emneordene: "health facilities" og "hospitals" kombineret med fritekst: "distance*", "ressource allocation", "(in)equities" og "transportation".

ProQuest / ABI-Inform på emneordene: "hospitals" og "health facilities" kombineret med fritekst: "distance*", "ressource allocation", "(in)equities", "transportation", "closure*", "merger*", "merging", "choice".

WEB OF SCIENCE (Social Science Citation Index, SSCI) og Arts and HumanitiesCitation Index, A&HCI) på emneordene: "hospital*", "merger*", "choice*", "distance*", "travel", "transportation", "geographical" og "equity".

Søgningerne resulterede i et stort antal referencer, hvoraf de få, der var relevante for problemstillingen, blev udvalgt. Der er i et vist omfang anvendt citationsanalyse med udgangspunkt i de udvalgte referencer.

Sygehusstruktur i Danmark

– en antologi om konsekvenserne af centralisering i sygehusvæsenet

Rapporten viser, at der ikke er evidens for, at det vil være en fordel at koncentrere sygehusudbudet på få, meget store sygehuse. Dette taler hverken økonomiske analyseresultater eller resultater fra kvalitetsstudier for. I stedet kan man koncentrere de behandlinger, som er meget specialiserede og hvor patientgrundlaget er begrænset, på få sygehuse, hvor de fornødne støttefunktioner vil være til stede. Der vil fortsat være økonomisk og kvalitetsmæssig basis for decentrale sygehusstilbud, f.eks. visse ambulante ydelser og visse medicinske behandlinger med stort patientgrundlag. For en bevarelse af de lokale tilbud taler også undersøgelsesresultater af afstandens betydning for patienternes benyttelse af sundhedstilbud. Hertil kommer, at en norsk patienttilfredshedsundersøgelse peger på, at patienttilfredsheden tilsyneladende generelt er større på mindre sygehuse end på store sygehuse.

For så vidt angår personaleperspektivet kan fusioner medføre kulturkonflikter mellem de fusionerende enheder. Resultaterne understreger således, at selve den proces, der er forbundet med ændringerne i sygehusstrukturen, er vigtig for opnåelsen af de ønskede økonomiske og kvalitetsmæssige gevinster.

Svaret på de fremtidige udfordringer i sygehusvæsenet, i form af større efterspørgsel og den medicinsk teknologiske udvikling kombineret med et fortsat snævert økonomisk råderum, antages blandt mange planlæggere og fagfolk at være en større koncentration af sygehusudbudet, gennem etablering af såkaldte økonomisk og lægefagligt bæredygtige afdelinger.

Denne udvikling støder imidlertid imod andre interesser, bl.a. lokalbefolkningernes ønsker om nærhed til sygehusafdelinger – ikke mindst i tilfælde af akut opstået sygdom. Ligesom planer om sammenlægninger ofte møder modstand blandt det berørte sygehuspersonale.

I rapporten søger vi at belyse, om der er belæg for, at en koncentration af behandlingerne på færre – men større – sygehuse medfører en højere behandlingskvalitet, og om der er belæg for, at større sygehuse er mere produktive end små sygehuse. Ligeledes søger vi at belyse patienternes afvejning af nærhed til sygehuset mod behandlingskvaliteten, samt om afstanden rent faktisk har betydning for patienternes brug af sygehusydelser. Endelig ser vi på personalets reaktioner på fusioner af sygehusenheder.