

Sundheds- og ældreministeren

Statsrevisorerne

Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Dato: 04-07-2019
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPMDI
Sagsnr.: 1704733
Dok. nr.: 933272

Sundheds- og ældreministerens redegørelse til Statsrevisorerne vedr. beretning nr. 9/2018 om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene

Statsrevisorerne har den 18. januar 2019 afgivet Beretning nr. 9/2018 om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene, og har i den forbindelse anmodet om en redegørelse for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen giver anledning til.

Jeg vil indledningsvist gerne kvittere for, at der med beretningen sættes fokus på et vigtigt emne, som regeringen vil have stort fokus på. Det er ikke rimeligt, at danskere på tværs af landet og socioøkonomiske skel oplever, at de ikke har de samme behandlingsmuligheder. Fra regeringens side vil vi investere i sundhed, og vi vil prioritere, at der tages initiativer med henblik på at skabe større lighed i sundhedsvæsenet.

Det fremgår af beretningen, at undersøgelsens formål er at vurdere, om Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har taget initiativ til at sikre sig viden om, hvorvidt der forekommer ikke-begrundede forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene.

Rigsrevisionen vurdering bygger på en undersøgelse af, hvorvidt patienterne inden for 4 udbredte folkesygdomme; hjertesvigt, KOL, apopleksi og hoftenære lårbensbrud, har fået opfyldt samtlige procesindikatorer. Sygdomsområderne er undersøgt på baggrund af data fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Konkret undersøges det, hvorvidt patienterne i de 4 sygdomsgrupper får opfyldt samtlige relevante procesindikatorer. Rigsrevisionen anvender i beretningen opfyldelsen af samtlige relevante procesindikatorer som et udtryk for behandlingskvalitet.

Rigsrevisionen har på baggrund af undersøgelsen søgt at svare på to særskilte spørgsmål:

1. Har Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne etableret tilstrækkelige rammer for at sikre ens behandlingskvalitet på sygehusene, der gør det muligt for regioner og sygehuse at afdække årsager til forskelle i sygehusenes behandlings-kvalitet og reducere ikke-begrundede forskelle?
2. Er der ikke-begrundede forskelle i, om patienter får opfyldt samtlige relevante procesindikatorer på sygehusene inden for hjertesvigt, KOL, apopleksi og hofte-nære lårbensbrud?

Jeg noterer mig, at Statsrevisionerne på baggrund af Rigsrevisionens beretning konkluderer, at Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne i højere grad kunne have

taget initiativ til at få viden om, hvorvidt der forekommer ikke-begrundede forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene

Sundheds- og Ældreministeriet har i forlængelse af Rigsrevisionens beretning bedt regionerne om overordnet at redegøre for, hvilke tiltag de enkelte regioner har foretaget eller påtænker at iværksætte på baggrund af Rigsrevisionens beretning. Regionernes udtalelser er vedlagt.

Når jeg i det følgende afgiver mine bemærkninger, tager de afsæt i de udtalelser, som jeg har modtaget og vedlagt fra de enkelte regioner. Heraf fremgår det bl.a., at betydningen af lige adgang til behandling af høj kvalitet på sygehusene ikke er ny viden, men derimod en problemstilling der arbejdes aktivt med fra både centralt og lokalt hold.

Implementering af behandlingskvalitet

Rigsrevisionen vurderer, at Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes rammer ikke i helt tilstrækkelig grad sikrer ens behandlingskvalitet på sygehusene. Rigsrevisionens vurdering bygger på, at det ikke undersøges, om patienter med ens behandlingsbehov og forskellig baggrund får samme opfyldelse af procesindikatorer.

Som det fremgår af Rigsrevisionens beretning, indgår behandlingskvalitet som indikator i de otte nationale mål, som den daværende regering i foråret 2016 aftalte med KL og Danske Regioner. Dette er et udtryk for, at en høj kvalitet i behandlingen vurderes som værende en af de helt centrale udfordringer i sundhedsvæsnets, og at der er et klart og løbende fokus på at forbedre forholdene på området.

Jeg noterer, at Rigsrevisionen peger på, at anvendelsen af kvalitetsdata kunne være bedre, og at det anbefales, at der løbende følges op på, hvorvidt der er forskelle på behandlingskvaliteten på sygehusene. Sundheds- og Ældreministeriet har længe haft et løbende fokus på anvendelse af data, og et særligt opmærksomhedspunkt er, at anvendelsen af kvalitetsdata kunne være bedre.

Det kan i denne forbindelse bemærke, at der ikke er hjemmel i persondatalovgivningen til at kunne identificere patienter, der er social eller socioøkonomisk udfordret.

Dertil noterer jeg, at Rigsrevisionen vurderer følgende:

- At Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes arbejde med kliniske retningslinjer har skabt en understøttende ramme for, at patienter modtager en ensartet behandling af høj kvalitet på tværs af regioner.
- At RKKP og styregrupperne bag de enkelte kliniske kvalitetsdatabaser løbende monitorerer behandlingskvaliteten via opgørelser over sygehusenes opfyldelse af proces- og resultatindikatorer.
- At undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne gennem det nationale mål om høj behandlingskvalitet har skabt en ramme, som følger op på, om der er regionale forskelle i sygehusenes behandlingskvalitet
- At undersøgelsen viser, at regionerne og sygehusene følger op på behandlingskvaliteten, hvis der ikke er målopfyldelse, og hvis der over tid er en negativ udvikling

Opfyldelse af procesindikatorer inden for 4 udvalgte sygdomsområder

Rigsrevisionen vurderer, at der er ikke-begrundede forskelle i, om patienter får opfyldt samtlige relevante procesindikatorer på sygehusene inden for hjertesvigt, KOL, apopleksi og hoftenære lårbensbrud. Registeranalysen viser herudover, at der er en statistisk sammenhæng mellem forskellene i opfyldelsen af samtlige relevante procesindikatorer og risikoen for genindlæggelse og død.

Rigsrevisionens konklusion bygger på, at der var en betydelig andel af patienterne, der tilsyneladende ikke fik opfyldt samtlige procesindikatorer.

Som flere af regionerne påpeger i deres redegørelser, så er opfyldelsen af samtlige procesindikatorer ikke nødvendigvis ensbetydende med, at patienten ikke har modtaget den optimale behandling. Det er ikke nødvendigvis alle procesmål, som er relevante eller til gavn for den enkelte patient. Og beretningens anvendelse af procesindikatorer er ikke i overensstemmelse med den måde, kvalitet opgøres på i de kliniske kvalitetsdatabaser, hvor der tages højde for, at nogle behandlingselementer er relevante for nogle patienter og ikke for andre. Eksempelvis har hjertesvigtsdatabasens procesindikator for "fysisk træning" en fastsat standard på 30 pct.

Den optimale behandling kan variere fra patient til patient, og skal baseres på en lægefaglig og individuel vurdering. Procesmålene er ganske vist retningsgivende og beslutningstøttende for behandlingen, men optimal behandling omfatter ofte inddragelse af flere lægefaglige specialer, og der kan følgelig være patientforløb, hvor opfyldelse af procesindikatorer er sekundært til at opnå den bedste behandling af patienten.

Det ensidige fokus på opfyldelsen af samtlige procesindikatorer betyder, at beretningen ikke har fokus på de nuancer og bagvedliggende årsager, der muligvis kan forklare, hvorfor beretningen identificerer forskelle mellem de bedst og værst stillede patienter. Som flere af regionerne anfører, skal årsagerne til genindlæggelse og død primært findes andre steder, bl.a. i patienternes livsstil og egenomsorg.

Det bemærkes også, at registeranalysen konkluderer, at hovedparten af forskellene i genindlæggelse og død skyldtes forhold, som ligger uden for sygehusene.

Det er vigtigt at understrege, at uligheden ofte begynder langt fra sygehusene og ikke kun er et spørgsmål om, hvordan sundhedsvæsenet indrettes. For at vi som samfund kan gøre op med den sociale ulighed i sundhed, kræver det en bred indsats, som involverer en række forskellige områder.

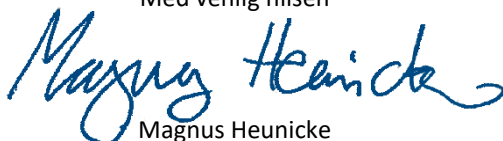
Undersøgelsen har alene fokuserer på sygehusene og ikke de områder, hvor den sociale ulighed i sundhed er størst – dette gælder både faktorer inden for sundhedssektoren (kommunal forebyggelse og rehabilitering, almen praksis og psykiatrien) og faktorer helt uden for sundhedsvæsenet (beskæftigelse, social status mv.)

Afslutning

Afslutningsvist vil jeg igen kvittere for, at beretningen sætter fokus på forskelle i behandlingskvalitet og lighed i sundhed. Regeringen ønsker et sundhedsvæsen, hvor alle patienter får den behandling, de har behov for, og vil arbejde for at skabe større lighed. Jeg noterer mig, at dette er en opgave, som både regionerne og regeringen har et stort fokus på.

En kopi af denne redegørelse er sendt til Rigsrevisor.

Med venlig hilsen



Magnus Heunicke