



NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1997: 2

Pasienten først!

Ledelse og organisering i sykehus

**Utredning fra et utvalg oppnevnt av
Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996.**

**Avgitt til
Sosial- og helsedepartementet 21. januar 1997.**

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKNING

OSLO 1997

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalg for utredning av intern organisering og ledelse i sykehus ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i brev av 29. april 1996.

Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Utvalgets innstilling er enstemmig på de fleste punkter. Der det er uenighet, vises det til særuttalelser.

Oslo, den 21. januar 1997

Vidar Oma Steine leder

Heidi Børresen

Ellen Løken Børsheim

Trond Gården

Jon Haffner

Yngve Haugstvedt

Hilde Jordal

Else Kielland

Trine Magnus

Knut Pihl

Wenche Frogn Sellæg

Tom Inge Ørner

Per Kristian Vareide

Berit Berg

Hans Nielsen Hauge

KAPITTEL 1

Pasienten først!

Utvalget har fått som mandat å foreslå tiltak innenfor områdene ledelse og organisering som kan bedre driften i norske sykehus. Utvalget forstår mandatet slik at bedre drift i praksis betyr én ting; at sykehusene på en bedre måte dekker pasientens behov. I vedlegg til mandatet har Sosial- og helsedepartementet trukket opp retningslinjer for hva det mener ligger i at sykehus ivaretar pasientens behov; de såkalte «Pasienten først»-retningslinjene. Utvalget er enig i at de ti punktene i retningslinjene gir et godt bilde av hva sykehus må svare på for å oppfylle pasientbehov.

«Pasienten først»**PASIENTEN FØRST!**

Pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester. Helsepersonell må først og fremst anerkjennes for og anspores til innsats for pasientenes ve og vel. Medarbeidere i helsetjenesten må stadig utvikle nye muligheter for å fremme helse, hjelpe pasientene og bedre rutinene.

1. Tilgjengelighet
Helsetjenester skal være likeverdige og lette å komme til, tilbudet oversiktlig og kostnadene overkommelige.
2. Lydhørhet
Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer og beskrivelser av sine lidelser på alvor. Helsepersonell er spesialister på sine fag – pasienter er spesialister på sine liv.
3. Faglighet
Undersøkelser og behandling skal bygges på kunnskap som er à jour.
4. Forsvarlighet
Behandling skal være medisinsk begrunnet, gis raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger. Medikalisering skal begrenses og pasientene hjelpes til å forstå og mestre sin lidelse ved forebygging, behandling og rehabilitering.
5. Ansvarlighet
Pasienten bør ha én ansvarlig person å forholde seg til og slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjon skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelse.
6. Punktlighet
En avtale er en tosidig kontrakt, som forplikter helsepersonellet til å holde tider like mye som pasienten. Avvik skal tidlig meddeles og begrunnes. Saksgangen skal ikke forsinke eller forspille behandlingsmuligheter.
7. Åpenhet
Pasient og pårørende skal få relevante opplysninger – om hva situasjonen er, hva som bør gjøres, når og hvorfor – så tidlig som mulig og i forståelig form. Pasienten skal lett få vite hvor saken står.
8. Helhet
En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel per-

son – et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at deres verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres.

9. Vennlighet

Pasienter skal møtes med følsomhet og innlevelse og pårørende gjerne trekkes med i behandling og pleie. Innsikt om sykdom og utsikter skal gis slik at den gir mestring og trygghet. Pasientene og pårørende skal gis oppmuntring og mot på livet, og omsorg og nærhet når alvorlige diagnoser må meddeles.

10. Gjensidighet

Personalet skal opptre med aktelse overfor hverandre, slik at det fremmer godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og derved tillit hos pasientene.

PASIENTEN FØRST – OG SIST!

Utvalget erkjenner samtidig at når det arbeides med systemspørsmål, som ledelses- og organisasjonsspørsmål, er det en fare for at man i løpet av arbeidet mister det overordnede målet av syne, slik at problemstillingene lever sine egne liv mer eller mindre uavhengig av sykehusets overordnede mål. Utvalget vil innledningsvis, som en referanseramme for de tiltak som utvalget fremmer, gi enkelte utdypende kommentarer til hva det oppfatter som det sentrale i de ti punktene i «Pasienten først».

Forslagene som utvalget fremmer i "*Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling*" i kapitlene 7 – 10 er av ulik karakter i forhold til retningslinjene i «Pasienten først». Noen tiltak er direkte svar på forhold som retningslinjene trekker fram. Andre tiltak er av system- og holdningsmessig karakter, der effektene i forhold til pasientbehov vil være av indirekte karakter. Her vil det være nye strukturer, systemer, holdninger og ikke minst ledelsesmessig fokus som skal utløse de forbedrede pasienteffektene.

1.1 UTDYPING AV «PASIENTEN FØRST»

Retningslinjene som framkommer i «Pasienten først» angår helheten i helsetjenesten. Sykehusene, som står i fokus i denne utredningen, er bare en del av denne helheten. For pasienten er det imidlertid av betydning hvordan sykehuset er organisert i forhold til pasientens behov, ikke minst bør helsetjenesten i størst mulig grad framstå som en helhet for pasienten.

1.1.1 Tilgjengelighet

«Helsetjenester skal være likeverdige og lette å komme til, tilbudet oversiktlig og kostnadene overkommelige.»

Tilgjengelighet til helsetjenester er av stor betydning for den trygghetsfølelsen befolkningen har i forhold til at de vil bli tatt hånd om ved sykdom eller ulykker. Ventelister, manglende valgfrihet og lang avstand til sykehuset er forhold som kan innvirke på tilgjengeligheten til helsetjenester.

I utgangspunktet kan det derfor synes som om det må fokuseres på forhold *utenfor* det enkelte sykehus, og at spørsmålet om tilgjengelighet faller utenfor kjernen i mandatet til utvalget. Sykehusene inngår imidlertid som et element i helsetjenesten, og sykehusenes funksjon vil derfor påvirke hvordan hele helsetjenesten fungerer. I St.meld. nr. 9 (1974-75) «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen» ble spesialisthelsetjenestens funksjon til kommunehelsetjenesten beskrevet slik:

«Distriktshelsetjenesten skal omfatte helsevesenets basistjenester og være det fundament som de andre deler av helsetjenesten springer ut fra og støtter seg til.»

Dette må få konsekvenser også for den *interne* organiseringen i sykehusene. Organiseringen bør sikre god samordning slik at *pasienten* opplever å møte ett helsevesen, og ikke flere forskjellige helsevesen. Samtidig må en sikre at primærhelsetjenestens bruk av spesialisthelsetjenester er mest mulig formålstjenlig og ivaretar LEON-prinsippet (Laveste Effektive Omsorgs Nivå). Dette bør medføre at

- det er gode prosedyrer for undersøkelse og behandling som kan sikre at pasienten unngår unødige henvisninger
- pasienten ikke kaster bort verdifull tid i ventetiden
- der det måtte foreligge usikkerhet, bør det hyppigere opprettes kontakt mellom nivåene i helsetjenesten før pasienten avvises eller henvises videre
- pasienten får sin tilstand vurdert av spesialist eller ved innleggelse i sykehus, innen fastsatt tid, dersom allmennlegens vurdering resulterer i slik henvisning
- henvisningsskrivet til sykehuset inneholder en del basisopplysninger som gjør det mulig for sykehuset å foreta en riktig prioritering mellom pasienter
- sykehuspoliklinikkene fungerer på en måte som gjør at pasientene kan spares for unødige innleggelser
- pasient og primærlege skal ha svar innen en på forhånd gitt frist om søknaden er mottatt og om ventetidens lengde
- at pasienten får nødvendig kontroll og oppfølging fra spesialist, eller ved sykehuset, i forståelse med pasientens primærlege.

1.1.2 Lydhørhet

«Helsepersonell skal møte pasienten med respekt og ta den sykes symptomer og beskrivelser av sine lidelser på alvor. Helsepersonell er spesialister på sine fag – pasienter er spesialister på sine liv.»

Formålet med sykehusvirksomheten er knyttet til det som skjer med pasienten. Sykdommer er mer enn organer og pasienter mer enn kasus. Det spiller en rolle hvem den personen er som får sykdommen. Derfor er ikke diagnosen alene viktig, men like viktig er det hvordan pasienten selv opplever, mestrer og tar del i sin egen helse.

På dagens sykehus foregår det en rekke minidialoger, mellom pasient og mange behandlere. Hvis vi skal ta den kliniske dialog på alvor, bør

- pasientens egen opplevelse av lidelsen og hvilke problemer den medfører være en viktig del av pasientens sykehistorie, og få betydning for behandling og oppfølging
- pasient, og eventuelt pårørende, bør ved planlagte innleggelser kunne avtale på forhånd tid for samtale med den pasientansvarlige lege eller pasientansvarlig sykepleier
- pasienten bør ha anledning til å samtale med legen uten at andre pasienter, eller andre uvedkommende kan følge med i samtalen
- helsepersonell bør vise respekt for pasientens tid slik at unødig venting og forlengelse av sykehusoppholdet ikke skjer
- helsepersonell må gjennom fastleggelse av sykepostens rutiner ta tilbørlig hensyn til pasientens behov for å beholde kontroll over sin hverdag i sykehuset – med henblikk på vekking, måltider, prøvetaking osv.

1.1.3 Faglighet

«Undersøkelser og behandling skal bygges på kunnskap som er àjour.»

Det skjer i dag en eksplosiv utvikling av kunnskap innen de medisinske fag. Det går dessuten meget kort tid fra ny kunnskap er utviklet til den forventes anvendt. Dette stiller både leger og andre helsearbeidere overfor store utfordringer – ikke minst fordi enkeltindivider i sterk grad overlater seg i fagfolkenes varetekt. Samtidig er mulighetene for å innhente den teoretiske kunnskapen gjennom sykehusenes tilslutning til databaser stor.

I det moderne sykehus må man sørge for at

- helsepersonell bygger sin kompetanse på gode teoretiske kunnskaper, utviklede praktiske ferdigheter og det kliniske skjønn erfaring gir
- helsepersonell til enhver tid holder seg ajour innen sin fagkrets
- helsepersonell under utdanning får løpende veiledning i pasientbehandlingen
- helsepersonell gis tid til å tilegne seg ny kunnskap gjennom deltagelse i kurs, konferanser, kongresser o.l.
- arbeidsgiver tar kunnskaps- og kompetanseutvikling på alvor, tilser at helsepersonell innehar nødvendig kompetanse, og stiller ressurser til rådighet for dette.

1.1.4 Forsvarlighet

«Behandling skal være medisinsk begrunnet, gis raskt, være virksom, lindre smerte og dempe bivirkninger. Medikalisering skal begrenses og pasientene hjelpes til å forstå og mestre sin lidelse ved forebygging, behandling og rehabilitering.»

Det bør være en selvfølge at alle forslag til behandling bygger på en grundig faglig vurdering, hvor det også tas hensyn til andre lidelser og behandlinger som pasienten gjennomgår, og mulige bivirkninger eller interaksjoner som kan forverre pasientens totale helsetilstand.

Det er også viktig at helsetjenesten gjennom sine tilbud eller sin organisering ikke skaper pasienter eller klienter av mennesker med alminnelige livsproblemer. Helsetjenesten må støtte opp om – ikke frata – det enkelte menneskes ansvar for egen helse og mulighetene for egenomsorg i forhold til belastninger som livet innebærer.

Avgjørende for pasientens oppfatning av forsvarlighet er også at

- de ikke må vente på en behandling der tiden kan ha betydning for mulighetene til overlevelse
- behandling iverksettes så raskt at ikke muligheten for full helbredelse forspilles
- pasienten får tilsyn av personell som har den nødvendige kompetanse
- en vellykket akutt behandling følges opp av et tilbud om rehabilitering der dette er nødvendig for å gjenvinne tapt funksjon
- en medisinsk begrunnet henvisning til et høyere nivå i helsevesenet ikke stanses av organisatoriske barrierer eller økonomiske grunner
- smertetilstander og andre invalidiserende plager hos kronisk syke pasienter blir tatt på alvor på alle nivåer i helsetjenesten
- pasienten slipper å gjennomgå belastende undersøkelser flere ganger grunnet utsatte behandlinger.

1.1.5 Ansvarlighet

«Pasienten bør ha én ansvarlig person å forholde seg til og slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjonen skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert. Pasienten har rett til innsyn og medbestemmelse.»

Pasientens primærlege har sammen med pasienten selv ansvaret for at sykdom avsløres og tilbud gis. Når pasienten henvises videre til andre nivåer eller andre spesialister, må det ikke herske tvil om hvor ansvaret ligger. Samarbeidet mellom leddene i behandlingskjeden må formaliseres gjennom rutiner som sikrer at pasientens interesser løpende ivaretas.

Ved sykehusinnleggelse vil pasienten møte en rekke forskjellige helsearbeidere, og kvaliteten av sykehusoppholdet vil være avhengig av at ansvarslinjene er klare og at informasjonen som gis pasienten ikke spriker. For å imøtekomme dette

- bør pasienten ved innleggelsen ha en pasientansvarlig lege å forholde seg til under hele oppholdet. Legen bør ha ansvaret for at pasienten får den informasjon som pasienten ønsker. Pasienten tas med på råd når det gjelder undersøkelser og behandling og får fyllestgjørende informasjon ved utskrivningene
- bør den pasientansvarlige lege under sykehusoppholdet også ha ansvar for at pasientens faste lege (primærlege) tas med på råd der det er nødvendig, og at tilstrekkelig informasjon blir gitt tilbake snarest mulig etter utskrivning
- bør tilsvarende rutiner gjennomføres ved at pasienten får en primærsykepleier/kontaktsykepleier å forholde seg til på sengeposten, og at pasienten også tas med på råd når det gjelder omsorgsoppgavene
- bør pasienten under sykehusoppholdet ha tilgang til informasjon om sin sykdom, tilpasset sykdommens art, omfang og forhåndskunnskaper
- bør pasienten ha full rett til å få hjelp til innsyn i egen journal og ta del i beslutninger om undersøkelser og behandling som angår den aktuelle lidelse
- bør pasientens beslutning om ikke å gjennomføre en undersøkelse eller å avvise behandling respekteres, samtidig som det fortsatt gis støtte fra helsevesenets side til at pasienten kan mestre sin lidelse.

1.1.6 Punktlighet

«En avtale er en tosidig kontrakt som forplikter helsepersonellet til å holde tider like mye som pasienten. Avvik skal tidlig meddeles og begrunnes. Saksgangen skal ikke forsinke eller forspille behandlingsmuligheter.»

Ventetid i sykehuset forårsaket av dårlig planlegging viser manglende respekt for pasientens tid. Det kan også gi pasienten inntrykk av at sykehusets rutiner er utarbeidet for å dekke de ansattes behov mer enn pasientenes. Gjentatte utsettelse av planlagte inngrep er en betydelig tilleggsbelastning for pasienten og burde være unødvendige. En forsinkelse i ett ledd av en komplisert sykehusorganisasjon forplanter seg raskt til en rekke andre ledd i systemet. Virksomheten ved sykehuset bør derfor organiseres slik at

- den planlagte virksomheten i minst mulig grad blir berørt av annen virksomhet, f.eks. øyeblikkelig hjelp
- det ikke gis time til flere pasienter på samme klokkeslett enn det avdelingen til vanlig makter å ta unna innen det gitte tidsrom
- timeavtaler ikke gjøres på tidspunkt som regelmessig brukes til faste møter

- fravær av nøkkelpersonell varsles i tide, slik at omberammelse av timeavtaler skjer i minst mulig grad.

1.1.7 Åpenhet

«Pasient og pårørende skal få relevante opplysninger – om hva situasjonen er, hva som bør gjøres, når og hvorfor – så tidlig som mulig og i forståelig form. Pasienten skal lett få vite hvor saken står.»

Mangel på åpenhet forklares ofte med mangel på tid. Pasientene kvier seg for å spørre fordi helsepersonell gjennom sitt kroppsspråk signaliserer at de har det travelt eller fordi andre pasienter er til stede, som på et flersengsrom. Sykehusene har heller ingen sterk tradisjon for å tilby pårørende å møte til samtaler med f.eks. lege og pasient. For å gjøre sykehusene mer åpne når det gjelder informasjonsstrømmen bør sykehuset sørge for at

- det gis aksept for at tid settes av for samtale i forbindelse med en konsultasjon
- også alternative undersøkelsesmetoder og behandlingsmuligheter blir lagt fram for pasienten
- eventuelle vanlige bivirkninger av en behandling er tatt opp til diskusjon
- pasienten får informasjonen i skriftlig form i tillegg til muntlig informasjon
- pasienten blir gjort oppmerksom på eventuelle feil som måtte være begått
- pasienten ved uttrykt ønske kan få en ny vurdering av annen lege/spesialist på samme nivå
- informasjon gis til pårørende i den grad pasienten ønsker det.

1.1.8 Helhet

«En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person – et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at dets verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres.»

En følge av kunnskapsutviklingen innen medisinen er den utstrakte grad av spesialisering. Dette medfører at stadig mer av en specialists tid og interesse rettes inn mot en liten del av pasienten – en sykdom, et organ osv. Andre spesialister kommer inn og tar seg av andre sider ved pasientens symptomkompleks eller lidelse. Pasienten kan oppleve seg som en «stafettpinne» som sendes mellom spesialister, avdelinger eller nivåer i helsetjenesten.

Det er en økende erkjennelse av at det å bli frisk er avhengig av samspill mellom en rekke forhold som angår pasientens nærmiljø. I dialogen mellom pasient og lege, pasienter imellom og mellom besøkende, pasient og lege blir likhetssymboler etablert og vedlikeholdt. Disse likhetssymbolene bidrar til at sykdom blir avdramatisert.

Ivaretagelse av helhetsperspektivet i en pasients sykdomsepisode kan best ivaretas ved

- et nært, gjerne formalisert samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus
- at lokalsykehusfunksjonen ivaretar kontakten med primærhelsetjenesten og at spesialiserte sykehus tar koordineringsansvaret på alvor
- at sykehusene tar hensyn til dette gjennom i større grad å føre tjenester og spesialister til pasientene, mens pasientene får være mer i ro
- at det tverrfaglige teamarbeid utvikles og systematiseres innen alle spesialiteter.

1.1.9 Vennlighet

«Pasienter skal møtes med følsomhet og innlevelse og pårørende gjerne trekkes med i behandling og pleie. Innsikt om sykdom og utsikter skal gis slik at den gir mestring og trygghet. Pasientene og pårørende skal gis oppmuntring og mot på livet, og omsorg og nærhet når alvorlige diagnoser må meddeles.»

Vennlighet dreier seg om vanlig folkeskikk kombinert med evne til å sette seg inn i den sykes situasjon. Pasientens egne ressurser til selvhelbredelse må tas i bruk for at sykdom kan overvinnes og mestringsevnen styrkes. Lav liggetid, høye krav til inntjening fra poliklinikk og dagkirurgi, samt økende grad av spesialisering og sentralisering svekker grunnlaget for å gi pasient og pårørende tilstrekkelig hjelp til å aktivisere disse selvhelbredende kreftene i seg.

For at sykehusene skal medvirke til å bedre pasientens mestringsevne må

- pasienten møtes med respekt fra første henvendelse til utskrivning
- pasienten gis trygghet for at det gis rom for informasjon og samtale
- pårørende få anledning til å være til stede innenfor pasientens ønsker
- sykehuset medvirke til at pasientens behov for hjelp til mestring blir fulgt opp av det neste ledd i omsorgskjeden
- pasienten orienteres om samtalegrupper, «likemennsarbeid», pasientorganisasjoner og liknende der pasienter kommer sammen for å dele erfaring og lære mestringsstrategier av hverandre.

1.1.10 Gjensidighet

«Personalet skal opptre med aktelse overfor hverandre, slik at det frammer godt arbeidsmiljø, arbeidsglede og derved tillit hos pasientene.»

I et sykehus er den gjensidige avhengighet mellom de ansatte meget stor. Dette vil kreve

- respekt for det enkelte fagområdets egenart
- respekt for den kompetanse som de ulike yrkesgrupper representerer
- respekt for medarbeidernes tid
- at beslutninger fattes i fellesskap og i samråd med pasienten eller pasientens pårørende og at alle lojalt følger de beslutninger som er fattet på denne måten.

1.2 MANGFOLDET AV PASIENTGRUPPER

Det finnes en rekke ulike pasientkategorier ved norske sykehus, noe som må tas i betraktning når man tenker organisering av helsetjenester, eksempelvis

- pasienter som er til kortvarig behandling, poliklinisk, dagbehandling eller kortvarig opphold
- pasienter som legges inn til planlagt behandling
- pasienter som legges inn for akutte lidelser
- pasienter som har et langvarig opphold før de kan skrives ut
- pasienter med kroniske lidelser og psykiske lidelser som ofte kommer tilbake til sykehuset
- pasienter med sammensatte/multiple lidelser
- pasienter som er i en rehabiliteringsfase etter en periode med behandling
- pasienter som er i sluttfasen av livet, og mottar lindrende behandling og støtte
- pasienter som er inne til kontroll.

I tillegg vil det for alle de ulike pasientkategoriene finnes pårørende som vil ha et relativt stort behov for kontakt med sykehuset. Spesielt gjelder dette pårørende til barn.

Slike forhold vil i stor grad måtte være med å bestemme hvordan tjenesten bør organiseres og hvilke ressurser som skal settes inn. Det finnes mange eksempler på dette bl.a. gjennom skillet mellom poliklinikk, dagbehandling og innleggelse. I hovedsak differensieres det ut fra en inndeling etter hvilken spesialitet lidelsen eller sykdommen hører inn under.

De forskjeller som her kort er påpekt, er naturligvis ikke utdypende. I tillegg til forskjeller i sykdommens art og forløp er det naturligvis store forskjeller i pasientenes bakgrunn, livssituasjon og ressurser. Alt dette må inngå i de tjenester som skal ytes til den enkelte pasient. Det finnes også likhetstrekk mellom grupper av pasienter som man normalt ikke setter i sammenheng. Utvalget vil senere i rapporten bl.a. påpeke at dagens organisering ikke gir et like godt tilbud til alle pasientgrupper. Pasienter med kroniske lidelser og mange pasienter med psykiatriske lidelser opplever mange identiske problemer i sitt møte med helsetjenesten.

Utvalget har i denne utredningen valgt ikke å trekke et eget skille mellom somatikk og psykiatri. I hovedsak er det de samme problemstillingene som gjelder i begge sektorer, og forskjellene i forhold til pasienter kan være større innen somatikk enn mellom somatikk og psykiatri. Med mindre det er gjort egne merknader har utvalget vurdert somatikk og psykiatri under ett.

KAPITTEL 2

Sammendrag**2.1 «PASIENTEN FØRST», OG BEHOVET FOR ENDRINGER**

Retningslinjene i «Pasienten først» er lagt til grunn for utvalgets vurderinger og valg av tiltak. Forslagene til tiltak er rettet inn mot intern organisering og ledelse i sykehus. Det betyr at tiltak både kan ha en direkte og en indirekte effekt på pasientbehandlingen.

Utvalget mener at det er behov for endringer i sykehusenes interne organisering og ledelse. Dette til tross for at norske sykehus anses å være gode sykehus, med overveiende motiverte og kompetente fagfolk som daglig arbeider for pasientenes beste. Det at utvalget foreslår en rekke tiltak til forbedringer må derfor ikke oppfattes som en kritikk mot alle de som i hverdagen arbeider for at ressursene skal strekke til for å få til et best mulig resultat. Flere av de tiltakene som utvalget foreslår er hentet fra sykehus som har hatt initiativrike og dyktige medarbeidere med ønske om å lage et enda bedre tilbud. Sykehusene er komplekse kunnskapsbedrifter med rask kunnskapsmessig og teknologisk utvikling. Pasientenes krav og behov av medisinsk og menneskelig art er i stadig endring. Dette gjør at sykehusene må drive et kontinuerlig forbedringsarbeid.

Utvalgets ulike forslag til tiltak er samlet i "*Mål, resultatoppfølging og kvalitetssutvikling*" i kapitlene 7 til 10. Hvert av forslagene bærer i seg viktige endringer dersom framtidens organisatoriske og ledelsesmessige situasjon i sykehusene på en bedre måte skal understøtte pasientens behov. Effektene vil bli størst dersom mange av forslagene gjennomføres samtidig, da det er stor grad av sammenheng mellom forslagene til tiltak. I dette sammendraget vil utvalget framheve forslag som antas å være særlig betydningsfulle og som også vil kunne ha en betydelig understøttende virkning på effekten av de andre forslagene.

2.2 LEDELSE

Utvalget legger avgjørende vekt på den betydning som ledelse har for at sykehusene konsekvent skal virke i et pasientperspektiv. Utvalget understreker at de foreslåtte endringene i stor grad skaper en ny lederrolle i sykehusene. Det viktigste bidraget for at framtidens sykehus skal virke til pasientenes beste, er at ledelsene gis riktig ansvar og fullmakter/virkemidler, og at ledelsene har holdninger som tilstreber tverrfaglig samarbeid med fokus på pasientenes behov. Dette fordrer både holdningsendringer hos de som skal være ledere og blant de som blir ledet, og at sykehusene må legge til rette for ledelse på en annen måte enn de gjør i dag.

2.2.1 Lederen er leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe

Det er utvalgets oppfatning at ledere i sykehus framdeles i alt for liten grad har holdninger og adferd som reflekterer kjernen i det som lederskap dreier seg om. Etter utvalgets mening er dette

- å ta et ansvar for at enhetens mål og rammer er klarlagt
- at det utvikles en felles erkjennelse for målene blant medarbeiderene, og for de resultater som da bør skapes
- at resultatene følges opp slik at man på en best mulig måte sikrer måloppnåelse

- at man initierer og gjennomfører nødvendige endringsprosesser slik at man på en bedre måte kan møte pasientens behov.

Dette krever en lederadferd som klart får fram at lederen er likeverdig leder for alle medarbeidere som inngår i enheten, slik at også de som har annen yrkesbakgrunn enn lederen fullt ut opplever lederen som «sin sjef». Lederen må ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot at enheten er etablert med ressurser, kompetanse og strukturer som er tilpasset oppgavene. De som går inn i lederstillinger må ha lyst, evne og vilje til å påta seg dette ansvaret, og til å arbeide med de virkemidler som er nødvendige for å bære ansvaret.

2.2.2 Ledelsen bør være enhetlig

Utvalget står samlet i sitt syn på at ledelse av sykehusavdelinger skal være basert på enhetlig og udelt ledelse. Det vil si at *en* person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset. Utvalgets flertall foreslår at det gjennom en forskrift, med hjemmel i sykehusloven, fastslås at prinsippet om enhetlig ledelse skal innføres i de offentlige sykehusene. Utvalgt mener at dette vil skape en klarere ansvarssituasjon enn i dag, der det i stor grad gjøres bruk av todelt ledelse på avdelingsnivå.

2.2.3 Bruk av ledergrupper skal sikre tverrfaglig samarbeid

For å understøtte det tverrfaglige samarbeidet bør det gjøres bruk av ledergrupper ved utøvelse av ledelse i organisatoriske enheter i sykehuset. Ledergruppene bør representere spennvidden av sentrale enheter og/eller faglige miljøer innen den enkelte organisatoriske enheten/avdelingen. I kliniske avdelinger vil i de aller fleste tilfellene det medisinske faglige og det sykepleiefaglige området være representert i ledergruppen, ut fra betydning og ansvar i oppgaveløsningen. For å sikre at ledergruppen skal representere tilstrekkelig bredde og spennvidde forutsetter utvalget at gruppen minst skal bestå av tre medlemmer. Det enkelte sykehus bør selv kunne beslutte hvordan ledergrupper skal settes sammen.

2.2.4 Ledere må ha kompetanse som gir autoritet

Utvalget mener at toppledelsen i det enkelte sykehus bør gis den nødvendige beslutningsmyndighet til å utforme kravene til avdelingslederstillinger og til å vurdere søkernes samlede ledelseskompentanse.

Utvalget mener at ledelsesmessig autoritet betinger at lederen innehar den nødvendige reelle ledelseskompentanse, og at vedkommende har en nødvendig innsikt i den virksomhet vedkommende har et ledelsesmessig ansvar for. Nedenfor uttdyper utvalget sine synspunkter på hva som bør vektlegges ved valg av avdelingsleder.

2.2.4.1 Reell ledelseskompentanse

Utvalget mener at det må være et krav at avdelingsleder skal ha reell ledelseskompentanse. Slik reell ledelseskompentanse må vurderes samlet ut fra tre kriterier:

- Personlige egenskaper og egnethet
- Relevant ledererfaring
- Formell ledelseskompentanse.

Utvalget understreker at det ikke er et absolutt krav til formell ledelseskompentanse, men at det ved manglende formelle kvalifikasjoner må stilles større krav til relevant

ledererfaring. Personlige egenskaper og egnethet må anses å være et absolutt krav. Utvalget vil understreke at faglige kvalifikasjoner uansett ikke kan kompensere for manglende reell ledelsekompetanse.

2.2.4.2 Faglige kvalifikasjoner

Utvalget mener at relevant helsefaglig kompetanse må anses å være et minimumskrav til avdelingsleder ved en avdeling som driver pasientrettet arbeid. Med relevant helsefaglig kompetanse menes helsefaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå og erfaring innenfor avdelingens område.

Utvalget mener at dersom avdelingsleder selv ikke har medisinsk faglig kompetanse må det medisinsk faglige ansvaret plasseres hos en annen som har slik kompetanse. Den som innehar det medisinsk faglige ansvaret må også ha nødvendig myndighet. Det må avklares ved ansettelse, eller i stillingsinstruks, hvilke oppgaver som skal ligge til medisinsk faglig ansvarlig i tillegg til de som er pålagt ved lov eller forskrift, og hvilken myndighet som er tillagt stillingen som medisinsk faglig ansvarlig.

Utvalget er uenige om hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse.

Seks av utvalgets medlemmer mener at hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk-faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse, må vurderes i hvert enkelt tilfelle av overordnet nivå (toppleddet). Disse medlemmene mener at dette er et spørsmål om å finne riktig person, og ikke riktig profesjon. Karakteren av avdelingens oppgaver må i hvert enkelt tilfelle sammenholdes med de aktuelle søkerens faglige kompetanse. Disse medlemmene mener at medisinsk-faglig kompetanse må tillegges stor vekt, men mener at personer med annen relevant helsefaglig utdannelse, gjennom erfaring og personlige egenskaper kan fylle kravene til nødvendig faglig innsikt og være en fullgod leder.

Seks av utvalgets medlemmer mener at det bør legges stor vekt på medisinsk-faglig kompetanse. Medisinsk-faglig kompetanse vil være av stor betydning for de beslutninger som blir tatt på avdelingsnivå. Det vil være derfor mest hensiktsmessig om avdelingslederen også har det medisinsk-faglige ansvaret. Disse medlemmene vil imidlertid framheve at personer med annen helsefaglig bakgrunn i enkelte tilfeller vil kunne være best kvalifisert til å utføre lederoppgavene i avdelingen.

2.2.5 Enhetlig ledelse bør innføres ved alle sykehus i løpet av to år

Utvalgets flertall (elleve medlemmer) har foreslått at prinsippet om enhetlig ledelse bør forskriftsfestes med hjemmel i sykehusloven § 3, og at enhetlig ledelse skal være innført i løpet av to år. Poenget med en så lang innføringsperiode er at det enkelte sykehus skal gis tilstrekkelig tid til å arbeide med de holdningsmessige forutsetningene som bør være på plass når prinsippet innføres. Det må skje en løpende evaluering som kan bidra til eventuelle nødvendige korrigeringer i perioden.

Utvalgets mindretall (ett medlem) mener at dette ikke bør forskriftsfestes av hensyn til den selvråderett fylkeskommunene bør ha i organisatoriske spørsmål, i henhold til kommuneloven. Dette medlemmet er imidlertid enig i at sykehusene bør innføre enhetlig ledelse på alle nivå.

2.3 INTERN ORGANISERING

Utvalget har ikke kommet med konkrete forslag til hvordan norske sykehus bør organiseres. Begrunnelsen for dette er tredelt

For det første er det store forskjeller mellom sykehusenes størrelse, faglige funksjoner, pasientgrunnlag og organisasjonskultur. Det vil derfor ikke finnes én organisasjonsmodell som passer like godt for alle sykehus.

For det andre har det ikke vært mulig for utvalget å finne noen løsninger i det mangfoldet som finnes i dagens sykehus eller er beskrevet i fagbøker og annen litteratur, som må anses å være den ene løsningen norske sykehus burde satse på. Utvalget vil også peke på at det i stor grad mangler dokumentasjon av effekter av ulike organisasjonsmodeller.

For det tredje må det erkjennes at vellykket organisasjonsendring i stor grad er avhengig av lokal forankring og lokalt eierskap til løsningene. Et konkret forslag til hvordan norske sykehus burde organiseres, vil bryte med denne erkjennelsen.

2.3.1 Det enkelte sykehus må stå friere til selv å velge intern organisasjonsstruktur

Utvalget mener at den ansvarlige ledelsen ved det enkelte sykehuset har de beste forutsetningene for å treffe organisatoriske valg om løsninger, og kan ikke se at helsepolitiske styringshensyn eller hensyn til faglig styring tilsier at departement, regjering og Storting eller fylkeskommunene bruker sin styringsmuligheter i forhold til organisasjonsinterne forhold i sykehusene.

De sentrale myndigheter og eieres styringsform må være å sette mål og etterspørre resultater innenfor de overordnede helsepolitiske målsettinger. Hvis de griper inn i virkemiddelbruken, som intern organisering er, undergraves legitimiteten og autoriteten hos toppledelsen i sykehusene.

2.3.2 Intern organisering må ta utgangspunkt i pasientenes behov

Selv om utvalget ikke vil foreslå én bestemt modell for intern organisering i sykehus, er utvalget av den mening at ikke alle løsninger er like gode. Utvalget mener at følgende overordnede mål bør legges til grunn ved valg av organisatoriske løsninger på sykehus:

- *Økt verdiskapning.* Personalets tid og ressurser bør i størst mulig grad settes inn i pasientrettet arbeid. Målet må være å redusere tidsbruken på alt det som ikke direkte tjener pasienten.
- *Bedre kontinuitet.* Kontinuiteten bør bedres ved at pasientene i størst mulig grad kan beholde kontakt med samme personer, både på poliklinikk og ved innleggelser. Antallet personer som pasientene må forholde seg til i sykehuset bør reduseres.
- *Økt helhet.* Helhetsperspektivet kan bli bedre i sykehusene. Det er ikke bare sykdommen som trenger oppmerksomhet, men hele pasienten, familie, pårørende og omgivelsene påvirkes av sykdom.
- *Bedre arbeidsmiljø.* Utvalget mener at et godt arbeidsmiljø sikrer god pasientbehandling. Organiseringen må legge til rette for at utvikling og opplæring sikrer kunnskaper og respekt på alle nivåer. Samarbeidsrelasjoner må settes i fokus og organiseringen må støtte opp om arbeidsfelleskap og arbeid mot samme overordnede mål.

De målene som er angitt ovenfor, kan utledes til et sett av prinsipper, som i større grad bør legges til grunn ved utformingen av interne organisasjonsstrukturer i syke-

hus. Disse prinsippene er av generell karakter, og vil måtte gis ulik utforming i de ulike sykehusene.

- Organisering av kliniske enheter bør baseres på en analyse av pasientene og deres behov for behandling. Med dette menes at pasienten i størst mulig grad får gjennomført nødvendig behandling innenfor en organisatorisk enhet.
- Planlagt virksomhet bør i størst mulig grad skjermes fra øyeblikkelig hjelp. Også pasienter med kroniske lidelser vil kunne ha behov for et tilpasset og skjermet tilbud.
- Avdelinger bør i større grad ha kontroll over virkemidler som er nødvendige for å oppfylle funksjonen i forhold til en bestemt pasientkategori eller en bestemt oppgave.
- Enhver avdeling må sikre gode rutiner for kommunikasjon og samhandling med andre enheter man er avhengig av i sin oppgaveløsning.
- Organiseringen må sikre at informasjonen til enhver tid følger pasienten, uavhengig av eventuelle kryssinger av avdelingsgrenser, og at nødvendige kommunikasjonskanaler og -systemer er opprettet.
- Den enkelte enhets mål og oppgaver må være klare og synlige for alle medarbeidere i forhold til den helhetlige pasientbehandlingen. Organiseringen bør være slik at den gir alle medarbeidere et klart bilde av sammenhengen mellom de oppgaver de selv gjør og den helhetlige pasientbehandlingen.

Utvalget mener at mange sykehus med fordel bør vurdere sin egen organisering med utgangspunkt i de ovenforstående prinsipper. Utvalget mener at sykehuseier har et ansvar for å etterspørre en slik gjennomgang og en eventuell plan for forbedring.

2.3.3 Det må utvikles bedre kunnskap om gode organisasjonsmodeller for sykehusene

Sykehuseiere og myndigheter må etterspørre og stimulere til utvikling av organisasjonsmodeller som på en bedre måte møter retningslinjene i «Pasienten først» og de prinsippene utvalget har skissert ovenfor. Utvalget mener at myndigheter og eiere må ta et større ansvar for å utvikle og spre kunnskap om gode organisasjonsmodeller for sykehusene. Utvalget mener det er betenkelig at organisatoriske endringsprosesser i så liten grad er gjenstand for evaluering som kan bidra til å utvikle kunnskap om fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller.

Utvalget vil derfor foreslå at det etableres et eget organisasjonsutviklingsprogram som kan fungere som en nasjonal satsing på å utvikle mer kunnskap om organisasjonsmodeller som setter «Pasienten først». Et slikt program vil stimulere til endringer som er i tråd med de prinsippene som er skissert ovenfor, og gi grunnlag for at slike endringsprosesser gjøres til gjenstand for grundig evaluering.

2.4 ANDRE TILTAK

2.4.1 Innføring av ordning med pasientansvarlig lege

En kritikk som ofte framføres mot sykehus er at pasienten møter så mange ulike medarbeidere, og at dette skaper uklarhet i pasientens forhold til sykehuset. Dette kan gi opphav til avmaktsfølelse og uklare forestillinger om hvem som har ansvaret for behandlingen. For å bøte på denne svakheten foreslår utvalget at det med hjemmel i sykehusloven (spesialisthelsetjenesteloven) innføres en ordning med pasientansvarlig lege. Denne legen skal ha ansvaret for planleggingen av pasientens opphold i sykehuset, og vil også være pasientens faste kontaktpunkt i medisinsk faglige spørsmål under sykehusoppholdet. Det sentrale i ordningen er at pasienten

får et fast kontaktpunkt, og at de mange praktiske spørsmålene må finne sin løsning innenfor denne overordnede rammen. Avdelingsoverlegen ved de kliniske avdelingene bør ha ansvaret for den konkrete utformingen innenfor den enkelte avdeling.

2.4.2 Innføring av ordning med pasientansvarlig sykepleier

Ved flere sykehus er det etablert ordninger som på mange måter fungerer slik at pasientene i stor grad har en kontaktsykepleier. Utvalget mener imidlertid at det for *alle* sengeavdelinger og poster må tilstrebes en ordning som innebærer at pasientene i stor grad kan ha ett fast kontaktpunkt for sykepleietjeneste. Dette må tilpasses det som er mulig i forhold til døgnkontinuerlig beredskap, men en ordning med pasientansvarlig sykepleier vil kunne medføre endringer i vakt- og turnusplaner. Den faglige lederen av sykepleietjenesten innenfor en avdeling (oversykepleier) bør ha ansvaret for den konkrete utformingen av ordningen.

2.4.3 Opprusting av sykehusenes kontorfaglige støttefunksjoner og IT-funksjoner

Utvalget tilrår at det over en to til tre års periode gjennomføres en nasjonal satsing på opprusting av sykehusenes kontorfaglige støttefunksjoner, herunder å bygge ut et velfungerende IT-system. Bakgrunnen for forslaget er en oppfatning om at dersom de kontorfaglige støttefunksjonene fungerer bedre enn i dag, vil fagpersonellens tid kunne frigjøres og dermed i større grad kunne brukes på direkte pasientrettet arbeid. Det siktes her til infrastruktur og utstyr for IT, kompetanseutvikling, etablering og opprusting av stillinger, og en klarere organisatorisk forankring og ansvarsplassering av de kontorfaglige støttefunksjonene. Sykehus som mottar midler fra denne bevilgningen, skal forplikte seg til at det innen 1. januar 2000, skal la epikrisen følge pasient ved utskrivning.

2.4.4 Det er et behov for kvalifisert arbeidskraft og å utnytte denne til det beste for pasientene

Sykehusene er framfor alt personell- og personintensive arbeidsplasser. De ansattes kompetanse og kvalifikasjoner er av avgjørende betydning for sykehusenes virke til pasientenes beste. Det er derfor av avgjørende betydning at sykehusene har tilgang på kompetent arbeidskraft, og at sykehusene utnytter den tilgjengelige kompetanse på en best mulig måte. Utvalget ser fire hovedstrategier som er viktige for å sikre at behovet for kompetent arbeidskraft møtes:

- *Øke tilgangen på arbeidskraft:* Det er viktig at sykehusene sikres den nødvendige tilgangen på kompetent arbeidskraft. Utvalget mener derfor at både grunnutdanningen utenfor sykehusene og spesialistutdanningen i sykehusene må styrkes. Videre vil «re-rekruttering» av personell som har vært yrkesaktive, men ikke kommet tilbake til yrkesaktivitet etter f.eks. svangerskapspermisjon, være en viktig strategi. Det store antallet personell som arbeider deltid utgjør også en potensiell arbeidskraftreserve som kan utnyttes om bemanningsplaner, vakt og turnusordninger legges opp for dette.
- *Bedre utnyttelse av eksisterende arbeidskraft:* En bedre utnyttelse av den arbeidskraft og kompetanse sykehusene rår over vil være en viktig strategi for sykehusene, uansett om tilgangen på arbeidskraft øker eller ikke. Intern organisering som sikrer at kompetanse blir utnyttet til de oppgaver der den trengs mest, fleksibilitet i oppgavefordeling og arbeidstidsordninger og bedre planlegging, er virkemidler for bedre utnyttelse av arbeidskraften.

- *Bedre arbeidsmiljø*: Et godt arbeidsmiljø vil generelt kunne bidra positivt til at de som arbeider i sykehus yter bedre og gir bedre service til pasientene. Et godt arbeidsmiljø er sentralt for å rekruttere og beholde personalet. Et godt arbeidsmiljø vil også kunne øke mulighetene for fleksibilitet i intern oppgavefordeling og for at samarbeidsklimaet er best mulig.
- *Kompetanseutvikling*: Virksomheten på sykehusene er gjenstand for en kontinuerlig kunnskapsmessig og teknologisk utvikling. Det vil derfor være viktig for sykehusene å sikre det nødvendige påfyll av kompetanse gjennom systematisk og planmessig kompetanseutvikling, f.eks. gjennom å sette av midler til dette hvert år.

2.4.5 Samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste bør bedres

Svært mange pasienter vil i løpet av sin sykdomshistorie både ha kontakt med sykehus og primærhelsetjenesten. Disse må kunne forvente at de møter *ett* helsevesen. Utvalget mener at det i dag er for lite systematikk og helhetlig ansvar når det gjelder å ivareta kontakten mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Fylkeshelsetjenesten må påta seg et overordnet ansvar for den samlede samarbeidssituasjonen i fylket,

2.5 SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENTETS OVERORDNEDE ANSVAR I OPPFØLGINGEN

Hvordan tiltakene utvalget har foreslått innen organisering og ledelse følges opp, vil være av svært stor betydning for et best mulig resultat. Utvalget framhever betydningen av at Sosial- og helsedepartementet, i egenskap av sitt overordnede ansvar for den nasjonale helsepolitikken, tar et strategisk lederskap for det forestående utviklingsarbeidet. Et viktig element i et slikt utviklingsarbeid vil være å etablere et samarbeidsforum, med deltakelse fra Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommune, sykehusene, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet. En slik gruppe bør gis et overordnet ansvar for gjennomføringen av utviklingstiltakene på organisasjons- og ledelsesområdet. Dersom utvalgets forslag til bevilgninger til et program for organisasjonsutvikling, og midler til opprustning av IT og kontorfunksjonene i sykehusene følges opp, bør en slik gruppe trekkes sentralt inn i hvordan disse midlene best kan anvendes.

2.6 OPPSUMMERING AV UTVALGETS FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak 7.1: Sykehusets tre hovedformål bør fastsettes i formålskapet i ny lov om spesialisthelsetjenesten.

Tiltaket er beskrevet i "[Formelt grunnlag for de tre hovedoppgavene](#)" i avsnitt 7.2

Tiltak 7.2: Utvikling av sammenlignbare resultatindikatorer må utvides til å omfatte kvalitetsindikatorer i større grad enn i dag.

Tiltaket er beskrevet i "[Resultatmål for sykehusenes aktiviteter](#)" i avsnitt 7.4

Tiltak 7.3: Systematisk arbeid med metode- og praksisevaluering bør styrkes.

Tiltaket er beskrevet i "[Evaluering av virksomheten i enkelte sykehus](#)" i avsnitt 7.5

Tiltak 7.4: Arbeidet med systematisk tilbakemelding fra primærhelsetjenesten bør intensiveres.

Tiltaket er beskrevet i "[Systematisk tilbakemelding](#)" i avsnitt 7.5.3

Tiltak 7.5. Sykehusene bør i større grad innhente systematisert informasjon fra pasienter om pasientopplevd kvalitet og service.

Tiltaket er beskrevet i "[Systematisk tilbakemelding](#)" i avsnitt 7.5.3

Tiltak 8.1: Sykehuseierne bør gjennomføre tiltak som gjør at det enkelte sykehus innenfor tildelte budsjетtrammer selv kan bestemme organisasjons- og stillingsstruktur.

Tiltaket er beskrevet i "[Nærmere om forholdet mellom sykehus og sykehuseier](#)" i avsnitt 8.2.1

Tiltak 8.2: De kontorfaglige støttefunksjonene og IT-løsningene bør i vesentlig grad oppgraderes i norske sykehus.

Tiltaket er beskrevet i "[Bedring i sykehusenes infrastruktur](#)" i avsnitt 8.4.1

Tiltak 8.3: Det bør innføres en ordning med pasientansvarlig lege.

Tiltaket er beskrevet i "[Pasientansvarlig lege](#)" i avsnitt 8.4.2

Tiltak 8.4: Det bør gjennomføres en ordning med pasientansvarlig sykepleier.

Tiltaket er beskrevet i "[Pasientansvarlig sykepleier](#)" i avsnitt 8.4.3

Tiltak 8.5: Det bør nedfelles fast praksis for at det ved hvert planlagt sykehusopphold før innleggelsen skal foreligge en skrevet plan for de aktivitetene som vil finne sted under oppholdet.

Tiltaket er beskrevet i "[Behov for planlegging av sykehusopphold.](#)" i avsnitt 8.4.4

Tiltak 8.6: Det bør etableres et program for organisjonsutvikling i sykehus som kan støtte organisasjonsendringer som baseres på de prinsipper utvalget har skissert i "[Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus](#)" i avsnitt 8.3, og som følges opp av evaluering for dokumentasjon av de erfaringer som gjøres.

Tiltaket er beskrevet i "[Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus](#)" i avsnitt 8.3

Tiltak 8.7: Sosial- og helsedepartementet bør ta et initiativ ovenfor andre sykehuseiere, for å drøfte hvordan samarbeidet om arbeidsgiverfunksjonen kan bedres.

Tiltaket er beskrevet i "[Utvalgets forslag til tiltak](#)" i avsnitt 8.7

Tiltak 8.8: Takster for polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi må sikre ønsket aktivitetsnivå.

Tiltaket er beskrevet i "[Økonomiske incitamenter for poliklinikk og dagkirurgi](#)" i avsnitt 8.4.6

Tiltak 9.1. Det nedsettes et utvalg som skal gjennomgå arbeidsmiljølovens rammebetingelser og tariffavtalenes bestemmelser for arbeidsplanlegging i sykehus.

Tiltaket er beskrevet i "[Fleksible arbeidstidsordninger og bruk av prosjektorganisering](#)" i avsnitt 9.3.4

Tiltak 9.2. Økt tilskudd til utdanning av spesialister.

Tiltaket er beskrevet i "[Øke utdanningskapasiteten](#)" i avsnitt 9.2.1

Tiltak 9.3. Statlige støtteordninger for utdanning av spesialsykepleiere.

Tiltaket er beskrevet i "[Øke utdanningskapasiteten](#)" i avsnitt 9.2.1

Tiltak 9.4. Det bør nedsettes en arbeidsgruppe som ser på utdanningen av helsepersonell i utdanningsinstitusjonene.

Tiltaket er beskrevet i "[Oppsummering](#)" i avsnitt 9.5.3

Tiltak nr. 10.1: Avdelingsledelse i sykehus bør være basert på tverrfaglig team (formelle ledergrupper) der én er avdelingsleder.

Tiltaket er beskrevet i "[Avdelingsledelse i sykehus](#)" i avsnitt 10.4

Tiltak 10.2: Innføring av enhetlig ledelse må følges opp med evaluering.

Tiltaket er beskrevet i "[Gjennomføring og oppfølging av eventuelt vedtak om enhetlig ledelse](#)" i avsnitt 10.4.6

KAPITTEL 3

Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte**3.1 MANDAT OG SAMMENSETNING**

Sosial- og helsedepartementet satte i brev av 29. april 1996 ned et utvalg for å utrede organisasjons- og ledelsesforhold internt i sykehus.

Utvalget ble gitt følgende mandat:

«Utvalget bes kartlegge de viktigste problemene ved dagens organisasjons- og ledelsesstruktur i sykehus og foreslå tiltak som kan bidra til forbedring av disse funksjonene med utgangspunkt i departementets retningslinjer slik de framkommer i «Pasienten først»-retningslinjene. Det er særlig interessant å få finne fram til endringer som kan føre til at:

1. pasientens totale behov for diagnostikk, behandling, pleie, omsorg og service ivaretas bedre
2. pasientflyten gjennom systemet blir bedre (logistikkfunksjonen)
3. sykehuset kan utnytte de enkelte fagprofesjonenes kompetanse bedre og at helsepersonell får benytte sin arbeidskapasitet mest mulig rasjonelt
4. inndelingen i avdelinger og enheter blir mest mulig hensiktsmessig
5. det sikres samsvar mellom medisinsk faglig ansvar og myndighet
6. de samlede ressursene blir brukt bedre og at kostbart utstyr kan utnyttes effektivt
7. arbeidet med kvalitetssikring og kvalitetsutvikling styrkes
8. samhandlingen med primærhelsetjenesten bedres
9. arbeidsmiljøet bedres og arbeidsgleden øker.»

Frist for utvalgets arbeid ble satt til 1. desember 1996.

«Pasienten først»-retningslinjene er gjengitt i "*Pasienten først!*" i kapittel 1, boks 1.1.

I vedlegg til innstillingen er tatt med departementets bakgrunnsnotat for nedsettelsen av utvalget, som utvalget mottok som vedlegg til mandatet. I avslutningen av dette notatet (se vedlegg 1) sies:

«Det er på høy tid å oppdatere prinsippene for intern organisering og ledelse i sykehus. Det trengs gode overordnede ledelsessystemer for sykehussektoren, men også god ledelse innad i det enkelte sykehus. Under budsjettbehandlingen for 1996 fattet Stortinget følgende vedtak: «Stortinget ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse må være et krav. Det må være klare ansvarlinjer, slik at den som innehar det medisinsk faglige ansvar også har nødvendig myndighet». Dette legges til grunn for utvalgets arbeid.»

Utvalget ble gitt følgende sammensetning:

Prosjektdirektør Vidar Oma Steine, *leder*, NAVO, Oslo,

Hjelpepleier Heidi Børresen, Aker sykehus, Oslo

Oversykepleier Ellen Løken Børsheim, Haukeland sykehus, Bergen

Rådgiver Trond Gården, Fylkesmannen i Nordland, Bodø

Avdelingsoverlege Jon Haffner, Buskerud sentralsykehus, Drammen

Direktør Yngve Haugstvedt, Telemark sentralsykehus, Skien

Avdelingsdirektør Hilde Jordal, Statens helsetilsyn, Oslo
1.amanuensis Else Kielland, Universitetet i Tromsø
Sjef medisinske serviceavd, Trine Magnus, Regionsykehuset i Tromsø
Fylkesdirektør Knut Pihl, Vestfold fylkeskommune, Tønsberg
Overlege Wenche Frogn Sellæg, Namdal sykehus, Namsos
Sjeflege Tom Inge Ørner, Klinikk Bergen, Nesttun.

Sekretariatet har bestått av Per Kristian Vareide (sekretariatsleder), Berit Berg og Hans Nielsen Hauge.

3.2 BAKGRUNN

Slik mandatet er utformet, er utvalget gitt som generell oppgave å utrede interne organisasjons- og ledelsesforhold i norske sykehus. Utvalgets innstilling er ment å inngå i underlagsmateriale for det utviklingsarbeid som nå pågår for å forbedre norsk helsetjeneste. Utvalgets arbeid må sees i sammenheng med at det for tiden pågår flere andre utrednings- og utviklingsarbeider om helsevesenet. Av aktiviteter som særlig har berøringsflater med dette utvalget skal framheves:

- Utvalg som er nedsatt for å utrede prioriteringsspmål i norsk helsevesen («Lønning 2-utvalget»).
- Oppfølgingen av NOU 1996: 5: «Hvem skal eie sykehusene»
- Endring av sykehusenes finansieringsmåte, ved at det delvis innføres innsatsstyrt finansiering, omtalt i Sosial- og helsedepartementets st.prp. nr. 1 (1996-97).

Disse arbeidene gjelder primært prioritering, eierskap og finansiering. I og med at disse temaene ikke inngår i mandatet, har utvalget som utgangspunkt ikke gått inn på dem. Helt strengt er imidlertid dette ikke gjennomført. I noen tilfeller er det så nær sammenheng mellom interne ledelses- og organisasjonsspørsmål og disse problemstillingene at utvalget har funnet det naturlig å kommentere dem.

Utvalget har oppfattet det som kjernen i sitt mandat å vurdere hvilke tiltak på organisasjons- og ledelsesområdet som kan gjøre sykehusene bedre i stand til å svare på pasientenes behov. Dette har i stor grad vært styrende for hvordan utvalget har lagt opp sitt arbeid. På den annen side har utvalget også vært seg bevisst at enkelte særskilte hendinger og problemstillinger i stor grad bidro til at utvalget ble nedsatt. Utvalget har på den ene siden forsøkt å være særskilt oppmerksom på at innstillingen skulle gi tilstrekkelig klare svar på problemstillingene som disse hendene reiste. På den annen side har det også vært et viktig poeng for utvalget at disse delproblemstillingene ble behandlet i en helhetlig ramme.

De to hendingene som særlig lå bak opprettelsen av utvalget var:

- For det første, som det også er gjengitt og vist til i Sosial- og helsedepartementets bakgrunnsnotat, Stortingets vedtak av 21. november 1995, der et enstemmig Storting ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Dette vedtaket kan sies å inngå i en løpende prosess og diskusjon om ledelsesforhold i sykehusene som nærmest har pågått kontinuerlig de siste tiårene. Det vises til "*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kapittel 10, der det er gitt en omtale av viktige hendinger fra de siste tiårene.
- For det andre har det i det siste året før utvalgets nedsettelse oppstått uenighet om ledelsesmodellen ved Nytt Rikshospital. Det har til dels vært sterk uenighet innad i sykehuset om hvilken ledelsesordning som burde velges. Det har også vært dialog mellom sykehuset og Sosial- og helsedepartementet om ledelses-

modellen. Rikshospitalet ba i brev av 24. november departementet avklare hva som var betydningen av Stortingets vedtak av 21. november.

I brev til Rikshospitalet av 21. desember (korrigert 9. januar 1996) ga Sosial- og helsedepartementet følgende fortolkning av vedtaket:

«I forhold til Stortingets vedtak skal etter Sosial- og helsedepartementets oppfatning, lederansvaret på et sykehus på de ulike nivåer kunne henføres til en ansvarlig leder. Vedkommende skal være den best kvalifiserte person i forhold til faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier skal vektlegges, må avveies i forhold til den konkrete situasjon ved den enkelte virksomheten.»

Videre skal det vises til st.prp. nr. 65 (1995-96) der Sosial- og helsedepartementet fremmet forslag om ny organisering ved Rikshospitalet. Her ble også forslaget til ledelsesmodell ved sykehuset konkretisert. Departementet understreket i proposisjonen at løsningen for Rikshospitalet ikke var forutsatt å ha allmenn gyldighet:

«Departementet vil presisere at det forslag til organisasjons- og ledelsesmodell som her presenteres utelukkende gjelder nytt Rikshospital. Departementet har den 26. april i år, bl.a. som følge av Stortingets vedtak, nedsatt et offentlig utvalg som skal utrede prinsipper for organisering og ledelse i sykehus. Denne utredningen vil være et viktig grunnlag for departementets generelle oppfølging av Stortingets vedtak.»

Stortinget valgte ikke å ta stilling til ny ledelsesmodell for Rikshospitalet, kfr. Innst. S. nr. 276 (1995-96). Det ble vist til at beslutning burde avvende innstillingen fra det nedsatte utvalget.

Utvalget har merket seg den dialog som har vært mellom Rikshospitalet, Sosial- og helsedepartement og Stortinget om ledelsesspørsmål på Rikshospitalet, herunder at utvalgets vurderinger og tilrådinger vil inngå i underlagsmaterialet for de beslutninger om ledelsesformer som snart må treffes. Men utvalget vil ordensmessig presisere, slik det også klart følger av mandatet, at det ikke tilligger utvalget spesifikt å foreta vurderinger av hvilke løsninger som bør velges for Rikshospitalet. Utvalget uttaler seg derfor ikke om valg av organisatorisk løsning på Rikshospitalet. To forhold fra utvalgets innstilling som har relevans for Rikshospital-saken, skal imidlertid framheves.

For det første at utvalget mener ("*Organisering, struktur og systemer*" i kapittel 8) at det bør tilligge sykehusets ledelse å velge sine organisatoriske løsninger, og at derfor verken Sosial- og helsedepartementet eller Stortinget bør gripe styringsmessig inn i forhold til beslutningene som sykehusets ledelse treffer om framtidig organisering. Med det ansvar som sykehusets ledelse, ved styre og direktør, har for de resultater som skapes, bør den reelle beslutningsretten for spørsmål som gjelder organisasjons- og stillingsstruktur ligge hos denne ledelsen. I den grad formelle forhold gjør det nødvendig å legge spørsmål om organisasjon og stillingsstruktur fram for departement, regjering og Storting, kan ikke utvalget se at det er samfunnsmessige styringsbehov som tilsier at sykehusledelsens standpunkter bør overprøves.

For det andre går utvalget inn for at det skal forskriftsfestes at prinsippet om enhetlig ledelse skal legges til grunn i de offentlige sykehusene. Dersom forslaget følges opp, vil dette være en ramme for de løsninger som sykehuset velger at det er en leder for den enkelte organisatoriske enheten.

3.3 RAMMER SOM FØLGER AV MANDATET

Sosial- og helsedepartementet har i bakgrunnsnotatet for mandatet presisert at Stortingets vedtak av 21. november 1995 skal legges til grunn for utvalgets arbeid. I så henseende oppfatter utvalget at vedtaket framhever tre viktige grunnlag for utvalgets arbeid

- det skal være enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer i sykehusene
- alle som skal utøve ledelse må også ha administrativ ledelseskompetanse
- det skal være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinske faglige ansvar også har nødvendig myndighet.

Utvalget forstår stortingsvedtaket slik at ledelsesansvaret på de ulike nivåene i sykehusorganisasjonen skal kunne henføres til én ansvarlig person. Dette har blitt lagt til grunn som en ramme for utvalgets arbeid. Utvalget er for øvrig også enig i at gjennomføring av prinsippet om enhetlig ledelse, forutsatt at dette gjøres i kombinasjon med bruk av tverrfaglige ledergrupper, vil gi et bedre formelt og ansvarsmessig grunnlag for for drift av sykehus. Dette er nærmere omtalt i "*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kapittel 10.

3.4 ANALYSER OG DOKUMENTASJON BAK UTVALGETS VURDERINGER OG TILRÅDINGER

Utvalget oppfatter at det er gitt et meget bredt mandat. Mandatet forutsetter at utvalget i retningslinjene i «Pasienten først» skal

- foreta vurderinger og komme med forslag til forbedringstiltak som generelt kan forbedre ledelses- og organisasjonsfunksjonene internt i sykehusene
- tilstrebe at de forbedrede organisasjons- og ledelsesoppleggene gir positive effekter innenfor de ni områdene som er angitt i mandatet.

Med et så bredt mandat og tidsramme på om lag et halvt år har det vært vesentlig for utvalget å foreta noen prioriteringsvalg både hva gjelder hvilke spørsmål som skulle undergis mest omfattende behandling og måten som utvalget skulle arbeide på. I så henseende har utvalget lagt vekt på å foreta helhetlige analyser med sikte på å identifisere forhold knyttet til organisasjon, ledelse og samarbeid som det er særlig viktig å gripe fatt i. Dette inkluderer naturligvis analyser av sykehusenes strukturer og systemer. Men etter utvalgets oppfatning inkluderer det i minst like stor grad vurderinger av mer holdningsmessig karakter. Det vil si å danne seg et bilde av hvilke verdier og holdninger som i dag preger ledere og medarbeidere i sykehus, og da med særlig vekt på å finne fram til tiltak som kan bidra til at sykehusene lever opp til retningslinjene i «Pasienten først». For utvalget har det utviklet seg en viktig erkennelse om at størst effekt vil oppnås dersom det skjer et tett samvirke mellom endringer som gjennomføres på struktur- og systemplanet og endringer som er knyttet til ledernes og medarbeidernes verdier og holdninger. Utvalget har valgt å bruke mye tid på å vurdere hvilke prosesser av denne type som nå bør gjennomføres. Både i samlet utvalgsregi, i sekretariat og gjennom enkeltmedlemmer av utvalget, er det prioritert å samtale med mange aktører i sykehusene for på denne måten å danne seg et overordnet bilde av hvilke endringsprosesser som det er særlig viktig å få gjennomført. Erfaringene fra disse prosessene er særlig reflektert i kapitlene om organisering ("*Organisering, struktur og systemer*" i kapittel 8), personellressurser ("*Personellressurser, kompetanse og arbeidskraft*" i kapittel 9) og ledelse ("*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kapittel 10), der vurderinger og tilrådinger om holdningsmessige forhold er tillagt stor betydning.

Denne tilnærmingsmåten innebærer at utvalget på noen viktige funksjons- og driftsområder i begrenset grad framlegger analyser og fremmer konkrete forslag. Dette gjelder på områder slik som bruk av IT (både i forhold til journalføring, bruk av dataregistre og telemedisin) og bruk av medisinsk teknisk utstyr. Men det er altså utvalgets oppfatning at tilrådingene knyttet til organisasjon, ledelse og samarbeid vil gi et bedre grunnlag enn i dag for framtidige forbedringstiltak på disse områdene.

3.5 UTVALGETS ARBEIDSMÅTE

Utvalget hadde sitt første møte den 11. mai 1996 og har hatt 13 møter. Utvalgets medlem Else Kielland har ikke hatt anledning til å delta på alle møtene, grunnet et opphold i USA f.o.m. august 1996.

Utvalget har hatt et møte i Tromsø som ble lagt opp som en blanding av internt utvalgsmøte og dialog med ledelse og medarbeidere ved Regionsykehuset i Tromsø (RITØ) om organisasjons- og ledelesspørsmål. Tilsvarende møteopplegg er gjennomført i Trondheim med Regionsykehuset i Trondheim (RIT). Utvalget har besøkt Hjertesenteret ved Rikshospitalet i Oslo. Rikshospitalets ledelse har møtt i utvalget og orientert om ledelsesproblematikken i sykehuset for den siste toårs-perioden. Utvalget har også i noen utstrekning gjort bruk av eksterne innledere på møtene.

Disse kontaktene har gitt mange nyttige impulser til utvalgets arbeid. Utvalget har også gjennomført flere høringsmøter. Det ble gjennomført et særskilt høringsmøte med representanter fra pasientorganisasjoner. Ett høringsmøte ble gjennomført med utvalg av ledere på ulike nivåer ved en del sentral- og lokalsykehus. I tillegg er det holdt et felles høringsmøte for pasientorganisasjoner og for en del sykehusledere. Ledelsene i Den norske lægeforening og i Norsk Sykepleieforbund har møtt i utvalget. Utvalgsleder og sekretariat har hatt møte med Norsk Helse- og Sosialforbund og Norsk Kommuneforbund. I tillegg har utvalgsleder, sekretariat og utvalgsmedlemmer hatt møte med en rekke personer og organisasjoner i norsk helsevesen. Utvalgets sekretariat har mottatt skriftlig materiale fra mange organisasjoner med synspunkter på hva som er problemene og hva som bør være løsningstiltakene i norsk sykehusvesen. Alle disse aktivitetene har gitt gode impulser både for å forstå hva som er dagens problemer i norsk sykehusvesen og for hvilke tiltak som det er aktuelt å gjennomføre.

Utvalget har gjennomført en forenklet spørreundersøkelse om ledelse og organisasjonsforhold ved alle norske sykehus. Dette inngår i grunnlaget for omtalen i *"Sykehusenes funksjoner, organisering og ledelse"* i kapittel 5.

KAPITTEL 4

Sykehuset i et historisk perspektiv

Det moderne sykehus framstår i dag som høyteknologiske, kompetansebaserte institusjoner. Sykehusene har en sentral plassering i det norske helsevesen i kraft av å være kompetansesentra for den medisinske vitenskap.

Sykehuset har imidlertid erhvervet denne posisjonen i løpet av de siste hundre år. Dette kapitlet vil trekke fram noen elementer av sykehusets historie som underlag for en bredere forståelse av hvorfor sykehus er organisert og ledet som de er i dag. Det understrekes at omtalen av de enkelte elementene nødvendigvis vil være kortfattet og stikkordsmessig.

4.1 SOMATISKE SYKEHUS**4.1.1 Tempel, hospitium og sanatorium (ca. 500 f.Kr. til 1850)**

Sykehusets tidlige historie har i stor grad vært påvirket av religion og krig. I de tidligste tider var sykdom ofte forbundet med handlinger mot gudene, og behandling av sykdom var knyttet til religiøse handlinger. De første sykehuslignende institusjoner var knyttet til religiøse ordener, som Asklepios-templene i det antikke Hellas. Vi kjenner også til «feltsykehus» fra det romerske imperium.

Legekunsten føres tilbake til Hippokrates, og den greske perioden ca. 400 f.Kr. Den greske legekunsten utviklet seg med utgangspunkt i grekernes naturteologi. Naturen var idealet, og sykdom noe som skyldtes ubalanse i den «lille naturen» – kroppen. Man kunne i beste fall hjelpe naturen tilbake til sin naturlige tilstand. Det å underlegge seg eller kontrollere naturen var derfor utenkelig. Prognosen var derfor viktigere enn diagnosen. Både metodisk og normmessig var den hippokratiske legekunsten rettet mot å hjelpe pasienten der en kunne, og ikke være til skade for pasienten.

Den greske legekunsten var også mer «empirisk» orientert enn de religiøse medisinske tradisjonene. Legevirksomheten var prinsipielt bygd opp omkring erfaringer og nøye vurdering av symptomer (bl.a. ved å lytte på pasientens lunger).

Ordet *hospital* (hospitium) dukker opp på 1200-tallet. Det var overnattingssteder som tilbød tjenester for pilegrimer, vandrere, eldre, foreldreløse og fattige såvel som for de syke, gale og funksjonshemmede. De tidlige institusjonene lå under kirkens ansvar. De var etablert ut fra prinsippet om nestekjærighet og hjelp til de svake i samfunnet. De ble ledet av diakoner. I norsk sammenheng kjenner vi den første beretning om Trondhjems hospital fra 1277.

Under reformasjonen ble mye av Kirkens eiendom konfiskert av «kronen», og mange sykehus ble som følge av dette lagt ned. Sykehusene ble senere satt i funksjon igjen, men de ble nå drevet dels for veldedige midler, dels for kongens midler. Helt fram til vår tid har det forekommet at sykehus er blitt oppført og finansiert gjennom «frivillige» initiativ, f.eks. sanitetsforeninger.

Fram til midten av det 19. århundre var sykehusenes behandlingstilbud svært begrenset. Sykehusene bar preg av å være pleieinstitusjoner. Mange av sykehusene var også spesialsykehus og sanatorier for pasienter som man ønsket å holde isolert, f.eks. tuberkuløse og spedalske. Sykehusene var et tilbud til fattige mennesker. De som kunne betale for medisinske tjenester, fikk bedre behandling og tilsyn fra lege hjemme.

4.1.2 Det moderne sykehusets framvekst (ca. 1850–1950)

Sykehuset som *behandlingsinstitusjon* ble for alvor realitet i vårt århundre. Sentralt i utviklingen av det moderne sykehus var en formidabel framgang innenfor medisinsk vitenskap og teknologi.

4.1.2.1 Medisinen etablerer seg på sykehuset

I løpet av siste halvdel av det 19. århundre oppnådde man stor framgang innen medisinsk vitenskap og spesielt innen kirurgi. Kirurgien¹ som lenge hadde vært utenfor medisinen, ble igjen innlemmet i den medisinske profesjon.

Fram til midten av 1800-tallet var kirurgiske inngrep begrenset på grunn av den smerte som ble påført pasienten under inngrepet. Man begynte å ta i bruk morfin i 1844, og i 1846 brukte man eter for første gang. Dette gjorde det mulig å operere på indre organer uten smerte for pasienten, selv om pasienten ofte døde som følge av infeksjoner etter operasjonen.

I 1865 oppnådde den engelske legen Joseph Lister en dramatisk reduksjon i infeksjoner etter kirurgiske inngrep ved å bruke en spray av karbonsyre under inngrepet (antisepsis). Han postulerte at mikroorganismer i luften forårsaket infeksjonene. Senere ble det påvist at disse også forekom på hender, instrumenter og klær. Dette fikk stor betydning innenfor kirurgien.

Innenfor indremedisin var utviklingen ikke kommet fullt så langt, selv om Jenner utviklet koppervaksinen allerede ved inngangen til det 19. århundre. Ved inngangen til det 20. århundre hadde man kun et lite mindretall virksomme legemidler.

I 1876 lanserte Robert Koch sin teori om bakterier som en årsak til sykdommer. Han påviste denne ved å bruke mikroskopet. I 1893 ble det første virkelige laboratorium etablert ved et sykehus i Paris.

Røntgenstråler ble oppdaget i 1895, og kort tid etter var det første røntgenapparat i bruk ved sykehus.

Den medisinske vitenskap ble etter hvert institusjonalisert i sykehuset. Framveksten av moderne behandling, og ikke minst av moderne diagnostikk (laboratorier og røntgen), gjorde at sykehus og leger inngikk i en gradvis økende gjensidig avhengighet. Sykehuset kunne ikke levere behandling uten legene og «spesialistene», mens legene på sin side trengte sykehusets ressurser for å kunne gi sine pasienter «moderne» behandling.

4.1.2.2 Fra gangkone til sykepleier

Pleie av pasienter har det vært behov for så lenge det har vært institusjoner som har tatt hånd om syke mennesker. I løpet av siste halvdel av det 19. århundre ble sykepleien reformert og formalisert, og skolene etablert. Mens den gamle pleien var grunnlagt på et ønske om å hjelpe et menneske i nød, var den nye sykepleien en yrkesutdanning, selv om den var preget av å være et «kall». Dette skjedde parallelt med en økende erkjennelse av egenverdien i pleie nært knyttet til pasienten (bedside care), bl.a. som følge av den innsats som sykepleierne ytte under Krimkrigen.

I 1850-årene ble man gradvis klar over sammenhengen mellom smuss og sykdom, og Florence Nightingale var foregangskvinne med sitt fokus på sanitære forhold. Hennes virksomhet var en av flere viktige årsaker til at hygien bedret seg og at dødeligheten dermed gikk ned. I *Notes on Hospitals*, som kom ut i 1858, kom hun med en rekke forslag til konstruksjon og oppføring av forskjellige typer syke-

1. Kirurgi er avledet av cheirurgia, som betyr «håndverk». I England tilhørte kirurgene barberlauget helt til 1824.

hus. Grunntesen for utformingen av sykehus var *ren luft*. Hun foreslo bl.a. detaljert hvordan sengeposter skulle bygges opp. Ved enkelte sykehus i England finnes det ennå originale «Nightingale wards».

Framveksten av den moderne sykepleie skjedde ikke uten konflikter, både i forhold til legene, administrasjonen og de andre pleierne. Skulle den nye utdannede sykepleier ta på seg de oppgavene man mente å gjøre, måtte dette skje ved å ta oppgaver fra andre, dels fra legene og dels fra administrasjonen. I tillegg ble den administrative ledelsen av pleietjenesten sentralisert, og de andre pleierne ble underlagt sykepleiere med formell utdanning.

Fra begynnelsen av underla sykepleierne seg legenes autoritet. Florence Nightingale understreket selv at *alt* en sykepleier gjorde overfor en pasient skulle forordnes av lege, f.eks. å gi pasienten mat. Til tross for dette fikk pleievirksomheten anledning til å fungere relativt autonomt.

4.1.2.3 Det tredelte sykehus ble malen

Sykehusene ved begynnelsen av dette århundre gikk under betegnelsen *blandede sykehus*, der kirurgi ofte var eneste spesialitet. Etter hvert fikk man også et sterkere innslag av indremedisinsk og røntgenologisk virksomhet i sykehusene, noe som førte til framveksten av det *tredelte sykehus* på 1930-tallet. Det tredelte sykehus har på mange måter vært en dominerende sykehustype i Norge, og det har dannet malen for lokalsykehusene.

Sykehusene ble i denne perioden ofte oppført etter lokale initiativ, og for å betjene lokale behov. Vi finner i dag mange sykehus ved den tidens nye industrisentra. Sykehusene fikk dekket sine utgifter etter kurpriser som de satte selv, over syketrygdens budsjett.

Med det moderne sykehus endret også sykehuset seg fra å være en sosial institusjon for fattige og syke mennesker, til å bli en behandlingstilstand som kunne være til bistand ved alvorlige lidelser og sykdommer. Sykehuset ble nå et helt annet alternativ for hele befolkningen. Dette dannet for alvor grunnlag for en betydelig utbygging av sykehus, både i antall og i utforming.

4.1.3 Vekst og optimisme (ca. 1950–1980)

Etter krigen fortsatte veksten innen spesialisthelsetjenesten. Dette skjedde i to perioder. I 1950-årene skjedde det en utbygging målt i antall senger ved sykehusene. Denne utviklingen avtok i 1960-årene. I 1970-årene var det igjen en sterk vekst i spesialisthelsetjenesten, i stor grad drevet fram gjennom sykehusloven og tilhørende økning i kurdøgnssatsene.

Denne veksten og optimismen hadde flere forklaringer. For det første fortsatte den medisinske og teknologiske utviklingen i et stort tempo. For det andre var det en økonomisk vekst i hele den vestlige verden. For det tredje fikk helsetjenesten og sykehusene en stadig større verdi i oppbyggingen av velferdssamfunnet. Dette medførte etter hvert et stadig økende offentlig engasjement i utviklingen av helsetjenesten.

Sykehusene utviklet seg til å bli en viktig arbeidsplass for legene. Her ble ekspertisen samlet, her foregikk forskning, undervisning og avansert behandling og diagnostikk. Sykehuset er i dag den største arbeidsplass for sykepleierne, og utdanningen av disse har skjedd i samarbeid med institusjonene. I kjølvannet av den kunnskapsmessige og teknologiske utviklingen har det kommet en rekke «nye» yrkesgrupper.

4.1.3.1 Vitenskapelige framskritt gir økt spesialisering

Ny kunnskap, ny teknologi og nye behandlingsmetoder vokste fram i et stadig større tempo. Innenfor legetjenesten har det vært en utvikling mot stadig sterkere spesialisering og stor grad av arbeidsdeling. Det er spesielt kravet til spisskompetanse som tvinger fram en stadig sterkere arbeidsdeling. Dette reflekteres i godkjenningen og opprettelsen av nye hoved- og grenspesialiteter. Antall hoved- og grenspesialiteter har økt jevnt siden første godkjenning i 1918, men hadde en særlig vekst i etterkrigstiden. I dag er det godkjent i alt 28 hovedspesialiteter. Hovedspesialitetene indremedisin og kirurgi er ytterligere oppdelt i 14 grenspesialiteter.

Spesialiseringen har dels vært basert på hva slags sykdom og alder pasienten har (de kliniske spesialiteter), dels på spesialundersøkelser eller behandlinger pasienten har behov for (laboratoriespesialitetene og anesthesiologi). Spesialiseringen tilsikter at en og samme lege skal kunne følge pasientene gjennom sykdomsforløpet, enten de behandles poliklinisk eller er innlagt.

Etter hvert som spesialiseringen skjøt fart, spesielt i etterkrigstiden, ble behovet for mer spesialiserte institusjoner større. Innenfor disse har man hatt en økning i intern arbeidsdeling som bl.a. gjenspeiles i en økning i antallet avdelinger og seksjoner.

Spesialisering og seksjonering kan også få økonomiske konsekvenser, og griper direkte inn i spørsmålet om hvordan ressursene utnyttes, både direkte og indirekte.

4.1.3.2 Sykepleien mot nye områder

Innen sykepleien fikk man også en økende spesialisering. Det ble opprettet egne videreutdanninger innen operasjons-, anestesi- og intensivsykepleie og for jordmødre og helsesøstre. Sykepleieren utførte etter hvert en rekke oppgaver som pleie av pasienter, administrasjon av sengeposten, observasjon av pasientens sykdomsforløp, utmåling av medisin til pasientene, blodprøvetaking osv. Mangfoldet av oppgaver, samt den veksten man hadde innen sektoren, ga rom til å overlate deler av den direkte pleie av pasienten til personale med kortere utdanning: hjelpepleierne.

Spesialutdanningene innen anestesi, intensiv- og operasjonssykepleie gav en økt heterogenitet innen sykepleietjenesten, men også en stadig økende faglighet i yrket. Man overtok etter hvert oppgaver som før ble gjort av leger. Dette bidro til at sykepleien etter hvert oppfattet sitt yrke på selvstendig basis, og ikke som en entydig hjelpefunksjon for legen, eller en residual av legetjenesten. Dette har naturlig nok medført konflikter, spesielt i forhold til legene, som har hatt en utfordret posisjon i sykehusene. Sykepleien har også satset på utvikling av sitt eget vitenskapelige arbeidsområde, og driver forskning innen sykepleien. I dag finnes spesialsykepleiere innenfor fagene psykiatri, pediatri, geriatri og kreftomsorg i tillegg til de tre gruppene som er nevnt foran.

4.1.3.3 Nye yrkesgrupper kommer inn

Den rivende utviklingen i teknologi og kunnskap gav etter hvert også rom for yrkesgrupper som enten var ny eller nye i sykehussammenheng. Psykologene, som har en full universitetsutdanning med embetseksamen og senere spesialisering, kom inn i de psykiatriske sykehusene på samme nivå i forhold til behandling som legene. Også innenfor de somatiske sykehusene har psykologene tilført kunnskap og nye metoder. Innenfor nevrologi/nevrokirurgi er i dag de nevropsykologiske testene og undersøkelsene et viktig redskap for å evaluere pasientene. Hjelpepleierne er en yrkesgruppe som fikk innpass etter hvert som sykepleien ble mer spesialisert. Bioingeniører og radiografer er eksempler på yrkesgrupper som har overtatt arbeidsop-

pgaver som ble for «teknologiske» for sykepleietjenesten, som utførte disse oppgavene i begynnelsen. Andre yrkesgrupper fikk etter hvert også en stadig sterkere representasjon i sykehusene: ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer, for å nevne noen som arbeider med pasienter eller klinisk service. Samtidig med at sykehus er brukere av ny teknologi, finner vi også yrkesgrupper som ingeniører ved sykehusene.

4.1.3.4 *Framveksten av profesjonell ledelse*

Sykehus framstod etter hvert som svært store og komplekse organisasjoner som også stilte et større krav til administrativ kompetanse og ledelse. I det moderne sykehus lå forholdene til rette for en vekst i administrasjonen. Sykehus ble lenge ledet av forstanderinnen, den administrerende overlegen og forvalteren. I løpet av denne perioden gikk «forvalteren» etter hvert over til å bli «direktør», og overtok ledelsen av sykehuset. Selv om mange har sin grunnutdanning fra helsetjenesten, er det flere som har annen bakgrunn, som f.eks. merkantil eller offisersutdannelse fra Forsvaret.

Det hevdes at sykehusene i økende grad er blitt byråkratisert. I den betydning at det har vært en vekst i ikke-kliniske funksjoner er dette forsåvidt riktig. Imidlertid gir ikke personellstatistikken noe klart bilde av hvilke oppgaver disse utfører. Det er imidlertid grunn til å tro at overgangen til rammefinansiering og desentralisert budsjettansvar, og en økende vektlegging av virksomhetsplanlegging og målstyring, har medført en økning i administrative oppgaver ved sykehusene.

Sykehus er institusjoner som forvalter en betydelig økonomisk ressurs, har mange ansatte og en stor betydning i det moderne samfunn. Sykehusene har i dag som regel en egen økonomi- og regnskapsavdeling, personal- og lønnsavdeling, innkjøpsavdeling, samt en rekke andre støttefunksjoner, teknisk avdeling, IT-avdeling osv.

4.1.3.5 *Helseplanlegging og regionalisering*

Veksten gav større og færre sykehus. Veksten av sykehusene ble understøttet av kurdøgnfinansieringen, som var dominerende finansieringsform fram til 1980. Kurdøgnssatsene ble underlagt prisregulering, noe som medførte at sykehuseier selv måtte dekke en del av kostnadene. Til tross for dette fungerte kurdøgnssystemet som en betalingsautomat som belønnet sykehus med mange senger og pasienter. Det ble derfor «lønnsomt» å bygge ut.

Fram til 1969 var det ingen enkelt instans som hadde ansvar for sykehusutbyggingen. Med sykehusloven av 19. juni 1969 ble ansvaret for planlegging, oppføring og drift lagt på fylkeskommunen. Med denne loven, som for mange sykehus formaliserte et allerede etablert eierforhold, fikk man også en ny giv i utbyggingen – spesielt fordi man også økte refusjonstaksten fra 65 % til 75 %. Etter planen skulle denne trappes opp til 85%, men dette ble aldri gjennomført.

Innslaget av en nasjonal helseplanlegging ble ytterligere styrket gjennom St.meld. nr. 9 (1974–75) «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen». I denne ble sykehusstrukturen som vi har i dag lagt. Her fikk man hierarkisk skille etter spesialiseringsgrad mellom regionsykehusene, sentralsykehusene (Fylkessykehus I) og lokalsykehusene (Fylkessykehus II). Pasientgrunnlaget tilsa imidlertid at det tredelte sykehus, som var lokalsykehusene, fortsatt skulle være den dominerende sykehusstypen. Argumentet for en slik regionalisering var at de mest spesialiserte funksjoner måtte samles ved et fåtalls sykehus for å få en rasjonell utnyttelse av ressursene og for å oppnå tilfredsstillende kvalitet.

Ved sentralsykehusene og regionsykehusene fikk man etter hvert en økende inndeling i seksjoner og mindre avdelinger. I løpet av 1960-årene fikk også mange sentralsykehus egne psykiatriske avdelinger.

4.1.4 Rasjonering og prioritering (etter 1980)

I 1980 ble rammefinansieringen innført. Dette innvarslet en ny periode der kostnadskontroll og en mer geografisk rettferdig fordeling av ressursene var hovedmål. Det må også nevnes at rammefinansieringen var tenkt å fungere effektiviserende, i forhold til kurdøgnfinansieringen.

I perioden etter 1980 har de fylkeskommunale utgiftene til sykehusene flatet ut. Den økningen som har vært, har kommet fra statlig finansiering, som poliklinikkrefusjoner, tiltakspakker og toppfinansiering. Man har også fått til en økt likhet i den geografiske ressursbruken på sykehusene, samtidig som sykehusene har vært igjennom en produktivitetsforbedring. Det har også vært en klar dreining over mot økt satsing på primærhelsetjeneste i denne perioden.

Dette har imidlertid ikke skjedd uten smerte. Når det settes en stopper for ressursøkningen, merkes dette av de som arbeider i systemet. Forventningene og kravene til sykehusene har imidlertid økt selv om ressursene har stabilisert seg. Dette har etter hvert ført til en stadig økende kritikk mot det som betegnes som «sykehuskrisen».

Rammefinansieringen har blitt innført samtidig med en økende vektlegging av målstyring, også av sykehus. Dette har medført at en rekke administrative oppgaver etter hvert har blitt delegert fra sykehuseier til det enkelte sykehus. Nasjonale tiltak og forordninger, som eksempelvis ventelisteordningen og økt vekt på internkontroll, har også gitt flere oppgaver på sykehusene ved siden av den direkte pasientrelaterte driften.

4.1.4.1 Nye samarbeidsmønstre innen medisin

I løpet av de siste ti årene har spesialiseringen fortsatt. Dette har ført til bl.a. økende grad av seksjonering i sykehusene. I løpet av de siste årene har man sett at de største sykehusene, samt noen av de mindre, har innført et ekstra organisatorisk nivå for å redusere kontrollspenn og øke muligheten for koordinering og samordning. Dette har skjedd gjennom etablering av divisjoner, ofte kalt blokker eller klinikker. Det finnes imidlertid også eksempler på at andre samarbeidskonstellasjoner har begynt å dukke opp mellom kirurgiske og medisinske spesialiteter. Dette har vært særlig aktuelt innen høyspesialiserte sykehus, der f.eks. thoraxkirurgi og hjertemedisin har dannet et eget hjertesenter. Ved Regionsykehuset i Trondheim har man i planene for det nye sykehuset lagt opp til nettopp senterdannelser i stedet for den tradisjonelle inndelingen etter fag, hoved- og grenspesialiteter.

Utviklingen innen medisinsk vitenskap gir stadig økt integrasjon av medisinsk og teknologisk kunnskap. Innen en rekke områder må man beherske både det medisinske fagfelt og det teknologiske fagfelt. Dette gjør at nye yrkesgrupper arbeider mer klinisk rettet enn før.

4.1.4.2 Fra sykehustyper til regionale nettverk

Den inndeling i spesialiseringsnivå mellom de tre sykehustypene som det ble lagt opp til i St.meld. nr. 9 (1974–75), har etter hvert mistet sin gyldighet. I St.meld. nr. 50 (1993–94) «Samarbeid og styring» la en opp til en økt vektlegging av spesialisering innenfor enkelte sykehus og nettverksamarbeid kfr. Innst. S. nr. 165 (1994–

95). Det skulle ikke lenger være en felles mal for sykehus på «samme nivå», men satses på en større arbeidsdeling enn det har vært til nå. Det ble også foreslått at spesialistene innenfor sykehusene i større grad skulle:

«se behandlingsoppgavene i regionen som sitt ansvarsområde og deres oppgaver i mindre grad knyttes til drift av egen avdeling.»

4.1.5 Vurdering av utviklingstrekkene innen de somatiske sykehusene

Sykehusenes utforming og interne organisering har i stor grad framkommet som følge av forhold og utvikling utenfor sykehuset. Denne utviklingen har gitt sykehuset særlige organisatoriske og ledelsesmessige særpreg.

4.1.5.1 Spesialisering

Den drivkraft som driver fram stadig sterkere spesialisering har sin rot i den vitenskapelige og teknologiske utvikling. Denne utviklingen er «ekstern» i forhold til det enkelte sykehus. Utviklingen skjer uavhengig av hvilken organisasjonsstruktur man har, sykehusets størrelse, pasientgrunnlag, eller i hvilken grad utviklingen er tilpasset de store pasientgruppene.

Den medisinsk vitenskapelige og teknologiske utviklingen, med økende spesialisering, har gitt oss et sykehus som organisatorisk er inndelt etter de enkelte hoved- og grenspesialiteter. Denne utviklingen har også ryddet plass for mange nye yrkesgrupper innen sykehuset.

De framskritt som man ser innen medisinsk vitenskap er utenkelige uten sterk grad av spesialisering. Samtidig har store pasientgrupper ved mange sykehus et større behov for generalisten enn spesialisten. Ikke minst pasienter med kroniske eller multiple lidelser kan falle igjennom når man sitter med mange spesialister som kan mye om litt, men ingen generalister som kan litt om mye. Basisutdannelsen skal sikre at alle vet litt om mye, men den daglige virksomhet og styringen inn mot avgrensede arbeidsområder gjør at det blir vanskelig å videreutvikle og vedlikeholde den generelle kunnskapen.

Forholdet mellom spesialisering og kvalitet er også tvetydig. På den ene siden fører økt spesialisering til at man kan bedre kvaliteten innenfor avgrensede områder. En del moderne operasjonsteknikker gjør at man arbeider med mindre marginer enn før, og stiller derfor strengere krav til spisskompetanse og erfaring. Dette krever imidlertid også et tilstrekkelig volum. På den andre siden kan kvalitetsproblemer oppstå når *samarbeidet* svikter eller den *generelle* kunnskapen mangler, f.eks. ved at man ikke oppdager andre sykdomsbilder tidlig.

4.1.5.2 Profesjonalisering

Den generelle kunnskapsutviklingen innen medisin, teknologi og pleie har gjort at yrkesgruppene over tid har økt sitt faglige nivå. Dette har i stor grad ført til at flere yrkesgrupper har utviklet seg i retning av å bli en profesjon, slik som legene har vært.

Fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer er yrkesgrupper med helsefaglig utdanning som har kommet til i de moderne sykehusene. Blant f.eks. fysioterapeutene er det også eksempler på ytterligere spesialisering, som f.eks. barne-fysioterapeuter. Andre viktige personellgrupper som i dag finnes i sykehusene og som har viktige funksjoner i forhold til pasientrettet arbeid er ernæringsfysiologer/dietetikere, farmasøyter og perfusjonister. De sistnevnte er ingeniører som har spesialkompetanse på å styre teknisk utstyr som er nødvendig under åpne hjerteoperasjoner.

Sykepleien har kommet langt i å utvikle seg til en egen profesjon. Det er ikke minst en følge av en satsing på å utvikle et eget vitenskapelig og forskningsmessig ståsted. Sykepleietjenesten har etter hvert også konsentrert seg mer om generell administrasjon og ledelse, både i stillinger ved sykehusene og i videreutdanning-skurs. Den selvstendige rollen som sykepleieren utviklet må derfor anses å ha vokst fram fordi sykepleien etter hvert ble et viktig supplement til den medisinske behandlingen.

Organisatorisk har dette gitt to relativt autonome hierarkier internt i sykehus og todelt ledelse på avdelingsnivå.

4.1.5.3 Profesjonell ledelse og divisjonalisering

Dels som følge av den økende arbeidsdelingen i sykehusene, og dels som følge av en økende desentralisering av ansvar, myndighet og oppgaver, har det blitt lagt større vekt på å utforme organisasjons- og ledelsesformer som kan bidra til økt samordning og koordinering. Dette har etter hvert gitt en stadig mer profesjonell ledelse, mer eller mindre adskilt fra helseprofesjonene, og innføring av divisjonalisert struktur.

4.1.5.4 Oppsummering

Utviklingen av det moderne somatiske sykehus har i sterk grad vært preget av en rask utvikling av teknologi og medisinsk kunnskap. Dette har etter hvert ført til et sykehus bestående av mange spesialiserte avdelinger. Det som startet som et lite differensiert sykehus, og senere ble det tredelte sykehus, er i ferd med å bli det mangedelte sykehus, der hver spesialitet blir egen avdeling.

I forhold til å sette pasienten først er resultatet både godt og dårlig. Det er ingen tvil om at spesialiseringen har gitt mange gevinster for pasientene – ikke minst gjennom et stadig tilbud av tjenester som tidligere ikke fantes. Imidlertid har dette også gitt problemer med intern samordning av tjenester for pasientene – spesielt for dem med sammensatte lidelser som trenger mange forskjellige spesialister.

4.2 PSYKIATRISKE SYKEHUS²

4.2.1 Legd og dårekister (fram til 1848)

Fram til midten av 1800-tallet ble de gale behandlet på lik linje med andre som falt utenfor samfunnet eller var fattige. Der familien ikke strakk til, eller hospitalet hadde et tilbud, var legdordningen ofte løsningen. Dette innebar at man ble «satt bort» til en bonde som fikk en viss betaling fra fattigkassa, samt kunne bruke en som arbeidskraft. Formidlingssystemet fungerte som en omvendt auksjon, der krav om betaling var omvendt proporsjonal med verdien som arbeidskraft. Systemet med legd førte til at belastningen på fattigkassa var minst mulig.

Foruten legdsystemet var fattighus og dårekister et alternativ for folk som ble ansett som gale. Oslo Hospital og Dollhus, som ble åpnet i 1779, var den første institusjon spesielt for gale.

4.2.2 Asylenes framvekst (1848–1950)

Med «Lov om sinnssykes behandling og forpleining» av 1848 ble det fastslått at det offentlige hadde ansvaret for å gi omsorg til de sinnssyke.

2. Framstillingen i avnittene 4.2.1 til og med 4.2.3 er basert på Hagen (1992).

De sinnssyke kom også i økende grad under medisinsk behandling. Forståelsen ble endret fra at galskapen ble oppfattet som en mytisk besettelse til at den ble oppfattet som en sykdom som kunne behandles. Der man tidligere delte de sinnslidende inn i to kategorier: rasende og fjantende, ble det etter hvert lagt vekt på en mer vitenskapelig inndeling.

Det første store statlige asyl, Gaustad, ble åpnet i 1855. I tiden fram til århundreskiftet ble det bygd 4 større statlige sinnssykehus, Rotvoll, Eg, Newengaarden og Rønvik. I tillegg ble det åpnet fem mindre asyler. I perioden 1900-1920 ble ytterligere 10 amtsasyler åpnet, slik at man i alt hadde 21 asyler. Den store veksten i denne perioden har sammenheng med at industrialiseringen i økende grad fjernet grunnlaget for legden. Sinnslidende som tidligere kunne leve i lokalsamfunnet som «bygdetullinger», hadde ringere kår i trangbodde urbane strøk. Dette økte behovet for plassering ved institusjoner.

Asylet var bygd som en «total institusjon», med både sosial og geografisk isolasjon fra omverdenen. De lukkede asylene ble bygd i landlige omgivelser, hvor de sinnssyke kunne avskjermes fra omgivelsenes trakassering og det som minnet om vrangforestillingerne. Oppholdet skulle være preget av lydighet og orden, men med en menneskeverdig behandling og omsorg. Sykdommene ble stort sett betraktet som uhelbredelige, og personalets oppgave var vel så mye å vokte som å pleie og behandle. Legene behandlet stort sett de «somatiske» lidelsene.

I perioden 1920 til 1950 var det så å si stopp i den videre utbygging. I denne perioden ble kun ett asyl oppført: Reitgjerdet for kriminelle sinnslidende. Etter 1950 er det bygd ett asyl, Åsgård Sykehus i Tromsø. Imidlertid vokste pasienttallet stort i perioden, dels på grunn av en stor økning i sengetall, dels på grunn av økende overbelegg.

4.2.3 Rehabilitering av psykiatrien (1950–1970)

Både høyt overbelegg og høy slitasje skapte et prekært behov for et løft innen psykiatrien. Overbelegget var på topp i 1950 (25 %). Framveksten av nye medikamenter som kunne redusere angst, uro og aggressivitet ble tatt i bruk og lettet arbeidet på sinnssykehusene. Dette førte også til at en del pasienter kunne rehabiliteres og tilbakeføres til familie og arbeid. Andre langtidspasienter kunne nå også håndteres på et lavere omsorgsnivå, og ble overført til psykiatriske pleiehjem.

Nye medikamenter gjorde også at man fikk lettere tilgang med terapeutiske behandlingsmetoder. Parallelt med dette påviste sosialvitenskapelige arbeidere de negative effektene av langvarige institusjonsopphold, bl.a. ved at pasientene i stadig mindre grad ble i stand til og motivert for å vende tilbake til livet utenfor institusjonen. Mye tyder altså på at flere forhold kom til omtrent på samme tid. Det som er kalt humaniseringen av psykiatrien var sannsynligvis allerede startet da den medikamentelle behandlingen for alvor ble et alternativ.

I 1961 ble sinnssykeloven fra 1848 avløst av «Lov om psykisk helsevern». Landet ble delt inn i regioner, som i hovedsak tilsvarte fylkene. Innen hver region skulle det være minst ett psykiatrisk sykehus og én psykiatrisk klinikkavdeling, fortrinnsvis knyttet til sentralsykehuset. De statseide sinnssykehusene ble vederlagsfritt overdratt til det fylke de lå i. Denne omstillingen satte fart i planleggingen og utbyggingen av klinikkavdelinger.

4.2.4 Nedbyggingen av institusjonshelsetjenesten (etter 1970)

Perioden etter 1970 har i stor grad vært preget av å bygge opp tilbud til pasienter mer geografisk spredt. Psykiatriske pasienter har ofte svært langvarig behandling,

og dette gjør det sentraliserte sykehus mindre egnet. Stadige nye, brukertilpassede behandlingstilbud har preget sektoren i løpet av de siste 20 årene. De psykiatriske sykehusene som skal tilby spesialisttjenester til de pasientene som har de «tyngste» behovene, har imidlertid som en følge av dette opplevd et stadig større press.

I de fleste fylkeskommuner er det i dag ett sentralt sykehustilbud for psykiatriske pasienter. Dersom det i en fylkeskommune er flere sykehus, har de respektive sykehusene ansvar for hver sin del av fylket – en sektor. I fylkene er det også bygd ut ulike psykiatriske sykehjem. Imidlertid er disse institusjonene i ferd med å bli bygd ut som psykiatriske sentra med poliklinikk, dagtilbud og en del mer tradisjonelle institusjonsplasser. I sykehusene er det et økende behov for akutt plasser. Dessuten representerer etableringen av sterkplasser/skjermede plasser en stor utfordring for fylkeskommunene. Likeledes er det det intermediære behandlingstilbudet og tilbudet til langtidspasienter, herunder rehabilitering, som er en stor utfordring. I denne sammenhengen står samspillet og samordningen mellom 1. og 2. linjetjenesten sentralt, dersom pasientens interesser skal bli ivaretatt på en best mulig måte.

KAPITTEL 5

Sykehusenes funksjoner, organisering og ledelse

Dette kapitlet har som siktemål å gi en oversikt over sykehusenes funksjoner, organisering og ledelse på en kortfattet måte. Det vil bli lagt vekt på å få fram både likhetstrekk og ulikheter som vil kunne danne grunnlag for de vurderinger utvalget vil legge til grunn i de etterfølgende kapitlene.

5.1 SYKEHUSSTRUKTUR I NORGE

Sykehusstrukturen i Norge har sitt grunnlag i St. meld. nr. 9 (1974–75) «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen». De senere årene har det imidlertid skjedd forandringer i forhold til dette grunnlaget, slik at bildet i dag ikke lenger fullt ut dekkes av føringene fra stortingsmeldingen. Stortingsmeldingen delte de norske sykehusene inn i tre hovedgrupper: *Regionsykehus*, et i hvert av landets 5 helseregioner, *Fylkessykehus I* (sentralsykehus), et plassert i hvert fylke med noen unntak, og *Fylkessykehus II* (lokalsykehus).

Med bakgrunn i den samme Stortingsmeldingen ble det også gjort inndeling i forhold til funksjoner: *Landsfunksjoner*, *Regionsfunksjoner*, *Sentralsykehusfunksjoner* og *Lokalsykehusfunksjoner*.

I antall er det de minste sykehusene (fylkessykehus II) som dominerer, men de største sykehusene behandler flest pasienter, se Tabell 5.1.

Det er stor forskjell mellom de ulike sykehusene. I gjennomsnitt er regionsykehusene over ti ganger så store som lokalsykehusene, målt i antall ansatte. Det er også klare forskjeller i gjennomsnittlig liggetid, andel øyeblikkelig hjelp og antall leger pr. seng, se Tabell 5.2.

Strukturen for institusjonene som ligger innenfor det psykiske helsevern ser noe anderledes ut, og vil derfor bli omtalt i et eget avsnitt.

Tabell 5.1: Fordeling av totalt antall innleggelser og polikliniske konsultasjoner på de ulike sykehustypene 1994

Sykehustype	Antall	Innleggelser		Polikl. kons.	
		Antall	Andel	Antall	Andel
Regionsykehus	5	156551	24,9 %	848197	29,1 %
Fylkessykehus I: Sentralsykehus	12	201365	32,1 %	890522	30,6 %
Fylkessykehus II: FSH med SSH-avdelinger	11	105999	16,9 %	505651	17,4 %
« Lokalsykehus	22	86562	13,8 %	363213	12,5 %
« FSH med redusert tilbud	14	45491	7,2 %	203687	7,0 %
Spesialsykehus	21	31805	5,1 %	99583	3,4 %
Sum	85	627773	100,0 %	2910853	100,0 %

Kilde: SINTEF NIS

Tabell 5.2: Nøkkeltall (gjennomsnittsverdier) for ulike somatiske sykehustyper 1994

Sykehustype	Gjennomsnittlig:						
	Antall innlegg.	Antall polikl. konsultasj.	Ligge-tid	Andel Ø-hjelp ¹	Lege pr seng	Antall årsverk	Kostnad pr indeks pasient
Regionsykehus	31310	169639	7,2	54,7 %	0,47	2905	21554
Sentralsykehus	16780	74210	6,2	67,4 %	0,36	1136	21196
FSH med SSH-avdelinger	8493	42320	6,3	67,6 %	0,34	699	21799
Lokalsykehus	3935	16510	6,0	73,4 %	0,33	247	20201
FSH med redusert tilbud	3249	14549	7,9	70,4 %	0,27	226	20207
Spesialsykehus	2113	8732	11,4	4,7 %	0,22	164	–

1) Ø-hjelpsandelen er ikke medregnet fødende. Tallene er fra 1995.

Kilde: SINTEF NIS

5.2 FUNKSJONSFORDELING.

Landsfunksjon: Funksjoner som bare er lokalisert til et sykehus. Eksempler er transplantasjonsvirksomheten (Rikshospitalet) og avansert brannskadebehandling (Haukeland Sykehus). De fleste landsfunksjonene er samlet på Rikshospitalet.

Regionsfunksjoner: Funksjoner på et sykehus i hver helseregion. Eksempler er nevrokirurgi og medisinsk genetikk.

Sentralsykehusfunksjoner: Spesialiteter det er hensiktsmessig å samle til ett sykehus i hvert fylke, f. eks. øyesykdommer, øre-nese-halssykdommer og nevrologi.

Lokalsykehusfunksjoner: Grunnlaget for de såkalt tre-delte sykehus, indremedisin, kirurgi og radiologi.

I tillegg finnes det enkelte spesialsykehus, som f.eks. Martina Hansens hospital (elektiv ortopedi) og Hjerteklinikken på Rikshospitalet. En har her prøvet ut nye eierformer og ny organisering der skjermet virksomhet for spesielle pasientgrupper har gitt verdifull erfaring. Det finnes et lite antall private sykehus som drives uavhengig av det offentlige, men som i stor grad finansieres av trygdemidler og ved å selge tjenester til offentlige sykehus. Volummessig utgjør disse sykehusene en meget liten andel av den totale produksjonen ved norske sykehus.

5.2.1 Geografisk spredning av sykehus i Norge

Sykehusenes beliggenhet har dels geografiske årsaker, dels historiske. Moderne kommunikasjonsmidler og utvikling i medisinsk teknologi har medført at forutsetningene i dag er svært forskjellige fra de forutsetninger som en gang lå til grunn for norsk sykehusstruktur.

Sykehusstrukturen har vært gjenstand for flere utredninger og er stadig framme i mediabildet. De fleste fylker er på leting etter nye modeller for sine sykehus. Det hevdes at det i framtiden ikke vil være mulig å opprettholde et kvalitativt akseptabelt nivå på tjenestene i forhold til øyeblikkelig-hjelp-innleggelser på alle norske sykehus (Helsedirektoratets utredningsserie 9-94 – Haffner-utvalget). En del av

disse pasientene vil ha behov for behandling, kompetanse og et teknologisk støtteapparat som ikke alle sykehus vil kunne ha tilfredsstillende beredskap og erfaring med. Sammenhengen mellom kvalitet og kvantitet er beskrevet i Helsedirektoratets utredningsserie nr. 4-93 (Kvinnsland-utvalget). I denne rapporten argumenteres det for en annen arbeidsdeling mellom sykehusene enn den vi i dag har.

5.2.2 De psykiatriske institusjonene

Det psykiske helsevern har vært igjennom en betydelig omstrukturering de siste 20 årene. Mange sykehussenger har blitt nedlagt, og det er opprettet poliklinikker og distriktpsykiatriske sentre mange steder i landet. Førre for utviklingen har vært at behandlingen må finnes nær pasientenes hjemmemiljø og at størst mulig del av behandlingen bør foregå poliklinisk. Det er imidlertid fremdeles behov for sykehus og heldøgnsinstitusjoner for å dekke de forskjellige behovene som disse pasientene har.

5.2.2.1 Psykiatriske sykehus.

Sykehusene er inndelt i avdelinger for å dekke pasientenes forskjellige behov, avhengig av lidelsens art, varighet og alvorlighetsgrad. *Akuttavdelingene* er avdelinger som skal gi tilbud for pasienter med akutt behov for intervensjon. Avdelingene skal drive utredning og diagnostikk og planlegge videre oppfølging. *Korttidsavdelinger* eller *subakuttavdelinger* skal gi et tilbud over begrenset tid, slik at pasientene kan få organisert det videre behandlingsopplegget som helst skal foregå nært hjemmemiljøet i tilknytning til poliklinikker og primærhelsetjeneste. *Langtidsavdelingene* skal gi tilbud til pasienter som over lang tid har behov for institusjonsplassering.

Det er til enhver tid behov for avdelinger med kompetanse til å ta seg av pasienter som er spesielt farlige og vanskelige. Slike *sterkavdelinger* finnes spredt utover landet fylkesvis. En del steder dekker en avdeling behovet for flere fylker.

Også innen det psykiatriske fagfeltet skjer det en utvikling på mange områder. Det gjelder både innenfor psykofarmakologi og innenfor den psykoterapeutiske behandlingen. Etter hvert er det formulert behov for spesialisering også på dette fagområdet. Spesialiseringen har imidlertid ikke kommet like langt som i somatikken. Likevel utbygges nå et system med *nasjonale kompetansesentra* for å bygge opp spesialkunnskap på enkelte fagområder. Slike kompetansesentra finnes f.eks. for spiseforstyrrelser på Åsgård Sykehus i Tromsø, og for angst på Gaustad Sykehus.

Rundt de psykiatriske poliklinikkene bygges det opp *dagsentre* som skal kunne gi pasientene muligheter for fulltids behandling på dagtid uten å være innlagt. Det finnes også *bo- og behandlingssenheter* som gir heldøgnplassering over tid, men med lavere bemanning enn sykehusavdelingene.

Det har vært hevdet at nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene gikk for langt i å fjerne sykehusplasser. Det synes imidlertid som om sengetallet er tilstrekkelig for å dekke de behovene man har tenkt seg. Problemet synes heller å være mangel på behandlingsplasser på andre nivåer i helsevesenet. En rekke sykehussenger opptas derfor av pasienter som hadde vært bedre hjulpet på bo- og behandlingssenheter der de i større grad kan ta hånd om seg selv, og der behandlingstilbudet er bedre tilpasset deres behov. Noen vil derfor hevde at det ikke er et kapasitetsproblem i de psykiatriske sykehusene, men heller et strukturelt problem og mangel på alternative institusjonsplasser som i dag preger psykiatrien.

5.2.3 Integrasjon mellom somatiske og psykiatriske sykehus

Ved en del sykehus er somatiske og psykiatriske tjenester integrert i samme institusjon. Dette finnes på flere sentralsykehus, og det er etter hvert etablert flere distriktpsikiatriske sentra i tilslutning til lokalsykehus. Det kan se ut som vi i framtiden i enda større grad vil få en slik integrering av tjenestene, slik at sykehusene etter hvert vil kunne yte hjelp til alle pasienter uavhengig av lidelsens art. Spesielt har det vært et ønske om å plassere akuttavdelingene så nær de somatiske sykehus som mulig. Det viser seg ofte at pasienter på disse avdelingene har sammensatte problemer som gjør at det i behandlingen er behov for tjenester fra somatiske avdelinger og laboratorier. På samme måte har en kunnet se fordeler der slike ordninger finnes ved at en i større grad har kunnet tilgodese pasienter som innlegges på somatiske sykehus med psykiatrisk hjelp. Det har vært bred enighet om at det psykiatriske tilbudet til f.eks. pasienter som overlever suicidalforsøk får for dårlig oppfølging av sine problemer på de somatiske sykehusene.

5.3 REGIONALT SAMARBEID

Siden nivådelingen ble innført gjennom St.meld. nr. 9 (1974–75) «Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen», har helseregionene i ulik grad etablert samordninger. I hovedsak har dette gått på forholdet mellom regionsykehusene og de øvrige sykehus.

Etter at Sosial- og helsedepartementet i 1992 ba om at regionene startet arbeidet med regional helseplanlegging, en oppgave som ble ytterligere påpekt i St.meld. nr. 50 (1993–94) «Samarbeid og styring», har regionene forsterket dette samarbeidet.

Alle regionene har nå snart sluttført arbeidet med regionale helseplaner. Noen regioner, bl.a. helseregion 4, har behandlet planene i sine Fylkesting, men andre er i avslutningsfasen på dette arbeidet.

I løpet av prosessen har det regionale nettverksarbeidet blitt betydelig forsterket. Tre regioner har avviklet den tradisjonelle gjestepasientoppgjørsordningen og erstattet denne med en rammepreget oppgjørsordning mellom fylkene. To regioner har fritt sykehusvalg. Flere regioner har omfattende endringer i sykehusstruktur som en del av sine planarbeider. Sykehuseierne oppfatter det forsterkede og mer forpliktende regionale samarbeid som er etablert som en viktig bærebjelke i det videre arbeidet.

5.4 EIERSTRUKTUR FOR NORSKE SYKEHUS

Eierstrukturen for norske sykehus er behandlet i NOU 1996: 5 «Hvem skal eie sykehusene» (Hellandsvik-utvalget). Det forligger ennå ingen konklusjon på de alternative løsninger som utvalget skisserte for framtidens norske sykehus. En vil derfor her bare kort skissere de forskjellige eierforhold som i dag eksisterer for sykehus i Norge:

Fylkeskommunalt eierskap: Fire av fem regionsykehus, samtlig sentralsykehus og de aller fleste lokalsykehus eies av fylkeskommunene. Denne eierformen tar vare på lokal politisk styring med sykehusvirksomheten i det enkelte fylke. Sykehusene utgjør den største del av fylkeskommunens virksomhet.

Statlig eierskap: Staten, ved Helse- og Sosialdepartementet, eier Rikshospitalet, og noen andre spesialsykehus. Disse sykehusene får sine budsjetter gjennom refusjon av gjestepasientutgifter fra fylkene og ved direkte statlig bevilgning. Den juridiske rammen for sykehusdriften er forskjellig fra de fylkeskommunale sykehus. Alle norske sykehus må drives innenfor rammen av sykehusloven og legeloven,

men statlig ansatte utfører sin virksomhet underlagt Tjenstemannsloven i motsetning til personalet på fylkeskommunale sykehus.

Andre former for eierskap: Det finnes noen sykehus som eies av *private stiftelser*, og som inngår i fylkeskommunale helseplaner. I praksis følger disse sykehusene de samme føringer som legges for driften av fylkeskommunale sykehus og behandles budsjettmessig og planmessig som om de er fylkeskommunale (eksempelvis Diakonissehjemmets sykehus og Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus).

Hjertesenteret i Oslo er drevet som en *offentlig stiftelse*. Dette er en organisasjonform som har gitt senteret større frihet i forhold til organisasjon og drift enn det man finner ved de statlige sykehus.

Det drives et lite antall *private sykehus* som nødvendigvis må drives innenfor forretningsmessige rammer. Volummessig betyr denne virksomheten lite, men den har fått stor oppmerksomhet i media.

Det finnes i tillegg til de sykehusene som er nevnt over også noen andre privateide sykehus som drives av organisasjoner innenfor forretningsmessige rammer.

5.5 SYKEHUSENES OPPGAVER I NORGE

Det har vært vanlig å se på sykehusenes oppgaver som tre-delt:

- Diagnostikk og behandling av pasienter.
- Utdanning av personell til helsevesenet.
- Forskning og utvikling.

5.5.1 Diagnostikk og behandling

Den teknologiske utvikling innenfor de medisinske fag har vært betydelig de senere årene. Dette gjelder så vel diagnostikk som behandling. Tilgjengelighet og pris på teknologi har utviklet seg slik at samtlige norske sykehus ligger på et teknologisk nivå som man knapt kunne forestille seg for 10 – 15 år siden. Det er svært vanskelig å forutse den teknologiske utviklingen, og selv når den har vært forutsett, har ikke investeringer og opplæring holdt følge med utviklingen. Som eksempel kan nevnes utviklingen innenfor bildediagnostikk der en i løpet av de siste 20 årene har fått to store nyskapinger, CT-røntgen og MR-billeddiagnostikk. For begge metoders vedkommende ble det på tidlig stadium antatt at metodenes kompleksitet ville tilsi at de kun var interessante for universitetsklinikkene. Imidlertid ble tilbudene tilgjengelige for alle sykehus mye raskere enn de aller fleste hadde forventet. Det er ingen grunn til tro at ikke den samme utviklingen vil bli enda mer tydelig i framtiden. Det må forventes at nye, og i dag ukjente metoder, vil prege utviklingen i helsevesenet i en stadig større grad, og med et tempo som setter store krav til omstilling. Det er ikke nødvendigvis universitetssykehusene som er først ute når ny teknologi gjør sitt inntog. Et eksempel på dette er nyvinningene innenfor laparoskopisk behandling av galleveissykdom der Gjøvik Fylkessykehus og Sentralsykehuset i Akershus tidlig tok i bruk nye metoder.

Teknologi spiller ikke en like stor rolle i psykiatrien som innen somatikken. Det har imidlertid vært teknologiske nyvinninger innen psykofarmakologi. Utvikling av informasjonsteknologi åpner også for muligheter for nye undersøkelsesmetoder og samling av data innen psykiatrien. Foreløpig er imidlertid dette ikke tatt i bruk som rutinemetoder.

Man kan si at dagens situasjon preges av forandring og teknologiske nyvinninger som kommer raskere enn noen forventer, og som vil nødvendiggjøre større og raskere investeringer i opplæring, innkjøp, og utskifting av teknisk utstyr. Det kreves stor åpenhet og faglig innsikt for å fange opp signalene og omsette dem i

tiltak som kommer pasientene til gode. Samtidig viser et stort antall organisasjonssendringsprosjekter på norske sykehus at man prøver å tilpasse seg tidens krav til endring.

5.5.2 Undervisning

Norske sykehus utdanner årlig, enten alene eller i samarbeid med andre, et stort antall helsearbeidere. Sykehusene er primærutdanningssted for legespesialister. Inntil nå har de også hatt denne rollen for spesialsykepleiere. Det er imidlertid nylig vedtatt i Stortinget at denne utdannelsen administrativt skal overføres til høyskolesystemet fra 1/1-97. Man står her overfor en betydelig oppgave med å bygge opp en praksispreget utdanning innenfor et system som ennå ikke besitter erfaring og midler til slik undervisning. Videre har sykehusene vesentlige oppgaver i utdanningen av leger, psykologer, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, radiografer, bioingeniører, ergoterapeuter, hjelpepleiere samt en rekke andre yrkesgrupper som i kortere eller lengre deler av sin utdanning henter praksis og kunnskap fra sykehusene. I enkelte tilfeller tilføres sykehusene arbeidskraft på denne måten, men ofte får sykehusene lite kompensasjon for den virksomheten de utøver som læreanstalt.

Det har vært hevdet at en har lagt for lite vekt på utdanningsfunksjonen når en i de senere år har gjennomført en effektivisering av sykehusdriften. I utdanningsplanene stilles det klare krav til sykehusene, samtidig som det f.eks. i forhold til spesialistutdannelsen for leger ikke ytes noen kompensasjon for den tjenesten som sykehusene yter. For utdanning av andre yrkesgrupper ytes det bidrag som tilføres sykehusene ved forskjellige typer tilskudd. Disse tilskuddene er ikke alltid like synlige i avdelingenes budsjetter og regnskap. Det kan se ut som om rollen som utdanningsinstitusjon ikke får den oppmerksomhet som denne viktige funksjonen krever. Dette har dels økonomiske årsaker, men det kan virke som man heller ikke har hatt den fulle forståelsen for denne virksomhetens krav til tjenester og veldefinerte posisjon, verken i sykehusene, i de ansvarlige offentlige instanser, eller hos sykehusseierne.

5.5.3 Forskning og utvikling

Som arbeidsplass for høyt utdannet personale, og med betydelige teknologiske ressurser, er det både i sykehusets fagmiljøer og fra eksterne institusjoner, et ønske at sykehusene skal drive forskning og utvikling. Denne oppgaven er uomtvistelig for de sykehusene som har universitetstilknytning, men også for andre sykehus gjør ønsket seg gjeldende. Utvalget har registrert oppmerksomhet om hvilke rammebetingelser som bør gjelde for forskning og fagutvikling i sykehusene. Dels pekes det på at forskning og fagutvikling har blitt nedprioritert i forhold til krav om økt produktivitet. Fra universitetsmiljøene har det vært framhevet at mulighetene for forskning og utvikling har blitt dårligere som følge av økende press på effektivitet og undervisning av stadig økende kull med studenter. Det er også trukket fram at de økonomiske rammene ikke gir tilstrekkelig rom for forskningsaktivitet.

For at forskning og fagutvikling skal ha levelige vilkår på sykehusene, kreves det en bevisst satsing. Det er framhevet at sykehusmiljøer uten forskning og fagutvikling langsomt vil utsettes for en faglig svekkelse. Selv om forskningen fra dag til dag gir lite synlig effekt i sykehusdriften, er den en forutsetning for at den faglige virksomheten skal holde mål og for at man skal kunne holde kontakten med de miljøene der ny og viktig utvikling i medisinen oppstår. Også innenfor sykepleiefaget og de andre fagområdene er fagutvikling og forskning en forutsetning for å kunne

utvikle og forbedre de prinsippene som bør ligge til grunn for utøvelse av faglig praksis. I dag er forskning og fagutvikling lite synlig i budsjettene på fylkeskommunale sykehus. På universitetsklinikkene er det uklare ansvarsforhold mellom staten og fylkeskommunene i forhold til ansvar for bruk og bevilgning av midler til forskning. Det ville derfor være et skritt i riktig retning dersom forskningsmidler ble mer synlige i sykehusenes økonomi enn det de er i dag.

I tillegg til den forskning som bør foregå på universitetssykehusene, så er det spesielt på sentralsykehusene at det burde ligge et stort potensiale for framtidig forskningsvirksomhet. Her finnes både faglig kompetanse og pasientsammensetning som egner seg som grunnlag for klinisk forskning. I dag er forskning og fagutvikling på dette nivået i helsevesenet for lite utviklet.

5.6 SYKEHUSENES INTERNE ORGANISERING

Selv om sykehusene kan variere i størrelse, spesialiseringsgrad og antall avdelinger, er det store likheter i den strukturelle oppbyggingen. I dette avsnittet vil det bli redegjort for noen gjennomgående trekk ved den interne organiseringen. Dette må anses å være av generell karakter. Det vil derfor være forhold ved det enkelte sykehus som ikke vil samsvare med denne beskrivelsen. Forenklet har sykehusene tre ulike funksjoner:

- *De medisinske funksjoner*: funksjoner og oppgaver som inngår i undersøkelse, behandling og pleie av pasienter. De medisinske funksjonene utføres i de kliniske³ avdelingene, intensivavdelingene og de medisinske serviceavdelingene.
- *Hotellfunksjoner og tekniske funksjoner*: matforsyning, renhold, vaskeri og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr, tekniske installasjoner og bygninger.
- *Administrative, økonomiske og andre støttefunksjoner*: økonomistyring, personal- og lønnsfunksjoner, administrativ ledelse osv. I tillegg vil det ved sykehusene finnes en rekke andre funksjoner som sentralbord, prestetjeneste, bibliotek, lagerfunksjoner osv.

Tabell 5.3: Personellkategorier som ofte utfører ulike funksjoner i sykehusene

De medisinske funksjoner	Hotellfunksjoner og tekniske funksjoner	Administrative, økonomiske og andre funksjoner
<i>Leger</i>	<i>Kjøkkenpersonell</i>	<i>Direktør</i>
<i>Sykepleiere</i>	<i>Kostholdsøkonomer</i>	<i>Økonomisjef/-konsulenter</i>
<i>Hjelpepleiere</i>	<i>Husøkonom</i>	<i>Personalsjef/-konsulenter</i>
<i>Barnepleiere</i>	<i>Vaskeripersonell</i>	<i>Innkjøpspersonell</i>
<i>Jordmødre</i>	<i>Renholdspersonell</i>	<i>Organisasjonskonsulenter</i>
<i>Dietetikere</i>	<i>Ingeniører</i>	<i>Revisor</i>
<i>Fysioterapeuter</i>	<i>Teknikere</i>	<i>Kontorpersonell</i>
<i>Psykologer</i>	<i>Håndverkere</i>	<i>EDB/IT-personell</i>
<i>Sosionomer</i>	<i>Vedlikeholdspersonell</i>	<i>Sentralbord</i>
<i>Ergoterapeuter</i>	<i>Transport/portører</i>	<i>Bud</i>

3. Kliniske er avledet av det greske ordet «kline», som betyr seng.

Tabell 5.3: Personellkategorier som ofte utfører ulike funksjoner i sykehusene

De medisinske funksjoner	Hotellfunksjoner og tekniske funksjoner	Administrative, økonomiske og andre funksjoner
<i>Farmasøyter</i>	<i>Lagerpersonell</i>	<i>Prest</i>
<i>Bioingeniører</i>	<i>Vaktpersonell</i>	<i>Undervisningsleder</i>
<i>Radiografer</i>		<i>Bibliotekarere</i>
<i>Ambulansepersonell</i>		

De ulike funksjonene gjenspeiles i det store antallet yrkesgrupper og profesjoner som i dag arbeider ved sykehusene, se tabell 5.3 for en forenklet oversikt.

5.6.1 De medisinske funksjonene

De oppgaver sykehusene er pålagt å utføre, utøves gjennom de medisinske funksjonene. Disse utgjør derfor sykehusenes kjernevirksomhet. De medisinske funksjonene utføres i de kliniske avdelingene, intensivavdelingene og de medisinske serviceavdelingene.

5.6.1.1 De kliniske avdelingene

En klinisk avdeling kan defineres som «en organisatorisk del av et sykehus, hvis oppgave er å utføre en spesialisert medisinsk delfunksjon av sykehusets totale virksomhet. Denne funksjonen omfatter vanligvis et fagområde som er identisk med en medisinsk hovedspesialitet, evt. med en eller flere grenspesialiteter og sjeldnere en eller flere subspecialiteter. En klinisk avdeling vil som regel omfatte sengeposter, poliklinikker, undersøkelsesrom og -fasiliteter.»

I de kliniske avdelingene produseres de tjenestene som er definert som sykehusets oppgaver etter sykehusloven – å gi pasienter undersøkelse, behandling og opphold. Dette innebærer også å gi pasientene den nødvendige pleie under oppholdet. De kliniske avdelingene er i hovedsak inndelt etter de medisinske hovedspesialitetene, og kan være videre inndelt i seksjoner. Det vil som regel være mange forskjellige yrkesgrupper innenfor en avdeling, både helsepersonellgrupper som leger, sykepleiere, hjelpepleiere osv., men også administrativt personale som utfører de kontorfaglige funksjonene. Ved psykiatriske avdelinger vil det også være andre helsepersonellgrupper som f.eks. psykologer.

Det varierer med sykehusets funksjon og størrelse hvor mange kliniske avdelinger som finnes, og i hvilken grad disse igjen er inndelt i seksjoner. En seksjon vil utgjøre en enhet innenfor en avdeling, og er som regel knyttet til de medisinske grenspesialistene innen kirurgi og indremedisin. Ved et lokalsykehus (fylkessykehus II) er det vanligvis følgende kliniske avdelinger, som ikke er formelt inndelt i seksjoner:

- Generell kirurgisk avdeling
- Generell indremedisinsk avdeling
- Føde-/gynekologisk avdeling.

Tabell 5.4: Kliniske avdelinger og seksjoner ved ulike sykehustyper

	Lokalsykehus	Sentralsykehus	Regionsykehus
Avdelinger	<i>Generell kirurgisk avd.</i>	<i>Barneavdeling</i>	<i>Nevrokirurgisk avd.</i>
	<i>Generell indremedisinsk avd.</i>	<i>Nevrologisk avd.</i>	<i>Kjevekirurgi og</i>
	<i>Føde- /gynekologisk avd.</i>	<i>Øre-nese-hals avd.</i>	<i>munnhulsesyk.</i>
		<i>Revmatologisk avd.</i>	<i>Hud- og veneriske</i>
		<i>Øyeavdeling</i>	<i>Plastikkirurgi</i>
Seksjoner		<i>Ortopedi (skadekirurgi)¹</i>	<i>sykdommer</i>
		<i>Psykiatrisk avd.</i>	<i>Onkologisk avd.</i>
	Innenfor kirurgisk avd.:	<i>Urologi</i>	<i>Barnekirurgi</i>
		<i>Gastroent. kirurgi</i>	<i>Hjertekirurgi</i>
		<i>Karkirurgi</i>	
		<i>Thoraxkirurgi</i>	
	Innenfor indremedisinsk avd.:	<i>Hjertesykdommer (Cardiologi)</i>	<i>Hematologi</i>
		<i>Nyresykdommer</i>	<i>Geriatrici</i>
		<i>Lungesykdommer</i>	<i>Endokrinologi</i>
		<i>Fordøyelsessykdommer</i>	
		<i>Infeksjonssykdommer</i>	

1) Kan også være organisert som seksjon ved kirurgisk avdeling.

Et sentralsykehus (fylkessykehus I) vil ha de funksjoner et lokalsykehus har. I tillegg vil det ha andre funksjoner, noe som medfører at det vil være flere kliniske avdelinger ved sentralsykehusene. Videre vil de enkelte funksjoner være mer spesialiserte, noe som medfører at kirurgiske og indremedisinske avdelinger ofte er inndelt i flere seksjoner. I regionsykehus vil det være enda flere avdelinger og seksjoner. I tabell 5.4 er de vanligste avdelingene og seksjonene angitt for de tre sykehustypene. For sentralsykehus er det angitt de avdelinger og seksjoner som kommer i tillegg til de avdelinger som er ved lokalsykehusene, for regionsykehusene de avdelinger og seksjoner som kommer i tillegg til de som er ved lokal- og sentralsykehusene.

Den framstillingen som er gitt i tabell 5.4 gir en forenklet oversikt. Det vil for mange sykehus være variasjoner innenfor dette mønstret. Det finnes sykehus som kan mangle noen av de avdelinger som normalt finnes på sykehus av den type, mens andre sykehus har kliniske avdelinger man normalt finner ved andre sykehustyper (se for øvrig tabell 5.1 og 5.2). I tillegg vil det ved de aller fleste sykehusene være egne intensivavdelinger der pasienter som er kritisk syke og trenger kontinuerlig overvåkning og/eller hjelp for å overleve, kan ligge i kortere eller lengre perioder.

Denne tradisjonelle inndelingen i kliniske avdelinger etter hovedspesialitet, og videre i seksjoner etter grenspesialitet, er fortsatt dominerende. Imidlertid finnes også såkalte organavdelinger der særlig grenspesialiteter innenfor kirurgi og indremedisin, som behandler lignende sykdommer/organer, inngår i en felles avdeling. Dette kan f.eks. gjelde hjertesykdommer og fordøyelsessykdommer. Dette er nærmere omtalt i "*Inndelingen av kliniske avdelinger*" i avsnitt 5.6.4.1.

Spesialsykehusene vil vanligvis ha én spesialitet (f.eks. ortopedi) og vil følgelig ikke være inndelt i ulike kliniske avdelinger på samme måte som de generelle sykehusene.

Nærmere om sengeposter

Sengepostene er faste oppholdssteder for innlagte pasienter. Sengeposten utgjør den viktigste arbeidsplassen for sykepleierne og hjelpepleierne, og utgjør derfor en organisatorisk grunnenhet for disse yrkesgruppene.

Sengeposter er ofte inndelt etter seksjon og medisinsk spesialitet, og er en integrert del av en avdeling. Det er imidlertid ikke alltid korrespondanse mellom inndelingen i sengeposter og seksjoner/avdelinger. Ofte er sengepostene felles for pasienter som behandles av ulike spesialiteter/seksjoner. Det finnes også sykehus som har «blandede» sengeavdelinger for kirurgi og indremedisin, se også "*Divisjonisering*" i avsnitt 5.6.4.3 (divisjonisering).

Driften ved sengepostene vil normalt være døgntkontinuerlig (syvdøgnsposter), men kan være basert på drift på dagtid (dagposter), drift på hverdager (femdøgnsposter), eller stengt annen hver helg (tolvdøgnsposter). Sengepostene kan også deles inn etter pleietyngde, eller for langtidsbehandling/-pleie. Sykehoteller finnes ved enkelte sykehus som et supplement til, eller eventuelt en erstatning for, dagavdelinger.

Nærmere om poliklinikker

Med betegnelsen poliklinikk menes det sted eller de steder i sykehuset hvor pasienter som ikke behøver innleggelse undersøkes og/eller behandles. Poliklinikkene skal prinsippielt representere spesialistvirksomhet, hvilket innebærer at pasienten ofte er henvist fra allmennpraktiserende eller annen lege. Poliklinisk undersøkelse og behandling inngår i alle kliniske spesialiteters virksomhet. Pasientene kan inndeles i fire hovedgrupper:

- Pasienter som kan undersøkes og behandles poliklinisk.
- Pasienter som må legges inn, men hvor man med fordel kan gjennomføre undersøkelser og vurdering poliklinisk i forkant.
- Pasienter som har vært til behandling, og som trenger kontroll eller etterbehandling.
- Pasienter med mindre skader og akutte lidelser som henvender seg direkte til sykehuset.

Den siste kategorien er pasienter som ofte kommer uanmeldt, og som må prioriteres og håndteres fortløpende. Dette kan virke meget forstyrrende inn på den øvrige polikliniske virksomheten. Avhengig av lokale forhold og omfanget av pasienter som henvender seg med akutte lidelser, vil det være aktuelt å opprette en egen akutt poliklinikk.

Poliklinikkene står for en stadig større andel av sykehusenes produksjon. Det er viktig at tilstrekkelig omtanke og tyngde legges i planlegging, organisering og gjennomføring av virksomheten.

Poliklinikkene kan ofte ligge under de kliniske avdelingene, men det finnes sykehus som har egne sentrale poliklinikker, som igjen er inndelt etter spesialitet/seksjon.

5.6.1.2 Intensivavdelinger og anesthesiavdelinger

Intensivavdelinger er egne sengeavdelinger for de mest kritisk syke pasientene i sykehusene. Dette er pasienter hvis livsviktige funksjoner enten er truet eller ikke lenger fungerer normalt. Intensivavdelingene vil være spesielt utformet, og ha spesialutstyr og spesialutdannede sykepleiere. Det kan finnes flere ulike intensivavdelinger:

- Generelle *intensivavdelinger*, hvor man behandler pasienter med sviktende åndedrett, sviktende sirkulasjon, forstyrrelser i væskebalanse o.l. (dette benevnes ofte som intensivavdelingen).
- *Oppvåkningsavdelinger* for nyopererte pasienter som ligger til observasjon før de kan tilbakeføres til vanlig sengepost (ofte benevnt post-operativ avdeling).
- *Hjerteovervåkningsavdelinger* (også kalt medisinske overvåkningsavdelinger) hvor pasienter med hjerteinfarkt og ustabil hjerterytme overvåkes og/eller behandles før de eventuelt kan overføres til en vanlig sengepost for hjertepasienter.
- Ved enkelte sykehus (regionsykehus og sentralsykehus) er det også *neonatalavdelinger* for nyfødte med sviktende eller dårlig fungerende livsfunksjoner, og *dialyseavdelinger* for pasienter med sviktende nyrefunksjoner.

De generelle intensivavdelingene er som hovedregel lagt til *anesthesiavdelingen* og medisinsk faglig underlagt avdelingsoverlegen ved anesthesiavdelingen. Ofte er oppvåkningsavdelingene samordnet med intensivavdelingene.

Hjerteovervåkningsavdelingene og dialyseavdelingene er ofte lagt til indremedisinsk avdeling, eventuelt knyttet opp til henholdsvis seksjon for hjertesykdommer og seksjon for nyresykdommer. Neonatalavdelingene er som regel lagt til barneavdelingene.

Anesthesiavdelingene gir bedøvelse til pasienter under og etter operasjoner, samt er viktige medisinske tjenester ved behov for å opprettholde livsfunksjoner som blodsirkulasjon og åndedrett for pasienter som har slike nedsatte funksjoner. Anesthesiavdelingene gir derfor tjenester til alle kliniske avdelinger, samtidig som de behandler pasienter som er kritisk syke i egne enheter. Ofte vil andre medisinske servicefunksjoner som operasjonsavdelingen og mottagelsen også være lagt til anesthesiavdelingen. Anestesifunksjonen har derfor både et preg av å være en klinisk funksjon og å være en medisinsk servicefunksjon.

5.6.1.3 De medisinske serviceavdelingene

Ved de aller fleste sykehusene er det egne sentraliserte medisinske serviceavdelinger som bistår de kliniske avdelingene i undersøkelser og/eller behandling av pasienter. I tillegg vil ofte de medisinske serviceavdelingene betjene poliklinikker, mottagelsen og primærhelsetjenesten. Følgende avdelinger inngår ofte i sykehus som egne medisinske serviceavdelinger:

- *Røntgenavdelinger*: Røntgenavdelingen er en sentral serviceavdeling som gjennomfører mange former for bildeframstillende diagnostikk. Til dette anvendes både røntgenutstyr, ultralyd og magnetisk resonanstomografi. Røntgenavdelingene betjener alle kliniske avdelinger og poliklinikker i tillegg til at de ofte betjener andre institusjoner og primærhelsetjenesten. I løpet av de siste årene

- har røntgenavdelingene i økende grad også utført invasiv pasientbehandling.
- *Klinisk-kjemiske avdelinger/sentrallaboratorier:* Det blir i de aller fleste tilfellene tatt prøver av både pasienter som er til poliklinisk undersøkelse og av pasienter som er innlagte. Disse prøvene analyseres ofte i en egen klinisk-biokjemisk avdeling. Svært ofte foretas slike analyser i store serier ved hjelp av avansert utstyr. Ved en rekke sykehus er de klinisk-kjemiske funksjoner lagt inn under egne sentrallaboratorier, som også omfatter blodbank/immunhematologisk avdeling, klinisk farmakologi, nukleærmedisin (som også kan være lagt til røntgenavdelingen) og klinisk fysiologi. Klinisk fysiologi omfatter ofte undersøkelser innen indremedisin, som undersøkelser av lungefunksjoner og hjertefunksjoner, og kan være lagt til indremedisinske avdelinger. Klinisk fysiologi kan også omfatte gastroenterologiske undersøkelser, som både er aktuelle undersøkelser for pasienter ved indremedisinske avdelinger og kirurgiske avdelinger. Nevrofysiologiske undersøkelser kan likeså ligge under nevrologisk avdeling.
 - *Mikrobiologiske avdelinger:* I likhet med klinisk-biokjemiske undersøkelser, tas det ofte mikrobiologiske prøver av pasienter som analyseres i egne mikrobiologiske avdelinger, spesielt ved hjelp av dyrking av prøver fra sekreter, sår, slimhinner og vevsvæsker, og andre prøve- og analysemetoder.
 - *Patologisk-anatomiske avdelinger:* Patologi er studiet av sykdomsforandringer i celler og vev. Patologiske avdelinger er ofte inndelt i to seksjoner, obduksjonssenheten og laboratorieenheten. Laboratorieenheten gjennomfører analyser av prøver for å avklare sykdomsprosessens natur, f.eks. for å avklare om sykdommer er ondartede. Obduksjonssenheten gjennomfører obduksjoner for å kartlegge dødsårsakene.
 - *Fysikalsk-medisinske avdelinger:* Fysikalsk-medisin omfatter diagnose og behandling av funksjonsforstyrrelser i bevegelsesapparatet. Fysioterapi inngår som et sentralt område innen de fysikalske avdelingene. Ved enkelte sykehus er ergoterapi også lagt til fysikalsk-medisinske avdelinger. Fysikalsk-medisinske avdelinger kan også være definert som egne kliniske avdelinger.
 - *Apotek/medisinforsyningsavdelinger:* Forsyning av medisiner er en viktig funksjon i alle sykehus. Ved en rekke sykehus er det opprettet egne apoteker, mens andre sykehus har en forsyningsavdeling som samarbeider med et apotek utenfor sykehuset.
 - *Mottagelsesavdelinger:* De fleste sykehus har mottagelsesavdelinger som håndterer både pasienter som ankommer som akutt syke med alvorlige lidelser og skader som trenger øyeblikkelig hjelp, samt pasienter som henvender seg med mindre skader eller plager (legevaktsfunksjon). Mottagelsesavdelingen har derfor ved de fleste sykehus en viktig beredskapsfunksjon og en «silingsfunksjon» i forhold til om pasienter skal innlegges, ha annen behandling og/eller undersøkelse eller henvises til primærhelsetjeneste (allmennlege/legevakt). Denne er sjelden en egen avdeling, og ofte lagt til anesthesiavdelingen.
 - *Operasjonsavdelinger:* Det er ofte opprettet egne sentrale operasjonsavdelinger i sykehus for de operative inngrepene som krever komplisert og mangeartet utstyr, anestesi, spesialutdannet personell, og særlige krav til hygieniske forhold. Det varierer hvorvidt operasjonsavdelingene er organisert som egne serviceavdelinger, eller om de er samordnet med kirurgisk avdeling eller anesthesiavdelingen.
 - *Sterilsentraler:* I alle kliniske avdelinger, operasjonsavdelinger, røntgenavdelinger og enkelte andre steder anvendes det artikler og utstyr som må være sterile. Ofte er det opprettet egne sterilsentraler som steriliserer utstyr, anskaffer og distribuerer sterile artikler.

5.6.2 Hotellfunksjoner og tekniske funksjoner

Sykehusets hotellfunksjoner og tekniske funksjoner skal ivareta de oppgavene som følger av at pasienter oppholder seg over lengre tid i sykehuset, og det bygningsmessige vedlikeholdet. Følgende avdelinger og enheter finnes ofte i sykehusene:

- *Medisinsk teknisk avdelinger:* Det medisinske tekniske utstyret ved sykehusene blir gradvis mer sentralt i forbindelse med undersøkelser og behandling av pasienter. Dette utstyret blir også mer kostbart og komplekst, ikke minst ved at de medisinske tekniske utstyret inngår i et større teknologisk system for hele sykehuset. De tekniske løsningene som velges må ofte passe inn med andre tekniske løsninger, som f.eks. IT-system og pasientadministrative systemer. Det har derfor vokst fram et økt behov for koordinering av de medisinske tekniske løsningene. I dette inngår råd vedrørende anskaffelse og avskaffelse av medisinske tekniske utstyr. I tillegg vil vedlikehold, inngåelse av serviceavtaler og tilsyn med medisinske tekniske utstyr være oppgaver som ofte vil ligge til sykehus med egne medisinske tekniske avdelinger. Spesielt ved de største sykehusene er det medisinske tekniske avdelinger med betydelig kompetanse på elektronikk og medisinske teknologiske utstyr. Det tekniske personalet trekkes etter hvert i noen grad med i behandlingen av pasientene fordi utstyret stiller krav om teknisk ekspertise i den rutinemessige driften. Slik er ingeniører som styrer hjertelungetmaskiner ofte blitt en nødvendig del av behandlingsteamene for pasienter som gjennomgår hjerteoperasjoner.
- *Driftsavdelinger:* Sykehusene omfatter ofte en stor bygningsmasse og store og små tekniske installasjoner ut over det medisinske tekniske utstyret. Dette gir et behov for et vedlikehold av bygninger og tekniske installasjoner i sykehusene. Dette utføres ofte av sykehusets eget personale.
- *Vakthold og portørfunksjoner:* Vaktholdet har blitt stadig mer avansert, og det er kompliserte systemer som i dag er nødvendig for å gi tilstrekkelig sikkerhet for pasienter, personale, utstyr og eiendeler. Utviklingen i samfunnet har ført til at det spesielt i de store byene er et betydelig behov for vakthold i sykehusene. Ofte er denne virksomheten koplet til portørtjenesten. Med dagens sykehus der pasientene fraktes rundt til de forskjellige undersøkelsene og behandlingene, er denne transporttjenesten helt nødvendig for at sykehuset skal kunne holdes i gang.
- *Budtjeneste:* Ved sykehusene vil det være til dels store behov for intern transport av post, journaler, prøver o.l., som ofte håndteres av egne budtjenester.
- *Kjøkken, kantine og kafeteria:* Kravene til kosthold og kunnskap om kostholdets betydning for sykdommers forløp og helbredelse har ført til at også kjøkkenvirksomheten drives med en annen faglig bakgrunn enn tidligere. Sykehusene kan ha fagpersonale med utdanning på forholdet mellom kosthold og helse. Det jobber som regel kostholdsøkonomer ved sykehusenes kjøkken. Det er som regel sykehusets kjøkken som også sørger for kantinefunksjonene for personalet, og eventuelt pasienter og pårørende. I mange sykehus er det imidlertid egne kafeteriaer for pasienter og pårørende som enten drives på anbud eller av sykehusets kjøkken.
- *Renholdsavdelinger:* Sykehusene har som regel egne renholdsavdelinger. Disse skal sørge for renhold av fellesarealer, men også ofte for renholdet i de ulike avdelingene, herunder sengepostene. Ved en del sykehus er renholdsfunksjonen enkelte steder lagt under den enkelte avdeling eller sengepost. Spesielt kan dette være aktuelt der det stilles store krav til renhold, som f.eks. ved operasjonsavdelinger.
- *Vaskeri og tekstilfunksjon:* Vaskeri- og tekstilfunksjon skal sørge for rengjøring, forsyning og distribusjon av klær, sengetøy og andre tekstiler. Det

- varierer en del hvorvidt sykehusene har egne vaskeriavdelinger, anvender et fellesvaskeri, eller benytter seg av et eksternt privatdrevet vaskeri på anbud.
- *Sengesentraler*: Det varierer en del om sykehusene har samlet sengereingsfunksjonene i egne sengesentraler eller om dette gjøres ved sengepostene. Der det er egne sengesentraler gjennomføres avreing, sengevask og reing av senger i egne lokaler og av eget personale.

5.6.3 Administrative, økonomiske og andre funksjoner

Det har vært en betydelig vekst i de administrative avdelingene på sykehusene. Fra en administrasjon på noen få personer som fungerte som hjelpepersonell for administrerende overlege og forstanderinne, har sykehusadministrasjonene vokst til avdelinger med fagkompetanse på økonomi, lønsspørsmål og personaladministrasjon.

5.6.3.1 Direktøren og direktørens stab

I en spørreundersøkelse som utvalget har gjennomført i norske sykehus, framkommer det at alle de spurte sykehus har ansatt direktør. På to spesialsykehus er direktørrollen kombinert med en overlegestilling, men ellers er direktøren ansatt som sykehusets formelle leder i full stilling. Direktørenes bakgrunn varierer. Det finnes leger, sykepleiere og ellers er også andre profesjoner i helsevesenet representert. Lønnsmessig er direktørene å finne i øvre del av inntektsskiktet i sykehusene med hensyn til lønnstrinns plassering, men ut fra total utbetaling ligger de langt nede på listen. Dette skyldes at mange arbeidstakere har godtgjøring for vakter, overtid og helgarbeid. På et sentralsykehus der dette ble undersøkt, hadde sykehusets direktør 119 arbeidstakere foran seg på listen beregnet ut fra utbetaling pr. mnd. Dette påvirker rekrutteringen til direktørstillingene.

Det er svært forskjellig hvordan direktørens stab ser ut på norske sykehus. Felles for de fleste sykehus er imidlertid at *sjeflege, sjefsykepleier, personalsjef og økonomisjef* sitter i staben. I tillegg til disse har staben varierende utforming. *Sjefleges* rolle er å være direktørens rådgiver i medisinsk faglige spørsmål. De oppfattes ofte som legenes representant i administrasjonen. På samme vis er *sjefsykepleiers* rolle å være direktørens rådgiver i sykepleiefaglige spørsmål. Tidligere var det en linje fra sykehusets oversykepleiere til sjefsykepleier. Dette har vært under avvikling de senere årene. På samme måte som sjeflegen oppfattes som legenes representant i toppledelsen, oppfattes sjefsykepleier som representant for sykepleierne.

Tilknyttet administrasjonen vil man ofte finne råd med bred representasjon fra sykehuset, både driftsavdelinger, kliniske avdelinger og serviceavdelinger. Disse rådene har svært forskjellig utforming, men har vanligvis en rådgivende rolle i forhold til direktøren.

Ved flere sykehus har det også etter hvert blitt tilknyttet egne informasjonsmedarbeidere for å håndtere intern og ekstern informasjon ved sykehusene.

5.6.3.2 Økonomiavdelinger

Sykehusene forvalter store ressurser, og god økonomistyring er en svært viktig funksjon ved sykehusene. Økonomiavdelingen er derfor som regel den største av de administrative enhetene. Inn under økonomiavdelinger finnes ofte:

- Økonomisjefens kontor
- Innkjøpskontor
- Regnskapskontor

- Kassakontor
- Revisjon.

5.6.3.3 Lønns- og personalavdelinger

Sykehusene er store arbeidsplasser med mange arbeidstakere og mange personellkategorier. Lover, og ikke minst tariff- og arbeidsavtalene, er meget omfattende og krevende. Personaladministrasjon har derfor blitt en stadig større oppgave.

I tillegg til personalavdelinger har enkelte sykehus etablert *organisasjons- og utviklingsavdelinger*. Disse avdelingene har forskjellig størrelse og utforming, men de skal være et senter for prosjektarbeid og utviklingsarbeid i sykehus.

Lønnsfunksjonen i sykehus har både personal- og økonomiske funksjoner. Lønnsfunksjonen kan være organisert som en egen avdeling, men er normalt lagt inn under personalavdelingen eller økonomiavdelingen.

5.6.3.4 Undervisningsavdelinger

Mange sykehus har egne undervisningsavdelinger. Disse tar seg av den interne undervisning i sykehuset samt utdanning av spesialpersonale til intensivbehandling, anestesi, operasjon, kreftsykepleie, geriatrisk sykepleie og pediatrik sykepleie. De har imidlertid sjelden noen rolle i forhold til det undervisningsansvaret som sykehuset har for profesjonsutdanning eller legers utdanning og videreutdanning.

5.6.3.5 IT-avdelinger

IT-utviklingen har vært en utfordring for sykehusene. Riktignok ligger sykehusene langt tilbake i utvikling på IT-siden, men behovet for egne *IT-avdelinger* ble klart formulert på 80-tallet. Det har vært mangel på god programvare. Mange sykehus har satset på å utvikle egne programmer og løsninger, og det har vært liten nasjonal standardisering. Dette har bl.a. medført at det finnes et flertall pasientadministrative systemer. En del sykehus har utviklet egne systemer for røntgenfunksjoner og laboratoriefunksjoner, men det er likevel åpenbart at nivået på IT-tjenester i sykehus er for lavt. En kan også fastslå at opplæring av personalet i bruk av IT har vært for dårlig. Det er et paradoks at man i primærhelsetjenesten tilsynelatende i større grad har klart å utnytte IT-tjenester til å bedre og rasjonalisere sin virksomhet enn på sykehus. Både innenfor planleggingsarbeid, dokumentasjon og kommunikasjon må en forvente betydelige endringer etter hvert som IT kommer inn i sykehusene på alvor.

5.6.3.6 Andre funksjoner

Det finnes også en rekke andre funksjoner ved sykehusene som er viktige for sykehusenes drift. Det vil være for omfattende å beskrive alle disse, men noen må nevnes:

- Sentralarkiv
- Skrivesentral
- Ambulansetjeneste
- Bedriftshelsetjeneste
- Bibliotek
- Prestetjeneste
- Sentralbord
- Sentrallager/forsyningssentral
- Vestibyle
- Bolig/barnehavetjeneste

5.6.4 Noen oppsummerende betraktninger

Den beskrivelsen som står ovenfor er summarisk og vil ikke passe for alle sykehus. Dels vil sykehusene ikke ha alle avdelinger og funksjoner som er beskrevet ovenfor, siden deres funksjoner og størrelse vil variere, dels er det variasjoner for hvordan disse funksjonene er organisert. Det er fire forhold som bør kommenteres kort i denne sammenheng:

- Inndelingen av kliniske avdelinger
- Sentralisering og spredning av funksjoner
- Divisjonalisering og blokk/klinikkstruktur
- Utsetting av funksjoner på anbud

5.6.4.1 Inndelingen av kliniske avdelinger

Den organiseringen av kliniske avdelinger som i dag er vanlig ved de aller fleste sykehus er i stor grad en følge av den spesialisering som har skjedd innen de medisinske fagene i løpet av de siste 100 årene, kfr. *"Sykehuset i et historisk perspektiv"* i kapittel 4.

Som nevnt innledningsvis, er det vanlig å inndelegge de kliniske avdelingene etter hovedspesialitet. Hovedspesialitetene kirurgi og indremedisin er inndelt i grenspesialiteter, noe som organisatorisk ofte gjenspeiles i inndeling av disse avdelingene i seksjoner. Utvalget har grunn til å tro at dette også vil være den dominerende inndelingen i kliniske avdelinger i sykehusene i årene framover.

Imidlertid har det også vokst fram andre organisatoriske løsninger ved enkelte sykehus, særlig de senere årene:

- *Organbasert avdelingsinndeling:* Utviklingen innen de medisinske fagene har på noen områder gjort at operativ og ikke-operativ behandling utvikler seg i retning av hverandre. Dette gjelder særlig innen grenspesialitetene som i stor grad er konsentrert om sykdommer knyttet til bestemte organer. Dette har vært grunnlaget for å samle ressurser og grenspesialiteter i felles avdelinger. Som eksempel kan nevnes hjertesykdommer, der indremedisinsk behandling og kirurgisk behandling samordnes i stadig større grad. I Norge er bl.a. hjerteravdelingen på Haukeland sykehus et eksempel på slik måte å organisere på. Lignende avdelinger kan tenkes for lungesykdommer, sykdommer i sentralnervesystemet og gastroenterologiske (mave/tarm) sykdommer. Utviklingen av endoskopisk utstyr til undersøkelse av mage-tarmtrakten har medført bedre kunnskaper om sykdommene og nye behandlingsprosedyrer. Den endoskopiske teknikken brukes av både kirurger og indremedisinere til utredning og behandling med bruk av samme laboratorium og samme undersøkelsesutstyr. Organisatorisk må ikke nødvendigvis et helt sykehus organiseres etter denne modellen. Man kunne godt tenke seg modellen brukt i begrenset grad på sykehus.
- *Senterorganisering:* En annen alternativ måte å organisere på er det man kaller senterorganisering. I denne organisasjonsmodellen tar man opp i seg ønsket om å gi pasienter et helhetlig tilbud for sykdommer innenfor en avgrenset enhet i det store sykehuset. Et eksempel på en senterorganisert avdeling er mor-barn-sentre. Her vil avdeling for kvinnesykdommer bli kombinert med avdelinger for barn, fødeavdeling og barselavdeling. Det er spesielt i forhold til de store sykehus at slik organisering er aktuell. I planleggingen av det nye regionsykehuset i Trondheim, RiT 2000, har disse tankene blitt utviklet bl.a. på basis av erfaringer fra sykehus i andre land der slike organisasjonsmodeller finnes. Også senterorganisering kan tenkes i forhold til en begrenset del av et sykehus. Det betyr at et sykehus f.eks. kunne tenkes organisert med ett eller flere sentre, mens resten

- av sykehuset har annen organisering.
- *Matriseorganisering og bruk av internregnskap*: Matrisestruktur er en fellesbetegnelse på mange ulike organisatoriske løsninger som har det til felles at de kombinerer to organiserende prinsipper, og eventuelt en formell deling av autoritet langs to ulike dimensjoner. Dette må ikke forveksles med (enhetlig) todelt ledelse, fordi denne innebærer en ledelsesmessig deling av linjen innenfor *samme* organisatoriske enhet. På sett og vis er sykehusets virksomhet i utgangspunktet matriselignende, selv om dette ikke er nedfelt formelt i organisasjonsstrukturen. For eksempel kan de medisinske servicefunksjonene anses som organisert i matrise i forhold til de kliniske avdelingene, da de medisinske servicefunksjonene utøver en *tverrgående* funksjon som griper inn i virksomheten i alle kliniske avdelinger. Det må imidlertid bemerkes at det finnes få sykehus som har en *formell* matriseorganisering. Utvalget kjenner ikke til noen slike løsninger i Norge. Matrisemodeller blir ofte utlagt som om dette innebærer innføring av internregnskap og interne markeder i sykehus. Dette er imidlertid et spørsmål om interne transaksjonsformer i sykehus, og ikke et spørsmål om matrise. Som eksempel vises det ofte til Mayo-modellen. Her er det spesielt forholdet mellom legetjenesten og sykepleietjenesten som er organisert på en måte som ikke er vanlig i norske sykehus. Dette er gjort ved at sykepleietjenesten er skilt ut som en egen organisatorisk enhet der legene kan *rekvirere* tjenester på samme vis som man rekvirerer laboratorieprøver og røntgenundersøkelser. I disse modellene er det videre tenkt at dette også utløser en gitt kostnad, f.eks. pr. liggedøgn. Hovedtanken i denne modellen er at den interne finansieringsstrukturen i sykehuset skal gå via legetjenesten, som fatter de beslutninger som utløser kostnader internt i sykehusene. Internregnskap er delvis innført på enkelte sykehus i forhold til røntgen- og laboratorierekvisisjoner. Forskjellen er her at dette også gjennomføres for sykepleietjenester. Utvalget vil ikke sterkt anbefale eller fraråde bruk av intern fakturering og rekvisisjonsprinsippet, men peke på noen problemområder som må tas i betraktning. Hvis man skal sende «regning» for hver rekvisisjon, kan man risikere at dette genererer et stort behov for registrering og dokumentasjon, og at kostnadene i et slikt system kan overstige eventuell innsparing. Rekvisisjonsprinsippet må ikke være til hinder for at sykehuset kan ta imot øyeblikkelig hjelp (kfr. sykehusloven § 6). Delegering av medisinsk faglige oppgaver til andre enn leger, er regulert i legelovens § 17. Denne angir at slik delegering må følges opp med nødvendige instruksjoner, oppfølging og kontroll. Dette betyr at «rekvisisjonsprinsippet» ikke innebærer en endring i de relasjoner som skapes av at man delegerer medisinske oppgaver.

5.6.4.2 Sentralisering og spredning av funksjoner

Samling eller spredning av (service-)funksjoner er ved mange sykehus et mye diskutert problemområde. Dette drøftes oftest i forbindelse med hotellfunksjoner og administrative funksjoner, men i økende grad også for de medisinske servicefunksjonene. Problemstillingen omhandler hvorvidt det er hensiktsmessig å organisere servicefunksjoner i sentraliserte avdelinger, eller om disse i større grad bør utøves innenfor de kliniske avdelingene. Desentralisering av funksjoner kan både innebære at oppgaver overføres til det personell som allerede arbeider ved en annen avdeling, eller at personell fra serviceavdelingene overføres til en annen avdeling, for å utføre disse funksjonene.

Det vil alltid være et spørsmål om hva som er mest hensiktsmessig grad av sentralisering. Det vil sjelden være aktuelt å desentralisere hele funksjoner, men mer

aktuelt å desentralisere noen oppgaver knyttet til de sentraliserte funksjonene. Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle, ut fra en totalvurdering av kostnader og kvalitet. Teknologisk og kunnskapsmessig utvikling vil i stor grad virke inn på hvilke oppgaver som best lar seg løse i sentraliserte avdelinger, og hvilke oppgaver som med fordel kan utføres i de enkelte kliniske avdelingene.

På et generelt grunnlag vil følgende argumenter ofte være i favør av sentralisering av funksjoner:

- Funksjoner som krever kostbart utstyr, større tekniske anlegg og spesialisert personell vil normalt være mest hensiktsmessig å utøve i en sentralisert avdeling.
- De enkelte (kliniske) avdelingene vil avlastes for oppgaver som krever ekstra rom og bemanning.
- Det vil være enklere å endre spesielle arbeidsoperasjoner når disse utføres ved en sentralisert avdeling.

På et generelt grunnlag kan følgende argumenter anføres for desentralisering av funksjoner:

- Det vil være mulig å unngå betydelig transport av personell og/eller pasienter.
- Det vil være lettere å ta større hensyn til de kliniske avdelingenes individuelle behov og ønsker.

5.6.4.3 Divisjonalisering

Med divisjon menes her en organisatorisk samling av flere avdelinger. Dette medfører som regel et ekstra ledelsesnivå i forhold til sykehus som kun har en tradisjonell inndeling i avdelinger. Begrepet klinikk/blokkstruktur brukes imidlertid ofte i stedet for divisjoner.

I "[Sykehuset i et historisk perspektiv](#)" i kapittel 4 ble det påpekt at divisjonaliseringen og innføringen av klinikk- og blokkledelse henger sammen med en økende kompleksitet og størrelse i sykehusene. Oppgaven med koordinering, samordning og ledelse av sykehusets virksomhet har vokst med sykehusets størrelse og antall avdelinger. En ofte uttalt begrunnelse for divisjonalisering er at dette gir en nødvendig reduksjon i de ledelsesmessige kontrollspennene.

Inndelingen i divisjoner kan følge ulike hovedløsninger. Ofte er sykehusets hotell- og tekniske funksjoner samlet i en «driftsdivisjon» eller en «ikke-medisinsk serviceblokk». De kliniske funksjonene kan følge inndelingen i funksjoner og hovedspesialiteter. Det innebærer f.eks. en egen «medisinsk serviceblokk» og «kirurgisk klinikk» og «medisinsk klinikk». Innføres en enda større grad av samling, vil dette f.eks. gi en inndeling i «somatisk klinikk» og «psykiatrisk klinikk». Imidlertid kan også organ- og sentermodellene, beskrevet i "[Inndelingen av kliniske avdelinger](#)" i avsnitt 5.6.4.1, anvendes som utgangspunkt for divisjoner eller klinikker. Dette kan gi f.eks. en hjerte/lungeklinikk som kan omfatte cardiologi, lunge-medisin, karkirurgi, thoraxkirurgi, sengeposter, poliklinikker, operasjonsenheter og andre fasiliteter.

Inndelingen i klinikker og blokker kan medføre en annen intern organisering av sengepostene enn ved den tradisjonelle inndelingen i avdelinger beskrevet i "[De medisinske funksjonene](#)" i avsnitt 5.6.1. Det finnes inndelinger i klinikker som omfavner flere (gren)spesialiteter, men hvor sengepostene er organisert som en felles avdeling innen klinikken.

Utvalget vil ikke ta særskilt stilling til bruk av divisjonalisert struktur i sykehusene, men mener at dette generelt er mest aktuelt for de største sykehusene.

5.6.4.4 Utsetting av funksjoner på anbud

Det har i løpet av de siste årene vært en økende diskusjon om å sette enkelte funksjoner ut på anbud. I hovedsak har dette dreid seg om hotellfunksjoner og tekniske funksjoner, omtalt i "*Hotellfunksjoner og tekniske funksjoner*" i avsnitt 5.6.2. Argumentasjonen for å sette ut oppgaver på anbud, har vært at sykehusene burde konsentrere seg om sin kjernevirksomhet og overlate de mer generelle støttefunksjonene til andre som kan spesialisere seg på dette. Gjennom en slik spesialisering kan andre institusjoner utnytte bl.a. stordriftsfordeler som gjør at de kan levere bedre tjenester til samme, eller lavere, kostnader.

Utvalget vil ikke ta stilling til i hvilken grad sykehusen burde sette ut funksjoner på anbud på generelt grunnlag, da dette i stor grad må vurderes for hvert enkelt sykehus, og i sammenheng med den interne organiseringen for øvrig. Videre må de totale kostnadene, herunder også transaksjonskostnader ved å sette ut slike tjenester på anbud, vurderes i forhold til kvalitet på tjenestene.

5.7 LEDELSE AV SYKEHUS

Ledelse i sykehus har vært, og er et kontroversielt tema. I denne beskrivelsen vil en ta utgangspunkt i nå-situasjonen på norske sykehus. Opplysningene i teksten stammer fra en spørreundersøkelse som utvalget gjennomførte. Det ble sendt ut et spørreskjema til samtlige sykehus i Norge der en ba om dokumentasjon og beskrivelse av blant annet ledelsesmodeller i sykehusene. Videre vil en begrense beskrivelsen til ledelsesstrukturen i de kliniske avdelingene, serviceavdelingene og driftsavdelingene ved sykehus. Nærmere beskrivelse av den ledelse som utøves av de forskjellige enkeltpersoner som sitter i lederposisjon vil bli gitt andre steder. Det er forskjeller i lovverket mellom somatiske sykehus og psykiatriske institusjoner. De siste beskrives derfor for seg.

5.7.1 Ledelse i somatiske avdelinger

Så langt utvalget har kunnet bringe på det rene, så er det to ledelsesformer som eksisterer ved norske somatiske sykehus. Andre enn de som beskrives her er å betrakte som avledninger av de to modellene som beskrives.

5.7.1.1 Enhetlig to-delt ledelse.

Den enhetlige to-delte ledelse baserer seg på avdelingsledelse gjennom to personer, avdelingsoverlegen og oversykepleier. Disse anses som enhetlig ansvarlige for avdelingens drift, dens administrasjon, budsjettoppfølging og resultater. Det medisinske faglige ansvar ligger hos avdelingsoverlegen alene, og alle avgjørelser som har relasjon til medisinske forhold vil derfor ansvarsmessig føres tilbake til avdelingsoverlegen. Over 90 % (45 av 49 sykehus som svarte på spørsmålet) av norske sykehus praktiserer denne formen for avdelingsledelse. En del sykehus har etter en utredningsprosess bevisst valgt denne modellen. I noen tilfeller har modellen blitt til som en fortsettelse av det gamle samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Noen avdelinger har evaluert modellen, og disse har funnet at den fungerer tilfredsstillende.

5.7.1.2 En-delt ledelse.

4 av 49 somatiske sykehus som svarte på henvendelsen fra utvalget, ga uttrykk for at de hadde en-delt ledelse. Dessuten har samtlige private sykehus, inkludert Hjer-

tesenteret og Feiring-klinikken, en-delt ledelse. Regionsykehuset i Tromsø har kommet lengst i å utvikle modellen, og de har også mest erfaring med en-delt ledelse i offentlige sykehus. Modellen i Tromsø baserer seg på et tverrfaglig lederteam som består av avdelingsoverlege, oversykepleier, evt. sjefbioingeniør eller sjefradiograf, og kontorleder. I dette teamet skal en person velges til leder. Prinsipielt kan avdelingsoverlege eller oversykepleier, evt. sjefbioingeniør eller sjefradiograf, velges til lederstillingen. Praksis viser at det i nesten alle tilfeller blir avdelingsoverlegen som blir avdelingsleder.

5.7.2 Ledelse i psykiatriske avdelinger

Til forskjell fra de somatiske sykehus reguleres ledelse av avdelinger i psykiatriske institusjoner av særskilt lov, lov om psykisk helsevern av 28. april 1961, med forskrift. Psykiatriske institusjoner skal ledes faglig av en lege og avdelinger skal ledes av en leder som skal være lege. Loven har sin bakgrunn i forholdene rundt tvangsbehandling og tvangstiltak overfor pasienter der en har sett behovet for klare ansvarsforhold. I tillegg har det vært lagt medisinsk faglige vurderinger i forhold til behandling med psykofarmaka til grunn for disse bestemmelsene. I en del situasjoner har psykologer fungert som ledere for institusjoner og avdelinger i situasjoner der en ikke har hatt leger ansatt.

5.7.3 Ledelse i serviceavdelinger og laboratorier

Gjeldende forskrift setter krav til at en spesialist i relevant spesialitet skal ha det endelige faglige ansvar i medisinske laboratorier og røntgenavdelinger. Det administrative ansvar kan evt. ligge hos en annen person. Spørreundersøkelsen som utvalget har gjennomført viser at det stort sett er en leder på disse avdelingene ved norske sykehus. Organisasjonen rundt lederen kan være forskjellig fra sykehus til sykehus, og det har vært til dels diskusjoner og konflikter rundt lederspørsmålene i enkelte medisinske laboratorier på flere norske sykehus. Oppfatningene dreier seg blant annet om hvorvidt medisinsk faglig ledelse nødvendigvis bør være koplet til avdelingsledelse.

5.7.4 Ledelse i driftsavdelinger

Det kan se ut som også de rene driftsavdelinger stort sett ledes av en person. Det har ikke vært diskusjoner eller konflikter omkring ledelse i disse avdelingene, så langt utvalget har kunnet bringe på det rene.

KAPITTEL 6

Utvalgets problemforståelse**6.1 INNLEDNING**

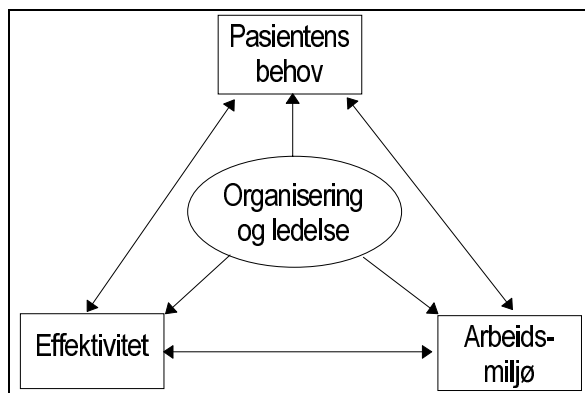
Helsetjenesten generelt, og sykehusene spesielt, preger i stor grad mediebildet. Fokus rettes enten mot det forferdelige eller det fantastiske. Det faktiske bildet er selvfølgelig langt mer nyansert, og sjelden preget av hverken det fantastiske eller det forferdelige.

Utvalget mener at det finnes mye positivt i norske sykehus. Utvalget fokuserer imidlertid her på det som oppfattes som sentrale problemer og forbedringsmuligheter. Beskrivelsen av disse må nødvendigvis bli generell, og de forhold som her berøres, vil i varierende grad være gyldig for hvert enkelt sykehus.

6.1.1 Presisering av problemstillingen i forhold til utvalgets mandat

Utvalgets mandat sier at det skal konsentrere seg om tiltak som bidrar til at sykehusene bedre tilfredstiller pasientenes behov. Dette har vært en ledetråd for alle vurderinger, enten problemstillingene og spørsmålene om tiltak har vært knyttet til organisering, ledelse, samarbeidsspørsmål eller annet. Samtidig skal utvalget se på hvordan sykehusene kan utnytte ressursene mer effektivt, og hvordan arbeidsmiljøet kan bedres for de ansatte. En kritisk innvending er at ensidig fokusering på pasientperspektivet kan føre til at hensynet til effektivitet eller godt arbeidsmiljø ikke blir godt nok ivaretatt. Det kan være motsetninger mellom hensynene til pasient, effektivitet og medarbeidere. Når tiltak skal vurderes, må man ta standpunkt til de ulike hensynene.

Utvalget mener imidlertid at det er lite hensiktsmessig å legge til grunn en oppfatning om en slik motsetning i analysen. Tvert imot er det utvalgets oppfatning at et mest mulig konsekvent fokus på pasientenes behov ofte også vil utløse gode effektiviseringstiltak eller arbeidsmiljøfremmende tiltak. Effektiv drift virker naturligvis til pasientenes beste ved at det frigjøres midler som kan brukes til ytterligere pasienttiltak. Hvis sykehusets ressurser brukes på en planmessig måte for best mulig å dekke pasientbehov, vil dette normalt også virke positivt for medarbeiderne og arbeidsmiljøet. Ved at medarbeiderne får utviklet og brukt sin kompetanse og får gleden av å se at det gjennom samarbeid skapes resultater til beste for pasientene, vil også arbeidsmiljøet bedres.



Figur 6.1 Problemanalysens tre problemstillinger

Når utvalget har søkt etter tiltak som kan gjøre at sykehusene bedre dekker pasientenes behov, har det derfor også vært naturlig å vurdere tiltak som bedrer effektiviteten og arbeidsmiljøet, og ikke minst se disse forholdene i sammenheng.

Problemer som identifiseres i de tre perspektivene, pasientens behov, effektivitet og arbeidsmiljø, skal løses ved hjelp av forbedret intern organisering og ledelse. Utvalget vil derfor først gjøre rede for hvilke problemer som har størst betydning i de tre perspektivene ("*Problemstillinger og kritikk mot sykehusene*" i avsnitt 6.2). Deretter gjøres en nærmere analyse av hvordan disse problemene kan relateres til sykehusets interne organisering og ledelse ("*Problemenes betydning for organisasjon og ledelse*" i avsnitt 6.3). Utvalget vil også foreta en kortfattet vurdering av utviklingstrekk som kan virke på rammebetingelser og intern organisering i sykehusene ("*Sannsynlige utviklingstrekk*" i avsnitt 6.4).

6.2 PROBLEMSTILLINGER OG KRITIKK MOT SYKEHUSENE

6.2.1 Problemer i et pasientperspektiv

For pasientene representerer helsetjenesten en trygghet for at de kan bli tatt vare på ved sykdom, skader eller andre helsemessige behov. For at denne tryggheten ikke skal bli uthult, må pasienten oppleve helsetjenesten som tilgjengelig, og at kvalitet og servicenivå er tilfredsstillende. Det er også viktig at pasienter gis reell medbestemmelse i den behandling de får på sykehuset. Behovene for helsetjenester, og pasientenes krav til tjenesten, vil endres med tiden. Det er derfor viktig at sykehusene fanger opp endrede behov og krav, og omsetter dette i en kontinuerlig forbedring av de tjenester som tilbys.

6.2.1.1 Pasienttilfredshet

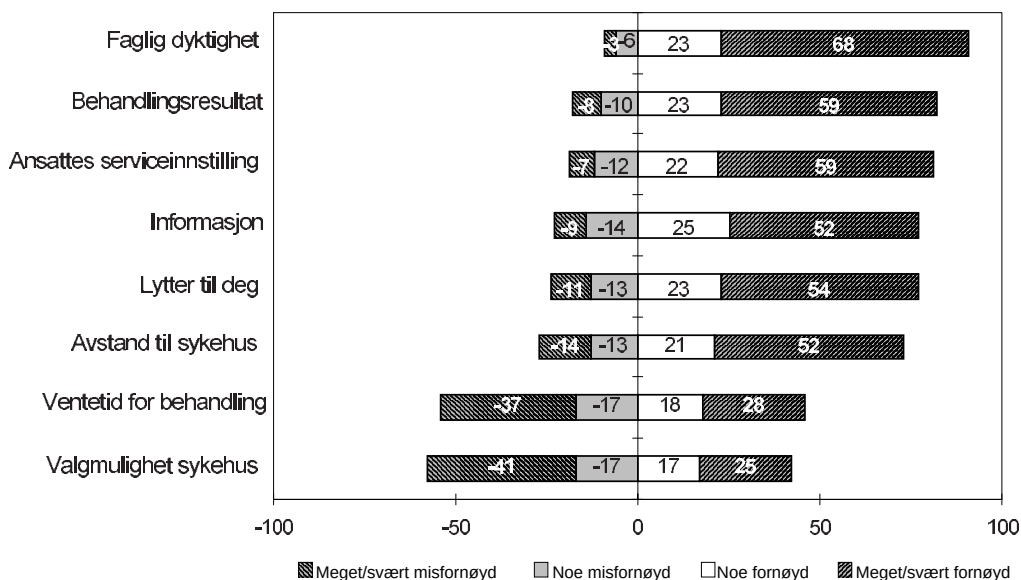
Det er gjort flere undersøkelser av pasienttilfredshet, både på avdelinger, i sykehus og på nasjonalt nivå. Undersøkelsene gir inntrykk av at de aller fleste pasientene er godt eller meget godt fornøyd med den behandling de har fått ved sykehuset. Dette framkom også i en undersøkelse som ble gjennomført av Gallup AS i 1996.

Studier som går inn i mer detaljerte forhold, viser imidlertid også at pasienter som uttrykker generell tilfredshet, kan være misfornøyd med *sider* av sykehusoppholdet. Det som går igjen i undersøkelser, er:

- Informasjon er ofte mangelfull, lite tilrettelagt og lite tilgjengelig for pasienten.

Selv blant pasienter med kroniske lidelser finnes det eksempler på at de har fått lite informasjon om egen sykdom og hvordan denne kan mestres.

- Pasienten må tilpasse seg sykehusets rutiner og tidspunkter. Tiden for når pasienten inntar måltider og mottar behandling og besøk, er tilpasset turnusordninger, intern arbeidsdeling som f.eks. prøvetaking m.v.
- Pasienten må forholde seg til et uforholdsmessig stort antall personer – noe som bl.a. medfører at det er uklart for pasienten hvem som har det helhetlige ansvaret.
- Pasienter kan oppleve å vente på undersøkelser eller på operasjon. Samtidig opplever mange pasienter å bli sendt hjem før de føler at de er selvhjulpne.
- Tjenestene virker til tider dårlig koordinert og organisert. Pasientene opplever at de ulike helsearbeidere ikke kommuniserer godt. Dette inntrykket styrkes av at man må oppgi samme informasjon en rekke ganger i løpet av et sykehusopphold.
- Pasientens tid har liten verdi – det er viktigere for sykehuset at det sikrer seg nok å gjøre, eller kan følge sine egne rutiner, enn at pasientene skal slippe å vente.
- Manglende helhet: Sykdommen eller det syke organ får fullgod oppmerksomhet – mennesket som bærer sykdommen blir ofte oversett. Den enkelte pasients hverdag og liv tas ofte for lite med i den vurdering og behandling som gis.
- Manglende respekt og vennlighet – man kan bli «satt på plass» om man avviker for mye fra den forventede pasientrollen.



Figur 6.2 Vurdering av forhold ved norske sykehus fra pasienter som har vært til behandling i 1995. Prosentvis fordeling. Kilde: Gallup AS

Det er viktig å skille mellom hvordan helsetjenesten håndterer pasientens sykdom og hvordan mennesket som bærer sykdommen blir møtt av helsetjenesten. Det er særlig det siste som er grunnlaget for vår kritikk.

Det finnes systematiske forskjeller mellom grupper av pasienter. Menn er generelt mer fornøyd enn kvinner, eldre mer fornøyd enn yngre, og pasienter fra landkommuner er mer fornøyd enn pasienter fra bykommuner.

Undersøkelser av pasienttilfredshet kan ofte gi en nyttig pekepinn på hva sykehuset eller en avdeling bør gripe fatt i. Skal pasienten settes først, er tilbakemeldinger fra pasienter om hvordan tjenesten fungerer av stor betydning.

Det er imidlertid en rekke forhold som kan innvirke på utfallet av slike undersøkelser, og som derfor må tas med når man tolker resultatene:

- Grad av tilfredshet er ikke knyttet til en «objektiv» kvalitetsstandard, men til hvilken grad en har opplevd at tjenesten eller et opphold svarer til *forventningene*. At mange oppgir at de er fornøyd, betyr at de er fornøyd sett i forhold til de forventninger de hadde forut for oppholdet. Positive opinionsmålinger kan altså måle opplevd kvalitet på tjenester, de kan også være et uttrykk for at forventningene ikke har vært gode i utgangspunktet. På samme måte kan uttrykk misnøye bety at tjenesten er for dårlig, men også at forventningene eller kravene var større enn man kan (og evt. bør) tilfredsstille. I den nevnte undersøkelsen, er det f.eks. liten sammenheng mellom reell avstand til sykehuset i fylket og hvordan befolkningen i fylket vurderer avstanden til sykehuset.
- I dag er man i mediebildet mer opptatt av hva man *ikke* gjør framfor hva man gjør, f.eks. gjennom fokus på ventetider og kø for behandling. Dette kan gi et lavere forventningsnivå i befolkningen. Mange pasienter kan derfor uttrykke tilfredshet med sykehusoppholdet rett og slett fordi de *fikk* behandling eller vurdering.
- Pasienter flest er i realiteten i et avhengighetsforhold til sin(e) behandler(e). Dette gjør at kritikk mot personer og sykehus som har vært til hjelp for en, blir vanskelig.
- Pasienter flest mangler også nødvendig innsikt for å vurdere om de har mottatt den behandling de burde ha fått. Det er derfor vanlig at pasientene tror at behandlingen de fikk var god.

Tilbakemeldinger fra pasienter kan også skaffes på andre måter enn ved generelle pasienttilfredshetsundersøkelser. Enkelte sykehusavdelinger skaffer seg systematisk tilbakemelding fra pasienter gjennom bruk av fokusgrupper, der pasienter kommer sammen og snakker om sine erfaringer med avdelingen de har vært til behandling ved. Slik tilbakemelding kan ofte være nyttig som hjelp å identifisere konkrete utviklingsbehov.

6.2.1.2 Tilgjengelighet

Sett fra pasientens synspunkt er et av de store problemene *tilgjengeligheten* til sykehustjenestene. For de pasienter som venter på behandling kan dette være en belastning. Fokuseringen på ventelistesituasjonen skaper et inntrykk av helsetjenesten som en krisebetont sektor. Befolkningens tillit til helsetjenesten svekkes med den negative effekt at også trygghetsfølelsen svekkes.

Tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten vil bero på en rekke forhold. Dette handler om avstand til sykehuset, kapasitet i primærhelsetjenesten, ventetid for behandling og indikasjonsgrense for behandling. Hvorvidt tilgjengeligheten for den enkelte er blitt dårligere eller bedre, vil ikke bare avhenge av hvorvidt tilbudet har blitt bedre, men også av om etterspørselen og «presset» på helsetjenesten har økt.

Det er ikke umiddelbart enkelt å vurdere endringer i tilgjengeligheten til sykehusene. På den ene siden behandles det i dag flere pasienter ved de somatiske sykehusene enn noen gang, både poliklinisk og ved innleggelse. Samtidig er det grunn til å anta at *henvisningene* til sykehusene har økt, bl.a. som følge av endrede indikasjonsgrenser. Imidlertid er det grunn til å anta at indikasjonsgrensen har utviklet seg ulikt for de ulike pasientgruppene. Ventetidene for elektiv innleggelse har ikke

endret seg mye, men vist litt stigende tendens fra 1994 til 1995. Ventelistetallene er usikre. Det er to forhold som peker på at terskelen til spesialisthelsetjenesten for pasienter med kroniske lidelser er blitt høyere.

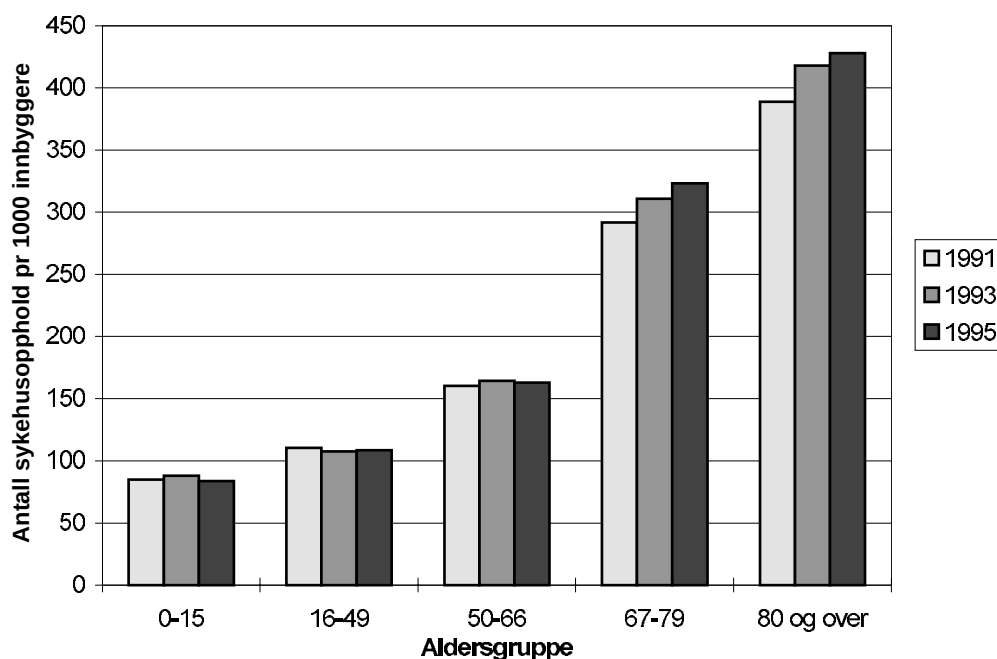
For det første har økningen i antall innlagte pasienter i perioden 1991–1995 kun vedrørt pasienter som er 67 år eller eldre, se figur 6.3.

For det andre har det vært en økning i «øyeblikkelig hjelp» og en viss reduksjon av elektive innleggelser, se figur 6.4. Denne endringen har funnet sted nesten utelukkende innen indremedisin. Antall innlagte pasienter innen kirurgiske fag har endret seg lite i perioden, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp og elektive innleggelser. Det har imidlertid vært endringer i pasientgruppene som har vært behandlet. Det har i samme periode vært en økning i dagkirurgi, noe som antyder en økning innen elektiv kirurgi.

Denne dreiningen har etter all sannsynlighet medført at sykehuset behandler pasienter til innleggelse med mer alvorlige lidelser enn tidligere. De mindre alvorlige lidelsene blir enten behandlet poliklinisk eller ved dagbehandling. For pasienter med indremedisinske lidelser har det vært en forskyvning fra planlagte innleggelser til øyeblikkelig hjelp. Hvorvidt dette betyr at de som blir innlagt er pasienter med mer alvorlige lidelser, eller om indikasjonsgrensen har blitt senket, er vanskelig å si.

Det fokuseres i dag mye på ventelistesituasjonen i norske sykehus. Venting på behandling er også blant de forhold som pasientene er mest misfornøyd med. Ventelistesituasjonen er forskjellig på de ulike fagområdene. Det er også beheftet til dels stor usikkerhet til ventelistedataene.

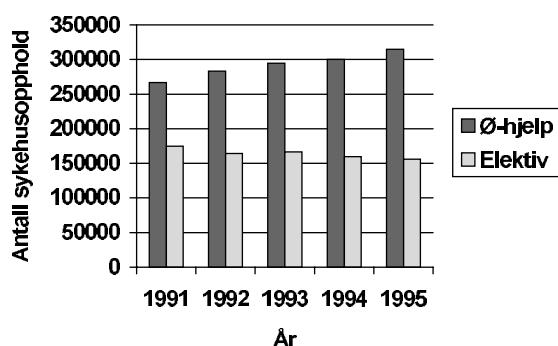
Det er i dag særlig innen områdene ortopedi og øre/nese/hals at man har problemer med ventetider.



Figur 6.3 Utvikling i antall sykehusopphold for ulike aldersgrupper (kilde: SINTEF NIS)

For de pasientene som må vente lenge på behandling, er dette utvilsomt et problem. Imidlertid utgjør ikke dette noen stor gruppe av alle de som får behandling. I 1994 ventet i alt 9% av «garantipasientene» i mer enn seks måneder på behandling ved innleggelse, og 26% av pasientene uten ventetidsgaranti ventet i mer enn seks måneder. Omlag 2/3 av pasientene som skulle til planlagt behandling hadde ventetidsgaranti. Pasienter med ventetidsgaranti, med ventetid for innleggelse lenger enn 6 måneder, utgjorde ca. 1,5 % av alle pasientene som ble behandlet i 1994. Tar man *samlet* ventetid med i beregningen, økte andelen til 2,5 %. Dette understreker at det store flertallet av pasienter behandles innen det som er ansett å være akseptabel tid. Halvparten av *alle nyhenviste* garantipasienter hadde i 1994 en samlet ventetid på 58 dager eller mindre⁴.

I likhet med manglende informasjon kan venting skape usikkerhet, både når det gjelder hva som «feiler en» og hva som skal skje. Venting kan også skape et inntrykk hos pasienten av at han/hun ikke er viktig, eller i verste fall at en blir oversett. For de pasientene som må vente lenge med alvorlige lidelser, er lang ventetid svært uønsket. Utvalget mener at usikkerheten om når man kan forvente behandling ofte gjør ventetiden ekstra vanskelig.



Figur 6.4 Utvikling i antall sykehusopphold (kilde: SAMDATA)

6.2.1.3 Informasjon

Mye av den kritikk som brukerne retter mot sykehusene har vært rettet mot mangelfull informasjon om oppholdet og egen sykdom. Omlag en fjerdedel av pasientene som var med i den foran omtalte undersøkelsen, var misfornøyd med den informasjon de fikk. 10% var svært eller meget misfornøyd.

Mangelfull informasjon er en gjenganger i undersøkelser både i Norge og i andre land. Dette er forhold som er velkjent og påpekt i tidligere utredninger (bl.a. NOU 1987: 25 Sykehustjenester i Norge). Det arbeides med dette i sykehusene, spesielt i opplæringen av personalet.

Manglende informasjon kan være et kvalitetsproblem i de tilfeller der aktiv medvirkning fra pasienten er viktig for behandlingen. Manglende informasjon kan også skape utrygghet hos pasient og pårørende, og ikke minst være til irritasjon for den som føler at han/hun ikke er godt nok ivaretatt. Eksempelvis er det ikke uvanlig at pasienter kan bli sittende i lang tid i påvente av en poliklinisk undersøkelse, men

4. Jørgensen og Eldøen (1996).

det er sjelden at det gis god informasjon om hvor lang tid pasienten kan regne med å vente, hvorfor og hva som skal skje.

Informasjon er det som pasienten har forstått, ikke det som blir sagt. Det er derfor ikke nok å arbeide ut fra hva en tror pasienten ønsker informasjon om eller trenger informasjon om. Det kan være helt nødvendig å undersøke hva pasienten har oppfattet, og ikke minst hva pasienten savner av informasjon. Undersøkelser har vist at pasientenes vurderinger og personalets vurderinger av hva som er relevant informasjon, ikke alltid er i samsvar.

6.2.1.4 Venting

Også internt i sykehusene, på poliklinikker og mens man er innlagt, kan pasientene oppleve venting. Pasienten venter ofte på personalet, personalet venter sjelden på pasienten. Dette uttrykker også at personalets tid er verdifull – pasientens tid har liten verdi så lenge pasienten oppholder seg på sykehuset. Slik bør det ikke være.

I mange sammenhenger opptrer venting som følge av dårlig organisering. Dette kan ofte være svært synlig for pasienten. Pasienten kan f.eks. bli innkalt tidlig en morgen, men oppleve å måtte vente nesten en hel dag før noe skjer. Dette bidrar til å skape et inntrykk av at pasienten ved innleggelsen har påbegynt et «uplanlagt eventyr».

Det bør også påpekes at hastverk for mange pasienter er vel så problematisk som venting. Mange opplever at de skrives ut for tidlig. Med den kapasitet som sykehusene i dag har, kan dette oppleves som vanskelig.

6.2.1.5 Brukermedvirkning

Tidligere utredninger og ikke minst nasjonal helseplan har understreket økt brukermedvirkning, f.eks. St.meld. nr. 41 (1987–88) «Nasjonal helseplan», der ett av de helsepolitiske målene var: *økt demokratisering, brukerinnflytelse og rettssikkerhet* for pasientene.

I forbindelse med nasjonal helseplan ble hovedvekten lagt på demokratisering gjennom folkevalgt styring av helsetjenestene, og økt rettssikkerhet for pasientene, med økt rett til innsyn og klagerett.

I NOU 1987:25 Sykehustjeneste i Norge ble brukerinnflytelsen knyttet til det demokratiske rettferdighetskrav:

«Enkeltmennesker bør sikres full informasjon om behandlingsopplegg mv. Dernest også påvirkningsmuligheter og medbestemmelsesrett i saker som angår egen helse.»

Den direkte brukermedvirkningen bør innvirke på to forhold:

- medbestemmelse vedrørende egen behandling
- innflytelse på *hvordan* tjenesten skal utformes og organiseres.

Utviklingen de senere årene har gått i retning av å ta pasienten med i beslutningene om behandlingen. Ved noen sykehus er dette satt i system, bl.a. ved å satse på informasjon til pasienten om egen sykdom, mulige behandlingsmetoder, veiledning i litteratur osv. Enkelte kvalitetsutvalg i sykehus har pasientrepresentanter som medlemmer.

Brukermedvirkning kan kreve at det settes av tid til å forstå hva som blir formidlet av informasjon, tid til å vurdere egen situasjon og eventuelt rådføre seg med pårørende, og derved innvirke på den tiden som brukes fra undersøkelse til behandling i sykehuset.

Det er nedfelt at behandling bygger på informert samtykke, med unntak av tvangsbehandling. Brukermedvirkning fordrer imidlertid også trygghet og følelse av kontroll i hverdagen. Derfor kan også «bagateller» som beslutningsmulighet for når pasienten ønsker å spise, økt fleksibilitet i døgnrytmen, adgang til fasiliteter som kjøkken osv. være av betydning.

Pasienter opplever ofte at om *sykdommen* eller *diagnosen* blir godt tatt hånd om, er pasientens andre behov oftere neglisjert. Pasienter kan oppleve å bli behandlet mer som objekt enn subjekt. Til en viss grad reflekteres dette også i den interne sjargongen på sykehus, hvor en kan høre omtalt at de «fikk inn to blindtarmer og en hofte i løpet av natten».

6.2.2 Problemer i et effektivitetsperspektiv

Det er en vanlig oppfatning at effektiviseringen har gått for langt i norske sykehus. Utvalget kan ikke gi sin tilslutning til et slikt utgangspunkt. Effektivitet kan forenklet uttrykkes som produktivitet multiplisert med kvalitet. Slik sett vil man aldri kunne ha *for høy* effektivitet. Imidlertid er ikke produktivitet og kvalitet uavhengige av hverandre. Høy produktivitet kan føre til en forringelse i kvalitet som kan gjøre at effektiviteten totalt sett blir dårligere.

Utvalget mener at det i for stor grad fokuseres på sykehusets og avdelingenes produktivitet, og for lite på kvaliteten. Dette har etter utvalgets vurdering sammenheng med at sykehusene i stor grad mangler god informasjon om kvaliteten av tjenestene.

6.2.2.1 Produktivitet

Sykehusene har hatt en nedgang i antall senger, men også en nedgang i liggetid som har gjort det mulig å behandle stadig flere pasienter. Aktiviteten har vært jevnt økende i perioden 1991–1995, se Tabell 6.1. Produktiviteten, målt som aktivitet i forhold til ressursinnsats, har vært økende i samme periode⁵.

Tabell 6.1: Gjennomsnittsverdier for innsatsfaktorer og produkter (N=49 sykehus¹⁾) Kilde: SINTEF NIS

Variable/År	1991	1992	1993	1994	1995
Indeksopphold ²⁾	10597	10865	11310	11397	11711
Liggedager totalt	70023	69592	70019	69317	69540
Liggedager over trimpunkt ³⁾	9744	9057	8466	8027	7491
Polikliniske konsultasjoner	43505	45236	47807	48077	50526 ⁵⁾
Årsverk, leger og sykepleiere	326	336	353	364	387 ⁵⁾
Andre årsverk	405	401	404	405	420 ⁵⁾
Senger	225	217	216	222 ⁴⁾	219 ⁴⁾

1) Datagrunnlaget er basert på sykehus som leverer DRG-basert datamateriale i hele perioden.

2) Indeksopphold er en teoretisk størrelse, der antall sykehusopphold er multiplisert med pasient-sammensetningens tyngde. Pasienttyngden er ment å reflektere hvor mye arbeid som må for-

5. Rønningen og Magnussen (1996)

- ventes gjort for en pasientgruppe.
- 3) For hver pasientgruppe vil det være noen få som har sterkt avvikende liggetid. Trimpunkt utgjør den grensen som er satt mellom det som oppfattes å ligge innenfor normalliggetid, og det som betegnes som langtidsopphold.
 - 4) Antall effektive senger skal f.o.m. 1994 inkludere sengekapasiteten knyttet til tekniske senger (kuvøser, overvåkningssenger, o.l.).
 - 5) Foreløpige tall 1995.

Det er ikke noe som skulle tyde på at man har kommet til veis ende. Utvikling innen teknologi og medisinsk praksis og i organisering av virksomheten vil fortsatt kunne gi bedre produktivitet og effektivitet. Dette støttes bl.a. av at produktiviteten, og utviklingen av denne, varierer mellom sykehusene.

Sykehusets virksomhet varierer både i forhold til døgn, uke og år. Dette gjør at sykehusenes kapasitet ikke alltid er tilpasset svingningene i aktiviteten. Det er flere årsaker til dette.

For det første er det ofte et problem for sykehusene å forutsi variasjon i aktiviteten. Sykehuset skal bl.a. ha beredskap til å kunne håndtere øyeblikkelig hjelp. Dette gjør at sykehuset i perioder er «overbemannet». For det andre kan virksomhet mot arbeidsdagens slutt være lite effektiv. Spesielt operasjoner kan ta så lang tid at hvis man krever at arbeidstiden avsluttes før operasjonen forventes avsluttet, vil man kunne risikere at operasjonen ikke blir satt i gang. For det tredje vil kravet om å redusere omfanget av turnus på ubekvem tid, helger og netter, gjøre at man kan være overbemannet i andre perioder.

Det synes å være allmenn enighet om at man ikke lenger kan effektivisere sykehusene gjennom å sette økte krav til den enkeltes arbeidsinnsats. Fokuset på produktivitet har avslørt at det finnes flaskehalser i sykehusene. Det betyr at den totale ressursutnyttelsen fortsatt kan bedres gjennom målrettet innsats på de områder som i dag framstår som flaskehalser. I utvalgets spørreundersøkelse til norske sykehus kunne de fleste sykehusene rapportere om flaskehalser. Det synes som om røntgenavdelingen, operasjon, intensiv og anestesi er en flaskehals ved mange somatiske sykehus. Når man har flaskehals ett sted, betyr dette at ressursene totalt sett ikke blir utnyttet optimalt. Utvalget har også et klart inntrykk av at kontor- og skrivefunksjoner er en flaskehals ved de fleste sykehusene. Dette gir seg bl.a. uttrykk i at notater og epikriser skrives lenge etter at de burde vært skrevet.

Utvalget vil også påpeke at dagens organisering og arbeidsfordeling neppe er optimal. Mange helsearbeidere opplever at de bruker stadig mer tid på møter, dokumentasjon, rapportering, koordinering og aktiviteter som ikke kommer pasientene direkte til gode, men til organisatoriske gjøremål. Dette antyder økende transaksjonskostnader ved dagens organisering av sykehus.

6.2.2.2 Kvalitet

Enkelte undersøkelser viser at det er variasjoner i kvalitet mellom sykehus som ikke kan forklares ut fra sykdommens alvorlighetsgrad alene. Dette kan skyldes at enkelte sykehus ikke anvender metoder eller prosedyrer som er ansett som de beste. Det kan skyldes at de som behandler pasientene har for lite trening og erfaring (Helsedirektoratets utredningsserie nr. 4-93 – Kvinnsland-utvalget). Utvalget konkluderte med at «øvelse gir mester». I stor grad ble det brukt utenlandske undersøkelser for å vise at det er en sammenheng mellom volum og kvalitet. Dette betyr ikke at mindre sykehus er dårligere enn større sykehus. Hvilke prosedyrer og operasjoner som gjennomføres har betydning. Men det avgjørende er hvor mange inngrep hver enkelt lege gjør.

Det har vært en økning i antallet reinnleggelser som ø-hjelp ved sykehusene. Denne økningen avtegner seg sterkest for de eldste pasientene. Dette er pasienter som ofte har kroniske eller multiple lidelser. Det er ikke mulig å konkludere endelig med at dette innebærer en dårligere kvalitet på den *behandling* som ytes pasientene. Men det kan innebære en dårligere *sykehustjeneste*, i den forstand at pasienter må skrives inn som øyeblikkelig hjelp pga. mangel på elektiv kapasitet og/eller poliklinisk kapasitet, samt mangel på sykehjemsplasser.

Utvalget mener også at det kan være grunn til å vurdere om ressursene settes inn på en måte som sikrer god total kvalitet i sykehusene. I mange sykehus er det slik at de minst erfarne legene blir satt til først å vurdere pasienter som ankommer som øyeblikkelig hjelp, som også kan omfatte alvorlige tilstander, vurderer behov for innleggelse, eventuelt retur osv.

Et vesentlig element i den pasientopplevde kvaliteten er opplevelsen av kontinuitet i behandlingen. Pasienter som møter mange ansatte gjennom et opphold i et sykehus, opplever dette som fremmedgjørende. Det kan også være vanskelig å opparbeide tilstrekkelig tillit og trygghet under slike betingelser. Manglende kontinuitet og involvering av mange personer i behandlingen bidrar til at tjenestene fragmenteres. Den enkelte pasient kan bli usikker på hvem som har ansvaret for helheten.

Pasienter med kroniske lidelser kommer ofte i kontakt med helsetjenestene over lange perioder, iblant gjennom hele livet. Disse opplever spesielt svikt i kontinuiteten når de møter ulike behandlere på ulike poliklinikker og avdelinger. Pasienter med kroniske somatiske lidelser og de med psykiatriske lidelser må også bruke helsetjenesten over lang tid. For disse brukergruppene er det viktig at tilgjengeligheten er forsvarlig og at oppfølging skjer på riktig nivå. Intern organisering må tilfredsstille dette. Nærhet til det medisinske tilbudet vil også være av stor betydning for disse pasientgruppene.

Utvalget vil påpeke at det er et problem at man i dag har relativt lite systematisert informasjon om kvaliteten på behandlingen. Det finnes også for lite informasjon om hva den enkelte kan oppnå gjennom behandling.

6.2.2.3 Forholdet mellom produktivitet og kvalitet

Det er i dag et stort fokus på volum målt som antall behandlede pasienter, antall polikliniske konsultasjoner. Dette forsterkes ikke minst gjennom fokus på garanti-brudd og ventelistesituasjonen. Dette legger et stort press på sykehusene og de enkelte avdelingene for å ha en høy produksjon og vise til høy produktivitet.

Som tidligere nevnt er produktivitet multiplisert med kvalitet lik effektivitet. Imidlertid er ikke produktivitet og kvalitet uavhengige faktorer. Etter all sannsynlighet finnes en grense der høy produktivitet kan gi uheldige virkninger på kvalitet. Følgen er at den totale effektiviteten reduseres. Det er umulig å si, på et generelt grunnlag, om man har kommet til en slik grense eller overskredet denne. Imidlertid er fokuset på volum så sterkt, og fokuset på kvalitet så svakt, at det kan være grunn til å vurdere kvaliteten før man ytterligere søker å øke produktiviteten.

6.2.2.4 Økonomistyring

Sykehusene har vært underlagt stram økonomistyring gjennom rammefinansieringen siden 1980. Rammefinansieringen har i stor grad bidratt til produktivetsbedring i sykehusene, og gitt god kostnadskontroll, spesielt sammenlignet med andre land. Utviklingen har gitt uønskede effekter *internt* i sykehusene. Spesielt har de ansatte følt at de har blitt «straffet» hvis de har vært ekstra produktive og økt den

totale produksjonen. Dette har ofte ført til at budsjettrammen har sprukket. Sykehusene og avdelingene kan komme i krysspress der de både skal holde rammer, ventelistene skal reduseres, og øyeblikkelig hjelp håndteres forsvarlig. De ansatte har kommet i en situasjon der de ikke kan unndra seg kritikk – enten øker ventelistene, eller så sprekker budsjettrammen.

Fokus og innsats, særlig i slutten av budsjettåret, dreier seg ofte om å redusere underskudd i forhold til budsjettet. Det har etter hvert blitt en utbredt oppfatning blant ansatte på sykehus at behandling av pasienter gir utgifter, og ikke inntekter. Dette skyldes at rammefinansieringen innebærer at «inntektene» ikke relateres til en enkelt pasient, men til et forventet aktivitetsnivå. Når man går ut over det forventede aktivitetsnivået, øker nødvendigvis kostnadene, mens «inntektene» forblir uendret, med mindre dette er behandling som utløser en eller annen form for tilskudd. Rammefinansieringen er i utgangspunktet ment å stimulere til å holde aktivitetsnivået og kostnadene på et visst nivå. Problemene oppstår når sykehuset får pålegg eller sterke anmodninger om å øke aktiviteten, f.eks. om å operere flere pasienter som står på ventelister, og dette *ikke* følges opp med nødvendig finansiering.

Paradoksalt nok har de som har vært flinkest til å holde budsjettene, og spart noen kroner, ofte vært de som har fått hardest «straff». De løper større risiko for å få redusert sitt budsjett til neste år, fordi de har vist at det går an å klare seg med mindre. Enkelte sier rett ut at den eneste muligheten en avdeling har for å vokse, er gjennom å bryte budsjettrammen.

Fokus har også i stor grad blitt satt på driftsøkonomiske forhold i sykehusene. Sammen med presset på volumet av tjenester, spesielt gjennom ventetidsgarantien og finansielle tiltakspakker, som f.eks. toppfinansiering og sykepengeprosjektet, har sykehusene i for stor grad saldert budsjettene på forskning, utvikling og investeringer. Dette har også ført til diskusjon mellom sykehus, eiere og Staten om hva pengene brukes til: om universitetstilskudd subsidierer pasientbehandling og om gjestepasienttoppgjør subsidierer undervisning og forskning (kfr. NOU 1996:5 «Hvem skal eie sykehusene»).

6.2.3 Problemer knyttet til arbeidsmiljø

Et godt arbeidsmiljø må selvfølgelig etterstrebes i sykehus som i andre organisasjoner. Arbeidsmiljøet har også betydning for den kvaliteten som skal prege de tjenestene sykehusene yter pasientene. Utvalget vil derfor peke på noen forhold som kan bidra til et dårligere arbeidsmiljø.

6.2.3.1 Forventningsgap og generell stressituasjon

Helsevesenet generelt, og sykehusene spesielt, opplever et formidabelt gap mellom de forventninger som stilles, og de muligheter sykehusene har for å innfri disse. Gjennom dette fokuserer en lettere på alt det en ikke får gjort, enn alt det en gjør. I en situasjon der sengetallet har gått ned, pasienttallet opp, pasientgjennomstrømmingen har økt og liggetiden blitt stadig kortere, kan det lett oppstå en følelse av ikke å strekke til, og at den individuelle oppfølgingen av pasientene blir ikke opplevd som god nok. Dette forventningsgapet gir også et ekstra trykk på det tempojaget og den effektiviseringen som mange føler i sin hverdag. Det er grunn til å tro at dette skaper frustrasjoner og bidrar til utbrenthet.

6.2.3.2 *Mestring*

Mange sykehusansatte har et arbeid med stort ansvar som stiller krav til kompetanse og ferdigheter, og ikke minst en kontinuerlig oppdatering av kompetansen. For mange oppleves dette som et mestringsproblem, fordi det hverken finnes tilstrekkelig tid eller penger til å leve opp til forventningene.

Det synes som om ansatte i sykehus i økende grad er eksponert for medieoppslag om feilbehandling og erstatningssaker. For mange forsterkes dette arbeidspresset i en situasjon hvor marginene blir stadig mindre, og mange føler at de arbeider på grensen av hva som er forsvarlig.

De ansatte opplever også at utvikling og vedlikehold av kompetanse, veiledning og undervisning blir nedprioritert.

Svært mange i sykehus arbeider i en eller annen form for turnus. Turnusordningen omfatter også personell som kan være i etableringsfase og i en periode der man stifter familie. Mange opplever turnusarbeidet som slitsomt. Dette forsterkes av at det ofte er huller i turnusen som bare fylles ved at de ansatte beordres til ekstraarbeid. Ved intensivavdelinger finnes det i dag knapt noen sykepleiere over 40 år som fortsatt arbeider i turnus. Følgen er at erfarne og kompetente medarbeidere ikke lenger inngår som en arbeidskraftressurs innenfor et område som ofte er en flaskehals internt i sykehusene.

6.2.3.3 *Lojalitetskonflikter*

Helsearbeidere kan ofte oppleve å komme i lojalitetskonflikter mellom den enkelte pasient, hensynet til de ressursmessige rammene som settes av arbeidsgiver, og til pårørende og pasientens familie. Denne lojalitetskonflikten kan oppstå innenfor det som lovmessig anses å være faglig forsvarlig virksomhet, mens ressursmessige prioriteringer kan komme i konflikt med menneskelige og etiske hensyn.

6.2.3.4 *Konflikter på arbeidsplassen*

Sykehus fremstår ofte i media med et høyere konfliktnivå enn andre organisasjoner. Samarbeidskonflikter kan gå ut over følelsen av samhold og lojalitet til det sykehuset man er ansatt i. Det at konflikter iblant kan utvikle seg til en kamp mellom yrkesgrupper, kan også bidra til frustrasjon – og er til lite gagn for pasientene.

Mange føler at deres arbeidsinnsats ikke anerkjennes eller respekteres godt nok av andre kollegaer, yrkesgrupper og av folk utenfor sykehuset. For legene er problemet ofte knyttet til kritikk utenfra sykehuset. De føler at de blir mistenkt for en stor grad av opportunistisk atferd. Mange leger føler også at de har mistet anseelse og respekt innad i sykehuset. At mange får mangelfull tilbakemelding på det arbeidet de gjør, forsterker følelsen av manglende anerkjennelse.

6.2.3.5 *Kontroll over egen arbeidssituasjon*

Arbeidsmiljøundersøkelser blant leger og sykepleiere peker på at den enkelte arbeidstaker opplever å ha liten kontroll over egen arbeidssituasjon. Dette kan skyldes flere forhold: Oppgaveavhengighet, rammebetingelsene og organiseringen kan bidra til liten handlefrihet. Tatt i betraktning det ansvar som mange har, kan dette være et vesentlig arbeidsmiljøproblem.

6.3 PROBLEMENES BETYDNING FOR ORGANISASJON OG LEDELSE

Gjennomgangen knyttet til pasientenes behov og hensynet til effektivitet og arbeidsmiljøet viser at det er problemer knyttet til alle tre perspektiver. Mange vil hevde at disse problemene i hovedsak peker på ett hovedproblem – mangelen på ressurser i sykehusene. Det hersker liten tvil om at helsetjenesten og sykehusene på mange måter drives innenfor relativt stramme budsjetttrammer. Utvalget er imidlertid av den mening at uavhengig av om det er ressursbehov eller ikke, er det også en del å hente gjennom tiltak knyttet til organisasjon og ledelse. Det å øke ressurstilgangen uten å undersøke muligheten til å bedre den interne organiseringen, kan faktisk bidra til å opprettholde ugunstige løsninger i sykehus som hverken gavner pasienten, hensynet til god ressursutnyttelse eller arbeidsmiljøet i sykehusene. Utvalget vil imidlertid påpeke at gapet mellom de forventninger som rettes til sykehusene og ressurstilgangen, gjør det viktig å klargjøre prioriteringene, og at disse formuleres så klart at sykehusene kan forholde seg til dem.

I dette avsnittet vil utvalget knytte problemene beskrevet i "[Problemstillinger og kritikk mot sykehusene](#)" i avsnitt 6.2 til intern organisering og ledelse i sykehus.

6.3.1 Rammebetingelser

Hvilke rammebetingelser sykehuset fungerer innenfor vil kunne gi forklaringer på noen av de problemer som er pekt på innledningsvis, og vil samtidig gi noen utfordringer for den interne organiseringen. Det vil her bli pekt på tre forhold; problemer knyttet til håndtering av øyeblikkelig hjelp, sykehusets profil i samfunnet og etterspørselen etter tjenester innenfor gitte ressursrammer.

6.3.1.1 Øyeblikkelig hjelp

«Øyeblikkelig hjelp» er et samlebegrep som brukes om pasienter som kommer til sykehuset på kort varsel. Pasientgruppen, som utgjør flertallet av innleggelser i norske sykehus, er meget differensiert. Det kan dreie seg om pasienter med livstruende sykdom som krever behandling i løpet av timer, men også om pasienter som trenger undersøkelse og observasjon, men ikke nødvendigvis akutt behandling.

Det sentrale i denne sammenhengen er hvordan dette virker inn på den interne organiseringen av sykehusene.

I dag domineres de fleste sykehusenes virksomhet av «øyeblikkelig hjelp». Dette skaper organisatoriske utfordringer for alle sykehus med akuttfunksjoner, og fordrer vesentlig fleksibilitet i forhold til den daglige driften. Øyeblikkelig hjelp kan redusere sykehusets mulighet for planlagt drift, og medføre ujevn arbeidsbelastning. Det vil derfor være av betydning hvordan sykehuset organisatorisk utformer sin akuttfunksjon.

Den elektive virksomheten kan bli skadelidende, bl.a. ved at elektive operasjoner utsettes (strykes) fra operasjonsprogrammet. For de pasientene som får utsatt en operasjon vil dette være en frustrerende situasjon, og det betyr også at sykehuset ikke får utnyttet sine ressurser på en optimal måte.

En annen effekt av at øyeblikkelig-hjelp-virksomhet dominerer, er at sykehusets rutiner blir preget av dette. Den elektive virksomheten kan bli preget av mangelfull planlegging, til tross for at denne kan planlegges i større grad enn øyeblikkelig hjelp. For pasienten vil dette gi seg utslag i at en ikke vet når en vil bli innkalt, og at det ved innleggelse ikke foreligger en plan for oppholdet. Bedre planlegging, spesielt av elektive opphold, kan føre til at informasjonen til pasientene bedres, at

intern venting i sykehuset reduseres, og at man utvikler et bedre grunnlag for medvirkning og medbestemmelse for pasienten.

Den tredje effekten kan være at det skjer en *implisitt* prioritering av pasienter. Det meste av ressursene settes inn mot pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp. Deretter vil fokuset på ventelisteproblematikken og finansielle tiltakspakker for å «ta unna» køer gjøre at elektive pasienter prioriteres. Til sist kommer pasienter med kroniske lidelser og andre ikke prioriterte grupper. Denne implisitte prioriteringen kan godt adskille seg fra den eksplisitt ønskede. Bakgrunnen for denne prioriteringen er at de tre pasientgruppene behandles innen den samme organisatoriske enhet. Kampen om de begrensede ressursene gjør at det mest akutte kommer først. At antall innleggelser og reinnleggelser er økende for den eldste pasientgruppen, samtidig som at liggetidene reduseres for alle pasientgrupper, tyder på at sykehuset innretter sitt tilbud til pasienter på en måte som ikke kommer gruppen pasienter med kroniske lidelser til gode. Pasienter med kroniske lidelser kan bli skrevet ut for tidlig, for så å legges inn igjen under kategorien «øyeblikkelig hjelp». Det er derfor behov for å se nærmere på muligheten for en differensiering av tilbudet til disse pasientene som spesielt kommer denne gruppen til gode.

Forholdet mellom somatikk og psykiatri er sannsynligvis preget av samme forhold. Somatikken har et langt større preg av akutt medisin enn psykiatrien. I tillegg finnes det ingen ventelistegaranti innen psykiatrien som på samme måte som i somatikken synliggjør mangelen på ressurser.

Vårt desentraliserte sykehustilbud, med mottak av øyeblikkelig hjelp på de fleste sykehusene, krever en ikke uvesentlig legeressurs. Denne oppbindingen av legeressurser i akutt beredskap er lite produktiv, og vil av noen kunne bli karakterisert som sløsing med ressursene. Ved større grad av sentralisering av øyeblikkelig hjelp-tilbudet, vil legeressurser kunne bli kanalisert til produktivt elektivt arbeid.

6.3.1.2 Profil

Sykehus og de sykehusansatte er på mange måter i en særstilling når det gjelder eksponering i media. Det ligger i medias økonomiske logikk at sensasjoner – enten dette er det fantastiske eller det forferdelige – er av størst interesse. For de som jobber i sykehus føles dette som om man må leve med et vrengebilde av egen institusjon og av egen yrkesgruppe i forhold til omverdenen.

Rettsliggjøring av behandlingsansvaret er nok helt nødvendig og riktig, men kan ha uønskede effekter hvis den går for langt. På godt og vondt dreier mye av sykehusets virksomhet seg om mennesker mellom liv og død. I mange sammenhenger vil behandlingen være preget av en viss risiko, og med muligheter for alvorlige bivirkninger. Avstanden mellom å lykkes eller mislykkes er ofte svært liten. Selv om det av mange grunner ikke er relevant å sammenligne den rettslige situasjonen i Norge og USA, gir forholdene i USA en pekepinn på hva som kan skje om enhver behandling som ikke er vellykket blir et spørsmål om feilbehandling. Man kan risikere at svært mye ressurser går med til beskyttelse og innføring av sikkerhetsmarginer som kan føre med seg vesentlig høyere kostnader – uten særlig kvalitetsmessig gevinst. I verste fall kan man oppleve at rekrutteringen til medisinske oppgaver som er særlig eksponert for negativ omtale kan bli skadelidende.

6.3.1.3 Etterspørsel og ressursrammer

Helsetjenester er tilbudsstyrt. Etterspørselen er stor der det er tilbud. Den medisinske utviklingen gjør at det stadig etableres nye helsetjenestetilbud, og tilbudene blir attraktive for stadig større pasientgrupper. Etterspørselen etter helsetjenester lar seg

i prinsippet aldri tilfredsstillende. På grunn av dette legges det stor vekt på å holde kostnadskontroll gjennom å fastsette ressursrammer som skal definere omfanget av helsetjenester. Følgen er at prioriteringsproblematikken vil være et helt sentralt element i helsetjenestetilbudet, og en vedvarende og gradvis vanskeligere oppgave. Prioriteringsoppgaven ivaretas i stor grad av det samme personalet som overfor den enkelte pasient er forventet å gjøre «alt som står i ens makt».

6.3.1.4 Personellsituasjonen

Utvalgets spørreundersøkelse blant sykehusene avslørte at mange sykehus sliter med mangel på kvalifisert personell, og at de bruker mye tid og ressurser på å få tak i slikt personell.

Personellmangelen gjelder for mange ulike legespesialiteter, og er i dag mest prekær innen patologi og radiologi. Det er også en mangel på spesialister innen psykiatri og på psykologer. Blant sykepleierne er personellmangelen størst blant de med spesialutdanning innen intensiv, operasjon og anestesi.

6.3.2 Pasientene og sykehusenes organisering

6.3.2.1 Et spørsmål om folkeskikk?

Mange vil hevde at det å sette pasienten først i hovedsak handler om holdninger og om folkeskikk. Svært mye av kritikken kan imidlertid knyttes til *institusjonelle* forhold. I den grad det er snakk om holdninger, er det også grunn til å minne om at struktur bidrar til å skape holdninger. Våre holdninger og vår atferd påvirkes i stor grad av den utdanningsmessige bakgrunnen vi har, de organisasjoner vi arbeider i og de erfaringer vi gjør. Holdningsmessige problemer kan derfor neppe løses gjennom «holdningskampanjer» alene.

Både i møtet mellom den enkelte helsearbeider og pasient, og ikke minst i hvordan vi har organisert våre helseinstitusjoner, er det forhold som viser at pasienten ikke alltid settes først. Pasienten «fratas» sine personlige effekter, klær og eiendeler, og vedkommendes bevegelsesfrihet blir sterkt begrenset. Man får utlevert egne upersonlige pasientklær (uniform). Man kan si at sykehuset «reorganiserer» pasientens «selv» ved å erstatte de private eiendeler og klær som de har fratatt ham/henne. Man må forholde seg til sykehusets rutiner og tidspunkter – f.eks. spise middag kl 12⁰⁰, hvilket for mange pasienter er å tilpasse seg en helt annen døgnrytme enn det man er vant til. Enkelte opplever dette som *umyndiggjøring*. I verste fall kan «midlene» (sykehusets rutiner) oppfattes å få høyere status enn «målene» (god pasientbehandling). For pasienten kan følgene av dette være fremmedgjøring.

Pasienter blir ofte fratatt muligheten for personlig beskyttelse og å kunne omgi seg med et visst personlig «rom». Samtidig har man innenfor slike institusjoner mange mekanismer og systemer som skal «beskytte» personell mot å bli for personlig involvert. På mange sengeposter er vaktrommet et lukket rom for pasienter, og ekspedisjonen er lagt tilbaketrukket fra pasientenes område. Visitten kan ofte ha en utpreget upersonlig og indiskret funksjon, der ømtålelig informasjon om pasienten blir presentert i fremmedes nærvær når pasienten ligger på flersengsrom.

Det er viktig å presisere at det ved flere sykehus er endret på dette slik at pasientene selv i større grad kan bestemme når de spiser. Man har også mer åpne løsninger slik at personalet og pasientene ikke skilles så sterkt fra hverandre, og samtaler med behandlende lege og sykepleier gjennomføres i egnede lokaler.

6.3.2.2 Ulike pasientgrupper har ulike behov

Spissformulert kan den organisatoriske utfordringen på sykehusene formuleres som å få pasienten til å passe inn i de medisinske kategorier. De pasienter som har lidelser som passer inn vil da kunne få et godt tilpasset tjenestetilbud, mens de som ikke passer helt inn i de eksisterende kategorier, kan få et dårligere tilpasset tjenestetilbud. Et illustrerende eksempel er en relativt stor gruppe av pasienter med rygg-lidelser, som møter nevrologer, nevrokirurger, fysioterapeuter, ortopeder – uten at dette fungerer koordinert for pasienten. I dag er det slik at sykehuset er bedre tilpasset de akutt syke pasienter med en veldefinert lidelse, enn pasienter med multiple eller kroniske lidelser, slik som beskrevet i "*Øyeblikkelig hjelp*" i avsnitt 6.3.1.1.

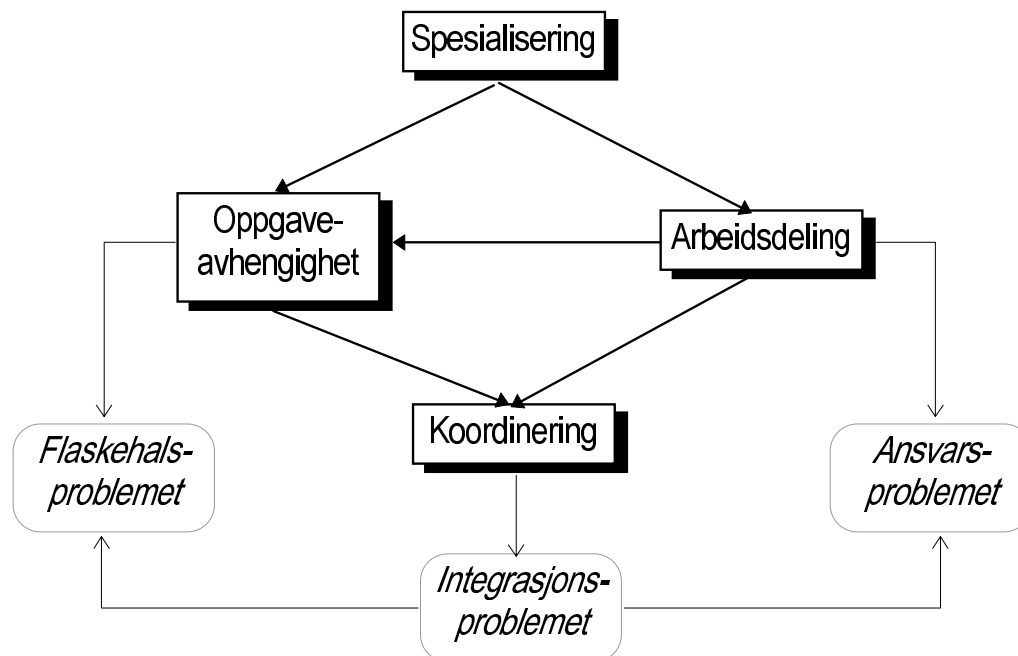
I den konkrete arbeidsorganisering ser en tydelige tegn på at god pasientbehandling ofte fordrer ulike løsninger. En god del planlagte kirurgiske inngrep gjennomføres gjennom en rutinisert og programmessig sekvens. Andre pasienter fordrer en annen arbeidsorganisering, der f.eks. de som gir behandlingen arbeider i et nettverk av konsulenter, gjerne med annen fagbakgrunn (f.eks. innen revmatologi), og i spesielt kompliserte tilfeller er opplegget rundt pasienten mer preget av et fleksibelt team (f.eks. for geriatiske pasienter).

6.3.2.3 Pasientrollen

Pasienten er stort sett totalt underlagt helseprofesjonene i et avhengighetsforhold. Det ligger implisitt i pasientrollen at når man oppsøker helsetjenesten, så er dette fordi pasienten selv ikke kan løse sine problemer. Pasientene er ofte passive i relasjonen, selv om en del pasienter helt klart «forhandler» om sin egen sykdom, sin egen behandling og sin egen status. Pasienter som krever «for mye», spør «for mye» og klager «for mye» blir lett oppfattet som «problempasienter». Dette kan også gjelde for pårørende til pasienter.

Graden av passivitet i relasjonen er imidlertid også avhengig av pasientens lidelse eller sykdom. En relasjon som er mest preget av en aktiv lege som gjør noe med en passiv pasient er opplagt gjeldende for pasienter med trauma, koma eller «kirurgiske lidelser». Andre relasjoner er mer preget av at legen forteller pasienten hva man bør gjøre (råd), og hvor pasienten medvirker i behandlingen. I enkelte tilfeller er relasjonen i stor grad preget av gjensidig samarbeid, f.eks. innen psykoterapi eller for pasienter med kroniske lidelser.

Pasienter som har en ydmyk holdning til helsetjenesten, vil lettere inngå i en passiv relasjon til legen. Blant yngre pasienter finner man ofte klarere krav til helsetjenesten og helsepersonell, og en sterkere grad av kritikk når man opplever at man ikke har fått den behandling som man anser som berettiget. Pasienter som har tilegnet seg kunnskap om sin egen sykdom, kommer lettere i «forhandlingsposisjon» med legen.



Figur 6.5 Problemer knyttet til intern organisering

6.3.3 Intern organisering – arbeidsdeling og spesialisering

Utvalget har tidligere beskrevet hvordan den interne organiseringen på sykehus må forstås med basis i fagenes utvikling. En slik organisering har vært nødvendig for å fremme den kunnskapsmessige og teknologiske utviklingen som har funnet sted. Organiseringen har selv vært et produkt av denne utviklingen, og dette har gitt klare fordeler for pasientene.

Høy grad av arbeidsdeling er en forutsetning for høy grad av spesialisering, noe som bare er mulig hvis man konsentrerer seg om et avgrenset arbeidsfelt. Som en følge av dette deles oppgaver opp i mindre deler som hver enkelt person eller enhet kan dyktiggjøre seg på. For pasienten vil behandlingen normalt avhenge av et samvirke mellom mange personer, yrkesgrupper og avdelinger. Dette gir som effekt en høy grad av gjensidig avhengighet. For at den helhetlige oppgaven skal løses tilfredsstillende, forutsettes det at alle yter sitt bidrag. Arbeidsdeling og oppgaveavhengighet gir behov for *koordinering* av oppgaver.

Koordineringsbehovet kan være betydelig i et stort sykehus. Høy grad av arbeidsdeling, spesialisering og en drift preget av begrensede muligheter for planlagt drift, samtidig med krav om høy effektivitet, gir et meget stort behov for samordning i sykehus. I dag er mange sykehus så store, og organisasjonen så kompleks, at man ikke klarer å få til en tilfredsstillende koordinering. Hovedproblemet knyttet til intern organisering er integrasjonsproblemet. Dette kan også gi grunnlag for to andre problemer i tilknytning til intern organisering:

- *Flaskehalsproblemet*: Gjennom at den helhetlige oppgaveløsningen er preget av gjensidig avhengighet mellom de ulike personer og avdelinger som inngår i oppgaveløsningen, kan det lett oppstå flaskehalser.
- *Ansvarsproblemet*: Når en helhetlig oppgave, som pasientbehandling, utføres med en høy grad av arbeidsdeling, og involvering av mange forskjellige personer og avdelinger, oppstår det et problem med ivaretagelse av et helhetlig

ansvar.

6.3.3.1 Integrasjonsproblemet

Integrasjonsproblemet kan gi seg utslag i

- et kostnadsproblem der stadig mer tid og ressurser går med til informasjonsbehandling, koordinering, planlegging og dokumentasjon
- et kvalitetsproblem der informasjon kan gå tapt eller bli dårlig formidlet i overgangen mellom personer og avdelinger
- et serviceproblem for pasienten, spesielt knyttet til manglende kontinuitet i behandlingen.

En overføring av pasient, oppgave eller ansvar gir interne transaksjonskostnader. Informasjon skal utveksles, og det skal ofte foreligge dokumentasjon. Opplysninger må utveksles på en rekke nivåer, og mange ganger. Hver slik informasjonsutveksling tar tid og bærer i seg muligheten for feil. Det er en vanlig kritikk fra pasienthold at man må fortelle sin sykehistorie og levere de samme opplysningene mange ganger under et sykehusopphold. Også dette gir muligheter for feil, misforståelser og usikkerhet. Når pasienten må forholde seg til mange fagfolk, er det en stor mulighet for at disse fagfolkene vil uttrykke seg forskjellig om det samme problemet. Faglig sett behøver det ikke nødvendigvis være store forskjeller, men pasienten kan oppleve forskjellig formidling som uttrykk for faglig usikkerhet og mulig uenighet mellom fagfolkene. Når pasienten i løpet av et sykehusopphold treffer mange personer fra forskjellige profesjoner, og alle skal formidle informasjon, så er det mer hell enn dyktighet om informasjonen oppfattes som enhetlig og konsistent av pasienten.

Koordinering har sine transaksjonskostnader. Ledelse, møter, administrasjon og planlegging «spiser» stadig mer av den tiden fagfolk ideelt sett burde brukt til pasientrettet virksomhet. Et annet forhold er at disse koordineringsmekanismene fungerer til et visst punkt, før de ikke klarer å håndtere kompleksiteten tilfredsstillende. Effektene av dette er synlige i dagens sykehus. Hverdagen preges i økende grad av planlagte og uplanlagte møter. Det etableres etter hvert nye mellomledelsesnivåer i divisjoner, blokk og klinikkstrukturer som skal redusere kontrollspennet. Man begynner å nærme seg grensen for hva man klarer å håndtere med gjeldende organisasjonsstruktur.

6.3.3.2 Flaskehalsproblemet

Arbeidsoppgaver som har en innbyrdes sammenheng, kan føre til flaskehalsproblemer hvis man har mindre kapasitet i ett av leddene i «produksjonskjeden». Faren for dette øker jo større den gjensidige avhengigheten er. Et sykehus med mange avdelinger, som hver for seg skal planlegge og drive sin virksomhet, vil lett kunne gi mulighet for flaskehalsproblemer. Flyten i systemet vil aldri bli bedre enn den er i det svakeste leddet. Dette medfører at bemanningsproblemer på ett nivå får virkning gjennom hele behandlingskjeden. I et slikt system vil en oppleve overkapasitet alle andre steder enn der flaskehalsen befinner seg. For pasientene fører dette til økte ventetider både i og utenfor sykehus.

I spørreundersøkelsen som utvalget gjennomførte ved alle norske sykehus, var det flaskehals på nesten alle sykehus. Hyppigst var flaskehalsene på røntgenavdelinger, på operasjonsavdelinger eller på intensiv-/oppvåkningsavdelinger. Det må her bemerkes at flaskehalsene på sykehus ikke bare er knyttet til intern organis-

ering. De kan også skyldes mangel på personell, kfr "*Personellsituasjonen*" i avsnitt 6.3.1.4.

Pasienten ser ikke flaskehalsene, men de opplever problemene ved dårlig planlegging, venting og usikkerhet, f.eks. i gjennomføringen av planlagte operasjoner. Det kan skje at ca. 20 % av pasientene som settes opp til planlagte inngrep, strykes fra operasjonsprogrammet. Slike strykninger gir også usikkerhet hos pasientene, og de fører til dårlig utnyttelse av systemet. En hyppig årsak til strykninger er at det bevisst settes opp et for stort operasjonsprogram. Dette kan være hensiktsmessig for å få utnyttet operasjonskapasiteten fullt ut, men utsettelsen kan generere merforbruk i andre deler av sykehuset, og føre til at den totale ressursutnyttelsen blir dårligere.

6.3.3.3 Ansvarsproblemet

Ansvarsmessig er dagens organisasjon uoversiktlig for pasientene. Det skjer en rekke overføringer av ansvar på forskjellige nivåer når pasienten flyttes mellom avdelinger i et behandlingsopplegg på sykehus. Slike ansvarsoverføringer finner sted f.eks. når pasienten er på røntgenundersøkelser, når pasienten opereres, når han/hun overføres til en intensiv- eller oppvåkningsenhet, og når spesialundersøkelser gjennomføres. Pasienten må forholde seg til et stort antall fagfolk av ulike profesjoner. Dette kan virke uoversiktlig og skape utrygghet.

Et annet problem er at når mange avdelinger og enheter inngår i et samlet behandlingsopplegg, vil ansvaret bli delt på de ulike avdelingene. I slike situasjoner vil det ikke være noen som har et særskilt tverrgående ansvar som inkluderer alle aktiviteter som inngår i en pasientbehandling.

6.3.3.4 Struktur og holdningsdannelse

Sykehusene er preget av byråkratiske prinsipper med sterk grad av arbeidsdeling, formelle arbeids- og stillingsinstrukser og definerte ansvarsområder. Dette kan føre til at interessen for og kunnskapen om organisasjonens totale virksomhet fragmenteres og smuldrer opp. Hver enhet og hver person baserer seg på *ulike* bilder av totalsituasjonen, sterkt preget av den delen de selv utfører, og den faglige og organisatoriske gruppen de tilhører. Man kan risikere at den enkelte avdeling realiserer delmål som om de var de overordnede målsettinger, og at midlene blir viktigere enn målene. Dette gjør at skillene mellom de ulike delene i en organisasjon blir tydelige. Dette kan bidra til konflikter internt i sykehus, se "*Konflikter*" i avsnitt 6.3.3.5.

Organisasjonens mål, strukturer og roller kan skape definerte mønstre som styrer arbeidsprosesser og definerer (avgrensede) ansvarsområder. Det forventes av den ansatte at vedkommende utfyller en plass og en rolle som er fastsatt på forhånd, og at man holder på denne plassen. Organisasjonen er innordnet mot å belønne den type atferd som bidrar til å opprettholde systemet. Dette er fordelaktig hvis man skal løse en bestemt kjent oppgave i en stabil omgivelse. Problemene vil imidlertid oppstå hvis oppgavene ikke er enkle eller forhåndsbestemte eller varierer i forhold til omgivelser som er dynamiske. Da vil en organisasjon basert på byråkratiske prinsipper være en alvorlig hindring for organisasjonsmessig læring. Læring innebærer ofte å stille spørsmål ved de etablerte systemer og løsninger, noe som kan være svært truende for en organisasjon som har klare byråkratiske trekk.

Formelle og detaljerte stillingsinstrukser kan gi klare organisatoriske rammer for hvordan oppgaver skal løses. Formelle stillingsinstrukser definerer imidlertid samtidig hva som *ikke* ligger til en stilling, eller innenfor et ansvarsområde. Man kan risikere at det utvikles en «ikke mitt bord»-holdning. Hvis slike instrukser utarbeides ut fra delmål, kan man skape grobunn for målforskyvning i forhold til de

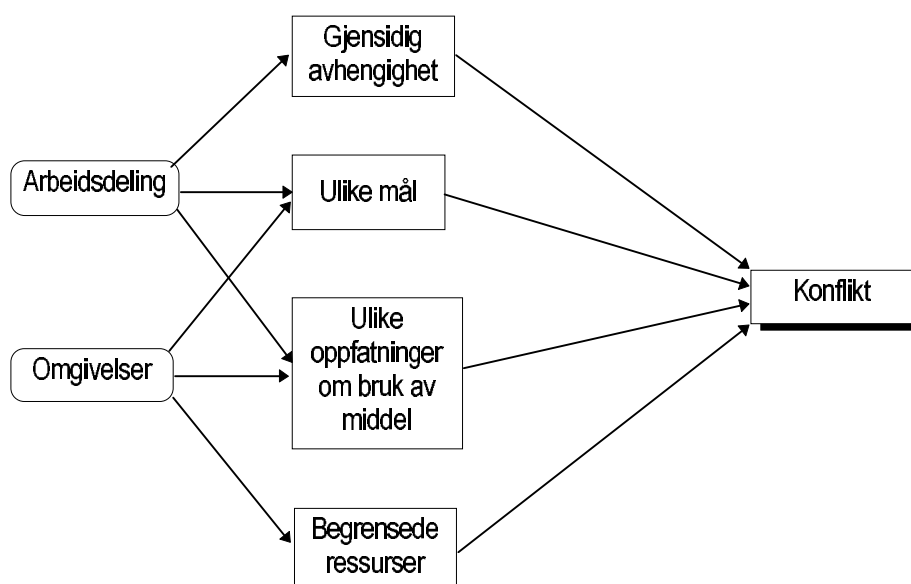
overordnede målsettinger. Struktur kan med andre ord bidra til å skape holdninger som ikke understøtter helhetlig oppgaveløsning på en god måte.

Spørsmålet blir da hvordan man kan organisere på en måte som underbygger overordnet måloppnåelse. Flere forhold kan understøtte dette:

- Formålstjenlige tilbakemeldingssystemer som gjør at man vet hvilke resultater man skaper, som igjen kan gi grunnlag for korrektiv atferd.
- Enheter som fanger opp mest mulig av en helhetlig arbeidsoppgave – m.a.o. at en enhet bør integrere så mange funksjoner som mulig av de som trengs for å gi en pasient de nødvendige tjenester det er behov for.
- Den enkeltes arbeidsoppgave må settes inn i en totalsammenheng som gjør at man klarere ser den rolle man spiller i arbeidet mot et felles totalmål.

6.3.3.5 Konflikter

Sykehusets organisering kan også påvirke konfliktnivået. To sentrale grunnbetingelser inngår som grunnlag for konflikter: begrensede ressurser og gjensidig avhengighet. I et gjensidig avhengighetsforhold, enten dette er mellom enkeltpersoner, avdelinger eller yrkesgrupper, vil den ene parten påvirke hvordan den andre parten løser sine oppgaver. Det innebærer at egen oppgaveløsning og måloppnåelse vil kunne avhenge av andres atferd og oppgaveløsning. Når det samtidig er begrenset hvor mye ressurser som finnes, har man i utgangspunktet et grunnlag for konflikt, hvis man ikke er enige om målene eller hvordan målene kan nås.



Figur 6.6 Årsaker til organisasjonsinterne konflikter

Gjensidig avhengighet, utviklingen av heterogene mål og uenighet om mål/middel-sammenheng, er i stor grad bestemt av organisatoriske forhold.

Grad av arbeidsdeling vil kunne påvirke alle disse tre forholdene. Når en sammenhengende oppgave deles opp mellom flere organisatoriske enheter, vil dette samtidig gi en avhengighet mellom disse enhetene. Samtidig økes mulighetene for at det utvikles ulike mål, eller ulike oppfatninger av hensiktsmessige midler.

Dagens avdelingsinndeling i sykehus, både mellom kliniske avdelinger og serviceavdelinger, men også mellom sykepleiere og leger, *skaper* grunnlag for konflikter.

Det er også grunn til å se på omgivelsenes betydning for oppfatningen i mål og milder. Utdanningen utrunder ikke bare den enkelte med kunnskaper og ferdigheter, men i høy grad også med forutbestemte oppfatninger av egen rolle og betydning i et sykehus – ikke minst i forhold til andre yrkesgrupper. Den enkelte har altså i sterk grad ulike mål og middeloppfatninger allerede *før* vedkommende har begynt i sykehuset. Omgivelsene vil også innvirke på potensialet for konflikt gjennom tildeling av ressurser, og ikke minst ved å sette mål for sykehusenes virksomhet som enten ikke er forenlige med eller står i forhold til ressursrammen.

Få organisasjoner får sine interne konflikter eksponert i media i samme grad som sykehusene. Bakgrunnen er naturligvis at sykehusene er av stor offentlig interesse, men det kan også skyldes at sykehusene er lokale arenaer for sentraliserte konflikter. Når det innføres en ny organisasjons- eller ledelsesmodell på et norsk sykehus, kan dette bli kommentert av de sentrale fagforeningene i (lokal)avisene. Det finnes eksempler der de ansatte lokalt aksepterer en bestemt løsning, men der fagforeningene sentralt griper inn i prosessen. Eksemplet illustrerer at de sentrale fagforeningene spiller en meget aktiv rolle, også for lokale omstillingsprosesser i sykehus. Dette kan gjøre det vanskelig for sykehusledelsen å bestemme og begrense de miljøer som det bør føres dialog med for å sikre medvirkning, med sikte på å skape fellesskap om de løsninger som velges.

6.3.3.6 Organisasjonsstruktur og pasientflyt

Sykehuset framstår i dag med høy grad av funksjonell inndeling i avdelinger. Ved de mindre sykehusene har en for de kliniske avdelingene fortsatt beholdt en hovedinndeling i kirurgi, indremedisin og gynekologi/obstetikk. Ved større sykehus er som regel sykehusets avdelinger delt videre opp etter grenspesialiteter. De medisinske servicefunksjoner og allmenne servicefunksjoner er ofte egne sentraliserte avdelinger.

Sykehusene har de senere årene blitt møtt med økende kritikk av denne tradisjonelle avdelingsinndelingen. Organiseringen betraktes som mer fokusert på fagmiljøenes behov enn på pasientenes behov.

Kritikken har vært inspirert av moderne logistikktenkning. Tankegangen her er at en organisering som baseres på en stadig økende spesialisering, gir koordineringsskostnader som overstiger gevinsten. Løsningen ligger i en økende strømlinjeforming av tjenestetilbudet på basis av pasientgrupper med likeartede behandlingsbehov. Slik inndeling kan føre til at den tradisjonelle inndelingen etter fag ikke lenger opprettholdes, men at man finner fram til nye samordningskonstellasjoner som er bedre tilpasset pasientflyt og pasientens totale behov. Dette kan også føre til at deler av de medisinske servicetjenestene splittes opp og knyttes tettere opp til de kliniske avdelingene (desentralisering).

Utvalget ser fordeler med dagens organisering etter spesialisitet, men ser også at dette kan gi samordnings- og transaksjonskostnader i sykehusene, kfr. "*Integrasjonspromblemet*" i avsnittene 6.3.3.1 og "*Flaskehalspromblemet*" i 6.3.3.2. I dag gjennomføres en rekke aktiviteter i sykehus som ikke bidrar til noe av verdi for pasienten, men som er nødvendige av organisatoriske grunner. Eksempler er koordinering og dokumentasjon i forbindelse med overføring av oppgaver og transport. Oppsplitting etter spesialisitet kan, som tidligere nevnt, også føre til dårligere kontinuitet i pasientbehandlingen, med redusert kvalitet og problemer med ivaretagelse av totalansvar for pasienten.

Manglende kontinuitet henger sammen med økende spesialisering. Imidlertid vil det ikke være mulig eller ønskelig å stoppe denne prosessen. Spesialisering er en forutsetning for en utvikling av ferdigheter og kunnskaper, og bidrar til det høye kvalitetsnivået i helsetjenesten. Hovedproblemet er, som tidligere nevnt, å få til en hensiktsmessig integrering av tjenestene.

6.3.4 Organisering og samarbeid med primærhelsetjenesten

Tilgjengeligheten til sykehusene avhenger av den totale tilgangen på ressurser, både finansielle midler og kompetent arbeidskraft. Den har også sammenheng med hvordan sykehuset har organisert sitt samvirke med primærhelsetjenesten.

De strukturelle og systemmessige problemene i forholdet mellom sykehusene og primærhelsetjenesten kan forstås med utgangspunkt i figur 6.4. Det er mulig å identifisere både et integrasjonsproblem, et flaskehalsproblem og et ansvarsproblem.

Målsettingen om at pasienten skal møte *ett* helsevesen fordrer kontinuitet ut over forvaltningnivå og organisatoriske grenser. For pasienten oppleves ofte samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehusene som mangelfull. En pasient kan oppleve å bli henvist til sykehuset av sin primærlege, men bli avvist i sykehusets mottakelse og sendt hjem. I mange tilfeller har pasientene reist langt.

Den interne organiseringen ved sykehuset vil kunne ha konsekvenser for dette samvirket. For primærlegen vil dårlig kapasitet på poliklinikk eller elektiv virksomhet gjøre at man henviser pasienter som øyeblikkelig hjelp. For sykehuset er dette mer ressurskrevende. Et høyt volum av øyeblikkelig hjelp vil trekke ressurser ut fra poliklinikk og elektiv virksomhet. Terskelen for innleggelse blir større, og primærlegen vil kunne svare med hyppigere å henvise pasienter som øyeblikkelig hjelp. Dette gjør at sykehus og primærhelsetjeneste kommer inn i en uheldig sirkel.

På samme tid vil ventetid for polikliniske tjenester og/eller elektiv behandling kunne føre til at kommunene sitter igjen med pasienter som de må gi et omsorgstilbud til pga. manglende behandling i sykehus. Sykehusene vil kunne sitte med ferdigbehandlede pasienter som kommunene ikke kan gi adekvat tilbud til. Sykehusene og primærhelsetjenesten er da inne i en vond sirkel hvor en i utgangspunktet synes å sitte med hverandres pasienter. Dette bør det gjøres noe med.

Utvalget har tidligere pekt på at pasienter med kroniske lidelser opplever at hverken spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten gir noe godt tilbud. Primærhelsetjenesten kan mangle kompetanse og et behandlingsnivå som er påtrengt. Spesialisthelsetjenesten er preget av akutt virksomhet og korte liggetider.

Flaskehalser finnes både i primærhelsetjenesten og i sykehusene. Dette skaper frustrasjoner i begge leire. Problemet oppstår ofte fordi pasienter sendes fra én instans i primærhelsetjenesten, men ofte vil returnere til en annen instans. En pasient vil som regel bli henvist av sin primærlege, men vil ofte kunne trenge tjenester fra hjemmesykepleien eller sykehjem ved utskrivning.

Interne flaskehalser i sykehuset, spesielt innen skrive- og epikrisetjeneste, gjør at epikriser blir sendt for sent til primærlegen. Dette kan utgjøre et kvalitetsproblem, og vanskeliggjøre at primærlegen kan gjøre en effektiv innsats.

Det er også problemer med ansvarsoverføring når pasienter skrives ut. Formelt skal sykehusets ansvar avsluttes når pasienten skrives ut, men ofte skal pasienten tilbake til kontroll. Sykehuset må imidlertid bidra til at ansvaret, som etter utskrivning skal overtas av primærhelsetjenesten, kan ivaretas på en god måte. Utsendelse av epikriser, faglig oppdatering og rådgivning er noe som vil avhenge av sykehusets interne organisering.

6.3.5 Ledelse

Når det gjelder sykehus, er utvalget av den oppfatning at ledelsesfunksjonene og utøvelsen av disse for at sykehuset skal fylle sin rolle og nå sine mål, er meget undervurderte. Det er flere forhold som tilsier at ledelsesfunksjonene ved sykehus vil få tiltagende betydning:

- Sykehusene vil være i interaksjon med stadig mer dynamiske og omskiftelige omgivelser, og manglende tilpasninger vil i tiltagende grad kunne få store negative konsekvenser for det enkelte sykehus.
- Sykehusene og deres avdelinger må i tiltagende grad kjempe om sin posisjon i samfunnet, bl.a. i kampen om ressurser og for å vinne legitimitet som et offentlig sykehus.
- Den helhetlige kvaliteten, servicen som ytes overfor pasientene, og pasienttilfredsheten ved sykehuset og avdelingene, vil bli en tiltagende viktig konkurransefaktor.
- Sykehusene utvikler seg stadig i retning av å bli mer komplekse organisasjoner med mange ansatte, faggrupper og med stort innslag av teknologi. Dette vil gi økende indre dynamikk og spenninger.

Ledelse er av stor betydning i forhold til de problemstillinger som er blitt presentert så langt i dette kapitlet. I seg selv er ledelse en sentral *integrerende* funksjon i sykehus. Ledelse innebærer videre å ta *ansvar*. Det er en naturlig ledelsesoppgave å identifisere *flaskehalser* i sykehuset, og drive et kontinuerlig *forbedringsarbeid* for å sette pasienten først, ikke minst i forhold til organisasjonsinterne holdninger.

Ledelsen har samtidig, i kraft av å være arbeidsgivers representanter, et uomtvistelig personansvar og ansvar for å bidra til utviklingen av gode arbeidsmiljøbetingelser for de ansatte.

Ledelse er imidlertid også gjenstand for strid, og er et kontroversielt tema i sykehus. Det er spenningsfelt når det gjelder hvem som skal inneha lederstillinger, spesielt på avdelingsnivå. Et annet spenningsfelt er mellom utøvelsen av fagenes autonomi og arbeidsgivers styringsrett og administrativ ledelse.

Utvalget vil påpeke at spørsmålet om ledelse ikke bare er et spørsmål om struktur, men i minst like stor grad om de ansattes holdninger i sykehusene, både blant ledere og de som blir ledet. Utfordringen knyttet til ledelse i sykehus er i stor grad knyttet til det holdningsmessige.

6.3.5.1 Nærmere om avdelingsledelse

Spørsmålet om avdelingsledelse står sentralt i utvalgets mandat. Om forståelsen av dette spørsmålet i forholdet til utvalgets mandat vises det til omtale i "[Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte](#)" i kapittel 3.

Utvalgets spørreundersøkelse viser at det store flertall av norske sykehus har (enhetlig) todelte ledelse på avdelingsnivå. Skal Stortingets vedtak gjennomføres for alle norske sykehus, vil dette medføre omstillinger i ledelsesstrukturen ved svært mange sykehus.

Kritikken mot den todelte ledelsen er at den skaper ansvarsmessige uklarheter. Fra legehold hevdes det at pasientens opphold ved sykehuset skyldes at pasienten har behov for medisinsk-faglig vurdering og behandling, og at annen virksomhet ved avdelingen i stor grad vil kun være avledet av den medisinske virksomheten. Følgelig bør derfor all virksomhet underlegges avdelingsoverlegens ansvarsområde. Fra sykepleiehold hevdes det at det *i tillegg til avledede oppgaver fra legetjenesten* utføres oppgaver som er av en selvstendig sykepleiefaglig karakter, og at administrasjon og ledelse av sykepleietjenesten kan og bør ledes av en sykepleier.

Argumentasjonen for todelt ledelse på medisinske serviceavdelinger som røntgenavdelinger og laboratorier er i prinsippet lik, selv om det er andre personellgrupper som er involvert.

Todelt ledelse i sykehus har vokst fram gjennom lang tid der sykepleierne har kjempet for økt anerkjennelse og respekt i sykehuset. De har i sterkere grad enn legene satset på formell videreutdanning innen ledelse. Dette må imidlertid ses i forhold til de ulike tradisjonene for ledelse som har eksistert mellom de to yrkesgruppene, og ikke minst ulike oppfatninger av hva innholdet i ledelse er. Sykepleiergruppen er også tallmessig klart større enn legegruppen, og dette har satt forskjellige krav til ledelse og ledelsesroller i de to yrkesgruppene.

Sykepleietjenesten har tradisjonelt vært kvinnedominert og legetjenesten tilsvarende mannsdominert. En økt anerkjennelse av sykepleietjenesten bør derfor også ses i sammenheng med en økt anerkjennelse av kvinners posisjon i arbeidslivet.

Todelt ledelse har bidratt til å synliggjøre sykepleiernes posisjon og status i systemet. Sykepleierne tolker dette som anerkjennelse og respekt for det faget de utøver. Fra sykepleiehold uttrykkes det skepsis til legenes egnethet som ledere. Bakgrunnen for deres vurderinger er de ulike ledelsestradisjonene de og legene har. Skepsisen forsterkes av det faktum at mange leger vegrer seg mot å gå inn i lederstillinger på heltid av frykt for å bli (medisinsk) faglig akterutseilt, og fordi forholdene har vært lagt dårlig til rette for utøvelse av ledelse, bl.a. tidsmessig.

I sine vurderinger og tilrådninger i "*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kapittel 10 legger utvalget vekt på at den framtidige ledelsesmodell på avdelingssnivå bør klargjøre ansvarsforholdene. De som har det medisinsk-faglige ansvar, må ha den nødvendige myndighet. Utvalget understreker samtidig det store ansvaret som hviler på ledelsen for å sikre at kompetent fagpersonell samarbeider om det som er pasientens behov. Det må skapes en situasjon som sikrer alle profesjonene yrkesstolthet, respekt mellom yrkesgrupper og en faglig og personlig utvikling som inkluderer alle ansatte.

6.3.5.2 Nærmere om arbeidsgivers styringsrett versus medisinsk-faglig autonomi

Legeloven fastslår at den enkelte lege er uavhengig av andre i medisinsk-faglige spørsmål. Avdelingsoverlegen som er ansvarlig for at legetjenesten er forsvarlig organisert, vil nødvendigvis også ha en betydelig autonomi i beslutninger som vedrører avdelingens drift. I forhold til administrative oppgaver er man imidlertid, som andre ansatte i sykehusene, underlagt arbeidsgivers styringsrett og instruksjonsmyndighet. Imidlertid kan det svært ofte være vanskelig å skille klart mellom administrative oppgaver og hensyn, og medisinsk-faglige oppgaver og hensyn. I spørsmål om overholdelse av budsjett vil hensynet til medisinsk forsvarlig drift, og sykehuslovens pålegg om å behandle pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, kunne reise tvil om hvor grensen går for arbeidsgivers styringsrett. For å få nok ressurser til medisinsk forsvarlig drift og nødvendige akutt-medisinske oppgaver, vil arbeidsgiver måtte sette inn ulike tiltak. Slike tiltak kan bl.a. innebære en reduksjon av annen aktivitet og omprioritering av ressurser internt. Det er da viktig at allment aksepterte prioriteringer blir fulgt.

Dette stiller meget store krav til ledelsen i sykehuset, og ikke minst til et tilfredsstillende styrings- og tillitsforhold mellom avdelingsoverlegene og sykehusets ledelse.

Det kan også oppstå uklarhet om i hvilken grad sykehuseier, som ansvarlig for helsetjenesten til befolkningen i et fylke, kan bruke sin styringsrett i prioriteringsspørsmål i sykehusene.

6.4 SANNSYNLIGE UTVIKLINGSTREKK

I NOU 1996:5 «Hvem skal eie sykehusene» er det gjort en vurdering av forhold som vil prege utviklingen i norsk medisin. Utvalget vil gjerne vise til denne utredningen (NOU 1996:5, "*Utvalgets problemforståelse*" i kapittel 6), siden de forhold som der er påpekt anses å være svært relevante for organisasjonsinterne forhold i sykehusene.

Som den historiske gjennomgangen viste, har helsetjenestene og sykehusene gjennomgått til dels store endringer i løpet av de siste 100 årene. Vi kan i løpet av de neste 20 årene forvente at det vil skje mer enn det har gjort de siste 100 år.

Sykehusene er ikke isolerte virksomheter, men samvirker i en tett relasjon til samfunnet omkring. Sykehusene er en del av den samfunnsmessige utviklingen. Den økende bevisstgjøring om kvinners rolle i yrkeslivet, økende demokratisering på arbeidsplassen og pasientenes økte bevissthet om rettigheter, er tre eksempler som tydelig illustrerer at sykehuset i stor grad påvirkes av endringene i samfunnet for øvrig.

6.4.1 Fra passiv pasient til kompetent klient?

Pasientene har blitt mer oppmerksom på sine rettigheter til behandling, til informasjon og samtykke. Vi kan forvente at utviklingen vil fortsette. Sykehus og helsepersonell vil bli stilt overfor langt mer bevisste og til en viss grad skolerte pasienter.

Pasienter og brukere vil i økende grad kreve informasjon og opplysninger om de ulike sykehusenes kvalitet i behandlingen. Pasienter med god kjøpekraft, som ikke er tilfredse med det tilbudet de får i det offentlige helsevesenet, vil i økende grad etterspørre helsetjenester på det private markedet – både innenlands og utenlands. Selv om vi har god nasjonaløkonomi, vil samfunnet etter all sannsynlighet måtte sette tak på ressurstilgangen til helsetjenesten. Det vil derfor kunne tvinge seg fram mer privatbaserte løsninger, som kan øke risikoen for at den solidariske helsetjenesten svekkes.

Med et økende antall velinformerte pasienter kan man forvente en dreining mot relasjoner mellom pasienter og helsearbeidere som innebærer gjensidig samarbeid. Spissformulert er en inne i en utvikling som går fra at «legen vet best» til at pasienten har stor grad av (med)bestemmelse i behandlingsopplegget. Dette er en målsetting som det er stor enighet om. Allikevel kan selve omstillingsprosessen, både for pasienter og helsepersonell, være vanskelig og tidkrevende.

Det kan gå mot en utvikling som deler pasientene inn i to hovedgrupper. Den ene hovedgruppen vil bestå av relativt ressurssterke og velinformerte pasienter som vil kunne stille en del krav til helsetjenesten. Disse vil bl.a. kunne fungere som katalysatorer for en utvikling av sykehusene mot bedre tilpasning til pasientenes behov.

Utvalget mener imidlertid at det fortsatt vil være en større gruppe pasienter som ikke vil være i posisjon til å kunne velge sykehus eller stille krav til helsetjenesten. I den framtidige organiseringen av helsetjenesten må man sikre at også denne pasientgruppen blir ivaretatt. Dette innebærer bl.a. at styringen av sykehus ikke må avpolitiseres.

6.4.2 Helsearbeidernes forhold til arbeidssituasjonen

Helseprofesjonene har tradisjonelt hatt et klart normmessig fundament i sin yrkesutøvelse, med et vesentlig innslag av kall. I dag er disse yrkesgruppene i ferd med å bli som andre.

Man står kanskje foran et generasjonsskifte blant leger som kan få store konsekvenser. Kvinner utgjør en stadig større andel av legene, og den nye generasjonen har en annen vurdering av hvor mye tid som skal brukes til en yrkesmessig karriere, og prioriterer derfor på andre måter enn tidligere.

For sykehusene kan dette få to konsekvenser. For det første kan den til nå store bruken av overtid for å dekke opp for legemangelen bli stadig mer problematisk å fortsette med. Dette betyr at sykehusene på sikt vil måtte øke antallet stillinger for å dekke opp for de årsverkene som blir redusert gjennom endringer i arbeidstiden.

For det andre vil dette også kunne ha konsekvenser for spesialistutdanningen. Med mindre arbeidsintensiv innsats under utdannelsen vil det kunne bli vanskelig å få både bredde og dybde i utdanningen, på den tiden som nå brukes. Dette kan gi et behov for å vurdere spesialistutdanningen, og hvordan denne kan organiseres bedre.

Helsetjenesten framstår i økende grad som industrialisert og standardisert. For dem som arbeider innen helsetjenesten kan dette medføre økt fremmedgjøring og økt fokusering på rettigheter for egen yrkesgruppe.

6.4.3 Teknologisk og medisinsk faglig utvikling

Den utviklingen som har bidratt mest til framveksten av det moderne sykehuset, vil etter all sannsynlighet fortsette videre. Den teknologiske og medisinske vitenskapelige utviklingen vil fortsatt øve stor innflytelse på utformingen av helsetjenesten. For politikere og eiere vil utviklingen fortone seg som prosesser utenfor politisk styring.

Nye fagområder vil gro fram i kjølvannet av en molekylærbiologisk «revolusjon». Dette vil stille sykehusene overfor en utfordring i grenseoppgangen mellom fagene, og ikke minst i hvordan de ulike fagene vil gripe inn i hverandre.

Den teknologiske utviklingen fortsetter i et tempo som gjør at sykehusene, diagnostiseringen og behandlingen får et stadig større innslag av teknologi. Det kan forventes at teknologer vil kunne utgjøre en større andel av de ansatte. De vil opptre integrert i pasientrettet virksomhet i en helt annen grad enn i dag. Dette vil også gi nye grenseoppganger mellom fagene, og kunne gi støtet til nye yrkes- og «profesjonsgrupper» i sykehusene.

Teknologi vil virke både sentraliserende og desentraliserende. Første generasjon av ny diagnostisk eller behandlingsteknologi gir ofte behov for sentralisering, både ut fra økonomiske og kunnskapsmessige rammebetingelser. Etter hvert vil slik teknologi gjennomgå både bruksmessige forenklinger og en kraftig reduksjon i pris, noe som gjør at den i økende grad kan tas i bruk desentralisert.

6.4.4 Omstillingsevne og -behov

Utvalgets spørreundersøkelse blant sykehusene viste at de aller fleste var i gang med omorganiseringer, eller nettopp hadde gjennomført omorganiseringer. Dette understreker at det skjer ganske mye i sykehusene av omstillingsprosesser. Det er to slutninger som kan trekkes på bakgrunn av undersøkelsene:

1. For det første betyr dette at vi bør være nøkterne når det gjelder å fremheve bestemte organisatoriske løsninger. Etter all sannsynlighet finnes det en rekke ulike løsninger som kan være like gode. Det vil derfor være naturlig å overlate til det lokale initiativ hvilke endringer som bør gjøres, og hvilken organisasjonsmodell som bør foretrekkes.
2. For det andre viser dette at omstillingsprosesser har blitt en del av hverdagen på norske sykehus. Det innebærer at det på de fleste sykehus alltid vil være noen endringer på gang. Det kan altså ikke lenger kunne forventes at «organisasjonen

faller til ro».

Det hevdes ofte at sykehus er lite omstillingsdyktige. Dette framstår kanskje litt underlig med utgangspunkt i de endringsprosesser som er i gang på mange norske sykehus. Det er grunn til å vurdere hvilke former for endringer som preger sykehusene. Det skjer i dag en rivende utvikling innen de enkelte fagområder. Ny teknologi, nye prosedyrer, nye medisiner og ny innsikt formidles og assimileres på de fleste sykehusene i Norge. Slik sett er det en stor grad av endringsdyktighet i sykehusene.

Organisatorisk forekommer sjelden store endringer. Grunntrekkene i sykehusenes organisasjon holder seg stort sett stabile. Dette kan naturligvis forklares med at det ikke er behov for større organisatoriske endringer. En annen og mer sannsynlig forklaring er at organisatoriske endringer krever et samvirke mellom mange ulike enheter og grupper i sykehusene, og at motkreftene ofte er sterkere enn endringskreftene. For mange sykehus skjer endringer i organisering ofte i sammenheng med større ombyggingsprosjekter eller nybygging.

6.5 OPPSUMMERING OG LESEVEILEDNING

Løsninger som på en bedre måte gjør at pasientens behov sikres gjennom et godt samarbeid mellom kompetente helsearbeidere, kan knyttes til to forhold:

- de *systemmessige*, som bl.a. omhandler strukturelle løsninger, ansvars- og myndighetsfordeling, juridiske og ressursmessige forhold
- de *holdningsmessige*, som både omhandler den enkelte helsearbeiders holdninger og organisasjonskulturen i det enkelte sykehus.

Det er utvalgets oppfatning at problemene er vel så grunnfestet i holdningsmessige og kulturelle forhold som i systemmessige. Utvalget vil også understreke at endringer av holdninger og kultur kan være en *forutsetning* for at de systemmessige endringene kan ha effekt.

På den andre siden er det opplagt at holdninger og kultur påvirkes og skapes av systemmessige og strukturelle løsninger. Det kan derfor være at tiltak på system-siden kan understøtte de ønskede holdningsmessige endringene.

Utvalget vil drøfte tiltak innenfor fire hovedområder:

- Mangel på mål og tilbakemeldinger om hvilke resultater man skaper vil kunne gjøre både de systemmessige og de holdningsmessige problemene større. Utvalget er av den mening at for å kunne gjøre grunnleggende endringer i systemmessig eller holdningsmessig forstand, er det avgjørende at mål og resultatoppfølging korrigerer endringsprosessen. Dette vil derfor bli behandlet i "[Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling](#)" i kapittel 7.
- Tiltak knyttet til bedre integrasjon av sykehustjenestene, både internt og i forhold til andre sykehus og primærhelsetjenesten, vil bl.a. være av strukturell og systemmessig karakter. Dette vil bli tatt opp i "[Organisering, struktur og systemer](#)" i kapittel 8.
- Det vil ikke være mulig å organisere seg bort fra behovet for samarbeid. I "[Personellressurser, kompetanse og arbeidskraft](#)" i kapittel 9 tar utvalget for seg hvordan personellressursene bedre kan utnyttes til pasientens beste.
- Utvalget mener at de viktigste tiltakene vil være innen ledelse i sykehus. Det er grunn til å oppgradere ledelsesfunksjonen i sykehus på alle nivå. Det vil ikke minst være behov for en holdningsendring til ledelse i sykehus. Utvalget ønsker å beskrive nye lederroller i sykehusene. Dette vil bli drøftet i "[Styring, ledelse og ansvar i sykehus](#)" i kapittel 10.

KAPITTEL 7

Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling**7.1 INNLEDNING**

Sykehusene har tre hovedoppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning.

Det presiseres at begrepet *pasientbehandling* i denne sammenheng inkluderer alle sykehusets aktiviteter vedrørende undersøkelse, behandling, pleie og rehabilitering.

De tre hovedoppgavene er ikke uavhengige av hverandre. Pasientbehandling danner grunnlaget for de to andre aktivitetene: Et sykehus uten pasienter har ikke noe å tilby verken når det gjelder undervisning eller forskning. Samtidig er utdanning av helsepersonell en forutsetning for å kunne drive pasientbehandling, og forskning en forutsetning for å finne fram til stadig større viten om behandling og metoder. Denne sammenvevingen av oppgaver stiller sykehusene overfor store utfordringer når det gjelder styring av og prioritering mellom de tre hovedoppgavene.

Sykehusene fungerer som integrerte elementer i et totalt helsevesen. Dette helsevesenet opererer over mange forvaltningsnivå og forventes styrt i overensstemmelse med nasjonale politiske prioriteringer. Dersom pasientenes behov for å møte et samlet helsevesen skal kunne oppfylles, stiller det store krav til alle aktører om å forholde seg til felles overordnede målsettinger og prioriteringer.

Spesielt stiller dette sykehusene overfor store utfordringer i forhold til faktisk å følge opp nasjonale prioriteringer innen pasientbehandling. For å kunne gjøre dette må de nasjonale prioriteringene være tydelige, og sykehusene må ha systemer for å evaluere egen virksomhet slik at både prosesser og resultater kan dokumenteres.

Utvalget mener at det må settes i verk både lokale og nasjonale tiltak for å møte disse utfordringene.

7.2 FORMELT GRUNNLAG FOR DE TRE HOVEDOPPGAVENE

Sykehusenes virksomhet er regulert i lov om sykehus fra 1969. Denne er nå under revisjon for å lage en mer helhetlig lov om spesialisthelsetjenesten. I lovens formålsskapittel (§ 2, første ledd) fastslås det at fylkeskommunene har ansvar for oppfølging og drift av institusjoner som kan dekke den del av befolkningens helsebehov som skal dekkes fra institusjon. Loven har i dette kapitlet ingen tilsvarende overordnede formuleringer knyttet til utdanning, forskning og fagutvikling.

Utvalget ser ulemper ved at hovedloven i sin overordnede formålsbeskrivelse konsentrerer seg om sykehusenes hovedoppgave – pasientbehandling – uten å omtale de to andre viktige oppgavene. Det kan legge mindre press på ledelsen for å ta et helhetlig ansvar for planlegging og gjennomføring av alle tre oppgavene.

Utvalget mener det vil skape en ryddigere formell situasjon dersom hovedloven for sykehus i sin formålsbestemmelse klart slår fast at også det å planlegge og gjennomføre utdanning av helsepersonell, forskning og utvikling er oppgaver og formål for sykehusene. Det vil naturligvis tilligge myndigheter og eiere å bestemme om, og i hvilken grad det enkelte sykehus skal ha utdannings- og forskningsoppgaver.

Utvalget tilrår at dette innarbeides i formålsbestemmelsen i ny lov om spesialisthelsetjenesten. Utvalget legger vekt på at sykehusledelsen med en slik lovhjemmel vil få et klarere grunnlag for å koordinere sykehusets samlede ressurser i forhold til alle de tre hovedoppgavene. Den vil også gi sykehusledelsen et klarere grunnlag for dialog med universitet og høyskoler om rammer og forutsetninger for forsknings- og utdanningsaktiviteter.

7.2.1 Generelt om prioriteringer og resultatoppfølging

Det er nedsatt et eget utvalg (Lønning II) som skal vurdere prioriteringsspørsmål i norsk helsevesen. Utvalget ser det derfor, med bakgrunn i eget mandat, ikke som sin oppgave å gå inn i normative prioriteringsspørsmål.

I praksis er imidlertid prioritering i stor grad et spørsmål om hvordan styring og drift rent faktisk skjer. En rekke faktorer i den daglige, praktiske drift gir prioriteringseffekter som ikke nødvendigvis følger eksplisitte mål og prioriteringer, men som tvert imot kan være uønsket.

For sykehusene vil dette i særlig grad gjelde følgende forhold:

- Når sykehusene kommer under økonomisk press, vil nedprioritering ofte først skje på områder som ikke gir umiddelbare effekter på pasientbehandlingen. Dette kan bety at andre områder som utdanning, forskning og investeringer blir gjenstand for innsparing. Fordi det ikke er etablert gode og systematiske registreringsmetoder for sykehusenes ressursinnsats når det gjelder utdanning og forskning, vil disse nedprioriteringene være vanskelige å registrere og dokumentere.
- Når sykehusene kommer under tilstrekkelig økonomisk press, vil det også måtte skje faktiske prioriteringsvalg innenfor direkte pasientrelaterte aktiviteter. I dag er praksis og systemer for å måle ressursinnsats og resultater av sykehusenes aktivitet overfor pasienter generelt sett mangelfulle og sterkt varierende. Det er derfor en betydelig risiko for at aktiviteter der både ressursinnsats og resultater faktisk kan måles, og som derfor er gjenstand for stor oppmerksomhet, prioriteres foran aktiviteter som ikke kan dokumenteres på samme måte. I dagens situasjon fører dette ofte til en nedprioritering av pasientgrupper og aktiviteter som ikke er i samsvar med de normativt rådende nasjonale prioriteringer. Eksempelvis vil dette ofte gjøre seg gjeldende overfor pasienter med kroniske og psykiatriske lidelser, i forhold til innsats overfor gamle og til pleie- og omsorgsytelser generelt.
- Under økonomisk press er det også en fare for at tjenestenes kvalitet kan bli skadelidende. Dersom det ikke finnes tilstrekkelig gode metoder for både å fastsette et akseptabelt kvalitetsnivå samt å måle tjenestenes faktiske kvalitet, er det en risiko for at kvalitet i den daglige drift nedprioriteres på bekostning av kvantitet. Eksempelvis kan dette illustreres med at det kan behandles mange pasienter, med derav følgende positive registreringer i forhold til ventelister o.a., men samtidig være for mange komplikasjoner, infeksjoner, reinnleggelser og andre uønskede sidevirkninger som ikke blir registrert og derfor unndrar seg oppmerksomhet.

Det er et klart ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at økonomisk press på sykehusene får følger som beskrevet ovenfor. For at dette skal være mulig for den enkelte sykehusledelse å gjennomføre, må imidlertid følgende forutsetninger være til stede:

1. Det må etableres enighet om systemer for registrering av ressursinnsats og resultater i undervisnings- og forskningsaktiviteter. Utdannings- og forskning-

saktiviteter vil alltid måtte forankres i den enkelte avdeling med utgangspunkt i de ulike typer kompetanse som finnes der. Det er viktig å etablere gjensidig enighet om systemene for å kunne få en meningsfylt styringsdialog rundt disse aktivitetene mellom stat, sykehuseier, sykehusledelse og fagmiljø.

2. Det må til enhver tid finnes klart uttrykte nasjonale prioriteringer i norsk helsepolitikk som det er mulig for både sykehus og det øvrige helsevesen å forholde seg til i praksis. Videre må det etableres et nasjonalt overordnet apparat med oppgave å sikre at de nasjonale prioriteringer i praksis reelt sett blir fulgt opp på ulike nivå. Dette må også omfatte systemer for evaluering av ny medisinsk teknologi og nye medisinske behandlingsmetoder.
3. Det må utvikles standardiserte resultatmål for sykehusenes aktiviteter, både administrative og pasientrelaterte, som det er felles enighet om. Disse kan brukes både til å gi helhetlig oversikt over de samlede sykehusaktiviteter, til sammenligninger sykehusene imellom, og for å vurdere hvert enkelt sykehus' egne aktiviteter over tid.
4. Det må etableres systemer for intern evaluering av praksis i det enkelte sykehus, inkludert systematisk evaluering av pasienttilfredshet. Dette vil gi de enkelte fagmiljø og den lokale sykehusledelse grunnlag for å dokumentere egne aktiviteter og for å sammenligne seg med andre fagmiljø på områder der de etablerte resultatmål ikke strekker til. Dette er nødvendig for å sikre hensynet til kvalitet i sykehusets totale sett av aktiviteter. Det vil videre gi sentrale myndigheter og lokal sykehusledelse den nødvendige mulighet til å sikre at nasjonale prioriteringer og andre retningslinjer følges opp i praksis. Etter utvalgets mening foregår slik praksisevaluering i dag i altfor liten grad. Dette gjelder forhold som bl.a. indikasjonsstilling for behandling (hvem får behandling og på hvilket sykdomsstadium), behandlingsmetoder (er det enighet om og samsvar mellom hvilke metoder som benyttes for ulike indikasjonsstillinger) og resultater (vet det enkelte sykehus selv og samfunnet for øvrig nok om behandlingsresultatene som oppnås). Slike forhold er helt avgjørende for de faktiske prioriteringer som skjer, og styrer i praksis en betydelig del av ressursbruken i norske sykehus. Likevel er de i dag i stor grad underlagt beslutninger fra enkelte fagmiljø og enkelte fagpersoner.

7.3 OPPFØLGING AV NASJONALE PRIORITERINGER

For at norsk helsevesen i størst mulig grad skal kunne framstå som et samlet helsevesen og handle mest mulig logisk og sammenhengende overfor sine brukere, er det nødvendig å være enige om et felles grunnlag for prioriteringer. Videre er det viktig å ha etablert overordnede mål for sykehusenes virksomhet. Lønning II-utvalget vil avgi sin innstilling våren 1997 og antas å gi et grunnlag for å vurdere prioriteringer og mål.

For at dette arbeidet skal få de ønskede effekter på norsk helsevesen, er det imidlertid sentralt at det etableres et apparat for å følge dette opp i praksis overfor de reelle beslutningstakerne. Som omtalt ovenfor er det i dag ikke alltid samsvar mellom de prioriteringer som faktisk skjer på ulike nivå i helsevesenet, og de overordnede nasjonale politiske retningslinjene.

En faktor av vesentlig betydning i dette bildet er også utviklingen innen medisinsk teknologi og behandlingsmetoder. Sterke faglige og industrielle hensyn og interesser opererer her i et markert underlagt mange typer krefter, og har et betydelig ressursdrivende potensiale. For at ny metodikk og teknologi skal kunne tas i bruk i norsk helsevesen på en mest mulig enhetlig og rasjonell basis og i samsvar med rådende prioriteringer, må de resultatmessig kunne dokumenteres og vurderes.

Dette er i liten grad tilfelle i dag, og fører ofte til at beslutninger fattes på et mangelfullt grunnlag.

Utvalget oppfordrer staten, ved Sosial- og helsedepartementet, til å ta ansvar for at det etableres et overordnet apparat for å sikre at nasjonale prioriteringer i helsevesenet blir fulgt opp på de ulike nivå. Samtidig må det etableres et apparat for evaluering av medisinsk teknologi og behandlingsmetoder.

7.4 RESULTATMÅL FOR SYKEHUSENES AKTIVITETER

Dersom norske sykehus skal kunne styres etter nasjonalpolitiske retningslinjer, og i forhold til fastsatte mål, bør det foreligge muligheter for å vurdere sykehusenes aktiviteter etter ulike kriterier. Dette kan gjøres gjennom å utvikle resultatindikatorer som kan danne grunnlag for sammenligninger mellom sykehus, og sammenligninger med seg selv over tid. Det vil bl.a. gi følgende muligheter:

- Politiske miljø kan få kunnskap om forhold av betydning for utforming av nasjonal helsepolitikk.
- Statlige helsemyndigheter kan få kunnskap om forhold av betydning for oppfølging av nasjonal helsepolitikk.
- Sykehuseiere og -ledelse kan få kunnskap om forhold av betydning for strategisk planarbeid og budsjettprosesser i sykehusene.
- Det enkelte sykehus kan få grunnlag for å sammenligne seg med andre, og med seg selv over tid.
- De enkelte sykehusavdelinger får grunnlag for å vurdere egen aktivitet i forhold til sine etablerte mål, og til å vurdere potensielle forbedringsmuligheter.
- Forsknings- og utredningsmiljø kan finne grunnlag for ulike analyser av norsk helsevesen.
- De faglige miljøene kan få informasjon til grunnlag for sammenligninger seg imellom.
- Pasienter kan få kunnskaper om og informasjon fra de enkelte sykehus.

Det er flere grunner til at utvalget mener at bedre resultatmål er viktige, ikke minst en tro på at organisasjoner har et basalt ønske om å lykkes. Dersom det finnes systemer som på en anerkjent måte viser hvor gode de enkelte sykehus er, mener utvalget at dette vil være en betydelig inspirasjon til forbedringsarbeid.

I dag er disse mulighetene relativt begrenset. De resultatmålene som er utviklet for sykehusene, dreier seg hovedsakelig om økonomisk/administrative forhold. Manglende dokumentasjon om sykehusenes pasientrettede aktiviteter gir et svakt grunnlag for styring av disse aktivitetene. Samtidig er en slik styring nødvendig for å kunne sikre at sykehusene oppfyller sine mål og forpliktelser overfor ulike pasientgrupper.

På noen områder er man kommet langt i Norge. Gjennom de årlige SAM-DATA-publikasjonene, som utgis av SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning (NIS), har man i dag indikatorer på følgende områder:

- informasjon om sykehusenes ressursinnsats
- forbruk av sykehustjenester
- aktivitets- og kostnadsindikatorer
- medisinsk praksis og prioriteringer.

Det er imidlertid fortsatt forhold vedrørende sykehusenes tjenester som ikke fanges opp på en tilstrekkelig god måte. Det er derfor viktig å utvikle dette konseptet videre, og utvalget mener det må gjennomføres en bred og helhetlig satsning fra

ulike miljø for å videreføre det pågående arbeid med å frambringe en mer systematisk informasjon om sykehusenes ulike aktiviteter.

Poenget med et slikt materiale er derfor først og fremst at ulike aktører skal få et nødvendig utgangspunkt for strategiske og operative analyser og vurderinger, og at det skal være lettere å finne fram til forbedringsområder i den praktiske oppgaveløsningen.

Utvalget ser også utviklingen av bedre systemer for resultatdokumentasjon i sammenheng med friere sykehusvalg for pasienter og primærhelsetjeneste. At det finnes informasjon fra de enkelte sykehus vil være viktig, ettersom valgfriheten for pasientene øker. En eventuell valgfrihet, inkludert risikoen for å bli valgt bort, vil være et incitament til forbedringsarbeid i det enkelte sykehus.

Utvalget ser for seg at arbeidet med å etablere bedre resultatmål for sykehusene vil kreve ressurser både i form av innsats og tid. Videre vil det kreve et utstrakt samarbeid fra ulike fag- og helsetjenesteforskningsmiljøer. Det er også viktig å sikre at resultater tilbakeføres til de institusjonene som leverer informasjon, som grunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Utvalget understreker at en satsing på dette området er av stor betydning, og at dette må følges opp med nødvendige mildere.

7.5 EVALUERING AV VIRKSOMHETEN I ENKELTE SYKEHUS

Et arbeid med å utvikle resultatmål for sykehusene (kfr. 7.4) vil sannsynligvis aldri kunne fange opp alle sider ved sykehusenes tjenester. Vesentlige forhold ved tjenestenes kvalitet er vanskelige å omgjøre til kvantifiserbare mål. Det vil være en risiko for at viktige kvalitetsaspekter ikke fanges godt nok opp i målesystemene, og følgelig blir nedprioritert.

Kvalitetsarbeid i sykehus er ikke noe nytt, selv om det gjennom begrepene kvalitetssikring og internkontroll har blitt innført ny metodikk i tilknytning til kvalitetsarbeid. Kvalitetsarbeid kan omfatte mange ulike aktiviteter, og kan gjøres både gjennom å fokusere på resultatene av det man gjør, og de interne prosesser – rutiner, prosedyrer og organisering. Det kan også være hensiktsmessig å skille mellom det kvalitetsarbeid som er en integrert del av utøvelse av faglig virksomhet, og kvalitetsarbeid som er lagt til utøvelse av ledelse.

Innenfor det kvalitetsutviklingsarbeidet som er forankret i den faglige virksomheten, er fokuset i stor grad rettet mot de kliniske resultatene. Det arbeides kontinuerlig med kunnskapsmessig og metodisk utvikling i den faglige virksomhet som utøves, for at det kliniske resultat skal bli best mulig. Kvalitetsutvikling er på mange måter en integrert del av utøvelsen av faget, og ikke en tilleggsaktivitet.

I løpet av de siste årene har også fokuset blitt satt på kvalitetssikring og internkontroll, som innebærer at kvalitetsarbeid integreres i de organisatoriske og ledelsesmessige prosessene. Begrepene er i stor grad overlappende. Kvalitetssikring kan defineres som:

«Alle systematiske og planlagte tiltak som er nødvendige for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste vil tilfredsstille angitte krav til kvalitet» (NS-ISO 8402).

Internkontrollsystem er definert som:

«systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrative prosedyrer».

Gjennom kvalitetssikring og internkontroll settes fokuset på interne prosesser, rutiner og prosedyrer, og gjennom en standardisering av disse skal kvaliteten på resultatene sikres. Dokumentasjon og kontroll med hvordan man gjennomfører den faglige aktivitet blir derfor viktig.

Det kan skapes et inntrykk av at det tradisjonelle kvalitetsutviklingsarbeidet, som er en integrert del av utøvelse av faglig virksomhet, og kvalitetssikring er i et motsetningsforhold. Utvalget mener at dette er en lite hensiktsmessig forståelse, og mener at begge formene for kvalitetsarbeid er viktige og at de utfyller hverandre. Fokuset må også i framtiden settes på både prosesser og på resultater. Det er ikke noe poeng å drive kvalitetssikringsarbeid hvis dette ikke kan lede fram til bedre resultater. Samtidig vil bedring av resultater ofte forde en endring i interne rutiner eller prosedyrer. Det må her påpekes at det ikke alltid vil være mulig å fange opp alle kvalitetsaspekter gjennom å fokusere på resultatene alene. Kvalitet i pleie, i pasientservice, informasjon til pasienten, behandling av pasienter med kroniske og psykiske lidelser, vil ikke alltid kunne fanges opp i et sluttresultat. Det vil i det framtidige kvalitetsutviklingsarbeidet på sykehusene være viktig å integrere de ulike formene for kvalitetsarbeid.

En bredest mulig løpende dokumentasjon av sykehusenes tjenester og kvalitet er en forutsetning for å sikre at pasientene får de riktige tjenestene med god nok kvalitet. Videre er slik dokumentasjon viktig for å kunne initiere endringsprosesser til pasientenes beste.

For å sikre denne dokumentasjonen må det enkelte sykehus ha systemer for løpende evaluering av egen virksomhet på et bredt plan. Dette må omfatte både de rent faglige aktivitetene med forankring i fagmiljøene, og de organisasjonsmessige aspektene når det gjelder hvordan sykehuset totalt sett fungerer internt og overfor sine omgivelser for å oppfylle sine mål. Lederskap på ulike nivå, arbeidsprosesser og resultater må være gjenstand for evaluering. Fokus må være rettet mot hvordan sykehuset bruker ulike virkemidler for å oppfylle pasienters, medarbeideres, samarbeidspartneres og øvrige eksterne aktørers behov og forventninger.

En del sykehus har tatt i bruk en modell bestående av to hoveddeler – virkemidler og resultater. Virkemidlene kan f.eks. deles inn i kriterier; lederskap, personalledelse, policy og strategi, ressurser og arbeidsprosesser. Tilsvarende kan resultatene deles inn i kriterier; medarbeidernes tilfredshet, kundetilfredshet og virkninger på samfunnet.

Utvalget har ikke sett det som sin oppgave å ta standpunkt til en bestemt modell for intern evaluering av sykehus, men ser viktigheten av at sykehusene orienterer seg i retning av å vurdere egen virksomhet systematisk for å initiere egne forbedringsprosesser. Hvorvidt man bruker ett konsept foran et annet er derfor ikke det vesentligste, men at sykehusene som en del av sitt styringssystem har en systematisk og helhetlig kontinuerlig prosess knyttet til forbedring av sykehusets tjenester.

Sykehusledelsen må ta et totalt ansvar for og inspirere til slike prosesser på alle nivå, og sikre at de blir en integrert del av sykehusets virksomhet. Det er avgjørende at arbeidet forankres i de enkelte fagmiljøene der aktivitetene utøves. Fagmiljøene må ta ansvar for å utvikle meningsfylte prosesser og indikatorer i forhold til egne aktiviteter.

Sykehusledelsen har ansvar for å forankre det totale kvalitetsarbeidet i organisasjonen både via kultur og systemer. Ledelsen må være en dynamisk, deltakende og inspirerende drivkraft i arbeidet med å sette mål og sikre at de blir oppfylt. Videre er det ledelsens oppgave å etablere systemer og virkemidler som i tilstrekkelig grad understøtter arbeidet i de utøvende miljøene.

7.5.1 Fagmiljøene

Etter utvalgets mening bør det være en særlig utfordring for alle faglige miljøer å finne fram til egnet informasjon for å belyse faglige og effektivitetsmessige sider ved egen aktivitet, og å vurdere hvordan denne informasjonen best mulig kan følges opp for å initiere forbedringstiltak. Det er mange forhold som det kan være aktuelt å gripe fatt i:

- evaluering av faglige metoder
- vurdering av metodevalg i ulike situasjoner
- evaluering av egne faktiske prioriteringer i forhold til pasientgrupper og indikasjonsstillinger
- evaluering av egen praksis i forhold til andre som det er naturlig å sammenligne seg med, og i forhold til nasjonale prioriteringer
- identifikasjon av relevante kvalitetsindikatorer
- evaluering av pasienters egne opplevelser av oppnådd helsegevinst.

De fleste fagmiljø er svært opptatt av å yte tjenester med høy kvalitet, og mange arbeider kontinuerlig med flere av de ovenstående tema. Utvalget vil likevel hevde at det er viktig å videreføre og systematisere dette arbeidet i betydelig grad.

Det kan variere hvordan de enkelte faglige miljø vil organisere et slikt arbeid. I de fleste helseregionene er det imidlertid etablert forskjellige faggrupper i forbindelse med utarbeidelse av regionale helseplaner. Disse faggruppene har initiert og etablert grunnlag for diskusjoner i forhold til flere av de ovennevnte områdene, og mye tyder på at dette så langt har vært opplevd positivt og meningsfylt. Det kan derfor ligge til rette for å bygge videre på en slik arbeidsform. Det krever imidlertid at praktiske og økonomiske forutsetninger for å drive et slikt arbeid er til stede, både innad i det enkelte sykehus og tverrgående mellom sykehus og fagmiljøer.

Utvalget tilrår at det innføres en ordning for å stimulere og understøtte fagmiljøenes evalueringsarbeid med utgangspunkt i de regionale helseutvalgene faggrupper. Støtten til det helseregionene må fange opp ulikhetene mellom regionene ut fra størrelse, antall fylker og sykehus, reiseavstander, faglige funksjoner osv.

7.5.2 Tilsynsmyndighetene

For at den politiske ledelse skal kunne stå ansvarlig for at det norske sykehusvesen fungerer i samsvar med lover og forskrifter og framstår med forsvarlig kvalitet, må det være etablert oppfølgings- og innsynsteknikker overfor sykehusene. Slikt tilsyn vil ikke kunne ta sikte på å være så omfattende at det i seg selv gir sikkerhet for at kvaliteten er tilfredsstillende. I sin kjerne baseres tilsynet på stikkprøver, og ikke en løpende kontroll av virksomheten. Driftsansvaret og dermed ansvaret for den interne oppfølging påhviler sykehuseierne, mens tilsynsmyndighetene foretar eksternt tilsyn på en uavhengig faglig basis. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal sikre at det er etablert internkontrollsystemer og at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte normer og krav.

Utvalget vil bemerke at det ikke ligger i mandatet å foreta noen evaluering av det tilsynsopplegget som nå praktiseres. Utvalget er imidlertid enig i den hovedmodell som tilsynsloven bygger på, der det dreier seg om å vurdere hvorvidt sykehusene har prosesser og rutiner som gir tilstrekkelig sikkerhet for akseptabel kvalitet på de ulike tjenestene.

Fylkeslegene representerer den utøvende funksjon overfor sykehusene i tilsynssammenheng. Mange steder vil kapasiteten være begrenset i forhold til denne oppgaven.

I tillegg til tilsynsfunksjonen bør fylkeslegene kunne representere en støttefunksjon for sykehusene når det gjelder planlegging og utøvelse av ulike sider ved kvalitetsarbeidet. Det er etter utvalgets mening viktig at fylkeslegene legger vekt på å etablere en god dialog med den enkelte sykehusledelse om strategiske vurderinger med sikte på hvor og hvordan det vil være riktig å sette inn ressurser.

Det har vært reist spørsmål om hvilken rolle den faglige tilsynsmyndigheten skal ha i forhold til utvikling av faglige standarder. Det synes fra helsetjenestens side å være et behov for at myndighetene spiller en mer aktiv rolle i et slikt utviklingsarbeid. Gjennom at myndighetene setter faglige standarder antas det at helsetjenesten vil kunne tilpasse sin virksomhet til aksepterte standarder på en mer enhetlig og forutsigbar måte. På den andre siden vil et for sterkt engasjement fra myndighetssiden i form av godkjenning av faglige standarder kunne virke hemmende på den frie faglige utvikling som skjer i de ulike faglige miljøene i helsetjenesten og ved universitetene.

Utvalget har vurdert hvorvidt tilsynsmyndigheten bør gå inn i en mer aktiv dialog med fagmiljøene hva gjelder utviklingen av faglige standarder. Tilsynsmyndighetene ville gjennom en slik dialog kunne vurdere en aktuell standard på flere måter:

- som fagmiljøenes egne interne anbefalinger
- ved å utgi dette som anbefalinger fra tilsynsmyndighetene og derved bidra til en erfaringsoverføring
- om en slik standard burde knyttes opp til regelverksutviklingen.

En slik rolle er ikke etablert for tilsynsmyndigheten i dag, men bør utvikles videre for å finne hensiktsmessige løsninger, bl.a. i forhold til hvordan kontakten med fagmiljøene skal være. Utviklingen av en slik rolle forutsetter at det settes av ressurser.

7.5.3 Systematisk tilbakemelding

Utvalget vil peke på to områder hvor sykehusene kan bedre informasjonen om resultatene av egen innsats. Det er gjennom å bedre den systematiske tilbakemeldingen fra primærhelsetjenesten, og gjennom systematisk tilbakemelding fra pasientene.

Sykehusene kan i samarbeid med primærhelsetjenesten skaffe seg en langt bedre innsikt i hva som er resultatene av egen virksomhet. Primærhelsetjenesten tar hånd om pasientene, og sørger for en stor del av oppfølgingen etter sykehusopphold. Gjennom dette arbeidet, og den langsiktige oppfølgingen av pasientene, har primærhelsetjenesten innsikt og informasjon som på en bedre måte kan nyttiggjøres av sykehusene enn i dag. Dette kan gjelde informasjon om komplikasjoner, infeksjoner etter operasjoner, resultater av behandlingsprogrammer o.l. Utvalget vil presisere at dette ikke må overdrives, f.eks. at informasjon om *alle* pasientene skal sendes til sykehusene. Sykehusene og primærhelsetjenesten må i samarbeid finne bestemte områder, eller pasientgrupper som er aktuelle for oppfølging og for systematisk tilbakemelding.

Det skal påpekes at selv om dette er et arbeid utvalget mener vil tjene både primærhelsetjenesten og sykehusene, og gi et mer effektivt helsevesen, vil det kunne være vanskelig å få de allmennleger med privat praksis tilstrekkelig involvert i slikt arbeid. Det bør derfor vurderes å legge opp refusjons- og takstsystemet slik at denne typen virksomhet kan gis et tilstrekkelig økonomisk incentiv.

Pasientene utgjør i dag på mange måter en ubrukt ressurs når det gjelder å skaffe informasjon om hvordan sykehusets tjenester ytes. Pasientene, og til en viss grad pårørende, har et førstehåndkjennskap til service som sykehusene på en langt bedre

måte kan bruke i internt forbedringsarbeid. Også på dette området vil sykehusene, etter utvalgets mening, kunne ha stor nytte av systematisk innsamling av informasjon om pasientopplevd kvalitet. Utvalget vil presisere at det er vesentlig at dette ikke utvikler seg til en rituell handling, der sykehusene gjennomfører jevnlig spørreundersøkelser, uten at dette brukes til annet enn en generell orientering internt i sykehusene. Ved noen sykehusavdelinger i Norge anvender man fokusgrupper, der tidligere pasienter intervjues gruppevis om sine erfaringer. Disse intervjuene brukes av ledelsen for å drive et praktisk rettet forbedrings- og endringsarbeid i avdelingen. Utvalget oppfatter dette å være en arbeidsmetodikk som korresponderer godt med «Pasienten først».

7.6 UTVALGETS FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak 7.1: Sykehusets tre hovedformål bør fastsettes i formålskapet i ny lov om spesialisthelsetjeneste

Bakgrunn for tiltaket er beskrevet i "[Formelt grunnlag for de tre hovedoppgavene](#)" i avsnitt 7.2

Det bør tas inn i formålsbestemmelsen i den nye spesialisthelsetjenesteloven en markering av at sykehusene har tre hovedoppgaver: pasientbehandling, utdanning og forskning. I dagens beskrivelse av formål vises det bare til pasientbehandling. En slik utvidelse av lovens formålsbeskrivelse vil gi sykehusledelsene et klarere grunnlag for å ta et helhetlig styringsmessig ansvar for resultatene som skal oppnås på disse to områdene.

Tiltak 7.2: Utvikling av sammenlignbare resultatindikatorer må utvides til å omfatte kvalitetsindikatorer i større grad enn i dag.

Bakgrunn for tiltaket er beskrevet i "[Resultatmål for sykehusenes aktiviteter](#)" i avsnitt 7.4

Utvalget foreslår at det i samarbeid med helsetjenesteforskningsmiljøene gjennomføres en kraftig satsing på å oppruste tverrgående informasjon om sykehusenes praksis og resultater, i tillegg til det som i dag er tilgjengelig i SAMDATA. Forslaget bygger på en antakelse om at gode sammenlignbare tall om hvilke resultater og kvaliteter som sykehusene frambringer, vil være en kraftig inspirasjon for forbedringsarbeid i sykehusene. Utvalget har ikke funnet det hensiktsmessig å tallfeste hva en slik satsing må utløse av midler, da dette vil avhenge av hva som skal gjøres, og hvordan.

Tiltak 7.3: Systematisk arbeid med metode- og praksisevaluering bør styrkes.

Bakgrunn for tiltaket er beskrevet i "[Fagmiljøene](#)" i avsnitt 7.5.1

Utvalget foreslår at det i tilknytning til det regionale samarbeidet i helseregionene opprettes midler som kan disponeres for systematisk arbeid med fagutvikling, metode og praksisevaluering. Utvalget vil foreslå at det settes av i størrelsesorden 15 millioner kr pr år i tre år, for alle helseregionene samlet. Helseregionene er forskjellige med hensyn til størrelse, antall fylker og sykehus m.m. Det foreslås derfor

at midlene som stilles til disposisjon for helseregionene (fylkene) baseres på en nøkkel som tar hensyn til den relative forskjellen mellom regionene.

Tiltak 7.4: Arbeidet med systematisk tilbakemelding fra primærhelsetjenesten bør intensiveres.

Bakgrunn for tiltaket er beskrevet i "[Tilsynsmyndighetene](#)" i avsnitt 7.5.2

Utvalget vil sterkt tilråde at det i samarbeidet mellom sykehusene og primærhelsetjenesten fokuseres på hvordan man kan bedre systematiske tilbakemeldinger om sykehusenes (kliniske) resultater. Dette kan omfatte grad av komplikasjoner, infeksjoner o.l. Utvalget vil presisere at dette ikke må utformes slik at man utvikler rapporteringssystemer som ikke kommer sykehusenes kvalitetsarbeid til nytte. Det vil derfor være behov for at man i samarbeidet mellom sykehusene og primærhelsetjenesten kommer fram til hva som skal rapporteres, hvordan, hvor hyppig og til hvem.

Tiltak 7.5: Sykehusene bør i større grad innhente systematisert informasjon fra pasienter om pasientopplevd kvalitet og service.

Bakgrunn for tiltaket er beskrevet i "[Tilsynsmyndighetene](#)" i avsnitt 7.5.2

Sykehusene har i dag ikke utnyttet den ressursen som finnes i en systematisering av pasientenes erfaring fra sykehusopphold, og pasientopplevd kvalitet. Sykehusene bør i sterkere grad bruke systematisk tilbakemelding fra pasientene i interne forbedringsprosesser.

KAPITTEL 8

Organisering, struktur og systemer**8.1 UTVALGETS VALG AV HOVEDSTRATEGI**

Intern organisering, struktur og systemer i sykehus har sammenheng med alle punktene i utvalgets mandat. Ivaretagelse av pasientens behov, pasientflyt, utnyttelse av fagpersonells kompetanse, ressursutnyttelse, samarbeid med primærhelsetjenesten og arbeidsmiljø, er alle forhold som er nært knyttet til intern organisering i sykehus. Utvalget er også bedt om å se på hvordan inndelingen i avdelinger og enheter kan bli mest mulig hensiktsmessig.

Utvalget har i *"Utvalgets problemforståelse"* i kapittel 6 (Utvalgets problemforståelse) pekt på sentrale problemer knyttet til intern organisering i sykehus, som berører alle punktene i utvalgets mandat. Utvalget har pekt på tre problemer i tilknytning til den interne organisering og arbeidsdeling: koordineringsproblemet, ansvarsproblemet og flaskehalsproblemet. Disse er nærmere beskrevet i avnitt 6.3.3.

Utvalget mener at de fleste norske sykehus vil kunne oppnå større effektivitet og kvalitet, og samtidig i større grad svare på pasientenes behov, ved å organisere deler av virksomheten annerledes enn i dag. Det bør derfor tas en gjennomgang av organiseringen ved hvert enkelt sykehus med tanke på å finne fram til de systemmessige endringene lokalt som vil føre til at sykehusets virksomhet blir organisert mer i tråd med de kriterier som ligger til grunn i «Pasienten først». Utvalget vil i *"Prinsipper for organisering"* i avsnitt 8.3.1 kort redegjøre for noen prinsipper som bør ligge til grunn i gjennomgangen av den interne organiseringen. For de fleste sykehus vil det ligge begrensninger i eksisterende bygningsmasse og økonomiske rammer, men utvalget mener at det til tross for dette er mulig for de fleste å gjennomføre endringer som bygger på noen av de prinsippene utvalget legger til grunn.

Utvalget har valgt å *ikke* foreslå noen bestemt organisasjonsmodell. Det er flere grunner til dette. For det første er det store forskjeller mellom sykehusenes størrelse, faglige funksjoner, pasientgrunnlag og organisasjonskultur. Det vil derfor ikke finnes én organisasjonsmodell som passer like godt for alle sykehus.

For det andre finnes det mye litteratur om organisatoriske løsninger i sykehus, og modeller som lanseres som løsningen på sykehusenes organisasjonsproblemer. Det har ikke vært mulig for utvalget å finne noen løsninger i dette mangfoldet som må anses å være den ene løsningen norske sykehus burde satse på. Utvalget vil også peke på at det i stor grad mangler dokumentasjon av effekter av ulike organisasjonsmodeller. På bakgrunn av dette er det beklagelig at relativt få av de organisasjonsendringer som gjennomføres på norske sykehus evalueres.

For det tredje må det erkjennes at vellykket organisasjonsendring i stor grad er avhengig av lokal forankring og lokalt eierskap til løsningene. Et konkret forslag til hvordan norske sykehus burde organiseres, vil bryte med denne erkjennelsen.

Utvalget vil understreke den betydningen som må legges på den lokale forankringen som endringer i intern organisering må bygges på. Utvalget vil i *"Styring, ledelse og ansvar i sykehus"* i kapittel 10 understreke det ansvaret ledelsen i sykehusene har for å identifisere og initiere nødvendige endringsprosesser. Hvis disse skal kunne utøve et slikt ansvar, må de gis legitimitet og autoritet som sentrale aktører i spørsmål om intern organisering i sykehus. Imidlertid må det stilles krav til mål og prinsipper for organisering slik at pasienten settes først. Dette må følges opp gjennom stimuleringsordninger og evaluering. Utvalget vil derfor foreslå en hovedstrategi i fire punkter:

1. Det må legges stor vekt på at sykehusene selv bør finne fram til en organisasjonsstruktur og systemer som på en bedre måte tjener pasientene og gir bedre ressursutnyttelse og bedre arbeidsmiljø. Utvalget utdyper dette synspunktet i "*Større selvstendighet for det enkelte sykehus*" i avsnitt 8.2.
2. Organisasjonsmodeller i sykehusene bør oppfylle de kriterier som ligger i «Pasienten først». Utvalget vil i "*Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus*" i avsnitt 8.3 angi noen mål og prinsipper sykehusene bør legge til grunn i valg av framtidig organisering. Disse prinsippene må finne sine konkrete løsninger lokalt i det enkelte sykehus.
3. Rollene for eiere og sentrale myndigheter må være å etterspørre bedre organisatoriske løsninger i sykehusene. I tilknytning til dette vil det være viktig at eiere, og spesielt de sentrale myndighetene, tar et ansvar for at organisatoriske endringsprosesser settes i et system og gjøres til gjenstand for evaluering. Dette er nærmere beskrevet i "*Program for intern organisasjonsutvikling for «Pasienten først»*" i avsnitt 8.3.2.
4. Utvalget vil også foreslå noen konkrete tiltak som kan bidra til organisatoriske forbedringer i sykehusene. Dette er tiltak som er rettet mot bedring av infrastrukturen i sykehusene, og faste kontaktpunkter for pasientene. Disse er nærmere beskrevet i "*Særskilte tiltak*" i avsnitt 8.4.

I tillegg til hovedstrategien vil utvalget også berøre to områder som er viktige for at sykehusene på en bedre måte kan fungere innenfor den helheten som helsetjenesten skal være.

- Det er behov for et bedre samarbeid mellom sykehusene og primærhelsetjenesten. Dette er nærmere beskrevet i "*Samarbeidet med primærhelsetjenesten*" i avsnitt 8.5, og i 7.5.3.
- Sykehusene har i dag ulike eiere, og disse er knyttet opp mot ulike arbeidsgiverorganisasjoner. Utvalget vil i "*Arbeidsgiverorganisering for sykehusene*" i avsnitt 8.6 drøfte i hvilken grad dette er en løsning som er god nok, eller om det kreves endringer.

8.2 STØRRE SELVSTENDIGHET FOR DET ENKELTE SYKEHUS

Utvalget mener at den ansvarlige ledelsen ved det enkelte sykehuset har de beste forutsetningene for å treffe organisatoriske valg om løsninger, og kan ikke se at helsepolitiske styringshensyn eller hensyn til faglig styring tilsier at departement, regjering og Storting eller fylkeskommunene bruker sine styringsmuligheter i organisasjonsinterne forhold i sykehusene.

De sentrale myndigheter og eieres styringsform må være å sette mål og etterspørre resultater, innenfor de overordnede helsepolitiske målsettinger. Hvis de griper inn i virkemiddelbruken, som intern organisering er, undergraves legitimiteten og autoriteten hos toppledelsen i sykehusene.

Eiere, myndigheter og de sentrale fagforeningene legitimerer gjensidig hverandres inngripen i det enkelte sykehus.

Utvalget mener at om sykehusets ledelse ved organisasjonsendringsprosesser gjennomfører en god dialog med de lokale fagforeninger og ansatte, vil dette være med på å sikre den lokale forankringen som utvalget mener er av stor betydning.

8.2.1 Nærmere om forholdet mellom sykehus og sykehuseier

Utvalgets mandat omfatter interne ledelsesmessige og organisatoriske forhold. I samsvar med dette vil utvalget ikke gå inn på noen fullstendig belysning eller vur-

dering av den organisatoriske relasjonen mellom sykehus og sykehuseier. Utvalget legger for øvrig til grunn at dette også vil bli vurdert i behandlingen av NOU 1996: 5 «Hvem skal eie sykehusene». På den annen side er det en så nær sammenheng mellom de rammebetingelser som følger av hvordan sykehuset er organisatorisk tilknyttet sin eier, og intern organisering og ledelse, at utvalget finner det riktig å kommentere problemstillingen.

Utvalgets utgangspunkt er at den organisatoriske løsning som velges må gi ledelsen ved sykehusene fullmakter som står i forhold til deres ansvar for resultatene og at driften skjer innenfor vedtatte rammer. Flere forhold medfører at denne ansvarsposisjonen blir tiltakende krevende, og at det derfor blir særlig viktig at fullmaktene er tilpasset ansvaret. Den økonomiske risikoen ved sykehusdrift har tiltatt, ved at en større andel av inntektene er relatert til gjennomførte aktiviteter eller ekstern etterspørsel. Ledelsen må derfor utvise kontinuerlig årvåkenhet i forhold til hvilke tiltak som må settes inn for at forutsatte inntekter skal oppnås. Medisinsk teknologi og metoder er under rask utvikling og krever omstillinger. Det er ennå uklart hvor stor praktisk betydning friere sykehusvalg vil få, men utvalget legger til grunn at også dette vil kreve skjerpet ledelsesoppmerksomhet. Slike forhold gjør at det er utvalgets klare oppfatning at evnen til omstilling og tempo i omstillingene vil få økt betydning for sykehusledelsene.

Utvalget mener at sykehusene i størst mulig grad må stilles fritt i valg av intern organisering og stillingsstruktur. Eieres og myndigheters styring må skje gjennom overordnede mål, og gjennom å etterspørre resultater. Eiere og myndigheter vil naturligvis spille en rolle i det regionale samarbeidet. Utvalget kan ikke se at dette vil inkludere styringen av sykehusets bruk av virkemidler og organisering, men kunne formuleres i de overordnede målene for sykehusene.

Det er i dag forskjeller mellom de ulike sykehuseierne på hvor store administrative fullmakter som er tillagt sykehusledelsene, f.eks. i hvilken grad stillings- og organisasjonsspørsmål må legges fram for eier. Det er to alternative veier å gå dersom sykehusledelsene skal få de tilstrekkelige fullmaktene. Enten ved at sykehusene organisatorisk skilles ut fra den statlige eller fylkeskommunale forvaltningen, og at de utvidede fullmaktene da vil være en nødvendig konsekvens av den organisatoriske endringen. Eller ved at dagens organisasjons- og tilknytningsformer opprettholdes, men at sykehuseierne – enten dette er stat eller fylkeskommune – gir administrative fullmakter til sykehuset, slik at ledelsen kan beslutte og gjennomføre endringer i organisasjonsstruktur eller stillingsstruktur.

Utvalgets flertall, medlemmene Heidi Børresen, Ellen Løken Børshem, Trond Gården, Jon Haffner, Yngve Haugstvedt, Hilde Jordal, Else Kielland, Trine Magnus, Wenche Frogn Sellæg, Vidar Oma Steine og Tom Inge Ørner, mener at det bør vurderes å skille ut sykehusene organisatorisk fra den ordinære statlige eller fylkeskommunale forvaltning. En slik organisatorisk utskillelse vil kunne ha som direkte effekt at sykehusledelsenes fullmakter i organisatoriske og administrative saker øker. I tillegg vil endringen også kunne ha en viktig symbolfunksjon, ved at den organisatoriske løsningen klarere viser helheten i sykehusledelsens administrative fullmakter.

Den klareste måten å gjøre dette på vil være å omdanne sykehusene til egne rettssubjekt, f.eks. i form av aksjeselskaper. Basisbevilgningen fra stat og fylkeskommunene måtte da gis som tilskudd til selskapet. Selskapets styrende organer vil ha ansvar for å bestemme og følge opp det enkelte års budsjett. Eiers styring vil skje gjennom å sette vilkår for bevilgningene, og gjennom styring i de formelle styringsorganene slik som generalforsamling. Med bakgrunn i at sykehusene i så stor grad drives gjennom bruk av offentlige midler, er dette flertallet i tvil om en så konsekvent organisatorisk fristilling er hensiktsmessig.

En annen form for organisatorisk fristilling er at sykehusene omdannes til tilskuddsinsitusjoner. Dette innebærer ikke at sykehusene blir gjort til egne rettssubjekter, men at de innenfor det samlede statlige eller fylkeskommunale forvaltnings-systemet får en friere organisatorisk stilling. Det vil si at eier hvert år bevilger et tilskudd til sykehuset, og at det er sykehusets ledelse som innenfor denne rammen fastsetter og har ansvar for gjennomføringen av budsjettet. Ved tildelingen av nettotilskuddet vil eier fastsette de resultatkrav og rammer som sykehuset skal forholde seg til. Det vil da være et ansvar for sykehusledelsen å foreta de disposisjoner som er nødvendige i forhold til fastsatte resultatkrav og rammer. Denne modellen forutsetter at det ikke skal være nødvendig for ledelsen å legge fram administrative spørsmål. Modellen vil altså klart markere at ledelsen har retten til å bestemme sykehusets organisasjon, og retten til å bestemme organisasjonens stillingsstruktur og foreta de drifts- og omstillingsbeslutninger som er nødvendige for at rammer og resultatkrav skal følges opp. En slik form for organisatorisk fristilling vil ikke innebære begrensninger i eiers adgang til å styre sykehusenes mål og prioriteringer. Sykehusene vil fortsatt være underlagt nasjonale helsepolitiske målsettinger, og helsepolitiske prioriteringer foretatt av eier. Modellen vil imidlertid legge et press på at styring skjer gjennom den årlige behandlingen av tilskuddsbevilgningen slik at mest mulig av eiers mål- og resultatstyring skjer gjennom de vilkår som settes for det årlige tilskuddet. Flertallet går ikke mer detaljert inn på hvordan en slik modell bør utformes, men framhever at det for å understøtte de styringsprinsipper som er nærmere omtalt i "*Overordnet styring av sykehusene*" i avsnitt 10.2 bør det sterkt vurderes om det både for statens og fylkeskommunenes sykehus bør gjennomføres organisatoriske fristillinger av sykehusene langs disse linjer.

Dersom det velges en slik løsning som utvalget her skisserer, vil en annen viktig problemstilling være om det på samme måte som i dag bør være det enkelte sykehus som skal utgjøre den organisatoriske enheten, eller om man bør samle alle sykehusene i ett fylke i samme enhet.

Utvalgets flertall, medlemmene Heidi Børresen, Ellen Løken Børnheim, Trond Gården, Jon Haffner, Yngve Haugstvedt, Hilde Jordal, Else Kielland, Trine Magnus, Wenche Frogn Sellæg, Vidar Oma Steine og Tom Inge Ørner, vil her framheve at det i flere sammenhenger vil gi verdi dersom sykehusene i ett fylke kan sees på som en driftsmessig enhet. Da vil det gjennom ledelsesbeslutninger kunne skje en fordeling av arbeidsoppgaver og også annen koordinering som kan bedre oppgaveløsningen. Dette kan praktisk sett tenkes gjort på flere måter. Enten ved at alle sykehusene gjøres til en virksomhet under felles styre og direktør, eller ved en mindre konsekvent ordning med at det etableres felles styre for fylkets sykehus. Med henvisning til at løsninger som her velges også må sees i sammenheng med de organisatoriske løsningene som velges for regionalt sykehussamarbeid, finner *dette flertallet* ikke grunnlag for å gå mer detaljert inn på valg av løsninger, men vil understreke at den løsningen som velges på en sterkere måte enn i dag, bør understøtte koordineringen av sykehusressursene i fylket.

Utvalgets mindretall, medlemmet Knut Pihl, er også av den mening at sykehusene skal ha størst mulig frihet både når det gjelder interne organisatoriske forhold og når det gjelder ressursdisponering. Det er imidlertid viktig å presisere at en slik frihet må skje innenfor de overordnede helsepolitiske mål som til enhver tid gjelder.

Hvordan sykehusene utvikler seg, hvilken struktur som velges, hvilke prioriteringer de legger til grunn, spesielt ved avvik i forhold til lagte planer, vil alltid være politiske temaer både lokalt og sentralt. Dette medlem velger å ta dette til etterretning og tror ikke det vil være mulig å avpolitiserer helse- og sykehuspolitikken gjennom spesielle organisatoriske grep. Det regionale samarbeid som den senere tid har utviklet seg i alle de fem helseregioner vil også miste noe av sitt gjensidige forplik-

tende preg ved å gjøre sykehusenhetene organisatorisk mer fristilt. *Dette medlem* mener på denne bakgrunn at sykehusenes grad av fristilling bør finne sted innenfor dagens struktur og organisasjon, men med meget vide fullmakter til sykehusledelsen. Slike fullmakter bør også omfatte frihet til å beslutte egen organisasjon, stillingsomfang og -struktur.

8.3 MÅL OG PRINSIPPER FOR INTERN ORGANISERING I SYKEHUS

Utvalget mener at følgende overordnede mål bør legges til grunn ved valg av organisatoriske løsninger på sykehus:

- *Økt verdiskapning.* Personalets tid og ressurser bør i størst mulig grad settes inn i pasientrettet arbeid. Målet må være å redusere tidsbruken på alt det som ikke direkte tjener pasienten.
- *Bedre kontinuitet.* Kontinuiteten bør bedres ved at pasientene i størst mulig grad kan beholde kontakt med samme personer, både på poliklinikk og ved innleggelser. Antallet personer som pasientene må forholde seg til i sykehuset bør reduseres.
- *Økt helhet.* Helhetsperspektivet kan bli bedre i sykehusene. Det er ikke bare sykdommen som trenger oppmerksomhet, men hele pasienten, familie, pårørende og omgivelsene påvirkes av sykdom.
- *Bedre arbeidsmiljø.* Utvalget mener at et godt arbeidsmiljø sikrer god pasientbehandling. Organiseringen må legge til rette for at utvikling og opplæring sikrer kunnskaper og respekt på alle nivåer. Samarbeidsrelasjoner må settes i fokus, og organiseringen må støtte opp om arbeidsfellesskap og arbeid mot samme overordnede mål.

8.3.1 Prinsipper for organisering

De målene som er som er angitt ovenfor kan utledes til et sett av prinsipper som i større grad bør legges til grunn ved utformingen av interne organisasjonsstrukturer i sykehus. Disse prinsippene er av generell karakter, og vil måtte gis ulik utforming i de ulike sykehusene.

- Organisering av kliniske enheter bør baseres på en analyse av pasientene og deres behov for behandling. Med dette menes at pasienten i størst mulig grad får gjennomført nødvendig behandling innenfor en organisatorisk enhet.
- Planlagt virksomhet bør i størst mulig grad skjermes fra øyeblikkelig hjelp. Også pasienter med kroniske lidelser vil kunne ha behov for et tilpasset og skjermet tilbud.
- Avdelinger bør i større grad ha kontroll over virkemidler som er nødvendige for å oppfylle funksjonen i forhold til en bestemt pasientkategori eller en bestemt oppgave.
- Enhver avdeling må sikre gode rutiner for kommunikasjon og samhandling med andre enheter man er avhengig av i sin oppgaveløsning.
- Organiseringen må sikre at informasjonen til enhver tid følger pasienten, uavhengig av eventuelle krysninger av avdelingsgrenser, og at nødvendige kommunikasjonskanaler og systemer er opprettet.
- Den enkelte enhets mål og oppgaver må være klare og synlige for alle medarbeidere i forhold til den helhetlige pasientbehandlingen. Organiseringen bør være slik at den gir alle medarbeidere et klart bilde av sammenhengen mellom de oppgaver de selv utfører og den helhetlige pasientbehandlingen.

Utvalget mener at mange sykehus med fordel bør vurdere sin egen organisering med utgangspunkt i de ovenforstående prinsipper. Utvalget mener at sykehuseier har et ansvar for å etterspørre en slik gjennomgang og en eventuell plan for forbedring.

Utvalget vil gå nærmere inn på to løsningsstrategier som kan relateres spesielt til de ovenforstående prinsippene: skjerming og integrering av tjenester.

8.3.1.1 Skjerming av virksomhet

Skjerming av virksomhet handler om å redusere uforutsette variasjoner i aktivitet og oppgaver, for å øke muligheten til å gjennomføre planlagt virksomhet. Argumentene for skjerming av virksomhet er:

- Dette kan gi pasienter et behandlingsforløp med en forutsigbarhet og kontinuitet som ikke er mulig når planlagte undersøkelser og operasjoner kan bli endret og utsatt som følge av at andre oppgaver, eller andre pasienter, forstyrrer det planlagte forløp.
- Gjennomføring av planlagt drift vil bli mer rasjonell og kostnadseffektiv uten de omstillingskostnader som uforutsette hendinger og forstyringer skaper.
- Skjerming kan også gi mulighet for å bedre kvaliteten av en bestemt oppgave eller funksjon. Ved at man kan drive den samme virksomheten sammenhengende og uten uforutsette avbrudd, kan man bedre kvalitet og produktivitet (øvelse gjør mester).

Det finnes også argumenter mot skjerming av virksomhet. I hovedsak er motargumentet at den *øvrige* virksomheten, som oftest i tilknytning til øyeblikkelig hjelp, forutsetter en beredskap som skaper slakk (ledige ressurser), som kunne vært utnyttet til elektiv virksomhet om denne ikke hadde vært adskilt og skjermet fra øvrig virksomhet. Ved å slå sammen planlagt og ikke planlagt virksomhet, regner man med å få utnyttet den samlede kapasitet bedre og mer effektivt. Gjennom skjerming av en egen virksomhet etableres det ofte parallelle arbeidsteam. Det stilles så store krav til volum for å kunne forsvare bruken av parallell drift (skjermet og ikke-skjermet) at det i de færreste tilfellene vil vise seg å være kostnadseffektivt.

Skjerming av planlagt virksomhet

Utvalget mener at det i større grad må tas sikte på å skjerme deler av virksomheten enn det som gjøres i dag. Det må foretas en avveining i hvert enkelt tilfelle av i hvilken grad man klarer å utnytte fordelene med skjerming, uten at ulempene blir for store. Dette er avhengig av hvordan den konkrete utformingen blir. Det vil være tre hovedløsninger, som eventuelt også kan kombineres:

- *Skjerming av drift i det enkelte sykehus:* Den ene måten å skjerme virksomhet på er å skille ut (en del av) sykehusets planlagte virksomhet og etablere eget personell, rom og utstyr som trengs for å kunne gjennomføre den planlagte virksomheten. Dette kan gjøres helt eller delvis ved f.eks. å ha egne operasjonsstuer og oppvåkningssenger for dagkirurgi.
- *Skjerming gjennom prosjektarbeid:* En annen måte å skjerme en egen virksomhet på er å gjennomføre planlagt virksomhet i egne tidsavgrensede prosjekter. Dette vil da lettere kunne gjøres uten at man endrer så mye på den daglige driften i sykehuset som en permanent skjerming gjennom parallell drift vil innebære. En rekke sykehus har etter hvert gjort erfaringer med å gjennomføre en avgrenset oppgave i egne prosjekter.
- *Skjerming gjennom funksjonsfordeling mellom sykehus:* Problemet med å oppnå store nok volum som kan forsvare en skjerming av planlagt virksomhet,

vil kunne møtes ved å se på virksomheten for et fylke eller en region under ett. Dels vil en samling av akutfunksjoner redusere behovet for å etablere beredskap for øyeblikkelig hjelp, dels vil man kunne samle virksomhet til færre sykehus, noe som øker volumet av planlagt virksomhet og økt potensiale for at skjermet virksomhet gir kvalitetsbedringer og mer kostnadseffektiv drift. Dette er spesielt aktuelt for sykehus som geografisk ligger nær hverandre.

Observasjonsenhet i mottagelsen

Utvalget ser klare fordeler ved observasjonsenheter i tilknytning til mottagelse i sykehus som har akutt beredskap.

Det er ikke alltid mulig å vurdere sykdomsforhold og alvorlighetsgrad i løpet av en enkelt undersøkelse. Pasienter som ankommer med usikker diagnose kan etter et kort opphold i en observasjonsenhet få en bedre avklaring, slik at diagnose kan stilles med større sikkerhet. Observasjonsenheter vil kunne tjene flere formål:

- De vil kunne gi en kvalitetsforbedring og/eller forhindre innleggelser i sengepostene, fordi tilstander som trenger nærmere avklaring kan avklares i løpet av få timer i mottagelsen. Pasienter som sendes hjem vil da også eventuelt kunne få lagt en plan for senere poliklinisk konsultasjon og utredning.
- På disse enhetene kan pasienter mottas, utredes og observeres på vakttid, slik at sengeavdelingene får mindre pågang av nye pasienter på kveld og natt. Dette gir bedre muligheter for planlegging av bemanning.

8.3.1.2 Integrert behandling – desentralisering av funksjoner

Behandlingen av pasienter skjer stort sett innenfor avdelinger som er inndelt etter de medisinske hovedspesialiteter. Med mindre pasienten har et sammensatt sykdomsbilde, vil den medisinske behandlende kompetansen dekkes innenfor den avdelingen som pasienten er innlagt ved.

Den funksjonelle inndelingen av sykehus gjelder også servicefunksjonene. De medisinske servicefunksjonene som er nødvendige i undersøkelse og behandling av de fleste pasientene, som laboratoriefunksjonene, røntgen, anestesi og operasjon, er oftest organisert i egne sentrale avdelinger. Dette har klare fordeler for opplæring, faglig utvikling, intern fleksibilitet og muligheten for å utnytte stordriftsfordeler. Imidlertid har dette også den konsekvens at de ulike aktivitetene som i sum utgjør pasientbehandlingen ivaretas av flere ulike avdelinger som hver for seg søker å optimalisere sin egen funksjon. Dette kan gi mindre optimale pasientforløp i sykehus og overforbruk av enkelte servicetjenester. En sentralisering av funksjoner gir en intern avhengighet mellom avdelinger som gjør at forsinkelser og forstyrrelser i en avdeling vil kunne forplantes til store deler av sykehuset. Etter hvert som sykehusene blir stadig større kan også en slik organisering gi en kompleksitet som gjør at virksomheten blir uoversiktlig og at koordineringskostnadene øker.

En økt integrasjon av tjenester og funksjoner i tilknytning til de pasientbehandlende enhetene innebærer at flere funksjoner som pasienten trenger styres fra den avdelingen som har ansvaret for pasienten. Dette gir mulighet til å forbedre pasientflyten og redusere tid og ressurser som går med til koordinering, informasjonsutveksling og dokumentasjon på tvers av avdelingsgrenser. En større samling av tjenester under en felles ledelse kan gi en bedre ressursutnyttelse. For pasienten kan dette gi økt kontinuitet og helhet i behandlingen. Hver enkelt som utøver delfunksjoner kan lettere se sammenhengen mellom den aktiviteten de selv gjør, og helheten i pasientbehandlingen. Dette kan bedre oppslutningen om felles mål.

En mulig ulempe ved en desentralisering av servicefunksjoner er at de faglige miljøene kan bli oppsplittet. Dette kan ha en negativ effekt på faglig utvikling og opplæring. I den grad man desentraliserer funksjoner til andre avdelinger, vil man også kunne dublere utstyr og personer, noe som medfører økte kostnader. Det vil også kunne gi problemer med å gjennomføre vaktordninger.

Det vil aldri være mulig eller ønskelig å desentralisere alle funksjoner. De mest kostbare og spesialiserte funksjoner vil måtte være sentraliserte. Det vil derfor som regel være snakk om å desentralisere rutinefunksjoner som utgjør volum. Også andre funksjoner, kontorfaglige funksjoner, renholdsfunksjoner og andre servicefunksjoner vil være aktuelle å vurdere for desentralisering.

Utvalget vil understreke at målet er å få et mer integrert behandlingsforløp for pasientene. En eventuell desentralisering av funksjoner er et mulig virkemiddel. Det er også mulig å få til mer integrerte behandlingsforløp uten å gå til det skritt å desentralisere funksjoner geografisk og administrativt. Økt integrasjon vil altså kunne gjøres langs en skala fra (tradisjonell) funksjonell organisering til avdelinger som fungerer som selvstendige «minisykehus». Det vil kunne være ulike grad av geografisk og administrativ desentralisering, for ulike funksjoner og oppgaver. Dette gjør at man kan oppnå økt integrasjon innen bestemte områder uten å endre radikalt på geografisk plassering og administrativ organisering.

Utvalget mener at det i de fleste sykehusene bør vurderes nærmere hvordan man kan bedre pasientflyten og kontinuiteten gjennom større grad av integrering av de ulike funksjoner. I hvilken grad, og for hvilke funksjoner, vil avhenge av pasientgrupper, volum og ikke minst sykehusets størrelse. Dess større sykehuset er, dess større vil sannsynligvis gevinsten være av å øke integrasjonen gjennom desentralisering av funksjoner.

8.3.2 Program for intern organisasjonsutvikling for «Pasienten først»

Utvalget har innledningsvis presisert at organisasjonsendringer bør forankres og helst initieres lokalt. Samtidig har utvalget pekt på at sykehusene bør foreta en gjennomgang med utgangspunkt i de prinsippene utvalget har beskrevet. Sykehuseierne må ta et ansvar for å etterspørre sykehusets evaluering og plan for forbedringer.

Myndighetenes og eiernes rolle vil derfor være å stimulere til de endringsprosesser som er ønskelige, og ikke pålegge dem. Slike stimuleringsordninger var tidligere organisert i Sosial- og helsedepartementet under Sekretariatet for modernisering og effektivisering i helsesektoren (SME). Dette ble nedlagt i 1994.

Utvalget mener at Sosial- og helsedepartementet på dette området må ta et overordnet strategisk lederskap, og vil foreslå at det opprettes et eget program for intern organisasjonsutvikling i sykehus. Dette programmet bør ledes av et programstyre, der Sosial- og helsedepartementet selv tar del, og der Sosial- og helsedepartementet inviterer Kommunenes sentralforbund og fylkeskommunen til å være representert. De sentrale fagforeningene og representanter fra brukeren bør også trekkes inn, eventuelt som referansegrupper for programstyret. Programmets formål må være å skaffe dokumenterte erfaringer fra endringsprosesser i sykehus, som kan øke kunnskapen og læringen om hvordan sykehusene på en bedre måte kan organisere for «Pasienten først». Dette kan gjøres ved at programmet engasjerer seg i utviklingsprosjekter i noen sykehus som følges opp med nødvendige støtteordninger, og som blir gjenstand for en evaluering. En slik evaluering kan ses i sammenheng med utvikling av bedre resultatmål, som er beskrevet i *"Mål, resultatopfølging og kvalitetsutvikling"* i kapittel 7.

Dette programmet bør disponere i størrelsesorden 100 millioner kroner i en periode på fem år.

8.4 SÆRSKILTE TILTAK

Utvalget har som en hovedtilnærming valgt å ikke foreslå konkrete tiltak knyttet til intern organisering i sykehus, med den begrunnelse at dette bør forankres i det enkelte sykehus, og tilpasses til lokale forutsetninger og forhold. Utvalget har så langt lagt til grunn mer generelle prinsipper for organisering i sykehus. I dette avsnittet vil utvalget imidlertid beskrive noen tiltak av konkret karakter som bør gjennomføres i det enkelte sykehus.

Disse tiltakene står på egne ben, men de vil også støtte opp under de mer generelle prinsippene utvalget presenterte i "*Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus*" i avsnitt 8.3. En bedring av infrastrukturen kan begrunnes både ut fra behovet for en dreining over mot økt verdiskapning i sykehusene, ut fra ønsket om økt kontinuitet i pasientbehandlingen, og ut fra behovet for bedre arbeidsmiljø. Forslaget om pasientansvarlig lege og pasientansvarlig sykepleier er i hovedsak begrunnet ut fra behovet for å bedre kontinuiteten i pasientbehandlingen. Forslaget om økte krav til skrevet plan for hvert pasientopphold er også begrunnet ut fra behovet for bedre kontinuitet i pasientbehandlingen, men også ut fra at man gjennom bedre planlegging skal kunne utnytte ressursene mer rasjonelt, og derfor øke verdiskapingen totalt sett.

8.4.1 Bedring i sykehusenes infrastruktur

Det har vært et press på økonomien i norske sykehus de siste 10-15 årene. Dette har medført at en har fokusert på de tiltak som har direkte effekt på behandling og diagnostikk. I denne situasjonen har det vært vanskelig for sykehusene å få til en økt satsing på infrastrukturen i sykehusene. Dette har gitt seg et utslag av etterslep på to områder.

Ved opprettelse av nye lege- og sykepleierstillinger må en ta hensyn til behovet for nye kontorfaglige stillinger. Dette er ikke alltid gjort. Det har derfor etter hvert oppstått en kraftig underdekning av kontorpersonale i norske sykehus. Det har samtidig vært et økende behov for kontorfaglige funksjoner i sykehusene. Det kjøpes varer og tjenester for betydelige beløp, og kravene til profesjonell personaladministrasjon har økt. Sammen med økte dokumentasjonskrav i tilknytning til pasientrettet arbeid har dette i sum ført til et betydelig behov for kontorfaglige tjenester.

Det har ikke vært en gjennomført satsing på informasjonsteknologi. Dette har gitt seg utslag i mangler i utstyr og infrastruktur i sykehusene, men også i kunnskapen om hvordan informasjonsteknologi kan brukes som et hjelpemiddel i sykehusenes virksomhet.

Det kan synes som et paradoks at sykehusene på den ene siden har tatt i bruk de fremste virkemidler som moderne teknologi kan framskaffe i behandling og diagnostikk av pasienter, samtidig som sykehusene ligger langt etter resten av samfunnet i å utnytte moderne informasjonsteknologi til å effektivisere og rasjonalisere den daglige driften. Utvalget vil ikke gi seg inn i en dypere analyse av dette paradokset, men tillater seg å fastslå at både primærhelsetjenesten og samfunnet for øvrig på en del områder har kommet betydelig lenger i å dra nytte av informasjonsteknologi enn det man har i sykehusene.

8.4.1.1 Kontorfaglige funksjoner

Norske sykehus er for dårlig bemannet og utrustet på kontorsiden for å tilfredsstille de krav som stilles til disse funksjonene i dagens samfunn. Dette fører blant annet til at profesjonene i sykehusene ikke får den støtte de trenger til å utføre sitt arbeid på en optimal måte. Det hevdes at en for stor del av fagprofesjonenes arbeidstid og

innsats i sykehusene går med til å gjøre arbeid som et godt utbygd administrativt støtteapparat kunne ha gjort bedre og mer effektivt. Det er en lite rasjonell utnyttning av personalets kjernekompetanse. Utvalget mener at dette er et av de viktigste områdene der en målrettet innsats er nødvendig for å få bedret effektiviteten og utnyttelsen av sykehusene. Utvalget mener også at en satsing på dette området vil komme pasientene til nytte ved bedre og raskere service fra sykehusene, og økt virksomhet fordi personalet i større grad får utnyttet sin tid til det arbeidet der de har sin spesialkompetanse. Utvalget mener at disse funksjonene ikke har hatt det fokus som de burde ha hatt. Det er derfor på dette området at behovet for økt økonomisk innsats er mest påkrevet.

Det moderne sykehus har skapt nye behov for et bedre støtteapparat rundt spesialistene. Det behandles flere pasienter i norske sykehus enn noen gang før. Selv om mange av disse pasientene behandles poliklinisk, er behovet for dokumentasjon, registrering og kommunikasjon av nødvendige opplysninger større enn tidligere. Kravet til kvalitet på disse tjenestene er også større enn før.

De medisinske prosedyrer og det arbeid som gjøres med den enkelte pasient, er mer komplisert enn tidligere. Antallet faktiske opplysninger som vedrører hver enkelt konsultasjon og innleggelse er mangedoblet i løpet av få år. Alle disse opplysningene skal samles, redigeres, behandles og lagres. Dette gjøres i dag best ved hjelp av informasjonsteknologi. Det er imidlertid også et stort behov for kvalifisert personale til å ta hånd om disse oppgavene. Hver enkelt person innenfor de medisinske profesjoner genererer et behov for kontorstøtte. Denne støtten har ikke i tilstrekkelig grad blitt fulgt opp etter hvert som bemanningen i disse profesjonene har økt.

En oppgradering av de kontorfaglige funksjonene handler i første rekke om å utvikle et personale med kompetanse til å håndtere en bredde av kontorfaglige funksjoner, samt kompetanse til å utnytte informasjonsteknologien på en bedre måte. De kontorfaglige tjenestene vil utgjøre støttefunksjoner for det øvrige personalet i sykehusene. Utvalget vil understreke betydningen av at de samlede kontorfaglige og kommunikasjonsmessige funksjonene underlegges tilstrekkelig ledelsesoppmerksomhet og forankring. Det bør være en klar lederoppgave å sikre at infrastruktur og systemer for disse støttefunksjonene fungerer optimalt for å bidra til å løse avdelingens oppgaver. Videre er det en hovedoppgave å sikre kommunikasjonen både internt i avdelingen og mellom avdelingen og øvrig samarbeidende ledd i og utenfor sykehuset. Utvalget vil anbefale at en person i avdelingen har det faglige ledelsesansvaret for disse funksjonene, og at vedkommende bør vurderes representert i avdelingens ledergruppe.

8.4.1.2 IT

Utvalget ser en del uavklarte forhold rundt lagring og formidling av pasientdata som setter begrensninger i utnyttelsen av teknologien. Det er viktig at disse problemene finner sin løsning. Man kan imidlertid også registrere at det har vært lite samordning av innsatsen på dette området. Det finnes f.eks. en rekke pasientadministrative systemer i bruk. Dette skaper problemer for felles løsninger. På samme måte er det gjennomført flere felles utviklingsprosjekter mellom sykehus, men utviklingen har i liten grad vært styrt, og det kan se ut som den kunnskap som etter hvert har blitt aggregert i miljøene bare i liten grad har kommet ut til andre. Det har rådet uklarhet omkring bruk av informasjonsteknologi på tross av at den økonomiske innsatsen samlet har vært betydelig. Samtidig har utvalget registrert at en del sykehus har utviklet systemer som et stykke på vei er til hjelp i daglig virksomhet.

Utvalget vil understreke at utviklingen av IT-løsninger og infrastruktur i sykehusene må understøtte kommunikasjon med primærhelsetjenesten, også når det gjelder informasjonsutveksling i elektronisk format.

8.4.1.3 Oppsummering – behovet for et nasjonalt løft

Utvalget mener at en betydelig innsats er nødvendig for å oppnå en tilfredsstillende infrastruktur i norske sykehus. På dette området vil utvalget derfor foreslå at det settes av et beløp i størrelsesorden 1 000 millioner kroner over en periode på to til tre år. Dette er midler som bør gå til investering i utstyr, linjer og utvikling av programvare som kreves for at IT-funksjonen blir god nok. I tillegg må midlene gå til å opplæring og utvikling av personale med de kvaliteter som sykehusene trenger. Det vil som følge av denne satsingen være naturlig å ansette flere personer som er dyktige innen det kontorfaglige området. Disse bør i størst mulig utstrekning ansettes på avdelingsnivå i sykehus. Som et tegn på at denne satsingen har vært riktig, mener utvalget at det innen 1. januar 2000 må stilles krav til sykehus om at epikrise alltid må følge pasientene ved utskrivning.

8.4.2 Pasientansvarlig lege

Behovet for *en* lege å forholde seg til er klart formulert fra mange pasienter. For pasienter i psykiatriske institusjoner har dette fungert bra, men på somatiske sykehus kan sykehusorganisasjonen virke stor og uoversiktlig for pasientene. På samme måte kan ansvaret oppleves som uklart og ikke knyttet til enkeltpersoner. Mengden av transaksjoner i sykehuset virker forvirrende på alle som ikke selv inngående kjenner sykehuset, dets organisasjon og struktur. For syke mennesker kan dette gi opphav til avmaktsfølelse og uklare forestillinger om hvem som har ansvaret for behandlingen. Utvalget anser at et av de viktigste tiltak for å bedre pasientenes situasjon i sykehuset derfor er å innføre et klart definert forankringpunkt for den enkelte pasient. Dette kan oppnås ved å innføre en pasientansvarlig lege. Dette er en navngitt lege som er pasientens faste lege gjennom hele sykehusoppholdet. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne legen er behandlende lege og at han/hun tar seg av koordinering av undersøkelser og behandling, planlegging og kommunikasjon i forhold til pasient, pårørende, primærhelsetjeneste og eventuelt andre institusjoner dersom videre henvisning er nødvendig (se også 8.4.4).

Utvalget mener at en slik ordning kan føre til at ansvarsforholdene blir mer oversiktlige, at pasientene føler seg tryggere, og at pasientflyten i sykehusene kan bedres. Det at framdriftsansvaret for hver pasient legges til en navngitt person vil ofte gi en bedre planlegging og koordinering av oppholdet.

Ordningen med en pasientansvarlig lege ble innført i Sverige i 1991 i lovs form. Ordningen er ikke endelig evaluert, men synes å være et virkemiddel for å bedre pasientenes situasjon i sykehusene.

Tiltaket vil også gjøre det lettere med kommunikasjon både til pasienten selv, pårørende og videre til primærhelsetjenesten. Det vil med en slik ordning sjelden være tvil om hvem man skal henvende seg til under oppholdet, og det vil være lettere å finne fram til rett person når man henvender seg til sykehuset utenfra. Muligheten for inkonsistent informasjon fra forskjellige fagfolk vil også bli redusert.

Utvalget vil foreslå at det forskriftsfestes en ordning med pasientansvarlig lege. Dette bør også vurderes innarbeidet i den nye loven for spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet er at pasientansvarlig lege skal utgjøre et fast kontaktpunkt for pasienten. Konkret gjennomføring av en slik ordning, herunder hvilke andre opp-

gaver og ansvarsområder som i tillegg skal knyttes til oppgaven, bør være opp til medisinsk faglig ansvarlig.

8.4.3 Pasientansvarlig sykepleier

Utvalget vil også foreslå at det gjennomføres en lignende ordning for pleietjenesten på sengepostene. Intensjonen med en slik ordning må være at pasienten i størst mulig grad må ha en bestemt sykepleier å forholde seg til som sitt faste kontaktpunkt. Det vil være noen forskjeller i forhold til en ordning med pasientansvarlig lege. Den pasientansvarlige lege vil i stor grad ha et koordinerende ansvar på tvers av poliklinikker, sengeposter og avdelinger. Pasientansvarlig sykepleier vil ha en koordinerende funksjon i forhold til de tjenester pasienten får under et opphold på en sengepost, som ikke naturlig hører inn under pasientansvarlig leges koordinerende ansvar.

Ved en rekke sengeposter har man i dag utviklet ordninger som på mange måter fyller intensjonen med pasientansvarlig sykepleier, bl.a. i de sengeposter som har prinsipper for primærsykepleie. Det vil kunne være behov for å tilpasse vakt- og turnusplaner for at kontinuiteten i forhold til pasienten skal bli best mulig. Utvalget har ikke funnet det riktig å gå inn i hvordan intensjonen med pasientansvarlig sykepleier best kan gjennomføres i praksis, men mener at dette bør avgjøres av den som har et sykepleiefaglig ansvar i avdelingen.

Utvalgets medlem Ellen Løken Børsheim vil foreslå at det, i likhet med ordningen med pasientansvarlig lege, forskriftsfestes en ordning med pasientansvarlig sykepleier og at det også bør vurderes innarbeidet i den nye loven for spesialisthelsetjenesten.

8.4.4 Behov for planlegging av sykehusopphold.

Noe over 60% av alle sykehusopphold skjer uten forutgående søknad. For resten av sykehusoppholdene er imidlertid mulighetene for planlegging og tilrettelegging av undersøkelser og behandling før innleggelsen mulig. Det er varierende hvor detaljert slik planlegging kan være. Likevel er det slik at de fleste pasienter har sykdommer der sykehusopphold følger et ensartet forløp. Det er derfor i mange tilfeller mulig å forutsi hvilke undersøkelser, behandling og tiltak som vil bli aktuelle under et planlagt sykehusopphold. Mange sykehus har i dag god planlegging og følger faste rutiner som gir en effektiv gjennomføring av sykehusoppholdene. Utvalget mener likevel at de fleste sykehus enda har et potensiale for forbedring. For pasientene vil en skrevet plan som foreligger før innleggelsen, gjøre planlegging av private forhold som påvirkes av sykehusoppholdet enklere. Samtidig vil oversikt over det som skal skje, gi en større trygghet og mulighet for mental forberedelse.

Også sykehusopphold som starter uten forutgående søknad kan planlegges fra det øyeblikk pasienten kommer til sykehuset. En forutsetning for at slik planlegging skal bli god og effektiv, er at legen som har ansvaret for den første undersøkelsen av pasienten, har tilstrekkelig kompetanse og erfaring. Det oppfattes av mange som et paradoks at det ofte er de minst erfarne legene som først tar imot de dårligste pasientene og tar ansvaret for planlegging og utredning av disse. Det å ha spesialister som umiddelbart etter ankomsten til sykehuset kan undersøke pasientene og planlegge nødvendige tiltak, gir bedre grunnlag for en effektiv og trygg gjennomføring av aktivitetene.

Utvalget vil foreslå at det forskriftsfestes at det før hvert sykehusopphold skal foreligge en plan for planlagte opphold som sendes til pasient sammen med innkalling. Utvalget mener også at det for pasienter som innlegges som øyeblikkelig

hjelp, bør foreligge plan for undersøkelse og behandling kort etter ankomst til sykehuset. Denne planen må gjøres tilgjengelig for pasient så snart den foreligger, i en form som pasienten forstår. Utvalget mener at den pasientansvarlige legen bør se pasienten kort etter ankomst til sykehuset, og at han/hun også må være ansvarlig for at planen for oppholdet utarbeides, gjøres tilgjengelig og oppdateres.

8.4.5 Organisering av sykehoteller

For å finne mer hensiktsmessige løsninger på en situasjon der stadig mer behandling gjøres poliklinisk og dagkirurgisk, er det opprettet sykehoteller ved flere norske sykehus. Sykehotellene tilbyr pasienter og pårørende overnatting i sykehuset, eller i sykehusets umiddelbare nærhet, der kun hotellfunksjonen dekkes. Det betyr at de dekker et behov for overnatting for pasienter som er friske nok til å ta vare på seg selv. Følgende pasientgrupper vil kunne ha nytte av sykehotellene:

- Pasienter som gjennomgår langvarige behandlingsopplegg, f. eks. kreftpasienter som får strålebehandling eller cellegiftkurer.
- Langveisfarende pasienter som skal til planlagt behandling og/eller utredning, der sykehotellet gir en overnattingsmulighet i sykehuset.
- Pasienter som har vært til dagbehandling og som normalt burde ha kunnet reise hjem, men der alder, avstand, reisemåte eller sosiale forhold gjør det ønskelig for pasienten å få vær i sykehusets nærhet lenger enn det som ville ha vært nødvendig av rent medisinske årsaker.
- Pårørende til pasienter som har en lang reise til hjemsted, eller av andre årsaker bør få tilbud om overnatting ved et pasienthotell.

Innføringen av slike enheter kan ha faglige begrunnelser der de understøtter muligheten for en mer rasjonell og faglig riktig drift. Det vil være geografiske variasjoner med hensyn til i hvilken grad det vil være behov for slike enheter og hvor store de bør være. En effekt av slike enheter er at pleietyngden på sykeavdelingene øker fordi de letteste pasientene ikke lenger er innlagt i avdelingene. Ved planlegging og prosjektering må en være oppmerksom på slike effekter.

Det er ved enkelte sykehus også planlagt å ta i bruk sykehotell for pasientgrupper som i dag ligger inne ved ordinære sengeposter.

Utvalget vil anbefale at alle sykehus vurderer i hvilken grad sykehotell vil kunne gjøre driften mer rasjonell og i hvilken grad det finnes behov for slike fasiliteter for pasienter og pårørende. Utvalget mener at en rekke norske sykehus ville ha nytte av å bygge ut sykehoteller.

8.4.6 Økonomiske incitamenter for poliklinikk og dagkirurgi

Utvalget vil påpeke at refusjonstakstene for poliklinikk og spesielt dagkirurgi må vurderes nøye i tilknytning til innføring av innsatsstyrt finansiering. Det er viktig ikke å komme i en situasjon der sykehusene får større økonomisk uttelling for å legge inn pasienter som med fordel kunne vært behandlet dagkirurgisk.

8.5 SAMARBEIDET MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Utvalget har registrert at det fra flere hold framheves at samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehusene kunne ha vært bedre. I utgangspunktet bør helsetjenesten oppfattes som et helhetlig system som skal tilby befolkningen helsetjenester som holder god kvalitet, og som har en slik kapasitet at behovene dekkes innenfor rimelige ventetider.

I forholdet mellom 1. og 2. linjetjenesten har primærlegene og pasientene i stor grad vært etterspørrere mens sykehusene har svart på etterspørselen. I en monopol-situasjon, og med en etterspørsel som overstiger kapasiteten, har presset på sykehusene gått i retning av å ordne køene. Det har ikke vært konkurranse, og fritt valg av sykehus har vært begrenset eller ikke til stede.

I en slik situasjon har maktforholdene vært veldefinerte. De har også blitt støttet av en tradisjonell prestisjetenkning som har gitt spesialistene fortrinn framfor primærlegene. Dette bildet har endret seg. Spesielt kan det synes som om innføringen av spesialitet i allmennmedisin og samfunnsmedisin og akademisering av disse fagene har ført til en utjevning i styrkeforholdet.

Kommunikasjonen begge veier framheves som et problemområde. Sykehusene opplever at den informasjonen som de får fra primærlegene er for dårlig som planleggingsgrunnlag for videre arbeid med pasientene. Dette medfører dårlig eller mangelfull planlegging. Primærlegene opplever at informasjonen tilbake fra sykehusene er for dårlig, og ikke slik at de trygt kan ta over ansvaret for oppfølgingen av pasientene. Informasjonen er oftest ikke for hånden når den trengs mest, nemlig umiddelbart etter at sykehusbehandlingen er avsluttet.

Samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten bør forbedres. Det finnes bare i liten grad felles behandlingsprogrammer, og i den grad slike finnes, blir de ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp. Dette fører til en inkonsistens i pasientoppfølgingen. Det er også slik at mye arbeid som alt er gjort i primærhelsetjenesten legges til side ved innleggelse og konsultasjoner ved poliklinikker, og gjøres på nytt i sykehuset. Dette er i stor grad unødig dobbeltarbeid.

Kapasiteten på sykehusenes poliklinikker er for dårlig. Dette medfører lange ventetider og frustrasjoner hos primærleger og pasienter. Dette kan føre til øyeblikkelig hjelp-innleggelser som kunne ha vært unngått. Dette gjør at de totale ressursene ikke utnyttes optimalt, idet innleggelse er mer ressurskrevende enn polikliniske undersøkelser.

Kvaliteten på arbeidet på poliklinikkene holder ikke alltid den faglige standard som er ønskelig. Iblant kan kompetansen være høyere hos den legen som henviser enn hos den som tar seg av pasienten i sykehuset. Slikt oppleves som meningsløst for den som henviser, og det fører til unødig ressursbruk og forlenget rundgang for pasienten i systemene. Det er derfor viktig at det settes minimumskrav til erfaring og kompetanse hos de legene som bemanner poliklinikkene.

Følelsen av å arbeide innenfor et system som har felles målsetting om å arbeide sammen for pasientenes helse er ofte dårlig utviklet. Ofte blir partene stående som motpoler med forskjellige interesser. Dette kan føre til uhensiktsmessig adferd. Der sykehusleger og primærleger treffes regelmessig og kjenner hverandre, har en erfaring for at samarbeid og samhandling blir mye bedre. Slike enhetlige miljøer har en kunnet skape rundt noen mindre sykehus. I forhold til de store sykehusene må en bruke andre virkemidler. Her har en sett god effekt av å opprette stillinger for allmennpraktikere i sykehusene.

Pasienter med kroniske sykdommer blir ikke godt nok ivaretatt i helsevesenet. I denne pasientgruppen kan en også innlemme geriatiske pasienter, selv om deres sykdommer ikke nødvendigvis er av kronisk karakter. De fleste psykiatiske pasienter kommer også i denne gruppen. Alle disse pasientene har et vedvarende behov for en fast tilknytning til helsevesenet. Fokus har lett for å bli rettet mot et lite antall pasienter med sykdommer som har høy prestisje. Det er også vanlig at virksomheter med ytre dramatikk knyttet til seg har lettere for å få gjennomslag i budsjettdiskusjoner enn den virksomheten som er knyttet til pasienter med livslangt forhold til helsevesenet. Det er primærhelsetjenesten som har hovedoppgavene i den daglige omsorg for de fleste av disse pasientene, men for mange er en forankring i

sykehusene nødvendig av faglige hensyn. Samarbeidet rundt disse pasientene blir derfor viktig. Det finnes en rekke enkelttiltak rundt i landet som viser at en helhetlig tankegang og et tverrfaglig samarbeid rundt disse store pasientgruppene kan være fruktbart. Slikt tverrfaglig samarbeid må understøttes både økonomisk og praktisk.

På sykehusene oppleves det ofte som et problem at ferdigbehandlede pasienter ikke kan skrives ut fordi hjemkommunen ikke kan gi pasienten et nødvendig tilbud. En pasient er ferdigbehandlet når det foreligger en medisinsk-faglig vurdering som konkluderer slik. Sykehusenes primæroppgave er behandling, og sykehusene kan i utgangspunktet ikke påta seg rene omsorgs- og pleiefunksjoner. Utvalget mener at det bør arbeides videre med å finne bedre rutiner og opplegg for hvordan pasientene skal kunne skrives ut fra sykehusene til adekvat omsorgstilbud i kommunal regi.

8.5.1 Oppsummering

Samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjensten bør bli bedre. Ansvar for dette må ligge både hos fylkeskommunene og staten, som sykehuseiere, og hos kommunene. Utvalgets mandat omhandler organisasjon og ledelse i sykehus. Utvalget har derfor funnet det naturlig å rette søkelyset på *sykehuseieren* i denne utredningen.

Utvalget vil tilrå at sykehuseier tar et initiativ overfor sykehusene og kommunene for å finne fram til hvordan helsetjenesten kan fungere bedre for pasientene. Dette innebærer å bli enige om hvordan man kan få til et best mulig samarbeid, som gjør at primærhelsetjenesten på en best mulig måte får tilgang på de tjenester de, på vegne av pasientene, har behov for, og som gjør at sykehusets kapasitet og kompetanse blir utnyttet mest mulig rasjonelt.

8.6 ARBEIDSGIVERORGANISERING FOR SYKEHUSENE

Eierskapet av de offentlige sykehusene er i dag delt mellom fylkeskommunene og staten. Dette medfører også en deling av den overordnede håndteringen av arbeidsgiverfunksjonen. I og med at konkurransen om arbeidskraft til sykehusene skjer i ett arbeidsmarked bør det legges vekt på et nært samarbeid på arbeidsgiversiden. Utvalget tilrå at Sosial- og helsedepartementet tar kontakt med de andre sykehuseierne for å drøfte formene for et slikt samarbeid. Områder der det bør være aktuelt med samarbeid er naturligvis tariffarbeidet i bred forstand, men også tiltak på andre områder, f.eks. innenfor personal- og lederutvikling bør være aktuelt. Utvalget går ikke nærmere inn på hvilken form et slikt samarbeid bør gjennomføres i, men vil framheve at ett av spørsmålene som bør vurderes i dialogen mellom sykehuseierne, er om det bør etableres en felles arbeidsgiverforening for sykehusene.

8.7 UTVALGETS FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak 8.1: Sykehuseierne bør gjennomføre tiltak som gjør at det enkelte sykehus innenfor tildelte budsjetttrammer selv kan bestemme organisasjons- og stillingsstruktur.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "Større selvstendighet for det enkelte sykehus" i avsnitt 8.2.

Dette kan enten gjøres ved at det enkelte sykehus organisatorisk fristilles fra eieren eller ved at dagens tilknytningsformer opprettholdes, men at det enkelte sykehus gis tilstrekkelig frie fullmakter til å bestemme organisatoriske løsninger og stillingsstruktur.

Tiltak 8.2: De kontorfaglige støttefunksjonene og IT-løsningene bør i vesentlig grad oppgraderes i norske sykehus.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Bedring i sykehusenes infrastruktur](#)" i avsnitt 8.4.1.

Det bør settes av et betydelig beløp, over en periode på 3 år for å få bragt disse funksjonene i sykehusene opp på det nivået som utvalget mener at de bør være. Det dreier seg om både en oppgradering av IT-funksjonene, og i stor grad om å få personale inn i sykehusene som kan dekke det behovet for kontorfunksjoner som utvalget mener har blitt forsømt i mange år. Dette kan medføre flere stillinger innen disse kategoriene, men like mye en faglig oppdatering og oppgradering av de som i dag ivaretar disse funksjonene. Det har ikke for utvalget vært mulig å anslå et beløp med rimelig sikkerhet, men utvalget mener at det dreier seg om i størrelsesorden 1000 millioner kr.

Tiltak 8.3: Det bør innføres en ordning med pasientansvarlig lege.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Pasientansvarlig lege](#)" i avsnitt 8.4.2.

Utvalget mener at alle pasienter som innlegges på sykehus i Norge skal få en navngitt lege som er deres kontaktpunkt under sykehusoppholdet. Det samme bør gjelde for pasienter som henvises til poliklinikker. Ordningen bør innarbeides i ny lov om spesialisthelsetjenesten.

Tiltak 8.4: Det bør innføres en ordning med pasientansvarlig sykepleier.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Pasientansvarlig sykepleier](#)" i avsnitt 8.4.3.

Utvalget mener at alle pasienter som innlegges på sykehus i Norge skal få en navngitt sykepleier som er deres hovedkontakt under sykehusoppholdet når det gjelder pleietjenestene på sengeposten. Ett medlem mener at ordningen bør forskriftsfestes.

Tiltak 8.5: Det bør nedfelles fast praksis for at det ved hvert planlagt sykehusopphold før innleggelsen skal foreligge en skrevet plan for de aktivitetene som vil finne sted under oppholdet.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Behov for planlegging av sykehusopphold](#)." i avsnitt 8.4.4.

Utvalget mener at en slik plan vil medføre bedre planlegging for sykehusene, og at pasienten på en bedre forberedt måte kan møte oppholdet i sykehuset, og/eller få bedre oppdatert informasjon underveis. Det er viktig at en slik plan er skrevet på en slik måte at den er forståelig for pasienten.

Tiltak 8.6: Det bør etableres et program for organisjonsutvikling i sykehus som kan støtte organisasjonsendringer som baseres på de prinsipper utvalget har skissert, og som følges opp av evaluering for dokumentasjon av de erfaringer som gjøres.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus](#)" i avsnitt 8.3.

Staten ved Sosial- og helsedepartementet bør ta et ansvar for å utvikle dokumentert kunnskap om hvordan organisere sykehus slik at de på en bedre måte kan bidra til «Pasienten først». Dette kunne dreie seg om innføring av observasjonsenheter, skjerming av aktiviteter, integrering av tjenester osv. Et slikt program vil ta et særlig hensyn til at utvalgte utviklingsprosjekter følges opp med evaluering som gjør at læringseffekten av slike omorganiseringsprosjekter blir større. Utvalget har foreslått at dette programmet bør være i størrelsesorden 100 millioner kroner.

Tiltak 8.7: Sosial- og helsedepartementet bør ta et initiativ overfor andre sykehusiere, for å drøfte hvordan samarbeidet om arbeidsgiverfunksjonen kan bedres.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Arbeidsgiverorganisering for sykehusene](#)" i avsnitt 8.6.

Tiltak 8.8: Takster for polikliniske konsultasjoner og dagkirurgi må sikre ønsket aktivitetsnivå.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Økonomiske incitamenter for poliklinikk og dagkirurgi](#)" i avsnitt 8.4.6

Det bør i takstsystemet bevisst legges inn incitamenter for å stimulere til økt poliklinisk aktivitet og til økt dagkirurgisk aktivitet. Utvalget vil presisere at dette er særlig viktig når aktivitetsbasert finansiering nå delvis innføres.

KAPITTEL 9

Personellressurser, kompetanse og arbeidskraft**9.1 BEHOVET FOR KOMPETANSE OG ARBEIDSKRAFT**

Sykehus er en personellavhengig kunnskapsbedrift hvor det stilles store krav til samarbeid. Medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktoren, selv om det ofte fokuseres på teknologi og utstyr. Lønnsutgiftene utgjør ca. 70 % av brutto driftsutgifter i sykehus.

Sykehusene står for de mest spesialiserte helsetjenestene. Undersøkelse, behandling og pleie av pasientene krever en bemanning på døgnbasis som er tilpasset arbeidsrytme i døgn og uke. Det er derfor en utfordring kontinuerlig å tilpasse arbeidskraft og kompetanse til de oppgavene sykehusene er satt til å løse. Dette vil være en helt sentral ledelsesaktivitet i sykehusene.

I dette kapitlet behandles spørsmål angår rammebetingelsene for anvendelse av arbeidskraften, og måten som sykehusene disponerer arbeidskraften på. Sentrale spørsmål er:

- Har sykehusene tilgang på den arbeidskraften som er nødvendig for at oppgavene skal bli løst?
- Har arbeidskraften kompetanse og holdninger som er tilpasset oppgavene?
- Er sykehusets oppgaver organisert på en slik måte at arbeidskraften utnyttes effektivt?
- Er sykehusene gode nok til å planlegge bruken av medarbeiderne, slik at ressursene brukes effektivt og til beste for pasientene?
- Skaper sykehusene et godt arbeidsmiljø, som både gir trivsel og faglig utvikling?
- Er oppgavene slik organisert at en unngår utbrenthet hos medarbeidere som ennå har lang tid igjen av sin yrkesaktive periode?
- Har sykehusene rammebetingelser, bl.a gjennom arbeidsmiljølovens bestemmelser og tariffavtalene, som gir mulighet for god bruk av arbeidskraften – eller bør det gjennomføres endringer i rammebetingelsene?

Mangelen på arbeidskraft kan defineres ut fra antallet ubesatte stillinger. Innenfor enkelte områder som patologi, kjevekirurgi/oralkirurgi, hudsykdommer, urologisk kirurgi, radiologi, psykiatri og geriatri er det en mangel på legespesialister. Noen av disse fagene sliter også med en lav rekruttering. Også innenfor andre fag har man i dag et behov for større tilgang på arbeidskraft med en bestemt kompetanse. I den undersøkelsen utvalget gjorde blant sykehusene, var det ofte rapportert en mangel på spesialsykepleiere innen anestesi, operasjon, intensiv og psykiatri. Det er også et behov for psykologer innen psykiatrien.

Tabell 9.1: Ubesatte spesialiststillinger ved norske sykehus, og antall legeårsverk ved somatiske sykehus

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Ubesatte spesialiststillinger ¹	184	225	266	369	424	366	450
Legeårsverk ²	4291	4454	4535	4575	4731	4922	5054

1) Kilde: Legefordelingsutvalget. Noen av disse stillingene er midlertidig omgjort til utdan-

ningsstillinger, slik at antallet helt ubesatte stillinger er noe lavere.

- 2) Kilde: SINTEF NIS. Antallet årsverk er summen av fast ansatte, engasjementsansatte, bistillinger, ekstrasjelp og vikarer. Overtid er ikke innregnet i tallene.

Antallet ubesatte legestillinger ved norske sykehus har økt de siste årene. Dette til tross for at det i gjennomsnitt utdannes nesten like mange spesialister pr år som det er ledige stillinger. En av årsakene til at det ikke er enkelt å få besatt ledige stillinger, er at antallet nyopprettede stillinger øker raskere enn den reelle tilgangen på spesialister. I perioden 1988 – 1994, økte antallet ubesatte stillinger fra 184 til 450. En del av disse er midlertidig omgjort til utdanningsstillinger (assistentleger) slik at økningen i helt ubesatte stillinger ikke er fullt så stor. I samme periode hadde antallet legeårsverk ved sykehusene økt fra 4291 til 5054, se tabell 9.1.

Det er i stor grad også et normativt spørsmål hvor man vil sette standarden for bruk av spesialisert kompetanse i sykehus. Tendensen er at kravene til kvalitet og hva som skal være standarden, er økende. Pasienter blir i økende grad tatt hånd om av høyspesialisert personell. Det er ofte et krav at oppgaver skal utføres av de personer som er *best* kvalifisert, ikke bare de som er godt nok kvalifisert.

9.1.1 Hva påvirker behovet for personell?

Behovet for arbeidskraft og for kompetanse vil påvirkes av en rekke ulike forhold. Utvalget vil her kort angi noen av disse forholdene:

- *Befolkningssammensetning og befolkningsutvikling*: Hvilke oppgaver sykehusene skal løse, og den kompetanse som vil kreves for dette, vil i stor grad avhenge av de behovene for helsetjenester som er knyttet til befolknings sammensetning og -utvikling, samt sykdomspanorama. Økende forekomst av kreft, sammensatte lidelser og den voksende andelen av eldre – med økende gjennomsnittlig levealder, er i dag velkjente utfordringer som helsetjenesten vil møte i årene som kommer. Dette må gjenspeiles i den kompetansen sykehusene har til rådighet.
- *Medisinsk teknologi*: Den teknologiske utviklingen har tradisjonelt hatt en avgjørende innvirkning på hvilke arbeidsoppgaver sykehusene kan utføre, og den kompetanse som må tilføres sykehusene for å løse disse oppgavene. Utviklingen innen genteknologi kan bli en utfordring som om få år vil gi et stort behov for personell med ny kunnskap. Medisin er høyteknologi, og kombinasjonen av medisin og teknologi gjør at det vil bli et behov for tildels nye yrkesgrupper i sykehusene. Ofte er det slik at ny teknologi innen helsetjenesten ikke erstatter, men kommer *i tillegg* til gammel teknologi. Dette gjør at tilbudet om undersøkelse og behandling øker, med økt etterspørsel etter tjenester – og kompetanse, som resultat.
- *Standardheving*: Økte kunnskaper og flere muligheter som følge av den medisinske kunnskapsutviklingen gjør at standarder heves, med den følge at også behovet for arbeidskraft og kompetanse øker.
- *Organisering, akuttberedskap og vaktordninger*: Også sykehusenes organisering vil kunne gi økt behov for spesialistkompetanse. Etter hvert som spesialiseringen har økt, har også kravet til kompetanse for akuttberedskap og vaktordninger økt. Det har alltid vært et krav at bakvakten skal ha spesialistkompetanse, dvs. være overlege. Samtidig er det nå et krav om at ingen skal ha vakt oftere enn hver fjerde dag. Det betyr at man må ha minst fire overlegestillinger innen en spesialitet som har vaktberedskap – uansett befolkningsunderlag og hvor mange henvendelser det er utenfor ordinær arbeidstid. Hvis en grenspesialitet innen kirurgi eller indremedisin godkjennes som hovedspesialitet, og det skal være akutt beredskap innen denne hovedspesialiteten, vil dette føre til

flere parallelle vaktteam, og flere spesialiststillinger ved de sykehus hvor slike vaktordninger innføres.

9.1.2 Problemer knyttet til mangel på kompetent arbeidskraft

Mangel på ekspertarbeidskraft skaper mange problemer for sykehusene:

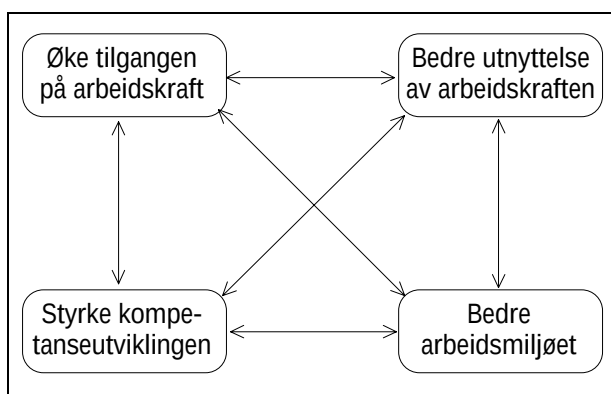
- Det blir et direkte problem for pasienter som må vente eller ikke får diagnose, pleie eller behandling på grunn av mangel på helsepersonell.
- Det er en tendens til at mangelen særlig gjør seg gjeldende i sykehus ute i distriktene, og at målsettingen om likeverdig tilbud ikke oppfylles.
- Ledelsen på alle nivåer må bruke mye ressurser og ledelseskapasitet på rekruttering, ressurser som alternativt kunne vært brukt på direkte pasientrettede aktiviteter.
- Det kan utvikle seg uheldige konkurransesituasjoner mellom sykehusene, der sykehusene overbyr hverandre i kampen om fagpersonell.
- Belastningen for dem som blir igjen kan øke på grunn av manglende bemanning eller høy turnover av personell.

9.1.3 Utvalgets hovedstrategier

Utvalget har valgt å drøfte fire hovedstrategier for å møte de utfordringene sykehusene har for å sette inn arbeidskraft, personell og kompetanse mest mulig målrettet.

Det er å:

- Øke tilgangen på arbeidskraft og kompetanse.
- Utnytte den eksisterende arbeidskraften bedre.
- Bedre arbeidsmiljøet.
- Styrke kompetanseutviklingen.



Figur 9.1 Hovedstrategier for å møte behovet for arbeidskraft og kompetanse

Utvalget vil understreke at disse hovedstrategiene henger nøye sammen, og vil gjensidig påvirke hverandre. En økt tilgang av arbeidskraft og kompetanse gir grunnlag for å utnytte den totale arbeidskraften på en bedre måte fordi oppgaver kan fordeles på en annen måte. Utvalgets forslag om styrking av kontorfaglige funksjoner i *"Bedring i sykehusenes infrastruktur"* i avsnitt 8.4.1, er et eksempel på dette. En person utgjør ikke et faglig miljø. En økt tilgang på kompetanse vil kunne gjøre det lettere å bygge opp et faglig miljø som vil kunne styrke kompetanseut-

viklingen og bedre arbeidsmiljøet. En bedring av arbeidsmiljø og kompetanseutvikling vil f.eks. kunne påvirke rekrutteringsmulighetene, og utnyttelse av arbeidskraften på en mer fleksibel måte osv.

9.2 TILGANGEN PÅ ARBEIDSKRAFT

Den mest nærliggende strategien for å møte behovet for arbeidskraft og kompetanse, er å øke tilgangen på den arbeidskraft det er størst behov for. Utvalget vil her peke på fire virkemidler for å øke tilgangen på kompetent arbeidskraft:

- Øke utdanningskapasiteten i og utenfor sykehusene.
- Iverksette tiltak for «re-rekruttering».
- Øke stillingsandelene for de som har deltid.
- Bedre fordeling og nasjonal styring av spesialiststillinger.

9.2.1 Øke utdanningskapasiteten

Utvalget vil framheve at det fundamentale virkemidlet i forhold til problemet med tilstrekkelig tilgang på kompetanse er å øke utdanningskapasiteten. Dette gjelder både grunnutdanningen innen en del yrker, og spesialistutdanninger som gjøres i samarbeid med sykehusene. Hovedansvaret for at det utdannes tilstrekkelig helsepersonell ligger hos staten. Staten må ta et ansvar for at det kontinuerlig foretas analyser som viser både kortsiktig og langsiktig behov for fagpersonell, og at det er etablert en utdanningskapasitet som er tilpasset behovene. Denne økte utdanningskapasiteten kan til dels skje i utlandet, men utvalget mener at en primært må satse på økt utdanning av helsepersonell i Norge. Erfaringene fra utdanning av leger i Tromsø, viser tydelig at det er lettere å rekruttere og beholde den arbeidskraften som er utdannet lokalt. Dette gjelder særlig de som er fra regionen, og som har fått sin utdanning lokalt. Dette understreker behovet for å utdanne spesialister lokalt i den utstrekning dette er mulig, både når det gjelder legeutdanningen og andre fagområder.

Utvalget vil peke på at sykehusenes kapasitet for turnustjeneste må tilpasses den reelle tilgangen av nyutdannede leger, utenlandsstudenter og leger fra andre land. Flere sykehus har kapasitet til, og ønsker å øke antallet turnuskandidater. Dette er et tiltak som på kort sikt raskt vil kunne øke tilgangen på leger. Dette er mulig hvis sykehusene får et tilskudd til dette ut over det ordinære stillingsbudsjettet. Sykehus som ikke har fått et slikt tilskudd har følt dette som et problem.

Utvalget mener at prinsippet om tildeling av økonomisk støtte til helseinstitusjoner som utdanner fagpersonell, er en god ordning. Utvalget mener at slike ordninger må gjelde all slik virksomhet. Utvalget vil i denne sammenheng spesielt framheve utdanningen av legespesialister. Utdanningskapasiteten kan økes på flere måter:

- Det er mulig å opprette flere utdanningsstillinger, enten ved de sykehus som allerede er godkjente utdanningssykehus, eller ved at flere sykehus kan godkjennes for spesialistutdanning.
- Spesialistutdanningen kan kortes ned ved en omlegging av krav til innhold.
- Bedre samordning av de krav som stilles til spesialistutdanningen og den praksis som legges opp for hver enkelt.

Utvalget vil vise til Helsetilsynets utredningsserie 1-96 (Haffner-utvalget del II), den utredning for kirurgi og indremedisin, som går mer grundig inn i disse problemstillingene. Utvalget har ikke tatt stilling til Haffner-utvalgets anbefalinger.

Etter utvalgets mening bør det her etableres en ordning hvor sykehus, som har utdanningsstillinger, får tilskudd for undervisning. Spesialistutdanningen baseres på en tjeneste ved sykehus som er godkjente som utdanningssykehus. Imidlertid er tjenesten ved enkelte sykehus kun godkjent for en del av tjenesten (gruppe II), og kandidaten må derfor fullføre tjenesten ved et annet sykehus som kan gi en supplerende tjeneste (gruppe I). Sykehus som bare har godkjent for deler av tjenesten (gruppe II praksis) bør kunne få tilskudd som kan dekke kandidatens opphold ved annet sykehus godkjent for «gruppe I praksis», for derved å øke mulighetene for å beholde spesialister etter endt utdanning.

Spesialutdanningen innen sykepleie er lagt til sykehusene, og kan utgjøre store kostnader for sykehusene. Utdanningen skal nå administreres gjennom høyskole-systemet. Det kan være et problem at ett sykehus kan utdanne spesialsykepleiere, mens et annet sykehus rekrutterer disse når de er ferdig utdannet. Det var tidligere en statlig økonomisk støtteordning som sørget for å få opp utdanningskapasiteten på slik spesialutdanning. Lokalt har det også vært etablert tilsvarende ordning for annen utdanning, f.eks. av spesialsykepleiere innen psykiatri. Denne gav den ønskede effekten med økt utdanningskapasitet, og mangelen på spesialsykepleiere ble kraftig redusert. I en situasjon der sykehusene nok en gang sliter med mangel på denne typen personell, mener utvalget at det bør innføres slike økonomiske støtteordninger på ny.

9.2.2 «Re-rekruttering»

En annen måte å øke tilgangen til arbeidskraft på er å rekruttere personell som er utdannet, men som ikke er yrkesaktive. Småbarnsmødre som har vært hjemme en del år kan stimuleres til yrkesutøvelse i sykehus hvis forholdene legges til rette med teoretisk og praktisk oppdatering. Enkelte sykehus har hatt meget gode erfaringer med å skaffe seg personell gjennom å tilby tidligere yrkesaktive en slik støtteordning for å begynne i sykehus på nytt. Svært mange av disse, spesielt kvinnelige helsearbeidere, er ofte motivert for arbeidslivet etter noen år hjemme med mindreårige barn, og de kan ofte representere en stabil og lokalt forankret arbeidskraft.

9.2.3 Øke stillingsandeler for de som har deltidsarbeid

Det ligger en betydelig arbeidskraftreserve i alle deltidsstillingene i sykehusene. Dette gjelder spesielt for sykepleiere og hjelpepleiere. Mange som har deltidsstillinger ønsker heltidsstillinger. En annen side av deltidsproblematikken er at pasienter og pårørende, men også arbeidsgivere ser det som en stor fordel med hele stillinger blant annet pga. kontinuitet i arbeidet og færre medarbeidere å forholde seg til.

Bruken av deltidsstillinger er delvis begrunnet ut fra at arbeidstaker ønsker å arbeide deltid, og delvis fordi arbeidsgiver ønsker å dekke ubekvemme vakter, uten at man får en overbemanning på dagtid. Det er ikke samsvar mellom det antall stillinger som trengs for å ha tilstrekkelig bemanning, og det antall personer som må til for at en turnus skal gå opp i samsvar med kravene i arbeidsmiljøloven og inngåtte avtaler. Problemet med å bare ha heltidsstillinger, er at det ofte er vanskelig å få til en god fordeling av arbeidskraften i forhold til døgnets timer og ukens dager, uten at andelen ubekvemme vakter blir for stor. En økning i antallet hele stillinger vil derfor kunne kreve en endring i vakt- og turnusordninger for de ansatte, eller en økt grunnbemanning. Det siste ville bety merkostnader for sykehusene.

9.2.4 Fordelingsproblematikk

Tilgangen på spesialisert kompetanse er også et fordelings- og strukturproblem. Utdannelsen av legespesialister er langvarig og kostbar. Problemet med ubesatte stillinger er i høy grad en problemstilling for enkeltsykehus som oppfattes å ligge perifert til. Det er langt færre ubesatte legestillinger i sentrale strøk av Norge, men dette vil variere fra sykehus til sykehus. Dette er en av grunnene til at man har forsøkt å regulere opprettelsen av spesialiststillinger ved ulike sykehus. I de senere årene er denne fordelingsoppgaven lagt til Utvalg for Legestillinger og Stillingsstruktur (ULS).

Utvalget er kjent med at ordningen med ULS er under evaluering, men det hersker liten tvil om at en slik styring av stillinger ikke har fungert helt som ønsket. Det er betydelig lekkasje i den forstand at det opprettes stillinger uten å være forelagt ULS, eller i ordninger som ikke omfattes av arbeidet til ULS. Prosjektfinansierte kortidsstillinger har vært særlig problematisk i denne sammenheng. Utvalget vil derfor understreke at hovedløsningen må være å øke utdanningskapasiteten.

9.3 BEDRE UTNYTTELSE AV ARBEIDSKRAFTEN

En annen hovedstrategi som vil være aktuell for sykehusene, er å utnytte den arbeidskraften de har på en bedre måte. Disponering av arbeidskraften må ta utgangspunkt i pasientenes behov. Helsepersonell som har valgt å arbeide i sykehus med døgnskuttet drift, har valgt et yrke med ubekvem arbeidstid. Dette innebærer at de må arbeide mange kvelds- og nattevakter, samt arbeide i helgene.

Ledelsene på alle nivåer må erkjenne den betydning som utvikling og disponering av arbeidskraften har for sykehusets oppgaveløsning, og gi området en ledelsesoppmerksomhet som samsvarer med dette. Utvalget viser til "*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kapittel 10 og den vekt som der legges på bruken av ledergrupper. Utvalget mener at bruken av tverrfaglige ledergrupper vil bidra til å bedre planleggingen og styringen av arbeidskraften, og at disponeringen innen de ulike faggruppene er bedre tilpasset hverandre. Tverrfaglige ledergrupper vil også være viktig for å utvikle de holdningsmessige forutsetningene for at personell fra ulike yrkesgrupper samarbeider om oppgaver til det beste for pasienten. Utvalget vil understreke at arbeid i sykehus i stor grad er samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Det vil være viktig at de som i ledelsesmessig sammenheng inngår i et tverrfaglig samarbeid, også bidrar til å utvikle holdninger nedover i organisasjonen for at slikt samarbeid er viktig.

9.3.1 Intern organisering

Utvalget mener at det er særlig viktig å utnytte personellens kjernekompetanse på en best mulig måte. Det vises til "*Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus*" i avsnitt 8.3, der utvalget foreslår noen prinsipper for organisering i sykehus som kan øke verdiskapingen i sykehus ved å øke andelen av tid som brukes til pasientrettet arbeid, og redusere tid som brukes på andre oppgaver som koordinering, intern dokumentasjon og transport.

Flaskehalser i sykehus er ofte knyttet til personell med bestemt kompetanse. Det vil derfor kunne være noe å hente gjennom organisering som gjør at slik nøkkelkompetanse brukes mest mulig rasjonelt. Det kan være å frigjøre personell fra oppgaver som kan ivaretas av andre, eller la noen konsentrere seg om oppgaver de har bestemte forutsetninger eller ferdigheter for å utføre. Det vil ofte være enkelte personer eller team som utvikler ferdigheter innen bestemte områder. Syke-

husene bør i den utstrekning det er mulig la personer og team som er spesielt dyktige innen bestemte områder få drive slik virksomhet.

Det kan også være mulig å utnytte kompetanse bedre ved å styre kompetanse inn mot de pasientene som har størst behov. En differensiering av pasienter etter kompetanse- og pleiebehov vil kunne være en måte å utnytte kompetanse mer målrettet på. Dette gjøres allerede i en viss utstrekning i dag, i medisinske overvåkingsavdelinger og intensivavdelinger.

9.3.2 Bedre planlegging

Utvalget mener at ved siden av å vurdere ledelse og organisering av sykehus, må forvaltning av personellressursene nøye gjennomgå med utgangspunkt i hvordan sykehusene bedre kan utnytte arbeidskraften. Grunnleggende spørsmål som sykehusledelsen må vurdere er bl.a.:

- Er den totale grunnbemanningen tilfredsstillende ut fra enhetens behov?
- Er sammensetningen mellom ulike yrkesgrupper adekvat, evt. hva bør endres?
- Er personalet fordelt tilfredsstillende døgnet rundt, uken igjennom, ut fra avdelingens behov for personellressurser?

Utvalget mener videre at i «Pasienten først» perspektiv, må kontinuitet og pasientens behov for helsepersonell stå i fokus ved utformingen av vakt- og turnusplaner. Utvalget erkjenner at det ofte er et gap mellom «Pasienten først» og mulighetene som ligger i arbeidsmiljøloven. Samtidig vil ubekvemme vakter (kvelds- og nattevakter, samt vakt i helger) oppleves som en belastning for personalet. Hvis sykehuset gjennomfører turnuser som utnytter personalets arbeidskapasitet på en mest mulig rasjonell måte, vil dette for de aller fleste innebære flere ubekvemme vakter. Det er da en fare for at personell finner seg arbeid ved andre avdelinger, sykehus eller i annen virksomhet som har mer normale arbeidstidsordninger. Dette skyldes bl.a konkurransen om en del attraktive personellgrupper og valgmulighetene av arbeidsplasser. I dag er det en langt større arbeidskraftmobilitet enn tidligere.

For å kunne planlegge arbeidet og utnytte ressursene på en mest mulig optimal måte er det viktig å se på utforming av arbeidsplaner i relasjon til tilgjengelige, tverrfaglige personellressurser samt enhetens funksjon og behov for ressurser på døgnbasis. En forutsetning for denne gjennomgangen er at leder og lederteamet har god nok kompetanse til å utøve nødvendig planlegging og styring av bruken av arbeidskraften. Mange ledere mangler denne kompetansen, og kunnskap om de muligheter og evt. begrensninger som ligger i lov- og avtaleverket.

Som en konsekvens av et helsevesen i stadig endring må arbeidsplaner jevnlig tas opp til vurdering, for å se om ressursene blir brukt optimalt. En slik endringsprosess krever en skikkelig vurdering av nåsituasjonen og en kartlegging av avdelingens behov i forhold til topper/døgnaktiviteter.

Et tilbakevendende problem i mange sykehus er at vaktplaner og turnus ofte inneholder «huller», dvs. at man må anvende ekstra vakter eller ekstra overtid for at alle vaktskift skal være bemannet etter oppsatt plan. Slike huller kan ofte oppstå fordi man ikke tar høyde for sykefravær og annet fravær. Sykefraværet blant sykepleiere og hjelpepleiere kan være høyt enkelte steder. Dette gjør at de som er igjen må arbeide mer enn planlagt, og må evt. avspasere senere. Slik gjensker de «hullene» man i første omgang har fylt, eller at de blir mer utsatt for sykdom pga. stor arbeidsbelastning. Dette kan etter hvert utvikle seg til å bli en negativ sirkel det kan være vanskelig å komme ut av.

9.3.3 **Fleksibilitet og oppgavefordeling i sykehus**

I framtidens helsevesen bør det fokuseres på større grad av fleksibilitet og samhandling mellom yrkesgruppene. I utgangspunktet er det pasientens behov for kompetanse som bør være styrende for hvem som skal utføre en oppgave, og ikke tilhørighet til en bestemt yrkesgruppe, med unntak av de oppgaver som er regulert i kvaksalverloven av 1936.

Ved å gi muligheten for etterutdanning til yrkesgrupper som i dag ikke har en slik mulighet, vil potensialet for tilgang av kompetent arbeidskraft øke. Utvalget presiserer at dette må skje innenfor rammene av hva som er faglig forsvarlig.

I "*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kapittel 10 drøftes forholdet mellom de ulike fagene, og om avhengigheten mellom oppgaveløsningen som gjøres av forskjellige yrkesgrupper. I den forbindelse fokuseres det på tverrfaglighet og teamarbeid. Utvalget mener at lederteam-modellen som prinsipp må videreføres til tverrfaglig teamarbeid i klinisk praksis. Tverrfagligheten gjelder mellom ulike yrkesgrupper, men også at f.eks. ulike legespesialister i større grad samarbeider om den enkelte pasient. Her vil pasientansvarlig lege ha en viktig koordinerende funksjon.

I et «Pasienten først» perspektiv er det viktig at mest mulig av tilgjengelig tid skal utnyttes og brukes til det man er utdannet for. Samtidig innebærer det at alle yrkesgrupper må vise smidighet og fleksibilitet til å ta et tak når det trengs. Sykehusenes bedriftskultur bør bygge på teamarbeid, kontinuitet og nærhet til pasientene. Utvalget tror dette vil styrke samholdet, samtidig vil en mer helhetlig måte å arbeide på bli mer interessant og oversiktlig for den enkelte medarbeider. Kontinuitet og samarbeid om pasienten er like viktig for helsepersonell som for pasienten og pårørende.

9.3.4 **Fleksible arbeidstidsordninger og bruk av prosjektorganisering**

Mange sykehus opplever i dag problemer med å gjennomføre oppgaver som vil trenge en ekstra innsats i en tidsavgrenset periode. Ofte møtes slike ønsker med et krav om en permanent økning i personalet, til tross for at det bare er behov for en midlertidig økning. Det betyr at det i dag oppleves å være lagt begrensninger i arbeidsmiljølovens § 58a for bl.a. å ta i bruk prosjektarbeid for ordinær drift som er «sesongbetont».

Utvalget mener at det er nødvendig å gjennomgå arbeidsmiljølovens og tariffavtalenes bestemmelser for å vurdere evt. endringer som kan bidra til at personellressursene utnyttes mer optimalt ut fra pasientenes behov, og at sykehus blir drevet mer effektivt. Imidlertid mener utvalget at intensjonene og rammene i arbeidsmiljøloven (AML) er gode som en beskyttelse for blant annet å hindre rovdrift på ansattes arbeidskraft. Som en generell regel støtter utvalget rammene i AML. Utvalget mener likevel at en arbeidsgruppe bør gjennomgå arbeidstidsordninger og vurdere disse i forhold til sykehusdrift og bruk av arbeidskraften. Sentrale problemstillinger er:

- Bør rammene for arbeidsgivers styringsrett utvides?
- Bør rammene for bruk av overtid utvides i sykehus?
- Bør det gis mulighet for pålegg av planlagt overtid?
- Bør sykehusene få større anledning til midlertidige ansettelser?
- Bør det inngås sentrale tariffavtaler som gir mulighet for individuelle avtaler om økt og endret bruk av overtid?
- Bør sykehusene kunne inngå individuelle avtaler eller generelle avtaler om endringer av turnusplaner eller forsøk med andre turnusplaner?
- Bør samme regler gjelde for innleid arbeidskraft som for dem som arbeider fast?

- Hva bør innføres av begrensninger i arbeidstid sett i forhold til risiko for pasientene?

9.3.5 Oppsummering

For å bedre utnyttelsen av den arbeidskraften og kompetansen sykehusene i dag har, mener utvalget at det er forbedringspotensialer innen følgende områder:

- Ledelsen må utvikle større kompetanse til å utøve planlegging og styring av arbeidskraften, samt erkjenne sin styringsrett til å utnytte personellressursene mest mulig optimalt for å nå enhetens og virksomhetens mål.
- Holdninger hos personalet må støtte opp om samarbeid og fleksibilitet i oppgaveløsningen.
- Rammebetingelsene sykehuset er underlagt må være tilpasset de oppgaver sykehuset er satt til å gjøre.

9.4 BEDRE ARBEIDSMILJØ

Et bedret arbeidsmiljø vil både ha en direkte og en indirekte effekt på hvordan tilgangen på kompetanse kan bedres. Den direkte effekten er ganske enkelt at et godt arbeidsmiljø stimulerer hver enkelt til en ekstra innsats, slik at den enkelte yter bedre. De indirekte effektene vil også kunne være betydelige. Et godt arbeidsmiljø vil kunne bedre rekrutteringen til sykehus, forhindre «flukt» fra sykehusene, legge grunnlag for økt fleksibilitet og mindre konflikter. Et godt arbeidsmiljø er ofte kjennetegnet ved åpenhet, god kommunikasjon, godt humør, trygghet, anerkjennelse og respekt. Arbeidsmiljøtiltak vil komme til å bli viktige faktorer i konkurransen om fagfolkene.

I de aller fleste spørreundersøkelser om ansattes arbeidsvilkår kommer arbeidsmiljøets betydning høyt opp på prioriteringslisten. Arbeidsmiljøet i sykehus har både positive og negative sider. På den ene siden består sykehusene av attraktive arbeidsplasser med utfordrende arbeidsoppgaver og et faglig godt miljø. På den andre siden kan arbeidsmiljøet oppleves som belastende, med stort fysisk og psykisk press. Det vil også være stor forskjell mellom yrkesgrupper, og forskjell mellom ulike personer. Rent generelt vil noen yrkesgrupper ha større grad av frihet og faglig utfordring i hverdagen, mens andre yrkesgrupper utfører rutinepreget og tildels tungt arbeid. Det er derfor en meget stor utfordring å utvikle et arbeidsmiljø som i størst mulig utstrekning oppleves som godt for hver enkelt, uavhengig av yrkesgruppe og oppgaver.

Arbeidsmiljøet er mange steder ikke så godt som det burde være, med den følge at trivsel og arbeidsgleden er blitt borte. Forhold ved arbeidsmiljøet som ofte trekkes fram i negativ sammenheng er stress og oppjaget arbeidstempo, et gap mellom forventninger som stilles og de ytelser som gis, liten mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon, utrygghet i systemet og at ledelsen ofte viser en manglende omsorg for sine medarbeidere.

En mulighet til å styrke arbeidsmiljøetsatsingen i et tverrfaglig arbeidsmiljø er å ta i bruk verktøyet som ligger i internkontroll- konseptet innen helse, miljø og sikkerhet (HMS). Mange ledere har sammen med verneombud og ansattes representanter satt fokus på et bedre arbeidsmiljø innen HMS. Arbeidsgiver og sykehusets ledelse har det overordnede ansvar for arbeidsmiljøet, men like klart presiserer internkontroll (IK) -forskriften den enkelte arbeidstakers ansvar og plikt til å bidra i utviklingen av enhetens arbeidsmiljø (kfr. IK-forskriften § 6).

9.4.1 Forventningsgapet og behov for helsepersonell

Sykehusansatte opplever et gap mellom de forventninger som stilles til sykehusene generelt og den enkelte spesielt, og de muligheter sykehusene har til å innfri disse. Dette forventningsgapet fra pasienter, pårørende og politikere, sliter på mange helsearbeidere – ikke minst fordi man kommer i konflikt mellom kryssende hensyn. Mange opplever at de ikke har muligheter innenfor dagens bemanning til å tilfredstille pasientenes og pårørendes behov, og at de valg som må gjøres er i strid med egen oppfatning om menneskelige og etiske hensyn. Følelsen av ikke å strekke til, ved at medarbeidere opplever at arbeidet ikke blir utført slik en kvalitetsmessig ønsker, gjør mange helsearbeidere frustrert. Dette har også stor betydning for hvordan pasientrettede oppgaver blir utført i sykehusene. Forventningsgapet fører lett til at det i større grad blir fokusert på hva en ikke får gjort framfor det som man faktisk gjør. Dette kan igjen bidra til utbrenthet og at sykefraværet øker fordi en del ikke makter dette krysspresset. Det viser seg også vanskelig å rekruttere til enheter som i utgangspunktet har stor mangel på arbeidskraft. På denne måten kommer virksomheten inn i en negativ sirkel.

9.4.2 Konflikter og samarbeid

Konflikter mellom personer og yrkesgrupper har en negativ effekt på arbeidsgleden og trivselen blant ansatte i sykehusene. Samarbeidsproblemer og høyt konfliktnivå kan være energikrevende og destruktive. Samarbeidsordninger som bidrar til økt gjensidig forståelse og respekt må derfor prioriteres. Utvalget vil også understreke betydningen av at ledere griper fatt i eventuelle konflikter mellom enkeltpersoner eller grupper, og sørge for at disse er innenfor et akseptabelt nivå. Utvalget mener at det trengs en holdningsendring innen alle yrkesgrupper for å utnytte personellressursene bedre, og at tverrfaglig samarbeid bygger på respekt, anerkjennelse og omsorg mellom kollegaer.

9.4.3 Helsevesenets personalpolitikk

I konkurransen om fagfolkene, både ved rekruttering og ved å beholde dyktige medarbeidere, vil gode personalpolitiske retningslinjer med oppfølgende tiltak være avgjørende faktorer for personalsammensetningen.

Ett av områdene er å legge forholdene til rette for småbarnsforeldre, som representerer en sentral og økende del av arbeidskraften i sykehusene i dag. Det vil alltid være en interaksjon mellom det private liv og arbeidet som gjensidig påvirker hverandre. Dette må arbeidslivet/arbeidsgiver forholde seg til, og ta konsekvensene av. Mange problemer i arbeidslivet vil bedre seg dersom noen av de «utenforliggende årsakene» bedres. Dette kan være tiltak som tilstrekkelig og utvidet barnehagedekning ut over ordinær arbeidstid. Videre bør sykehusene kunne gi småbarnsforeldre og gravide muligheter til fleksible arbeidsordninger når de har størst behov for dette.

Befolkningsutviklingen vil i årene framover medføre at arbeidsplasser i økende grad blir avhengige av en aldrende arbeidsstyrke. Samtidig viser det seg at stadig flere eldre arbeidstakere går av før oppnådd pensjonsalder, ved at de går over på førtidspensjonsordninger, uførepensjon, sykepengen, attføringspengen, slutter frivillig eller at de går over til deltidsarbeid. Det finnes knapt sykepleiere over 40 år som arbeider på intensivavdelinger. Gjennom en slik avgang mister sykehusene mange kompetente medarbeidere.

En riktig personalpolitikk må ta sikte på å hindre utstøting av nyttig arbeidskraft. Det må skapes en generell aksept for å nyttiggjøre seg de eldre medarbeidernes

kunnskaper og erfaring. En bred aldersspredning i personalsammensetningen anses som gunstig. Helsevesenet bør arbeide for at ansatte over en viss alder får tilbud om alternative karriereveier der deres faglige innsikt og kompetanse blir verdsatt.

Helsevesenet har her en stor utfordring i å legge forholdene til rette for, og motivere ansatte over 40 år til å bli i yrket. Ikke minst gjelder dette arbeidstakerne som ønsker å forbli i pasientrettet virksomhet. Belastningen med nattevakter øker ved økende alder. Mange sliter med søvnproblemer, som gradvis øker i styrke. Et mulig tiltak kan være økt adgang til at enkelte over en viss alder slipper å arbeide nattevakter, eller reduksjon i antall nattevakter.

9.4.4 Oppsummering

Arbeidsgiver og ledelse har hovedansvaret, og må være pådrivere i å videreutvikle et godt arbeidsmiljø. Alle medarbeidere har et ansvar og plikt til å bidra i denne utviklingen av enhetens arbeidsmiljø. Arbeidsgiver, og ledelsen for øvrig, har et ansvar for at personalpolitiske tiltak utvikles, og at forholdene legges til rette for småbarnsforeldre og de eldste arbeidstakerne. Utvalget mener videre at å arbeide i tverrfaglige team både i ledergruppen og i direkte pasientbehandlingen, samt at medarbeiderne jobber mer helhetlig i mindre og mer oversiktlige enheter, vil bidra til at trivselen øker og at arbeidsgleden igjen vil bli styrket i våre sykehus. Politikkerne og topplederne ved sykehusene må bidra til å redusere forventningsgapet til sykehusene, gjennom at det formidles et mer korrekt bilde av hva publikum kan og bør forvente. Utvalget mener at det er nødvendig med realistisk og saklig informasjon for å redusere det urealistiske forventningsbildet som bl.a. skapes gjennom media og som bidrar til sykehusenes arbeidsmiljøproblemer.

9.5 KOMPETANSEUTVIKLING I SYKEHUS

Kompetanseutvikling er viktig både for å opprettholde et høyt kvalitativt nivå på utførelsen av dagens arbeidsoppgaver samt for å utvikle en nødvendig kompetansemessig beredskap for å kunne mestre framtidige utfordringer. Kompetanse kan generelt betraktes som det å være i stand til å utøve et fag på en forsvarlig måte, og noe som kan være situasjonsavhengig. Kompetanseutvikling skjer på ulike måter: via internundervisning, veiledning, kurs, hospitering, prosjektarbeid, forskning og bl.a. utdanningspermisjoner.

Utvalget mener at behovet for kompetanseutvikling og ressurser avsatt til fagutvikling er sterkt undervurdert i dagens sykehus. I trange økonomiske tider har arbeidsgiver ofte handlet svært kortsiktig, og bl.a. nedprioritert ressurser til fagutvikling.

9.5.1 Helsarbeidernes kompetanse og utdanningsinstitusjonene

Helsevesenet rekrutteres fra en rekke yrkesgrupper med svært forskjellig tradisjon og utdanningsbakgrunn. Disse skal jobbe sammen i team, og kontinuerlig arbeide i en tverrfaglig utviklingsprosess for å møte dagens og morgendagens behov for høyt kvalifisert helsepersonell. Utvalgets oppfatning er at for å styrke denne samhandlingen, er det nødvendig å starte bevisstgjøringen i grunnutdanningene, slik at studenter og nyutdannede helsearbeidere er bedre forberedt på hva som møter en som nyutdannet helsearbeider.

Helseprofesjonsutdanningene, som andre utdanninger, gjennomgår kontinuerlige små og større pedagogiske og faglige forandringer i studieinnholdet. Fordi endringene får konsekvenser for sykehusene, både i studietiden som praksisplass og

ved rekruttering av nyutdannede helsearbeidere, er det viktig med et nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og sykehusene.

For mange helsearbeidere er det et stort sprang fra en beskyttet studenttilværelse til det å bli kastet ut i en hektisk sykehushverdag. For liten praksiserfaring fra studietiden, og ikke minst at de raskt kommer i situasjoner der de blir stilt til et personlig ansvar, gjør at en bør se nærmere på hvordan studiene forbereder studentene til den kliniske hverdagen. I dag hviler for mye av ansvaret for den praktiske opplæringen av nyutdannede på sykehusene. Dette gjør at sykehusene må sette av mye ressurser for praktisk opplæring til oppgaver studentene i større grad burde tilegnet seg i løpet av studietiden. Dette gjelder så å si for alle typer utdanninger i dag. Utvalget vil her påpeke at utdanningen spesielt innen sykepleien i økende grad synes å gå i utakt med de behovene sykehusene har for arbeidskraft som kan settes raskt inn i en praktisk selvstendig arbeidssituasjon. Utvalget mener at det er et klart behov for at sykehusene og utdanningsinstitusjonene kommer fram til løsninger som på en bedre måte svarer til de behovene for arbeidskraft og kompetanse som sykehusene har. Det bør derfor nedsettes en arbeidsgruppe for å gjennomgå helseprofesjonsutdanningene med hensyn på hvor godt utdanningen er tilpasset de krav som stilles til arbeidstakere i sykehusene.

9.5.2 Kompetanseutvikling og arbeidsgivers ansvar

Arbeidsgiver har ansvar for at både nåværende og framtidig kompetansebehov settes i fokus. For å møte disse utfordringene settes det krav til en bevisst og systematisk personalpolitikk som ivaretar alle sentrale sider ved medarbeidernes faglige utvikling. Ledelsen har ansvar for en kontinuerlig og systematisk kartlegging av sykehusets og enhetenes samlede kompetansebehov. Det bør utarbeides kompetanse- og opplæringsplaner for hele virksomheten, og for den enkelte avdeling/enhet ut fra enhetens mål og behov. Etter utvalgets mening må denne planleggingsprosessen være mer helhetlig og målrettet, styrt av arbeidsgiver.

Årsakene til gapet mellom behov og realiteter er mange. Ofte er det manglende økonomiske og personellmessige ressurser, samt at fag- og kompetanseutvikling blir nedprioritert i en travel hverdag på grunn av mangel på tid. Utvalgets oppfatning er at arbeidsgivers/leders holdning til kompetanse og kvalitetsutvikling er avgjørende for hva en får gjennomført. Det kan være ønskelig og gunstig å synliggjøre satsingen på kompetanseutvikling i sykehus på en bedre måte. En mulig løsning er at sykehusene årlig avsetter et visst beløp til kompetanseutvikling, f.eks. en gitt prosentandel av lønnskostnadene.

Etterutdanning og kompetanseutvikling er også et individuelt holdningsspørsmål. Det er grunn til å understreke det ansvaret hver enkelt har til faglig oppdatering.

Mange helsearbeidere har et arbeid med stort ansvar som stiller krav til kontinuerlig å være faglig oppdatert. Mange opplever at de har et mestringsproblem med å svare til disse kravene og forventningene. De har verken tid til, eller det er avsatt økonomiske ressurser til å dekke deres kontinuerlige behov for faglig ajourføring.

Læringsmiljøet har stor betydning for trivsel og kreativitet både i form av utviklingsprosjekter, intern undervisning, veiledning i praksis, hospitering, deltakelse på kongresser, mulighet for etter- og videreutdanning mv. Dette har i høy grad med kvalitetsarbeid og kvalitetsforbedring å gjøre, og må være en kontinuerlig prosess i helsevesenet som det avsettes tilstrekkelige ressurser til. Utvalget mener at arbeidsgiver i sterkere grad bør bruke styringsretten til å heve kompetansen individuelt, for grupper og avdelinger med spesielle behov.

9.5.3 Oppsummering

Utvalget mener at sentrale helseprofesjonsutdanninger bør vektlegge tilstrekkelig praksis i utdanningene, slik at studentene i størst mulig grad er forberedt på hverdagen i arbeidslivet. Sykehusene må kunne gi veiledet praksis før nyutdannede medarbeidere kan arbeide selvstendig i sykehus. Imidlertid vil utvalget her understreke betydningen av at profesjonsutdanningen i størst mulig grad bør være lagt opp slik at nyutdannede studenter skal trenge et minimum av innføring i arbeidet før de kan fungere selvstendig. Helseprofesjonsutdanningene bør fokusere på og bevisstgjøre studentene i forhold til holdningsskapende emner som tverrfaglig samarbeid, respekt, anerkjennelse. Styrking av tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen vil bidra til en utvikling av større grad av fleksibilitet mellom profesjonene. Det skjer en eksplosiv utvikling av kunnskap innen medisin og andre fag i sykehus, som krever kontinuerlig faglig ajourføring. Utvalget mener at kompetanseutvikling i sykehus må være målrettet ut fra virksomhetens behov, og at arbeidsgiver har ansvaret for å prioritere og styre kompetanseutviklingen.

9.6 ANSVARSOMRÅDER

9.6.1 Statens ansvar for helseutdanningen

Staten har et overordnet ansvar for utdanningen av helsepersonell. Dette ansvaret ivaretas i dag av utdanningsinstitusjonene, men beror også i stor grad på praksis i sykehusene. Det er viktig at helseutdanningsinstitusjonene fanger opp de krav som stilles til de som skal arbeide i sykehusene.

9.6.2 Arbeidsgivers og ledelsens ansvar

Utvalgets vurderinger er preget av en situasjonsforståelse om at mange enheter i norske sykehus har forbedringspotensiale på følgende punkter:

- Ledelsen må i større grad erkjenne sitt ansvar for arbeidsmiljø og arbeidsglede, og at tiltak for nødvendige endringer settes inn.
- Ledelsen må, med utgangspunkt i pasientenes behov, foreta systematiske vurderinger av hva som er enhetens behov for ulike typer arbeidskraft, herunder hvordan dette er fordelt på døgnets timer og ukens dager.
- Ledelsen må erkjenne foreliggende styringsrett og styringsmuligheter. Det vil si at man er seg bevisst de rammer som arbeidsmiljølov og tariffavtalesystem gir for utøvelse av styring, og for inngåelse av avtaler. For ordens skyld skal føyes til at ledelsens bevissthet om egne styringsmuligheter ikke må oppfattes som en nedtoning av viktigheten av at det praktiske arbeidet skjer i nært samarbeid med ansatte og deres organisasjoner.
- Ledelsen må ha oppmerksomhet rettet mot nødvendigheten av å oppgradere kompetanse. Det må etableres systemer som gjør at planlegging og styring av arbeidskraften er mest mulig rasjonell.
- Sykehuseier må erkjenne sitt ansvar for å følge opp ledelsens forslag til endringer med en eventuell prioritering av tiltak, og at det settes av midler som muliggjør en praktisk oppfølging.

9.6.3 Den enkelte helsearbeiders ansvar

Utvalget vil avslutningsvis peke på det ansvaret hver enkelt har for utvikling av egen kompetanse, for å bedre arbeidsmiljøet, og for å utvikle holdninger til samarbeid som fremmer god oppgaveløsning og fleksibilitet i forhold til pasientens behov.

9.7 UTVALGETS FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak 9.1. Det nedsettes et utvalg som skal gjennomgå arbeidsmiljølovens rammebetingelser og tariffavtalenes bestemmelser for arbeidsplanlegging i sykehus.

Bakgrunnen for tiltaket er nærmere beskrevet i "[Fleksible arbeidstidsordninger og bruk av prosjektorganisering](#)" i avsnitt 9.3.4.

Utvalgets forslag er at arbeidsgruppen skal gjennomgå arbeidsmiljølovens rammer og betingelser og vurdere evt. endringer som kan bidra til at sykehus blir mer effektivt og hensiktsmessig drevet, samtidig som arbeidstakernes interesser blir ivaretatt.

Tiltak 9.2. Økt tilskudd til utdanning av spesialister.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Øke utdanningskapasiteten](#)" i avsnitt 9.2.1.

Utvalget mener at det er mangel på en del legespesialiteter ved norske sykehus i dag. Utdanningskapasiteten bør økes for disse spesialitetene, og utvalget mener at dette bør skje i Norge fordelt over hele landet. Et slikt tilskudd bør også omfatte tilskudd til sykehus som i dag bare har gruppe-II praksis slik at de kan gi tilbud til studenter som skal gjennomføre gruppe-I praksis ved et annet sykehus.

Tiltak 9.3. Statlige støtteordninger for utdanning av spesialsykepleiere.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Øke utdanningskapasiteten](#)" i avsnitt 9.2.1.

Utvalget mener at det bør stimuleres til en økning i utdannelsen av spesialsykepleiere gjennom å etablere en statlig støtteordning for de sykehusene som utfører slik utdanning.

Tiltak 9.4. Det bør nedsettes en arbeidsgruppe som ser på utdanningen av helsepersonell i utdanningsinstitusjonene.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "[Helsarbeidernes kompetanse og utdanningsinstitusjonene](#)" i avsnitt 9.5.1.

Det synes som helseprofesjonsutdanningene i større grad er i utakt med de krav som stilles til arbeidstakere i sykehus, og den virkelighet som møter nyutdannede studenter i dag. Dette gjør at sykehusene må gjennomføre langvarige innføringsprogrammer for nyutdannede studenter. Det bør derfor vurderes nærmere om helseprofesjonsutdanningene bør endres for at utdanningen på en bedre måte svarer til de krav som stilles i sykehusene.

KAPITTEL10

Styring, ledelse og ansvar i sykehus

I utvalgets problemforståelse ("*Utvalgets problemforståelse*" i kapittel 6) er en av konklusjonene at ledelsesfunksjonen i sykehus er av stor betydning for at de på en bedre måte kan utforme tjenestene i henhold til retningslinjene i «Pasienten først». Utvalget vil også understreke at ledelsesfunksjonene i sykehusene er av avgjørende betydning for å møte de utfordringer som ligger til grunn for alle punktene i utvalgets mandat. Utvalget svarer derfor indirekte på alle punktene i mandatet gjennom å beskrive hva som kan gjøres for å bedre ledelsesfunksjonene i sykehusene.

Utvalget vil innledningsvis understreke at det har ønsket å vurdere styring, ledelse og ansvar i sykehus på et *bredt* grunnlag. Dette betyr at utvalget har vurdert både faktiske, rettslige, strukturelle og ikke minst holdningsmessige og organisasjonskulturelle forhold knyttet til ledelse i sykehus. Dette betyr at utvalget *ikke* har gått inn i *dybden* av de rettslige forholdene knyttet til ledelsesfunksjoner i sykehusene, da dette ikke oppfattes som sentralt i utvalgets mandat. Det har imidlertid vært viktig å vurdere om forslagene til utforming av ledelsesfunksjoner er innenfor gjeldende rettslige rammer og innen rammene av Stortingets vedtak. Utvalget vil også vise til at Sosial- og helsedepartementet arbeider med oppfølgingen av to utredninger, som fra hvert sitt ståsted har gått inn i de juridiske forholdene vedrørende styring, ledelse og ansvar i sykehus. Dette er «Helsepersonells rettigheter og plikter» (NOU 1993: 33) og «Spesialisthelsetjenesten m.m.» (NOU 1991:7). Utvalget refererer til noen hovedpunkter fra disse i "*Tidligere utredninger om avdelingsledelse på sykehus*" i avsnitt 10.4.2.

10.1 OVERORDNEDE SYNSPUNKTER PÅ LEDELSE I SYKEHUS

Utvalget vil i dette avsnittet redegjøre for hvilket innhold det legger i ledelsesbegrepet, og hvilke særlige kjennetegn ved sykehusene som må tas i betraktning når ledelsesfunksjonen i sykehus skal vurderes.

Det ligger i utvalgets mandat at ledelse bør utformes for bedre å svare på «Pasienten først». De juridiske forholdene knyttet til ledelse vil i denne sammenheng danne rammebetingelser som utvalget vil forholde seg til.

10.1.1 Styring, ledelse og ansvar i sykehus – noen begrepsavklaringer

Ledelse er et begrep som brukes i mange sammenhenger og i mange betydninger. Styring og ledelse brukes ofte synonymt som betegnelse for at noen bestemmer over andre. I noen sammenhenger skilles det mellom de to begrepene. Styring brukes da ofte om aktiviteter som trekker opp rammevilkår, retningslinjer og mål for underordnet virksomhet, mens ledelse brukes om selve gjennomføringen av tiltakene som er nødvendige for å nå målene innenfor de rammer som er trukket opp.

Utvalget vil ikke trekke noe skarpt skille mellom styring og ledelse. I praksis vil styring og ledelse være integrerte aktiviteter i utøvelsen av ledelse. Begrepet ledelse vil her bli brukt i vid forstand om ivaretagelse av et helhetlig ansvar for den virksomhet som ledes. Der utvalget bruker begrepet ansvar menes en mer generell beskrivelse av det forhold at noen svarer for resultatene av en gitt virksomhet som man er i posisjon til å påvirke resultatene av. Svært mye av det som legges inn i ledelsesansvar er altså ikke i denne sammenheng primært knyttet til *rettslig* ansvar, selv om et ledelsesansvar også kan ha islett av rettslige momenter.

Det er i andre sammenhenger også vanlig å skille mellom administrasjon, ledelse og lederskap. Utvalget vil derfor *kort* beskrive hva de legger av innhold i disse begrepene.

- *Administrasjon* handler om å utføre og føre tilsyn med oppgaver som skal utføres i henhold til de lover, regler og instruksjoner som er knyttet opp til en stilling.
- *Ledelse* handler om å sette mål for virksomheten, samt å identifisere og beslutte de viktigste strategiene for å få gjennomført målene.
- *Lederskap* handler om å utvikle visjoner for virksomheten som sikrer forankring av strategier og fellesskap om målene for virksomheten.

Disse tre aktivitetene vil i praksis inngå i enhver lederstilling. Det er forventet at en leder utøver lederskap, leder virksomheten og administrerer de rutiner som man skal følge. Den innbyrdes vektleggingen av disse må variere med den ledelsesfunksjon man skal ivareta, størrelsen på virksomheten, personellens sammensetning mv.

I mange populære framstillinger beskrives forskjellen ved at administrasjon handler om å «gjøre tingene riktig», mens ledelse handler om å «gjøre de riktige tingene». Dette understøtter en forestilling om at ledelse er å formulere og beslutte strategier, mens administrasjon er å gjennomføre dem. I slike sammenhenger gis det et bilde av at lederen må drive ledelse og delegere administrasjon til andre. Utvalget vil bemerke at en slik framstilling er for enkel. Enkelte oppgaver med administrativt preg har f.eks. så viktige symbolske funksjoner at de må utføres av lederen for at vedkommende skal oppfattes å utøve lederskap. Utvalget ser imidlertid helt klart at en leder ikke kan gjennomføre alle oppgaver i tilknytning til sitt lederansvar, og derfor må delegere en rekke oppgaver. Oppgaver som er preget av praktiske administrative rutiner bør være oppgaver som kan overlates til andre. Utvalget vil imidlertid presisere at når ledelsesoppgaver delegeres, forblir ansvaret hos den lederen som delegerer oppgavene, selv om den som har fått delegert en oppgave også har ansvar for sin egen utførelse.

Utvalget vil i det følgende bruke ledelse i en vid forstand, både om forhold som kan betegnes som styring, og om administrasjon, ledelse og lederskap, uten å trekke noe skarpt skille mellom disse aktivitetene. Utvalget vil definere ledelsesfunksjonen ved følgende fem punkter:

- Helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet på tjenestene som enheten skaper, og for at arbeidet skjer innenfor de rammer som myndigheter og eiere har trukket opp.
- Overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innen enheten; herunder at dette oppfattes av enhetens medarbeidere.
- Ansvar for arbeidsmiljø og at de organisasjonskulturelle holdningene er tilpasset oppgavene som skal løses.
- Kontinuerlig å vurdere behovet for, ta initiativet til og gjennomføre nødvendige endringsprosesser.
- Evne og vilje til å utøve ledelse gjennom bruk av formelle myndighet, formell og uformelle beslutningsteknikker og bruk av delegering.

10.1.2 Lederroller og utøvelse av ledelse i sykehus

Styring, ledelse og ansvar i sykehus må utformes med utgangspunkt i hva som bygger opp under prinsippene «Pasienten først». Ledere som har kompetanse og riktig rolleforståelse, vil etter utvalgets oppfatning i meget stor grad kunne bidra til at sykehusets tjenester blir rettet inn mot pasientenes behov. Arbeidet for pasienten krever samarbeid mellom mange medarbeidere, ofte med ulike kompetanse.

Kvaliteten på ledelsesfunksjonen har stor betydning for at dette samarbeidet fungerer. Videre er kvaliteten på ledelsen viktig for virksomhetens fokus på riktige mål. Ledelsesfunksjonens betydning vil øke fordi utvalget forventer at sykehusene vil møte økte krav til omstilling og dokumentert kvalitet.

Utvalget mener at en av de viktigste utfordringene som sykehusene nå står overfor, er å utvikle en organisasjonskultur der ledere på alle nivåer tar helhetlig ansvar for alle resultater og aktiviteter, og at det utøves ledelsesengasjement som klart har som mål å nå dette ambisjonsnivået.

Ambisjonen for lederne blir å se de ulike kravene og behovene i sammenheng, å organisere og utnytte sykehusets eller avdelingens ressurser slik at disse best mulig virker sammen for å ivareta pasientenes behov. For den enkelte leder blir utfordringen å finne fram til en personlig lederrolle og ledelsesaktiviteter som fører denne vei.

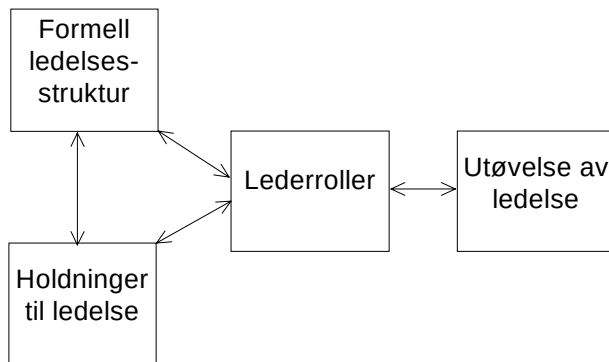
Ledelsesaktivitetene må være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver som lederen eventuelt vil gjøre. Det er sykehusets ansvar å lage rammebetingelser for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen.

Utvalget er av den mening at ledelse i sykehus i dag ikke er tilstrekkelig vektlagt, og at lederne ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot det mangfold av forhold som påvirker hvordan sykehuset og den enkelte sykehusenhet ivaretar pasientenes behov. Det er derfor av stor betydning å få oppgradert ledelsesfunksjonen i sykehusene – på alle nivåer.

Hvordan de konkrete lederrollene vil framstå og innvirke på utøvelsen av ledelse, vil være bestemt av to forhold – det strukturelle og det holdningsmessige:

- *Den formelle ledelsesstrukturen* handler om hvilket ansvar som er delegert til ulike stillinger, og hvilke fullmakter og virkemidler som er lagt til ledere på ulike nivåer. Dette vil gi rammene for de styringstiltak som en leder kan anvende for å bære stillingens ansvar, også i hvilken grad det kan utøves styring overfor andre. Det vil primært være den formelle ledelsesstrukturen som vil avgjøre om det er samsvar mellom en enhets ansvar og de rammer og fullmakter som enheten er gitt for å oppfylle dette ansvaret.
- *Det holdningsmessige* dreier seg om hvordan lederen selv og de som blir ledet oppfatter sitt ansvar og sin rolle og hvordan de forholder seg til utøvelse av ledelse. Dette innebærer f. eks. hvilke holdninger lederen har til valg av gjennomføringsstrategier, hvilke aktiviteter som velges for å oppnå enhetens målsettinger, valg av ledelsesteknikker – f.eks. om disse preges av instruksgivning eller av mer konsensusorientert arbeidsstil, mv.

Lederne vil utforme sine roller med utgangspunkt i både strukturelle og holdningsmessige forhold. Ledelse handler i vid forstand både om å *ha* ansvar, som er knyttet til den formelle ledelsesstrukturen, og om å *ta* ansvar, som er knyttet til det holdningsmessige.



Figur 10.1 Forholdet mellom formell ledelsesstruktur og holdninger til ledelse

Utvalget mener at ledelsesproblemene på sykehusene er mer knyttet til det holdningsmessige enn til det strukturelle. De største utfordringene ligger i å erkjenne hvilket ansvar som ligger i de ulike lederrollene og å utvikle evne og vilje til å gjennomføre de ledelsesaktiviteter som er nødvendige for å inneha ansvaret. Det må fokuseres sterkere på disse kriteriene når ledere skal rekrutteres. En leder må framstå som likeverdig leder for hele enheten, og ikke primært som en leder for den gruppen som de er rekruttert fra. Utvalget mener at dette er nødvendig for å kunne fylle den lederrollen som vi beskriver. Om ikke det holdningsmessige støtter opp om samarbeid, faglig utvikling og gjensidig respekt mellom yrkesgrupper og avdelinger, vil man aldri klare å oppnå tilfredsstillende ledelsesfunksjoner ved sykehusene – uansett hvor avklart og formålsrasjonelle de strukturelle ledelsessystemene er.

Det strukturelle og det holdningsmessige henger imidlertid nøye sammen. Det formelle ledelsessystemet kan på en god eller dårlig måte bygge opp om de holdninger til ledelse som er ønskelige. På den andre siden kan holdninger til ledelse være med på å berede grunnen for nye strukturelle løsninger i sykehus. Eksempelvis vil todelt ledelse påvirke holdninger til ledelse, både positivt og negativt. Positivt på den måte at det tverrfaglige samarbeidet i ledelsesspørsmål understrekes, negativt fordi den underbygger påstanden om at et fag må ha sin uavhengighet og ikke kan underlegges andres ledelse. Samtidig har utvalget tidligere påpekt at eksistensen av todelt ledelse delvis kan forklares med utgangspunkt i de holdninger til ledelse som finnes i sykehus. Legene i lederposisjoner har viet de medisinsk-faglige spørsmålene større oppmerksomhet enn de driftsmessige og personellmessige spørsmålene. Sykepleierne har grepet fatt i personalledelse og driftsspørsmål, og har fått den aksept og legitimitet som har vært nødvendig for at den todelte ledelsen har kunnet bli en realitet. Dette eksemplet er valgt for å vise hvordan holdninger og struktur gjensidig påvirker hverandre, og er ikke fra utvalgets side ment å være noen vurdering av todelt ledelse.

10.1.3 Rammebetingelser for ledelse i sykehus

De fleste organisasjoner vil ha sine spesielle rammer og forutsetninger for hvordan dette helhetlige ansvaret kan ivaretas. Innen sykehus vil en del av disse forutsetningene være gitt av at sykehusets ansatte i stor grad er *profesjonelle* yrkesutøvere, med den betydning dette har for hvordan ledelse og styring i sykehus kan forstås:

- *Sykehus er kunnskapsorganisasjoner*: Tjenestene utøves i stor grad av personell med betydelig fagkompetanse. Personellet utgjør den viktigste innsatsfaktoren

- i sykehus. For at denne fagkompetansen kan komme til best mulig utnyttelse vil personalforvaltning og personalpolitikk være viktige ledelsesfunksjoner.
- *Sykehusets medarbeidere er nært knyttet til ulike fag:* De ansattes identitet, karriere og utvikling er nært knyttet til et *fag*. En viktig premiss for ansettelse i klinisk virksomhet er at man har faglige kvalifikasjoner. Faglig ledelse vil derfor ofte være en vesentlig ledelsesfunksjon.
 - *Selvstendighet:* De som utøver oppgaver gjennom bruk av egen ekspertise, vil i stor grad måtte utøve sin virksomhet selvstendig. Ledelsen må derfor utøves med respekt for den fagkompetansen som de ansatte har. Legene står i denne sammenheng i en særstilling idet deres uavhengighet overfor andre i medisinsk-faglige spørsmål er nedfelt i lov om leger, § 16.
 - *Avhengighet:* Som en følge av at sykehusene er preget av relativt stor grad av funksjonell arbeidsdeling oppstår det avhengighet mellom de ulike funksjonene. Dette betyr at sluttresultatet i stor grad vil være avhengig ikke bare av den enkeltes arbeid, men i stor grad av manges samarbeid. En vesentlig ledelsesfunksjon vil derfor være å sørge for god koordinering av oppgaver, samt stimulere til gode samarbeidsrelasjoner innen og mellom yrkesgrupper.

Disse trekkene medfører at sykehus i praksis styres både nedenfra og ovenfra. Ovenfra styres sykehusene med utgangspunkt i arbeidsgivers styringsrett, og av krav og retningslinjer sykehuseier og offentlige myndigheter legger på sykehusene (sykehusloven, arbeidsmiljøloven, resultatkrav, ressursmessige rammer osv.). Styringsmyndighet og ansvar ligger i utgangspunktet i styre og hos direktør, men gjennom delegering vil arbeidsgivers styringsrett og ansvar være plassert på ulike organisatoriske ledernivåer i sykehuset. Delegeringen innebærer imidlertid ikke at ansvaret på de høyere organisatoriske nivåene reduseres. Nedenfra styres sykehusene av fagenes utøvelse av faglige normer, faktiske prioriteringer, av den faktiske og dels rettslige selvstendighet som vil ligge i fagene, og ikke minst av at det skjer en kontinuerlig videreutvikling innen fagmiljøene.

Utvalget vil framheve at dersom ledelsesfunksjonen i sykehus skal lykkes, må de spenninger som kan være mellom disse to styringsdimensjonene erkjennes. Det må være en ambisjon å finne fram til ordninger som gir den nødvendige integrasjon og samvirke mellom de organisatoriske ledelsesnivåene og de utøvende nivåene i sykehusorganisasjonen. Sykehusets karakter av kunnskapsorganisasjon gjør det helt nødvendig å gjøre stor bruk av delegering. Samtidig må det finnes fram til styringsformer som klart reflekterer det helhetlige ansvaret som er knyttet til de ulike organisatoriske ledelsesnivåene i sykehuset. Utvalgets oppfatning er at en best mulig integrering av styring nedenfra og styring ovenfra skjer gjennom en fokusering på, og oppfølging av, de overordnede mål for virksomheten.

10.1.4 Styring ovenfra – administrativt ansvar og ledelse

Utvalget vil i denne sammenheng bruke begrepet administrativt ansvar om det ledelsesansvaret som er knyttet til arbeidsgiveransvaret og de pålegg som institusjonen er underlagt av myndigheter og eier. Med administrativt ansvar forstår utvalget det helhetlige ansvar som ledelsen i sykehuset har for måloppnåelse på ulike nivå. Et slikt ansvar omfatter at aktivitetene gjennomføres innenfor de rammer som er trukket opp av overordnede myndigheter og de styringsmidler som ledelsen er tildelt for å følge opp dette ansvaret. Dette innebærer organisering, planlegging og forvaltning av de økonomiske og personellmessige ressurser, herunder plassering av ansvar, ressurser og fullmakter til de ulike delene av organisasjonen, samt fortløpende styring gjennom planer og enkeltstående beslutninger. En viktig del av

denne helhetlige ledelsen, er etablering av systemer for oppfølging som gir ledelsen tilstrekkelig innsyn i og kontroll med at rammer respekteres og mål nås. Ledere på lavere nivåer vil ha det helhetlige ansvaret for den virksomheten/avdelingen som de leder. Dette vil være avgrenset av de ansvars- og styringsbeslutninger som overordnede nivåer i organisasjonen har truffet.

Definisjonen innebærer at toppledelsesfunksjonen i sykehus tillegges et ansvar som ikke fullt ut samsvarer med den styringsmulighet som ledelsen har. Det vil være rettslige grenser, og da særlig på det medisinsk-faglige området, for hvilken styring som toppledelsen kan utøve i forhold til de utøvende medisinsk-faglige miljøene. Det kan da hevdes at det er inkonsistent å bruke en definisjon som i realiteten også inkluderer resultatene av de medisinsk-faglige aktivitetene som gjennomføres i avdelingene. For utvalget har poenget vært det motsatte. Begrensningene i styringsaktivitetene som toppledelsen kan utøve i forhold til de operative avdelingene, gjør det særlig viktig å markere at ansvaret også inkluderer de faglige resultatene. Et av de vesentligste kravene til framtidens ledere vil derfor være at de innenfor de juridiske rammene klarer å utvikle en konstruktiv styringsdialog med fokus på resultater – også i forhold til de enheter og medarbeidere som mer eller mindre har en faglig autonom posisjon.

Det helhetlige ansvaret inkluderer derfor alle sider ved driften, slik som budsjettansvar, resultatansvar og personalansvar. Samtidig har man gjennom å representere eier et ansvar for at den prioritering som er politisk bestemt skal gjennomføres. Dette kan gripe inn i den faglige virksomheten.

10.1.5 Styring og påvirkning nedenfra – faglig ansvar og ledelse

Oppgaver som utøves av profesjonelle yrkesutøvere med utgangspunkt i en faglig basert kompetanse må ofte utøves på et selvstendig grunnlag. Styring og koordinering av oppgavene vil i stor grad skje med utgangspunkt i yrkesutøverens faglige kunnskap og kompetanse, vel så mye som gjennom instruks, regler og prosedyrer. Fagkunnskapen er i seg selv styrende for hvordan oppgavene skal utføres. Slik sett ivaretas koordinering av sykehusets virksomhet i stor grad ved å overlate oppgaveutførelsen til personell med faglige kvalifikasjoner som står i forhold til de oppgavene de utfører.

For å sikre at denne kunnskapen som utøves med stor selvstendighet utøves riktig, pålegges det et faglig ansvar for alle som utøver et fag. Utvalget vil starte med en begrepsmessig forenkling gjennom å dele det faglige ansvar inn i to forhold;

- det *individuelle* faglige ansvaret som hver enkelt har ved å utøve sine oppgaver på en forsvarlig måte innenfor rammen av egen kompetanse og de ressurser man disponerer. Dette ansvaret vil også gjelde ved *delegering* av oppgaver til andre personer.
- det *systemmessige* ansvar som hviler på den faglig ansvarlige for en bestemt faglig enhet eller faglig miljø for at *organiseringen* av denne funksjonen eller enheten er forsvarlig. Det dreier seg om ansvar for rutiner, prosedyrer, opplæring og nødvendig overordnet koordinering.

10.1.5.1 Det individuelle ansvaret

Det er ingen tvil om at det også for andre faggrupper enn legene gjør seg gjeldende et faglig ansvar av rettslig karakter, og en tilhørende selvstendighet. Dette gjelder både yrkesgrupper som inngår direkte i behandlingen av pasienter, som psykologer og fysioterapeuter, men også annet personell som utfører tjenester som inngår i undersøkelser, behandling og pleie, som sykepleiere, bioingeniører, radiografer,

hjelpepleiere mv. Annet helsepersonell kan imidlertid ikke, med de beskrankninger som ligger i kvakksalverloven, på selvstendig grunnlag utøve behandling av pasienter.

Utvalgets synspunkt er at alle faggrupper har plikt til å yte forsvarlige tjenester uavhengig av om dette er direkte nedfelt i faggruppens lovgrunnlag eller ikke. Dette betyr, både prinsipielt og praktisk, at det vil være begrensninger i hvilke instruksjer av faglig karakter som fagmedarbeiderne kan motta fra andre som ikke innehar fagets kompetanse.

Legene står i en særstilling i sykehusene ved at både den faglige selvstendighet og det faglige ansvaret er nedfelt i lovs form. For legetjenesten er det *individuelle faglige ansvaret* og rammene for dette fastslått gjennom flere bestemmelser i lov om leger:

«En lege plikter å utføre sin virksomhet forsvarlig.

Han skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp.

Han skal gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling. Såvidt mulig skal legen la pasienten selv medvirke ved behandlingen» (§ 25).

«Legers virksomhet skal organiseres i slike former at den er medisinsk forsvarlig og slik at legen er selvstendig og uavhengig overfor andre i medisinsk-faglige spørsmål. For dette formål kan Kongen gi nærmere forskrifter om organisering av legevirksomhet, og forby slike former som finnes uheldige» (§ 16, tredje ledd).

«En lege skal ved organiseringen av sin virksomhet, ved undersøkelse og behandling av pasienter, ved forskrivning av legemidler og ellers påse at pasienter, folketrygden og andre ikke påføres unødig utgift eller tidsspille.

Hensynet til sparsomhet må ikke gå ut over det faglig forsvarlige» (§ 29, annet ledd).

Gjennom disse bestemmelsene er den enkelte lege både faktisk og rettslig satt i en selvstendig faglig posisjon, og dette vil være en ramme for de organisatoriske og styringsmessige løsningene som sykehuset kan velge. Den enkelte lege kan, innenfor forsvarlige rammer og oppfølging, delegere arbeidsoppgaver til andre medarbeidere. Slik delegasjon av oppgaver er individuell og regulert i lov om leger, § 17. Loven åpner slik sett for at andre enn leger kan utføre medisinsk-faglige oppgaver, så lenge dette skjer forsvarlig, og med nødvendig instruksjon og oppfølging fra den lege som delegerer oppgaven.:

«En lege kan i sin virksomhet nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver det gjelder, den instruksjon som gis og den kontroll som føres» (§ 17, første ledd).

10.1.5.2 Det systemmessige ansvaret

Når de faglige oppgavene utøves av en gruppe over en viss størrelse, inntreffer det et behov for at noen tar ansvar for hvordan den funksjonen som gruppen utøver fungerer ut over den enkelte fagutøvers ansvar. Det dreier seg her om at forutsetningene må ligge til rette for at man får tilstrekkelig sikkerhet for at de individuelle utøverne av faget utfører de riktige tjenestene på en forsvarlig måte. Dette innebærer forhold slik som at:

- Det tas ansvar for at de som utfører de faglige oppgaver har den nødvendige kunnskap.
- De systemmessige rammebetingelsene ligger til rette for fagutøverne.

- Samarbeidsspørsmål av systemmessig karakter i forhold til andre er tilstrekkelig avklart.
- Det skjer nødvendig fagutvikling og oppfølging av at den faglige utførelsen er i henhold til aksepterte normer og vedtatte retningslinjer.

Ivaretagelsen av dette systemmessige ansvaret er et faglig ledelsesansvar, og krever kompetanse innen faget. Den som skal ha den faglige ledelsesfunksjonen må nødvendigvis ha faglig innsikt som er på høyde med de medarbeidere som vedkommende har faglig lederansvar for.

Utvalget vil framheve de ulike faggruppenes utøvelse av det systemmessige lederskapet har stor betydning for hvordan sykehusene tilfredsstiller pasientenes behov. Kvalifisert ledelse av et fag vil bidra til fagets medarbeidere på en bedre måte får brukt sin kompetanse. Utvalget vil stikkordsmessig trekke fram fire forhold som er viktige i forhold til den faglige ledelsesfunksjon i sykehus:

- For det første at det bør ligge i faglig ledelse å være systematisk og kontinuerlig oppdatert på spørsmål om fagets utvikling og hvordan den faglige kompetansen kan brukes til å tilfredsstille pasientenes behov.
- For det andre å være seg bevisst hvilke rammebetingelser som bør være til stede for at den kompetanse som ligger i faget skal kunne utnyttes.
- For det tredje å danne seg et bilde av hvordan faget bør samarbeide med andre fag og at det gjennomføres nødvendige dialoger.
- For det fjerde at det vurderes hvilke kompetanseoppbyggende og -vedlikeholdende tiltak som bør gjennomføres for at fagets medarbeidere skal følge med i den faglige utviklingen og være rustet til å oppfylle forsvarlighetskravene.

Sykehuslovens § 6 sier at den som har det faglige ansvar for behandling av pasienter på vedkommende institusjon, eller vedkommende avdeling ved helseinstitusjonen, kan straffes for forsømmelse av den plikt som fastsettes i samme paragraf til uoppholdelig å motta pasienter der sykehusets hjelp antas påtrengende nødvendig. I hvilken grad den medisinske faglig ansvarlige har et rettslig ansvar som går ut over denne bestemmelsen, må vurderes konkret i forhold til den enkelte lovbestemmelse eller rettsgrunnlag. I så henseende vises det til at det i rettsavgjørelser er lagt ansvar for at det er utarbeidet forsvarlige medisinske rutiner og prosedyrer til avdelingsoverlegen. Det finnes også forskrifter, f.eks. ventelisteforskriften, som forutsetter at noen innehar et medisinsk faglig ansvar. Dette vil danne rammebetingelser for organiseringen av sykehusets virksomhet.

10.1.6 Drøfting

10.1.6.1 Innledning

De to rådende ledelsesformene – administrativ og faglig ledelse – bygger på ulike prinsipper. Dette bærer sykehusene i stor grad preg av. Legitimiteten for faglig ledelse hviler på ekspertise og kunnskap. Den faglige ledelsen vokser ut fra fagene og vil *avgrense seg* i forhold til andre fag, spesialiteter og yrkesgrupper. Ledelse utøves gjerne i et kollegialt fellesskap som normmessig er preget av mange uformelle spilleregler. Legitimiteten i den administrative ledelsen ligger i de formelle posisjoner man innehar. Den administrative ledelsen er avledet av eiers og arbeidsgivers ansvar, og innebærer et *overgripende* ansvar for all virksomhet som hører inn under den enheten man er leder for.

En av de store organisasjonsmessige utfordringene for et sykehus, ligger i å skape godt forhold mellom administrativ og faglig styring og å få til samspillet mellom de ulike miljøene som mer eller mindre befinner seg i autonome posisjoner. De

tilrådinger som utvalget gir i "*Toppledelsesfunksjonen i sykehus*" i avsnitt 10.3, om framtidige ledelsesmessige løsninger, er fra utvalgets side et forsøk på å svare på denne utfordringen. Nedenfor skal utvalget gi uttrykk for grunnleggende holdninger og vurderinger som fra utvalgets side ligger til grunn for de mer konkrete tilrådingene. Utvalget vil her drøfte følgende tre problemstillinger nærmere:

- Forholdet mellom faglig og administrativ ledelse på avdelingsnivå.
- Forholdet mellom ulike fag som følge av systemmessig avhengighet.
- Forholdet mellom fagenes selvstendighet og overordnet styring.

10.1.6.2 Faglige og administrative ledelsesfunksjoner på avdelingsnivå

Når utvalget innledningsvis i denne drøftingen peker på at de to ledelsesformene er forskjellige, må ikke dette forstås slik at det gjennomgående kan skilles skarpt mellom de som har administrative ledelsesfunksjoner og de som har faglige ledelsesstillinger. Sykehusets øverste ledelse kan betraktes som en tilnærmet rendyrket administrativ ledelsesfunksjon – dvs. den ansvarlige for ivaretagelsen av et helhetlig resultatansvar for sykehusets virksomhet. På det utøvende plan vil man finne stillinger som har mer rendyrkede faglige ledelsesfunksjoner – dvs. at man ivaretar et ansvar for at faget utøves på en forsvarlig måte, og at utviklingen innen faget fanges opp. På avdelingsnivå vil ledelsesfunksjonene ofte være en *kombinasjon* av faglig ledelse og administrativ ledelse – herunder ivaretagelse av arbeidsgivers styringsrett og ansvar. Det at lederstillinger på avdelingsnivå ofte innebærer at lederen er forventet å kombinere arbeidsgivers styringsrett og ansvar med ivaretagelsen av de faglige hensyn, er nettopp et kjennetegn ved sykehus som profesjonell organisasjon.

Det vil i praksis være vanskelig å trekke en klar grense mellom de to ledelsesprinsippene på avdelingsnivå. Hvor stort innslaget av den ene ledelsesformen er, vil avhenge av avdelingens størrelse. Hvis avdelingen er stor, og det finnes flere som ivaretar et faglig ledelsesansvar innen avdelingen, vil avdelingslederrollen bli mer preget av den administrative ledelsesfunksjonen.

De som har stillinger som innebærer at man både skal ivareta faglige hensyn og overordnede styringskrav, vil kunne komme i en lojalitetskonflikt. Lederne kan iblant oppleve en konflikt mellom hva som er en god faglig løsning og hva som må gjøres for at avdelingen skal holde budsjetter. Lojalitetskonflikten kan gå på forhold som ikke bare er faglige. Det kan for den enkelte oppleves som umenneskelig og uetisk å gjennomføre sparetiltak selv om dette er innenfor lovverket og pålegg om forvarlig virksomhet. Som faglig leder vil forventningene være å kjempe for eget fag i budsjettdiskusjoner. Som arbeidsgivers representant forventes man å lojalt følge opp rammer og budsjetter. Utvalget vil her framheve at så sant det ikke dreier seg om mulige brudd på de lover, forskrifter og avtaler som arbeidsgivers styringsrett er begrenset av, så følger det av alminnelige organisatoriske retningslinjer at de faglige aktivitetene må tilpasse seg de gitte rammene. Det betyr at den administrative ledelsesfunksjonen må prioriteres foran den faglige ledelsesfunksjonen. Selv om dette utgangspunktet er uomtvistelig, må det erkjennes at det i sykehusene gjør seg gjeldende krefter og prosesser som til tider gjør det vanskelig å etterleve dette organisatoriske utgangspunktet. Dette er derfor noe som må bearbeides rollemessig.

I en avdeling vil det som regel arbeide flere faggrupper. Det vil derfor i utgangspunktet være flere ledere på avdelingsnivå som både kan ha faglige og administrative ledelsesfunksjoner. I en rekke debatter omkring avdelingsledelse i sykehus framsettes det påstander om at en faggruppe ikke kan lede sitt eget fag hvis de er underlagt en leder med annen fagbakgrunn. Utvalget kan ikke gi støtte til et slikt

syn. Dette utgjør også en logisk brist, i og med at *alle* ansatte i et sykehus er underlagt direktørens myndighet i administrative spørsmål. Det kan derfor ikke herske tvil om at personer som innehar en lederfunksjon i sykehus *administrativt* kan være underlagt en leder med annen faglig bakgrunn – også på avdelingsnivå. Ved en eventuell endelt ledelse på avdelingsnivå vil det være mulig å tenke seg flere ledere som har faglig ansvar, men der bare én har administrativt lederansvar. De andre faglige lederne vil da få sine administrative ledelsesfullmakter fra den som er avdelingsleder.

10.1.6.3 Forholdet mellom de ulike fagene – selvstendighet og avhengighet

Fagenes selvstendighet må ikke forstås slik at fagene eksisterer uavhengig av hverandre. Virksomheten i sykehusene er kjennetegnet av *avhengighet* mellom spesialiteter, fag og yrkesgrupper. Ulike fag og yrkesgrupper inngår i et behandlingsmessig fellesskap. Avhengigheten innebærer at ulike fag, yrkesgrupper og spesialiteter må samarbeide om å tilfredstille pasientens behov. Selvstendig faglig ansvar innefor eget fag, både på det individuelle og det systemmessige nivået, må legges til grunn et hensiktsmessig samarbeid. Dette stiller krav til hvordan det faglige systemsvaret ivaretas på tvers av profesjoner. Utvalget vil også presisere at den faglige selvstendigheten prinsipielt ikke er til hinder for en organisasjonsmessig underordning av en annen leder.

Fagene i sykehus er ikke likestilte. Det medisinsk-faglige ansvaret er på bakgrunn av sykehuslovens § 6 i en særstilling. Legene delegerer i stor utstrekning faglige oppgaver til andre yrkesgrupper, som også har sitt eget faglige ståsted. I dagens sykehus er legene helt avhengige av at andre helsepersonellgrupper kan ta på seg slike oppgaver for å kunne løse de oppgaver som sykehuset har. På bakgrunn av dette vil det også være behov for at den som ivaretar det systemmessige medisinsk-faglige ansvaret griper inn på andre fags områder.

En slik styringsmessig inngripen i forhold til andre fag, vil altså formelt sett bety en begrensning av de andre fagenes egenstyring. Utvalget vil understreke viktigheten av at dette ikke oppfattes som konfliktskapende i sykehusene. Det bør forventes, dersom hensynet til pasienten settes i fokus, at ledelsen for det medisinsk-faglige området og de som innehar andre faglige lederstillinger, blir enige om hvordan andre fag på det systemmessige planet må tilpasse seg behovene som følger av medisinsk-faglige hensyn. Det er en viktig oppgave for de ulike administrative ledelsesnivåene å påse at denne type prosesser mellom de ulike fagene gjennomføres med tilstrekkelig kvalitet og intensitet.

Hvordan fagene på det systemmessige planet griper inn i hverandre er ikke bare et spørsmål om forholdet mellom det medisinsk-faglige området og andre helsefaglige områder. Mange vil i sine faglige aktiviteter være avhengige av at personell fra andre faggrupper medvirker på bestemte måter, som f.eks. fysioterapeuter i forhold til pleiepersonell, sykepleiere i forhold til hjelpepleiere.

Utvalget vil også framheve at samarbeidet mellom yrkesutøvere fra ulike fag i stor grad vil være avhengig av *hvordan* selve samhandlingen mellom representanter fra ulike fag skjer, både formelt og mellommenneskelig.

Samarbeid innen og mellom fagene kan skje etter flere modeller. Det kan skje med basis i en hierarkimodell, der det altså er klart hvem som står i en instruksgivningsposisjon i forhold til andre og der denne posisjonen brukes til å gi instruks for å sikre nødvendig samhandling. En slik samarbeidsform vil være nødvendig når leger delegerer oppgaver til andre innenfor det medisinsk-faglige området. Samarbeidet kan også sikres gjennom dialogbaserte teknikker med det formål å utvikle et

felles normgrunnlag mellom ulike fag som inngår i de samme arbeidsoppgavene, og gjennom dette sørge for samordning mellom fagene.

Hvilke samarbeidsformer som er hensiktsmessige vil naturligvis variere sterkt. Det kreves f.eks. helt andre samhandlingsformer ved operasjoner enn ved gjennomføring av langsiktige rehabiliteringsopplegg. Uansett hvilken form for samarbeid som velges, vil utvalget framheve betydningen av at samarbeidet gjenspeiler respekt for de ulike fagene og for yrkesutøverne. Dette vil være en utfordring i de tilfeller der det må være åpning for at medlemmer av en faggruppe kan gi instruksjoner til yrkesutøvere fra andre grupper. Det må være slik at man kan delegerer oppgaver til andre personer, uten at dette må anses som et ledelsesforhold. Enhver ansatt bør forholde seg til en person med personalansvar som sin leder. Det vil være denne lederens oppgave å sørge for at arbeidsopplegget for den enkelte fungerer hensiktsmessig og slik at man får til den nødvendige smidighet i forhold til delegering av oppgaver mv.

I en profesjonell organisasjon der den enkelte yrkesutøver gjerne har stolthet i forhold til sin egen kompetanse, kan uheldige utslag av en autokratisk lederstil slå særlig negativt ut. Maktens språk kommer ofte til kort ovenfor personell som bruker sin egen kompetanse som innsatsfaktor, og som må utvise skjønn og selvstendighet i sin yrkesutøvelse. Det må også bemerkes at i løpet av etterkrigstiden har utviklingen gått fra autokratisk ledelse og over til medvirkning. Dette er nedfelt i arbeidsmiljølovens § 12.

Det at fagene griper inn i hverandre på en så kompleks måte, understreker behovet for tverrfaglig samarbeid i sykehus. Dette samarbeidet må skje både i forhold til de individuelt delegerer oppgaver, og i forhold til hvordan fagene systemmessig skal tilpasses hverandre. Utvalget vil understreke at dette tverrfaglige samarbeidet ikke kan løses gjennom formelle regler og lovbestemmelser alene, men at det i stor grad må sikres gjennom rollemessige og holdningsmessige forhold mellom fagene og de faglige lederne. Dersom uenigheter skulle oppstå hyppig i et slikt samarbeid, så bør dette tas som en sterk indikasjon på at det er holdningsmessige eller organisasjonskulturelle forhold som ikke er som de skal være – og da må det være et lederansvar å gripe fatt i dette.

10.1.6.4 Styringsrett og styringsmuligheter

Legelovens fastsetting av legenes selvstendighet kan skape et inntrykk av at toppledelsen i sykehus ikke har nødvendige styringsmuligheter overfor avdelingene og de medisinsk-faglige ansvarlige. Spørsmålet blir da om det bør gjennomføres endringer i forholdet mellom toppledelsens styringsposisjon og den autonomi og styringsposisjon som ligger innenfor de medisinske fagene, gjennom endringer i legeloven.

Utvalget vil ikke tilrå at det gjennomføres lovendringer, fordi forholdet mellom overordnet styringsrett og faglig selvstendighet primært bør behandles som en rollemessig utfordring. Legelovens § 16 er ment å gi et vern for pasientene. Begrensninger i styringsretten overfor leger er uttrykkelig knyttet til hvordan faget skal utøves i forhold til undersøkelse og behandling av pasienter. Det vil være i institusjonens interesse at denne fagutøvelsen skjer med utgangspunkt i faglig begrunnede vurderinger. Denne styringsmessige begrensningen er imidlertid ikke til prinsipielt hinder for at legetjenesten kan underordnes ordinære organisatoriske ledelsesprinsipper i andre spørsmål. Utfordringen ligger i å utvikle en mest mulig åpen og direkte styringsdialog mellom toppledelsen og de faglige miljøene, og at det på dette grunnlaget kan utvikles gjensidig kunnskap og forståelse for de ulike hensyn-

ene. Utvalget mener at nåværende lovbestemmelser ikke er til hinder for et slikt utviklingsarbeid.

10.1.7 Oppsummering

Utvalget vil trekke to slutninger av sin drøfting av ledelse. Disse vil tjene som utgangspunkt for vurderinger utvalget gjør.

For det første har utvalget pekt på at utfordringen knyttet til utformingen av ledelse i sykehus i stor grad kan knyttes an til rolleforståelse, holdninger og organisasjonskultur. Utvalget framhever dette, fordi en viktig bakgrunn for å nedsette utvalget var å avklare *formelle* ledelsesspørsmål i sykehusene, og særlig hva som bør ligge i Stortingets vedtak om enhetlig ledelse. Utvalget har lagt vekt på å svare klart på denne delen av oppdraget, i "[Avdelingsledelse i sykehus](#)" i avsnitt 10.4. Når utvalget har vurdert endringer i den formelle ledelsesstrukturen i sykehusene, må dette forstås slik at hovedmålet er å skape rollemessig og holdningsmessig endring i sykehusene. Det er imidlertid vanskelig å vedta nye holdninger. Utvalget råder derfor sykehusene til å skape organisatoriske strukturer/ledelsesstrukturer som bygger opp under holdningsendringene som utvalget ønsker å initiere.

For det andre ønsker utvalget best mulig integrering av faglig og administrativ ledelse. Det ønsker å få de ulike fagene til å gripe inn i hverandre slik at pasientens behov for undersøkelse, behandling og pleie blir ivaretatt på en bedre måte.

I "[Overordnet styring av sykehusene](#)" i avsnitt 10.2. vil utvalget se nærmere på den overordnede styringen av sykehus, og hvordan rammebetingelser for ledelse i sykehusene på en bedre måte kan bidra til at ledelsen tar det helhetlige ansvaret utvalget etterlyser. I "[Toppledelsesfunksjonen i sykehus](#)" i avsnitt 10.3. vil utvalget vurdere hvordan toppledelsen på en bedre måte kan integreres med den operative ledelsen som ivaretar det systemmessige ansvaret i sykehusene. I "[Avdelingsledelse i sykehus](#)" i avsnitt 10.4. vil utvalget vurdere hvordan avdelingsledelsen kan utformes slik at man sikrer ivaretagelsen av det helhetlige ansvaret og sikrer et tverrfaglig samarbeid til det beste for pasientene.

10.2 OVERORDNET STYRING AV SYKEHUSENE

10.2.1 Innledning

Det er flere forhold som er med å sette mål, rammer og resultatkravene overfor sykehusene:

- Den generelle bestemmelsen i sykehuslovens § 2 om fylkeskommunenes plikt til å planlegge og drive sykehus som dekker befolkningens behov innenfor området.
- Den generelle bestemmelsen i sykehuslovens § 6 om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.
- Utfyllende bestemmelser fra nasjonal myndighet om hvilke behov sykehusene skal dekke, f.eks. forskrift om ventelistegaranti. Her kan det komme retningslinjer i forlengelsen av det arbeidet som pågår om prioriteringer.
- Forutsetninger som bindes opp gjennom statlige bekreftelser av de fylkeskommunale helseplanene.
- Normer og standarder som nedfeller seg gjennom praksis og eventuelt bekreftes av helsemyndighetenes vedtak.

Når den enkelte fylkeskommune eller staten skal utøve styring, vil det være rammer for hvilket ansvar og hvilke fullmakter som skal tillegges den enkelte sykehusledelse. Det vil også være rammer for styringen gjennom driftsåret.

Det er utvalgets oppfatning at innretningen på denne styringsaktiviteten har stor betydning for hvordan sykehusene blir i stand til å fylle sin rolle. Styringen virker naturligvis gjennom innholdet i beslutningene, men like mye gjennom den styringsfilosofi som eieren ønsker å praktisere. Hvordan eier anvender sin styringsrett vil danne premisser for hvordan ledelse kan utøves internt i sykehusene. For å vurdere dette spørsmålet mener utvalget at det er viktig å skille mellom to typer styring. På den ene siden den direkte innholdsmessige styringen: det vil si at eier benytter sin eierposisjon til å gi direktiver om mål, prioriteringer eller resultatkrav (10.2.2). En viktig beslutning fra eiers side er hvilken samlet ressursramme som sykehuset får til disposisjon for å løse de pålagte oppgavene (i tillegg til det som kommer gjennom refusjoner eller særskilte statlige tilskudd). Det andre forholdet som utvalget vil framheve er i hvilken grad eier styrer for hvordan denne rammen disponeres (10.2.3).

10.2.2 Eiers styring knyttet til mål, prioriteringer og resultatkrav

Sykehuseierne har styringsrett over mål og prioriteringer for sykehuset, innenfor rammen av den nasjonale helsepolitikken. På dette området vil utvalget begrense seg til å gi enkelte generelle merknader:

- Eier bør føle et særlig ansvar for å vurdere om resultatkravene som stilles er tilpasset ressursene som stilles til disposisjon. Sykehuset må trekkes inn i beslutningsprosessen fram til budsjettforslaget.
- Eier bør tilstrebe beslutningsprosesser som gjør at styringsbudskapene til sykehusene preges av en viss langsiktighet, slik at sykehusene får mulighet for planmessig gjennomføring av påleggene. Dette innebærer særlig at styringsbeslutningene primært bør tas i plansammenheng og i de årlige budsjettvedtakene, og at enkeltstående styringspålegg i løpet av et budsjettår bør unngås.
- Det bør legges vekt på å utforme resultatkrav som kan være til inspirasjon for sykehuset.
- Detaljeringsgraden på resultatkravene bør vurderes nøye, bl.a. ut fra at de ikke bør blokkere for rasjonell ressursutnyttelse i sykehuset og at det også gis rom for å utøve tilstrekkelig fagetisk skjønn.
- Til tider vil det skje endringer av forutsetninger som påvirker sykehusets muligheter for å oppnå forutsatte resultater. Når slike forhold av vesentlig karakter inntreffer, må sykehuset legge vekt på å ta opp forholdet raskt og på en åpen og lojal måte i forhold til sykehuseier. Tilsvarende må eier vektlegge en rask avklaring, slik at sykehuset er kjent med hvilke rammer som skal legges til grunn for driften.
- Eier bør på en konstruktiv måte interessere seg for hvilke resultater som sykehuset oppnår. Det bør gis positive tilbakemeldinger når det går bra, og det bør legges vekt på en åpen og konstruktiv dialog når det oppstår problemer.

10.2.3 Eiers styring i forhold til organisatoriske og administrative forhold

Man kunne tenke seg at eiers måte å styre sykehusene på begrenset seg til å fastsette resultatkrav og ressursrammer, og at sykehusets ledelse fikk full frihet til å bestemme hvordan ressursene skulle brukes for å nå målene. Slik utøves ikke eierstyringen i dag, verken i stat eller fylkeskommuner. På mange måter er det eier som har beslutningskompetansen for spørsmål av organisatorisk eller administrativ karakter, f. eks.:

- Beslutningene om sykehusenes budsjett skjer som en integrert del av vedtaket av henholdsvis statsbudsjettet og de fylkeskommunale budsjettene. Det fører til

at de tidsfrister som her gjelder også vil gjelde for sykehusene. Sykehusets muligheter for større investeringer, også til medisinsk teknisk utstyr, vil avhenge av investeringsrammene og premissene som fastsettes for det enkelte år.

- Hovedtrekkene for lønnsfastsettelse skjer gjennom tariffavtaler som inngås av eierne.
- Større organisatoriske endringer krever eiers beslutning.
- Fram til nå har det stort sett tilligget eier å opprette stillingshjemler, herunder hvilke type stillingshjemler som skal opprettes. Her har det etter hvert skjedd en viss oppmykning, men for legestillinger er dette underlagt nasjonal styring (Utvalget for Legestillinger og Stillingsstruktur, ULS).
- Sykehusene omfattes av de mange tverrgående administrative bestemmelsene som gjelder for stat eller fylkeskommuner.

Det kan framheves mange svakheter med en slik styringspraksis. Eier sitter med beslutningskompetanse over forhold der det faglige grunnlaget ofte vil være begrenset (f.eks. i valget mellom hvilke stillingstyper som sykehuset trenger). Sykehusledelsens generelle ansvarsfølelse kan svekkes ved at det er mange beslutninger som påvirker resultatet som den ikke har herredømme over osv.

På den annen side er det heller ikke vanskelig å forstå hvilke forhold som i sin tid har ført til at det er valgt systemer der sykehusene blir utsatt for denne type «administrativ overstyring». Sykehusene har stort sett vært bevilgningsfinansiert og i en monopolsituasjon der de i liten grad har møtt de motkrefter som følger av konkurransen i markeder. Dersom det under slike forutsetninger legges opp til stor selvstyrrrett, ligger det en fare for at man bevilger seg for gunstige ordninger og sender regningen til staten og/eller eier.

Utvalget mener at det er en meget viktig problemstilling i hvilken grad denne form for administrativ eierstyring skal opprettholdes. Utvalgets hovedoppfatning er at med den dynamikk som etter hvert preger sykehussektoren, vil det ikke være mulig å opprettholde dagens praksis. Sykehusledelsen, som skal ta et resultatansvar, må i større grad ha beslutningsmulighet for flere av de beslutningene som påvirker resultatet. I prinsippet kan dette oppnås gjennom to hovedtyper av tiltak:

- Ved at det satses på å utvide sykehusledelsens fullmakter.
- Ved at sykehusene får en organisatorisk mer fristilt stilling i forhold til sine eiere.

Utvalget viser til "*Organisering, struktur og systemer*" i kapittel 8 (organisering) der utvalgets vurderinger og tilrådninger er nærmere beskrevet.

10.2.4 Styrets rolle

Sykehusloven pålegger sykehus å ha styrer. Fylkeskommunene praktiserer loven ulikt.

Noen har prioritert å rekruttere styrene fra de politiske miljøene i fylkeskommunen eller ved at helse- og sosialutvalget også er sykehusstyre. For regionsykehusene er det delvis tatt med representanter fra andre fylker i helseregionen. Denne måten å sette sammen styrene på gir god kontakt mellom sykehusets øverste ledelse og eier. På den annen side kan den skape uklarhet om styrerollen og styremedlemmenes rolle. Særlig når det oppstår problemer, kan det være vanskelig å fastslå om styret og styremedlemmene er eiers representanter inn mot sykehuset eller om de like mye blir sykehusets representanter inn mot eierne.

I noen fylker gjøres det bruk av såkalte profesjonelle styrer. Her legges det primært vekt på at styrene skal ha erfaring og kompetanse til å ta ansvar. De skal utøve overordnet styring overfor sykehuset i henhold til de resultatkrav og rammer som sykehuseieren har fastsatt overfor sykehuset. Med slike krav til styret er det ikke noe mål i seg selv å rekruttere fra de politiske miljøene i fylkeskommunen. Det avgjørende er at styremedlemmene som enkeltmennesker, og styret som gruppe, har kompetanse til å påta seg ansvaret. Denne styremodellen skaper et klart skille mellom styringskrav som kommer fra sykehuseieren og oppfølging av kravene. Et problem med denne modellen er at rollene i praksis ikke blir så klare, fordi det i gjennomføringen oppstår spørsmål som utløser styring fra eiersiden.

Noen fylker gir styret mer karakter av et driftsstyre. Det vil si at styrets rolle primært blir å understøtte direktør og sykehusledelse i den praktiske driften. Dette kan være en nyttig støttefunksjon for sykehusledelsen, men innebærer samtidig nedtoning av de strategiske sidene ved styrerollen.

Hva som for framtiden vil være hensiktsmessig styreopplegg for sykehusene, vil avhenge av den eierstruktur som velges og også av hvordan samarbeidet innen helseregionene strukturelt vil bli lagt til rette. Det er derfor ikke hensiktsmessig at dette utvalget går detaljert inn på spørsmålet. Men visse generelle merknader finner utvalget det riktig å gi.

Utvalgets flertall, medlemmene Heidi Børresen, Ellen Løken Børnheim, Trond Gården, Jon Haffner, Yngve Haugstvedt, Hilde Jordal, Else Kielland, Trine Magnus, Wenche Frogn Sellæg, Vidar Oma Steine og Tom Inge Ørner mener at det særlig er to forhold som tilsier at sykehus for framtiden bør ha styrer, og at styrene vil få en tiltakende viktig betydning:

- Sykehusene må regne med kontinuerlige forandringer. I en slik situasjon vil det være viktig at sykehusene har et styre som har det overordnede ansvar for de endringsprosesser som bør gjennomføres.
- Skillet mellom eiernes strategiske styring og sykehusledelsens og fagmiljøenes operative oppfølging vil bli viktigere. Et rollebevisst styre kan på en konstruktiv måte bidra til å ivareta ansvars- og arbeidsdelingen mellom eiere og sykehusledelsen.

Selv om forholdene som her er trukket fram gir sterkest støtte til at det for framtiden gjøres bruk av såkalte «profesjonelle» styrer, vil ikke *disse medlemmene* ensidig framføre en slik konklusjon. Det ligger også en betydelig verdi i at et styre forstår og har kunnskap om de politiske forholdene i fylket, noe som kan oppnås gjennom, i hvert fall delvis, rekruttering fra de politiske miljøene i fylket. Dersom det legges vekt på profesjonell styrekompetanse, er det viktig at styremedlemmene er klar over den styringsmessige rolle som styret skal spille mellom eier og sykehus.

Utvalgets medlem Knut Pihl viser til de vurderinger dette medlemmet har inntatt i "Nærmere om forholdet mellom sykehus og sykehuseier" i avsnitt 8.2.1, hvor det tas til orde for at en større grad av fristilling bør finne sted innenfor dagens struktur og organisasjon. Med utstrakt grad av fullmakter gitt til sykehusenes ledelse, varierende overordnet ledelsesstruktur for sykehusene i hvert fylke og usikkerheten om hvordan det regionale samarbeidet vil utvikle seg, vil *dette medlem* ikke uten videre slutte seg til behovet for et eget styre for sykehusene. Utviklingen kan like gjerne gå i retning av at styrefunksjonene erstattes av forpliktende samarbeidsavtaler og lederteam som forutsettes å ivareta funksjoner som styrer ellers ville ta.

10.3 TOPPLEDELSESFUNKSJONEN I SYKEHUS

10.3.1 Innledning

Toppledelelsen har et helhetlig ansvar for sykehusets resultater og aktiviteter, også at sykehuset har strukturer og systemer som er tilpasset oppgavene som skal løses. Ansvaret innebærer også at toppledelelsen kontinuerlig vurderer hvilke endringstiltak som bør gjennomføres for at sykehuset skal stå best mulig rustet til å løse sine oppgaver. I dette avsnittet drøfter utvalget hva som ligger i ansvaret og hvilke styringsteknikker toppledelelsen bør bruke for å ivareta ansvaret. Vurderingene gjøres bl.a. ut fra den situasjon som er beskrevet i "[Overordnede synspunkter på ledelse i sykehus](#)" i avsnitt 10.1, der det framheves den faktiske styring som kommer nedennfra i sykehusorganisasjonen. Denne må påvirke hvordan toppledelesfunksjonen utøves.

Rettslig sett er det sykehusets direktør som alene er sykehusets toppledelse og som bærer dette ansvaret innenfor rammene som lovgivning, eier og styre fastsetter. Dette ansvaret bærer sykehusdirektøren kontinuerlig, og det kan ikke delegeres bort. At utvalget bruker toppledelesbegrepet innebærer ingen endring i dette ansvarsmessige utgangspunktet.

10.3.2 Toppledelsens ansvar og ledelse

Toppledelelsen har et administrativt ansvar for alle sider ved sykehusets drift. Ansvaret omfatter særlig hvilke mål og resultater som oppnås og at aktivitetene skjer innenfor rammer som lov, forskrifter og pålegg fra eier angir. Tre forhold er i denne sammenheng sentrale:

- hva som er sykehusets mål og krav
- hvordan de ulike ledelsesaktivitetene utøves
- hvilken organisatorisk struktur som anvendes i utøvelsen av toppledelesfunksjonen.

10.3.2.1 Sykehusets mål

Utvalget viser til avsnitt , der det framhever at myndigheter og eiere bør bli flinkere til å klargjøre hva som er sykehusets mål og hvilke resultatkrav som stilles, og ikke minst at målene og resultatene følges systematisk opp. Dersom ikke dette gjøres, risikerer man at toppledelsens engasjementet primært rettes inn mot de krav som omverden har sitt fokus rettet inn mot og som da ledelsen lettest kan risikere å bli kritisert for. Fire forhold vil i dette perspektivet nærmest med nødvendighet tiltrekke seg betydelig ledelsesoppmerksomhet:

- Budsjettdisiplin er det klareste kravet som sykehuset stilles ovenfor. Gjennom eiers budsjettkrav er den økonomiske rammen gitt. Det er lett å registrere om kravet oppfylles, og det er ansvar og betydelig oppmerksomhet knyttet til oppfyllelse av kravet. Oppfølgingen av budsjettkravet legger i dag beslag på en betydelig del av ledelsesressursene og ledelsesoppmerksomheten.
- Det er sterk ekstern fokus på oppfyllelsen av ventelistegarantien, og ikke minst på bruddene på denne. De fleste sykehusledelser har sterk ledelsesoppmerksomhet rettet mot forholdet.
- Mediene retter økt oppmerksomhet mot feil i sykehusenes oppgaveløsning og krever at ledelsen må kommentere forholdene. Dette fordrer både høy beredskap og at det brukes ressurser når saker dukker opp.
- De årlige DRG-tallene gir et visst bilde av det enkelte sykehus sin produktivitetsutvikling. Materiale følges gjerne opp både av eiere og opinion. Også dette

stiller krav til ledelsesoppmerksomhet.

Det er ikke feil at ovenstående forhold gis betydelig ledelsesoppmerksomhet i sykehusene. Alt er viktig i forhold til sykehusenes mål og rammer. Men samtidig er det utvalgets oppfatning at det kraftige eksterne presset på disse faktorene kan medføre at andre forhold blir nedtonet. Dette gjelder spørsmål slik som:

- Er sykehusenes faktiske prioriteringer i samsvar med de på forhånd fastsatte målene?
- Holder sykehusets tjenester et riktig kvalitetsnivå?
- Er pasientservicen tilfredsstillende?
- Er sykehusenes oppgaveløsning innenfor områdene utdanning og forskning i samsvar med mål og krav som stilles mv.

Sykehusets toppledelse bør ta ansvar for at strategiplan og årlig virksomhetsplan er forankret i spennvidden av mål – også de mål og prioriteringer som ikke gis ekstern oppmerksomhet.

10.3.2.2 Utøvelsen av toppledelsesfunksjonen

Toppledelsesfunksjonen må naturligvis utøves med tilpasning til det enkelte sykehus sin spesielle situasjon og forutsetninger. Utvalget finner det derfor ikke hensiktsmessig å angi detaljerte retningslinjer for funksjonen. Med utgangspunkt i det som er sagt foran om toppledelsens ansvar og de generelle utfordringer som man står overfor, vil utvalget gi merknader til noen forhold som det mener at det er særlig viktig å lykkes med. Følgende forhold vil bli omtalt:

- Strategisk ledelse.
- Utvikling av fellesskap i ledergruppen, utvikling av felles organisasjonskultur, spesielt med hensyn til helhetlig pasientfokus.
- Oppfølging av ledelseskvalitet på mellomledernivå.

Strategisk ledelse

Sykehusene har tidligere hatt et forvaltningspreg, preget av monopolsituasjon og av at de har hatt bevilgningsfinansiering. I tillegg har sykehusene hele tiden vært preget av en betydelig utvikling av teknologi og metoder, men i hvert fall for inntil få år siden skjedde denne utviklingen innenfor oversiktlige rammer. Denne situasjonen endres nå. Utvalget legger til grunn at sykehusene vil komme inn i en langt mer dynamisk situasjon. Flere faktorer vil drive fram denne utviklingen. Teknologi- og metodeutvikling vil skje i et raskere tempo. Innsatsstyrt finansiering og friere pasientvalg vil i et visst omfang medføre at etterspørselen ikke blir like sikker som tidligere. Det offentliges planprosesser for sykehusene må forventes å bli preget av raskere endringer enn tidligere – bl.a. ved at arbeidsdelinger og samarbeidsmønstre mellom sykehusene kan endres oftere. En av de viktigste oppgavene for en sykehusledelse er å ha et kvalifisert og helhetlig bilde av disse dynamiske prosessene, herunder å ha strategier for hvordan sykehuset i et «Pasienten først» perspektiv møter utfordringene. En særlig utfordring vil ligge i å få det samlede sykehus til å ha eierskap til de endringsprosessene som ulike strategiske beslutninger og planer vil kreve. De strategiske tiltakene som vil komme ut av slike prosesser må ha sterk forankring i fagmiljøene og de operative avdelingene. Det må i tillegg forventes at de strategiske tiltakene som vil komme ut av prosessen i stor grad vil gå på tvers av avdelingene: f.eks. at nye behandlingsopplegg krever nye samarbeidsmønstre mellom avdelingene. Kompetanse og ressurser må tilpasses de nye samarbeidsmøn-

strene. Endringsledelse vil bli en av de store utfordringene for sykehusene i tiden som kommer.

Utvikling av fellesskap i ledergruppen og utvikling av en tilstrekkelig felles organisasjonskultur i sykehuset

Utvalget peker i "[Utvalgets problemforståelse](#)" i kapittel 6 på at sykehuset består av mange adskilte aktiviteter som samtidig skal utøves. Sykehuset står altså overfor et integrasjonsproblem. I stor grad er dette et spørsmål om å utvikle systemer og samarbeidsmønstre mellom avdelingene, med utgangspunkt i tverrsektorielle oppgaver. Slikt arbeid bør skje desentralt, og de praktiske problemstillingene bør i liten grad havne på toppledelsens bord. På den annen side vil graden av suksess i integrasjonen av de ulike yrkesgruppene og enhetenes aktiviteter i stor grad avhenge av hvilke holdninger som er rådende i sykehuset. Kjernespørsmålet vil være om yrkesgruppene og de enkelte organisatoriske enhetene preges av innadrettede holdninger eller om holdningene har sin forankring i sykehusets felles overordnede mål. Hvilke holdninger som preger et sykehus og dets enkelte enheter påvirkes naturligvis av mange faktorer. Toppledelsens engasjement er en av dem. Utvalget mener at en av de aller viktigste toppledelsesoppgavene er å arbeide med sykehusets samlede organisasjonskulturelle situasjon. Det vil si at topplederen danner seg et bilde av sykehusets organisasjonskulturelle situasjon og av hva som bør være målsettingen for denne, og at det arbeides systematisk og langsiktig for å bringe den felles organisasjonskultur i riktig retning.

Oppfølging av ledelseskvalitet på avdelingsnivå

Med den vekt som utvalget legger på betydningen av ledelse sier det nærmest seg selv at det må være en viktig del av toppledelsesfunksjonen å legge til rette for, følge opp og etterspørre ledelseskvalitet i sykehusets avdelingsledelser. Det bør altså ikke bare være et toppledelsesansvar å etterspørre de organisatoriske mellomnivåenes resultater, minst like viktig er det å ha oppmerksomhet rettet mot at ledelsesfunksjonene fungerer slik at sykehusets samlede mål understøttes. Hele topplergruppen, og ikke bare direktør, bør avsette tid til å følge opp ledelsesfunksjonene på lavere organisatoriske nivåer. Oppmerksomheten bør rettes mot at avdelingsledelsen bidrar til å utvikle ønsket organisasjonskulturelt fellesskap og mot at avdelingene tar opp i seg de felles mål som følger av sykehusets strategier og planer.

10.3.3 Alternative modeller for toppledelse

Utfordringen er å finne fram til en struktur og en arbeidsform for toppledelsesorganene som kan ivareta målene og svare på utfordringene som er beskrevet i punktene foran. Utvalget vil framheve at det ikke er noen enkel oppgave å finne fram til den riktige strukturering av de ledelsesorganer som skal brukes i utøvelsen av toppledelsesfunksjonen. For så vidt er det langt enklere å beskrive risikoen for at løsningene som velges ikke fungerer godt nok; og i så henseende er det særlig to risikofaktorer som skal trekkes fram:

- Det er fare for at ledelsesorganene som velges og aktivitetene som knyttes til disse, gir sykehuset et for sentralistisk preg. I praksis vil dette bl.a. komme fram ved at representantene for de utøvende avdelingene ikke føler seg bekvemme med den tid som de må bruke i sentral ledelsessammenheng, og at de eventuelt også opplever at det kommer lite ut av de sentrale ledelsesaktivitetene som er til praktisk nytte for det utøvende arbeidet. Dersom slike holdninger begynner

å nedfelle seg hos lederne på mellomledernivå, vil sykehuset være i en farlig situasjon. Vilje og engasjement til å delta i aktivitetene vil avta, noe som i seg selv kan føre til svekket kvalitet på resultatet av de sentrale ledelsesaktivitetene, med enda sterkere grunner for de utøvende avdelingene til å distansere seg fra arbeidet. Dersom en slik utvikling skjer, vil altså i realiteten en intensjon om bedre integrasjon mellom det utøvende arbeidet i avdelingene og toppledelsesfunksjonene føre til det stikk motsatte resultatet. Det blir større avstand og kanskje også større grad av gjensidig mistenkeliggjøring.

- Det legges så stor vekt på de utøvende avdelingenes egenstyring at det i realiteten ikke blir mulig å utvikle det holdningsmessige og strategiske fellesskap i sykehuset som er et nødvendig fundament for systematisk å utvikle helhetlig pasientorienterte behandlings- og pleieopplegg.

Den gode løsning ligger altså et sted mellom disse to uheldige ytterpunktene. Utvalget vil framheve at det ikke finnes noe standard svar på hvilke organisatoriske løsninger som bør velges for toppledelsesfunksjonen. Dette må velges for det enkelte sykehus, med utgangspunkt i sykehusets spesielle situasjon og utfordringer. I et samlet opplegg vil det være aktuelt å gjøre bruk av flere typer ledelses- og rådsorganer, og det vil være aktuelt med ulike funksjoner knyttet til disse. Ett forhold mener utvalget bør være likt for alle sykehusene, nemlig at det etableres en toppledergruppe som under ledelse av direktør og i samarbeid med direktør tar et helhetlig ansvar for sykehusets drift og utvikling. Som det framgår av modellene som beskrives nedenfor, er dette en gruppe som kan tenkes rekruttert på ulike måter. Men dette betyr ikke at toppledergruppens ulike medlemmer primært sitter i denne som representanter for sine grupper eller organisatoriske enheter. Når de deltar i toppledergruppen har de et felles ansvar for å utforme sykehusets overordnede mål og gjennomføringsstrategier, som altså vil være en ramme for det som skal skje i de ulike utførende enhetene. Det enkelte medlem i toppledergruppen tar naturligvis med seg sin kompetanse, sine grunnholdninger og ikke minst sine oppfatninger om hvilke beslutninger som er nødvendige for at den del av sykehuset som de kommer fra skal fungere på en god måte. Det må altså forventes at en sjeflege som deltar i en slik toppledergruppe på en klar måte formidler synspunkter om hva som er nødvendige rammebetingelser og beslutninger for at det medisinsk-faglige arbeidet i sykehuset skal fungere på en lovlig og god måte, men i sin funksjon i toppledergruppen må altså sjeflegen ikke formelt oppfattes som «legegruppens representant». Ved at de ulike medlemmene i toppledergruppen forstår denne «rollemessige balansen» mellom å bringe fram synspunkter og hensyn fra eget område, og samtidig delta i helhetlige vurderinger om hvilke beslutninger som skal treffes, kan det sikres at avgjørelsene både har en forankring i de ulike faglige og organisatoriske miljøene, samtidig som det helhetlige målperspektivet blir ivaretatt. Kjernen i utfordringen ligger i å få denne ledergruppen til å fungere som et felles team. De beslutninger som tas i en toppledergruppe, vil alltid skje innenfor direktørens ansvar og fullmakter.

Utvalget vil framheve to alternative hovedmodeller for toppledelsesfunksjonen.

1. *Modell «A», som er dagens mest utbredte modell:* Her består toppledelsen av direktør, en eller flere stabsledere (administrasjonssjef, økonomisjef, ledere for støttefunksjonsavdelinger, e.l.) og sjeflege og sjefsykepleier. Lederne for de operative avdelingene deltar altså ikke i toppledergruppen. Styringskanalen går fra direktør til avdelingsledelsene. Denne modellen er i utgangspunktet preget av autonomi, ved at det ikke er noe personfellesskap mellom toppledelse og avdelingsledelser.
2. *Modell «B», en ledergruppe som (også) inkluderer lederne for de operative*

avdelingene: Kjernen i denne ledergruppen vil være direktør og de operative lederne (avdelingslederne), samt en eller flere stabsledere (herunder personell i stabsstillinger slik som sjeflege og sjefsykepleier). Det som særpreger denne modellen er at lederne for de operative avdelingene sitter i sykehusets ledergruppe. Dette bidrar til at både strategisk arbeid og utøvelsen av den operative toppledelsesfunksjonen vil ha forankring i de utøvende avdelingene. Problemet kan være at man blir for opptatt av å fremme avdelingens interesser og ikke i tilstrekkelig grad tar et helhetlig ansvar for hele sykehuset.

Utvalget vil ikke entydig si at alle norske sykehus bør velge en bestemt av disse modellene. De har sine styrker og svakheter, og ved eventuelle tilpasninger vil begge modellene kunne brukes. Et samlet utvalg vil framheve den verdi som kan ligge i at modell B velges; og det er da særlig lagt vekt på at denne modellen trekker ledere fra de utøvende avdelingene inn i toppledergruppen med de muligheter som dette gir for at det blir god kontakt mellom aktiviteter og beslutninger i toppledelsen og de utøvende avdelingene. En slik løsning vil innebære forandring i forhold til hvordan mange sykehus i dag har organisert toppledelsesfunksjonen.

Det skal ikke underkjennes at det er mange vanskelige spørsmål som må håndteres dersom denne modellen velges. Utvalget skal kommentere en del slike spørsmål, der det i mange tilfeller skisseres i hvilken retning løsningen bør ligge, men understreker samtidig at i siste omgang må avgjørelsene bero på en konkret vurdering av forholdene i det enkelte sykehus. Et viktig formål med de vurderinger som utvalget framlegger er å stimulere til vurderingsprosesser i det enkelte sykehus.

Hvor stor bør toppledergruppen være?

Et vesentlig siktemål med en ledergruppe er at det skal dannes et holdningsmessig fellesskap som etter hvert skal gjennomsyre den samlede sykehusorganisasjonen. Dette innebærer at ledergruppen ikke bør være for stor. Dersom gruppen f.eks. utgjør vesentlig flere enn ti mennesker, er det vanskelig for utvalget å se at det kan utvikles gode arbeidsteknikker som ivaretar utviklingen av felles holdninger og felles eierskap til overordnede mål og strategier. Mange sykehus har i dag organisasjonsstrukturer som innebærer at det i prinsippet kan være flere titalls ledere som rapporterer direkte til direktør og som således kan anses som naturlige medlemmer i en ledergruppe. Dette gjelder særlig mellomstore og store sykehus som ikke har innført organisatoriske mellomnivåer slik som klinikk, blokk eller divisjon. I en slik situasjon vil det være aktuelt at et utvalg av mellomlederne inngår i toppledergruppen. En slik sammensetning vil stille større krav til praktiseringen av kommunikasjon og styringsdialog med de enheter som ikke har representant i toppledergruppen.

Valg av medlemmer til toppledergruppen

Medlemmene i toppledergruppen bør være ledere for den gruppen eller organisatoriske enheten som de kommer fra. Sammensetning av toppledergruppen bør baseres på en bevisst balansering mellom ulike faglige miljøer og organisatoriske enheter i sykehuset. Ledere som må vurderes i denne sammenheng er lederne for de administrative enhetene som er knyttet til direktør, stabsledere for faggrupper slik som sjeflege og sjefsykepleier, ledere kliniske enheter, ledere for kliniske serviceenheter og ledere for ulike støttefunksjoner.

Bruk av varamedlemmer i toppledergruppen

Det bør være et bevisst forhold til om det skal åpnes for at toppledergruppen har varamedlemmer som kan møte i gruppen ved ordinære medlemmers forfall, eventuelt at det ikke åpnes for slik deltakelse. Begge løsninger er fullt mulige, men utvalget vil for sin del peke på at det ligger verdier i at det er en fast gruppe som møtes med de muligheter som dette gir for å utvikle fortrolighet og åpenhet overfor hverandre, og at dette er et argument for at det ikke gjøres bruk av varamedlemsordningen.

Åpenhet overfor den samlede sykehusorganisasjonen

Det kan lett utvikle seg mystikk og fremmedgjøring hos de medlemmer og medarbeidere i sykehusorganisasjonen som ikke deltar i toppledergruppen. Dersom så skulle skje vil grunnlaget for et av de vesentligste formålene falle bort, nemlig at gruppen skal bidra til å utvikle fellesskap om mål, strategier og holdninger i sykehusorganisasjonen. For at dette skal unngås er det viktig at ledergruppen har en åpen arbeidsmåte i forhold til den samlede sykehusorganisasjonen.

Bruk av andre toppledelses- og rådsorganer

I dag gjør sykehusene bruk av mange typer grupper og råd, som i hvert fall også delvis kan sies å ivareta toppledelsesfunksjoner, f.eks. driftsråd, legeråd, mv. Dersom det i større grad satses på å utvikle toppledergruppen til å bli det sentrale organet for å utvikle det nødvendige strategiske og holdningsmessige fellesskap, antar utvalget at behovet for denne type tiltak avtar i hvert fall med et ledelsesmessig formål. Et annet spørsmål, og som utvalget ikke uttaler seg om, er i hvilken grad de ulike fagene som et ledd i sin fagutvikling finner det formålstjenlig å gjøre bruk av denne type fora. Men i den grad det gjøres, er det viktig at arbeidet har sin forankring i de strategiprosesser og strategier som utgår fra toppledelsen.

Kort om sjeflege og sjefsykepleier

Ved de aller fleste sykehus er sjeflege og sjefsykepleier lagt til direktørens stab. Det innebærer at disse ikke innehar linjefunksjoner i forhold til mellomleder i avdelingene. I den grad slike linjefunksjoner fortsatt eksisterer, er det etter utvalgets mening en lite hensiktsmessig løsning, og i strid med Stortingets vedtak av 21. november 1995, om at det bør legges til grunn enhetlig ledelse på alle nivå i sykehus.

10.4 AVDELINGSLEDELSE I SYKEHUS**10.4.1 Innledning**

Spørsmålet om avdelingsledelse i sykehus er mest kontroversielt i de avdelinger som driver pasientrettet virksomhet (omtalt under "*De medisinske funksjonene*" i avsnitt 5.6.1), og der det arbeider yrkesgrupper med ulik faglig bakgrunn. Dette er avdelinger som utfører medisinske oppgaver og andre oppgaver i tilknytning til de medisinske aktiviteter. I denne gjennomgangen vil det derfor bli tatt utgangspunkt i avdelinger ved sykehusene som er involvert i diagnose, behandling og pleie av pasienter.

Ledelsesfunksjonen på avdelingsnivå, og hvordan denne bør utøves, vil naturligvis avhenge av hvilken organisatorisk enhet som skal ledes. Spennvidden i oppgaver, forskjellen i ekspertise, størrelse, antall medarbeidere og antall yrkes-

grupper vil alt påvirke ledelsesfunksjonene, bl.a. i hvilken grad faglig ledelse inngår som en viktig rolle i avdelingslederfunksjonen.

10.4.2 Tidligere utredninger om avdelingsledelse på sykehus

Det er gjort flere offentlige utredninger om avdelingsledelse i sykehus. Vi vil oppsummere noen av konklusjonene fra disse utredningene.

10.4.2.1 Øie-utvalget og Organisasjonskomité III

I Øie-utvalgets innstilling fra 1981 ble det anbefalt at kliniske avdelinger burde ledes av en overlege, overordnet andre yrkesgrupper.

I oppfølgingen av dette arbeidet foreslo Organisasjonskomité III (Kommunenes sentralforbund) to modeller for store kliniske avdelinger. Den ene var i tråd med Øie-utvalgets innstilling med en overlege som leder. I den andre modellen ble det foreslått en *egen* administrativ leder, og det ble åpnet for at andre yrkesgrupper kunne søke. Imidlertid foreslo også komitéen at oversykepleier innen sitt instruks-festede ansvars- og myndighetsområde bør arbeide direkte under sykehusets administrative ledelse, samtidig som de vurderte sjefsykepleiers funksjon som rådgivende og at sjefsykepleier burde være rådgiver overfor direktør.

10.4.2.2 «Tromsø-konflikten» og utprøving av teammodeller

Striden om ledelse på kliniske avdelinger kom i fokus da styret ved Regionsykehuset i Trømsø 2. desember 1988 vedtok at hver avdeling skulle ha et lederteam der det skal være en person som kan ta en endelig beslutning:

«Dette skal være den person som etter en samlet vurdering av administrative og faglige lederegenskaper finnes best skikket til en slik stilling. I avdelinger der behandling og undersøkelse av pasienter er hovedoppgaven i virksomheten, skal avdelingsleder normalt være en av avdelingens overleger. Det er ikke til hinder for at andre yrkesgrupper har nestlederfunksjon og ved korte fravær trer inn i lederfunksjonen. Ved lengre fravær skal annen overlege ved avdelingen konstitueres i lederstillingen» (styrevedtakets pkt 4, annet avsnitt, femte punktum følgende.).

Dette vedtaket avfødte store protester, bl.a. masseoppsigelser fra sykepleierne. Styret utsatte senere iverksettingen av vedtaket, og det ble nedsatt flere arbeidsgrupper som skulle utrede ledelse på avdelinger nærmere, bl.a. en nedsatt av representanter fra Sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Den departementale arbeidsgruppen vurderte flere alternative modeller:

- a) Én leder.
- b) Én leder med en eller flere rådgivere.
- c) En leder som har delegert avgrensede ledelsesoppgaver til en eller flere «nestledere».
- d) Flere enkeltledere som har et selvstendig innbyrdes uavhengig og avgrenset lederansvar.
- e) En gruppe med ledere som ledes av en formelt utpekt gruppeleder.
- f) En gruppe med «likeverdige» ledere som selv velger en formell leder (konstant eller på omgang) for gruppen.
- g) En gruppe med «likeverdige» ledere som selv veksler om å fremstå som teamets leder fra situasjon til situasjon avhengig av hvem sitt fagspesifikke kjerneområde situasjonen omhandler.
- h) En gruppe med likeverdige ledere uten egen leder.»

Den departementelle gruppen var enige om at en variant av å etablere et lederteam var mest aktuelt:

«På grunn av mangfoldet i kliniske avdelingers lederoppgaver, ..., og på grunn av behovet for innbyrdes samarbeid yrkesgrupper imellom i administrative ledelsesspørsmål på avdelingsnivå, mener vi at ledelsesmodellene a,b,c, og d er lite aktuelle. Modell c innebærer dessuten at det eksisterer personer som innehar kompetanse på alle ledelsesområder. Selv om departementsgruppa mener det er liten grunn til å tvile på at legene er den yrkesgruppe i somatiske sykehus som har den mest bredspektrede grunnutdannelse, er det – slik vi ser det – liten grunn til å betvile at de øvrige yrkesgrupper har en kompetanse som er høyere enn legenes på sine kjerneområder. Når det gjelder generell administrativ kompetanse kan vi ikke utpeke noen yrkesgrupper innen helsefagene som har klare fortrinn fremfor andre.

Departementsgruppa mener således at ledelsesoppgavene i sykehusavdelinger best kan løses ved en eller annen form for gruppeledelse.

Når det gjelder de ulike gruppeledelsesalternativene mener vi i første rekke det vil være av interesse å få prøvet ut modell e og f. Når det gjelder alternativ g, mener vi den kan føre til uoversiktlige forhold, og vi kan derfor ikke anbefale utprøving av dette alternativ. Når det gjelder modell h ser vi at den lett kan ende opp med en uformell leder, og dermed komme til å bli f i praksis.

Det er delte meninger i departementsgruppa (om) hvilken av modellene som vil være mest hensiktsmessig, men vi mener at alle kan utprøves og evalueres.»

10.4.2.3 Andersland-utvalget

Andersland-utvalget ble nedsatt av sosialministeren 17. januar 1990 for å komme med anbefalinger om ledelse i offentlige sykehus. I innstillingen som ble levert september 1990 var bl.a. avdelingsledelsesspørsmålet berørt. Arbeidsgruppen påpekte at på de kliniske avdelingene måtte det faglige ansvar være desentralisert. Her heter det at

«Avdelingsoverlegene har det medisinske sluttansvar i forhold til behandlingen av den enkelte pasient og i forhold til å iverksette forsvarlige rutiner for den medisinske behandlingen i avdelingen.

I dette ligger det at avdelingsoverlegen har et overordnet medisinsk behandlingsansvar, mens den enkelte lege og seksjonsoverlege har ansvaret for den konkrete medisinske behandling av den enkelte pasient.

Oversykepleierne har det overordnede ansvar for sykepleietjenesten i avdelingen. Oversykepleierne har sluttansvaret for den sykepleie som tilbys den enkelte pasient, og for at å iverksette forsvarlige rutiner for sykepleietjenesten i avdelingen. Den enkelte sykepleier og avdelingssykepleier har ansvaret for den konkrete sykepleie som gis den enkelte pasient. I dette ligger den konsekvens at det ikke bør være noen egen linje mellom sjefsykepleier og oversykepleier.

Tilsvarende det som er sagt om sykepleietjenesten, gjelder fysioterapeutene ved fysikalske avdelinger, radiografene ved røntgenavdelinger og bioingeniørene ved medisinske laboratorier.

Avdelingene må sørge for den nødvendige kvalitetssikring og sikring av pasientrettighetene i det faglige tilbud ved et tilbakemeldingssystem og kontinuerlig evaluering av eget materiale og stadig forbedring av kontroll- og sikkerhetsrutiner.»

Andersland-utvalget understreker betydningen av et desentralisert personalansvar som bør ligge hos avdelingsledelsen. Videre vil det være avdelingsledelsens overordnede ansvar at regel- og avtaleverk og arbeidsmiljølovens bestemmelser overholdes i den daglige drift, og at det går en linje mellom direktøren og avdelingen.

Når det gjelder prinsipper for avdelingsledelse, la arbeidsgruppen til grunn følgende prinsipper:

- «- avdelingene skal ha *en* leder med ansvar overfor direktøren for avdelingens totale virksomhet, ressursbruk og resultat.
- avdelingsleder skal først og fremst være leder. En profesjonelt ledet avdeling/seksjon vil gi gevinster for alle parter.
- avdelingsleder må delegere både administrative oppgaver og ledelsesoppgaver til medarbeidere innen de ulike fagområder ved avdelingen, men må selv ha et personlig totalansvar.»

Arbeidsgruppen understreker betydningen av lederkompetanse og tilstrekkelig faglig innsikt som de mener en leder må ha. Videre sier utvalget at avdelingsledelse er et ansvar som går ut over og er noe mer enn det spesifikke faglige ansvaret. Arbeidsgruppen åpner for at avdelingsleder kan rekrutteres fra ulike faggrupper, men slik at

- «... den person som har avdelingslederansvar også bør ha det overordnede faglige ansvaret på sitt område: f.eks. legene på det medisinske og sykepleierne på det pleiefaglige området.»

Arbeidsgruppen påpeker at tiden arbeider for et større fokus på ledelseskompetanse og et mindre fokus på faglig bakgrunn og yrkestilhørighet.

- «Historisk sett ligger det sterke føringer i en praksis der lederskapet har vært knyttet til medisinsk ansvar og til medisinsk kompetanse. Som gruppen har påpekt tidligere, vil kravene til lederegenskaper- og ferdigheter innen ansvarsledelsesbegrepet måtte få en større betydning i fremtiden.»

10.4.2.4 Spesialisthelsetjenesten m.m. Utkast til lov med motiver (NOU 1991:7)

I utkast til ny lov for spesialisthelsetjenesten er ulike ledelsesmodeller på avdelingsnivå kort skissert. Det vises i utredningen til det da pågående arbeidet med utkast til ny lov om helsepersonells rettigheter og ansvar (NOU 1993:33). I forbindelse med eventuell lovbestemmelse om avdelingsledelse ble det understreket at man måtte ta stilling til tre ulike forhold (s. 98):

- «For det *første* må det avklares om lederen av avdelingen/ledergruppen må være lege, og eventuelt om vedkommende må være spesialistkompetent. For det *annet* må det tas stilling til om det skal oppstilles særlige krav til ledelsens/lederens kvalifikasjoner ut over det helsefaglige. Krav til f.eks. økonomisk-administrativ utdanning eller erfaring er en nærliggende tanke. For det *tredje* bør en bestemmelse som hjemler mulige unntak fra lovens normalordning om ledelsesforhold overveies.»

To modeller ble skissert som diskusjonsgrunnlag:

1. *En legeledet individuell modell* der avdelingsoverlegen er avdelingens øverste leder, med mulighet for å delegere oppgaver til andre. Det ble foreslått å legge stor vekt på økonomisk-administrativ utdanning eller erfaring i tillegg til spesialistkompetanse innen et av avdelingens områder.
2. *En gruppeledet modell*, der avdelingsoverlegen og oversykepleier skal være med i gruppen, men der det åpnes for andre yrkesgrupper i tillegg i ledergrup-

pen. Et av medlemmene utpekes av sykehuseier som den formelle lederen av gruppen. I faglige spørsmål avgjøres dette av den person som er nærmest til dette, mens økonomisk-administrative beslutninger fattes i fellesskap.

10.4.2.5 Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver (NOU 1993:33)

I utredningen om helsepersonells rettigheter og plikter er avdelingsledersspørsmålet tatt opp til drøfting. I hovedsak gir utredningen tilslutning til prinsippet om enhetlig ledelse, i tråd med Andersland-utvalgets innstilling; under henvisning til det som foran er uttalt om nødvendigheten av klare linjer med hensyn til oppgavefordelingen og informasjons- og kommandoveier. Det påpekes imidlertid at det kan oppfattes som uklart at det samtidig går en linje fra avdelingen til direktøren, og det er slik at oversykepleier har et *overordnet ansvar* for sykepleietjenesten, og avdelingsoverlegen har et *overordnet ansvar* for den medisinske behandlingen.

«Formodentlig bør det være avdelingslederen som har den overordnede ledelse i forhold til *alle* fagområder som er representert på avdelingen, selv om utøvelsen av den faglige ledelsesfunksjonen i praksis må ligge hos en person med relevant fagbakgrunn».

I utredningen er særlig forholdet mellom faglig ledelse og faglig-administrativ ledelse drøftet. Utgangspunktet er at *ansvaret* skal være entydig plassert, men at *lederoppgavene* kan fordeles på andre:

«Poenget er at *ansvaret* – i betydningen ivaretagelsen av arbeidsgivers styringsrett, hviler på en person og at denne utgjør kommunikasjonsleddet oppover og nedover i organisasjonen».

Videre blir det drøftet om det å bli ledelsesmessig underlagt en person med annen fagbakgrunn innebærer å bli fratatt sitt fagansvar.

«Til dette er å bemerke at også andre offentlige og private instanser i mange tilfeller har en arbeidsstokk med bredspektret yrkesmessig sammensetning, men at hovedregelen likevel er at disse på de ulike nivå må forholde seg til en leder, hva enten denne er fra samme profesjonsgruppe eller ikke.

En oversykepleier antas f.eks. å kunne ivareta ledelsen av sykepleietjenesten selv om den *øverste* ledelsen av avdelingen er lagt til en person med annen profesjonsbakgrunn. Forskjellen fra to-delt ledelse er at kommando- og kommunikasjonslinjene går via avdelingens øverste leder til institusjonsledelsen (og altså ikke direkte mellom oversykepleier og institusjonsledelsen). Det samme gjelder for avdelingsoverlegen.»

Dette anses ikke å føre til introduksjon av en ny stilling da:

«Oppdelingen av lederskapet i et faglig og et faglig-administrativt på et så lavt trinn som avdelingsnivå anses som lite hensiktsmessig og ønskelig ut fra den begrunnelse at det i en moderne helsetjeneste er vanskelig å holde de medisinske tjenester – og kravene til disses kvalitet og omfang – adskilt fra den organisatoriske virksomhet samt den ressurs-, personellmessige og økonomiske forvaltningen av avdelingen.»

Dette vil innebære at:

«Avhengig av hvilken profesjonsbakgrunn avdelingens øverste leder har, vil henholdsvis avdelingsoverlege og/eller oversykepleier bli å anse som

rådgiver i stabsfunksjon på avdelingsnivå, eventuelt med delegerte lederoppgaver.»

10.4.3 Endelt eller todelt ledelse – nærmere om Stortingets vedtak av 21. november 1995 om ledelse i sykehus

Ved behandlingen av St.meld. nr. 50 Samarbeid og styring, ble Sosial- og helsedepartementet bedt om å komme tilbake til Stortinget med spørsmålet om enhetlig ledelse i sykehus, kfr. Innst. S. nr. 165 (1994-95). Før dette var gjort, og som et ledd i Stortingets behandling av Sosial- og helsedepartementets budsjett for 1996, fattet Stortinget følgende enstemmige vedtak:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinsk-faglige ansvar også har nødvendig myndighet.»

Sosial- og helsedepartementet kom senere, i brev av 21. desember 1995 til Rikshospitalet, med en fortolkning av dette vedtaket:

«I forhold til Stortingets vedtak skal etter Sosial- og helsedepartementets oppfatning, lederansvaret på et sykehus på de ulike nivåer kunne henføres til en ansvarlig leder.

Vedkommende skal være den best kvalifiserte person i forhold til faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier skal vektlegges, må avveies i forhold til den konkrete situasjon ved den enkelte virksomheten.»

I henhold til følgebrevet til utvalgets mandat skal utvalget legge Stortingsvedtaket av 21. november til grunn i sitt arbeid. Utvalget oppfatter at Stortinget med enhetlig ledelsesansvar mener at ledelsesansvaret skal knyttes til én person. Utvalget oppfatter også vedtaket er ment å gjelde for samtlige norske sykehus.

Utvalget gir en samlet anbefaling om at det på alle nivå i sykehus må være en person som er leder. Utvalget begrunner dette med at ledelse handler om å ta et *helhetlig* ansvar for en gitt virksomhet, og at dette sikres på en best mulig måte om dette ledelsesansvaret på en entydig måte kan relateres til en person. Dette er i tråd med de krav utvalget mener må stilles til lederstillinger i sykehusene. Utvalget mener at ved todelt (eller flerdelt) ledelse vil det kunne oppstå gråsoner i ansvarsfordelingen, enten fordi det er vanskelig å trekke et entydig nok skille i ansvarsfordelingen, eller fordi man unngår bestemte problemstillinger som kan virke truende på forholdet mellom de som deler ledelsesansvaret. De fordeler som todelt ledelse har i forhold til å synliggjøre det faglige samarbeidet på ledelsesnivået, mener utvalget blir tatt godt vare på gjennom bruk av ledergrupper, kfr. "*Formalisert ledelsesteam*" i avsnitt 10.4.5.1.

Utvalget er imidlertid delt i synet på hvordan vedtaket bør følges opp, se for øvrig "*Bruk av forskrift*" i avsnitt 10.4.6.1.

10.4.4 Krav til avdelingsledelse

10.4.4.1 Innledning

Avdelingsledelsen tar tungt opp i seg mange av de spenninger og utfordringer i forholdet mellom styring og påvirkning nedenfra og styring ovenfra (nærmere beskrevet i avsnitt):

- Avdelingslederne utgjør en del av den administrative ledelsen, og er gitt resul-

tatforventninger og ressursrammer. Avdelingslederne må treffe sine beslutninger innenfor disse rammene, noe som ofte vil innebære begrensninger i forhold til ønsker og behov hos de faglige miljøene i avdelingen. Dersom sykehuset gjennomfører budsjettkutt, vil det gjerne være på avdelingsnivå at de praktiske avgjørelsene må tas, og der konsekvensene av beslutningene oppleves direkte. Samtidig vil mange av beslutningene på avdelingsledelsesnivå ha karakter av faglig ledelse. Det kan skje der beslutningene er direkte av faglig karakter eller at de setter rammer for det faglige arbeidet i avdelingene, og der avdelingsledelse må påse at ikke fagenes autonomi krenkes. I tillegg forventes det at avdelingsledelsene skal ta de nødvendige faglige hensyn.

- Avdelingsleder har et budsjett og personalansvar, og er slik sett pålagt arbeidsgivers ansvar og må stå til ansvar overfor direktør i slike spørsmål.
- Avdelingsledelsene har ansvar for at det utvikler seg tilstrekkelig pasientrettet samarbeid mellom fagene.
- Det hviler også et tungt ansvar på avdelingsledelsene for at det pasientrettede samarbeidsbehovet med enheter utenfor avdelingen blir ivaretatt, både innad i sykehuset, med andre sykehus og med primærhelsetjenesten.

Skal sykehusene fungere på en god måte er det helt avgjørende at avdelingsledelsene klarer å utvikle avdelingene til gode fellesskap som samvirker til beste for pasientene. Dette innebærer at avdelingsledelsen og lederrollene på avdelingsnivå må ta opp i seg hele bredden av ansvar og egenskaper som er omtalt i "[Overordnede synspunkter på ledelse i sykehus](#)" i avsnitt 10.1. De må ta på seg helhetlig ansvar for resultater og aktiviteter i henhold til de krav som toppledelsen stiller og det som følger av kravene til forsvarlig behandling og pleie innenfor de aktuelle fagområdene. Videre innebærer lederansvaret overordnet personalansvar for alle avdelingens medarbeidere og ansvar for arbeidsmiljø og organisasjonskultur. Avdelingsledelsen må også vurdere hvilke endringsprosesser som må gjennomføres for at avdelingen skal ha strukturer, systemer og kompetanse som er tilpasset oppgavene som skal løses. På samme måte som i omtalen av toppledelsesfunksjonen vil utvalget tredele den videre behandlingen:

- Hva som er avdelingsledelsens mål.
- Hvordan de ulike ledelsesaktivitetene utøves.
- Hvilken organisatorisk struktur som bør anvendes i utøvelsen av mellomledelsesfunksjonene, spørsmål om sammensetning av team, faglige krav til lederstillingen og bruk av åremål.

10.4.4.2 Avdelingsledelsens mål

Den enkelte avdeling vil ha mål og rammer for sin virksomhet som både følger av mål og resultatkrav som er gitt av sykehusledelsen og av de forsvarlighetsnormene som ligger i de ulike fagene. I så hensende minnes det om det som er sagt i "[Sykehusets mål](#)" i avsnitt 10.3.2.1, om mål for toppledelsene om viktigheten av at det holdes et helhetlig ledelsesfokus på hvilken kvalitet og service som avdelingen yter i forhold til pasientene. Tilsvarende har minst tilsvarende viktighet på avdelingsledelsesnivå, nærmest uavhengig av hvordan informasjon om slike forhold etterspørres fra sykehusledelsen.

10.4.4.3 Utøvelsen av avdelingslederfunksjonen

Utvalget vil framheve at avdelingsleder skal:

- Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling,

- pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon.
- Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.
- Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.
- Ivareta personalansvaret.
- Tilrettelegge utdanningen på en tilfredstillende måte.
- Sørge for at forskning og utvikling skjer med den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard.
- Ha ansvaret for økonomistyring i avdelingen.

Utvalget vil kort kommentere de fire første punktene nærmere.

Ivaretagelse av helhetlig ansvar

Avdelingsledelsen vil i kraft av å ha lederansvar ha et resultatansvar. Dette gjelder både måloppnåelse, såvel at man forholder seg til de rammene for virksomheten. I dette ligger også ansvar for å skaffe seg oversikt over produktivitet, kvalitet og pasienttilfredshet knyttet til den kliniske virksomheten. Avdelingsledelsen vil være det ledelsesnivået som skal sørge for at de ulike funksjoner som skal betjene pasientene koordineres. Det betyr selvfølgelig ikke at avdelingsledelsen selv står for denne koordineringen, men at den sørger for at rutiner, prosedyrer og andre prosesser ivaretar den koordinering som er nødvendig.

Avdelingsledelsen vil gjennom å ivareta planleggingen på lengre sikt, og innsikt i driften og koordinerende funksjon, være et naturlig sted for plassering av budsjettansvar.

Utviklings- og endringsledelse

Avdelingsledelsen vil også ivareta de strategiske funksjoner som følger av de økende krav og utfordringer som hver enkelt avdeling ved sykehusene vil bli stilt ovenfor. I dag fokuseres det i stor grad på om avdelingen følger budsjett, og i mindre grad på kvaliteten ved avdelingens tjenester. Med de endringer som ventes på sikt, vil avdelingsledelsen i økende grad stilles til ansvar for kvaliteten i behandlingen og pasienttilfredshet ved avdelingen. Dette innebærer at det i tilknytning til resultatopfølging vil bli et økende krav til avdelingsledelsen at den avdekker «svakheter» og iverksetter tiltak som fører til de endringer som gir en kontinuerlig forbedring av avdelingens virksomhet.

Faglig ledelse

Faglig ledelse på avdelingsnivå vil ofte måtte ivaretas av *flere*. Der det arbeider flere yrkesgrupper med egen utdanning, bør noen ivareta et fagansvar for den virksomheten yrkesgruppen utøver. Innen de store hovedspesialitetene, indremedisin og kirurgi, er det nå vanlig at seksjonsoverlegene har et spesifikt faglig ansvar for sin grenspesialitet. Det overordnede ansvaret på avdelingsnivå innebærer at man er ansvarlig for *at* det er utarbeidet faglige rutiner, prosedyrer og retningslinjer, og at disse følges. Det spesifikke fagansvaret innebærer at man er ansvarlig for utarbeidelsen av de faglige retningslinjene, og for at disse er under kontinuerlig faglig vurdering.

Å være faglig leder er ikke i konflikt med å være organisatorisk underordnet en avdelingsleder med annen faglig bakgrunn. Dette er faktisk helt nødvendig hvis man skal ha enhetlig ledelse på avdelingsnivå.

Personalledelse

Avdelingsledelsen har personalansvar for *alle* som hører inn under avdelingen. Dette innebærer at man sikrer en fordeling av ressurser som gir alle faggrupper anledning til faglig utvikling tilpasset de utfordringer avdelingen står ovenfor. Dette innebærer bl.a. koordinering av utdanning, videreutdanning og annen opplæring på avdelingen.

Ledelsesansvaret innebærer også at avdelingsledelsen har ansvar for utvikling av samarbeidsklima og om nødvendig løser eventuelle konflikter som kan true samarbeidsklimaet på avdelingen.

10.4.5 Alternative modeller for avdelingsledelse

Utvalget vil med utgangspunkt i enhetlig (endelt) ledelse drøfte ulike modeller for avdelingsledelse. Utvalget ser fire alternative modeller som alle vil oppfylle kravet om enhetlig ledelse. De ulike alternativene vil være bestemt av to forhold;

- i hvilken grad man legger til grunn profesjonsuavhengig ledelse – at personell fra mer enn én yrkesgruppe kan inneha avdelingslederstillingen, og
- i hvilken grad en ønsker å formalisere teamledelse (men under forutsetning av at en i lederteamet er den formelle lederen).

De ulike modellene kan kort beskrives slik:

Tabell 10.1:

		Formelt lederteam:	
		Nei	Ja
Krav til leder:	Medisinsk-faglig bakgrunn	1	2
	Profesjons-uavhengig	3	4

1. Avdelingsoverlegen (som faglig-administrativ leder) er avdelingens øverste leder. Underlagt vedkommende er de andre faglederne, seksjonsoverlege(r), oversykepleier(e), sjefbioingeniør, overradiograf, psykolog, kontorleder osv.
2. Ledelsen av avdelingen utformes som et team, der lederen i teamet er avdelingsoverlegene med medisinsk-faglig ansvar for diagnostisering og behandling av pasienter. I teamet er det naturlig at andre sentrale fag er representert. For kliniske avdelinger i somatiske sykehus vil faglig ansvarlig sykepleier (oversykepleier) være naturlig deltaker i lederteamet. For psykiatriske avdelinger vil psykologer være naturlige i lederteamet. For avdelinger med flere fag (eller spesialiteter) er det mulig å tenke seg et utvidet team. For medisinske service-avdelinger vil det være naturlig med bioingeniør/radiograf. Dette vil være i tråd med det opprinnelige vedtaket i styret ved Regionsykehuset i Tromsø.
3. En av de faglig ansvarlige (avdelingsoverlegen, oversykepleier, sjefbioingeniør, overradiograf, psykolog) er leder av avdelingen. De øvrige faglige ansvarlige er formelt rådgivere til avdelingslederen, som har overordnet ansvar. Eventuelt går vedkommende leder ut av sin faglige ansvarsposisjon for «sitt» fag, og erstattes av en annen.
4. Som 2, men der én i teamet formelt utnevnes som sjef av arbeidsgiver (direktør). Dette er også kjent som den nåværende «Tromsø-modellen». Denne kan avgrenses til at leder *enten* er avdelingsoverlegen *eller* psykolog/oversykepleier/sjefbioingeniør/overradiograf, mao. at det stilles krav om helsefaglig

utdanning på høyskole- eller universitetsnivå.

10.4.5.1 Formalisert ledelsesteam

Utvalget forutsetter at uavhengig av om man formaliserer lederteamet ved sykehusene skal fagfolk med faglig ansvar samarbeide. Spørsmålet er om man skal legge noen formelle prinsipper til grunn som sikrer dette samarbeidet og setter rammer for det. Dette er med andre ord en formell løsning som er tenkt å understøtte en holdningsmessig og rollemessig ledelsesform ved sykehusene som utvalget anser som positivt.

Innledningsvis i dette kapitlet ble det systemmessige fagansvaret beskrevet. Det er avgjørende for avdelingens kvalitet og utvikling at dette fagansvaret ivaretas. I en formalisert teammodell vil man *synliggjøre* de viktigste faglige lederposisjonene i forhold til utøvelse av avdelingsledelse. Det ble innledningsvis påpekt at selv om profesjonsutøvelse på mange måter impliserer en viss grad av selvstendighet, så betyr ikke det at utførelsen av oppgaver er uavhengig. Avhengigheten mellom de ulike yrkesgruppenes oppgaver og funksjoner er meget stor. Et av problemene er at selvstendigheten har vært fokusert sterkt, og avhengigheten har vært underfokusert. Gjennom å etablere en teammodell for avdelingsledelse i sykehus, understrekes avhengigheten mellom fagene og mellom yrkesgruppene på en sterkere måte.

De faglige ansvarlige som inngår i et team går inn i en annen rolle enn om de utelukkende er en faglig rådgiver til avdelingsleder (som er alternativet til formalisert team). Det å inngå i et lederteam vil si at man *skal* tenke helhetlig på avdelingens mål, strategier og utviklingsbehov. Det fagansvaret man bærer utenfor ledelsesfunksjonen vil være ballast i avdelingslederfunksjonen man skal utøve.

Det totale lederansvaret som skal ivaretas av avdelingslederen skal man forvente at også de andre teammedlemmene i lederteamet skal ivareta når de fungerer som en del av *avdelingsledelsen*. Skal man oppnå den teambaserte ledelsesformen som ble skissert innledningsvis, er en formell definering av teamet en vesentlig del av dette.

Det er i "*Sykehusenes funksjoner, organisering og ledelse*" i kapittel 5 påpekt at norske sykehus i dag overveiende har enhetlig todelte ledelse på avdelingsnivå. Dette kan bety at mange sykehus oppfatter denne modellen som funksjonell til tross for problemet med enhetlig ivaretagelse av lederansvaret. Dette kan ikke minst skyldes at den todelte ledelsen definerer et fellesskap for ledelsesmessige beslutninger på avdelingsnivå. Det at ulike yrkesgrupper har en såpass stor gjensidig avhengighet til hverandre, medfører at beslutninger ofte må fattes gjennom en dialog. Teammodellen vil bevare mye av det positive i den todelte ledelsesmodellen, men samtidig tydeliggjøre at det totale lederansvaret i siste instans hviler på en person.

Utvalget gir en samlet tilslutning til at det gjøres bruk av tverrfaglige ledergrupper som en del av avdelingsledelsesfunksjonene i norske sykehus. Begrunnelsen er at slike ledergrupper vil sikre at de viktigste faggruppene (eventuelt lederne av de viktigste faggruppene) bidrar i et fellesskap om å finne løsninger som på en best mulig måte medvirker til at avdelingens overordnede målsetting nås. (Det endelige ansvaret ligger til avdelingslederen.)

Hvor mange personer som eventuelt skal delta i et slikt team er et åpent spørsmål. I utgangspunktet er det ønskelig å involvere de som har et faglig systemansvar ved avdelingen. Det kan være gode grunner til at teamet bør bestå av mer enn to personer, fordi dette vil kunne forhindre at konflikter blir låst i en «stillingskrig» mellom to personer. Med flere i teamet er konflikter mellom to personer eksponert for andre, og kan virke moderende på konfliktnivået.

10.4.5.2 Krav til reell lederkompetanse og helsefaglig bakgrunn

Utvalget har vurdert det juridiske grunnlaget for avdelingsleder. Med utgangspunkt i at avdelingslederposisjonen er knyttet til ivaretagelse av et administrativt lederansvar, har utvalget kommet til at det ikke er juridiske grunner som ligger til grunn for krav til yrkesbakgrunn for avdelingsleder, med unntak av i psykiatriske sykehus, der dette er regulert av en forskrift med hjemmel i Lov om psykisk helsevern. Lov om leger og sykehusloven vil danne rammebetingelser for utøvelse av avdelingsledelse og organisering på avdelingsnivå. Blant annet må den som har medisinsk-faglig ansvar, som utvalget anser å være avdelingsoverlegen, gis de nødvendige fullmakter for å oppfylle de forpliktelser som ligger i sykehuslovens § 6, og i forskrifter, bl.a. ventetidsforskriften.

Med de kravene som stilles til avdelingsledelse vil utvalget understreke at spørsmålet om hvem som skal være avdelingsleder, med unntak for psykiatriske sykehus, er hvorvidt avdelingsleder kan oppnå tilstrekkelig *autoritet*.

Etter utvalgets mening er det to hovedkrav som må stilles i forhold til avdelingsleders autoritet. For det første må avdelingsleder ha den nødvendige reelle ledelseskompentanse. For det andre må avdelingsleder ha kompetanse innenfor den virksomheten som utøves i avdelingen.

Reell (administrativ) ledelseskompentanse

Det er slått fast i stortingsvedtaket av 21. november 1995 at det stilles krav til administrativ lederkompetanse. Med reell (administrativ) ledelseskompentanse, heretter betegnet reell ledelseskompentanse, mener utvalget den kompetanse det å ha det administrative ledelsesansvaret krever, se "[Styring ovenfra – administrativt ansvar og ledelse](#)" i avsnitt 10.1.4. Slik reell ledelseskompentanse må vurderes samlet ut fra tre kriterier:

- Personlige egenskaper og egnethet.
- Relevant ledererfaring.
- Formell ledelseskompentanse.

Med formell ledelseskompentanse menes normalt gjennomført utdanning på universitets- eller høyskolenivå, hvor eksamen er bestått, eller at personene på annen måte er evaluert for sine formelle kvalifikasjoner.

Personlige egenskaper og egnethet må anses å være et absolutt krav. Ved manglende formelle kvalifikasjoner må det stilles større krav til relevant ledererfaring.

Utvalget gir en samlet tilslutning til at det stilles krav til at avdelingsleder skal ha reell ledelseskompentanse. Begrunnelsen er at den lederrollen som skal bidra til at sykehusene på en bedre måte kan nå sine mål om et mer pasientrettet tilbud, må kunne utvise lederskap, evne til å motivere medarbeidere, evne til å sette felles mål, evne å få tilslutning til felles mål, identifisere utviklingsbehov, initiere nødvendige endringsprosesser og koordinere ressursbruken på en hensiktsmessig måte. Formell administrativ ledelseskompentanse er et fortrinn, men ikke en nødvendighet for å oppnå reell ledelseskompentanse.

Utvalget vil understreke at det ved en innføring av *enhetlig ledelse* må stilles krav om respekt og lydhørhet for alle fagområder, yrkesgrupper og personell, uavhengig av fagtilhørighet. Hvis sykehusene stilles overfor stadig økende krav om omstillingsevne og kontinuerlig utvikling, vil også lederegenskaper knyttet til endringsledelse bli sentralt. Med den betydning som ledelse vil ha for den enkelte enhets oppgaveløsning mener et samlet utvalg at ingen andre egenskaper kan kompensere for eventuell mangel på lederkompetanse (eller potensiale for dette) hos en aktuell kandidat.

Krav til faglig kompetanse – relevant helsefaglig eller medisinsk-faglig kompetanse

Med relevant helsefaglig kompetanse menes helsefaglig utdanning på høyskole og/eller universitetsnivå, og erfaring innen avdelingens fagområde. Med relevant medisinsk-faglig kompetanse menes godkjent spesialist (lege) innen den respektive hovedspesialitet.

Utvalget er enige i at relevant helsefaglig kompetanse må anses å være et minimumskrav til avdelingsleder ved en avdeling som driver pasientrettet arbeid.

Utvalget vil understreke at faglige kvalifikasjoner uansett ikke kan kompensere for manglende reell ledelseskompentanse.

Utvalget mener at dersom avdelingsleder selv ikke har medisinsk-faglig kompetanse må det medisinsk-faglige ansvaret plasseres hos en annen som har slik kompetanse. Den som innehar det medisinsk faglige ansvaret må også ha nødvendig myndighet. Det må avklares ved ansettelse, eller i stillingsinstruks, hvilke oppgaver som skal ligge til medisinsk-faglig ansvarlig i tillegg til de som er pålagt ved lov eller forskrift, og hvilken myndighet som er tillagt stillingen som medisinsk-faglig ansvarlig.

Utvalget er uenige i hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk-faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse i forhold til valg av avdelingsleder. Utvalget har her delt seg i to:

Utvalgets medlemmer Ellen Løken Børshiem, Trond Gården, Else Kielland, Trine Magnus, Knut Pihl og Vidar Oma Steine mener at hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk-faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse, må vurderes i hvert enkelt tilfelle av overordnet nivå (toppledelsen). Disse medlemmene mener at dette er et spørsmål om å finne riktig person, og ikke riktig profesjon. Karakteren av avdelingens oppgaver må i hvert enkelt tilfelle sammenholdes med de aktuelle søkernes faglige kompetanse. Disse medlemmene mener at medisinsk-faglig kompetanse må tillegges stor vekt, men mener at personer med annen relevant helsefaglig utdannelse, gjennom erfaring og personlige egenskaper kan fylle kravene til nødvendig faglig innsikt og være en fullgod leder.

Utvalgets medlemmer Heidi Børresen, Jon Haffner, Yngve Haugstvedt, Hilde Jordal, Wenche Frogn Sellæg og Tom Inge Ørner, mener at det bør legges stor vekt på medisinsk-faglig kompetanse. Medisinsk-faglig kompetanse vil være av stor betydning for de beslutninger som blir tatt på avdelingsnivå. Det vil være derfor mest hensiktsmessig om avdelingslederen også har det medisinsk-faglige ansvaret. Disse medlemmene vil imidlertid framheve at personer med annen helsefaglig bakgrunn i enkelte tilfeller vil kunne være best kvalifisert til å utføre lederoppgavene i avdelingen.

10.4.5.3 Særlig om lederstillingen skal være basert på åremål

Utvalget vil framheve at det i spørsmålet om bruk av åremålsstillinger vil være argumenter i begge retninger.

Den mest konsekvente holdningen til spørsmålet, slik det bl.a. ble framført i Andersland-utvalgets rapport, er at det følger av ansvarsledelse at det skal gripes inn overfor ansvarlig leder dersom ledelsesfunksjonen ikke utøves på en tilfredsstillende måte, og at det i så henseende ikke vil være nødvendig med åremålsinstitusjonen for å kunne gripe inn mot ukvalifiserte ledelser. Et motargument mot åremålsstillinger er at noe av ledelsesautoriteten kan gå tapt i siste del av en åremålsperiode, og at ordningen derfor ikke bidrar til å styrke ledelsesfunksjonen.

Det finnes viktige argumenter for at lederstillinger på avdelingsnivå besettes på åremål med mulighet for fornyelse av perioden. Det vil være et incitament til at stillingsinnehaveren «skjerper seg» i jobben, i og med at man vet at man i framtiden vil

bli evaluert i forhold til ny åremålsperiode. Det vil være et sikkerhetsnett i forhold til ledere som ikke fungerer godt i forhold til stillingskravene. En åremålsordning vil kunne gjøre det lettere for stillingsinnehavere å tre ut av stillingen «med æren i behold», ved at det kan bli større naturlighet omkring jobbskiftet sammenlignet med en situasjon der det ikke er åremålsstilling. Et siste argument er at lederstillinger kan bli mer attraktive for fagpersonell, ved at det ligger til rette for at de etter en åremålsperiode kan vurdere om de vil vende tilbake til en faglig stilling. Ved bruk av åremål bør alle medlemmer av et lederteam være engasjert i åremålsstillinger.

Utvalget er delt i sin vurdering av om det bør gis adgang til bruk av åremål. *Utvalgets flertall*, medlemmene Heidi Børresen, Ellen Løken Børnheim, Trond Gården, Jon Haffner, Hilde Jordal, Else Kielland, Trine Magnus, Knut Pihl, Wenche Frogn Sellæg, Vidar Oma Steine og Tom Inge Ørner mener at det bør være opp til hvert enkelt sykehus å ta i bruk åremål for avdelingsledere. Utvalget mener at det ved bruk av åremål for avdelingsleder også bør innføres åremål for andre medlemmer i ledergruppen. Dette flertallet vil derimot ikke gå for at en slik ordning skal pålegges. Hvis åremål anvendes tilrår dette flertallet at de sykehus som gjør bruk av ordningen har åremålsperioder på seks år (eventuelt med en mer systematisk evaluering etter tre år) med mulighet for gjenoppnevning. Dersom åremålsperioden gjøres vesentlig kortere, er det en risiko for at midlertidighetspreget for stillingsinnehaveren kan svekke autoriteten i stillingen.

Utvalgets mindretall, medlemmet Yngve Haugstvedt, mener at det ikke bør gis adgang til bruk av åremål for avdelingsledere i norske sykehus. Begrunnelsen for dette ligger i at alle ledere bør få en kontinuerlig evaluering sett i forhold til den jobben de gjør. Gjennom medarbeidersamtaler bør det være mulig å få til de nødvendige endringer i lederatferd. Hvis dette ikke følges opp, må det være mulig å endre ledelsen. Ledere i åremålsstillinger vil også på slutten av en periode, der det ikke er mulig å få forlenget tilsettelsen, miste den autoritet som er nødvendig for å utøve ledelse på en god måte.

10.4.6 Gjennomføring og oppfølging av eventuelt vedtak om enhetlig ledelse

Stortingets vedtak har ikke direkte gjennomslagskraft for andre enn de statlig eide sykehusene. Med utgangspunkt i at den rådende ledelsesmodellen er enhetlig todelt ledelse, vil det neppe skje større endringer med mindre man enten nedfeller prinsippet om enhetlig ledelse i sykehusloven, eller at den enkelte sykehuseier eller sykehus selv tar initiativ. Utvalget tolker Stortingets vedtak slik at det er ment å gjelde for alle offentlige sykehus, og ikke bare for de statlige sykehusene.

10.4.6.1 Bruk av forskrift

Utvalget er delt i sitt syn på å forskriftsfeste krav til innføring av enhetlig ledelse (i betydningen at ledelsesansvaret må knyttes til en person).

Utvalgets flertall, medlemmene Heidi Børresen, Ellen Løken Børnheim, Trond Gården, Jon Haffner, Yngve Haugstvedt, Hilde Jordal, Else Kielland, Trine Magnus, Wenche Frogn Sellæg, Vidar Oma Steine og Tom Inge Ørner mener at innføringen av enhetlig ledelse er en forutsetning for å kunne få en utvikling i retning av de lederroller utvalget mener er viktig å få innført ved norske sykehus. Forskriftsfesting er det virkemiddel som kan gi dette den nødvendige gjennomslagskraft. Begrunnelsen er at Stortingets vedtak ikke har en umiddelbar gjennomslagskraft for de fylkeskommunale sykehusene. Disse medlemmene tilrår derfor at Sosial- og helsedepartementet bekrefter Stortingets vedtak om at det skal være enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer ved en forskrift med hjemmel i sykehuslovens § 3, slik at det

blir bindende pålegg for alle offentlige sykehus. Det må avklares at bestemmelsen gir hjemmel for dette pålegget, alternativt at det gjennom framlegg for Stortinget klargjøres at sykehusloven gir hjemmel. *Disse medlemmene* mener at dette er et viktig tiltak for å løse opp i en fastlåst situasjon.

Utvalgets mindretall, medlemmet Knut Pihl, mener at bruk av forskrift ikke iverretar det nødvendige hensyn til sykehuseierne å selv bestemme organisering av sin egen virksomhet, i henhold til praksis og intensjonene i kommuneloven. Dette medlemmet mener at ordinære organisatoriske prinsipper tilsier at statlige myndigheter ikke bør gi bindende instruks for hvordan andre eiere enn staten skal organisere sine sykehus. Den som har ansvaret for å løse en oppgave bør selv kunne bestemme hva som er hensiktsmessig organisering. Dette er et grunnleggende prinsipp i den nye kommuneloven, og har også dannet utgangspunktet for den tilpasning av særlovgivningen som senere er gjennomført. Dette medlemmet vil understreke at det i innhold er enig i at sykehusene bør praktisere enhetlig ledelse, men altså uten at dette bør gjennomføres ved pålegg.

Utvalget er samstemt i at det ikke bør forskriftsfeste kompetansekrav til avdelingsleder. Begrunnelsen er at utvalget ikke klarer å se at det kan stilles entydige og absolutte krav til ledelsekompetanse for samtlige avdelingslederstillinger i norske sykehus. Utvalget mener at toppledelsen i det enkelte sykehus må gis den nødvendige beslutningsmyndighet i å utforme kravene til avdelingslederstillingene og til å vurdere søkeres samlede ledelsekompetanse.

10.4.6.2 Vurdering av konsekvenser

Ved en vurdering av eventuelle konsekvenser av en såpass gjennomgripende endring som en innføring av enhetlig ledelse vil innebære, er det nødvendig å forestille seg om en endring av den formelle strukturen vil gi de ønskede effektene. Det må spesielt vurderes hvordan enhetlig ledelse korresponderer med de holdninger og realiteter som preger sykehusene i dag.

Utvalget har registrert at et overveldende flertall av somatiske sykehus faktisk har todelt ledelse. Fortrinnet med den todelte ledelsesmodellen er at denne synliggjør behovet for samarbeid, også om ledelsesspørsmål. Imidlertid er hovedproblemet at den kan føre til ansvarsfraskrivelse gjennom at ingen innehar et helhetlig ansvar for den totale driften.

Dette betyr at om man innfører enhetlig ledelse, uten at den som skal være avdelingsleder inngår i en *helt annen lederrolle* enn den man normalt forbinder med noen av de som i dag er avdelingsledere (avdelingsoverlege eller oversykepleier), vil man kunne risikere at effekten blir negativ.

For det første kan man risikere at den yrkesgruppe som ikke blir «representert» i avdelingsledelsen, trekker seg inn i sin egen faglige virksomhet og begynner å beskytte faget. Dette er meget mulig hvis avdelingsleder ikke har den nødvendige tillit og autoritet. For det andre kan man risikere at det dannes en uformell todelt (eller flerdelt) avdelingledelse på siden av den formelle strukturen, noe som i realiteten vil medføre større ansvarsmessige uklarheter i praksis. Man vil kanskje oppnå at man kan plassere ansvar, men at mange samtidig ikke tar et nødvendig ansvar.

10.4.6.3 Vurdering av forutsetninger

Forutsetningen for at man skal oppnå ønskede effekter gjennom innføring av enhetlig ledelse ligger i meget stor grad på den holdningsmessige og rollemessige beredskap som i dag ligger hos de som arbeider i sykehus. Ikke minst vil det stilles

krav til den holdnings- og rollemessige beredskapen hos dem som skal konkurrere om avdelingslederstillinger, hvis det åpnes opp for flere yrkesgrupper å inneha avdelingslederstillinger i kliniske/medisinske avdelinger.

Når utvalget så sterkt understreker at den avdelingslederrollen som her skisseres er en annen enn de roller som i dag eksisterer i de fleste sykehus, er det også grunn til å understreke at en omlegging til enhetlig ledelse må følges opp ressursmessig. Utvalget mener at det ansvaret og den symbolfunksjon som her legges til avdelingslederrollen, med bl.a. totalansvar for driften, også må gjenspeiles i lønnsmessige forhold. Utvalget vil også peke på at avdelingsleder i de fleste avdelinger bør få de nødvendige kontorfaglige støttefunksjoner. Dette vil naturlig nok avhenge av avdelingens størrelse og antall ansatte.

Det vil derfor være av avgjørende betydning at man som yrkesgruppe ikke føler at dette innebærer en reduksjon av anerkjennelse og respekt, eller at man må ivareta sitt faglige lederansvar under rammebetingelser som ikke svarer til det ansvar man har. Det er derfor grunn til å understreke realiteten i den gjensidige sammenhengen som er mellom de ulike yrkesgrupper som sammen skaper resultater på avdelingen, og at avdelingsledere inkluderer alle i ivaretagelsen av et helhetlig ansvar. Et «suksesskriterium» for en god avdelingsleder er at alle ansatte ved avdelingen oppfatter at vedkommende faktisk tar ansvar for hele avdelingen og at de betrakter ham/henne som sin leder.

Det er grunn til å understreke at de ulike fagforeningene kan komme til å spille en nøkkelrolle i å skape den nødvendige aksept for en omlegging av avdelingsledelsen ved norske sykehus.

I hvilken grad omleggingen til enhetlig ledelse vil få de ønskede effekter, vil i stor grad avhenge av interne prosesser i hvert enkelt sykehus, og av hvordan sentrale aktører opptrer i en overgangsfase. Utvalget vil derfor tilrå at en innføring av enhetlig ledelse må gjøres med en viss tidsfrist som gjør at det i sykehusene kan begynnes å arbeide med forutsetningene og forberedelse for en ny ledelsesform, ikke minst på det holdningsmessige området. Utvalget foreslår at det gis en tidsfrist på to år.

Utvalget står samlet bak at omleggingen må følges tett opp gjennom evalueringer, både i enkelt-sykehus og nasjonalt, for at eventuelle nødvendige tiltak kan settes inn underveis, og for at sykehus som opplever problemer kan få bistand til å løse disse. Utvalget vil foreslå at det settes midler for evaluering av endringene under og etter den foreslåtte innføringsperioden. Statens helsetilsyn må ha et koordinerende ansvar for evalueringen, men utvalget vil fremheve viktigheten at selve evalueringen kan gjøres gjennom bruk av uavhengige fagmiljøer. Statens helsetilsyn vil ha et ansvar for å foreslå eventuelle tiltak på nasjonalt nivå, herunder endringer i forskriften, og bør derfor ikke selv være for innholdsmessig engasjert i evalueringen.

10.5 UTVALGETS FORSLAG TIL TILTAK

Tiltak nr. 10.1: Avdelingsledelse i sykehus bør være basert på tverrfaglige team (formelle ledergrupper) der én er avdelingsleder.

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "Avdelingsledelse i sykehus" i avsnitt 10.4.

Utvalget står i stor grad samlet om de retningslinjer som i framtiden bør legges til grunn for utøvelse av avdelingsledelse. I punktene 1 til og med 6 er utvalget enige. I de øvrige punktene er det dissens:

1. På alle nivå i sykehus må det være én person som er leder.
2. Det bør gjøres bruk av tverrfaglige ledergrupper som en del av avdelingsledels-

- esfunksjonene.
3. Utvalget mener at toppledelsen i det enkelte sykehus bør gis den nødvendige beslutningsmyndighet i å utforme kravene til avdelingslederstillinger og til å vurdere søkeres samlede ledelseskompentanse. Nedenfor gir utvalget uttrykk for sine synspunkter på hva som bør vektlegges ved valg av avdelingsleder:
 4. Det må stilles krav til at avdelingsleder skal ha reell ledelseskompentanse. Faglige kvalifikasjoner kan uansett ikke kompensere for manglende reell ledelseskompentanse.
 5. Det er et minimumskrav at avdelingsleder for en avdeling som driver pasientrettet arbeid har relevant helsefaglig kompetanse.
 6. Dersom avdelingsleder selv ikke har medisinsk faglig kompetanse må det medisinsk faglige ansvaret plasseres hos en annen som har slik kompetanse. Den som innhar det medisinsk faglige ansvaret må også ha nødvendig myndighet.
 7. Innenfor disse rammene er utvalget uenig om hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse i forhold til valg av avdelingsleder. Utvalget har delt seg i to:
 - a) Den ene halvparten av utvalget mener at hvor stor vekt som skal legges på relevant medisinsk-faglig kompetanse i forhold til annen relevant helsefaglig kompetanse, må vurderes i hvert enkelt tilfelle av overordnet nivå (topplederen). Disse medlemmene mener at dette er et spørsmål om å finne riktig person, og ikke riktig profesjon. Karakteren av avdelingens oppgaver må i hvert enkelt tilfelle sammenholdes med de aktuelle søkeres faglige kompetanse. Disse medlemmene mener at medisinsk-faglig kompetanse må tillegges stor vekt, men mener at personer med annen relevant helsefaglig utdannelse, gjennom erfaring og personlige egenskaper kan fylle kravene til nødvendig faglig innsikt og være en fullgod leder.
 - b) Den andre halvparten av utvalget mener at det bør legges stor vekt på medisinsk-faglig kompetanse. Medisinsk-faglig kompetanse vil være av stor betydning for de beslutninger som blir tatt på avdelingsnivå. Det vil derfor være mest hensiktsmessig om avdelingslederen også har det medisinsk-faglige ansvaret. Disse medlemmene vil imidlertid framheve at personer med annen helsefaglig bakgrunn i enkelte tilfeller vil kunne være best kvalifisert til å utføre lederoppgavene i avdelingen.
 8. Utvalgets medlemmer har ulikt syn på bruk av åremål.
 - a) Utvalgets flertall mener at det bør være opp til det enkelte sykehus å ta i bruk åremål for avdelingsledere. Disse medlemmer mener at det ved bruk av åremål for avdelingsleder også bør innføres åremål for andre medlemmer i ledergruppen.
 - b) Utvalgets mindretall mener at det ikke bør gis adgang til bruk av åremål for avdelingsledere i sykehus.
 9. Utvalgets medlemmer har ulikt syn på hvorvidt prinsippet om enhetlig ledelse bør forskriftsfestes:
 - a) Utvalgets flertall mener at innføringen av enhetlig ledelse bør forskriftsfestes. Det tilrås at det enkelte sykehus får en frist på to år for gjennomføring av prinsippet om enhetlig ledelse.
 - b) Utvalgets mindretall mener at enhetlig ledelse ikke bør forskriftsfestes av hensyn til den fylkeskommunale selvstyret angående organisering av egen virksomhet, kfr. kommuneloven.

Tiltak 10.2: Innføring av enhetlig ledelse må følges opp med evaluering

Bakgrunnen for tiltaket er beskrevet i "Gjennomføring og oppfølging av eventuelt vedtak om enhetlig ledelse" i avsnitt 10.4.6.

Det settes av midler til evaluering og gjennomføring av støttetiltak for omleggingen til enhetlig ledelse. Utvalget har ikke angitt noe beløp, men mener at dette må ses i sammenheng med tiltak 8.6. Utvalget viser forøvrig til anbefalinger i "*Gjennomføring – økonomiske og administrative konsekvenser*" i kapittel 11.

KAPITTEL11

Gjennomføring – økonomiske og administrative konsekvenser

11.1 PASIENTEN FØRST – OG SIST!

Utvalget har lagt retningslinjene i «Pasienten først» til grunn for vurderinger og forslag til tiltak i denne utredningen. Forslag som retter seg mot intern organisering og ledelse i sykehusene vil som hovedregel ha en indirekte effekt for pasientene.

Utvalget er av den mening at de tiltakene som er foreslått i "*Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling*" i kapitlene 7 til 10, vil ha en direkte og indirekte positiv effekt for pasientene. Utvalget mener at de målene og prinsippene som er presentert i "*Organisering, struktur og systemer*" i kapittel 8 kan anvendes i en vurdering av sykehusenes interne organisering, og som rettesnor for omorganisering. Dette vil gjøre at sykehusene i større grad kan følge retningslinjene i «Pasienten først». Utvalget mener at en bedre ledelsesfunksjon som målrettet arbeider med intern struktur, oppgavefordeling, holdninger og resultatoppfølging for kontinuerlig å bedre tilbudet til pasientene, vil være et av de viktigste tiltakene for å sette «Pasienten først». For ledelsene vil bedre resultatmål og tilbakemeldingssystemer fra primærhelsetjenesten og pasientene, som beskrevet i "*Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling*" i kapittel 7, være viktige redskaper i utviklingen av avdelingenes virksomhet. En mest mulig målrettet anvendelse av den kompetanse og arbeidskraft sykehusene rår over, som gjør at kompetanse anvendes der den behøves mest, vil være en viktig oppgave for ledelsen i sykehusene. En oppgradering og styrking av IT og kontorfaglige funksjoner vil være et viktig bidrag for en bedre anvendelse av helsepersonells kompetanse.

11.2 GJENNOMFØRING

Utvalget har foreslått tiltak som retter seg mot ulike aktører. Noen av tiltakene retter seg mot Sosial- og helsedepartementet og andre sentrale myndigheter. Andre tiltak retter seg mot sykehuseierne og de enkelte sykehus. Tiltakene varierer i forhold til konkretiseringsgrad, og noen har mer en form av tilrådninger og oppfordringer. Utvalget vil imidlertid understreke at mange av tiltakene henger sammen, og er avhengige av at de ulike aktørene samvirker i gjennomføringen av tiltakene. Hvert enkelt tiltak vil kunne bidra positivt til å sette «Pasienten først», men effekten vil bli større om flere av tiltakene gjennomføres samtidig og samordnet.

Utvalget vil understreke at *oppfølgingen* av de foreslåtte tiltakene i stor grad vil ha betydning for hvor stor effekt som kan forventes å oppnås. Dette gjelder kanskje tiltak innenfor ledelse, og utviklingen av lederrollene i sykehusene. Utvalget vil på bakgrunn av dette framheve at Sosial- og helsedepartementet, i egenskap av sitt ansvar for nasjonal helsepolitikk, bør ta et samlet og strategisk lederskap for utviklingstiltak innenfor områdene ledelse og organisering i sykehus. Utvalget tar ikke stilling til om dette mest hensiktsmessig bør gjøres ved å etablere en egen mindre gruppe innad i departementet, eller om ansvaret kan ivaretas uten at det etableres særskilte organisatoriske enheter.

Utvalget mener at et viktig element i gjennomføringsarbeidet bør være å etablere et samarbeidsforum, med deltakelse fra Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommunene, sykehusene, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedepartemen-

tet. En slik gruppe bør gis et overordnet ansvar for gjennomføringen av utviklingstiltakene på organisasjons- og ledelsesområdet. Dersom departementet følger opp utvalgets forslag om særskilte bevilgninger til utviklingsprogrammer og til opprusting av infrastruktur og kontorfaglige støttefunksjoner, bør gruppen trekkes sentralt inn i bruken av disse bevilgningene. Arbeidet må gis en form og et innhold som reflekterer den selvstendige rolle som fylkeskommunene har som eiere av sykehus og som også reflekterer den selvstendighet som utvalget forutsetter at det enkelte sykehus må ha i utformingen av sine organisatoriske løsninger. Det vil være en viktig del av arbeidet å følge opp tiltakene med evalueringer og å legge til rette for erfaringsutveksling. Pasientorganisasjoner og fagorganisasjoner må trekkes inn i arbeidet, f.eks. gjennom bruk av referansegrupper.

Utvalget har skissert et eget program for utviklingsprogrammer i sykehusene (tiltak 8.6). Dette vil gi utviklingen av nye utviklingsmodeller en klar prioritering. Samtidig vil et slikt program kunne sikre den nødvendige evalueringen som kan bidra til utvikling av ny kunnskap om hvordan organisere for «Pasienten først». Et slikt program kan med fordel ses i sammenheng med den evalueringen som bør gjennomføres i forbindelse med en eventuell innføring av enhetlig (i betydningen én leder) ledelse i sykehus. Det kan også være hensiktsmessig å se et utviklingsprogram i sammenheng med en oppgradering av kontorfaglige tjenester og IT-funksjoner i sykehus, da dette må forventes å medføre organisatoriske endringer i sykehusene. Utviklingsprogrammet, evalueringen av endringer i ledelsesform og oppgradering av de kontorfaglige funksjonene, bør være sentralt i samarbeidet mellom Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund, fylkeskommunene og sykehusene.

Uansett hvilke tiltak som iverksettes av eiere og overordnede myndighetsorganer, vil det viktigste ansvaret for utviklingstiltak på organisasjons- og ledelsesområdet ligge i det enkelte sykehus og den enkelte sykehusledelse. Med henvisning til de tilrådingene som er gitt i "[Mål, resultatoppfølging og kvalitetsutvikling](#)" i kapitlene 7 – 10, vil utvalget framheve at det vil være en utfordring for sykehusene å initiere og gjennomføre utviklingstiltak som kan gjøre at organisasjon og ledelse på en bedre måte enn i dag understøtter «Pasienten først».

11.3 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Utvalget har ikke foreslått tiltak som medfører vesentlige forvaltningsmessige konsekvenser. I stor grad har utvalget tatt utgangspunkt i dagens organisering, eierskap og forvaltning av sykehusene, og har ikke foreslått tiltak som forutsetter endringer i dette, eller vil være i konflikt med f.eks. statlig overtakelse av sykehusene. Utvalget har foreslått endringer i styringsformen mellom sykehuseier og det enkelte sykehus, men innenfor gjeldende organisering og forvaltning av sykehusene. Utvalgets flertall har foreslått å forskriftsfeste enhetlig ledelse. Dette vil legge begrensninger på valg av ledelsesstruktur for det enkelte sykehus og den enkelte sykehuseier.

Utvalget har foreslått en rekke tiltak knyttet til intern organisering og ledelse som vil kreve midler for å kunne gjennomføres. En rekke av disse tiltakene bør kunne gjennomføres innenfor de eksisterende rammer som sykehuseiere og sykehusene i dag disponerer. Både innen den enkelte fylkeskommune og i de statlige støtteordninger finnes det i dag muligheter til finansiere intern omstilling og endring i sykehusene.

11.3.1 Områder der det bør gis særskilte bevilgninger

Utvalget foreslår at staten bør gi bevilgninger ut over dagens nivå til følgende særskilte formål:

- *Opprusting av infrastruktur og kontorfunksjoner i sykehusene:* Utvalget tilrår at det over en periode på to til tre år gjennomføres et betydelig oppgraderingsprogram og antyder et beløp over en to til tre års periode i størrelsesorden 1000 mill. kr. ("*Bedring i sykehusenes infrastruktur*" i avsnitt 8.4.1).
- *Program for organisasjonsutvikling:* Det antydes et beløp i størrelsesorden 100 mill. kr. over en fem års periode ("*Mål og prinsipper for intern organisering i sykehus*" i avsnitt 8.3). Et vesentlig siktemål med et slikt program vil være å utvikle bedre kunnskap om bedre organisasjonsmodeller for sykehusene. Dette kan gjøres gjennom evaluering knyttet til utprøving av nye organisasjonsmodeller. Et slikt program kan med fordel ses i sammenheng med evalueringen av endringer i ledelsesstruktur og roller i sykehusene og den oppfølging som bør gjøres i forbindelse med en eventuell innføring av enhetlig ledelse i sykehusene.
- *Videre utvikling av sammenlignbare resultatindikatorer:* Utvalget mener at det konseptet som er utviklet innenfor SAMDATA, med fordel kan utvides til også å gjelde sammenlignbare resultatindikatorer for kvalitet i sykehusene ("*Resultatmål for sykehusenes aktiviteter*" i avsnitt 7.4.). Utvalget har ikke skissert et konkret beløp, med understreker at et arbeid med å utvikle bedre resultatmål for sammenlignende formål, må følges opp med de nødvendige bevilgninger.
- *Tilskudd til videre arbeid med metode- og praksisevaluering:* Utvalget mener at de enkelte fagmiljøene bør stimuleres til metode- og praksisevaluering ("*Evaluering av virksomheten i enkelte sykehus*" i avsnitt 7.5). Slike evalueringer vil være mer spesifikke og avgrenset enn utviklingen av sammenlignbare resultatindikatorer, men kan bidra til utviklingen av viktig kunnskap. Utvalget vil foreslå at bevilgningen til dette formålet kanaliseres til de regionale samarbeidsfora som er etablert. Utvalget vil foreslå at det i sum bevilges 15 millioner pr år i tre år til dette arbeidet.
- *Tilskudd til utdanning av spesialister og spesialsykepleiere:* Utvalget mener at den spesialistutdanning av helsepersonell som skjer i sykehusene bør stimuleres økonomisk. ("*Øke utdanningskapasiteten*" i avsnitt 9.2.1). Utvalget har ikke beregnet hvor mye dette kan eller bør utgjøre.

11.3.2 Forslag til tiltak som vil ha økonomiske konsekvenser for sykehusene og sykehuseierne

Utvalget fremmer ikke forslag som forutsetter direkte øremerkede bevilgninger fra fylkeskommunene til sykehusene. Derimot foreslår utvalget på noen områder at det bør gjennomføres tiltak eller oppgraderinger i sykehusene, og der aktivitetene også vil kreve større ressursinnsats. Forslag av denne type er:

- *Oppgradering av ledelsesfunksjonen i sykehus:* ("*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kap. 10) Hvorvidt en overgang til enhetlig ledelse (én leder) vil gi en endring i antall stillinger i sykehusene, er i stor grad avhengig av hvordan det enkelte sykehus ønsker å etablere sin egen ledelsesstruktur. Det behøver slik sett ikke medføre økte kostnader. Imidlertid har utvalget foreslått at en oppgradering av ledelsesfunksjonen også bør gjenspeiles lønnsmessig og i forhold til kontorfaglige støttefunksjoner. Dette, samt eventuell kompetanseoppbygging innenfor ledelse, vil kunne medføre økte kostnader.
- *Ledelsesutvikling:* Utvalget har understreket at en innføring av enhetlig ledelse innebærer en utvikling av en helt ny lederrolle ("*Styring, ledelse og ansvar i sykehus*" i kap. 10). Det må derfor forventes å være et behov for ledelsesut-

vikling i sykehusene i tilknytning til etablering av enhetlig ledelse. Sykehuseierne vil ha et ansvar for å identifisere utviklingsbehovet, initiere tiltak og sette av ressurser for den nødvendige ledelsesutviklingen.

- *Sterkere satsing på kompetanseutvikling i sykehusene:* Utvalget har foreslått at sykehusene sikrer egen kompetanseutvikling ("*Personellressurser, kompetanse og arbeidskraft*" i kap. 9). En del sykehus ligger godt framme på dette felt. Det vil derfor variere i hvilken grad dette medfører økte kostnader fra sykehus til sykehus. Generelt sett er det i dag for lite satsing på kompetanseutvikling, slik at dette i sum vil medføre økte kostnader.
- *Innføring av ordning med pasientansvarlig lege og sykepleier:* Utvalget har foreslått at det innføres en ordning med pasientansvarlig lege og pasientansvarlig sykepleier ("*Organisering, struktur og systemer*" i kap. 8). Dette behøver ikke å medføre noen økte driftskostnader, men vil kunne gi kostnader i en overgangsfase.
- *Utvikling av samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjenesten:* Utvalget har foreslått at sykehusene og primærhelsetjenesten på flere områder bør samarbeide bedre. Dette vil til en viss grad følges opp av de foreslåtte bevilgningene utvalget har skissert, f.eks. til oppgradering av IT og kontorfaglige funksjoner. Utvalget har også foreslått at sykehusene i større grad bør anvende systematiske tilbakemeldinger fra primærhelsetjenesten. Dette kan gi noe økte kostnader innad i sykehusene, men kanskje mest i primærhelsetjenesten. Utvalget har foreslått at det for allmennlegetjenesten innarbeides i takstsystemet et tilskudd for arbeid med systematisk tilbakemelding fra allmennlege til sykehus ("*Organisering, struktur og systemer*" i kap. 8).

En rekke av de tiltakene som her er skissert vil kunne gi en effektiviseringseffekt på sikt. Dette må tas i betraktning når kostnadene vurderes. Imidlertid vil en slik effektiviseringsgevinst ofte kunne tas ut som økt produksjon, noe som på sikt vil medføre økte totalkostnader for sykehusene. Den enkelte sykehuseier må ta dette med i betraktning i arbeidet med den fylkeskommunale og helseregionale planleggingen.

Referanser

- Hagen, Helge (1992): *Pasienter i psykiatriske institusjoner*, NIS-rapport 6/92, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning
- Innst. S. nr. 165 (1994-95)
- Innst. S. nr. 276 (1995-96)
- Jørgensen, Stig og Eldøen, Guttorm (1996): *Ventelistepasienter – garantert rett plass i køen?*, NIS-rapport 2/96, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning
- Kindseth, Ola og Solstad, Kjell (red.) (1996): *SAMDATA SYKEHUS. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995*, NIS-rapport 5/96, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning
- NOU 1987: 25: *Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering*
- NOU 1991: 7: *Spesialisthelsetjenesten m.m. Utkast til lov med motiver*
- NOU 1993: 33: *Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver*
- NOU 1996: 5: *Hvem skal eie sykehusene*
- Norske Kommunenes Sentralforbund (1981): *Organisasjonsstruktur i sykehussektoren*
- Rønningen, Lars og Magnussen, Jon (1996): «Utvikling av produktivitet i perioden 1990-1994» i Kindseth, Ola og Solstad, Kjell (red.): *SAMDATA SYKEHUS. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995*, NIS-rapport 5/96, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning
- Solstad, Kjell og Petersen, Stein Ø. (red.) (1995): *SAMDATA SYKEHUS. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994*, NIS-rapport 3/95, Trondheim: SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning
- Sosialdepartementet (1990): *Ledelse i sykehus*
- Statens helsetilsyns utredningsserie 4-1993: *Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet*
- Statens helsetilsyns utredningsserie 9-1994: *Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi (del 1). Organisering av oppgavefordeling, undersøkelser, behandling og etterbehandling*
- Statens helsetilsyns utredningsserie 1-1996: *Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi (del 2). Spesialistutdanning og etterutdanning*
- Stortingsmelding nr. 9 (1974-75): *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*
- Stortingsmelding nr. 41 (1987-88): *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*
- Stortingsmelding nr. 50 (1993-94): *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste*
- Stortingsproposisjon nr. 1 (1996-97): Sosial- og helsedepartementet
- Stortingsproposisjon nr. 65 (1995-96): Sosial- og helsedepartementet

Vedlegg 1

Utvalg som skal utrede intern organisering og ledelse i sykehus

Bakgrunn:

Helsetjenestens oppgave er å sikre at alle får hjelp til å forebygge, oppdage og behandle sykdom og helseskade så langt det er mulig, til å utvikle mestring gjennom rehabilitering, og til nødvendig pleie og omsorg. Pasientens interesser må settes først, ikke bare i den enkelte helsearbeiders oppmerksomhet, men også i måten tjenestene organiseres på. Pasientene fortjener et helhetlig tilbud, å bli henvist til riktig nivå og riktig tjeneste, og at de enkelte deltjenestene samarbeider. Det fortjener også god oppfølging, tydelig tilbakemelding om ventetid og tidspunkt for undersøkelse og behandling, og fyldestgjørende informasjon om sin tilstand.

Flere sykehus har startet prosjekter for å utvikle nye interne organisasjonsmodeller som gjør det lettere å møte pasientens behov og utnytte personell og utstyr på tvers av tradisjonelle grenser både i Norge og andre land. Det kan være grunn til å stille spørsmålstegn både ved måten vi deler inn sykehus i avdelinger og poster på, ved måten vil tilordner arbeidskraften til de enkelte enhetene, og ved måten vi fordeler innsatsen mellom poliklinikk, dagbehandling og innleggelse.

Norske sykehus har forskjellig sammensetning, størrelse og pasientgrunnlag. Det er neppe mulig eller ønskelig å organisere alle sykehus etter nøyaktig samme lest. Fremtidens organisasjonsmodeller må avspeile at behovene er forskjellige. På samme måte må samhandlingsformene mellom sykehusene og primærhelsetjenesten variere. Det må være rom for lokale variasjoner, men det må være et klart mål å gi pasientene et mest mulig helhetlig tilbud og best mulig service.

Moderne sykehus tjenester er lagarbeid. Økt kompetanse, større spesialisering og ny teknologi forenkler mange behandlingsprosesser, men stiller også større krav til personellet og til at avdelinger og poster arbeider godt sammen. Det er viktig å sørge for at beslutningsrutinene i det daglige arbeid sikrer at nøkkelpersonell får benyttet mest mulig av sin arbeidskapasitet til de oppgaver de er utdannet for. Det fordrer entydige ledelses- og ansvarslinjer og gode tverrgående samordningsrutiner.

Endrede krav til økonomistyring og administrasjon og den generelle demokratiseringen i arbeidslivet har begrenset legenes innflytelse. Samtidig har andre faggrupper styrket sin stilling ved at de har bygget opp en egen plattform og derved fått nye oppgaver og ansvarsområder. Denne utviklingen har stort sett vært positiv, men den stiller nye krav til organisering for å sikre at ansvar og myndighet blir sammenfallende. De siste årene er det satt sterkere søkelys på kravene til aktsomhet i helsetjenesten. Alt helsepersonell kan bli stilt ansvarlig for svikt i yrkesutøvelsen, men juridisk er legene i en særstilling.

Sykehusenes organisasjonsmodell bør ikke være statisk, men bør hele tiden tilpasses i forhold til ny innsikt og teknologi som bringes inn. De siste årene har behovet for en slagkraftig ledelse i sykehus økt på alle nivåer, både fordi virksomhetens innhold og ressursituasjon er endret, men også fordi kravene til sikkerhet og kvalitet er skjerpet. Kvalitetsutvikling vil bli et satsingsfelt fremover. Det er viktig at sykehusene får verktøy som gjør det mulig å følge utviklingen i kvalitet og sammenligne egne ytelser med andres.

Det er på høy tid å oppdatere prinsippene for intern organisering og ledelse i sykehus. Det trengs gode overordnede ledelsessystemer for sykehussektoren, men også god ledelse innad i det enkelte sykehus. Under budsjettbehandlingen for 1996 fattet Stortinget følgende vedtak: «Stortinget ber regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar et medisinsk faglig ansvar også har nødvendig myndighet.» Dette legges til grunn for utvalgets arbeid.

Mandat:

Utvalget bes kartlegge de viktigste problemene ved dagens organisasjons- og ledelsesstruktur i sykehus og foreslå tiltak som kan bidra til forbedring av disse funksjonene med utgangspunkt i departementets retningslinjer slik det fremkommer i «Pasienten først». Det er særlig interessant å finne fram til endringer som kan føre til at:

1. pasientenes totale behov for diagnostikk, behandling, pleie, omsorg og service ivaretas bedre
2. pasientflyten gjennom systemet blir bedre (logistikkfunksjonen)
3. sykehuset kan utnytte de enkelte fagprofesjonenes kompetanse bedre og at helsepersonellet får benytte sin arbeidskapasitet mest mulig rasjonelt
4. inndeling i avdelinger og enheter blir mest mulig hensiktsmessig
5. det sikres samsvar mellom medisinsk faglig ansvar og myndighet
6. de samlede ressursene blir brukt bedre og at kostbart utstyr kan utnyttes effektivt
7. arbeidet med kvalitetssikring og kvalitetsutvikling styrkes
8. samhandling med primærhelsetjenesten bedres
9. arbeidsmiljøet bedres og arbeidsgleden øker.

Tidsfrist 1. desember 1996.