
Nytt år – nye utfordringer for norske sykehus?

KRONIKK

HELGE TORGERSEN

Email: helge.torgersen@no.cgeyc.com

Cap Gemini Ernst & Young

Postboks 649 Skøyen

0214 Oslo

I den offentlige debatt er det skapt et bilde av et norsk sykehusvesen som befinner seg i en permanent krisesituasjon. Det synes å være uenighet om hvem som har ansvaret for situasjonen og hva problemene egentlig består i. Er det de økonomiske rammebetingelsene, samarbeidet mellom forvaltningsnivåene, de interne organisatoriske og ledelsesmessige forhold i sykehusene eller forholdet mellom sykehusene og deres eiere som representerer det største problemet? Nytt eierskap til sykehusene og nye tilknytningsformer mellom sykehusene og deres eiere er lansert som mulige virkemidler for å bøte på problemene. Hver for seg vil dette kunne bli verdifulle bidrag i møtet med noen av de utfordringer helsevesenet står overfor. Men disse løsningene kan bli en sovepute dersom det fører til at arbeidet med interne faktorer som påvirker sykehusorganisasjonenes evne til å fungere effektivt, blir neglisjert.

Sammenliknet med andre europeiske land bruker Norge ikke spesielt lite penger på sitt helsevesen (målt som antall kroner per innbygger) (1). Heller ikke antall leger i Norge er lavt i forhold til innbyggertallet. Derimot er det til dels store forskjeller i kostnadsnivå mellom norske sykehus (2), forskjeller som er så store at det er umulig å forklare alt med eksempelvis geografiske forhold eller forskjeller i pasientsammensetningen. Noen sykehus er med andre ord mer kostnadseffektive enn andre. Dersom de økonomiske rammebetingelsene for sykehusene skulle være hovedproblemet, er det rimelig å anta at dette bare kan være riktig for et begrenset antall sykehus.

I behandlingskjeden for en og samme pasient kan alle tre forvaltningsnivåene være involvert ved en og samme sykdom. Eksemplene er mange på pasienter som har falt mellom to stoler i forvaltningsnivåenes forsøk på å velte ansvar og

kostnader over på andre. Samarbeidet mellom eksempelvis primærhelsetjenesten og sykehusene påpekes stadig som en essensiell faktor for god og kostnadseffektiv pasientbehandling (3). Likevel synes dette å være en uløst utfordring i mange fylker, og optimismen med tanke på fremtiden er i denne sammenheng i beste fall dempet.

Internt i sykehusene strides profesjonene om ansvars- og oppgavefordelingene. Spesialister i kirurgi bruker relativt lite tid på operasjonsavdelingene (4), som igjen holder åpent en heller begrenset del av døgnet. Antall behandlede pasienter per lege i sykehusene er gått ned i de senere år, ifølge de årlige sykehusrapportene fra Samdata i perioden 1992 – 99. Økonomirapporteringen er i flere sykehus lite systematisk og informativ, og kostnadsoverskridelser synes å komme overraskende på mange mot slutten av året. I flere fylker blir man ikke enige om oppgavefordelingen mellom fylkets sykehus.

Følgende faktorer ansees som viktige for organisasjoners evne til å fungere effektivt:

- – Ledelse, inklusive ledelsens kompetanse og lederstil
- – Organisasjonsstruktur, inklusive roller, kompetanse, ansvar, myndighet, fullmakter og rapporteringsrutiner
- – Bemanning, inklusive god utnyttelse av riktige og tilstrekkelige ressurser
- – Kompetanse og opplæring, sett i forhold til overordnede mål og innenfor gitte rammer
- – Kommunikasjon, inklusive informasjon og involvering av medarbeiderne
- – Belønningssystemer

Slike viktige interne forhold i en organisasjon er i stor grad påvirkelige av organisasjonen selv og således relativt uavhengige av vekslende eksterne rammebetingelser. En nærmere analyse av norske sykehus ville sannsynligvis vist store forskjeller med tanke på i hvilken grad disse faktorene bidrar til en effektiv organisasjon. I flere sykehus ville det fremkommet at det fortsatt representerer en stor utfordring for ledelsen å få en månedlig rapport om kostnads- og aktivitetsutviklingen i forhold til budsjettet samt prognoser for inneværende år. Ved de færreste sykehus har man detaljkunnskap om kostnadene ved sin tjenesteproduksjon, og man får seg derfor overraskelser når kostnadene ved aktivitetsøkninger kommer på bordet.

Som nevnt innledningsvis er det ulike oppfatninger om hva som er den viktigste forklaringen på problemene i norsk sykehusvesen. Representanter for fylkeskommunene så vel som avdelingsledere, direktører og politikere har en tendens til å rette skytset mot staten og de økonomiske rammebetingelser og finansieringsordninger for sykehusene. Fra departementet får de imidlertid beskjed om å gå hjem og rydde i eget hus, se over den interne oppgavefordelingen mellom sykehusene i hjemfylket og gå gjennom interne organisatoriske forhold i hvert av sykehusene. Med så stor uenighet om bakgrunnen for problemene er det ikke til å undres over at det også blir stor uenighet om hvilke virkemidler som skal tas i bruk for å møte utfordringene.

Mens slike drøftinger pågår, opplever noen pasienter lange ventelister, korridorplasser, dårlig tilgjengelighet, feil ved innkallingsrutiner til poliklinikker osv. De fleste pasientene vil imidlertid ikke være enig i de dimensjonene som problemfokuseringen i sykehusene har fått, og vil således ikke underskrive på at vi har et helsevesen i krise. Flere behandles ved våre sykehus enn noen gang tidligere, de fleste opplever korte ventetider, og mange brukervennlige tilbud er utviklet.

Er nye tilknytningsformer løsningen?

Det synes å ha vokst frem en erkjennelse av at det er behov for en større grad av fristilling av sykehusene i forhold til den tradisjonelle praktisering av etatsmodellen. En slik fristilling skal ha som målsetting å tydeliggjøre den rolle og det ansvar sykehusene har som den utøvende og tjenesteytende instans. Samtidig blir den overordnede og i dag fylkeskommunalt forankrede eier-, etterspørsels- og styringsrollen mer synlig. I Sørensen-utvalgets innstilling Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus er det bred enighet om dette (5).

Uenigheten oppstår først når det drøftes hvor langt man skal gå i fristilling. Med unntak av Oslo har ingen fylkeskommuner planer om en så betydelig grad av fristilling som aksjeselskap representerer.

Tilknytningsformen ”fylkeskommunalt foretak” (FKF) ble mulig å opprette fra 1.1. 2000 (6). Buskerud fylkeskommune etablerte sine sykehus i Drammen, Kongsberg og Ringerike som fylkeskommunale foretak fra 1.3. samme år. Rogaland fylkeskommune har besluttet det samme. Også andre fylkeskommuner vurderer denne muligheten. Noen andre fylker venter på muligheten til å omdanne sykehusene til såkalte fylkeskommunale sykehusselskap (7). Sykehusene blir ved dette egne rettssubjekter og fristilt i større grad enn fylkeskommunale foretak, men i mindre grad enn aksjeselskap. Den nye loven om sykehusselskaper trer trolig i kraft fra 1.1. 2001 og er på mange måter en oppfølging av Sørensen-utvalgets arbeid. Tilknytningsformen ”fylkeskommunalt sykehusselskap” har mye til felles med statsforetaksmodellen som dagens helseminister ønsker for statens sykehus, og som sannsynligvis blir lagt til grunn den dagen/dersom staten overtar sykehusene fra fylkeskommunene.

Det relativt samstemte ønsket om fristilling og ansvarliggjøring av sykehusene vil være en rammefaktor som kan bidra til å løse noen av de utfordringer sykehusvesenet står overfor. Selv om denne utviklingen blir tydeliggjort ved omdanning av sykehusene til fylkeskommunale foretak eller i enda større grad ved omdanning til sykehusselskaper, er det også mulig å oppnå større grad av fristilling innenfor dagens etatsmodell. Både Østfold og Vestfold fylkeskommuner har ved reorganisering av sine sykehusvesener i stor grad fristilt sine sykehus innenfor etatsmodellen.

Mens sykehusstyret i etatsmodellen tradisjonelt har en noe udefinert rolle, er rollen veldefinert i både fylkeskommunale foretak og i sykehusselskaper, både når det gjelder plassering i styringssystemet og ansvar. I de sistnevnte

tilknytningsformene er direktøren direkte underlagt styrene. Styret i fylkeskommunale foretak er direkte underlagt fylkestinget, mens styret i sykehusselskaper er underlagt selskapsmøtet, som igjen er underlagt fylkestinget. I etater er direktøren direkte underlagt fylkesrådmannen (ofte ved fylkes helsesjefen). I sykehusselskaper som eget rettssubjekt er det et betydelig ansvar knyttet til styreverv (jf. medieomtale av tilsvarende posisjoner i aksjeselskap). Både i fylkeskommunale foretak og i sykehusselskaper er intensjonen at det skal være såkalt profesjonelle styreverv.

Når det gjelder økonomiske forhold, kan fylkeskommunale foretak i det store og hele sammenliknes med etatsformen, mens fylkeskommunale sykehusselskaper har mye til felles med aksjeselskaper. Et sykehusselskap trenger eksempelvis en teknisk regnskapsmessig balanse som synliggjør hvilke eiendeler og hvilke eventuelle gjeldsforpliktelser selskapet har. Investeringer i utstyr/inventar utgiftsføres ikke, men avskrives over utstyrets levetid. Sykehusselskapet bygger med andre ord på en del regnskapsprinsipper som må sies å stimulere til en mer langsiktig og riktigere bedriftsøkonomisk tenkning. Ingen av de nevnte tilknytningsformer kan gå konkurs, og ingen kan i utgangspunktet ta opp lån.

De nye tilknytningsformene fylkeskommunalt foretak og sykehusselskap bidrar med andre ord til å tydeliggjøre politikernes og sentraladministrasjonenes roller som eiere og bestillere av helsetjenester og sykehusenes rolle som tjenesteleverandører. Dette kan medvirke til at sykehuseier blir mer opptatt av viktige strategiske valg for sykehusene og ikke fristes til detaljstyring av sykehusdriften. Gjennom bestillerrollen settes det definerte krav til aktivitet og kvalitet i sykehusene. Samtidig gjøres sykehuset og dets styre på en tydeligere måte ansvarlig for at tjenestene leveres innenfor de gitte økonomiske rammer, og de har stor grad av frihet til å avgjøre hvordan sykehusdriften skal legges opp for å oppnå dette.

Er nye eiere løsningen?

Med bakgrunn i vedtakene på Arbeiderpartiets landsmøte 12.11. 2000 er det grunn til å anta at det er flertall på Stortinget for at staten skal overta sykehusene fra fylkeskommunene fra og med 1.1. 2002. Så langt er det vanskelig å finne belegg for at staten har vært en bedre sykehuseier enn fylkeskommunene. Bakgrunnen for vedtaket er blant annet et ønske om å få en mer helhetlig ledelse og bedre funksjonsfordeling mellom sykehusene, uavhengig av fylkesgrenser og regiongrenser. Fylkeskommunene kan ha blitt oppfattet til å ha hatt et for snevert lokalpolitisk perspektiv på disse spørsmålsstillingene.

Dersom staten overtar sykehusene, vil de fleste av helsetjenestene helt eller delvis være finansiert fra samme "forsikringskasse", nemlig statskassen. Sykehustjenester på alle nivåer, trygdesystemet og refusjonsordningene i primærhelsetjenesten vil være eksempler på ytelser fra samme instans. Dette gir bedre muligheter til å styre utviklingen av kvalitativt gode, sammenhengende og kostnadseffektive løsninger/behandlingskjeder for

pasienter og sykdomsgrupper som trenger bistand og støtte fra aktører på ulike forvaltningsnivåer. Denne sistnevnte tilnærmingen har vært en av grunnpillarene i tilnærmingen i enkelte andre lands arbeid med kostnadsreduksjoner og kvalitetsforbedring (jf. ”managed care”-utviklingen).

Med staten som eier av alle sykehusene er med andre ord ansvaret for sykehusvesenet klart samlet ett sted, med mulighet for en bedre utnyttelse av det totale sykehuskapasiteten i Norge. Det vil være enklere å gjøre likhetsprinsippet gjeldende ved tildeling av økonomiske rammer til sykehusene, noe som kan bli en stor utfordring for de sykehus som i dag driver minst kostnadseffektivt.

Hovedutfordringer det kommende år

Nye tilknytningsformer og nytt eierskap kan bidra til å løse noen av de utfordringer norsk sykehusvesen står overfor, kanskje først og fremst når det gjelder sykehusenes rammebetingelser og samarbeidet mellom sykehus og mellom sykehus og andre aktører i helsevesenet. Nye tilknytningsformer kan hos enkelte politikere og fagforeningsrepresentanter være forbundet med urealistiske forventninger om hva som kan oppnås ved en omdanning. Som nevnt tidligere ligger de potensielle effektene på avgrensede områder. Både fylkeskommunale foretak og sykehusselskaper kan utformes på en slik måte at den reelle fristilling blir nærmest illusorisk. Blant de involverte aktørene i slike omstillingsprosesser er det derfor viktig å tilstrebe likeartede forventninger til mulighetene som ligger i omdanningen.

Mens nye tilknytningsformer og nye eierkonstellasjoner kan se ut som lettvinne løsninger, kan store omstillings- og omorganiseringsprosesser gi avmaktsfølelse og handlingslammelse i møtet med sykehusvesenets mange utfordringer. De grunnleggende og viktige interne utfordringer relatert til organisasjonens evne til å fungere effektivt ligger der fremdeles som den største utfordringen for sykehusene også i året som kommer. Sykehusene må finne de rette ledere som både kan og vil lede organisasjonene mot felles mål. Lederne må få den nødvendige ledelsesinformasjon og ha rom for å handle med bakgrunn i denne informasjon. Sykehusorganisasjonene må utformes slik at ansvar, myndighet og fullmakter henger sammen, og slik at det ikke er noen tvil om hvor dette ansvaret ligger. Ønsket lederatferd må belønnes. Dette kan synes banalt og enkelt, men erfaringsmessig er det vanskelig. Uten disse fundamentale forutsetninger på plass vil eksempelvis nye tilknytningsformer og nytt eierskap ha begrensede effekter.

Det har vært spesielt stor blest om problemene i de største sykehusene det siste året. De interne forholdene i store sykehusorganisasjoner representerer spesielle utfordringer. Pasientenes sykdomsbilder er gjerne mer sammensatte, og antall organisatoriske enheter er mange. Internasjonale arbeider kan indikere at kvalitative og økonomiske forhold tilsier en optimal sykehusstørrelse på mellom 200 og 400 senger (8, 9). For de største

sykehusene ligger kanskje ikke utfordringen nødvendigvis i deres store antall senger, men like mye i å legge til rette de interne organisasjonsmessige forholdene med håndterbare størrelser på resultatenhetene.

LITTERATUR

1. OECD Health Data 1998. A comparative analysis of 29 Countries. CD-ROM 92-64-05122-8. Paris: OECD, 1999.
2. NIS-rapport 2/00. Samdata sykehus. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA, 2000.
3. Norges offentlige utredninger. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
4. Aspaas K, Hultgren J. Sykehusene mindre effektive. www.aftenposten.no (24.11.1999).
5. Norges offentlige utredninger. Hvor nært skal det være? Fra utvalget som vurderte fristilling av norske sykehus. NOU 1999: 15. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
6. Lov av 25. september 1992 nr 107. Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) Kapittel 11. Kommunalt og fylkeskommunalt foretak. (§§ 61 – 75) (jf. ot.prp. nr. 53/1997 – 98).
7. Lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m., av 8.9. 2000 nr. 77 (jf. ot.prp. 25/1999 – 2000).
8. Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. Effective health care bulletins 1996; 2 (8). London: The Royal Society of Medicine press, 1996.
9. Små eller store sygehuse. Kvalitet og økonomi – tro eller viden. Rapport nr 1. København: Evalueringscenter for sygehuse, 2000.

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.