

## På parti med fremtidens ledelse

– Vi er på sporet. Ja, vi har vel kommet et stykke på veien mot et nytt sykehus-konsept, sier Johannes Kolnes, direktør ved Fylkessjukehuset i Haugesund.

Det er i de turbulente ukene etter et dødsfall ved Aker sykehus i Oslo. Store overskrifter om pleiere som sov på vakt, men også oppslag som reflekterer personalforvaltning og organisering.

Direktøren ved Fylkessjukehuset i Haugesund har sterke synspunkter på det som skjer. Etter tips fra mange om at Johannes Kolnes, lege og leder, er en av dem som får det til, iler Tidsskriftet av gårde.

### Ledelse en profesjon

Kolleger karakteriserer ham som en ærlig strateg. Ryddig, klar og tydelig. Aktiv pådriver for å hale i land et prisbelønt prosjekt på tvers av fylkesgrenser i Helseregion Vest (1). Forutseende og beregnede, i positiv forstand. Høyt respektert, en samarbeidets mann som driver et fremtidsrettet sykehus.

Samtidig får vi vite at en viss underfundighet preger ham. Noe udefinerbart som gjør at den langsiktige tankegangen han prediker ikke alltid blir like synlig i den travle hverdagen, ved et sykehus som i dag teller 1 400 ansatte.

Ledelsesfilosofien henter han fra Paul Batalden, professor ved Dartmouth Medical School i USA. En guru som navigerer etter makro-så vel som mikroperspektiv. Da er det kanskje ikke overraskende at han har turorientering som hobby, all den stund det å finne poster og samtidig få et vidt utsyn, står i høysetet.

– Ledelse er en profesjon. For å få identitet som leder kreves skoloring, erfaring og talent, sier Johannes Kolnes. Dermed er det ikke sagt at han imøtegår sin egen fagforening, som tolker lovens krav om enhetlig ledelse dit hen at en lege skal sitte i avdelingslederstolen: – Organisatorisk forståelse er slett hos dagens leger. I studiet gis det jo ingen systematisk opplæring. Dessuten opplever jeg en ekstrem vegring fra våre eieres side mot å satse skikkelig på lederutdanning. Blant annet måtte vi knegå Kommunenes Sentralforbund og staten for å få millontildeling til ledelsesprogrammet Puls. Dermed blir leger som ønsker en slik karrierevei heller dratt etter håret av BI-folket. Det avspeiler en systemfeil hos norske sykehuseiere, utdyper han.



Johannes Kolnes driver et fremtidsrettet sykehus, et utstillingsvindu for hvordan den nye foretaksmodellen kan bli vellykket. Foto K. Ronge

### Samarbeid på tvers

Det var i Afrika han fikk interesse for lederskap. 120 000 pasienter per lege krevde sin mann.

– Når det gjelder ledelse, er helsevesenet på steinaldernivå i Norge. Ta bare lederutdanningen til Norsk Hydro. Den gir bevissthet om karrierestige og rollefordeling, som igjen skaper trygghet for alle de involverte. Noe tilsvarende burde for lengst vært prioritert innen helsefaglig forvaltning, mener Kolnes.

Et eksempel på gevinsten er HOS-prosjektet, et samarbeid mellom sykehusene i Haugesund, Odda og Stord. De tre sykehusene i Rogaland og Hordaland dekker et område med 162 000 mennesker, svarende til et middels norsk sentralsykehus.

En forutsetning da samarbeidet startet i 1996, var gjensidig respekt for hverandres identitet og enighet om at hvert sykehus i utgangspunktet skulle beholde sine akuttfunksjoner. Funksjonsfordelingen betyr blant annet at spesialistene reiser til polikli-

nikkene, istedenfor pasientene. Spesialistene har fått større pasientvolum, brattere læringskurve og kan dermed tilby behandling med høyere kvalitet enn tidligere (2).

### Virtuell ledelse

– For å bryte ut av uheldige mønstre, har første bud vært å bygge tillit. At det som styrer skal være faglig argumentert, istedenfor å gå i emosjonelt forsvar, sier Kolnes. – Eksempelvis satt kompetansen på inkontinens hos kvinner på Stord. Da sendte vi pasientene dit. Utredning for karkirurgi kan skje i lokalsykehusene, selv om selve inngrepet foretas i Haugesund. Primæroparasjoner med proteser kan alle tre sykehusene gjøre, mens reoperasjon av hofter og pasienter som trenger et stort støtteapparat kommer til oss. Slik bytter vi, uten at det blir storebror som høvler over alle.

Han legger ikke skjul på at det har vært skjær i sjøen underveis. Et av de mest markante har vært datasystemer som ikke kommuniserer med hverandre, og fylkesmessige forskjeller i personalpolitikk. Hvor tette relasjonene skal bli i fremtiden, er avhengig av om opplegget for virtuell organisering vinner gehør.

– Virtuell organisering betyr IT-løsninger som hjelper sykehusene til å kommunisere både på klinisk nivå og ledelsesnivå. Vi vil ikke lage en menneskeparaply på toppen, men et nettverk til bruk i det daglige. Topptung administrasjon fører til virkelighetsfjerne avgjørelser. Virtuell organisering derimot fungerer som lim, gir helhet, tilhørighet og mindre byråkrati. Nå er prosjektmidlene oppbrukt, men scenariene er flere. Det kan bli en så tett integrering at man kan begynne å snakke om ett sykehus med tre filialer, forklarer han.

– Mister du jobben da?

– Nei, i en virtuell løsning blir det én leder blant likemenn. Den som blir utpekt til en slik funksjon, rapporterer videre til helseforetakets sekretariat og styre. Men jeg skal ærlig innrømme at HOS-modellen fikk et skudd for baugen da helseministeren presen-

terte styresammensetningen i sommer. Bare to måneder tidligere gav helseminister Tønne oss pris for en fremtidsrettet sykehusmodell. Likevel er ikke kompetansen vi besitter representert i foretaksstyret til Helseregion Vest (3).

### Enkel matematikk

– Det er et selvbedrag at Helse-Norge mangler ressurser, mener direktøren fra Haugesund. Istedenfor å planlegge etter lengden på ventelistene, må driften legges opp etter epidemiologisk forskning og registrering. I vinter var den første kartleggingen, som har blitt hans varemerke, ferdig. Den vil bestemme linjene i videre struktur og organisering. For egen del betyr det klinisk arbeid hver 14. dag. Med hjembyens pasientgrunnlag er 26 årlige strumaoperasjoner passelig for å holde seg faglig oppdatert.

– Jeg hadde brystkreft på programmet, men det ble for emosjonelt. Struma er teknisk krevende og teoretisk avgrenset. Noe annet ville vanskelig la seg forene med lederjobben, slår han fast.

– Det er ikke om å gjøre å sette navnet sitt på det sjeldne, men å ha fokus på de ti vanligste lidelsene, fortsetter Kolnes. – At alle med hemorroider skal slippe å lekke resten av livet, å skape et behandlingsprogram som gjør det mulig. Det er min ambisjon. Ett minutt spart på 160 000 polikliniske undersøkelser i året, gir et betydelig innsparingspotensial. På samme måte kan jeg planlegge at vi får 285 infarkt hit til Haugesund i løpet av ett år, og 50 nye pasienter med brystkreft. Det blir et enkelt regnestykke å planlegge behandling og antall kontroller.

– Det høres dansert ut at individet blir til matematikk?

– Det er snakk om rett perspektiv på rett nivå. Jeg feilprioriterer hvis jeg i planposisjon ikke tenker utfra grupper. Først når ressursene er bevisst planlagt og fordelt, kan jeg møte pasientene i en-til-en-situasjoner med et åpent blikk. Alternativet, for eksempel at en mann med diagnosen tuberkulose hadde hatt nærkontakt med 129 ansatte, viser hvor feil det kan bli.

### Team fremfor avdeling

Midt oppi alle firkanter og organisasjonskart, maktstrukturer og kommunikasjonsmodeller, er det viktig å minne om at teknologi og planer bare er virkemidler. Fremtidige sykehusmodeller blir høyst virtuelle når familiemannen nå har fulgt seksåringen til sin første skoledag:

– Jeg pleier å si jeg har to kull, men med samme kone. Fire barn i alderen 18–25 år og så en liten overraskelse på toppen. Nå har han begynt på skolen. Det er stort. Min kone er reseptar på fulltid. Det er et helt nytt kostebinderi som skal fungere hjemme hos oss, SFO og sånt fantes ikke forrige gang vi fulgte barn til skoleporten.

– Johannes Kolnes, født i Haugesund 8.1. 1951

– Cand.med. 1976, Universitetet i Göttingen, Tyskland. Spesialist i generell kirurgi 1987.

– 1984–86 og 1989 «jungellege» i Zimbabwe for SAIH (Studentakademikernes internasjonale hjelpefond), i samarbeid med Fellesrådet for det sørlige Afrika.

– Fylkessjukehuset i Haugesund siden 1987: overlege og stedfortredende avdelingsoverlege, avdeling for kirurgi og ortopedi, sjeflege 1992–97 og fra 1998 direktør.

Innen Johannes Kolnes' eget fagfelt har det vært utviklingstrekk han møter med skepsis: – Den enorme spesialiseringen vi har hatt de siste 50 år, reflekterer profesjonens behov mer enn pasientens, kritiserer han. I Haugesund står avdelingsstrukturen for fall. Om få år tror Kolnes den er borte. Teamorganiseringen er alt i gang. Driften ved sykehuset er organisert i åtte blokker. I fremtiden ser han for seg en tredeling: pasienter innlagt til akuttbehandling, elektiv behandling og tilbud for kronikere.

– Kronikerne har ingen plass i dagens system. Det er en gedigen systemfeil, siden de utgjør den største pasientgruppen. Fritt sykehusvalg og et vedtak som forutsetter pasientansvarlig lege, må føre til endret struktur. Jeg ser for meg 80–100 team. De må være ledet av leger som mobiliserer pasientenes egen kompetanse.

At autonomien opphører ved endret organisering, bekymrer ham lite. Et eksempel er det såkalte FHK-prosjektet (<http://web.nextel.no/fhk/800/meny.html>). Kontrakter inngått mellom sykehuset og kommunene Haugesund og Karmøy sikrer kontinuitet, kvalitet og kommunikasjon mellom første- og annenlinjetjenesten, uansett hvor pasientene befinner seg i behandlingkjeden. For helsepersonell er det utarbeidet et opplegg for gjensidig hospitering i perioder på 14 dager. Kurs i lindrende behandling er ett av flere tiltak som allerede er gjennomført. Hos legene er hospiteringen tellende i oppbygging av en klinisk spesialitet.

– Forpliktende avtaler er løsningen på rotete rutiner og utydelig ansvarsdeling. Tverrfaglige team lager opplegg for inn- og utskrivning, med klare tidsfrister. Kontraktene gjelder pasienter med sammensatte behov, og er foreløpig begrenset til somatisk syke. Prosjektet går godt takket være dyktige medarbeidere og ble formalisert fra mai i år, skryter direktøren.

### Lære av feil

For å sikre at avtalene mellom kommuner og sykehus fungerer, er avviksregistrering og halvårlig evaluering en del av rutinen.

En ikke ukjent praksis for Johannes Kolnes, siden komplikasjonsmøter hørte til hverdagen da han administrerte avdeling for kirurgi og ortopedi.

– Også i min nåværende jobb målbærer jeg at vi skal rapportere mest mulig av uheldige hendelser. I den medieverden vi lever i, er dette en vanskelig balansegang. For når oppstår den effekten at vi gjør så mye galt ved Fylkessjukehuset i Haugesund? Likevel er dette det beste vi kan gjøre, når hensikten er å lære av våre feil. Vår virksomhet må preges av åpenhet fremfor besserwisser-holdning.

Det er her direktør Kolnes er fristet til å gi både kolleger og tilsynsmyndigheter et spark bak. Han lar det stå til:

– Norske sykehus *må* ha et system som gir oversikt over overtid og dobbeltvakter. Noe annet kan dyrke en ukultur. Gevinsten ved statlig eierskap er at sykehusene blir bedrifter som kan kartlegge hva de ansatte gjør «på fritiden». Når det er sagt, så opplever jeg obligatoriske medieuttalelser fra Helsetilsynets side som patetiske. Det er et påfallende mønster at konklusjonene er såpass kjappe og bastante før analysene foreligger. Folk dør faktisk i sykehus! Derfor er det en floskel å si at grensen til unaturlige dødsfall er enkel å trekke. I etterpåklokskapsens lys: Var sju minutter for lenge å vente for en pasient som lå på hjerteintensiven? Etter min mening har mistenkeliggjøring og skrik om kontroll gått for langt.

– Hva med din egen fremtid i helsevesenet?

– Åremålet mitt er på seks år, og løpet er litt over halvgått. Det er tid for å konsolidere modellene vi har satt i gang. For meg er det ikke noe nederlag å gå tilbake til klinisk arbeid. Jeg trives på operasjonsstuen fordi jeg ser umiddelbare resultater. Og selv om det suger en doktor mentalt å følge pasientene fra vugge til grav, slik vi gjør det i Haugesund, så er det faktisk helhetlig ledelse som er eneste farbare vei.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet*  
[kari.ronge@legeforeningen.no](mailto:kari.ronge@legeforeningen.no)

### Litteratur

1. Høie I. «Det nyttet»-prisen til sykehussamarbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1297.
2. Halvorsen P. Pasienter og spesialister vinner på trekantsamarbeid i Helseregion Vest. *Det nytter-magasinet*. Sosial- og helsedepartementet/Kommunenes Sentralforbund. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2001.
3. Andersen EJ, Nesje SB. Sterk legerepresentasjon i helseforetakenes styre: styrene i de regionale helseforetakene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2214.