



Jan Grund

Professor og prorektor, Handelshøyskolen BI

Politikk, ledelse og fag – på samme lag?

Myndighetenes styring av helsetjenestens ressurser er en historie om prøving, feiling og vakling, og den preges av spill mellom pasientene, helsepersonellet, administratorene, politikerne og media. De siste 30 år har vært preget av omfattende helse-reformer. Da jeg i 1970-åra arbeidet som planleggingssjef i Helsedirektoratet var sykehusene monopolinstitusjoner styrt av den fylkeskommunale forvaltning og finansiert ved rammebevilgninger. I dag er sykehusene – i hvert fall i prinsippet – selvstendige rettssubjekter organisert gjennom 5 statlige regionale helseforetak, det er innført fritt sykehusvalg og en stor andel av sykehusenes inntekter avhenger av hvor mange pasienter de «produserer». Sykehusene er blitt «konkurransutsatte» virksomheter som må forholde seg til regnskapslov, åpningsbalanse og avskrivninger og som styres både ovenfra og nedenfra. Det er ikke lenger Karl Evang som er sjef for sykehus-Norge og overlegen som er sjef på sykehuset. Styrer med høyt profilerte næringslivsledere, sykehusdirektører og avdelingsledere har fått tydeligere definert lederansvar. Ledelse på avdelingsnivå er ikke lenger fordelt mellom leger og sykepleiere. Det er innført enhetlig ledelse på avdelingsnivå og avdelingslederen skal ta et totalansvar for drift, resultater og personalet. Den nye strukturen fra 2002 må forstås *politisk* – en sosialdemokratisk regjering hadde behov for å vise fram en reform for modernisering av offentlig sektor der en *kombinerte* statlig overtakelse med en slags privatisering av styringen ved å gjøre sykehusene til foretak. Tanken var at en gjennom mer helhetlig styring, klarere ansvar, klarere rollefordeling og bedre utnyttelse av ressursene skulle klare å kutte ned ventetider og få mer helse per krone.

Gjennom de tre årene sykehusreformen

har virket, har en høstet både positive og negative erfaringer. Ventetider er gått ned, det behandles flere pasienter. Helsedepartementet har skaffet seg et styringssystem som kan sikre bedre arbeidsdeling mellom sykehusene og det enkelte sykehus kan arbeide mer rasjonelt med ansettelser uten politisk innblanding fra de lokale politikere. Rapporteringslinjer og ansvarsforhold er blitt klarere. På den annen side har heller ikke det nye styringssystemet klart å holde sykehusenes utgifter innen vedtatte rammer. De regionale foretakene har ikke klart å etablere nødvendig dialog med lokalbefolkningen og politikerne har hatt vansker med å gi fra seg adgangen til eierstyring/etatsstyring. Sykehusdirektør Åge Danielsen og professorene Terje Hagen og Rune Sørensen hevder at reformen i realiteten har utviklet seg til en form for pervertert etatsstyring (*Den norske sykehusreformen: Hva som er galt, og hvordan den kan forbedres?* Økonomisk forum nr. 8/2004). Hva bør nå skje? På den politiske venstreside er resepten klar. «Reformen er feilslått. Vi må ha slutt på ekspertveldet og direktørveldet som nå råder i sykehus-Norge. På dette området er det viktig å ha politikk» (Øystein Djupedal, Aftenposten 3.11. 2004). Danielsen og medarbeidernes forslag er at det kreves to «reformer av reformen». Konsernmodellen bør utvikles til en modell basert på kontraktsorganisering og kontratsorganiseringen må understøttes av et nasjonalt system med styringsdata.

Helsetjenesten får stadig større samfunns-økonomisk betydning. Medisinens suksess vil fortsette å være dens problem. Nøkkelen for fremtidens styring er et samspill mellom politikk, ledelse og fag, der politikere må finne sin rolle som *bestillere* og *betalere* av sykehustjenester, og der fagfolk under veiledning av ledere må ha ansvaret for *leve-*

ransene av tjenester. Det er bare institusjonene som kan utvikle seg selv. Kravene er store til alle parter. Politikerne må utforme spilleregler først og fremst for hva det offentlige skal ta et finansielt ansvar for, hvordan denne prioriteringen skal skje og hvordan tjenestene skal organiseres og finansieres for å oppnå størst effektivitet. Grensene mellom den offentlige og den private sektor bør bli tydeligere med politiske spilleregler også for et privat marked for visse tjenester som det offentlige *ikke* vil klare å finansiere og produsere. Dagens muligheter for leger ansatt i offentlige sykehus til å kunne arbeide i sin «fritid» på private sykehus, bør begrenses. Fagfolkene må ta hovedansvaret for at helsetjenestene holder høy kvalitet, og at tilbakemeldinger fra pasientene disiplinere sykehusene til kontinuerlige kvalitetsforbedringer. Sykehusene preges av kompleksitet både når det gjelder oppgaver, teknologi og struktur. Enkelte sykehus er like store som mange norske byer. De fleste sykehus er strukturert i profesjonsbaserte avdelinger som «eier» spesielle pasientgrupper og sykdomskategorier. Et godt sykehus er en institusjon der pasientene slipper å vente og får kvalitativ god behandling, der personellet får brukt sine faglige ferdigheter og der teknologi og utstyr brukes på en god måte. For å få det til trengs det bl.a ledere som klarer å mobilisere helsepersonell på tvers av funksjonelle avdelinger og formelle profesjonsområder til å arbeide sammen. Forskning viser at godt lederskap er avgjørende for at sykehus skal bli strategiske, robuste og lærende. Politikere skal utøve politikk, ledere skal utøve ledelse og fagfolk skal utøve fag – da vil politikk, ledelse og fag spille på samme lag.

Jan Grund

I neste nummer:

- Sykehjemsmedisin
- Hjertebilyder hos barn
- Fabrys sykdom
- Vulvaklinikk
- Schizofreni og selvet