

# Organisasjonsutvikling ved norske sykehus

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Offentlig sektor inklusive sykehusene skal fornyes. Det har skjedd store endringer i sykehusenes rammebetingelser. Men i hvilken grad er norske sykehus blitt fornyet? I artikkelen beskrives organisasjonsendringer ved norske sykehus i perioden 1999 til og med 2005.

**Materiale og metode.** Artikkelen bygger på en spørreskjemaundersøkelse som ble sendt ut til alle offentlige sykehus i Norge i 2001, 2003 og 2005. I 2001 ble det spurt retrospektivt om organisasjonsforhold for 1999. I 2005 fikk vi inn skjemaer fra 60 av 63 offentlige sykehus.

**Resultater.** Endringstrenden fra 1999 til 2005 ser ut til å være stabil. Likevel er det større endringer på noen områder. Et av de mest åpenbare endringstrekkene er økt ansvarliggjøring av avdelingsnivået. Videre har flere sykehus samlokalisert sykehusets mottakelse med den kommunale legevakten. Skjermede enheter for elektiv kirurgi er blitt mer utbredt, og det har vært en omfattende endring i bruk av digitale verktøy.

**Fortolkning.** Undersøkelsen viser at sykehusene har evne til omstilling, og at en rekke ledelsesstrukturer og organisasjonsformer får stadig større oppslutning og sprer seg til flere sykehus. Sykehusene moderniseres.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Lars Erik Kjekshus

*l.e.kjekshus@medisin.uio.no*  
Forskningsprogram for ledelse og organisering i helsesektoren (HORN)  
Institutt for helseledelse og helseøkonomi  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1089 Blindern  
0317 Oslo

## Trond Harsvik

SINTEF Helse, Helsetjenesteforskning  
Oslo

I henhold til politiske signaler skal offentlig sektor fornyes (1). Dette omfatter også sykehusforetakene. Det er skjedd endringer når det gjelder helseforetakenes rammebetingelser, som fordrer fornyelse. Innsatsstyrt finansiering og stadig endring av refusjons-satser, krav om budsjettbalanse og detaljerte styringsdokumenter, nye overordnede styringsindikatorer, krav om bedre samhandling med primærhelsetjenesten, omfattende fusjoner og samarbeid på tvers av gamle fylkesgrenser er utfordringer som i stor grad krever nye organisasjons- og ledelsesstrukturer.

I en rekke offentlige utredninger blir det beskrevet hva som vil være et moderne sykehus med henblikk på å imøtekomme de endrede rammebetingelsene. Spørsmålet som stilles i denne artikkelen, er i hvilken grad norske sykehusforetak er blitt «modernisert». Vi ser på organisasjonsutviklingen ved norske sykehusforetak fra 1999 til 2005 og diskuterer om disse organisasjonsendringene kan ses på som en modernisering av sykehusene.

## Materiale og metode

Datamaterialet til undersøkelsen ble samlet inn høsten 2001 (2) og gjentatt høsten 2003 (3) og høsten 2005. I 2001 ble det spurt retrospektivt om organisasjonsforhold for 1999. Undersøkelsene er basert på et omfattende spørreskjema som ble sendt ut til alle landets somatiske sykehus via sykehusforetakene.

Skjemaet besto av tre atskilte deler: ett generelt, overordnet skjema, ett skjema om den kirurgiske virksomheten og ett skjema om den indremedisinske virksomheten. Invitasjonen ble adressert til foretaksdirektørene, som så etter eget skjønn skulle fordele skjemaene videre til ledere med inngående kunnskap om den overordnede organiseringen av foretaket, herunder den øverste ledel-

sen, den kirurgiske virksomheten og den indremedisinske virksomheten. I forsendelsen til foretaket ble det lagt ved et skjema for hvert sykehus i foretaket. I hovedsak svarte direktør eller sjeflege/medisinsk faglig rådgiver på den generelle og overordnede delen av skjemaet, unntaksvis ble skjemaet besvart av andre personer i foretaksledelsen (eksempelvis organisasjonsdirektør). Avdelingsledere i den kirurgiske og indremedisinske virksomheten svarte på de øvrige delene.

Alle forespurte sykehus har kirurgisk og indremedisinsk virksomhet, men oppdelingen på avdelingsnivå er forskjellig. Vi valgte derfor å spørre om organiseringen av virksomhetsområder istedenfor om organiseringen av enkeltavdelinger og seksjoner. Selve strukturen i skjemaene ble bygd opp slik en pasient møter sykehuset, først med spørsmål om mottakelse, observasjonsposter, sengeavdelinger, operasjonsavdelinger, intensiv- og oppvåkningsenheter. Videre ble det spurt om organiseringen av poliklinikkene og dagkirurgisk tilbud. Til slutt kartlegges utskrivningsrutiner og relasjonen til kommunehelsetjenesten, koordinering av kapasiteten i kliniske avdelinger og serviceavdelinger, og personalmessige forhold i virksomheten. Når det gjelder organiseringen av servicefunksjonene (både medisinske og ikke-medisinske), spør vi om disse er desentraliserte eller sentraliserte og om de blir kjøpt inn fra, eller selges til, andre virksomheter.

Skjemaet fra 2001 var til vurdering ved flere instanser, deriblant Den norske lægeforening, Statens helsetilsyn, Helsedepartementet og utvalgte fagmiljøer ved landets sykehus. Det ble dessuten foretatt en pilotundersøkelse. På bakgrunn av tilbakemeldinger og erfaringer med hvordan skjemaet fungerte i 2001 og 2003, har vi revidert skjemaet for undersøkelsen i 2005. I forbindelse med revideringen ble skjemaet også i 2005 gjenstand for en pilotundersøkelse ved tre sykehus. I revideringen ble spørsmål som



## Hovedbudskap

- Moderne ledelses- og organisasjonsformer sprer seg til stadig flere sykehus
- Moderniseringen kan ikke alene tilskrives eierskapsreformen da flere av endringene ble initiert allerede i 1999

ikke fungerte i tidligere undersøkelser, tatt ut. Det ble lagt inn noen nye spørsmål. Resultatene som presenteres i denne artikkelen, er knyttet til spørsmål som er uforandret fra 1999 til 2005. Det ble foretatt tre purrerunder med utsendelse av nye skjemaer.

I 2005 ble undersøkelsen utvidet til også å omfatte private sykehus og psykiatriske sykehus. Da vi i denne artikkelen ser vi på utviklingen over tid, er disse ikke tatt med i analysen.

I denne artikkelen skisseres modernisering innen fire organisasjonsområder basert på beskrivelser av organisasjonsformer og ledelsesstrukturer (4) som har vært omtalt og anbefalt i offentlige utredninger og lovarbeider (5–8). Det vil si at vi definerer modernisering som offentlig anbefalte ledelses- og organisasjonsoppskrifter (9). «Det [moderne] er en oppskrift som fenger og som har fått en forbilliglig status for flere organisasjoner» (10).

Moderniseringsområdene som presenteres, er utviklet etter gjennomgang av sentrale offentlige dokumenter og utredninger (5–8) og er sortert under fire sentrale områder: ledelses- og myndighetsstrukturer, elektroniske støttetjenester, budsjettrutiner og pasientflyt.

Innen det første organisasjonsområdet, ledelses- og myndighetsstrukturer vil en moderne ledelsesstruktur være enhetlig ledelse, bortfall av den tradisjonelle avdelingsstrukturen og desentralisert myndighetsstruktur (5). Innen det andre organisasjonsområdet som omfatter elektroniske støttetjenester, vil det moderne være elektronisk pasientjournal, elektronisk epikriseutsendelse, og elektronisk bildearkiv (8). Innen det tredje området som omfatter budsjettrutiner, vil det moderne være internprising, innsatsstyrt finansiering på avdelingsnivå, og omfordeling av DRG (diagnoserelaterte grupper)-beregninger til den enkelte avdeling (5, 7). Innen det fjerde og siste området som omfatter pasientflyt, vil det moderne være observasjonspost, skjermet elektiv kirurgi og samlokalisering av legevakt og akuttmottak (5, 7).

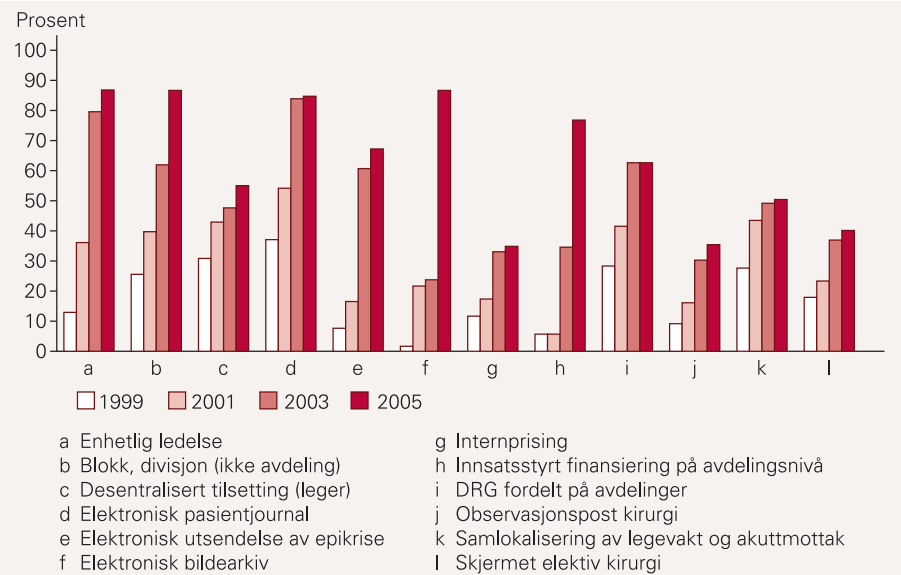
## Resultater

For undersøkelsen i 2005 har vi fått inn skjemaer fra 60 av 63 forespurte sykehus. I 2003 fikk vi svar fra 50 av 59 forespurte sykehus. I 2001 fikk vi svar fra 58 av 63.

Det generelle inntrykket er at oppslutningen om de ulike organisasjonsreformene øker gjennom hele undersøkelsesperioden 1999–2005. Men graden av endring varierer. I perioden 2003–05 er det særlig elektronisk bildearkiv og overgang til innsatsstyrt finansiering (ISF) på avdelingsnivå som har den største økningen i oppslutning (fig 1).

Et av de mest åpenbare endringstrekkene i sykehusenes ledelses- og myndighetsstrukturer og budsjettrutiner er økt ansvarliggjøring og delegering av myndighet til avde-

**Figur 1**



Organisasjonsutvikling ved norske offentlige sykehus 1999–2005. Søylene viser prosentandel av sykehus som har innført de respektive variabler ved de tre tidspunktene. DRG står for diagnose relaterte grupper

lingsnivået. Ansettelse av personell gjøres i større grad desentralisert i forhold til tidligere, avdelingenes inntekter og utgifter synliggjøres i avdelingsvise budsjetter (lønnsutgifter, pasientbehandlinger, internkjøp, gjestepasientoppgjør o.a.), avdelingsledelsen blir enhetlig (dvs. fra todelt ledelse til én leder for hver organisatoriske enhet) og stykkprisrefusjonene videreføres til avdelingene i en fordelingsnøkkel mellom kliniske moderavdelinger og serviceavdelinger. Den innsatsstyrte finansieringsordningen er antakelig en viktig premisseleverandør for denne ansvarliggjøringen av avdelingene. Særlig ser vi dette i rutine rundt DRG-grupperinger.

Videre ser vi at den øverste sykehusledelsen ved flere sykehus blir berørt av sammenstillinger og mer utbredt bruk av divisjoner eller klinikkorganisering, og det skjer en overgang fra linjeorganisering til kombinasjon av linje- og stabsorganisering. Tre formelle ledelsesnivåer var mest utbredt i 2003 (58 %). I 2005 er fire ledelsesnivåer mest utbredt (50 %).

Overgangen til enhetlig avdelingsledelse var i liten grad innført per juli 2001. I 2005 ser vi at de fleste sykehus har fått denne lovpålagte organiseringen på plass i hele organisasjonen (87 %). Enkelte sykehus har innført enhetlig ledelse ved å skille ut sengeavdelingene som egne avdelinger. Parallelt med innføringen av nye lederbetegnelser, som avdelingsleder, opererer fortsatt mange sykehus med stillinger som avdelingsoverlege (49 %), oversykepleier (28 %), seksjonsoverlege (62 %) og avdelingssykepleier (65 %).

Når det gjelder elektroniske støttetjenester, ser vi at tradisjonelle «papirtunge» rutiner i økende grad blir digitalisert. Antallet

sykehus som har elektroniske pasientjournaler øker fra 58 % i 2001 til en andel på 85 % i 2005. Selv om 85 % av sykehusene har innført elektronisk pasientjournal, er det 69 % som opplyser at journalen fortsatt brukes i papirformat. Andelen sykehus som hadde elektronisk bildearkiv i 2001, var 22 % og har i 2005 økt til 87 %. De aller fleste sykehusene har etablert onlineløsninger for laboratorieresultater (77 %) og poliklinikkresultater (75 %).

Når det gjelder organisering for pasientflyt, ser vi at en rekke standardiserte organisasjonsformer sprer seg til flere sykehus. Både observasjonsposter i mottakelsen og skjermede enheter for elektiv kirurgi er blitt mer utbredt. Andelen sykehus som i mer eller mindre grad skjermer den elektive kirurgien fra øyeblikkelig hjelp, øker fra 19 % i 1999 til 41 % i 2005. Imidlertid er det stor variasjon i hvordan denne skjermingen skjer i praksis. En annen organisasjonsform for bedre pasientflyt som ser ut til å bre seg, er at det i stadig flere sykehus skjer en samlokalisering av den kommunale legevakten og sykehusets mottakelse. Andelen som har valgt denne organiseringen, øker fra 28 % i 1999 til 51 % i 2005, og flere av de øvrige sykehusene oppgir at dette er en ordning de ønsker eller forsøker å få til.

Vi observerer også områder der det er en redusert oppslutning om organisasjonsformer. I 2005 er det en reduksjon i forhold til 2003 når det gjelder enkelte ordninger som ivaretar forholdet til kommunehelsetjenesten. Det er en halvering i andelen sykehus som oppretter en egen kontaktperson mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, fra 52 % i 2003 til 32 % i 2005. Det er også en reduksjon i andelen sykehus som har inngått

avtaler med kommunene om håndteringen av ferdigbehandlede pleiepasienter, fra 86 % i 2003 til 76 % i 2005.

## Diskusjon

Resultatene fra undersøkelsen viser at sykehusene moderniseres innen fire sentrale organisatoriske områder i perioden 1999–2005. Innen de fire områdene vi har tatt for oss, ser vi klar spredning av og økt oppslutning om offentlige anbefalte organisasjonsformer som tegn på moderniseringen. Det vil følge også være organisasjonsformer som miserer oppslutning og forsvinner.

I relasjonen til kommunehelsetjenesten har det skjedd større organisasjonsendringer. Det er imidlertid påfallende at det på enkelte områder ser ut til å være en tilbakegang med hensyn til funksjoner rettet mot bedre samhandling. Selv om oppslutningen om elektroniske samhandlingstjenester som for eksempel elektroniske henvisninger øker, ser vi at tjenester som påfører den ene part utgifter, får redusert oppslutning, som for eksempel egen kontaktperson i sykehuset. Dette kan tolkes som et resultat av en skjerpet budsjett disiplin.

Et annet spørsmål er hvor dyptgripende endringene er og i hvilken grad gamle strukturer opphører når nye blir introdusert. På flere av de fire organisasjonsområdene ser vi tegn på at det er noe større treghet i sykehusorganisasjonen når det gjelder å fase ut etablerte strukturer og rutiner enn når det gjelder å innføre nye. Vi ser at sykehusene langt på vei formelt sett mener å ha innført enhetlig ledelse, men i hvilken grad har disse lederne et reelt totalansvar for virksomheten de er satt til å lede? Vi ser at enkelte sykehus har skilt ut sengepostene som en egen organisatorisk enhet med sykepleiere som ledere samt at gamle lederbetegnelser beholdes. Det kan være en indikasjon på at arbeidsdelingen mellom legeleder og sykepleieleder ikke er endret så mye fra den tidligere enhetlige, todelte ledelsesmodellen (11). Et annet eksempel er at sykehusene fortsetter å ha en papirbasert journal til tross for innføring av elektronisk pasientjournal. En tolking er at

disse eksemplene er en indikasjon på at sykehusene på flere områder, av ulike grunner, over tid opererer med parallelle systemer og strukturer.

Vi observerer hvordan sykehusenes interne organisering endrer seg over en periode på seks år, fra 1999 til 2005. Kartlegging av sykehusenes interne organisering startet før en større omlegging av sykehusenes eierskap og tilknytningsform. Det statlige eierskapet og fristillingen til selvstendige helseforetak skapte et helt nytt sykehuslandskap. I løpet av perioden 1999–2005 kan vi se til dels store endringer blant annet innen organisering, ledelse og bruk av elektroniske verktøy. Men det er viktig å påpeke at en rekke interne endringer så vi allerede i perioden 1999–2001, og at trenden vedvarer inn i 2005 og derfor ikke alene kan tilskrives eierskapsreformen av 1.1. 2002. Endringene som har funnet sted ved norske sykehus i løpet av de siste seks årene, viser at sykehusene evner å omstille seg etter hvert som endrede rammebetingelser gir nytt handlingsrom.

Studier av organisasjonsendringer ved norske sykehus kan følges opp ved å undersøke om disse nye organisasjons- og ledelsesstrukturene virker inn på eksempelvis kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Det er foretatt studier av effekter på samhandling med primærhelsetjenesten (12, 13), effekter av skjermet elektiv kirurgi (14) og sykehusfusjoner (15) basert på blant annet datamateriale fra 2001 og 2003, men disse studiene gir ikke entydige resultater. Etter hvert som vi får data om sykehusenes organisasjonsutvikling over flere år, vil slike studier i større grad kunne bidra til å finne ut om modernisering av norske sykehus har ønskede positive effekter.

*Forskningsprosjektet INTORG (kartlegging av sykehusenes ledelses- og organisasjonsstruktur) er finansiert av Norges forskningsråd og støttes av flere forskningsmiljøer: Helseøkonomisk forskningsprogram (HERO) og Health Organization Research Norway (HORN) ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi,*

*Universitetet i Oslo; Helseøkonomiprogrammet (HEB) og ledelsesforskningsprogrammet (ATM) ved Rokkan-senteret, Universitetet i Bergen; SINTEF Helse.*

## Litteratur

1. Modernisering for velferd. Regjeringens handlingsplan for modernisering 2005–2009. Oslo: Moderniseringsdepartementet, 2005.
2. Kjekshus LE, Nerland SM, Hagen TP, Botten G. De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 58 somatiske sykehus, 1999 og 2001. HERO-rapport. Oslo: Universitetet i Oslo, 2002.
3. Kjekshus LE, INTORG – de somatiske sykehusenes interne organisering /en kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. HORN-rapport. Oslo: Universitetet i Oslo, 2004.
4. Øgård M. Forvaltningsinnovasjon i nordiske regioner og kommuner. I felles takt mot New Public Management? Oslo: Universitetet i Oslo, 2002.
5. Norges offentlige utredninger. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. NOU 1997: 2.
6. Ot.prp. nr. 10. Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
7. St.meld. 24 (1996–97). Tilgjengelighet og faglighet: om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
8. Mer helse for hver bitt: informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste: handlingsplan 1997–2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
9. Røvik KA. Institusjonaliserte standarder og multistandardorganisjoner. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift 1992; 8: 261–84.
10. Røvik KA. Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget, 1998.
11. Gjerberg E, Sørensen BA. Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1063–6.
12. Kjekshus LE. Primary health care and hospital interactions: effects for hospital length of stay. Scand J Public Health 2005; 33: 114–22.
13. Tjerbo T, Kjekshus LE. Coordinating health care: lessons from Norway. Int J Integr Care 2005; 5: e28. E-publisert 2.11.2005.
14. Kjekshus LE, Hagen TP. Ring fencing of elective surgery: does it affect hospital efficiency? Health Serv Manage Res 2005; 18: 186–97.
15. Kjekshus LE, Hagen TP. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. Tidsskrift for Velferdsforskning 2003; 5: 2–13.

*Manuskriptet ble mottatt 27.6. 2006 og godkjent 13.11. 2006. Medisinsk redaktør Michael Bretthauer.*