

www.sintef.no



**SINTEF****SINTEF Unimed**Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 OsloBesøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

*“Hvis én er mer enn to...”***Evaluering av ny organisasjonsstruktur for Helse Nord-Trøndelag.****Delrapport 1**

FORFATTER(E)

Jan-W. Lippestad, Trond Harsvik og Lars Erik Kjekshus

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Nord-Trøndelag

RAPPORTNR. STF78 A034508	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Reidar Tessem	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03234-2	PROSJEKTNR. 78G020	ANTALL SIDER OG BILAG 37
ELEKTRONISK ARKIVKODE delrapport	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jan-W. Lippestad		VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) for Arne H. Eide Torleif Lund
ARKIVKODE	DATO 2003-07-11	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) for Arne H. Eide, forskningssjef Torleif Lund	

SAMMENDRAG

SINTEF Unimed skal på oppdrag for Helse Nord-Trøndelag gjennomføre en evaluering av ny organisasjonsstruktur for sykehusene i Namsos og Levanger (Helse Nord-Trøndelag). Evalueringen skal gjennomføres i perioden mars 2003 – juni 2005. Arbeidet utføres av forskerne Jan-W. Lippestad (prosjektleder), Trond Harsvik og Lars Erik Kjekshus. Forskningssjef Arne H. Eide er prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig. I henhold til avtale legger vi med denne delrapporten frem resultatene av evalueringens første fase. Datainnsamling og analyse har pågått i perioden 1. mars – 11. juli 2003. Målet med evalueringen er å gi Helse Nord-Trøndelag en oversikt over og vurdering av hvordan den nye organisasjonsstrukturen fungerer, om modellen fungerer etter hensikten (grad av måloppnåelse), og om organiseringen ivaretar/lever opp til de overordnede mål som er nedfelt i sentrale styringsdokumenter. I delrapporten som her legges frem har målet vært å gi en beskrivelse av situasjonen ved sykehusene i Namsos og Levanger før implementering av den nye organisasjonsstrukturen. I denne første fasen av evalueringen har vi lagt vekt på å etablere et grunnlag for sammenligning om henholdsvis ett og to år. Videre har vi pekt på hva som synes å ha fungert godt og mindre godt i den tidligere strukturen og dermed indikere noe av forbedringspotensialet. Rapporten skisserer videre noen utfordringer som vi mener en står ovenfor i endringsarbeidet som er identifisert i denne innledende fasen av evalueringen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospital
EGENVALGTE	Sammenslåing	Merger

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	4
1.1	Bakgrunn for ny organisasjonsstruktur.....	4
1.2	Prinsipper for ny organisasjonsstruktur.....	4
1.3	Ny organisasjonsstruktur	5
2	MÅL MED EVALUERINGEN	6
3	PROSJEKTDESIGN, METODE OG UTVALG	6
3.1	Innledning.....	6
3.2	Metode og utvalg.....	7
4	RAMMER FOR ENDRINGSARBEIDET	9
4.1	Statlig overtakelse av sykehusene	9
4.2	Ledelse og organisering	10
4.3	Fritt sykehusvalg.....	11
4.4	Pasientrettigheter og de nye helselover	11
4.5	Nasjonal og regional styring.....	11
5	OM SAMMENSLÅINGER AV SYKEHUS	12
6	RESULTATER	13
6.1	Innlødning.....	13
6.2	Resultater fra intervjuene	13
6.2.1	Myndighet, ansvar og medvirkning.....	13
6.2.2	Styring	13
6.2.3	Samarbeid med og holdninger til ”det andre sykehuset”	14
6.2.4	Samarbeid med primærhelsetjenesten	16
6.2.5	Konkurransutsetting.....	17
6.2.6	Forventninger til den nye organisasjonsstrukturen	17
6.3	Effektivitetsutviklingen ved sykehusene i Namsos og Levanger	19
6.3.1	Måling av effekt av sammenslåingen	24
6.4	Andre kvantitative indikatorer.....	24
7	FASER I SAMMENSLÅINGSPROSESSEN	25
8	UTFORDRINGER OG VEIEN VIDERE	27
9	REFERANSER	31

10	VEDLEGG.....	33
10.1	Klinikkstruktur	33
10.2	Vedlegg: Mål for omorganiseringen "Fra 2 til 1. Organisasjonsutviklingsprosjektet OU – 2003."	34
10.3	Vedlegg: Resultatkrav fra Helse Midt-Norge til Helse Nord-Trøndelag 2003.....	36
10.4	Vedlegg: Bruker/pasientundersøkelser	37

1 Innledning

SINTEF Unimed skal på oppdrag for Helse Nord- Trøndelag gjennomføre en evaluering av ny organisasjonsstruktur for sykehusene i Namsos og Levanger. Evalueringen skal gjennomføres i perioden mars 2003 – juni 2005. Arbeidet utføres av forskerne Jan-W. Lippestad (prosjektleder), Trond Harsvik og Lars Erik Kjekshus. Forskningssjef Arne H. Eide er prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig. I henhold til avtale legger vi med denne delrapporten frem resultatene av evalueringens første fase. Datainnsamling og analyse har pågått i perioden 1. mars – 11. juli 2003.

1.1 Bakgrunn for ny organisasjonsstruktur

Formålet med etablering av *ett* helseforetak i Nord-Trøndelag fra 1.1. 2002 har vært å skape en plattform for å utvikle et bedre pasienttilbud og samtidig oppnå en mer kostnadseffektiv drift av sykehusene ("Fra 2 til 1. Organisasjonsutviklingsprosjektet OU 2003"). Fra Helse Nord-Trøndelags styre er det gitt føringer om å fokusere på følgende områder:

- Kvalitet på behandling og omsorg som pasienten og deres pårørende får under selve oppholdet ved enhetene i foretaket
- Foretakets evne til å tilfredsstille de krav og ønsker kommunehelsetjenesten gjør på vegne av sine pasienter
- Funksjonsfordeling mellom enhetene
- Samordning mellom enhetene
- Avgrensning av foretakets prioriterte oppgaver
- Bedre dokumentasjon av resultater
- Sterkere styring
- Effektivisering generelt

I organisasjonsutviklingsprosjektet "Fra 2 til 1" ble det understreket at fusjonen mellom sykehusene i Namsos og Levanger skulle gjøre det mulig å skape forbedringer på mange områder. Under overskriftene arbeidsprosesser og organisering, fagområder, personalressurser og økonomiske ressurser finner vi referert flere mål. Videre har en under punktet fusjon konkretisert visse mål som kan relateres direkte til overgangen fra to selvstendige sykehus til ett foretak. Vi viser til vedlegg i rapporten.

1.2 Prinsipper for ny organisasjonsstruktur

Den nye organisasjonsstrukturen som implementeres fra april 2003 skal være et virkemiddel for å nå de definerte målene presentert i punkt 1.1. ovenfor. I Helse Nord- Trøndelags foretaksplan for 2002 – 2005 heter det at foretaket skal ha en entydig linjeledelse for myndighetsutøvelse og ansvar, hensiktsmessig sammensatte organisatoriske enheter med tanke på ressursutnyttelse og samhandling, samt sikre seg endringskompetanse slik at foretaket tidlig og raskt kan tilpasse organisasjonen og aktivitet til endrede betingelser. Videre skal det arbeides kontinuerlig med å forbedre pasientflyten, samt utvikle stab og støttefunksjoner som styrker ledelses- og produksjonsprosessene.

I organisasjonsutviklingsprosjektet "Fra 2 til 1" legges det vekt at en på alle nivå i organiseringen av Helse Nord-Trøndelag skal rette seg inn etter følgende prinsipper og krav:

- Helse Nord-Trøndelag er ett foretak med virksomhet på flere steder. Foretaket skal ha én foretaksadresse og én henvisningsadresse.
- Helse Nord-Trøndelags struktur skal sikre grunnlaget for effektiv og rasjonell drift - herunder kvalitet.
- Helse Nord-Trøndelag skal utvikles med basis i resultatenheter med høy grad av delegert myndighet og ansvar. Resultatenheter skal ha nødvendige støttefunksjoner.
- Det skal skilles tydelig mellom kjernevirksomhet og service-/støttevirksomhet i Helse Nord-Trøndelag.
- Det skal være kortest mulig vei fra produksjon og brukerkontakt til toppledelse. Samtidig skal det sikres håndterbare kontrollspenn for ledere.
- Det skal etableres gjennomgående ledelse og organisering av all kjerne- og servicevirksomhet som foregår ved begge sykehus i Helse Nord-Trøndelag.
- Kjernevirksomhet, som ikke skal drives ved begge sykehus, skal fordeles med utgangspunkt i befolkningens behov og dagens kompetanse, bygninger og utstyr.

1.3 Ny organisasjonsstruktur

Den 21. januar 2003 besluttet administrerende direktør følgende klinikkstruktur for Helse Nord-Trøndelag:

- Voksenpsykiatrisk klinikk, inkludert BUP Namsos
- Kirurgisk klinikk
- Medisinsk klinikk
- Barne- og familieklinikk
- Rehabiliteringsklinikk
- Medisinsk serviceklinikk
- Serviceklinikk

Samtlige klinikker skulle ha en gjennomgående funksjon knyttet til aktivitetene både i Namsos Levanger, Stjørdal og Kolvareid. Detaljer for organisering av klinikkene på nivå 2 finnes i vedlegget i rapporten. Når det gjelder de enkelte avdelingers plassering i respektive klinikker, ble det i utgangspunktet gjort relativt få endringer i den tilknytning avdelingene hadde før vedtaket. Vurderinger av behovet for å endre klinikktilhørigheten for avdelinger og enheter skulle igangsettes etter at klinikklederne for de gjennomgående klinikkene var tilsatt.

2 Mål med evalueringen

Målet med evalueringen er å gi Helse Nord-Trøndelag en oversikt over og vurdering av hvordan den nye organisasjonsstrukturen fungerer, om modellen fungerer etter hensikten (grad av måloppnåelse), og om organiseringen ivaretar/lever opp til de overordnede mål som er nedfelt i "Foretaksplan 2002 – 2005. Del 1: Basisdokument", organisasjonsutviklingsprosjektet "Fra 2 til 1" samt de krav og prinsipper som er beskrevet i "Notat om klinikkstruktur og prinsipper for organisering" datert 11. november 2002. Evalueringen vil også etter hvert gi innspill til eventuelle forbedringstiltak som kan iverksettes.

I delrapporten som her legges frem har målet vært å gi en beskrivelse av situasjonen ved sykehusene i Namsos og Levanger før implementering av den nye organisasjonsstrukturen. I denne første fasen av evalueringen har vi lagt vekt på å etablere et grunnlag for sammenligning om henholdsvis ett og to år. Samtidig vil evalueringen gi en pekepinn på hva som synes å ha fungert godt og mindre godt i den tidligere strukturen og dermed indikere noe av forbedringspotensialet. Rapporten vil videre peke på utfordringer som en står ovenfor i endringsarbeidet som er identifisert i denne innledende fasen av evalueringen.

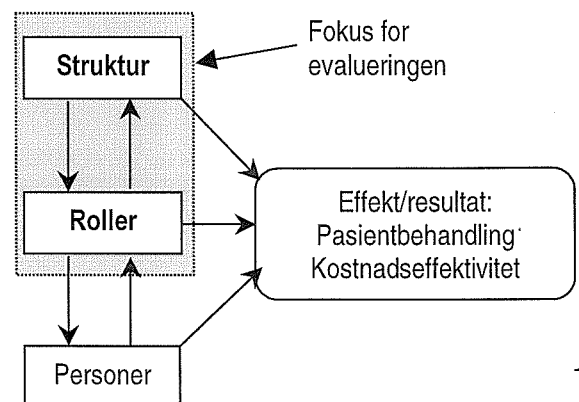
3 Prosjektdesign, metode og utvalg

3.1 Innledning

I forbindelse med endringer i organisasjoner vektlegges gjerne endringer i den formelle strukturen. Organisasjonsstrukturen som blant annet viser antall nivåer i organisasjonen, kontrollspenn, ansvar og myndighet er forhold som sier noe om grunntrekkene ved organisasjonen. Den formelle strukturen og organisasjonsprinsipp vil kunne si noe om organisasjonens prioriteringer og antatte svakheter og styrke. For eksempel vil en hierarkisk struktur favorisere ledelse og kontroll, mens en flat struktur kan gi faglig autonomi og kreativitet. Struktur er likevel ikke alene avgjørende for hvordan det reelle daglige samspillet i organisasjonen foregår. Det er handlingene og aktivitetene i den daglige interaksjonen mellom aktørene i organisasjonen som i stor utstrekning er bestemmende for hvilke resultater en organisasjon produserer. I evalueringen vil vi derfor også fokusere på aktører og prosesser.

Innføringen av ny organisasjonsmodell for Helse Nord-Trøndelag innebærer en overordnet strukturell endring av hvordan virksomheten ved de to sykehusene skal styres. Samtidig er det i målsettingen lagt stor vekt på at denne omorganiseringen skal føre til et bedret tilbud til pasientene og til mer kostnadseffektiv drift. Det er et betydelig spenn mellom virkemidlet, som er en overordnet strukturendring, og effekter på driftsnivå og på individnivå (pasient)

I hvilken grad målene for omorganiseringen nås, vil være avhengig av såvel strukturelle forhold som rollemessige og personlige forhold. Det er viktig å erkjenne at strukturelle forhold potensielt kan virke inn på hvordan den enkelte person opptrer, og samtidig at den enkelte persons atferd har betydning for hvordan strukturen fungerer i praksis. Spesielt virker disse forholdene inn på hverandre gjennom utforming og praktisering av de ulike rollene. En må derfor anta at noe av effekten av sammenslåingen ligger i hvordan de strukturelle endringene gir grunnlag for rolleendringer. I den nye organisasjonsmodellen vil lederne, både topp-, klinikk- og avdelingsledere, stå overfor endrede



Figur 1 Forholdet mellom struktur og resultat

rammebetingelser for utøvelse av ledelse blant annet som følge av den gjennomgående klinikkstrukturen. Det betyr at vi i denne evalueringen også vil se nærmere på eventuelle endringer i roller, og vil blant annet følge opp hvordan de ulike lederrollene utøves.

Evalueringen vil også inkludere forhold som er knyttet til foretakets relasjon til eksterne aktører. Vi vil blant annet følge opp målet om å bedre foretakets relasjon til kommunehelsetjenesten, og se nærmere på hvordan Helse Nord-Trøndelag møter konkurransen som følge av fritt sykehusvalg.

3.2 Metode og utvalg

Som metoder har vi valgt både en *kvalitativ* og en *kvantitativ* tilnærming. I denne første fasen av evalueringen har vi i datainnsamlingen lagt hovedvekt på semistrukturerte individuelle intervjuer (kvalitativ tilnærming) med administrerende direktør, de ni klinikk/blokklederne, samt et utvalg tillitsvalgte, avdelingsledere og ansatte ved de to sykehusene. I tillegg har vi intervjuet lederne for Samarbeidsutvalget¹ og Brukerutvalget². Dette utgjør totalt 20 intervjuer. Intervjuer er særlig egnet når kompleksiteten i de spørsmål som stilles øker. Intervju er å foretrekke når kontekst, eller omkringliggende faktorer, kan spille en rolle i fortolkningsøyemed.

I tillegg til den kvalitative tilnærmingen har vi presentert en fremgangsmåte for måling av effektivitetsutviklingen ved sykehusene i Namsos og Levanger: Dataomhyllingsanalyse – en ikke-parametrisk metode for måling av effektivitet. Metoden definerer en ”beste praksis” eller

¹ Samarbeidsutvalget har som mandat å bidra til at Helse Nord-Trøndelag og kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag tilbyr pasienter og pårørende en samordnet og helhetlig helsetjeneste. Utvalget er sammensatt av 5 representanter for kommunene/KS og 5 fra Helse Nord-Trøndelag. Lederfunksjonen ivaretas av en av kommunerepresentantene, mens direktøren for Helse Nord-Trøndelag fungerer som nestleder. Helseforetaket har ansvaret for saksforberedelsene til utvalgsmøtene, mens saker som ønskes behandlet/drøftet i utvalget fremmes både av helseforetaket og kommunerepresentantene. Utvalgets leder har møterett i styremøtene i helseforetaket. Utvalget skal utveksle erfaringer og synspunkter om aktuelle saker av felles interesse i den hensikt å gi råd til beslutningstakere i helseforetaket og KS/ kommunene i Nord-Trøndelag. Det er utarbeidet en basisavtale for samarbeid mellom helseforetaket og kommunene. Avtalen har som overordnet mål at det utvikles et effektivt samarbeid for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud, og for å optimalisere helsevesenets totale ressursinnsats. Avtalen omhandler områder som: innleggelse i sykehus, samarbeid under sykehusoppholdet, forberedelse til utskriving, samt samarbeidsutvalgets rolle i den løpende dialog mellom kommunene og helseforetaket.

² Brukerutvalget er sammensatt av fem representanter for brukerorganisasjonene (foreslått av FFO). Videre møter administrerende direktør for Helse Nord-Trøndelag, samt en representant for Nord-Trøndelag reinsamslag. Leder for utvalget er en av brukerrepresentantene, som har møterett på møtene i foretakstyret. På møte den 22. februar 2002 vedtok styret for Helse Nord-Trøndelag følgende mandat for brukerutvalget:

- et etablert samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjonene
- rådgivende organ slik at brukerkompetansen blir benyttet som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring
- forum for systematisk tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med sykehustjenestene

Brukerutvalget har med andre ord en relativt kort historie i Nord-Trøndelag og hadde på intervjutidspunktet vært virksomme kun i noen få måneder. Det er lagt vekt på at mandatet for brukerutvalget ikke skal være begrensende i noen form, men heller invitere til at både medlemmene og brukerorganisasjonene involveres og kan bidra tidlig nok i eksempelvis planlegging og kvalitetsarbeid. Noen av resultatene fra pasientopplevelsesundersøkelsen som ble gjennomført høsten 2002 følger som vedlegg.

”effektivitetsfront” som utgjøres av sykehus med en optimal sammensetning av innsatsfaktorer og produkter. Resten av sykehusene rangeres i forhold til effektivitetsfronten.

I litteraturen som er skrevet om sammenslåinger av organisasjoner fokuseres det særlig på det organisasjonskulturelle³ aspektet. Det er gjerne organisasjonskultur som fremholdes som forklaringen på om sammenslåinger kan karakteriseres som vellykkete eller ikke. Der sammenslåinger ikke har vært vellykket, pekes det på at kulturen i organisasjonene som har vært forsøkt forenet, har vært for forskjellige. Der sammenslåinger har vært vellykkete fremheves gjerne at det har blitt etablert en felles organisasjonskultur på tvers av de tidligere selvstendige organisasjonene. Vektlegging av organisasjonskultur kan forstås på flere måter. En felles organisasjonskultur er betraktet som en forutsetning for at medarbeiderne skal være lojale mot organisasjonen og at et felles verdigrunnlag er sentralt for at organisasjonen skal produsere gode resultater (Risberg 2003). Lederens oppgave blir da å etablere sterke felles kulturer (Galpin og Herndon 1999). Annen forskning fremhever at organisasjoner preges av heterogenitet og at det ikke eksisterer én organisasjonskultur: Den sosiale virkeligheten i organisasjoner preges av mange grupper, koalisjoner og andre uformelle nettverk. Disse ulike grupperingene preges av ulike oppfatninger av verden omkring seg, og disse oppfatningene kan også være innbyrdes motstridende og kontekstavhengige.

I denne evalueringen tar vi høyde for at det kan være ulike oppfatninger internt i det enkelte sykehus. Vi gjennomfører intervjuer på ulike nivå i organisasjonen og med forskjellig yrkesgrupper. Vi er også oppmerksomme på at den enkelte informant kan ha et tvetydig standpunkt til enkelte problemstillinger som reises i løpet av intervjuet. Når det gjelder forholdet mellom sykehusene, vil vi også kunne peke på likheter og ulikheter mellom disse selv om vi er oppmerksomme på at de forskjellige ikke nødvendigvis gir en fullt ut representativ beskrivelse av forholdet mellom sykehusene.

³ Schein (1994:7) definerer kultur som: ” Et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene

4 Rammer for endringsarbeidet

Nedenfor vil vi presentere noen rammer som endringsarbeidet i Helse Nord-Trøndelag foregår innenfor. Dette er forhold som vi mener legger viktige premisser for aktiviteten ved de to sykehusene og som vil ha innvirkning på implementeringen av ny organisasjonsstruktur. Konteksten som sammenslåingen finner sted i, kan ha avgjørende betydning for hvordan selve sammenslåingsprosessen forløper. Eksterne faktorer kan for eksempel bidra til at sammenføringen av fagmiljøene vanskeliggjøres.

4.1 Statlig overtakelse av sykehusene

Fra 1. januar 2002 ble eierskapet av norske sykehus og annen spesialisthelsetjeneste samlet og lagt til staten. I Ot. prp. 66 (2000 – 2001) het det at endringen hadde til hensikt å skape klarere ansvars- og rollefordeling, og at det på samme måten skulle legges bedre til rette for både politiske styring og for virksomhetenes produksjon av helsetjenester. I redegjørelsen for reformens formål og virkemidler ble det pekt på utfordringen i å møte både kravet om en overordnet nasjonal helsepolitikk og samtidig myndigere de som står ansvarlig for selve helsetjenesteproduksjonen. Reformen svarte på denne utfordringen gjennom en kombinasjon av nasjonal politikkutforming, statlig eierskap, et klarere og mer helhetlig statlig sektoransvar og myndiggjøring av sykehusene gjennom foretaksorganisering. Ved foretaksorganisering ble det markert et klart organisatorisk skille mellom virksomheten og overordnet politisk organ. Ett av siktemålene var å gi sykehusene og deres ledere en klarere ansvars- og fullmaktsposisjon slik at ledelsen fikk et mer helhetlig ansvar for den løpende drift. Dette forutsatte at eierstyringen ble konsentrert om overordnede forhold. Valget av foretaksorganisering mente departementet ville være en viktig forutsetning for å oppnå en ønsket styringskultur mellom eier og virksomhetsledelse, og som en støtte for nødvendig ledelsesautoritet innad i virksomhetene. Bakgrunnen for dette kan blant annet være erkjennelsen av at forutsetningene for ledelse under fylkeskommunene ikke var spesielt gunstige. Eierne har til dels vært for fjerne ved at de ikke har engasjert seg i sykehusenes strategiske utvikling, og dels for nære ved at de har grepet inn i driftsspørsmål som burde vært forbeholdt sykehusledelsen. Ledelsesfunksjonene ved sykehusene har vært underkjent, organisasjonsmodellen har ikke gitt direktørene tilstrekkelig autoritet, og fagmiljøene har vegret seg eller ikke vært i stand til å ta medansvar for helheten i sykehuset.

Et annet aspekt ved den statlige overtakelsen som vi vil trekke frem, er tenkning om at ansvarliggjøringen gjennom foretaksorganisering skal gjøre det mulig å få kontroll over den stadige veksten i utgifter til det offentlige helsevesenet. Kostnadskontroll har da også vært én av begrunnelsene som har vært brukt for innføringen av ulike reformer i andre vestlige land de siste ti-årene, blant annet England og Sverige. Når målsettingen⁴ i reformen også er å få behandlet flere pasienter og redusere ventetidene, ligger det et betydelig krav om effektivisering i dette. Helse Midt-Norge forutsatte i styringsdokumentet for 2002 at målet for årene fremover er at det skal være orden og styring på økonomien og at all uverdigg og unødvendig venting skal bort. Det forutsettes at foretaket minimum skal gå i balanse i 2004. For å oppnå dette er det nødvendig med en betydelig effektivisering av driften (Styringsdokument Helse Midt-Norge 2003). Dette betyr at sammenslåingen av Namsos og Levanger finner sted i en kontekst der kravet om umiddelbare effektiviseringsgevinster er uttalt.

⁴ Samtidig er det et grunnleggende element i norsk helsepolitikk at hele befolkningen skal sikres god tilgang til helsetjenester av god kvalitet. Videre forutsettes det at tilgangen skal være uavhengig av alder, kjønn og bosted.

4.2 Ledelse og organisering

Sammenslåingene av sykehusene i Namsos og Levanger vil innebære store utfordringer for ledelsen. Når det gjelder organisering av virksomheten, er dette omtalt både i lov om helsepersonell og lov om spesialisthelsetjeneste. Eier og ledere skal legge til rette for at helsepersonellet skal kunne utføre arbeidet sitt i henhold til lovverket. I helsepersonellovens § 16 heter det:

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Organisering av virksomheten ligger til eiers og ledelsens ansvarsområde. Vi velger å kalle dette for et systemansvar. På den annen side er det i følge helsepersonellovens § 4 slått fast at helsepersonell har et individuelt ansvar som er knyttet til at de skal:

utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Med dette understrekes det at den enkelte skal opptre forsvarlig. Med denne loven har myndighetene ønsket å bevege seg bort fra en tenkning der ansvar knyttes til profesjon og over til et individuelt ansvar i tråd med den enkeltes kompetanse. Kompetansen er det avgjørende, ikke profesjonstilhørigheten. Lov om spesialisthelsetjeneste skal gi sykehusene større fleksibilitet for å kunne tilpasse seg kontinuerlige endringer i helsevesenet.

I lov om spesialisthelsetjeneste finner vi i § 3-9 pålegget om at sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Sykehus har siden loven ble vedtatt på ulike vis tilpasset seg lovgivningen slik at organiseringen formelt sett er i tråd med lovens bokstav. Det er derimot usikkert hvorvidt endringene i ledelse som lovens intensjon innebærer har kommet til uttrykk på de ulike ledernivåene i alle sykehus.

De strukturer som preget den indre organisering av sykehus frem til loven om udelt ledelse kom, herunder avdelingsinndeling, seksjonering – og todelt ledelse, har i stor grad støttet opp om at lederen skal lede et fagområde vedkommende selv har spesialkompetanse innenfor. Rasjonalet bak det er klart og følger på mange måter den naturlige logikk innenfor fagene selv. Selv om lederne i kraft av sine posisjoner (som igjen fulgte faginndelinger) fikk tilført andre oppgaver som ikke var av faglig karakter, var det liten tvil om at autoriteten i stor grad fulgte av den kunnskap og kompetanse vedkommende hadde. Det er denne tradisjonelle faglederrollen som blir utfordret av en ønsket overgang til ledere med totalansvar. Lederen har nå ansvar uavhengig av egen kompetanse og kunnskap. Det forutsettes implisitt at lederen er i stand til å skaffe seg nødvendig råd og innsikt innenfor de områder vedkommende selv ikke behersker. Dette gjør også at intern struktur og avdelingsinndeling o.l. kan frigjøres mer fra tradisjonelle løsninger. Som leder har en et uavkortet ansvar for alt som skjer innen den virksomhet en er satt til å lede. Til en viss grad innebærer dette også at en har et avklart forhold til annen virksomhet som berører den virksomhet en selv leder. Totallederansvaret er med andre ord overgripende.

I evalueringen av ny organisasjonsstruktur for Helse Nord-Trøndelag vil det være av interesse å følge hvordan lederrollene utøves og hvorvidt disse totallederrollene er endret i forhold til den tradisjonelle faglige lederrollen. Videre vil det være interessant å se hvordan lederne løser

oppgavene med å være leder av sine egne organisatoriske enheter samtidig som interessene til hele foretaket skal ivaretas.

4.3 Fritt sykehusvalg

Fritt sykehusvalg ble en pasientrettighet fra 1.1. 2001, og er den del av pasientrettighetsloven som trådte i kraft fra samme dato. Retten til fritt sykehusvalg gjelder ved planlagt undersøkelse eller behandling, men ikke ved øyeblikkelig hjelp. Retten til å velge sykehus gjelder for alle pasienter, unntatt pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien. Retten gjelder alle offentlige sykehus i Norge, dvs. alle sykehus som drives som en del av den offentlige helsetjenesten. Retten gjelder også undersøkelse eller behandling ved sykehusenes poliklinikker. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå. Helse Nord-Trøndelag har kommunene i Nord-Trøndelag, Bindal kommune i Nordland og Roan og Osen kommuner i Sør-Trøndelag som sitt ansvarsområde (Foretaksplan 2002 – 2005). Helse Nord-Trøndelag vil blant annet konkurrere om henvisninger fra Sør-Helgeland, Sør-Trøndelagskommuner på Fosen, Selbu/Tydal og Trondheim/Målvik. Dessuten skal helseforetaket hindre utilsiktet lekkasjer fra Stjørdal og Meråker mot Trondheim, fra Namdal til Nordland og fra fylket sett under ett til andre sykehus i landet eller utlandet som konkurrerer om pasienter i foretakets basisområde. Helse Nord-Trøndelag plasserer seg med dette i et marked der det skal konkurreres om pasienter og vi vil i evalueringen kartlegge og beskrive eventuelle endringer i pasientstrømmene i forhold til sykehusene i Namsos og Levanger.

4.4 Pasientrettigheter og de nye helselover

De fire helselovene⁵ som trådte i kraft 1.1.2001 skal sett under ett styrke rettighetene til den enkelte pasient. Vi vil her trekke frem noen sider ved lovgivningen som etter hvert må antas å virke inn på hvordan sykehus yter sine tjenester. Når det gjelder den enkeltes pasientens stilling, er dette særlig behandlet i pasientrettighetsloven. Her gis det blant annet rettigheter i forhold til at pasienten skal ha en vurdering av helsetilstanden innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt av sykehuset, rett til fornyet vurdering og rett til valg av sykehus. Pasienter med behov for langvarige og koordinerende helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan, og loven gir pasienten rett til medvirkning i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Helse Nord-Trøndelag har i "Fra 2 til 1" noen mål som kan relateres til målsettingen om bedring av pasienttilbudet. Dette er blant annet innføring av maksimal ventetid for nyhenvisninger, fjerning av strykninger som følge av dårlig planlegging, reduksjon i sykehusinfeksjoner og kortere epikrisetid. I evalueringen vil vi følge opp hvordan foretaket møter utfordringene med hensyn til styrkingen av pasientenes rettigheter og hvorvidt målene om bedring i pasienttilbudet nås.

4.5 Nasjonal og regional styring

Helse Nord-Trøndelag er en del av Helse Midt-Norge RHF, og er underlagt de rammer som trekkes opp i styringsdokumentet fra det regionale foretaket. I 2003 har Helse Midt-Norge fokusert på fire områder: Kvalitet, effektivitet, samhandling med primærhelsetjenesten og ledelse, og det er stilt resultatkrav innenfor hvert av disse områdene som Helse Nord-Trøndelag skal nå. Disse er gjengitt i vedlegg til rapporten. Styringsdokumentet fra Helse Midt-Norge bygger på Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene, og resultatkravene til Helse Nord-Trøndelag er i hovedsak detaljerte og etterprøvbare. Samtidig er det i prinsippet lagt opp til at det enkelte foretak skal være frie til å velge virkemidler for å nå de fastsatte mål. I den forbindelse vil det bli interessant å følge hvordan det regionale foretaket og Helsedepartementet etter hvert vil forholde seg til de strukturelle endringene som det ligger an til at sammenslåingen skal resultere i.

⁵ Lov om pasientrettigheter, lov om helsepersonell, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern og lov om spesialisthelsetjenesten.

5 Om sammenslåinger av sykehus

Sammenslåing av sykehus i Norge er som regel begrunnet i driftsmessige forhold. Gjennom sammenslåinger kan en unngå duplisering av beredskap, funksjoner eller avdelinger, og en antar at det kan hentes ut stordrifts⁶- og samdriftsfordeler i administrasjon og produksjon. I land med mer markedsorientert løsninger begrunnes sammenslåinger i tillegg med at det vil gi økt markedsrettet markedsrettet (Kjekshus og Hagen 2003). Norske og internasjonale⁷ undersøkelser har ikke gitt noe entydig bilde av hvorvidt sykehussammenslåinger gir bedret effektivitet. En norsk studie antyder at sammenslåinger av sykehus må kombineres med større strukturelle endringer som for eksempel endringer i akuttberedskap for å oppnå effektivitetsgevinster⁸ (Kjekshus og Hagen 2003). Sykehuset Østfold er eksempel på dette. Ved dette sykehuset ble det foretatt store endringer i beredskapen ved flere av sykehusenhetene samt endringer i funksjonsfordeling. På den annen side førte sammenslåing og funksjonsfordelingen i Hedmark på 1990-tallet til økt vaktberedskap i stedet for en reduksjon (Røhme m.fl. 2000). Erfaringer fra USA kan underbygge vektleggingen av strukturelle endringer. Lynk (1995) mener at en mulig effektiviseringsgevinst kan hentes ut ved at to mindre kliniske enheter slås sammen til én større fysisk enhet. En slik sammenslåing vil gjøre det mulig å løse problemer knyttet til "topper" i pasienttilgangen, og redusere kostnader knyttet til bemanning tilsvarende. Lynks gjennomgang av sykehussammenslåinger viser at det er mulig å hente inn effektivitetsgevinster selv om de enkelte sykehusene opprettholdes, men at gevinstene hentes ut ved å fysisk samle ulike kliniske aktiviteter ved ett av sykehusene.

I dokumenter som ligger til grunn for opprettelsen av ett helseforetak i Helse Nord-Trøndelag er det vist til mange mål som skal oppnås gjennom et tettere samarbeide mellom sykehusene (jf. kapittel 1 ovenfor, samt vedlegg). Den nye organisasjonsstrukturen med gjennomgående klinikker skal benyttes som virkemiddel for å nå disse målene. Etter opprettelsen av de syv nye gjennomgående klinikkene, er det endringer i klinikkens interne organisering som er neste ledd i samordningen. I forbindelse med endringsarbeid av den typen en her står overfor er det sentralt at forholdet mellom målene for den valgte organisasjonsmodellen og de tiltak som etter hvert skal settes i verk er klargjort. Etter vår vurdering kommer det ikke klart frem i de sentrale styringsdokumentene hvilke mål som er avhengige av en samordning av sykehusene ved hjelp av en gjennomgående klinikkstruktur. Hvordan skal den nye organisasjonsstrukturen bidra til å realisere de definerte målene? Videre blir spørsmålet i hvilken grad ville en kunne ha nådd de definerte målene ved å operere med to selvstendige sykehus. Et sentralt spørsmål i evalueringen vil være om de endringene som etterhvert vedtas og iverksette vil gi en effektivitetsgevinst, jf. avsnittet ovenfor. Dette er spørsmål vi vil komme tilbake til gjennom hele evalueringsperioden.

⁶ Forskning har vist at det er visse stordriftsfordeler å hente når det gjelder drift av sykehus. Imidlertid er det noe usikkerhet knyttet til hvor grensen går for å hente ut stordriftsfordeler. Øvretveit (2002) viser til at det kan være gevinster å hente opp til sykehus med ca 400 senger. Dersom denne størrelsen overstiges, vil økningen i kompleksitet mer enn oppveie gevinstene av stordriftsfordelene.

⁷ Spang m.fl.(2001) analyserte endringer i kostnader og priser for 204 sykehus som har involvert i sammenslåinger sett i forhold til 1563 andre sykehus. Spang m.fl. fant at de sammenslåtte sykehusene generelt sett hadde en lavere vekst i kostnader og priser sammenlignet de øvrige sykehusene. Amerikanske erfaringer tyder på at sammenslåinger i en situasjon med konkurranse fører til høyere priser for brukerne. Dette fordi sammenslåinger i en slik kontekst først og fremst påvirker konkurranseforholdet mellom sykehus, skaper monopolsituasjoner og styrker sykehusenes forhandlingsmakt overfor eierne. I en situasjon der en ønsker konkurranse mellom sykehus bør det være mange separate sykehusenheter.

⁸ Her er andre mulige gevinster som f.eks. bedret kvalitet på pasientbehandlingen ikke undersøkt.

6 Resultater

6.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet presentert resultatene fra intervjuundersøkelsen, samt vise effektivitetsutviklingen ved de to sykehusene de siste ti årene. Vi vil også skissere en fremgangsmåte for å kunne vurdere effektene av sykehussammenslåinger ved å lage såkalte virtuelle sykehus der sykehusene slås sammen i hele analyseperioden for så å se på effekten av det faktiske sammenslåingstidspunktet.

6.2 Resultater fra intervjuene

Den kvalitative delen av undersøkelsen baserer seg på semistrukturerte intervjuer med administrerende direktør, klinikklederne, et utvalg avdelingsledere, ansatte og tillitsvalgte, samt lederne for Brukerutvalget og Samarbeidsutvalget (totalt 20 intervjuer). Videre har vi gjennomgått sentrale styringsdokumenter, samt referater fra Brukerutvalget, Samarbeidsutvalget, Lederråd og driftsråd.

6.2.1 Myndighet, ansvar og medvirkning

Klinikklederne ved Namsos og Levanger er samstemt i at de under organisasjonsstrukturen som var gjeldende da intervjuene ble foretatt, hadde nødvendig myndighet i forhold til det ansvaret de hadde. Her trekkes blant annet frem mulighetene til å gjøre ansettelse i form av engasjementer og vikariater inntil 3 måneder, og mulighetene til å gjennomføre organisatoriske endringer i egen klinikk. Når dette er nevnt, peker enkelte klinikkledere på at særlig legegruppen byr på utfordringer i forhold til at disse skal føle et kollektivt ansvar for virksomheten og ha lojalitet i forhold til organisasjonen. Informantene forteller at det for eksempel byr på færre problemer å få aksept for endringer hos sykepleiere og annet fagpersonell.

Klinikklederne gir videre uttrykk for at de ønsker en tettere kobling til administrerende- og assisterende direktør. Klinikklederne oppfatter det slik at klinikklederne sammen med direktøren utgjør foretakets toppledelse. I intervjuene etterlyser klinikklederne større delaktighet i foretakets strategiske utvikling. Driftsrådet har etter klinikkledernes oppfatning det siste året⁹ stort sett fungert som et organ for informasjonsutveksling. Klinikklederne etterlyser en arena for diskusjoner vedrørende utviklingen av foretaket som helhet der også klinikklederne medvirker i utarbeidelsen av kursen for foretaket. Et annet element som trekkes frem er ønsket om å utvikle felles holdninger og spilleregler internt i klinikkene. Dette sees på som sentralt i forhold til å utvikle foretaket som en enhet. I forhold til den daglige drift etterlyses det en ensartet måte å håndtere vanskelige saker på. Eksempler på dette er lønsplassering og tjenesteplaner.

6.2.2 Styring

I intervjuene fremkommer det flere områder hvor klinikklederne i dag mener det er svakheter. For det første pekes det på mangler ved styringsdata og at det i enkelte tilfeller tar lang tid å få tilgang til økonomisk styringsinformasjon. I forbindelse med årsskiftet mangler klinikklederne regnskapstall for de siste tre månedene. Det vises til at regnskapssystemet ikke gir en kontinuerlig oversikt som er ønskelig for å ha en tett oppfølging av virksomheten. Informantene trekker også frem at ventelistetallene er mangelfulle og ikke helt til å stole på. Det er ofte nødvendig å gjennomføre egne opptellinger for å få frem pålitelige tall.

For det andre etterlyses det andre styringsindikatorer enn de som i dag er i bruk. Klinikklederne savner informasjon som kan gi fortløpende tilbakemelding om aktiviteten i klinikken. Det

⁹ Se også kapittel 7 om ulike faser i sammenslåingsprosessen.

etterlyses informasjon som kan si noe om både kvalitet og effektivitet for tjenestene som klinikken leverer.

Videre mener klinikklederen at de i dag ikke har tilstrekkelig kompetanse i klinikken eller har anledning til å gjøre seg bruk av den sentrale staben til å utføre økonomiske analyser. Et eksempel på dette er muligheten til å utføre økonomiske konsekvensberegninger av endringer som vurderes igangsatt i klinikken.

Når det gjelder forholdet mellom linje og stab, er hovedinntrykket fra intervjuene at klinikklederne i liten grad opplever at styring skjer ved at staben intervensjoner fremfor at styringen skjer gjennom linjen. Problemene som nevnes i forbindelse med stab er snarere relatert til ønsket om å få mer bistand fra staben noe som enkelte klinikkledere påpeker har sin årsak i tilgjengelighet og kapasitet. Likevel viser informantene til eksempler der staben oppleves å gripe inn i driften av klinikken på en måte som vurderes som negativt. Et eksempel som trekkes frem er at lønnsfastsettelsen skjer i stab fremfor i linjen, bestemmelser som informantene påpeker burde ligge til linjen som har budsjett- og resultatansvar. Det råder videre noe usikkerhet vedrørende hvilke saker som skal behandles i stab og hvilke som ligger til linjen.

6.2.3 Samarbeid med og holdninger til "det andre sykehuset"

Vi spurte informantene om på hvilke områder og i hvilket omfang det er etablert noe *samarbeid* mellom de to sykehusene. Det generelle inntrykket er at samarbeidet frem til ny organisasjonsstruktur ble innført var relativt begrenset, selv om det fra flere informanter pekes på at en på visse områder burde ha kunnet fått til samarbeid. Mangelen på samarbeid begrunnes bl.a. dels med høy andel øyeblikkelig-hjelp ("*lite relevant å samarbeid om denne pasientgruppen*"), faglig uenighet om hvordan enkelte virksomheter bør organiseres og dels at en ved sykehusene har hatt et behov for å verne om egne områder og egen aktivitet.

Det er imidlertid variasjoner fra klinikk til klinikk og fra fagområde til fagområde med hensyn til om og i hvilken grad en samarbeider. På enkelte fagområder har en gjennomført felles samlinger for å bli kjent med hverandre og hverandres virksomhet, og på noen områder vises det til "*et godt samarbeid både på fag og fagutvikling*". Videre viser informantene til at på enkelte områder har det vært relativt problemfritt å samarbeide om enkeltsaker, mens det på andre områder har vært enklest å samarbeide på et mer generelt, overordnet plan. Videre synes det å ha oppstått problemer når diskusjonen har kommet inn på spørsmål om en eventuell arbeidsfordeling.

Av intervjuene går det fram at en har en erkjennelse av at det på en del fagområder eksisterer en reell konkurransesituasjon der man har "*voktet på hverandre*" med en høy grad av beredskap i forhold til om det blir etablert virksomhet "*hos de andre som kan gå på bekostning av oss*". Enkelte andre områder, og da i særlig grad føden, beskrives "*som rene minefelt*".

Vi spurte informantene om hvilke *holdninger* som eksisterer til "det andre sykehuset", hvordan en omtaler "de andre", hvilke tanker en har gjort seg om det faglige tilbudet og arbeidsmiljøet på det andre sykehuset osv. Svarene bærer mye preg av den nye organisasjonsstrukturen som var vedtatt på intervjutidspunktet og holdningene inneholder vel så mye synspunkter på hva som skal skje av endringer, som en beskrivelse av hvordan holdningene sykehusene i mellom har vært.

Holdningene til det andre sykehuset og vurdering av egen rolle, synes et godt stykke på vei å være preget av en relativt stor forskjell sykehusene i mellom med hensyn til størrelse: I 2001 hadde sykehuset i Levanger 1.150 årsverk og 284 senger i drift (13.000 behandlede pasienter og 111.700 polikliniske konsultasjoner). Sykehuset i Namsos hadde samme år 685 årsverk og 146 senger i

drift (7.200 behandlede pasienter og 67.000 polikliniske konsultasjoner). Historisk sett har følelsen av rolle som *lillebror* i forhold til Levanger vært tilstede i Namsos over lenger tid.

I intervjuene pekes det på en mer markert lokal lojalitet til sykehuset i Namsos, enn sykehuset i Levanger. Frykten for å miste tilbud er fremtredende i Namsos, samtidig som det i Levanger gis uttrykk for engstelse for at en sammenslåing kan medføre at funksjoner blir overført fra Levanger til Namsos basert på et fordelings- og rettferdighetsprinsipp. Den geografiske dimensjon mener en vil kunne bli tillagt vekt i tillegg til faglige og effektivitetsmessige vurderinger. I denne sammenheng pekes det bl.a. på at en har hatt en tradisjon for å fordele ressurser mer basert på et (matematisk) rettferdighetsprinsipp enn på behovsanalyser.

For flere av våre informanter synes spørsmålet om hvilke holdninger som råder i forhold til det andre sykehuset å være en lite relevant problemstilling. Opptattheten og vurderingen av de andre er for mange av de ansatte lite fremtredende og få har gjort seg opp noen mening om dette spørsmålet. Flere av informantene refererer til mediaoppslag i sine svar. Vi aner likevel en viss skepsis til den organisatoriske endringene som er vedtatt, men da i hovedsak fordi en ikke helt vet hva den vil føre til for eget sykehus og egen avdeling.

Gjennom intervjuene har vi registrert ytringer om at en på Namsos er mer på vakt mot hva endringer kan medføre og at Levanger blir sett på som en konkurrent. Levanger oppleves å ha vært dyktigere til å opprettholde sin eksistensberettigelse og at en har en større grad av følelsen av trygghet for fremtiden. Trusselbildet kommer da også tydeligere frem ved Namsos, noe som nok skyldes at en historisk sett har gjennomlevd situasjoner med forslag om fjerning av tilbud og nedbemanning.

Holdningene blant våre informanter preges i liten grad av en *vi-følelse*, og mer av *de- og oss-følelse*. De omtaler hverandre dels som konkurrenter og dels som samarbeidspartnere, dels med skepsis og dels med likegyldighet, dels med faglig respekt og dels med tvil om pasientgrunnlaget kan forsvare opprettholdelse av et tilstrekkelig faglig nivå.

Ved Levanger gis det uttrykk for at en er store nok til å greie seg godt på egen hånd, selv om det erkjennes at de er å anse som et grensesykehus *”som kanskje akkurat er stort nok til å opprettholde god kompetanse på de områder vi må ha god kompetanse, også for å få gode vaktordninger”*. I denne sammenhengen kan det spores en viss engstelse for at funksjoner vil bli flyttet til Namsos.

Intervjuene viser at det er enighet om at ikke alt skal utføres på begge sykehusene, men at det er behov for en viss grad av funksjons- og oppgavefordeling. Her nevnes bl.a. gynekologi/føde, samt en fordeling av akuttkirurgi og elektiv kirurgi. Uenigheten blir imidlertid tydeligere når en kommer inn på hvordan denne fordelingen bør gjennomføres i praksis. Videre er det klart at på visse områder, f.eks. innen barne- og ungdomspsykiatri, så er det faglig uenighet om hvordan tjenestetilbudet bør organiseres.

Slik vi vurderer tilbakemeldingene fra vår informanter, så kan grad av uro også skyldes andre faktorer enn vedtaket om en ny organisasjonsstruktur for sykehusene i Namsos og Levanger. Her nevnes generelle utviklingstrekk som økt vekt på konkurranse og marked, og fritt sykehusvalg – forhold som har endret og vil endre forutsetningene for sykehusenes virksomhet og dermed aktualisere diskusjonen om struktur og organisering av sykehusene.

6.2.4 Samarbeid med primærhelsetjenesten

Kundeperspektivet for virksomheten ved sykehusene presiseres i de sentrale styringsdokumentene, og hvor kundene er å forstå både som pasienter, pårørende og primærhelsetjenesten/henvisende leger. I "Fra 2 til 1. Organisasjonsutviklingsprosjektet OU – 2003" beskrives nåsituasjonen i forhold til primærhelsetjenesten slik:

- *Mange pasienter med tilstander som fra primærlege vil kunne være veldefinerte, må i dagens situasjon ofte vente i flere måneder på en spesialistvurdering, før det kan tas standpunkt til behandlingsvalg.*
- *Til tross for at alle kommuner i Nord-Trøndelag og begge sykehus har utviklet en avtale om samhandling som skal sikre pasientenes interesser i overgangsfasen mellom 1. og 2.linjetjenesten, har mange ansatte ikke den nødvendige kunnskap om avtalen, eller velger å overse de retningslinjer for samhandling som avtalen beskriver*
- *Økonomiske og personellmessige begrensninger resulterer i at pasienter som behøver opphold i kommunale pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner blir liggende i sykehus lenger enn nødvendig.*
- *Mulighetene for en mer effektiv kommunikasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er ikke utnyttet.*

I "Foretaksplan 2002 – 2005. Del 1: Basisdokument" beskrives det som en del av verdigrunnlaget for Helse Nord-Trøndelag at foretaket skal ha kvalitetsstyrt ledelse. Dette innebærer bl.a. å ha fokus på kundeperspektivet. Med dette forstås:

- *leddet før og etter i arbeidsprosessene*
 - *eksterne bestillere og mottakere av tjenesten*
 - *interne bestillere og mottakere av tjenestene*
- *pasient og pårørende*
- *betaler*
- *samfunn*

Styret for Helse Nord-Trøndelag vedtok i slutten av 2001 bl.a. at det i organisering av virksomheten ble satt fokus på "foretakets evne til å tilfredsstille de krav og ønsker kommunehelsetjenesten gjør på vegne av sine pasienter". Vi ba våre informanter beskrive og vurdere samarbeidet mellom sykehusene og kommunene.

Av intervjuene går det frem at det er store variasjoner fra fagområde til fagområde med hensyn til samarbeidets omfang og innhold, mellom klinikker og mellom avdelinger innenfor klinikkene. Samarbeidet spenner fra et visst samarbeid med kommunen om legevakt, til avdelinger som utøver store deler av sin virksomhet ute i kommunene, faste kommunekontakter, samarbeid mellom pediater og kommunelege, dialogmøter, samarbeid mellom sykepleiere og helsesøstre i forbindelse med utskriving av barn fra sykehuset, samt etablering av samhandlingsarena mellom sykehus, kommune, opptreningsinstitusjon og trygdekontor.

Det pekes imidlertid på at en har som mål at kommunehelsetjenestens ønsker og behov mer skal prege sykehusenes virksomhet og holdninger, med andre ord større vekt på et kundeperspektiv. Det må i sterkere grad fokuseres på kundene (pasientene og henvisende leger), og "vi må i mindre grad være opptatt av oss selv". Bl.a. pekes det på at sykehusene i større grad må ta hensyn til anmerkninger fra henvisende lege i vurderingen av medisinsk prioritering og behandling. Alternativt vil sykehusene kunne oppleve at legene velger å henvise sine pasienter til andre sykehus.

Samarbeidet mellom 1. og 2.linjetjenesten har en lang historie i Nord-Trøndelag. En har høstet ulike erfaringer med de forskjellige samarbeidstiltakene opp gjennom tiden, og det pågår enda en diskusjon om hvilken form samarbeidet bør ha. Av samarbeidstiltak som Samarbeidsutvalget har diskutert, kan nevnes opprettelse og mandat for kontaktutvalg, arrangement av helsekonferanse, gjennomgang av basisavtale mellom foretaket og kommunene, opprettelse av praksiskonsulenter og gjensidig hospitering, samarbeid om psykiatriske langtidspasienter og utskrivning til kommunene, for å nevne noe.

Sett fra kommunene (les: Samarbeidsutvalget) har en ikke hatt spesielle problemområder som en har satt fingeren på, og kan ikke trekke frem åpenbare svakheter ved gjeldende organisasjonsstruktur selv om kontakten mellom sykehusene ikke har vært den beste. Samarbeids- eller basisavtalen har vært praktisert i varierende grad, noe som nok skyldes at den har vært lite kjent i kommunene under ledernivå. Videre har den vært lite kjent nedover på enkelte avdelinger på sykehusene. Dette har ført til hva en kan kalle uheldige enkeltepisoder bl.a. i forbindelse med utskrivning og oppfølging av pasienter. Fra kommunene har en erfart en viss posisjonering sykehusene i mellom i forhold til den vedtatte organisasjonsendringen og at det innenfor enkelte miljøer ved sykehusene jobbes en del "motstrøms". Det er blitt brukt mye energi på å konkurrere hvor det ikke alltid har vært slik at en har satt pasienten i fokus.

6.2.5 Konkurransetsetting

En av de mest synlige endringene fra fylkeskommunale drift til foretaksorganisering, kan gjenfinnes i planene for organiseringen av servicefunksjonene. I organisasjonsutviklingsprosjektet "Fra 2 til 1" defineres servicevirksomhet som den delen av sykehusdriften som ikke omfatter pasientbehandling. Servicetjenestene skal prissettes, og servicevirksomheten skal selv skape inntekter gjennom salg av varer og tjenester. Serviceenheten skal kunne selge sine varer og tjenester eksternt. Likeledes vil kjernevirksomhet kunne kjøpe nødvendige varer og tjenester fra eksterne leverandører. Servicevirksomheten skal på denne måten bli konkurransetsatt.

Første steg knyttet til konkurransetsetting er tatt ved at IT-virksomheten fra 1. juni 2003 samles regionalt og at den enkelte resultatenheter skal bestille og betale for IT-tjenestene. Helseforetakenes IT-avdelinger overføres til den regionale enheten. I første omgang er leverandøren en del av det regionale helseforetaket. På sikt vil denne IT-tjenesten konkurransetsettes. Helse Midt-Norge RHF vil i løpet av 2003 vurdere hvorvidt flere støttefunksjoner skal samles i felles enheter (Helse Midt-Norge 2003). Vi vil i den videre evalueringen se nærmere på hvordan ordningen med en regional IT-enhet fungerer og følge utviklingen når det gjelder innføringen av bestiller-utførermodeller i foretaket. Her vil sykehusets kompetanse i forhold til å bestille tjenester etter analyse av egne behov, kontraktingåelse og oppfølging av kontakten være noen sentrale stikkord.

6.2.6 Forventninger til den nye organisasjonsstrukturen

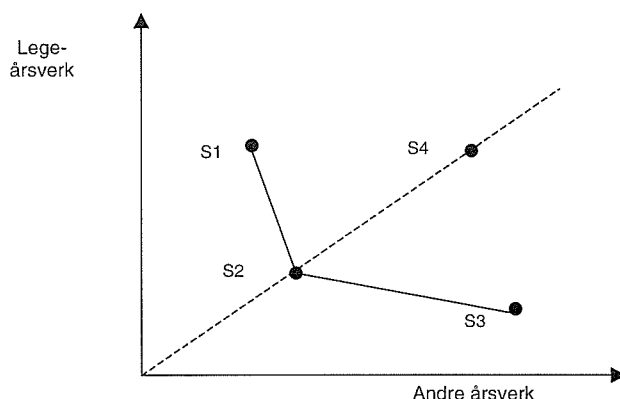
Forventningene til den nye organisasjonsstrukturen varierer fra en eksplisitt uttalt tro på at dette er veien å gå i utviklingen av sykehustilbudet i Nord-Trøndelag, via en avventende åpenhet med et islett av avmålt positivitet, til uttrykt skepsis og en uttalt undring over hva som er poenget med den nye strukturen.

Når vi spør informantene om hva de tror en vil oppnå med den nye strukturen – hva som er gevinstene ved sammenslåingen – er det mange som legger inn flere forutsetninger for at dette skal lykkes, og flere av disse forutsetningene er knyttet til å få tilsatt "de riktige klinikklederne". For mange av informantene synes dette å være helt avgjørende for om en skal lykkes med den organisatoriske endringen. Samtidig uttrykkes det fra enkelte tvil om en vil få til "fjernledelse" på klinikkledernivå. Dette problemet mener noen kan løses ved å opprette stilling som assisterende klinikkleder ved "det andre sykehuset", et forslag andre igjen stiller seg meget skeptiske til, "da er

vi jo like langt hvis vi skal ha en leder på hvert sykehus". Det hersker lite uenighet om at den nye organisasjonsstrukturen vil by på en rekke utfordringer når det gjelder å trekke miljøene ved de to sykehusene sammen slik at man kan bygge opp, støtte, utvikle og utnytte hverandres kompetanse. Og som flere av informantene uttrykker det, så vil det ta tid og det skal sterk overbevisningskraft til for å overvinne de historiske motsetningene som har vært mellom de to sykehusene. Bl.a. må en klinikkleder oppleves som leder for hele klinikken og ikke bare den delen av klinikkens virksomhet hvor klinikkleder selv er ansatt. Historien tilsier at mistenksomheten vil være høy i enkelte miljøer, og tiltak som iverksettes ut fra den hensikt for å styrke det samlede tjenestetilbudet til befolkningen i Nord-Trøndelag, vil lett kunne oppfattes som en favorisering av deler av et fagmiljø. Forventningene til den nye organisasjonsstrukturen spenner med andre ord over et meget bredt spekter av meninger og synspunkter. Der noen snakker om stordriftsfordeler, styrket kompetanse, et bedre tilbud til pasientene og sammenslåing som en forutsetning for i sikre fortsatt sykehusdrift i Nord-Trøndelag, snakker andre om tap av lokalt preg og eierforholdet, "hva er galt med sånn vi har det nå da", og at dette er starten på en undergraving av et fullverdig lokalsykehusstilbud ("dette vil være begynnelsen til slutten for sykehuset i Namsos").

6.3 Effektivitetsutviklingen ved sykehusene i Namsos og Levanger

Et viktig argument for sykehussammenslåinger er ønsket om økt effektivitet, både med hensyn til økt produksjon i forhold til kostnader (kostnadseffektivitet) og produksjon i forhold til årsverksinnsats. Vi benytter her en effektivitetsanalyse gjennomført ved *Dataomhyllingsanalyse* - Data Envelopment Analysis (DEA) (Farrell, 1957; Grosskopf og Valdmanis, 1987; Magnussen, 1994). Dataomhyllingsanalysen er en ikke-parametrisk metode som evaluerer relativ effektivitet. Metoden definerer en "beste praksis" eller "effektivitetsfront" som utgjøres av sykehus med en optimal sammensetning av innsatsfaktorer og produkter. Resten av sykehusene rangeres i forhold til effektivitetsfronten. Metodens styrke ligger i at den lett håndterer situasjoner både med flere typer av innsatsfaktorer (for eksempel årsverk av ulik type) og flere typer av produkter (for eksempel både inneliggende pasienter og polikliniske konsultasjoner), og metoden håndterer sammenlikning av effektivitet mellom sykehus som varierer både med hensyn til pasientsammensetning og størrelse. Grafisk kan metoden framstilles som i figur 2. Der lar vi fire hypotetiske sykehus (S1-S4) benytte to innsatsfaktorer, legeårsverk og "andre" årsverk til å ferdigbehandle et bestemt antall inneliggende pasienter (f.eks. beskrevet ved antall DRG-poeng). De forskjellige sykehusene kan med andre ord ha ulik sammensetning av innsatsfaktorer for samme produksjon. Her vil sykehusene S1, S2 og S3 definere effektivitetsfronten. Dataomhyllingsmetoden tilordner disse en effektivitet på 100. S4 er definert som et ineffektivt sykehus siden det benytter flere innsatsfaktorer enn de som definerer fronten, for å behandle det samme antall inneliggende pasienter. Dette sykehuset tilordnes en effektivitetsskåre som er lavere enn 100 (men høyere enn 0). S4 antas å kunne effektiviseres ved å bevege seg langs den stiplede linjen ved å redusere antall årsverk som inngår i produksjonen.



Figur 2 Konseptualisering av effektivitetsfronten i en DEA-analyse

En svakhet ved Dataomhyllingsmetoden er at den er sensitiv for valg av innsatsfaktorer og produkter. Hvis for eksempel relevante produkter utelates fra analysen, kan et sykehus feilaktig klassifiseres som lite effektivt fordi det brukes ressurser til nettopp den eller de produktene som er utelatt. Tilsvarende kan det være problematisk å ta med produkter av marginal betydning, fordi enkelte sykehus da blir klassifisert som effektive til tross for at de bruker ressurser på ubetydelige produkter (Olesen og Petersen, 1999).

Effektivitet blir her definert som indre effektivitet: Forholdet mellom ressurser som går inn i en virksomhet og sluttproduktene (Kjekshus, 2000). Vi ser på to ulike typer indre effektivitet: Teknisk effektivitet hvor den primære innsatsfaktor er årsverk, og kostnadseffektivitet hvor innsatsfaktoren er totale driftsutgifter. Disse to målene fanger opp ulike forhold. F.eks. slo lønnsoppjøret for legene i 1996 uheldig ut på kostnadseffektiviteten, mens den tekniske effektiviteten var uberørt av dette.

Både innsatsfaktorer og produkter blir definert identisk som i analysene av Hagen og medarbeidere (Hagen et al., 2000). I målet på teknisk effektivitet blir årsverk splittet mellom legeårsverk og andre årsverk da legeårsverk blir sett på som en essensiell innsatsfaktor med hensyn til produksjon. I målet på kostnadseffektivitet blir legeårsverk og andre årsverk erstattet med driftsutgifter. Utgifter til medisiner og medisinsk forbruksmateriell ble tatt med som innsatsfaktor både i analysen av teknisk effektivitet og av kostnadseffektivitet.

Vi opererer med to produkter ved konstruksjon av begge effektivitetsmålene: Antall justerte opphold ved sengeavdelingene og poliklinisk aktivitet. Antall justerte opphold ved sengeavdelingene blir beregnet som summen av sykehusopphold vektet med kostnadsvektene fra DRG-systemet. Langtidsliggedøgn blir gitt en egen kostnadsvekt beregnet ut fra forholdet mellom gjennomsnittlig kostnad pr. langtidsliggedøgn og gjennomsnittlig kostnad for en "normal" pasient. Med poliklinisk aktivitet, som også omfatter dagkirurgi, er det nødvendig å lage en indikator da datagrunnlaget ikke er tilfredsstillende. Den polikliniske aktiviteten blir målt ved totale polikliniske refusjoner fra staten (justert ved prisindeks for kommunalt konsum). Disse refusjonene baseres på takster som til en viss grad skal avspeile ressursforbruket og kan derfor tolkes som et uttrykk for vektet poliklinisk aktivitet. Tabell 1 viser inngangsdataene i effektivitetsanalysene.

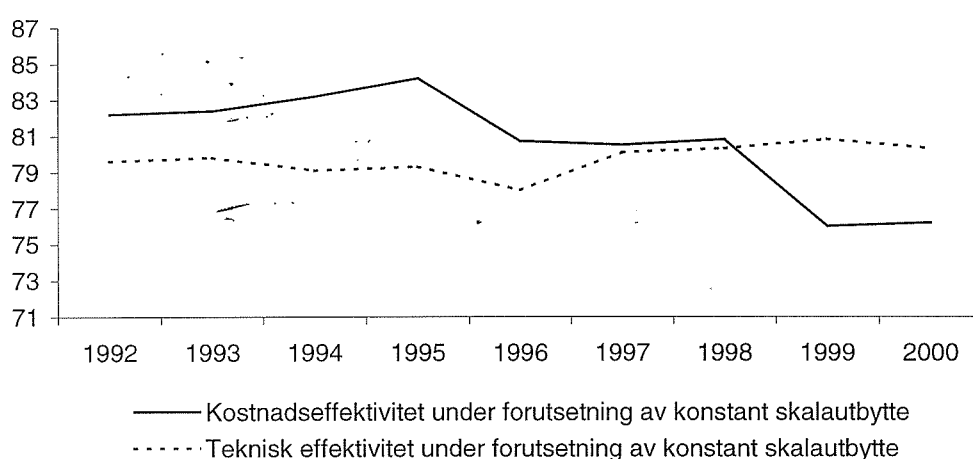
Tabell 1 Data om innsatsfaktorer og produkter i DEA. Gjennomsnitt (standardavvik) pr. år

Variabel	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Legesårverk	81,37 (88,65)	84,52 (94,97)	87,01 (99,54)	91,32 (104,78)	98,14 (114,47)	105,33 (128,84)	113,73 (140,76)	119,28 (146,85)	123,23 (152,04)
Andre årsverk	710,55 (731,87)	721,44 (752,76)	731,22 (765,99)	751,98 (797,28)	795,83 (870,55)	820,91 (916,78)	845,09 (941,17)	875,33 (978,09)	892,16 (1004,56)
Utgifter til medisiner og medisinske forbruksmateriell (i 1000 kr)	476,49 (584,15)	521,74 (540,51)	526,97 (685,24)	549,98 (720,85)	562,99 (767,57)	596,07 (835,09)	589,52 (780,86)	691,31 (921,09)	662,53 (854,95)
Totale driftsutgifter (i 1000 kr)	288755,63 (281698,0)	295562,11 (290337,3)	296143,72 (293252,3)	303962,16 (305462,4)	330312,95 (342304,6)	353285,07 (369361,1)	370280,35 (386126,1)	408416,12 (419816,9)	411754,78 (424652,2)
Justerte opphold (inneliggende)	12842,61 (12720,6)	13246,78 (13094,7)	1328,11 (13135,4)	13767,27 (13872,0)	13880,42 (13981,2)	14236,74 (14380,9)	15032,54 (15253,0)	15484,79 (15738,2)	15631,83 (15815,0)
Totale polikliniske refusjoner (i 1000 kr)	32340,84 (36388,6)	33134,73 (38006,5)	34035,43 (38516,9)	35419,76 (40920,5)	37543,68 (44667,9)	45013,09 (52889,2)	47130,97 (56417,3)	50973,61 (62462,4)	50617,04 (60243,3)

Kilde: Statistisk Sentralbyrå og SINTEF Unimed

I analyser av sammenslåing av sykehus er det essensielt å kunne isolere *skalaeffektene* av endringen – det vil si å isolere betydningen av at sykehusene blir større ved sammenslåing. Effektivitet kan ved dataomhyllingsmetoden defineres under forutsetninger av henholdsvis konstant og variabelt skalautbytte. Konstant skalautbytte tar hensyn til sykehusets skalaeffektivitet. Det vil si at vi forutsetter at store sykehus har proporsjonalt større produksjon enn mindre sykehus (Norman og Stoker, 1991). Det er dette effektivitetsmålet som blir benyttet her.

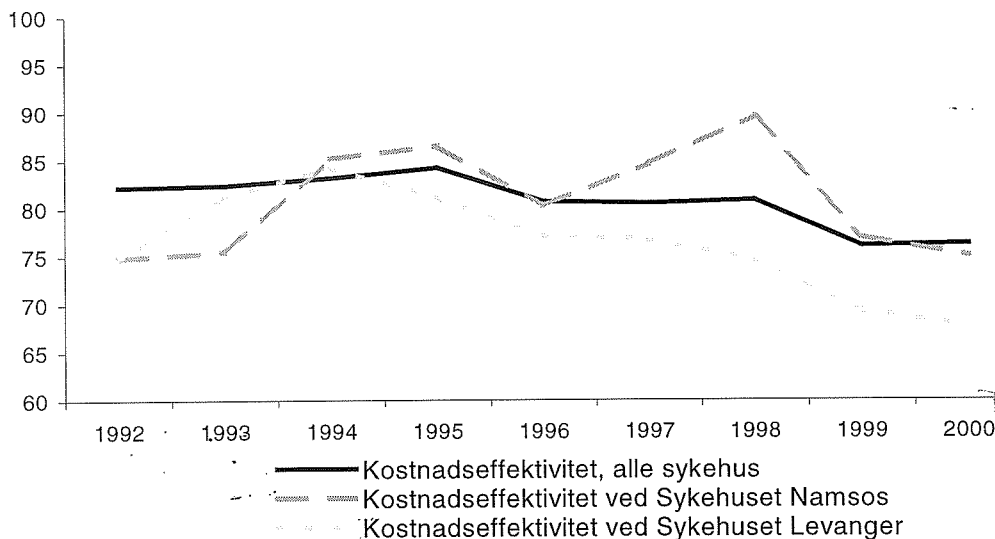
Vanligvis benyttes Dataomhyllingsmetoden i tverrsnittsanalyser med en observasjon pr. sykehus. Her blir også variasjon i effektivitet over tid utnyttet ved at vi etablerer effektivitetsmål pr. sykehus for hvert år (Harris et al., 2000; Hagen et al., 2000). Figur 3 viser gjennomsnittlig effektivitet for alle sykehusene i Norge i perioden 1992-2000.



Figur 3 Effektivitet i somatiske sykehus, gjennomsnitt pr. år, 1992-2000

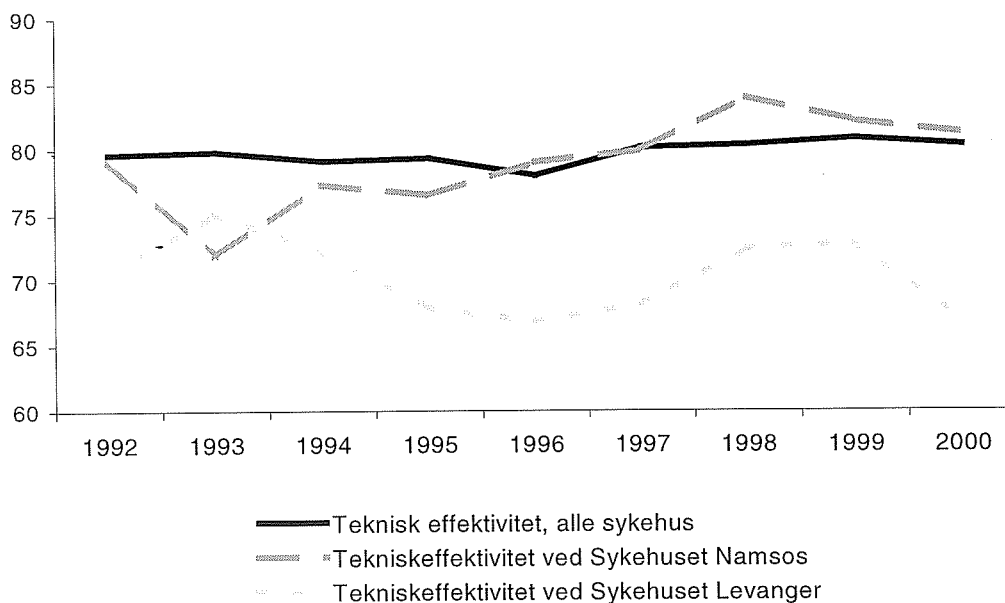
Beregnet på denne måten har gjennomsnittssykehuset i 1992 en kostnadseffektivitet som ligger vel 17% bak effektivitetsfronten og en teknisk effektivitet som ligger om lag 20% bak effektivitetsfronten. Nivået påvirkes imidlertid av antall innsatsfaktorer og produkter i analysen, og skal tillegges liten vekt her. Det interessante er endringen over tid. Vi ser at kostnadseffektiviteten øker svakt fram til 1995, deretter følger, som tidligere nevnt, et kraftig fall i forbindelse med lønnsoppgjøret for leger i 1996. Det skjer et nytt fall i kostnadseffektivitet mellom 1998 og 1999. Dette må til en viss grad antakelig forklares med lokal lønnsglidning i tilknytning til endring av vaktplaner. Teknisk effektivitet faller jevnt fram til 1996. Fra 1996 til 1997 øker teknisk effektivitet med 2 til 3%. Fra 1997 til 2000 er det små endringer.

Sykehusene Namsos og Levanger kan skilles ut fra totalen og vi kan analysere effektivitetsutviklingen deres i perioden 1992 til 2000 isolert. Den første figuren viser utviklingen i kostnadseffektivitet. Alle målene er under forutsetning om konstant skalautbytte (Figur 4). Også sykehusene i Levanger og Namsos har ett særlig fall i kostnadseffektivitet i forbindelse med legelønnsoppgjøret i 1996. Imidlertid ser vi at kostnadseffektiviteten er økende ved Namsos sykehus og ser ut til å flate ut på et høyere nivå i 2000 enn i 1992. Levanger sykehus har først en økning i perioden som sammenfaller med de øvrige sykehusene, men får så et fall i kostnadseffektiviteten og legger seg på et lavere nivå i 2000 sammenlignet med den øvrige perioden.



Figur 4 Kostnadseffektivitet ved sykehusene i Namsos og Levanger samt gjennomsnittssykehuset pr. år, 1992-2000

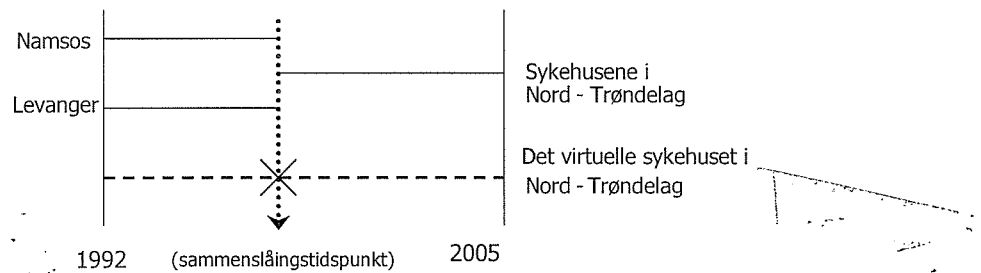
Figur 5 viser utviklingen i den tekniske effektiviteten. Her er som nevnt utviklingen for gjennomsnittssykehuset jevnt stigende i perioden. Sykehuset Namsos har en utvikling som ligger så vidt over gjennomsnittssykehuset, mens Sykehuset Levanger ligger under gjennomsnittssykehusets utvikling i teknisk effektivitet.



Figur 5 Teknisk effektivitet ved sykehusene i Namsos og Levanger samt gjennomsnittssykehuset pr. år, 1992-2000

6.3.1 Måling av effekt av sammenslåingen

Etter en sammenslåing kan vi se på effektivitetsutviklingen før og etter sammenslåingstidspunktet. Ved å lage såkalte "virtuelle" sykehus der vi slår sammen sykehusenes aktivitets og ressursdata i hele perioden kan vi sammenligne sykehuset med seg selv på sammenslåingstidspunktet sammenholdt med hele populasjonen (figur 5). Den stiplede linjen viser sykehusene sammenslått virtuelt og den heltrukne linjen viser sykehusene slik data vil eksistere. Vi vil da foreta en paneldatanalyse der vi kontrollerer for andre variabler som sykehusspesifikke og årsspesifikke forhold (Kjekshus og Hagen, 2003)



Figur 6 Konseptuell framstilling av sykehusene i Namsos og Levanger som et virtuelt sykehus

På grunn av forskjellig effektivitetsutvikling ved de to sykehusene ville sykehusene rent teknisk ha vist henholdsvis negativ eller positiv effektivitetsutvikling avhengig av utgangspunktet før sammenslåing. Ved å lage virtuelle sykehus kan man analysere om sykehussammenslåingen som helhet har hatt en positiv eller negativ effektivitetsutvikling og ikke bare sykehusene hver for seg.

6.4 Andre kvantitative indikatorer

Vi vil i evalueringens fase 2 og 3 i tillegg til dataomhyllingsanalysen som vist ovenfor følge utviklingen for andre indikatorer. Vi vil da blant annet ta utgangspunkt i målene for omorganiseringen som er redegjort for i "Fra 2 til 1" og resultatkravene fra Helse Midt-Norge (se vedlegg til rapporten).

7 Faser i sammenslåingsprosessen

Når to organisasjoner skal føres sammen til én, kan denne fusjonsprosessen beskrives i ulike trinn eller faser. Hvordan en slik inndeling foretas og hva som kjennetegner ulike faser varierer i litteraturen (se blant annet Löwstedt m.fl. 2003, Greenwood m.fl. 1994). Vi vil her operere med en inndeling i innledende fase, oppstartsfasen og operasjonaliseringsfasen.

I den *innledende fasen* utarbeides og kommuniseres rasjonalet bak sammenslåingen. Her vektlegges hva som kan forventes oppnådd ved en fusjon. Det kan fokuseres på i hvilken grad de fusjonerende enhetene kompletterer eller forsterker hverandres aktiviteter eller strategier. Er det forskjeller mellom enhetene, er det gjerne tale om å hente ut komplementære effekter. Dersom enhetene er like, vil det ofte pekes på synergieffekter. I den innledende fasen kan det eksempelvis pekes på muligheter for utvikling av markedet, gevinster som kan hentes ut som følge av komplementær teknologi/ekspertise og stordriftsfordeler. I denne fasen vil vi også inkludere de aktiviteter som retter seg inn mot å gjøre vurderinger av hvordan organisasjonene passer sammen. En slik vurdering kan vi knytte til tre komponenter: Struktur, beslutningsprosesser og kultur (Greenwood m.fl. 1994). Innenfor struktur kan det eksempelvis være tale om å gjøre vurderinger av hvordan organisasjonen formelt er utformet, hvordan de ulike aktivitetene i organisasjonen er integrerte i hverandre og hvordan makt og myndighet er fordelt i organisasjonen. Organisasjonene kan videre avvike i forhold til i hvilken grad beslutningsprosessene er desentralisert og hva som utgjør grunnlaget for beslutningstakingen. Når det gjelder kultur har vi definert dette som de grunnleggende antakelser som definerer organisasjonsmedlemmenes oppfatninger, tenkning og atferd, og det er i denne sammenhengen snakk om å finne frem til hva som er likheter og ulikheter mellom organisasjonene.

På bakgrunn av vår gjennomgang av dokumenter og intervjuer finner vi at rasjonalet bak sammenslåingen av sykehusene kan relateres til to perspektiver - utvikling og effektivisering. Utviklingsperspektivet finner vi uttrykt i målsettingen om å utvikle et bedre pasienttilbud, jf. kapittel 1. For det kliniske fagmiljøet vil et slikt mål være noe som en lett kan identifisere seg med. Sykehus er kjent for å bestå av fagmiljøer som ønsker at deres fagområde skal utvikle seg¹⁰. Et annet mål som kan kobles til utviklingsperspektivet er styrkingen av foretakets markedsrett - sykehusene skal settes i bedre stand til å konkurrere om pasienter i forbindelse med fritt sykehusvalg. Dette gjelder særlig sykehus som ligger i sørlige del av Nordland og St. Olav, men også andre nasjonale og internasjonale sykehus.

Det andre målet er knyttet til å oppnå mer kostnadseffektiv drift, noe vi kan kalle for et effektiviseringsperspektiv. Dette innebærer at sykehuset skal yte flere og bedre tjenester for hver krone som benyttes som innsatsfaktor. En lite hensiktsmessig konkurranse kan også knyttes til et effektiviseringsperspektiv. Investeringer i kostbar medisinsk teknologi ved begge sykehusene kan unngås, og en kan forhindre en kostnadskrevende overkapasitet.

Ut fra intervjuene kan det se ut som om begge disse perspektivene er kommunisert av ledelsen og oppfattet av informantene vi har intervjuet. Vårt inntrykk er likevel at det er effektiviseringsperspektivet som dominerer når informantene uttaler seg om mulige gevinster av sammenslåingen, mens flere reiser tvil om sammenslåingen på kort sikt vil føre til et bedre pasienttilbud. I forlengelsen av dette kan det nevnes at det er flere som har en oppfatning av at en samordning av de to sykehusene er den eneste muligheten på lang sikt dersom befolkningen i

¹⁰ Dersom vi ser på legene spesielt, hevdes det at utviklingen innenfor medisinen følger en egen medisinsk logikk (Berg 1987). Denne logikken er ekspansiv fordi den søker av egen kraft å utvide det området den kan anvendes på, og den er reduksjonistisk fordi den spalter opp sin del av virkeligheten til stadig finere deler (Berg 1982). Jo mer kunnskap som erverves innen medisinen, jo større er behovet for å dele opp spesialiteter i subspecialiteter.

Nord-Trøndelag skal ha et fullverdig sykehustilbud. I dette ligger det at begge sykehusene i dag er for små til å kunne møte en stadig sterkere konkurranse fra andre sykehus, som f.eks. St. Olav. To organisasjoner kan, ved å slå seg sammen, tilby en større bredde av tjenester enn de kunne hver for seg (economies of scope) (Gaughan 1996). En sammenslåing av sykehusene i Namsos og Levanger vil kunne begrunnes med at dette sikrer bredden i det eksisterende behandlingstilbudet og kanskje gjør det mulig å utvikle flere tilbud over tid. I en situasjon med konkurranse mellom sykehusene vil sykehusene sett under ett fremstå med en bredde i behandlingstilbudet, noe som vil kunne betraktes som et konkurransefortrinn for Helse Nord-Trøndelag.

I *oppstartsfasen* inkluderer vi elementer som er knyttet til den konkrete planlegging av hvordan sammenslåingen skal foregå. Her vil det være tale om fremdriftsplan, milepæler, opprettelse av ny organisasjonsstruktur herunder ledelse, aktiviteter m.m. På det tidspunktet vi gjennomførte våre undersøkelser ved sykehusene i Namsos og Levanger, var Helse Nord-Trøndelag inne i denne oppstartsfasen, men den var ikke avsluttet. Foretaket hadde gjennom organisasjonsutviklingsarbeidet "Fra 2 til 1" og ved å arbeide frem en ny gjennomgående klinikkstruktur der nye klinikkledere ble ansatt i april 2003, kommet godt i gang med planene for å starte realiseringen av fusjonen. Et moment som det imidlertid ikke var gjort noe særlig arbeid med, er planleggingen av hvordan antatte sammenslåingsgevinster skal hentes ut i den enkelte klinikk. Arbeidet med å organisere avdelingsnivået (nivå 3), herunder fordeling av funksjoner mellom sykehusene skulle ikke starte opp før etter at klinikklederne var ansatt. Oppstarts- og operasjonaliseringsfasen (som beskrives nedenfor), er begge faser vi vil komme tilbake til i forbindelse med neste datainnsamling.

Operasjonaliseringsfasen vil være et faktum når potensialet skal utløses. Det er da tale om å hente ut gevinstene ved at to tidligere selvstendige enheter faktisk arbeider sammen som én. Mulige organisatoriske forskjeller mellom sykehusene i Namsos og Levanger har ikke vært særlig fremtredende i datamaterialet vi har studert frem til nå. I forbindelse med sammenslåinger av organisasjoner blir det gjerne hevdet at det er først når personene skal begynne å arbeide sammen, at eventuelle forskjeller trer frem, og vi vil i neste datainnsamlingsfase ta høyde for dette.

Erfaringer fra forsøk på sykehussammenslåinger har vist at det er organisasjonskulturelle forskjeller som gjerne har vært til hinder for at sammenslåingen har blitt vellykket. Dette bygger på en forståelse av at organisasjoner preges av et sett av felles holdninger og handlingsmønstre som er karakteristiske og betydningsfulle for hvordan en bestemt organisasjonen løser sine oppgaver: I forbindelse med forsøket på å slå sammen den ortopediske virksomheten ved Ullevål sykehus og Rikshospitalet i 2000-2001 til en enhet, var kulturforskjellene medvirkende til at man etter 2 års prøvetid valgte å gå tilbake til utgangspunktet (Harsvik m.fl. 2001). Vi kjenner også til tilsvarende resultat fra forsøk på sammenslåinger i andre land. I USA reverserte man sammenslåingen av Stanford og UCSF med forskjeller i kultur som hovedbegrunnelse (Carroll 2002). Tilsvarende erfaringer har man hatt fra sykehussammenslåinger i Sverige, blant annet i Gøteborg-området.

Selv om vi i den første datainnsamlingsfasen ikke har gjennomført noen undersøkelser med hensyn til organisasjonskultur, er det basert på intervjuene vi har foretatt vår oppfatning at organisasjonskulturelle forskjeller ikke er av en slik art at dette skulle legge vesentlige hindringer i veien for at en tett integrasjon av virksomheten i gjennomgående klinikker skulle kunne gjennomføres i praksis. Dermed kan en si at Helse Nord-Trøndelag har et bedre utgangspunkt enn mange andre forsøk på sammenslåinger. Det har vært gjort noen endringer ved Helse Nord-Trøndelag som vi kan koble til en operasjonaliseringsfase. Dette er for eksempel etableringen av en felles stab for begge sykehusene og overføringen av mikrobiologisk laboratorium som foregikk omtrent samtidig med vår datainnsamling. Utfordringen videre ligger i samkjøringen av de kliniske funksjonene, og vi vil som nevnt ovenfor komme tilbake til dette våren 2004.

8 utfordringer og veien videre

Nedenfor vil vi peke på noen av de utfordringene som vi mener Helse Nord-Trøndelag står overfor i det videre arbeidet med å realisere gevinster av sammenslåingen. Utfordringene er formulert som påstander, men er ikke satt opp i prioritert rekkefølge.

- *Klinikklederne skal fungere som ledere for egen klinikk og hele sykehuset sett under ett.*

Klinikklederne vil både ha ansvar for å lede egen klinikk og ta del i ledelsen av Helse Nord-Trøndelag som helhet. Den tidligere klinikkledelsen opplevde i liten grad at de var delaktige i ledelsen av foretaket som helhet. Dette fordrer at klinikkledelsen integreres tettere i den øvrige toppledelsen og involveres i utviklingen av foretaket.

- *Klinikklederne og avdelingslederne må være pådrivere i endringsprosessen*

Erfaringer fra andre forsøk på å samordne virksomheten ved to sykehus løfter frem nødvendigheten av å ha et ledernivå under toppledelsen som aktivt arbeider for å realisere målene som er satt for samordningen (Harsvik m.fl. 2000). Dersom ikke dette skjer, vil direktørnivået alene fort kunne oppfattes som pådriver for å utvikle en felles enhet og det videre arbeidet med å samordne virksomheten kan bli oppfattet som å være en svært top-down-styrt prosess. Avstanden mellom pådriverne og den enkelte medarbeider kan bli stor. Dette kan også relateres til synet på medbestemmelse som gjerne er et kjennetegn i profesjonelle organisasjoner. I en profesjonell organisasjon er de som arbeider på det operative nivået vant til å stor grad av autonomi. Når det skal fattes beslutninger som kan berøre en, vil en også medvirke i prosessen. Å gjennomføre endringer i klinikkene og avdelingen er forutsetninger for å nå målene som Helse Nord-Trøndelag har satt seg, og i dette arbeidet vil det være viktig å skape størst mulig oppslutning om endringene blant medarbeiderne. I dette arbeidet vil klinikklederne og avdelingslederne spille en avgjørende rolle.

- *Klinikklederne må få bedre muligheter til å følge opp virksomheten*

Klinikklederne etterlyser bedre styringsinformasjonssystemer blant annet for økonomioppfølging, ventelistetall og mål for kvalitet på tjenesteproduksjonen. Videre er det pekt på at klinikkledelsen bør ha tilgang til nødvendig kompetanse og kapasitet til å få utført økonomiske analyser knyttet til drift av egen klinikk.

- *Lederne må være synlige*

Klinikklederne skal lede en virksomhet med lokalisering på flere steder, noe som medfører utfordringer. Den fysiske avstanden kan bli et sentralt moment. Dette er en utfordring i seg selv i og med at ledelse også er et spørsmål om å vinne tillit og legitimitet hos de som skal ledes. I en kunnskapsorganisasjon er det viktig at lederne har evne til å kommunisere, herunder både lytte til andres meninger og argumentere for egne synspunkt. Et annet moment som kan trekkes frem er evne til å skape en visjon om en framtidig situasjon som andre vil gi sin tilslutning til og arbeide for å oppnå, blant annet kalt transformatorisk ledelse (Burns 1978, Vareide 2002). En leder må derfor være synlig og engasjert i de forhold som oppfattes som sentrale for driften av klinikken.

- *Det må bygges ny identitet, og medarbeiderne må oppleve seg som forpliktet i forhold til ny struktur*

Identitetsskaping skjer ved at det gjøres sammenlikninger. Identitet er et relasjonelt fenomen, og identifisering er å oppleve at man har noe til felles med andre. På den andre siden består utvikling av identitet å være bevisst hvem og hva en oppfatter seg forskjellig fra (Røvik, 1998). I den pågående samordningsprosessen vil det bli en utfordring å skape identitet og lojalitet som favner

alle geografiske enheter og som er relatert til Helse Nord-Trøndelag som helhet¹¹. Et mulig ledd i en slik prosess kan være å forsøke å fremheve hva de ulike geografiske enhetene har til felles og på hvilken måte disse utgjør helheten Helse Nord-Trøndelag, samt peke på hvordan Helse Nord-Trøndelag er forskjellig fra andre foretak. Identifiseringen er bygd opp over tid, og det vil være en utfordring å skape en identitet som går på tvers av de eksisterende geografiske enhetene. For ledelsen kan det være tjenlig å være bevisst på hvilke tiltak som kan settes i verk som vil kunne bidra til å utvikle fellesskap på tvers av sykehusenhetene.

- *Gevinster av sammenslåingen må realiseres*

Klinikklederne skal etter hvert ta fatt på oppgaven med å utforme den interne organisasjonsstrukturen i klinikkene. For dette arbeidet ligger det noen føringer. Da vedtaket om ny klinikkstruktur ble fattet, ble eksisterende avdelinger plassert i klinikkene. Arbeidet med eventuelt å endre klinikktilhørigheten for avdelingene skal være avsluttet innen utgangen av første kvartal 2004. Det må bli klinikklederne og avdelingslederne som i første omgang må arbeide for å lage et grunnlag for en eventuell beslutning om endringer i funksjonsfordelingen mellom de to sykehusene. Hensikten med å skulle gjennomføre en funksjonsfordeling er å nå de overordnede målene: Å skape et bedre pasienttilbud og mer kostnadseffektiv drift av Helse Nord-Trøndelag. Det er gitt følgende retningslinjer fra styret for arbeidet med funksjonsfordelingen:

- Det skal være sykehüsdrift både i Levanger og i Namsos
- Grunnet lange avstander skal det være akutfunksjoner ved begge geografiske enhetene
- Det skal være en fødeavdeling ved begge geografiske enhetene.

Intervjuene viser at det nettopp er mulige endringer som følge av funksjonsfordeling som fremstår som trussel for eksistensen for eget sykehus (først og fremst Namsos) og egen arbeidsplass. Klinikk- og avdelingsledere vil stå overfor betydelige utfordringer når det gjelder å skulle dokumentere at foreslåtte endringer vil føre til måloppnåelse både med hensyn til bedring i pasienttilbudet og en mer kostnadseffektiv drift. Samtidig er det viktig av både klinikkledere og avdelingsledere er pådrivere for å drive endringsarbeid i egen enhet for at Helse Nord-Trøndelag som helhet skal nå sine mål. Et annet moment er at det å skulle være leder for egen enhet og samtidig ta del i ledelsen av foretaket sett under ett, kan by på utfordringer i forhold til den tradisjonelle måten å tenke og praktisere ledelse på i sykehus. Dette vil i noen sammenhenger utfordre de enkelte lederes lojalitet. Det kan oppstå situasjoner der det som lederen primært ser som ønskelig i forbindelse med utvikling av egen enhet ikke er i overensstemmelse med hva som er tjenlig for foretaket som helhet.

- *Det må etableres nye samhandlingsmønstre*

Hvordan fagmiljøene ved de to sykehusene i dag arbeider sammen internt og med støttefunksjoner og stab er et resultat av tidligere "forhandlinger" og tilpasninger. Disse løsningene vil bli gjenstand for nye "forhandlinger" internt i tillegg til at nye dimensjoner kommer til i og med at to sykehus skal bli ett. Blant annet skal ulike spesialiteter finne sine relasjoner med miljøer som tidligere kan ha blitt oppfattet som rivaler. Dertil kommer at interne drakamper mellom

¹¹ Det ligger en utfordring i å skape en identitet og lojalitet for den enkelte medarbeider som strekker seg lengere enn eget fagområde og lokale sykehus. I forlengelse av dette kan vi se nærmere på *profesjonsorienterte* og *arbeidsstedsorienterte* aktører. Begrepene viser til hvor de ulike aktørene kan sies å ha sin lojalitet og identitet (Gouldner 1957). Profesjonsorienterte aktører viser høy forpliktelse til sin spesialitet, men er mindre lojal til den organisasjon de arbeider i. De bruker helst ytre referansegrupper og har en meget profesjonell orientering. Arbeidsstedsorienterte aktører viser lav forpliktelse til sin spesialitet og bruker helst en indre referansegruppe. Disse er mer lojale til sin organisasjon enn til sin spesialitet. Empiriske studier viser at legene i større grad enn annet helsepersonell kan sies å være profesjonsorienterte, og det kan bety at de i mindre utstrekning knytter sin lojalitet og identitet til organisasjonen de tilhører. Dette er et moment som er viktig å ta med i betraktningen når to sykehus etter hvert skal fremstå som ett og det skal etableres identitet og lojalitet til en ny organisatorisk løsning.

spesialiteter i det enkelte sykehus vil kunne komme til å bli supplert av stridigheter mellom de ulike geografiske enhetene. Det må også finnes en ny orden i forholdet mellom den kliniske virksomheten og det nye ledernivået, og mellom den kliniske virksomheten og støttefunksjonene. Dersom vi går ned på den enkelte enhet, vil denne være preget av et eget mikro-kultur-subsystem hvor etablerte mønstre oppheves og må finne sin nye form. Det som har tatt mange år å forme vil lett bli noe som skal forvares og det kan bli motstand mot å få endringer til å skje.

- *Både utvikling og effektivisering må være i fokus*

Vi har pekt på at målene med fusjonen av sykehusene i Namsos og Levanger kan betraktes ut fra to perspektiver – utvikling og effektivisering. Dersom det internt eller fra eksterne aktører, som det regionale foretaket eller nasjonale myndigheter¹², ageres slik at effektiviseringsperspektivet oppfattes som dominerende vil dette kunne vanskeliggjøre sammenslåingsprosessen. Ideelt sett burde en fusjon vært foretatt under betingelser med et visst økonomisk slakk. Penger ville for eksempel kunne gjort det mulig å foreta ønskete investeringer og gitt mulighet for å kompensere for de parter som måtte oppleve å tape på en sammenslåing. Men dersom disse ressursene er til stede, ville det kanskje heller ikke vært et ytre press for å iverksette sammenslåingen. Vi mener det er grunn til å tro at en sammenslåing vil kunne skje med forbruk av mindre energi og tap av produksjon¹³ dersom de kliniske miljøene opplever at utviklingsperspektivet blir ivaretatt.

Utviklingsperspektivet, der bedre tjenester for pasientene er målet, taler for at de ulike profesjonene involveres i det videre endringsarbeidet – en såkalt ”bottom-up”-tilnærming. Dette vil kunne engasjerer profesjonene til å komme frem til nye løsninger på områder som berører dem, og de kliniske miljøene er interesserte i utvikling. Samtidig vil vi anta at mål om mer kostnadseffektiv drift vil tvinge frem situasjoner der ledelsen må ta beslutninger som går på tvers av enkelte aktørers primære interesser. Konsensusløsninger kan ikke alltid ventes å finnes. Det må derfor i det videre arbeidet med å operasjonalisere sammenslåingen være legitimt for ledelsen å skjære gjennom. Dette vil kunne karakteriseres som en ”top-down”-tilnærming.

Oppsummert kan vi si at ivaretagelse av både utviklings- og effektiviseringsperspektivet fordrer en balansegang mellom ”bottom-up”- og ”top-down”- tilnærming fra ledelsens side. Andre erfaringer som kan løftes frem er knyttet til måten fremtidige endringer skal gjøres på. Helse Nord-Trøndelag har gjennomført enkelte mindre fusjoner ved å samle staben og overføre mikrobiologisk laboratorium til ett sted. Innenfor litteratur om endringer kan en finne støtte for en slik tilnærming. Det kan være tjenlig å være noe tilbakeholdne når det gjelder større, vidtfavnende endringer. Alle trenger ikke gjøre noe nytt samtidig. En strategi vil være å la endringsarbeidet drives frem ved hjelp av gode eksempler særlig når det er snakk om den kliniske aktiviteten. Både intervjuene vi har foretatt og arbeidet som er gjennomført i forbindelse med organisasjonsutviklingsprosjektet ”Fra 2 til 1”, viser at det eksisterer ideer som kan realiseres som en del av sykehussammenslåingen.

- *Gevinstene med sammenslåingen må dokumenteres*

Entusiasme og engasjement i forhold til fusjonen kan skapes og opprettholdes dersom det underveis kan dokumenteres gevinster ved den nye organisasjonsmodellen. Gevinstene kan både relateres til et utviklings- og effektiviseringsperspektiv. Med utgangspunkt i målene i ”Fra 2 til 1”

¹² For eksempel ved at retningslinjene for statens utbetalinger til sykehusene i forbindelse med ISF endres i ettertid slik at sykehusene blir påtvunget krav om ytterligere kostnadsreduksjoner. Dette illustrerer betydningen konteksten vil kunne ha for hvordan sammenslåingsprosessen forløper.

¹³ Produksjonstap kan forklares med at tid og ressurser rettes inn mot sammenslåingsprosessen, men studier viser også at sviktende entusiasme vedrørende fusjonen kan forklare noe av en slik nedgang (Greenwood et al. 1994). Tidsrommet en produksjonsnedgang kan observeres varierer. Det kan være tale om 2 – 4 år.

kan eksempelvis målet om økonomiske gevinster tilsvarende 10 prosent av bruttobudsjettet knyttes et effektiviseringsperspektiv. Når det gjelder utviklingsperspektivet, er noen av målene klart uttrykt mens andre vil ha behov for ytterligere operasjonisering dersom de skal kunne etterprøves¹⁴. Arbeidet med å utforme dokumenterbare mål innenfor utviklingsperspektivet kan tjene flere formål. De ansatte vil kunne se at effektiviseringsperspektivet ikke råder grunnen alene. For det andre vil foretaket ved en eventuell midlertidig reduksjon i produksjonen kunne vise til at andre mål med omorganiseringen nås. For det tredje vil en slik operasjonisering bidra til å klargjøre hvilke parametre som bør inkluderes i evalueringens fase 2 og 3. En slik konkretisering vil bli fulgt opp av SINTEF i evalueringsperioden. SINTEF vil videre følge effektivitetsutviklingen ved sykehusene i Namsos og Levanger i form av en dataomhyllingsanalyse (DEA) i 2004 og 2005.

¹⁴ Eksempel på et klart uttrykt mål er at ventetid på nyhenvisninger maksimalt er 30 + 60 dager, og at epikrisen er klar når pasienten kommer hjem. Eksempler på mål som er noe mer uklare er at foretaket har styrket tilbudet til brukerne og at foretaket har fått til samfunnsmessige gevinster uttrykt blant annet gjennom større lojalitet i lokalsamfunnet og omtale av positive verdier som foretaket skaper og utvikler.

9 Referanser

- Alexander, J.A., Halpern, M.T., Lee, S-Y D. 1996. The Short-Term Effects of Merger on Hospital Operations. In: Health Services Research 30:6.
- Berg, O. 1982: Helsetjenestens logikk. Seks studier av norsk helsetjeneste. Universitetet i Oslo.
- Burns, J.M. 1978. Leadership. New York: Harper & Row.
- Carroll, G. R., Harrison, J. R. 2002. Come Together? The Organizational Dynamics of Post-Merger Cultural Integration. Paper presentert på 18th EGOS conference in Barcelona.
- Farrell, M. J., The measurement of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society* (1957): 449-60.
- Foretaksplan 2002-2005: Del 1. Basisdokument. Helse Nord-Trøndelag.
- Fra 2 til 1. Organisasjonsutviklingsprosjektet OU 2003. Helse Nord-Trøndelag.
- Galpin, T., J. & Herndon, M. 1999. The Complete Guide to Mergers and Acquisitions. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gaughan, P.A. 1996. Mergers, Acquisitions, and Corporate Restructurings. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Grosskopf, S. og Valdmanis, V., Measuring Hospital Performance - a Nonparametric Approach. *Journal of Health Economics* 6 (1987): 89-107.
- Gouldner, A. W. 1957. Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles - I, Administrative Science Quarterly, vol 2, nr 3 (des), s 281-306.
- Greenwood, R., Hinings, C.R. & Brown, J. 1994. Merging Professional Service Firms. In Organization Science. Vol. 5, No.2, May 1994.
- Gugler, K., Mueller, D.C., Yurtoglu, B.B., Zulehner, C. 2003. The effects of mergers: an international comparison. In: International Journal of Industrial Organization 21 (2003) 625-653.
- Hagen, Terje P., Iversen, Tor, og Magnussen, Jon. ISF og sykehusenes effektivitet: erfaringer fra 1997 til 1998. 82-7756-033-8. 2000. Oslo, Health Economics Research Programme at the University of Oslo.
Ref Type: Report
- Harris, J., Ozgen, H., og Ozcan, Y., Do mergers enhance the performance of hospital efficiency? *JOURNAL OF THE OPERATIONAL RESEARCH SOCIETY* 51 (2000): 801-811.
- Harsvik, T., Lippestad, J-W., Hope, Ø. 2001. Evaluering av Oslo Ortopediske Universitetsklinikk (OOU). Delrapport 2. SINTEF-rapport STF78 A013502.
- Helse Midt-Norge. 2003. Styringsdokument 2003.

- Kjekshus, L.E., Hagen, T. 2003. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. I: *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol. 6, No. 1, 2003, s. 3-16. Fagbokforlaget.
- Kjekshus, Lars E., Om å sammenlikne sykehusprestasjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 25 (2000): 3035-9.
- Kjekshus, Lars E. og Hagen, Terje P., Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 5 (2003): 2-13.
- Lynk, W.J. 1995. The creation of economic efficiencies in hospital mergers. In: *Journal of Health Economics* 14 (1995) 507 – 530.
- Löwstedt, J., Schilling, A., Tomacic, M., & Werr, A. 2003. Managing differences in post-merger integration: The case of a professional service firm. I: *Nordiske organisasjonsstudier* Bergen: Fagbokforlaget.
- Magnussen, Jon, *Hospital efficiency in Norway: a nonparametric analysis*, Department of Economics, University of Bergen, Bergen. 1994.
- Norman, M. og Stoker, B., *Data Envelopment Analysis: The Assessment of Performance*, Willey, New York. 1991.
- NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene? Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Olesen, Ole B. og Petersen, Niels C., *Måling af sygehusets produktivitet - en anvendelse af DEA-metoden og DRG-systemet*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København. 1999.
- Ot. prp. 66 2001 – 2002. Om lov om helseforetak. Sosial- og helsedepartementet.
- Risberg, A. 2003. Shared and multiple realities in acquisitions. An empirically based critique of merger and acquisition literature. I: *Nordiske organisasjonsstudier nr 1 – 2003*, s. 58-82.
- Røhme, K., Torvik, L.H., Vareide, P.K., Thoresen, J.E.K. 2000. Evaluering av organiseringen av kirurgien ved Sentralsykehuset i Hedmark. SINTEF-rapport STF78 A00523. SINTEF Unimed.
- Rørvik, K.A. 1998. Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schein, E. H. 1994. Organisasjonskultur- og ledelse. Er kulturendring mulig? Oslo: Libro forlag.
- Spang, H.R., Bazzoli, G. J., Arnould, R.J. 2001. Hospital Mergers and Savings for Consumers: Exploring New Evidence. In: *Health Affairs Volum 20 number 4*.
- Vareide, P.K. 2002. Ledelsens fundament. Utsiktsnotat. Publisert i prosjektet Ledelse i sykehus.
- Øvretveit, J. 2002. Notes on the contribution of organisation and management research to better health care and health. Utkast til artikkel.

10 Vedlegg

10.1 Klinikstruktur

Voksen psykiatrisk klinikk	Kirurgisk klinikk	Medisinsk klinikk	Barne- og familie klinikk	Rehabiliterings klinikk	Medisinsk service klinikk	Service klinikk
LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • FFE-enheten • Merkantil enhet • Poliklinikk • Klimikken NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Stab • Poliklinikk • Døgn behandling • DPS Kolvereid • Kontor/ serviceavd. • BUP 	LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • Stab • Akuttmed. avd. • Kir.avd. • Opr/anestsi/ portør • Mottak/ AMK/ Kir. poliklinikk • Intensiv • Kir.dag-enhet/ Krefit poliklinikk • Kir.1, 2,3 • Kontoravd. NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Kirurgisk P/S • Pleie Akutt • ØNH/Opr • Øye • Kir.poliklinikk • Anestesipolikt • Stab 	LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • Stab • Medisinsk avd. • Kontoravd. • Med.avd-lege NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Med.polikt. • Med. P/S • Stab 	LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • Stab • Kontortjeneste • Barneavd. • Gyn./fødeavd. • Hab. barn • BUP-avd. NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Pediatrisk-polikt. • Fødeavd. • Gyn.polikt. -Skrivestue 	LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • Stab • Sengepost • Ergoterapiavd • Fysioterapi avd • Revmatologisk avd • Nevrologisk avd. • Fys.med/ rehab.avd • Kontoravd NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Fysikalsk- /Ergoterap.avd • Nevrologisk polikt. FELLES: <ul style="list-style-type: none"> • Lærings- og mestringsenter 	LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • Farmasøytisk avd. • Mikrobiol.avd. • Røntgenavd. • Sentrallab. • Sterilsentral • Stab • - Klinisk ernærings- fysiolog NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Røntgenavd. • Klinisk kjemisklab. • Blodbank • Farm.avd • Sterilsentral FELLES: <ul style="list-style-type: none"> • Driftsavtaler for samtlige fagområder • Ambulanse- tjenesten 	LEVANGER <ul style="list-style-type: none"> • Barnehage • Forsyningsavd. • Med.teknisk avd • Sentralkjøkken • Tekniskavd. • IT-avdeling • Bedriftshelsetj. • Stab NAMSOS <ul style="list-style-type: none"> • Teknisk avd • Avd. Med.tekn/IKT -journalarkiv • Hovedkjøkken • Bedriftshelse- tjenesten • Sosionomtjenesten • Barnehage • Sentrallager • Hovedverneombud

10.2 Vedlegg: Mål for omorganiseringen "Fra 2 til 1. Organisasjonsutviklingsprosjektet OU – 2003."

I organisasjonsutviklingsprosjektet er det satt opp flere mål. Disse er relatert til områdene:

- Fusjon
- Arbeidsprosesser og organisering
- Fagområder
- Personell og økonomiske ressurser.

Av disse områdene er det fusjonsområdet som klart er koblet til forventete gevinster ved å gå fra to selvstendige sykehus til ett foretak. Nedenfor vil vi gjøre rede for målene for hvert av områdene.

Fusjon

- a) Foretaket har i løpet av prosjektperioden realisert økonomiske gevinster tilsvarende 10 prosent av bruttobudsjettet (eksl. avskrivninger).
- b) Foretaket har styrket tilbudet til brukerne.
- c) Foretaket har fått til samfunnsmessige gevinster, uttrykt blant annet gjennom større lojalitet i lokalsamfunnet og omtale av positive verdier som foretaket skaper og utvikler.
- d) Felles henvisningsadresse og felles venteliste.
- e) Ventetid for nyhenvisninger er maksimalt 30 + 60 dager. Ingen brudd på forsvarlig ventetid.
- f) Andelen kontroller ved foretakets poliklinikker er redusert fra dagens ca 60 prosent til maksimalt 30 prosent, slik at antallet nyhenvisninger øker.
- g) Det er utviklet krav til kortere behandlingsserier i psykiatrien for å øke antallet nyhenvisninger.

Arbeidsprosesser og organisering

- a) Alle viktige arbeidsprosesser er kartlagt og forenklet.
- b) Organisasjonen har fått mer rasjonelle og effektive driftsformer basert på anskaffet ny teknologi.
- c) Gjennomføring av OOU 2003 har gjort foretaket mer fleksibelt og endringsdyktig.
- d) Strykninger som følge av dårlig planlegging er borte (0-strategi).
- e) Ufullstendige epikriser og henvisninger er borte.
- f) Epikriser er klare når pasienten kommer hjem.
- g) Infeksjoner er redusert med ett prosentpoeng ved begge sykehusene.
- h) Reduserte pasientklager som følge av dårlig atferd og dårlig service.
- i) Ventetider er så lave at pasienter fra andre fylker søker oss.
- j) Kvaliteten målt med sammenlignbare kvalitetsindikatorer gjør oss til et prioritert helseforetak for pasientene.

Fagområder

- a) Alle kliniske fagområder har forsvarlighetsstandarder som sikrer fleksibilitet, helhetstenkning og rasjonelle driftsopplegg, samt avdemper de negative sidene ved spesialiseringen.
- b) FoU-aktivitetene skaper årlig resultater som er til nytte for foretaket som blir lagt merke til på landsbasis.
- c) Alle fagområdene har benyttet OU-2003 til faglig utvikling og heving av den faglige standarden.

Personalressurser

- a) Et bedre arbeidsmiljø i Helse Nord-Trøndelag bidrar til et sykefravær i snitt på maksimalt 4 %, ingen enhet har et fravær over 8 %.
- b) Måltrettet kompetanseheving for alle fagområder sikrer konkurransedyktighet i forhold til så vel pasienter som egne medarbeidere.
- c) Lederne har blitt dyktigere til å ta vare på og følge opp sine medarbeidere, blant annet gjennom mer dialog med den enkelte.
- d) Foretaket har en arbeidsgiverpolitikk som gjør det til en foretrukket arbeidsplass blant de ansatte, samtidig som lederne følger opp arbeidsgiverrollen.

Økonomiske ressurser

- a) Økonomien balanserer inklusive 2 % årlig effektivisering (overskudd).
- b) Økonomistyringen med tilhørende system og rapportering fungerer slik at den gir et oppdatert og fullstendig bilde av virkeligheten. Klare regler for håndtering av avvik er innarbeidet.
- c) Foretaket har i prosjektperioden realisert økonomiske gevinster tilsvarende 10 % av bruttobudsjettet (ekskl. avskrivninger).
- d) Kostnadsnivået vurdert ut fra kostnadsindeksen i SAMDATA er ikke over gjennomsnittet for alle landets sykehus/helseforetak.

10.3 Vedlegg: Resultatkrav fra Helse Midt-Norge til Helse Nord-Trøndelag 2003

Effektivitet

Måleeffektivitet:

- Minst 21.400 DRG-poeng totalt
- Minst 2.710 DRG-poeng dagpasienter og dagkirurgi
- Minst 116.975 polikliniske konsultasjoner
- Minst 34 prosent av de polikliniske konsultasjoner skal være nyhenvisninger

Kostnadseffektivitet:

- Kostnadsindikatoren (SAMDATA) skal forbedres med 3 prosent i forhold til 2001
- Antall konsultasjoner per behandlerårsverk i psykiatriske poliklinikker skal økes med 30 prosent fra 2002

Kvalitet

- Antall pasienter på venteliste reduseres med 30 prosent
- Antall pasienter med ventetider over 120 dager reduseres med minst 30 prosent
- Ved utgangen av året skal ingen pasient ha ventet mer enn ett år
- Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden reduseres med 30 prosent
- Hvert foretak skal ha utarbeidet en forskningsstrategi

Samhandling med primærhelsetjenesten

- 80 prosent av epikrisene skal sendes høyst 7 dager etter utskrivning
- Innen årets utgang skal foretaket ha inngått samarbeidsavtaler om pasienter som er utskrivningsklare og overførbare til kommunalt helsetjenestenivå med de kommuner som sogner til foretaket

Ledelse

I løpet av 2003 skal ledelsesfunksjonen i alle foretak evalueres i tråd med overordna strategi 2003- 2006, med spesielt fokus på:

- resultatoppgjøret
- internkommunikasjon
- forankring av endringsprosesser

10.4 Vedlegg: Bruker/pasientundersøkelser

På oppdrag for Helse Midt-Norge RHF gjennomførte HELTEF høsten 2002 en undersøkelse av pasientopplevelser i Helse Midt-Norge. I undersøkelsen kartla en opplevelsene til pasienter som hadde vært utskrevet fra somatiske sykehus i Helse Midt-Norge i en seks ukers periode fra 1. november 2002. På institusjonsnivå er det fire av sykehusene i Helse Midt-Norge som skiller seg positivt ut i forhold til de andre sykehusene. Sykehusene i Namsos og Levanger var blant disse fire.

Ser en på avdelingsnivå, viser undersøkelsen at blant de kirurgiske avdelingene så var det Sykehuset Namsos som fikk de beste tilbakemeldingene på tvers av hovedområdene (gruppering av spørsmål). På elleve av tolv hovedområder fikk Sykehuset Namsos best tilbakemelding av de kirurgiske avdelingene. Sykehuset Levanger var blant de sykehusene som fikk "gjennomgående gode tilbakemeldinger".

Også medisinsk avdeling på Sykehuset Namsos fikk best tilbakemelding fra pasientene, sammen med medisinsk avdeling ved Orkdal Sanitetsforenings sjukehus. Sykehuset Namsos scoret høyest eller nest høyest av avdelingene på ti av tolv områder. Medisinsk avdeling ved Sykehuset Levanger fikk bedre tilbakemeldinger enn avdelingene på sykehusene i Volda, Kristiansund og Ålesund.

Når det gjelder forbedringsområder, viste undersøkelsen at kirurgisk avdeling ved Sykehuset Levanger scoret dårligst på områdene informasjon om legemidler (informasjon om virkning og bivirkning av nye legemidler/ubesvarte spørsmål om medisiner ved utskrivelse), sykepleietjenesten (pleiernes omsorg/pleierkompetanse/ "pleierne hadde tid når jeg trengte det"), pasientrapportert organisering (fast gruppe pleiere/en lege hadde hovedansvaret/inntrykk av organiseringen av arbeidet/uforutsett venting) og ivaretagelse av pårørende (pårørende tatt i mot på sykehuset/nærmeste pårørende fikk informasjon). Ved medisinsk avdeling scoret Levanger sykehus dårligst på områdene informasjon om undersøkelser (informasjon om hvordan undersøkelser foregår/informasjon om resultater av undersøkelser) og ivaretagelse av pårørende.

Kirurgisk avdeling på Sykehuset Namsos sykehus scoret dårligst på områdene sykepleietjeneste, kommunikasjon og ivaretagelse av pårørende. På medisinsk avdeling scoret en dårligst på områdene kommunikasjon, pasientrapport informasjon og ivaretagelse av pårørende.

Resultatene fra undersøkelsen ble presentert i HELTEF- rapporten "Pasientopplevelser i Helse Midt-Norge. Pasienter innlagt i somatiske sykehus" (Utredningsrapport 5/ 2003). I hvilken grad sykehusene og klinikkene/avdelingene har fulgt opp og iverksatt tiltak i forhold til forbedringsområdene, vil vi følge opp i forbindelse med evalueringsarbeidet 1. halvår 2004.

