

www.sintef.no



**SINTEF Helse**Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 OsloTelefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluering av organisasjonsmodell
Helse Nordmøre og Romsdal HF**

FORFATTER(E)

Jan-W. Lippestad, Marit Pedersen, Trond Harsvik, Lars Erik Kjekshus og Per Kristian Vareide

OPPDRAGSGIVER(E)

Helse Nordmøre og Romsdal HF

RAPPORTNR. SINTEF A93	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Asbjørn Hofslie, Trond Håvard Eidet og Roland Mauseth	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-03930-6	PROSJEKTNR. 78G17030	ANTALL SIDER OG BILAG 45
ELEKTRONISK ARKIVKODE sluttrapport - fase 1.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Jan-W. Lippestad <i>Jan-W. Lippestad</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Arne H. Eide <i>Arne H. Eide</i> <i>Britt Veum</i>
ARKIVKODE	DATO 2006-04-21	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H. Eide, forskningssjef <i>Arne H. Eide</i>	<i>Britt Veum</i>

SAMMENDRAG

SINTEF skal på oppdrag for Helse Nordmøre og Romsdal HF gjennomføre en evaluering av organisasjonsmodellen for helseforetaket. I henhold til bestillingen, skal dagens organisasjonsmodell evalueres ut fra følgende hoveddimensjoner:

- Ledelse og beslutningsstruktur
- Samarbeid og kommunikasjon (formelt og uformelt)
- Effektiv og forsvarlig pasientbehandling med god kvalitet
- Faglig utvikling
- Effektiv ressursutnyttelse

SINTEF legger med dette frem den første delrapporten i evalueringen. Rapporten består av tre hoveddeler:

- En beskrivelse av bakgrunn og mål for innføring av ny organisasjonsmodell i 2003, implementering og iverksetting. Resultater fra dokumentstudier
- En beskrivelse av utvikling i effektivitet for Molde sjukehus og Kristiansund sykehus ved bruk av DEA- analyse (dataopphyllingsanalyse)
- En beskrivelse av den interne organiseringen av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus sammenlignet med andre sykehus. Resultater fra INTORG-databasen

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

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	3
2	Mål med evalueringen	4
3	Metodevalg	5
4	Ny organisasjonsmodell for Helse Nordmøre og Romsdal. En beskrivelse av OU-prosess, beslutning og iverksetting	7
4.1	Innledning	7
4.2	Organisering av stabsfunksjoner	8
4.3	OU- gruppas høringsnotat – forslag til ny avdelingsstruktur	9
4.4	Mål for organisasjonsendringen og OU- gruppas innstilling	14
4.5	Administrerende direktørs forslag og styrets vedtak	19
4.6	Organisering av kontortjenesten i helseforetaket	20
4.7	Implementering	21
5	Produksjons- og effektivitetsutvikling	25
5.1	Innledning	25
5.2	Definisjon av produktivitet og effektivitet	26
5.3	Om DEA-metoden	26
5.4	Resultater	27
5.4.1	Produktivitetsindikatorer Helse Nordmøre og Romsdal 2002-2004	27
5.4.2	Effektivitetsutvikling Helse Nordmøre og Romsdal 2002-2004	29
5.4.3	Noen tall for produksjonsutvikling - Helse Nordmøre og Romsdal	31
5.4.4	Oppsummering	33
6	Den interne organiseringen av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus sammenlignet med andre norske sykehus	34
6.1	Innledning og bakgrunn	34
6.2	Overordnet organisering	34
6.2.1	Fullmaktsstruktur	35
6.2.2	Styringsindikatorer	36
6.2.3	Organisering av forsknings- og undervisningsaktiviteten i foretaket	36
6.2.4	Foretakets informasjonsarbeid	36
6.2.5	Foretakets funksjoner	36
6.3	Organisering av den medisinske og kirurgiske virksomheten	37
6.3.1	Innledning	37
6.3.2	Intern organisering	37
6.3.3	Forholdet til primærhelsetjenesten	37
6.3.4	Ledig kapasitet	38
6.3.5	Økonomi, budsjett og belønningssystemer	38
7	Oppsummering av kartleggingsfasen	40
7.1	Innledning	40
7.2	Ny organisasjonsmodell Helse Nordmøre og Romsdal	41
7.3	Produksjons- og effektivitetsutvikling Helse Nordmøre og Romsdal	42
7.4	Intern organisering av sykehusene i Kristiansund og Molde	42
7.4.1	Overordnet organisering	42
7.4.2	Organisering av den medisinske og kirurgiske virksomheten	43
8	Referanser	45

1 Innledning

SINTEF skal på oppdrag for Helse Nordmøre og Romsdal HF gjennomføre en evaluering av organisasjonsmodellen for helseforetaket. Evalueringen gjennomføres i perioden 13. februar - 15. juni 2006. Arbeidet utføres av en prosjektgruppe ved SINTEF bestående av seniorrådgiver Jan-W. Lippestad (prosjektleder), forsker Trond Harsvik og seniorforsker Per Kristian Vareide (prosjektmedarbeidere). I delrapport 1 (som her legges fram) har forsker Marit Pedersen bistått prosjektgruppen i effektivitetsanalysen. Videre er førsteamanuensis Lars Erik Kjekshus ved Universitetet i Oslo knyttet til evalueringen som prosjektmedarbeider og rådgiver. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig er forskningssjef Arne H. Eide.

Evalueringsoppdraget består av følgende faser:

Fase 1. Oppstart

Målet i denne fasen er å få utarbeidet en revidert og endelig prosjektplan for evalueringsoppdraget. Endelig prosjektplan legges til grunn og fungerer som et styringsdokument for gjennomføringen av evalueringsoppdraget. Arbeidet med planen omfatter en spissing av problemstillingene, samt en detaljert aktivitets- og tidsplan, samt fordeling av ressurser på de ulike aktivitetene i prosjektperioden. Utarbeidelse av prosjektplanen gjennomføres i samarbeid med prosjektledelsen og Styringsgruppen i prosjektet.

Vi har i vårt opplegg for denne evalueringen lagt betydelig vekt på å sikre at ulike synspunkt og perspektiver kommer opp, samt å sikre at sentrale aktører opplever at de har hatt mulighet til å fremme egne synspunkter. Dette er spesielt viktig i evalueringens innledende fase. Dette innebærer at vi i denne fasen inviterer avdelingssjefene (ledermøtet), brukerutvalget, samarbeidsutvalget og de hovedtillitsvalgte (de tre sistnevnte gruppene utgjør hver sin referansegruppe i prosjektet) til å svare på spørsmålet: *Hva er det viktig å få fram i evalueringen?* Denne informasjonen, sammen med bestillingen, vil danne rammen og grunnlaget for de temaene som skal behandles videre i de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene i fase 3 (se nedenfor).

Denne fasen er avsluttet.

Fase 2. Kartlegging

Et delmål for kartleggingsfasen er å fremskaffe en oversikt over de mål og begrunnelser som ble lagt til grunn for den organisasjonsmodellen som ble innført i 2003, og hvordan den valgte modellen var tenkt å skulle bidra til bedre måloppnåelse. Gjennomgang og presentasjon av styringsdokumenter som lå til grunn for valg av organisasjonsmodell vil stå sentralt i denne fasen.

Et annet delmål for denne fasen er, ved bruk av eksisterende data, å gi en beskrivelse av utviklingstrekk for Kristiansund sykehus og Molde sjukehus i perioden før og etter innføring av ny organisasjonsmodell. Vi vil benytte data fra SAMDATA/ NPR for perioden 2000 – 2004.

Når det gjelder data fra INTORG- undersøkelsene i 2001, 2003 og 2005, har vi i denne første delrapporten konsentrert oss om å beskrive organiseringen av sykehusene i Molde og Kristiansund og sammenlignet dette med de andre sykehusene som omfattes av undersøkelsene. Når det gjelder delmålet om å vurdere om den utviklingen en ser fra 2003 kan tilskrives innføring av den nye organisasjonsmodellen, eller om det er resultat av en mer generell trend over tid, så vil vi komme tilbake til dette i sluttrapporten.

Resultatene fra denne fasen legges fram i denne rapporten.

Fase 3. Organisasjonsanalyse

Målet for denne fasen er å få et bilde av hvordan prosessen med innføring av ny organisasjonsmodell har vært opplevd og sentrale aktørers erfaringer med den nye modellen, hvor vi bl.a. vil se struktur, ledelse, kultur og prosesser i sammenheng. Videre, identifisere styrker og svakheter med eksisterende modell, samt kartlegge hvor modellen har påvirket foretakets resultater.

SINTEF legger med dette frem den første delrapporten i evalueringen; Fase 2 Kartlegging.

2 Mål med evalueringen

I henhold til bestillingen, skal dagens organisatoriske modell evalueres ut fra følgende hoveddimensjoner:

- *Ledelse og beslutningsstruktur*
- *Samarbeid og kommunikasjon (formelt og uformelt)*
- *Effektiv og forsvarlig pasientbehandling med god kvalitet*
- *Faglig utvikling*
- *Effektiv ressursutnyttelse*

Under overskriften Ledelse og beslutningsstruktur vil vi bl.a. fokusere på om beslutnings-, ansvars-, og myndighetsstrukturen er tydelig, om avdelingsstrukturen oppleves som hensiktsmessig og om den sikrer en helhetlig og effektiv styring, hvor synlige lederne er på ulike nivåer, samarbeidet mellom linje og stab, fordeling av fullmakter, om det er en sammenheng mellom strategi, budsjett, drift og regnskap, samt utøvelse av de ulike lederrollene (bl.a. kombinasjonen av ledelse og klinisk virksomhet).

Når det gjelder Samarbeid og kommunikasjon (formelt og uformelt) vil vi bl.a. sette søkelys på samarbeid internt i avdelingene på tvers av geografi (bruk av personell, pasientflyt oa.), organisasjonsidentitet, omfang og kvalitet på samarbeidet med primærhelsetjenesten, hvordan beslutninger blir fattet og fulgt opp, bruk av formelle og uformelle kanaler for ytring, samt hva som fremmer og hemmer samarbeid i dagens organisasjonsmodell.

Under Effektiv og forsvarlig pasientbehandling med god kvalitet fokuserer vi bl.a. på hva som ligger i begrepet kvalitet, hvordan pasientene ivaretas i gjeldende organisasjonsmodell, hvilken betydning den geografiske dimensjon har for pasientene, om en har en opplevelse av helhet og kontinuitet i pasientbehandlingen - på tvers av avdeling/enhet/sykehus, hvilke indikatorer på kvalitet som brukes av foretaket og hvordan det arbeides med kvalitet i den kliniske hverdagen, samt om det er noen koblingen mellom kvalitetsmål og forbedringsarbeid.

Når det gjelder Faglig utvikling vil vi sette søkelyset på bl.a. hvordan utviklingsperspektivet ivaretas samtidig som det er fokus på effektivisering, hvordan kompetansen hos ulike faggrupper ivaretas og utvikles, hvordan grunn- og spesialistutdanning er ivaretatt, hva som skjer av utvikling av nye pasienttilbud, hvordan det arbeides med å innføre nye og bedre diagnostiske metoder og behandlingsmetoder etter hvert som disse utvikles, hvilke rutiner som eksisterer for å sikre at metoder som sikrer best resultat for pasienten faktisk brukes, hvordan pasientklager og meldinger om feil følges opp, samt spørsmål vedrørende forskning og publisering.

Med Effektiv ressursutnyttelse mener vi i denne evalueringen hvilke mål en har satt seg for effektiv ressursutnyttelse og hvordan det arbeides med å nå disse, i hvilken grad modellen fremmer utnyttelse av senger, personell og ledig kapasitet, hvilke sammenhenger det er mellom økonomiske mål, produksjonsmål og organisasjonsmodellen, samt hvordan det arbeides for å effektivisere driften.

3 Metodevalg

Et delmål for kartleggingsfasen var å fremskaffe en oversikt over de mål og begrunnelser som ble lagt til grunn for den organisasjonsmodellen som ble innført i 2003, og hvordan den valgte modellen var tenkt å skulle bidra til bedre måloppnåelse. Analyse av styringsdokumenter som ble lagt til grunn for valg av organisasjonsmodell, har stått sentralt i denne fasen.

I **dokumentanalysen** har vi gjennomgått bl.a. følgende dokumenter:

- *"Organisasjonsutviklingsarbeidet i Helse Nordmøre og Romsdal. Mandat for OU-gruppa". Mars 2001.*
- *"Organisering av direktørfunksjonen, økonomifunksjonen og personalfunksjonen, SAMU og vernetjenesten i helseforetaket". SAMU-sak 7/02*
- *"Organisering om områdene IT, utvikling, informasjon, avklaring av sjeflege- og sjefsykepleierfunksjonene". Notat datert 5. september 2002.*
- *"Ulike modeller for organisering av helseforetaket - avdelingene". Notat fra OU- gruppa datert 1. november 2002 som utgangspunkt for diskusjon i avdelingene.*
- *"Organisering av avdelingene i helse Nordmøre og Romsdal". Høringsnotat fra OU-gruppa. 19. november 2002.*
- *"Forslag til organisering av avdelingene i Helse Nordmøre og Romsdal". Notat til OU-gruppa 21. januar 2003.*
- *"Organisering av avdelingene i helse Nordmøre og Romsdal". Innstilling fra OU- gruppa. 30. januar 2003.*
- *"Organisering av avdelingene i helse Nordmøre og Romsdal". Administrerende direktørs saksframlegg og forslag til vedtak i styresak nr. 17/03.*
- *Protokoll fra styremøte 6. februar 2003.*
- *"Organisering av kontortjenesten i helseforetaket". Notat til SAMU. 5.juni 2003.*
- *"Organisasjonsplan for avdelingene". SAMU-sak 17/03*

Videre har vi, i tillegg til andre relevante SAMU-saker og styresaker, gjennomgått følgende rapporter og styringsdokumenter:

- *Styringsdokument 2003, 2004 og 2005 for Helse Midt-Norge*
- *Styringsdokument 2003, 2004 og 2005 for Helse Nordmøre og Romsdal*
- *Årsrapport 2003 og 2004 for Helse Nordmøre og Romsdal*
- *Årlig melding til Helse Midt-Norge RHF fra Helse Nordmøre og Romsdal HF. 2002, 2003 og 2004.*

I kartleggingsfasens kvantitative del har vi benyttet følgende datakilder:

SAMDATA bygger på data fra to kilder;

- *Norsk pasientregister (NPR) med ansvar for innhenting av pasientdata fra somatiske institusjoner og institusjoner innen psykisk helsevern. Dataene danner grunnlaget for fremstilling av behandlingsaktivitet.*
- *Statistisk sentralbyrå (SSB) med ansvar for innhenting av data om ressursinnsats (personell), kapasitet (opplysninger om døgnplasser/ sengekapasitet) og regnskap.*

Det datamaterialet vi har benyttet, er hentet fra perioden 2000 - 2004¹, med andre ord tre driftsår før og to driftsår etter innføring av den nye organisasjonsmodellen i 2003. Tidsperioden er valgt for å få avklart i hvilken grad den utviklingen en har sett etter 2003 er et resultat av eller forklares med en generell tendens over tid, eller om resultatene i sterkere grad kan knyttes opp til eller forklares med de organisatoriske endringene som ble innført i 2003. Materialet fra SAMDATA er dels benyttet til å beskrive utviklingen over tid for

¹ Data for hele driftsåret 2005 foreligger ikke på kartleggingstidspunktet.

sykehusene i Molde og Kristiansund, og dels i en sammenligning med utviklingen ved andre sykehus i perioden.

Vi har i rapporten gjennomført en effektivitetsanalyse (**Dataomhyllingsanalyse**) som er en ikke-parametrisk metode som evaluerer relativ effektivitet (for nærmere beskrivelse, se kapittel 5 nedenfor).

INTORG inneholder data fra kartlegging av sykehusenes interne organisering; generelle administrasjons- og ledelsesforhold, organisering av klinisk virksomhet. De dataene som benyttes i denne delrapporten, er hentet fra kartleggingene som ble gjennomført i 2001, 2003 og 2005.

4 Ny organisasjonsmodell for Helse Nordmøre og Romsdal. En beskrivelse av OU- prosess, beslutning og iverksetting

4.1 Innledning

Vi har nedenfor gitt en beskrivelse av OU-prosessen fram mot vedtaket om ny avdelingsstruktur i februar 2003, samt hovedtrekkene i implementerings- og iverksettingsfasen. I tillegg til de dokumentene som er beskrevet under punkt 3.1 ovenfor, har vi gjennomgått saksdokumenter og protokoller fra styringsgruppe, brukerutvalg og SAMU, samt interne arbeidsnotater. Videre har vi hatt samtaler med personer som sto sentralt i arbeidet i de ulike fasene før og etter vedtaket i 2003.

I mars 2001 oppnevnte Helse Nordmøre og Romsdal en prosjektgruppe (OU-gruppe) som skulle utarbeide en plan for hvordan de ulike virksomhetene i helseforetaket skulle samordnes – både organisatorisk og faglig, herunder:

- *Organisering av stabs- og støttefunksjoner*
- *Organisering av kliniske avdelinger*
- *Organisering av ulike servicefunksjoner/ administrative tjenester (kjøkken, barnehage, renhold, teknisk, kontor etc.)*
- *Organisering av andre typer tjenester (for eksempel bedriftshelsetjeneste, bibliotekjentesten etc.)*
- *Organisering av utvalgsstrukturen*
- *Modell for medvirkning/ innflytelse for de tillitsvalgte (SAMU-struktur, modell for verneombudsordningen)*

Med organisering mente en i denne sammenheng; formelle strukturer, samarbeidsmodeller og samhandlingsarenaer. Prosjektgruppen var ansvarlig for å utarbeide en felles ledelsesmodell for foretaket, og komme med forslag til lederutviklingstiltak.

Prosjektgruppen skulle også komme med forslag til oppgave- og funksjonsfordeling mellom de ulike enhetene i foretaket – både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv. Dette arbeidet skulle samordnes med Samla-Plan-arbeidet (organisering av det fremtidige tilbudet i Helse Nordmøre og Romsdal HF – påbegynt i januar 2002).

Prosjektgruppen fikk følgende sammensetning:

- *Konstituert utviklingsleder Eli Sjo (leder)*
- *Konsulent Mette Thomassen (sekretær)*
- *Avdelingssjef Turid Hertzberg, medisinsk serviceavdeling, Kristiansund*
- *Avdelingssjef Anne Marie Rokstad, alderspsykiatrisk avdeling, Molde*
- *Avdelingssjef Trygve Aune, Øre-nese-hals, Molde*
- *Tillitsvalgt Åse Jægtvik, Kristiansund*
- *Tillitsvalgt Knut Ivar Egset, Molde*
- *Varatillitsvalgt Bjørn Hjelkrem*
- *Varatillitsvalgt Bernd Muller*

Gruppen var ansvarlig for å utarbeide forslag som skulle drøftes i SAMU og i Brukerutvalget før det ble lagt fram for administrerende direktør til beslutning. Arbeidet med organisasjonsplanene skulle være ferdig i desember 2001.

4.2 Organisering av stabsfunksjoner

Vedtaket som ble fattet av foretakets styre 6. februar 2003 (beskrevet nærmere under punktene 4.3 – 4.5 nedenfor), fastla avdelingsstrukturen i helseforetaket. Beslutning om hvordan en skulle organisere stabsfunksjonene direktørfunksjon, økonomi, personal, SAMU og vernetjenesten ble tatt i april 2002. SAMU for Helse Nordmøre og Romsdal behandlet på møtet den 25. april 2002 sak nr. 7/02. Det ble fattet følgende vedtak:

- *Det opprettes ikke daglige lederstillinger ved det enkelte sykehus. En slik løsning vil lettere kunne føre til uklare myndighets- og ansvarsforhold og svekke helhetstenkingen i organisasjonen. Det opprettes i stedet en assisterende direktørstilling som kan avlaste administrerende direktør med oppgaver/ansvarsområder, samt ivareta stedfortrederfunksjonen.*
- *Det skal opprettes en felles lederstilling innen henholdsvis økonomi- og personalområdet. Det opprettes ikke personallederstilling og økonomilederstilling ved det enkelte sykehus, men organiseringen av disse funksjonene skal være slik at det blir gitt nødvendig økonomi- og personaltjenester ut på det enkelte sykehus.*
- *Det etableres et felles SAMU for helseforetaket. De lokale SAMU ved det enkelte sykehus avvikles. Det etableres ikke avdelingsvise SAMU – dette spørsmålet tas opp når det er etablert en ny avdelingsstruktur i helseforetaket. Som en overgangsordning pålegges avdelingssjefene å ha faste møter med representanter for tillitsvalget og vernetjeneste for å sikre deres medinnflytelse når viktige saker drøftes/ besluttes.*
- *Struktur for vernetjenesten blir som foreslått av underutvalget og OU- gruppa, dvs. felles hovedvernombud i 100 % stilling. De tre forvernombudstillingene avvikles. Det etableres avdelingsvise verneombud der det er hensiktsmessig etter den modellen som er skissert i saken.*

Når det gjelder organisering av stabsfunksjonene IT, fagutvikling/organisasjonsutvikling, informasjonsarbeid, samt avklaring av sjefslege- og sjefsykepleierfunksjonene, ble dette behandlet på SAMU-møte 6. november 2002 (sak nr. 43/02).

I administrerende direktørs vurdering og innstilling gikk han inn for at informasjonsarbeidet ble organisert som en selvstendig stabsfunksjon med egen leder.

De fleste avdelingssjefene på de somatiske avdelingene i Molde var i mot at det ble opprettet en egen OU-enhet, med den begrunnelse at OU- prosjekter var ad.hoc.-preget i sin natur, og at dette arbeidet derfor burde skje i regi av tidsavgrensede prosjekter hvor en la vekt på deltakelse fra avdelinger og fagmiljøer. Alle de psykiatriske avdelingene og samtlige avdelinger ved Kristiansund sykehus støttet opprettelse av en OU-enhet. Det var også ulike syn på opprettelse av en forsknings/fagutviklingsenhet. I sin innstilling gikk direktøren inn for at forsknings/fagutviklingsarbeidet og organisasjonsutviklingsarbeidet skulle organiseres i en stabsenhet under benevnelsen Fag- og organisasjonsenheten.

Når det gjaldt IT-funksjonen, gikk direktøren inn for opprettelse av en felles IT-lederstilling for helseforetaket (stabsstilling), og at IT skulle organiseres etter en desentralisert modell hvor tjenesten var lokalisert ute på sykehusene for å sikre avdelingene tilgang til nødvendig service og støtte.

Videre gikk direktøren inn for at helseforetaket skulle ha en felles medisinsk faglig sjef (tidligere sjefslege) i hel stilling og at stillingen organisatorisk skulle plasseres i fag- og

organisasjonsenheten. Begrunnelsen for dette var at de oppgaver som var tiltenkt medisinskfaglig sjef, i stor grad var sammenfallende med de oppgaver og funksjoner som fag- og organisasjonsenheten skulle ivareta. Det var støtte for dette forslaget i organisasjonen.

Når det gjaldt sjefsykepleierfunksjonen, gikk direktøren inn for at den ble avviklet i sin daværende form, og at det ble opprettet en stilling som sykepleiefaglig rådgiver lagt til fag- og organisasjonsenheten. Stillingen skulle ivareta rådgivningsoppgaver innenfor det sykepleiefaglige feltet, samt fagutviklingsoppgaver knyttet til det pleiefaglige. Det var ulike syn på dette forslaget i organisasjonen. De fleste somatiske avdelingene gikk i mot forslaget med den begrunnelse at det var viktig med en faglig forankring i ledelsen, og at sykepleiergruppen utgjorde den største faggruppen i sykehuset og dermed måtte være representert i toppledelsen. De psykiatriske avdelingene og noen av avdelingene i Kristiansund støttet overføring av sjefsykepleierfunksjonen til fag- og organisasjonsenheten

SAMU fattet følgende vedtak:

- *Samarbeidsutvalget for helse Nordmøre og Romsdal slutter seg til tilrådingen til organisering som går fram av administrerende direktør sine vurderinger når det gjelder organisering av stabsfunksjoner, men med en presisering av at fag- og organisasjonsenheten skal ledes av en med helse- og sosialfaglig bakgrunn.*

4.3 OU- gruppas høringsnotat – forslag til ny avdelingsstruktur

Den 19. november 2002 sendte OU- gruppa ut et høringsnotatet hvor en pekte på at målet med arbeidet med ny organisasjonsmodell for Helse Nordmøre og Romsdal var å finne fram til en hensiktsmessig avdelingsstruktur for helseforetaket. Dette skulle bidra til god oppgaveløsning og måloppnåelse med fokus på å sikre et godt pasienttilbud og effektiv ressursbruk. OU- gruppa pekte på at styret i Helse Midt-Norge blant annet hadde vedtatt å etablere Helse Nordmøre og Romsdal, som innebar en sammenslåing av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Det var stilt klare forventinger og krav fra Helse Midt-Norge til de lokale helseforetakene om å oppnå gevinst i form av bedre ressursbruk og effektiv drift ved at sykehus ble slått sammen. Konkret forventet en at det ble oppnådd besparelse ved å slå sammen de to sykehusene ved at oppgaver og tjenester ble bedre samordnet. Dette forutsatte også en vurdering av hvordan både de kliniske avdelingene og serviceavdelingene i helseforetaket burde organiseres.

OU- gruppa mente at hovedfokuset var å finne fram til en organisasjonsmodell som fremmet et godt pasienttilbud. Et viktig virkemiddel for å oppnå dette var å sikre helhetlig og effektiv styring og ledelse av organisasjonen. OU-gruppa mente følgende var viktig når det gjaldt ledelse;

ansvar for å nå mål, sikre analyse, beslutning, gjennomføring og kontroll av resultat, samhandling og delegering, god oppgavefordeling, sikre god organisering av arbeidet, god og kostnadseffektiv utnyttning av ressursene og stimulere til egenmotivasjon hos medarbeidere.

Disse prinsippene var i tråd med de ledelsesprinsipper som var vedtatt tidligere ved sykehusene i Molde og Kristiansund i forbindelse med innføring av "en-leder-modellen".

Lederroller og lederfunksjoner måtte tilpasses kompetanseorganisasjoner, og omfatte både strategisk, faglig, mellommenneskelig og administrativ ledelse, herunder styring av økonomiske ressurser. Ledere på alle nivå måtte ha et totalansvar (helhetlig tilbud for pasienter/bruker, fag, økonomi, personal etc.), men det ble presisert at den faglige ledelsen var viktigere desto nærmere en kom pasientene. På alle nivå måtte det tilstrebes tverrfaglige lederteam.

I den omorganiseringsprosess en sto overfor, understreket en at ledelse av de klinisk rettede enhetene innen kjernevirksomheten var viktig. En trengte ledere på dette nivået som var dyktige innen sitt fagområde eller hadde nødvendig kunnskap om fagområdet, og som også hadde kunnskaper og ferdigheter som gjorde dem i stand til å lede personalet som sto for den fortløpende pasientbehandlingen.

Ledere på dette nivået måtte ha kontakt med brukergruppen gjerne gjennom klinisk arbeid og sørge for at enheten lå i forkant av utviklingen innen faget som en leder. Vedkommende leder måtte også være i stand til å identifisere behov for og ta initiativ til samordning og samarbeid med andre kliniske enheter der dette var nødvendig for å sikre en god pasientbehandling.

OU- gruppa mente at de kliniske enhetene i kjernevirksomheten ikke kunne bli så store og mangfoldige at lederen ble fratatt muligheten til den nødvendige oversikt og kjennskap til ulike deler av virksomheten innen enheten. Utviklingen av kvalitet og effektivitet i sykehuset var avhengig av at nivået nærmest brukerne fikk det nødvendige fokus og mulighet for utvikling gjennom god faglig ledelse innen gitte rammer.

OU- gruppa så det som avgjørende viktig at organisasjonen var bygd opp med funksjonelle enheter nærmest pasientene – der de ansatte kunne ha god tilgang til sin leder. Det ble pekt på at lederoppgavene for disse enhetene ble viktige, og at disse enhetene måtte inngå i større avdelinger/klinikker.

I forbindelse med arbeidet med å finne fram til en hensiktsmessig avdelingsstruktur hadde OU- gruppa skissert ulike modeller som alle i større eller mindre grad innebar reduksjon i forhold til antall avdelinger i den eksisterende modellen. De ulike modellene vektla i ulik grad integrasjon av den faglige virksomheten mellom Molde sjukehus og Kristiansund sykehus på den ene siden, og på den andre siden tverrfaglighet med vekt på pasientforløp innen det enkelte sykehus. Uavhengig av hvilken modell som ble valgt, understreket gruppa betydningen av å sikre samordning mellom de ulike enhetene. Det var viktig å utvikle teamarbeid og nettverk på tvers av ulike enheter innen aktuelle områder og å etablere prosjektarbeid ved behov - også mellom nivå i organisasjonen.

På bakgrunn av de synspunktene som bl.a. hadde kommet fram på møte med representanter for avdelingene, fagmiljøene og tillitsvalgte, fremmet OU- gruppa følgende forslag til modell:

”Storgruppemodell” med to alternativer: 6 eller 9 enheter

Hovedprinsippet i denne modellen var at en samlet virksomheten i større og færre enheter. Med dette mente en å oppnå et tjenlig antall enheter med tanke på overordnet ledelse. En ville også forsøke å gruppere sammen virksomhet som var beslektet, og der det kunne antas at det kan være samordningsgevinster. Det ble her henvist til at denne modellen var i bruk på flere sykehus – i ulike varianter.

- ”Storgruppemodell” med 6 enheter:

Adm. Dir. – foretaksadm.

Service klinikk	Medisinsk serviceklinikk	Kirurgisk Klinikk	Medisinsk Klinikk	Barne- og familie Klinikk	Psykiatrisk klinikk
-teknisk -kjøkken/ -barnehage -husøkonom	-røntgen -patologi -mikrobiologi -klinisk kjemi -fysioterapi -rehab.team -ergoterapi -ernæring -hygiene -prest -Aure opptrenings-senter	-kirurgi -ØNH -øye -tann-kjeve -gyn/føde -operasjon -anestesi -ambulans -mottakelse -AMK	-medisin -nevrologi -hud -dialyse-stasjonen i Fræna	-pediatri -BUP -barnehab.	DPS Psykiatrisk rehab. avd. Akuttpsyk. avd. Alderspsyk. avd. Afdeling for yngre Aktivitetshuset Kultur og fritid Afdeling for voksenhab.
232 årsverk	202 årsverk	529 årsverk	241 årsverk	100 årsverk	458 årsverk

- ”Storgruppemodell” med 9 enheter:

Adm. Dir. – foretaksadm.

Service klinikk	Medisinsk service-klinikk	Akutt-medisinsk enhet	Kirurgisk Klinikk	Medisinsk Klinikk	Barne- og familie Klinikk	Gyn/Føde	Psykiatrisk klinikk 1	Psykiatrisk klinikk 2
teknisk kjøkken barnehage husøkonom	røntgen patologi mikrobiologi klinisk-kjemi fysioterapi rehab.-team ergoter. ernær. hygiene prest Aure opptr.s.	operasjon anestesi ambulans mottakelse AMK	kirurgi ØNH øye tann-kjeve	medisin nevrologi hud dialyse-stasj. i Fræna	pediatri BUP Barnehabilit.		Psykiatrisk rehab. Akuttpsyk. Alderspsyk. avd. Afdeling for yngre	DPS, Voksenhab. sengep. Lundavang
232 årsverk	202 årsverk	229 årsverk	212 årsverk	241 årsverk	100 årsverk	88 årsverk	241 årsverk	190 årsverk

Til grunn for forslaget la OU-gruppa følgende begrunnelse:

Et velfungerende lederteam på overordnet nivå – vektlegging av den strategiske og koordinerende rollen

Begge modellene (nedenfor kalt Storgruppemodellen) ville innebære et tjenlig antall enheter i forhold til etablering av et oversiktlig og håndterlig system på overordnet nivå. Det ble få enheter og færre ledere for direktør å forholde seg til, noe som ville gi et effektivt lederteam (I den eksisterende modellen var det 33 ledere som rapporterte til administrerende direktør). Storgruppemodellen la til rette for et sterkere skille mellom drift og strategi eller operativt og strategisk nivå i organisasjonen. Direktøren med sin stab og klinikkleder måtte ha som hovedoppgave å støtte opp om og legge til rette for at kjernevirksomheten kunne fungere godt, og vektlegge en koordinerende og strategisk rolle. Direktørens lederteam ville få et antall som muliggjorde en slik rolle.

Ledere med et helhetsansvar og god faglig ledelse

Med storgruppemodellen ville en få ledere på heltid som fikk et helhetsansvar på tvers av sykehusene og flere fagområder. Ved å organisere helseforetaket med seks eller ni klinikker/avdelinger med påfølgende "underavdelinger"/ seksjoner, ville en både kunne ivareta kravet til helhetlig ledelse og sterk faglig ledelse. Ved å etablere en modell som både ivaretok det helhetlige ledelsesaspektet, samt faglig ledelse på det enkelte kliniske nivået, mente en å komme styrket ut i forhold til den konkurransen helseforetaket sto overfor (bl.a. kravet til kvalitet).

Samordning på tvers av fagområder og samordning på tvers av sjukehusa

Storgruppemodellen innebar at klinikkene/avdelingene inkluderte ulike fagområder og virksomheter både ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Dette ga et organisatorisk grunnlag for nødvendig samordning av ulike spesialiteter på tvers av sykehusene. Det la videre til rette for å utvikle samarbeidet internt i det enkelte sykehus, og ville dermed kunne styrke tverrfagligheten og bedre pasientflyten. Virksomheter som naturlig hang sammen, eller hadde felles funksjoner eller felles pasienter, kunne kobles sammen. Felles ledelse mellom ulike, men beslektede spesialiteter og mellom de to sykehusene, ga muligheter for et forpliktende samarbeid og la til rette for utviklingsarbeid og nødvendige tilpasninger. En kunne ved behov lettere få til ressursoverføring mellom enheter innenfor hver gruppe.

Tilrettelegger for tilpasning til fremtidige endringer

OU-gruppa mente storgruppemodellen la til rette for hensiktsmessig oppgave- og funksjonsfordeling i helseforetaket og organisatoriske tilpassinger til dette innenfor klinikkene/ gruppene ved behov.

Desentralisering av oppgaver og stabsfunksjoner

Storgruppemodellen la til rette for å delegere flere oppgaver ved at en fikk et bedre skille mellom strategi/ overordna styring og daglig drift. Fokus på ledelse og delegering av ansvar og oppgaver til de ulike enhetene mente OU-gruppa ville kreve støttefunksjoner til de ulike enhetene i større grad enn det en hadde med gammel modell. Desentraliserte stabs- og støttefunksjoner ville kunne legge til rette for at ledere kunne være ledere i større grad (også faglige ledere) ved at administrative oppgaver ble lagt til andre innen enheten. Samtidig mente en at staben rundt direktør ville kunne få en mer strategisk og overordnet rolle, mens stabsfunksjoner knyttet til drift ville kunne delegeres. Klinikene burde i hovedsak være selvforsynte med stabsfunksjoner knyttet til daglig drift.

Administrerende direktør gikk senere i sin innstilling til styret bort fra Storgruppemodellen og styret vedtok en modell med 13 avdelinger. Grunnlaget for forslaget om desentraliserte stabsfunksjoner var dermed ikke til stede etter at styret hadde fattet sitt vedtak.

Organisering innen klinikken/de ulike grupperingene

OU- gruppa understreket at følgende forutsetning var viktig for at storgruppemodellen skulle fungere: Det måtte etableres ett (eller flere) nivå under klinikk/avdelingsnivået. Dersom ikke dette skjedde, ville det ikke være håndterlig å lede klinikken/avdelingen som fikk stor spredning både med hensyn til spesialitet og geografi. Det ble ansett som svært viktig at en fikk en tydelig klargjøring av roller, ansvar og myndighet på de ulike nivåene.

Medvirkning – teamarbeid – kontakt mellom "faget" og direktør

OU-gruppa mente det var en viktig forutsetning for at en slik modell skulle fungere at virksomheten ble ledet etter prinsippet om medvirkning. Dette måtte blant annet bety at de ansvarlig for de ulike enhetene/fagområdene måtte trekkes aktivt med i beslutninger som angikk fagområdet. Ledelse skulle ikke være en "individuell øvelse", men et teamarbeid. Det måtte derfor skje en aktiv samhandling mellom ledelsen for den enkelte klinikk/avdeling og lederne for de respektive faglige enhetene/seksjonene. I tillegg måtte det kunne etableres kontakt ved behov også mellom direktør og de ulike fagmiljøene/det enkelte fag innenfor rammene av en klar ansvarsfordeling mellom de ulike nivåene. Dette ville kunne kompensere for at en i denne modellen fikk lengre avstand mellom operativ drift og overordnet ledelse.

Lederkompetanse

OU- gruppa pekte på at storgruppemodellen stilte store krav til lederen av klinikken/avdelingen. Vektlegging av god lederkompetanse ville derfor også være avgjørende for at modellen skulle fungere i praksis.

4.4 Mål for organisasjonsendringen og OU- gruppas innstilling

I OU-gruppas innstilling datert 30. januar 2003 pekte en innledningsvis på at målet for organisasjonsendringen var

- *å finne fram til en organisering av helseforetaket som kan bidra til god oppgaveløsning og måloppnåelse med fokus på å sikre et godt pasienttilbud og effektiv ressursbruk*

I arbeidet med ny organisasjonsstruktur, var det lagt til grunn følgende føringer:

- *Etableringen av Helse Nordmøre og Romsdal skal gi gevinst (faglig og økonomisk) ved at oppgaver og tjenester blir bedre samordnet mellom de to sykehusene*
- *Helseforetaket skal fremstå mest mulig som en helhetlig organisasjon*
- *Administrerende direktør ønsker å redusere antall avdelingssjefer for å få en mindre og mer funksjonell ledergruppe*

OU- gruppa la til grunn følgende prinsipper ved organisering av avdelinger – prinsipper som administrerende direktør sluttet seg til i styresak 17/03:

- *Etablere funksjonelle enheter nært pasienten.*
- *Legge til rette for at pasientene får god kvalitet på tjenestene, herunder et helhetlig og tverrfaglig behandlingstilbud.*
- *Ha fokus på pasientflyten.*
- *Etablere en fleksibel organisasjon som legger til rette for samhandling og godt samspill mellom ulike enheter og fag, også med eksterne samarbeidspartnere.*
- *Sikre god kommunikasjon og dialog på alle nivå og mellom nivå.*
- *Ha fokus på arbeidsmiljø og de ansattes vilkår for å kunne gi et best mulig tilbud til pasientene.*
- *Delegering av ansvar og oppgaver. Beslutningsmyndighet skal plasseres så nært pasienten som mulig.*
- *Ledelse må tilpasses kompetanseorganisasjoner, og fatte både strategiske, faglig, mellommenneskelig og administrativ ledelse, herunder styring av økonomiske ressurser.*
- *Styrke lederfunksjonen i organisasjonen uten at det svekker den faglige ledelsen som må ha en sentral plass i den samlede styringen av organisasjonen.*
- *På alle nivå må det tilstrebes tverrfaglige lederteam.*

De skisserte mål, føringer og prinsipper vil legges til grunn i den videre evaluering av organisasjonsstrukturen for Helse Nordmøre og Romsdal, hvor vi setter søkelys på i hvilken

grad en har nådd de målene en satte seg for de organisasjonsendringene som ble foretatt i 2003.

I OU- gruppas innstilling ble det vist til at det i høringsuttalelsene kom fram stor motstand og skepsis i organisasjonen mot å organisere avdelingene etter storgruppemodellen. Flertallet av høringsinstansene gikk imot forslaget om å gruppere sammen flere spesialiteter i store avdelinger (klinikk/blokk), fordi en slik modell ville føre til for stor avstand mellom direktørnivå og de ulike fagene. En mente at klinikk/blokk- modellen vil medføre at den "overbygningen" som da måtte etableres ville kunne være et "glavalag". En trodde heller ikke det ville være mulig å rekruttere gode ledere til disse klinikkene/blokkene. Flere påpekte i sin høringsuttalelse at storgruppemodellen ville representere en fordyrende ordning, fordi en da ville måtte rekruttere "nye" ledere i tillegg til de som allerede var ansatt.

Når det gjaldt alternative modeller, var imidlertid høringsuttalelsene ikke samstemte med hensyn til hvilket alternativ som var best. Mange ønsket å beholde de ulike avdelingene som egne avdelinger. De fleste avdelingene ved Molde sjukehus - somatisk del, sluttet seg i hovedsak til integrasjonsmodellen (samordning på tvers av de to sykehusene innen samme fagområde), mens avdelinger ved Kristiansund sykehus i hovedsak sluttet seg til en "smågruppemodell" og la vekt på behovet for intern samordning.

OU-gruppa kom ikke fram til noen samlet tilrådning, men la i sin innstilling fram ulike alternativer som var kombinasjoner av ulike modeller:

Kirurgi og anestesi/akutt

Flertallet i OU-gruppa mente at det fortsatt burde være avdelinger med egen leder ved både Molde og Kristiansund innen kirurgi og anestesi/akuttmedisin. Flertallet mente at en eventuell sammenslåing av disse avdelingene ikke måtte skje før funksjonsfordelingen og sykehusstrukturen var avklart. Flertallet mente at sammenslåing på disse fagområdene ville gi for sterke føringer på funksjonsfordelingsdiskusjonen, og at helseforetaket ikke var tjent med en slik rekkefølge på disse vanskelige sakene.

Mindretallet i OU-gruppa gikk inn for at det ble etablert felles avdelinger for Molde sjukehus og Kristiansund sykehus innen disse to fagområdene og begrunnet dette med at en slik løsning på en bedre måte enn videreføringen av to "like" avdelinger ville tydeliggjøre mulighetene og legge forholdene bedre til rette for funksjonsfordeling innen kirurgi og anestesi/akutt. I tillegg trodde mindretallet at en slik modell lettere ville kunne legge føringer i forhold til kravet om best mulig samordning av ressursene og prosedyrer innen disse to fagområdene/spesialitetene i foretaket.

Felles avdeling for kvinne/barn – (avdeling for barn – og gynekologi/føde)

OU-gruppa var delt når det gjaldt opprettelse av en felles kvinne/barn avdeling. Noen av gruppens medlemmer mente det burde etableres en felles kvinne/barnavdeling i helseforetaket, hvilket innebar sammenslåing av avdeling for barn og gynekologi/føde til en felles avdeling. Forslaget om å etablere en felles kvinne/barnavdeling ble begrunnet med at fagområdet "barn" og gynekologi/føde var faglig beslektet, samt at en slik løsning ville medføre totalt færre avdelinger i foretaket. Andre medlemmer la vekt på at det representerte en stor nok utfordring å skulle slå sammen henholdsvis "barn" og gynekologi/føde på tvers av sykehusene dersom en skulle kunne ivareta en håndterlig drift.

Andre la vekt på at innføring av "storgruppemodell" for noen fagområder og ikke andre, kunne framstå som en nedprioritering av noen fagområder. Disse fagområdene ville da ikke lenger ha like lett tilgang til den øverste ledelsen. I tillegg ble det trukket fram som svært vesentlig at gynekologi/føde hovedsakelig var et kirurgisk fagområde, og at det derfor i tilfelle sammenslåing med andre avdelinger måtte knyttes til de kirurgiske fagområdene.

Dette var viktig i forhold til kvalitet m.m. Det ble videre pekt på at det var få faglige berøringspunkter mellom barn og gynekologi/føde.

Gynekologi/føde

OU-gruppa gikk inn for felles ledelse for de to avdelingene, med den begrunnelse at en innen dette fagfeltet allerede var godt i gang med å samordne en del av virksomheten mellom Molde sjukehus og Kristiansund sykehus.

Avdeling for barn (pediatri, barnehabilitering, barne- og ungdomspsykiatri)

OU-gruppa gikk inn for felles avdeling for barn bestående av fagområdene: Barnehabilitering, barne- og ungdomspsykiatri og pediatri. En trodde at en slik modell ville styrke barn som pasientgruppe, og en viste til at en hadde prøvd ut denne modellen i Kristiansund ett par år, og at en hadde gode erfaringer med dette.

Medisinsk avdeling

Flertallet i OU- gruppa gikk inn for å opprettholde to avdelinger, mens et mindretall gikk inn for en felles avdeling. OU- gruppa var enig i – med unntak av en representant – at det fortsatt burde være en avdeling ved hvert sykehus. De medisinske avdelingene representerer et spesielt krevende fagfelt som besto av store, sammensatte avdelinger med mange subspecialiteter, samt med stort innslag av øyeblikkelig-hjelp oppgaver, og flertallet trodde ut i fra dette at en modell med to ledere av disse avdelingene ville være mest hensiktsmessig.

Nevrologisk avdeling

OU- gruppa var også på dette området delt: Opprettholdelse av en egen nevrologisk avdeling, og nevrologisk avdeling lagt sammen med medisinsk avdeling ved Molde sjukehus. Tre medlemmer mente at nevrologi og medisin burde slås sammen, og begrunnet det med at fagene var beslektede på noen områder, samt at en slik løsning ville føre til totalt færre avdelinger i foretaket. Tre medlemmer ønsket at nevrologi forble egen avdeling, og begrunnet det med at nevrologi som fag på mange områder skilte seg fra faget medisin, samt at nevrologi ivaretok en fylkesdekkende funksjon.

Røntgen - radiologi

OU-gruppa gikk inn for en felles røntgenavdeling, med henvisning til at det var igangsatt et faglig/ medisinsk samarbeid på dette området, og at en felles avdeling her ytterligere ville styrke samordningen av den faglige virksomheten innen dette feltet.

Laboratoriefagene (klinisk kjemi, mikrobiologi, patologi)

OU-gruppa gikk inn for å etablere en felles avdeling for laboratoriefagene. En felles avdeling for laboratoriefagene i foretaket ville konkret bety en sammenslåing av mikrobiologisk laboratorium, klinisk/kjemisk laboratorium og patologisk laboratorium ved Molde sjukehus og laboratoriet ved Kristiansund sykehus. De ulike laboratoriene representerte ulike fagområder, og ett av fagene hadde også en fylkesdekkende funksjon. OU- gruppa mente likevel at for å få et håndterlig antall avdelinger i foretaket, så måtte en slå sammen noen mindre fagområder, samt at disse tre laboratoriene var faglig beslektet.

Øre-Nese-Hals, Øye, Tann-kjeve

Flertallet i OU- gruppa gikk inn for en felles avdeling for disse tre fagområdene. Behovet for å få ned antall avdelinger i foretaket var også hovedbegrunnelsen for at alle representantene i OU- gruppa – med unntak av én – gikk inn for at å slå sammen spesialitetene ØNH (Molde sjukehus og Kristiansund sykehus), Øye (Molde sjukehus) og Tann/kjeve (Molde sjukehus) til en felles avdeling. Dette var tre spesialiteter som ikke hadde spesielt mye til felles med hverandre. Størrelsen på de tre avdelingene, samt behovet for å redusere det totale antall avdelinger i foretaket tilsa imidlertid at disse tre avdelingene måtte kunne slås sammen til en avdeling. Flertallet i OU- gruppa som gikk inn for en slik modell, var imidlertid inneforstått med at en slik sammenslåing representerte en fare for at den enkelte spesialitet ble mindre synlig og hadde mindre direkte påvirkning i foretaket. En forutsetning for at en slik modell skulle fungere, var derfor at de ulike spesialitetene fikk stor grad av selvstendighet, ble trukket med i viktige beslutningsprosesser og fikk gode vilkår til å utøve sin faglige virksomhet.

Operasjon

OU-gruppa gikk inn for at operasjonsavdelinga ble lagt enten til kirurgisk avdeling eller avdeling for anestesi/akutt. Operasjonsvirksomheten var organisert forskjellig; ved Molde sjukehus som egen avdeling, og ved Kristiansund sykehus som en del av akuttmedisinsk serviceavdeling. I OU- gruppa var det enighet om at operasjonsavdelingen burde organiseres innunder enten kirurgisk avdeling eller sammen med anestesi/akuttmedisin, men det var noe ulikt syn på hvilke av disse to løsningene som var best. En mente at de berørte avdelingene burde trekkes med i en nærmere vurdering av dette.

Psykatri

Flertallet i OU-gruppa gikk inn for to avdelinger for psykiatri:

- *En felles avdeling for Distriktpsikiatrisk avdeling (DPS) og Alderspsikiatrisk avdeling*
- *En felles avdeling for Psikiatrisk rehabiliteringsavdeling, Akuttpsikiatrisk avdeling, og Avdeling for yngre.*

Mindretallet mente det måtte vurderes nærmere aktuelle modeller for organisering av psykiatrien.

Flertallet mente at en felles psikiatriavdeling ville bli svært sammensatt og krevende med stor geografisk spredning. Konkret foreslo derfor flertallet at det ble opprettet en DPS-avdeling (distriktpsikiatrisk senter) og en avdeling for akuttavdelingen og de fylkesdekkende funksjonen minus alderpsikiatri. Alderpsikiatri drev i stor grad med utadrettet virksomhet og hadde dermed større faglig fellesskap med DPS enn med de øvrige tjenesteområdene inne psikiatri. I tillegg til at en todeling av psykiatrien ville gi en mer håndterlig drift, ville en modell som skilte ut DPS som egen avdeling, være i tråd med signaler fra sentrale myndigheter om at DPS skulle styrkes, og faglig og organisatorisk skjermes fra sykehuspsikiatrien.

Mindretallet, som ønsket en nærmere vurdering av avdelingsstrukturen, begrunnet dette med at de berørte avdelingene i større grad burde komme med innspill til aktuelle modeller om man nå ville gå for to avdelinger. Det ble blant annet vist til at psykiatrien også hadde fylkesdekkende funksjoner. En mente det var et spørsmål om det ble lagt tilstrekkelig til rette for at disse avdelingene kunne fungere som gode tilbud for hele fylket. Det ble også vist til at andre avdelinger i tillegg til Alderspsikiatrisk avdeling hadde eller skulle ha en mer utadretta virksomhet.

Rehabilitering

OU-gruppa gikk inn for å etablere en felles rehabiliteringsavdeling for foretaket som innholdt voksenhabilitering, Aure Opptreningscenter, et eventuelt lærings- og mestringssenter, fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten ved de to sykehusene, kjøkken, ernæringsfysiolog, prest, og sosionom. En slik modell ville i større grad kunne synliggjøre og fronte det viktige rehabiliteringsarbeidet som ble gjort overfor pasienter innlagt på de somatiske avdelingene, samt legge godt til rette for samordning av felles ressurser innen rehabiliteringsfeltet.

Innen psykiatrien var sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter integrert i avdelingene. Flertallet ønsket å få vurdert nærmere hva som burde skje med disse fagområdene i psykiatrien. Disse burde derfor ikke legges til denne avdelingen. Mindretallet var skeptisk til om en slik vurdering var nødvendig når utviklingen i psykiatrien hadde gått i retning av integrering og tverrfaglighet i avdelingene. Disse fagpersonene burde derfor beholdes i avdelingene.

OU-gruppa diskutert også alternativ organisering for habiliteringsavdelingen. Det var aktuelt at denne avdelingen – som også drev utadrettet virksomhet i stor grad – ble organisert sammen med DPS- avdelingen. Det ble trukket fram at avdelingens syn og holdning burde tillegges vekt før endelig avklaring av organisering.

Serviceavdeling

OU-gruppa gikk inn for at det ble opprettet en felles serviceavdeling (teknisk, husøkonom, barnehagene.) Både en styrking av fagmiljøet og felles bruk av ressurser særlig innen det tekniske området, og behovet for færre avdelinger, var begrunnelse for sammenslåing.

4.5 Administrerende direktørs forslag og styrets vedtak

Som det går fram av punkt 4.2 ovenfor og punkt 4.6. nedenfor, ble saker vedrørende organisering av stabsfunksjoner og kontortjenesten lagt fram for og endelig behandlet i SAMU. Når det gjaldt den fremtidige avdelingsstrukturen, valgte administrerende direktør styrebehandling av denne saken, noe som i følge vår kilder hadde sin bakgrunn i den diskusjonen og uenigheten som hersket i organisasjonen generelt og OU- gruppa spesielt om den fremtidige organiseringen av Helse Nordmøre og Romsdal. Direktøren ønsket med andre ord tilstutning til og støtte fra styret for de endringene som skulle gjennomføres.

Administrerende direktør la på styremøtet den 6. februar 2003 fram følgende forslag til organisering av avdelingene i Helse Nordmøre og Romsdal - et forslag som styret sluttet seg til:

Avdeling	Funksjoner inkludert	Ca. antall stillinger i 2003
En felles kirurgisk avdeling		185
En felles akuttmedisinsk/anestesiavdeling	Intensiv, mottakelse, AMK, anestesi	165
En felles røntgenavdeling		55
En felles laboratorieavdeling	Klinisk/kjemisk lab, Molde, mikrobiologisk lab., Molde, patologisk lab., Molde, lab. Kristiansund	90
En felles gynekologi/fødeavdeling		90
En felles nevrologisk avdeling		50
En felles avdeling for ØNH, øye og tann/kjeve		40
En felles medisinsk avdeling	Dialysestasjonen i Fræna	195
En felles avdeling for barn	Barnehabiliteringstjenesten, barne- og ungdomspsykiatrien og pediatri	100
En felles DPS- avdeling	Distriktpsikiatrisk senter, alderpsykiatrisk avdeling og voksenhabiliteringstjenesten	150
En felles avdeling for psykiatriske sengeposter	Akuttavdelingen, de fylkesdekkende, spesialiserte langtidsavdelingene, dvs. avd. for yngre og psykiatrisk rehabiliteringsavdeling, og kultur- og fritid og Aktivitetshuset	290
En felles rehabiliteringsavdeling	Aure Opptreningscenter, fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten, klinisk ernæringsfysiolog, prest	45-50
En felles serviceavdeling	Barnehage, teknisk service, husøkonom og kjøkken	230

Administrerende direktør mente at det skisserte forslaget til organisering ville fremme nødvendig samordning mellom ulike deler av virksomheten, samt at antall avdelinger ikke ville være større enn at det ville være mulig å få etablert et effektivt lederteam for helseforetaket. I den gamle modellen var det 33 avdelingssjefer med direkte linje til administrerende direktør - i forslaget var det 13 linjeavdelinger. Administrerende direktør mente at en i denne omgang ikke burde gå lenger i sammenslåing av avdelinger, og han pekte på at en organisering av foretaket stadig ville vurderes.

Organiseringsforslaget innebar i utgangspunktet en lederstruktur med tre nivåer:

- Administrerende direktør
- Avdelingssjefer
- Ledere for den enkelte enhet i avdelingen

Når det gjaldt organisering av operasjonsavdelingen - som var ulikt organisert ved de to sykehusene i 2003 - gikk administrerende direktør inn for at også denne virksomheten ble

samordnet i en felles enhet på tvers av sykehusene, sammen med sterilsentralen. Operasjonsavdelingen burde imidlertid ikke etableres som en egen avdeling, men sammen med enten kirurgisk avdeling eller akuttmedisinsk/anestesiavdeling. Operasjonsavdelingen inngikk i et nært samarbeid og samspill med begge disse avdelingene, og administrerende direktør ønsket å bruke noe mer tid på å avklare den organisatoriske plasseringen av operasjonsavdelingen, bl.a. ønsket en å diskutere dette mer utførlig med de respektive fagmiljøene ved de to sykehusene.

Når det gjaldt organisering av psykiatrien, støttet administrerende direktør flertallet i OU-gruppas forslag om å ha til sammen to psykiatriske avdelinger, dvs. en DPS-avdeling (distriktpspsykiatrisk senter, voksenhabiliteringstjenesten og alderpsykiatri) og en avdeling for de psykiatriske sengepostene. Administrerende direktør så imidlertid også at dette forslaget hadde sine svakheter ved at DPS og sengepostene på sykehusene på denne måten ble organisatorisk skilt, til tross for at det var et stort samordningsbehov. En forutsetning for at modellen med to psykiatriske avdelinger skulle fungere var derfor at det ble formalisert et forpliktende samarbeid mellom de to avdelingene. Dette måtte bl.a. gjøres ved at det ble etablert faste møtefora for hele psykiatrifeltet, samt forpliktende samarbeidsavtaler.

Modellen innebar store endringer i forhold til eksisterende organisasjon. Et element som i løpet av OU-prosessen var blitt trukket fram som faremoment (bl.a. i høringsuttalelsene), var at organiseringen kunne føre til nedlegging/ endring av tilbud innenfor helseforetaket. Administrerende direktør pekte imidlertid på at den nye organiseringen ikke medførte strukturelle endringer i tilbudet. I den grad en fant det faglig riktig å endre strukturen, var dette spørsmål som styret skulle behandle.

Organisasjonsmodellen innebar at avdelingssjefene fikk viktige støttefunksjoner (økonomi, personal m.m.) fra sentrale stabsavdelinger. I en videre organisering ville en vurdere balansen mellom sentrale stabsfunksjoner og støttefunksjoner i linjen.

Administrerende direktør mente at den nye organisasjonsmodellen ventelig ville være operativ fra 1. juni 2003.

4.6 Organisering av kontortjenesten i helseforetaket

Organisering av kontortjenesten ble lagt fram som egen sak for SAMU på møtet den 13. juni 2003 (sak nr. 56/03). Saken omfattet funksjonene medisinsk kontortjeneste, kontorfaglederfunksjonen, ekspedisjonsfunksjonen og kontortjenesten for administrasjonen/ledelsen.

I innstillingen fra administrerende direktør støttet han OU-gruppas forslag om å desentralisere den medisinske kontortjenesten. Dette ville medføre endringer for kontortjenesten ved sykehuset i Kristiansund som inntil da hadde vært organisert etter en sentralisert modell med en felles kontorleder. Endringene innebar at kontorpersonalet nå skulle rapportere til avdelingssjefene i stedet for til kontorleder. Hvorvidt det skulle være kontorlederstilling ved den enkelte avdeling, skulle avklares i forbindelse med utarbeidelse av organisasjonsplan for den enkelte avdeling. Videre ble det foreslått opprettet en felles vikarpool som skulle bistå avdelingene med kontortjenester ved fravær, topper etc. Denne skulle ha en felles leder, men av praktiske hensyn skulle den være lokalisert ved begge sykehusene. Sentralbordfunksjonen ble foreslått organisert under driftsserviceavdelingen.

SAMU sluttet seg til innstilling og forslag fra administrerende direktør.

4.7 Implementering

Avdelingssjefene fikk allerede på sin første samling sommer/høst 2003, beskjed om å prioritere interne organisasjonsplaner, med frist for å legge fram planene innen 1. desember samme år.

I notat utarbeidet av Anny Sønderland (Fag- og organisasjonsavdelingen) datert 13. februar 2004 "Organisasjonsplanene for avdelingene", het det at avdelingene hadde kommet ulikt langt i dette arbeidet. Notatet fulgte som vedlegg til SAMU- sak 17/04 som ble behandlet på møtet den 24. februar 2004. På dette tidspunktet hadde følgende avdelinger ikke slutført arbeidet med organisasjonsplaner:

- Kirurgisk avdeling
- Medisinsk avdeling
- Rehabiliteringsavdelingen
- Øre-nese-hals, øye, tann-kjeve

I tillegg hadde ingen av stabsavdelingene (Økonomiavdelingen, Personalavdelingen og Fag- og organisasjonsavdelingen) utarbeidet organisasjonsplan etter anbefalt mal eller hatt en prosess i samsvar med anbefalt prosess. Det var imidlertid, etter det vi kjenner til, satt i gang prosesser i avdelingene på dette tidspunktet.

I direktørens merknader het det at organisasjonsplaner for disse avdelingene måtte legges fram for SAMU til behandling på et senere tidspunkt. For de øvrige avdelingene sluttet SAMU seg til de fremlagte forslagene til organisasjonsplaner:

- Avdeling for laboratoriemedisin
- Avdeling for voksenpsykiatri
- Avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer
- Avdeling for barn og unge
- Distriktpsikiatrisk avdeling
- Akuttmedisinsk avdeling
- Nevrologisk avdeling
- Røntgenavdelingen
- Avdeling for driftsservice

Når det gjaldt arbeidet med de avdelingsvise organisasjonsplanene, presiserte administrerende direktør blant annet følgende:

- Det skulle i utgangspunktet være tre ledernivåer, men dette kunne imidlertid fravikes ved behov. Nivå 1 var administrerende direktør. Betegnelsen *avdeling* ble videreført på Nivå 2, *enhet* på Nivå 3 og *seksjon* på Nivå 4. Dette ville være enheter der leder som hovedregel skulle ha et samlet lederansvar for fag, personal, administrasjon og økonomi. *Team* kunne brukes der dette var hensiktsmessig, og burde brukes som betegnelse når leder ikke hadde personalansvar. Det skulle tilstrebes å videreføre eller finne navn som sa noe om funksjon og oppgaver. Der det var naturlig eller ønskelig kunne enhet og seksjon brukes i navnet.
- Størrelsen på avdelingene skulle sikre en hensiktsmessig fordeling mellom ledere og ansatte. De avdelingene som hadde større enheter, eller der mange rapporterte til leder, burde vurdere ulike alternativ (seksjon, team, assisterende leder) blant annet for å sikre en tildresstillende personalledelse. Andre forhold, som at avdelingssjef/leder hadde kliniske oppgaver, geografisk avstand etc. måtte også tas med i en slik vurdering.

- Alternative stillingsbetegnelser for medisinsk leder (systemansvarlig) skulle vurderes på nytt. Aktuelle alternativer var; medisinsk faglig rådgiver eller medisinsk fagleder. Stillingsbetegnelse for leder av legegruppen måtte sees i sammenheng med vurdering av stillingsbetegnelse for medisinsk leder/ systemansvarlig. Aktuelle navn, ville være; medisinsk leder eller medisinsk enhetsleder.
- Ledertittelen skulle som en hovedregel være profesjonsnøytral og fortrinnsvis avspeile nivået en var leder på. Tittelen avdelingssykepleier ble foreslått avviklet og erstattet med eksempelvis postleder, enhetsleder, poliklinikkleder etc. Dette skulle vurderes nærmere.
- Det skulle utarbeides stillingsbeskrivelser der det fremgikk hvilket ansvar og myndighet ulike ledere og stillinger med koordinerende funksjoner skulle ha.
- Avdelingene ble bedt om å evaluere og vurdere nærmere om de foreslåtte organisasjonsplanene i tilstrekkelig grad ivaretok lovkravet om en ansvarlig leder på alle nivå. I denne sammenheng burde også titler som avdelingssykepleier, seksjonsoverlege, medisinsk koordinator og ledere etc. vurderes nærmere.
- Alle avdelingene ble bedt om å arbeide videre med organisasjonsutvikling og organisasjonsplan blant annet for å klargjøre organiseringen av nye oppgaver, samarbeidsrelasjoner med mer.

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal behandlet på møtet 28. juni 2004 sak nr 41/04 vedrørende oppgavefordeling i helseforetaket (Styret hadde tidligere - sak nr. 76/03 "Samla plan" - vedtatt en overordnet strategi for sykehusstrukturen, hvor det var enighet om at en skulle ha to sykehus, og at begge sykehusene skulle ha et bredt tilbud). Hver avdeling hadde gått gjennom tilbudene sine og sett på fordelingen av oppgavene i helseforetaket – spesielt mellom Kristiansund sykehus og Molde sjukehus. Arbeidet ble gjort ut fra en forutsetning om at både Kristiansund sykehus og Molde sjukehus skulle ha de akuttfunksjoner de hadde, noe som også inkluderte to fødeenheter:

Kirurgi

Kristiansund sykehus skulle ha følgende seksjoner:

- Urologisk seksjon
- Ortopedisk seksjon
- Gastroenterologisk seksjon

Molde sjukehus skulle ha følgende seksjoner:

- Gastroenterologisk seksjon
- Ortopedisk seksjon
- Mamma-/endokrin og plastisk kirurgisk seksjon
- Karkirurgisk seksjon

Spesielt om enkelte behandlingsformer:

Kristiansund:

- Komplisert ryggkirurgi/- fiksasjoner
- Kneproteseoperasjoner
- Proteserevisjoner

Molde:

- Preoperativ utredning og operasjon for kreft i endetarmen
- Primær diagnostikk og behandling av brystkreft
- Operasjoner på skjoldbruskkjertel/biskjoldbruskkjertel

Behandlingen av multitraume ble ikke vurdert. Det ble pekt på at en oppgavefordeling i en akutt og planlagt enhet, ville føre til en vesentlig reduksjon av utdanningskapasiteten for spesialister. En slik oppgavefordeling var derfor ikke foreslått.

Indremedisin

Indremedisin var delt inn i 8 grenspesialiteter og hadde stor grad av øyeblikkelig hjelp-behandling. Begge sykehusene måtte ha ett sett av spesialiteter som sikret nødvendig bredde i tilbudet. Nødvendige spesialiteter ved begge sykehusene var kardiologi, lungesykdommer og geriatri. Det var også ønskelig med spesialist i fordøyelsessykdommer og hematologi ved begge sykehusene. Når det gjaldt grenspesialitetene infeksjonssykdommer, nefrologi og endokrinologi trengte ikke disse være representert ved begge sykehusene. Kristiansund sykehus hadde dialysetilbudet og det var naturlig at nefrologitilbudet ble utviklet ved dette sykehuset. Når det gjaldt infeksjonssykdommer og endokrinologi, så hadde Molde sjukehus grenspesialister allerede. Lederteamet var enige om å opprette en egen arbeidsgruppe som fikk som mandat å se nærmere på utviklingen og organiseringen av det palliative tilbudet.

Gynekologi/fødetilbudet

Forutsetningen om to fødeavdelinger, noe som også var avdelingens anbefaling, mente en ville styre bemanningen og ressursbruken i stor grad. Begge de to enhetene drev generell gynekologi og fødselshjelp. Det var svært liten forskjell for de to avdelingene innen fødselshjelp. Innen gynekologi var det nødvendig med generell kompetanse, men enkelte planlagte behandlinger med lavt antall, burde vurderes fordelt mellom enhetene. Dette ville ikke gi økonomisk, men kvalitativ uttelling.

Øre-nese-hals/øye/tann-kjeve

I 2004 hadde en allerede stor grad av oppgavefordeling mellom enhetene. Øyetilbudet i Kristiansund ble gitt av privatpraktiserende spesialist. Tannbehandling i narkose ble gitt ved begge sykehusene. Skulle tilbudet ved Kristiansund sykehus opprettholdes, måtte en investere i utstyr ved sykehuset, samt skaffe nye lokaler. Dette syntes en var vanskelig. Tilbudet gjaldt et fåtall pasienter, og både ut fra plasshensyn og økonomi, mente en at alt tilbud burde legges til Molde sjukehus.

Nevrologi

Molde sjukehus hadde foretakets eneste tilbud, og det var ingen grunn til å gjøre endringer. Nevrologisk avdeling hadde også spesiell funksjon i fylket.

Tilbudet til barn og unge

Barnemedisin – Barnehabilitering

Det ble ikke lagt fram forslag om endringer. Den barnemedisinske sengeposten og barnehabiliteringstjenesten var lokalisert ved Kristiansund sykehus, mens det var barnemedisinske poliklinikker ved begge sykehusene. Avdelingen ville se nærmere på vaktordningen innen barnemedisin for å se om en kunne få denne mer samlet.

Barne- og ungdomspsykiatri

Barne- og ungdomspsykiatrien i helseforetaket besto i 2004 av poliklinikker i Molde og Kristiansund. Barn med atferdsvansker og hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker utgjorde en stor del av de henviste til poliklinikken i Kristiansund. Poliklinikken i Molde jobbet spesielt med tidlig forebygging av psykiske lidelser hos barn. Avdelingen hadde

også en familieenhet, Sagbakken, som var en fylkesdekkende tjeneste. Oppbygging av akutttilbudet for barn og unge i foretaket skjedde ved Molde sjukehus. Ved Kristiansund sykehus arbeidet en med en utredningsenhet i samarbeid med habilitering og barnemedisin.

Det voksenpsykiatriske tilbudet

Spørsmålet om funksjonsfordeling mellom de to sykehusene når det gjaldt det voksenpsykiatriske tjenestetilbudet ble vurdert som lite aktuelt. Det spesialiserte psykiatriske tilbudet, som var lokalisert på Hjelset, hadde en fylkesdekkende funksjon, og det døgnbaserte akuttpsykiatriske tilbudet var lokalisert ved Molde sjukehus, men dekket Nordmøre og Romsdal. Ved begge sykehusene var det voksenpsykiatriske poliklinikker. Distriktskykiatrisk senter var lokalisert i begge sjukehusområdene, og tilbudene var likeverdige.

Akuttmedisin

Begge sykehusene var akuttsykehus, noe som medførte at dette tilbudet var viktig å videreutvikle ved begge sykehusene. De aller fleste pasientene blir behandlet som i dag. En hadde mellom 5 og 10 tyngre intensivpasienter som det burde gjøres endringer for. Disse burde samles ved en av intensivavdelingene, og ut fra faglige hensyn ble det foreslått at disse ble lokalisert til Molde sjukehus. Fagmiljøene måtte definere hva som ligger i begrepet "tyngre intensivpasienter". I tillegg var intensivpasientene ved Molde sjukehus i 2004 lokalisert ved to steder. Dette var ikke den beste løsningen. Kostnadene ved endringen knyttet seg til endringer som måtte gjøres ved Molde sjukehus for å samle intensivpasientene der.

Rehabiliteringsavdelingen

Oppgradering av Aure Opptreningsssenter ble vurdert som en viktig satsing, både bygningsmessig, faglig og når det gjaldt økt samarbeid med de kliniske avdelingene i foretaket. En oppgradering av Aure opptreningsssenter kunne bl.a. føre til nedgang i liggedøgn ved noen av de kliniske avdelingene på sjukehuset. Lærings- og mestrings tiltak var ett av flere prioriterte områder, og det etablerte lærings- og mestringsssenteret i Kristiansund var organisatorisk tilknyttet rehabiliteringsavdelingen.

Medisinske støttefunksjoner

Utforming av de medisinske støttefunksjonene ville være avhengig av hvilke funksjoner det enkelte sykehus hadde.

Radiologi

Innføring av digital kommunikasjon ga en effektiv avdeling som førte til at en kunne gjøre de fleste undersøkelser begge steder. Noen undersøkelser krevde at radiolog var til stede. I og med at Kristiansund sykehus ikke hadde radiolog i vakt, måtte noen pasienter utenom vanlig åpningstid få undersøkelser ved Molde sjukehus. Denne ordningen hadde en hatt siden 2000.

Laboratoriemedisin

Avdeling for laboratoriemedisin så ingen grunn til å endre på plasseringen av de faglige tilbudene. Det ville si at en ville ha laboratorium for medisinsk biokjemi ved begge sykehusene og laboratoriet for patologi og medisinsk mikrobiologi ved Molde sjukehus.

5 Produksjons- og effektivitetsutvikling

5.1 Innledning

Ved sammenslåing av sykehus vil en målsetting være å øke effektiviteten. Økt effektivitet vil her forstås som mer pasientbehandling sett i forhold til ressursinnsats i form av personell og penger. Det kan være slik at det tar noe tid før en potensiell effektivitetsgevinst ved en sammenslåing realiseres. Årsakene til dette kan være at omstillinger i seg selv er ressurskrevende, og at det tar tid før den "nye" organisasjonen fungerer optimalt. Som presentert under kapittel 4 ovenfor, ble ny avdelingsstruktur vedtatt i februar 2003 og forventet operativ i juni samme år. Frist for å utarbeide interne organisasjonsplaner ble satt til desember 2003, men det var fortsatt fire avdelinger (deriblant store avdelinger som kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling) som i februar 2004 ikke hadde utarbeidet en slik plan. Videre bør en ha med i vurderingen at sak vedrørende oppgavefordelingen i foretaket ble styrebehandlet i juni 2004.

Dette avnittet vil belyse hvordan sammenslåingen av sykehusene i Molde og Kristiansund til Helse Nordmøre og Romsdal i 2003 har påvirket produktivitetsnivå og effektivitetsutvikling – for den somatiske delen av virksomheten. Problemstillingen belyses på to måter:

Presentasjon og diskusjon av produktivitetsindikatorer for Helse Nordmøre og Romsdal 2002-2004

Med produktivitetsindikatorer forstås her indikatorer for pasientbehandling målt ved DRG-poeng sett i forhold til årsverksinnsats og driftskostnader. Produktivitetsindikatorer for Helse Nordmøre og Romsdal vil sammenlignes med tilsvarende indikatorer for Helse Midt-Norge samlet - og også tilsvarende på nasjonalt nivå. Dette vil belyse hvordan produktiviteten i Helse Nordmøre og Romsdal nivåmessig - for hvert år i perioden 2002-2004 - ligger an i forhold til produktiviteten i Helseregion Midt-Norge og for landet samlet. Disse indikatorene dreier seg om produktivitet innenfor behandling av pasienter som klassifiseres ved hjelp av DRG-systemet.

Presentasjon og diskusjon av effektivitetsutvikling 2002-2004 for Helse Nordmøre og Romsdal

For det andre vil utvikling i effektivitet for Helse Nordmøre og Romsdal belyses ved hjelp av DEA-analyse (DEA: Data Envelopment Analysis – dataomhyllingsanalyse) (1,2)². Ved beregning av effektivitetsutvikling inkluderes også poliklinisk aktivitet ved helseforetakene. Dette vil belyse hvordan effektiviteten ved Helse Nordmøre og Romsdal har utviklet seg i perioden 2002-2004 sammenlignet med Helseregion Midt-Norge samlet og nasjonalt. Til forskjell fra produktivitetsindikatorerne fokuseres det her på utvikling, og ikke nivå. Imidlertid bør det være konsistens mellom produktivitetsindikatorerne for Helse Nordmøre og Romsdal og effektivitetsutviklingen i perioden 2002-2004.

² Se punkt 5.3 for omtale av DEA-metoden.

5.2 Definisjon av produktivitet og effektivitet

Produktivitet måles på følgende måte:

- a) *Korrigerte opphold pr årsverk og pr behandlerårsverk: Pasientbehandling målt ved DRG-poeng³ dividert på totalt antall årsverk og antall behandlerårsverk.*
- b) *Driftskostnader knyttet til pasientbehandling (DRG) dividert på antall korrigerte opphold.*

Det vises for øvrig til SAMDATA somatikk, sektorrapport 2004 for grundigere definisjon av produktivitetsindikatorerne som legges til grunn (2).

Effektivitet måles på følgende måte:

- *Forholdet mellom observert effektivitet og beste mulige effektivitet.*

Det opereres her med to effektivitetsmål; Teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet. For begge effektivitetsmålene kvantifiseres pasientbehandling som DRG-poeng og polikliniske refusjoner. Ved beregning av teknisk effektivitet benyttes årsverk i form av leger og annet personell som ressursinnsats, mens ved beregning av kostnadseffektivitet benyttes driftskostnader knyttet til pasientbehandling (inkludert poliklinisk virksomhet) som ressursinnsats (2).

5.3 Om DEA-metoden

Vi har ikke kunnskap om hva som er maksimal produktivitet, og må derfor i praksis beregne effektivitet som forholdet mellom faktisk produktivitet og produktivitet i de enheter som definerer "beste-praksis". DEA (data envelopment analyses, eller dataomhyllingsanalyser) er en ikke-parametrisk metode⁴ for bestemmelse av en frontproduktfunksjon med flere innsatsfaktorer og produkter. DEA – metoden tillater at ulike innsatsfaktorer og produkter kan måles ved hjelp av ulike målenheter. Den effektive fronten definerer den maksimale produksjonen som kan produseres gitt innsatsfaktorene. De effektive enhetene ligger på fronten, og det er disse de andre sykehusene sammenliknes med. Bak denne metoden ligger noen grunnleggende forutsetninger. Den viktigste er at de observerte tilpasningene faktisk er mulige (ikke målefeil i data). Det er spesielt viktig at det ikke er målefeil i de observasjonene som definerer beste praksis. Det er viktig å poengtere at DEA er en velegnet metode for å finne relativ effektivitet, men den gir ikke nødvendigvis informasjon om det vi kan kalle absolutt effektivitet.

Effektivitetsmålene som beregnes refererer til det som kan kalles indre effektivitet ("gjøre tingene riktig"). Utvikling i teknisk effektivitet og kostnadseffektivitet som presenteres i dette kapitlet sier derfor ingenting om ekstern effektivitet ("å gjøre de riktige tingene"), som kan være et uttrykk for de nasjonale og regionale prioriteringene.

Det er mulig å anta ulike forutsetninger for skalaavkastning. I disse analysene antar vi konstant skalaavkastning, i motsetning til alternativet som er variabel skalaavkastning. Årsaken til at en forutsetning om konstant skalaavkastning legges til grunn, er at skalaeffekter ved sammenslåing av sykehusene i Molde og Kristiansund skal belyses her. Dette innebærer med andre ord en forutsetning om at "alle kan sammenlignes med alle" – uansett størrelse.

³ DRG-poeng: Hvert sykehusopphold som gir grunnlag for ISF-refusjon (ISF: Innsatsstyrt finansiering) gis en poengscore. DRG-poeng knyttet til det enkelte somatiske sykehusopphold er basert på en relativ vekt som angir hvor ressurskrevende sykehusoppholdet er. Et gjennomsnittlig sykehusopphold har DRG-vekt 1,00 – det vil si ett DRG-poeng. Det vises for øvrig til informasjonsheftet "Innsatsstyrt finansiering 2005" fra Helse- og omsorgsdepartementet (3).

⁴ Det pålegges ikke noen bestemt parametrisk struktur på produktfunksjonen.

DEA-metoden er følsom for målefeil i datamaterialet som benyttes. Det vil for eksempel bety at feil i rapportering av årsverksinnsats og avgrensning av kostnader til pasientbehandling vil kunne påvirke det beregnede effektivitetsnivået. I tillegg kan det stilles spørsmål ved hvordan endret kodepraksis for diagnosesetting påvirker kvantifisering av pasientbehandling og dermed også beregnet effektivitetsutvikling (4). Dette er viktig å være oppmerksom på, særlig når beregnet effektivitetsutvikling for Helse Nordmøre og Romsdal på HF-nivå presenteres i sammenligning med regional og nasjonal utvikling.

5.4 Resultater

5.4.1 Produktivitetsindikatorer Helse Nordmøre og Romsdal 2002-2004

Tabell 5.1 og 5.2 presenterer antall korrigerte sykehusopphold pr årsverk og pr behandlerårsverk. Tallene er hentet fra SAMDATA-publikasjonene SAMDATA somatikk - sektorrappporter for 2002, 2003 og 2004 (5,6,2). Disse indikatorene viser med andre ord hvor mange (DRG-) korrigerte sykehusopphold sykehusene har fått ut av årsverksinnsatsen – og kan dermed sies å være et mål på produktivitet.

Tabell 5.1. Antall korrigerte opphold pr årsverk. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal

År	2002	2003	2004 ¹
Landet samlet	19,4	20,0	26,0
Helse Midt-Norge	19,6	19,6	25,7
Sjukehuset i Molde	19,8		
Sykehuset i Kristiansund	24,9		
Helse Nordmøre og Romsdal	21,8 ²	20,7	26,7

1 Rater for 2004 er ikke nivåmessig direkte sammenlignbare med 2002 og 2003. Årsaken er at for 2004 er årsverk knyttet til pasientbehandling (DRG) avgrenset, mens for 2002 og 2003 inngår totalt antall årsverk.

2 Samlet HF-tall for 2002 er konstruert som et veid gjennomsnitt mellom rater for Sjukehuset i Molde og Sykehuset i Kristiansund. Totale driftskostnader er bruk som vekt ved beregning av veid gjennomsnitt.

Tabell 5.2. Antall korrigerte opphold pr behandlerårsverk. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal.

År	2002	2003	2004 ¹
Landet samlet	27,4	28,2	36,2
Helse Midt-Norge	27,1	26,6	34,2
Sjukehuset i Molde	27,3		
Sykehuset i Kristiansund	34,0		
Helse Nordmøre og Romsdal	29,9 ²	28,2	35,6

1 Rater for 2004 er ikke nivåmessig direkte sammenlignbare med 2002 og 2003. Årsaken er at for 2004 er årsverk knyttet til pasientbehandling (DRG) avgrenset, mens for 2002 og 2003 inngår totalt antall årsverk.

2 Samlet HF-tall for 2002 er konstruert som et veid gjennomsnitt mellom rater for Sjukehuset i Molde og Sykehuset i Kristiansund. Totale driftskostnader er bruk som vekt ved beregning av veid gjennomsnitt.

Ratene for antall korrigerte opphold pr årsverk og behandlerårsverk er for 2004 nivåmessig ikke direkte sammenlignbare med 2002 og 2003 (se tabellnote 1 for tabell 5.1 og 5.2). Resultatene presentert i tabell 5.1 og 5.2 indikerer fall i produktivitet for Helse Nordmøre og Romsdal fra 2002 til 2003. Dette kan være forventet ut fra en hypotese om at omorganiseringer i seg selv er ressurskrevende, og at det kan ta tid før en potensiell effektivitetsgevinst slår ut i forbedrede produktivitetsindikatorer.

For landet samlet observeres økt produktivitet fra 2002 til 2003, når denne måles som antall korrigerte opphold pr behandlerårsverk. For Helse Midt-Norge samlet observeres, i likhet med for Helse Nordmøre og Romsdal, en reduksjon i antall korrigerte opphold pr behandlerårsverk. Det indikeres imidlertid en svakere produktivetsreduksjon for Helseregion Midt-Norge sammenlignet med Helse Nordmøre og Romsdal – og det må også understrekes at tall for Nordmøre og Romsdal inngår i samlede tall for Helse Midt-Norge.

Indikatorene for 2004 presentert i tabell 5.1 og 5.2 er nivåmessig ikke direkte sammenlignbare med 2002 og 2004. Tabell 5.2 indikerer at produktiviteten målt ved antall korrigerte opphold per *behandlerårsverk* i 2004 er lavere i Helse Nordmøre og Romsdal sammenlignet med landet samlet. Dette står i motsetning til resultater fra 2002. Tabell 5.1 indikerer derimot at produktiviteten i Helse Nordmøre og Romsdal nivåmessig ligger over gjennomsnittet for landet samlet for alle årene som betraktes.

Samlet sett er hovedinntrykket fra indikatorene presentert i tabell 5.1 og 5.2 at arbeidskraftens produktivitet har falt noe i Helse Nordmøre og Romsdal fra 2002 til 2003. Dette står i motsetning til resultater for landet samlet. Fordi indikatorene nivåmessig i 2004 ikke er direkte sammenlignbare med de to forutgående årene, er det likevel vanskelig å si om produktiviteten i Helse Nordmøre og Romsdal, målt som antall korrigerte opphold pr årsverk og behandlerårsverk, er endret fra 2003 til 2004.

Tabell 5.3 viser kostnad pr DRG-korrigerte opphold for landet samlet, Helseregion Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal i perioden 2002 til 2004. Denne indikatoren viser med andre ord hvor mye pasientbehandlingen, målt som DRG-korrigerte opphold, har kostet. Lavere kostnad per korrigerte opphold er dermed en indikator på høyere produktivitet.

Tabell 5.3. Kostnad pr korrigerte opphold. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal. Absolutte og relative¹ størrelser. Absolutte tall i løpende priser.

Kostnad pr korrigerte opphold	2002		2003		2004	
	Absolutt	Relativt	Absolutt	Relativt	Absolutt	Relativt
Landet samlet	26 324	1,00	25 100	1,00	26 935	1,00
Helse Midt-Norge	25 445	0,97	25 000	1,00	28 232	1,05
Sjukehuset i Molde	24 635	0,93				
Sykehuset i Kristiansund	23 034	0,87				
Helse Nordmøre og Romsdal	24 019 ²	0,91	24 900	0,99	25 403	0,94

1 Relative størrelser beregnes som aktuell absolutt størrelse dividert på gjennomsnitt for landet samlet.

2 Samlet HF-tall for 2002 er konstruert som et veid gjennomsnitt mellom kostnad per korrigerte opphold for Sjukehuset i Molde og Sykehuset i Kristiansund. Totale driftskostnader er bruk som vekt ved beregning av veid gjennomsnitt.

Tabell 5.3 indikerer, i likhet med tabell 5.1 og 5.2, et fall i produktiviteten for Helse Nordmøre og Romsdal. Dette kan som nevnt være et forventet resultat basert på omorganiseringer fra 2002 til 2003. Basert på tabell 5.3 er produktiviteten i Helse Nordmøre og Romsdal økende i 2004, sammenlignet med 2003. Det må presiseres at produktiviteten, her målt som relativ kostnad pr korrigerte opphold, for hvert år måles relativt til et landsgjennomsnitt. Landsgjennomsnittet kan påvirkes av hvilke enheter som inngår for de ulike årene – noe som igjen kan påvirke de relative størrelsene⁵.

5

Punkt 3.4.2 nedenfor – som belyser effektivitetsutvikling – baseres på et materiale som er sammenlignbart i perioden som betraktes.

5.4.2 Effektivitetsutvikling Helse Nordmøre og Romsdal 2002-2004

Tabell 5.4 og figur 1 nedenfor viser utvikling i teknisk effektivitet for Helse Nordmøre og Romsdal i perioden 2002 til 2004, sammenlignet med Helse Midt-Norge og gjennomsnitt for landet samlet.

Det er viktig å være oppmerksom på at resultatene presentert under dette punktet inkluderer poliklinisk aktivitet, og er i tillegg beregnet metodemessig annerledes enn indikatorene presentert under punkt 5.4.1. Det forventes allikevel noenlunde konsistens mellom resultater presentert under punktene 5.4.1 og 5.4.2.

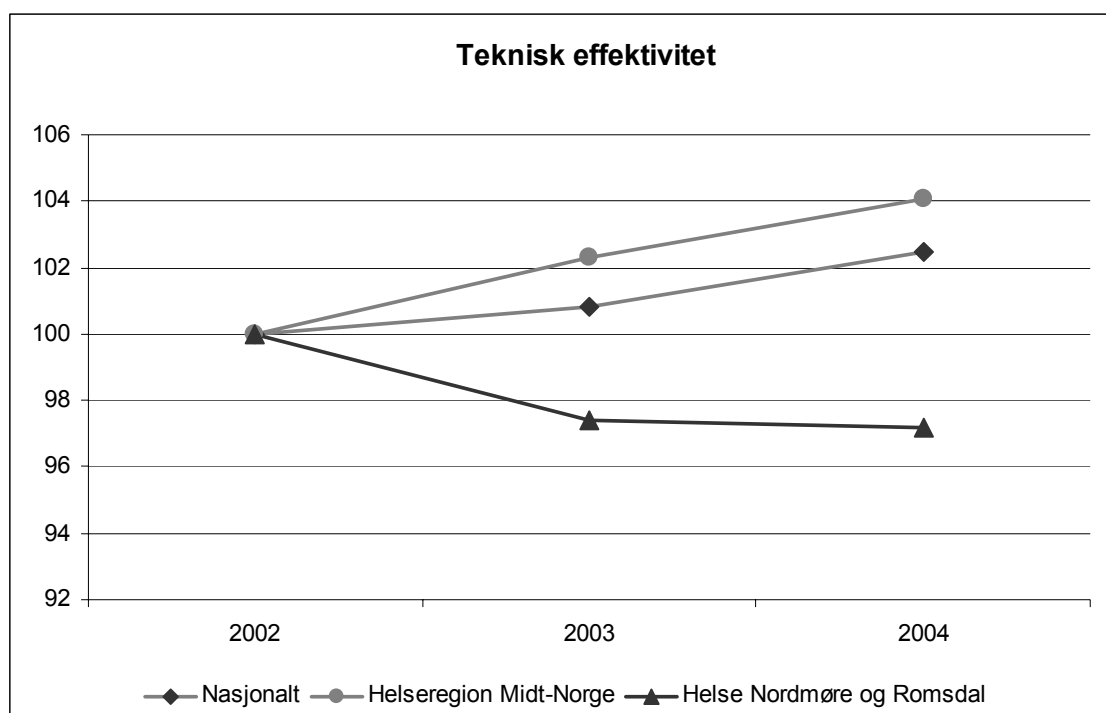
Tabell 5.4. Utvikling i teknisk effektivitet 2002-2004. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal. Indekserte tall, 2002 = 100.

Teknisk effektivitet	2002	2003	2004
Landet samlet	100,0	100,8	102,5
Helse Midt-Norge	100,0	102,3	104,1
Helse Nordmøre og Romsdal	100,0 ¹	97,4	97,2

¹ Det tas utgangspunkt i et veid gjennomsnitt av effektivitetsmålene fra Sjukehuset i Molde og Sykehuset i Kristiansund fra 2002 når effektivitetsmål for Helse Nordmøre og Romsdal HF konstrueres for 2002.

Tabell 5.4 og figur 1 viser et fall i teknisk effektivitet fra 2002 til 2003 for Helse Nordmøre og Romsdal. Dette er i tråd med indikatorer for antall korrigerede opphold pr årsverk og pr behandlerårsverk presentert ble presentert ovenfor. Fra 2003 til 2004 er teknisk effektivitet uendret i Helse Nordmøre og Romsdal, mens det for Helseregion Midt-Norge og landet samlet observeres økt teknisk effektivitet.

Figur 1. Utvikling i teknisk effektivitet 2002-2004. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal.



Tabell 5.5 og figur 2 nedenfor viser utvikling i kostnadseffektivitet for Helse Nordmøre og Romsdal i perioden 2002 - 2004, sammenlignet med Helse Midt-Norge og landet samlet.

Tabell 5.5. Utvikling i kostnadseffektivitet 2002-2004. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Indekserte tall, 2002 = 100.

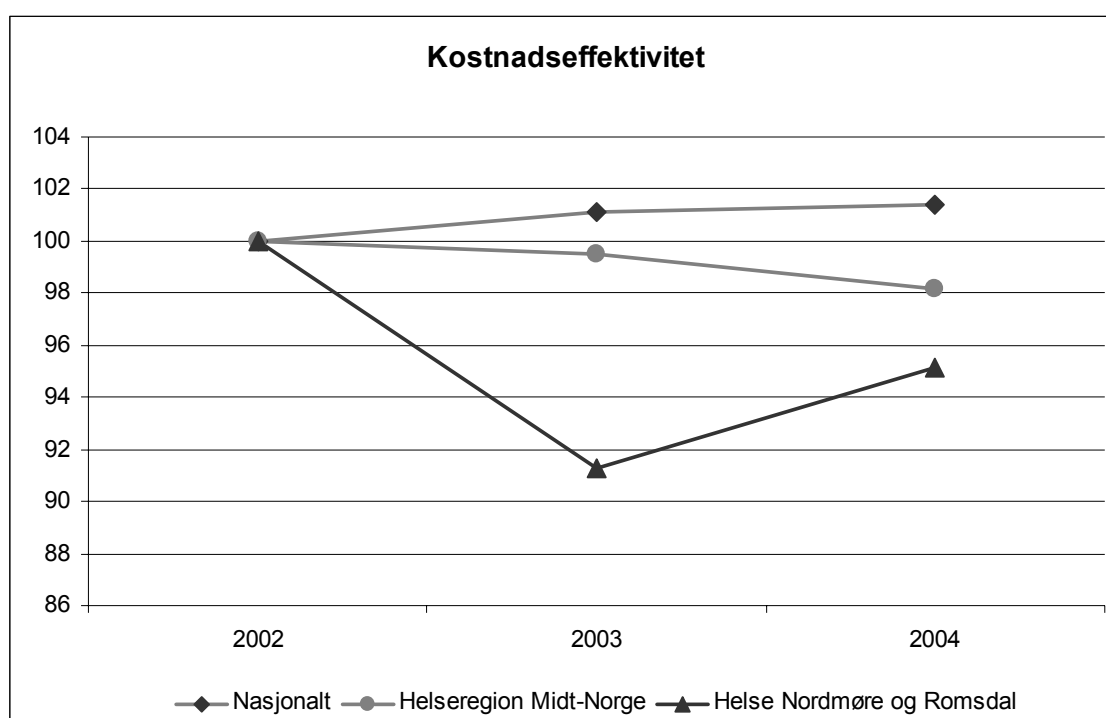
Teknisk effektivitet	2002	2003	2004
Landet samlet	100,0	101,1	101,4
Helse Midt-Norge	100,0	99,5	98,2
Helse Nordmøre og Romsdal	100,0 ¹	91,3	95,1

¹ Det tas utgangspunkt i et veid gjennomsnitt av effektivitetsmålene fra Sjukehuset i Molde og Sjukehuset i Kristiansund fra 2002 når effektivitetsmål for Helse Nordmøre og Romsdal HF konstrueres for 2002.

Tabell 5.5 og figur 2 viser at kostnadseffektiviteten for Helse Nordmøre og Romsdal faller fra 2002 til 2003, og at den er økende fra 2003 til 2004. Dette er i tråd med indikatorer for relativt kostnadsnivå presentert i tabell 5.3.

Resultatene fra tabell 5.5 og figur 2 indikerer også at kostnadseffektiviteten for Helse Nordmøre og Romsdal nivåmessig i 2004 fortsatt ligger lavere enn den gjorde i 2002. Dette støttes også av indikatorene for relativt kostnadsnivå presentert i tabell 3.3.

Figur 2. Utvikling i kostnadseffektivitet 2002-2004. Landet samlet, Helse Midt-Norge og Helse Nordmøre og Romsdal.



5.4.3 Noen tall for produksjonsutvikling - Helse Nordmøre og Romsdal

Vi har nedenfor presentert produksjon fordelt på døgnopphold, dagbehandling/innlagte og dagbehandling/poliklinikk for helseforetakene i Helse Midt-Norge og for sykehusene i Molde og Kristiansund⁶. Dagens organisasjonsmodell for Helse Nordmøre og Romsdal trådte i kraft fra og med 2003. Kommentarene til tabellene er hentet fra økonomiavdelingen i Helse Nordmøre og Romsdal.

- Med **døgnopphold** menes avsluttede opphold hvor overnatting finner sted på sykehuset eller hvor overnatting er planlagt ved innleggelse (opphold ved heldøgnsavdeling).
- Med **dagbehandling/innlagte** menes planlagt innleggelse uten overnatting hvor pasienten behandles over en eller flere dager. Avsluttede behandlingsopphold med 0 liggedager.
- Med **dagbehandling/poliklinikk** menes polikliniske konsultasjoner for dagbehandling (dagmedisin og dagkirurgi) med refusjon gjennom ISF. De er skilt ut fra det totale antallet polikliniske konsultasjoner. Andre polikliniske konsultasjoner er ikke med i oversikten og betegner antallet polikliniske konsultasjoner som ikke utløser refusjon fra ISF (kontroller, undersøkelser, enklere behandlinger), men er finansiert gjennom Rikstrygdeverket. Som poliklinisk konsultasjon regnes bare konsultasjoner der pasienten ikke overnatter ved sykehuset, og der det er utløst en gyldig takst.

Tabell 5.6. Døgnopphold 1998-2004 for helseforetakene i Helse Midt-Norge. Tall fra SAMDATA 2004

Døgnopphold	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
St. Olavs hospital		+ 2.0	+ 0.4	+ 3.3	+ 8.7	+ 4.1	+ 2.6
Helse Sunnmøre		- 4.6	- 0.6	+ 5.1	+ 3.8	+ 5.1	- 1.5
Helse Nordmøre og Romsdal		+ 5.6	- 2.4	+ 3.4	+ 5.6	+ 3.6	- 2.9
Helse Nord-Trøndelag		+ 0.5	- 0.3	+ 1.5	+ 7.3	+ 2.7	- 1.6

Tabell 5.7. Døgnopphold 1998-2004 for sykehusene i Molde og Kristiansund. Tall fra SAMDATA 2004

Døgnopphold	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Molde		+ 7.4	- 4.4	+ 4.8	+ 4.8	+ 4.8	- 2.8
Kristiansund		+ 3.1	- 0.5	+ 1.3	+ 6.8	+ 1.9	- 3.1

En ser en økning i produksjonen for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge i perioden 2001 - 2003, og en reduksjon i 2000 og 2004, noe som gjelder for alle helseforetakene bortsett fra St. Olavs. Over tid er hovedtendensen denne samme ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus.

⁶ SAMDATA 2004

Tabell 5.8. Dagbehandling/innlagte 1998-2004 for helseforetakene i Helse Midt-Norge. Tall fra SAMDATA 2004

Dagbehandling/innlagte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
St. Olavs hospital		+ 18.1	+ 7.4	+ 30.4	+ 9.6	+ 10.7	+ 6.6
Helse Sunnmøre		+ 26.5	+ 30.0	+ 7.3	- 4.3	+ 11.5	- 9.4
Helse Nordmøre og Romsdal		+ 18.1	+ 4.4	- 3.8	+ 21.1	- 15.5	+ 11.1
Helse Nord-Trøndelag		+ 77.1	+ 41.9	- 16.9	+ 21.2	+ 6.9	+ 9.4

Tabell 5.9. Dagbehandling/innlagte 1998-2004 for sykehusene i Molde og Kristiansund. Tall fra SAMDATA 2004

Dagbehandling/innlagte	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Molde		+ 16.2	0	0	+ 51.5	+ 9.8	+ 9.9
Kristiansund		+ 19.1	+ 7.3	- 4.7	+ 6.1	- 33.4	+ 12.5

Molde sjukehus hadde en sterk økning i 2002, noe som først og fremst skyldes at antall dialyseopphold økte med 50 %. Ser en på Kristiansund sykehus, kan en også her forklare svingningene de enkelte årene med dialyseopphold. Foretaket har ingen forklaring på nedgangen i 2001 da dette ikke stemmer overens med foretakets egne tall som viser en økning i dagpasienter (dialysepasienter) for dette året, samt at økningen fortsatt i 2002, for så å få et kraftig fall i 2003.

Tabell 5.10. Dagbehandling/poliklinikk 1998-2004 for helseforetakene i Helse Midt-Norge. Tall fra SAMDATA 2004

Dagbehandling/pol.kl.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
St. Olavs hospital			+ 8.8	+ 11.2	+ 5.5	+ 14.8	+ 11.8
Helse Sunnmøre			+ 5.6	+ 7.7	0	+ 26.2	+ 7.7
Helse Nordmøre og Romsdal			+ 2.6	+ 11.4	- 4.2	+ 14.0	+ 11.2
Helse Nord-Trøndelag			- 0.3	+ 15.7	- 11.5	+ 24.8	+ 1.4

Tabell 5.11. Dagbehandling/poliklinikk 1998-2004 for sykehusene i Molde og Kristiansund. Tall fra SAMDATA 2004

Dagbehandling/pol.kl.	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Molde			+ 9.8	+ 9.6	+ 2.0	+ 15.2	+ 12.9
Kristiansund			- 10.6	+ 15.2	- 17.5	+ 11.1	+ 6.4

Molde sjukehus har hatt en økning i alle årene, noe som hovedsakelig skyldes høyere aktivitet innenfor cytostaticabehandling og øyeoperasjoner. En ser også en svak økning innenfor de andre kirurgiske feltene. For Kristiansund sykehus sin del skyldes svingningene først og fremst antallet cytostaticapasienter.

5.4.4 Oppsummering

- a) Indikatorene for produktivitet og beregnet effektivitetsutvikling viser fall i produktivitet og effektivitet fra 2002 til 2003 for Helse Nordmøre og Romsdal. Dette gjelder både når målt pasient sees i forhold til årsverksinnsats og kostnader. Resultatet kan være forventet ut fra at en omstilling i seg selv er ressurskrevende, og at det kan ta tid før en potensiell effektivitetsgevinst kan realiseres.
- b) Kostnadseffektiviteten for Helse Nordmøre og Romsdal er økende i 2004 sammenlignet med 2003, men den er fortsatt lavere i 2004 sammenlignet med utgangsåret 2002. Dette understøttes av indikatorer for relativt kostnadsnivå.
- c) Det observeres ingen økning i teknisk effektivitet fra 2003 til 2004 for Helse Nordmøre og Romsdal. Dette står i kontrast til beregnet økning i kostnadseffektivitet. Årsverksinnsatsen, som ligger til grunn for beregning av teknisk effektivitet, måles som et gjennomsnitt ved starten og slutten av året. Hvis det skulle være slik at Helse Nordmøre og Romsdal ved starten av 2004 har rasjonalisert årsverksinnsatsen, så vil beregnet årsverksinnsats som gjennomsnitt for 2004 være høyere enn den reelt er. Dette kan eventuelt forklare kontrast mellom beregnet utvikling i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for Helse Nordmøre og Romsdal fra 2003 til 2004.
- d) Sammenlignet med landet samlet og Helse Midt-Norge samlet har Helse Nordmøre og Romsdal en sterkere *forbedring* av kostnadseffektiviteten fra 2003 til 2004.

6 Den interne organiseringen av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus sammenlignet med andre norske sykehus

6.1 Innledning og bakgrunn

Helse Nordmøre og Romsdal (HNR) har deltatt i en spørreskjemaundersøkelse gjennomført av SINTEF i samarbeid med Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo høsten 2005. Alle data fra undersøkelsen som ble gjennomført i 2005 foreligger ikke i skrivende stund, men alle data vil være tilgjengelig før sluttrapporten ferdigstilles. Denne delen vil derfor bli noe utvidet i sluttrapporten. I dette avsnittet vil vi derfor presentere noen utdrag fra dataene fra 2005.

Første gang data om intern organisering ble samlet inn var i 2001, da også med data fra 1999. Deretter ble det foretatt en innsamling i 2003. Databasen dekker ulike sider ved sykehusenes organisering – fra organisasjonsstruktur til administrative rutiner, organisering av kliniske funksjoner og samhandling med primærhelsetjenesten. Databasen gjør det mulig å se på organiseringen av Molde sjukehus og Kristiansund sykehus sammenlignet med øvrige sykehus som har sentralsykehusfunksjoner, samt hele utvalget av sykehus. Molde sjukehus og Kristiansund sykehus deltok ikke i 2003. Vi sammenligner i hovedsak Molde og Kristiansund med samtlige sykehus som har deltatt i undersøkelsen. I 2005 har vi fått inn data som beskriver generell og overordnet informasjon som gjelder foretaket samlet. Videre har Molde og Kristiansund fylt ut ett skjema hver som beskriver den kirurgiske virksomheten ved sykehuset. Når det gjelder den medisinske virksomheten, er det fylt ut ett skjema for sykehusenes virksomhet samlet. Det betyr at vi innenfor denne delen av virksomheten ikke kan analysere sykehusene hver for seg. Når det gjelder psykisk helsevern, har vi fått et skjema for hvert av sykehusene.

6.2 Overordnet organisering

Helse Nordmøre og Romsdal har organisert virksomheten sin i avdelinger som rapporterer til direktør, og dette er den strukturen som har vært den dominerende organisasjonsformen blant sykehusene i årene 1999-2003. Imidlertid er det i 2005 et skifte i organisasjonsform - det er en tendens til at sykehusene samler avdelingene i større enheter, og den mest utbredte overordnede organisasjonsstrukturen er for tiden blokk-, divisjons- eller klinikkstruktur (53 % av foretakene). Avdelingsstruktur finner vi ved 19 % av foretakene mens 17 % har en variant som kombinerer blokk/divisjon/klinikk med senter eller avdelingsstruktur. Helse Nordmøre og Romsdal har 16 ledere som rapporterer direkte til foretaksdirektøren (3 stabsledere og 13 avdelingssjefer). Dermed befinner foretaket seg i det øverste sjiktet når det gjelder antall ledere som rapporterer til direktøren. 1 av 3 foretak har et kontrollspenn på 15 eller flere ledere. Enkelte foretak har opptil 32 ledere som rapporterer til foretaksdirektør.

I 2005 hadde 25 % av lederne som rapporterte til foretakslederne i HNR medisinsk faglig utdanning. Av de øvrige lederne har vel 40 % sykepleiefaglig utdanning, 25 % har økonomisk eller annen samfunnsfaglig utdanning mens 1 person har annen utdanning. Sammenlignet med de øvrige foretakene, så ser vi at disse i gjennomsnitt har en noe høyere andel med medisinsk faglig utdanning (ca 36 %) og en noe lavere andel med sykepleiefaglig utdanning (ca 25 %). I HNR er lederne på nivået som rapporterer til direktøren ansatt som ledere uten tidsbegrensning. Det er bare 8 % av sykehusene som oppgir at lederne er ansatt på åremål. Helse Nordmøre og Romsdal har tre formelle ledernivåer i foretaket - det samme gjelder for 44 % av de øvrige helseforetakene. Ingen foretak har bare ett ledelsesnivå, mens 50 % har fire nivåer.

6.2.1 Fullmaktstruktur

I kartleggingen av sykehusenes interne organisering spurte vi også om fullmaktstrukturen i foretakene. Tabellen nedenfor viser hvordan fullmaktene i HNR formelt er fordelt på ulike nivåer for de respektive områdene. Vi gjør oppmerksom på at nivå 4 for HNR's vedkommende dekker avdelingssjefnivået. I organisasjonsanalysen senere i prosjektet vil vi se nærmere på hvordan fullmaktstrukturen reelt sett oppleves av de ulike avdelingene, og vi vil se nærmere på fullmaktstrukturen i relasjon til andre sykehus.

Tabell 6.1. Formell fullmaktstruktur HNR

Pasientbehandling	RHF – Direktør	Styret i foretaket	Foretaket Direktør	Klinikk/ divisjon/ senterleder/ avd.sjef	Avd. leder	Seksjons- leder
	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4	Nivå 5	Nivå 6
Beslutte kriterier for hvem som skal være garantipas.				x		
Koordinering av pasientinntaket				x		
Vedta mål om behandlingsvolum		x				
Vaktplaner				x		
Sengeplasser		x				
Fastlegge avdelingsstrukturen			x			
Fastlegge avdelingenes interne organisasjonsstruktur			x			
Påføre avd. utgifter som ligger utenfor budsjettet				x		
Fastsette individuell lønn ved ansettelse			x			
Vedta strategi for avdelingene				x		
Bestemme funksjoner/ tjenester foretaket skal tilby		x				
Funksjonsfordeling innen foretaket		x				
Ansettelse av leger				x		
Ansettelse av sykepleiere					x	
Omgjøre hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger				x		
Opprettelse av nye legestillinger	x					
Opprettelse av nye sykepleierstillinger			x			
Kan gi uttalelser til media om foretakets interne drift			x			
Innkjøp utenfor rammeavtale under 20.000 kr					x	
Innkjøp utenfor rammeavtale fra 20 – 99.000 kr				x		
Innkjøp utenfor rammeavtale fra 100 – 499.000 kr			x			
Innkjøp utenfor rammeavtale over 499.000			x			
Innkjøp innenfor rammeavtale over 200.000 kr			x			

Vi kan generelt bemerke at fullmaktene de siste årene er flyttet lengre ned i styringslinjen. Delvis avhengig av det enkelte sykehus interne organisering, er fullmaktene plassert på klinikk-, avdeling-, eller seksjonsledernivå. Det er med andre ord en generell tendens til desentralisering samtidig som at det nye HF-nivået (Helseforetaket) har blitt innført.

6.2.2 Styringsindikatorer

I likhet med samtlige foretak som har deltatt i spørreskjemaundersøkelsen rapporteres HNRs status på nasjonale kvalitetsindikatorer, økonomi, DRG-produksjon og poliklinisk aktivitet flere ganger årlig til styret. Når det gjelder undervisningsaktivitet, forskning og mediaovervåkning, rapporteres dette årlig til styret i HNR. For disse indikatorene er det også en større spredning blant norske sykehus. For eksempel er det 45 % av sykehusene som rapporterer resultater fra mediaovervåkning.

6.2.3 Organisering av forsknings- og undervisningsaktiviteten i foretaket

Helse Nordmøre og Romsdal har en egen stabsenhet som understøtter forsknings- og undervisningsvirksomheten i foretaket. Slik støtte fra stabsenheter rapporterer også 8 av de 10 øvrige sykehusene å ha. HNR har ikke utnevnt en egen person som har ansvar for å koordinere den interne utdanningen av leger, men 27 % av sykehusene har en slik ordning. Imidlertid har HNR i likhet med 95 % av sykehusene utnevnt egen kontaktperson med ansvar for kontakt med høyskoler og universitet. HNR har ikke en egen enhet som har et særlig ansvar for å følge opp forskningsprosjekter som utføres i samarbeid med farmasøytisk industri, men 70 % av sykehusene har en slik enhet.

6.2.4 Foretakets informasjonsarbeid

Mange sykehus har de siste årene drevet omfattende informasjonsarbeid som både har vært rettet mot pasienter og primærhelsetjenesten. Helse Nordmøre og Romsdal har egne informasjonsmedarbeidere og egne sider på intranett for formidling av intern informasjon i likhet med 95 % av de øvrige sykehusene. HNR har ikke en egen informasjonsstrategi for å markedsføre seg overfor pasienter (men oppgir at foretaket er på planstadiet). En slik informasjonsstrategi har 40 % av de øvrige sykehusene. Helseforetaket har, som 61 % av sykehusene, gitt enkelte ledere trening i å håndtere media. Det er 18 % av sykehusene som har gitt alle ledere trening i dette.

6.2.5 Foretakets funksjoner

Helse Nordmøre og Romsdal har verken pasienthotell eller sykehotell. 31 % av sykehusene som oppgir å ha pasienthotell (som er godkjent som sykehus med refusjon fra Rikstrygdeverket), mens 18 % oppgir å ha sykehotell (hotell som ikke er godkjent som sykehus).

Foretaket har ikke samordnet ventelistene mellom de geografiske enhetene i foretaket. Derimot har Helse Nordmøre og Romsdal gjort visse funksjonsendringer i perioden 2002-2005 som har gjort det mulig å kunne stenge enkelte sengeposter i ferier og høytider. Nær 2 av 3 sykehus har gjort tilsvarende endringer i samme periode. Når det gjelder overføring av vaktberedskap i samme periode, har ikke HNR gjennomført dette. 32 % av sykehusene oppgir å ha gjennomført en slik overføring av vaktberedskap.

6.3 Organisering av den medisinske og kirurgiske virksomheten

6.3.1 Innledning

Fullstendige data fra INTORG-databasen for 2005 foreligger ennå ikke for den medisinske og kirurgiske virksomheten. Nedenfor vil vi derfor kort presentere noen hovedtrekk ved organiseringen slik det har vært oppgitt i spørreskjemaene fra HNR. Vi vil gjerne ha tilbakemeldinger vedrørende presiseringer av denne foreløpige beskrivelsen.

Når det gjelder den kirurgiske virksomheten, har vi opplysinger fra Molde sjukehus og Kristiansund sykehus hver for seg. Dette gjør det mulig å skille mellom sykehusene der dette er av interesse. For den medisinske virksomheten kan vi ikke skille mellom sykehusene da det er levert inn ett skjema som gjelder for begge. Innledningsvis vil vi se på organiseringen på avdelingsnivået. Deretter vil vi se nærmere på relasjonen til primærhelsetjenesten.

6.3.2 Intern organisering

Helse Nordmøre og Romsdal har innført enhetlig (udelt) ledelse for hele den kliniske virksomheten. Når det gjelder hvem som er leder for de organisatoriske enheten på laveste nivå hvor leder har budsjettansvar, kalles dette for enhetsnivå. Av til sammen 23 enhetsledere på begge sykehus er 19 sykepleiere, 2 er leger, mens 2 har annen fagbakgrunn.

Ut fra spørreskjemaundersøkelsen framgår det at innenfor den kirurgiske virksomheten er sengepostene skilt ut som egen enhet med egen ledelse og formelt totalansvar i Molde og Kristiansund. Dette er ikke tilfelle for den medisinske virksomheten ved sykehusene.

Når det gjelder organisatoriske endringer, har det siste 12 måneder vært gjennomført flere endringer både innen kirurgi og medisin. Innen den kirurgiske virksomheten ved begge sykehus har det blitt gjennomført prosjekter som tar sikte på å forbedre organiseringen av pasientbehandlingen. Videre er det gjort endringer i rutineene for samarbeidet med primærhelsetjenesten. Innen medisin har det vært gjennomført prosessanalyser (analyser av pasientforløp) ved sykehusene.

Ledere har siste 12 måneder deltatt i lederutviklingsprogrammer, enten arrangert av foretaket selv eller høgskoler/universitet eller RHF.

De kliniske avdelingene er avhengige av en lang rekke støttefunksjoner, både medisinske og ikke-medisinske. Organiseringen av disse støttefunksjonene kan enten være sentralisert ved at en enhet dekker hele sykehusets behov for den aktuelle tjenesten, eller desentralisert til de enkelte avdelingene. Verken ved Molde sjukehus eller Kristiansund sykehus er noen av støttefunksjonene desentralisert - det vil si at de er delt opp og fysisk knyttet til avdelingene.

6.3.3 Forholdet til primærhelsetjenesten

Det har lenge vært fokus på arbeidsdelingen mellom første- og andrelinjetjeneste. Allerede i 1974 lanserte en det såkalte LEON-prinsippet, om behandling på lavest effektive omsorgsnivå (St.meld.nr.9 1974). Hvor grensene mellom behandlingsnivåene egentlig går, er imidlertid mindre opplagt, og det er spesielt interessant å se hvordan sykehus og kommuner organiserer arbeidet og koordineringen seg imellom. I praksis viser det seg ofte at dette samarbeidet mellom behandlingsnivåene ikke er så velsmurt. I en rapport fra Statens Helsetilsyn (Helsetilsynet 2000) påpekes det at hver tredje pasient over 75 år blir liggende for lenge på sykehuset i påvente av utskrivning. Det kommunale pleie- og omsorgstilbudet er ofte for dårlig utbygd, og kommunikasjonen mellom nivåene beskrives

som svært mangelfull. Dette fører til at ferdigbehandlede eldre pleiepasienter ikke skrives ut så raskt som de kunne.

Når det gjelder utskrivning av pasienter, har sykehusene i Molde og Kristiansund en rekke rutiner som skal ivareta oppfølgingen av pasientene. Det følger rutinemessig preliminær epikrise med pasienten samme dag som utskrivning skjer, og dersom pasienten har behov for pleie- og omsorgstjenester, tas det rutinemessig kontakt med hjemkommunen før hjemsendelse. Innen den kirurgiske virksomheten blir det opplyst at det tas kontakt med pasientens fastlege dersom det er behov for medisinsk oppfølging. Innen den medisinske virksomheten er det ikke tilsvarende rutiner. Derimot har den medisinske virksomheten en egen kontaktperson med hovedoppgave å ta kontakt med hjemkommunen til pasientene for å forberede utskrivning av pasienter som trenger pleie.

Verken den medisinske eller kirurgiske virksomheten har etablert noen systematiske opplæringsprogram for personell i primærhelsetjenesten eller har ambulante team som driver oppsøkende behandling blant utvalgte pasientgrupper. Legene har heller ikke faste dager for konsultasjon utenfor sykehusene – hos fastleger.

En annen side av samarbeidet mellom sykehus og primærhelsetjeneste er muligheten ulike yrkesgrupper har for å arbeide ved sykehusene i perioder. Innen den kirurgiske virksomheten er sykehusene i ferd med å etablere praksiskonsulentordninger. Den medisinske virksomheten er i tillegg i ferd med å etablere slike ordninger også for sykepleiere. Det er videre mulig for fastleger å hospitere ved sykehusene på forespørsel. Men verken den kirurgiske eller medisinske virksomheten har faglige program for fastleger eller utviklet felles faglige retningslinjer for behandling av pasienter.

Når det gjelder rutiner for kommunikasjon mellom sykehusene og primærhelsetjenesten, omfatter dette flere forhold. Vi vil her kommentere noen av disse. Sykehusene har ikke rutiner for å motta henvisninger elektronisk, verken fra fastleger, andre sykehus eller spesialister. Det er heller ikke mulig for fastlegene å bestille timer ved sykehusene for pasientene elektronisk. Vi har fått opplyst at slike rutiner er under etablering. Vi har videre sett nærmere på hvilke rutiner sykehusene har angående påminnelse til pasientene vedrørende polikliniske timer og innleggelse. Innen den medisinske virksomheten i Molde og Kristiansund får pasientene en påminnelse for både polikliniske timer og innleggelse i form av brev. Det samme gjelder for den kirurgiske virksomheten ved Molde sjukehus. For kirurgien ved Kristiansund rapporteres det at det ikke er noen form for påminnelse.

6.3.4 Ledig kapasitet

Innen den kirurgiske virksomheten rapporteres det at det innenfor enkelte fagområder er ledig kapasitet både ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Det er ikke slik ledig kapasitet ved den medisinske virksomheten. Sykehusene har ikke benyttet seg av annonser eller annen form for informasjon (til fastleger, media, private spesialister eller utvalgte pasientgrupper) for å tiltrekke seg pasienter.

6.3.5 Økonomi, budsjett og belønningssystemer

De kliniske avdelingene er avhengige av en lang rekke støttefunksjoner, både medisinske og ikke-medisinske. Dette er tjenester som i de senere år har vært gjenstand for endringer når det gjelder den interne styringen og utnyttelsen av disse ressursene. HNR oppgir at foretaket, i likhet med 51 % av sykehusene, har avtaler om kjøp og salg av tjenester internt i foretaket i form av intern fakturering, serviceavtaler og lignende. For HNR gjelder slike avtaler for kjøkkentjenester, drift/tekniske tjenester og IT-kompetanse. Foreløpig er det langt færre sykehus som har innført slike avtaler for medisinske støttefunksjoner som anestesi (20 %) og røntgen (7 %), mens det er flere som har slike systemer for laboratorietjenester (41 %).

I forbindelse med den økonomiske styringen av foretakene har det de siste årene blitt utført arbeid for å utvikle systemer for å beregne kostnader som er knyttet til hver enkelte pasientbehandling. 20 % av sykehusene i undersøkelsen oppgir å ha innført et slikt system mens ytterligere 40 % arbeider med å etablere et slikt system. I undersøkelsen oppgir HNR at det ikke finnes et slikt system ved foretaket eller at det arbeides med å etablere et slikt system.

I HNR er det ikke etablert økonomiske incentivsystemer verken på individ- eller enhetsnivå for å oppnå fastsatte aktivitetsmål. Det er få sykehus som har etablert slike ordninger for økonomisk belønning til ansatte (7 %) eller ledere (5 %). Dette gjelder også for økonomisk belønning til avdelinger/seksjoner/team (18 %). Derimot er det 28 % som har innført andre ikke-økonomiske former for belønning som reiser, forskningspermisjoner og lignende. HNR er ikke blant disse.

7 Oppsummering av kartleggingsfasen

7.1 Innledning

Et delmål for kartleggingsfasen har vært å fremskaffe en oversikt over de mål og begrunnelser som ble lagt til grunn for den organisasjonsmodellen som ble innført i 2003, og hvordan den valgte modellen var tenkt å skulle bidra til bedre måloppnåelse. Gjennomgang og presentasjon av styringsdokumenter som ble lagt til grunn for valg av organisasjonsmodell har stått sentralt i dette arbeidet.

Et annet delmål for denne fasen har vært å gi en beskrivelse av utviklingstrekk for Kristiansund sykehus og Molde sjukehus i perioden før og etter innføring av ny organisasjonsmodell. Vi vil benytte data fra SAMDATA/ NPR for perioden 2000 – 2004.

Når det gjelder data fra INTORG- undersøkelsene i 2001, 2003 og 2005, har vi i denne første delrapporten konsentrert oss om å beskrive organiseringen av sykehusene i Molde og Kristiansund og sammenlignet dette med de andre sykehusene som omfattes av undersøkelsene. Når det gjelder delmålet å vurdere om den utviklingen en ser fra 2003 kan tilskrives innføring av den nye organisasjonsmodellen, eller om det er resultat av en mer generell trend over tid, så vil vi komme tilbake til dette i sluttrapporten.

Det overordnede og gjennomgående spørsmålet i den evalueringen av Helse Nordmøre og Romsdal som SINTEF Helse gjennomfører i perioden medio februar – medio juni 2006, er hvilken betydning den organisasjonsmodellen man innførte i 2003 har hatt betydning for dimensjonene:

- *Ledelse og beslutningsstruktur*
- *Samarbeid og kommunikasjon (formelt og uformelt)*
- *Effektiv og forsvarlig pasientbehandling med god kvalitet*
- *Faglig utvikling*
- *Effektiv ressursutnyttelse*

Gjennom hele evalueringen vil vi bestrebe oss på å hente fram virkninger og effekter av organisasjonsmodellen og søke å holde dette atskilt fra bl.a. betydningen av statlig eierskap ("Fra forvaltning til foretak"), funksjonsfordelingsdiskusjonen og diskusjonen om eierstrategi. På den annen side er det klart at implementering og praktisering av en organisasjonsmodell ikke "lever" upåvirket av andre endringer og prosesser innad i foretaket og av omkringliggende faktorer. Et sykehus vil til enhver tid være påvirket av sine omgivelser i større eller mindre grad. De samtalene vi har hatt til nå med ledere, ansatte og brukere ved Helse Nordmøre og Romsdal og de dokumentene vi har lest gjennom viser at selv om utgangspunktet har vært organisasjonsmodellen, så dreier ofte samtalene og det skriftlig materiale over på andre temaer som opptar informantene, så som funksjonsfordelingsdebatten, debatten om lokalisering av det nye sykehuset o.a. En rendyrking av virkningene av organisasjonsmodellen som sådan er etter vår mening ikke mulig å gjennomføre helt ut, det kan også virke kunstig og vil et stykke på vei heller ikke være ønskelig. Med dette mener vi at i evaluering av en (ny) organisasjonsmodell og vurdering av grad av vellykkethet og måloppnåelse, så må sykehus- og/eller foretaksorganiseringen settes inn i den sammenhengende organisasjonen skal fungere – i forhold til primærhelsetjenesten, i forhold til andre sykehus og foretak, i forhold til føringer gitt av helseregion og eier – regional og nasjonal styring, for å nevne noe. Sykehus forholder seg med andre ord til og blir påvirket av en rekke ulike aktører som direkte eller indirekte griper inn i og påvirker virksomheten – både når det gjelder effektivitet og kvalitet (sykehusets institusjonelle preg). En valgt organisasjonsstruktur må med andre ord også

vurderes i forhold til dens evne til å fungere i forhold til og håndtere endringene i den konteksten sykehusene inngår i. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i sluttrapporten.

Formen i denne delrapporten har vært dels beskrivende (kapittel 4 som omhandler prosessen med innføring av ny organisasjonsmodell og kapittel 6 som omhandler den interne organiseringen av sykehusene i Kristiansund og Molde) og dels analytisk (kapittel 5 som tar for seg produksjons- og effektivitetsutvikling). Det som er omtalt i denne delrapporten vil også inngå i sluttrapporten som skal oversendes oppdragsgiver innen medio juni 2006, hvor disse elementene vil inngå i en mer grundig organisasjonsanalyse av Helse Nordmøre og Romsdal.

Vi har nedenfor gitt en punktvis oppsummering av resultatene av kartleggingsfasen.

7.2 Ny organisasjonsmodell Helse Nordmøre og Romsdal

Den organisasjonsmodellen som ble vedtatt i februar 2003 og forutsatt operativ fra juni samme år, ble i hovedtrekk seende ut som følger:

Avdelingsstruktur

- Felles kirurgisk avdeling
- Felles akuttmedisinsk avdeling
- Felles røntgenavdeling
- Felles avdeling for laboratoriemedisin
- Felles avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer
- Felles nevrologisk avdeling
- Felles avdeling for ØNH, øye og Tann/kjeve
- Felles medisinsk avdeling
- Felles avdeling for barn og unge
- Felles distriktpsikiatrisk avdeling
- Felles avdeling for psykiatriske sengeposter
- Felles rehabiliteringsavdeling
- Felles avdeling for driftsservice

Stabsfunksjoner

- Stilling som assisterende direktør
- Stilling som felles medisinskfaglig sjef
- Stilling som sykepleiefaglig rådgiver
- Felles lederstilling innen økonomi
- Felles lederstilling innen personal
- Fag- og organisasjonsenhet som stabsfunksjon
- Informasjonsarbeidet som selvstendig stabsfunksjon
- Felles SAMU
- Felles hovedvernombud
- Felles IT-lederstilling. IT-tjenesten etter desentralisert modell
- Desentralisert medisinsk kontortjeneste

Organisasjonsmodellen innebar til dels store endringer i forhold til tidligere modell, bl.a. med en sykehusovergripende avdelingsstruktur, en reduksjon i direktørens kontrollspenn fra 33 til 13 avdelingsledere, samt en styrking og sentralisering av stabsfunksjoner. OU-prosessen avdekket til dels stor uenighet i organisasjonen med hensyn til fremtidig organisering, hvor uenigheten dels kunne relateres til en faglig dimensjon og dels en geografisk dimensjon. Administrerende direktørs innstilling og senere styrets vedtak gikk da heller ikke så langt som OU-gruppas opprinnelige innstilling med hensyn til reduksjon i antallet avdelinger (den såkalte Storgruppermodellen med 6 – alternativt 9 avdelinger). Implementeringen av modellen og utarbeidelse av interne avdelingsvise organisasjonsplaner tok lenger tid enn opprinnelig forutsatt, og spesielt innen noen av de kliniske avdelingene. Oppgavefordeling i helseforetaket ble vedtatt av styret den 28. juni 2004.

7.3 Produksjons- og effektivitetsutvikling Helse Nordmøre og Romsdal

Indikatorerne for produktivitet og beregnet effektivitetsutvikling viser fall i produktivitet og effektivitet fra 2002 til 2003 for Helse Nordmøre og Romsdal. Dette gjelder både når målt pasient sees i forhold til årsverksinnsats og kostnader. Resultatet kan være forventet ut fra at en omstilling i seg selv er ressurskrevende, og at det kan ta tid før en potensiell effektivitetsgevinst kan realiseres.

Kostnadseffektiviteten for Helse Nordmøre og Romsdal er økende i 2004 sammenlignet med 2003, men den er fortsatt lavere i 2004 sammenlignet med utgangsåret 2002. Dette understøttes av indikatorer for relativt kostnadsnivå. Det observeres ingen økning i teknisk effektivitet fra 2003 til 2004 for Helse Nordmøre og Romsdal. Dette står i kontrast til beregnet økning i kostnadseffektivitet. Årsverksinnsatsen, som ligger til grunn for beregning av teknisk effektivitet, måles som et gjennomsnitt ved starten og slutten av året. Hvis det skulle være slik at Helse Nordmøre og Romsdal ved starten av 2004 har rasjonalisert årsverksinnsatsen, så vil beregnet årsverksinnsats som gjennomsnitt for 2004 være høyere enn den reelt er. Dette kan eventuelt forklare kontrast mellom beregnet utvikling i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet for Helse Nordmøre og Romsdal fra 2003 til 2004.

Sammenlignet med landet samlet og Helse Midt-Norge samlet har Helse Nordmøre og Romsdal en sterkere forbedring av kostnadseffektiviteten fra 2003 til 2004.

En ser en økning i døgnsopphold for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge i perioden 2001 - 2003, og en reduksjon i 2000 og 2004, noe som gjelder for alle helseforetakene bortsett fra St. Olavs. Over tid er hovedtendensen denne samme ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Molde sjukehus hadde en sterk økning i 2002 når det gjelder dagbehandling/innlagt, noe som først og fremst skyldes at antall dialyseopphold økte med 50 %. Ser en på Kristiansund sykehus, kan en også her forklare svingningene de enkelte årene med dialyseopphold. Foretakets egne tall viser en økning i dagpasienter (dialysepasienter) for 2001, samt at økningen fortsatt i 2002, for så å få et kraftig fall i 2003. Molde sjukehus har hatt en økning i alle årene når det gjelder dagbehandling/poliklinikk, noe som hovedsakelig skyldes høyere aktivitet innenfor cytostaticabehandling og øyeoperasjoner. En ser også en svak økning innenfor de andre kirurgiske feltene. For Kristiansund sykehus sin del skyldes svingningene først og fremst antallet cytostaticapasierter.

7.4 Intern organisering av sykehusene i Kristiansund og Molde

7.4.1 Overordnet organisering

Helse Nordmøre og Romsdal har 16 ledere som rapporterer direkte til foretaksdirektøren og befinner seg med dette i det øverste sjiktet når det gjelder antall ledere som rapporterer til direktøren. 25 % av disse lederne har medisinsk faglig utdanning. Av de øvrige lederne har vel 40 % sykepleiefaglig utdanning. De øvrige foretakene i undersøkelsen har en noe høyere andel med medisinsk faglig utdanning (ca 40 %) og en noe lavere andel med sykepleiefaglig utdanning (ca 20 %). I HNR er avdelingssjefene ansatt som ledere uten tidsbegrensning. Helse Nordmøre og Romsdal har tre formelle ledernivåer i foretaket - det samme gjelder for vel halvparten av de øvrige helseforetakene.

Samtlige foretak som har deltatt i undersøkelsen rapporterer foretakets status på nasjonale kvalitetsindikatorer, økonomi, DRG-produksjon og poliklinisk aktivitet flere ganger årlig til styret. Undervisningsaktivitet, forskning og mediaovervåking rapporteres årlig til styret.

Helse Nordmøre og Romsdal har en egen stabsenhet som understøtter forsknings- og undervisningsvirksomheten i foretaket. Slik støtte fra stabsenheter rapporterer også 9 av 10

de øvrige foretakene å ha. Helseforetaket har ikke utnevnt en egen person som har ansvar for å koordinere den interne utdanningen av leger. 30 % av foretakene har en slik ordning. HNR har i likhet med samtlige foretak utnevnt egen kontaktperson med ansvar for kontakt med høgskoler og universitet. HNR har ikke en egen enhet som har et særlig ansvar for å følge opp forskningsprosjekter som utføres i samarbeid med farmasøytisk industri. 70 % av foretakene har en slik enhet.

HNR har egne informasjonsmedarbeidere og egne sider på intranett for formidling av intern informasjon i likhet med alle øvrige foretak. En egen informasjonsstrategi for å markedsføre seg overfor pasienter er på planstadiet. En slik informasjonsstrategi har 55 % av de øvrige foretakene. HNR har, som 75 % av foretakene, gitt ledere trening i å håndtere media.

Helse Nordmøre og Romsdal har verken pasienthotell eller sykehotell.

Foretaket har ikke samordnet ventelistene mellom de geografiske enhetene i foretaket, noe halvparten av foretakene har gjort. Derimot har HNR gjort visse funksjonsendringer i perioden 2002-2005 som har gjort det mulig å stenge enkelte sengeposter i ferier/høytider. Når det gjelder overføring av vaktberedskap, har ikke HNR gjennomført dette. 5 foretak oppgir å ha gjennomført en slik overføring av vaktberedskap.

7.4.2 Organisering av den medisinske og kirurgiske virksomheten

Helse Nordmøre og Romsdal har innført enhetlig (udelt) ledelse for hele den kliniske virksomheten. Her er det fortsatt noen sykehus som ikke har sluttført overgangen fra 2 til 1 leder ved samtlige organisatoriske enheter, selv om dette skulle vært innført pr. 1.1 2002. Når det gjelder hvem som er leder for de organisatoriske enheten på laveste nivå med budsjettansvar, kalles dette for enhetsnivå. Av til sammen 23 enhetsledere på begge sykehus er 19 sykepleiere, 2 er leger, mens 2 har annen fagbakgrunn.

Innenfor den kirurgiske virksomheten er sengepostene skilt ut som egen enhet med egen ledelse og formelt totalansvar i Molde og Kristiansund. Dette er ikke tilfelle for den medisinske virksomheten ved sykehusene.

Det har det siste 12 måneder vært gjennomført flere endringer både innen kirurgi og medisin ved sykehusene. Innen kirurgi har det blitt gjennomført prosjekter for å forbedre organiseringen av pasientbehandling. Videre er det gjort endringer i rutinene for samarbeidet med primærhelsetjenesten. Innen medisin har det vært gjennomført analyser av pasientforløp ved sykehusene.

Ledere ved sykehusene har siste 12 måneder deltatt i lederutviklingsprogrammer, enten arrangert av foretaket selv eller høgskoler/universitet eller RHF.

Verken ved Molde sjukehus eller Kristiansund sykehus er noen av medisinske og ikke-medisinske støttefunksjonene desentralisert.

Ved utskrivning av pasienter, har sykehusene i Molde og Kristiansund en rekke rutiner som skal ivareta oppfølgingen av pasientene. Det følger rutinemessig preliminær epikrise med pasienten samme dag som utskrivning skjer, og dersom pasienten har behov for pleie- og omsorgstjenester tas det rutinemessig kontakt med hjemkommunen før hjemsendelse. Innen den kirurgiske virksomheten tas kontakt med pasientens fastlege ved behov for medisinsk oppfølging. Innen medisin er det ikke tilsvarende rutiner. Den medisinske virksomheten har egen kontaktperson som har som hovedoppgave å ta kontakt med hjemkommunen til pasientene for å forberede utskrivning av pasienter som trenger pleie. Verken den medisinske eller kirurgiske virksomheten har etablert systematiske opplæringsprogram for personell i primærhelsetjenesten eller har ambulante team som driver oppsøkende behandling blant utvalgte pasientgrupper. Legene har heller ikke faste dager for konsultasjon utenfor sykehusene – hos fastleger.

Innen den kirurgiske virksomheten er HNR i ferd med å etablere praksiskonsulentordninger. Den medisinske virksomheten er i tillegg i ferd med å etablere slike ordninger også for sykepleiere. Det er videre mulig for fastleger å hospitere ved sykehusene på forespørsel. Verken innen kirurgi eller medisin har man faglige program for fastleger, eller utviklet felles faglige retningslinjer for behandling av pasienter.

Sykehusene har ikke rutiner for å motta henvisninger elektronisk. Fastlegene kan heller ikke bestille timer ved sykehusene for pasientene elektronisk. Slike rutiner er under etablering. Innen den medisinske virksomheten i Molde og Kristiansund får pasientene en påminnelse for både polikliniske timer og innleggelse i form av brev. Det samme gjelder for den kirurgiske virksomheten ved Molde sjukehus. For kirurgien ved Kristiansund rapporteres at det ikke er noen form for påminnelse.

Innen den kirurgiske virksomheten er det innenfor enkelte fagområder ledig kapasitet både ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Det er ikke ledig kapasitet ved den medisinske virksomheten. HNR har ikke benyttet annonser eller annen form for informasjon (til fastleger, media, private spesialister eller utvalgte pasientgrupper) for å tiltrekke seg pasienter.

HNR, i likhet med 59 % av foretakene, har avtaler om kjøp og salg av tjenester internt i foretaket i form av intern fakturering, serviceavtaler og lignende. For HNR gjelder slike avtaler for kjøkkentjenester, drift/tekniske tjenester og IT-kompetanse. Det er et fåtall av foretakene som har innført slike avtaler for anestesi og røntgen, mens det er flere som har slike systemer for laboratorietjenester.

Ved HNR finnes det ikke systemer for å beregne kostnader som er knyttet til hver enkelte pasientbehandling.

HNR har ikke etablert økonomiske incentivsystemer verken på individ- eller enhetsnivå for å oppnå fastsatte aktivitetsmål. Det er få foretak som har etablert slike ordninger.

Så godt som alle sykehusene i undersøkelsen har avdelingsvise budsjetter, så også ved Molde sjukehus og Kristiansund sykehus. Men innholdet i budsjettene, hvilke utgiftsposter og inntektsposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer.

8 Referanser

- (1) Farell M.J.: The measurement of Productive Efficiency. Journal of the Royal Statistical Society; A 120; 253-290. 1957.
- (2) Jørgenvåg, R. (red): SAMDATA somatikk 2004. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. SINTEF Helse rapport 1/05.
- (3) Innsatsstyrt Finansiering 2005. Informasjonshefte fra Helse- og Omsorgsdepartementet. I – 2/05. 2005.
- (4) Pedersen, M.: Har effektiviteten i somatiske sykehus økt i perioden 1999-2004? Betydning av ulike modellspesifikasjoner og metodeforutsetninger. Arbeidsrapport STF78 A06007 SINTEF Helse. 2006.
- (5) Huseby, B. (red): SAMDATA somatikk 2003. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2004. SINTEF Helse rapport 1/04.
- (6) Torvik, H. (red): SAMDATA somatikk 2002. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003. SINTEF Helse rapport 2/03.

