

STF78 A054505

# RAPPORT

## **Gjennomgang og evaluering av ledelses- og organisasjonsstrukturen ved Ullevål universitetssykehus HF**

Trond Harsvik, Lars Erik Kjekshus, Jan-W. Lippestad,  
Tord Mortensen, Liv Heidi Wiig Torvik og Per Kristian Vareide

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)

**SINTEF Helse**  
Juni 2005



# SINTEF RAPPORT

## SINTEF Helse

Postadresse:  
7465 Trondheim/  
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:  
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)  
Telefaks:  
22 06 79 09 (Oslo)  
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Gjennomgang og evaluering av ledelses- og organisasjonsstrukturen ved Ullevål universitetssykehus HF**

FORFATTERE I ALFABETISK REKKEFØLGE

Trond Harsvik, Lars Erik Kjekshus, Jan-W. Lippestad, Tord Mortensen, Heidi Torvik og Per Kristian Vareide

OPPDRAGSGIVER

Ullevål universitetssykehus HF

RAPPORTNR. STF78 A054505	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Administrerende direktør	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03786-7	PROSJEKTNR. 78g121	ANTALL SIDER OG BILAG 119
ELEKTRONISK ARKIVKODE	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Lars Erik Kjekshus <i>Lars Erik Kjekshus</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Arne H. Eide <i>Arne H. Eide</i>	
ARKIVKODE	DATO 2005-06-09	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Arne H. Eide <i>Arne H. Eide</i>	

### SAMMENDRAG

SINTEF har evaluert nåværende ledelses- og organisasjonsstruktur ved Ullevål universitetssykehus HF. I evalueringen har SINTEF benyttet seg av en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data. Det er gjennomført aktivitets- og ressursanalyser ved hjelp av regnskapstall og aktivitetsdata. Videre er det gjennomført individuelle intervjuer, gruppeintervjuer og observasjoner. En spørreskjemaundersøkelse ble distribuert til samtlige ansatte ved sykehuset.

SINTEF presenterer og drøfter hvordan tre mulige hovedmodeller for organisering av sykehuset kan løse identifiserte problemer. SINTEF beskriver lederkompetansen på sykehuset i dag, peker på hvilken kompetanse som bør være til stede, og foreslår på hvilke områder lederkompetansen bør utvikles. SINTEFs anbefalinger gis på to plan. SINTEF forslår enkelt tiltak fortløpende i rapporten men diskuterer også en ny overordnet modell. Følgende hovedmodeller for organisering drøftes:

- Klinikstruktur
- Intern bestiller-/utførermodell
- Sentermodell (pasientfokuset)

SINTEF diskuterer mulighetene for en kombinasjon av disse tre modellene

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehus	Hospitals
EGENVALGTE	Organisering	Organization
	Ledelse	Management

SINTEF ble etter en anbudskonkurranse i januar 2005 tildelt oppdraget med å evaluere ledelses- og organisasjonsstruktur ved Ullevål universitetssykehus (UUS). Gjennomførende enheter i SINTEF har vært SINTEF Helse avdeling Levekår og tjenester og SINTEF Teknologi og samfunn avdeling Kunnskap og strategi. Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo og Health Management Research Program Norway (HORN) har vært SINTEFs samarbeidspartnere i prosjektperioden.

Prosjektet har vært gjennomført i perioden 21.januar – 9. juni 2005, og har krevd en betydelig innsats fra sykehuset. SINTEF vil takke ansatte, ledere og administrasjon ved UUS for innsatsen disse har lagt ned for å fremskaffe datagrunnlaget til denne evalueringen. Ved prosjektstart ble det etablert en styrings- og referansegruppe for prosjektet ved sykehuset, og SINTEF vil takke for de konstruktive innspill gruppene har kommet med i prosjektperioden.

Fra SINTEF har følgende personer deltatt (i alfabetisk rekkefølge):

- Forsker Trond Harsvik
- Forsker Lars Erik Kjekshus<sup>1</sup> (prosjektleder)
- Forsker Jan-W. Lippestad
- Forsker Tord Mortensen
- Rådgiver Heidi Torvik
- Seniorforsker Per Kristian Vareide

Alle medarbeiderne har bidratt i prosjektets ulike faser, og har vært delaktige i skrivingen av rapporten. Forskningssjef Arne H. Eide har vært kvalitetssikrer i prosjektet.

Oslo/Trondheim, juni 2005

Trond Harsvik

Lars Erik Kjekshus

Jan-W. Lippestad

Tord Mortensen

Heidi Torvik

Per Kristian Vareide

---

<sup>1</sup> Ansatt ved SINTEF Helse, Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo og Health Management Research Program Norway (HORN)

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	3
1 Innledning .....	7
1.1 Bakgrunn .....	7
1.2 Mandat, oppdragets faser og arbeidsform .....	8
1.3 Rapportens oppbygging .....	10
1.4 Om Ullevål universitetssykehus HF .....	10
1.5 Gjennomgang av tidligere evalueringer av Ullevål Universitetssykehus HF .....	12
1.6 Ullevål Universitetssykehus HFs aktivitet og ressursbruk sammenlignet med andre sykehus .....	14
2 Datagrunnlag, metoder, utvalg av informanter .....	17
2.1 Innledning .....	17
2.2 Fokusgruppeintervjuer .....	17
2.3 Individuelle intervjuer .....	18
2.4 Spørreskjemaundersøkelser .....	18
2.5 INTORG-databasen .....	19
2.6 Observasjonsstudier .....	19
2.7 Indikatorer og utvikling over tid .....	19
2.8 Fordeler og ulemper ved triangulering .....	20
3 Sykehus som organisasjon – divisjonalisering ved UUS .....	21
3.1 Sykehus og divisjonalisering .....	22
3.2 Sykehusets "grunnform" – et "profesjonsbyråkrati" .....	22
3.3 Divisjonisert profesjonsbyråkrati – en heldig kombinasjon? .....	23
3.4 Framvekst av divisjonalisert struktur .....	25
3.5 Oppsummering – prinsipielle utfordringer som skapes av strukturen .....	26

4 Den interne organiseringen av UUS sammenlignet med andre norske sykehus	27
4.1 Den øverste sykehusledelsen	27
4.2 Ledelsen på avdelingsnivå	29
4.3 Relasjonen til primærhelsetjenesten	30
4.4 Sykehusets informasjonsarbeid	30
4.5 Budsjett rutiner og belønningssystemer	31
4.6 Oppsummerende kommentar	32
5 Utøves det dugelig lederskap ved UUS?	33
5.1 Innledning	33
5.2 Større krav til lederskap	33
5.3 Lederkriterier	34
5.4 Lederferdigheter ved Ullevål	37
5.5 Hvilken effekt har lederferdighetene på virksomhetskritiske resultater?	44
5.6 Oppsummering - lederferdigheter	53
5.7 Strukturelle forhold og resultatene som leveres må også inkluderes i en vurdering av lederne på UUS	55
5.8 Diskusjon om hvilke ferdigheter som bør være rekrutteringskriterier og hvilke ferdigheter som kan utvikles	55
5.9 Diskusjon om hvordan Ullevål kan utvikle lederskapet	56
6 Analyse og problemforståelse	59
6.1 Sykehuset og omgivelsene	59
6.2 Forskning	63
6.3 Undervisning	68
6.4 Horisontal koordinering og pasientforløp	71
6.5 Virksomhetsstyring – sammenhengende ledelse eller dekoblet styringsprosess?	78
6.6 Stabs- og støttefunksjoner	87
6.7 Noen oppsummerende betraktninger	92
7 Forslag til hovedstruktur	95
7.1 Innledende betraktninger	95

7.2 Tre hovedmodeller for organisering av klinisk virksomhet .....	95
7.3 De tre hovedmodellene anvendt på Ullevål .....	97
7.4 Toppledelse og stabsdirektører i de tre modellene .....	103
7.5 Andre organisatoriske løsninger .....	104
7.6 SINTEFs anbefaling - kombinasjon av modeller .....	105
7.7 Virksomhetsstyring og klinisk lederskap .....	109
Vedlegg .....	114



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Det stilles idag stadig strengere krav til sykehusenes evner og muligheter til å optimalisere sin organisasjonsstruktur for å imøtekomme endrede rammebetingelser og effektivisere driften i henhold til dette. Endring av strategiske mål, samarbeidspartnere, finansieringssystemer og sykehusenes opptaksområder er momenter som aktualiserer en gjennomgang av eksisterende organisasjonsstruktur og sykehusenes samlede ledelseskompetanse.

Ullevål universitetssykehus (UUS) er organisert etter prinsippene om divisjonalisering og har innført enhetlig ledelse i henhold til stortingsvedtak. Divisjonalisering ble innført med Oslo kommune som eier, og med et ønske om mindre kontrollspenn. I styrevedtaket fra styremøte den 21. september 1999 heter det at ny organisasjonsmodell skal baseres på prinsippene:

- EN leder for alle organisasjonsheter
- Organisasjonshetene skal ha kontroll over egne ressurser og resultatansvar med minimal intern fakturering
- Organisasjonsmodellen må legge forholdene til rette for at pasienten befinner seg innenfor så få organisatoriske enheter som mulig gjennom sin behandling
- Antall organisasjonsheter bør ikke være større enn 7-8.

Idag står sykehuset overfor nye utfordringer både internt med innføringen av enhetlig ledelse, som krever en mer generell lederkompetanse, og eksternt ved endret eierstruktur, nye samarbeidsrelasjoner og innføringen av foretaksmodellen som tilknytningsform.

Sykehus, og spesielt landets store universitetssykehus, er komplekse organisasjoner med svært mange oppgaver innen både behandling, undervisning og forskning. Sykehusene er kanskje våre mest avanserte og mest utviklede organisasjoner med tanke på antall beslutninger, handlinger og oppgaver som koordineres hver dag. Samtidig opplever sykehusene et trykk fra omgivelsene knyttet til å få mer helse ut av hver krone. Valg av organisasjonsmodell har betydning for hvor effektivt sykehuset kan løse sine oppgaver. Sykehuset må vurdere ulike organisasjonsløsninger, og fra mange hold presenteres "ferdige" organisasjonsmodeller, ofte hentet fra andre typer foretak og bedrifter eller kopiert fra helsevesen i land som det vanskelig lar seg gjøre å sammenligne med.

Sykehusene i hovedstadsområdet opplever et økt press om samarbeid og endring av funksjoner. Fagområder har blitt slått sammen og Ullevål universitetssykehus, som en avgrenset institusjon, har i større grad blitt utfordret der fagområder ses i sammenheng på tvers av institusjonsgrenser.

De alternative modellene og tiltak som SINTEF presenterer er basert på de styrker og svakheter som SINTEF har identifisert innenfor dagens organisering av sykehuset. SINTEF vil understreke at det ikke finnes én riktig måte å organisere sykehuset, men at man med utgangspunkt i de skissterte forslagene kan utvikle modeller som er tilpasset UUS' virksomhet.

En eventuell endring av den overordnede organisasjonsstrukturen bør også sees i sammenheng med utfordringer som sykehuset står overfor mht. utviklingstrekk i samfunnet generelt og sykehussektoren spesielt. Vi kan her trekke fram noen momenter:

- Utvikling i pasientgrunnetaget
  - Antall eldre øker
  - Antall kronisk syke øker (eksempelvis diabetes, KOLS, kreft)



- Antall sammensatte lidelser øker
- Tettere samarbeid med primærhelsetjenesten
  - Økt behov for opplæring av førstelinjetjenesten og pasientene slik at sykehusinnleggelse forebygges og livskvaliteten hos pasientene øker
- Teknologisk og faglig utvikling
  - Mer faglig spesialisert medisin
  - Utvikling i medisinsk teknologi, farmakologi og behandlingsmetoder
  - Strengere krav til faglig dokumentasjon
  - Sterkere satsing på forskning
  - Kortere liggetid
  - Mer dagbehandling
  - Tettere integrasjon av psykiatri og somatikk
- Den enkelte pasient
  - Større bevissthet om mulighetene til å velge behandlingstilbud
  - Økt kunnskap om egen sykdom
  - Ønske om brukermedvirkning
  - Økt oppmerksomhet om pasienttilfredshet
- Finansieringsmodell og struktur
  - Lavt utbytte for høykomplisert pasientbehandling
  - Private aktører konkurrer om enkle, lønnsomme pasienter
  - Økt konkurranse med andre offentlige sykehus
  - Sykehusene i hovedstadsområdet vil i økende grad få press på seg til å samordne sine tjenester der fagområder sees i sammenheng på tvers av institusjonsgrenser (Oslo-prosessen).

For UUS kan dette bety at antallet pasienter med kompliserte lidelser som krever innsats av flere ulike fagmiljøer vil øke. Enkelte pasientgrupper med forholdsvis enkle lidelser som i dag behandles på sykehuset vil bli behandlet utenfor sykehuset, men dette fordrer at sykehuset desentraliserer deler av sitt tilbud eller sørger for at aktører i primærhelsetjenesten skoles for denne oppgaven.

Videre vil den faglige og teknologiske utviklingen fører til at sykehuset subspecialiseres ytterligere. Horizontal samhandling og koordineringen av pasientbehandlingen mellom avdelinger/seksjoner blir enda viktigere for å gi pasientene et best mulig og mest mulig helhetlig behandlingsforløp. Sykehuset vil trolig, etter hvert som andre sykehus i regionen avvikler sine tilbud om behandling av enkelte lidelser, måtte ta over relativt tunge pasientgrupper som gir lav uttelling innenfor DRG-systemet. UUS bør ha utviklet strategier for å møte utfordringene dette måtte medføre.

Videre må UUS posisjonere seg når det gjelder konkurranse fra private aktører og andre offentlige sykehus innenfor pasientkategorier som gir høy lønnsomhet. Her har UUS også undervisnings- og forskningsoppgaver som må ivaretas. I forbindelse med samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet bør UUS ha en strategi for hvilke fagfelt sykehuset skal utvikle seg på og hvilke som andre sykehus kan ta hånd om.

Med denne rapporten ønsker SINTEF, innenfor prosjektets rammer, å gi en grundig dokumentasjon og analyse av organisasjons- og ledelsesstrukturen ved UUS, samt diskutere UUS i forhold til tre ulike overordnede organisasjonsmodeller. Det er et mål med denne gjennomgangen at en eventuell ny organisasjonsstruktur kan tuftes på et rasjonelt grunnlag tilpasset Ullevål universitetssykehus' genuine behov i forhold til sykehusets kjerneoppgaver innen pasientbehandling, forskning og undervisning.

## 1.2 Mandat, oppdragets faser og arbeidsform

SINTEF fikk den 21. januar 2005 i oppdrag å evaluere ledelses- og organisasjonsstrukturen ved Ullevål universitetssykehus. Oppdraget ble gitt av Ullevål universitetssykehus som oppdragsgiver og med en varighet på fire og en halv måned og med overlevering av sluttrapport den 9. juni 2005.

Evalueringen skal dekke fire del-områder:

1) Evaluere hensiktsmessigheten av dagens organisasjonsstruktur (divisjonaliseringen) ved sykehuset med utgangspunkt i kjernevirksomhet, pasientbehandling, herunder også forskning og undervisning. Det skal tas hensyn til organiseringen av medisinske støttetjenester. Det skal eventuelt utarbeides konkrete endringsforslag. Evaluere organiseringen av administrative støttetjenester i divisjonene sett i sammenheng med sentral administrative støttetjenester. Fremsette konkrete endringsforslag slik at man sikrer en kvalitativ og effektiv virksomhetsstyring.

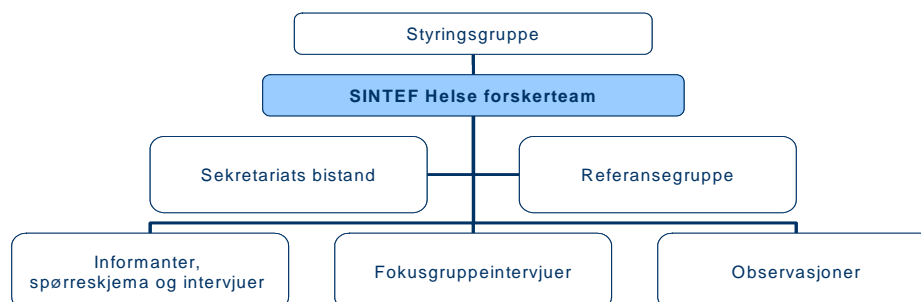
2) Evaluere lederstruktur i divisjonene og direktørens stab med hensyn til ansvar og fullmakter, informasjonsflyt/kommunikasjon, prioriteringer og strategiske beslutninger. Hensiktsmessig lederspenn/antall ledere som rapporterer til overordnet ses på som viktig tema. Det skal utarbeides eventuelt konkrete endringsforslag.

3) Kartlegge ledernes kompetanseprofil på divisjonsnivå og definere kompetansebehovet sett i lys av punkt en og to. Fremsette konkrete forslag til tiltak basert på en GAP analyse. Definere kompetansebehovet som trengs for å inneha avdelingslederfunksjonen.

4) Det skal foretas en sammenligning av sykehuset med andre virksomheter/sykehus på områdene:

- organisering av administrative støttetjenester (dvs. personal, økonomi, it, jus, kvalitet)
- organisering av kjernevirksomheten (pasientbehandling, forskning og undervisning).

Prosjektet har blitt organisert med en styringsgruppe, referansegruppe og sekretariat oppnevnt av UUS. Leder for styringsgruppen og referansegruppen og sammensetning av disse har endret seg underveis i sammenheng med at administrerende direktør Helge Kjersem gikk av. I den sammenheng har styret ved UUS vært involvert og har endret prosjektets mandat og milepæler. Styret ønsket en mellomrapportering underveis og i den forbindelse også at datainnsamlingen og spørreskjemaundersøkelsene ble framskyndet. Videre ønsket styret at prosjektet ble utvidet til også å omfatte intervjuer med tillitsvalgte og brukerrepresentanter.



*Styringsgruppen* skulle ta prinsipielle avgjørelser når det gjaldt evalueringsprosjektets innhold og fremdrift. Eventuelle ønsker om utvidelse av prosjektet, avvik fra tidsplan skulle bli behandlet av styringsgruppen. Det har blitt avholdt fem møter med styringsgruppen.

*Referansegruppen* bestod av hovedtillitsvalgte, hovedverneombud, representanter fra divisjonene; divisjonsdirektører og avdelingsledere, samt stabsdirektører. Referansegruppen skulle være representativ for sykehusets ansatte og være tverrfaglig sammensatt. Direktøren utnevnte leder for referansegruppen. Divisjonsdirektørene utnevnte avdelingsledere (to fra hver divisjon), viseadministrerende direktør utnevnte stabsdirektører og de hovedtillitsvalgte valgte tre representanter. Referansegruppen møttes i forbindelse med milepæler i prosjektet (totalt tre møter). Hvis referansegruppen hadde innspill til endringer som førte til avvik i forhold til prosjekttilbudet, tok referansegruppens leder dette opp med styringsgruppen for behandling.

Et eget *sekretariat* ved UUS sørget for driftsdata fra sykehuset, intervjuavtaler, fokusgruppeavtaler, avtaler om fotfølging av avdelingsledere, E-post adresser til alle ledere t.o.m. avdelingsnivå som skulle bidra til 360° ledervurdering og nettbasert spørreskjema samt reservere møterom for styringsgruppemøter, referansegruppemøter samt fokusgruppemøter.

Forskergruppen ved SINTEF har hatt samme sammensetning under hele prosjektperioden og har bestått av Lars Erik Kjekshus (prosjektleder), Trond Harsvik, Jan-W. Lippestad, Tord Mortensen, Heidi Torvik og Per Kristian Vareide. Professor Ole Berg ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, har kommentert tidlige tanker og ideer og forskningssjef Arne Eide har vært kvalitetssikrer ved SINTEF. Gloria Azalde har vært prosjektsekretær.

I tillegg til denne grunnstrukturen har det vært ønskelig fra UUS å utvide møtestrukturen. Det har vært avholdt to møter med styret til UUS, samt et møte med samtlige tillitsvalgte og fagforeningsrepresentantene ved UUS.

### 1.3 Rapportens oppbygging

Rapporten består av 7 hovedkapitler, samt vedlegg. Vi begynner med en oversikt over sykehuset med hensyn til ledelse og organisasjonsutvikling, samt en generell beskrivelse av sykehuset. Det gis et sammendrag av relevante tidligere evalueringer.

Vi har i evalueringen benyttet ulike metoder og samlet inn data fra ulike kilder for å belyse de aktuelle problemstillingene (metodetriangulering). I kapittel 2 presenterer vi datagrunnlag, metoder og utvalg av informanter.

I kapittel 3 beskrives det teoretiske utgangspunktet for organisasjonsanalysen, mens det i kapittel 4 gis en presentasjon og drøfting av resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse blant divisjonsdirektørene hvor den interne organiseringen av UUS sammenlignes med andre norske sykehus. Resultatene fra 2005 er sammenstilt med resultater fra tilsvarende undersøkelser gjort i 1999, 2001 og 2003 (INTORG-databasen).

I kapittel 5 presenteres og drøftes resultatene fra SINTEF's undersøkelse av lederskapsutøvelse ved UUS.

Tilslutt i rapporten gir vi en beskrivelse av alternative strukturer samt drøfter UUS i forhold til disse organisasjonsmodellene (kapittel 6 og 7).

I vedlegg til rapporten gis det en beskrivelse av den enkelte divisjon med underliggende avdelinger. Her presenteres det kvalitetsindikatorer for den enkelte avdeling samt at det presenteres analyser av UUS når det gjelder kostnads- og aktivitetsnivå ved de enkelte avdelinger.

### 1.4 Om Ullevål universitetssykehus HF

Ullevål Universitetssykehus (UUS) er Nordens største sykehus målt i antall behandlede pasienter og antall ansatte. Sykehusets størrelse gjør det vanskelig å gi et rettferdig og entydig bilde av UUS. Det er et sykehus som utmerker seg på en rekke områder, både mht. til forskning, pasientbehandling og undervisning. Men samtidig er det av en slik størrelse at sykehuset vil ha innbyrdes variasjoner. Enkelte enheter av UUS vil framstå som mer vellykket enn andre. Media har gjennom en rekke oppslag forsøkt å gi et bilde av et sykehus i krise. Men ofte har dette vært tilknyttet enkeltepisoder og avgrensede deler av sykehusets virksomhet. Det er SINTEFs inntrykk at sykehuset sett i et større perspektiv gjør det godt både med hensyn til kvalitet og effektivitet.

UUS har hatt tre år på rad med et regnskap i balanse. I sykehussammenheng er dette oppsiktsvekkende. De fleste norske sykehus har systematisk gått med underskudd, og UUS har tradisjonelt ikke vært noe unntak. Sykehusbudsjetter har ofte ikke vært troverdige og har i stor grad blitt sett på som å ha liten verdi i styringsøyemed. Ved å gå i balanse viser UUS at det i stor grad har klart en oppsiktsvekkende snuoperasjon. Det ser riktignok ut til at for 2004 vil det gå mot et underskudd, men tallene er ikke endelig revidert.

#### 1.4.1 Dagens organisering av UUS

Ullevål universitetssykehus HF (UUS) eies av Helse øst RHF, og styres gjennom lov, vedtekter og avtaler. Sykehuset har et eget styre. Sykehuset opptre som arbeidsgiver, helseinstitusjon, offentlig organ, forretningspart, forsknings- og utdannelsesinstitusjon.

Sykehuset er lokalisert på Ullevål i Oslo og Dikemark i Asker, samt har flere mindre enheter innen Oslo's grenser.

Ullevål universitetssykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver: Pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Sykehuset har 8 625 ansatte fordelt på 8058 årsverk. Sykehuset har 803 senger for somatiske pasienter, og 353 senger for psykiatriske pasienter. I tillegg kommer dagbehandling og senger ved Ullevål hotell, distriktpspsykiatriske sentre samt en rekke bydekkende funksjoner.

Sykehuset har i samarbeid med Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo ansvar for utdanning av alle kategorier helsepersonell. Som universitetssykehus har UUS et spesielt ansvar for å drive forskning. I tillegg til forskningen i kliniske avdelinger og ved kliniske rettede laboratorier, har sykehuset to rene forskningsinstitutter med universitetstilknytning.

Sykehuset har en hovedadministrasjon bestående av administrerende direktør, samt to viseadministrerende direktører for henholdsvis området *medisin og helse* og *drift* med underliggende stabsdirektører. Stabsområdene er medisin, kvalitet, helsefag, arbeidsmiljø, it, jus, personal og økonomi. Kommunikasjonsdirektør, forskningsdirektør og eiendomsdirektør rapporterer direkte til administrerende direktør.

Sykehusets virksomhet er inndelt i 10 divisjoner: Hjerte-Lunge, Kirurgisk, Medisin, Ortopedisk, Prehospital, Laboratoriemedisin, Radiologisk, Kvinne-Barn, Psykiatrisk og Intern Service.

Sykehuset er organisert med en ansvarlig leder på alle nivåer. Nivåene utgjør administrerende direktør med stab, divisjon, avdeling og seksjon.

Administrerende direktør har 5 direktører som rapporterer direkte til seg i sin stabsavdeling og 10 divisjonsdirektører. Sykehusets ledelse møtes ukentlig i møte mellom divisjonsdirektørene, administrerende direktør og viseadministrerende direktør. Det er 9 stabsdirektører som rapporterer til de to viseadministrerende direktørene.

Divisjonene har det helhetlige ansvar for alle sider av virksomheten innen divisjonene (administrasjon, faglig, økonomi, personal, juridisk).

#### 1.4.2 UUS i et historisk lys

Det ligger ikke i vårt mandat å beskrive UUS sin organisering i perioden før år 2000, men vi mener det er viktig å sette dagens organisering i en historisk kontekst og bringer derfor her en kort redegjørelse. Det har ikke lyktes oss å oppdrive rapporter fra reorganiseringsperiodene 1990 og 1999 og gjengivelsen er derfor i stor grad basert på muntlige rapporteringer fra de som deltok i de tidligere reorganiseringer.

Den nåværende grunnstrukturen ved UUS kan spores tilbake til etableringen av klinikkstrukturen i 1989-1990, under sykehusdirektør Ola H. Metliaas ledelse. Før dette hadde UUS en avdelingsstruktur med opp imot 100 enheter som rapporterte til sykehusets direktør. Begrunnelsen for etableringen av klinikkstrukturen var at UUS hadde et underskudd i 1989 og man så behovet for å redusere kontrollspennet samt at man ønsket en kraftig nedbemanning av UUS. Det ble foretatt et forarbeid av en intern styringsgruppe på ti personer samt at det ble opprettet flere arbeidsgrupper og gjennomført en rekke konsekvensanalyser.

Målet med reorganiseringen i 1989 var å dele inn virksomheten i under ti enheter. I 1990 ble da UUS delt inn i åtte klinikker. Disse var Kirurgisk klinikk, Medisinsk klinikk, Laboratoriemedisinsk klinikk, Medisinsk service klinikk (Radiologi, sentrallageret, anestesi, steriltforsyningen, Avd for tekniske hjelpemidler, Avd for medisinsk fysikk og teknikk), Psykiatrisk klinikk, Kvinne-barn klinikken, Geriatrisk klinikk og Klinikk for intern service. I forbindelse med overgangen til klinikkstruktur fikk også UUS sitt første styre (det første styret tiltrådte 13. august 1990). I 1992 ble det opprettet en ny enhet innen forebyggende medisin. I forbindelse med at sentralblokken ble ferdigstilt i 1994, ble det opprettet en egen klinikk for akuttmedisin (KAM) bestående av intensivavdelingen og anestesi (tidligere Medisinsk service klinikk) og postoperativ-virksomhet. I 1996 ble legevakten skilt ut som egen klinikk (senere lagt ut til kommunen i 2002).

I perioden 1990 - 1995 gikk UUS i økonomisk balanse, men i 1996 fikk UUS et underskudd på 52 millioner kroner (1996-kroner). I den forbindelse trakk Metliås seg fra stillingen som direktør. Ingar Pettersen fungerte som direktør fram til 1997. I 1997 ble Karl Arne Johannesen ny administrerende direktør og satt fram til 1999. Sykehuset gikk i årene 1997 og 1998 i økonomisk driftsbalanse. I 1997 ble sykehuset bedt av byrådet i Oslo kommune om å spare over 400 millioner innen 2000. Styreleder Karl Glad mente det ikke var mulig å få tilsatt en ny direktør når UUS ble pålagt slike økonomiske betingelser. I perioden fra 1999 til 2001 var det store driftsøkonomiske underskudd ved Ullevål sykehus: Driftsresultatet i 1999 var på kroner 112 millioner, i 2000 på kroner 181 millioner og i 2001 på 265 millioner kroner (nominelle kroner). Hvorvidt pålagte økonomiske innstramninger fra sykehuseier (Oslo Kommune) førte til disse store underskuddene er vanskelig å si ut fra det tallmaterialet vi har.

Erik Normann fungerte som direktør (etter Johannesen) fram til Helge Kjersem overtok som administrerende direktør februar 2001. I perioden fra 2002 til 2004 har sykehuset igjen gått i økonomisk balanse.

I 1997 ble Geriatrik klinikk og forebyggende medisin lagt til medisinsk klinikk, samtidig som Karl Arne Johannesen introduserte organbasert organisering ved å opprette Hjerte-lungesenteret.

Allerede i 1990 ble begrepene divisjonalisering diskutert, men man foretrakk navnet klinikk. I 1999 var det ønskelig at klinikkstrukturen skulle spisses, spesielt med ønske om å rendyrke prinsippene om divisjonalisering og møte utfordringer fra private aktører samt bedre økonomistyringen internt på sykehuset.

I forbindelse med overgangen til en divisjonalisert struktur i 1999 ble klinikk for akutt medisin (KAM) avviklet og anestesi ble lagt inn under kirurgisk divisjon. Argumentene var blant annet at KAM hadde vært vanskelig å styre som en egen klinikk og at det var sterke argumenter for at kirurgisk divisjon burde ha kontrollen over anestestjenestene for bedre å tilpasse denne tjenesten i forhold til kirurgisk virksomhet.

I stor grad ble klinikkstrukturen videreført med noen små justeringer. I 2000 ble ortopedisk virksomhet skilt ut fra kirurgisk divisjon for å danne Oslo Ortopediske Universitetsklinikk (OOU) i samarbeid med Rikshospitalet. Da dette samarbeidet havarerte i 2001, fortsatte Ortopedisk senter som en egen divisjon i UUS. Barne- og ungdomspsykiatri ble lagt inn under Kvinne-barn divisjonen og Pre-hospital divisjon ble opprettet i 2003.

## 1.5 Gjennomgang av tidligere evalueringer av Ullevål Universitetssykehus HF

UUS har vært gjenstand for flere evalueringer. Av de evalueringene vi har fått forelagt er en mindre "underveisundersøkelse" foretatt av Statskonsult samt en evaluering av stabsfunksjonene foretatt av konsultentselskapet PriceWaterhouseCoopers i samarbeid med sykehusadministrasjonen ved UUS. I tillegg er det nylig avlagt en rapport om psykiatrisk divisjon spesielt samt at det foreligger enkelt evalueringer av blant annet Hjerte-lungesenteret og nevrofagene. Evalueringene på divisjonsnivå vil bli kommentert i forbindelse med presentasjon og diskusjon av den enkelte divisjon.

### 1.5.1 Statskonsultrapporten

To konsulenter fra Statskonsult gjorde en "underveisevaluering" av divisjonaliseringsstrukturen høsten 2002. Rapporteringen foreligger som et foredrag avholdt 29.10.02. Den er relativt generell i sin karakter og er mer ment som ett innspill til organisasjonsutviklingsarbeid enn en konkret evaluering.

Det kanskje mest konkrete som kommer fram i Statskonsults gjennomgang er:

- USS oppfører seg ikke som en selvstendig strategisk aktør og *"bør i større grad ta kontrollen og ikke være prisgitt alle andre, som eiere, styret og politiske vinder"*
- Divisjonsdirektørmøter blir ikke tilstrekkelig profesjonelt gjennomført:
  - Beslutninger respekteres ikke. Det aksepteres at det er omkamper.
  - Det foretas ingen prioritering av sakers viktighet
  - Lite fokus på strategiske områder, som sammenheng mellom ambisjoner (for eksempel innen forskning) og midler til gjennomføring

- Divisjonene har ikke funnet sin form og fungerer mer som informasjonskanal enn som styringsorgan.
- Faglig innhold og økonomisk tenkning må i større grad forenes
- Avdelingsledelsen ser seg ikke som en del av ledelsen ved UUS. Divisjonen er blitt et ekstra lag mellom "dem" og tårnet. Strategisk tenkning på avdelingsnivå blir ikke løftet opp til ledelsen sentralt

Statskonsult skulle også peke på sentrale spørsmål som avdekkes og som bør undersøkes i en senere større evaluering etter 2 år. De peker på at det bør spørres om UUS har klart å følge opp Statskonsults anbefalinger når det gjelder arbeids- og styringsformer, prioriteringer, møtekultur, lederverdier, lederroller, rolleforståelse, kommunikasjonsformer osv., med utspring i to hovedspørsmål:

- Hva har UUS valgt å legge vekt på i henhold til Statskonsults anbefalinger, og i hvilken grad lykkes sykehuset med å følge opp dette? Hvilke hindringer og problemer har oppstått, og hva fungerer faktisk bedre?
- Fungerer divisjonene som strategiske fora for å gjøre styringen av sykehuset bedre? Hvis de ikke gjør dette innen 2005, bør organisasjonsmodellen vurderes på nytt.

Statskonsult utdyper dette gjennom fem punkter:

### **1) Divisjoner med fungerende faglig plattform?**

*Skal UUS basere den sykehusfaglige, strategiske styringen på divisjonenes evne til å være strategiske fora, kreves ikke bare velfungerende divisjoner. Det kreves også divisjoner med en fungerende faglig plattform. I den sammenhengen tror vi det er nødvendig å se på inndelingen i divisjoner på nytt: Er "kirurgi" et sykehusfaglig område som gjør det meningsfullt å foreta fagstrategiske drøftinger og prioriteringer? Er "medisin" et slik funksjonelt område? osv. Vi tror dette er spørsmål som vil tre klarere fram etter hvert som sykehuset øver seg opp i den "strategiske kunst".*

### **2) Bygge ned hierarkiet?**

*Gjennom divisjonaliseringen har sykehuset basert seg på et hierarkisk system, der også divisjonene innad får sine egne, små hierarkier (sentre). Vi vet at hierarkier kan fungere sendrektig, ta "futtene" ut av systemet, hindre kreativitet, føre til uklart ansvar osv. Vi tror den hierarkiske strukturen må ses på, kanskje særlig innad i divisjonene, med henblikk på om den fungerer etter hensikten.*

### **3) Bedre samhandling på tvers?**

*Statskonsults undersøkelse omhandler ikke faglig strategisk samarbeid på tvers av divisjoner. Et slikt samarbeid vil likevel bli avgjørende for god styring av sykehuset. Det horisontale samarbeidet, og måter å bedre dette på, bør ses på i en ny evaluering.*

### **4) Divisjoner/avdelinger som selvstendige økonomiske enheter?**

*Hvis divisjonene/avdelingene helt ut blir selvstendige økonomiske enheter, kan dette stimulere til så vel bedret strategisk arbeid og bedre prioriteringer som bedre budsjettstyring i enhetene. Uheldige utslag kan bli manglende helhetlig styring av sykehuset, uheldige ringvirkninger ved budsjettkutt, komplisert og tungrodd samhandling mellom divisjonene – blant annet med fakturering av tjenester. Det kan være riktig at grunnlaget for og konsekvensene av økt økonomisk selvstendighet vurderes, ved en gjennomgang av sykehuset i 2005.*

### **5) Færre avdelinger?**

*Vi tror det vil være naturlig at avdelingsnivået ses på, med tanke på om det finnes avdelinger som kan fjernes eller slås sammen. Antallet avdelinger innen en divisjon, vil påvirke divisjonenes evne*

*til å være strategiske fora. Man bør kanskje også tillate seg å spørre, om en betydelig reduksjon i antall avdelinger, kunne erstatte divisjonene? Et slikt spørsmål vil selvsagt avhenge av hvilke erfaringer sykehuset har med divisjonene, når vi skriver 2005.*

Dette er noen av de spørsmålene vi tror vil være viktige å vurdere om tre år. Vi vil fastholde at endringer i styrings-, samhandlings- og kommunikasjonsformer kan bety mer for styringen av sykehuset, enn endring av organisasjonsstrukturer, som avdelinger, divisjoner osv. Strukturelle endringer koster ofte mye i form av tapt tid, svekket konsentrasjon, konflikter, tapt effektivitet og lignende. Samtidig skal ikke organisasjonsmessige strukturer som ikke klarer å fylle sin styringsoppgave, gis livets rett i altfor lang tid. Vi vil derfor tro at de store spørsmålene rundt divisjonsliseringen fortsatt er aktuelle i 2005. " (STATSKONSULT 2000: 28-29)

### 1.5.2 SA-rapporten

I 2000 ferdigstilte UUS et arbeid utført i samarbeid mellom ansatte i sykehusadministrasjonen (SA) og eksterne konsulenter fra PricewaterhouseCoopers. I prosjektet ble det utført kartlegging av hovedaktiviteter og avdelingene i SA. Kartleggingene ble benyttet for å identifisere områder hvor det kunne gjennomføres tiltak som ville bidra til fokusering på sykehusets kjerneområder og mer effektiv drift. Det ble foreslått å legge enkelte virksomheter ved sykehuset ut til eksterne. Disse var spesielt hustrykkeriet, sentralbordet og videreutdanningen av sykepleiere. Videre ble det foreslått å styrke stabsledelsen bl.a. med høyere lønn fra 350 000,- til 700 000,- kr. samt opprettelse av en viseadministrerende direktør. En rekke mindre tiltak ble også foreslått under de enkelte avdelingene i SA mht. flytting av oppgaver, desentralisering og utflytting.

## 1.6 Ullevål Universitetssykehus HF's aktivitet og ressursbruk sammenlignet med andre sykehus

SINTEF Helse PaFi gjorde i 2003 en benchmarking av flere sykehus i Norge, basert på data innsamlet og bearbeidet for utvikling av kostnadsvektene til DRG-systemet (Pedersen 2004). Kostnads- og aktivitetsdata for 2002 lå til grunn for arbeidet, og UUS var et av de 18 sykehus som var med i prosjektet.

I dette avsnittet følger en kort gjennomgang av hovedfunn i benchmarkingsrapporten til SINTEF Helse PaFi for kostnads- og aktivitetsdata i 2002. Et tilsvarende arbeid for data for 2004 er under utarbeidelse, og vil foreligge høsten 2005. Benchmarkingsrapporten inneholder en sammenligning av kostnadsnivået for ulike deler av sykehusvirksomheten. Hensikten med arbeidet var å avdekke områder/deler av sykehusdriften som hadde et avvikende kostnadsnivå i forhold til et gjennomsnitt. Dette kan være nyttig styringsinformasjon for helseforetakene, og motivere til nærmere undersøkelser av hva som forårsaker et evt. avvikende kostnadsnivå. Hva som forårsaker et kostnadsavvik sier rapporten ingenting om (Pedersen 2004).

Kostnadsdata fra regnskapsåret 2002 ble tilrettelagt for beregning av kostnadsvekter til DRG-systemet, og inndelt i 11 forskjellige kostnadsgrupper inkl sin andel av felleskostnader. Driftskostnader som ikke kan relateres til behandling av DRG-pasienter har blitt ekskludert fra kostnadsgrunnlaget. Dette ble sammenholdt med tilhørende sykehusopphold som ble DRG-gruppert. Kostnadsdata og tilhørende pasientdata ble deretter benyttet for å beregne kostnadsindikatorer for ulike deler av sykehusvirksomheten. "Kostnadsgruppene har en DRG-spesifikk fordelingsnøkkel som benyttes for å tilordne kostnader til sykehusopphold. Fordelingsnøkkelen, sammen med sykehusoppholdene som DRG-grupperes ved hvert enkelt sykehus, kan tolkes som et aktivitetsmål som korrigerer for ulik DRG-sammensetning. Dermed kan kostnader ses i forhold til aktivitet ved de ulike deler av sykehusvirksomheten" (se side 5 i rapporten).

Benchmarking betyr "en på forhånd definert posisjon, brukt som referanse noe måles opp mot". I rapporten presenteres kostnadsindikatorer for ulike deler av sykehusvirksomhetene der et gjennomsnittlig kostnadsnivå benyttes som referanse. Kostnadsindikatoren for hvert virksomhetsområde defineres som totale kostnader generert av virksomhetsområdet dividert på registrert aktivitet innenfor det samme virksomhetsområdet. Et gjennomsnittlig kostnadsnivå

behøver nødvendigvis ikke å være et riktig nivå på kostnadene, og det er viktig å være klar over. Ved beregning av kostnadsindikatorer i rapporten, vurderes kostnader ved deler av sykehusvirksomheten opp mot aktivitet innenfor tilsvarende deler av driften. Høy verdi på en kostnadsindikator kan indikere at det er et effektiviseringspotensiale, men flere forhold må vurderes for å sjekke om det er et reelt potensial for høyere effektivitet. I avsnitt 1.3.2 i benchmarkingsrapporten gis det eksempler som kan belyse problemet.

Grunn- og pleiekostnader<sup>2</sup> (se avsnitt 2.4.1 i benchmarkingsrapporten for en gjennomgang av de to virksomhetsområdene) utgjør i gjennomsnitt mellom 63 og 65 prosent av kostnadene til DRG-virksomhet i sykehusene. Avvik i kostnadsnivå innenfor disse virksomhetsområdene vil derfor ha relativt stor betydning for sykehusets kostnadsnivå totalt sett. I dette sammendraget vil det derfor bli fokusert på grunnkostnader per faktiske og forventede liggedøgn, og direkte pleiekostnader per faktiske og forventede 100 pleiepoeng, samt dekningsgrad ved poliklinikk.

Både grunn- og pleiekostnader er blitt fordelt til DRG delvis basert på liggedøgn ved hver sengeavdeling. Dette kan ha en uheldig effekt, da sykehus/sengeavdelinger med lang liggetid vil få det laveste kostnadsnivået. Et forventet mål på liggetid er da beregnet for hvert sykehusopphold, gitt DRG. Som forventet liggetid benyttes median liggetid for de sykehus som var med i arbeidet med kostnadsdata. Kostnader til de øvrige kostnadsgruppene er fordelt til hver DRG etter fordelingsnøkler for hver kostnadsgruppe.

### 1.6.1 Resultater

Av de totale driftskostnadene til fordeling mellom kostnadsgruppene, totale driftskostnader til DRG-virksomhet, utgjør andelen grunnkostnader ved Ullevål Universitetssykehus 54,4 prosent i 2002. Gjennomsnittet for regionsykehusene var 53,7 prosent. Andelen direkte pleiekostnad utgjorde på Ullevål 8,7 prosent, mot gjennomsnittlig 9,4 prosent for regionsykehusene samlet. Kostnadsandelen innenfor et virksomhetsområde kan være en indikasjon på et høyt kostnadsnivå, men det kan også være en indikasjon på relativt stor aktivitet. Kostnadene innenfor et område må ses i sammenheng med aktiviteten innenfor området for å si noe om kostnadsnivået.

Poliklinisk drift er en integrert del av sengeavdelingenes virksomhet. Det er per i dag ikke sannsynlig at sykehusene vil finne det formålstjenlig å skille ressursbruk på henholdsvis poliklinikk og sengepost i regnskapene. Det betyr at vi ikke klarer å få faktiske kostnader ved poliklinikkene direkte ut fra regnskapene.

Dekningsgrad ved poliklinisk virksomhet defineres i rapporten som polikliniske inntekter representert ved RTV-refusjoner og polikliniske egenandeler dividert på beregnet driftskostnad for poliklinisk virksomhet. Dekningsgraden gir et uttrykk for i hvor stor grad inntekter knyttet til poliklinisk virksomhet dekkes av kostnadene til virksomheten. Avvikende dekningsgrad må tolkes med varsomhet, bla. på bakgrunn av at det kan være ulike rutiner og avtaler for fakturering, ulikt innhold i aktiviteten og takstendring radiologi fra 2002.

Ullevål Universitetssykehus hadde i 2002 en dekningsgrad på 70 prosent. Det betyr at 70 prosent av de totale driftskostnadene til poliklinikk ble dekket av inntekt fra poliklinikk. Haukeland sykehus hadde lavest dekningsgrad av regionsykehusene med 63 prosent, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge hadde en dekningsgrad på nesten 94 prosent. Sammenlignet med tidligere beregninger kan det se ut til at dekningsgraden ved poliklinikkene har økt, spesielt for de større sykehusene. Regionsykehusene har også en høyere dekningsgrad i gjennomsnitt enn sentral- og lokalsykehus.

Når det gjelder grunnkostnader per forventede liggedøgn i 2002, hadde Ullevål Universitetssykehus et kostnadsnivå over gjennomsnittet. Dette er i tråd med resultatene fra samme type studie basert på kostnads- og aktivitetsdata fra 2000. Grunnkostnaden per forventede liggedøgn var kr. 3.890 målt i 2002-kroner. Grunnkostnaden per forventede liggedøgn gir en kostnadsindeks for Ullevål

---

<sup>2</sup> Kostnadsindikatoren er grunnkostnad per liggedøgn for hver sengeavdeling, og kostnadsindikatoren for pleiekostnader per sengeavdeling er direkte pleiekostnad per pleiepoeng. Pleiepoeng beregnes ved å multiplisere en pleiefaktor inndelt i fire (lett, middels, tung eller ekstra tung) med gjennomsnittlig liggetid per DRG.



Universitetssykehus på 107, 100 er gjennomsnittlig indeks. Kostnadsindeksen<sup>3</sup> er beregnet som grunnkostnad per forventet liggedøgn dividert på gjennomsnittet for alle regionsykehus.

For virksomhetsområdet direkte pleie hadde Ullevål Universitetssykehus i 2002 en kostnadsindeks på 98. De direkte pleiekostnadene per forventede 100 pleiepoeng var altså lavere enn gjennomsnittet av regionsykehusene for Ullevål i 2002. Kostnadsnivå innenfor grunnkostnader må ses i sammenheng med kostnadsnivå innenfor direkte pleie. Dette fordi det som defineres som pleiekostnader et sted kan defineres som grunnkostnader et annet sted.

Det henvises til vedlegg benchmarkingsrapporten for nærmere gjennomgang av avdelingsvise grunnkostnader per faktiske for forventede liggedøgn og avdelingsvise direkte pleiekostnader per faktiske og forventede 100 pleiepoeng for Ullevål Universitetssykehus i 2002. I rapportens kap 4.3 gis en kort oversikt over medisinske serviceavdelinger og andre spesifiserte kostnadsgrupper.

### **SAMDATA<sup>4</sup>-perspektiv**

SAMDATA Somatikk inneholder en rekke indikatorer knyttet til bruk av sykehustjenester, ressursinnsats og ressursutnyttelse. Et mye brukt effektivitetsmål er relativt kostnadsnivå (eller kostnadsindikatoren), det vil si driftsutgifter til DRG-aktivitet per korrigerede opphold ved sykehuset relativt til gjennomsnittet for de somatiske sykehusene (ikke spesialsykehus). Kostnadsindikatoren utarbeides i SAMDATA på sykehus-/helseforetaksnivå.

Kostnadsindikatoren for Ullevål sykehus var i 2002 1,10. Indeksen for landet som helhet er 1,00. Dette betyr at i 2002 ble det beregnet at Ullevål sykehus hadde driftsutgifter til DRG-aktivitet som lå ti prosent over landsgjennomsnittet. Bak denne beregningen lå en forutsetning om at polikliniske inntekter (RTV-refusjoner og egenandeler) dekket utgiftene ved poliklinikkene. I benchmarkingsrapporten for 2002 ble det vist at dekningsgraden for poliklinikkene ved Ullevål sykehus var på 70 prosent.

I forkant av presentasjonen av SAMDATA for 2003, ble det gjort en endring i hvordan driftsutgiftene til DRG-aktivitet ble beregnet. Endringen var begrunnet blant annet i arbeidet med kostnadsvektene (og den tilhørende benchmarkingsrapporten), og rådet fra en referansegruppe bestående av ti sykehus<sup>5</sup>. For 2003 ble de polikliniske inntektene ganget med 1,5 for å estimere kostnadene ved den polikliniske driften. I tillegg var et nytt kostnadsvektsett i bruk i SAMDATA for 2003 for første gang.

I SAMDATA for 2003 hadde Ullevål sykehus en kostnadsindeks lik landsgjennomsnittet, dvs. lik 1,00. For å kunne beregne endring fra 2002 til 2003, ble driftskostnadene til DRG-virksomheten også for 2002 endret som følge av den nye forutsetningen. Endringen viste en nedgang i driftskostnader per korrigert opphold for Ullevål sykehus på fem prosent fra 2002 til 2003. Hvorvidt det er endret forutsetning for estimering av polikliniske kostnader eller nytt vektsett som gir to forskjellige resultat for Ullevål i 2002 er det ikke gjort nærmere analyser av.

SAMDATA viser at utgiftsveksten på Ullevål sykehus, var lav fra 2002 til 2003, og lavere enn veldig mange andre sykehus. Dette tilsier at kostnadsindeksen i SAMDATA for Ullevål sykehus skulle bli lavere i 2003 enn hva den tidligere har vært. Beregninger for 2004 er ikke ferdigstilt på nåværende tidspunkt.

---

<sup>3</sup> Kostnadsindeksen vil her være et kostnadsnivå i prosent av gjennomsnittet.

<sup>4</sup> Se [www.samdata.sintef.no](http://www.samdata.sintef.no).

<sup>5</sup> Det vises for øvrig til Torvik, Nyland og Pettersen (2005): "Sensitivitetsanalyse og kostnadsgrunnlaget i SAMDATA: effekt på kostnadsindeks og totale utgifter", STF78 A055003, SINTEF Helse, for en nærmere gjennomgang av kostnadsgrunnlaget for kostnadsindeksen i SAMDATA.

## 2 Datagrunnlag, metoder, utvalg av informanter

### 2.1 Innledning

Vi har i evalueringen benyttet ulike metoder og samlet inn data fra ulike kilder for å belyse de aktuelle problemstillingene (metodetriangulering). På denne måten forsterkes grunnlaget for å trekke konklusjoner av funnene som gjøres i de ulike delundersøkelsene. Valget mellom kvalitativ og kvantitativ metode, er beskrevet som en dikotomi innen samfunnsvitenskapen hvor forskere velger side ut fra egne preferanser. Denne delingen passer imidlertid dårlig inn i virkelighetens verden, og etter vår vurdering vil det være en flytende overgang mellom en kvalitativ og en kvantitativ forskningsprosess - med andre ord ikke en ren dikotomi. I praksis vil mange kvalitative forskningsopplegg også ha innslag av kvantitative elementer, og at disse elementene står i et komplementært og gjensidig, supplerende forhold til hverandre. Generelt er ikke den ene metoden noe bedre enn den andre, samtidig som ingen av de to metodene er prinsipielt mer vitenskapelig enn den andre.

Vi har nedenfor gitt en kort redegjørelse for de metodene for datainnsamling som er benyttet i denne undersøkelsen. Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som er SINTEFs personvernombud, jf. personopplysningsforskriften § 7-12. Ordningen innebærer av meldeplikten til Datatilsynet er erstattet av meldeplikt til personvernombudet. NSD har vurdert prosjektet og gitt tilbakemelding om at behandlingen av personopplysninger kan settes i gang, forutsatt av prosjektet gjennomføres slik det går frem av prosjektbeskrivelsen.

### 2.2 Fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppeintervjuer er en metode som bl.a. benyttes for å generere hypoteser og problemstillinger fra en utvalgt gruppes ekspertkunnskap. Arbeidet i fokusgrupper kan sammenlignes med et kvalitativt, strukturert gruppeintervju. Målet med dette valget av metode er å samle et utvalg enkeltpersoner fra hver av de mest sentrale aktørgruppene hvor hensikten er å få frem og få diskutert problemstillinger som de ulike aktørene er opptatt av. Erfaringene med fokusgrupper er at det raskt genereres mye informasjon som representerer et godt grunnlag for systematisering og prioritering av viktige problemstillinger.

Vi har gjennomført 10 fokusgruppeintervjuer med fra 7 til 10 deltakere i hver. Temaene for fokusgruppene ble drøftet med styringsgruppen og referansegruppen, og operasjonalisert med utgangspunkt i konkurransegrunnlaget for evalueringsprosjektet. Fokusgruppene har hatt følgende temaer:

- klinisk lederskap
- pasientbehandling
- undervisning
- forskning, utprøvende behandling, publisering
- primærhelsetjenesten, samarbeidsrelasjoner og samarbeid med andre sykehus, satellittfunksjoner
- sentral stab, styring og ledelse
- styringsinformasjon, ansvarsfullmakter, delegering
- budsjett og strategi
- informasjonsstrategi
- divisjonsdirektørene

I gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene fulgte vi følgende mal:

Deltakerne ble bedt om å notere ned de tre største utfordringene de mener en står overfor innenfor det som var hovedtemaet for hver av fokusgruppene. Utfordringene ble sortert i hovedkategorier. Deltakerne ble så bedt om å gi kategoriene poeng etter hva de mener er de største utfordringene. For hver av de tre kategoriene som hadde fått flest poeng, skulle deltakerne skissere et løsningsforslag/tiltak for å møte utfordringene. Hver av deltakerne skulle så skåre hvert av løsningsforslagene med hensyn til forventet effekt (1= liten effekt og 5= stor effekt), og hvor ressurskrevende de er (1= lite ressurskrevende og 5= svært ressurskrevende). Fokusgruppen skulle avslutningsvis konkretisere løsningsforslagene som hadde størst effekt.

## 2.3 Individuelle intervjuer

Vi har gjennomført individuelle intervjuer med styreleder, en styrerepresentant, administrerende direktør, fungerende administrerende direktør, viseadministrerende direktør økonomi/administrasjon, personaldirektør, økonomidirektør, direktør for konsern-it, fakultetsdirektør, tidligere divisjonsdirektører og de 9 divisjonsdirektørene. Videre har vi intervjuet brukerrepresentanter og ansatterepresentanter i UUS' styre, hovedvernombudet og fire hovedtillitsvalgte. De gjennomgående temaene for intervjuene var følgende:

- generell vurdering av divisjonsstrukturen
- vurdering av samarbeidet mellom divisjonene
- vurdering av divisjonsdirektørmøtene
- utøvelse av klinisk lederskap (muligheter/begrensninger i ledelse av pasientbehandling, innføring av enhetlig ledelse, kontrollspenn, ansvar og myndighet, lederkompetanse)
- pasientbehandling og logistikk (pasientflyt, flaskehals, samarbeid)
- undervisning og forskning (ivaretagelse av kompetanse, spesialistutdanning, utvikling av nye metoder og behandlinger, publisering)
- samarbeid med primærhelsetjenesten (forholdet til fastleger, spesialister, andre sykehus, funksjonsfordeling)
- forholdet til sentral stab (styring/støtte, kvalitet, kompetanse, fullmakter)
- styringsinformasjon (tilgjengelighet, kvalitet, rapportering, respons)
- strategi og budsjett (sammenheng, beskrivelse av prosessene)
- informasjonsstrategi (håndtering av media, markedsføring, presentasjon av tilbud og virksomhet)

## 2.4 Spørreskjemaundersøkelser

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ledere og ansatte ved UUS. Denne undersøkelsen skulle i utgangspunktet gjennomføres i slutten av april, men ble på kort varsel fremskyndet slik at SINTEF kunne levere en mellomrapport til styret ved UUS. Det var også planen at denne undersøkelsen bare skulle omfatte en lederevaluering av de øverste lederne ved UUS. Styringsgruppen bestemte at alle ansatte skulle få muligheten til å besvare undersøkelsen på frivillig basis, og at lederne skulle besvare undersøkelsen obligatorisk. Undersøkelsen var i utgangspunktet planlagt som en internettbasert undersøkelse. På grunn av IT-løsningen ved UUS, ville kun et begrenset antall personer hatt mulighet til å besvare undersøkelsen. Styringsgruppen bestemte derfor at undersøkelsen i tillegg til en internettbasert undersøkelse skulle sendes ut postalt. På kort varsel ble det derfor konstruert en egen papirbasert versjon. I den postale versjonen ble skalaen presentert fra 1 til 5 med 1=i liten grad og 5=i liten grad. Denne ble korrigert i eget vedlegg som ble distribuert samme dag som undersøkelsen. SINTEF har derfor vært spesielt oppmerksomme på om noen respondenter har anvendt skalaen feil. Innen svarfristen ble det registrert 1566 svar på den internettbaserte undersøkelsen, og 875 svar på den papirbaserte undersøkelsen, totalt 2441. Gjennomsnittverdiene på den postale og den internettbaserte undersøkelsen er så å si identiske på alle variablene. Vi har kontrollert for såkalte uteliggere på den papirbaserte versjonen, og kun identifisert 3 respondenter. (Dette er gjort gjennom å summere svarene på spørsmål med høyest gjennomsnittsverdi og lavest standardavvik. Denne analysen gav ingen treff på papirversjonen.) Vi konkluderer derfor med at informasjonen om den beklagelige feilen på skalaen har nådd ut til de aller fleste som besvarte den papirbaserte

versjonen. Vi har i ettertid blitt informerte fra flere om at mange ansatte ikke har hatt tid til å sette av 45 minutter til å besvare undersøkelsen, noe som nok har senket svarprosenten. På grunn av endringen av tidsplanen har også informasjonen ut til alle ansatte blitt betraktelig svekket. Videre måtte den internettbaserte undersøkelsen legges ut som en åpen undersøkelse uten mulighet for å purre direkte pr e-post. De fleste henvendelsene SINTEF har mottatt på spørreundersøkelsen har dreid seg om anonymitet og spørsmål om "hvorfor står ikke min yrkesgruppe oppført som en valgmulighet når man skal markere stillingstype på spørreskjemaet?". Spørsmålet om anonymitet har i de fleste tilfeller dreid seg om respondenter som er redde for å svare på grunn av "dårlige ledere" som vil ta hevn når de får lave skårer. Som vi skal se senere er ikke dette vårt inntrykk når vi vurderer svarene.

At 2441 svarer av antatt over 8000 potensielle svar er i utgangspunktet et relativt lavt tall. Men innenfor statistiske termer er dette tilstrekkelig for å kunne gi et representativt bilde av meningsdannelsen ved sykehuset. Tatt i betraktning at dette var en stor undersøkelse på over 9 sider, samt at deltakelse var frivillig for de fleste, og ytterligere at svarprosenten ved gjennomføring av undersøkelser ved UUS normalt er ganske lavt, er dette et akseptabelt antall svar. En indikasjon på dette er at skårene ikke endres ved å tilføye svarene fra den postale undersøkelsen til svarene fra internettundersøkelsen.

## 2.5 INTORG-databasen

Det ble i tillegg gjennomført en *spørreskjemaundersøkelse blant divisjonsdirektørene* for å få deres beskrivelse av bl.a. divisjonenes organisering og ledelse, bruk av ekstern arbeidskraft, forholdet til primærhelsetjenesten, informasjonsarbeid, budsjett rutiner - kvalitetskontroll - revisjon, incentiv- og belønningssystem, kvalitetsindikatorer, samt en beskrivelse av avdelings- og seksjonsledelsen.

Utgangspunktet for spørreskjemaet blant divisjonsdirektørene var en undersøkelse som har blitt gjort tidligere av SINTEF i samarbeid med Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Første gang slike data ble samlet inn var i 2001, hvor vi også spurte etter organisatoriske forhold for 1999. Det ble siden foretatt en ny innsamling i 2003. Databasen dekker ulike sider ved sykehusenes organisering – fra rene administrative rutiner som budsjett og edb til organisering av kliniske funksjoner som ulike spesialiteter, vaktssystemer og ledelsesformer. Denne databasen gjør oss i stand til å presentere organisasjonsutviklingen til UUS for perioden 1999, 2001, 2003 og 2005 og sammenholde dette med andre norske universitetssykehus samt hele populasjonen av norske somatiske sykehus. I tabellene er divisjonene ved Ullevål universitetssykehus rapportert for seg i forhold til de andre regionsykehusene og i forhold til sykehus som ikke er regionsykehus.

## 2.6 Observasjonsstudier

Vi har som en del av datainnsamlingen benyttet deltakende observasjon eller fotfølgingsstudier som metode ("tilstedeværelse i det sosiale systemet undersøkelsen dreier seg om") hvor vi har vært til stede og deltatt i det daglige arbeidet, vært til stede på avdelingsmøter og divisjonsmøter sammen med 6 avdelingsledere ved UUS: Øyeavdelingen, lungemedisinsk avdeling, hematologisk avdeling, generell indremedisin, anesthesiavdelingen og hjerte - karradiologisk avdeling.

## 2.7 Indikatorer og utvikling over tid

Vi ønsket på et tidlig stadium i prosjektet å få en oversikt over divisjonenes ressursinnsats og aktivitet som legges til grunn for å vurdere resultatoppnåelse internt. Det viste seg langt vanskeligere en først antatt.

SINTEF forespurte Ullevål Universitetssykehus i slutten av januar 2005 om følgende oppstartsdata til bruk i rapporten:

- Budsjett- og regnskapsdata på avdelingsnivå 2000-2004
- Aktivitetstall psykiatri 2000-2004

- Antall årsverk fordelt på personellgrupper per avdeling 2000-2004
- Aktivitetstall somatikk skulle hentes fra Norsk Pasientregister for 2000-2004, og skulle inkludere antall opphold, antall liggedager, DRG-vekt og antall polikliniske konsultasjoner.

Ullevål sykehus informerte SINTEF om at aktivitetsdata fra NPR ikke var i overensstemmelse med det som ble benyttet som styringsdata internt, og SINTEF fikk tilbud om å benytte data fra LIS-systemet på sykehuset. Interne styringsdata fordeler sykehusoppholdets DRG-poeng innad på sykehusets avdelinger etter en andel DRG-vekt per avdelingsopphold.

SINTEF ønsket å bruke de samme aktivitetsdata for analyseperioden som sykehuset benytter internt for perioden 2000 til 2004. Imidlertid kunne Seksjon for dataforvaltning og analyse ved UUS kun framstille slike data for 2004 og delvis for 2003. Da SINTEF ikke fikk de ønskede aktivitetsdata for hele analyseperioden, valgte vi dermed å benytte en nest-best løsning. Nest-best løsningen var tilnærmedesvis de data som Ullevål sender inn til NPR.

Vi har vurdert dette tallmaterialet og har fått kommentarer fra divisjonene som ikke kjenner igjen tallene og vi finner det derfor ikke hensiktsmessig å framstille disse produktivitetsanalysene i denne rapporten. Dette grunnlagsmaterialet er vurdert ut fra alle forbehold og det trekkes ingen konklusjoner basert på dette tallgrunnlaget. Det mest sentrale funnet fra dette materialet er problemene med å framstille et datagrunnlagt som gir en omforent framstilling av virksomheten internt og eksternt over tid.

## 2.8 Fordeler og ulemper ved triangulering

Bruk av mange flere metoder gir undersøkelsen en driv i flere retninger. Ved å veksle mellom både ulike type kvalitative kilder og kvantitative data får undersøkelsen et eksplorerende design. Funn fra en undersøkelse sporer til nye funn i andre datakilder. Vi ønsket å legge opp til slik dialektisk form mellom de ulike kildene og startet undersøkelsen med innsamling av registerdata vedrørende aktivitet og ressursbruk fra sykehuset. Vi ønsket at dette skulle danne grunnlaget for de senere intervjuene og observasjonstudiene. Imidlertid tok det lengre tid en forventet å samle inn slike data. UUS har i liten grad slike data lett tilgjengelig. Data finnes, men ikke i en slik form at de med enkelhet kan gis som kontinuerlige rapporter over divisjonenes virksomheter. Spesielt er det vanskelig om man ønsker data tilbake i tid. Dette skyldes blant annet overgang fra det gamle AGRESSO registreringssystemet til det nye LisUS registreringssystemet. Vi har videre benyttet oss av kildetriangulering. Dette betyr at vi har samlet inn data ved hjelp av samme metode, men også benyttet flere kilder. Et eksempel på dette er at vi i spørreskjemaundersøkelsen har stilt ledere og ansatte de samme spørsmålene. Videre har vi vært flere forskere som har utført datainnsamling, validert og fortolket data, noe som også har bidratt til at data har blitt fortolket ut fra ulike innfallsvinkler.

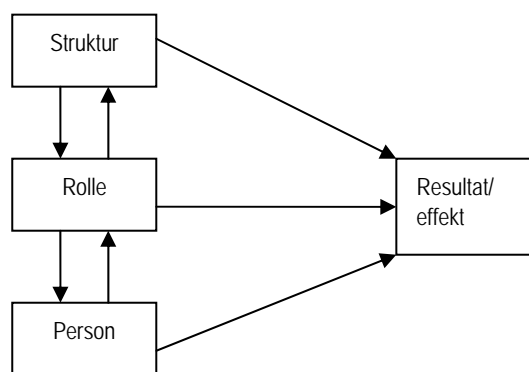
I utgangspunktet var det en svært ambisiøs datainnsamling som ble anlagt på kort tid. Ideelt sett burde slike data ha blitt bearbeidet i flere omganger og det ligger også et uutnyttet potensial for videre analyser i det innsamlede materiale som vil kunne brukes i et videre organisasjonsutviklingsarbeid.

Kombinasjonen av mange datakilder har gitt et mangfold av tilnærminger og resultert i akkumulert kunnskap om organiseringen av UUS. Det primære mandatet for SINTEF var å vurdere hensiktsmessigheten ved dagens divisjonaliserte struktur i forhold til UUS sine kjerneoppgaver knyttet til pasientbehandling, forskning og undervisning. I utgangspunktet har vi ønsket å føre diskusjonen om hensiktsmessigheten av ledelses- og organisasjonsstrukturen ved UUS på et slikt overordnet nivå. I dette arbeidet har vi imidlertid fått kunnskap om også forhold utenfor denne problemstillingen. Enkelte av disse problemstillingene har vi vurdert som så sentrale at vi har inkludert dem i våre diskusjoner.

### 3 Sykehus som organisasjon – divisjonalisering ved UUS

Oppdraget er å gjennomføre en evaluering av organisasjons- og ledelsesstrukturen ved UUS. Nærmere bestemt er oppdraget å vurdere om sykehusets divisjonaliserte struktur er hensiktsmessig og om det bør gjennomføres endringer.

Selv om hovedfokuset skal ligge på *struktur* er det viktig å erkjenne og "kontrollere" for om de resultater som følger av organiseringen ved UUS også kan skyldes andre forhold, slik som hvilke roller sentrale aktører inntar – spesielt ledere, og også personlige egenskaper og atferd. I vår evaluering vil vi avgrense våre årsaksforklaringer til strukturelle og ledelsesrollemessige forhold. Vi har ikke gått inn på en vurdering av enkeltaktørers betydning i denne evalueringen.



Det er ikke uten videre enkelt å dokumentere direkte effekter mellom en bestemt organisasjonsstruktur og de resultater organisasjonen oppnår. Struktur påvirker atferd gjennom at den stimulerer og oppmuntrer til en viss type handlinger, og begrenser og bremser andre handlinger. Men enkeltaktører kan også bryte slike strukturelle forventninger og handle på tvers av strukturens intensjoner. Derfor er strukturen en påvirkende faktor, men ikke entydig bestemmende. Strukturens mest bindende mekanisme ligger i at den definerer de formelle myndighetsposisjonene, og derfor også reelle fullmaktsdelegeringer. Strukturen bestemmer også hvilke personer som møter i hvilke organer. Strukturen bestemmer også hvilke enheter som skal "høre" sammen, og dermed også ledelsens kontrollspenn, både i antall personer som rapporterer til vedkommende og ikke minst det faglige kontrollspenn (hvor faglig samlet eller spredt virksomheten er).

Men en av strukturens viktigste egenskaper, er at den setter rammer for hvilke roller, og spesielt lederroller, som dannes i organisasjonen. Dette igjen vil kunne framdyrke en bestemt type atferd på bekostning av annen atferd blant lederne.

SINTEFs teoretiske utgangspunkt er å se på organisasjonsstrukturen som et instrument for måloppnåelse. Organisasjonsstruktur som instrument bygger på forutsetningen om hvordan slike strukturer styrer og begrenser beslutningsrommet. Et ledernivå gis fullmakter i forholdt til antatt ansvarsområde. Organisasjonsstruktur skal fremme rasjonelle beslutninger ved å tydeliggjøre begrensninger i tid og rom. Argumentet er at beslutninger tjener på å ha færre alternativer. Å ikke se disse begrensningene kan gjøre at målet ikke nås på grunn av en uendelig leting etter fullstendig informasjon om alternativer.

Å organisere er derfor å legge begrensninger på seg selv og andre. For at disse bindingene skal ha troverdighet og fungere etter hensiktene må de gåes opp og stadig revitaliseres. Organisasjonsstrukturer som er sovende og lite dekkende for den faktiske virksomheten undergraver organisasjonsstrukturen som instrument.

I tillegg må organisasjonsstrukturen fungere i sammenheng med den kompetansen og ledelseskulturen som er i organisasjonen. Organisasjonsstrukturen skal oppfattes som en støtte for

ledelsen og aktiviteten ved sykehuset og ikke motarbeide sykehusets mål – organisasjonsstrukturen må være konsistent.

For å evaluere om den divisjonaliserte strukturen ved UUS oppfyller disse kriteriene må vi først avklare hva som menes med divisjonalisering – hva er det vi evaluerer UUS i forhold til?

Ingen organisasjonsform er optimal – den fremmer noe på bekostning av noe annet. Derfor modereres ofte strukturen i håp om å redusere bi-effekter.

Dette gjør at det er vanskelig å bare evaluere hensiktsmessigheten ved divisjonalisering når det i mange sammenhenger er snakk om helt andre organisasjonselementer. Evalueringen blir derfor i vel så stor grad å diskutere forholdet mellom de faktiske forhold og de normative forhold.

Samlingen av arbeidsoppgaver, stillinger, personell og ressurser i egne organisatoriske enheter er det mest grunnleggende strukturelle grepet. Inndelingen i avdelinger, seksjoner o.l. bestemmer "hvem og hva som hører sammen". Gruppering innebærer m.a.o. en grunnleggende form for koordinering av aktiviteter og ressurser. Det er flere forhold som medvirker til dette:

- Gruppering legger grunnlaget for utøvelse av **ledelse**, da det for hver enhet utpekes en leder som har ansvaret for enhetens virksomhet. Gjennom ledelsessystemet knyttes enhetene sammen. Dette skaper den *formelle* ledelsesstrukturen.
- Gruppering gjør at det dannes et grunnlag for å dele **ressurser**. Det kan være kompetanse, lokaler, fasiliteter og finansielle midler (om ikke annet så er det som regel egne budsjetter for hver enhet).
- Gruppering gir grunnlag for å vurdere **resultater**. Det kan settes resultatkrav, både kvantitativt og kvalitativt, som bidrar til at aktivitetene kan rettes mot felles mål.
- Gruppering inviterer til **gjensidig tilpasning** og koordinering gjennom at det ofte er felles møteplasser og det utvikles felles identitet (kulturbygging).

### 3.1 Sykehus og divisjonalisering

Divisjonalisering anvendes ofte generelt om organisatoriske strukturer der en samler avdelinger og andre organisatoriske enheter i større, og mer eller mindre selvstendige, organisatoriske enheter kalt divisjoner. I prinsippet brukes begrepene klinikk, blokk, divisjon og senter ofte om hverandre i norske sykehus. Mens avdelinger og seksjoner ofte følger etablerte medisinske hoved- og grenspesialiteter, vil divisjoner ofte kunne bestå av enheter fra ulike spesialiteter. Divisjonalisering betyr i de fleste tilfeller at en etablerer et nivå mellom avdelingene og administrerende direktør ved sykehuset. Dette gjør at en divisjonalisert struktur legges *over* en eksisterende struktur. Divisjonalisering sier noe om organiseringen av sykehuset på overordnet nivå. *Innenfor* hver av divisjonene vil det eksistere egne strukturer som har sine særtrekk. For UUS, og de fleste andre sykehus som velger divisjonalisert organisering, innebærer det at divisjonene legges oppå en eksisterende grunnstruktur som vi gjerne betegner som et *profesjonsbyråkrati*. En nærmere beskrivelse av denne kommer nedenfor.

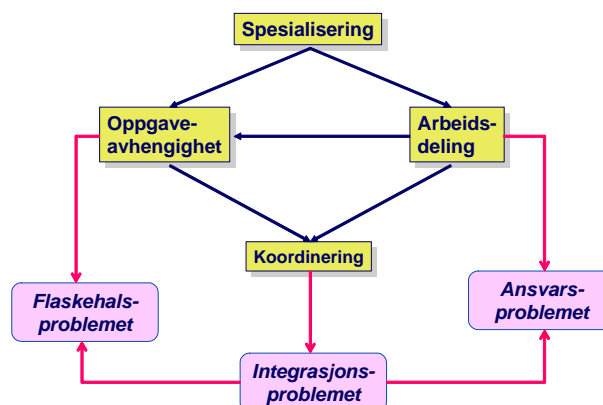
Divisjonalisering som **idealform** er basert på å etablere *mest mulig* selvstendige divisjoner, og at disse divisjonene kan *målstyres*. Det innebærer at overordnet styring handler om å sette noen overordnede, og helst etterprøvbare mål, og følge opp avvik underveis. Divisjonalisering baseres derfor på en forutsetning om at det overveiende koordineringsbehovet ivaretas *innenfor* den enkelte divisjon. Med andre ord; at det er stor avhengighet *innen* divisjonene, og liten avhengighet *mellom* divisjonene. Hvis avhengigheten mellom divisjonene er for stor, dvs. at den enkelte divisjons mulighet til å nå mål og krav avhenger av aktiviteter og beslutninger i andre divisjoner, vil målstyringen miste sitt rasjonale og kan utvikles til et "svarteper"-spill mellom divisjonene.

### 3.2 Sykehusets "grunnform" – et "profesjonsbyråkrati"

Sykehus har en organisasjonsstruktur "i bunnen", omtalt som profesjonelt byråkrati eller profesjonsbyråkrati. Begrepet peker på to særtrekk ved organisasjonen. For det første at den er preget av profesjonelle (i betydningen profesjon) yrkesutøvere der disse er gitt betydelig autonomi over eget virke, og at koordinering skjer gjennom *standardisering av ferdigheter* (det byråkratiske element ligger i strenge formelle krav til utdanning etc.). Dette medfører blant annet at sykehus også er svært *desentraliserte* organisasjoner, der mye makt ligger på fagutøvernivå. Sykehusene

er derfor både byråkratiserte (formelle krav til utdanning og kunnskapsnivå), samtidig som de er desentraliserte og med liten grad av *formelt*<sup>6</sup> hierarki. Årsaken til at sykehus ofte er preget av stor grad av autonomi er at oppgavene er av en så kompleks karakter at de ikke kan "programmeres" på forhånd av eksperter. Selv om et kirurgisk inngrep i prinsippet kan beskrives som et gitt sett av riktige "grep" i riktig rekkefølge, vil det allikevel være så mange faktorer som må kunne vurderes underveis at det ikke lar seg standardisere for mye. Løsningen er å sørge for at de skal behandle pasienter har nødvendig rutine og grunntrening, men så overlate til deres skjønn hvordan behandlingen best kan gjøres.

For å få nødvendig spisskompetanse er sykehus også svært preget av arbeidsdeling. Det vil innebære at det samtidig med stor grad av autonomi også utvikles en stadig sterkere *avhengighet* mellom ulike spesialiteter og avdelinger, i et samlet pasientforløp. Dette gjør at sykehus ofte møter problemer med koordinering og tydelig ansvar for det samlede pasientforløp, se figuren (fra NOU 1997:2 "Pasienten først!"). Satt på spissen, er det administrerende direktør som har et samlet ansvar for horisontal koordinering og gode pasientforløp, siden det organisatorisk ikke finnes noen eller noe som sikrer slik samordning.



### 3.3 Divisjonalt profesjonsbyråkrati – en heldig kombinasjon?

Profesjonsbyråkratiet og divisjonalt struktur er til dels svært ulike organisasjonstyper. Det er derfor av særlig interesse å se på hvilke motsetninger og spenningsfelt som kan skapes mellom så ulike organisasjonsformer, og i hvilken grad divisjonalisering kan kompensere for innebygde svakheter i profesjonsbyråkratiet. En hver organisering innebærer veivalg og avveininger mellom ulike hensyn. Det finnes derfor sjeldent noen gullstandard som ivaretar alle hensyn. Valg av organisasjonsstruktur vil derfor ofte innebære et valg av hvilke hensyn en ønsker å ivareta ved organisering, og hvilke hensyn en må søke å ivareta gjennom andre hensyn. Tabellen nedenfor viser noen prinsipielle forskjeller mellom divisjonalt struktur og profesjonsbyråkratiet.

**Tabellen 3.1: Forskjeller mellom divisjonalt struktur og profesjonsbyråkratiet**

	Profesjonsbyråkrati	Divisjonalt
<b>Koordinering</b>	<i>Standardisering av ferdigheter, sosialisering</i>	<i>Standardisering av sluttprodukt – målstyring og resultatmål</i>
<b>Autoritet</b>	<i>Ekspertise</i>	<i>Hierarki</i>
<b>Maktfordeling</b>	<i>Desentralisert, styrt nedenfra</i>	<i>Sentralisert, styrt ovenfra</i>
<b>Kontrollspenn</b>	<i>Stort</i>	<i>Lite</i>
<b>Problemer</b>	<i>Koordinering, kontroll, kvalitetsstandarder, innovasjon (endring)</i>	<i>Desentralisering og sentralisering Ustabil over tid</i>
<b>Strategiprosess</b>	<i>Aggregat av alle enkelttiltak og prosjekter</i>	<i>Strategiske satsinger og allokering av ressurser</i>
<b>Omgivelser, oppgaver</b>	<i>Stabile og komplekse</i>	<i>Stabile og enkle</i>

<sup>6</sup> Der kan imidlertid opptre klare *uformelle* hierarkier, blant annet gjennom skillene mellom overleger, assistentleger og turnuskandidater, mellom leger og pleiepersonell, mellom sykepleiere og hjelpepleiere, mellom "statusfag" og andre fag etc. Slike hierarkier synes ikke på organisasjonskartet, men er ofte svært innarbeidet i organisasjonskulturen.



Tabellen peker på en rekke sentrale *forskjeller* mellom de to organisasjonsstrukturene som er kombinert på UUS.

For det første er den sentrale koordineringsmekanismen av ulik karakter. Mens sykehusets grunnstruktur i stor grad baserer koordinering på profesjonalisering og sosialisering; dvs. å bygge inn kunnskap, ferdigheter og holdninger i den enkelte, vil en divisjonalisert struktur være langt mer fokusert på målstyring og standardiserte resultatmål. En av hovedårsakene til at sykehus på "grunnplanet" ofte koordineres gjennom profesjonalisering og sosialisering er at det er svært vanskelig å drive resultatstyring på dette nivået. Det er tilnærmet umulig å sette opp standardiserte mål på "helse". Det skal også påpekes at manglende resultatstyring på faglig aktivitet også gjenspeiler profesjonenes makt – man unndrar seg kontroll av overordnet. Når en så innretter den overordnede styringen etter enkle resultatmål som en kan følge opp i styringssystemer, så ender en ofte opp med måltall på økonomi, budsjettbalanse, "produserte" DRG-poeng, liggetid etc. Ved siden av at de bare delvis er dekkende måltall for den virksomheten som skjer ved sykehuset, kan de også virke *fremmedgjørende* og ha liten *legitimitet*. Årsaken er at den styringslogikken som preger profesjonsbyråkratiet i stor grad er normativ. De daglige gjøremål og prioriteringer gjøres ut fra det som er *riktig* – ikke ut fra hva som er "korrekt" (i henhold til budsjett etc.). Det betyr ikke at budsjett ikke virker styrende, men at det i gitte situasjoner ikke oppfattes som riktig å styre på budsjett. Budsjettoverskridelser kan derfor i en del situasjoner skyldes at den normative styringslogikken vinner over målstyringslogikken.

For det andre er autoritet basert på litt ulike prinsipper. I profesjonsbyråkratiet er det *ekspertise* som gir autoritet, mens i en divisjonalisert struktur baseres autoritet mer ut fra posisjon i hierarkiet og formell myndighet. I sykehusets grunnstruktur vil fortsatt autoritet forbindes til faglig dyktighet og innsikt. I en divisjon som består av flere spesialiteter vil lederen ikke anses som en autoritet på bakgrunn av sin (helse)faglige kompetanse, fordi det gjerne er for heterogent faglig sammensatt. Dette stiller krav til at ledere på divisjonsnivå må finne andre måter å vinne autoritet på. Det er en åpenbar fare at ledere på divisjonsnivå oppfattes som "byråkrater" som ikke lenger behersker faget, i de fagmiljøene som sterkest vektlegger ekspertise som grunnlag for autoritet.

For det tredje er maktfordelingen i disse to strukturene ulike. I profesjonsbyråkratiet ligger makten i stor grad hos profesjonene og blant de ansatte. Denne makten er helt klart størst ved kollektive handlinger. Å lede under slike betingelser stiller store krav til lederens evne til å vinne autoritet gjennom egen atferd, og evne til å kunne arbeide målbevisst over lang tid. I den divisjonaliserte strukturen forutsettes det at makten sitter "på toppen", og ikke minst at ledere på divisjonalisert nivå har stor makt og innflytelse, og kan påvirke resultatet gjennom ledelsesmessige beslutninger. Hvis det ikke er tilfelle, vil det være vanskelig å innføre konsekvenser for lederne når mål ikke nås.

For det fjerde er kontrollspennet forskjellig. Innenfor et rendyrket profesjonsbyråkrati bli et stort kontrollspenn. Både fordi enhetene vil ha stor drivkraft i retning egen autonomi, og fordi det er liten aksept for ikke-faglig basert koordinering. I en divisjonalisert struktur vil det imidlertid være ønskelig med et ikke for stort kontrollspenn på overordnet nivå. For i tillegg til at styring skjer gjennom fastsettelse av (standardiserte) mål, legges det opp til en direkte og personlig styring mellom toppleder og divisjonsledere for å sikre at divisjonene arbeider lojalt for hele organisasjonens beste.

For det femte er mekanismene for koordinering mellom enhetene i disse strukturene forskjellig. Et av profesjonsbyråkratiets ulemper er at det ikke har innebygd noen naturlig mekanisme for koordinering mellom de ulike enhetene. Organisasjonen kan også oppleve problemer med å sikre en god nok kvalitet, i det kvalitetssikring i stor grad skjer gjennom utdanning. Det forutsettes implisitt at alle som har lik utdanning og spesialisering er like gode. Det er de jo som regel ikke, og det er velkjent. Men *organisatorisk* er det få innebygde mekanismer som sikrer kvalitet. Imidlertid har det i de senere årene blitt stadig økt fokus på kvalitetssystemer, metodevurdering og kvalitetsstandarder. Men det viser seg at det tar tid å integrere dette i den rådende organisasjonen. Et annet problem i et profesjonsbyråkrati kan være manglende innovasjon – dvs. evne til å lære på tvers av spesialiteter, eller utvikle nye tilbud til pasientene. På den ene siden er sykehus svært raske til å adoptere nye metoder, teknikker og medikamenter, mens på den andre siden kan metoder som utvikles for en bestemt pasientgruppe, og som prinsipielt kan anvendes på andre pasientgrupper, ofte forbli "lokale". Det er liten evne til organisatorisk læring i slike typer organisasjoner. Divisjonalisert struktur på den andre siden har andre innebygde svakheter. For det første vil den opptre uavklart når det gjelder spørsmål om hvor sentralisert eller desentralisert

ulike funksjoner og oppgaver skal være. Grunntanken er at divisjonene skal være mest mulig selvforsynte. Dette skaper et press i retning av at hver divisjon skal være selvforsynt også med stabsfunksjoner og lignende. Imidlertid vil de som ønsker at organisasjonen ikke skal løses opp i flere selvstendige "kongeriker" understreke behovet for overgripende koordinering og felles funksjoner, noe som kan undergrave divisjonenes selvstendighet. Det vil derfor alltid ligge en latent konflikt om graden av (de)sentralisering i en divisjonalisert struktur. Derfor vil en slik organisasjonsform være ustabil over tid. Satt på spissen kan den gå i retning av å bli helt splittet opp, slik at den ender opp som flere selvstendige organisasjoner (noe som delvis kan skje i sykehus, eksempelvis forsøket med å lage Oslo ortopediske universitetsklinikk, eller dannelsen av Hjertesenteret ved Rikshospitalet), eller så vil man forsøke å redusere divisjonenes selvstendighet og skape en mer *integrert* organisasjonsmodell.

For det sjette er strategiprosessen i de to organisasjonene svært ulike. I en divisjonalisert struktur framstår strategiprosessen som relativt sentralisert og "top-down". I stor grad vil strategiene også knyttet til hvilke divisjoner som skal tilføres midler, og ikke minst om det skal etableres nye satsningsområder – for eksempel nye divisjoner. I en divisjonalisert struktur vil altså valg av organisatoriske løsninger være en del av det strategiske virkemiddelapparatet. I profesjonsbyråkratiet er det vanskelig å identifisere *en* strategiprosess. Her er strategiprosessen i realiteten svært desintegrert og "bottom-up". Satt på spissen vil hver enkelt fagutøver kunne ha sin egen strategi, gjennom faglig utvikling, nye tilbud til pasienter, inkludere nye pasientgrupper i sitt faglige tilbud osv. Strategi i profesjonsbyråkratiet fremstår derfor som *aggregatet av alle (individuelle) strategier*. I realiteten vil det skje en viktig "siling" og prioritering av strategier på seksjons- og avdelingsnivå, slik at det ikke blir så desintegrert at hver person har sin strategi, men noen helhetlig og samordnet strategiprosess er det ofte vanskelig å få til i en slik organisasjon. Når en kombinerer to organisasjonsløsninger med så ulike strategiprosesser, vil det være en stor utfordring å få til en strategiprosess som kan fungere som en "glidelås" mellom den top-downprosessen som skjer fra toppen, og den bottom-upprosessen som skjer fra fagmiljøene. Her sitter lederne av divisjonene i prinsippet i en nøkkelrolle.

For det syvende er de to organisasjonsformene tilpasset litt ulike omgivelser. Begge organisasjonsløsningene fungerer best under stabile betingelser der organisasjonen ikke må endre seg kontinuerlig. Profesjonsbyråkratiet er spesielt egnet til å løse komplekse problemer (diagnostikk og behandling), mens divisjonalisert struktur fungerer der oppgavene er enkle – dvs. der en faktisk kan anvende enkle mål for virksomheten. Det betyr ikke at kombinasjonen av disse to er umulig. Det kan tenkes at det å ha et profesjonsbyråkrati som grunnstruktur gjør at sykehuset kan løse oppgaver som er komplekse (pasientbehandling), og samtidig kan den divisjonaliserte struktur bidra til å styrke sykehusets evne til å levere på bestemte måltall i forhold til eier og myndigheter.

### 3.4 Framvekst av divisjonalisert struktur

Det kan være fristende å konkludere med at det ikke er formålstjenlig å kombinere divisjonalisert struktur og profesjonsbyråkrati. Imidlertid kan det være viktig å se på hva som kan forklare framveksten av divisjonalisert struktur. For det første er profesjonsbyråkratiet beheftet med ulike problemer, som beskrevet ovenfor. Det kan derfor være behov for å lage organisatoriske løsninger som kompenserer for de innebygde svakhetene i profesjonsbyråkratiet. Et åpenbart problem er koordinering – og ikke minst horisontal koordinering. Her vil en samling av enheter som har samarbeidsbehov i større enheter kunne løse en del av det interne samhandlingsbehovet. Det vil være praktisk svært urealistisk å løfte alle interne koordineringsbehov fra fagnivå til direktør, både pga av størrelsen på sykehuset, og pga. den komplekse faglige aktiviteten som foregår. Et ekstra ledelsesnivå vil rett og slett bety bedre mulighet og ledelsesmessig kapasitet til å koordinere. Et annet problem er at profesjonsbyråkratiet ikke har innebygde mekanismer for prioritering. Det er en drivkraft mot vekst i de fleste fagmiljøer, det er lett å peke på nye metoder som bør tas i bruk og nye tilbud som bør utvikles for nye pasientgrupper med behov, men desto vanskeligere å si hva en *ikke* skal gjøre. Divisjonalisert struktur kan være et virkemiddel for å forhindre en ukontrollert vekst, og prioritere mellom ulike oppgaver. Divisjonalisering kan også bidra til å svare på økte krav fra eier og myndigheter når det gjelder måloppnåelse på bestemte områder. Det har vært en generell tendens i det offentlige i retning av å styre mer på mål og resultater. Innsatsstyrt finansiering, styringsdokument, prioriteringsforskriften, kvalitetsindikatorer, er alle eksempler på at

sykehus avkreves dokumentasjon på oppnåelse av på forhånd satte mål. Divisjonisering er et organisatorisk redskap som passer godt inn i et slikt styringsparadigme. Divisjonisering kan også være et resultat av en "mote". Mange norske sykehus innførte i samme periode løsninger som klinikk/blokk, divisjon eller senterorganisering - både for å møte de utfordringer som er beskrevet ovenfor, men sannsynligvis også fordi de var inspirert av hverandre og en generell oppmerksomhet mot å redusere det store kontrollspennet som preget profesjonsbyråkratiet.

### 3.5 Oppsummering – prinsipielle utfordringer som skapes av strukturen

Løsningen med å etablere en divisjonalisert struktur som en overordnet struktur over sykehusets grunnstruktur, kan forklares både med behovet for en bedre intern koordinering og styring som følge av sykehusets vekst og størrelse, og med de krav som stilles fra eier og myndigheter om klarere ansvars plassering og krav til økt kontroll over virksomheten.

Utfordringene som skapes av denne organisasjonsstrukturelle konstellasjonen kan grupperes innenfor tre områder;

- Horisontal koordinering og samordning på tvers av avdelinger og divisjoner – løser divisjonaliseringen koordineringsproblemet?
- Virksomhetsstyring, strategiutforming og virksomhetsutvikling – en sammenhengende ledelseslinje eller en dekoblet styringsprosess?
- Stab versus linje – hva er stabens rolle for virksomhetsstyring og koordinering?

Vi vil også se på hvordan strukturen bidrar til å løse de ulike hovedoppgavene; pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Hovedvekten vil ligge på pasientbehandling da både forskning, undervisning og pasientopplæring i stor grad er *integrete* med pasientbehandlingen. Vi vil også se på hvordan sykehusets organisering bidrar til samarbeid med primærhelsetjenesten.

## 4 Den interne organiseringen av UUS sammenlignet med andre norske sykehus

Samtlige divisjoner har svart på et spørreskjema vedrørende intern organisering. Utgangspunktet for spørreskjemaet er en undersøkelse som er blitt gjort tidligere av SINTEF i samarbeid med Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Første gang slike data ble samlet inn var i 2001, hvor vi også spurte etter organisatoriske forhold for 1999. Det ble siden foretatt en ny innsamling i 2003 (Kjekshus 2004). Databasen dekker ulike sider ved sykehusenes organisering – fra administrative rutiner som budsjett og edb, til organisering av kliniske funksjoner som ulike spesialiteter, vaktssystemer og ledelsesformer. Denne databasen gjør oss i stand til å presentere organisasjonsutviklingen til UUS for perioden 1999, 2001, 2003 og 2005 og sammenholder dette med andre norske universitetssykehus, samt hele populasjonen av norske somatiske sykehus.

Det var ni divisjoner ved UUS som deltok i undersøkelsen: Kirurgisk divisjon (KIR), Medisinsk divisjon (MED), Kvinne-Barn divisjonen (KBD), Hjerter-lungesenteret (HLS), Ortopedisk senter (OS), Pre-hospital divisjon (PHD), Laboratoriemedisinsk divisjon (LAB), Radiologisk divisjon (RAD) og Intern service divisjon (ISD).

### 4.1 Den øverste sykehusledelsen

Det er store variasjoner i ledesspennet ved norske sykehus. Oversikt over landets sykehus viser at den tradisjonelle avdelingsstrukturen fortsatt er dominerende, men klart på retur til fordel for større blokker eller blandingsvarianter. UUS hadde divisjons- og senterstruktur både i 1999, 2001, 2003 og 2005. Forløperen til senter- og divisjonsstrukturen ble innført allerede i 1990, da betegnet som klinikkstruktur. I 1999 skiftet strukturen navn til divisjonsstruktur og det ble i tillegg opprettet sentere.

Enkelte sykehus rapporterer om opp til 30 ledere som rapporterer til direktøren. UUS rapporterer i 2003 at det er 14 ledere som rapporterer direkte til administrerende direktør. I 2005 er det ved UUS stor variasjon på divisjonsnivå i kontrollspennet, fra Radiologisk divisjon som har fire ledere som rapporterer til divisjonsdirektør, til Kirurgisk divisjon og Medisinsk divisjon som har 16 ledere som rapporterer til divisjonsdirektør. Dette viser spennet i UUS sin organisasjonsstruktur og at divisjonene følger ulike organiseringsprinsipper dem imellom.

I 2003 hadde halvparten av divisjonslederne ved UUS medisinskfaglig bakgrunn, én hadde naturvitenskapelig bakgrunn, én hadde samfunnsfaglig bakgrunn, tre hadde sykepleiefaglig bakgrunn og én hadde økonomibakgrunn. Samme sammensetning av faglig bakgrunn finner vi ved de andre regionsykehusene mens lokalsykehusene gjerne har en lavere andel med medisinskfaglig bakgrunn og en høyere andel med økonomibakgrunn.

Når vi ser på divisjonsledelsen ved UUS, finner vi et tilsvarende mønster. Dette viser at divisjonsledelsen er bygd opp tilsvarende sykehusledelsen, med unntak av noe mindre økonomikompetanse. Men samtlige divisjoner har en økonomikonsulent i sin stab.

Divisjonene har i 2005 en grunnstruktur der direktøren har en stab bestående av økonomikonsulent/sjef, personalkonsulent/sjef, og en leder for det sykepleiefaglige og eventuelt det medisinskfaglige. I tillegg har divisjonsdirektøren en ledergruppe i linje som består av avdelingslederne.

Spredningen i antallet formelle ledelsesnivåer er fra ett til fire nivåer. Hovedtyngden av sykehusene (58 % i 1999, 66 % i 2001 og 58 % i 2003) oppgir å ha tre formelle ledelsesnivåer. UUS rapporterer om fire nivåer i hele perioden. Bare ett lokalsykehus oppgir å bare ha ett ledelsesnivå. Også når det gjelder antallet ledelsesnivåer ser det ut til å være en sammenheng mellom størrelse på sykehuset og valg av organisasjonsmodell. Men det er en trend at små lokalsykehus i økende grad får en vertikal spesialisering ved å øke antall ledernivåer.

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. Sykehusene kan også velge å kjøpe servicefunksjoner fra eksterne institusjoner, eller selge slike tjenester til andre institusjoner. I tillegg til de tradisjonelle medisinske og ikke-medisinske servicefunksjonene beskriver vi også utbredelsen av pasienthotell/ sykehotell, AMK-sentraler, og samlokalisering av den kommunale legevakttjenesten og sykehusets mottakelse.

UUS rapporterer at de ikke har desentralisert disse funksjonene i perioden og heller ikke i 200. Unntaket er anestesi som er organisert under Kirurgisk divisjon og har 6 "utekontorer". Enkelte avdelinger har spesiallaboratorier tilknyttet sin virksomhet.

Bare rundt 7 % av landets sykehus har valgt å desentralisere de medisinske servicefunksjonene anestesi og røntgen. Noe færre har desentralisert laboratoriefunksjoner (4 % av sykehusene i 2003). Desentralisering av medisinske servicefunksjoner ser ikke ut til å være korrelert med sykehusstørrelse, og den lave utbredelsen er stabil over tid.

Desentralisering av ikke-medisinske servicefunksjoner er noe mer utbredt ved andre sykehus enn ved UUS. Ved UUS er kjøkken og renhold rapportert som desentralisert i 1999 og 2001, men ikke i 2003 og 2005. Ellers er verken it/drift eller IT desentralisert ved UUS.

I 2003 utvidet vi spørreundersøkelsen med spørsmål om myndighetsnivå og ansvarsområder. Vi spurte også divisjonene ved UUS om dette. Dette er vist i tabell 1. For divisjonene ved UUS ble følgende forkortelser brukt: RHF= Regionale helseforetak, FS= Foretakets styre, HF= Direktøren for helseforetaket, DD= Divisjonsdirektør, AvL= Avdelingsleder, SekjL= Seksjonsleder/enhet under avdelingen.

**Tabell 4.1: Hvordan er divisjonene ved UUSs fullmakter og den faktiske styringen av sykehuset i 2005? (N)**

Divisjoner ved UUS i 2005	RHF	FS	HF	DD	AvL	SekjL	Andre	totalt
a) beslutninger om hvem som skal være garantipasienter.	1				3		1	(5)
b) Koordineringen av pasientinntaket					3	1	1	(5)
c) Vedta mål om behandlingsvolum				3	1			(5)
d) Ansettelse av lege			3	1	4			(8)
e) Ansettelse av sykepleier			3		5			(8)
f) Omgjøre stillinger				9				(9)
g) Vedta opprettelse av stillinger				9				(9)
h) Vaktplaner					8	1		(9)
i) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur		1	5	3				(9)
j) Forhandle lønn			3	6				(9)
k) Strategiplaner for avdelingen				4	5			(9)
l) Funksjonsfordeling mellom sykehus	7			2				(9)
m) Lønnsfastsettelse			5	2			1	(8)
n) Ferielister				1	7	1		(9)
o) Parkeringstillatelser			2	4	1		2	(9)
p) Innkjøp under 200 000,-				4	3	2		(9)
q) Innkjøp fra 200 000 – 500 000,-			1	6	1			(8)
r) Innkjøp over 500 000 – 1 mill,-			3	6				(9)
s) Innkjøp over 1 mill,-			9					(9)

Det er stor variasjon i fullmaktsstrukturen til de enkelte divisjonene. Ved alle divisjonene er det divisjonsdirektørene som omgjør stillinger og vedtar opprettelse av stillinger. Innkjøp over 1 million må godkjennes av foretakets direktør. Ellers er det stor variasjon både når det gjelder fastsettelse

av parkeringstillatelser og innkjøpsgrenser. Ved to divisjoner har seksjonslederen fullmakt til innkjøp under 200 000,-. Dette gjelder ISD og HLS.

Når vi sammenligner fullmaktstrukturen internt på UUS på divisjonsnivå med andre sykehus, har avdelingslederne ved UUS gjennomgående færre fullmakter sammenlignet med andre avdelingsledere, særlig ved de større sykehusene der trenden har vært å utvide fullmaktene til avdelingslederne.

## 4.2 Ledelsen på avdelingsnivå

Tidligere har en ordning med todelt (eller såkalt "enhetlig todelt") ledelse vært utbredt på avdelingsnivå. Dette innebærer at ledelsesansvaret er delt mellom en lege og en sykepleier. Den andre formen for avdelingsledelse er den (udelt) enhetlige, med kun en leder. Sykehusene ble fra 1. januar 2002 pålagt å innføre slik enhetlig ledelse i avdelingene (Ot prp nr 10 (1998-1999)).

Ullevål universitetssykehus innførte enhetlig ledelse i 2001, og opplevde prosessen med innføringen som krevende og middels konfliktfylt. Den nye ledelsesstrukturen oppleves ikke som en styrking av forholdet mellom profesjonene, men det har heller ikke forverret samarbeidet mellom profesjonene.

Samtlige divisjoner ved UUS svarer også at de har innført enhetlig ledelse på alle ledernivå. Imidlertid er det variasjoner i hvordan dette er innført. Ved flere av divisjonene er de medisinskfaglige tjenestene organisert i en enhet og de sykepleiefaglige enhetene som en annen organisatorisk enhet.

Tabell 2 viser hvordan divisjonene ved UUS opplevde innføringen av enhetlig ledelse. Samtlige divisjoner opplever i liten grad at innføringen av enhetlig ledelse har påvirket forholdet mellom profesjonene.

**Tabell 4.2 Hvordan kan prosessen med innføring av enhetlig ledelse karakteriseres så langt? Gjennomsnittsnitt (N)**

	<b>Divisjonene ved UUS i 2005</b>
Proessen har vært krevende	2,6
Proessen har vært konfliktpreget	2,2
Innføring av enhetlig ledelse har gjort forholdet mellom profesjonene bedre	0,7
Innføring av enhetlig ledelse har gjort forholdet mellom profesjonene vanskeligere	0,3
Totalt (N)	(8)

I liten grad=1, noe= 2, i middels grad=3, ganske=4, i høy grad=5, 0=vet ikke

Stadig flere sykehus benytter såkalte organisasjonsoppskrifter og vi ønsket å kartlegge utbredelsen av noen sentrale programmer. De mest vanlige er *Målstyring* som er innført på 47 % av alle sykehusene, og *TQM* og *BSC* som er innført ved 27 % av alle sykehusene. Andre programmer var i mindre grad innført ved sykehusene. Ullevål universitetssykehus har innført både TQM/EFQM, og balansert målstyring. Det er imidlertid variasjoner i hvilken grad disse programmene og verktøyene benyttes nedover i divisjonen. Kun 4 av 9 divisjoner benytter disse verktøyene. Samtlige divisjoner har i tillegg et lederprogram de tilbyr sine mellomledere.

Elektronisk databehandling (EDB) blir et stadig viktigere verktøy i behandlingen av pasienter. Samtidig er EDB på vei inn i det administrative legearbeidet og erstatter i mange tilfeller tradisjonelt sekretærarbeid med "online" løsninger. Elektronisk pasientjournal vil i framtiden erstatte papirtung arkivering.

Ullevål universitetssykehus rapporterer at de har mulighet til å sende epikriser elektronisk, men rapportering fra fastleger viser er det svært få fastleger som mottar dette i 2004.

Bruken av elektronisk pasientjournal er likt ved alle divisjonene. Fortsatt brukes det gjennomgående journaler også i papirformat med unntak av OS som kun bruker journalen elektronisk.

Ullevål universitetssykehus har hatt elektronisk bildearkiv siden 2001 og viser bilder elektronisk på røntgenmøter. I 2005 overføres bildene elektronisk til andre sykehus eller spesialister. RTG bildearkiv finnes elektronisk ved alle divisjoner og bildene vises elektronisk. Bildearkiv var det bare 4 % av norske sykehus som hadde i 1999. To år senere, i 2001, har denne andelen steget til 22 % og i 2003 er den steget til 24 %.

Svært få norske sykehus har elektronisk henvisning. UUS rapporterer at dette var under etablering i 2003. Imidlertid spurte vi UUS om dette på divisjonsnivå i 2005, og samtlige svarer at dette fortsatt er under etablering. Eneste unntaket er OS og KIR som tilbyr dette på divisjonsnivå.

### 4.3 Relasjonen 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 dette kapitlet vil vi i første omgang vise hvordan UUS er organisert når det gjelder håndtering av interaksjonen med primærhelsetjenesten.

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.

USS ser dette som en viktig utfordring og har blant annet fått "det nytter"-prisen to ganger i forbindelse med prosjekter for å øke samhandlingen med primærhelsetjenesten. Vi har sett på hva UUS eventuelt kunne forbedre i denne sammenheng, og ser at det største potensialet ligger i å videreformidle erfaringene fra samhandlingsprosjektene ved medisinsk divisjon.

Et tilbud som etterspørres av fastleger er tilbud om hospitering. Flere av divisjonene ved UUS tilbyr dette ved forespørsel, men har ikke satt dette i system.

UUS har rapportert at de har felles faglige retningslinjer, men dette er kun i begrenset omfang i forbindelse med brystkreftpasienter. I presentasjon av fastlegenes vurdering av UUS sin samhandling, er dette et område som sterkt etterspørres.

Når det gjelder å aktivt informere allmennleger om sin drift skiller UUS seg ut fra resten av landets sykehus. Det er en klar trend blant sykehusene at de aktivt informerer om blant annet ventetider og servicetilbud. Også i 2005 skjer dette kun i begrenset grad ved enkelte av divisjonene ved UUS. Her har UUS noe å hente i forhold til økt samhandling.

### 4.4 Sykehusets informasjonsarbeid

Sykehusene driver omfattende informasjonsarbeid og har ofte egne informasjonsstrategier. Ullevål universitetssykehus sin målsetning er "*Norges mest attraktive sykehus for pasienter og medarbeidere*"

I 2005 har UUS egne informasjonsmedarbeidere på 6 av divisjonene. Samtlige divisjoner ved UUS har egne hjemmesider som de oppdaterer. Gjennom fokusgruppene har det blitt ytret ønske om at de enkelte avdelingene også skulle ha sine egne hjemmesider. Enkelte avdelinger har dette, men UUS har ønsket å ha en helhetlig profil hvor dette skulle håndteres sentralt.

Sju av divisjonene ved UUS har i 2005 sine egne formelt spesifiserte målsetninger og visjoner. Kun fire av divisjonene oppgir at de har en kommunikasjonsstrategi i 2005, og kun to av divisjonene oppgir at de har en egen informasjonsstrategi for å markedsføre seg overfor pasienter i 2005.

Samtlige divisjoner oppgir at de har områder de er spesielt kjent for (*flaggskip*). Svarene avdekker høy bevissthet om sin egen kompetanse og faglige fortrinn.

#### 4.5 Budsjettrutiner og belønningssystemer

Budsjettrutiner og økonomiske incentiver er et organisasjonsområde hvor sykehusene er i endring. Den innsatsstyrte finansieringsordningen har gitt nye utfordringer til sykehusene. Aktiviteter må synliggjøres klarere enn før for å sikre stykkprisrefusjoner til sykehuset sentralt, men også for å eventuelt kunne fordele dette på en hensiktsmessig måte mellom de kliniske avdelingene og serviceavdelingene. Når inntektene gjøres avhengige av aktivitet, må også kostnadene etter hvert tydeliggjøres i form av internprising i avdelingsvise budsjetter. Videre fordrer inntekter og utgifter fra gjestepasientordningen nye budsjettrutiner i sykehusene, og eventuelt videre ned på avdelingsnivå.

Så godt som alle sykehusene har avdelingsvise budsjetter, så også ved Ullevål universitetssykehus. Men innholdet i budsjettene, hvilke utgiftsposter og inntektsposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer. Ullevål universitetssykehus har ikke spesielt detaljerte avdelingsbudsjetter, verken på inntektssiden eller på utgiftssiden, men følger stort sett minimum av hva norske sykehus budsjetterer med på avdelingsnivå. Det er en tendens til mer detaljerte budsjetter i 2003.

UUS rapporterer i 2005 at det ikke er endring i forhold til 2003, men divisjonene rapporterer om ulike avdelingsbudsjetter fra divisjon til divisjon. ISD har mer detaljerte avdelingsbudsjetter enn de øvrige divisjonene og HLS og MED har med gjestepasientinntekter, noe de andre divisjonene ikke har.

Samtlige sykehus oppgir at lønnsutgifter til faste stillinger, overtid, vikarer og ekstrahjelp inngår i de avdelingsvise budsjettene, mens bare 11 % av sykehusene oppgir at gjestepasientutgifter for pasienter som henvises fra avdelingen til andre sykehus inngår. Bare 14 % av sykehusene oppgir at kjøp av tjenester fra serviceavdelingene (internprising) inngår i de avdelingsvise budsjettene i 1999. Her har det skjedd en klar økning i 2001; ett av fem sykehus regnskapsfører da intern kjøp. I 2003 har hele 34 % slike rutiner.

Hvilke inntektsposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer også. Alle sykehusene oppgir at poliklinikkinntekter, folketrygdsrefusjoner og inntekter for salg av tjenester inngår i de avdelingsvise budsjettene. Mens bare 19 % av sykehusene oppgir at forskningsbidrag fra farmasøytiske firma inngår i 2001, er denne andelen økt til hele 38 % i 2003. Gjestepasientinntekter for behandling av pasienter fra andre foretak regnskapsføres avdelingsvis ved 38 % av sykehusene i 2003.

Ullevål universitetssykehus viderefører 90 % av stykkprisrefusjonene til avdelingene. Men i undersøkelsen for 2005 avdekkes det at det her er store variasjoner på divisjonsnivå og at enkelte avdelinger er fullt ut rammefinansiert. Ved resten av landets sykehus svarer de at i 1999 er det bare 29 % av sykehusene som viderefører DRG-stykkprisene til avdelingene. I 2001 har denne andelen steget til 42 %. Hadde vi sett bort i fra lokalsykehusene og fylkessykehusene med redusert lokalsykehustilbud, ville andelen vært betydelig høyere. Bare 14 % av de mindre sykehusene viderefører DRG-stykkprisene i 2001. Men i 2003 stiger andelen for alle sykehusene og hele 63 % av sykehusene viderefører da ISF til avdelingene.

Vårt neste spørsmål var om sykehuset fordeler DRG-poeng mellom avdelingene dersom en pasient er innlagt ved flere avdelinger i løpet av det samme oppholdet. Få sykehus gjør det, men andelen øker fra 8 % i 1999 til 16 % i 2001, og til 26 % i 2003. Ved regionssykehusene er dette en rutine som de går bort fra. Eneste unntaket er Ullevål universitetssykehus som opprettholder dette også i 2003.

I forbindelse med denne trenden mot en ansvarliggjøring av avdelingene i budsjettsammenheng, er det interessant hvilken tilgang den kliniske avdelingsledelsen har på økonomimedarbeidere. Få sykehus har økonomimedarbeider tilsatt på avdelingene (9 % i 2003). De øvrige sykehusene Ved Ullevål universitetssykehus rapporterer at økonomimedarbeideren "stilles til rådighet for avdelingen", men en av divisjonsdirektørene sier i kommentarfeltet at det er et klart ønske om å styrke denne funksjonen på avdelingsnivå.



Det er en klar tendens til at avdelingsledere på de store regionssykehusene ikke er heltidsledere. Ved UUS har avdelingslederne minimum 60 % lederarbeid. Begrunnelsen for at avdelingslederne opprettholder opptil 40 % klinisk arbeid er at stillingene er på åremål og at lederne etter hvert skal tilbake til ordinære kliniske stillinger.

#### 4.6 Oppsummerende kommentar

Det generelle inntrykket denne undersøkelsen gir er at endringstrenden fra 1999, 2001, 2003 til 2005 ser ut til å være stabil, om enn kanskje en mer dramatisk endring på noen områder enn på andre. Ikke uventet varierer mange organisasjonsforhold med sykehusenes størrelse, men ikke alltid like entydig.

Ullevål universitetssykehus har foretatt en rekke organisatoriske endringer som antas å ha hatt stor effekt på pasientgjennomstrømning og ressursbruk, for eksempel at elektive pasienter i økende grad legges inn samme dag som de blir operert.

Ett av de mest åpenbare endringstrekkene i sykehusenes interne organisering er økt ansvarliggjøring og delegering av myndighet til avdelingsnivået. Tilsettingsmyndighet blir i økende grad delegert til avdelingene, avdelingenes inntekter og utgifter synliggjøres i avdelingsvise budsjetter (lønnsutgifter, pasientbehandlinger, internkjøp, gjestepasientoppgjør o.a.), avdelingsledelsen blir udelt enhetlig, og stykkprisrefusjonene videreføres til avdelingene i en fordelingsnøkkel mellom kliniske moderavdelinger og serviceavdelinger. Noen av disse endringstrekkene er allerede manifestert, andre ser ut til å være på full fart inn. Den innsatsstyrte finansieringsordningen er antakelig en viktig premisseleverandør for denne ansvarliggjøringen av avdelingene.

Ullevål universitetssykehus har foretatt en betydelig delegering av myndighet i perioden, med økt ansvarliggjøring av avdelingen. Fortsatt savnes det økonomisk bistand på avdelingsnivå og budsjettene er relativt grove på avdelingsnivå. Men det opprettes kontrakter mot avdelingene og bruk av målstyring med direkte eksplisitte resultatkrav til avdelingen. Spørsmålet er om avdelingene opplever tilstrekkelig autonomi og frihet i mulighet for interne endringer, omplasseringer og omprioriteringer for å kunne oppfylle resultatkravene.

## 5 Utøves det dugelig<sup>7</sup> lederskap ved UUS?

### 5.1 Innledning

Det foreligger i dag få publiserte undersøkelser på hva som kan karakteriseres som dugelig lederskap innen helsesektoren generelt eller sykehus spesielt<sup>8</sup>. Dette er et paradoks av tre grunner. For det første er det et faktum at helsesektoren stiller høye krav til kvalitet, blant annet i form av at behandlingsmetoder skal være evidensbaserte; en kan derfor hevde at også lederskapet som utøves skal kunne sjekkes opp mot den effekt denne utøvelsen har på resultatet av det man oppnår. For det andre er lederskapsdimensjonen så å si innbakt i sykehusene som organisasjon, som er preget av store utfordringer i forhold til pasientene, høykompetent fagpersonell, rivende teknologisk og medisinsk utvikling. Det er åpenbart at slike drivkrefter krever utøvelse av dugelig lederskap. For det tredje er det en utbredt oppfatning at utøvelse av ledelse er en av de viktigste faktorene for å skape gode resultater. Analogien til dette poenget er at manglende ledelse kommer høyt opp på listen når en skal forklare hvorfor man mislykkes.

Årsaken til at man ikke har tilnærmet seg spørsmålet om hva som er dugelig lederskap på en systematisk dokumenterbar innen sykehus måte kan være flere:

- Sykehusene er såpass komplekse og innviklede organisasjoner at det er svært vanskelig å skaffe seg oversikt over årsak-virkningsforhold.
- Lederskap er noe personlig, noe som alle enten har utøvd eller opplevd og derfor er berettiget til å ha mening om. Kunnskapen om hva som er dugelig lederskap blir dermed noe som er personlig erfart, og derfor ikke kvantifiserbart.
- Lederskap er kunst, ikke vitenskap.
- Begrepsapparatet for å snakke om lederskapet er overflatisk og medfører at man snakker forbi hverandre. Det er mange ord som glir igjennom som selvsagte i meningsutvekslinger. Et eksempel er "lederen må motivere", "lederen må gi tilbakemelding". Når man går nærmere inn på disse ordene, finner man raskt ut at folk legger høyst forskjellige meninger inn i disse begrepene.
- Helsepersonell trenger ikke ledelse, bare tilstrekkelige ressurser, god administrasjon og gode systemer, så vil normene og økonomiske rammer styre den enkeltes valg.

Selv om grunnene til å senke ambisjonsnivået med hensyn til hva man kan si om hva som er dugelig lederskap er tilstede, veier argumentene for å tydeliggjøre hva som er dugelig lederskap ved UUS tyngre, ikke minst fordi en tydeliggjøring er en forutsetning for å kunne si hvorvidt lederskapet ved UUS holder mål, og hvor og hvordan lederskapet best kan forbedres.

### 5.2 Større krav til lederskap

Overordnet sett kan man si at helsereformen medfører større krav til utøvelse av ledelse og dermed ledelseskompetanse på alle nivåer. Divisjonaliseringen av UUS er et uttrykk for den samme logikken. For det første fordi en divisjonalisering tydeliggjør ansvar og myndighet. For det andre fordi divisjonalisering ideelt sett myndiggjør og ansvarliggjør de desentrale og ytterste enhetene i organisasjonen. Imidlertid må det erkjennes at i forhold til sykehusets grunnstruktur (profesjonsbyråkratiet), så vil divisjonalisering oppfattes som *sentraliserende* for de som er i den kliniske hverdagen. Ytterligere er disse kravene forsterket av den akselererende vitenskapelige og

---

<sup>7</sup> *Dugelig* er valgt som begrep for å beskrive hva slags lederskap som kan regnes som mest effektivt. Alternativt kunne vi ha brukt begrepet *fremragende*, men *fremragende* blir for pretensiøst. Videre kunne vi ha brukt begrepet *godt*, men godt blir for ordinært. Vi er på jakt etter den type ledelse som er bedre enn godt, da passer dugelig lederskap godt.

<sup>8</sup> Et unntak er Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J., & Rutberg, H. (2004). Leadership for Improvements in Swedish Health Care. *Total Quality Management*, 15, 4, 495-509, og til en viss grad Liewellyn, S. (2001). 'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22, 4, 593-623.

teknologiske utviklingen og spesialiseringen innen medisinen som fag på den ene siden, samt større krav til medisinsk behandling og tilbud fra pasientgrupper, politikere og befolkning på den andre siden. (se side 8 i "Sykehusreformen – noen eierperspektiv"). Det er i denne sammenheng relevant å stille spørsmålet om det er et parallelt og akselererende *gap mellom faktisk lederskapskompetanse og nødvendig lederskapskompetanse* for å møte disse utviklingstrekkene.

Dette lederskapsgapet fører ofte til konklusjoner som at sykehus er vanskelig, ja nærmest umulig, å lede. For å støtte slike konklusjoner bygger man gjerne inn premisser som om at sterke personer ikke lar seg lede - de gjør det de vil uansett, og videre at det eksisterer manglende respekt for definerte rammer og mål etc. Historiene om hvor umulig det er å fungere som ledere i sykehus er så mange at de nærmest har blitt identitetsskapende og selvpoppfyllende profetier.

SINTEFs påstand er at disse utfordringene også gir en mulighet for å identifisere dugelig lederskap, nettopp fordi dugelig lederskap kommer til syne under betingelser som ikke er ideelle eller optimale. Problemet er at suksesshistoriene ikke i stor nok grad har vært båret frem som identitetsskapende og som modeller for godt lederskap i sykehus. Siden forarbeidene og gjennomføringen av sykehusreformen har kravet om et mer effektivt og resultatorientert lederskap i de ulike deler av sykehusene blitt vesentlig sterkere.

### 5.3 Lederkriterier

Et første funn fra SINTEFs undersøkelse av lederskapsutøvelse ved UUS er at lederkriterier (eller lederkrav) så å si er fraværende for sykehuset som helhet, og i de fleste divisjonene (unntaket er her intern service divisjon og radiologisk divisjon). Vi oppfatter at en del av det foreliggende oppdraget er å gi innspill til hvordan slike lederkriterier bør formuleres. En første anbefaling når det gjelder ledelse ved Ullevål er derfor at Ullevål etablerer lederkriterier for alle ledere ved Ullevål.

I mangel av uttalte lederkriterier ved Ullevål er "Pasienten først" – utredningen (NOU 1997:2), sluttrapporten fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, samt rapporten "Sykehusreformen – noen eierperspektiver" et bakgrunnstykke til hva som kreves av ledere i ved UUS. Sistnevnte rapport bygger eksplisitt på "Pasienten først" og sluttrapporten fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Her kan man identifisere følgende krav til utøvelse av lederskap innen helseforetakene (sitater er kursiverte):

#### Ta et helhetlig ansvar

- Tydeliggjøring av det ledelsesmessige ansvaret til å kombinere *tilgjengelighet, kvalitet og omsorg med en rasjonell ressursforvaltning* (s. 5).
- Foretaksorganisering av sykehusene stiller større krav til det ledelsesmessige ansvar på alle nivåer. (s. 7)
- Det dreier seg om å presisere og målrette ansvaret og om å kople myndighet og handlefrihet til ansvaret. (s. 9)
- Ta helhetlig ansvar for de resultater og den kvalitet enheten skaper, og for at arbeidet skjer innenfor de rammer som myndigheter og eier har fastsatt (driftsansvaret). (s. 9)
- Vise evne og vilje til å utøve ledelse gjennom formell myndighet, formelle og uformelle beslutninger og bruk av delegering. (s. 9)

#### Klinisk lederskap

- På grunnlag av samspill med fagmiljøene må topplederen også kunne svare for om virksomheten er kunnskapsbasert, på hvilket grunnlag nye metoder i helsetjenesten innføres, hvordan kvaliteten er, hvordan en kontinuerlig sikrer seg at personalet er faglig oppdatert, om ressursene brukes effektivt, etc. Det må erkjennes at kvalitet skapes, den vedtas ikke. (s.7)
- Prioritering og faglig styring er derfor en viktig ledelsesoppgave i enhver linjeorganisasjon. (s. 20)
- Metodevurdering og prioritering må forankres i ledelsen og prege beslutningskulturen i hele helsetjenesten. (s. 21)

### Endringsledelse

- *Kontinuerlig vurdere behovet for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser. (s. 9)*
- *Denne ledelsen må ha evne til raskt å fange opp signaler fra omgivelsene og foreta de nødvendige tilpasninger. (s. 9)*
- *Gjennom faktabaserte redegjørelser og beslutninger legges grunnlaget for en åpen og evaluerende kultur med vekt på læring, utvikling og tilpasning. (5)*

### Faglig innsikt

- *Det er en viktig forutsetning at toppledelsen viser forståelse og respekt for de mangeartede og komplekse faglige premisser som ligger til grunn for sykehusenes virksomhet. (s. 7)*
- *Både de regionale helseforetakene og de enkelte sykehusledelser bør derfor ha kompetanse som bidrar til hensiktsmessige dialoger og samhandlinger med fagmiljøene. (s. 21)*

### Relasjonelle ferdigheter

- *Gjennom teamdannelse og ledergrupper på ulike nivåer må det skapes slike soner for kulturbygging på tvers av etablerte grupper og nivåer. For å få det til, må det faglige og instrumentelle lederskapet suppleres med kommunikativt lederskap med krav om relasjonelle og brobyggende ferdigheter. (s. 9)*

### Personalansvar

- *Ta overordnet personalansvar for alle medarbeidere og yrkesgrupper innen virksomheten. (s. 9)*

### Arbeidsmiljø

- *Ta ansvar for at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses. (s. 9)*

En annen viktig kilde til å identifisere ønsket lederatferd i helseforetakene foreligger i helseministerens åpningstale på det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet den 23. april 2003. Denne talen er en systematisk gjennomgang av hvilke krav man kan stille til utøvelse av lederskap i helseforetakene.

Grunnleggende handler det om å lede i henhold til tre kjerneverdier som kan oppsummeres under tre begreper (igjen er sitater kursivert):

1. *Kvalitet i prosess og resultat (stikkord: medisinsk kvalitet, forvaltning av de gitte ressurser, effektivisering av prosesser, forenkling av prosedyrer og riktig prioritering av behandlingstilbud for på best mulig måte å utnytte de tildelte ressurser)*
2. *Trygghet for tilgjengelighet og omsorg*
3. *Respekt i møte med pasienten*

Til grunn for kjerneverdiene ligger følgende krav til lederatferd:

- *En leder må være ansvarlig, handlekraftig, endringsvillig, kommuniserende, inspirerende og helhetstenkende.*

Disse lederatferdene ble gitt følgende utdypning:

- *Med ansvarlig mener vi at all lederatferd må ha sitt utgangspunkt i den totale virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag. Et alternativt begrep i denne sammenheng er lojalitet. Ikke blind lojalitet, men lojalitet kombinert med integritet. Igjen en nødvendig avveining for å oppnå best mulig resultat for flest mulig.*
- *Å være handlekraftig betyr at man har mot og evne til å utøve lederskap, bl.a. ved å gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere. Å våge og stå*

frem som leder er viktig, men man oppnår ikke mye uten å ha medarbeiderne med på laget. Å lede er å stake ut en kurs ut fra de rammebetingelser en har fått – og så gå veien!

- Å være endringsevillig betyr at man møter nye utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og ikke minst gjennom kompetanseheving hos medarbeiderne.
- En leder må også ha evnen til å kommunisere. Budskap og profil må kunne formidles med tydelighet, man må kunne opptre med legitimitet og vinne tillit både internt hos alle medarbeidere – og eksternt i forhold til pasientene, de pårørende, media osv. 75% av all ledelse dreier seg om kommunikasjon.
- Og så skal en leder kunne inspirere. En inspirerende leder opptre med humør, ærlighet og toleranse samtidig som hun stiller krav til medarbeideren om å oppnå resultater. Kong Olav sa engang: Utrolige ting kan skje når begeistring blir brukt som drivkraft.
- Sist, men ikke minst, kommer evnen til å tenke helhet: hele avdelingen, hele klinikken, hele sykehuset, hele foretaket og faktisk også hele samfunnet blir mer og mer viktig for lederens arbeid. Spesielt på avdelingsnivå vil også evnen til profesjonsuavhengig lederskap være et kritisk punkt.

I det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet for helseforetakene gjennomførte man en prosess der deltakerne konkretiserte disse kategoriene i operasjonelle, atferdsspesifikke, påstander (115 påstander til sammen). Gjennom en faktoranalyse av dataene fra den gjennomførte lederevalueringen av lederne i det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet ble disse påstandene kategorisert i åtte lederferdigheter. Disse er fremstilt i følgende modell:

**Tabell 5.1: Faktorstruktur på lederferdigheter målt i det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet for helseforetakene**

Faktor	Eksempler på påstander om lederatferd som underordnede har vurdert lederen på i forhold til hver av faktorene
Respektfull	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Viser interesse for hva andre brenner for</li> <li>✓ Behandler andres meninger og ideer respektfullt</li> </ul>
Læringsorientert	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sørger for at prosesser gjennomgås, slik at man kan iverksette forbedringstiltak</li> <li>✓ Fokuserer på hvordan en kan lære av feil</li> </ul>
Målorientert	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Legger vekt på at vi når de målene vi har satt</li> <li>✓ Fokuserer på de tiltakene som gir størst effekt</li> </ul>
Uredd	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Går inn i ubehagelige situasjoner når det er nødvendig</li> <li>✓ Håndterer vanskelige saker profesjonelt</li> </ul>
Muliggjør stor innsats	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gir medarbeidere utfordrende arbeidsoppgaver</li> <li>✓ Sørger for at alle får tatt i bruk sine talenter der det er mulig</li> </ul>
Faglig innsikt	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Har en dyp forståelse for de faglige premissene som ligger til grunn for sykehusenes virksomhet</li> <li>✓ Er opptatt av at virksomheten utfører arbeidet med høy faglig standard</li> </ul>
Holder ord	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gjør det han/hun sier han/hun skal gjøre</li> <li>✓ Kommer presist til møter og avtaler</li> </ul>
Topplederperspektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Samarbeider godt med overordnede ledere</li> <li>✓ Forstår hvordan ledelsesnivåene over sitt eget resonnerer og prioriterer</li> </ul>

Denne modellen har kommet frem gjennom faktoranalyse av alle vurderingene foretatt av underordnede for alle lederprofilene i det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet. Gjennom denne

analysen fremkom åtte gjensidig utelukkende faktorer, faktorer som er forskjellige i forhold til hverandre. Det vil si at faktorene ikke korrelerer med hverandre.

Gjennom en grundig analyse av foreliggende suksesskriterier for lederskap innen sykehusene i Norge ("Pasienten først" – utredningen (NOU 1997:2), i sluttrapporten fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, og senere i rapporten "Sykehusreformen – noen eierperspektiver", helsedepartementets lederkrav, helseministerens tale, samt analyse av lederprofiler fra det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet samt analyse av suksesskriterier gitt SINTEFs kjennskap til UUS, kom vi frem til 90 påstander om lederskap.

Basert på respondentenes vurderinger av sine overordnede ledere ble det gjennomført en faktoranalyse<sup>9</sup>. Denne faktoranalysen avtegner seks gjensidige utelukkende lederfaktorer (lederferdigheter):

- **Veiledende lederstil**
- **Endringsledelse**
- **Negativ lederstil**
- **Følger opp**
- **Konflikthåndtering**
- **Relasjon til overordnede**

## 5.4 Lederferdigheter ved Ullevål

I det følgende vil vi fremstille hver enkelt lederferdighet i henhold til strukturen som er listet opp i forrige avsnitt.

### 5.4.1 Veiledende lederstil

Respondentene vurderte sin nærmeste overordnede på 90 påstander. Respondentene skåret påstandene på en Likert-skala fra 1 til 5, der 1 = i liten grad, og 5 = i stor grad, på formen "Min leder deler relevant informasjon med meg". Gjennom faktoranalysen landet følgende påstander på denne faktoren (som vi har kalt veiledende lederstil):

- deler relevant informasjon med meg
- spør hvordan det går med arbeidet
- bidrar til at jeg forstår hvordan mine oppgaver passer inn i helheten
- veileder meg
- får meg til å føle meg dyktig
- får meg til å prestere ekstra
- skaper entusiasme knyttet til det vi skal oppnå
- har tid til å snakke med meg
- spør hvordan jeg har det
- utfordrer meg til å komme med nye ideer
- gir meg positive tilbakemeldinger
- hjelper meg til å ta i bruk mine talenter
- støtter meg når jeg trenger ekstra oppmuntring
- bidrar til at jeg samarbeider bedre med andre
- spør meg hva jeg har lyst til å gjøre
- er positiv til mine innspill
- møter mine ideer med en åpen holdning

Veiledende lederstil dreier seg, som vi ser fra påstandene som utgjør denne faktoren, om å se, veilede, vise interesse, støtte, motivere, gi tilbakemelding og lytte til sine medarbeidere. Ferdigheten kan også omtales som deltakende lederstil, støttende lederstil, eller coachende lederstil, og er som vi forstår av påstandene som hører til faktoren mangefasettert. Lederstilen er utpreget relasjonsorientert mot medarbeiderne som lederen har lederansvar for. Av lederstilene vi har identifisert i faktoranalysen er veiledende lederstil den mykeste lederstilen. Ledere som

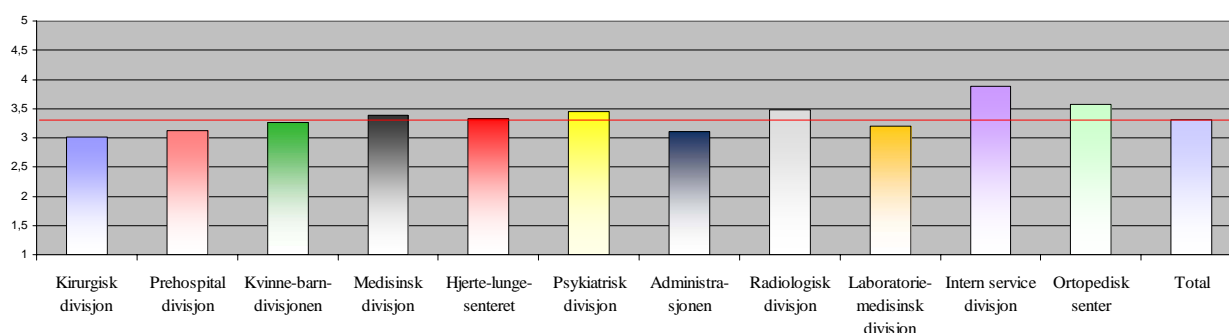
---

<sup>9</sup> Nøkkeltall fra denne faktoranalysen er gjengitt i egen rapport "Resultater og analyse av Spørreundersøkelse om organisasjonsstruktur og ledelse og ved Ullevål Universitetssykehus HF 2005 ved SINTEF".

mangler denne ferdigheten vet ikke hvordan han/hun motiverer medarbeiderne og får dermed medarbeidere som ikke er motiverte. Dette kan skyldes manglende sensitivitet til andre personer, eller simpelthen manglende interesse for å bruke tid på å utøve sin lederrolle. Videre kan en tenke seg at en del av årsaken ligger i en forestilling om at medarbeidere på UUS ikke trenger veiledning og støtte. Andre årsaker kan være manglende evne til å delegere, noe SINTEF har observert i flere sammenhenger på UUS, blant annet ved at ledere i stor grad tar på seg operative oppgaver som med fordel kunne ha vært delegert til andre.

I kunnskapsintensive virksomheter er en veiledende lederstil kanskje den viktigste lederferdigheten. Dette skyldes både kompleksiteten i arbeidet som utføres, men ikke minst behovet for guiding og støtte i møtet med utfordrende arbeidsoppgaver der den enkeltes kunnen er avgjørende for resultatet.

Oppsummert er gjennomsnittet for vurderingene av disse påstandene for hver av divisjonene fremstilt som følger (merk at 1 = i liten grad, og 5 = i stor grad):



Figur 5.1: Veiledende lederstil i divisjonene, gjennomsnitt

### Diskusjon

Sammenlignet med tilsvarende målinger fra andre virksomheter skårer de fleste divisjonene lavt. Utfordringene ser ut til å være størst i kirurgisk divisjon, prehospital divisjon, administrasjonen og laboratoriemedisinsk divisjon. Statistiske analyser viser at denne ferdigheten påvirker flere virksomhetskritiske resultatområder (se analyse nedenfor). Siden ledere ved UUS gjennomsnittlig skårer lavt, betyr det at potensialet for forbedring av denne ferdigheten er stor, og at en forbedring vil ha markante effekter på virksomhetskritiske resultatområder. Det er verdt å merke seg at førstelinjeledere (ledere som ikke har ledere som rapporterer til seg) skårer markant (dvs. statistisk signifikant) svakere enn ledere av ledere (gjennomsnittsforskjellen er på 0,27). Sagt med andre ord: Dess større lederansvar, dess mer veiledende oppfattes lederen. Det er denne lederferdigheten der det er størst forskjell på førstelinjeledere og ledere av ledere.

En antatt konsekvens av mer veiledende lederstil ved Ullevål vil være bedre beslutninger, mer oppslutning om det man blir enige om, og større medarbeidertilfredshet.

#### 5.4.2 Endringsledelse

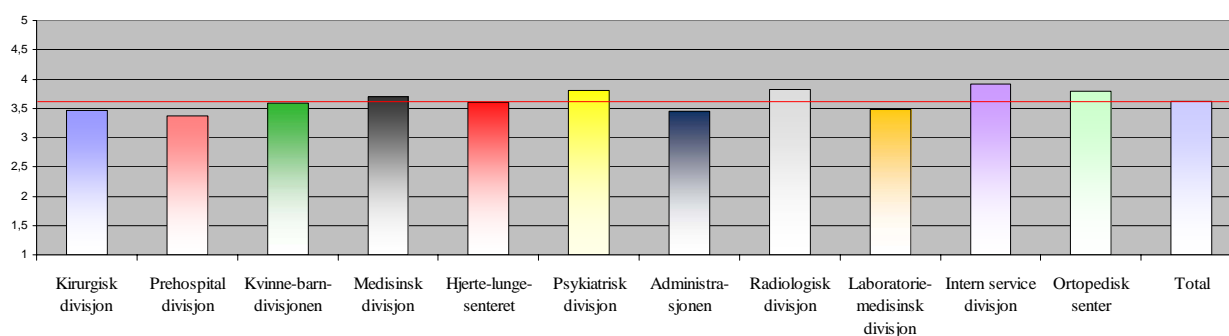
Gjennom faktoranalysen ladet følgende påstander på denne faktoren (som vi har kalt endringsledelse):

- støtter utprøving av nye ideer
- fokuserer på hva vi kan lære når vi feiler
- tar nødvendige sjanser
- snakker om hvordan vi skal møte fremtiden
- reagerer raskt når det er nødvendig
- tar initiativ til endringer
- sørger for at planer endres når betingelsene endres
- skaffer seg støttespillere utenfor vår enhet

- ser til at nødvendige beslutninger blir tatt
- har meningers mot
- fokuserer på hvordan vi kan oppnå bedre resultater
- får gjennomslag for sine synspunkter
- skiller klart mellom hva som er viktig og hva som er mindre viktig
- tiltrekker dyktige folk til enheten
- ser muligheter

Endringsledelse dreier seg, som vi ser fra påstandene som utgjør denne faktoren, om utvikle virksomheten, lære fra feil, ta sjanser, respondere raskt på endringer, ta beslutninger, fokusere på forbedringsaktiviteter, se muligheter og prioritere. Der veiledende lederstil er relasjonsorientert, er denne lederstilen resultat- og oppgaveorientert. Det er åpenbart at denne ferdigheten er en suksessfaktor for virksomheter under endring. Ledere som ikke driver endringsledelse reagerer sent på muligheter, er handlingslammede og reaktive. De er vanligvis mer komfortabel med det som skjer "her og nå", og mangler perspektiver til å sette samme flere elementer inn i en helhetlig ramme. Som man ser fra påstandene som utgjør denne ferdigheten dreier det seg om å binde sammen fortid (hva gjorde vi i går) med nåtid (... som vi kan lære av i dag) og fremtid (... slik at vi kan gjøre det og det i morgen). Lederstilen kombinerer refleksjon (over læring, muligheter, prioritering) og handling (fokusering, initiativ, rask reaksjon, endring).

Oppsummert er gjennomsnittet for vurderingene av disse påstandene for hver av divisjonene fremstilt som følger (merk at 1 = i liten grad, og 5 = i stor grad):



Figur 5.2: Endringsledelse i divisjonene, gjennomsnitt

### Diskusjon

Sammenlignet med andre målinger fra andre virksomheter skårer de fleste divisjonene lavt også på denne ferdigheten, dog ikke så lavt som ferdigheten veiledende lederstil. Dette er overraskende, gitt den store produksjonsøkningen vi har sett på UUS de siste årene, som i seg selv representerer en endring. En mulig forklaring kan være at produksjonsøkningen er oppnådd på tross av endringsledelse, og snarere er et resultat av at alle har intensivert produktiviteten gjennom større arbeidsintensivitet. En annen, og lignende, forklaring kan dreie seg om manglende klinisk og strategisk lederskap. SINTEF oppfatter at reelle endringer og prioriteringer, som innbefatter bort- eller nedprioriteringer av virksomhetsområder stort sett er fraværende. Med i dette bildet hører også evnen til å lede endringsprosesser, ta de riktige prosessgrepene som skal til for å skape grobunn for reelle prioriteringer og åpne diskusjoner. Endringer som introduseres dreier seg enten om å gjøre noe nytt i tillegg til det man gjør i dag, eller å gjøre det man gjør i dag mer effektivt.

Gjennomsnittsforskjellen mellom førstelinjeledere og andre ledere på denne ferdigheten er på 0,25, også dette en statistisk signifikant forskjell.

I tråd med konklusjonen i forhold til ferdigheten veiledende lederstil, vil vi konkludere med at også denne ferdigheten har et stort forbedringspotensial, og at forbedringer, jf. våre analyser vil ha stor effekt på virksomhetskritiske resultatområder, spesielt gjelder dette for førstelinjeledere.



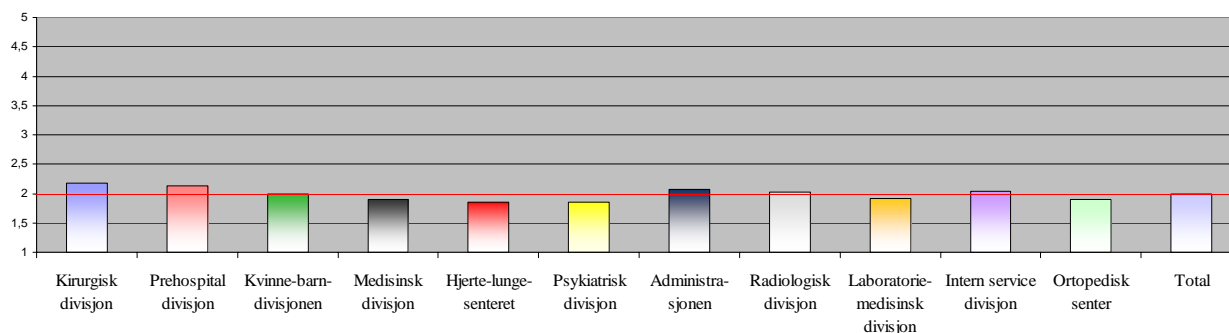
### 5.4.3 Negativ lederstil

Gjennom faktoranalysen ladet følgende påstander på denne faktoren (som vi har kalt "negativ lederstil"):

- tar beslutninger over hodet på de som berøres av beslutningen
- bortforklarer problemer
- ber meg utføre arbeidsoppgaver som er meningsløse
- henger seg opp i uvesentlige detaljer
- favoriserer noen fremfor andre
- tar selv æren for vår suksess
- får meg i dårlig humør
- avbryter meg når jeg snakker
- nedvurderer mine synspunkt
- setter folk i bås
- skylder på andre
- snakker bak ryggen på folk

Negativ lederstil er motsatsen til en respektfull lederstil, og dreier seg om lederatferd som preges av manglende evne til å ta hensyn til andres integritet og perspektiver; involverer ikke, glatter over problemer, detaljstyrer, forskjellsbehandler, hensynsløs opptreden, og ryktespredning. Dette er atferdsmønstre som utløser negative emosjoner hos de som blir utsatt for denne typen atferd. Vi vet at slik atferd, om så bare sporadisk, setter dype spor og forsurer arbeidsmiljøet i en så stor grad at det på sikt kan gå ut over pasientbehandlingen. Fra analyser av lederprofiler i det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet fant vi at slik atferd går ut over opplevd omsorg for pasienten og respekt i møte med pasienten.

Oppsummert er gjennomsnittet for vurderingene av disse påstandene for hver av divisjonene fremstilt som følger:



Figur 5.3: Negativ lederstil i divisjonene, gjennomsnitt

#### Diskusjon

Her er skårene nærmest mulig "1" (1 = i liten grad) ønsket. Vi ser at gjennomsnittet for Ullevål ligger på 2. Dette er noe høyere enn tilsvarende skårer fra andre virksomheter. Av de kliniske virksomhetene ser vi at kirurgisk divisjon kommer høyest ut. SINTEF finner dette bekymringsfullt og vil anbefale at man undersøker nærmere hva som ligger til grunn for dette. Det samme gjelder prehospital divisjon, radiologisk divisjon, intern servicedivisjon og administrasjonen. Årsaker til såpass høye skårer på denne faktoren kan dreie seg om følgende:

- Stort arbeidspress
- Underkapasitet
- Sterk handlingsorientering
- Manglende konsekvenser ved sosiale overtramp
- Urealistiske standarder

- Selvgode ledere
- Medarbeidere som ikke føler seg anerkjent
- Vedvarende konflikter
- Ledere som favoriserer noen fremfor andre

Disse punktene er kort oppsummert for å gi et bilde av mulige årsaksforhold, og er ikke ment som SINTEFs situasjonsbeskrivelse av de lommene av virksomheten hvor lederne oppfattes å ha en utpreget negativ lederstil. Vi vil presisere at dette dreier seg om hva medarbeiderne oppfatter, det dreier seg ikke om hvilken intensjon eller beveggrunner lederne har. Siden ledelse i stor grad er relasjonelt, er det oppfatningene omgivelsene har av lederen som er utslagsgivende. Opphavet til disse oppfatningene kan i seg selv være fordreide av andre enn lederen selv, men det er reelle oppfatninger som spiller en rolle i forhold til lederens mulighet til å utøve lederskap.

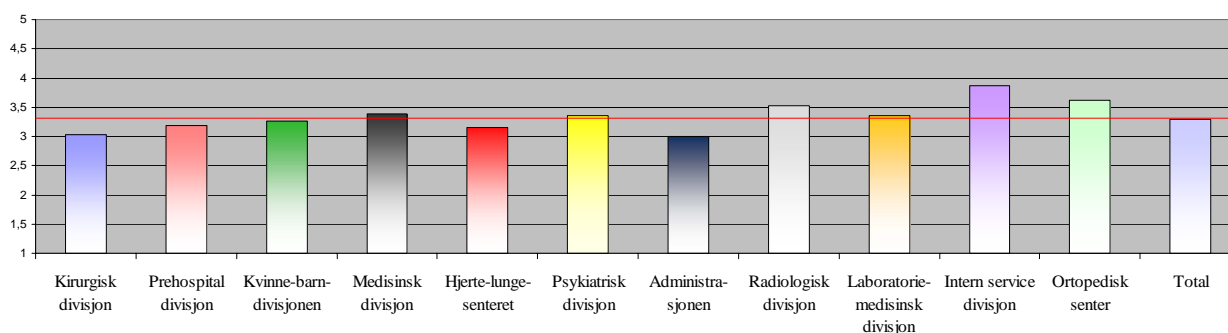
#### 5.4.4 Følger opp

Gjennom faktoranalysen ladet følgende påstander på denne faktoren (som vi har kalt "følger opp").

- følger opp at jeg utfører mine oppgaver
- har klare forventninger til hva jeg skal prestere
- ser til at jeg fokuserer på de viktigste oppgavene
- ser til at jeg gjør mine oppgaver i henhold til det vi har blitt enige om

*Følger opp* er en lederferdighet som omhandler lederatferd som uttrykker forventninger til medarbeiderne og i ettertid ser til at det man er enige om å gjøre faktisk blir gjort. Manglende evne til å følge opp viser seg når ledere ikke bruker mål for å lede, ikke tenker gjennom hva som skal gjøres, er uklar på hvem som har ansvaret for hva, er uorganisert og fordeler oppgaver uten mål og mening, og har dermed ikke grunnlag for å gi tilbakemelding og følge opp underveis.

Oppsummert er gjennomsnittet for vurderingene av disse påstandene for hver av divisjonene fremstilt som følger:



**Figur 5.4: Lederferdigheten følger opp i divisjonene, gjennomsnitt**

#### Diskusjon

Sammenlignet med andre målinger fra andre virksomheter skårer de fleste divisjonene lavt. Vi ser spesielt at kirurgisk divisjon og administrasjonen skårer lavest. Det er kun intern servicedivisjon som oppnår en normal skåre på denne ferdigheten, ortopedisk senter skårer også opp mot normalen.

Årsaken til manglende evne til å følge opp kan dreie seg om flere forhold, og viser seg i en rekke observasjoner SINTEF har gjort seg i løpet av dette prosjektet:

- Vedtak som ikke effektueres får ingen negative konsekvenser (for eksempel krav om utskrivning av epikriser innen en uke, krav om pasientansvarlig lege, krav om behandlingsplan, krav om gjennomføring av medarbeidersamtaler).
- Manglende gjennomføring av kontrakt mellom administrerende direktør og divisjonsdirektør får ingen negative konsekvenser.
- Omkamper på små saker som på et tidspunkt var avklart, og som på nytt kommer opp for realitetsdiskusjon uten at premissene er endret (for eksempel parkeringsregulering).
- En reservepott har blitt fordelt til dem som ikke leverer i henhold til tidligere avtaler.
- Manglende konsensus og innsikt i hvordan den enkelte divisjon faktisk presterer i henhold definerte mål.
- Manglende pedagogisk fremstilling av måldokumenter.
- Manglende konsistens og enkelhet i måldokumentene. (Flere av divisjonene har parallelle måldokumenter.)

Som vi skal se i senere analyser har også denne ferdigheten en påvisbar effekt på virksomhetskritiske resultatområder, og det ligger et stort potensial i å utvikle denne ferdigheten for hele sykehuset. Ut fra de momenter som er nevnt i punktene ovenfor vil SINTEF anbefale at UUS strammer opp kommunikasjonen og prioriteringen av målene til alle nivåer organisasjonen opererer med.

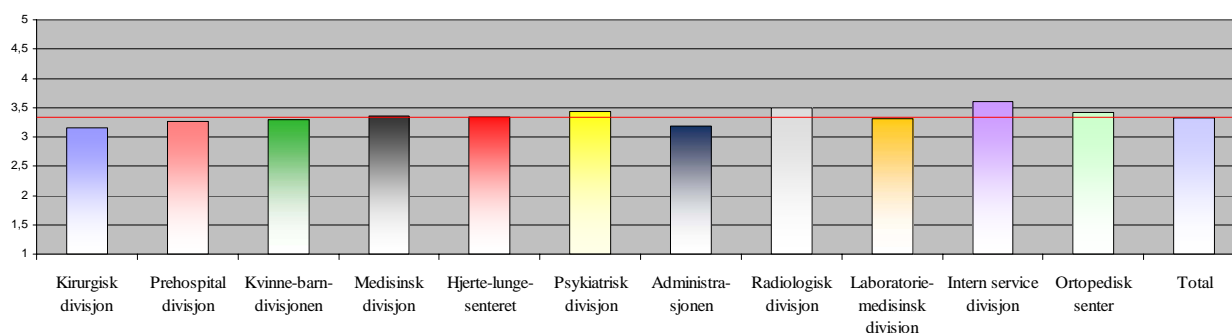
#### 5.4.5 Konflikthåndtering

Gjennom faktoranalysen ladet følgende påstander på denne faktoren (som vi har kalt "konflikthåndtering"):

- tar opp problemer med dem det gjelder
- tar opp vanskelige saker når det er nødvendig
- tar opp problemer når de melder seg
- viker ikke unna konflikter<sup>10</sup>

Konflikthåndtering dreier seg om å ta tak i konflikter og spenningsfelt i virksomheten. Den vanligste årsaken til at mange ledere mangler evnen til å håndtere konflikter er ganske enkelt at de unngår å forholde seg til konfliktene, vanligvis fordi de finner det belastende å gå inn i konfliktene, eller fordi de tror at konflikten vil løse seg selv over tid. Slike ledere handler ofte ut fra en ide om at det beste er å bevare en god tone. Ledere som ikke tar opp problemer når de melder seg kan paradoksalt nok være så handlingsrettede at de simpelthen ikke har tid til å takle konflikten.

Oppsummert er gjennomsnittet for vurderingene av disse påstandene for hver av divisjonene fremstilt som følger:



Figur 5.5: Lederferdigheten konflikthåndtering i divisjonene, gjennomsnitt

<sup>10</sup> Vurderingene på denne påstanden er snudd slik at gjennomsnittet for tilhørende faktor (Konflikthåndtering) er konsistent positivt dess høyere skåre.

### Diskusjon

Sammenlignet med andre målinger fra andre virksomheter skårer de fleste divisjonene lavt. Intern service er den eneste divisjonen som oppnår samme gjennomsnittskåre som andre virksomheter. Kirurgisk divisjon og administrasjonen skårer lavest sammenlignet med de andre enhetene. Det betyr at UUS generelt har et forbedringspotensial også når det gjelder konflikthåndtering, og at dette forbedringspotensialet er størst i kirurgisk divisjon og administrasjonen. Konflikthåndtering har også en påvisbar effekt på virksomhetskritiske resultatområder, og er av den grunn en viktig ferdighet å prestere godt på.

Mulige årsaker til manglende evne til konflikthåndtering kan være flere:

- Ledere og medarbeidere har forskjellig oppfatning av hva som kan defineres som et problem eller en konflikt.
- Ledere unngår å ta tak i problemer og konflikter fordi konsekvensene av å gå inn i spenningsfeltene blir negative for lederen i neste instans, for eksempel ved at grupperinger engasjerer seg mot lederen på forskjellige måter. SINTEF har observert at mange av intervjupersonene vi har snakket med har fremhevet utfordringene ledere ved Ullevål har ved å gjøre reelle, og åpenbart rasjonelle, endringer fordi konfliktnivået akselereres. Dermed blir den enkleste, og vanligste, fremgangsmåten å velge minste motstands vei.
- Det er indikasjoner på at konfrontasjoner mellom grupperinger sjelden skjer direkte, og det er kun et fåtall personer som er villig til å ta disse rollene. For eksempel er det en generell oppfatning i DDM at man ikke bør legge seg for mye opp i andres gebet.
- Det er indikasjoner på at "dårlige nyheter" ikke ønskes velkommen, og siles ut på veien oppover i ledernivåene. Dette ser man for eksempel når det gjelder presentasjon av virksomhetsresultater. Flere personer SINTEF har intervjuet hevder at enkelte av divisjonene pynter på resultatene.

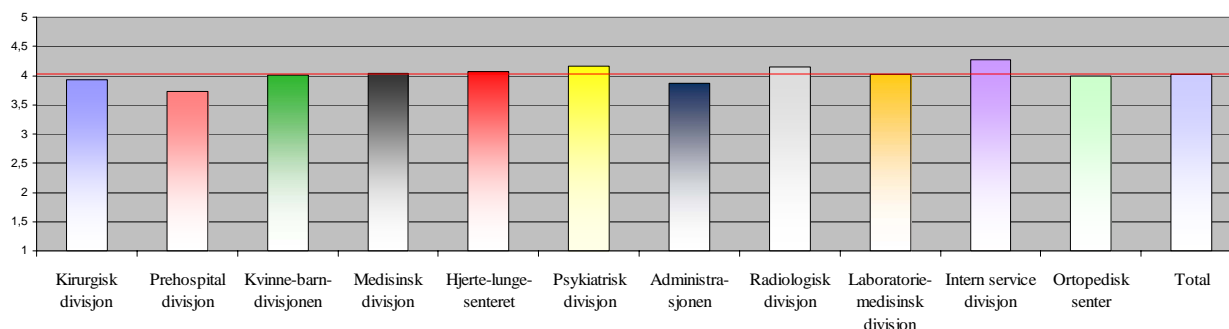
Konflikthåndtering er den lederferdigheten det er minst forskjell mellom de øverste lederne og førstelinjelederne ved UUS (forskjellen er der på 0,15). Dette er overraskende ettersom de øverste ledernivåene i de fleste organisasjoner oppnår vesentlige høyere skårer på konflikthåndtering enn førstelinjeledere. Dette tyder på at utviklingspotensialet både for førstelinjeledere og mellom- og toppledere er stort.

#### 5.4.6 Relasjon til overordnede

Gjennom faktoranalysen ladet følgende påstander på denne faktoren (som vi har kalt "Relasjon til overordnede"):

- er lojal til føringer fra overordnet nivå
- omtaler ledelsesnivået over sitt eget med respekt
- samarbeider godt med overordnede ledere

Relasjon til overordnede dreier seg lojalitet og samhandling med overordnede ledere. Oppsummert er gjennomsnittet for vurderingene av disse påstandene for hver av divisjonene fremstilt som følger:



Figur 5.6: Relasjon til overordnede i divisjonene, gjennomsnitt

### Diskusjon

Sammenlignet med andre målinger fra andre virksomheter skårer UUS på samme nivå som andre organisasjoner. Dette kan tyde på at den vertikale lojaliteten i organisasjonen er god. Imidlertid kan man ikke si hvorvidt medarbeiderne mener at denne lojaliteten er ønskelig. Uansett kan man konkludere med at underordnede medarbeidere oppfatter at sine respektive ledere er lojale oppover. Vurderingen sier ikke noe om hvorvidt overordnede ledere vurderer de samme lederne som lojale. Vi legger til grunn at det er positivt at lederne oppfattes som lojale til overordnet ledernivå. Det er interessant å merke seg at ledere av ledere oppnår et gjennomsnitt på 4,25. Det tyder på at underordnede oppfatter at lojaliteten mellom de øverste ledelsesnivåene er høy.

## 5.5 Hvilken effekt har lederferdighetene på virksomhetskritiske resultater?

I den foreliggende analysen har vi først gjennomført en faktoranalyse av alle de underordnede vurderingene av lederatferd (gjengitt ovenfor). Dernest har vi gjennomført en regresjonsanalyse opp mot ulike resultatområder. Det er denne analysen vi skal presentere i det følgende. Resultatområdene er vurderinger foretatt av alle respondentene som besvarte spørreskjemaet. Resultatene er vurdert for den enheten lederen har ansvaret for. Ferdighetene i denne analysen er kun vurdert av underordnede.

I den foreliggende analysen har vi ikke vurdert forskjeller i funksjon, stillingstype eller stillingsnivå til lederne eller respondentene. Vi har kontrollert for stillingsnivå og funnet at topp- og mellomledere generelt skårer høyere på de fleste lederferdighetene, og at ledere på seksjons- og postledernivå skårer lavere.

Vi har vurdert sammenhengen mellom (1) lederferdigheter og (2) resultatområder.

Lederferdighetene er som tidligere definert:

- Veiledende lederstil
- Endringsledelse
- Negativ lederstil
- Følger opp
- Konflikthåndtering
- Relasjon til overordnede

Resultatområder er følgende påstander hentet fra spørreskjemaet:

- økonomisk fokus
- faglig fokus
- i min enhet legger vi vekt på hvordan vi kan lære fra feil

- i min enhet har vi en åpen kultur
- i min enhet ser vi til at nødvendige endringer gjennomføres ved behov
- i min enhet fokuserer vi på kvalitet
- forventningene til meg er tilstrekkelig godt definerte
- er en god leder
- er kompetent til å ta på seg et større lederansvar

La oss ta et eksempel for å illustrere hva vi er interessert i å kartlegge gjennom statistisk analyse (regresjonsanalyse). Hvilke lederferdigheter påvirker "faglig fokus"? For å gjøre denne analysen spør vi hvordan ferdighetene veiledende lederstil, endringsledelse, negativ lederstil, følger opp, konflikthåndtering og relasjon til overordnede påvirker respondentenes vurderinger av faglig fokus til den enheten lederen leder.

Vi skal på de neste sidene presentere funnene fra disse regresjonsanalysene:

### 5.5.1 Hvilke lederferdigheter påvirker økonomisk fokus?

Økonomisk fokus omfatter respondentenes vurderinger av følgende påstander:

- Jeg vet hvordan den økonomiske situasjonen er i min enhet
- I min enhet fokuserer vi på effektiv ressursbruk

Disse påstandene tangerer strategiplanen til UUS under punkt 1.4.5 Drift, med følgende målformuleringer:

*Hovedmål: Vi skal ha balanse i økonomien og være adekvat finansiert*

*Delmål:*

- *Etablere en driftsøkonomi som er fundamentert i langsiktig planlegging og som sikrer at sykehuset ivaretar sine funksjoner i henhold til vedtatte mål*
- *Korrekt og fullstendig DRG-koding ved utskrivelse*
- *Optimal utnyttelse av ressursene*

Regresjonsanalysen viser at ferdighetene forklarer omlag 15 % av variasjonen i "økonomisk fokus"<sup>11</sup>. 15 % av variasjonen er ikke særlig stort, men gitt kompleksiteten i hva som inngår som påvirkningsfaktorer på økonomisk fokus i en enhet, ville en vesentlig større påvirkningsgrad ha vært overraskende. Den relative påvirkningen av ferdighetene på økonomisk fokus har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.2: Relativ påvirkning på "økonomisk fokus"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "økonomisk fokus" <sup>12</sup>
Veiledende lederstil	●●●
Endringsledelse	●●●
Negativ lederstil	●
Følger opp	●
Konflikthåndtering	●
Relasjon til overordnede	●●

<sup>11</sup> Output fra alle regresjonsanalysene er gjengitt i egen rapport "Resultater og analyse av Spørreundersøkelse om organisasjonsstruktur og ledelse og ved Ullevål Universitetssykehus HF 2005 ved SINTEF".

<sup>12</sup> ●●●=Størst effekt, ●●=mellomstor effekt, ●=minst effekt, ingen sirkel betyr ingen signifikant påvisbar effekt. Merk at disse sirkelene kun angir den relative effekten hver enkelt lederferdighet har i forhold til de andre lederferdighetene på "økonomisk fokus".

### Diskusjon og konklusjon

Regresjonsanalysen viser at det er flere faktorer utenfor ledelse som forklarer økonomisk fokus. Når vi ser på hvilke lederferdigheter som har effekt, får vi følgende bilde: Veiledende lederstil og endringsledelse har størst effekt, dernest kommer relasjon til overordnede. Deretter negativ lederstil (selvsagt minst mulig), følger opp og konflikthåndtering.

Veiledende lederstil kan sies å være den lederferdigheten som har størst fokus på den daglige virksomheten, på det som faktisk skjer. Vi minner om at veiledende lederstil dreier seg om "å se, veilede, vise interesse, støtte, motivere, gi tilbakemelding, og lytte til sine medarbeidere". Et resultat av veiledende lederstil er åpenbart mer motiverte medarbeidere som er i takt med sin leder. SINTEF har observert at det økonomiske fokuset er sterkt til stede i store deler av organisasjonen. Dette bekreftes gjennom foreliggende statistiske analyse.

Endringsledelse påvirker det økonomiske fokuset i like stor grad. Som vi har fremstilt ovenfor dreier endringsledelse seg om "å utvikle virksomheten, lære fra feil, ta sjanser, respondere raskt på endringer, ta beslutninger, fokusere på forbedringsaktiviteter, se muligheter og prioritere". Med andre ord: Ledere som bidrar til at man lærer av feil og fokuserer på forbedringsaktiviteter, ser etter nye muligheter, foretar prioriteringer og oppnår et større økonomisk fokus enn ledere som ikke gjør det.

Et annet interessant funn er at relasjon til overordnede har en relativt stor effekt. Vi tror at dette kan skyldes viktigheten av å ha overordnet leder med på laget når effektiv ressursbruk fremheves som viktig. Ledere som ikke oppnår denne støtten fra overordnet leder kan bli et lett offer i politiske prosesser som arbeider i andre retninger enn effektivt ressursbruk.

#### 5.5.2 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "I min enhet legger vi vekt på hvordan vi kan lære fra feil"

I dokumentet "Strategi for kvalitetsutvikling på Ullevål universitetssykehus" kommer det frem at vurdering av resultat og måloppnåelse skal gjøres for å oppdage eventuelle avvik som man bør iverksette korrigerende tiltak i forhold til. Dette dreier seg med andre ord om å lære fra feil.

Ferdighetene forklarer i overkant av 30 % av variasjonen i vurderingen av påstanden "I min enhet legger vi vekt på hvordan vi kan lære fra feil". Gjennomsnittlig skåre for denne påstanden er i underkant av 3.5 for hele UUS.

Den relative påvirkningen av ferdighetene på denne påstanden har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.3: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "I min enhet legger vi vekt på hvordan vi kan lære fra feil"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "I min enhet legger vi vekt på hvordan vi kan lære fra feil"
Veiledende lederstil	●●●
Endringsledelse	●●●
Negativ lederstil	●●
Følger opp	●●●
Konflikthåndtering	●
Relasjon til overordnede	●

### Diskusjon og konklusjon

Lederferdighetene *veiledende lederstil*, *endringsledelse* og *følger opp* har størst effekt på hvorvidt man legger vekt på hvordan man kan lære fra feil. Dernest kommer ferdigheten negativ lederstil (respektfull), deretter konflikthåndtering og relasjon til overordnede.

Å lære fra feil er en av de viktigste aktivitetene i enhver kunnskapsorganisasjon. Gitt dette premisset viser denne analysen at lederskapsutøvelse er essensielt for å skape en lærende organisasjon ved UUS. Lederferdighetene som slår kraftigst ut er alle nært relaterte til lærende lederatferd; *veiledende lederstil* fordi denne ferdigheten handler om å coache medarbeiderne,

*endringsledelse* fordi denne ferdigheten handler om endring og forbedring, *følger opp* fordi denne ferdigheten handler om å se til at det man ble enige om å gjøre faktisk gjennomføres, noe som er nært knyttet opp mot læring i den betydning at læring handler om å tette gap mellom ønsket situasjon og faktisk situasjon<sup>13</sup>.

*Læring fra feil* er ved UUS institusjonalisert gjennom kvalitetssystemene i form av standarder som setter krav til pasientbehandling m.m. Siden den gjennomsnittlige skåren er under 3.5 antar vi at oppfattet forbedringspotensial er stort på hele sykehuset. En skåre på under 3.5 er i de fleste tilfeller en lav skåre på en fempunktsskala. Selv om vi ikke har sammenlignbare tall fra andre virksomheter på denne påstanden, kan det derfor være rimelig å anta at UUS utviser mindre evne til å lære fra feil enn andre virksomheter. Uansett er det et faktum at forbedringspotensialet er stort. Ett av virkemidlene for å forbedre læringsevnen ligger altså i forbedring av lederskapsutøvelsen, og da spesielt på ferdighetene veiledende lederstil, endringsledelse og følger opp.

### 5.5.3 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "I min enhet har vi en åpen kultur"

I strategiplanen til UUS under punkt "1.3. Verdigrunnlag" fremheves det at kulturen ved Ullevål skal preges av blant annet åpenhet. Hvordan respondenten vurderer påstanden "I min enhet har vi en åpen kultur" er derfor viktig.

Gjennomsnittlig skåre for denne påstanden er 3,8 for hele UUS, og at gjennomsnittet varierer stort mellom divisjonene. Ferdighetene forklarer i underkant av 30 % av variasjonen i vurderingen av påstanden.

Den relative påvirkningen av ferdighetene på påstanden har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.4: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "I min enhet har vi en åpen kultur"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "I min enhet har vi en åpen kultur"
Veiledende lederstil	○○○
Endringsledelse	○○○
Negativ lederstil	○○○
Følger opp	○○
Konflikthåndtering	○○
Relasjon til overordnede	○○

### Diskusjon og konklusjon

Lederferdighetene *veiledende lederstil*, *endringsledelse* og *negativ lederstil* har størst effekt på hvorvidt man har en åpen kultur i enheten. Dernest kommer ferdighetene *følger opp*, *konflikthåndtering* og *relasjon til overordnede*. Åpen kultur ligner mye på læring fra feil, det er vanskelig å forestille seg læring uten en åpen kultur. Det er derfor rimelig at vi får opp omtrent det samme bildet av viktige lederferdigheter opp. Den største fordelen berører negativ lederstil. Dette er ikke overraskende, da negativ lederstil virker dempende og emosjonelt negativt og åpenbart hemmer åpenhet

Internt fokuserte organisasjoner kjennetegnes av lukkede kulturer, mens eksternt rettede kulturer kjennetegnes av mer åpne kulturer<sup>14</sup>. En kan se på en forvaltningsmodell som en internt fokusert organisasjon, og en foretaksmodell som en eksternt fokusert organisasjon. Ut i fra disse premisene kan en hevde at spørsmålet om medarbeiderne oppfatter at sin kultur er åpen er et nøkkelspørsmål for å belyse hvor langt UUS har gått i retning foretaksmodell, og dermed en divisjonalisert organisasjonsmodell. Ut fra dette resonnementet kan en hevde at radiologisk

<sup>13</sup> Se for eksempel Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.

<sup>14</sup> Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (1999). *Diagnosing and changing organizational culture. Based on the competing values framework*. Reading, MA: Addison-Wesley.



divisjon, intern service divisjon og ortopedisk senter har beveget seg nærmest en divisjonalisert modell, mens kirurgisk divisjon, prehospital divisjon og laboratoriemedisinsk divisjon har en lengre vei å gå. I denne sammenheng er det relevant å peke på mulighetene som ligger i forbedring av lederskapsutøvelsen som et virkemiddel for å realisere divisjonaliseringen. Sagt på en annen måte; manglende utøvelse av dugelig lederskap har hindret realiseringen av en divisjonalisert modell på deler av sykehuset. Dette dreier seg ikke bare om enkeltledere, men hele organisasjonskulturer og samvirker mellom lederen og organisasjonskulturen. Sagt med andre ord; utfordringen er sammensatt og må løses langs flere dimensjoner. Dugelig lederskap er utvilsomt en viktig brikke.

#### 5.5.4 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "i min enhet ser vi til at nødvendige endringer gjennomføres ved behov"

Gjennomføring av endringer ved behov er sentralt i enhver virksomhet, også ved UUS. Den gjennomsnittlige skåre for påstanden "I min enhet ser vi til at nødvendige endringer gjennomføres ved behov" er 3,6 for hele UUS. Gjennomsnittet varierer stort mellom divisjonene.<sup>15</sup> Ferdighetene forklarer i underkant av 25 % av variasjonen i vurderingen av påstanden. Den relative påvirkningen av ferdighetene på vurderingen av påstanden har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.5: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "i min enhet ser vi til at nødvendige endringer gjennomføres ved behov"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "i min enhet ser vi til at nødvendige endringer gjennomføres ved behov"
Veiledende lederstil	○○○
Endringsledelse	○○○
Negativ lederstil	○○
Følger opp	○○
Konflikthåndtering	○
Relasjon til overordnede	○

#### Diskusjon og konklusjon

Lederferdighetene veiledende lederstil og endringsledelse har størst effekt på hvorvidt man gjennomfører endringer ved behov. Derrest kommer ferdighetene negativ lederstil (respektfull) og følger opp, deretter konflikthåndtering og relasjon til overordnede.

Det er ikke overraskende at *endringsledelse* og *veiledende lederstil* er de to lederferdighetene som i størst grad påvirker enhetens gjennomføring av endringer ved behov. Gjennomsnittet for UUS er relativt sett lavt, og understreker respondentenes implisitte vurdering av at det er flere endringer som faktisk ikke gjennomføres på tross av at det er et behov for å gjennomføre disse. Det er intern service divisjon, ortopedisk senter, psykiatrisk divisjon og radiologisk divisjon som skårer høyest på denne variabelen. Prehospital divisjon og kirurgisk divisjon skårer lavest.

Det er svært sannsynlig at bedre utøvelse av lederskap, og da spesielt endringsledelse og veiledende lederstil, vil bedre evnen til å gjennomføre etterspurte endringer.

#### 5.5.5 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "I min enhet fokuserer vi på kvalitet"

Kvalitetsarbeidet ved UUS er en av de viktigste strategiske satsingene ved sykehuset, og er et arbeid som UUS vil satse på i årene fremover. Gjennomsnittet av respondentenes vurdering av påstanden "I min enhet fokuserer vi på kvalitet" er 4.1 relativt sett et ganske høyt tall. Variasjonen mellom divisjonene er ganske stor. Ferdighetene forklarer om lag 40 % av variasjonen i vurderingen av påstanden - et relativt høyt tall. Den relative påvirkningen av ferdighetene på i

<sup>15</sup> Forskjellen mellom divisjonene fremkommer som statistisk signifikant mellom divisjonene (one-way ANOVA).

hvilken grad respondentene mener at "I min enhet fokuserer vi på kvalitet" har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.6: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "i min enhet fokuserer vi på kvalitet"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "i min enhet fokuserer vi på kvalitet"
Veiledende lederstil	●●
Endringsledelse	●●●
Negativ lederstil	●●
Følger opp	●●●
Konflikthåndtering	●
Relasjon til overordnede	●●

#### Diskusjon og konklusjon

Vi noterer oss at utøvelse av dugelig lederskap har stor påvirkning på kvalitetsarbeidet. Vi ser at lederferdighetene *endringsledelse* og *følger opp* har størst effekt på hvorvidt man fokuserer på kvalitet i enheten. Dernext kommer ferdigheten *veiledende lederstil*, *negativ lederstil* (respektfull) og *relasjon til overordnede*, deretter *konflikthåndtering*.

Intern service divisjon, laboratoriemedisinsk divisjon, radiologisk divisjon og ortopedisk senter skårer høyest. SINTEF konstaterer at UUS de siste årene stadig fokuserer sterkere på kvalitetsarbeidet, og at dette vises i denne vurderingen. Mye av dette arbeidet har skjedd gjennom implementering av et kvalitetssystem, som fra mange hold på sykehuset får en god attest. Samtidig viser regresjonsanalysen at grad av fokus på kvalitet er *sterkt* påvirket av lederskap, og da spesielt *endringsledelse* og *følger opp*. SINTEF vil anbefale at kvalitetsarbeidet ses i sammenheng med lederskapsutøvelsen, og at man i enda større grad ser sammenhengen mellom ledelse og implementeringen av kvalitetssystemet.

#### 5.5.6 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "Forventningene til meg er tilstrekkelig godt definerte"

Det er SINTEFs erfaring at tilstrekkelig godt avklarte forventninger på hva man som medarbeider skal utrette på jobben er viktig for medarbeidere flest. Gjennomsnittet av respondentenes vurdering av påstanden "Forventningene til meg er tilstrekkelig godt definerte" er 3,5, et relativt sett lavt tall. Variasjonen mellom divisjonene er svært stor. Ferdighetene forklarer i overkant av 20 % av variasjonen i vurderingen av påstanden. Den relative påvirkningen av ferdighetene på påstanden har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.7: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "forventningene til meg er tilstrekkelig godt definerte"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "forventningene til meg er tilstrekkelig godt definerte"
Veiledende lederstil	●●●
Endringsledelse	●●
Negativ lederstil	●●
Følger opp	●●●
Konflikthåndtering	●
Relasjon til overordnede	●

#### Diskusjon og konklusjon

Lederferdighetene *veiledende lederstil* og *følger opp* har størst effekt på hvorvidt forventningene til den enkelte er tilstrekkelig godt definerte. Dernext kommer ferdighetene *endringsledelse* og *negativ lederstil* (respektfull), deretter *relasjon til overordnede* og *konflikthåndtering*. Intuitivt sett skulle en anta at grad av opplevd forventning hos den enkelte medarbeider i stor grad er et

spørsmål om ledelse. Det er derfor ikke overraskende at *veiledende lederstil* kan ses på som en ferdighet som dreier seg om å avklare forventninger. Tilsvarende handler også ferdigheten *følger opp* om definering av forventninger, spesielt i den betydningen at oppfølging av det man blir enige om å gjøre i seg selv er en bekreftelse på det man har blitt enige om; en forsterkning av forventningene som er definerte.

Variasjonene mellom divisjonene er stor, og spesielt er forskjellen mellom de divisjonene som skårer høyest, Intern service divisjon og ortopedisk senter, og de som skårer lavest, kirurgisk divisjon og prehospital divisjon, påfallende. En skulle anta at det her er muligheter for å høste erfaringer fra de divisjonene som lykkes på dette punktet. Forbedringspotensialet blant de som skårer lavest er i alle fall stort.

Fra forskningslitteraturen på dette området vet vi at behovet for klare forventninger er viktig og avgjørende for grad av resultatoppnåelse.<sup>16</sup> Klare og tydelige forventninger virker både koordinerende og motiverende. Manglende forventninger kan oppfattes som ikke å bli tatt på alvor. Forventningene defineres mer formelt som mål og målsettinger på et organisasjonsnivå. En hypotese kan derfor være at målsystemet i flere av divisjonene er uklart. Dette er også SINTEFs observasjon av så å si alle divisjonene. Vi har konstatert at målene er definerte i *forskjellige* dokumenter, at målene er *uklart definert*, og at ledelsen i størst grad følger opp på produksjonsmål og økonomiske mål. Det faktum at man kun følger opp på produksjonsmål og økonomiske mål gjør at forventningene og målene til den enkelte blir abstrakte. Målene er ikke satt inn i en helhetlig og balansert ramme, og blir dermed ikke tilstrekkelig operasjonaliserte for den enkelte medarbeider.

Vi mener at dette kan forbedres gjennom en forenkling, visualisering og bedre konkretisering av målene for den enkelte medarbeider. Ikke minst handler dette om å utøve bedre lederskap, spesielt *veiledende lederstil* og *følger opp*.

#### 5.5.7 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "Min leder er en god leder"

Gjennomsnittet av respondentenes vurdering av påstanden "Min leder er en god leder" er 3,6. Variasjonen mellom divisjonene er stor. Videre er det stor forskjell på topp - og mellomledere (3,9) og førstelinjeledere (3,5). Ferdighetene forklarer i overkant av 90 % av variasjonen i vurderingen av påstanden "Min leder er en god leder", noe som er høyt. Den relative påvirkningen av ferdighetene på i hvilken grad respondentene mener at "Min leder er en god leder" har vi fremstilt i følgende tabell:

**Tabell 5.7: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "min leder er en god leder"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "min leder er en god leder"
Veiledende lederstil	●●●
Endringsledelse	●●●
Negativ lederstil	●●●
Følger opp	●●
Konflikthåndtering	●●
Relasjon til overordnede	●

#### Diskusjon og konklusjon

Lederferdighetene *veiledende lederstil*, *endringsledelse* og *negativ lederstil* (respektfull) har størst effekt på i hvilken grad den enkelte vurderer sin leder som en god leder. Dernest kommer ferdighetene *følger opp* og *konflikthåndtering* og deretter *relasjon til overordnede*.

Isolert sett sier denne analysen strengt tatt ikke noe om vi har funnet den ideelle lederprofilen til ledere ved UUS. Analysen sier noe om hvilke ferdigheter som predikerer hvor dyktig lederen

<sup>16</sup> Se for eksempel Yukl, G. & Lepsinger, R. (2004). Flexible leadership: Creating value by balancing multiple challenges and choices. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

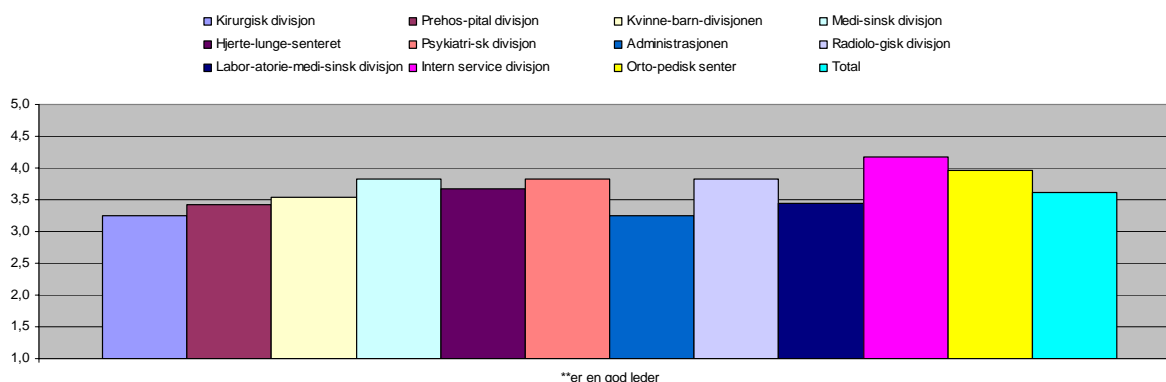
oppleves å være av respondentene. Dette er spesielt relevant i forhold til ferdigheten negativ lederstil. Det kan tenkes at det er en lekkasje fra hvor godt man liker lederen til hvor mye kreditt man gir lederen som leder. *Negativ lederstil* er den ferdigheten som i størst grad måler en sosial attraktiv relasjonell verdi av samtlige faktorer. Hvis man ser nærmere på påstandene som utgjør denne ferdigheten, kan man si at ferdigheten dreier seg om respektfull atferd. *Denne* ferdigheten har en sterk relasjonell dimensjon. En kan i tråd med dette resonneret sette dette funnet i sammenheng med mye av forskningen som har vært gjort innenfor emosjonell intelligensstradisjon det siste tiåret<sup>17</sup>. Innenfor denne tradisjonen spiller evnen til å se andres emosjonelle tilstander, intensjoner og ytringer en sentral rolle. Videre understrekes evnen til å gi rom for andre som viktig. Begge disse elementene er inkludert i lederferdigheten *respektfull (som er den andre siden av "negativ lederstil")*.

En annen årsak til at negativ lederstil kommer såpass sterkt ut kan være kompleksiteten i sykehusorganisasjonen, som kjennetegnes av forskjellige fag og profesjoner, aktører og derav sterke interesser, ofte til dels kryssende. I "Sykehusreformen – noen eierperspektiver" oppsummeres dette poenget godt:

*Gjennom teamdannelse og ledergrupper på ulike nivåer må det skapes slike soner for kulturbygging på tvers av etablerte grupper og nivåer. For å få det til, må det faglige og instrumentelle lederskapet suppleres med kommunikativt lederskap med krav om relasjonelle og brobyggende ferdigheter. (s. 9)*

Det er videre interessant å merke seg at *endringsledelse og veiledende lederstil* har en høy effekt på hvordan ledere vurderes som ledere. Resultatet stemmer godt overens med analysene av lederprofilene fra det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet.

Variasjonen mellom divisjonene i vurderingen av "Min leder er en god leder" er som sagt stor, fra de divisjonene med lavest gjennomsnittsskåre; kirurgisk divisjon og administrasjonen med 3.2, til de divisjonene med høyest gjennomsnittsskåre; ortopedisk senter med 4,0 og intern service divisjon med 4,2. Dette er fremstilt i følgende figur:



**Figur 5.7: Hvordan vurderer respondenten hvorvidt deres leder er "en god leder", gjennomsnitt (1=liten grad, 5=stor grad)**

Fremstillingen av hver av lederferdighetene ovenfor viser noe av det samme bildet, og underbygger at dette er en vurdering av lederen som leder, og ikke en vurdering av hvor godt man liker personen bak lederen. Det er ledere med bestemte lederstiler som blir vurderte som gode ledere. Vår analyse viser som sagt at *veiledende lederstil, endringsledelse og negativ lederstil* er de tre viktigste faktorene for hvorvidt lederen oppfattes som god av sine underordnede.

Respondentenes vurdering av påstanden "Min leder er en god leder" sier også noe om hvor fornøyde de forskjellige ledelsesnivåene er med det lederskapet som utøves ved UUS. Som sagt er det stor forskjell på topp - og mellomledere (gjennomsnitt på 3,9) og førstelinjeledere

<sup>17</sup> For en oppsummering av mye av denne forskningen se for eksempel Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, An. (2002). The new leaders: Transforming the art of leadership into the science of results. Little Brown Book.

(gjennomsnitt på 3,5). Dette underbygger forskjellene under hver av ferdighetene som er fremstilt ovenfor, spesielt i forhold til *veiledende lederstil* og *endringsledelse*.

### 5.5.8 Hvilke lederferdigheter påvirker hvordan respondentene vurderer påstanden "Min leder er kompetent til å ta på seg et større lederansvar"

Ferdighetene forklarer omlag 70 % av variasjonen i vurderingene av påstandene "Min leder er kompetent til å ta på seg et større lederansvar" - et meget høyt tall. Dette kan sies å være en vurdering av lederpotensial. Den relative påvirkningen av ferdighetene på lederpotensial har vi fremstilt i følgende tabell:

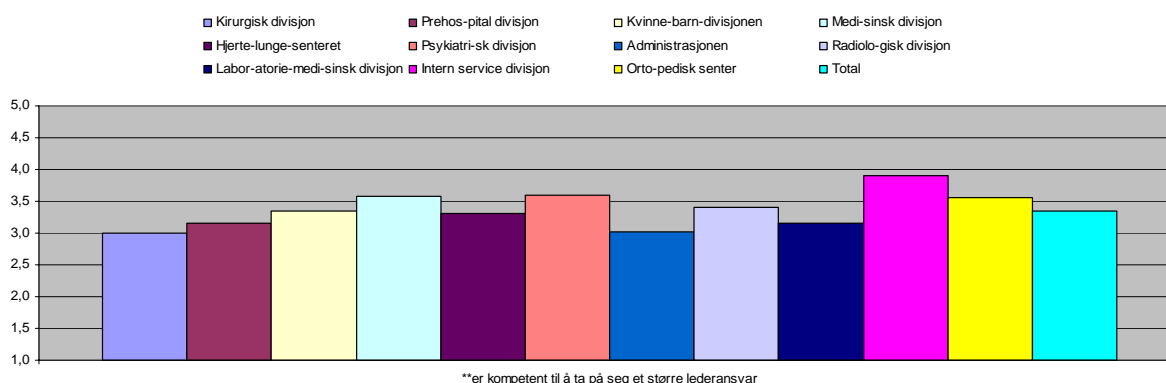
**Tabell 5.8: Relativ påvirkning på respondentens vurdering av påstanden "min leder er kompetent til å ta på seg et større lederansvar"**

Lederferdighet	Relativ påvirkning på "min leder er kompetent til å ta på seg et større lederansvar"
Veiledende lederstil	●●●●
Endringsledelse	●●●●
Negativ lederstil	●●
Følger opp	●●
Konflikthåndtering	●●
Relasjon til overordnede	●

### Diskusjon og konklusjon

Lederferdighetene *veiledende lederstil* og *endringsledelse* har størst effekt på i hvilken grad den enkelte vurderer sin leder til å være kompetent til å ta på seg et større lederansvar. Dernext kommer ferdighetene *negativ lederstil* (respektfull), *følger opp* og *konflikthåndtering* og deretter *relasjon til overordnede*.

Variasjonen innen divisjonene er stor (standardavvik helt opp i 1,5) og mellom divisjonene er stor. Det er i kirurgisk divisjon og administrasjonen man vurderer potensialet som lavest (skåre på 3.0). Potensialet vurderes som høyest i intern service (4,9), deretter kommer ortopedisk senter og medisinsk divisjon (3,6).



**Figur 5.8: Hvordan vurderer respondenten hvorvidt deres leder "er kompetent til å ta på seg et større lederansvar", gjennomsnitt (1=I liten grad, 5=I stor grad)**

Mye av forskningen som har vært gjort på ledelse de siste årene viser at virksomheter som utvikler og rekrutterer lederemner fra egen virksomhet i det lange løp gjør det bedre enn virksomheter som rekrutterer sine ledere utenfra<sup>18</sup>. Forutsetningen for at man skal lykkes med dette er at man har

<sup>18</sup> Collins, J. (2001). Good to great. New York: Harper Business.

mekanismer som fanger opp potensielle ledere og systematisk gir disse mulighetene til å forbedre sine ferdigheter gjennom utfordringer i ulike typer jobber innen sykehuset. Forskningen på dette området viser at denne typen utvikling (ofte kalt lederutvikling) best skjer gjennom jobbutfordringer, læring fra feil og læring fra kolleger (i denne rekkefølgen). Tradisjonelle lederutviklingskurs har en vesentlig mindre effekt på utvikling av ledere.

SINTEF vil anbefale at UUS arbeider systematisk med å identifisere lederemner, og at disse følges opp og blir gitt utviklingsmuligheter gjennom forskjellige typer lederutfordringer (for eksempel gjennom prosjekter eller ulike lederstillinger). Disse utviklingsoppgavene bør følges opp av coaching og samtalepartnere. En virksomhet av UUS' størrelse bør systematisere dette arbeidet på en slik måte at det løftes opp på et strategisk nivå. Dette kan gjøres etter flere modeller. En modell kan være at hvert nivå definerer ledere som har potensial til å rykke opp et ledernivå, og at man følger opp at dette faktisk gjøres. Slike lister kan også brukes til å fremme mobilitet på tvers av organisatoriske skillelinjer ved at ledere flyttes mellom divisjonene, eller lånes ut til prosjektorganisasjoner. SINTEF vil også påpeke at det lederutviklingsprogrammet som UUS kjører i egen regi kan være et egnet virkemiddel for å identifisere så vel som utvikle interne talenter.

## 5.6 Oppsummering - lederferdigheter

Basert på respondentenes vurderinger av sine overordnede ledere, ble det gjennomført en faktoranalyse. Denne faktoranalysen avtegner seks gjensidig utelukkende lederfaktorer (lederferdigheter):

- **Veiledende lederstil** - dreier seg om å se, veilede, vise interesse for, støtte, motivere, gi tilbakemelding og lytte til sine medarbeidere.
- **Endringsledelse** - dreier seg om å utvikle virksomheten, lære fra feil, ta sjanser, respondere raskt på endringer, ta beslutninger, fokusere på forbedringsaktiviteter, se muligheter og prioritere.
- **Negativ lederstil** - dreier seg om lederatferd som preges av manglende evne til å ta hensyn til andres integritet og perspektiver; involverer ikke, glatter over problemer, detaljstyrer, forskjellsbehandler, opptrer hensynsløst, sprer rykter. Motsatsen er *Respektfull lederstil*
- **Følge opp** - dreier seg om lederatferd som uttrykker forventninger til medarbeiderne og i ettertid ser til at det man er enige om å gjøre faktisk blir gjort.
- **Konfliktåndterning** - dreier seg om å ta tak i konflikter og spenningsfelt i virksomheten
- **Relasjon til overordnede** - dreier seg om lojalitet og samhandling med overordnede ledere.

SINTEF har sammenlignet skårene innenfor hver av disse ferdighetene med skårer fra sammenlignbare virksomheter. Dette gjelder spesielt på lederferdighetene *veiledende lederstil*, *endringsledelse* og *å følge opp*. Vi noterer oss at førstelinjeledere (det vil si de lederne som er nærmest produksjonsnivået) skårer lavere enn mellom- og toppledere.

Vi har vurdert sammenhengen mellom (1) lederferdigheter (gjengitt ovenfor) og (2) resultatområder. Når det gjelder resultatområder, er følgende påstander hentet fra spørreskjemaet:

- Økonomisk fokus
- Faglig fokus
- I min enhet legger vi vekt på hvordan vi kan lære fra feil
- I min enhet har vi en åpen kultur
- I min enhet ser vi til at nødvendige endringer gjennomføres ved behov
- I min enhet fokuserer vi på kvalitet
- Forventningene til meg er tilstrekkelig godt definerte
- Er en god leder
- Er kompetent til å ta på seg et større lederansvar

Dersom vi plasserer ferdighetene og resultatområdene fra den statistiske analysen inn i en matrise får vi følgende bilde<sup>19</sup>:

**Tabell 5.9: Hvordan påvirker lederferdigheten sentrale resultatområder ved Ullevål?**

	Veiledende lederstil	Endringsledelse	Negativ lederstil	Følger opp	Konflikt-håndtering	Relasjon til overordnede
Økonomisk fokus	●●●	●●●	●	●	●	●●
Lære fra feil	●●●	●●●	●●	●●●	●	●
Åpen kultur	●●●	●●●	●●●	●●	●●	●●
Endringer gjennomføres	●●●	●●●	●●	●●	●	●
Fokus på kvalitet	●●	●●●	●●	●●●	●	●●
Avklarte forventninger	●●●	●●	●●	●●●	●	●
God leder	●●●	●●●	●●●	●●	●●	●
Lederpotensial	●●●	●●●	●●	●●	●●	●

Man kan dermed oppsummere at alle ferdighetene spiller en viktig rolle for å forklare ulike sentrale resultatdimensjoner ved UUS. Dette er i tråd med omfattende forskning som er gjort tidligere, blant annet innenfor forskningsfeltet strategisk lederskap.<sup>20</sup> Veiledende lederstil og endringsledelse slår kraftigst ut, og her er forbedringspotensialet også størst. Dernest ser det ut til at ferdighetene *respektfull lederstil* (motsatt av *negativ lederstil*) og *følger opp* er viktige. Konflikthåndtering og relasjon til overordnede slår også positivt ut, men ikke i samme grad som de andre ferdighetene. Det er førstelinjeledelsen som har største forbedringspotensial. SINTEF vil derfor anbefale at lederrekrutterings- og lederutviklingstiltak først og fremst iverksettes på dette nivået. SINTEF vil også minne om at ledere av ledere har et linjeansvar for å utvikle underordnede ledere. Det er en utbredt misforståelse i mange organisasjoner at lederutvikling nærmest outsources til HR-avdelinger eller konsulentselskaper. Lederutvikling skjer først og fremst i møte med konkrete virksomhetsutfordringer.

På denne bakgrunn vil SINTEF foreslå følgende krav til lederatferd ved UUS:

<b>Veiledende lederstil</b>	<b>Endringsledelse</b>
<b>Respektfull lederstil</b>	<b>Følge opp</b>
<b>Tar tak i problemene</b>	<b>Lojal</b>

### 5.6.1 Diskusjon om hvilke ferdigheter som er viktigst på hvilke nivå

Hvilke lederferdigheter blir viktigst på de forskjellige ledelsesnivåene:

- Førstelinjeledere (post, seksjoner, mindre avdelinger)
- Topp- (direktører og divisjonsledere) og mellomledere (avdelingsledere med underenheter)

Foreliggende analyse gir ingen indikasjoner på at noen av lederferdigheter er viktigere på enkelte av ledernivåene enn andre ledernivå. Derimot viser analysen at potensialet og forskjellen mellom ledernivåene varierer på tvers av ferdighetene. Det synes som om forbedringspotensialet for førstelinjeledere er størst når det gjelder (i prioritert rekkefølge):

- Veiledende lederstil

<sup>19</sup> ●●●=Størst effekt, ●●=mellomstor effekt, ●=minst effekt, ingen sirkel betyr ingen signifikant påvisbar effekt. Merk at disse sirklene kun angir den relative effekten hver enkelt lederferdighet har i forhold til de andre lederferdighetene på "økonomisk fokus".

<sup>20</sup> Finkelstein, S. & Hambrick, D. 1996. Strategic Leadership: Top Executives and Their Effects on Organizations. St. Paul: West Publishing Company.

- Følger opp

Av disse to ferdighetene har *veiledende lederstil* størst effekt på virksomhetsresultatene.

Når det gjelder topp- og mellomledere er forbedringspotensialet størst når det gjelder (i prioritert rekkefølge):

- Følger opp
- Konflikthåndtering
- Veiledende lederstil

Av disse tre ferdighetene har *veiledende lederstil* størst effekt på virksomhetsresultatene. Konklusjonen er at veiledende lederstil har størst forbedringspotensial, og at forbedringer på denne ferdigheten vil ha størst effekt på virksomhetsresultater. Som tidligere påpekt, har også *endringsledelse* like stor påvirkning på virksomhetsresultater. Denne ferdigheten bør man også fokusere på i rekruttering og lederutvikling ved UUS uansett ledernivå.

## 5.7 Strukturelle forhold og resultatene som leveres må også inkluderes i en vurdering av lederne på UUS

Ovenfor har vi diskutert sentrale lederferdigheter for ledere ved UUS. Vi har tilnærmet oss diskusjonen om ferdigheter ved å se på hvilke resultater lederferdigheten leder til. Dugelig lederskap handler med andre om hvordan ledernes atferd vises i konkrete resultater. Det er imidlertid en rekke strukturelle forhold som setter premisser for hvordan dette lederskapet kan utøves. Disse strukturelle momentene er viktige å ta med seg i en vurdering av ledelsen ved UUS. Vi nevner blant annet følgende spørsmål:

- I hvilken grad støtter organisasjonsstrukturen lederne ved UUS i å ta et helhetlig ansvar?
- I hvilken grad støtter organisasjonsstrukturen lederne ved Ullevål til å få til et godt samarbeid på tvers av virksomheten?
- I hvilken grad er ledelsesansvaret tilstrekkelig godt definert og forstått av organisasjonen?
- I hvilken grad er myndighet koplet til lederansvaret?

I tillegg til strukturelle forhold er det en rekke resultatdimensjoner lederne må vurderes ut i fra. Først og fremst dreier dette seg om:

- I hvilken grad sørger lederne for at arbeidet innen egen enhet skjer i henhold til regler, retningslinjer og lover satt av myndighetene?
- I hvilken grad leverer lederne i henhold til kontrakt og definerte mål?
- I hvilken grad utøves det et aktivt klinisk lederskap?
- I hvilken grad tar lederne ved Ullevål sitt personalansvar alvorlig?
- I hvilken grad evner lederne ved Ullevål å utvikle organisasjonen og organiseringen av virksomheten i takt med endringer i omgivelsene og nye prioriteringer.

Vi vil i kapittel 6 og 7 gå gjennom resultat- og strukturdimensjonen, og oppsummere våre konklusjoner relatert til ledelse på slutten av kapittel 7.

## 5.8 Diskusjon om hvilke ferdigheter som bør være rekrutteringskriterier og hvilke ferdigheter som kan utvikles

De fleste av lederferdighetene som inngår i foreliggende analyse er lærbare, men noen av disse ferdighetene er i større grad dypere forankret i personligheten til lederen enn andre ferdigheter. Spesielt gjelder dette respektfull lederstil (negativ lederstil) som i stor grad har med personlig integritet og etisk akseptabelt mellommenneskelig samhandling å gjøre (eller simpelthen *god*



*folkeskikk*). Et sykehus som skal opptre respektfullt overfor sine pasienter må utvise nulltoleranse overfor ledere som ikke utviser respektfull atferd i møtet med medarbeidere (og pasienter). Denne ferdigheten er et absolutt minimum for å kunne inneha lederposisjoner ved UUS. SINTEF vil derfor anbefale at respektfull atferd bør være et inngangskriterium for å bli leder. Ferdigheten bør i liten grad være gjenstand for en lederutviklingsstrategi, simpelthen fordi ledere skal opptre respektfullt fra første dag i rollen som leder. Spørsmålet dreier seg mer om en rekrutteringsstrategi. I kunnskapsintensive virksomheter oppstår ofte et dilemma når lederen er en glimrende fagperson samtidig som vedkommende opptrer arrogant og disrespektfullt overfor underordnede. Alt for ofte ser vi at slike ledere unnskyldes. Konsekvensene for slike miljø er på sikt svært ødeleggende, både for de langsiktige resultatene, og for den enkelte medarbeider.

En annen av ferdighetene som har en personlighetskomponent, om enn ikke i samme grad, er konflikthåndtering; personer som i svært stor grad er avhengig av å bli likt av andre for å føle seg vel i sin lederrolle vil ha store problemer med å ta tak i konflikter og spenningsfelt i virksomheten. Det er sagt at ledere i sykehus ofte befinner seg midt i kryssilden mellom forskjellige interessenter og interesseområder. Evnen til å ta nødvendige ubehagelige beslutninger er derfor en evne som fremstår som viktig. En del av denne evnen kan utvikles, men personer som i stor grad er motivert ut i fra å bli likt av andre vil ha problemer med å utvikle denne ferdigheten simpelthen fordi personligheten deres står i veien for en slik utvikling. For slike ledere blir resultatet ofte at de lander på de posisjonene som står nærmest den gruppen han/hun identifiserer seg med (profesjon, nivå, pasient), eller at spenningsfeltet omgås og dermed tiltar i omfang. SINTEF vil derfor anbefale at personlig integritet, og evnen til å tåle å ta ubehagelige beslutninger utgjør to sentrale kriterier som man bør se etter når man rekrutterer ledere. Disse evnene står ofte i motsetning til det mange ser etter hos ledere, nemlig karisma. Karismatiske personligheter kommer imidlertid i flere utgaver. Hos enkelte karismatiske ledere er den fremste drivkraften å bli anerkjent og beundret. Det er åpenbart at slike ledere får problemer når de går inn i spenningssoner i virksomheten, spesielt når utgangen er avhengig av ledere som må ta upopulære standpunkt.

## 5.9 Diskusjon om hvordan Ullevål kan utvikle lederskapet

SINTEF har ikke evaluert nytten av de forskjellige typer lederutviklingstiltak som er iverksatt ved UUS. På generelt grunnlag konstaterer vi at følgende suksessfaktorer bør etterkommes i gjennomføringen av en lederutviklingsstrategi ved UUS:

Ledere lærer primært mest gjennom møter med større utfordringer over tid.<sup>21</sup> Som Norges største sykehus har UUS som institusjon en rekke utfordringer til sine ledere. SINTEF observerer at sykehuset ikke arbeider med dette på en systematisk måte for å utvikle sine ledere. SINTEF vil anbefale at UUS' utfordringer utnyttes systematisk i utviklingen av lederne ved Ullevål. Dette arbeidet bør ledes av en ny strategisk HR-funksjon med ansvar for utvikling av UUS' lederutviklingsstrategi.

Ledere lærer sekundært mest av andre personer (rollemodeller, overordnet leder, kolleger, m.fl.).<sup>22</sup> Mentoring og coaching er spesielt viktig i den første fasen av en leders karriere, og når lederen går over i nye lederroller (for eksempel fra seksjonsleder til avdelingsleder). SINTEF observerer at UUS ikke arbeider med dette på en systematisk måte. SINTEF vil anbefale at det etableres en systematisk oppfølging av nye ledere i form av enten kollegaveiledning, mentoring eller coaching. Systemet bør utvikles av en ny strategisk HR-funksjon.

Lederutvikling er i stor grad en linjelederoppgave. SINTEF observerer at man ved UUS, som i de fleste andre organisasjoner i Norge, ikke oppfatter lederutvikling som en del av lederrollen til ledere av ledere. Dersom man skal kunne utnytte den største potensielle læringskilden til ledere, nemlig lederutfordringer, vil SINTEF anbefale at alle ledere ved UUS trenes i hvordan de kan støtte utvikling av underordnede ledere. Man må også følge opp hvordan lederne evner å utvikle underordnede ledere.

---

<sup>21</sup> McCall, M., Lombardo, M., & Morrison, A. (1988). *The Lessons of Experience*. Lexington, Mass.: Lexington Books.

<sup>22</sup> McCall, M., Lombardo, M., & Morrison, A. (1988). *The Lessons of Experience*. Lexington, Mass.: Lexington Books.

360 graders tilbakemelding har en svært positiv effekt på en leders utviklingsprosess dersom metoden anvendes korrekt (ledsaget av utviklingsplanlegging, dialog med respondenter, coaching og oppfølging). 360 graders tilbakemelding benyttes ikke på en systematisk måte i dag. SINTEF vil anbefale at Ullevål etablerer en prosessmal for gjennomføring av slike målinger på en systematisk og faglig forsvarlig måte på årlig basis. Slike målinger gjennomføres i varierende grad i de forskjellige divisjonene.

Lederutviklingsprogrammer forutsetter en forutgående og grundig virksomhetsanalyse før igangsettelse. Hvis lederutviklingen støtter og kommer inn som en forlengelse av UUS' målsettinger, øker sannsynligheten for å oppnå ønskede effekter av programmet. SINTEF observerer at utviklingsprogrammene som tilbys i varierende grad etterkommer dette kravet. De fleste programmene har definerte læringsmål, men læringsmålene er ikke linket opp i en virksomhetsanalyse og virksomhetsmål. SINTEF vil anbefale at en ny strategisk HR-funksjon utarbeider en policy for utvikling, planlegging, gjennomføring og oppfølging av lederutviklingsprogrammer. Som et innspill til en slik policy vil SINTEF fremheve følgende kriterier:

- Lederutviklingsprogram må inkludere oppfølging etter samlinger.
- Hele ledergrupper bør inkluderes i lederprogram.
- Lederutviklingsprogram bør følges opp med coaching.
- Lederutviklingsprogram bør alltid innebære tilretteleggelse og fokus på trening på jobben gjennom utfordrende arbeidsoppgaver som matcher kompetansenivået til den enkelte deltaker.

Disse betraktningene om lederutvikling tar ikke hensyn til hvilke lederferdigheter som utvikles. Man blir for eksempel ikke dyktigere på endringsledelse dersom man blindt anvender utviklingsstrategiene gjengitt ovenfor. Poenget er at veiledende lederstil læres best gjennom bestemte typer læringsopplevelser.

Hvilken effekt har ulike utviklingsstrategier på hver av lederferdighetene? Effekten har vi angitt i følgende fremstilling:

**Tabell 5.10: Hvilken effekt har ulike utviklingsstrategier på hver av lederferdighetene?**

Utviklingsstrategi \ Lederferdighet	Jobbutfordringer	Tilbakemelding	Coaching	Kollega-læring	Kurs
Veiledende lederstil	●●●●	●●	●●●●	●●●●	●
Endringsledelse	●●●●	●●	●●	●●	●
Respektfull lederstil	●	●	●		
Følge opp	●●●●	●●●●	●●	●	●
Konflikthåndtering	●●●●	●●●●	●●●●	●	●
Relasjon til overordnede	●	●●	●●	●●	

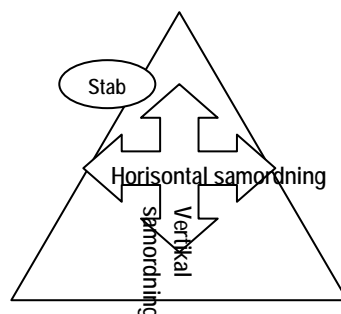
Vi ser at *veiledende lederstil* i større grad utvikles gjennom coaching og kollegalæring enn *endringsledelse* gjør. Hovedårsaken er at veiledende lederstil i større grad er relasjonell. Jobbutfordringer er den utviklingsstrategien som gjennomgående har størst effekt på utviklingen av de fleste lederferdighetene. Det er imidlertid forskjellige utfordringer som utgjør læringskilden til lederferdigheten. For eksempel kan jobbutfordringen "gjennomføring av et stort og kompleks sykehusovergrepene organisasjonsutviklingsprosjekt" gi større trening på endringsledelse, enn på veiledende lederstil. Og videre, jobbutfordringen "utvikle kompetansen til underordnede", vil i stor grad trene "veiledende lederstil".

### 5.9.1 Anbefalinger

- SINTEF anbefaler at Ullevål bygger videre på lederskapsmodellen som er presentert i dette kapittelet. Denne lederskapsmodellen bør benyttes som basis for å evaluere hver enkelt leder en gang i året, til rekruttering av nye ledere, samt som modell for utvikling av lederferdigheter ved Ullevål.
- SINTEF anbefaler at UUS' utfordringer utnyttes systematisk i utviklingen av lederne ved UUS. Dette arbeidet bør støttes av en ny strategisk HR-funksjon med ansvar for utvikling av sykehusets lederutviklingsstrategi.
- SINTEF vil anbefale at lederutviklingstiltak spesielt rettes inn mot førstelinjelederne.
- SINTEF anbefaler at respektfull atferd bør være et inngangskriterium for å bli leder.
- SINTEF anbefaler at personlig integritet, og evnen til å tåle å ta ubehagelige beslutninger utgjør to sentrale kriterier som man bør se etter når man rekrutterer ledere.
- SINTEF anbefaler at det etableres en systematisk oppfølging av nye ledere i form av enten kollegaveiledning, mentoring eller coaching. Systemet bør utvikles av en ny strategisk HR-funksjon.
- SINTEF anbefaler at alle ledere ved UUS trenes i hvordan de kan støtte utvikling av underordnede ledere. Man må også følge opp hvordan lederne evner å utvikle underordnede ledere.
- SINTEF anbefaler at UUS etablerer en prosessmal for gjennomføring av 360 graders tilbakemelding ledsaget av utviklingsplanlegging, dialog med respondenter, coaching og oppfølging på en systematisk og faglig forsvarlig måte på årlig basis.
- SINTEF anbefaler at en ny strategisk HR-funksjon utarbeider en policy for utvikling, planlegging, gjennomføring og oppfølging av lederutviklingsprogrammer.

## 6 Analyse og problemforståelse

I dette kapitlet trekker vi fram noen hovedtema som vi analyserer i forhold til dagens situasjon ved UUS. Disse temaene er valgt fordi de fanger opp det vi mener er sentrale forhold ved driften av UUS. Sykehuset har en utstrakt interaksjon med sine omgivelser. Relasjonen til henvisende leger og andre sykehus er eksempler på dette. Vi har derfor et tema som berører sykehuset og dets omgivelser. Ser vi på sykehusets interne forhold, vil vi behandle dette i tre hovedtema. Dette er for det



første knyttet til den horisontale koordineringen mellom sykehusets enheter som er nødvendig for å lage gode pasientforløp. Videre tar vi opp styring av sykehusets virksomhet som er knyttet til den vertikale aksene i sykehusets organisasjon. Et tredje tema vi løfter fram knyttet til sykehusets drift er forholdet mellom stab og linje. Siden UUS i tillegg til pasientbehandling også har et ansvar for å gjennomføre forskning og undervisning, behandler vi dette som et eget tema i dette kapitlet. Vår analyse og problemforståelse blir da strukturert etter følgende tema:

- Sykehuset og omgivelsene
- Forskning
- Undervisning
- Horisontal koordinering og pasientforløp
- Virksomhetsstyring
- Stabs- og støttefunksjoner

### 6.1 Sykehuset og omgivelsene

Ullevål universitetssykehus har en stor kontaktflate og virksomheten er avhengig av et godt forhold til omgivelsene. Sykehuset forholder seg til en rekke ulike aktører som griper direkte inn i virksomheten og påvirker både effektivitet og kvalitet. Studier har vist at liggetiden ved sykehus er sterkt påvirket av karakteristika ved sykehusets opptaksområde, som andelen eldre og andelen ressurser til alder- og sykehjem og andre omsorgstjenester (Kjekshus 2005)

#### 6.1.1 Sykehuset og primærhelsetjenesten

I spørreundersøkelsen peker respondentene på at forhold utenfor sykehuset til en viss grad spiller en rolle for pasientforløpet i sykehuset. Gjennom intervjuer og fokusgrupper får vi inntrykk av at UUS har en klar oppfatning av betydningen av samarbeidet med primærhelsetjenesten og andre sykehus. At det ikke oppleves som noe stort problem kan skyldes at man mener at sykehuset i stor grad håndterer samarbeidet med omgivelsene tilfredsstillende. Sykehuset har gjennomført en rekke tiltak for å bedre samarbeidet og har vunnet "det nytter prisen" både i 2004 og 2005 for dette arbeidet.

Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo foretok våren 2004 en undersøkelse av hvordan fastlegene vurderer sitt samarbeid med sine lokalsykehus. Fastleger er generelt sett

svært fornøyde med behandlingen som gis ved UUS, og de er relativt mer fornøyd med UUS enn med andre norske sykehus. Dette gjelder også når det spørres konkret etter hvilke undersøkelser og funn som er gjort, om sykdomsforløp og komplikasjoner, samt om hvilke medisiner pasienter skrives ut med. Imidlertid er de relativt sett noe mindre fornøyd med oppfølging av hvordan pasienter skal følges opp av fastlegene. Dette indikerer et forbedringspotensial når det gjelder samhandling med fastlegene.

Undersøkelsen viser at UUS har et forbedringspotensial spesielt når det gjelder epikrisehåndtering. UUS bruker gjennomgående mer tid på å sende ut epikrise, spesielt for pasienter med hjerteinfarkt og barn med infeksjoner. Ingen av fastlegene mottar elektroniske epikrise fra UUS, men på landsbasis blir dette stadig mer vanlig; 42 % av fastlegene i utvalget mottar elektronisk epikrise fra andre sykehus. Flertallet av fastlegene ønsker at UUS i større grad sender epikriser som er utarbeidet etter en standardisert mal, men understreker at det er bedre at epikrisen inneholder utfyllende informasjon enn at de får den raskt. Men det er svært sjeldent at fastlegene mener at de må ta kontakt fordi epikrisen er mangelfull.

Kontaktmønsteret mellom UUS og fastlegene følger i stor grad det som er normen for kontakt mellom fastleger og sykehus. Fastlegene ringer og tar kontakt i forbindelse med behandling og annet like ofte eller like sjeldent som i forhold til andre sykehus. Men vi ser en tendens til at andre sykehus i sterkere grad inviterer til hospitering og har oftere jevnlig møter med fastlegene. Et flertall skulle ønske å kunne delta i en ordning som praksiskonsulenter ved UUS. Det etterlyses videre felles faglige retningslinjer for behandling og oppfølging av pasienter.

Rene krysstabeller kan gi en beskrivelse av hvordan UUS fordeler seg på svar i forhold til andre sykehus, men et mer korrekt bilde gis hvis man kontrollerer for organisatoriske forhold. Vi vet for eksempel at fastleger er gjennomgående mer fornøyd med små enn med store sykehus. Ved å kontrollere for størrelse, får vi et bilde av hvordan UUS gjør det når effekten av størrelse nøytraliseres.

Tabellen nedenfor viser at fastleger er signifikant mer fornøyd med samhandlingen med UUS i forhold til andre sykehus når det kontrolleres for størrelse (EFFSENG), pasientsammensetning (DRG), budsjett pr. seng (BUD), samt hvor mange år fastlegen har vært i praksis. Det er en tendens til at fastleger som har vært lenge i praksis er mer fornøyd med samhandlingen, de er mer fornøyd med sykehus som har stramme budsjetter samt at de er mer fornøyd med små sykehus. Effekten av pasientsammensetning målt ved gjennomsnittlig DRG-poeng pr opphold er ikke signifikant.

**Tabell 6.1. Fastlegenes vurdering av samarbeidet med Ullevål universitetssykehus**

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,048	,812		9,906	,000
	EFFSENG	-1,79E-03	,000	-,197	-7,642	,000
	BUDSENG	-6,19E-04	,000	-,092	-2,776	,006
	DRG-indeks i 2003	-1,09E-02	,594	,000	-,018	,985
	Hvor mange år har du arbeidet som allmennlege?	1,346E-02	,005	,062	2,523	,012
	Ullevål	,699	,315	,074	2,221	,026

a. Dependent Variable: Alt i alt hvor tilfreds er du med samhandlingen mellom sykehuset og deg som fastlege slik den er i dag?

Med andre ord, ut fra de forutsetningene som UUS har ved å være et stort hovedstadssykehus med relativt stor turnover blant fastlegene, er UUS flinke til å samarbeide med fastlegene.

Gjennom fokusgruppeintervjuene var temaet samarbeid mer relatert til henvisninger enn epikriser, men de samme problemene syntes å være gjeldende. Det var ønskelig å få etablert elektroniske henvisninger samt at henvisningene i større grad skulle følge en oppsatt mal.

Videre mente man at avdelingenes tilbud var for lite profilert utad og at tiltak som ble vurdert som viktig var å få aktive hjemmesider for den enkelte avdeling. Det vil si at oppdatering og det å legge ut informasjon ble delegert ned på avdelingsnivå. I dag mente man at hjemmesidene i for stor grad var av overordnet karakter og ikke fanget opp behovet ved de enkelte avdelingene.

*EN DAG PÅ UUS: Legen ser raskt over de siste innkomne henvisningene. Han holder en henvisning opp og leser høyt; - "ser dårlig" står det. Hva betyr dette da? Er det noe som haster eller kan pasienten vente to-tre måneder? Det heter seg jo at jeg skal ringe opp fastlegen og be om en nærmere redegjørelse men da blir jeg bare skjelt ut. Nei, da er det bedre å bare innkalle pasienten. Det er raskere å se pasienten enn å begynne å krangle på henvisninger. Men hvordan skal vi prioritere på bakgrunn av slike henvisninger? Hvordan skal vi fordele [venteliste]garantier?*

Det største problemet mente man var knyttet til ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter som ble liggende i påvente av alders- eller sykehjems plass i bydelene. Av foreslåtte tiltak ble det særlig fokusert på å bedre utskrivningsplanleggingen. Dette ble sett på som det minst ressurskrevende, men mest effektive tiltak. Det bør avklares behandlingsnivå allerede når pasienten blir lagt inn på sykehjem og hva som skal skje ved sykdomsutvikling.

Pre-hospital divisjon er desentralisert med seksjoner over hele Oslo-Akershus og forholder seg til mange sykehus og mener at effektive journaloverføringer mellom sykehus må på plass.

Det foregår et arbeid med å kontraktsfeste samarbeidet mellom Oslo kommune og UUS hvor det arbeides spesifikt med å avklare rollefordeling og spesifisere hvordan kompetanseoverføring og pasientbehandlingsforløp som

strekker seg over både første- og andrelinjen skal ivaretas. Det forventes at det i dette arbeidet vil skisseres klarere de utfordringene UUS står overfor i forhold til oppgavefordeling og koordinering av tjenester med Oslo kommune i særdeleshet.

UUS har flere landsfunksjoner og et moment som dukket opp var det faktum at UUS tiltrekker seg en rekke pasienter fra andre regioner etter hvert som UUS utvikler nye og mer avanserte behandlingsteknikker. Dette fordrer bedre samarbeid med andre sykehus. Likeledes kan det bli henvist pasienter med mindre kompliserte skader som ville fått bedre behandling på legevakten. Det ses på som et problem at det er vanskelig å skille mellom UUS' lokalsykehusfunksjoner og landsfunksjoner og at man ikke kan organisere disse tjenestene på samme måte.

### 6.1.2 Er den divisjonaliserte strukturen hensiktsmessig for god samhandling med primærhelsetjenesten og andre sykehus?

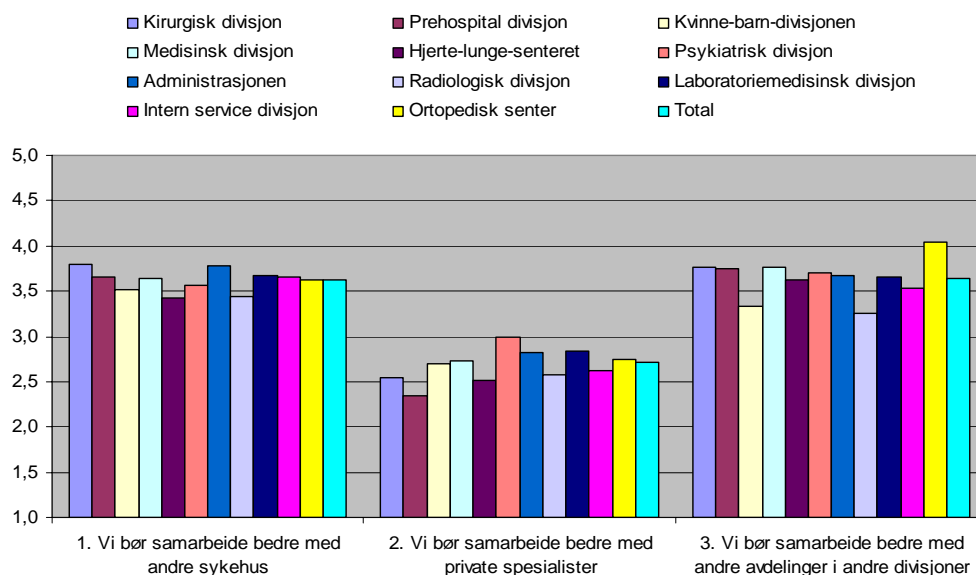
Gjennom intervjuer og fokusgruppemøtene så man ikke diskusjonen om den divisjonaliserte strukturen som direkte relevant i forhold til den vertikale samhandlingen. Generelt sett kan det ofte være vanskelig å se den direkte sammenheng mellom overordnede organisasjonsstrukturer og den daglige samhandling og koordinering. Samhandling med primærhelsetjenesten og andre sykehus vil også langt på vei være mer avhengig av gode rutiner og organisering på avdelingsnivå. Likevel vil en overordnet organisering kunne legge forholdene til rette for bedre samhandling og fremme dette på avdelingsnivå.

Spørreskjemaundersøkelsen (figur 6.1) viser at det særlig er samarbeidet med andre sykehus som anses som mest nødvendig å jobbe videre med. Det er liten variasjon mellom divisjonene og samtlige mener at de samarbeider godt med avtalespesialister. Det er også verdt å merke seg at respondentene vurderer det som like viktig å bedre samarbeidet med andre avdelinger i andre divisjoner som å bedre samarbeidet med andre sykehus.

Samarbeidet med private avtalespesialister vurderes som godt ved de fleste divisjonene. Fra tidligere undersøkelser vet vi at de fleste avtalespesialistene opplever samarbeidet med UUS som godt, men også at det er stor variasjon mellom typer av avtalespesialister (Jørgenvåg and Kjekshus 2004). Avtalespesialister innen fag som Øye og Gynekologi utfører et stort omfang av polikliniske tjenester som er i direkte konkurranseforhold til UUS. Mens fag som nevrologi og pediatri i større grad er supplerende og i mindre grad i konkurranse med UUS sine tjenester.

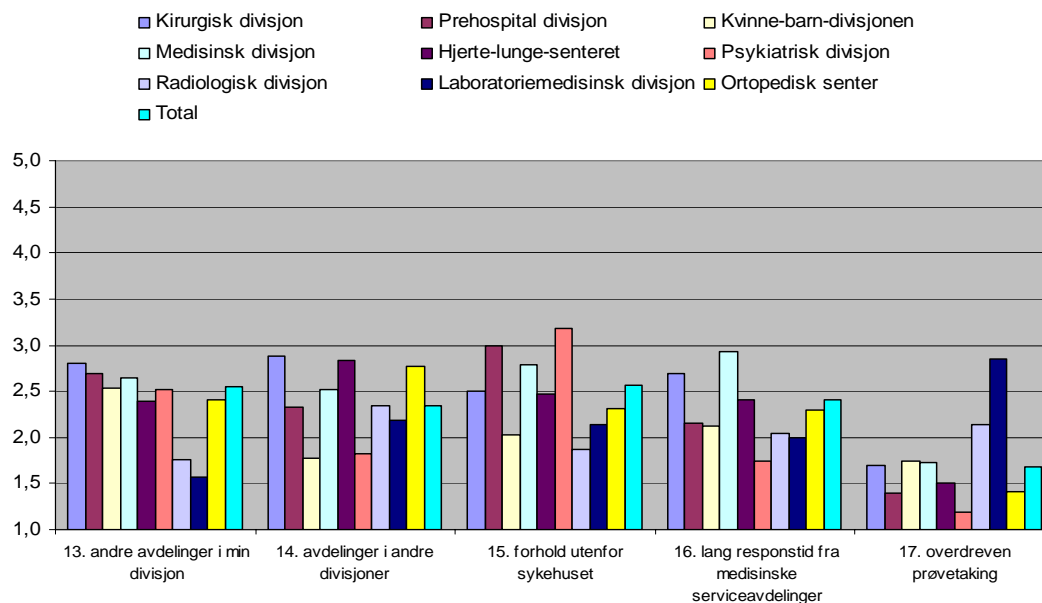
Psykiatrisk divisjon er den divisjonen som i størst grad mener det er behov for bedre samarbeid med avtalespesialister. Private avtalespesialister innen psykisk helsevern jobber ofte isolert i forhold til sykehustjenestene og også andre sykehus har ment at de ville ha tjent på et bedre samarbeid. I dag vet vi svært lite om pasientomfang ved de private avtalespesialistene innen psykisk helsevern på grunn av dårlig registrering.

Samarbeid med andre avdelinger vil vi diskutere eksplisitt under avsnittet om horisontal samhandling. Vi ser at nesten samtlige divisjoner, og Ortopedisk senter i særdeleshet, vurderer det som et forbedringspotensial å samarbeide med andre avdelinger i andre divisjoner.



**Figur 6.1. Divisjonenes vurdering av samarbeid som det bør arbeides videre med**

Videre ser vi at problemer knyttet til pasientforløpet i varierende grad kan knyttes til forhold utenfor sykehuset (figur 6.2). Det synes som om forhold internt i egen divisjon og forhold mellom divisjoner også er medvirkende til dette. Dette vil vi komme tilbake til i avsnittet som omhandler pasientforløp og horisontal samhandling.



**Figur 6.2. Divisjonenes vurdering av hva som kan forklare problemer knyttet til pasientforløpet (der 1=l liten grad, og 5=l stor grad)**

Konklusjonen er at UUS i stor grad har et godt forhold til sine omgivelser og er klar over betydningen av god interaksjon med primærhelsetjenesten. Det kan diskuteres om dette i større grad kan formaliseres og det er variasjon mellom divisjonene hvordan dette håndteres.

SINTEF anbefaler følgende tiltak:

- De positive erfaringene fra samarbeidsprosjektene (Omstillingsprogrammet 2004-2007) ved Medisinsk divisjon gjøres kjent ved hele sykehuset og det jobbes aktivt med kompetanseoverføring fra disse prosjektene.
- Det anbefales at det foretas en oppfølging av kontraktsarbeidet som gjøres mot Oslo kommune og at det presiseres hvilke praktiske konsekvenser som ligger innen dette arbeidet både innen psykiatri og somatikk.
- Det anbefales at også utskrivning i pasientforløpet i større grad planlegges.
- Det anbefales at riktig behandlingsnivå klargjøres også der pasienter legges inn ved sykehjem.
- Det anbefales at det arbeides videre med innføring av elektroniske epikriser og henvisninger og at det utarbeides en standardisert mal for disse.
- Det anbefales at det etableres et system for å kunne utveksle journalopplysninger mellom sykehus når pasienter har opphold ved flere sykehus.
- Det anbefales at det gis tilbud om hospitering og at det opprettes et tilbud om praksiskonsulenter for fastleger.
- Det anbefales at avdelingene fortsatt arbeider med å redusere tiden det tar fra pasienten er utskrevet til full epikrise foreligger.

### 6.1.3 Sykehuset og brukerne

UUS skårer relativt godt på kvalitetsindikatorerne som måler pasienttilfredshet, jf. vedlegg. UUS har et brukerråd. Brukerrådet er et rådgivende organ for administrerende direktør når det gjelder saker som angår pasienttilbudet, rådet skal bidra til at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser ivaretas, og skal bidra til at brukersynspunkter får innvirkning på utforming av helsetilbudet. Brukerrådet har bl.a. som en målsetning å sikre brukermedvirkning i viktige prosjekter og prosesser ved sykehuset.

SINTEF ser to hovedutfordringer: En bevisstgjøring av ledere ved sykehuset til å tenke brukermedvirkning i disse prosessene, samt å rekruttere brukere med tilstrekkelig kompetanse som kan delta i slike prosesser (brukere som har erfaring med å ivareta brukermedvirkning på systemnivå). Brukerrådet er en relativt ny konstruksjon ved UUS, og det erkjennes at det vil gå noe tid før det har funnet sin form og sin plass i organisasjonen. Så langt har en imidlertid god erfaring med hensyn til å bli lyttet til og bli trukket med i prosesser som er viktige for brukere/pasienter ved UUS.

## 6.2 Forskning

UUS har som universitetssykehus en betydelig aktivitet innenfor forskning og undervisning. I dette avsnittet vil vi se nærmere på disse aktivitetene. Vi vil gjøre dette ved å benytte oss av data som er hentet inn fra tidligere gjennomførte studier, samt tall vi har fått fra sykehuset. I noen tilfeller er ikke tallene fra de ulike kildene i overensstemmelse med hverandre, noe som skyldes at grunnlaget som tallmaterialet er utledet fra er forskjellig. Disse forskjellene er ikke av avgjørende betydning når det gjelder våre analyser og konklusjoner. UUS satte i 2002/2003 i gang et arbeid for å kartlegge aktivitet og ressursforbruk som er knyttet til forskning og undervisning ved sykehuset.<sup>23</sup>. Utredningen konkluderte med at kartlegging av ressursforbruket både innen forskning og undervisning ville være svært krevende og beheftet med betydelig usikkerhet. UUS har derfor valgt å registrere kun aktiviteten innen forskning og undervisning.

---

<sup>23</sup> "Prosjekt kartlegging av nåværende kompetansebeholdning på aktivitetsnivå og kostnadsestimering."



### 6.2.1 Fakultetsdivisjonen Ullevål universitetssykehus

Fakultetsdivisjonen er en av 10 grunnenheter ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Virksomheten er spredt i UUS' organisasjon med ansatte i alle kliniske og laboratoriebaserte avdelinger. Hovedoppgaver er forskning, undervisning og fagutvikling. Undervisningsoppgavene omfatter først og fremst medisinstudentene, men de universitetsansatte er også engasjert i spesialistutdanning av leger og etter- og videreutdanning for leger og annet helsepersonell.

Leder av fakultetsdivisjonen er professor tilsatt på åremål for en periode på 4 år. Det medisinske fakultet har knyttet en postdoktorstilling til lederstillingen for å opprettholde forsknings- og veilederaktivitet i tilsetningsperioden. En administrativ stab er underlagt lederen. Administrasjonen utfører saksbehandling innenfor økonomi, personal, medisinstudiet og fakultetets doktorgradsprogram for flere grunnenheter ved fakultetet. I 2004 hadde fakultetsdivisjonen 167 ansatte, herav 60 professorater (de fleste deltidsstillinger kombinert med overlegestilling i sykehuset), 10 førsteamanuensisstillinger, 47 vitenskapelige rekrutteringsstillinger, 27 tekniske og 23 administrative stillinger. Budsjettet for 2004 var på 81 millioner kroner, derav 57 millioner bevilgningsfinansiert og 24 millioner i eksterne midler. Lønnsutgiftene utgjør drøyt 60 % av totalbudsjettet. Det regionale helseforetaket tildelte i juni 2004 63,1 millioner kroner til forskningsprosjekter ved Ullevål universitetssykehus for 2004. Universitetsansatte søkere mottok 21,9 millioner av denne tildelingen.

### 6.2.2 Forskningsaktivitet ved UUS

I en sammenlignende undersøkelse fra 2003 (Piro 2003) vises noen nøkkeltall for forskningsaktiviteten ved UUS, jf. tabell 6.2 til 6.4. Tabellene viser aktiviteten i perioden 1999-2001. Tallene er utelukkende for den somatiske delen av sykehusene.

**Tabell 6.2. Antall publikasjoner<sup>24</sup> og fullførte doktorgrader<sup>25</sup> (Doktorgrader i parentes)**

Sykehus	1999	2000	2001	Sum
Rikshospitalet	342 (26)	338 (23)	401 (25)	1081 (74)
Ullevål	219 (22)	259 (13)	284 (13)	762 (48)
Haukeland	227 (7)	229 (7)	247 (17)	703 (31)
Radiumhospitalet	223 (20)	191 (13)	193 (15)	607 (48)
St. Olav	155 (8)	148 (8)	133 (6)	436 (22)
UNN	105 (5)	87 (4)	87 (5)	279 (14)

Tabellen viser at UUS har en betydelig forskningsaktivitet. Denne aktiviteten kan vi videre se i relasjon til årsverksinnsatsen. I tabellen nedenfor har vi sett på antall artikler og doktorgrader i forhold til legeårsverk. Legeårsverkene har vi hentet fra SAMDATA- rapportene for de aktuelle årene.

**Tabell 6.3. Antall publikasjoner pr. legeårsverk**

Sykehus	1999	2000	2001
Rikshospitalet	0,73	0,72	0,87
Ullevål	0,33	0,37	0,39
Haukeland	0,42	0,44	0,43
Radiumhospitalet	1,59	1,25	1,07
St. Olav	0,32	0,30	0,28
UNN	0,36	0,29	0,30

<sup>24</sup> Her er inkludert både publikasjoner i internasjonale tidsskrift og i Tidsskrift for den norske lægeforening. Kilder er Science Citation Index . Fra Tidsskriftet er artikler fra følgende tre kategorier inkludert: Klinikk og forskning, basalfagene, diagnostikk og behandling.

<sup>25</sup> Defineres som antall dr.grader hvor minst halvparten av arbeidet er utført ved sykehuset. Videre legges hele arbeidsbelastningen på det året kandidaten disputerer.

**Tabell 6.4. Antall fullførte doktorgrader pr. år pr. legeårsverk**

Sykehus	1999	2000	2001
Rikshospitalet	0,056	0,049	0,054
Ullevål	0,033	0,018	0,018
Haukeland	0,013	0,013	0,030
Radiumhospitalet	0,143	0,085	0,083
St. Olav	0,017	0,016	0,013
UNN	0,017	0,017	0,017

Tabellene ovenfor viser at UUS i årene 1999-2001 hadde en forskningsaktivitet som omtent er på samme nivå som Haukeland, St. Olav og UNN. Rikshospitalet og Radiumhospitalet utmerker seg med en relativ høy forskningsaktivitet. Disse forskjellene kan nok i stor utstrekning forklares ved at UUS, i motsetning til Rikshospitalet og Radiumhospitalet, har en høy andel øyeblikkelig-hjelp samt lokalsykehusfunksjoner.

Vi har videre mottatt tall fra sykehuset som beskriver forskningsaktiviteten de siste årene. Oversikten over publiserte artikler er basert på annet grunnlag enn de foregående tabellene. Tallene er hentet fra ISI Web of Science og Pub Med og omfatter lege- og sykepleiertidsskrift.

**Tabell 6.5. Antall artikler publisert – tall fra UUS**

	2000	2001	2002	2003	2004
Antall artikler	321	343	281	358	373

Antall avlagte doktorgrader for sykehuset for perioden 2000-2004 er gjengitt i tabellen nedenfor.

**Tabell 6.6. Antall avlagte doktorgrader – tall fra UUS**

Divisjon	2000	2001	2002	2003	2004
Kirurgisk	6	1	1	4	4
Ortopedisk		1		2	1
Kvinne-barn	2		2	1	1
Hjerte-lunge		2			1
Medisinsk	3	7	1	5	2
Laboratorie	1	1	2		1
Radiologisk					
Psykiatrisk	4	2		2	
FUS/KS26	1	1	1		1
SUM UUS	17	16	7	14	11

Tallene fra UUS som viser antall publiserte artikler og avlagte doktorgrader viser en antydning til nedgang i forskningsaktiviteten i 2002. For 2003 og 2004 ser derimot aktiviteten ut til å ta seg opp igjen. Dette er også i tråd med hva våre informanter har fortalt oss i intervjuene – forskningsaktiviteten har økt de siste årene.

### 6.2.3 Vurdering av forskningskvaliteten fra NFR

Kvaliteten på noe av forskningen utført ved UUS har vært evaluert i regi av Forskningsrådet (NFR 2004). Miljøene ble rangert etter en fem-delt skala:

<sup>26</sup> FUS: Forskningsforum Ullevål universitetssykehus. KS: Kompetansesenter for klinisk forskning.

- *Weak*: research of insufficient quality; without international interest and with only limited national significance;
- *Fair*: research that is only partly of a good international standard and only partly published in recognized international journals.
- *Good*: research at a good international level with publications in internationally recognized, specialised journals.
- *Very good*: research at a high international level; of international interest with impact within its sub-fields and with publications in internationally leading journals.
- *Excellent*: research at a very high international level; of great international interest with broad impact and with publications in international leading journals.

Følgende miljøer ble evaluert:

**Tabell 6.7. Vurdering av vitenskapelig produksjon**

<b>Fagmiljø</b>	<b>Vurdering av vitenskapelig produksjon</b>
Cardiology	Very good
Internal Medicine Lab	Good
Hematology	Very good
Oncology	Fair
Anaesthesiology	Very good to excellent
Surgery	Fair to good
Orthopedics	Very good to excellent
Gynaecology-obstetrics	Fair
Pediatrics	Good
Clinical Chemistry	Very good
(Clinical pharmacology)	(Fair)
Rehabilitation	Weak
Geriatrics	Good
Radiology	Fair
Pathology	Fair to good

Gjennomgangen av forskningsmiljøene viser at kvaliteten varierer fra svak til utmerket. Av de 15 miljøene som er vurdert, er det åtte som utelukkende vurderes som fra *god* til *utmerket*. Dette indikerer et potensial for forbedring. I evalueringen pekes det på ulike tiltak som kan forbedre de forskjellige miljøene. Tiltakene varierer fra rekruttering av flere forskere og bedre ledelse (eventuelt rekruttering av nye entusiastiske ledere), til tettere samarbeid med forskningsmiljøer ved andre sykehus. Evalueringen peker videre på at forskningen innen flere områder er tydelig presset av krav om økt pasientbehandling.

I spørreskjemaundersøkelsen blant ansatte ved UUS som SINTEF gjennomførte som del av evalueringen ble respondentene spurt om det drives *forskning på et høyt nivå i avdelingen*. På en skal fra 1-5 der 5 er beste skåre, svarer ansatte i gjennomsnitt 3,1. Det er et tall som indikerer at de ansatte mener at det fortsatt er rom for betydelige forbedringer innen forskningen. I likhet med evalueringen fra Forskningsrådet, viser spørreskjemaundersøkelsen at det er store variasjoner mellom avdelinger og mellom divisjoner. På divisjonsnivå kan vi nevne at gjennomsnittsskåren varierer fra 2,1 til 3,6.

#### 6.2.4 Forskningsaktivitet - utfordringer videre

I den kvalitative datainnsamlingen (individuelle intervjuer, observasjoner og fokusgrupper) ble også forskning berørt. Inntrykket er at forskningen ved UUS er styrket de siste årene. Det faller

også sammen med en satsing på forskning fra det regionale helseforetakets side. Dette har kompensert noe for tidligere års utvikling der dårlig økonomi har ført til større press på inntektsgivende produksjon mens forskning og undervisning har blitt opplevd som nedprioritert. Sykehuset har etablert en egen forskningsorganisasjon som har vært en drivkraft i de siste års satsing på forskning. Det er vanskelig å koble økt satsing på forskningsfokus direkte til den divisjonaliserte struktur. Men på den annen side kan det hevdes at divisjonalisering gir større muligheter til sterkere styring. Sterkere vektlegging av forskning sammen med økonomisk kontroll har vært en villet utvikling for sykehuset de siste årene, og divisjonaliseringen kan indirekte ha bidratt til dette.

Dette har også resultert i at det pr i dag er to parallelle organisasjoner for forskning i sykehuset – sykehusets egen og universitetets. Det er videre i stor grad de samme personene som bekler rollene i begge forskningsorganisasjonene. Det er ikke entydig avklart hvilke oppgaver som ligger til de ulike organisasjonene, og det er tilfeller av dobbeltarbeid. To organisasjoner vanskeliggjør også plasseringen av hvem som har ansvar for hva når det gjelder forskning. Det er i enkelte tilfeller tvil om hvor stipendiater skal ansettes, og om sykehuset eller universitetet skal stille infrastruktur til disposisjon. Det er også ulike personlige betingelser alt etter hvilket sted en er ansatt.

Vår datainnsamling indikerer at selv om forskningen oppleves å ha fått et løft de siste tre årene, så er det noen utfordringer som utpeker seg. Vi kan benevne disse som støttefunksjoner, nettverksbygging og forskningsorientering.

Når det gjelder *støttefunksjoner* er det her tale om å legge forholdene bedre til rette for forskningsaktiviteten. Dette berører blant annet områder som søknadsskriving, tolkning av regelverk og forhold som berører etisk komité. Inntrykket er at det her vil være mulig å hente ut større grad av stordriftsfordeler enn det som i dag blir gjort. Ved å utnytte en samlet ekspertise på dette feltet, blir det pekt på at saksbehandlingen kan gå raskere og dobbeltarbeid unngås. Denne ressursen bør organiseres på en slik måte at de enkelte forskningsprosjektene lett kan gjøre bruk av kompetansen. Videre er det ønske om teknisk personell som kan bistå i gjennomføringen av forskningsprosjekter blant annet i forbindelse med datainnsamling. Dette kan frigjøre legeressurser.

*Nettverksbygging* viser til at forskningen som utføres på UUS i dag oppleves som noe fragmentert. Dette innebærer at forskningsgruppene hovedsakelig arbeider for seg selv med liten grad av kontakt med andre forskningsgrupper på sykehuset. Det vises også til eksempler der forskningsmiljøer ved UUS har henvendt seg til eksterne miljøer da de ikke har hatt kjennskap til at UUS har miljøer som har samme kompetanse. Det er mulig at en utvikling av støttefunksjonen kan bidra til at forskningsaktiviteten koordineres på en bedre måte slik at det blir mulig å hente ut synergieffekter mellom forskningsgruppene. Et annet element er gjennomføring av forskning knyttet til pasientstrømmer som er organisert i homogene enheter (organsenter), noe som forenkler forskningsarbeider, og samtidig kunne trekke veksler på andre miljøer som tilhører andre enheter. For UUS er det her tale om å få til en bedre horisontal samhandling mellom forskningsmiljøene.

*Forskningsorientering* er knyttet til fokus på forskning i UUS-organisasjonen. Det vises til at det har vært et stort trykk fra øverste nivå (administrerende direktør) for å stimulere forskningsaktivitet. Men samtidig er det viktig at forskningen blir sett på som en integrert del av sykehusets daglige drift. I pasientbehandlingen bør det også legges til rette for forskning. Forskningen bør ikke løsrives fra den kliniske hverdag. I utviklingen av UUS som forskningsinstitusjon er det viktig å kunne se pasientbehandling og forskning under ett. Ved rekruttering kan det være tjenlig å se fagmiljøet under ett, og benyttet seg av muligheten til å differensiere den enkeltes arbeidsoppgaver. Er fagmiljøet som helhet bedre tjent med å hente inn en person som er fremragende på forskning, men som kanskje ikke er av de mest produktive når det gjelder pasientbehandling? Tiltakene som anbefales bør sees i sammenheng med analyse og forslag til strukturelle og ledelsesmessige endringer som er skissert nedenfor.

SINTEF anbefaler følgende tiltak:

- Det bør vurderes om flere av støttetjenestene til forskningsaktiviteten bør standardiseres og samordnes. Forskningsgruppene kan bestille tjenester herfra.
- Forskningen i regi av Helse øst, UUS og UiO må integreres tettere.

- UUS bør fortsette å samordne forskningen på tvers av divisjonene. Den horisontale samhandlingen mellom forskningsgruppene bør styrkes.
  - Vurdere om møteplasser for forskning bør etableres
- Forskningselementet løftes fram og inkorporeres i den daglige drift.
- Ved rekruttering vurderes avdelingens samlede kompetanse og kapasitet innen forskning og pasientbehandling, og tjenesteplanene differensieres når det gjelder tid til forskning.

### 6.3 Undervisning

Innledningsvis vil vi trekke fram en undersøkelse fra 2003 (Piro 2003) som viser noen nøkkeltall for undervisningsaktiviteten ved UUS, jf. tabellene 6.8 - 6.12. I oversikten nedenfor blir UUS sammenlignet med noen utvalgte sykehus. Tabellene viser aktiviteten i perioden 1999-2001. Tallene er utelukkende for den somatiske delen av sykehusene.

**Tabell 6.8. Antall uker høgskolestudenter og medisinerstudenter (Med.stud. i parentes)**

Sykehus	1999	2000	2001	Gjennomsnitt
Rikshospitalet	5479(9594)	4000(9759)	4743(9462)	4741(9605)
Ullevål	5845(6270)	3430(6378)	3712(6183)	4329(6277)
Haukeland	6073(12873)	6095(12234)	6273(12165)	6147(12424)
Radiumhospitalet	1098(1081)	1111(1100)	1201(1066)	1137(1082)
St. Olav	4668(7032)	4370(7464)	3330(8117)	4127(7538)
UNN	2255(6411)	2933(6595)	2636(6835)	2608(6617)

**Tabell 6.9. Antall årsverk turnuskandidater<sup>27</sup> og assistentleger. (Ass.leger i parentes)**

Sykehus	1999	2000	2001	Gjennomsnitt
Rikshospitalet	7(178)	9(179)	8(182)	8(179,6)
Ullevål	18(263)	23(275,5)	25(279,5)	22(272,6)
Haukeland	17(221,5)	20,5(221,5)	21(222,5)	19,5(221,8)
Radiumhospitalet	1(53)	2(53)	1(53)	1,3(53)
St. Olav	22(179)	23(178)	20(187)	21,6(181,3)
UNN	22(139)	17,5(169)	13,5(171)	17,6(158,6)

Vi har videre sett nærmere på undervisningsaktiviteten for sykehusene i relasjon til årsverksinnsatsen for de aktuelle personellkategoriene. Når det gjelder antall uker for høgskolekandidater, ser vi disse i forhold til pleieårsverk mens medisinerstudenter sees i relasjon til legeårsverk. Assistentleger holder vi opp mot antall overlegeårsverk. Alle årsverkstall ha vi hentet inn fra SAMDATA-rapportene for de aktuelle årene.

**Tabell 6.10. Undervisningsaktivitet høgskolestudenter. Uker pr pleieårsverk.**

Sykehus	1999	2000	2001
Rikshospitalet	3,38	2,62	3,18
Ullevål	2,76	1,59	2,04
Haukeland	3,18	3,22	3,21
Radiumhospitalet	2,20	2,36	2,67
St. Olav	2,34	2,19	1,78
UNN	2,20	2,79	2,56

<sup>27</sup> Turnuskandidater er regnet som turnusleger, turnusjordmødre og turnusfysioterapeuter ved sykehusene i årsverk.

**Tabell 6.11. Undervisningsaktivitet medisinerstudenter. Uker pr legeårsverk.**

Sykehus	1999	2000	2001
Rikshospitalet	20,5	20,8	20,4
Ullevål	9,4	9,0	8,5
Haukeland	23,8	22,0	21,4
Radiumhospitalet	7,7	7,2	6,0
St. Olav	14,7	15,1	15,8
UNN	22,2	22,4	22,8

**Tabell 6.12. Undervisningsaktivitet. Assistentlegeårsverk pr overlegeårsverk.**

Sykehus	1999	2000	2001
Rikshospitalet	0,61	0,62	0,65
Ullevål	0,54	0,64	0,62
Haukeland	0,69	0,66	0,64
Radiumhospitalet	0,61	0,53	0,41
St. Olav	0,60	0,56	0,64
UNN	0,93	1,34	1,44

Ut fra tabellene kan vi lese at UUS har en aktivitet som omtrent tilsvarer eller er noe lavere enn tilsvarende aktivitet ved de andre sykehusene.

Vi har videre mottatt tall fra sykehuset som beskriver undervisningsaktiviteten de siste årene. Dette gjelder turnusleger og assistentleger. UUS har i perioden 2000-2004 hatt 12 turnusleger pr år. Disse kommer hvert halvår i grupper på 6 og er på sykehuset i ett år. Organisatorisk er de knyttet til Kirurgisk divisjon i hele turnusperioden. Avdelingsoverlegen ved Mottakelsesavdelingen, som i organisasjonskartet er lagt under Kirurgisk divisjon, er indremedisiner og faglig ansvarlig for den indremedisinske delen av turnustjenesten.

**Tabell 6.13. Assistentleger i spesialistutdanning**

Divisjon	2000	2001	2002	2003	2004
Kirurgisk	61	63	63	64	68
Ortopedisk	14	14	3128	31	31
Kvinne-barn	49,5	49,5	49,5	69,529	69,5
Hjerte-lunge	19	19	19	19	20
Medisinsk	63	63	63	63	66
Laboratorie	21	22	22	22	24
Radiologisk	14	14	14	14	15
Psykiatrisk	38	38	39	39	41
SUM UUS	279,5	282,5	300,5	321,5	334,5

I løpet av perioden 2000 - 2004 kan vi se en økning i antall assistentleger i spesialistutdanning. Økningen er i hovedsak relatert til overføringen av BUP og Legevakten til UUS. Holder vi denne overføringen utenfor, finner vi at antall assistentleger er rimelig stabilt de siste årene.

<sup>28</sup> Økningen skyldes overføring fra Legevakten

<sup>29</sup> Økningen skyldes overføring av BUP

Videre har vi mottatt en oversikt over omfanget av praksisstudier for studenter fra Høgskolen i Oslo (se tabellen nedenfor). UUS tar også i mot studenter fra Diakonhjemmet og Lovisenberg samt noen få hjelpepleierstudenter, men dette har vi ikke tall for.

**Tabell 6.14. Studenter fra Høgskolen i Oslo, 2003/2004**

<b>Utdanning</b>	<b>Praksisuger</b>
Radiograf - Radiologisk avd.	183
- Klinisk avd.	36
Radiograf - Stråleterapi	48
Fysioterapeut - rehab/geriatri	156
Ergoterapeut - Ger./ald.psyk./med.	208
Bioingeniør	266
Sykepleier - Medisin	2520
- Kirurgisk	1730
- Psykiatri	1781
<b>Totalt</b>	<b>6928</b>

### 6.3.1 Utfordringer videre

Undervisning har blitt berørt av mange informanter i mange sammenhenger i den kvalitative datainnsamlingen (individuelle intervjuer, observasjoner og fokusgrupper). Vi vil her trekke fram noen utfordringer som har utpekt seg som sentrale. Utfordringene knytter seg til ulike områder som grunnutdanning, spesialistutdanning, turnustjeneste og hospitering.

Undervisningsoppgavene til UUS vil i noen tilfeller stå i et motsetningsforhold til effektiv drift. Det tar ekstra tid å la personell øve seg, og informantene opplever at effektiviteten ved sykehuset sammenlignes med private aktører som ikke har undervisningsoppgaver. Dersom en forsøker å lage en mest mulig effektiv drift, vil dette komme i konflikt med undervisningsfunksjonene. Undervisningen kommer i andre rekke når behandlingsforløpet planlegges og blir dermed preget av ad-hoc-løsninger.

Når det gjelder *spesialistutdanningen* pekes det på at dette er en stor utfordring i et høyspesialisert sykehus som UUS. Det er vanskelig å få lagt til rette for spesialisering innen generell kirurgi når organiseringen av sykehuset etter hvert går i retning av organer og subspecialiteter. I Medisinsk divisjon er spesialistutdanningen i indremedisin ett eksempel. I tilretteleggingen må en forholde seg til flere divisjonsdirektører (HLS og Medisinsk divisjon) samt mange avdelingsledere innen divisjonene. Informantene etterlyser en instans som kan koordinere spesialistutdanningen. Tilrettelegging av en meningsfull turnustjeneste som innbefatter opphold ved flere divisjoner trekkes fram som et tilsvarende eksempel. Et annet forhold, som er relatert til utfordringene som den medisinske spesialiseringen fører med seg, er behandling av pasienter som krever en tverrfaglig tilnærming. Dette mener man å ha fått til i traumebehandlingen. Utfordringen blir videre å få til en *intern opplæring* av team som kan arbeide på tvers av spesialiteter for andre pasientgrupper.

Det er ettertraktet å *hospitere* ved UUS for personell ansatt ved andre sykehus i Norge og Norden, forsvaret og andre organisasjoner. UUS har innenfor mange kategorier av pasienter en unik pasienttilgang sammenlignet med andre sykehus. Eksempelvis vil én ukes opphold i akuttmottaket gjøre at hospiterende personell får sett flere tilfeller av traumer og hjertestans enn ved svært mange av de øvrige sykehusene i Norge. Hospitering medfører "støy" i avdelingene, og man kan ikke ta i mot alle som ønsker det. Det kan synes som om det ikke er noen klare retningslinjer for hvordan man skal prioritere hvem som skal få hospitere ved sykehuset.

SINTEF anbefaler følgende tiltak:

- Planlegging av undervisningen bør bedres slik at eksempelvis hospitering og spesialistutdanningen i størst mulig grad følger standardiserte rutiner slik at man unngår å måtte bruke unødvendige ressurser på å behandle hver sak enkeltvis. Det bør eksempelvis

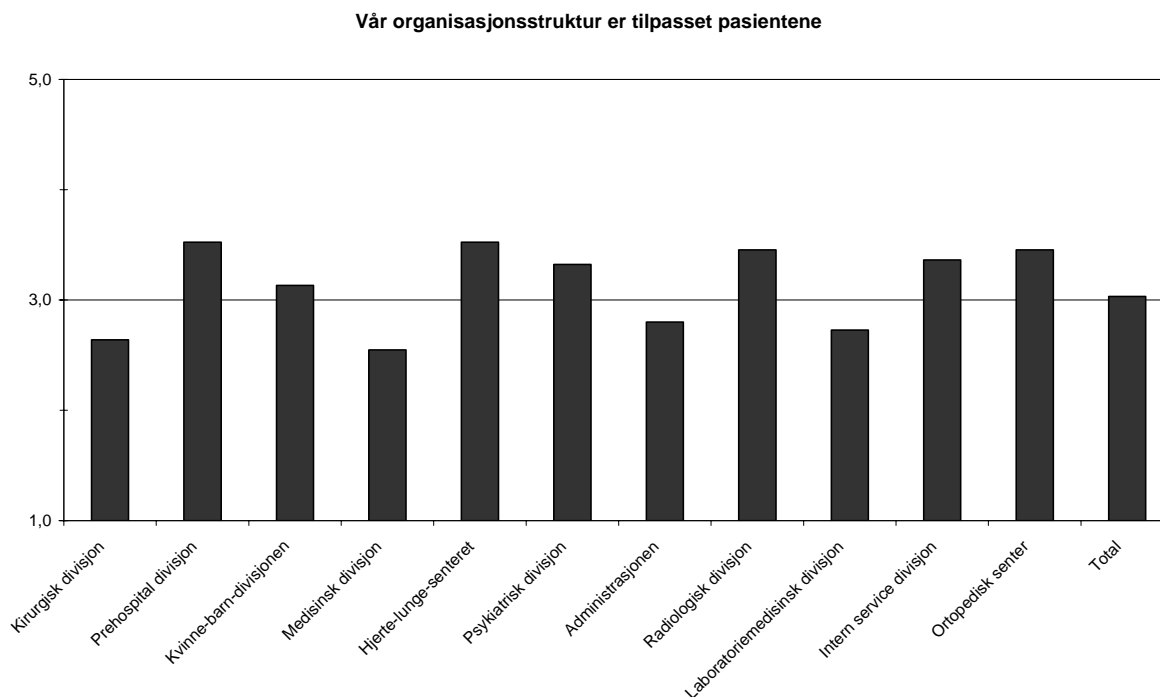
utarbeides langsiktige planer som beskriver i detalj i hvilke avdelinger assistentlegene skal oppholde seg.

- Ivaretagelse av undervisningsansvaret er en oppgave som ligger til linjelederne på ulike nivåer, jf. avnittet om klinisk lederskap. Linjelederne bør i større utstrekning være lydhøre overfor ønsker om tilrettelegging for undervisning som kommer fra de forskjellige utdanningskomiteene.

## 6.4 Horisontal koordinering og pasientforløp

En sentral utfordring for organiseringen av UUS er å få til en samhandling på tvers av etablerte avdelinger og divisjoner. En hver organisering innebærer at det trekkes grenser og skillelinjer mellom deler av virksomheten. Det er ikke mulig å trekke avdelings- og divisjonsgrenser slik at dette *ikke* går på tvers av samarbeidslinjer og pasientforløp. Imidlertid vil det være ulike grader av samarbeidsintensitet, og ikke minst hvor mye som vil kreves av koordinering for å få samarbeidet til å fungere godt.

I vår spørreundersøkelse har vi bedt de ansatte vurdere hvor vidt dagens organisasjonsstruktur er tilpasset pasientene (de forskjellige pasientgruppene). Det er til dels store variasjoner mellom de ulike klinikkene, og særlig Medisinsk klinikk og Kirurgisk klinikk utmerker seg ved at organisasjonsstrukturen ikke oppfattes å være godt tilpasset pasientene. Ved siden av Psykiatrisk divisjon er det de mindre "pasientfokuserete" sentrene som skiller seg positivt ut når det gjelder å vurdere organiseringen som hensiktsmessig i et "pasientperspektiv". Se figuren nedenfor:



**Figur 6.4. Ledernes vurdering av påstanden "Vår organisasjonsstruktur er tilpasset pasientene (1=liten grad, 5=stor grad)**

Vi har spesielt sett på to forhold ved UUS. Det ene kan vi kalle *ressursallokering* som handler om sykehusets evne til å omfordele ressurser fra områder som har ledige ressurser til områder med store underskudd. Det andre handler om *logistikk og flaskehals* – hvor godt de ulike enhetene er dimensjonert i forhold til hverandre og samarbeidets karakter.

Når det gjelder ressursallokering ser vi at divisjonaliseringen ikke på god nok måte har fremmet hensiktsmessig ressursallokering og reallokering av ressurser. Som vi vil komme tilbake til, viser det seg at budsjett i hovedsak er basert på historiske data, justert for innsparingskrav. Dvs. at hvis det er behov for å redusere kostnadene, så er det en tendens til å pålegge alle divisjonene samme

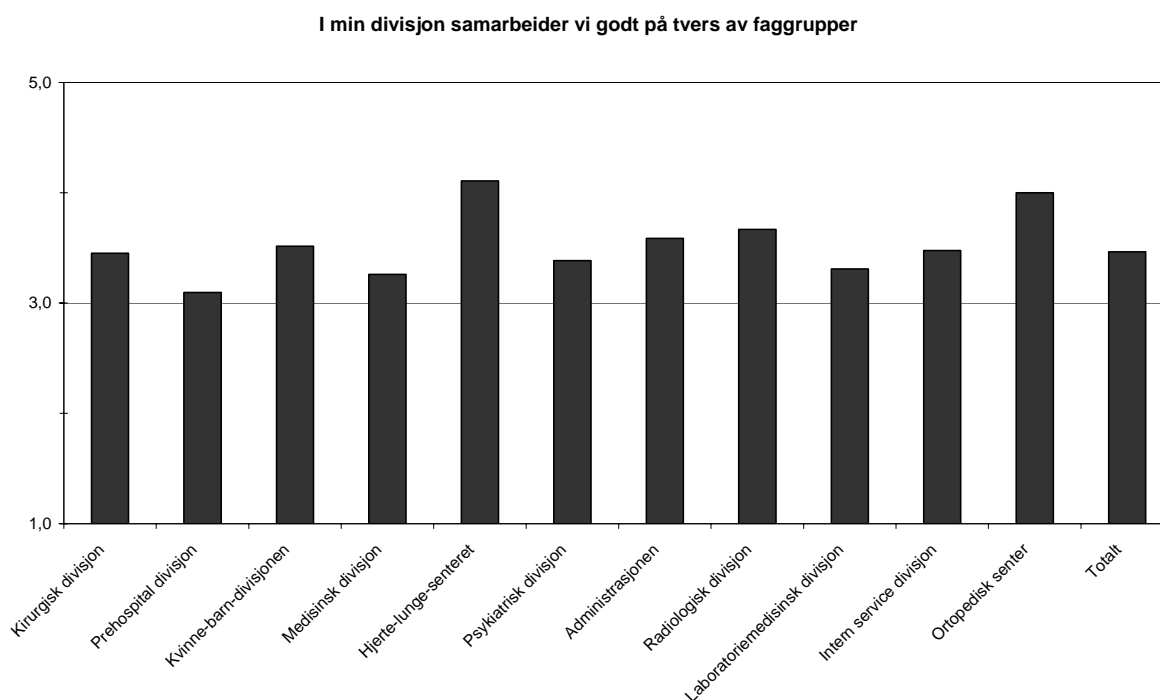


krav til innsparing (for eksempel 2 % av totalbudsjett). Dette fører til at ressursfordelingen som historisk lå til grunn blir "frost" fast i de organisatoriske rammene som divisjonaliseringen skaper. Et klart eksempel på dette finner vi i forholdet mellom Medisinsk divisjon og Hjerte-Lungesenteret og fordelingen av senger: 50 % av pasientene innenfor lungemedisin ligger i senger i Medisinsk divisjon. Dette er en løsning ingen av partene ønsker, men divisjonene har ikke kommet fram til noen løsning på dette. Den kan synes som om strukturen vanskeliggjør en reallokering av ressurser mellom divisjonene. Vi ser det til dels også når det gjelder utdanning av spesialister, der det kan være vanskelig å få på plass langsiktige og klare avtaler om intern hospitering, der utdanning av spesialister innen invasiv kardiologi kan trekkes fram som et eksempel.

Når det gjelder logistikk og flaskehals, er det naturlig å fokusere på de klassiske flaskehalsene ved sykehuset: Anestesi og operasjonskapasitet, herunder post-operativ virksomhet og recovery. Dette er en flaskehals ved mange norske sykehus. Organiseringen av anestesiavdelingen kan trekkes frem som et eksempel på en enhet som yter tjenester ut over "moderdivisjonen" (Kirurgisk divisjon) og hvor det er behov for koordinering mellom flere divisjoner (for eksempel Ortopedisk senter, Kvinne-barndivisjonen og Hjerte-lungesenteret). Erfaringene med dagens organisering viser at dette er et problemområde. Om dette skyldes et reelt kapasitetsproblem ved anestesi/operasjon eller om det skyldes for stor kapasitet hos bestillerne (de kirurgiske enhetene), tar vi ikke stilling til. Men så lenge kapasiteten hos bestillerne planlegges uten tilstrekkelig koordinering med anestesi/PO, vil resultatet bli manglende balanse og kamp om knappe ressurser. En manglende tilpasning av tilbud og etterspørsel skaper både økte kostnader og dårlig kvalitet (lang ventetid for lavt prioriterte pasientgrupper oppstår når pågangen av bestillinger overstiger kapasiteten). Noen pasienter vil derfor måtte nedprioriteres, og dette vil særlig bli merkbart for avdelinger med ansvar for pasienter som ikke er høyt prioriterte.

En særlig utfordring ved UUS er at anestesiaktiviteten styres gjennom samarbeidsavtaler (SLA) i forhold til andre divisjoner, og er delvis avtalebasert og hierarkisk i egen divisjon. Dette kan gi rom for spekulasjon om at Kirurgisk divisjon bevisst eller ubevisst prioriterer kirurgisk virksomhet innenfor egen divisjon, enten dette er riktig eller ikke. Det kan også reise usikkerhet i om internprising av anestesi er kostnadsdekkende eller anvendes til "krysssubsidiering". Selv om dette ikke er tilfelle, vil dagens organisering føre til slike spekulasjoner, og dette skaper unødvendig usikkerhet. I slike situasjoner vil ropet på egne anestesiresurser eller øremerket anestesipersonell til "vårt behov" melde seg, noe en også har sett eksempler på ved UUS. Dette vil også være et problem når det gjelder hvem som har ansvaret for pasienten og pasientforløpet. Videre er det også slik at dersom en avdeling øker sin kirurgiske aktivitet uten at anestetikapasiteten øker tilsvarende, vil andre enheter merke at den tilgjengelige kapasiteten har blitt redusert.

Horisontal samhandling og samarbeid handler ikke bare om forholdet mellom divisjoner, men også om *tverrfaglig* samarbeid. I spørreundersøkelsen er det svært tydelig at det tverrfaglige samarbeidet oppleves ulikt fra divisjon til divisjon. Igjen er det de små kliniske sentrene som utmerker seg i positiv retning. En spesielt interessant observasjon er det at Hjerte-Lunge senteret, som et medisinsk tverrfaglig (indremedisin og kirurgi), er det som scorer høyest på opplevelsen av tverrfaglig samarbeid, se figuren nedenfor.



**Figur 6.5. Ledernes vurdering av påstanden "I min divisjon samarbeider vi godt på tvers av faggruppene" (1=I liten grad, 5=I stor grad)**

#### 6.4.1 Intern fakturering – et virkemiddel for horisontal koordinering?

Internprising av tjenester kan være et egnet virkemiddel for å koordinere bruken av tjenester mellom "selvstendige økonomiske enheter". Dette innbefatter utstrakt bruk av kontrakter med tilhørende fakturering av tjenester.

Effektivitetsgevinstene knyttet til innføringen av et internprisingssystem er knyttet til muligheten til å kunne påvirke beslutninger. Et eksempel er dimensjonering av servicefunksjoner. Innføring av internpris på servicefunksjoner vil begrense etterspørselen av slike tjenester. Skal en kunne oppnå slike effektivitetsgevinstene, kreves det at ledelsen ved enheter som kjøper interne tjenester må vite om prisene og ta beslutninger om kjøp på bakgrunn av denne informasjonen (gitt kvalitet). Et system med internt kjøp og salg der ledelsen ikke nytter informasjonen i sine beslutninger, virker ikke slik det skal.

Det å administrere et system med internfakturering mellom enheter i sykehus har imidlertid også en kostnadsside (transaksjonskostnader). Et vesentlig spørsmål er da om de mulige effektivitetsgevinstene overstiger kostnadene forbundet med systemet. Det er ikke gjort systematiske analyser av effektene av innføring av internprisingssystem i norske sykehus.

På UUS i dag får serviceytende divisjoner (laboratorier, intern service) sin andel av DRG-inntekten til sykehuset. Laboratoriedivisjonen får sin andel av DRG-inntekten, mens intern servicedivisjon får økte DRG-inntekter dersom DRG-aktiviteten overstiger budsjettet aktivitet. Dette systemet sørger til en viss grad for at de merkostnader som påløper i serviceenheter ved økt aktivitet blir kompensert med økte inntekter, og bidrar til at disse enhetene kan være selvstendige økonomiske enheter.

Internprising vil ikke være egnet til alle oppgaver og alle formål. Primært skal internprising føre til en standardisering av bestilling og effektivitetsgevinsten hentes ut ved at det synliggjøres overfor bestiller kostnadene ved å bestille ekstraordinært. En vanlig tilnærming til internprising for å unngå at transaksjonskostnadene blir for store, er å forhandle om basistransaksjoner én gang i året for så å fakturere ekstra bestillinger utover dette.

En innvending som reises mot internprisingssystemet er at det fører til en forskjellsbehandling av områder som kommer mer uheldig ut gjennom DRG-finansieringssystemet. Stykkprisfinansiering er ment som en kompensasjon for økt aktivitet. Det vil ikke være finmasket nok til å fange opp det fullstendige kostnadsbilde ved alle typer behandling. Og hvis stykkpris-komponenten blir for stor, vil slike ufullstendige tall bli forstørret opp og det fører til urimelig forskjellsbehandling. Dette er imidlertid en diskusjon om hvor stor stykkpris-komponenten skal være i forhold til rammefinansieringen og er uavhengig av et internprisingssystem. Et internprisingssystem vil bare synliggjøre en skjevhet som likevel ligger i finansieringssystemet. Basisfinansieringen bør være tilstrekkelig til at eventuelle skjevheter i DRG-systemet ikke slår for kraftig ut. En anbefaling er at dette ikke overstiger 40 % av det totale inntektsbilde og bør sannsynligvis være langt mindre. Sykehuset står fritt til selv å velge hvor mye av stykkpris-komponenten som skal videreføres nedover i avdelingene og her er det rom for lokale tilpassninger. UUS har i dag en ulik videreføring av stykkprisrefusjonen. Ved Medisinsk divisjon videreføres 50 % (altså 30 % av det totale inntektsbilde), ved HLS, KBD og Kirurgisk divisjon videreføres 100 % (altså 60 % av det totale inntektsbilde).

#### 6.4.2 Formalisering av samordning – et virkemiddel for horisontal koordinering?

Organisasjonsstruktur sees som et viktig virkemiddel for å fremme eller hemme samordning. Å organisere noe sammen innebærer både økt samordning men også økt konfliktnivå. Samordning har omkostninger og det er begrunnelsen for at man skille ut enheter man mener er mer tjent å stå alene. Ved sykehus er den tradisjonelle inndelingen enten fag eller prosedyre. Kirurgi er skilt fra medisin, og eller røntgen er skilt fra anestesi. Alternativ er organiseringen etter klient- eller pasientprinsippet for eksempel kvinne- og barnavdelinger skilt fra avdeling for menn. Uansett vil slik organisatorisk spesialisering føre til samordningsproblemer på tvers av den valgte organisatoriske spesialisering.

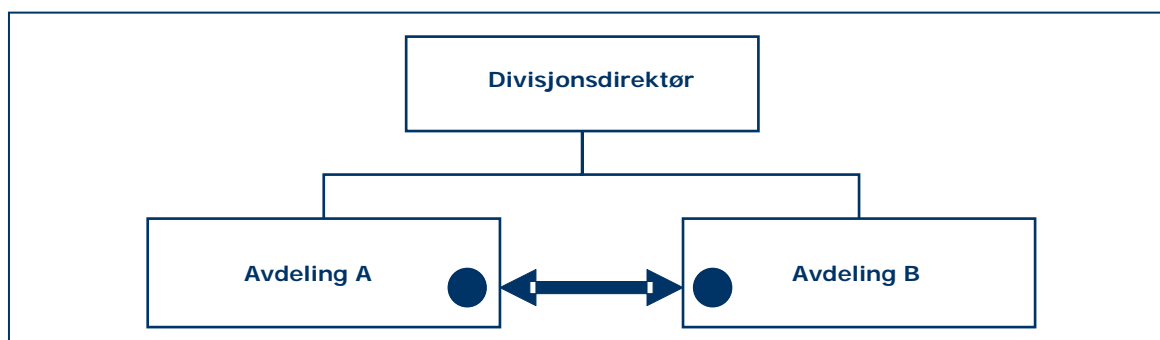
I en tradisjonell sykehusorganisering hvor man tar utgangspunkt i avdelinger, har hver avdelingsleder (og avdelingen) full myndighet til å fatte beslutninger innen sin avdeling uten at vedkommende trenger å koordinere med utenforliggende enheter. Fordi sykehusets grunnfjell består av et profesjonelt byråkrati, jf. tidligere diskusjon, med spesialister som øver betydelig kontroll over sin virksomhet vis a vis pasienten, ligger denne modellen i stor grad implisitt til grunn for UUS' organisasjonsstruktur. En formalisering av denne modellen vil forsterke den enkelte avdelings prestasjonsoppnåelse i forhold til de mål avdelingen setter. Imidlertid gir en slik desentralisert avdelingsmodell store koordineringsproblemer vis a vis andre avdelinger innenfor og utenfor divisjonen. Modellen forutsetter at enheten opererer i relativt sett stabile omgivelser med lav kompleksitet.

For å fremme økt samordning er det særlig to ulike løsninger som bør vurderes. Den ene er det vi har kalt en *endogen samarbeidsmodell* der koordineringsansvaret legges til spesielt dedikerte personer ved hver avdeling (figur 6.6). Den andre varianten har vi kalt *eksogen koordinering* der ansvaret for samordning legges eksplisitt til en egen enhet eller person utenfor avdelingene (figur 6.7)

En endogen samarbeidsmodell vektlegger horisontal kommunikasjon og modifierer den desentraliserte avdelingsmodellen ved å innføre koordineringsaktiviteter mellom avdelingene. Koordineringen skjer gjennom en møtestruktur der dedikerte personer fra hver av avdelingene møtes for å koordinere planer og løse opp i flaskehals eller konflikter. Avdelingene er fremdeles autonome, grad av koordinering skjer derfor på basis av hva hver av avdelingene selv ønsker. Overordnet nivå griper ikke aktivt inn ved uenigheter i denne modellen, og oppfordrer istedenfor avdelingene til å utvikle mulighetsrommet og løse opp i problemene seg i mellom. Ulempen med denne modellen er at hver av avdelingene selv bestemmer agendaen for samarbeidet, og selv sitter på kontrollen over den informasjonen den ønsker å dele med den andre avdelingen.

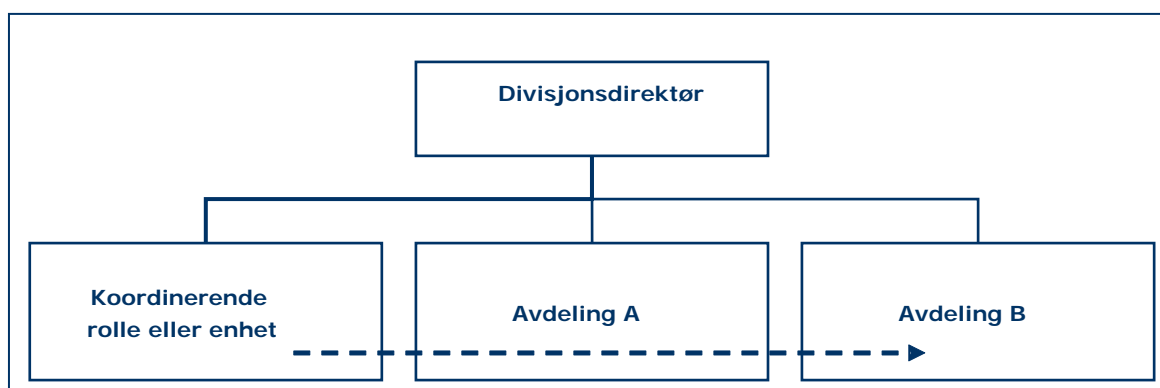
I denne modellen er det vanlig å opprette spesifikke roller som har ansvaret for å fasilitere samarbeidet mellom enhetene. Disse sørger for informasjon, koordinering og rådgiving om arbeid som berører begge enhetene. Slike roller kan gjøres som en del av andre roller, og trenger ikke være fulltidsstillinger. UUS har flere slike roller. Det er SINTEFs inntrykk at disse rollene er implisitte, og ikke dedikerte. Ofte er det enhetsledere på avdelingsnivå som ivaretar disse rollene. Konflikter løses med andre ord gjennom å adressere dem direkte til de avdelinger som berøres.

Koordinatorer eller integratorer spiller en sentral rolle i denne konteksten. Samarbeidsmodellen stiller store krav til løsningsorientering og relasjonelle ferdigheter mellom avdelingene, spesielt hos avdelingslederne.



**Figur 6.6 Endogen samarbeidsmodell**

En annen variant vil være en eksogen samarbeidsmodell, slik som er vist i figur B, ved enten å dedikere en "nøytral" koordinator utenfor begge enhetene eller ved å opprette kryssfunksjonelle team som gis et større mandat. Koordineringsfunksjon utenfor enhetene kan ivaretas av en eller flere personer, for eksempel organisert i en egen funksjon. Koordinatoren har i denne modellen uansett ingen linje til avdelingen som trenger koordinering. Dersom man oppretter en linje til avdelingene, har man innført en matriseorganisasjon.



**Figur 6.7 Eksogen samarbeidsmodell der koordinerende rolle ligger utenfor enhetene**

Begge disse variantene av samordning vil kunne vurderes i forhold til de alternative strukturene som vi diskuterer i kapittel 7. Imidlertid vil det måtte vurderes hvilke av disse to variantene som vil passe best til den eventuelle grunnstruktur som blir valgt. Antagelig kan slike endogene og eksogene samarbeidsmodeller kunne introduseres ulikt, avhengig av størrelse på de ulike avdelingene og avhengighetsgrad i forhold til andre avdelinger. Enkelte avdelinger har mer kritiske samordningsproblemer enn andre slik vi for eksempel ser det i forholdet mellom avdelinger i Hjertelungesenteret og Medisinsk divisjon.

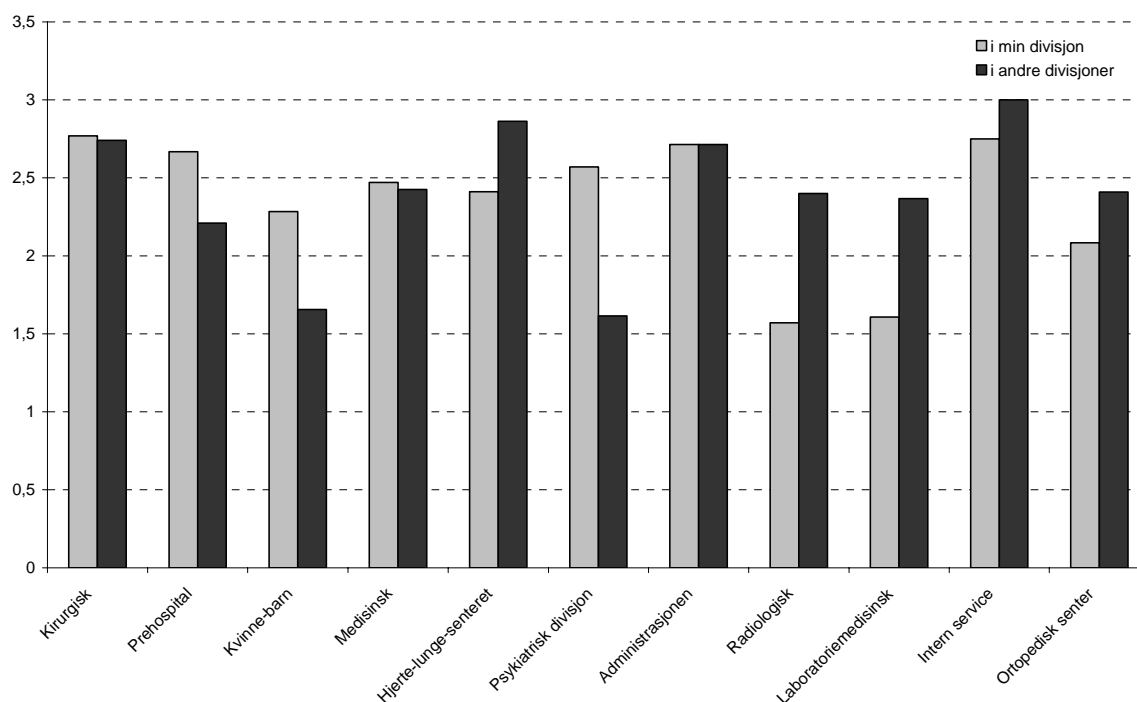
### 6.4.3 Horisontal samhandling og pasientforløp – hva er hovedproblemene?

I spørreundersøkelsen til alle ansatte ved sykehuset har vi spurt om hvilke forhold som var til hinder for gode pasientforløp. I prioritert rekkefølge, dvs. fra de forhold som ble ansett som størst hindring til de som var minst til hindring for gode pasientforløp, er det som følger:

1. manglende midler over budsjettet
2. manglende personalressurser
3. uforutsigbarhet i pasientforløpet
4. svingninger i pasientantallet
5. manglende planlegging av pasientforløpet
6. øyeblikkelig hjelp
7. forhold utenfor sykehuset
8. andre avdelinger i min divisjon
9. informasjonssystemene
10. lang responstid fra medisinske serviceavdelinger
11. manglende operasjonskapasitet
12. forhold internt i min avdeling
13. avdelinger i andre divisjoner
14. mangelfull prioritering
15. manglende rutiner
16. at personalet ikke kan omdisponeres
17. lite fleksible vaktplaner
18. interne uenigheter om behandlingsalternativer
19. overdreven prøvetaking

Denne prioriterte listen er basert på respondentenes *opplevelse*. Det kan godt være at de faktiske forhold kan avvike. Et klassisk eksempel er at det er vanlig å "skylde på" øyeblikkelig hjelp når det gjelder forstyrrelser av pasientforløp, for eksempel ved strykninger på operasjonsprogrammet. Ofte viser det seg at andre forhold, som for eksempel manglende prøvesvar etc. er en langt større årsak til slike problemer.

Det som kanskje er mest slående, er at forhold direkte knyttet til *organisering*, ikke minst samarbeid med avdelinger i *andre divisjoner* ikke kommer særlig høyt på denne listen. Når det gjelder organisatoriske problemer, så synes det også å være klart at samarbeid internt i egen avdeling rangeres som et større problem enn samarbeid mellom avdelinger og samarbeid på tvers av divisjoner. Det betyr at divisjonalisering som sådan *ikke* oppfattes som et problem for god pasientflyt, på den måte at hovedproblemene vil bestå selv om en reorganiserte divisjonene. Rent generelt er det i hovedsak forhold knyttet til *styring og ledelse* som oppfattes som hovedproblemet. Imidlertid er det naturligvis også forskjeller mellom divisjonen når det gjelder oppfattelse av om problemet skyldes "interne" forhold eller enheter i andre divisjoner, se figuren nedenfor:



**Figur 6.8 Ledervurdering av i hvilken grad problemer med pasient forløp skyldes interne forhold eller eksterne forhold (1=I liten grad, 5=I stor grad)**

For det første er det svært tydelig at de enheter som i stor grad yter service til andre enheter, opplever problemer i forhold til andre divisjoner mer enn internt. For det andre er det de to store brukerne av anestesi og operasjon, som ligger i kirurgisk divisjon – ortopedisk senter og hjerte-lungesenteret, som opplever problemene som større *mellom* divisjonene enn *innad* i divisjonene. Forskjellen mellom disse to sentrene og Kvinne-barn divisjonen er slående.

Vi synes det er god grunn til å se de høyest rangerte årsakene, ressursmangel (1 og 2), i forhold til manglende operasjonskapasitet (11), lang responstid (10) og manglende prioritering (14). Dette tyder også på at ressursene ikke er fordelt på en optimal måte. Når det oppleves at det er manglende operasjonskapasitet, så er det et uttrykk for at den interne *etterspørselen* etter anestesi, operasjonsstuetid og postoperativ/recovery er større enn det *interne tilbudet*. Tradisjonelt uttrykkes dette i form av at det trengs *mer ressurser*. Men det bør også vurderes to alternative betraktninger. I stedet for å si at et er mangel på for eksempel anestesiresurser, kan en alternativt si at det er "overskudd" av kirurgiresurser. En kan også vurdere om sykehuset kan prioritere oppgaver og overlate til andre sykehus å utføre deler av virksomheten. Altså å tilpasse det eksterne tilbudet til den interne reelle kapasiteten. Begge disse betraktningene handler om å omfordele ressurser og om å *prioritere*. Det innebærer at gode pasientforløp kan utvikles først og fremst gjennom god virksomhetsstyring og ledelse, og ikke organisasjonsstruktur.

Forholdene 3-7 handler også om hvordan en kan skape interne koordinerende funksjoner som kan håndtere uforutsigbarhet og "forstyrrelser" i driften. Å anvende "hierarki" – dvs. linjeledelse for å løse disse problemene vil raskt overbelaste ledelsen i en så kompleks virksomhet som sykehus. Det må derfor utvikles andre strukturelle tiltak, mer enn å organisere "nye" hierarkier, ikke minst ved å planlegge forløp bedre, utvikle (felles) behandlingsprotokoller, gjennomføre forløpsanalyser som grunnlag for endring av rutiner og utvikle "koordinerende" roller og funksjoner. Det er grunn til å minne om at forslaget om pasientansvarlig lege i NOU 1997:2 "Pasienten først!" primært handlet om å styrke den *horisontale koordinerende funksjonen* i sykehusene – at det fantes noen som kunne ta *høle* pasientforløpet i betraktning. Slik denne funksjonen har blitt utformet i forskrift og implementert i UUS, så har den i liten grad en slik koordinerende og integrerende rolle, men heller et delfunksjonsansvar i forhold til et helhetlig pasientforløp.

## 6.5 Virksomhetsstyring – sammenhengende ledelse eller dekket styringsprosess?

Kompleksiteten ved Ullevål universitetssykehus gjør virksomhetsstyring vanskelig. I dette avsnittet vil vi diskutere elementer som særlig berører den vertikale samhandlingen.

### 6.5.1 Myndighetsstruktur

Ovenfor presenterte vi hvordan myndighet og fullmaktstrukturen oppleves ved UUS. Vi så at det var stor variasjon både internt mellom de ulike divisjonene og i forhold til andre norske sykehus. Vi har tidligere diskutert problemene med at praksis og formalia ikke følger hverandre. Når det gjelder myndighet og fullmaktstrukturer er dette et kritisk moment. Det er kritisk for å kunne opprettholde en troverdig struktur som fungerer hensiktsmessig i forhold til ansvar og oppgaver. En slik fullmaktstruktur må bevisstgjøres og synliggjøres. Det er utenfor SINTEFs mandat å gi eksplisitt vurderinger av om UUS har en hensiktsmessig fullmaktstruktur. Slik vi forstår det, er fullmaktstrukturen under vurdering ved UUS. Vi vil her begrense oss til å synliggjøre variasjoner og peke på behov for en omforent forståelse av hva som er gjeldene fullmaktstruktur i forhold til ansvar og oppgaver. Nedenfor viser vi en oversikt over fullmaktstrukturen slik vi tolker den ut fra formelle skriv.

	Helse Øst RHF	Ullevåls styre	Administrerende direktør	Divisjonsdirektør	Konsensus mellom avdelingsledere	Avdelingsleder	Seksjonsleder	Medarbeider
<b>I = Skal informeres</b>								
<b>R = Skal rådføres</b>								
<b>B = Beslutningsmyndighet</b>								
<b>G = B innstiller og G tar endelig beslutning</b>								
<b>Pasientbehandling</b>								
Beslutninger om hvem som skal være garantipasienter						B		
Koordineringen av pasientinntaket						B		
Vedta mål om behandlingsvolum	B	R	B	B		R		
<b>Ressursdisponering</b>								
Vaktplaner			R	R		B		
Sengeplasser				B	R	R	R	
Ferielister				R		B		R
<b>Strategi og Organisering</b>								
Strategi for UUS		G	B	R		R		
Divisjonsstrategi				B		R		
Fastlegge sykehusets organisasjonsstruktur		G	B	R		I		
Fastlegge divisjonenes avdelingsstruktur				B		R		
Organisere avdelingen				G		B	R	I
<b>Økonomi</b>								
Bevilgning til UUS	B							
Fordeling av bevilgning mellom divisjonene		G	B					
Fordeling av bevilgning mellom avdelingene				B	R			
Påføre UUS utgifter som ligger utenfor budsjettet		G	B					
Fastsette lønn		B	B	B				
<b>Produksjon og tjenester</b>								
Kvalitetssystem		G	B	I	I	I	I	I
Bestemme funksjoner og tjenester som skal tilbys	G	B	R	R	R	R		
Funksjonsfordeling mellom sykehus	B	R	R	R	R			
<b>Innkjøp</b>								
Innkjøp under 200 000,-				B				
Innkjøp over 500 000,-			B					
Større innkjøp av medisinsk utstyr		G	B					
Medisinske forbruksvarer					B	B	B	
<b>HR</b>								
Ansettelse av adm. direktør		B						
Ansettelse av divisjonsdirektør			B					
Ansettelse av personell i divisjonene			G	B	R		R	
Sentralt lederutviklingsprogram			B	R				
Divisjonsvise lederutviklingsprogram				B	R			
Oppsigelse av personell i divisjonene			G	B				
Omgjøre stillinger i divisjonene				B				
Opprettelse av stillinger i divisjonene				B				
<b>Andre forhold</b>								
Parkeringstillatelse			B	R				

I tabellen har vi skilt mellom informasjon, rådgøring, innstilling og endelig beslutning. Vi har tatt et utvalg av beslutningsområder og satt dette opp i en illustrerende matrise. Vi mener at denne kan utvides og brukes som utgangspunkt for en gjennomgang av om den er tilfredsstillende i forhold til de enkelte aktørenes oppgaver og ansvarsområder. I den grad det er uenighet om de ulike fullmakter og roller, bør dette tas opp til diskusjon og konkretiseres.

Gjennom fokusgruppediskusjoner ble det avdekket frustrasjoner rundt fullmaktstrukturen som man opplevde som uforutsigbar og ikke i samsvar med myndighetsstrukturen. Det ble stilt resultatkrav som krevde at man hadde større grad av fullmakter. Spesielt ble det pekt på behovet for opptrapping innen psykiatrien uten at man hadde de nødvendige fullmakter til å foreta ansettelse og investeringer.

Det var i en periode nødvendig å trekke inn fullmakter ved UUS på grunn av omfattende avdekking av feil i innkjøpsrutiner. Gjennom intervjuer og fokusgruppediskusjoner tegnes det et bilde av at dette bare gjaldt en begrenset del av sykehuset, og at en innstramning som berørte hele sykehuset var *"som å gi fartsbot til alle fordi én kjørte for fort"*. Imidlertid avdekkes det gjennom revisjonsrapporten at feil ved innkjøp gjaldt 30 % av alle innkjøp.

SINTEF anbefaler at:

- Fullmaktstrukturen tydeliggjøres og blir gjort forutsigbar for de ansatte ved UUS på alle nivåer. Feil og mangler i rutiner nedover i organisasjonen må følges opp med opplæringstiltak.
- Fullmaktstrukturen må avspeile komplementaritet i beslutningsmyndighet. Ansvar og oppgaver må gis tiltrekkelige fullmakter slik at de fastsatte mål kan realiseres og beslutningen fattes av de mest informerte. Myndighet bør allokteres til det nivået som er best informert til å ta beslutningen.

#### 6.5.2 Budsjett og økonomisk kontroll

Virksomhetsstyring blir ofte tett koblet med økonomisk kontroll. UUS har i årene 2002-2004 hatt økonomisk kontroll og gått i balanse. Det kan være mange årsaker til at dette er tilfelle, men at fokus på økonomistyring og innsparing har bidratt til resultatet, er det liten grunn til å tvile på. På hvilken måte har dagens struktur påvirket denne prosessen? På den ene siden har divisjonalisering gjennom fokus på mål- og resultatstyring vært en egnet organisasjonsstruktur for å fordele byrdene og gi ansvaret for dette til ledere på divisjonsnivå. Divisjonene har vært størrelsesmessig så store at det har vært mulig for de fleste å kunne ta byrden med å spare inn ca. 2 % gjennom intern omprioritering og generell sparing. Divisjonaliseringens styrke kan sies så være kontroll og resultatfokus (på økonomi).

Det som har vært svakheten er at innsparingskrav har blitt fordelt "likt". Når det gjelder det generelle innsparingskravet som følger av generell effektivisering og kontinuerlig forbedring, som vil kunne ligge på ca 2 % hvert år, så er det ikke unaturlig at dette skal fordeles likt. Imidlertid vil mye av slik effektivisering kunne følge av teknologisk utvikling, og denne utviklingen kan gi større utslag i noen divisjoner enn andre, litt avhengig av hvor "teknologisk" selve virksomheten drives.

Det som har vært hovedproblemet med budsjettprosessen er altså ikke at alle divisjoner må bidra på likt grunnlag når det gjelder effektivisering, men at det ikke har vært mulig å få til reelle *prioriteringer* mellom aktiviteten i de ulike divisjonene som følge av faglig utvikling, befolkningsutviklingen og behovet for prioritering mellom ulike pasientgrupper. Med andre ord; i tillegg til at alle divisjoner vil måtte effektivisere sin drift (hvert år), bør en også se på omprioritering og omfordeling av ressurser på basis av de reelle prioriteringsbehovene på faglig grunnlag. Resultatet har derfor vært en inkrementell tilpasning av rammene for å nå budsjettbalanse for sykehuset. I tillegg til dette har divisjonene i ulik grad klart å nå sine egne budsjettmål. Disse har fått "dekket" sitt underskudd av midler som har blitt tilgjengelig "sentralt", og slik sett har manglende budsjettbalanse på divisjonsnivå ikke hatt synlige konsekvenser. Dette kan på sikt undergrave budsjettdisiplinen i de divisjonene som har klart å holde budsjettbalansen tidligere.

Det kan godt være at det faktisk er *gode* grunner til at en divisjon ikke skal gå i balanse. Men hvis dette er allment akseptert i sykehuset, *burde* dette først og fremst blitt tatt hensyn til i budsjettprosessen. Hvis det hersker usikkerhet om manglende budsjettbalanse har en god klinisk begrunnelse, eller om det er manglende styring, *burde* dette ha ført til en grundig gjennomgang i



sykehusledelsen med etterfølgende konsekvenser – enten for budsjettet, eller for divisjonen det gjelder. Vi kan ikke se at dette har skjedd med tilstrekkelig styrke.

SINTEF anbefaler at:

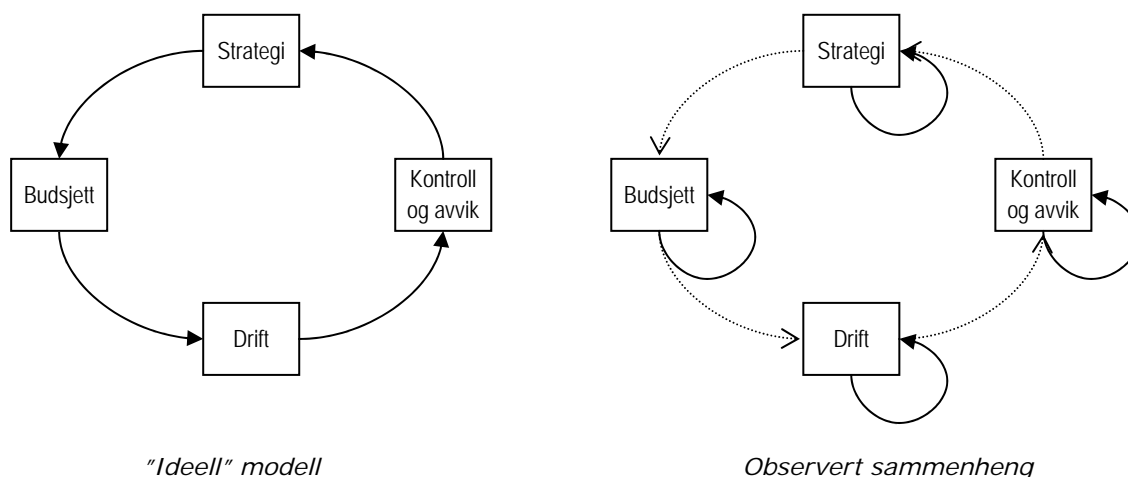
- Det legges fortsatt vekt på sterk økonomistyring
- Det bør innføres en mer konsekvent resultatoppfølging

### 6.5.3 Strategi og budsjett er dekkoblet

Budsjett er et av virkemidlene ledelsen har til rådighet for å styre virksomheten. I det tydeliggjøres både hvilke aktiviteter som skal gjennomføres og hvilket nivå de ulike aktivitetene skal holde. UUS har utarbeidet en plan for hvordan budsjettprosessen skal forløpe. I planen er budsjettprosessen tett integrert med strategiprosessen. Strategien for sykehuset skal utarbeides på grunnlag av SWOT-analyser gjennomført på avdelings- og divisjonsnivå. Formålet er å komme fram til hva sykehuset skal satse på det kommende år med tilhørende ressurser. Vår datainnsamling viser at det i liten grad er en reell kobling mellom budsjettene som utarbeides og strategiplanene som lages. Budsjettene gjenspeiler dermed ikke planene som legges for den kliniske aktiviteten i tiden framover. Budsjettet er da snarere historisk begrunnet, det vil si at det bygger på foregående års budsjetter framfor analyser av hva enhetenes planer for aktivitet har av økonomiske konsekvenser. Vi finner eksempler på at underskudd i avdelinger forklares med at avdelingens strategiske satsinger ikke er med i budsjettet. Dermed ender sykehuset opp uten en reell strategi selv om det er utarbeidet strategiplaner på ulike nivåer i organisasjonen. Vi kan da hevde at budsjett og strategi er dekkoblet. Videre trekker våre informanter fram at selve budsjettarbeidet er preget av en viss grad av uforutsigbarhet. Dette skyldes dels interne forhold ved sykehuset og dels ytre rammebetingelser. Av ytre forhold pekes det på at de økonomiske rammene som blir gitt er usikre, de kommer for sent og de endres underveis i budsjettåret - endringer i takster, vekter, DRG-refusjoner osv. Av interne forhold pekes det på at utarbeidelse av driftsbudsjettet og investeringsbudsjettet er to atskilte prosesser, noe som vanskeliggjør prioriteringsarbeidet.

En annen utfordring som sykehuset står overfor i sitt budsjett- og strategiarbeid er ivaretagelsen av sykehuset som helhet. SWOT-analysen, som strategiplanen bygger på, består av en vurdering av avdelingers og divisjoners styrker, svakheter, muligheter og trusler. Siden virksomheten i flere av divisjonene er til dels sterkt avhengig av aktiviteten i andre divisjoner, vil beslutninger om endringer i aktivitet for én divisjon ha konsekvenser for en eller flere av de øvrige divisjonene. Divisjoner og avdelinger kan vise til at et eventuelt underskudd i egen enhet skyldes økt aktivitet i en annen enhet som kan hende ligger i en annen divisjon. Vi har fått eksempler på at kostnadmessige konsekvenser av tiltak som manifesteres i andre avdelinger og divisjoner enn der tiltaket primært rettes inn, blir underrapportert eller skjult. De fulle konsekvensene av tiltak er derfor for dårlig synliggjort, med manglende sammenheng mellom strategi og budsjett som resultat. Strategi- og budsjetteringsprosessen bør derfor søke å fange opp konsekvensene for sykehuset som helhet når strategiske satsinger skal vedtas. Utviklingen av strategier for den framtidige virksomheten ved sykehuset innebærer også at sykehuset må kunne avgrense sin aktivitet på ulike nivåer. Sykehuset bør i større grad nedprioritere eller velge bort områder.

En ideell styringsløype sikrer at strategi er styrende for budsjett (budsjett er ideelt sett strategiplanen uttrykt i økonomiske måltall), dernest at budsjett er styrende for den daglige drift, og at driften følges opp gjennom kontroll og avvikshåndtering, som igjen gir konsekvenser for strategi. Imidlertid ser vi tegn på at disse fire "aktivitetene" i varierende grad er dekkoblet, og til dels opptrer som *selvrefererende systemer*. Den viktigste forklaringen til budsjettet er ikke strategi, men tidligere budsjett. Den daglige drift styres stort sett av andre forhold enn det gjeldende budsjett, og avviksrapportering og kvalitetssikring er et system som i dag ikke godt nok er integrert i linjeledelsen, og har liten effekt på strategi og budsjett. Den reelle situasjonen avviker derfor fra den ideelle styringsløypen (se figuren nedenfor).



**Figur 6.9 Ideell og observert styringsløyfe**

Hvis man skal peke på de prosessene som i størst grad er dekket og selvrefererende, vil vi peke på sløyfen strategi - budsjett - drift. Sløyfen fra drift til kontroll og avvik er den mest intakte sløyfen i denne modellen, noe som i stor grad skyldes tett oppfølging av avvik på produksjons- og økonomitall. Problemet med denne sløyfen gjelder egentlig ikke selve styringsdialogen, men styringsinformasjonssystemet som ikke gir tilstrekkelig grunnlag for fullgod kontroll og avvik (styringsdialog), og dermed en læringsløyfe tilbake til strategi. Styringsinformasjonssystemet utgjør en så viktig faktor ved UUS at vi behandler dette i et eget punkt.

#### 6.5.4 Styringsinformasjonssystemet har ikke tillit nedover i organisasjonen

UUS har en ufordring når det gjelder å skape tillit til styringsinformasjonssystemet som eksisterer i dag. Ett av problemene er at avdelingene og divisjonene som rapporterer inn styringsdata ikke kjenner igjen data i de styringsrapportene som utarbeides. Dette illustreres godt når vi ser at divisjoner som må løse en konflikt seg i mellom kommer til møtet med *hvert sitt* datasett. Dette gjenspeiler manglende tillit til et felles datagrunnlag ved sykehuset. Det kan være ulike årsaker til dette. Det kan skyldes at rutineene for registrering ikke er godt nok kjent, slik at for eksempel enkelte registreringer underkjennes eller at data presenteres på andre steder i rapportene enn det den som registrer mener å vite. Manglende kunnskap om registreringen kan også føre til at data som legges inn ikke er korrekte. Det settes videre spørsmålstejn ved om de indikatorene som skal si noe om kvalitet er gode nok til dette, og om de egner seg til sammenligninger. Dersom styringsinformasjonen skal bli nyttegjort, er det en forutsetning at brukerne stoler på at den er riktig. Manglende tillit til styringsinformasjonen har resultert i at det foregår en utstrakt bruk av parallellregistrering og skyggeregnskap. En annen side ved de styringsdata som rapporteres til overordnet nivå, er at underliggende nivå kan oppleve at det i liten grad kommer tilbakemeldinger fra overordnet nivå, et eksempel her er rapportering om avvik. I den grad underliggende nivå ikke ser nytteverdien av data, vil det kunne resultere i mangelfulle registreringer som igjen undergraver tilliten til styringsinformasjonssystemet.

SINTEF anbefaler at:

- Bedre opplæring i LISUS, bedre tilbakereporteringer og håndtering av feilmeldinger
- Alle eksisterende administrative systemer må rapportere tilbake og være reelt operative. Systemer som ikke er operative bør saneres.
- Historiske data må konverteres til LISUS. Data må kunne spores tilbake i tid selv om avdelinger reorganiseres.

### 6.5.5 Pseudo-styring?

Vi vil hevde at divisjonaliseringens vektlegging av målstyring på mange måter vil stå i et motsetningsforhold til den komplekse virkelighet og gjensidige avhengighet som preger mye av sykehusets virksomhet. Målstyring forutsetter at mål kan formuleres, at grad av måloppnåelse kan vurderes og at målene kan nås med de virkemidler ledelsen ved den enkelte divisjon og avdeling har til rådighet (som er viktig for vurdering av konsekvenser). Hvordan forventningene til og mål for den enkelte ansatte oppfattes har vi gjort rede for under kapittel 5.

Hvis måltallene ikke på en god måte fanger opp de vesentlige faktorene i den daglige virksomhet, vil en få en dekopling av den målstyring som skjer overordnet og den daglige drift og virksomhet. Det kan delvis forklares med at måltallene ikke klarer å fange en kompleks virkelighet. Det kan også forklares med at målstyring strider mot en normativ styringslogikk innen fagmiljøene, der hensynet til pasientene går foran hensynet til økonomi. Hvis målene ikke oppfattes som relevante og legitime, så vil de ha liten gjennomslagskraft som reelt styringsverktøy.

Et annet problem kan oppstå dersom en forsøker å kompensere for kompleksitet ved å styre etter mange ulike mål samtidig. Da vil en få et system der ledere bindes på hender og føtter av et stort antall mål, som delvis overlapper hverandre og delvis er motstridende. Da kan det reelle ledelsesrommet bli lite, og ledere kan bli tvunget til å opptre illojalt, fordi det ganske enkelt ikke er mulig å nå alle mål samtidig. Og da må en velge hvilke mål som er viktigst.

### 6.5.6 Styringslinje

Den viktigste styringslinjen mellom administrerende direktør og divisjonene er oppfølgingsmøtet mellom administrerende direktør og divisjonsdirektør. I dette møtet deltar normalt administrerende direktør, viseadministrerende direktør og økonomidirektør fra administrasjonen og divisjonsdirektør med sin økonomisjef fra divisjonen. Møtet skjer normalt kun når det foreligger avvik på produksjonstall eller økonomiske parametere. Det gjennomføres møter mellom administrerende direktør og divisjonsdirektør med ledergruppe hvert tertial. Dette møtet dreier seg også om andre styringsparametere enn økonomi og aktivitet. Administrerende direktør gjennomfører også styringsdialog helt ned på avdelingsnivå, en praksis som ble innført for to år siden. Det skrives ikke referat fra disse møtene.

Styringsdialogen oppleves av de aller fleste som krevende og positiv. Det er SINTEFs inntrykk at måten disse møtene har vært gjennomført på er et av de viktigste bidragene ledelsen har gitt for at UUS har gått i balanse de siste årene. Flere peker imidlertid på forbedringspunkter i oppfølgingen:

For at oppfølgingen av den enkelte divisjon skal fungere er man avhengig av at den interne kommunikasjonen i staben fungerer godt. I oppfølgingsmøter opplever enkelte av divisjonene at man ikke har forståelse for det divisjonene faktisk har levert av grunnlagsdata, det hersker dermed usikkerhet rundt faktagrunnlaget på grunn av manglende koordinering i administrasjonen. Dette er ikke bare viktig i en styringsdialog, det er også en forutsetning for å kunne være med på en strategisk prosess. Videre opererer man ikke med en overordnet felles mal for økonomirapporteringen. Det samme gjelder årsrapporter.<sup>30</sup>

Flere rapporterer at et av de største problemene i dag er at dataene som ligger til grunn for styringsdialogen ikke er kvalitetssikret. Det er så store variasjoner at det er mulig å fremstille situasjonen i forskjellige retninger avhengig av hvilke premisser man legger til grunn for styringstallene. Det betyr at tilliten til grunnlaget for samtalene ikke er god nok for å få til en god styringsdialog. Et motargument som har vært fremmet mot dette, er at systemene er gode nok, men at personellet ute i flere av divisjonene ikke er tilstrekkelig datakyndig for å kunne få ut riktig styringsinformasjon.

---

<sup>30</sup> I følge Instruks for Styringsdialog og rapportering skal slike maler foreligge, men divisjonsdirektører påpeker at slike maler ikke foreligger. Uansett konstaterer SINTEF at verken økonomirapportene eller årsrapportene fremstilles konsistent på tvers av divisjonene.

Et annet, og beslektet, problem er styringsdokumentene. Avtalen som blir til mellom den enkelte divisjon og administrerende direktør oppfattes av flere som uryddig. Flere peker på at dette dokumentet er svært komplisert å forholde seg til. Ytterligere kompliseres bildet av at hver av divisjonene har strategiske planer, både kortsiktige og langsiktige. I tillegg opererer man med målekort og en EFQM-modell. Disse forskjellige dokumentene skal etter intensjonen henge logisk sammen. De aller fleste divisjonene opererer således med flere titalls sider med strategiske planer. Vårt inntrykk er at den strategiske rolleforståelsen i flere av divisjonene ikke er stor nok. Vi oppfatter at avtalestyringen først og fremst er reaktiv og ikke integrert med en strategiprosess. Således kan man konkludere med at den strategiske bevisstheten og disiplinen på divisjonsnivå ikke har vært sterk nok, og at dette dermed representerer et forbedringspotensial for UUS.

Et annet moment som er relevant i forhold til styringsdialogen er oppfølgingen av det man faktisk avtaler. SINTEF konstaterer at manglende gjennomføring av avtaler ikke får nevneverdige negative konsekvenser. Vårt inntrykk er at man har et relativt sterkt fokus på tiltak for å forbedre og effektivisere virksomheten, men at gjennomføringen av disse tiltakene ikke følges opp på et senere tidspunkt. Det er flere som viser til at en del av troverdigheten til *konsekvensledelsen* er tatt bort når det viser seg at enkelte divisjoner mot slutten av året blir "belønnet" med ekstra tilførte midler når de ikke går i balanse. Dette demoraliserer divisjonskonseptet, og konsekvensen blir at den politiske akselen forsterkes, istedenfor den operative kliniske akselen.

#### 6.5.7 Divisjonsdirektørmøtet (DDM)

Divisjonsdirektørmøtet er formelt sykehuset toppledergruppe. Statskonsultrapporten "Fra god til bedre på Ullevål universitetssykehus" gav følgende karakteristikker av DDM:

- *Lite strategisk i sin form*
- *Mye informasjon, mange saker på dagsordenen. Løst og fast, stort og smått blandes og sidestilles.*
- *Få beslutninger å spore.*
- *Mange økonomisk/administrative formaninger (fra staben), men lite analyse, konsekvenser og vurderinger fra staben.*
- *Lite temperatur.*
- *Det er vanskelig å få øye på DDMs rolle.*

Dette er en karakteristikk av DDM i 2002. Hva er status nå, tre år senere? Normalt skal en toppledergruppe fungere som strategisk og koordinerende organ. SINTEF konstaterer at DDM ikke oppleves som et strategisk organ av divisjonsdirektørene. Følgende sitater fra divisjonsdirektørene er representative:

- *I DDM blir vi orientert. Det er ikke mulig å fatte vedtak, kun mulig å stoppe ting. Vi sitter der som autonome representanter for vår divisjon.*
- *Vi greier ikke ta en prioriteringsdiskusjon.*
- *Vi deler informasjon om den enkelte divisjons drift og økonomi. Man mangler den åpenheten som trengs for å kunne ta beslutninger.*
- *DDM er et informasjonsmøte. Jeg stusser over nivået på sakene som blir tatt opp. Møtet blir veldig fragmentert. Alle mulige saker tas opp, helt ned til spesifisering av elektriske anlegg. En veldig detaljrikdom. De ganger det er tilløp til diskusjon blir disse avskåret.*
- *Saker kjøres helt frem til beslutning før man får mulighet til å påvirke. Her er det mye som ligner på gamle styringsformer.*
- *Når administrasjonen ikke liker utfallet av en sak i DDM blir den tatt opp på nytt.*
- *Når det gjelder DDM har vi blitt flinkere på gjennomføring, men vi må bli bedre. For mye folk. Noen som ikke sier noe. Andre som protesterer på alt.*

En gjennomgang av referatene fra DDM viser at vedtak med ansvarlige personer blir protokollert. Dette er en forbedring fra tidligere praksis. Men fremdeles det at man har en lang vei å gå før møtet fungerer hensiktsmessig.

SINTEF vil problematisere funksjonen til dette møtet langs to akser, man kan enten endre divisjonsdirektørrollen, eller så kan man endre DDMs rolle:

1. Gitt divisjonsdirektørenes oppfatning av seg selv som autonome representanter for egne divisjoner er det vanskelig å gjøre DDM til et helhetstenkende strategisk organ. En mulighet vil være å endre og tydeliggjøre rolleforståelsen til divisjonsdirektørene. Dersom man mener at DDM skal være en toppledergruppe, må medlemmene legge divisjonsdirektørhatten på hyllen når de går inn i møtet og ta på seg konserndirektørhatten.

Et rolleskift fra en divisjonsdirektør til en konserndirektør vil innebære en vektlegging av strategier på tvers av divisjonene, nedprioriteringer av virksomhetsområder og oppbygging av nye områder uavhengig av divisjonsdirektørrollen. Dersom man velger å gå i en slik retning vil dette få konsekvenser både for hvilke saker som tas opp, kommunikasjonskulturen i møtene, hvordan sakene behandles og hvordan sakene besluttet. Dette er en mulighet dersom man ønsker å utvikle organisasjonen til å foreta reelle prioriteringer på tvers.

2. En alternativ modell vil være å revurdere hvilken rolle DDM skal ha. Overordnet er problemstillingen hvilken verdi et felles møte med de andre divisjonsdirektørene og administrerende direktør kan ha. Vi vil peke på fire verdier:

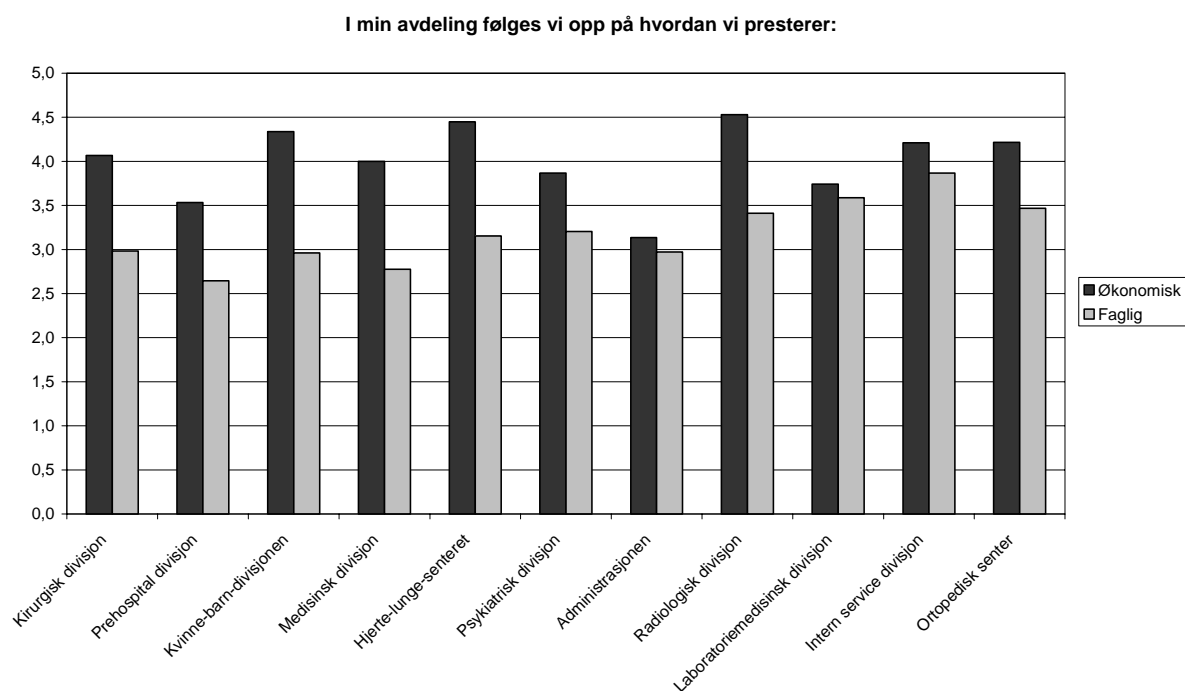
- Behandle saker av tversgående strategisk karakter. Dette fordrer imidlertid et større ansvar for tversgående strategiske initiativer fra de enkelte divisjonsdirektørene.
- Utveksling av informasjon.
- Forankringsarena. Administrerende direktør bruker møtet til å få innspill i strategiske prosesser, for eksempel HR-strategi, kvalitetsstrategi, valg av IT-strategi, etc.
- Skape fellesskapsfølelse blant divisjonsdirektørene og administrerende direktør.

Denne modellen anerkjenner divisjonsdirektørene som autonome representanter for egen divisjon, noe som sannsynligvis vil oppleves som enklere for den enkelte å etterleve. I denne modellen er det administrerende direktør som har helhetsansvaret. For det andre krever modellen en mer proaktiv holdning fra divisjonsdirektørene for selv å komme opp med strategier av tversgående karakter, for eksempel i forhold til pasientforløpet, der flere parter kan vinne på felles løsninger og samarbeid. For det tredje fordi modellen anerkjenner viktigheten av drøfting og informasjonsutveksling i saker som er under utarbeidelse.

SINTEF vil framheve at ledelse innenfor et "totalansvars"-paradigme handler kontinuerlig om å håndtere denne "dualismen". Å måtte opptre med *to roller*, enten vekselvis eller samtidig, vil alltid være en del av det å være leder. Det kan ikke defineres eller organiseres bort. Enkelte ganger vil en med fordel kunne rendyrke en av de to rollemodellene som er skissert ovenfor. Andre ganger må en kunne veksle mellom dem, og i gitte situasjoner håndtere begge to samtidig.

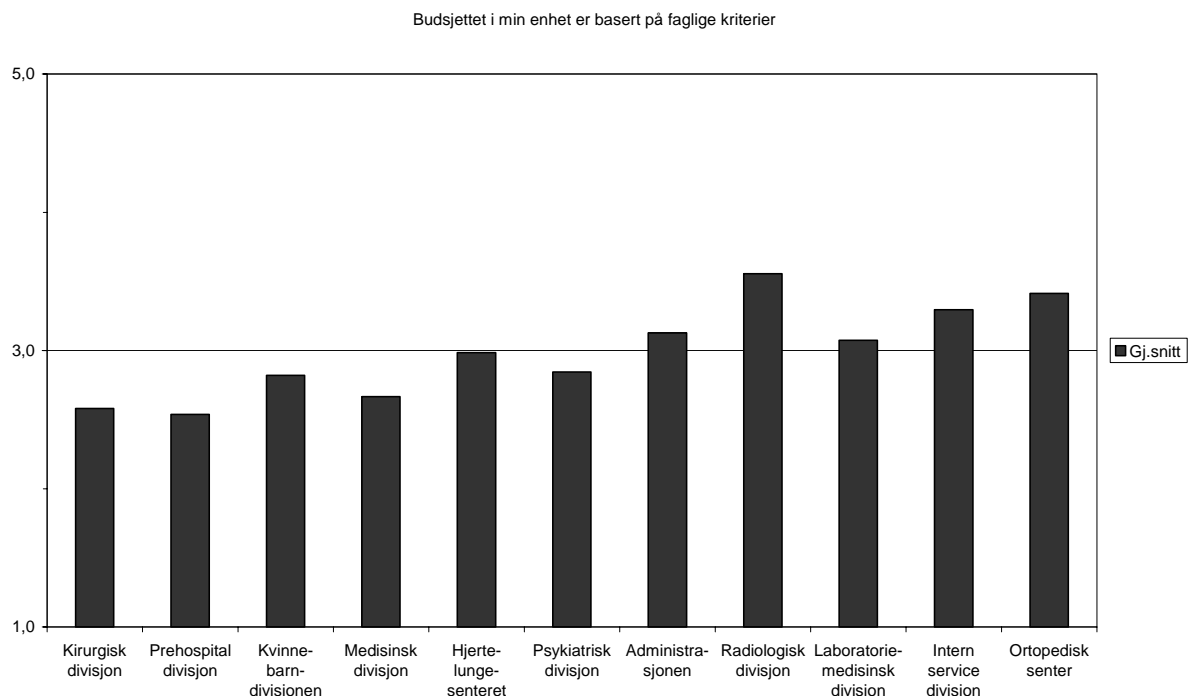
#### 6.5.8 Klinisk lederskap

I spørreundersøkelsen får påstanden "Min avdeling følges opp på hvordan vi presterer økonomisk" en gjennomsnittskåre hos ledere på 4,0 (1=i liten grad, 5=i stor grad), mens påstanden "Min avdeling følges opp på hvordan vi presterer faglig" får en gjennomsnittskåre hos ledere på 3,1, altså en vesentlig lavere skåre, se figuren nedenfor:



**Figur 6.10 Ledernes vurdering av i hvilken grad avdelingen følges opp på hvordan man presterer (1=I liten grad, 5=I stor grad)**

Tilsvarende får påstanden "Budsjettet i min enhet er utarbeidet på bakgrunn av faglige kriterier" en gjennomsnittskåre hos ledere på 3,0, se figuren nedenfor. Her ser vi også at svært mange har angitt at de ikke vet om budsjettet er faglig begrunnet (i en av klinikkene svarte 45% av respondentene dette. Den laveste andelen som svarte vet ikke var på ca 18%). Vi mener at dette *ikke* skyldes et for stort fokus på økonomi og for lite fokus på fag, men at det skyldes manglende *integrasjon* av disse to perspektivene.



**Figur 6.11 Ledernes vurdering av i hvilken grad budsjettet i enhetene er basert på faglige kriterier (1=I liten grad, 5=I stor grad)**

Ved UUS ser vi at økonomi- og effektivitetsfokus er høyt helt ned på avdelingsnivå. Imidlertid ser vi en "lagdeling" der ledere på overordnet nivå har mye fokus på økonomi og i liten grad følger oppunderordnede nivå på faglige kriterier, mens ledere på underordnet nivå i større grad ønsker å fokusere på faglige spørsmål og nye medisinske muligheter. Vi mener dette gir en manglende sammenheng i linjen fra øverste ledelse og ned på avdelings- og seksjonsnivå. Det må utvikles en ledelsesdialog der de faglige premisene også ligger til grunn for beslutninger på toppnivå, og der det utvikles en bevissthet om økonomiske rammebetingelser og god virksomhetsstyring på faglig nivå. Dette ble også tatt opp i "midtveis-evalueringen" som ble utarbeidet av Statskonsult. Vi ser at manglende klinisk begrunnelse for budsjett, og dekolpling av budsjett og reelle strategiske veivalg til dels kan begrunnes i og dels forsterkes av manglende gjennomgående klinisk lederskap.

Klinisk lederskap er basert på to prinsipper<sup>31</sup>. For det første et lederskap som opptre *ansvarlig*, som sørger for at virksomheten er basert på gode faglige standarder og innenfor de rammer som finnes, og som bidrar med relevant, tilgjengelig og reliabel styringsinformasjon om virksomheten oppover i organisasjonen. Ansvarlighet handler om å bidra til økt *transparens* i organisasjonen. For det andre et lederskap som har fokus på kontinuerlig kvalitetsforbedring i egen virksomhet. Dette er en forutsetning for å integrere kvalitetssystemet i linjeledelsen. Videre ligger det største potensialet for økonomisk god virksomhetsstyring i forbedringsprosesser i forhold til den faglige aktivitet.

I forhold til disse to kravene, er det et forbedringspotensial ved UUS. Som nevnt ovenfor er det i organisasjonen ikke tilstrekkelig aksept for og tillit til den styringsinformasjon som finnes. Videre har sykehuset vedtatt at den skal drives etter EFQM-modellen, men dette synes ikke å ha blitt implementert like mye i praksis over alt.

Det skal understrekes at de problemene som det pekes på her, med for lite fokus på faglige argumenter i toppledelsen, og for lite fokus på økonomi og forvaltning av ressurser på avdelings-

<sup>31</sup> Vi har i stor grad oversatt klinisk lederskap fra det engelske "Clinical Governance", som viser til to grunnleggende begreper. "Governance" (som på norsk kbedre kan oversettes med virksomhetsstyring enn lederskap) viser til ansvar (accountability), transparens og åpenhet (corporate fairness), mens "Clinical" viser til kvalitetssikring, metodevurdering, risikohåndtering og faglig utførelse (performance).

og seksjonsnivå, kjennetegner de fleste sykehusene. Dette skyldes blant annet den grunnstrukturen som sykehusene har som særpreg – ikke minst en sterk normativ styringsideologi i den daglige virksomhet, og det økende målstyringsideologi som preger omstillinger og nye moter i offentlig sektor (NPM). De aller fleste sykehus står foran store utfordringer når det gjelder å utvikle en god ledelseslinje gjennom hele organisasjonen. Omstillingen til enhetlig ledelse er et viktig premiss for å utvikle klinisk lederskap, fordi enhetlig ledelse i stor grad er et strukturelt virkemiddel som skal bidra til en ledelse som tar et *totalansvar* for virksomheten. Vi vil her peke på at enhetlig ledelse er ulikt implementert i de forskjellige divisjonene. Dette kan ha en rasjonell forklaring i at divisjonene er ulike, men det kan også skyldes at det enkelte steder bare er gjort en overfladisk tilpasning til lovpålegget om enhetlig ledelse, uten at dette har avstedkommet særlig rolleendring hos de som er ledere. Vi vil imidlertid påpeke at det finnes gode eksempler på ledere av faglig virksomhet som også tar en tydelig ansvar for økonomi, ressursforvaltning og kvalitetsforbedringer. Samtidig finnes det ledere på toppnivå som er svært opptatt av at beslutninger skal være godt klinisk begrunnet. Men for sykehuset som helhet, er det ennå et stykke igjen før dette er en innarbeidet del av sykehusets lederkultur.

## 6.6 Stabs- og støttefunksjoner

UUS har en stor sentral stab. Parallelt har man i divisjonene bygget opp egne staber, som på enkelte områder "overlapper" de funksjoner som ligger til sentral stab. Den sentrale administrasjonen har i de senere årene vokst i oppgaver, og omfatter ressurser til følgende funksjoner:

- Forvaltningsfunksjon
- Kontrollfunksjon
- Strategiske rådgivning og policy
- Analyser
- Støttefunksjon
- Driftsfunksjon
- Bestillingsfunksjon

Flere av administrasjonens avdelinger ivaretar flere av disse funksjonene samtidig. Disse funksjonene skal på ulike måter tjene administrerende direktørs ledelse og styring av sykehuset. Samtidig er de sentraliserte ressurser med spesialisert kompetanse (eksempelvis økonomi, personal) som skal understøtte hele sykehusets ledelse.

For divisjonene fremstår det imidlertid som uklart hvem som har ansvaret for hva, og divisjonene opplever at viktig informasjon som blir gitt i møter mellom divisjonen og en instans i administrasjonen (for eksempel økonomiavdelingen) ikke blir videreformidlet til en annen instans i administrasjonen (for eksempel administrerende direktør), selv når denne informasjonen anses som svært viktig. Man kan også vise til eksempler på det motsatte, at beslutninger blir tatt i linjen uten at relevant stabsenhet blir orientert. Ved siden av den administrative uryddigheten dette medfører, er konsekvensen at døren for politisk spill vis a vis administrasjonen åpnes på en slik måte at enkeltgrupperinger som behersker dette spillet tilgodesees.

Denne uklarheten rundt administrasjonens rolle gir seg ytterligere utslag i at enkelte av stabene opptrer som om de satt direkte i linjen uten at adekvat fullmakt fra administrerende direktør foreligger eller at slik myndighet godtas av divisjonene som legitime. Dette kan dreie seg om alt fra inndragning av fullmakter til pålegg om innlevering av dokumentasjon. Denne styringslinjen opererer også fra sentral stab til stab i divisjon. Et representativt sitat fra et av intervjuobjektene oppsummerer det slik: *"Vi presenteres for en masse tidsfrister. Det er ikke så stor forskjell nå og før. Stabsstyringen har blitt styrket de siste to årene. De har økt i antall, og styrket kontrollaspektet. Kontrollen må vi skape ute i divisjonene selv."*

Sett fra administrasjonens side dreier mye av denne styringen seg om pålagte oppgaver der staben opptrer på fullmakt fra administrerende direktør, samt om kontroll av regulatoriske forhold (lover, regler og retningslinjer fra eier) og allerede vedtatte saker som divisjonene ikke gjennomfører.



Vi vil påpeke at en slik uklar rolleforståelse også kommer av at *ekspertise* også implisitt gir en myndighetsrolle, selv om dens funksjon først og fremst er av rådgivende karakter. Sentrale stabfunksjoner oppstår også av den enkle grunn at den kompetanse som trengs innen bestemte områder (f.eks. økonomi, personal, jus) ikke kan bygges opp over hele organisasjonen uten svært høye kostnader. Det er rett og slett rasjonelt å samle viktige rådgivende funksjoner og roller i en sentral stab av hensyn til kompetanse og ressursbruk. Men når de som har beslutningsmyndighet ikke har den nødvendige oversikt og innsikt, vil det lett kunne føre til at rådgiverne (stabsfunksjonene) overtar beslutningen. Dette er etter vårt syn en utfordring for enhver organisasjon av UUS sin størrelse og kompleksitet. Den enkle løsningen er å sentralisere en del ansvarsfullmakter (eksempelvis ansettelses) til sentral stab slik at avtaler og regler blir fulgt. Imidlertid undergraver dette linjeledelsen totalansvar og god virksomhetsstyring. Utfordringen er å kunne utøve ekspertrollen som rådgiver, eller kontroller, på en måte som bidrar til organisasjonslæring og styrker linjeledelsens ansvar i stedet for å undergrave denne.

#### 6.6.1.1 Er det mulig å delegerer ansvar til staben?

SINTEF observerer at begrepsbruken rundt ansvar og myndighet knyttet til linjen og staben til tider kan være omtrentlig og til dels misvisende. For eksempel inkluderer man ansvarsbegrepet som en del av det som delegeres til stabfunksjoner. SINTEF mener at ansvar i prinsippet aldri kan delegeres. Ansvar kan gis, men ikke delegeres. Derimot kan en leder delegerer oppgaver og myndighet til personer eller enheter til å utføre oppgaver, men ansvaret forblir hos lederen som delegerer. Dette ansvaret består blant annet av spesifisering av hva som delegeres, oppfølging av at det som er delegert blir gjennomført, etc. Denne begrepsavklaringen er etter SINTEFs skjønn viktig, blant annet fordi det av denne logikken blir vanskeligere for staben å opptre som administrerende direktør vis a vis divisjonene.

#### 6.6.2 Den sentrale stabens funksjoner og oppgaver

Gitt en divisjonalisert struktur, skulle en forvente at den sentrale administrasjonen fremsto med en klarere rolleforståelse og vesentlig slankere. En stor stab vil naturlig trekke i retning av å opptre som om den var i linjen, og videre ta på seg andre funksjoner enn det som bør ligge i en sentral stab, også som følge av at den representerer en særskilt ekspertise. Imidlertid har de ulike stabshetene på ulikt vis tilpasset seg divisjonaliseringen av sykehuset, og overgangen til enhetlig ledelse med totalansvar. Innen området Medisin og helse har stabfunksjonen gått fra å være en blanding av rådgivende myndighet og egen (parallel) linjeledelse<sup>32</sup> til å bli en mer rendyrket strategisk rådgivende funksjon for administrerende direktør. De opptre også som rådgivende (ekspert) organ i forhold til sykehuset for øvrig, men da gjennom deltakelse i *prosjekter*, og ikke som linjemyndighet. Imidlertid har man innen andre stabfunksjoner en ikke like tydelig omlegging av stabfunksjonen i retning av strategisk rådgivning og policyorgan.

SINTEF oppfatter det som uhensiktsmessig å operere med en sentral stab som har utpregete støtte- og driftsfunksjoner. I en kompleks virksomhet som UUS bør man forenkle der dette er mulig. Ledelses- og styringsmessig vil det være en fordel om den sentrale staben ivaretar to vesentlige roller for administrerende direktør og øvrig linjeledelse:

- Strategisk rådgivning, analyser og policyutforming
- Kontroll- og forvaltningsfunksjon (herunder oppfølging)

En rendyrking av disse to stabfunksjonene vil lette koordineringsbehovet internt i den sentrale staben, samt fokusere stabsrollen mer tydelig i forhold til linjeansvaret.

Når det gjelder strategisk rådgivning vil SINTEF problematisere hvorvidt analysefunksjoner hører inn under denne. En strategisk analysefunksjon er en avansert type støttefunksjon som leverer til

---

<sup>32</sup> Dette gjelder kanskje spesielt den gamle "sjefsykepleier-funksjonen", som lenge var en egen linjeledelse. Selv etter at sjefsykepleier ikke hadde formell linje til oversykepleierne, opprettholdt sykehuset en møtestruktur der sjefsykepleier hadde regelmessige møter med oversykepleierne. Når divisjonaliseringen ble innført og stabfunksjonen Medisin og helse ble etablert, ble disse møtene og sjefsykepleierfunksjonen avviklet.

en bestiller. Bestilleren kan både være den sentrale staben (ved administrerende direktør) og den enkelte divisjon. Studieobjektene for analysefunksjonen vil ofte være de enkelte divisjonene. Det er derfor viktig at divisjonene har like stort eierskap til disse analysene. Vi oppfatter at den enkelte divisjon har et stort behov for denne typen analyser, både i forhold til egen drift, men ikke minst i forhold til langsiktige strategier som inkluderer funksjonsfordelinger eller utvikling av nye områder eller nedbygging av eksisterende områder. Det er viktig at analyseenheten produserer analyser som det er bruk for, og at analyseenheten ikke pålegger divisjonene omfattende datainnsamlingsoppgaver, uten at dette er klart forankret i ledelsen.

Strategisk rådgivning vil innebære råd i forhold til sykehusets fremtidige strategi. Ytterligere er det et klart behov for å klargjøre sykehusets politikk for å oppnå større likhet på tvers av divisjonene, for eksempel enhetlig håndtering av prinsipielle spørsmål (eksempelvis innen personalledelse og -utvikling), eller enhetlige systemer for styring og kvalitetssikring. Mye av dette arbeidet gjøres på en god måte i dag blant annet gjennom kvalitetsavdelingen.

Fremover vil kravet til strategisk ledelse kreve at medisin- og helsefag i vesentlig større grad blir trukket inn i budsjett- og strategiprosessen. De faglige prioriteringene på et strategisk nivå kan vanskelig gjøres uten et medisinsk- og helsefaglig fundament.

Stabsfunksjonenes strategisk rådgivning og kontroll- og forvaltningsfunksjon (herunder oppfølging) bør forbli forankret i en sentral stab ved UUS. Disse funksjonene omfatter:

- Strategisk rådgivning
  - Medisinsk og helsefaglig rådgivning
  - Strategisk HR og organisasjonsutvikling
  - Forskning og fagutvikling
  - Kvalitet
  - IT-strategi
  
- Kontroll- og forvaltningsfunksjoner
  - Økonomi
  - HMS
  - Lønnsforhandlinger
  - Innkjøp
  - Juridisk
  - Planarbeid (i henhold til lov og forskrifter)

Dette er funksjoner som bør ligge sentralt og som også bør ha et overordnet faglig ansvar for kvaliteten på disse funksjonene i sykehuset for øvrig.

SINTEF mener imidlertid at det er et klart behov for å *oppretholde og styrke kompetansen* innen strategisk rådgivning og policyutforming i sentral stab. Spesielt innen strategisk HR og organisasjonsutvikling er det behov for en vesentlig styrking av kompetansen.

### 6.6.3 Støttefunksjoner

SINTEF vil anbefale at alle andre funksjoner flyttes ut av staben, enten til egne serviceenheter (for eksempel sammen med intern service) eller til egne driftsenheter, avhengig av hvilken del av administrasjonen det er tale om. Dette vil lette koordineringsbehovet i den sentrale staben, samt fokusere og rendyrke stabsrollen.

Det er SINTEFs inntrykk at divisjonene mener at det ikke er uttalt hva den sentrale staben kan tilby av tjenester og hjelp. Dette er overraskende når en vet at store deler av staben tilbyr ulike typer tjenester. I det fleste organisasjoner av samme størrelse som UUS er det vanlig at støttefunksjoner organiseres etter bedriftsøkonomiske prinsipper, det vil som tjenester som noen betaler for. I et slikt system har kjøperne av tjenestene rett til enten å velge at "dette ønsker vi å gjøre selv", eller kjøpe tjenesten fra en spesialisert leverandør av tjenesten. Bestilleren er linjen. Denne typen organisering krever større fokus på brukernes behov. Leverandørene må definere hvem som er kunde og sjekke ut hva de ønsker. Tjenestene kan leveres på mange forskjellige måter. For eksempel kan personaltjenester leveres fra et eget senter som er lokalisert innenfor ett bygg, eller i form av utlån av ressurser til divisjonene. En klarere utskilling av støttefunksjonene fra

staben vil bety mer serviceinnstilling, brukervennlighet og kostnadseffektivitet. På denne måten vil man synliggjøre verdien av disse tjenestene.

En rendyrking av den sentrale staben, og for så vidt en rendyrking av stabene til divisjonene, vil kreve en større vektlegging på bestillingsfunksjonen til staben. Dette berører innkjøpsfunksjonen og fagkompetansen til det som bestilles. SINTEF vil anbefale at man sikrer fagkompetansen til de funksjonene man flytter ut av administrasjonen slik at sykehuset kan opptre som kompetent bestiller av ulike tjenester.

#### 6.6.4 Sentralisering kontra desentralisering

Et sentralt spørsmål er *hvor* det er viktig å legge funksjonene – eller hvor desentralt stabsfunksjonene bør ligge.

Argumentene for sentraliserte stabs- og støttefunksjoner er at dette gir mulighet for stordriftsfordeler, eller at det utvikles et større fagmiljø (gjelder spesielt analyse- og rådgivningskompetanse). Videre – vil i prinsippet de stabs- og støttefunksjonene som ligger sentralt være tilgjengelig for større deler av organisasjonen, enn de som ligger desentralisert. Samtidig gir en desentralisering også noen fordeler. For det første vil den kompetansen komme nærmere der tingene skjer. Dette gjelder for eksempel regnskapsoppfølging, der det kan være lettere å oppdage unaturlige avvik, finne feil, følge opp enkeltsaker, enn det som vil være mulig å gjøre på avstand. Det samme vil kunne være tilfelle for oppfølging av personaladministrative spørsmål. Rent generelt bør kontroll og rutinemessig oppfølging og registrering av aktiviteter skje så nære aktivitetene som mulig. Dette gjelder ikke i samme grad for mer utviklingspregede og analysebaserte oppgaver. Det vil fortsatt være viktig at disse svarer på de lokale behovene, men dette handler mer om å få til en "etterspørselsorientering i linjen" enn om å bygge opp egne enheter på lavere nivå. Imidlertid kan det innen noen områder være gunstig å ha tilgang til kompetanse som også kan utvikle kjennskapen til de lokale problemstillingene.

Spørsmålet om nivå handler ikke bare om nærhet til de aktivitetene som stabs- og støttefunksjonene skal understøtte, men også om utnyttelse av kompetanse. Hvis flere enheter skal dele en ressurs, vil det være naturlig å løfte denne ett nivå opp eller ut til siden. Det er da viktig å forstå dette som en delt ressurspool.

Størrelsen på den sentrale staben vil avhenge av i hvor stor grad man sentraliserer beslutningsmyndigheten. En sterk desentralisering vil øke behovet for kontrollfunksjoner gjennom hele linjen. En sterk sentralisering vil øke behovet for strategiske rådgivningsressurser på sentralt hold.

SINTEF mener at desentralisert kompetanse innen økonomi- og personalfunksjonene, som i dag er desentralisert til divisjonsnivå og delvis avdelingsnivå fortsatt må være desentralisert. Også andre funksjoner, som for eksempel kvalitetssikring bør vurderes for desentralisering (i tillegg til det som forefinnes i sentral stab). Grad av desentralisering er selvfølgelig avhengig av de enkelte enhetenes størrelse og kompleksitet, men vi vil understreke at desentralisering av viktige stabsfunksjoner for virksomhetsstyring vil kunne understøtte og styrke linjemyndighetens totalansvar.

#### 6.6.5 Hierarki og nettverk

Den tradisjonelle ansvarstenkningen gir opphav til en hierarkisk organisasjonsstruktur, der ansvar samles hos én på hvert nivå. Dette gir tydelige ansvarsforhold, men kan gå på bekostning av å utnytte tilgjengelig kunnskap og kompetanse, dvs. at den ekspertisen og kompetansen som ligger i stabsfunksjonene blir "underutnyttet". Rent *formelt* er det imidlertid mulig å tenke seg en organisasjonsstruktur som i basis er hierarkisk, men der *arbeidsmønstret* mer kan beskrives som nettverk. Dette gjelder spesielt stabsfunksjonene som skal understøtte (den hierarkisk organiserte) linjen med råd, kompetanse og analyser. Det vil også være slik at stabs- og støttebasert kompetanse, f.eks. innen budsjett og regnskap, vil finnes på flere nivå. Da vil det være nødvendig og riktig å sørge for at denne kompetansen vedlikeholdes og utvikles i en ramme av faglig fellesskap på tvers av den formelle hierarkiske strukturen. I praksis betyr det at det må kunne være egne faglige fora mellom stabsfunksjoner som finnes både i sentral stab og ute på divisjonene, uten at dette oppfattes som en trussel for linjeledelsens ansvar og fullmakter. Det betyr at det i realiteten vil være flere strukturer som ligger "over hverandre". Den formelle og

hierarkisk oppbygde strukturen gir et bilde av ansvars plassering – nettverket gir et bilde av faglige samarbeidsprosesser.

#### 6.6.6 Informasjonsstrategi

Sykehuset har vedtatt en plan for informasjonsarbeid der det heter:

*"Mediestrategien for Ullevål universitetssykehus (UUS) skal bidra til å synliggjøre virksomheten ved sykehuset for offentligheten. Dette skjer ved at mediene henvender seg til sykehuset eller ved at sykehuset selv kommer med utspill myntet på offentliggjøring i mediene. I begge typer situasjoner er det et mål å bidra til at Ullevål står frem i tråd med vår visjon om å være "det mest attraktive sykehus i Norge for både pasienter og medarbeidere".<sup>33</sup>*

Sykehuset har hatt en plan for informasjonsarbeid i flere år, men denne informasjonsstrategiplanen ble revidert i forbindelse med den negative oppmerksomhet som UUS har blitt viet i løpet av det siste halvåret ("trikkedrapet" og "eiendomsskandalen"). Sykehuset fikk for øvrig mye positiv oppmerksomhet i forbindelse med sykehusets hurtige oppbygging av en enhet som tok i mot pasienter i forbindelse med tsunami-katastrofen.

I mediestrategien pekes det på at de viktigste strategiske målene for informasjonsarbeidet er

- å profilere sykehuset bedre (å bygge et mer positivt image)
- å informere pasientene bedre
- å gjøre internkommunikasjonen bedre og mer effektiv

Hovedmålet med mediestrategien er at den skal bidra til å styrke sykehusets omdømme i mediene, hos beslutningstakerne og i befolkningen. På denne måten skal det også skapes en positiv bedriftskultur med medarbeidere som er stolte og glade over å arbeide ved UUS (Mediestrategi for UUS 2005).

Ved hjelp av individuelle intervjuer, observasjoner og fokusgruppeintervjuer som vi har gjennomført, har vi innhentet data som indikerer at det er potensial for forbedringer både når det gjelder ekstern og intern informasjon. Våre informanter har særlig konsentrert seg om intern informasjon til ansatte og profileringen av sykehuset utad. Informasjon overfor pasienter har i liten grad blitt berørt. Dette kan skyldes at sykehuset skårer relativt godt når det gjelder de nasjonale kvalitetsindikatorerne som viser hvordan pasientene vurderer informasjonen de får og hvordan de vurderer kommunikasjonen med personalet.

Det er stor variasjon i hvordan de forskjellige divisjonene arbeider med informasjon. Det er særlig Ortopedisk senter og til dels Kirurgisk divisjon som trekkes fram som gode eksempler på målrettet informasjonsarbeid. Informasjonsarbeidet har, for sykehuset som helhet, i liten grad vært preget av planmessig og bevisst utvikling. Det kan synes som om det har vært noe tilfeldig hvordan den enkelte divisjon har behandlet denne funksjonen. Et eksempel på dette er at mens den informasjonsansvarlige i enkelte divisjoner deltar på divisjonsmøter, får andre knapt nok referater fra tilsvarende møter. Det er store variasjoner i hvordan personer som skal arbeide med informasjon er rekruttert og på hvilken måte kompetanse innenfor feltet er vektlagt.

Det *interne* informasjonsarbeidet sies i dag å være lite målrettet. Det er i liten grad selektert hvem som skal få hvilken informasjon. Dette kan resultere i at mange får for mye informasjon, og at man da til slutt ikke leser det som måtte komme. For mye informasjon vil da ha samme virkning som for lite informasjon. Det er videre et spørsmål om det skjer et bevisst valg av informasjonskanal når informasjon skal formidles til ansatte. Mange opplyser at de ikke har tilgang til intranett, og at informasjon som det blir opplyst skal legges ut der, følgelig ikke er tilgjengelig. Videre pekes det på at viktig intern informasjon blir sendt ut for sent. Ryktene kommer lenge før informasjonen blir gjort tilgjengelig.

Det *eksterne* informasjonsarbeidet mener informantene kan forbedres. Her pekes det på at det kommer for lite ut i media av saker som har positiv vinkling for sykehuset. For det første savnes det profilering av UUS som viser at UUS er vel så "flinke" som private aktører innenfor de områder

---

<sup>33</sup> Styresak 2005-12. Mediestrategi for Ullevål universitetssykehus HF.

hvor det er slik konkurranse. For andre vises det til at UUS må bli bedre til å få frem at sykehuset er et universitetssykehus med et høyt faglig nivå.

Videre kan profileringen også kobles til hvordan sykehuset framstår overfor omverdenen i sine presentasjoner. Det er i liten grad implementert en enhetlig mal for design og layout. Det etterlyses en helhetlig sammenheng fra design på internett, brosjyrer, til årsmeldinger og brev som sendes ut til pasientene. En standardisering av dette kunne både forenkle informasjonsarbeidet og gi et bedre visuelt inntrykk.

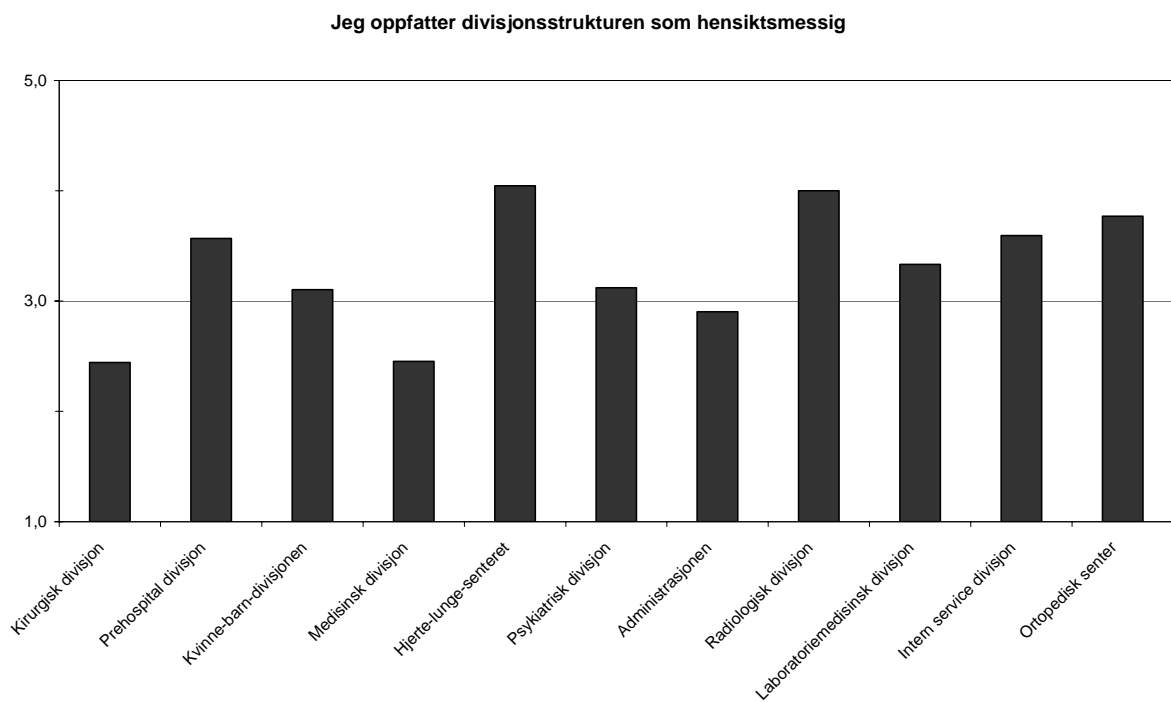
Innspillene som SINTEF har fått gjennom datainnsamlingen tyder på at gjeldende mediestrategi for sykehuset ikke synes godt nok implementert i organisasjonen. Årsakene til dette vil vi ikke gå i detalj i her, men vise til diskusjonen vi gjennomfører i kapittel 7 som omhandler styring av UUS-organisasjonen. Det er fortsatt forbedringsmuligheter innenfor dette området. Vi vil her trekke fram forslag som kan supplere tiltakene som er gjort rede for i mediestrategien. Forslagene er basert på tiltak som informantene mener bør iverksettes:

- Informasjonsarbeide bør vektlegges sterkere i divisjonene
- Divisjonene bør gjennomføre en vurdering av hvilken kompetanse og hvilket omfang informasjonsressursene bør ha for at målene for informasjonsarbeidet skal oppnås.
- Divisjonene bør vurdere hvilken rolle den informasjonsansvarlige skal ha i divisjonen
- Det bør utarbeides felles maler for informasjons som skal formidles internt og eksternt
- Det bør legges større vekt på å profilere sykehuset utad som et sykehus med høyt faglig nivå

## 6.7 Noen oppsummerende betraktninger

Vi har i dette kapitlet satt et *kritisk* søkelys på UUS. Med det mener vi at vi spesielt har sett på forhold ved organiseringen som kan tyde på at den ikke er optimal. En slik kritisk gjennomgang kan skape et overdrevent negativt inntrykk av hvordan sykehuset er organisert og drevet. Vi har ikke grunnlag for å hevde at UUS er dårligere organisert eller drevet enn andre norske sykehus. Men vi mener at vår gjennomgang også tydelig viser at det er et behov for endringer. SINTEF vil understreke at de mest kritiske forholdene, slik vi ser det, er å få til en mer sammenhengende virksomhetsstyring gjennom hele sykehuset. Det vil blant annet utfordre organisasjonskulturen vel så mye som organisasjonsstrukturen. Vi vil også peke på at uenighet internt om styringsgrunnlag og styringsinformasjon er et vesentlig hinder for bedre virksomhetsstyring, og ingen omorganisering kan rette på dette forholdet. Vi vil også peke på at UUS kan, hvis de tar tak i disse utfordringene, kunne bli Norges ledende sykehus, ikke bare på pasientbehandling, men også på klinisk lederskap.

Vi vil avslutningsvis også vise til ledernes egenvurdering av om dagens struktur er hensiktsmessig. Vi ser her at det er tydelige variasjoner mellom klinikkene, se figuren nedenfor. Det er de minste klinikkene, som også scorer høyt på pasientfokusert organisering og tverrfaglig samarbeid som også oppfatter dagens organisering som mest hensiktsmessig. Dette vil vi komme tilbake til når vi til slutt anbefaler hvordan UUS' framtidige organisering bør være.



**Figur 6.12** Ledernes vurdering av hvorvidt divisjonsstrukturen er hensiktsmessig (1=I liten grad, 5=I stor grad)

Helt til slutt vil vi også oppsummere i en "kortfattet" tekstrubrikk med de hovedfunn som vi også vil legge vekt på i våre forslag til alternative løsninger.

### Oppsummering av de viktigste resultatområdene

- *UUS har i årene 2002-2004 hatt økonomisk kontroll og gått i balanse.* Fokus på økonomistyring og innsparing har bidratt til dette resultatet. Ullevål har hatt en vesentlig lavere utgiftsvekst enn andre sykehus i denne perioden, samtidig med en nedgang i driftskostnader per korrigert opphold.
- *Økonomisk kontroll har en primært oppnådd gjennom en tøff ledelsesmessig kontroll og oppfølging av den enkelte divisjon.*
- *Forskningen ved UUS er styrket de siste årene.* Sterkere vektlegging av forskning sammen med økonomisk kontroll har vært en villet utvikling for sykehuset. Gjennomgangen av forskningsmiljøene viser at kvaliteten varierer fra svak til utmerket. Av de femten miljøene som er vurdert av et internasjonalt ekspertpanel, er det åtte som utelukkende vurderes som fra god til utmerket. Fem miljøer får karakteren meget godt (very good) eller bedre.
- *Divisjonaliseringen har ikke på en god nok måte fremmet hensiktsmessig prioritering gjennom ressursallokering og reallokering av ressurser.* Budsjettene gjenspeiler ikke planene som legges for den kliniske aktiviteten i tiden framover. Budsjett er i hovedsak basert på historiske data, justert for innsparingskrav. Hovedproblemet med budsjettprosessen har vært å få til reelle *prioriteringer* mellom aktivitetene i de ulike divisjonene som følge av faglig utvikling, befolkningsutviklingen og behovet for prioritering mellom ulike pasientgrupper.
- *UUS har en betydelig utfordring når det gjelder å skape tillit til styringsinformasjonen som eksisterer ved sykehuset i dag.*
- *Styringsdokumentene er omfattende og kompliserte å forholde seg til.* Avtalen som blir til mellom den enkelte divisjon og AD oppfattes av flere som uryddig. Flere peker på at dette dokumentet er svært komplisert å forholde seg til. Ytterligere kompliseres bildet av at hver av divisjonene har strategiske planer, både kortsiktige og langsiktige. I tillegg opererer man med målekort og en EFQM-modell.
- *Manglende gjennomføring av avtaler får ikke nevneverdige negative konsekvenser.*
- *Erfaringene med dagens organisering viser at logistikk og flaskehals er et problemområde, spesielt gjelder dette i forhold til anestesi/operasjon.*
- *Ullevål universitetssykehus har foretatt en rekke organisatoriske endringer som antas å ha hatt stor effekt på pasientgjennomstrømning og ressursbruk.* Ullevål universitetssykehus har gjort mye på organisering av elektive pasienter. Pasienter legges i økende grad inn samme dag som operasjonen skal foretas og nesten alle de kirurgiske enhetene har slike skjermede virksomheter.
- *Ullevål håndterer samarbeidet med sine omgivelser svært tilfredsstillende.* Sykehuset har gjennomført en rekke tiltak for å bedre samarbeidet og har vunnet "det nytter prisen" både i 2004 og 2005 for dette arbeidet. Fastleger er generelt sett svært fornøyde med behandlingen som gis ved UUS, og de er relativt mer fornøyd med UUS enn med andre norske sykehus.
- *UUS bruker gjennomgående mer tid på å sende ut epikrise, spesielt for pasienter med hjerteinfarkt og barn med infeksjoner.*
- *Avdelingenes tilbud er i begrenset grad profilert utad.*
- *Det er vanskelig å skille mellom UUS' lokalsykehusfunksjoner og landsfunksjoner.*
- *Konkurransforholdet til omgivelsene varierer mellom de forskjellige avdelingene.*
- *Avtalespesialister innen fag som Øye og Gynekologi utfører et stort omfang av polikliniske tjenester som er i direkte konkurranseforhold til UUS.* Mens fag som nevrologi og pediatri i større grad er supplerende og i mindre grad i konkurranse med UUS sine tjenester.
- *Selv om enhetlig ledelse ble innført i 2001, kan man konstatere at flere av avdelingene de facto opprettholder den todeltede ledelsen.*
- *Myndighetsstrukturen oppfattes som utydelig og inkonsistent på de forskjellige nivåene.*
- *Den sentrale staben har tatt på seg vesentlige oppgaver som går ut over strategisk rådgivning og kontrollfunksjoner.* I den sentrale staben finner man flere tradisjonelle støttetjenester. Videre skaper interne koordineringsproblemer i den sentrale staben problemer i forhold til kommunikasjonen med den enkelte divisjon.

## 7 Forslag til hovedstruktur

### 7.1 Innledende betraktninger

Innledningsvis skisserte vi sentrale strategiske hovedutfordringer for Ullevål vedrørende endringer i pasientgrunnlag, samarbeid med primærhelsetjenesten, den teknologiske og faglige utvikling, mer krevende pasienter, fortsatt krav om økonomisk kontroll og press på samordning mellom sykehusene i hovedstadsområdet. Dette vil i økende grad legge press på Ullevåls evne til strategisk ledelse og den overordnede organisasjonsstrukturen bør ses i sammenheng med disse utviklingstrekkene.

Ullevål universitetssykehus er unikt i nasjonal sammenheng sett i forhold til størrelse, både når det gjelder antall behandlede (economies of scale), men også når det gjelder bredden i behandlingstilbudet (economies of scope). Andre spesielle særtrekk ved Ullevål er i forhold til omkringliggende sykehus, der Ullevål både er et referansesykehus og i konkurranse med andre sykehus om funksjoner og oppgaver. Ullevål er et nøkkelsykehus i diskusjon om det totale sykehustilbudet i hovedstadsområdet. Videre har Ullevål gamle bygningsmasser som legger føringer på drift og organisering.

Dette stiller store krav til organisering. Bredden i behandlingstilbudet og den store variasjonen i oppgaver gjør koordinering og samordning vanskeligere enn ved mindre sykehus. På den ene siden har Ullevål et stort potensial i stordrift i forhold til antall behandlede pasienter. Dette tilsier en organisering i store avdelinger eller klinikker. I disse tilfellene vil det være mindre tjenelig med mange styringsnivåer. Stordriftsfordeler hentes ut ved få styringsnivåer og store avdelinger, men dette forutsetter mindre bredde i behandlingstilbudet. En stadig mer spesialisert medisin og utvikling av nye behandlingsmetoder har tvunget mange sykehus til å dele opp sykehuset i stadig flere avdelinger. Ulempene er at pasientvolumet blir for lite og kontrollspennet for stort.

Styrken til Ullevål er et stort pasientvolum og at sykehuset kan tilby bedre kvalitet ved nettopp å kunne tillate seg å dele inn i egne enheter på områder mindre sykehus er tvunget til å organisere sammen. Små sykehus tvinges til å begrense seg til færre avdelinger, for eksempel kun en generell kirurgisk avdeling, en medisinsk avdeling, eventuelt en psykiatrisk avdeling, samt støttefunksjoner. Ullevål Universitetssykehus har over 80 avdelinger, grovt regnet, inkludert støttefunksjoner og har et pasientvolum som tilsier at de bør være medisinskfaglig i front, nasjonalt og internasjonalt, både når det gjelder forskning, undervisning og pasientbehandling. Stort pasientvolum og stor bredde i behandlingstilbudet er en styrke, men denne styrken kan bli en svakhet hvis koordinering og samordning svikter.

Vi mener at Ullevål kan organiseres bedre. Ullevål bør ikke nøye seg med å være gode når de har forutsetninger for å være best. Imidlertid vil vi understreke at et bedre drevet sykehus kan oppnås gjennom så vel bedre organisering (struktur) som bedre ledelse. En rekke av de problemer vi har avdekket i dagens Ullevål kan best løses med bedre virksomhetsstyring og en ledelse som arbeider langsiktig og målbevist med forbedring av egne prosesser og bidrar til bedre prioritering og ressursfordeling internt. En kan ikke organisere seg bort fra behovet for å samarbeide, og heller ikke bort fra behovet for ledelse. Imidlertid vil ulike organisasjonsmodeller (strukturer) gi ulikt grunnlag for nettopp utøvelse av lederskap, og derfor må organisatorisk løsning og ledelse ses i nøye sammenheng.

Vi vil i vårt forslag til hovedmodeller for sykehuset ta utgangspunkt i den kliniske virksomheten. Vi vil også sette hovedfokus på den *somatisk*e virksomheten, da det foreligger en fersk gjennomgang av psykiatrisk divisjon som er under omstilling. Våre forslag til modeller vil i liten grad komme i konflikt med konklusjonene i Muusmann-rapporten og det arbeidet som er igangsatt internt i Psykiatrisk divisjon.

### 7.2 Tre hovedmodeller for organisering av klinisk virksomhet

I søket etter alternative modeller for Ullevål har vi kommet fram til tre ulike hovedmodeller. Disse er mest å se på som "generiske" utgangspunkt som kan tilpasses på ulike måter. Imidlertid



at skiller de seg fra hverandre gjennom at det anvendes ulike hovedprinsipper for organisering, samordning og gruppering av aktiviteten av sykehuset. Det finnes også andre tenkelige hovedmodeller som vi her har sett bort fra, for eksempel en fullt ut formalisert matrisestruktur, da slike strukturer kan oppfattes å komme i konflikt med lovpålegget om enhetlig ledelse. De tre modellene som vi ønsker å framstille som hovedvalg er:

- Klinikstruktur
- Bestiller/utførermodell
- Sentermodell (pasientfokusert)

Vi har valgt å ikke bruke begrepet divisjon i beskrivelsen av disse modellene for å unngå for mye sammenblanding av dagens organisering og de hovedmodellene vi beskriver. Den konkrete utformingen av modellene vil være avhengig av en rekke faktorer det må tas videre stilling til som hvor store de enkelte enhetene utformes, og ikke minst hvordan de skal styres fra overordnet nivå.

### 7.2.1 Klinikstruktur

Det vi kaller klinikstruktur i denne sammenhengen kjennetegnes først og fremst gjennom følgende hovedprinsipp; *intern samordning og koordinering skal primært ivaretas gjennom å etablere organisatoriske enheter med dette som hovedansvar*. Dette er den modellen som tydeligst gir behov for et eget ledelsesnivå mellom administrerende direktør og avdelingene. Dette innebærer at avdelinger grupperes sammen i større enheter – klinikker, ut fra at det finnes et stort koordineringsbehov mellom avdelingene. Det tydeligste eksempelet vil være samordning mellom anesthesi, operasjon, post-operativ virksomhet og kirurgiske enheter. I en klinikstruktur vil det være naturlig at *disse samles i en egen klinikk*. Strukturell samordning (felles enhet) og felles ledelse er altså hovedvirkemidlet i denne modellen.

### 7.2.2 Intern bestiller/utførermodell

Det vi her kaller "intern bestiller/utførermodell" kjennetegnes ved at *intern samordning og koordinering skjer gjennom samarbeidsavtaler og internfakturering. Hierarki erstattes av "kjøp og salg (pris)"*. Modellen baseres på at intern samordning og koordinering i hovedsak kan håndteres innen rammene av serviceavtaler og lignende. Dette forutsetter at tjenestens omfang, kvalitet og tilgjengelighet kan beskrives og prises på en adekvat måte. Dette skal redusere behovet for å koordinere gjennom bruk av ledelsesstruktur. Modellen setter et skille mellom brukerrettede avdelinger (pasientbehandling) og serviceavdelinger<sup>34</sup> (som leverer tjenester til pasientavdelingene), som forutsetning for hvilke avdelinger som er "selgere" av tjenester, og hvilke som er "kjøpere" av tjenester.

### 7.2.3 Sentermodell

Sentermodellen tar utgangspunkt i at de *funksjoner og tjenester som skal til for å få til et mest mulig samlet pasientforløp skal organiseres i samme senter*. Modellen bryter mest med den tradisjonelle funksjonelle og fagorienterte organisering og fokuserer på pasientgrupper og deres behov for en "samlet tjenesteleveranse". I Norge er denne modellen mest kjent gjennom forslaget til ny organisering av St. Olav hospital i Trondheim. Sentermodellen løser koordineringsproblemet primært med å (delvis) splitte, seksjonere og dedikere servicefunksjoner og legge disse organisatorisk sammen med andre pasientbeholdende enheter i egne sentre. Modellen innebærer også at den tradisjonelle organisering etter hovedspesialitet utfordres, og sentrene vil kunne bestå av så vel kirurgiske som indremedisinske (gren-) spesialiteter. I prinsippet er denne modellen den som best samsvarer med en *ideell* divisjonalisert struktur, siden disse sentrene skal være mest mulig selvforsynt med funksjoner. Hovedskillet mellom Klinikmodellen og Sentermodellen er at i Klinikmodellen bevares hovedspesialitetene som organiserende prinsipp. I Sentermodellen har

---

<sup>34</sup> Begrepet service er ikke helt ukomplisert. Hva som er service og hva som er pasientbehandling er ikke alltid like klart. Er en sengepost en serviceenhet eller pasientbeholdende enhet? Er hjertediagnostisk avdeling en service-enhet eller en pasientbeholdende enhet.

hvert brukermiljø også sine servicemiljø integrert i egen virksomhet. Sentermodellen vil derfor være en mer desentralisert modell enn Klinikkmодellen.

### 7.3 De tre hovedmodellene anvendt på Ullevål

Vi vil her skissere de tre hovedmodellene som de kan se ut, om de anvendes på Ullevål. Dette er hovedskisser og det vil finnes ulike *varianter* av de skissene vi her tegner. Hovedpoenget er å konkretisere hvordan det *kunne* sett ut, for så å diskutere fordeler, ulemper og forutsetninger for de tre modellene. Det foreligger et vedtak om å slå sammen Laboratoriemedisinsk og Radiologisk divisjon. Dette er av underordnet betydning for valg av hovedmodeller, og vi har i modellene sett disse divisjonene under ett<sup>35</sup>.

#### 7.3.1 Modell 1: Ullevål med store klinikker

Modell 1 omfatter i stor grad en *justering* av dagens modell, der det særlig tas hensyn til å løse de logistikkproblemer som eksisterer gjennom å samle de enheter med størst samordningsbehov i egne store klinikker;

- Bedre samordning av kirurgisk virksomhet, inklusive anestesi og post-operativ overvåking og recovery
- Bedre samordning mellom medisinske fagmiljø mellom dagens Hjerne-Lungesenter og Medisinsk divisjon.

Ved å samle disse enhetene i større klinikker med større ansvar for intern samordning, koordinering og prioritering vil en kunne løse de områdene der manglende koordinering er et problem i dag.

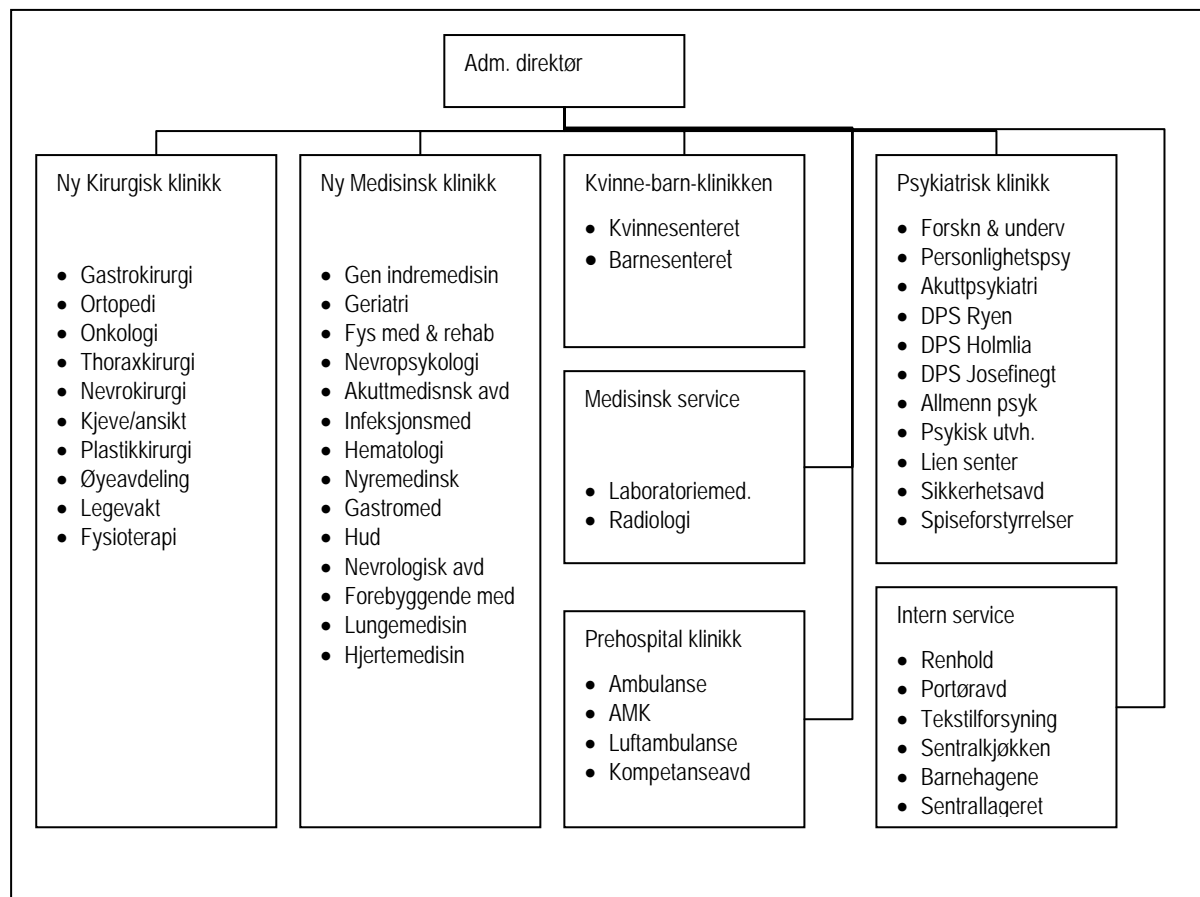
For det første samles de kirurgiske miljøene som i dag er i Kirurgisk divisjon, Ortopedisk senter og Hjerne-lungesenteret i en stor "Ny Kirurgisk klinikk". Avpassning av kapasitet på operasjon og oppvåking kan i stor grad håndteres *innenfor* divisjonen.

For det andre legges lungemedisin og kardiologi til de øvrige indremedisinske områdene i en stor "Ny Medisinsk klinikk".

De øvrige divisjonene opprettholdes stort sett som nå. Den kirurgiske virksomheten innen Kvinne-barn divisjonen er så stor at den sannsynligvis ikke bør legges til en Ny Kirurgisk klinikk. Vi foreslår derfor at Kvinne-barn divisjonen stort sett består slik som nå, men det kan skje enkelte justeringer. For eksempel kan en vurdere om barne- og ungdomspsykiatri fortsatt skal ligge til Kvinne-barn divisjonen, eller om det skal legges til Psykiatrisk divisjon. Videre bør det vurderes om Prehospital divisjon skal opprettholdes som egen enhet eller legges under en av de andre klinikkene. Dette vil vi komme tilbake til i avsnitt 7.6.

---

<sup>35</sup> Divisjonsdirektøren ved Radiologisk divisjon ble i februar 2005 gitt i oppdrag fra administrerende direktør "å etablere en arbeidsgruppe med representanter fra Laboratoriemedisinsk- og Radiologisk divisjon, som skal fremme forslag om organisering av disse to divisjonene til en divisjon". Forslaget skulle inneholde en beskrivelse av divisjonens organisering, inkludert stab/støttefunksjoner. Det skulle i tillegg vurderes om laboratorier i andre divisjoner også burde organiseres under denne divisjonen. Videre het det at utredningen skulle inkludere en vurdering av de forslag som ville komme fra SINTEF's evaluering av Ullevål. Vi har i forbindelse med vår evaluering vært i dialog med den arbeidsgruppen som utreder en sammenslåing av Laboratoriemedisinsk- og Radiologisk divisjon. Slik vi ser det, har vi ingen motforestillinger mot en slik sammenslåing. En sammenslåing av de to divisjonene til en divisjon står heller ikke i noe motsetningsforhold til våre hovedkonklusjoner. Som medisinske støttetjenester og tjenesteytere i forhold til den kliniske kjernevirksomheten ved Ullevål, ser vi fordelene ved at disse virksomhetene har en leder og en felles stab/administrasjon. Vi vil imidlertid påpeke behovet for en forenkling av dagens avdelingsstruktur for å redusere den nye divisjonsdirektørens samlede kontrollspenn. Etter det vi kjenner til, er dette et arbeid som utredes av arbeidsgruppen.



**Figur 7.1 Ullevål med store klinikker**

#### *Fordeler med modell 1*

Hovedfordelen med modellen er at den sørger for at de største koordineringsbehovene, som i dag preger sykehuset, kan løses innenfor en og samme organisatoriske enhet – i dette tilfellet innenfor Ny Kirurgisk klinikk og Ny Medisinsk klinikk. Det vil imidlertid fortsatt være behov for samordning mellom klinikkene for øvrig, ikke minst mellom serviceavdelingene og de kliniske avdelingene. I og med at enhetene med størst koordineringsbehov er samlet i samme enhet vil også virksomheten i større grad ha kontroll over innsatsfaktorer og virkemidler som er nødvendige for å oppnå klinikkens resultatmål. Dermed kan også lederne i større grad ansvarliggjøres når det gjelder enhetenes resultater.

Den reelle gevinsten i denne modellen realiseres primært dersom de nye store enhetene klarer å få til en bedre samordning, koordinering og prioritering mellom de sammenslåtte områdene enn tilfellet er i dag. Dersom dette ikke blir realitet, har en ikke oppnådd særlig reell effekt av omorganiseringen. Med andre ord; klinikklederne for de "nye" klinikkene kirurgi og medisin må klare å løse samordningsproblemene innenfor sin egen klinikk som Ullevål universitetssykehus ikke har klart å løse så langt.

#### *Ulemper med modell 1*

En ulempe ved modellen vil kunne være at klinikkene blir så store at de kan få interne koordineringskostnader. Hvis ledelsen får problemer med å være tett nok på, kan manglende styring bli resultatet. Dette stiller derfor svært store krav til ledernes kapasitet og evne til å forholde seg til flere ulike fagområder, samt å utfordre disse i strategiprosessene. Store klinikker

kan også føre til at klinikkene blir seg selv nok, og med påfølgende manglende "transparens" i sykehuset.

#### *Forutsetninger for modell 1*

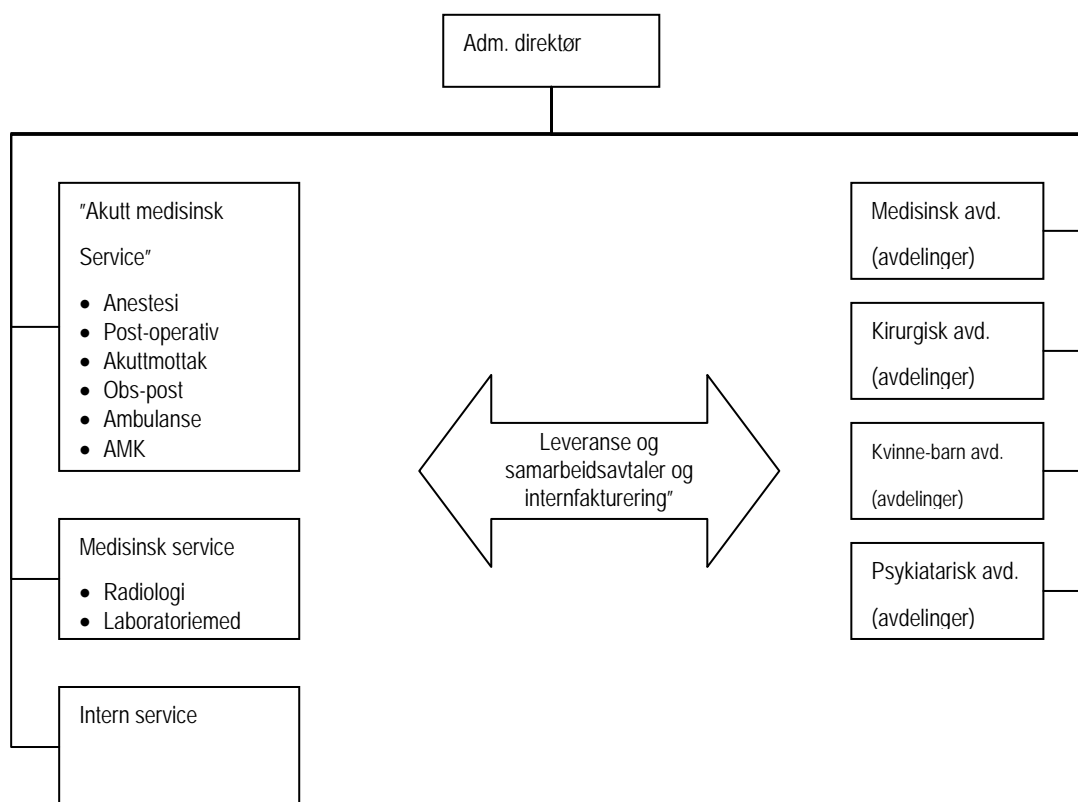
Det er knyttet noen ledelsesmessige forutsetninger for at modellen skal kunne gi bedre resultat enn nåværende struktur. Lederne for klinikkene leder her store virksomheter som faglig sett er heterogene. Målstyring anvendt på disse klinikkene vil gjøre lederne ansvarlig når det gjelder måloppnåelse for egen enhet. Utfordringen blir da å legge til rette for en ledelse som motvirker suboptimalisering for sykehuset som helhet når klinikkene skal realisere egen mål. Klinikkllederne må, i tillegg til å lede egen virksomhet, også ta rollen der de også har et ansvar for ledelse og utvikling av sykehuset sett under ett. I dette ligger det nettopp at de må betraktes som ledere av hele sykehuset (konsernet) snarere enn talsmenn eller – kvinner for egen enhet overfor administrerende direktør og øvrige klinikkledere. Klinikkllederne vil derfor også delta i å løse problemer i andre divisjoner enn de selv er ledere av.

#### *Omkostninger ved modell 1*

Dette er den organisasjonsmodellen som trolig innebærer de laveste omstillingskostnadene for sykehuset. I dette ligger det at uro og eventuelt produksjonstap ved implementeringen av modellen ansees å være relativt lave. Avdelingenes samhandlingsmønstre bevares i stor utstrekning. Den største omkostningen er at Ortopedisk divisjon og Hjerte-lunge-senteret legges ned. Størst konsekvenser vil dette utvilsomt ha for Hjerte-lunge-senteret da de etablerte samarbeidsrelasjonene der blir "oppløst". Innenfor modell 1 legges det opp til å løse dagens problemer med anestesi og senger ved hjelp av hierarki, men i to ulike klinikker. En forutsetning for valg av modell 1 er at samhandlingsmønstrene som er etablert mellom det kirurgiske og medisinske fagmiljøet også opprettholdes selv om den kirurgiske og medisinske aktiviteten ved dagens Hjerte-Lunge Senter fordeles på to klinikker. Hjerte-Lunge Senter som egen organisatorisk enhet kan da retrospektivt betraktes som et virkemiddel for å perfektionere samarbeidet mellom disse miljøene, og når samarbeidet er godt utviklet, er miljøet robust nok til å håndtere ulike organisatoriske tilknytninger.

#### 7.3.2 Modell 2: "Bestiller/utførermodell" på Ullevål

En annen løsning på den horisontale samordningen vil kunne være at en i stedet for å bruke organisatoriske overbygginger som utgangspunkt for koordinering, i større grad baserte seg på en videreutvikling av samarbeids- og leveranseavtaler og internfakturering. Det betyr at de enheter som i stor grad betjener *flere* divisjoner og avdelinger samles i egne resultatenheter, og at samordning skjer gjennom bruk av avtaler og internfakturering. Det innebærer i første rekke at anestesi og post-operativ virksomhet, sammen med for eksempel mottakelse, inklusive en felles obs-post, etableres som en egen enhet.



**Figur 7.2: Bestiller/utførermodell" på Ullevål**

Skissen ovenfor antyder deling mellom ulike serviceenheter som "selger" sine tjenester, og pasientbehandlernde avdelinger som "kjøper" service. Det er bare skissert fire pasientbehandlernde avdelinger, men dette er primært for forenklingens skyld. Det er ingen ting i veien for at en kan tenke seg flere avdelinger, for eksempel ved å la ortopedi, gastrokirurgi, nevrokirurgi etc. være egne avdelinger. Dette kan også gjøres innenfor de andre områdene, for eksempel ved å skille ut barne- og ungdomspsykiatri som egen avdeling. En avdelingsbasert struktur, slik som det for eksempel er på Rikshospitalet, vil kunne anvendes innenfor denne hovedmodellen, med den forskjellen at det her legges større vekt på avtalestyring og bruk av økonomiske incentiver internt.

#### *Fordeler med modell 2*

Fordelen med denne modellen sett i forhold til dagens organisering er at anestesien vil betjene alle enheter på samme vilkår. Anestesiavdelingen unngår da å være linjestyrt fra én av "hovedoppdragsgiverne" samtidig som avdelingen styres gjennom serviceavtaler med andre enheter. Videre unngår man usikkerhet i organisasjonen om hvorvidt det finner sted forskjellsbehandling av de kliniske miljøene ut fra et økonomisk motiv. Modellen kan bidra til å skape en større forståelse for sammenhengen mellom egen aktivitet og de totale kostnadene. Så lenge interne ressurser er "gratis" er de også lette å forbruke. Internfakturering *kan* bidra til en mer kostnadsbevisst prioritering av hva som er nødvendige og effektive tiltak. Modellen kan også stimulere til økt standardisering av leveranser, noe som vil redusere *variasjon*. Dette kan bedre både kvalitet og ressursutnyttelsen.

#### *Ulemper med modell 2*

Faren med denne løsningen er at det kan oppstå varige samordningsproblemer mellom brukerne av eksempelvis anestesi og post-operativ virksomhet og de som har ansvaret for tjenestene. Anestesi vil alltid være en sentral flaskehals og vil kunne ha manglende incentiv for å bidra til å løse problemer med ventetid, tilgang på operativ kapasitet og lignende i de andre enhetene. Det kan bli et dårligere samsvar mellom de enhetene som har ansvaret for at pasientene får en adekvat behandling (også i et tidsperspektiv) og de enhetene som bestemmer den totale kapasiteten ved Ullevål. Internprising kan også skape et nytt byråkratisk system og legge beslag på personellressurser for "kontraktsforhandlinger" og håndtering av interne fakturaer. Det stilles derfor store krav til å skape et system som ikke gir grobunn for unødvendig byråkratisering av samhandlingen internt. Det kan også være en fare for at internfakturerings vil føre til en (om)prioritering av pasientgrupper ut fra avdelingenes "kjøpekraft" og ikke medisinske prioriteringer. Dette må vies stor oppmerksomhet.

#### *Forutsetninger for modell 2*

Lederne på nivået under administrerende direktør vil være ledere av forholdsvis homogene faglige enheter. Det vil være mange ledere på dette nivået, og sannsynligvis vil disse lederne som følge av strukturen få rollen som ledere av storavdelinger hvis oppgave blir å ivareta avdelingens egeninteresser. Lederne vil trolig i mindre grad ha incitament til å også ivareta et mer avdelingsoverspennende helhetlig perspektiv. Samhandlingen mellom de ulike enhetene i denne modellen skal fortrinnsvis reguleres gjennom avtaler. Men det er ikke mulig å lage detaljerte avtaler som kan regulere og koordinere all samhandling mellom enhetene, og samtidig sikre en optimal utnytting av ressursene. Modellen må derfor sannsynligvis måtte suppleres med at det etableres et internt koordineringsansvar på høyt nivå i organisasjonen. For eksempel kan en tenke seg at det etableres en egen viseadministrerende direktør med særlig ansvar for intern samhandling, med relativt vide fullmakter som kan gå inn og løse problemer som ikke løses bilateralt. Videre vil behovet for en mest mulig samlet og enhetlig samhandling med andre sykehus, og ikke minst primærhelsetjenesten, kunne tilsi at en også sentraliserer ansvar for ekstern samhandling, for eksempel i form av egen viseadministrerende direktør med dette som ansvar. Dette er en løsning som Helse Bergen blant annet har innført. Det betyr at linjeledelsens autonomi blir mindre enn den er i dag.

Modellen forutsetter at det kan lages et robust og enkelt internfaktureringsssystem der en kan ha abonnementsordninger og rammeavtaler, slik at en unngår at enhver aktivitet utløser en egen faktura og administrativt merarbeid.

Videre stilles det store krav til at lederne ikke lar seg fange av en økonomisk incentivlogikk som går på tvers av normative krav og prioriteringsforskriften. Dette kan delvis løses gjennom at intern budsjettering tilgodeser pasientgrupper som er høyt prioritert, og delvis ved at ledere har en "riktig motivasjonsstruktur".

#### *Omkostninger med modell 2*

Dette er en modell som er krevende å få til, fordi den stiller høye krav til ledernes evner til å utøve virksomhetsstyring internt og samtidig bidra til å løse gjensidige problemer, siden mange koordineringsproblemer vil bli liggende *mellom* enhetene og *mellom* lederne. En tilleggsforutsetning er at samarbeidsavtaler (SLA) og internfakturerings må videreutvikles slik at det bygges inn reelle incentiver til å tilpasse driften til brukernes behov for tjenester, og ikke tjenesteleverandørenes behov for egen driftssituasjon. Dagens system er ikke godt nok slik det praktiseres.

### 7.3.3 Modell 3: Organbasert organisering

Den tredje modellen tar utgangspunkt i å organisere virksomheten omkring mest mulig komplette pasientforløp. Modellen opphever tradisjonell inndeling etter spesialitet som grunnlag for gruppering og samling av virksomhet, men søker heller å samle virksomhet rundt større grupper av pasienter i egne organisatoriske enheter. Begrunnelsen er å bedre avpasse tilbud til pasientenes behov (brukerstyrt organisering), og å skape enheter som kan skape nye modeller for samhandling omkring pasientenes behov (organisatoriske innovasjonsevne). Til en viss grad vil det være

naturlig å integrere servicefunksjoner som anestesi, radiologi og laboratorievirksomhet til de ulike sentrene. Dette kan delvis gjøres avtalebasert, delvis organisatorisk (seksjonering), og delvis geografisk (samlokalisering). Det vil neppe være hensiktsmessig å samlokalisere alle servicefunksjoner (splitte dem og legge dem inn i hvert enkelt senter), både av kostnadsmessige årsaker (duplisering av utstyr og fordyrende vaksjikt) eller av kompetansemessige årsaker (opplæring, samarbeid, felles fagmiljø).

Den teknologiske og medisinske utviklingen kan skape drivkrefter i retning av senterorganisering. Innen en rekke servicefag skjer det en videre spesialisering som gjør at grensen mellom medisinsk service, diagnostikk og behandling blir gradvis utvisket. Et klassisk eksempel er kardiologi og hjerteradiologi. Her møtes fagene omkring felles pasientgrupper. Stadig krav til spesialisering gjør at man innen for eksempel anestesi må utvikle helt spesiell kompetanse i forhold til små barn, innen radiologi skjer det en subspecialisering som gjør at noen er bedre på skjelett, andre på nevro-radiologi, barne-radiologi etc.

Modellen innebærer at en tar utgangspunkt i den type enheter som dagens Hjerter-Lungesenter er og rendyrker denne enda mer, med å dedikere utstyr og personell innen servicefunksjoner til denne enheten for å forbedre den organisatoriske samarbeidsprosessen omkring pasientforløpene.

### *Fordeler med modell 3*

Denne modellen lager i større grad helhetlige pasientforløp. Erfaringene fra blant annet Hjerter-lungesenteret ved Ullevål viser at kontroll over innsatsfaktorene i hele pasientforløpet gjør det mulig å planlegge og gjennomføre pasientbehandlingen på en bedre måte og øke produksjonen. Samlokalisering av ulike kirurgiske og medisinske fagmiljøer som i dag behandler samme pasientgruppe med ulike faglige tilnærminger i samme enhet, kan gi synergieffekter når det gjelder å raffinere eksisterende metoder for behandling og utvikle nye, og gi pasienten et mer integrert behandlingsforløp. Kvalitetsproblemer og kostnadsproblemer i sykehus oppstår gjerne når ingen har ansvaret for, eller ser, hele pasientforløpet. Innenfor en slik modell kan det lettere skapes en oversikt over hvordan de ulike funksjonene samhandler på en måte som skaper økt kvalitet og god ressursutnyttelse. Videre ligger det et potensial i at "medisinsk service" og "klinikk" utvikler ny felles kunnskap gjennom et tettere og mer kontinuerlig samarbeid. Vi mener også at slike sentre vil være et godt organisatorisk utgangspunkt for å utvikle et lederskap som binde de faglige perspektiver og strategier sammen med overordnet virksomhetsstyring og strategiske veivalg.

### *Ulemper med modell 3*

I denne modellen splittes kirurgiske og medisinske fagmiljøer som tradisjonelt har vært organisatorisk knyttet til hverandre. En slik ny inndeling av fagmiljøene bryter med den medisinske spesialiseringen og kan få negative konsekvenser. Det vil være forbundet med til dels store omstillinger for fagmiljøene å skulle samarbeide om behandling av pasienter med andre faggrupper enn det som har vært en lang medisinsk tradisjon, og som vil medføre til dels store organisatoriske og personlige omstillinger. Videre er utdanningen av medisinske spesialister tilpasset en annen faglig forankring enn det sentermodellen legger opp til. Dette vil kreve en omlegging av organiseringen av spesialistutdanningen ved sykehuset. Modellen har også en utfordring knyttet til å løse problemer med multiorgansviktpasienter hvor det ikke er klart hvilket senter disse skal behandles ved. Reorganiseringen av alle servicefunksjoner må bygge på grundige analyser slik at ikke kostnadene ved disse funksjonene øker dramatisk. De fagmiljøene som opplever seg som kandidat for "oppsplitting" kan oppleve dette som en trussel mot faglig utvikling og mulighet til å arbeide "på tvers". Dette må veies opp mot fordelene med subspecialisering inn mot bestemte pasientgrupper.

### *Forutsetninger for modell 3*

De ledelsesmessige utfordringene ved modell 3 er store, spesielt for senterlederene. Lederne vil måtte arbeide mye internt med å ta ut potensialet i faglig og organisatorisk samarbeid på tvers av eksisterende fagmiljø. Ved hjerter-lungesenteret ved sykehuset i Linköping ble de ulike fagmiljøene "tvunget" til å "blande" seg. Kontorene ble fordelt slik at ikke fagmiljøene ble sittende i samlede

"grupper", men inn i mellom hverandre. Dette ble gjort bevisst slik at det skulle utvikles en *ny felles* kultur. De møtte hverandre i døren – bokstavelig talt.

Samtidig vil det eksistere behov for koordinering av samhandling mellom sentrene. Den videre utvikling av sykehuset må også ta hensyn til mer enn bare utvikling av det enkelte senter. I likhet med modell 1 vil senterlederne også ta et helhetlig ansvar for sykehuset slik at suboptimalisering unngås. Det vil særlig være viktig å finne balansen mellom en desentralisering og integrering av servicefunksjoner i sentrene, og muligheten for å sentralisere vaktberedskap og sentrale fasiliteter (operasjonsstuer, kostbart utstyr etc.).

#### *Omkostninger med modell 3*

Modellen bryter mest med sykehusets grunnstruktur (profesjonsbyråkrati) da den utfordrer tradisjonelle faggrenser og spesialiteter. Fokuset rettes fra fagspesialisering til brukertilpasning. Det vil kreve en vesentlig organisasjonsutvikling å få dette realisert. Ikke minst vil dette utfordre en fagorientert organisasjonskultur. Det må antas at det vil være relativt høye omstillingskostnader forbundet med en slik modell, siden den er såpass radikal. Modellen vil imidlertid "riste" hele sykehusorganisasjonen såpass mye at den lettere vil kunne skape nye og bedre løsningen enn i de andre modellene, som mer er å anses som en justering av dagens organisering.

## 7.4 Toppledelse og stabsdirektører i de tre modellene

Vi har tidligere anbefalt at staben bør deles inn i en strategisk del og en kontrollerende del. Denne inndelingen bør beholdes i alle de tre modellene vi har foreslått. Vi vil i det følgende skissere noen topplermodeller for hver av hovedmodellene:

### 7.4.1 Toppledelse ved Klinikstruktur

En klinikkmodell vil dempe behovet for stabsressurser hos administrerende direktør. Dette er et meget sentralt poeng, fordi en sterk sentral stab vil motvirke at modellen realiseres etter intensjonene. En sterk sentral stab vil skape unødig store spenningsforhold mellom sentralt nivå og klinikknivå. Klinikstrukturen forutsetter stor grad av autonomi på klinikknivå, noe som vil kreve at stabene i klinikkene bygges ut. Kravet til strategisk tenkning og kontroll over egen virksomhet vil være større på klinikknivået enn i dag. Imidlertid vil større grad av delegering medføre et større behov for å styre enda hardere på mål og resultatkrav. Den viktigste styringslinjen i denne modellen blir oppfølgingsmøtet mellom administrerende direktør og divisjonsdirektør. Dette vil også kreve større kontrollfunksjoner sentralt.

Hvis man velger å legge denne modellen til grunn vil vi anbefale at klinikklederne og to viseadministrerende direktører inngår i administrerende direktørs ledergruppe. De to viseadministrerende direktørene får følgende oppgaver:

Viseadministrerende direktør 1: Lede den kontrollerende delen av staben.

Viseadministrerende direktør 2: Lede den strategiske delen av staben.

Videre vil vi anbefale at HR-direktør, økonomidirektør og kvalitetsdirektør har møteplikt i topplergruppen.

### 7.4.2 Toppledelse ved intern bestiller/utførermodell

Intern bestiller/utførermodell vil som modell overlate en del av styringen til interne markedsmekanismer. Behovet for sentral styring blir dermed mindre, men der behovet for sentral styring blir mindre øker behovet for sentral regulering av markedsmekanismene tilsvarende. Dette vil kreve forsterkning av den kompetansen Ullevål allerede har på dette området. Styringsdialogen med brukerrettede kan skje etter samme modell som i klinikkmodellen. Behovet for sentral oppbygging av stabsressurser avhenger av hvor store avdelingene blir i denne modellen. Behovet



for styringsdialog med serviceavdelingene vil i være vesentlig mindre ettersom styringen i stor grad er regulerte gjennom serviceavtaler mellom avdelingene og serviceenhetene.

Behovet for strategiske ressurser på sentralt nivå vil avhenge av hvor store de pasientrettede avdelingene gjøres. Dersom man velger små avdelinger vil behovet for strategiske ressurser være stor på sentralt nivå.

Hvis man velger å legge denne modellen til grunn vil vi anbefale at to viseadministrerende direktører samt HR-direktør, økonomidirektør og kvalitetsdirektør inngår i administrerende direktørs ledergruppe. De to viseadministrerende direktørene får følgende oppgaver:

Viseadministrerende direktør 1: Ansvar for ekstern samhandling.

Viseadministrerende direktør 2: Ansvar for intern samhandling.

Videre vil vi anbefale at HR-direktør, økonomidirektør og kvalitetsdirektør har møteplikt i toppledergruppen.

#### 7.4.3 Toppledelse ved organbasert organisering

Den organbaserte modellen vil øke behovet for strategiske ressurser sentralt. Vurdering av fremtidig pasientgrunnlag og sammensetning av nye behandlingstilbud vil kreve strategisk tenkning og innovasjon i langt større grad enn dagens modell. Dette fordrer også en sentral stab som interagerer med ulike fagmiljø for å utvikle og gjennomføre Ullevåls strategi. Ledelse av strategiprosessen blir svært viktig. Det knytter seg videre to andre utfordringer ved denne modellen som får direkte konsekvenser for hvordan man bygger opp den sentrale staben. Den første utfordringen knytter seg til kryssfunksjonelle fagdisipliner med store faglige ambisjoner med de kostnadsdrivende konsekvenser dette kan medføre. Dette fordrer en faglig kompetent og sterk økonomikontroll sentralt. Videre vil en omgjøring fra dagens modell til en organmodell kreve evne til å gjennomføre en kompleks organisasjonsutvikling. Dette fordrer organisasjonsutviklingskompetanse sentralt.

Hvis man velger å legge denne modellen til grunn vil vi anbefale at lederne for organsentrene og to viseadministrerende direktører inngår i administrerende direktørs ledergruppe. De to viseadministrerende direktørene får følgende oppgaver:

Viseadministrerende direktør 1: Lede den kontrollerende delen av staben.

Viseadministrerende direktør 2: Lede den strategiske delen av staben.

Videre vil vi anbefale at organisasjonsutviklingsdirektør, HR-direktør, økonomidirektør og kvalitetsdirektør har møteplikt i toppledergruppen.

### 7.5 Andre organisatoriske løsninger

Ved siden av de tre "generiske" hovedmodellene skissert ovenfor, kan en også tenke seg noen organisatoriske løsninger som i prinsippet kan *kombineres med eller utfylle de tre hovedmodellene*.

#### 7.5.1 Satsningsområder

Innenfor alle de tre hovedmodellene som er beskrevet ovenfor, vil det kunne være aktuelt å etablere egne satsningsområder eller sentre som gis spesiell ledelsesmessig oppmerksomhet, for en kortere eller lengre periode. Det innebærer at en tar en bestemt del av virksomheten ut og legger den under en egen enhet. Dette kan gjøres på ulike organisatoriske nivå. Ved siden av at virksomheten synliggjøres på organisasjonskartet, kan en gi særskilte fullmakter til en slik enhet, eller tilføre ekstra ressurser for en oppbyggingsperiode eller en omstillingsperiode. Det er tre spesielle forhold som kan gjøre det aktuelt å vurdere en slik løsning:

- Virksomhet som har særlige utfordringer i forhold til oppbygging (satsningsområder) eller står ovenfor en større omorganisering. Et eksempel på det førstnevnte kan være etablering av nye pasienttilbud som involverer et tverrfaglig samarbeid og der en skal finne nye

løsninger som er spesielt tilpasset pasientgruppen, eksempelvis en tverrfaglig ryggavdeling (organisatorisk innovasjon). Øyeavdelingen kan være et eksempel på sistnevnte situasjon. Den består av de tidligere øyeavdelingene ved Ullevål og Rikshospitalet. Etter sammenslåingen har det blitt en meget stor avdeling og det er to ulike organisasjonskulturer som skal "smelte sammen". Dette representerer i realiteten en særlig utfordring som kan gi grunnlag for å gi enheten større ledelsesmessig oppmerksomhet og ressurser i en periode.

- Virksomheter som møter sterk konkurranse, spesielt fra private aktører. Her kan det være aktuelt å gi enheter mulighet for å etablere en virksomhet som kan drives med lignende rammebetingelser og fullmakter som konkurrenter har for at de skal kunne konkurrere på likt grunnlag. Det kan være særlig aktuelt å gjøre dette innenfor relativt enkle lidelser med et stort volum. Det er særlig innenfor dette området private aktører konkurrerer med sykehuset. Ullevål vil da kunne sikre seg tilgang til brede pasientgrupper for undervisning og forskning. Samtidig kan slik virksomhet generere betydelig inntekter.
- Virksomheter som det er av stor betydning å *synliggjøre* utad. I prinsippet er organisering av Ullevål primært et indre anliggende, men organisasjonskart kan også bidra til å synliggjøre virksomheten mot omgivelsene. Å etablere egne sentra kan bidra til en tydeligere profilering i forhold til omgivelsene.

### 7.5.2 Lokalsykehus i sykehuset

En annen variant er å anvende en form for "LEON"-prinsipp for den interne organiseringen. I dag gis pasienter med ulike behov for spesialistkompetanse i prinsippet likeartet tilbud, fordi sykehuset ikke har noe organisatorisk skille mellom lokalsykehusfunksjoner og universitetsfunksjoner. Et mulig alternativ kan være å organisatorisk etablere et eget lokalsykehus i sykehuset som kan ivareta en adekvat behandling for de pasienter som ikke har behov for de mest høyspesialiserte funksjonene. Det kan være et problem å skille klart mellom ulike pasientgrupper, men det bør være mulig å flytte pasienter mellom "lokalsykehus" og "universitetssykehus" uten for mye barrierer. En slik løsning forutsetter imidlertid også en stor grad av fleksibilitet når det gjelder bruk av fagpersonell og utstyr på tvers av lokal- og universitetssykehus. Med andre ord vil de ansatte ved Ullevål kunne måtte gå litt mellom de ulike sykehusene avhengig av behov etc.

Modellen er kanskje mest egnet for pasienter som i dag ligger ved generell indremedisin.

## 7.6 SINTEFs anbefaling - kombinasjon av modeller

De tre modellene som er skissert og eksemplifisert ovenfor er alle idealmodeller, og vi finner eksempler på alle disse tre også i dagens organisering. Ullevål er en stor og sammensatt virksomhet, og det er gode grunner til å hevde at ulike deler av virksomheten vil kunne styres best gjennom *ulike* modeller.

I dette avsnittet vil vi skissere hvordan en slik kombinasjon av ulike organiseringstyper kan utarte seg i forhold til de enkelte divisjonene. Hvordan ville de tre ekstremvariantene av organisasjonsmodeller hemme eller fremme divisjonenes kjernevirksomhet, herunder pasientbehandling, undervisning og forskning? Det kan derfor godt være at en endelig modell for Ullevål kan være en *hybrid* der en kombinerer de modellene som er skissert ovenfor. Dette er ment som innspill til en diskusjon Ullevål må føre videre internt og er ikke konkluderende i så måte. Vi ønsker heller å stille flere spørsmål og provosere alternative organisasjonsløsninger framfor å presentere fasitsvarene. De ulike argumentene må vurderes og ses i sammenheng med ønsker om videre utvikling for Ullevål.

Vi vil starte med de virksomhetsområdene der det synes enklest å komme med en klar anbefaling for så å gå videre inn på områder der det finnes ulike alternativer og der veivalg til syvende og sist må gjøres på basis av hva sykehuset tror vil være den beste organiseringen å møte framtiden med.

### 7.6.1 Intern service

Intern service kan i stor grad organiseres som en underleverandør i Ullevål, og styres gjennom samarbeidsavtaler og leveranseavtaler (intern fakturering). Det er allerede under arbeid å utvikle og utprøve leveranseavtaler mellom intern service og de kliniske avdelingene. Intern service ved Ullevål er så stor at den vil kunne ha betydelige stordriftsfordeler i forhold til lignende virksomhet ved andre sykehus øvrig helsetjeneste, og bør derfor kunne ha anledning til å utvikle seg tilbud også til virksomheter utenfor Ullevål. Dette taler også for at Intern service bør ha en relativt "fristilt" rolle i Ullevål. Vi vil imidlertid ikke anbefale at man går så langt som å formalisere Intern service som egen dattervirksomhet, da dette vil kunne framtvinge konkurranseutsetting. I prinsippet er det ikke behov for at leder av Intern service sitter i hovedledelsen (dagens DDM-møter).

SINTEF vil foreslå at dagens stabsfunksjoner knyttet til driftsmessig støtte som personaladministrasjon, lønnsadministrasjon, regnskap, fakturahåndtering og arkivfunksjoner legges til Intern service. Eiendomsforvaltning er en meget stor del av det som "framkommer" som stabsfunksjon ved Ullevål, men har i realiteten ikke noe med "sentral stab" å gjøre. SINTEF mener at denne eiendomsforvaltning er så stor at det bør ligge i en egen enhet (Ullevål Eiendom). Hvorvidt denne enheten rapporterer til adm. direktør eller en annen stabsdirektør (for eksempel økonomidirektør) har SINTEF ikke noen bestemt oppfatning om.

### 7.6.2 Psykiatrisk divisjon og Kvinne-barn divisjonen

Psykiatrisk divisjon bør forbli samlet inntil videre. Vi mener at det arbeidet som er igangsatt etter Muusmann-rapporten må bli videreført og få tid til å virke før nye tiltak vurderes. Vi tar et mulig forbehold om at barne- og ungdomspsykiatrien bør vurderes på nytt. Dette er en diskusjon som handler om hvor vidt en bør ha et "fagperspektiv" eller et "brukerperspektiv" til grunn for hvordan tjenesten skal organiseres. Det finnes ikke noe fasitsvar på denne diskusjonen, og det er ulike måter å organisere dette på i Norge, uten at noen løsning peker seg ut som et naturlig førstevalg. Dette vil blant annet henge svært nøye sammen med helt spesielle lokale forhold som vi ikke har nødvendig oversikt over. Hvilken tilknytning BUP skal ha i fremtidig struktur, må sees i sammenheng med utviklingsarbeidet som er satt i gang etter evalueringen som ble foretatt av Muusmann.

Kvinne-Barn divisjonen bør også forbli uendret slik vi ser det, med det lille forbehold som vi presenterte ovenfor angående barne- og ungdomspsykiatrien. Kvinne-barn divisjonen fungerer i dag relativt uavhengig av de øvrige divisjonene som driver klinisk virksomhet, og har vist stor tilpasningsevne de siste årene. Her kan vi trekke frem overtakelsen av fødslene fra Aker sykehus og innlemmelsen av BUP i divisjonen. Føde-barselavdelingen ble for øvrig resertifisert som mor-barn-vennlig sykehus nå i 2005.

### 7.6.3 Kirurgisk divisjon, Medisinsk divisjon, Hjerte-Lungesenteret og Ortopedisk senter

Hovedutfordringen ligger på veivalg for kirurgisk virksomhet og indremedisinsk virksomhet. Her har Ullevål i dag ulike hovedmodeller i funksjon; En stor kirurgisk avdeling, inkludert anestesi/operasjon (hierarki), et ortopedisk senter (som "kjøper" anestesi/operasjon fra Kirurgisk divisjon) og et Hjerte-lunge-senter (organbasert – blanding av kirurgi/medisin, som også er "kjøpe" av anestesi). Slik sett har Ullevål allerede i stor grad en "hybrid"-modell. Vi mener at den ikke er helt optimal. Hovedvalget står etter vårt syn mellom følgende to modeller:

- Samling av kirurgi og indremedisin (Modell 1); Det betyr at Hjerte-Lunge senteret legges ned i sin nåværende form, og at den kirurgiske virksomheten innen senteret organiseres sammen med dagens kirurgiske divisjon og ortopedisk divisjon. Videre at den indremedisinske virksomheten ved Hjerte-Lungesenteret organiseres sammen med dagens Medisinske divisjon. Dette vil gi to store organisatoriske enheter. Vi heller i retning av at dette ikke er en anbefalt vei å gå. Til det viser våre undersøkelser ved Ullevål at kirurgisk avdeling har problemer med lederskap internt, og at Hjerte-lunge-senteret og Ortopedisk divisjon kan vise til gode resultater, både når det gjelder pasientfokus og godt tverrfaglig samarbeid. Vi finner ikke argumentene for samordning tunge nok for å avvike dagens

Ortopediske senter, som bl.a. kan vise til oppbygging av fagmiljø og gode forskningsresultater, og Hjerter-Lunge senteret som (til tross for å være en "blanding" mellom kirurgi og indremedisin) synes å fungere godt som en samlet organisatorisk enhet. Hovedutfordringen for Hjerter-Lungesenteret ligger så vidt SINTEF kan vurdere i den videre funksjonsfordelingsprosess innen fagområdet – spesielt i forhold til "Oslo-prosessen". Det kan derfor være en god grunn til å beholde dette som en egen organisatorisk enhet for å møte den strategiske utfordringen.

- Større skille mellom medisinsk service og klinisk virksomhet, men beholde medisinsk service samlet og etablere samarbeids- og leveranseavtaler mellom servicevirksomheten og klinisk virksomhet. (Modell 2) Og samtidig gå i retning av senter (pasientfokusert) organisering av *klinisk* virksomhet (Modell 3). Denne modellen beskrives mer utførlig nedenfor.

#### 7.6.4 Medisinsk service

Vi vil anbefale at de medisinske servicefunksjonene organiseres samlet, av hensyn til effektiv utnyttelse av kostbar teknologi og en effektiv bruk av ressurser på "ubekvem" tid. En utstrakt desentralisering og oppsplitting av disse funksjonene vil kunne bidra til økte kostnader og faglig stagnasjon. Imidlertid tror vi at det fortsatt bør tilstrebes en faglig utvikling på tvers av en rekke av de medisinske støttefunksjonene og klinisk virksomhet. Vi mener også at beslutningen om å ta hjerteradiologisk avdeling ut av Hjerter-Lunge senteret og inn i Radiologisk divisjon ikke er godt nok begrunnet. Hjerteradiologi er i praksis mer pasientbehandlende og "kardiologi" enn en servicevirksomhet. Det bør derfor vurderes å legge hjerteradiologi tilbake til Hjerter-lungesenteret.

Vi ser for oss to medisinske serviceenheter – en samlet radiologisk og laboratoriemedisinsk "divisjon" (i tråd med vedtak fattet ved Ullevål), og en "akutt-medisinsk-service" divisjon bestående av dagens prehospita divisjon, mottakelse, anestesi, operasjon og PO/intensiv/recovery. Det bør også vurderes om dagkirurgisk senter bør legges til en slik enhet. Denne enheten vil på mange måter ligne den gamle KAM (Kirurgisk Akutt Mottak), som ble lagt ned pga dårlige erfaringer med økonomisk styring. Vi tror at med økt vektlegging av internfakturering og satsing på virksomhetsstyring, så vil en slik enhet kunne fungere tilfredsstillende.

Det pågår nå et arbeid for å slå sammen Radiologisk og Laboratoriemedisinsk divisjon til én divisjon. Faglig sett er det lite å vinne på en slik sammenslåing, til det er aktiviteten ved divisjonene for ulike. En sammenslåing kan være hensiktsmessig ut fra et ønske om å redusere administrerende direktørs kontrollspenn. En annen mulig gevinst er reduksjon i administrative kostnader. For det tredje kan det være stordriftsfordeler å hente når det gjelder forhandlinger og utforming av serviceavtaler.

Både den radiologiske og laboratoriemedisinske virksomheten ved Ullevål er omfattende og har trolig stordriftsfordeler i forhold til andre sykehus. Dette kan Ullevål nyttegjøre seg av. LAB/RAD kan i alle de tre foreslåtte modellene være en selvdrevet enhet som selger tjenester på kontraktsbasis til de øvrige enhetene ved Ullevål. LAB/RAD kan også selge tjenester til andre sykehus og private aktører. Dette fordrer at LAB/RAD gis rammebetingelser som gjør det mulig å konkurrere på samme vilkår som andre laboratorie- og røntgeninstitutter. Det bør da vurderes om det er hensiktsmessig å ha LAB/RAD i linje til direktøren. En fullt utbygd sentermodell medfører et trykk i retning av å integrere mange av servicefunksjonene i sentrene. Det er viktig å kunne skille mellom organisatorisk og geografisk samordning. Det gjelder å finne en balanse mellom desentralisering og integrering av servicefunksjoner i sentrene, og muligheten for å sentralisere vaktberedskap og sentrale fasiliteter. Det er kanskje spesielt innen radiologi at den faglige utviklingen øker et press mot større integrasjon av servicefag og klinikk. Serviceenheter som er geografisk er lagt til sentrene kan organisatorisk tilhøre LAB/RAD-enheten. Dette vil gjøre det mulig å utnytte enkelte stordriftsfordeler som kostbart utstyr og vaktberedskap.

### 7.6.5 Kirurgi, indremedisin og ortopedi (herunder også dagens Hjerne og lungesenter)

Når det gjelder den kliniske virksomheten for øvrig, vil vi ta utgangspunkt i dagens organisering. Da står vi i utgangspunktet med følgende enheter:

- Kirurgisk divisjon, unntatt anestesi/operasjon/PO/Intensiv/recovery og evt dagkirurgisk senter.
- Ortopedisk divisjon
- Hjerne-lunge divisjon
- Medisinsk divisjon

Det er mulig å beholde disse enhetene som framtidige enheter ved Ullevål. Den reelle forskjellen fra dagens organisering er da etableringen av den nye "akutt-medisinske-service" enheten, og ellers mindre justeringer. Vi vil imidlertid, som minimum, foreslå at **Øyeavdelingen bør bli en egen enhet**. Vi har to hovedbegrunnelser for det. For det første står de ovenfor omstillingsbehov etter at virksomheten ved Rikshospitalet og Ullevål ble slått sammen i en større enhet. Dette fordrer et større ledelsesfokus alene. I tillegg vil vi hevde at øyeavdelingen i stor grad kan oppfattes som en "egen" virksomhet og derfor kan gis større autonomi. Øyeavdelingen vil også møte stor "konkurrans" fra privat helsetjenester om både kompetanse og pasienter, også innenfor høyspesialisert behandling (som bør være ved et Universitetssykehus).

SINTEF mener at Ullevål **bør vurdere å gå enda lenger i retning senterorganisering eller "brukerorientert" organisering** etter modell av Hjerne-lunge senteret (og i prinsippet Kvinne-Barn divisjonen). Ullevåls størrelse, breddekompetanse og spisskompetanse gjør at dette kan lykkes bedre ved Ullevål enn noe annet sykehus i landet. Det er imidlertid et komplisert "puslespill" å finne den nye sammensetningen av de nye enhetene som best kan ivareta en mest mulig helhetlig pasientorientert organisering. SINTEF mener at dette bør utredes nærmere med stor grad av involvering av berørte parter ved sykehuset. Vi vil imidlertid nedenfor presentere en *skisse* som en *illustrasjon* på hvordan dagens kirurgiske og indremedisinske og ortopediske virksomhet kan tilpasses modell 3. De aktuelle fagmiljøene ved Ullevål vil kunne ha helt andre vurderinger av hva som er "naturlige" sentre som kan avvike fra denne skissen. Den må derfor ikke oppfattes som et konkret forslag til nye sentre, men som et utgangspunkt for en eventuell intern diskusjon *dersom* sykehuset ønsker å utrede nærmere hvordan slike "pasientfokuserte" sentre kan etableres.

		"Brukerorienterte" sentre						
		Abdominal:	Muskel/ skjelett:	Miljø/kreft:	Hode/Nevro:	"Medisinsk senter" ("Lokalsykehuset")	Øye	"Akutt medisinsk service"
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Dagens divisjoner	Kirurgisk divisjon	Gastrokirurgi	Plastikkirurgi	Onkologi	Nevrokirurgi Kjeveortopedi		Øye	Anestesi Intensiv/PO Recovery Dagkir Mottagelse
	Medisinsk divisjon	Gastromedisin		Hematologi Hud Infeksjons- medisin	Nevro-medisin	Akuttmedisin Gen. indremedisin Geriatrici Forebyggende medisin Voksenhab.		
	Ortopedisk senter		Ortopedi					
	Prehospital divisjon							Dagens prehospital divisjon

**Figur 7.3: Skisse til etablering av pasientfokuserte sentre ved Ullevål**

Hjerte-Lungesenteret er ikke tatt med i "matrisen" fordi den vil forbli som i dag. Hjerte-Lunge senteret vil kunne bli påvirket av eventuelle fremtidige endringer i fordelingen av elektive pasienter mellom Ullevål, Rikshospitalet og Feiring. Senteret er i dag ikke komplett når det gjelder å ta hånd om hele pasientforløpet. Senteret er avhengig av andre divisjoner når det gjelder invasiv kardiologi, anestesi og senger for lungemedisinske pasienter. Det må derfor vurderes å legge hjerte-radiologisk avdeling tilbake til Hjerte-Lunge senteret, og se nøyer på de senge- og pleieressurser som skaper koordineringsproblemer mellom Hjerte-Lunge senteret og Medisinsk divisjon. Når det gjelder anestesi, så legger vi til grunn at denne ikke organiseres seksjonert under Hjerte-Lunge senteret, men at det må arbeides med hvordan anestesi kan dedikeres på en måte som skaper forutsigbarhet og kvalitet i tjenesteleveransen.

## 7.7 Virksomhetsstyring og klinisk lederskap

I SINTEFs anbefaling til modell ved Ullevål har vi tatt utgangspunkt i de tre modellene som ble redegjort for innledningsvis. SINTEF vil påpeke at det ved en total gjennomgang av sykehusets organisering kan være riktig å vurdere organiseringen av den kliniske virksomhet opp mot organiseringen av toppledelsen ved Ullevål. SINTEF anser dette som en del av den dialog som må være mellom styret og administrerende direktør om organiseringen av Ullevål som helhet. Vi vil i det følgende peke på prinsipper for god virksomhetsstyring og på denne bakgrunn gi et innspill til hvordan nivået over hovedstrukturen som er skissert ovenfor bør se ut.

SINTEF mener at uansett valg av modell, så ligger den største utfordringen og det største potensialet i å gjennomføre prinsipper for god virksomhetsstyring på alle nivå og i hele linjen. Vi har brukt begrepet "klinisk lederskap" som en betegnelse for virksomhetsstyring for sykehus. Kjernerprinsipper i dette er:

- Bidra til at pasienter og ansatte føler trygghet for at behandlingen er av høy standard og at myndighetskrav er oppfylt. Dette innebærer en kontinuerlig vurdering av de behandlingsprogram og rutiner som er etablert, at disse er i henhold til det som anses som god faglig standard, at de følges (og at dette er dokumentert), og at avvik fra slike standarder er begrunnede.
- Bidra til styringsinformasjon som er *relevant, tilgjengelig og pålitelig* for overordnet styring av virksomheten. På dette området er det et klart forbedringspotensial.
- Bidra til en kontinuerlig kvalitetsutvikling og sørge for at kvalitetssystemet er en integrert del av ledelsen, herunder strategi- og budsjettprosessen.

Vi vil understreke at dette må innarbeides i de allerede gode lederutviklingsprogrammene som er etablert ved Ullevål, men at det ikke er nok å se dette som en ledelsesutviklingsprosess. Dette forutsetter i høy grad at hver enkelt ansatt arbeider etter de samme prinsippene, og at det skapes en organisasjonskultur som er *læringsorientert* og preget av *åpenhet* og villighet til å *dele kunnskap*. Med andre ord må dette ses på som et *organisasjonsutviklingsprosjekt*.

SINTEF mener at valg av organisasjonsstruktur må ses opp mot muligheten for å kunne etablere et velfungerende klinisk lederskap på alle nivå. Spørsmålet vil da være hvilken organisering som vil understøtte dette på en god måte. Vi mener at vårt forslag til organisering ovenfor gir et bedre grunnlag enn dagens organisering. Vår begrunnelse er følgende:

- **Større transparen;** En organisering som tar utgangspunkt i definerte pasientgrupper, og ikke definerte hovedspesialiteter gir større tydelighet og ansvars plassering for helheten i pasientforløpet. Selv om det ideelle hadde vært å integrere servicefunksjoner og klinikk i større grad, vil vi allikevel hevde at dette gir et bedre utgangspunkt for klinisk lederskap enn de eksisterende divisjonene.
- **Tydligere strategisk fokus;** den faglige utviklingen gjør at grenser mellom tradisjonelle hovedspesialiteter blir utfordret. Ved å ta utgangspunkt i definerte pasientgrupper vil en kunne få til en strategisk utvikling som på en bedre måte forener den strategiske

utfordringen som faglig og teknologisk utvikling gir med den overordnede strategi som følger av myndighetskrav og eierkrav, og tilpasning til omgivelsene.

- **Prioriteringsprosessen;** Sentermodellen samler ulike fagområder omkring definerte pasientgrupper. Selv om mange pasienter også i en slik modell primært trenger en tjeneste fra en grensespesialitet, gir modellen større mulighet til å vurdere ulike metoder og effekter opp mot behovet for å prioritere etter alvorlighetsgrad (prioriteringsforskriften). Dette fordrer selvfølgelig at de som er ledere for sentrene har autoritet og mot til å utfordre fagmiljøene som vil "kjempe for sitt".
- **Tydligere rolleavklaring;** Vi mener at denne modellen tydeliggjør lederroller på ulike nivå på en bedre måte. Leder på avdelings- og seksjonsnivå vil ha et tydelig fokus på eget fagområde og utviklingen og kvalitetssikringen av den faglige aktivitet. Senterledere vil ha et tverrfaglig fokus konsentrert til en bestemt pasientgruppe, mens toppledelsen vil ha et fokus på hele Ullevål og dens forhold til omgivelsene, spesielt eier og myndigheter. Når leder på disse nivåene inngår som medlemmer i lederteam på nivået over, vil en kunne få en god utfordring på det å innta to roller samtidig (dualisme). Faglige ledere må også kunne bidra i å lede tverrfaglighet. Senterledere må kunne bidra i å lede hele Ullevål.

### 7.7.1 Kort om kontrollspenn og antall nivå

SINTEF mener at mange nivå i en så kompleks og profesjonell organisasjon som UUS vil skape en "avansert hviskelek" mellom ledere på de ulike nivåene, der informasjon går tapt, endres underveis og ikke bidrar til den virksomhetsstyring som er ønskelig. SINTEF vil derfor på et generelt grunnlag si at en bør heller gå i retning av større kontrollspenn i toppledelsen, på bekostning av store strukturer med mange nivå. Det å etablere den kliniske virksomheten etter en "sentermodell" som skissert ovenfor, vil bidra til å binde nivåene tettere sammen, med færre nivå og noe større kontrollspenn for administrerende direktør.

### 7.7.2 Toppleidelse i SINTEFs forslag til modell

Dersom Ullevål skal etterstrebe god virksomhetsstyring slik vi har beskrevet ovenfor ved større transparens, tydeligere strategisk fokus, prioriteringsprosessen, tydeligere rolleavklaring er man avhengig av en toppleidelse med en klar struktur, med vektlegging av en godt koordinert stab, og med fokus på to sentrale oppgaver; strategisk rådgivning og kontroll. Disse funksjonene har vi beskrevet i kapittel 6. Ettersom SINTEFs anbefaling i realiteten er en blanding av modell 2 og modell 3 vil følgende faktorer gjøre seg gjeldende:

SINTEFs forslag til modell vil øke behovet for strategiske ressurser sentralt. Vurdering av fremtidig pasientgrunnlag og sammensetning av nye behandlingstilbud vil kreve strategisk tenkning og innovasjon i langt større grad enn dagens modell. Dette fordrer også en sentral stab som interagerer med ulike fagmiljø for å utvikle og gjennomføre Ullevåls strategi. Ledelse av strategiprosessen blir svært viktig. Det knytter seg videre to andre utfordringer ved denne modellen som får direkte konsekvenser for hvordan man bygger opp den sentrale staben. Den første utfordringen knytter seg til kryssfunksjonelle fagdisipliner med store faglige ambisjoner med de kostnadsdrivende konsekvenser dette kan medføre. Dette fordrer en faglig kompetent og sterk økonomikontroll sentralt. Videre vil en omgjøring fra dagens modell til en organmodell kreve evne til å gjennomføre en kompleks organisasjonsutvikling. Dette fordrer organisasjonsutviklingskompetanse sentralt.

En del av SINTEFs innspill til ny organisasjonsmodell går i retning av intern bestiller/utførermodell. Behovet for sentral styring av Intern service og Medisinsk service blir dermed mindre, men der behovet for sentral styring blir mindre øker behovet for sentral regulering av markedsmekanismene tilsvarende.

Hvis Ullevål velger å gå i den retning SINTEF anbefaler som ny organisasjonsmodell ved Ullevål, vil det kunne være flere aktuelle "viseadministrerende" direktørroller:

- Viseadministrerende direktør 1: Lede den kontrollerende delen av staben.
- Viseadministrerende direktør 2: Lede den strategiske delen av staben.

- Viseadministrerende direktør 3: Ha ansvar for intern samordning og samarbeid
- Viseadministrerende direktør 4: Ha ansvar for ekstern samhandling

Disse kan også til en viss grad kombineres. Videre vil vi anbefale at organisasjonsutviklingsdirektør, HR-direktør, økonomidirektør og kvalitetsdirektør har møteplikt i toppledergruppen.

### 7.7.3 Ledelse, struktur og resultater

SINTEFs forslag til ny organisasjonsmodell vil sannsynligvis gi bedre rammebetingelser for utøvelse av lederskap. Vi har sett i kapittel 5 at utøvelse av dugelig lederskap spiller en viktig rolle i å forklare ulike sentrale resultatdimensjoner ved Ullevål. Vi fant at lederferdighetene til mellom- og toppledere er noe svakere enn hva man burde forvente seg i en såpass stor organisasjon som Ullevål. For denne gruppen ledere er ferdighetsnivået under middels hvis man sammenligner med sammenlignbare virksomheter. Når det gjelder førstelinjeledere er ferdighetene vesentlig i underkant av det man burde forvente, og vesentlig under gjennomsnittet hvis man sammenligner med andre virksomheter. Vi har dog identifisert en rekke sentrale faktorer for utøvelse av dugelig lederskap, først og fremst det vi har kalt veiledende lederstil, endringsledelse, følge opp samt respektfull lederstil (i nevnte rekkefølge). Deretter har vi også identifisert at konflikthåndtering og lojalitet til overordnede er viktig, dog har ikke disse ferdighetene like stor effekt for virksomhetsresultatene. Det er stor variasjon når det gjelder ferdighetsnivået blant de forskjellige lederne ved Ullevål. *Det betyr at Ullevål også har mange dyktige ledere.*

Ferdighetsdimensjonen må vurderes opp mot de konkrete resultater Ullevål har oppnådd, samt strukturelle forhold som setter begrensninger på utøvelsen av dugelig lederskap. Vi vil påpeke følgende resultatdimensjoner ved Ullevål:

- Sykehuset har gått i balanse de siste årene.
- Ullevål har styrket og intensivert forskningen, og er på vei til å komme opp på et internasjonalt fremragende akademisk nivå innenfor flere områder. Det er dog stor variasjon innen Ullevål med hensyn til hvor langt man har kommet.
- Samarbeidet med omgivelsen fungerer relativt sett godt. Fastleger er mer fornøyde med Ullevål enn med andre sykehus.
- Epikrisetiden er lengre ved Ullevål enn andre sykehus (på tross av at det er gitt klare instruksjoner om at denne skal være på under en uke).
- Mangelfull profilering av tjenestetilbudet.
- Utskrivingsplanlegging er ikke tilstrekkelig godt ivaretatt.
- Horisontal koordinering av pasientforløpet er ikke tilstrekkelig godt ivaretatt.

De tre første av disse resultatdimensjonene har Ullevål grunn til å være stolte over. Vi mener at mye av dette kan tilskrives dugelig lederskap i nøkkelroller i den sentrale ledelsen (administrerende direktør, viseadministrerende direktører og divisjonsdirektører, og en god del dyktige avdelingsledere). Vi vil spesielt fremheve styringsdialogen mellom administrerende direktør og hver enkelt divisjon som særlig viktig.

Den største ledelsesmessige utfordringen knytter seg i større grad til førstelinjeledere. En del av dette kan dreie seg om manglende lederferdigheter, eller simpelthen manglende rolleforståelse eller aksept for utøvelse av lederskap i den enkelte enhet. Vi tror ytterligere man kan peke på en del strukturelle forhold som vanskeliggjør utøvelse av dugelig lederskap på dette nivået. Basert på foregående kapittel kan vi oppsummere:

- Ressursprioriteringen på sykehusnivå og på divisjonsnivå er i liten grad til stede.
- Forskningsorganiseringen har to parallelle og overlappende organisasjoner.
- Budsjett og strategiprosessen er ikke sammenkopleet godt nok.



- Fullmaktsstrukturen oppfattes som uryddig og er ikke tilpasset en divisjonalisert organisasjonsstruktur.
- Styringsinformasjonssystemet mangler tillit nedover i organisasjonen.
- Den sentrale administrasjonen er ikke koordinerte og samkjørte.
- Den sentrale administrasjonen har tatt opp i seg mange funksjoner som ikke kan karakteriseres som stabsfunksjoner.
- Styringsdokumentene (avtaler, budsjetter, planer, målekort, strategier) er kompliserte og vanskelig å forholde seg til.
- DDM er på papiret toppledergruppen til Ullevål, men fungerer ikke som et strategisk organ, mer som et informasjonsorgan.
- Manglene gjennomgående klinisk lederskap.

SINTEF har andre steder i rapporten, spesielt i dette og det forrige kapittelet, foreslått tiltak innenfor hvert av disse områdene. Vi mener at en forbedring av disse strukturelle forholdene, sammen med en organisasjons- og ledelsesutviklingsprosess vil heve nivået til førstelinjeledelsen ved sykehuset. Vi tror at en profesjonalisering av førstelinjeledelsen er avgjørende for at Ullevål skal lykkes i fremtiden. Med andre ord; det er spesielt ved ledelsesutvikling på førstelinjen at sykehuset kan få til en vesentlig utvikling av sitt kliniske lederskap.

## Reference List

Argyris, C. & Schön, D. A. (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley

Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, An. (2002). *The new leaders: Transforming the art of leadership into the science of results*. Litle Brown Book.

Helsetilsynet. Gamle i sykehus. 2000. Oslo, Statens helsetilsyn.

Jørgenvåg, Ronny and Kjekshus, Lars Erik. Private avtalespesialister i Helse Øst RHF. Kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingsskjeden. STF78 A045021. 2004. Trondheim, SINTEF Helse. Ref Type: Report

Kammerlind, P., Dahlgaard, J. J., & Rutberg, H. (2004). Leadership for Improvements in Swedish Health Care. *Total Quality Management*, 15, 4, 495-509, og til en viss grad Liewellyn, S. (2001). 'Two-way Windows': Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22, 4, 593-623.

Kjekshus, L. E. (2004) INTORG - de somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. Oslo: SINTEF Helse.

Kjekshus, Lars Erik (2005) Primary healthcare and hospital interaction: Effects for hospital length of stay, *Scandinavian Journal of Public Health*, 33.

Pedersen. Benchmarking av sykehuskostnader - dekomponerte kostnadsindikatorer for sykehus". STF78 A045801, SINTEF Helse PaFi. 2004. Ref Type: Report

St.meld.nr.9 (1974) Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo: Sosialdepartementet, Norges offentlige publikasjoner.

Torvik, Nyland og Pettersen (2005): "Sensitivitetsanalyse og kostnadsgrunnlaget i SAMDATA; effekt på kostnadsindeks og totale utgifter", STF78 A055003, SINTEF Helse, for en nærmere gjennomgang av kostnadsgrunnlaget for kostnadsindeksen i SAMDATA.

Vedlegg

## Budsjett og regnskap

## ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS HF

### Oversikt over justert budsjett, regnskap og avvik for perioden 1989 - 2001

Oppdatert pr. 01.06.2005 / BIR

Tall i 1000 kr.

DRIFTSREGNSKAP	1989			1990			1991		
	Justert budsjett	Regnskap	Avvik	Justert budsjett	Regnskap	Avvik	Justert budsjett	Regnskap	Avvik
000-099 Lønn, trygd og pensjon	966.592	1.021.980	-55.388	960.554	960.609	-55	1.006.860	1.005.572	1.288
100-199 Inventar, utstyr og vedlikehold							35.829	38.718	-2.889
200-299 Andre driftsutgifter							334.300	336.299	-1.999
Øvrige driftsutgifter (100-299)	386.246	412.266	-26.020	352.746	354.951	-2.205			0
310-319 Overf. til staten									0
320-329 Overf. til fylkeskommuner									0
340-389 Overf. til andre							114.014	114.014	0
Overføringer ( 300-399)	204.351	220.598	-16.247	485	485	0			0
000-099 Lønn og sosiale utgifter									
100-299 Kj. av varer og tj. som inngår i komm. tj.prod.									
300-399 Kj. av varer og tj. som er statter komm. tj.prod.									
400-499 Overføringer									
<b>Sum driftsutgifter</b>	<b>1.557.189</b>	<b>1.654.844</b>	<b>-97.655</b>	<b>1.313.785</b>	<b>1.316.045</b>	<b>-2.260</b>	<b>1.491.003</b>	<b>1.494.603</b>	<b>-3.600</b>
600-679 Salgs- og leieinntekter							214.000	216.825	-2.825
690-699 Fordelte utgifter									0
Salgs- og leieinntekter ( 600-699)	155.373	173.424	-18.051	182.019	184.039	-2.020			0
700-709 Overf. fra trygden							55.500	54.909	591
710-719 Overf. fra staten							130.500	133.465	-2.965
Overf. fra staten & trygdeforv. ( 701-719)	184.567	199.332	-14.765	168.931	168.364	567			0
720-729 Overf. fra fylkeskommuner							113.500	111.927	1.573
730-739 Overf. fra primærkommuner									0
740-749 Overf. fra andre									0
Andre overføringer ( 720-789)	150.403	136.190	14.213	113.074	113.790	-716			0
600-699 Salgs- og leieinntekter									
700-799 Refusjoner									
800-899 Andre statlige overføringer									
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>490.343</b>	<b>508.946</b>	<b>-18.603</b>	<b>464.024</b>	<b>466.193</b>	<b>-2.169</b>	<b>513.500</b>	<b>517.126</b>	<b>-3.626</b>
<b>Netto driftsutgifter</b>	<b>1.066.846</b>	<b>1.145.898</b>	<b>-79.052</b>	<b>849.761</b>	<b>849.852</b>	<b>-91</b>	<b>977.503</b>	<b>977.477</b>	<b>26</b>
Brannskadefondet						126			73
Overført overskudd									35
Justering ( særskilte overføringer )									
Justering for tekn. endr. av regnsk.prinsip. samt avsetn. til særskilte overf.									
Justeringer vedlikehold, særskilte overføringer og overføring til andre									
<b>Relatert til den reelle driften ved sykehuset ( 1 )</b>			<b>-34.367</b>			<b>35</b>			<b>134</b>

Kilde for tallmateriale : UUS årsrapporter

Underskudd

Overskudd

Overskudd

( 1 ) = Regnskapsmessig over / underskudd

( 2 ) Inklusiv tekniske endringer av regnskapsprinsippene

( 3 ) Kostra inndeling innført i regnskapet. Kontoinndeling er ikke sammenlignbart innenfor de enkelte gruppene før og etter 2001. Derfor satt opp på egne linjer

**Investeringsregnskap kommer i tillegg og er ikke tatt med i tallene over.**

UUS fikk i 1990 for første gang et styre ( tiltrådte 13. august 1990 )

UUS startet i 1990 innføringen av avdelingsvise styringsbudsjetter. Internbudsjetteringen er gradvis utvidet i de påfølgende årene.

Pr. 1994 delegert budsjettansvaret for de utgifts- / inntektskontiene som kan sies å være styrbare / påvirkbare via driften ved sykehusets enkelte enheter.



1997			1998			1999			2000			2001 ( 3 )		
Justert budsjet	Regnskap	Avvik	Justert budsjet	Regnskap	Avvik	Justert budsjet	Regnskap	Avvik	Justert budsjet	Regnskap	Avvik	Justert budsjet	Regnskap	Avvik
1.917.958	1.990.140	-72.182	2.184.381	2.202.925	-18.544	2.383.872	2.480.463	-96.591	2.593.437	2.648.305	-54.868			0
55.818	66.507	-10.689	32.861	50.682	-17.821	61.616	66.879	-5.263	71.505	84.218	-12.713			0
613.646	633.279	-19.633	704.910	707.105	-2.195	755.685	775.277	-19.592	773.936	858.082	-84.146			0
		0			0			0			0			0
		0			0			0			0			0
		0	9.663	8.439	1.224		9.642	-9.642			0			0
92.690	87.299	5.391	82.676	83.588	-912	96.088	93.535	2.553	103.695	105.722	-2.027			0
		0			0			0			0			0
												2.783.295	2.803.175	-19.880
												791.398	977.798	-186.400
												125.040	124.450	590
												3.000	26.185	-23.185
<b>2.680.112</b>	<b>2.777.225</b>	<b>-97.113</b>	<b>3.014.491</b>	<b>3.052.739</b>	<b>-38.248</b>	<b>3.297.261</b>	<b>3.425.796</b>	<b>-128.535</b>	<b>3.542.573</b>	<b>3.696.327</b>	<b>-153.754</b>	<b>3.702.733</b>	<b>3.931.608</b>	<b>-228.875</b>
444.420	487.536	-43.116	501.936	530.282	-28.346	531.149	528.837	2.312	555.000	562.207	-7.207			0
1.813	14.775	-12.962	17.899	23.704	-5.805	10.537	10.565	-28	7.219	8.099	-880			0
		0			0			0			0			0
46.663	103.279	-56.616	94.537	110.322	-15.785	124.645	130.029	-5.384	144.000	151.496	-7.496			0
403.386	423.107	-19.721	380.227	400.447	-20.220	343.051	346.125	-3.074	407.743	397.880	9.863			0
		0			0			0			0			0
163.678	167.662	-3.984	177.485	162.785	14.700	179.800	179.441	359	161.000	173.865	-12.865			0
4.000	6.171	-2.171	1.788	6.686	-4.898	7.956	10.988	-3.032	11.090	10.215	875			0
20.288	20.111	177	17.350	28.667	-11.317	25.210	32.845	-7.635	35.500	44.011	-8.511			0
		0			0			0			0			0
												304.600	306.032	-1.432
												1.064.988	1.159.079	-94.091
												70.251		70.251
<b>1.084.248</b>	<b>1.222.641</b>	<b>-138.393</b>	<b>1.191.222</b>	<b>1.262.893</b>	<b>-71.671</b>	<b>1.222.348</b>	<b>1.238.830</b>	<b>-16.482</b>	<b>1.321.552</b>	<b>1.347.773</b>	<b>-26.221</b>	<b>1.439.839</b>	<b>1.465.111</b>	<b>-25.272</b>
<b>1.595.864</b>	<b>1.554.584</b>	<b>41.280</b>	<b>1.823.269</b>	<b>1.789.846</b>	<b>33.423</b>	<b>2.074.913</b>	<b>2.186.966</b>	<b>-112.053</b>	<b>2.221.021</b>	<b>2.348.554</b>	<b>-127.533</b>	<b>2.262.894</b>	<b>2.466.497</b>	<b>-203.603</b>
		-38.063			-34.372			0			-53.517			-61.014
		3.217			-949			-112.053			-181.050			-264.617

1

Overskudd

Underskudd

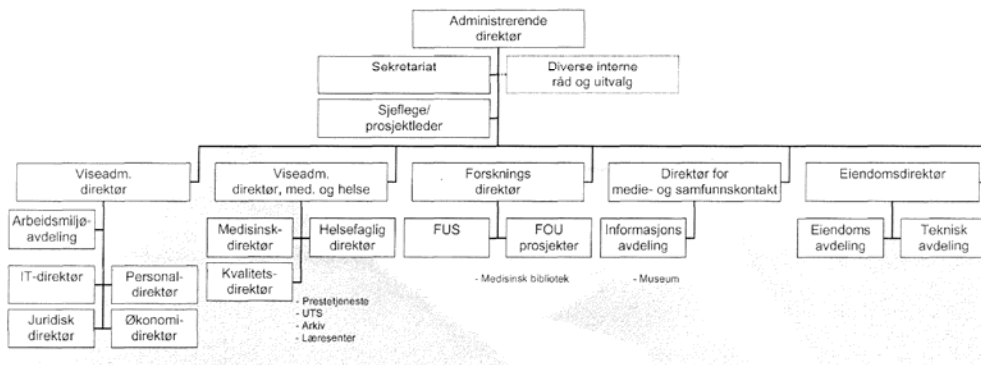
Underskudd

Underskudd

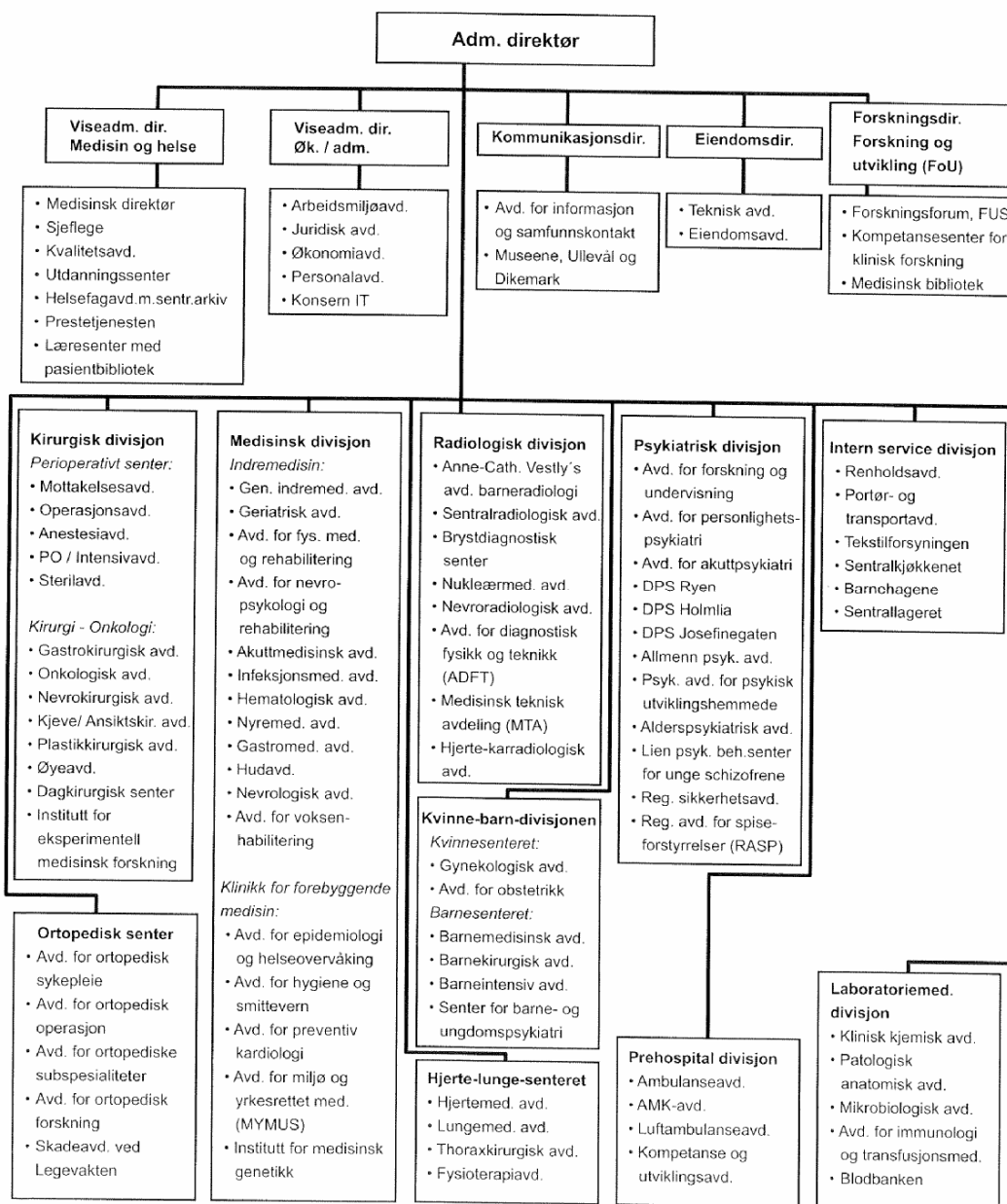
Underskudd

Vedlegg Organisasjonskart

## ADMINISTRERENDE DIREKTØRS STAB ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS



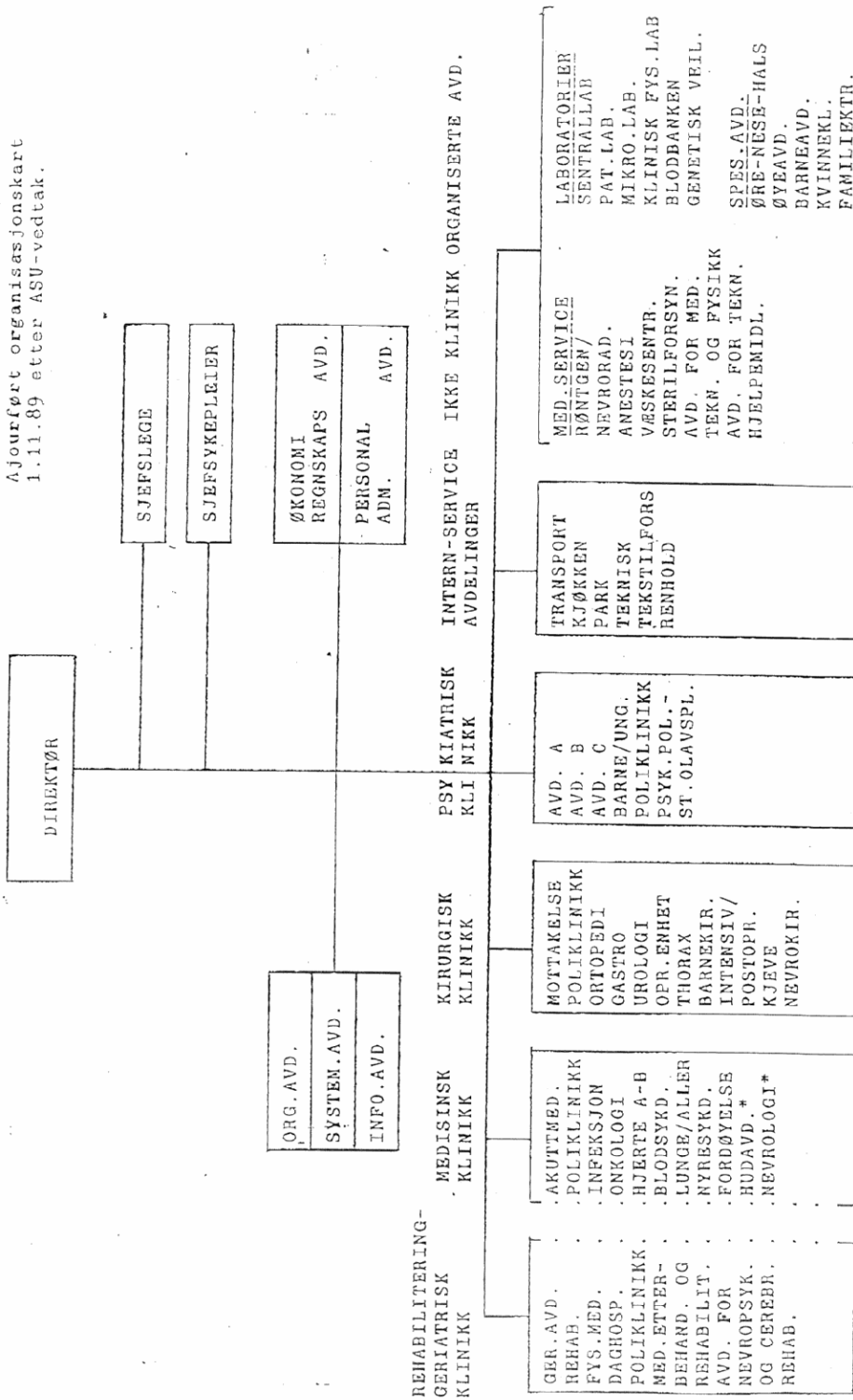
**Organisasjonskart Administrerende direktørs stab 1.1.2005**

**ORGANISASJONSKART**

**Organisasjonskart 1.1.2005**

(Ryen DPS og Holmlia DPS er slått sammen til Søndre Oslo DPS. I Kvinne-barn-divisjon er BUP organisert som et senter på lik linje med Kvinnesenteret og Barnesenteret. I Prehospital divisjon er det opprettet en egen pasienttransportavdelingen fra 1.1.2005)



ORGANISASJONS-AVDELINGEN  
 Ajourført organisasjonskart  
 1.11.89 etter ASU-vedtak.



\* Hudavd. flyttet til medisinsk klinikk, ikke endelig vedtatt.  
 \* Nevrologisk avd. flyttes til medisinsk klinikk ikke endelig vedtatt.  
 \* Endelig vedtak om Sjefspl.ktr. organisering ikke vedtatt

Organisasjonskart 1.1.1989