

Målkonflikter og styringsdilemmaer

Utviklingen i Sykehuset Innlandet etter etableringen

Trond Tjerbo, Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UiO

SKRIFTSERIE 2007:4

HORN - HEALTH ORGANIZATION RESEARCH NORWAY



UNIVERSITETET I OSLO
Institutt for helseledelse
og helseøkonomi



Målkonflikter og styringsdilemmaer

Utviklingen i Sykehuset Innlandet etter etableringen

Trond Tjerbo

Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

E-post: trond.tjerbo@medisin.uio.no

**HEALTH ORGANIZATION RESEARCH PROGRAM NORWAY
HORN 2007**

HORN Skriftserie 2007:4

© 2007 HORN og forfatter - Gjengivelse av teksten er tillatt når kilde blir referert til.

HORN - Health Management Research Program Norway.

Forskningsprogrammet er et samarbeid mellom SINTEF Helse og Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. HORN programmet får økonomisk støtte fra Norges Forskningsråd.

ISSN 0808-7857

Bakgrunn for prosjektet

Høsten 2003 inngikk Sykehuset Innlandet en avtale med Institutt for helseledelse og helseøkonomi om delvis finansiering av et doktorgradsprosjekt. Dette doktorgradsprosjektet er nå i ferd med å bli ferdigstilt, og har ledet til flere publikasjoner. Denne rapporten viser hvordan Sykehuset Innlandet plasserer seg i forhold til øvrige sykehus i landet på en rekke forskjellige kriterier.

Rapporten er ikke en evaluering av Sykehuset Innlandet og det arbeidet ledelsen ved sykehuset har lagt ned. I rapporten vises utviklingen i Innlandet på flere viktige variabler, men det er viktig å understreke at det har gått altfor kort tid til at det er mulig å si hva som ligger bak tallene. Det er derfor ikke forsvarlig å benytte resultatene som presenteres her som en indikator på hvorvidt den nye organisasjonen har oppnådd sine mål eller ikke. De vil imidlertid kunne utgjøre et utgangspunkt for en diskusjon om disse forholdene.

Rapporten er ført i pennen av Trond Tjerbo. Sykehuset Innlandet har bidratt med finansiering til Tjerbos dr.gradsprosjekt, men har ikke hatt noen innflytelse på de konklusjonene og vurderingene som står i denne rapporten. Arbeidet er gjennomført ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo. Terje P. Hagen har vært veileder for Trond Tjerbo. Grete Botten har vært prosjektleder, og har også vært delaktig i skrivingen av kapittel 5.

Oslo 01.12.2006

Trond Tjerbo

Grete Botten

Innhold

Målkonflikter og styringsdilemmaer	1
Utviklingen i Sykehuset Innlandet etter etableringen	1
Bakgrunn for prosjektet.....	2
Innhold	3
1 Etableringen av Sykehuset Innlandet	4
1.1 Målsetning med Sykehuset Innlandet	5
1.1.1. Kvalitetsforbedring.....	5
1.1.2. Samhandling med primærhelsetjenesten.....	5
1.1.3 Effektivitet.....	6
1.1.4. Lik tilgjengelighet	6
1.1.5 Målkonflikter.....	7
1.2. Problemstillingene.....	8
1.3. Reorganiseringen av Sykehuset Innlandet	10
1.3.1 Inngripen fra oven	11
1.3.2 Mobilisering og protester	14
1.3.3 Hvem ivaretar innlandsperspektivet?.....	17
1.3.4 Konklusjon	19
2 Arbeidsmiljø.....	21
2.1 Jobbtilfredshet blant sykehusleger i Innlandsområdet	22
2.2. Hva forklarer sykehuslegenes jobbtilhørighet og verdimesige tilknytning til sitt sykehus?	29
2.3 Konklusjon	32
3 Samhandling med fastlegene.....	33
3.1 Undersøkelse av fastlegenes oppfatning	33
3.2 Endring 2004 – 2006: Skiller Sykehuset Innlandet seg fra andre områder og/eller helseforetak?.....	35
3.2.1 Hva mener sykehuslegene?	42
3.3 Oppsummering og konklusjon	44
4. Aktivitet og effektivitet	45
4.1 Konklusjon	50
5. Kvalitet og pasienttilfredshet	51
5.1. De generelle kvalitetsindikatorene	53
5.1. 1. Epikrisetid	53
5.1. 2. Korridorpasienter	54
5.1.3. Ventetider	55
5.1.4 Liggetid og reinnleggelser.....	58
5.1.5. Konklusjon om generelle kvalitetsindikatorer	60
5.2 Fagspesifikke kvalitetsindikatorer.....	61
5.2.1. Ventetid ved lårhalsbrudd	61
5.2.3. Ventetid for operasjon for tarmkreft	63
5.2.4 Andel fødende som blir forløst ved keisersnitt	64
5.2.5. Sluttkommentar om de nasjonale kvalitetsindikatorene.....	65
5.3 Pasientopplevd kvalitet	65
5.4. Konklusjon og anbefalinger om utviklingen av kvalitet i SI	68
Kapittel 6. Avsluttende kommentar	70
Vedlegg og litteratur.....	75

1 Etableringen av Sykehuset Innlandet

I forbindelse med ”Prosjekt 2002 Helseforetaksstruktur og oppgavefordeling i Helse Øst” foreslo en prosjektgruppe ledet av daværende viseadministrerende direktør i Helse Øst, Torbjørn Almlid, at sykehusene i Hedmark og Oppland skulle slås sammen til ett nytt sykehus – Sykehuset Innlandet, i denne rapport forkortet til SI. Styret i Helse Øst vedtok senere enstemmig denne anbefalingen. Fra 1. januar 2003 var dermed Sykehuset Innlandet en realitet. Torbjørn Almlid ble det nye helseforetakets administrerende direktør.

Prosjektgruppen hadde arbeidet med sammenslåingen fra april til juni 2002. Den skriver at *”Selv om tiden har vært knapp, mener prosjektgruppa å ha tilstrekkelig grunnlag for å trekke sine konklusjoner”* (Helse Øst 2002: 3). Gruppen mente at det ville være betydelige gevinster ved å organisere sykehusene i Hedmark og Oppland under en organisasjon og sier *”Prosjektgruppa er av den klare oppfatning at det vil være betydelig gevinst ved at de fire sykehusene i Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik som har sentralsjukehusfunksjon, hører inn under ett og samme helseforetak. Å være innenfor samme foretak vil gjøre det lettere for disse sykehusene i sum å framstå som ett helhetlig sykehus rent funksjonelt, noe som vil tjene pasientene, fagmiljøene og i neste omgang fremme rasjonell drift. Full integrasjon, optimale utviklingsmuligheter og rasjonell drift vil ikke være mulig før det etableres et felles Mjøssykehus en gang i framtida.”* (Helse Øst 2002: 3)

Prosjektgruppen kom etter en nærmere vurdering frem til at det også ville være formålstjenelig at sykehusene i Tynset og Kongsvinger tilhørte det nye foretaket.

Framleggsdokumentet viser tydelig at grunnlaget for vedtaket var ønsket om å forbedre organiseringen og samordningen mellom sykehusene i innlandsområdet, noe som prosjektgruppa hadde registrert under sitt arbeid og som den skrev at det var *”betydelig og positiv vilje til samarbeid og samhandling mellom de ulike fagmiljøene”*. Gruppen støttet seg dessuten på det de enkelte fagmiljøer hadde uttalt om at på lengre sikt ville etableringen av et felles Mjøssykehus være den beste løsningen.

1.1 Målsetning med Sykehus Innlandet

I dokumentene rundt etablering og funksjonsfordeling i SI er det nevnt mange ulike målsetninger og forhold som skal ivaretas. Nedenfor omtales disse summarisk.

1.1.1. Kvalitetsforbedring

Argumentene for sammenslåing og en påfølgende funksjonsfordeling var blant annet at det ville gi faglige gevinster ved at større fagområder ble samlet på ett sted. Dette kan ha en innvirkning på kvaliteten (SMM-rapport nr.2/2001). Eksempelvis viste avhandlingen til Arne Wibe (Wibe 2003) at tilbakefall for pasienter som var operert for tarmkreft varierte til dels betydelig mellom sykehus, og at det var forskjell mellom mindre og større sykehus. Det er dermed ikke utenkelig at samling av fagkompetansen på ett sted vil kunne lede til bedre kvalitet på behandlingen.

Dessuten ville en sammenslåing kunne gjøre SI til et mer attraktivt arbeidssted for leger og andre og dermed trekke til seg mer godt kvalifisert helsepersonell. Dette argument ble benyttet i funksjonsfordelingsprosessen.

1.1.2. Samhandling med primærhelsetjenesten

Et prioritert område i SI er samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og sykehuset. I sluttrapporten for "Prosjekt 2020", blir dette referert til som en av de viktigste målsettingene frem mot 2010 (Sykehuset Innlandet 2006). Dette henger sammen med den demografiske utviklingen fordi flere eldre gir et sterkere press mot en mer integrert helsetjeneste. For SI er dette spesielt viktig ut fra de demografiske karakteristika i foretakets opptaksområde.

Et spørsmål er dermed; hvordan vil funksjonsfordeling påvirke samhandling med primærhelsetjenesten? Her finnes det lite tidligere forskning å bygge på. Det er nærliggende å forvente at økende spesialisering og funksjonsfordeling som det bærende prinsippet, vil gi svakere samhandling med primærhelsetjenesten, nettopp fordi de to nivåenes organisering og fokus i mindre grad samsvarer. Dette kan være så konkret som at fastlegene kan bli usikre på hvor de skal henvise pasienter, i det minste i en overgangsperiode.

1.1.3 Effektivitet

Et annet argument for fusjonen var ønsket om besparelser for å redusere underskuddet i foretaket. Erfaringene fra Norge viser imidlertid at det er lite økonomisk å hente på sammenslåinger, hvert fall på kortere sikt. Kjekshus og Hagen (2003) viser at av de sammenslåingene som da var gjennomført i Norge var det kun sammenslåingen i Østfold som så ut til å ha økt kostnadseffektiviteten. De lanserer en hypotese om at grunnen til at sammenslåingen i Østfold hadde effekt på effektiviteten kunne være at de hadde kuttet kostnadene betraktelig gjennom reduksjoner i akuttberedskapen¹. Det vil derfor være interessant å følge utviklingen for å se om det blir reelle besparelser ved fusjonen i innlandet.

1.1.4. Lik tilgjengelighet

Fylkene Hedmark og Oppland spenner over et stort og variert område. Til sammen er SI opptaksområde for ca. 388 000 innbyggere, fordelt over vel 50 000 m². I tillegg peker den demografiske utviklingen i innlandsområdet på andre utfordringer, også i fremtiden. Hedmark er det fylket hvor andelen eldre over 67 år er høyest. Så både demografisk og geografisk har SI spesielle utfordringer, sammenlignet med de mer sentrale områdene i Helse-Øst.

Et sentralt mål for helsepolitikken i Norge er likhet i tilgangen på helsetjenester. Alle borgere skal ha de samme mulighetene til å få helsetjenester. Tilgang kan bety flere ting. Det kan dreie seg om likhet i tilgang, uavhengig av personlige og økonomiske ressurser. Men det betyr også at en person bosatt på Tynset ikke skal ha dårligere tilgang til helsetjenester enn en person bosatt i Hamar. Den samme målsettingen finner vi igjen i SIs vedtatte visjon (årsrapport 2005):

Vi er der når du trenger oss!

Sykehuset Innlandet HF skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi.

I innlandsområdet er dette en spesiell utfordring fordi de store avstandene gir føringer for utformingen av arbeidsdelingen mellom sykehusene. Sykehusene er dessuten viktige institusjoner og arbeidsplasser i lokalsamfunnene, og en reduksjon i tilbudet, uavhengig av hvorvidt det er reelt eller kun en trussel, vil oppleves som problematisk. Reorganiseringer vil derfor innbære en reell risiko for at de kommer i motsetning til foretakets mål.

¹ Det er ikke helt entydig hva som ligger i begrepet ”akuttberedskap”. Dette blir imidlertid ikke problematisert ytterligere her. Interesserte kan konsultere NOU 1989:9 for en nærmere diskusjon om begrepets meningsinnhold.

Akuttberedskaper er særlig sårbar ved funksjonsfordeling, og reduksjon i akuttberedskaper på mindre sykehus er kontroversielt, og leder til debatt om forhold som reisetid og likhet i tilgang på helsetjenester. De store avstandene i innlandet gjør dette temaet høyst relevant der.

1.1.5 Målkonflikter

Spesialisthelsetjenesten har mange målsetninger, noe som også kom fram da SI ble etablert og reorganisert. Det finnes ulike organisatoriske prinsipp som et helseforetak kan organiseres etter. Sannsynligvis vil en type organisering lettere favorisere måloppnåelse på noen områder, men være mindre velegnet for andre. Det finnes neppe en organiseringsmodell som er ideell for alle målsetninger som spesialisthelsetjenesten skal oppnå. Ved etablering av SI som et foretak med sykehus og funksjoner lokalisert mange steder, lå det en avveining mellom organisering etter geografi versus funksjon. Tabell 1.1. illustrerer noen hypoteser om de forventede effektene av de to ulike organisasjonsprinsippene, en etter funksjon og en etter geografi.

Tabell 1.1 Oversikt over mulige effekter av organisering etter geografi² og etter funksjon.

Målsetning	Funksjonsfordeling	Geografisk organisering
Økonomisk effektivitet	Usikkert	Usikkert
Samhandling	-	+
Attraktivitet for faglig personale	+	Usikkert
Faglig kvalitet	+	-
Nærhet og tilgjengelighet	-	+

Det er diskutabelt hvordan en skal vurdere mulige effekt av organisering på de ulike mål, og det kan stilles spørsmålsteget bak de antagelser som er satt i tabell 1.1. Men poenget er at det neppe er mulig å ha optimal effekt på alle.

² Gullick (1969) lanserte fire forskjellige spesialiseringsprinsipper for organisasjoner. Geografi, klient, funksjons og prosess organisering. Det er enklest å se hva disse innebærer ved å bruke departementene som eksempel. Utenriksdepartementet har geografi som spesialiseringsprinsipp, barne og familie departementet klient, finansdepartementet prosess, mens de fleste andre har funksjon eller sektor som spesialiseringsprinsipp. Funksjonsorganisering i sykehussektoren innebærer mye av det samme. Man går fra en organisering etter geografi, til en organisering basert på funksjon. De som gjør det samme blir plassert på samme sted, i stedet for at man har alle tjenester tilgjengelige på alle geografiske lokalisasjoner. Teoretisk sett kan man si at sykehuset derfor endrer balansen mellom ulike spesialiseringsprinsipper ved at funksjon blir vektlagt høyere enn tidligere.

Avhengig av hvilke målsetninger en vil optimalisere, er det argumenter til fordel for begge modellene ut fra:

- Gunstig effekt på et område kan medføre negativ effekt på andre områder. Eksempelvis kan man tenke seg at en funksjonsfordeling fører til at det blir lettere å tiltrekke seg faglig personale, men at samhandlingen med primærhelsetjenesten blir svekket.
- Kompleksiteten i de forventningene som rettes mot beslutningstakerne, i dette tilfellet SI, er omfattende. Det er lite trolig at man kan klarer å imøtekomme alle krav fra omgivelsene.
- Det er ikke entydig hvilken løsning som er best for de ulike målsettingene. Det kan argumenteres for begge løsningene, nær sagt uavhengig av hvilken målsetting som vektet høyest.

Hvilken beslutning som er mest rasjonell vil være avhengig av hvordan man vektet ulike målsettinger. For SI ligger tre hovedmålsettinger til grunn for driften (Sykehuset Innlandet 2005):

- Bedre tilbud til pasientene
- Utvikling av sterkere og mer robuste fagmiljøer, herunder tilrettelegging for mer forskning og utviklingsarbeid
- Mer kostnadseffektiv drift

Strategien foretaket skal følge for å nå disse målene er å ”samle det som bør samles, og desentralisere det som kan desentraliseres” (Sykehuset Innlandet 2005). Denne strategien gir imidlertid ingen klare indikasjoner på hva som skal ligge til grunn for beslutninger om sentralisering eller desentralisering. Det er interessant at det sterkt normative ”bør” brukes om sentralisering, mens det moderat normative ”kan” brukes om desentralisering. Det synes med andre ord som om pragmatiske vurderinger skal ligge til grunn for desentralisering, mens andre, mer normative vurderinger synes å være avgjørende for beslutninger om sentralisering av tjenester. Hvilke argumenter som skal ligge til grunn for at noe ”bør” sentraliseres, er usikkert. Det er i det hele tatt vanskelig å forstå hvilke føringer som følger av disse tre hovedmålsettingene og strategien om å ”samle det som bør som samles og desentralisere det som kan desentraliseres”. Strategien fremstår som et godt retorisk grep. Den er velformulert og politisk attraktiv.

1.2. Problemstillingene

SINTEF Helse leverte i 2006 en rapport til SI hvor funksjonsfordelingen ble evaluert (SINTEF 2006). En tilsvarende evaluering vil ikke bli gjennomført her. Men i analysene som blir gjort rede for i de neste kapitlene, vil vi se nærmere på hvordan utviklingen i innlandet

har vært på de målsettingene som er vist i tabell 1.1 med unntak av ”nærhet”. I forhold til økonomi vil vi se kort på hvordan effektivitetsutviklingen har vært de siste årene. Har effektiviteten økt etter etableringen av den nye organisasjonen? Samhandling analyseres ut fra data fra to spørreundersøkelser som ble sendt ut til alle norske fastleger. Er fastlegene mer eller mindre tilfredse med samhandlingen etter omorganiseringen? For kvalitet vil data om eksisterende kvalitetsindikatorer bli benyttet. Som en mulig indikator på attraktivitet vil vi også se på hvordan sykehuslegene opplever det å være ansatt ved SI. Vi vil se på utviklingen fra 1990 til 2006. Er det slik at de turbulente omorganiseringsprosessene har ført til mer usikre og vanskelige arbeidsforhold for legene? Eller har funksjonsfordelingen ledet til sterkere faglige miljøer, som igjen gjenspeiles i at sykehuslegene oppfatter SI som en mer attraktiv arbeidsplass etter funksjonsfordelingen?

Oppsummert vil vi legge vekt på fem problemstillinger, hvorav den første er mer overordnet:

- Hvordan har selve reorganiseringsprosessene artet seg og har måten de har foregått på hatt noen konsekvenser for den endelige måloppnåelsen?
- Har samhandlingen med primærhelsetjenesten blitt kvalitativt endret?
- Har ressursutnyttelsen blitt forbedret etter etableringen av SI?
- Er kvaliteten på helsetjenestene til befolkningen og pasientene blitt endret etter etableringen?
- Opplever sykehuslegene foretaket som et mer attraktivt arbeidssted nå enn før etableringen av det store foretaket?

Hver av disse problemstillingene vil bli analysert og drøftet i sine respektive kapitler i den rekkefølgen som her er angitt.

1.3. Reorganiseringen av Sykehuset Innlandet

Kort tid etter etableringen av SI startet arbeidet med å se nærmere på hvordan oppgavene skulle fordeles mellom institusjonene i foretaket. Den modellen som til slutt ble vedtatt var ”Justert modell 4 – kvinneklinikk Lillehammer” (Sykehuset Innlandet 2003) som innebar følgende arbeidsdeling mellom sykehusene rundt Mjøsa.

Elverum <ul style="list-style-type: none">• Indremedisin• Ortopedi• Gyn/føde/barn (fødeavdeling)• Nevrologi (poliklinikk)• ØNH• Øye (hovedsenter)• DPS (poliklinikk og rusteam)• BUP (poliklinikk)	Gjøvik <ul style="list-style-type: none">• Indremedisin• Ortopedi• Gastrokirurgi• Stråleterapi• ØNH (hovedsenter)• AMK• DPS (døgnerhet, poliklinikk og rusteam)
Hamar <ul style="list-style-type: none">• Indremedisin• Gastrokirurgi• Urologi• Karkirurgi• BDS/mamma/endokrin kirurgi• DPS (døgnerhet, poliklinikk og rusteam)	Lillehammer <ul style="list-style-type: none">• Indremedisin• Ortopedi• Revmakirurgi (hovedsenter)• Gyn/føde/barn (kvinneklinikk)• Nevrologi (hovedsenter)• Øye• BDS/mamma/endokrin kirurgi• DPS (døgnerhet, poliklinikk og rusteam)

Lillehammer ble hovedsenter for kvinne/barnmedisin i SI. Gjøvik ble hovedsenter for ØNH og Elverum for øyemedisin, gastrokirurgi skulle være både på Gjøvik og i Hamar, mens urologi og karkirurgi kun ble lokalisert til Hamar. Argumentasjonen for endringene var at dette ville føre til et ”samlet sett” bedre tilbud for pasientene. Spesielt viktig var det at pasientene gjennom denne endringen ville kunne få tilgang til ”rett kompetanse til rett tid” gjennom samling og etableringen av hovedsentra. Samtidig ble det påpekt at befolkningen ville måtte akseptere noe lengre reiseavstand i enkelte tilfeller. Videre ble det antatt at samlingen ville legge grunnlaget for sterkere og mer robuste fagmiljøer samt mer kostnadseffektiv drift.

1.3.1 Inngripen fra oven

SI forholder seg til staten som eier via det regionale helseforetaket Helse Øst. De regionale helseforetakene har formelt sett en autonom rolle i sykehussektoren, Stortinget setter rammene for foretakets drift og statsråden utgjør generalforsamlingen i de regionale helseforetakene. De formelle styringskanalene for staten er først og fremst ved at statsråden kan påvirke styresammensetningen i de regionale foretakene, og gjennom styringsdokument. Selve styringsstrukturen i sykehussektoren innbyr prinsipielt ikke til at Stortinget skal engasjere seg nevneverdig i enkeltsaker lokalt. Foretakene har ansvar for at innbyggerne i det relevante området skal motta helsetjenester på et tilfredsstillende nivå.

De turbulente politiske prosessene i innlandet de siste årene viser imidlertid tydelig at styringen av sykehussektoren ikke foregår helt etter sykehusreformens intensjoner. Dette har flere årsaker. Kanskje er en av de viktigste årsakene de store økonomiske problemene de regionale helseforetakene har hatt og fortsatt har. Underskuddene har vært store, og har ført til krav fra eier om innsparinger. Dette begynte allerede våren 2003, Stortinget påla da de regionale helseforetakene å foreta innsparinger for ca 1,5 milliarder NOK samlet. Helse Øst gikk raskt i balanse, og har derfor ikke gjennomgått den senere situasjonen på samme måte som de øvrige regionale helseforetakene. Helse Østs valg om å plassere ansvaret for underskuddene klarere på helseforetaksnivå har imidlertid lagt mer press på det enkelte foretak om å selv komme i balanse (Tjerbo og Hagen 2005). De andre regionale helseforetakene valgte, uvisst av hvilken grunn, å plassere ansvaret for underskuddene på det regionale nivået. Helse Østs valg har antagelig bidratt til at denne regionen er den eneste som er i balanse (ibid). Samtidig har dette bidratt til at SI har vært presset til å foreta innsparinger for å redusere sitt underskudd.

Styret for SI vedtok derfor den 6. oktober 2003 å etablere en kvinneklinikk i Oppland. Det innebar en reduksjon av tilbudet på Gjøvik. Fødeavdelingen på Gjøvik tok imot omtrent 900 fødende i 2002, et tall som lå godt innenfor det antallet Stortinget mente en fødeavdeling burde ha. Til tross for at reduksjonen medførte at reiseavstanden for enkelte ville øke med 45 kilometer, mente SIs administrasjon og styre at den faglige kvaliteten på tilbudet samlet ville bedres som et resultat av etableringen av Kvinneklinikken i Lillehammer. I tillegg ville dette gi besparelser i det omfanget Helse Øst ønsket. Dette styrevedtaket ble fulgt av en massiv

politisk og folkelig mobilisering lokalt. Det gjorde at saken til slutt ble presset opp på det nasjonale politiske nivået.

Motstanden kom naturlig nok i Gjøvik og i områdene rundt. Lokale politikere mobiliserte, og stortingspolitikere fra regionen gikk sterkt ut mot vedtaket. Saken endte til slutt i Stortingets spørretime, hvor daværende statsråd Dagfinn Høybråten uttalte seg nokså klart i retning av at han ville endre denne beslutningen. Han ville imidlertid ikke gjøre dette før det ekstraordinære foretaksmøtet. Jon Alvheim uttalte det samme: *"Fødeavdelingen på Gjøvik vil ikke bli lagt ned. Den får dere beholde. Der har jeg gjort en god jobb, for å si det selv"* (Oppland Arbeiderblad 05.11 2003). På foretaksmøtet 6. november ble det besluttet å opprettholde fødeavdelingen på Gjøvik. Begrunnelsen var at antallet fødende var tilstrekkelig og at avdelingen var godt drevet. Det var med andre ord faglige hensyn som ble vektlagt av helseministeren.

Betyr dette at faglige hensyn ikke ble ivaretatt av SIs vedtak? Nasjonalt råd for fødselsomsorg uttalte høsten 2003 at det var faglig forsvarlig å legge ned fødeavdelingen på Gjøvik (Engebretsen 2005). Rådet mente at befolkningen i Gjøvik-området ikke ville sitte igjen med et kvalitativt dårligere fødetilbud dersom SIs forslag ble gjennomført. Det ser med andre ord ut til at det finnes faglige argumenter for begge løsningene. I tillegg ville etableringen av en kvinneklinikk i Oppland kunne ført til et bedre samlet fødetilbud i Opplandsområdet. Siden faglige argumenter tydeligvis kunne brukes for begge løsningene, hva var det da som førte til at vedtaket ble endret?

SI hadde ikke tilstrekkelig politisk støtte for sitt forslag. Tatt i betraktning at forslaget om en stor kvinneklinikk på Lillehammer kunne forsvares faglig, samt at det ville kunne frigjøre ressurser, synes forslaget å være i tråd med de signalene som var blitt gitt av eier. Helse Øst hadde tidligere uttalt at fødetilbudet i innlandet skulle organiseres slik at: *"det blir faglig differensiert med minimal duplisering av tilbudet"* (Helse Øst, sak 081- 2003). Opprettelsen av en kvinneklinikk i Lillehammer var i tråd med dette. Stortinget hadde tidligere signalisert at en forbedret organisering av fødselsomsorgen vil være nødvendig (Inst. S. nr 300 2000 – 2001). Derfor var dette et område hvor en kunne forvente endringer etter den statlige overtakelsen. Samtidig hadde sosialkomiteen fastholdt at et desentralisert tilbud var viktig fordi nærhet og likhet i tilgang til helsetjenester er en av de mest sentrale helsepolitiske målsettingene i Norge.

Det nasjonale rådet for fødeomsorg ble opprettet nettopp for å sikre at faglige hensyn ble ivaretatt i forbindelse med reorganiseringer innenfor fødeområdet. I Inst. S. nr 300 (2000 – 2001) skrives det at:

Komiteen vil peke på at en slik omorganisering av fødselshjelpen er en krevende faglig, organisatorisk og juridisk prosess. Informasjonsbehovet til de ulike fagpersonell, politikere og befolkning er stort, noe Lofoten-prosjektet viste. Man kan ikke forvente at lokale krefter rundt mindre fødeavdelinger og fødestuer skal klare en slik omorganisering alene. Komiteen mener derfor det er nødvendig å opprette et nasjonalt råd som kan hjelpe til med omleggingsprosessene og oppfølging av drift. Komiteen mener et slikt råd bør bestå av gynekolog, jordmor, allmennlege og helseadministrativt personell. Komiteen mener at en driftsomlegging må kvalitetssikres og evalueres. Det er nødvendig med gode, skriftlige rutiner, dokumentasjon av hver enkelt fødsel, alle overflyttinger og resultat for mor og barn i hele fødepopulasjonen. Et slikt nasjonalt råd vil naturlig nok kreve noen ressurser, men komiteen er av den oppfatning at det vil være en god investering for å løse et stort strukturelt problem i fødselsomsorgen.

Dette reiser spørsmålet om hva det egentlig vil si at et vedtak er tuftet på faglige hensyn. I dette tilfellet uttalte det nasjonale rådet for fødeomsorg at beslutningen var faglig forsvarlig. I tillegg ville beslutningen vært i tråd med Helse Østs ønske om besparelse i den størrelsesorden som var ønskelig. Statsråden mente imidlertid at beslutningen var fattet ut fra økonomiske kriterier, og ikke faglige. Derfor måtte den omgjøres. Det samme mente åpenbart også andre politiske aktører (lokale og sentrale) og ansatte i sykehuset. Men hvem kan avgjøre hvorvidt en beslutning er tilstrekkelig basert på faglige overveielser? Det synes rimelig at uttalelser fra det organet Stortinget selv hadde etablert for å gi faglige råd er den naturlige instansen for slike vurderinger. Her gikk denne uttalelsen på tvers av det som aktører lokalt mente, og det statsråden til slutt mente. Til slutt ble det helseministeren som avgjorde at beslutningen ikke i tilstrekkelig grad var tuftet på faglige kriterier. Dette illustrerer godt at det ikke er entydig hva som er innenfor en faglig forsvarlig ramme, og at det er vanskelig på forhånd å vite hva som vil være det.

Erfaringene fra denne prosessen viser helt tydelig at lokale spørsmål som dette ikke er avpolitisert etter sykehusreformen. Lukkede styremøter kan kanskje gjøre det lettere å fatte vedtak, men det er ikke sikkert det blir enklere å iverksette vedtakene. SI var i betydelig utakt med sine politiske omgivelser i denne saken, men det interessante er at SI ikke var i utakt med eiers ønsker. Beslutningen kunne forsvares både på faglige og økonomiske premisser, men beslutningen manglet legitimitet og oppslutning i omgivelsene. Det må nevnes at den prosessen som ble initierte i 2003, endte opp med at flere omfattende omorganiseringer ble iverksatt. Til tross for at helseministeren stoppet etableringen av en kvinneklinikk i Oppland ble resten av funksjonsfordelingen iverksatt.

1.3.2 Mobilisering og protester

Beslutningsprosessen som endte med at statsråden grep inn og gjorde om deler av SIs vedtak skilte seg mye fra hvordan tilsvarende beslutninger ville blitt fattet, dersom fylkene fortsatt eide sykehusene. Før sykehusreformen var ansvaret for omorganiseringer i sykehusstrukturen klart plassert hos demokratisk valgte politikere. Det innebar en mer åpen prosess samt en direkte kanal for innflytelse for borgerne i området, og dermed en mer inkluderende og åpen beslutningsprosess sammenlignet med situasjonen etter sykehusreformen. Et problem ved fylkeskommunalt eierskap er at det kan bli vanskelig å få gjennomført vanskelige beslutninger, både innen et fylke og mellom fylker. Sagt på en annen måte kan vi si at beslutningskapasiteten er lavere i et slikt politisk system. Flere hensyn må ivaretas. Prosessen er åpen for innsyn, og beslutningstakerne må forholde seg til velgernes dom ved neste valg. Etter reformen ble beslutningene fattet bak lukkede dører, og beslutningstakerne var formelt sett ansvarlige overfor Helse Øst, ikke velgerne. Den direkte kanalen for politisk innflytelse fra befolkningen i innlandsområdet gikk nå via Stortinget. Reformen innbyr imidlertid ikke til at Stortinget skal involvere seg i lokale saker. Det er gjennom utarbeidelse av generelle retningslinjer samt budsjetter Stortinget skal styre helsevesenet. Etter reformen kunne man derfor vente at det ville være enklere å få gjennomført omorganiseringer lokalt. Erfaringene fra SI viser imidlertid at dette er en sannhet med klare modifikasjoner.

Det er åpenbart slik at beslutningsprosessen påvirker beslutningene som fattes. Et like nyttig analytisk grep er å snu på dette. Det kan med andre ord også være slik at ulike sakstyper fører med seg ulike beslutningsprosesser. Lowi's (Lowi 1964) typologi over ulike sakstyper og de effektene dette har på beslutningsprosesser har nettopp dette som utgangspunkt. Hans utgangspunkt er at saker som har en omfordelende karakter vil føre med seg mer turbulente prosesser og føre til at saker presses opp mot det sentrale politiske nivået. Dette skjer fordi omfordeling av ressurser mellom ulike grupper i befolkningen eller mellom ulike områder skaper konflikt som må løses på et sentralt nivå. Stortinget kan derfor ende opp med å bli en arena for omkamp. I slike situasjoner er ikke nødvendigvis Stortinget en egnet arena. Representanter for de ulike fylkene/områdene vil ha en sterk interesse i sakene, mens andre representanter kan være mindre interesserte. Dette kan føre til styringsparadokser og irrasjonelle beslutningsprosesser. Det var ikke forventet at Stortinget skulle spille en aktiv

rolle i lokale prosesser etter sykehusreformen. Dersom vi ser på engasjementet for lokale saker i Stortinget de første årene etter reformen er det imidlertid tydelig at dette har skjedd.

For SIs del ble dette tydelig demonstrert i forbindelse med fødesaken. Helseministerens inngripen var den direkte begrunnelsen for at daværende styreleder Peter Pay bestemte seg for å trekke seg. I GD 13.11.2003 sier han følgende om prosessen:

- Vi kunne nok levd med at fødetilbudet på Gjøvik ble overprøvd, som en isolert sak. Men jeg frykter at overprøving gir aksept for at omkamper blir tillatt, slik det har vært tradisjon for i helsevesenet i mange år. Forutsetningene for reformen var å søke saklig og faglige beslutninger, der politikerne ble holdt utenfor.

I Oppland arbeiderblad samme dag kommer han med følgende betraktning om beslutningsstrukturene før og etter reformen:

Helsereformen er imidlertid en krevende reform hvor ofte tunge, vanskelige avgjørelser oppfattes som upopulære på kort sikt. Men ofte viser slike avgjørelser seg å være fornuftige på lang sikt. Beslutninger av slik karakter er ikke lett å ta i et politisk helsesystem.

Før reformen ble beslutningene fattet i et åpent system av politisk valgte representanter. Dette kan ha gjort at enkelte beslutninger ikke ble fattet, eller at det tok svært lang tid å komme frem til enighet. Men flere beslutninger som ikke trengte en bred og inkluderende beslutningsprosess kunne lett få støtte. Beslutninger av den typen SI gjennomførte ble faktisk også gjennomført før reformen. I Østfold ble store endringer og lokale reduksjoner iverksatt på nittitallet. Dette førte til store protester, men det sentrale politiske nivået ble i liten grad involvert, og man klart å iverksette det endelige vedtaket. Funksjonsfordeling i Hedmark ble også gjennomført under det fylkeskommunale eierskapet, men dette tok tid. Dette kan illustrere det Pay sier ovenfor, vanskelige beslutninger tar tid i et politisk system. Samtidig er de kanskje enklere å iverksette dem når de først er vedtatt.

Etter reformen ble beslutningsprosessene lukket, mange antok at dette, slik Pay beskriver, skulle gjøre det enklere å fatte og iverksette beslutninger som var upopulære. Nettopp slike typer beslutninger som å omorganisere fødetilbudet i Oppland. Erfaringene fra SI viser at dette ikke uten videre var tilfellet. Beslutningen ble fattet, men det viste seg raskt at det ikke lot seg gjøre å implementere beslutningen. Som Lowi (1964) påpekte har slike saker en tendens til å bli presset oppover i systemet. Dette førte til at beslutningen strandet i implementeringsfasen og ikke i vedtaksfasen. Før reformen ville muligens en slik beslutning,

dersom den først var fattet, hatt gode sjanser for å bli iverksatt. Slikt sett illustrerer prosessen i innlandet at selv om strukturen etter sykehusreformen kan ha økt kapasiteten til å fatte vanskelige beslutninger, betyr ikke dette at det er enklere å gjennomføre kontroversielle tiltak etter at politikere er fjernet fra prosessen.

Han er i sin fulle rett til å omgjøre styrets beslutninger, men da er man i ferd med å gå tilbake til den gamle, politiske styringsformen. Av natur har folk flest motstand mot forandringer. For i det hele tatt å få til noe må man løfte beslutningsprosesser vekk fra politikerne.

Dette sitatet fra Peter Pay i Oppland Arbeiderblad 13.11.2003 illustrerer dette godt. Han mener åpenbart at politikere må fjernes fra beslutningsprosessene for å øke beslutningskapasiteten. Han påpeker at den politiske innblanding i Gjøvik-saken representerte et steg tilbake til den gamle politiske styringsmodellen. Etter Pays avgang har man kommet enda nærmere den gamle modellen. Politikere er inne i både RHF-styrene og helseforetaksstyrene, og SI valgte å inkludere aktive politikere i beslutningsprosessen omkring "Prosjekt 2020". Prosessen rundt Gjøvik saken viste med tydelighet at man trengte politisk legitimitet forut for vedtak som ville være kontroversielle. Sykehusreformen innebar at politikere ble formelt fjernet fra beslutningsprosessene, men politikken var likevel ikke borte. Det synes klart at den nye beslutningsstrukturen etter sykehusreformen ikke uten videre gjorde det enklere å fatte og iverksette vanskelige lokale saker. Det var ikke bare i innlandet protestbevegelser vokste frem. Flere andre steder i landet kom lignende saker på dagsorden. I Gudbrandsdølen Dagingen 19.09.2003 kan vi lese følgende i lederen:

"Hensyn må tas – understrekes det – til pasienter, til ansatte, til etablerte fagmiljøer, til fortsatt liv for sykehuset, til fremtidstro i regionene også videre. Protestene er like sterke enten det handler om kutt i fødetilbud ved Aker sykehus, ved sykehuset i Lærdal eller det handler om sykehusprofilen i Nordlands mange distriktstilbud".

Når det gjelder beslutningsprosessen i innlandet kan vi lese følgende.

"Uansett fremtidige løsninger fremstår saksbehandlingen i Helse Øst og Sykehuset Innlandet som eksempler på hvordan man lett kan bomme vis a vis allmennheten. Fra sendreiktig fylkeskommunal fremdrift til lukkethet og kammerskultur er det milevis av mellomløsninger som må være klokere og bedre.

SI kom frem til den samme konklusjonen. Etableringen av et samfunnspanel skapte et forum for kommunikasjon mellom lokale politikere og foretaket. Denne strategien er velkjent i organisasjonslitteraturen, den amerikanske sosiologen Philip Selznick beskrev dette allerede på 40-tallet (Selznick 1980). Her vektla han hvordan organisasjoner som er truet av elementer

i omgivelsene ofte forsøker å inkorporere disse i organisasjonen. Denne mekanismen kalte han kooptering. Poenget til Selznick er at dersom en konflikt med omgivelsene leder til for mye ustabilitet, vil organisasjonen prøve å løse dette gjennom å kooptere de elementene som truer stabiliteten inn i organisasjonen. Denne koopteringen kan være formell eller uformell. Dersom det er legitimitet som er viktigst, tenderer denne koopteringen til å være mer formell. Etableringen av et samfunnspanel i innlandet illustrerer poenget til Selznick godt. Ved å vise at man har gitt kommunene mulighet til å uttale seg og ha innflytelse over beslutningene kan et sykehus vise til større legitimitet bak de beslutningene som fattes. Det vil kunne være vanskeligere å opponere mot slike beslutninger dersom man faktisk har tatt del i dem. Det så også ut til at deltakerne i samfunnspanelet var bevisst dette. Frykten for å bli ”gisler” for beslutninger de allikevel ikke kunne påvirke så ut til å være tilstede blant deltakerne i de første møtene i det nye samfunnspanelet (GD 18.09.2004).

1.3.3 Hvem ivaretar innlandsperspektivet?

Etableringen av SI legger til grunn at oppmerksomhet på hele innlandet ville kunne gi en mer rasjonell organisering av helsetilbudet til alle pasientene i området. Organiseringen i det politiske systemet er imidlertid konsentrert om kommuner, fylkeskommuner og det nasjonale nivået. Dette påvirker preferansene til representantene for institusjonene på de ulike nivåene. Kommunale politikere er opptatt av sin kommune, fylkeskommunale politikere er opptatt av sitt fylke, og nasjonale politikere er tilbøyelige til å vektlegge sine hjemfylker i saker som betyr mye for velgerne der. Så hvem ivaretar innlandsperspektivet?

SI som helhet har ikke noen åpenbar støtte i vanskelige saker. Reorganiseringsprosessen kan fort bli en alles kamp mot alle. Det vil sjelden eller aldri være mulig for ledelsen i sykehuset å gjøre alle til lags. Det er bare sykehusets styre og ledelse som tenker i et innlandsperspektiv. Riktignok er det gjort flere forsøk på å skape et tilsvarende fokus innenfor andre områder slik som ”Arena Innlandet” og utviklingen av et Innlandsuniversitet. Testen for hvorvidt man faktisk klarer å opprettholde et innlandsperspektiv kommer først når omfordelende og kontroversielle saker kommer på dagsorden. Erfaringene fra SI viser at dette ikke er noen enkel sak. Fokuseringen på hvem som kommer best ut av de ulike prosessene av Hedmark og Oppland samt mellom de ulike byene, har vært tydelig. Og det er ikke bare aktører i sykehusets omgivelser som tenker lokalt. Det gjør også noen av de ansatte. En av de ansatte

på SI Lillehammer beskriver i nettbloggen "nettkirurgen.no" måten Lillehammer har blitt behandlet på i prosessen, slik:

" Tenk deg nå at din nabo, på høylys dag, uten at noen griper inn, røver og raner ditt hus for det mest verdifulle inventar. Han rydder og ordner dette i fred og ro, under dekke av at dette er lovlig ? - på plass i eget hus. Etter noen måneder/år er han så frekk, så fullstendig uanstendig frekk, at han inviterer deg og alle andre interesserte inn for å vise hvor fint og rasjonelt han har fått det i sitt hus. Samtidig kritiserer han ditt frarøvede hus for sin elendighet. DET var det som skjedde !"

Det ser også ut til at enkelte tvilte på om representanter for ledelsen i SI selv klarte å opprettholde fokuset på innlandet, og at de i stedet sørget for å ivareta interessene til sin region. Under overskriften "Så kan vi puste ut" kan vi lese følgende i en leder i Hamar Arbeiderblad den 08.10.2003

"Om noen skal takkes for at vi får beholde et sykehustilbud så å si indentisk med dagens, må det være de mange dyktige fagpersoner Hedmark har hatt i prosessene. Vi mistenker ingen av dem for å ha vært styrt av sin stedstilknytning, men i kraft av sin tunge faglige kompetanse har både Bror Johnstad og Øyvind Graadal trolig vært gode bidragsytere. At det har falt ut til Hedmarks fordel, er vi svært glade for.."

Det er interessant å merke seg at samarbeidet rundt et Innlandsuniversitet ser ut til å ha møtt hindringer underveis (Oppland Arbeiderblad 270606 og Hamar Arbeiderblad 200506). Dette illustrerer at i det øyeblikket sakene endrer karakter fra å være et "vinn vinn"-forhold til en sak hvor forskjellige områder/institusjoner kjemper om ressurser, forsvinner også innlandsperspektivet. I Gudbrandsdølen Dagningen den 27 09 2004 kan vi lese at ordførerne i Oppland reagerer på fylkesplanen for Hedmark.

"Egotripp og soloutspill. Ordførerne i Lillehammerregionen reagerer kraftig på den nye fylkesplanen for Hedmark. Her får Hamar utrope seg til innlandshovedstad, og naturlig sete for Innlandsuniversitetet."

For SI har denne kampen mellom de ulike regionene vært merkbar. I ett av møtene i Samfunnspanelet så adm. dir. Almlid det som nødvendig å understreke at innlandet som helhet er fokuset for deres arbeid (GD 18.09.2004).

Vi har hørt påstander om at vi vil legge alt til Hamar. Vi er også blitt kalt Hamar-mafia. Vi har derfor et behov for å bli sett på som troverdige, ha åpenhet og vise at det vi nå driver med er et anliggende for hele innlandet, sier Almlid. Og han tilføyer: - Får vi ikke til samlende løsninger og dette ender som en krigsskueplass, da blir innlandet taperen. Ikke bare sykehuset, men hele befolkningen.

I perioder har innlandet lignet en "krigsskueplass". Sykehusledelsen mottar kritikk og uklare signaler fra alle hold, og er fremdeles den eneste aktøren som har hele innlandet for øyet. Når foretaket er tilnærmet alene om å fokusere på innlandet som en helhet, blir det nødvendigvis både vanskelig og tungt. Kritikken kommer fra de ulike fylkene og kommunene, fra egne

ansatte, fra primærleger, fra befolkningen og fra sentrale politikere og politiske lokallag. I høringsuttalelsene til 2020 prosjektet står dessuten statens representanter i Hedmark og Oppland i mot hverandre (Dagens Medisin 07.04.06). Fylkesmannen i Oppland uttaler her at (ibid)

Fylkesmannen uttaler at et tidligere meget godt sykehustilbud i Oppland nå blir vesentlig redusert etter manges oppfatning, i Hedmarks favør, og at man føler at viktige funksjoner blir flyttet ut av fylket.

Fylkesmannen i Hedmark sier derimot at:

I sin høringsuttalelse sier fylkesmannen at det er nødvendig å samle de mest spesialiserte funksjonene slik at Innlandet får spesialisthelsetjenester på linje med det som tilbys i andre deler av landet. Og at hensynet til hva som er det beste for pasientene, må gå foran politiske hensyn.

Det er altså ikke bare representanter for den kommunale forvaltningen, men også statens fremste representanter lokalt som har meninger om oppgavefordelingen internt i SI. Dette kan synes noe spesielt. SI forholder seg til staten gjennom Helse Øst, som igjen forholder seg til helseministeren. Fylkesmennene er representanter for staten og skal fungere som en statlig styringskanal og framfor alt utøve kontroll med den lokale kommunale forvaltningen, samtidig som det enkelte fagdepartement har faglig instruksjonsmyndighet overfor fylkesmannen innenfor sitt område. Her uttaler de to fylkesmennene seg om hvordan den statlige forvaltningen bør organisere helsetilbudet i innlandsområdet, og begge taler tilsynelatende sitt fylkes sak. Dette illustrerer kompleksiteten i de omgivelsene SI opererer innenfor. Det er ingen andre som ivaretar innlandsperspektivet, og signalene som mottas fra omgivelsene og eier kan sprike i alle retninger.

1.3.4 Konklusjon

Prosessene i innlandet demonstrerer tydelig at selv om politikere ble formelt fjernet fra beslutningsprosessene lokalt etter sykehusreformen så forsvant ikke politikken med dem. Saker som omhandler nedgradering eller omfattende endringer i det lokale sykehustilbudet handler om essensielle velferdsgoder for befolkningen i de berørte områdene. En lukket beslutningsprosess i forbindelse med saker som medfører slike endringer, er problematisk. SI klarte å gjennomføre omfattende endringer i organiseringen av tilbudet på rekordkort tid i funksjonsfordelingsprosessen, og gjennom arbeidet med 2020 prosjektet er viktige føringer for den fremtidige strukturen i innlandet også lagt. Klarte SI å iverksette de omfattende endringene i forbindelse med funksjonsfordelingen fordi de lokale politikerne ikke lenger var

inkludert i beslutningsprosessen? Dette er det selvsagt ikke mulig å gi et svar på, men det er verdt å understreke at omfattende endringer i sykehusstrukturen fant sted også før sykehusreformen. Slike ble gjennomført både i Hedmark og i Østfold. Da tok det imidlertid lenger tid.

Erfaringene fra den omorganiseringsprosessen i SI ledet til at sykehuset selv tok initiativ til en bredere og mer inkluderende prosess forut for viktige beslutninger. I tillegg har Stortinget sett det nødvendig å innsette politiske representanter på det regionale nivået. Turbulens av det omfanget man har opplevd i innlandet de siste årene er antagelig ikke til gagn for noen, for SI leder dette til betydelig usikkerhet i forhold til sentrale aktører i omgivelsene. For pasientene fører dette til usikkerhet. I sum skaper dette et dårlig klima for et gjensidig fokus mot å skape et bedre helsetilbud for pasientene i innlandet.

2 Arbeidsmiljø

Har de turbulente reformprosessene i innlandet medført at sykehuset oppleves som en mindre attraktiv arbeidsplass nå sammenlignet med tidligere år? SI har etter etableringen vært en organisasjon hvor det har blitt foreslått og iverksatt betydelige reformprosesser, og hvor det har blitt rettet misnøye mot organisasjonen fra flere hold – også fra de ansatte. Ett av argumentene som ble brukt for den nye funksjonsbaserte organisasjonsstrukturen var imidlertid at sykehuset ville kunne bli mer attraktivt for høyt kvalifisert personell.

Argumentene gikk utpå at en samling av enkelte fag ville kunne styrke den faglige profilen og dermed også øke attraktiviteten. Det kan imidlertid også være at omorganiseringen har hatt en motsatt effekt. Støyen og turbulensen rundt flere av de endringene som har funnet sted i innlandet kan ha ledet til at de ansatte har fått et dårligere inntrykk av sykehuset.

Funksjonsorganiseringen kan også ha gjort det vanskeligere å beholde høyt kvalifisert personell på grunn av usikkerhet og støy i organisasjonen. Spørsmålene som vil bli belyst i dette kapitlet er derfor: Lar denne uroen og usikkerheten seg spore i hva sykehuslegene selv sier om deres tilfredshet og relasjon til sykehuset? Og hvordan ser bildet ut for innlandet sammenlignet med andre steder?

2. 1 Jobbtilfredshet blant sykehusleger i Innlandsområdet

I forbindelse med arbeidstilsynet rapport ”god vakt”(Helsetilsynet 2006) ble det funnet kritikkverdige forhold i flere sykehus, deriblant Sykehuset Innlandet. I all hovedsak ble det konkludert med at de ansatte trivdes, men at det hadde funnet sted et økende arbeidspress de siste årene. Ett av påleggene Sykehuset Innlandet fikk var å gjøre en konsekvensvurdering av de effektene omstillinger kan ha på det generelle arbeidsklimaet og trivselen blant de ansatte på sykehuset.

I dette kapitlet vil organisasjonsklimaet i Sykehuset Innlandet bli analysert ved hjelp av surveyanalyser gjennomført i 1990, 2001 og 2006. To målinger er fra tiden under det fylkeskommunale eierskapet og en måling under det statlige eierskapet. Den første undersøkelsen ble gjennomført i regi av NIBR (Norsk institutt for by og regionsforskning) som en del av et større prosjekt om kommunale styringsmodeller. Oppdragsgiverne for dette prosjektet var fylkeskommunene i Hedmark, Oppland og Akershus. Datasettet inneholder informasjon om sykehusene i Buskerud, Hedmark, Oppland og Akershus. Dette innebærer at det ikke er mulig å si hvordan den nasjonale skåren på de ulike indikatorene var i 1990. Slikt sett blir det for denne målingen referert til forskjellen mellom hva sykehuslegene i innlandet og i Akershus og Buskerud mener om organisasjonsklimaet i sitt sykehus. Interesserte kan konsultere Hagen (1991). Den andre målingen ble gjennomført i regi av Institutt for helseledelse og helseøkonomi (Senter for helseadministrasjon) i 2001 som en del av et større prosjekt om - og effekter av – ulike finansieringsmodeller for sykehus. Av et utvalg på 2100 tilfeldig valgte sykehusleger endte man her opp med en svarprosent på 41 prosent. Etter en purrerunde endte man til slutt opp med en svarprosent på 54. I den andre runden ble spørsmålene om organisasjonsklima tatt ut, slik at de dataene som blir presentert her er basert på den første utsendelsen. Sammenlignet med surveys gjennomført på andre deler av befolkningen er dette en lav svarprosent. Det har imidlertid vist seg ved flere anledninger at det er spesielle utfordringer knyttet til å øke svarprosenten når det er leger som er respondenter. Mer informasjon om studien finnes i Hagen og Nerland (2001). Undersøkelsen ble gjentatt i vinteren 2006 i regi av HORN (Health Organization Research Norway). Et bruttoutvalg av 2 500 leger ble trukket tilfeldig fra Legeforeningens

adresseregister over sykehusleger. Korreksjon for mangelfulle adresser, respondenter som har skiftet yrke eller gått av med pensjon o.l. ga et nettoutvalg på 2 450. Av disse svarte 1 298 på et postalt spørreskjema, som gir en responsrate på 53 prosent.

Spørsmålene som blir benyttet her er basert på Porter skalaen (Porter et.al 1974). Formålet med denne skalaen var å operasjonalisere tilknytningen en ansatt har til en organisasjon (organizational commitment). Denne har blitt en vanlig empirisk operasjonalisering av tilhørighet/tilknytning til en organisasjon, og er derfor ofte benyttet ved målinger av organisasjonsklima. Hagen (1991) gjennomfører en faktoranalyse på dataene fra 1990 for å avdekke sammenhengene mellom de ulike spørsmålene. Utgangspunktet for en slik analyse er å se på samvariasjonen mellom svarene på de ulike spørsmålene for respondentene. Dersom det er slik at respondenter som er enig i påstand x1 også tenderer til å være mer enig i påstand x4 og x5 tolkes dette som at det kan være en bakenforliggende faktor som forklarer denne tendensen. Denne bakenforliggende tendensen tolkes substansielt og gis et navn, eksempelvis vil en sterk samvariasjon mellom påstandene ”mine verdier og sykehusets er de samme” og ”jeg er stolt over å si at jeg arbeider ved dette sykehuset” kunne tolkes som at det er en bakenforliggende følelse av verdifelleskap med sykehuset som leder til denne tendensen³. Dette er dermed en metode som kan benyttes for å forenkle data. Gjennom å avdekke bestemte mønstre i dataene kan man - basert på substansielle og metodiske vurderinger – konstruere indekser. De indeksene som benyttes her er basert på den faktoranalysen Hagen (1991) gjorde på det samme datasettet, her var imidlertid også andre yrkesgrupper med i analysen. En analyse gjennomført med bare leger som enheter gir imidlertid liten grunn til å tro at mønsteret i dataene påvirkes nevneverdig av dette.

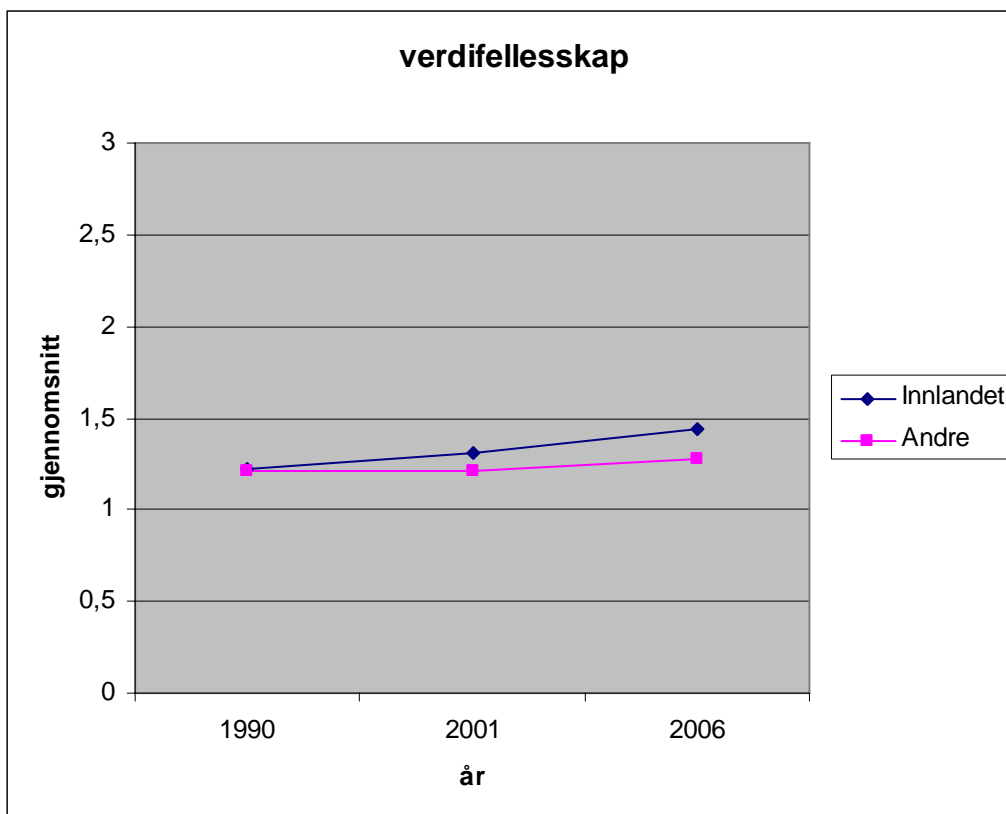
Nedenfor vises hvilke påstander sykehuslegene ble bedt om å forholde seg til, de som er uthevet i fet skrift vil bli slått sammen til en indeks for verdifelleskap mens de i kursiv vil bli benyttet til å konstruere en indeks for jobbtilhørighet.

1. Jeg er villig til å yte en innsats langt over det normale for at dette sykehuset skal fungere på en god måte.
- 2. Overfor venner omtaler jeg alltid dette sykehuset som en svært god arbeidsplass.**

³ Dette er ikke en presis beskrivelse av hva faktoranalyse går ut på, men en enkel forklaring på hva som er formålet og utgangspunktet for en slik analyse. De som ønsker å se mer detaljert hvordan denne analyseformen kan benyttes kan konsultere Hansen og Tjerbo (2003)

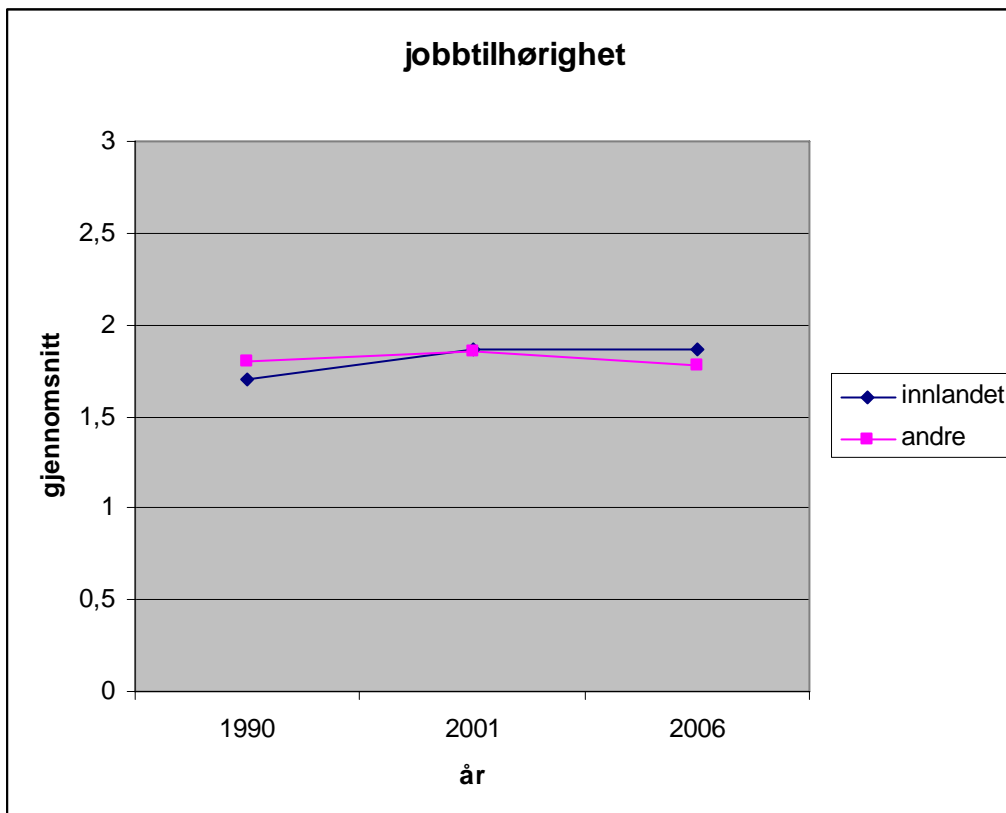
3. Jeg vil akseptere alle typer stillinger bare jeg får arbeide her på sykehuset
- 4. Mine verdier og sykehusets er de samme**
5. *Jeg kan like gjerne jobbe i et annet sykehus så lenge arbeidet er det samme.*
- 6. Ved dette sykehuset blir jeg virkelig inspirert til å yte mitt beste.**
7. *Det skal svært lite til før jeg sier opp min stilling*
8. Jeg er svært glad jeg valgte denne arbeidsplassen den gangen jeg søkte jobber
9. For meg finnes ingen bedre arbeidsplass
10. *Å begynne å jobbe her var så avgjort en feiltakelse.*

Disse indeksene gir et mer robust anslag på utviklingen ettersom flere indikatorer er inkludert. Hver av indeksene kan variere mellom 0 og 3, men 3 som den beste/mest positive verdien. Som det fremkommer av figurene nedenfor har utviklingen her vært forholdsvis stabil målt over den perioden vi har data fra.



Figur 2. 1. Utviklingen i gjennomsnittsverdi på verdifellesskapsindeksen. Leger ved Sykehuset Innlandet og ved andre sykehus.

Det er en svakt positiv utvikling for SI her. Men mest slående er det likevel at utviklingen må kunne sies å være svært stabil. Dette er også interessant tatt i betraktning alle de endringene og reformene både på makro og mikronivå som har blitt gjennomført i det norske helsevesenet siden 1990. Disse resultatene tyder på at dette ikke har hatt noen effekt på den graden av verdifelleskap som sykehuslegene opplever med sitt sykehus. Samtidig er det kanskje liten grunn til å tro at det skulle ha en effekt her. Det er ingen motsetning mellom det å dele verdigrunnlaget til en organisasjon og samtidig kunne være misfornøyd med dagsaktuelle endringer og reformer. Mer interessant er det derfor å se på utviklingen innenfor den indeksen som ble kalt "jobbtilhørighet", for kanskje er det mer naturlig å tenke seg at en eventuell misnøye vil gi konkrete utslag her.

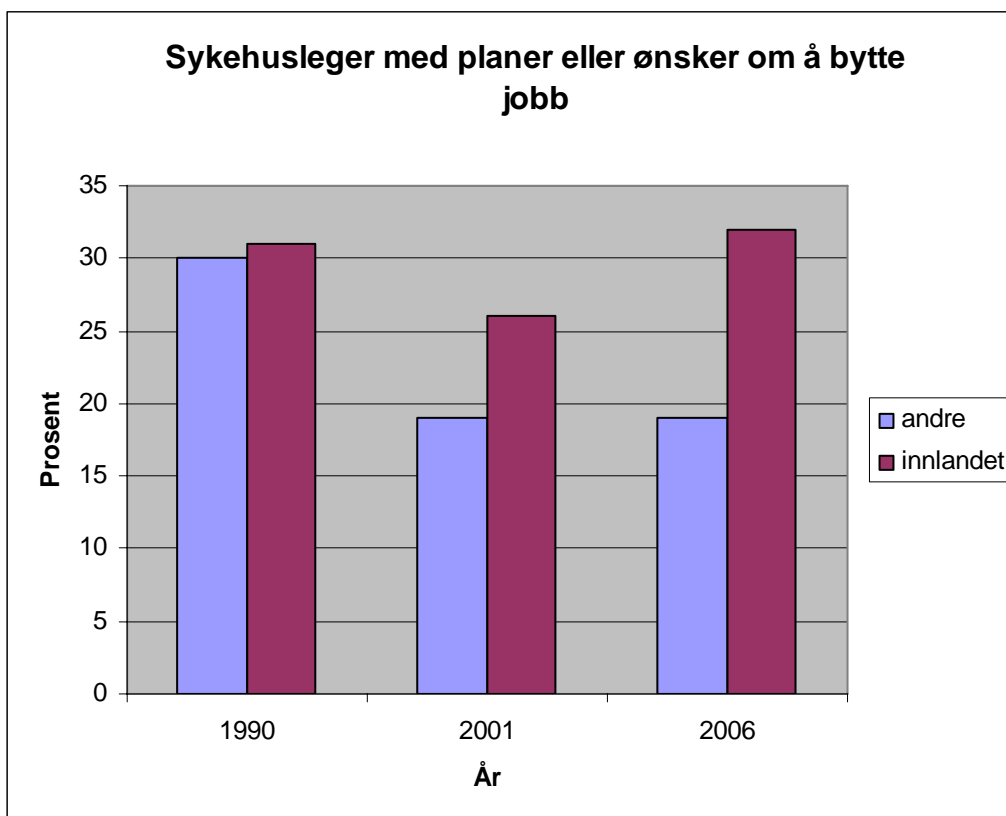


Figur 2.2. Utviklingen i indeksen for jobbtilhørighet for sykehusleger ved SI og for andre sykehus.

Heller ikke her ser det ut til å ha funnet sted dramatiske endringer i perioden. Om noe så er sykehuslegene i SI mer positive enn andre, og utviklingen er også positiv. Det er derfor

ingenting i disse resultatene som tyder på at sykehuslegene i innlandet er blitt mindre tilfredse med sitt eget sykehus sammenlignet med perioden før etableringen av SI. Dette kan bety to ting. For det første kan det bety at endringene som har funnet sted etter etableringen faktisk ikke har endret på sykehuslegenes holdninger her. Det kan imidlertid også være at de indikatorene som benyttes er for generelle, og at de indeksene som er laget her ikke gir grunnlag for å trekke for sterke konklusjoner.

Dersom de turbulente prosessene i Innlandsområdet har ført til at legene er mindre tilfredse med arbeidsforholdene skulle vi vente at det er flere som har planer om å slutte i 2006 sammenlignet med 2001. Figur 2.3 viser andelen sykehusleger som oppgir at de har planer om å skifte jobb på de ulike tidspunktene. Merk at for 1990 inneholder kategorien ”andre” svarene fra legene i Akershus og Buskerud. Derfor bør forskjellen mellom denne målingen og de øvrige for ”andre” tolkes med varsomhet.

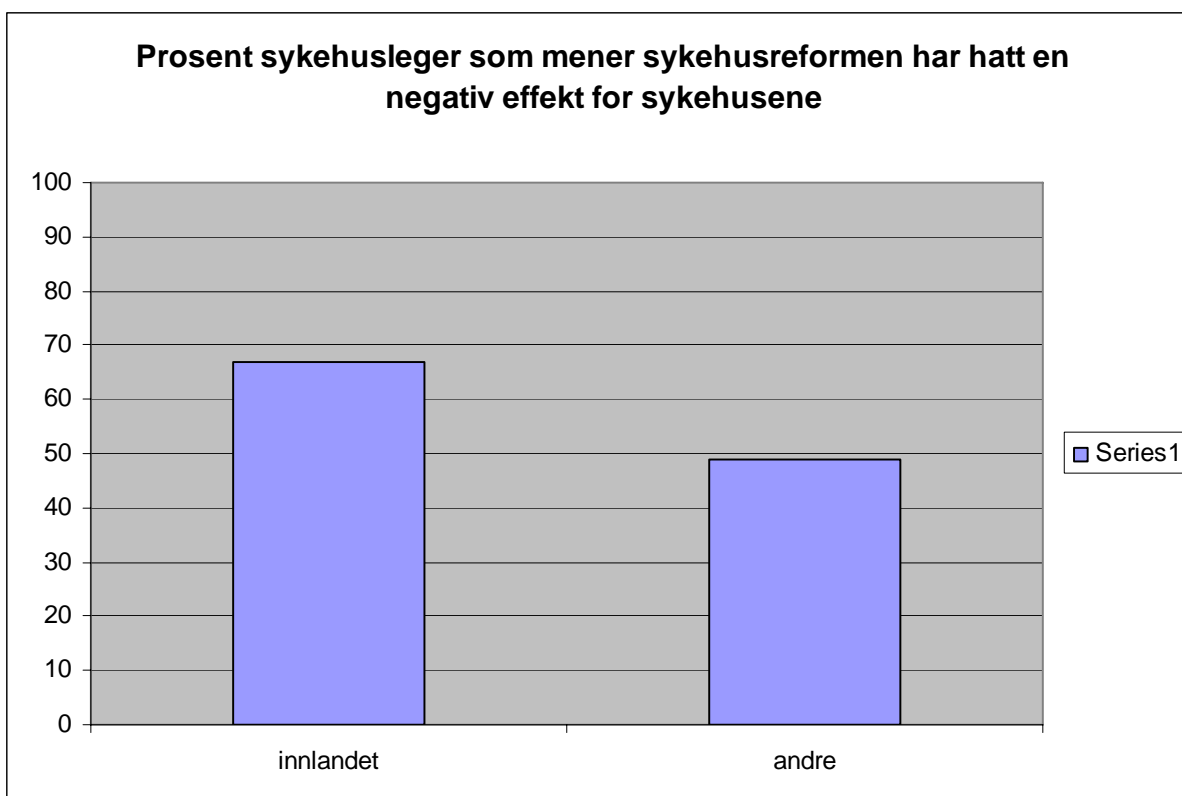


Figur 2.3. Sykehusleger med planer eller ønsker om å bytte jobb.

Denne figuren avdekker flere interessante tendenser. For det første er det tydelig at det er en større forskjell mellom hva legene i innlandet mener og andre leger mener i 2001 og 2006.

Dette kan tyde på at det er en utfordring for Sykehuset Innlandet å være attraktive for sykehusleger. Det kan imidlertid også være faktorer som er eksterne i forhold til sykehuset og arbeidsplassen som er avgjørende. Det er mulig at Innlandsområdet i seg selv ikke oppfattes som spesielt attraktivt. Samtidig kan det se ut som det er en negativ trend for innlandets del mellom 2001 og 2006. Dersom vi ser utviklingen mellom 2001 og 2006 ser vi at andelen sykehusleger som har planer eller ønsker om å bytte jobb har holdt seg stabil for landets øvrige sykehus, mens andelen har økt fra om lag 26 prosent til 32 for Sykehuset Innlandet. Denne differansen i andelen som har sluttplaner i henholdsvis 2006 og 2001 er imidlertid ikke statistisk signifikant på fem prosentnivået basert på en enkel t test. Resultatet bør derfor tolkes med varsomhet. En korrelasjonsanalyse av resultatene i 2006 filen avdekker imidlertid en signifikant effekt mellom å være ansatt i SI og å ha planer eller ønsker om å bytte jobb. For Sykehuset Innlandet var en del av begrunnelsen for funksjonsfordelingen nettopp å gjøre seg mer attraktive for godt kvalifisert personell. Basert på antallet sykehusleger som har planer eller ønsker om å bytte jobb er det lite som tyder på at en slik endring i sykehuset attraktivitet faktisk har funnet sted de siste årene.

Resultatene så langt sier at sykehuslegene i innlandet skårer likt eller noe høyere enn andre sykehusleger både på indeksen for verdifelleskap og jobbtilhørighet. Samtidig som det er en negativ trend i forhold til hvor mange sykehusleger som har planer eller ønsker om å bytte arbeidsplass. Er den sistnevnte trenden et resultat av de turbulente prosessene vi har sett i SI de siste årene? Til tross for at vi ikke kan måle dette direkte er det mulig å få noen flere indikatorer på nettopp dette. I sykehuslegeundersøkelsen fra 2006 ble alle sykehuslegene spurt om: ”Alt i alt, har sykehusreformen stort sett hatt negative eller stort sett positive effekter for sykehusene?” De ble deretter bedt om å angi hvorvidt de mente effektene av reformen var ”svært negative”, ”negative”, ”uendret”, ”positive” eller ”svært positive”. Dersom det er slik at det er flere sykehusleger i innlandet som opplever at sykehusreformen har hatt negative effekter for sykehusene sammenlignet med sykehusleger fra andre sykehus/foretak, kan dette tolkes som en indikator på at utviklingen etter reformen i SI oppleves som negative for sykehuslegene der. Figuren nedenfor viser derfor andelen sykehusleger som har oppgitt at sykehusreformen har hatt negative eller svært negative effekter for sykehusene for henholdsvis sykehusleger i SI og i andre foretak/sykehus.



Figur 2.4. Sykehuslegers oppfatning om effekten av sykehusreformen for sykehusene. Innlandet og andre. Prosent.

Det er en forholdsvis klar forskjell i negativ retning for SI her. Mens 49 prosent av sykehuslegene i andre sykehus mener sykehusreformen har hatt en negativ effekt (hvilket er et forholdsvis høyt tall), er tallet for SI på 67 prosent. Nesten 7 av 10 sykehusleger i Innlandet mener altså sykehusreformen har hatt en negativ effekt for sykehusene. Dette må kunne karakteriseres som et høyt tall. Denne sammenhengen er også tilstrekkelig sterk til at vi med rimelig grad av sikkerhet kan konkludere at den ikke er et resultat av tilfeldigheter. En enkel korrelasjonsanalyse mellom denne variabelen og en dummy for innlandet viser at effekten er statistisk signifikant på 1 prosentsnivået med en to sidig test.

2.2. Hva forklarer sykehuslegenes jobbtilhørighet og verdimessige tilknytning til sitt sykehus?

Resultatene som ble presentert i kapittel 2.1 ga en oversikt over hvordan det så ut for SI sammenlignet med andre sykehus, samt hvordan denne utviklingen hadde vært over tid. I denne delen skal vi se nærmere på hva det er som kan forklare denne variasjonen. Er det mulig å finne bestemte trekk ved sykehuset eller legene som forklarer variasjonen i tilhørighet til sykehuset? Dette vil bli analysert gjennom to multivariate regresjonsanalyser, en hvor indeksen for verdifelleskap er avhengig variabel og en hvor indeksen for jobbtilhørighet er avhengig variabel. Begge regresjonene gjennomføres på datasettet fra 2006.

For å fange opp variasjoner knyttet til det bestemte sykehus den enkelte lege arbeider på er det lagt inn HF dummyer i analysene. Ettersom HF er en variabel med et kategorisk målenivå er det ikke mulig å benytte disse på vanlig måte i regresjonsanalyse. Ved å konstruere dummyvariabler håndterer vi dette i analysen, men tolkningen av HF variablene blir ikke som for de andre variablene. Her må resultatet sees i forhold til en referanse kategori, i denne analysen er Ullevål valgt som referansekategori. Dette betyr altså at den effekten vi ser gjengitt for hvert enkelt HF her viser til effekten relativt til Ullevål. Dersom det er et negativt fortegn etter en HF dummy betyr altså dette at sykehuslegene tenderer til å skåre lavere på den aktuelle avhengige variabelen sammenlignet med sykehuslegene på Ullevål.

Tabell 2.1. OLS regresjon på indeksene for verdifelleskap og jobbtilhørighet. Standardiserte regresjonskoeffesienter. * sig. på 10 pst nivået, ** sig. på 5 pst nivået

	VERDIFELLESSKAP	JOBBTILHØRIGHET
Alder	0,05	-0,09**
Kjønn	-0,02	-0,01
Spesialist	-0,07	-0,08*
Bruttoinntekt fra sykehuset	0,06	0,06
Bruttoinntekt utenfor sykehuset	-0,06*	-0,11**
Akershus	-0,02	0,02
Aker	0,03	0,01
Asker og Bærum	0,00	0,03
Innlandet	0,02	0,03
Østfold	-0,08**	-0,04
Blefjell	0,01	-0,04
Buskerud	-0,22	-0,02
Sørlandet	0,00	-0,03
Vestfold	-0,06*	-0,03
Telemark	-0,06*	-0,06*
Ringerike	0,08**	0,01
RH/radium	0,20**	0,13**
Stavanger	-0,08**	0,00
Fonna	-0,06*	-0,06*
Bergen	-0,04	-0,05
Førde	0,03	0,07**
StOlav	-0,02	0,02
Sunnmøre	0,01	0,06*
Nordmøre	-0,03	-0,01
Nord Trøndelag	-0,02	-0,05
Finnmark	0,04	0,02
UNN	0,07*	0,04
Hålogaland	0,00	0,00
Nordland	0,06*	0,08**
Helgeland	-0,01	-0,01
F statistikk	3,61**	3,22**
Justert R ²	0,08	0,07

Det viser seg at de valgte modellene ikke forklarer mye av variasjonen i indeksene. Den første modellen forklarer 8 prosent av variasjonen i den avhengige variabelen, mens den andre forklarer 7 prosent. Resultatene fra denne analysen viser likevel at enkelte av HF dummyene slår ut på begge variablene. Mest tydelig er det at sykehuslegene på Rikshospitalet/Radiumhospitalet skårer signifikant høyere enn sykehuslegene på Ullevål. Det samme er tilfellet for sykehuslegene på Nordlandssykehuset HF. SI slår ikke ut i denne analysen. Når det gjelder variablene på individnivå er det først og fremst den inntekten sykehuslegene mottar for arbeid som ikke er knyttet til sykehusdriften som - ikke overraskende – viser seg å ha en negativ effekt. Dess høyere inntekt sykehuslegene oppgir at de har fra legearbeid utenfor sykehuset dess lavere skåre har de på både verdifelleskapsindeksen og indeksen for jobbtilhørighet. Det viser seg også at spesialister gjennomgående har lavere skåre på indeksen for jobbtilhørighet enn ikke – spesialister. Spesialister kan ha større muligheter for å finne alternative jobbmuligheter og kanskje har de i høyere grad ambisjoner eller ønsker om å endre arbeidssted. Det mest overraskende funnet er den negative effekten alder har på jobbtilhørighet. Eldre leger har gjennomgående lavere skåre på indeksen for jobbtilhørighet enn yngre leger. Det kan være flere grunner til dette, og kanskje er den observerte effekten også et resultat av andre faktorer enn først og fremst tilhørigheten til det aktuelle sykehuset.

2.3 Konklusjon

De resultatene som er presentert her tyder på at sykehuslegene i Innlandet ikke opplever mindre jobbtilhørighet enn andre sykehusleger. Det samme gjelder for verdifelleskapsindeksen. Samtidig har vi sett at det er flere sykehusleger i Innlandet som ønsker eller har planer om å bytte jobb, og det er flere sykehusleger i Innlandet sammenlignet med landet for øvrig som mener at sykehusreformen har hatt en negativ effekt for sykehusene. Ved første øyekast kan kanskje dette se selvmotsigende ut. Det behøver det imidlertid ikke være. Det er fullt mulig å oppleve en følelse av tilhørighet til sin arbeidsplass, eller en opplevelse av at man deler det verdigrunnlaget denne arbeidsplassen representerer, samtidig som man mener at trenden har vært negativ og/eller man ønsker å bytte arbeidsplass.

Konklusjonen basert på de analysene som er gjennomført her er at de grunnleggende forholdene ved arbeidsmiljøet på et overordnet nivå avviker ikke mellom SI og de andre, men det utelukkes ikke at reorganiseringene og forsøkene på reorganisering har påvirket slutteplaner og syn på sykehusreformen. Det samlede inntrykket her er tilstrekkelig robust til at det synes forsvarlig å tillegge det betydning.

3 Samhandling med fastlegene

Den økende andelen av eldre i befolkningen og den medisinske teknologiske utviklingen er to sentrale faktorer som vil bidra til å forme fremtidens helsevesen, og de primære utfordringene som vil prege den helsepolitiske debatten. Et aspekt her vil være behovet for en mer integrert helsetjeneste hvor det å koordinere behandling på tvers av ulike nivåer vil være en viktig utfordring. For Sykehuset Innlandets del vet vi også at andelen eldre er noe høyere enn gjennomsnittet samtidig som utdanningsnivået er noe lavere. Dette er trekk som kan lede til utfordringer ikke bare i forhold til pasientgrunnlaget og finansiering, men muligens også i forhold til behovet for god koordinering mellom kommunene og foretaket.

I kjølvannet av sykehusreformen og fastlegereformen har behovet for å kaste lys over samhandlingen mellom de to nivåene gjort seg gjeldende med ny tyngde, både i den helsepolitiske debatt generelt, men også i mer faglige fora. Det eksisterer imidlertid lite data som kan avklare på hvilke områder problemet er størst, ei heller hvilke tiltak som kan være formålstjenlige for å bedre samhandlingen. Opplysningene våre stammer fra fastlegene, og gir oss et viktig startpunkt for å vurdere dette komplekse fenomenet. I kapittel 1 ble det fremsatt en hypotese om at funksjonsfordelingen som er gjennomført i SI har hatt en negativ effekt på samhandlingen med fastlegene. Resultatene som blir presentert her kan fungere som et utgangspunkt for en nærmere drøfting av denne antagelsen.

Fokuset blir rettet mot fastlegene som har sykehuset Innlandet som deres primære sykehus. Spørsmålet blir hvor tilfredse fastlegene i innlandsområdet er sammenlignet med fastlegene for øvrig.

3.1 Undersøkelse av fastlegenes oppfatning

Den første undersøkelsen ble sendt ut til alle landets fastleger våren 2004. Selve prosjektet var basert på et samarbeid mellom Legeforeningens forskningsinstitutt og Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo. Som basis for utsendelsen ble Legeregisteret benyttet. Dette omfatter også leger som ikke er medlemmer i legeforeningen. Det opprinnelige uttrekket av fastleger omfattet alle 3 463 leger som var registrert som

fastleger, men 75 av disse var ikke lenger fastleger og/eller var umulig å få tak i per post. Det totale antallet leger som fikk tilsendt spørreskjema ble dermed 3 388.

Etter den første utsendelsen returnerte 1 331 leger skjemaet (svarprosent 39%) Etter én purrerunde var det totale antallet returnerte skjemaer 1 633 (svarprosent 48 %). Dette må kunne karakteriseres som en moderat til lav svarprosent. En lav svarprosent i seg selv er imidlertid mest alvorlig dersom det totale antallet svar blir utilstrekkelig og/eller dersom den lave svarraten også innebærer at svarene skiller seg fra ikke-svarene på en eller flere dimensjoner som er relevante for de analysene som skal gjennomføres og dermed også for validiteten av disse konklusjonene.

Det totale antallet respondenter er høyt (1633), så frafallet alene har ikke vesentlig betydning for analysene. Det er imidlertid ikke uten videre gitt at en svarprosent på 48 prosent gir et representativt utvalg. For å se om det endelige utvalget er representativt for hele populasjonen ble det endelige utvalget sammenlignet med hele utvalget ut fra registeret i Den norske lægeforening. Ved å sammenligne bruttoutvalget med det endelige utvalget ut fra alder og kjønn, ser vi at de som har svart ikke skiller seg vesentlig fra fastlegepopulasjonen i sin helhet (Tabell 3.1).

Tabell 3.1 Kjønn og alder i populasjon og utvalg 2004

	Fasteger som har besvart spørreskjema (N=1633)		Alle fastleger (N=3388)	
	n	%	n	%
Kjønn ⁴	1,29		1,29	
Gjennomsnittsalder (år)	48		48	

Tabellen viser fordeling i kjønn og alder for utvalget og fastlege populasjonen. Verken alder eller kjønn avviker hvilket peker i retning av at datasettet er representativt.

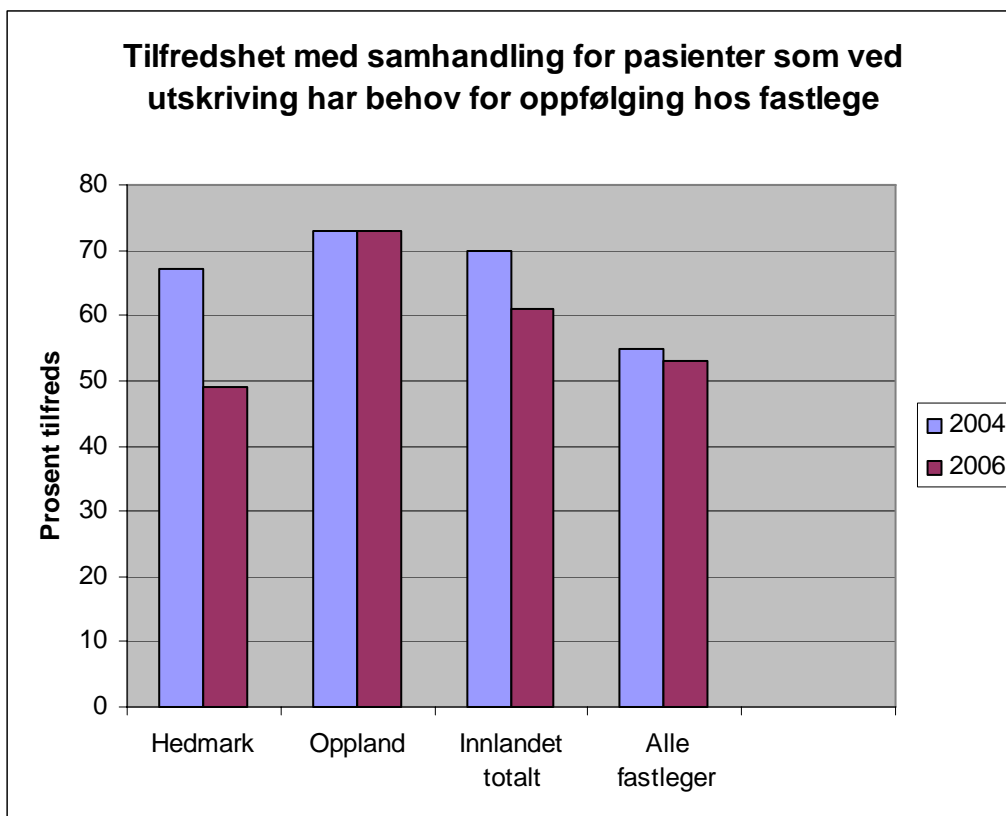
⁴ Mann er kodet 1, og kvinne er kodet 2.

Den andre runden ble sendt ut høsten 2006. Etter første utsendelse og en purring var 1568 skjemaer kommet inn. Dette gir en foreløpig svarprosent på omlag 42 prosent. Det vil bli foretatt en purring til, så dette kan endres. Gjennomsnittsalderen blant de 1568 som hadde svart pr 14.11.2006 var 48, og gjennomsnittet på kjønn var 1,33 (mann kodet 1). Dette utvalget ser dermed ut til å være representativt for fastlegepopulasjonen i sin helhet.

3.2 Endring 2004 – 2006: Skiller Sykehuset Innlandet seg fra andre områder og/eller helseforetak?

I denne delen vil vi se nærmere på den geografiske variasjonen i fastlegenes tilfredshet, og se hvordan utviklingen har vært fra 2004 til 2006. I den sammenheng vil vi også avdekke hvor tilfredse fastlegene i innlandet er med sykehuset sitt sammenlignet med øvrige fastleger.

La oss først se hvorvidt det eksisterer en geografisk variasjon i fastlegenes tilfredshet med samhandlingen mellom dem og deres primære sykehus. Dette fremkommer av figur 3.1. Figuren viser andelen av fastlegene som har oppgitt at de er svært fornøyde eller fornøyde med ” Samhandlingen mellom lokalsykehuset og kommunen ved utskriving av pasienter som har et oppfølgingsbehov hos lege”



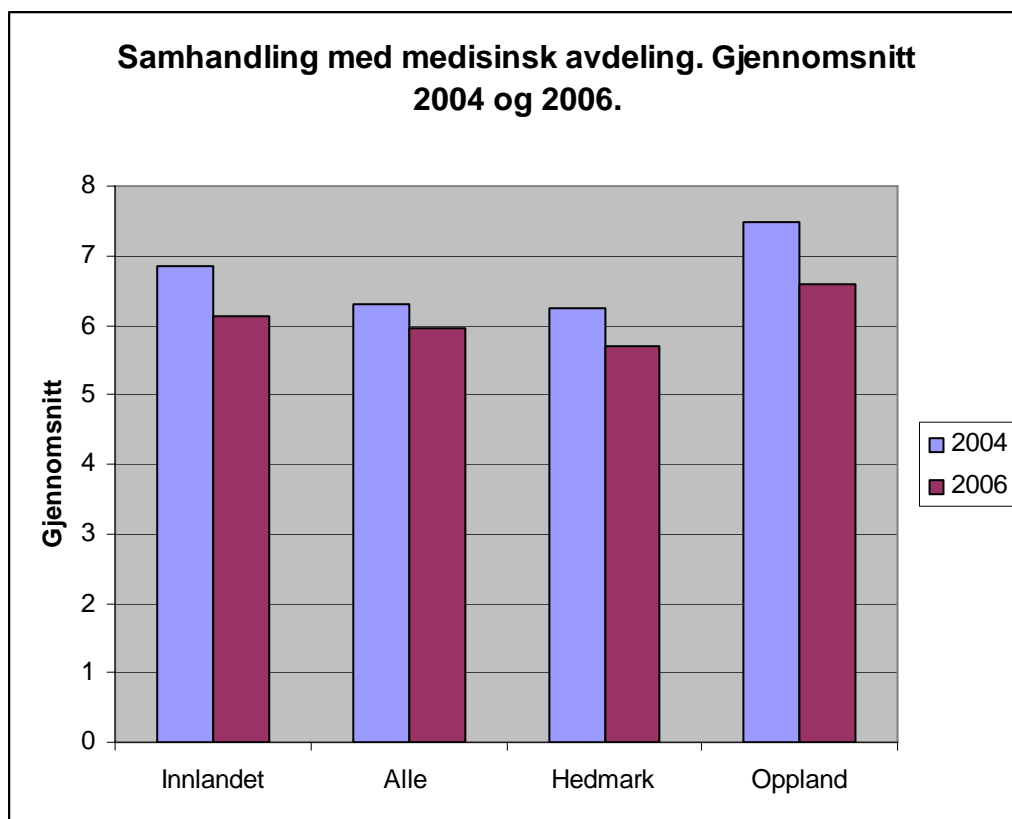
Figur 3.1 Geografisk variasjon i tilfredshet med samhandling mellom kommune og sykehus for pasienter som ved utskriving har behov for oppfølging hos fastlege 2004 og 2006. Prosent tilfreds.

Tallene viser at om lag halvparten av de norske fastlegene er tilfredse med samhandlingen på dette området. På et nasjonale nivået er andelen av fastlegene som er tilfredse stabil, en nedgang fra 55 til 53 prosent er ikke tilstrekkelig til at det er noen grunn til å vektlegge dette. Det er imidlertid noen andre interessante endringer her. Dersom vi først ser på innlandet er det en forskjell mellom Hedmark og Oppland, og endringen er også klart mest tydelig for Hedmark. Fastlegene i Oppland var blant de mest tilfredse i landet i 2004, og er også det i 2006. For Hedmark derimot er trenden synkende. Andelen har sunket fra 67 i 2004 til 49 i 2006.

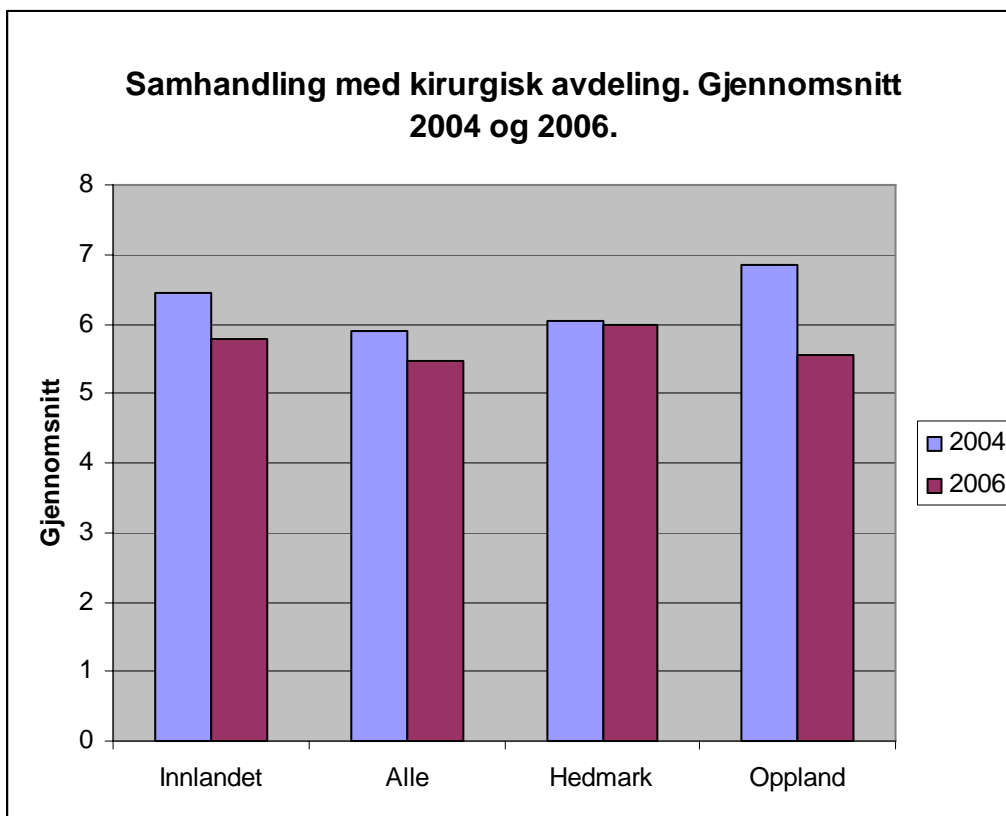
Det er muligens overraskende at det er fastlegene i Hedmark som skiller seg ut her, tatt i betraktning at de største endringene kanskje har funnet sted i Oppland. Uansett er det tydelig at det er en forskjell mellom hva fastlegene i Oppland og Hedmark mener om samhandlingen, og at det har funnet sted en merkbar negativ endring fra fastlegene i Hedmarks ståsted. Alt i alt er det likevel slik at fastlegene i Innlandet er signifikant *mer* tilfredse med samhandlingen

for pasienter med oppfølgingsbehov enn andre fastleger. For innlandet samlet er 61 prosent av fastlegene tilfredse, mens det tilsvarende tallet for andre er 53. Denne forskjellen er signifikant forskjellig fra null på fem - prosentsnivået.

Fastlegene ble også bedt om å angi på en skal fra 0 til 10 hvor tilfredse de er med medisinsk og kirurgisk avdeling på deres sykehus. Figur 3.2 og 3.3 viser gjennomsnittskåren på en skala fra 0 til 10 på spørsmål om hvor tilfredse fastlegene er med henholdsvis medisinsk og kirurgisk avdeling.

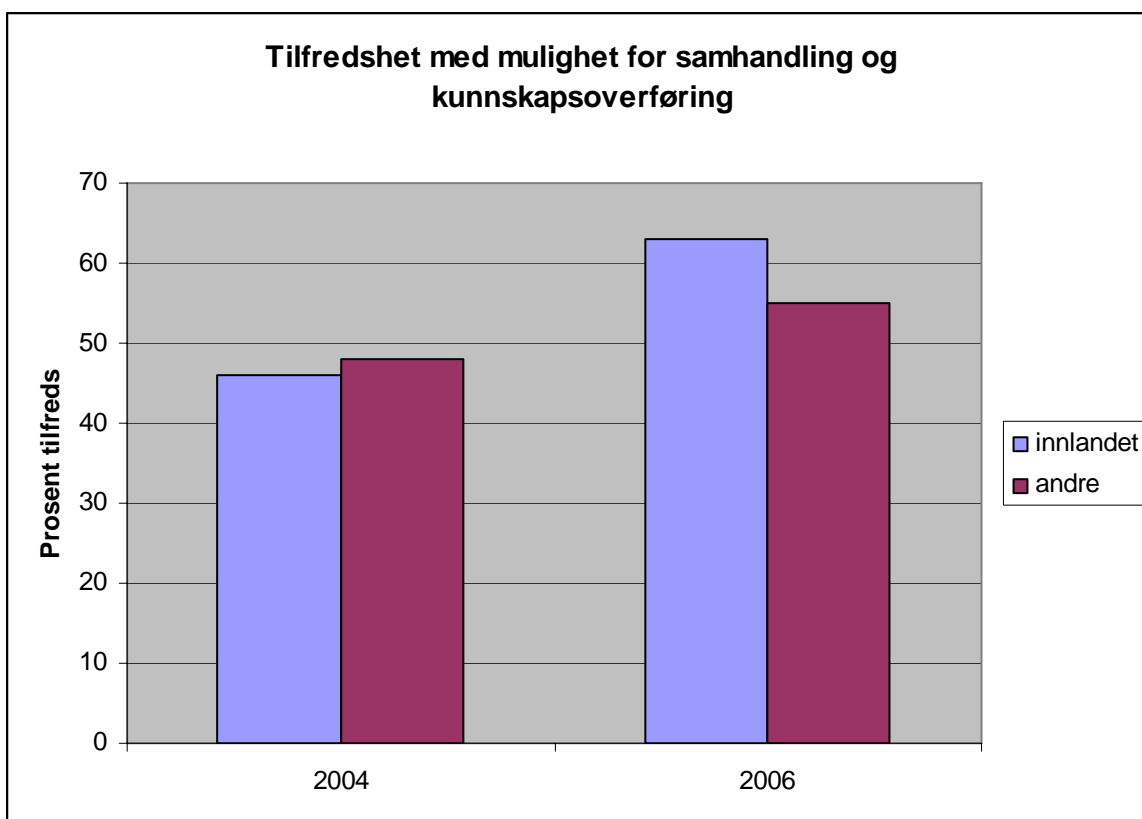


Figur 3.2 Tilfredshet med samhandling: medisinsk avdeling. 2004 og 2006. Gjennomsnitt på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er høy verdi



Figur 3.3 Tilfredshet med samhandling: kirurgisk avdeling. 2004 og 2006. Gjennomsnitt på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er høy verdi

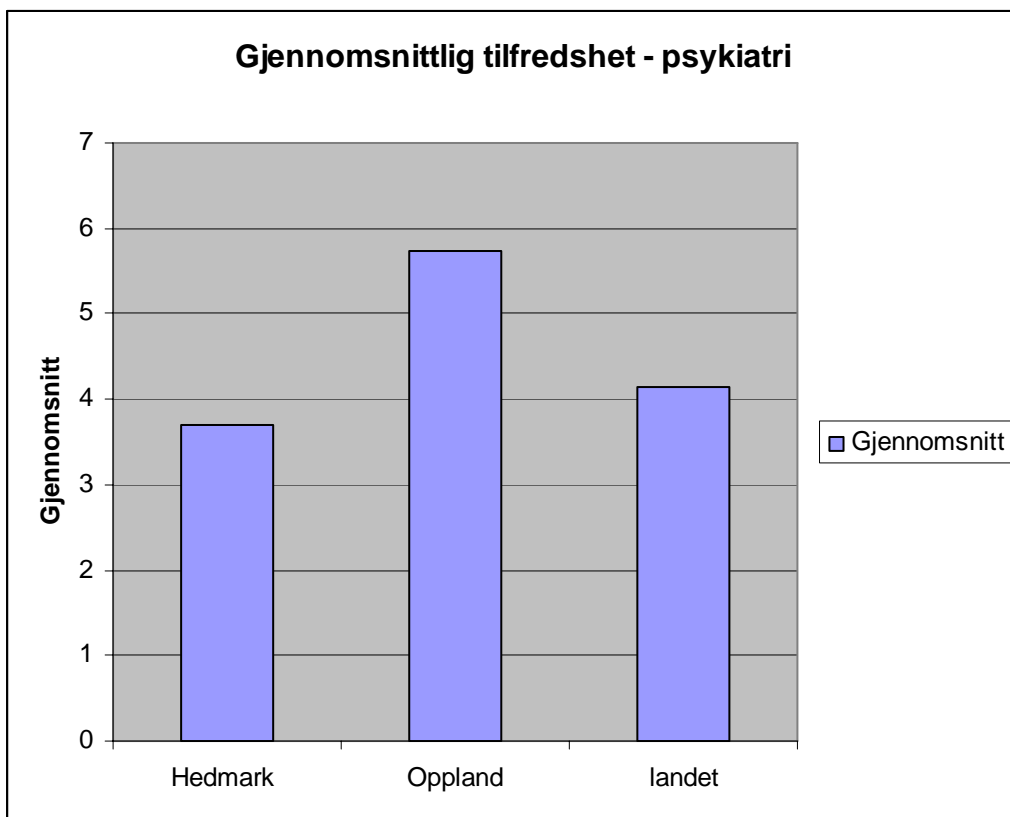
Det neste spørsmålet vi skal se på lyder: "Hvor tilfreds er du med de mulighetene for faglig samhandling og kunnskapsoverføring som tilbys av ditt lokalsykehus?". Dette spørsmålet er forholdsvis åpent i den forstand at respondenten står fritt til å velge hva som kommer inn under "faglig samhandling" og "kunnskapsoverføring". Disse elementene er likevel viktige i en diskusjon om samhandling. Spørsmålet er ment å fungere som en indikator på grunnlaget for faglig samhandling som sykehusene har for fastlegene. Kanskje er det nettopp gjennom å legge forholdene til rette for dette at sykehusene kan oppnå samhandlingsforbedringer. Spørsmålet her er derfor om SI legger mer eller mindre til rette for dette nå i 2006 sammenlignet med 2004 sett fra fastlegenes side. Figuren nedenfor viser svarfordelingen på dette spørsmålet i prosent for henholdsvis alle fastlegene og for fastlegene i innlandet i 2004 og i 2006.



Figur 3.4 Tilfredshet: faglig samhandling og kunnskapsoverføring. Prosent tilfreds 2004 og 2006.

SI lå i 2004 lavere her enn den tilsvarende andelen for landet sett under ett. Dette har endret seg. Økningen i positiv retning for innlandet er her større enn hva den er samlet sett, og SI ligger høyere enn den nasjonale skåren. Her kan det altså se ut til at SI har klart å forbedre seg i løpet av de siste to årene. Dette kan gjenspeile at Sykehuset Innlandet har hatt et ikke ubetydelig fokus mot dette området, og at samhandlingen med primærhelsetjenesten er sett på som en av de viktigste utfordringene for foretaket fremover. Analyser gjennomført av Tjerbo og Kjekshus (2005) antyder at relativt enkle og lite kostnadskrevenne tiltak initiert fra foretakene kan ha positive effekter på samhandlingen sett fra allmennlegenes ståsted. Det at fastlegene i innlandet ser ut til å være tilfredse med de mulighetene for samhandling og kunnskapsoverføring som tilbys av sykehuset kan derfor bety at foretaket har gjennomgått en positiv endring her, og at dette på sikt også vil kunne ha positive effekter for samhandlingen med fastlegene.

Så langt har vi fokusert på somatikk. Ett av områdene hvor en god samhandling mellom foretaket og kommunene/fastlegene er viktig, er innenfor psykiatrien. I 2006 ble det derfor også inkludert et spørsmål om dette. Spørsmålet fastlegene ble stilt lød som følger: ” Hvor tilfreds er du med samhandlingen med sykehuset når det gjelder pasienter som har behov for psykiatrisk behandling? Her er ikke akuttpsykiatri inkludert”. Figur 3.5 viser gjennomsnittlig skåre på dette spørsmålet for fastlegene i Oppland og Hedmark, samt for landet under ett. Skalaen og skalaretningen er den samme som for de foregående spørsmålene.

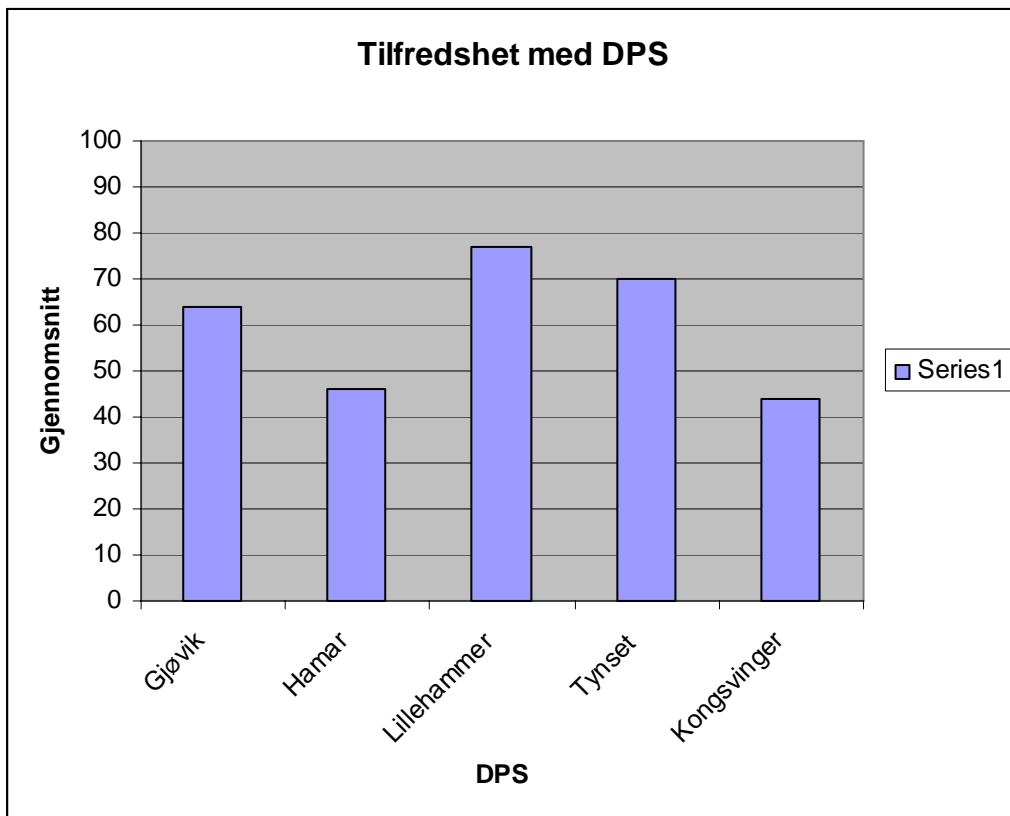


Figur 3.5. Tilfredshet med samhandling. Psykiatriske pasienter – ikke akuttpsykiatri. Gjennomsnitt. 2006.

Igjen ser vi at det er en betydelig forskjell mellom Hedmark og Oppland⁵. Mens fastlegene i Oppland er godt over landsgjennomsnittet ligger Hedmark under. Dette stemmer overens med det generelle inntrykket fra de andre analysene. Samhandlingen med Sykehuset Innlandet ser ut til å fungere bedre for fastlegene i Oppland enn i Hedmark. Her er det ikke mulig å si noe om utviklingen, men dette gir klare indikasjoner på at det kan være bryet verdt å se nærmere på hva det er som ligger til grunn for dette. Vi husker også at for spørsmålet om samhandlingen i forbindelse med pasienter som hadde behov for oppfølging var det en markant negativ utvikling for Hedmark. Nok en gang må det imidlertid understrekes at for innlandet samlet sett er det ikke en signifikant forskjell her. Basert på en t -test er det ikke mulig å forkaste en nullhypotese om at det ikke er noen forskjell mellom hva fastlegene i innlandet mener og hva andre fastleger mener. Til tross for dette er det interessant å se at det ser ut til å være en viss forskjell mellom hva fastlegene i Hedmark og Oppland mener her.

Det samme mønsteret finner vi igjen i fastlegenes vurdering av de distriktpspsykiatriske sentra I innlandet (se <http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=552>). Figur 3.6 viser gjennomsnittsskåren på en skala fra 0 til 100 hvor fastlegene ble spurt om hvor godt fornøyde de var ” alt i alt” med det aktuelle distriktpspsykiatriske senteret. Som vi ser er det klare forskjeller her.

⁵ Det er mulig å differensiere ytterligere mellom de ulike områdene i Innlandet i de dataene som er samlet inn. Her er det imidlertid så få respondenter å basere resultatene på f.eks i Tynset området at det ikke synes forsvarlig å tillegge disse resultatene særlig vekt. Det er derfor ikke redegjort for resultater etter de ulike områdene/sykehusenhetene i innlandsområdet i denne rapporten.



Figur 3.6. Tilfredshet med DPS

Det laveste gjennomsnittet finner vi for Hamar og Kongsvinger, mens Lillehammer skiller seg relativt klart ut i positiv retning. Dette forsterker inntrykket av at det først og fremst er i Hedmark det er størst potensial for forbedringer.

3.2.1 Hva mener sykehuslegene?

Fastlegene representerer en part i samarbeidet om pasienter mellom primærhelsetjenesten og de somatiske sykehusene. For å få et mer fullstendig bilde er det nødvendig med informasjon fra sykehussiden også. Her vil sykehuslegenes oppfatning om dette temaet bli benyttet som en empirisk indikator på dette. Datagrunnlaget er det samme som for spørsmålene om organisasjonskultur (jmf kapittel 2).

Vi starter med et generelt mål på tilfredshet. Her ble sykehuslegene spurt: ” Alt i alt hvor tilfreds er du med samhandlingen mellom deg som sykehuslege og allmennlegetjenesten”. De

ble deretter bedt om å angi dette på en skala fra 1 til 10. Tabell 3.2 viser forskjellen i gjennomsnitt på dette spørsmålet for sykehusleger ansatt i SI og i andre sykehus.

Tabell 3.2. Gjennomsnittlig tilfredshet med samhandling – sykehusleger. 2006

	Innlandet	Andre
<i>Gjennomsnitt</i>	6,20	5,49
N	82	1147

Som det fremkommer av denne tabellen er sykehuslegene i innlandet godt fornøyde med hvordan denne samhandlingen fungerer. På en skala fra 1 til 10 er gjennomsnittet i innlandet på 6,20, mens det for sykehuslegene i landet for øvrig er på 5,49. Lar det seg gjøre å identifisere spesielle områder som sykehuslegene opplever som utfordrende for samhandlingen med allmennlegetjenesten? Tabell 3.3 viser hva sykehuslegene i innlandet og i landet for øvrig mener om dette.

Tabell 3.3. Sykehuslegers oppfatning om potensielle problemer i forbindelse med samhandling. Gjennomsnitt.

	<i>Tidspress i forhold til utskrivning</i>	<i>Manglende mottakskapasitet i kommunene</i>	<i>Mangelfull informasjon i henvisning fra fastlege</i>	<i>For mange "urettmessige" henvisninger fra fastleger</i>	<i>For sterk spesialisering blant sykehusleger</i>
Innlandet	4,4	4,7	4,9	4,3	3,4
Andre	4,2	4,8	4,9	4,3	3,7
Totalt	4,3	4,8	4,9	4,3	3,7

Som vi ser er variasjonen her ikke stor, det gjelder både mellom de ulike kategoriene og mellom innlandet og andre. Det er to områder sykehuslegene i innlandet vektlegger sterkere enn andre. Det ene er tidspress i forhold til utskrivning, og det andre er for sterk spesialisering

blant sykehusleger. Førstnevnte kan det tenkes varierer mellom ulike sykehus, all den tid ulik økonomisk situasjon og ulik press i forhold til dette kan variere. Muligens vil dette også være tilfellet blant de mest kostnadseffektive sykehusene i landet. Finansieringssystemet oppmuntrer til lavere liggetid, og en reduksjon i liggetid vil gi økonomiske gevinster. Samtidig vil dette kunne skape større problemer for samhandlingen ettersom raskere utskriving, og eventuelt utskriving av sykere pasienter, vil sette press på kapasiteten i kommunehelsetjenesten. Alt i alt er likevel forskjellene her så marginale at det ikke er forsvarlig å tillegge disse særlig vekt.

3.3 Oppsummering og konklusjon

Resultatene som er presentert her viser at fastlegene i innlandet er mer tilfredse enn landets øvrige fastleger - samlet sett - på de indikatorene som er benyttet her på samhandling mellom sykehuset og allmennlegetjenesten og kommunene. Dataene som er benyttet her utgjør likevel ikke et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag i vurderingen av en komplisert samhandlingsarena, funnene bør suppleres med informasjon fra andre undersøkelser. Samtidig som mer sofistikerte analyser bør gjennomføres.

Når det gjelder variasjonen internt i innlandsområdet er det en forholdsvis klar forskjell mellom hva fastlegene i Hedmark og Oppland mener. Dette ser også ut til å være tilfellet for psykiatri. En konkret målsetting for Sykehuset Innlandet i samråd med de aktuelle kommunene, burde være å finne ut av hva det er som eventuelt ligger bak denne forskjellen.

4. Aktivitet og effektivitet⁶

I perioden 1999 til 2005 har det funnet sted en sterk aktivitetsøkning i sykehusene i hele Norge. Flere pasienter får behandling enn før, og ventelistene har gått ned. Denne aktivitetsveksten har vært høyere enn hva Stortinget og regjeringene har lagt til grunn i perioden, og har derfor ledet til krav om tilleggsbevilgninger og gjeldslette. Denne aktivitetsveksten er ikke først og fremst en effekt av sykehusreformen, men er tett knyttet opp til innføringen av innsatsstyrt finansiering i 1997. SINTEF oppsummerer aktivitetsveksten 1999 – 2005 med følgende fire punkter (SINTEF 2006:61) :

- Sterkere vekst i aktivitet i perioden 1999 -2005 enn måltall fra Stortinget og regjeringen tilsier
- Sterkest vekst i antall dagbehandlinger og pasienter med kort liggetid – ressursbruken øker mest for dagkirurgi og pasienter med flere liggedager.
- Sterk volummessig økning i mindre ressurskrevende pasientgrupper – vridning av helseressurser mot pasientgruppene ”Faktorer som påvirker helsetilstanden” (tracheostomi og rehabilitering), øre, nese og halssykdommer, sykdommer i muskel og skjellettsystem og øyesykdommer.
- Relativt store forskjeller mellom regionene både når det gjelder forbruksnivå og utvikling (etter 2002), spesielt innenfor enkelte hoveddiagnosegrupper.

Aktiviteten i Innlandsområdet har økt i perioden etter sykehusreformen. I det første året, fra 2002 til 2003, fant det sted en forholdsvis sterk økning i antall opphold. Tabell 4.1 og 4.2 viser antall opphold i 2003, og prosentvis endring fra 2002 til 2003 for foretakene i Helse Øst. Tallene er hentet fra SAMDATA somatikk 2006. I denne sammenhengen er det utviklingen etter sykehusreformen som er vektlagt.

⁶ Det har vist seg vanskelig å samle inn gode nok data til å vurdere effekten av funksjonsfordelingen på effektivitet. I tillegg er tidsperspektivet her antagelig for kort til at det er mulig å trekke klare konklusjoner på dette området. I dette kapitlet blir det likevel gjort rede for resultater basert på DEA analyser. Alle dataene som benyttes her er basert på eksisterende kilder. DEA analysene er utført av SINTEF helse, og tabellene som viser aktivitetsutviklingen er hentet fra SAMDATA. Det bør understrekes at i begge disse tilfellene vil andre indikatorer kunne gi et mer nyansert bilde, og at de resultatene som vises til her ikke gir en bred oversikt over utviklingen i Innlandet.

Tabell 4.1 Samlet antall opphold 2003, samt prosentvis endring fra 2002.

	NIVÅ 2003	PST ENDRING 2002 -03
Østfold	57395	2,6
Bærum	20624	3,5
Stensby	5790	42,5
Akerhus Ush.	45709	9,3
Ski	3986	3,1
Aker	28735	-2,2
Ullevål	73787	10,3
Kongsvinger	9893	3,8
SSH Hedmark	34630	-0,2
Tynset	3993	14,5
Lillehammer	24177	5,6
Gjøvik	18219	0,7
Lovisenberg	15597	7,5
Diakonhjemmet	9671	9,5

Kilde: SINTEF (2004:97)

Tabell 4.2. Samlet antall opphold 2005, samt prosentvis endring fra 2004.

	NIVÅ 2005	PST ENDRING 2004 -05
Østfold	58191	1,8
Bærum	26662	9,1
Akerhus Ush.	60499	6,5
Aker	32714	0,4
Ullevål	88703	12,3
Sykehuset Innlandet	92563	2,9
Lovisenberg	18075	11,6
Diakonhjemmet	12370	10,2

Kilde: SINTEF (2006:222)

Disse tabellene viser at aktivitetsveksten i innlandet har vært noe lavere enn det tilsvarende tallet i andre foretak i Helse Øst. Det kommer også tydelig frem at SI sammen med Ullevål, er de foretakene i Helse Øst som har flest pasientopphold.

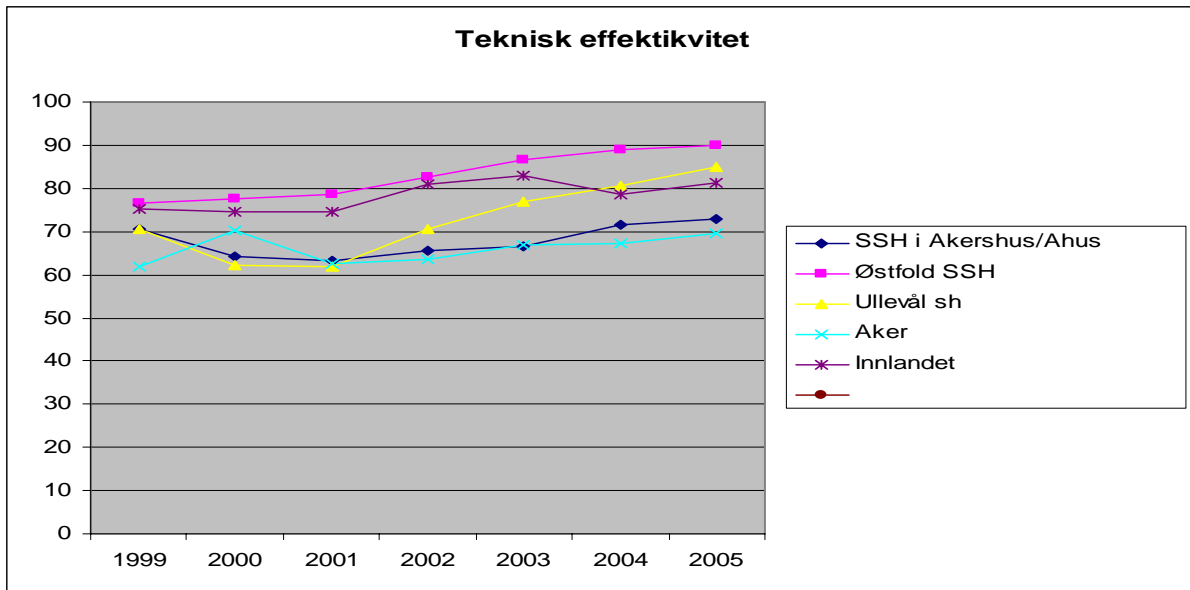
Når det gjelder den nasjonale utviklingen i effektivitet siden 1999 har også denne økt med om lag ti prosent. Den sterkeste veksten har funnet sted i Helse Øst og i Helse Sør. Det kan stilles spørsmål ved hvor mye av den observerte veksten som er et resultat av endret kodingspraksis, og hvor mye som gjenspeiler en reell forbedring i ressursutnyttelsen (SINTEF 2006). Det er imidlertid ingen grunn til å tro at Sykehuset Innlandet skiller seg fra de øvrige foretakene i landet her, samlet sett burde en oversikt derfor kunne gi noen indikasjoner på den relative utviklingen.

En mye utbredt måte å måle effektivitet på er DEA analyse (Data envelopment analysis). Kort fortalt gjennomføres en slik analyse ved at man definerer en "front" bestående av de mest effektive sykehusene og måler de øvrige opp mot denne. Denne metoden har, som de fleste andre, styrker og svakheter. En kort diskusjon om disse finnes i Kjekshus (2003). Resultatene som blir presentert her er innhentet fra SINTEF.

Figurene nedenfor viser utviklingen innenfor ressursutnyttelsen i innlandet. Dataene er hentet fra SAMDATA og viser resultatene av DEA analyser⁷. Her dannes det en hypotetisk front som de øvrige sykehusene måles mot. Teknisk effektivitet sier oss noe om forholdet mellom ressursinnsats målt som årsverk fordelt på leger og sykepleiere og produksjonen.

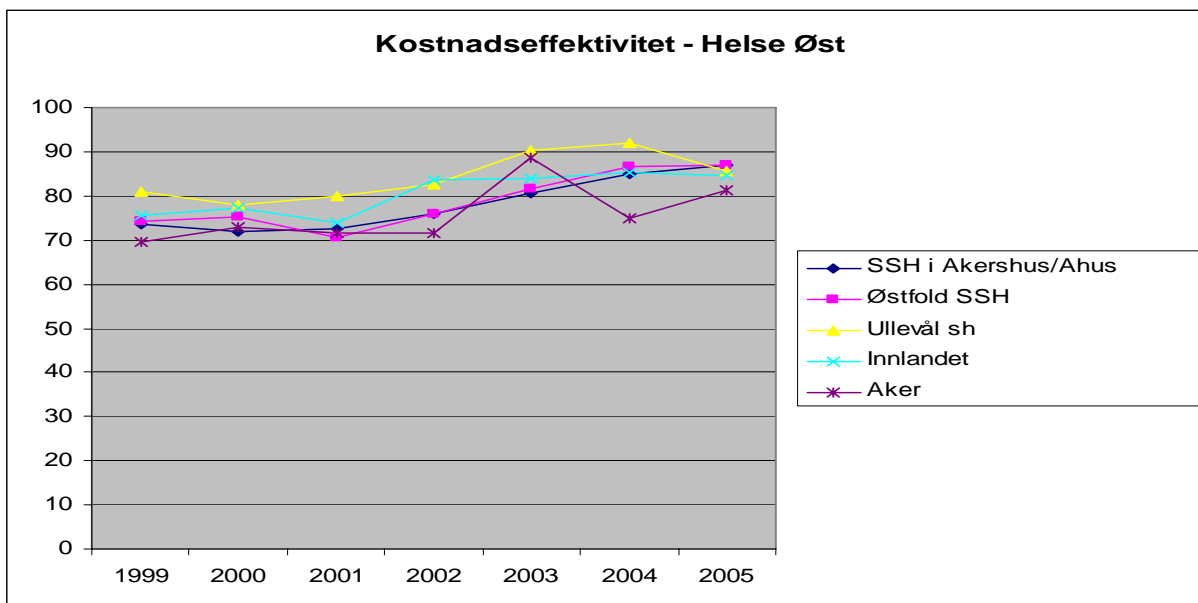
Kostnadseffektivitet beregnes ved å bruke driftskostnader knyttet til pasientbehandling som mål på ressursbruk. I dataene fra før 2004 er det rapportert for de enkelte sykehusene i innlandet, og ikke samlet. Resultatene for de enkelte sykehusene ble derfor vektet med det enkelte sykehuset andel av de totale kostnadene i innlandet, og deretter ble disse lagt sammen til en samlet skåre. Tallene fra 2004 og 2005 er hentet direkte fra datafilen. For Akershus Universitetssykehus er Stensby inkludert i tallene for 2004 og 2005, men ikke for de øvrige, det gjør at fremstillingen for disse er noe misvisende.

⁷ De som ønsker en nærmere gjennomgang av DEA analyse og hvordan dette blir gjennomført kan også konsultere Biørn, Erik et al. The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992–2000. Health Care Management Science 2003:(6) 271–283



Figur 4.1 Teknisk effektivitet 1999 – 2005 Helse Øst

Vi ser her at det har vært en positiv utvikling for SI gjennom hele perioden, men også at den tekniske effektiviteten falt noe i 2004 og 2005. Samlet sett skiller ikke SI her fra de andre foretakene i Helse øst verken i negativ eller positiv retning. Det er et svakt fall i de siste to årene, men dette fallet er ikke av et omfang som forsvarer å tillegge det nevneverdig vekt.



Figur 4.2 Kostnadseffektivitet 1999 -2006. Helse Øst

For kostnadseffektiviteten ser vi at det var en økning for SI i 2002, og at foretaket har ligget på omtrent det samme nivået i årene etter. Det er altså ikke grunnlag for å si at det har noen endring av betydning i kostnadseffektiviteten i SI etter at funksjonsfordelingen ble iverksatt. I 2005 lå kostnadseffektiviteten i innlandet på om lag det samme nivået som for andre foretak i Helse øst som det er naturlig å sammenligne seg med. Det lar seg ikke spore noen sterke endringer her etter funksjonsfordelingen. Det kan imidlertid også være at Sykehuset Innlandet allerede hadde en relativt høy ressursutnyttelse i 2002, og at det dermed var vanskelig å frigjøre ytterligere kapasitet. Tabell 6.5 i SAMDATA 04 (Sintef 2004:100) indikerer at SSH Hedmark og Oppland SSH Lillehammer var blant de sykehusene med lavest liggetid i Helse Øst hvilket kan tyde at det muligens var begrenset hvor mye ytterligere kapasitet som kunne frigjøres ved å redusere liggetiden.

4.1 Konklusjon

Basert på de resultatene som er presentert her har utviklingen i innlandet innenfor kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet vært omtrent som for andre foretak i Helse Øst. Det må likevel understrekes at det finnes flere måter å måle dette på, og en samlet konklusjon på dette området bør baseres på flere analysemetoder.

5. Kvalitet og pasienttilfredshet

En viktig målsetning med å etablere SI og å organisere store deler av SI ut fra funksjon var å tilby bedre kvalitet i pasientbehandlingen. Dette er i tråd med et økt internasjonalt og nasjonalt fokus på at sykehus/leger som behandler få pasienter kan ha dårligere kvalitet enn de som behandler mange (SMM 2001). Men andre data tilsier at andre sider ved kvalitet, som pasienttilfredshet i møtet med sykehuset, er høyere ved små sykehus enn ved større (Oppsahl 2005).

I tiden etter sykehusreformen har det vært satt fokus på kvalitet av helsetjenester, både fra myndighetene, fagpersonell og brukere. Dette har kommet til uttrykk på mange måter og understrekes i økende grad. Det ble for vel et år siden lansert en strategi for kvalitetsforbedring gjennom "*Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! for 2005-2015*". http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf . Denne strategien følges nå opp både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. I denne vurderingen av SI er det ikke sett spesielt på utvikling av aktivt kvalitetsforbedringsarbeid i tiden etter at SI ble etablert.

For spesialisthelsetjenesten er det særlig krav om å rapportere virksomheten ut fra kvalitetsindikatorer som uttrykker det økte fokus på kvalitet. Senere har utviklingen av flere kvalitetsregistre understreket betydningen av å ha systematiske data som grunnlag for dokumentasjon av kvaliteten. Det første skrittet i denne retning kom i 2001 (*Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus*", Sosial- og helsedepartementet (SHD), 2001).

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/Evaluering_av_system_10588a.pdf.

Hensiktene med å rapportere om virksomheten ut fra kvalitetsindikatorer er flere. En hensikt er å kunne følge kvalitetsutviklingen over tid, og å kunne sammenligne ett sykehus/foretak med andre. Sammenligning stiller store metodologiske krav for registreringen må foregå likt i alle sykehusene og være stabil over tid. Sosial- og helsedirektoratet har arbeidet mye med å standardisere indikatorene, nettopp for sammenligning. En annen hensikt har vært at pasienter skal kunne velge sykehus for elektive inngrep ut fra opplysninger om kvaliteten (i praksis foreløpig målt som tilgjengelighet og ventetid) som skal være tilgjengelig for befolkningen (<http://www.sykehusvalg.no/>).

Å finne gode kvalitetsindikatorer er krevende. I en nylig artikkel er problematikken rundt jakten på gode kvalitetsindikatorer beskrevet (Rygh og Mørland 2006), og foreløpig er arbeidet med å finne gode kvalitetsindikatorer ikke kommet særlig langt i Norge, i hvert fall ikke når en skal se på kvaliteten innenfor faglig avgrensede områder.

Allerede i tiden før sykehusreformen var det satt fokus på pasienters opplevelse av kvalitet i helsetjenesten gjennom undersøkelser av pasienttilfredshet (Guldvog et al 1998, Veenestra et al 2000). Undersøkelsene har vært brukt til å sammenligne sykehus og å se på utviklingen over tid (Pettersen 2003). Slike kartlegginger har fått økt oppmerksomhet etter sykehusreformen og de inngår nå en av de nasjonale kvalitetsindikatorer som sykehusene skal rapportere om. Et problem med å anvende denne indikatoren for å følge og sammenligne kvalitet er at den vil være lite sensitiv for endring. Kartleggingene viser nemlig at tilfredsheten blant pasientene overveiende er meget høy, selv om pasientene savner noe mer informasjon, særlig fra legene.

Det finnes altså både fagspesifikke og generelle kvalitetsindikatorer. I denne rapporten er det vesentlig brukt data innenfor de generelle indikatorene. Utviklingen i kvaliteten ved SI er først og fremst bedømt som %- andel av epikrisene som er sendt ut innen 7 dager, antall korridorpatienter og ventetid, samt data om pasienttilfredshet. Det er mer problematisk å bruke og å tolke de mer fagspesifikke indikatorene, dels fordi rapporteringen lett blir utilstrekkelig. Derfor er det vanskeligere å sammenligne over tid og mellom sykehus. Vi velger derfor kun kort å kommentere de fagspesifikke nasjonale kvalitetsindikatorer som tid for operasjon for lårhalsbrudd og tarmkreft, strykninger av operasjonsprogrammet og andel fødende forløst ved keisersnitt.

Dataene brukt i denne rapporten er samlet inn av andre. En kilde er virksomhetsrapportering til Styret for sykehus Innland HF. Andre data er bestilt fra NPR ut fra våre forespørsler, eller de er hentet fra SAMDATA-rapporter mens andre kommer fra nettsiden for fritt sykehusvalg. Data om pasienttilfredshet kommer fra Pas-Opp undersøkelser, utført først ved Heltef og senere ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er ikke gjort egne kvalitetsundersøkelser innenfor dette prosjektet.

5.1. De generelle kvalitetsindikatorene

5.1. 1. Epikrisetid

Målet for SI er at 80 % (somatikk) og 100 % (psykiatri) av epikrisene skal være utsendt innen en uke. Alle divisjonene strever med å oppnå dette målet, slik tabell 5.1.1 viser. Tallene viser at % -andelen varierer noe fra måned til måned og noe mellom divisjonene de siste to årene. Utviklingen fra jan-05 og utover i 2006 viser jevnt over en forbedring, til dels betydelig forbedring, men med variasjon fra sted til sted og fra fagområde til fagområde.

Tabell 5.1 Andel utsendte epikriser innen en uke i Sykehus Innlandet HF (%)

	JAN -05	MAI-05	SEPT -05	JAN -06	MAI-06	SEPT-06	OKT-06
Kirurgi	45	59	63	57	53	59	58
Indremedisin	44	50	58	60	49	53	61
Kvinne/Barn	70	75	77	84	79	71	79
Kongsvinger	46	49	60	68	79	83	85
Tynset	86	87	89	92	62	64	85
Somatikk, totalt	50	58	65	64	60	62	67
Psykiatri	28	39	40	43	45	42	42

Tallene er tatt fra virksomhetsrapportering til styret for SI, henholdsvis fra 30.11.05, 30.9.06 og 31.10.06

Tabell 5.2 gir tall over et lengre tidsperspektiv og mulighet til å sammenligne SI med øvrige sykehus i Helse Øst. Denne tabellen viser en betydelig forbedring fra 2003 i alle sykehusene i SI, mest for Kongsvinger. Tilsvarende forbedring kan en se også for de andre HF-ene i Helse Øst. Men fremdeles er det et stykke igjen til målsetningen er nådd.

Tabell 5.2. Andel epikriser sendt innen en uke i de ulike foretak i Helse Øst (%).

	2. kvartal 2003	4. kvartal 2003	2. tertial 2004	3. tertial 2004	1. tertial 2005	3. tertial 2005	1. tertial 2006	2. tertial 2006
Akershus universitetssykehus		46,6	29,1	45,1	56,3	61,7	70,3	70,6
Sykehuset Asker og Bærum					62,9	55,0	63,4	67,8
Sykehuset Innlandet								
Elverum/Hamar	34,4	30,3	32,2	35,6	51,6	63,4	63,0	62,0
Kongsvinger	35,0	33,0	55,8	29,2	52,5	56,0	70,4	84,9
Tynset	54,7	49,0	47,0	44,8	81,8	89,8	76,1	62,1
Gjøvik	43,6	47,3	39,4	53,5	64,4	63,4	66,0	62,0
Lillehammer	30,0	33,1	45,1	47,9	46,4	63,4	53,0	62,0
Ullevål universitetssykehus		43,4	40,9	42,1	52,6	69,9	68,3	70,8
Aker universitetssykehus	56,1	55,0	69,7	70,6	80,3			57,1
Sunnaas Sykehus			33,0	36,2	67,0	82,6	76,3	70,1
Sykehuset i Østfold								
Moss	61,7		54,4	45,5		60,2	63,8	65,6
Fredrikstad/Sarpsborg	41,3		30,6	31,2		60,2	63,8	65,6
Avtale med Helse Øst								
Martina Hansens Hospital	40,6	97,8	85,3	89,5	89,8	88,9	87,7	90,1
Lovisenberg Diakonale Sykehus		25,1	46,1	59,3	57,9	63,8	60,4	55,4
Diakonhjemmets sykehus	64,2	73,5	44,2	41,9	53,5	62,1	67,3	60,5
Revmatismesykehuset AS, Lillehammer	31,4	20,3	90,8	81,9	93,0	90,3	92,6	54,5
	39,6	42,7	38,8	44,4	49,4	56,1	57,5	57,8

Tabellen er basert på data som er oversendt fra NPR.

5.1. 2. Korridorpasienter

Korridorpasienter er en nasjonal kvalitetsindikator. Det rapporteres som antall pasienter som er innlagt og ligger på et "ikke pasientrom" kl 07.00 om morgenen. Målet er at korridorpasienter ikke skal forekomme. Å oppnå dette målet - samtidig som virksomheten skal være kostnadseffektiv og det er akuttberedskap på alle sykehus i SI, er ikke lett. Det viser seg da også at det til stadighet er korridorpasienter i sykehuset. Tall i virksomhetsrapporteringer til styret tyder på en viss økning utover i 2006, og tallet er allerede ved utgangen av oktober 2006 klart høyere enn i hele 2005, selv om det er en liten nedgang i oktober i forhold til september. Det sies i virksomhetsrapport til styret at økningen av antall korridorpasienter de siste to måneder antas å ha sammenheng med redusert kapasitet knyttet til stenging av sengeposter.

Tabell 5. 3. Gjennomsnittlig korridorpasienter fra 2003 – 2006 i SI.

Navn	4. kvartal 2003		3. tertial 2004		3. tertial 2005		2. tertial 2006	
	Gj. pr. dg	And. korr.pas	Gj. pr. dg	And. korr.pas	Gj. pr. dg	And. korr.pas	Gj. pr. dg	And. korr.pas
Akershus universitetssykehus	17,6	4,3	17,9	3,2	16,2	3,2	14,8	3,2
Sykehuset Asker og Bærum	1,0	0,4	0,6	0,3	2,7	1,2	1,7	0,8
Sykehuset Innlandet								
Elverum/Hamar	13,3	4,1	1,7	0,6	0,7	0,2	1,6	0,6
Kongsvinger	1,3	1,1	2,2	1,8	0,0	0,0	0,8	0,9
Tynset	1,8	5,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,6
Gjøvik	2,5	0,9	0,0	0,0	1,8	0,9	3,0	2,0
Lillehammer	5,2	2,3	3,9	1,8	3,6	1,7	4,0	2,4
Ullevål universitetssykehus	16,7	2,3	3,2	0,9	17,3	2,3	16,8	2,2
Aker universitetssykehus	6,1	2,4	1,9	0,6	2,8	0,9	4,1	1,4
Sykehuset i Østfold								
Moss	3,3	2,6	4,2	2,6	15,5	3,2	13,3	3,1
Fredrikstad/Sarpsborg	12,6	3,7	17,1	4,5	15,5	3,2	13,3	3,1
Avtale med Helse Øst								
Martina Hansens Hospital			0,0	0,0				
Lovisenberg Diakonale Sykehus	4,3	3,4	5,0	3,5	2,7	2,0	2,6	2,4
Diakonhjemmets sykehus	0,8	0,5	5,8	3,2	1,6	0,9	7,3	4,6

Tabellen er basert på data som er oversendt fra NPR.

Tabell 5.3 viser tallene for hele Helse Øst. Sammenlignet med andre HF i Helse Øst har antall korridorpasienter ligget lavt i SI, selv om det er noen som må ligge på korridoren, særlig ved sykehusene i Oppland⁸. Dette kan tyde på at SI har vært bra dimensjonert mht. senger og/eller at utskrivning av ferdigbehandlede pasienter fungerer rimelig bra i de to fylkene.

5.1.3. Ventetider

Tall fra SAMDATA (Samdata 2006) for 2005 gir et gunstig bilde av SI. Den viser en betydelig nedgang (27 %) av de ventende som har ventet over 6 måneder (Tabell 9.3). Tallet for Helse Øst er 11 % nedgang. For landet som helhet var tallet stabilt fra 1. tertial 2005 til 1. tertial 2006. SAMDATA gir også utviklingen av ventetider fra 2003-2005 for en del prosedyrer i helseforetakene. Også disse tallene viser en positiv utvikling for SI. Disse tallene viser jevnt over en gunstigere utvikling for SI enn for Helse øst som helhet (Tabell 9.8),

⁸ I følge NPR kan det være noen problemer med å sammenligne rapportering av korridorpasienter da rapportering av denne kvalitetsindikatorer fra SI ikke teller korridorpasienter, men bruker datasystemet (overskudd er lik korridorpasienter). Angivelig skal dette være forbedret nå.

bortsett fra for et område, nemlig fjerning av mandler. Her er median ventetid betydelig forverret for SI og for Helse Øst, mens det for landet som helhet har vært nokså stabilt.

Tabell 5.4. Utviklingen i median ventetid for en del prosedyrer for Sykehus Innlandet, Helse Øst og hele landet (%-vis forbedring 2003-2005)

	INNLANDET	HELE HELSE ØST	HELE LANDET
Hofteprotese:	11	5	8
Kneprotese	22	5	6
Åreknuter	-3	16	5
Fjerning av galleblære	28	17	3
Fjerning av mandler	-172	-69	2
Grå stær	52	57	25
Skiveprolaps	16	21	14

Tallene er tatt fra Tabell 9.8 i SAMDATA 2006

Tabell 5.5 presenterer et bilde av ventetid for enkelte alvorlige lidelser for helseforetak i hele landet. Rapporteringen er ikke fullstendig og den kan derfor bare gi et grovt bilde av utviklingen. På et område skilte SI seg negativt ut i 2005 og det var ventetid for operasjon for aortaaneurisme hvor ventetiden hadde økt og hvor den var betydelig lenger enn for noe annet helseforetak som det var tall for.

Tabell 5.5. Median ventetid for utvalgte diagnosegrupper. Data for 2003 og 2005. Fordeling pr. helseforetak og totalt i hver helseregion

	Helseforetak	2003			2005		
		Median brystkreft	Median abdominal aortaaneur	Median endetarm	Median brystkreft	Median abdominal aortaaneur	Median endetarm
Øst	Diakonhjemmet	20	.	22	22	.	19,5
	Akershus universitetssykehus	13	144	19	-	-	-
	Aker universitetssykehus	23	109,5	17	.	117	22,5
	Sykehuset Asker og Bærum	19	66	10	-	-	11,5
	Sykehuset Innlandet	24	86	11	24	118,5	11,5
	Sykehuset Østfold	20	55	17	4	60	-
	Ullevål universitetssykehus	20	196	21	-	-	-
	Total Øst	19	84	16	5	100,5	11
Sør	Blefjell sykehus	6	.	8	42,5	.	17
	Sykehuset Buskerud	15	62,5	25	12,5	67	15
	Sørlandet sykehus	28	74	11	34	80	8
	Sykehuset i Vestfold	21	127	14	16	90	13,5
	Sykehuset Telemark	18	28	18	26	11	13
	Ringerike sykehus	13,5	.	14	.	.	14
	Riks-Radiumhospitalet	36	80	125	48	95,5	110
	Total Sør	21	73	20	26	83	15
Vest	Helse Stavanger	16	44,5	21	13	29	23
	Helse Fonna	33	152	21	15	95	19
	Helse Bergen	41	86	38	38	87,5	40
	Helse Førde	25	26,5	15	18	-	-
	Haraldsplass	35	.	28,5	.	.	21
	Total Vest	27	77,5	26	19	66,5	24
Midt	St. Olavs Hospital	37	67,5	14,5	21,5	88	18
	Helse Sunnmøre	4	49	8	3,5	35	10
	Helse Nordmøre og Romsdal	14	60	10	11	35	8
	Helse Nord Trøndelag	14	.	17,5	8	.	18
	Total Midt	25,5	64	12	9	81	13
Nord	Helse Finnmark	25	.	16,5	41	.	20
	Universitetssykehuset i Nord-Norge	24	69	18,5	28	96	23
	Hålogalandssykehuset	30	.	13	33	.	10,5
	Nordlandssykehuset	12	46	16,5	7	42	14
	Helgelandssykehuset	72	.	25	22,5	.	6
Total Nord	19	62	17	16	79	19	
Total		21	72,5	18	18	80	16

Datagrunnlag: Alle innleggelser på spesifiserte diagnoser og prosedyrekoder. Sykehusopphold i 2003 og 2005. Ventetid som er negativ (inndato kommer før mottaksdato for henvisning) og ventetid over 1000 dager er forkastet. Øyeblikkelig hjelp/Akuttinnleggelser er ekskludert.

Tabellen er basert på data som er oversendt fra NPR.

Tall fra [www: sykehusvalg.no](http://www.sykehusvalg.no) kan brukes til å sammenligne SI med andre helseforetak. I denne rapporten er det valgt ut noen vanlige elektive prosedyrer for å sammenligne SI med andre foretak. Resultatene finnes i tabell 5.6. Jevnt over er ventetid ved SI blant de korteste i landet. Det gjelder også for prosedyrer som ikke er tatt inn i tabellen.

Tabell 5.6. Ventetider for en del operasjoner (uker) ved sykehus i Helse Øst, nov 2006.

HELSEFORETAK	ÅREKNUTE R, POLIKL OPERASJO N	MENISKO PR.	STERILISERI NG, KVINNER	FOTKIRUR GI, POLIKLINIS K	HOFTELE DDS- PROTESE,
Sykehus Innlandet					
Gjøvik	8	14			
Lillehammer	-	10			
Hamar/Elverum	26	8			
Kongsvinger	8	5			
Sykehuset Østfold	16	12			
Akershus Univ. sykehus	10	6	-	12	8
Aker Univ. sykehus	3	6	-	4	12
St. Olav Univ. sykehus	45	18	52	18	19
Sykehus Sørlandet					
Kr.sand	20	8	-	8	6
Arendal	6	10	30	10	10
Flekkefjord	24	16	4	16	10
Sykehuset Vestfold		3	3	12	6

Tallene er hentet fra [www. sykehusvalg](http://www.sykehusvalg.no).

5.1.4 Liggetid og reinnleggelser

I tiden etter sykehusreformen og dannelsen av SI har det vært mye fokus på å behandle flere pasienter innenfor den budsjetttramme som har vært stilt til rådighet. For å oppnå dette har det vært fokus på å bruke ressursene mer effektivt. Innsats for å redusere liggetiden har vært et aspekt i bestrebelsene på å få behandlet flere pasienter. Det var vært reist spørsmål om kort liggetid kan medføre flere reinnleggelser, noe som kan være et uttrykk for at pasientbehandlingen kan lide fordi oppholdene blir for korte. Samtidig med stor vekt på å utnytte ressursene best mulig har det skjedd andre endringer både teknologisk og ideologisk i helsetjenesten som kan ha bidratt til at liggetiden er blitt kortere. Imidlertid viser ikke tallene at det har vært endringer i liggetiden i sykehus de siste årene. Tabell 5.7 presenterer en oversikt over gjennomsnittlig og median liggetid i norske helseforetak fra 2003 til 2005. Spesialsykehus innenfor rehabilitering og ortopedi er ikke tatt med i tabellen. Liggetiden er kort, men i store trekk er liggetiden uendret fra 2003 til 2005. For SI har det ikke vært noen endring verken i gjennomsnittlig eller median liggetid. Innenfor slike gjennomsnittstall kan det skjule seg at enkelte mindre grupper pasienter kan ha kortere liggetid i 2005 enn i 2003,

men omfanget kan ikke være så stort at det kan være grunn til å tro at reinnleggelser pga kort liggetid har økt noe av betydning i perioden.

I SAMDATA for 2005 gis det talt for utviklingen av øyeblikkelig hjelp reinnleggelser (ØHR) innen 30 dager etter utskrivning (SINTEF 2006). Ved tolking av disse data må en være oppmerksom på at en eventuell endring i andel øyeblikkelig hjelp reinnleggelser kan ha flere forklaringer, som endrede behandlingsmåter og mer vekt på at pasienter skal kunne være hjemme så lenge som mulig ved alvorlige sykdommer. Men det kan og skyldes at sykehusoppholdene er blitt korte. Tallene viser at for SI så har det vært en økning av ØHR innen 30 dager på 1,5% i perioden fra 2001 til 2005. For Helse Øst som helhet var økningen 1,4% og for landet som helhet var økningen 1,3% (SINTEF 2006:207). Ut fra disse tallene kan en si at utviklingen i SI ligger på samme nivå og har samme økning som de fleste øvrige sykehus i landet. Det er verdt å merke seg at reinnleggelser er vanligst blant eldre pasienter (Samdata 2005:203). Ut fra kunne en forvente at andel reinnleggelser i SI ligger noe høyere enn i mange andre helseforetak fordi befolkningen i innlandet er eldre enn de fleste områder i landet.

Tabell 5.7. Liggetid i det enkelte helseforetak og per regionalt helseforetak 2003-2005.

	Liggetid/år	2003			2004			2005			
Region	Helseforetak	Mean	Median	Sum	Mean	Median	Sum	Mean	Median	Sum	
Øst	Akershus universitetssykehus	5	3	166270	5	3	177188	5	3	177744	
	Aker universitetssykehus	7	4	131629	7	4	127998	7	4	122936	
	Sykehuset Asker og Bærum	6	4	80661	5	3	80273	5	3	80330	
	Sykehuset Innlandet	5	3	294884	5	3	287091	5	3	303093	
	Sykehuset Østfold	5	3	193085	5	3	181334	5	3	179101	
	Ullevål universitetssykehus	6	4	270247	6	3	261450	6	3	266337	
	<i>Total Øst</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>1304509</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>1290116</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>1314026</i>	
	Sør	Blefjell sykehus	5	4	58295	5	3	57502	5	3	56728
Sykehuset Buskerud		5	3	126617	5	3	123238	5	3	121311	
Sørlandet sykehus		5	3	209038	5	3	195123	5	3	191921	
Sykehuset i Vestfold		6	4	151159	5	4	149492	5	3	146967	
Sykehuset Telemark		6	4	145965	6	4	147158	6	4	141024	
Ringerike sykehus		5	4	44317	5	3	43482	5	3	47628	
Riks-Radiumhospitalet		6	3	265206	6	3	252947	6	3	289725	
<i>Total Sør</i>		<i>5</i>	<i>3</i>	<i>1000597</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>968942</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>1011323</i>	
Vest		Helse Stavanger	6	4	233942	6	3	227436	5	3	228702
		Helse Fonna	5	3	118748	5	3	111774	5	3	113849
		Helse Bergen	6	3	361138	6	3	349241	6	3	354377
	Helse Førde	5	3	99646	5	3	94582	5	3	93534	
	<i>Total Vest</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>878508</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>843775</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>852336</i>	
Midt	Helse Sunnmøre HF	6	4	130571	6	3	132937	6	3	130877	
	St. Olavs Hospital	7	4	341014	7	4	341798	6		341326	
	Helse Nordmøre og Romsdal	5	4	86770	5	3	85377	5	3	83069	
	Helse Nord Trøndelag	5	3	98183	5	3	97146	5	3	93772	
	Helse Finnmark	5	3	49030	4	3	46543	5	3	46571	
	<i>Total Midt</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>656538</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>657258</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>649044</i>	
Nord	Universitetssykehuset i Nord-Norge	6	3	136919	6	3	143993	6	3	149281	
	Hålogalandssykehuset	5	3	86070	5	3	81211	5	3	80036	
	Nordlandssykehuset	6	3	105726	5	3	100296	5	3	99513	
	Helgelandssykehuset	5	3	62716	5	3	59411	5	3	61107	
	Helse Finnmark	5	7	6255	5	7	6209	.	.	.	
	<i>Total Nord</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>440461</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>431454</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>436508</i>	

Totalsum for de regionale helseforetak inkluderer også data fra noen sykehus som ikke er inkludert i tabellen. Tabellen er basert på data som er oversendt fra NPR.

5.1.5. Konklusjon om generelle kvalitetsindikatorer

Generelt har det vært en forbedring for hele sykehus-Norge når det gjelder tilgjengelighet. Dette gjelder også i SI. Det er fremdeles et stykke igjen til de ambisiøse målene er nådd med hensyn til score på de generelle kvalitetsindikatorerne. Dette gjelder alle sykehus i Helse Øst, og i landet for øvrig. Ut fra de data som foreligger så ligger SI bra an på alle de nasjonale kvalitetsindikatorerne, sammenlignet med andre. Det ser dermed ikke ut som reorganiseringen har hatt negativ innflytelse på kvaliteten, om en skal driste seg til en konklusjon så peker data

heller i motsatt retning. Men siden forbedringen har vært så universell i de aller fleste helseforetak i Norge, er det ikke mulig å knytte dette spesifikt til endringer i selve sykehusorganiseringen.

5.2 Fagspesifikke kvalitetsindikatorer

I tillegg til de generelle indikatorer skal det også nasjonalt rapporteres på noen mer fagspesifikke indikatorer. Data her er mer ufullstendig og rapporteringen kom senere i gang og er til dels mangelfull, så de kan kun brukes til en indikasjon på utvikling og sammenligning.

5.2.1. Ventetid ved lårhalsbrudd

I omtale av preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd står det at *"Pasienter med lårhalsbrudd bør opereres raskt og fortrinnsvis innen 48 timer"*

(http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/N-004_Preoperativ_li_1797a.doc).

Tabell 5.8 viser andel opererte inne 48 timer ved lårhalsbrudd ved helseforetakene i Helse Øst. SI har hele perioden ligget meget bra på denne indikatoren på de to sykehus hvor det finnes rapportering. Det opereres også pasienter med lårhalsbrudd på andre avdelinger så det er mulig at ventetiden før operasjon er noe høyere der.

Tabell 5. 8 Pasienter med lårhalsbrudd: Andel opererte innen 48 timer i Helse-Øst (%)

	2. kvartal-03	3. tertial-04	2. tertial -05	3. tertial-05	2. tertial-06
Akershus universitetssykehus					
Akershus universitetssykehus	97	90	88	94	94
Stensby sykehus		90	88		
Sykehuset Asker og Bærum	93	99	100	100	100
Sykehuset Innlandet					
Sykehuset Innlandet Elverum/Hamar	78				
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	97	95	98	100	98
Sykehuset Innlandet Tynset	100				100
Sykehuset Innlandet Gjøvik					
Sykehuset Innlandet Lillehammer					
Ullevål universitetssykehus	87	90	89	76	68
Aker universitetssykehus	100	93	98	99	98
Ski sykehus		93	98	98	98
Sykehuset i Østfold					
Sykehuset Østfold, Moss	94	94	94	93	92
Sykehuset Østfold, Fredrikstad/Sarpsborg	92	67	94	93	92
Avtale med Helse Øst					
Diakonhjemmets sykehus	96	98	99	98	97
	92	94	93	95	93

Data skaffet til veie fra NPR

5.2.2 Strykninger av elektive operasjoner

Indikatoren er uttrykk for sykehusets planlegging av elektiv operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Det er en nasjonal målsetting at det skal være under 5 % strykninger (http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/N-006_Strykninger_av_1877a.doc). SI ligger noe over denne målsetningen. Men blant helseforetakene i Helse-Øst er SI blant de aller beste. Heller ikke på denne indikatoren er det rapportering for alle sykehus i SI, så det er vanskelig å si hvordan utviklingen har vært over tid for det enkelte sykehus.

Tabell 5.9 Andel elektive strykninger fra operasjonsprogram i Helse øst (%)

	2. tertial 2004	2. tertial 2005	2. tertial 2006
	Andel strykninger	Andel strykninger	Andel strykninger
Akershus universitetssykehus			
Akershus universitetssykehus	13,3	8,7	6,2
Stensby sykehus	13,3	8,7	6,2
Sykehuset Asker og Bærum	11,1	6,8	11,7
Sykehuset Innlandet			
Sykehuset Innlandet Elverum/Hamar			
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	7,7	6,9	6,1
Sykehuset Innlandet Tynset	5,5		6,6
Sykehuset Innlandet Gjøvik			
Sykehuset Innlandet Lillehammer			
Ullevål universitetssykehus	5,9	7,6	7,9
Aker universitetssykehus			
Aker universitetssykehus	10,0	9,7	8,2
Ski sykehus	10,0	9,7	8,2
Sykehuset i Østfold			
Sykehuset Østfold, Moss	9,1	7,5	6,0
Sykehuset Østfold, Fredrikstad/Sarpsborg	10,4	7,5	6,0
Avtale med Helse Øst			
Martina Hansens Hospital		10,4	6,9
Lovisenberg Diakonale Sykehus	5,4	6,1	6,3
Diakonhjemmets sykehus	4,9	6,2	6,3
Totalt	7,6	8,7	7,9

Data skaffet til veie fra NPR

5.2.3. Ventetid for operasjon for tarmkreft

Tabell 5.10 viser at ventetid for operasjon ved tarmkreft er forbedret over tid, median ventetid er under to uker i SI. Men det er påfallende at det er noen som har svært lang ventetid, dette kan tyde på at informasjonen om ventetid er feil for det virker urealistisk at noen skal ha ventet så lenge på operasjon ved en så alvorlig sykdom. Rapporteringen fra andre helseforetak i Helse Øst er så ufullstendig at det ikke kan gjøres sammenligninger.

Tabell 5.10. Ventetid til operasjon for tykktarms/endetarmskreft (dager)

Navn	2. tertial 2004		2. tertial 2005		2. tertial 2006	
	Median ventetid	Max ventetid	Median ventetid	Max ventetid	Median ventetid	Max ventetid
-						
Akershus universitetssykehus						
Sykehuset Asker og Bærum	14	47				
Sykehuset Innlandet						
Sykehuset Innlandet Elverum/Hamar	10	821	10,5	626	11	132
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	12	12				
Sykehuset Innlandet Tynset			6	11	10	20
Sykehuset Innlandet Gjøvik	12	416	14	778	14	382
Sykehuset Innlandet Lillehammer	126	302	11	162	15	235
Ullevål universitetssykehus	40	548				
Aker universitetssykehus	20	207	22	235	18	508
Sykehuset i Østfold HF						
Sykehuset Østfold, Moss	19	55				
Sykehuset Østfold, Fredrikstad/Sarpsborg	22	104				
Avtale med Helse Øst						
Diakonhjemmets sykehus	9	21			25	454
	20		20		21	

Data skaffet til veie fra NPR

5.2.4 Andel fødende som blir forløst ved keisersnitt

Det er ikke lett å vite hvordan en skal anvende og fortolke indikatoren om andel forløst ved keisersnitt som et kvalitetsmål, selv om den inngår i de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Dermed finnes det sammenlignbare tall. Når det gjelder SI viser tabellen at nivået er på linje med sammenlignbare sykehus, bortsett fra Østfold som ligger høyest i Helse-Øst. Utviklingen skiller seg heller ikke fra de andre foretakene.

Tabell 5.11 Hyppighet av keisersnitt: Gjennomsnitt elektiv og ø-hjelp i Helse Øst(%)

Navn	2. tertial 2004			2. tertial 2005			2. tertial 2006		
	Andel elektiv	Andel ø-hj	Andel total	Andel elektiv	Andel ø-hj	Andel total	Andel elektiv	Andel ø-hj	Andel total
Akershus universitetssykehus	5,4	8,8	14,2	5,4	8,2	13,6	5,5	8,7	14,2
Bærum Sykehus	4,9	8,2	13,0	6,4	7,7	14,1	5,6	7,5	13,2
Sykehuset Innlandet									
Sykehuset Innlandet Elverum/Hamar	5,3	8,1	13,4	5,7	13,6	19,3	6,5	11,1	17,6
Sykehuset Innlandet Kongsvinger	4,7	7,9	12,6	6,9	8,0	14,9	3,6	9,8	13,3
Sykehuset Innlandet Gjøvik	6,1	8,5	14,6	7,2	11,1	18,4	5,2	10,1	15,3
Sykehuset Innlandet Lillehammer	5,8	10,1	15,9	3,5	11,4	14,9	4,2	11,9	16,1
Ullevål universitetssykehus	7,4	8,5	15,9	6,8	8,3	15,1	7,4	10,2	17,6
Aker universitetssykehus	1,3	2,7	4,0						
Sykehuset Østfold, Moss									
Sykehuset Østfold, Fredrikstad/Sarpsborg	6,0	8,5	14,4	7,2 %	15,0	22,1	8,3 %	11,9	20,2
Hele Helse Øst RHF	5,7	8,6	14,3	6,1	9,2	15,2	5,9	9,3	15,2

Data skaffet til veie fra NPR

5.2.5. Sluttkommentar om de nasjonale kvalitetsindikatorene

Tall i rapporter som evaluerer systemet med nasjonale kvalitetsindikator for spesialisthelsetjenesten viser at SI jevnt over kommer bra ut, sammenlignet med andre foretak og at de ligger godt over landsgjennomsnittet for de fleste sykehusene innen Helse Øst. Det er imidlertid noe variasjon innad i sykehuset. En utfordring for SI kan være å arbeide for at rapporteringen blir mer fullstendig slik at det er lettere å vurdere utviklingen. Ut fra de nasjonale tall som foreligger er det ingen data som tyder på at den faglige kvaliteten i SI er forverret de senere årene, snarere tvert om, og den ligger jevnt over bra an sammenlignet med andre foretak.

5.3 Pasientopplevd kvalitet

Den første undersøkelse av pasienttilfredsheten i de somatiske sykehus innenfor SI ble gjennomført våren 2003 (Pasientopplevelser i Helse Øst, 2003). Hele Helse Øst inngikk i studien. Senere er det ikke gjort tilsvarende studier som gjør det mulig å sammenligne utviklingen over tid. Men det er gjort noen andre relevante studier, blant annet en fra somatiske poliklinikker i 2004 (PasOpp-rapport nr 4-2004) og en nasjonal studie av barneavdelinger i somatiske sykehus (PasOpp-rapport Nr 3-2006).

I den første undersøkelsen som ble gjort i 2003 er SI det offentlige sykehuset som får best tilbakemeldinger fra pasientene (Pasientopplevelser i Helse Øst 2003: 37). Det var kun ett område hvor SI ikke lå helt i toppskiktet, og det var innenfor informasjon om legemidler.

Tabell 5.12 gjengir resultatene fra denne undersøkelsen.

Tabell 5.12. Beskrivelse av helseforetak i Helse Øst etter resultater på hovedområder i en pasienttilfredshetsundersøkelse. 1 er høyeste score, 8 er dårligste score (2003)

	Sykehuset Innlandet	Aker universitets-sykehus	Akershus Universitets-sykehus	Sykehuset Asker-Bærum	Sykehuset Østfold	Ullevål Univsersitets-sykehus
Indikatorer:						
Informasjon	2	4	8	6	7	3
Personalet	2	5	8	4	7	3
Organisering	4	5	8	3	7	6
Standard	2	4	7	3	8	6
Indekser:						
Tilfredshet	3	2	8	4	7	3
Kommunikasjon	2	5	6	4	7	3
Inf. om legemidler	6	2	3	8	4	5
Inf. om undersøkelser	2	5	8	7	6	4
Sykepleien	2	4	8	3	6	7
Legetjenesten	2	5	8	3	6	7
Ivaretakelse av pårørende	3	6	8	4	7	5
Inf. etter utskriving	2	8	5	4	7	3

Tabellen er hentet fra "Pasientopplevelser I Helse Øst – Hovedrapport (2003)

I de to andre undersøkelsene som er gjort etter at SI ble dannet, kommer også sykehuset bra ut. I studien over barneavdelinger fra høsten 2005 (01.09.2005 og 24.11.2005) ligger sykehuset helt i toppsjiktet på alle de seks dimensjonene det er laget score for, selv om det ikke er signifikant bedre enn de øvrige, slik det kommer fram i Tabell 5.13. Det er for øvrig påfallende hvor liten forskjell det er mellom de ulike sykehusene når de bedømmes på den måten som er blitt gjort i denne rapporten.

Tabell 5.13. Score på noen hovedområder for utvalgte institusjon i Helse Øst og Sør som behandler barn, høsten 2005. Skala 0-100 der 100 er best.

INSTITUSJON	PLEIE	LEGE	ORGANISERING	INFOHJEM	INFOPRØVER	STANDARD
Ullevål	68	72	65	72	74	76
Sykehuset Innlandet	67	72	65	71	71	76
Akershus Universitetssykehus	62	68	60	71	67	80+++
Sykehuset Østfold	65	72	66	74	72	73
Riks-Radiumhospitalet	65	72	66	72	71	71
Sykehuset Buskerud	66	74	64	73	69	75
Sørlandet sykehus	67	70	64	72	71	79+++
Sykehuset Telemark	61	70	58	70	65	70
Sykehuset i Vestfold	60	69	59	73	67	59---

*) Symbolene angir signifikanssannsynligheter, justert for multippel testing:

+++/- - -: $p < 0,001$, + angir større enn, - mindre enn snittet av de andre institusjonene

Tabellen er laget på bakgrunn av Tabell 5 (s 35) i Pasopp rapport nr.3 2006

Et annet område hvor det finnes data er fra de somatiske poliklinikkene. Dataene ble samlet inn i september 2004. I denne undersøkelsen kom også SI bra ut i Helse-Øst regionen. Som det framgår av tabell 5.14 lå sykehuset helt i toppskiktet på alle dimensjonene.

Tabell 5.14: Gjennomsnittscore på hovedområder for helseforetak i Helse Øst og for alle norske sykehus, justert for pasientsammensetning. Skala 0-100 hvor 100 er best (høsten 2004)

	Kommunikasjon	Organisering	Tilgjengelig-het	Standard	Informasjon	Erfaringer før besøket
Ullevål universitetssykehus	83,9	82,8	80,1	81,2	78,4	73,6
Sykehuset Innlandet	85,6	86,7	91,6	90,8	81,2	79,0
Akershus universitetssykehus	84,1	84,2	89,4	86,3	78,2	73,6
Sykehuset Asker og Bærum	84,7	85,2	88,4	88,4	79,0	77,6
Sykehuset Østfold	85,1	85,2	90,2	87,7	80,5	76,1
Aker universitetssykehus	84,9	86,2	86,9	86,1	79,9	76,5
Snitt alle helseregionene	85,9	86,4	89,7	89,2	81,2	78,0

Tallene er hentet fra Hovedrapport for somatiske poliklinikker,

Når det gjelder pasientopplevd kvalitet skårer SI høyt sammenlignet med de øvrige helseforetakene i Helse-Øst, både på den tid da SI ble dannet og i de enkelte undersøkelser en har i ettertid. Det kan stilles spørsmålsteget ved hvor mye vekt en bør legge på disse resultatene. Variasjonen mellom foretakene er liten. Så den mest nærliggende konklusjonen en kan trekke ut av det materialet som foreligger er at pasientene i Helse Øst generelt er godt fornøyde. Dette gjelder både i positiv og i negativ retning. Selv om det ikke er utførlige data fra de senere år, gir de data som foreligger et bilde av at pasientene som kommer til SI opplever kvaliteten der som god. De mange kritiske innlegg i media gjenfinnes ikke som dårligere kvalitet for pasientene når en gjennomfører større undersøkelser. Men en skulle ønsket at en hadde bedre data å bygge på slik at en også fikk en oversikt om hvorvidt det er flere som er misfornøyd i 2006 enn tidligere. Siden de aller fleste er godt fornøyd, vil de (få) pasienter som er lite fornøyd forsvinne i mengden med den metoden som brukes i de store PasOpp-undersøkelsene.

5.4. Konklusjon og anbefalinger om utviklingen av kvalitet i SI

Det foreligger sparsomt med data som kan gi en dekkende indikasjon på hvorvidt reorganiseringen av SI, og de prosesser som har vært knyttet til det, kan ha hatt innflytelse på kvaliteten i positiv eller negativ retning. Datagrunnlaget er tynt. Dessuten har det skjedd endringer i kvalitetsbildet både i sykehus som har blitt reorganisert, og de som har vært mer stabile. Det er derfor ikke lett å trekke slutninger. Det finnes svært lite data som beskriver den medisinske faglige kvaliteten av pasientbehandlingen, noe som sto i fokus ved reorganiseringen.

SI lå tidlig bra an på de nasjonale kvalitetsindikatorerne, inklusivt pasienttilfredshet.

Forbedringen i kvalitet innen SI har vært på linje med den generelle utviklingen, og på noen områder bedre. For eksempel er ventetiden for de aller fleste utredninger og inngrep lavere i SI enn i andre sykehus i Helse Øst. Men fremdeles har SI et stykke vei å gå for å nå sine egne mål.

Vi har ikke data om hvordan befolkningen i innlandet nå opplever sitt sykehus sammenlignet med tidligere, men pasientene ser ut til fremdeles å ha et positivt bilde av sitt sykehus. Det er ingen indikasjoner på at dette bildet er blitt svekket de siste årene.

For et foretak er det en betydelig utfordring å dokumentere kvaliteten av sin virksomhet. Det krever tid og datasystemer, og det krever gode indikatorer som er rimelig enkle å bruke samtidig som det måler det relevante. Fremdeles savnes det enkle og valide indikatorer som kan dokumentere faglig kvalitet på ulike områder og det er usikkert om det er enkelt å finne mange slike indikatorer. Men det er en utfordring for SI å rapportere systematisk på de relevante nasjonale indikatorer. Da vil det bli lettere å si noe mer sikkert om utviklingen.

Kapittel 6. Avsluttende kommentar

Det er ikke alltid slik at man vet hvilke organisatoriske virkemidler som er best egnet for å oppnå konkrete målsettinger som for eksempel, forbedret ressursutnyttelse i sykehussektoren. Dette kompliseres ytterligere av at dersom man visste hvilke virkemidler som er egnet for å oppnå de ulike målsettingene, er det langt fra sikkert at man ville kunne tatt de i bruk.

Den 23. 11. 2006 bestemte styret i SI seg for å utsette en planlagt endring i organiseringen innenfor urologi i innlandet. Denne avgjørelsen kom på bakgrunn av at protestene nå hadde nådd et nivå som i følge administrerende direktør Almlid ”påvirket vår manøvreringsevne, både i forhold til budsjett og den faglige utviklingen” (Østnytt 24.11.06). Den massive mobiliseringen mot sykehusledelsen gjorde det umulig å fortsette prosessen, og både styret og administrerende direktør mente det var nødvendig å ta et steg tilbake. Styreleder Peder Olsen uttaler til ”Østnytt” at dette var nødvendig fordi protestene nå hadde fått en karakter og et omfang som kunne være til skade for foretaket. Fungerende ordfører i Lillehammer sier derimot at:

”Dersom de gjør jobben sin på en skikkelig måte, så får de den arbeidsroen de skal ha”

Det kan se ut som SI, i hvert fall innledningsvis, undervurderte påvirknings – og mobiliseringsevnen til deler av sine nære omgivelser. Dialogen med lokale grupperinger og politiske representanter har ikke vært god nok. Fra utsiden er det imidlertid vanskelig å se at SI har gjort noe annet enn å forsøke å leve ut de intensjonene som ligger i sykehusreformen og etableringen av det nye foretaket. SI er et ambisiøst prosjekt, og det har vist seg at selv om sykehuset har hele innlandet som perspektiv for sine vurderinger, er det ikke mange av de sentrale aktørene i foretakets omgivelser som har det.

Det kan også se ut som at det i deler av foretakets omgivelser stilles spørsmål ved ledelsens intensjoner. Det har kommet beskyldninger om at ledelsen har en skjult agenda, og ved enkelte anledninger har ledelsen blitt beskyldt for å tilgodese Hedmark på bekostning av Oppland. Slike påstander viser med tydelighet at det hersker en grunnleggende mistillit til

ledelsen i foretaket i deler av omgivelsene. Men hvilken skjult agenda er det egentlig det kan være snakk om? Hvilke andre målsettinger er det mulig å tenke seg at styret og ledelsen i foretaket har enn å legge grunnlaget for å tilby helsetjenester til pasientene i innlandet på den måten de mener er best gitt de overordnende styringssignalene og ressurstilgangen?

Ingen er uenig i at man ønsker bedre kvalitet på tjenestene, bedre effektivitet, bedre samhandling, og en bedre arbeidsplass for de ansatte. ”Alle” er imidlertid uenig i hvordan man skal oppnå dette. Antagelig er det ikke mulig å gjøre alle tilfredse. For flere av disse målsettingene vil det nødvendigvis måtte være slik at man må gi avkall på noe for å oppnå forbedringer på noe annet. Det er vanskelig å bedre kvaliteten samtidig som man minsker ressursbruken. Det kan også hende at det er vanskelig å forbedre samhandlingen samtidig som man blir mer kostnadseffektiv. Den store forskjellen for innlandets del ser imidlertid ut til å være at det hersker en grunnleggende konflikt i forhold til hvilket nivå man retter fokuset mot. For å få til en samlet forbedring i hele innlandet må det antagelig gjøres endringer i tjenestetilbudet lokalt enkelte steder. Det er ikke mulig å tilby alle tjenester både ved Elverum, Hamar, Lillehammer og Gjøvik samtidig som man har en budsjettrestriksjon å forholde seg til. Problemet er derfor ikke så mye at SI har en skjult agenda, men at de har en annen agenda. Denne er de også alene om å ha. Hvem ivaretar innlandsperspektivet?

Et iboende trekk ved sykehusreformen var en tro på forbedringer gjennom mer målorientert og hierarkisk ledelse. Dette illustreres godt gjennom måten beslutningsprosessene etter etableringen av SI var organisert. Alternativet til dette er en ledelsesmodell mer basert på kommunikasjon og medvirkning. Tabellen nedenfor viser noen hovedforskjeller mellom det som kan betegnes som kommunikativ og hierarkisk ledelse.

Tabell 6.1. Hierarkisk og kommunikativ ledelse

Hierarkisk ledelse	Kommunikativ ledelse
Ledelse skjer gjennom autoritet og makt via beskjed til ansatte	Ledelse skjer gjennom demokratiske prosesser med bred dialog
Mål defineres hierarkisk og resultatoppnåelse sees i forhold til disse	Måldannelse skjer gjennom prosesser hvor alle er involvert. Prosess en del av måloppnåelsen.
Effektivitet står sentralt, forstått som best mulig bruk av ressurser for måloppnåelse	Legitimitet står sentralt, forstått som forståelig beslutningsgrunnlag med bred oppslutning
Lojalitet mot mål skjer gjennom leders dyktighet og karisma og dedikerte ansatte	Lojalitet skjer gjennom deltakelse og motivering i fellesskap
Leder må ha tillit fra styret	Tillit fra involverte parter ikke bare styre.

Sykehusreformen innebar en forskyvning bort fra kommunikative prosesser som utgangspunkt for god ledelse og mot et syn hvor hierarkisk ledelse var sterkere vektlagt. Dersom man ser på de innledende prosessene i innlandet og andre steder i landet var styremøtene lukket. I tillegg var ingen politisk valgte representanter involvert i prosessene. Problemet for Sykehuset Innlandet har til tider vært at det har vært for lite kommunikativ ledelse. Styringsstrukturen i helseforetakene legger til grunn at målsettinger dannes på det sentrale nivået, og gjennomføres på det lokale nivået. I denne strukturen er det i utgangspunktet ikke plass til lokal medbestemmelse og bred involvering. Kombinasjonen av denne styringsstrukturen, og saker som oppleves som svært viktige og vesentlige i mange lokalsamfunn, har vært en viktig del av årsakene til de vanskelige prosessene en har sett i innlandet de siste årene. Ledelsen i Sykehuset Innlandet står i utgangspunktet i en umulig situasjon hvor deres formelle rolle i styringsstrukturen er basert på en urealistisk tiltro til ledelsesmodeller hentet fra det private næringsliv, men hvor denne modellen ikke er egnet til å håndtere de kommunikative utfordringene som helt tydelig er tilstede. Sykehuset Innlandet er et eksempel på at man etter sykehusreformen har sett seg nødt til å foreta nødvendige justeringer lokalt for å håndtere denne utfordringen. Det viste seg raskt at det ikke var mulig å lede foretaket uten å inkorporere sentrale aktører i omgivelsene i selve beslutningsprosessene. Måldannelse kunne ikke, slik det er beskrevet i tabell 6.1, defineres hierarkisk og iverksettes

lokalt. Foretaket beveget seg nærmere et mer kommunikativt ideal hvor mål og virkemidler defineres gjennom involvering og deltakelse.

I urologisaken som det ble vist til innledningsvis, ble protestene mot SI etter hvert så markante at ledelsen foreslo for styret å sette saken på vent, noe styret da også vedtok. I en privat virksomhet ville ledelsen først og fremst få problemer dersom man ikke hadde styrets tillit. Som styreleder Peder Olsen ga klart uttrykk for i Gudbrandsdølen Dagingen 23.11.2006 har administrerende direktør full tillit i styret, og styret i Sykehuset Innlandet har også tillit innad i Helse Øst. Her er det snarere tilliten fra de lokale omgivelsene som er problemet. Dette illustrer godt at en overdrevet tro på styringsmodeller som kan være velegnet i andre sektorer eller i det private næringsliv, ikke nødvendigvis fungerer i sykehussektoren. Tillit fra styret alene er ikke tilstrekkelig.

Ettervirkningene av prosessene i Sykehuset Innlandet kan også ha ringvirkninger for andre saker og samarbeidsfora. Som tidligere nevnt har prosessen rundt Innlandsuniversitetet også møtt motbør på grunn av konflikter og kniving mellom ulike interesser i innlandsområdet. Ønsker egentlig politikerne i Innlandsområdet et innlandsfokus? Er det i det hele tatt mulig å forvente at lokale politikere fokuserer på noe annet enn det deres velgere er opptatt av? Dersom dette ikke er mulig vil det også være vanskelig for ledelsen i Sykehuset Innlandet å opprettholde et innlandsfokus også i fortsettelsen. Opprettholdelsen av et innlandsfokus vil føre til at enkelte endringer lokalt vil finne sted, og innsparingskravene fra eier vil antagelig også lede til at endringer lokalt vil måtte finne sted. Erfaringene fra Sykehuset Innlandet illustrerer godt hvordan dette er et tilnærmet uløselig dilemma. Dersom foretaket ikke følger eiers signaler og ønsker vil dette kunne være i strid med de formelle styringslinjene i helsesektoren. Sykehuset Innlandet har tydeligvis forsøkt å etterkomme de intensjoner som eier har gitt uttrykk for, og både ledelsen og styret har uttrykt tillit. Konsekvensen av dette igjen har vært at ledelsen opplever manglende tillit fra omgivelsene

Hovedkonklusjonen, basert på de analysene som er gjennomført her, er at det ikke har skjedd så store endringer i innlandet. De endringene som er beskrevet, både i positiv og negativ retning, er heller ikke tilstrekkelig markante til at det er forsvarlig å beskrive det som et resultat av endringer i måten foretaket er organisert på eller drives på. I denne rapporten finnes det imidlertid få eller ingen empiriske indikatorer på hva befolkningen i innlandet mener om foretaket. Basert på erfaringene fra endringsprosessene i innlandet siden etableringen er det åpenbart at dette også burde utgjøre en viktig del i en vurdering av

utviklingen i foretaket. Utvikling og drift av sykehus skjer mot et komplekst og mangfoldig sett av målsettinger. Det er ikke sikkert det er mulig å nå alle målsettingene samtidig og det er heller ikke sikkert at man er enig om hvilke som skal prioriteres. Det mest slående med utviklingen i innlandet, sett fra utsiden, er at forutsetningene for å drive foretaket i et innlandsperspektiv ser ut til å være under sterkt press. Uavhengig av hva som ligger bak dette, synes det rimelig å konkludere med at en viktig utfordring, *både* for Sykehuset Innlandet og andre viktige aktører i foretakets omgivelser, må være å finne ut om man jobber mot samme mål.

Litteratur

Arbeidstilsynet (2006): "Sykehuset Innlandet HF – Kampanjen "god vakt" pålegg". Brev til Sykehuset Innlandet datert 10.03.2006

Bjertnæs ØA, m. fl.(2006: Fastlegenes vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentre Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2787-91

Bjørn, Erik m.fl. (2003): "The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA scores 1992 – 2000" I *Health Care Management Science* 6:271-283

Egeberg, Morten (1989): "Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen?". I Egeberg (red) *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling. Bidrag til en anvendt statsvitenskap*. Tano

Engebretsen, M. A (2005): "...og så grep statsråden inn. En studie av tre nedleggingsprosesser i helsesektoren". Masteroppgave. *Institutt for statsvitenskap*

Garratt A, m.fl (2005): "Pasienterfaringsinstrumentet PasOpp i somatiske poliklinikker" Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 421-4

Guldvog B, m.fl (1998): PS-RESKVA - pasienttilfredshet i sykehus *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 386-91

Gullick, L (1969): "Notes on the Theory of Administration". I L. Gullick & L. Orwick (red): *Papers on the Science of Administration*. A.M Kelley 1969 (første utgave 1937)

Hagen, Terje P (1991): *Moderne Kommunale Styringsmodeller*". NIBR rapport 1991:5

Hagen, T & S. Nerland (2001): "Sykehuslegenes oppfatning av ISF: Kartlegging basert på en spørreundersøkelse. Arbeidsnotat 2001:3 *Senter for Helseadministrasjon*

Hansen, T. og Tjerbo T. (2003): "Politisk engasjement, borgerroller og sosial kapital". Makt og demokratiutredningens rapportserie nr 62. Unipub. Oslo

Helse Øst (2003): Sak 081 – 2003. *Fødsels – og nyfødtsorgen i Helse Øst –prosjekt 2003, delprosjekt 12*. Styremøte 26.06.2003

Inst. S. nr 300 2000 – 2001. <http://www.stortinget.no/inns/2000/200001-300-006>

Kjekshus, Lars Erik og Hagen, Terje P. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003;5(5):2-13

Kjekshus, Lars Erik (2000): " Om å sammenligne sykehusprestasjoner". I *tidsskrift for den norske legeforening* nr 25, 2000

Kvamme, Odd J. (1999): *Samarbeid mellom legar : ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sjukehus*. Doktorgradsavhandling. Universitetet I Oslo

Kunnskapssenteret (2006): Fastlegene vurderer av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. <http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=552>

Larsen, B. I. (2000): "Korridorpasienter - konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet" I Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2636-8 utg

Lowi, T.J (1964): "American buisness, public policy, case studies and political theory". I *World Politics* 16 1964 ss 677-715

Moksnes, K.M.(2005): "Kan epikrisetiden forkortes?" Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2380-1

NOU 1989:9: *Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*

NOU 2005:3: *Fra stykkvis til helt. En sammenhengende helsetjenste.* Helse og Omsorgsdepartementet

Opsahl, T. H. m.fl. (2005): "Er det sammenheng mellom sykehusstørrelse og pasienterfaringer?" Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1685-8

Pasientopplevelser i Helse Øst. Pasienter innlagt i Somatiske sykehus. Hovedrapport. Utredningsrapport 13/2003, Heltef http://www.heltef.no/filer/Helse_Ost-hovedrapport-Final.pdf

PasOpp-rapport nr 4-2004 Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker i Helse Øst, Sør og Midt-Norge - Hovedresultater

PasOpp-rapport nr 7-2004. Pasienterfaringer ved poliklinikker for voksne i det psykiske helsevernet i Norge - Hovedresultater

PasOpp-rapport Nr 3 – 2006 Pårørendes erfaringer med somatiske barneavdelinger i 2005 Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse

Pettersen K.I. m.fl. (2003): "Pasienterfaringer i norske sykehus - endringer over tid?" Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3600-3

Porter, Lyman W., Richard M. Steers, Richard T. Mowday og Paul V. Boulian (1974): "Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover amongst Psychiatric Technicians" I *Journal of Applied Psychology* 59:603-609

Rohde, T og Rønningsen, R (2006): *Vurdering av funksjonsfordelingen innen Sykehuset Innlandet iverksatt fra 31.12.2003.* SINTEF

Rygh LH, & Mørland B.(2006): "Jakten på de gode kvalitetsindikatorene" Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2822-5

SMM-rapport nr.2/2001. Pasientvolum og behandlingskvalitet. Metodevurdering basert på egen og internasjonal litteraturgransking.

SINTEF (2004): Samdata somatikk. Sektorrapport 2003

SINTEF(2005): Samdata somatikk. Sektorrapport 2004

SINTEF (2006) : Samdata somatikk. Sektorrapport 2005

Sosial og Helsedirektoratet (2005): "Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring I sosial – og helsetjenesten...Og bedre skal det bli! For 2005 -2015". http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf

Sosial og Helsedirektoratet (2001): *Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus*", Sosial- og helsedepartementet. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00010/Evaluering_av_system_10588a.pdf .

Sykehuset Innlandet (2006): *Strategisk plan for Sykehuset Innlande HFt. Struktur og investeringer 2006 -2020*. http://www.sykehuset-innlandet.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfoId=8732&iCategoryId=391&iDisplayType=2

Sykehuset Innlandet (2005): *Årsrapport 2005*. http://www.sykehuset-innlandet.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfoId=1751&iCategoryId=36&iDisplayType=2

Sykehuset Innlandet (2003): *Organisering av somatiske helsetjenester i Sykehuset Innlandet HF*. Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet (2005): *Virksomhetsrapport 30.11. 05*

Sykehuset Innlandet (2006): *Virksomhetsrapport 30.09.2006*

Sykehuset Innlandet (2006b): *Virksomhetsrapport 31.10.06*

Tjerbo, T. og T. P. Hagen: *Harde og myke budsjettskranker og de regionale helseforetakenes effektivitets- og aktivitetsutvikling*, 2005. Bergen: Fagbokforlaget. I Opedal og Stigen (red.): Helse-Norge i støpeskjeen.

Tjerbo, T og Kjekshus L.E (2005): "Coordinating health care: Lessons from Norway" *International Journal of Integrated Care*. 2005:5

Veenstra M, Pettersen KI, Sjetne I. Pasienterfaringer ved 21 norske sykehus - regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. HELTEF-rapport 1/2000. Nordbyhagen: Stiftelse for helsetjenesteforskning, 2000.

Wibe, Arne (2003): *Rectal cancer treatment in Norway : standardisation of surgery and quality assurance*. Doktoravhandling. Det medisinske fakultet. NTNU

Vondeling, Henrik (2004): "Economic evaluation of integrated care: an introduction" I *International Journal of Integrated Care*. 2004:1

Medier

Oppland Arbeiderblad 05.11.2003

Gudbrandsdølen Dagningen 13.11.2003

Oppland Arbeiderblad 13.11.2003

Gudbrandsdølen Dagningen 18.09.2003

Gudbrandsdølen Dagningen 19.09.2003

www.nettkirurgen.no

Hamar Arbeiderblad 08.10.2003

Hamar Arbeiderblad 20.05.2006

Oppland Arbeiderblad 27.06.2006

Gudbrandsdølen Dagningen 27.09.2004

Gudbrandsdølen Dagningen 18.09.2004

Dagens Medisin 07.04.2006

Østnytt 24.11.2006.

Gudbrandsdølen Dagningen 23.11.06