

**Hva kan vi som ledere lære av å sammenligne vår drift med
tilsvarende avdelinger ved et sammenlignbart sykehus?**

Astri-Marie M. Blegeberg

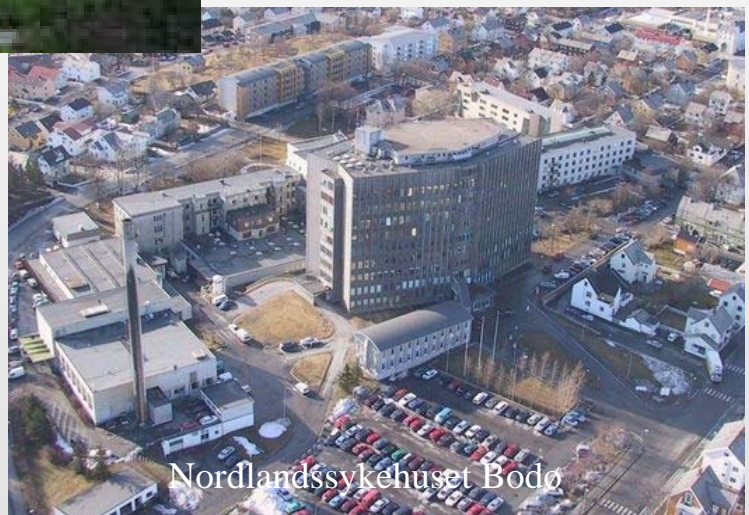
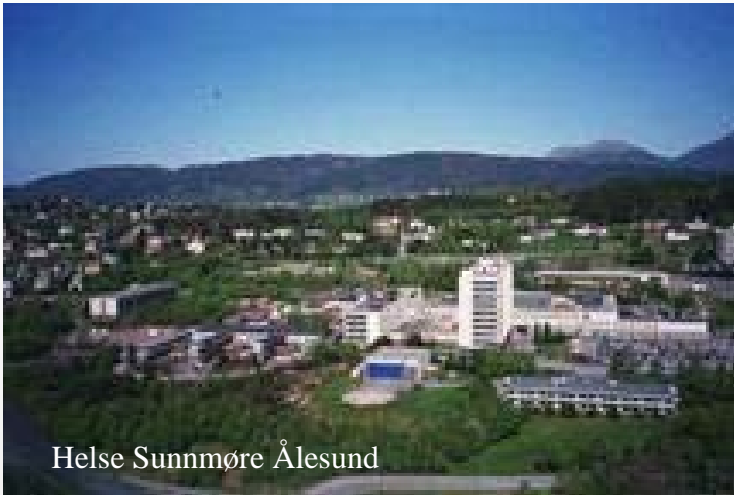
Inger Falch

BE311E

MBA i helseledelse



Fokus på kostnadseffektivdrift



*Benchmarking –
en kilde for læring og endring?*

Abstract

In today's health care system, there is an increasing focus on financial management and efficiency. Benchmarking is a well-known method for finding potential for improvements. Comparisons between two Norwegian hospitals show that Helse Sunnmøre Ålesund has significantly higher employee productivity than Nordlandssykehuset Bodø. In this research thesis, we use an external, non-financial comparison of internal organization and activity within the surgical and intensive care unit in Nordlandssykehuset Bodø and Helse Sunnmøre Ålesund in order to analyze these differences.

The purpose of this comparison is to investigate whether accounting measures and employee activity can explain the significant differences in productivity, or if factors other than financial data should be taken into consideration when assessing the efficiency of an organization.

We discover in this thesis that differences are clearly seen when comparisons are done on the hospitals' unit level. The building structure and each hospital's internal organization of health care provisions have significant consequences for cost efficiency.

As middle-managers we have a focus on finance and activity, and we recognize the importance of comparing indicators between organizations in order to analyze efficiency.

By comparing our health care organization with 'the best' in similar health care activity, we have found that benchmarking can be a good arena for learning, and that such benchmarking can create potential for changing practice. However, the information should be transparent and decomposed down to unit levels.

Forord

Vi er to ledere som har fulgt MBA i Helseledelse 2008-2010. Tilbudet er et erfaringsbasert studie for ledere i Helse Nord RHF, organisert av Handelshøgskolen i Bodø med Helse Nord som bestiller. Helse Nord ønsker med sin satsing å heve kompetansen i økonomi og ledelse for ansatte i regionen. Denne masteroppgaven er den avsluttende del av studiet og gir 30 studiepoeng.

Vi er begge ansatt ved Akuttmedisinsk avdeling ved Nordlandssykehuset og har flere års erfaring som ledere. I våre år som ledere har vi opplevd et stadig økende fokus på økonomistyring og effektivisering. Samtidig er det et økende krav om aktivitetsøkning og kostnadsreduksjon. Høsten 2009 fattet styret i Helse Nord, med utgangspunkt i sammenligninger mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund, beslutning om kostnadsreducerende tiltak for Nordlandssykehuset ned mot resultater som fremkommer i rapporten. Vi har derfor valgt å skrive en oppgave om hva vi som ledere kan lære av å sammenligne oss med andre.

Vi vil takke alle dem som har hjulpet oss på vei mot målet. Våre informanter ved Helse Sunnmøre Ålesund og kollegaer i Nordlandssykehuset som har hjulpet oss med datainnsamling og gitt oss inspirasjon gjennom oppklarende diskusjoner. Assisterende direktør Jørn Stemland har velvillig tatt seg tid til å gå gjennom og diskutere rapport "Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund" som inspirerte oss i valg av tema for oppgave.

En spesiell takk til vår veileder og studieansvarlige inspirator Inger Johanne Pettersen som har motivert oss til å jobbe jevnt og trutt for å bli ferdig innen tidsfristen.

Det har vært en slitsom, men lærerik prosess, som vi er glad for at vi har fullført.

Nordlandssykehuset Bodø den 10.januar 2010

Inger Falch

Astri-Marie M. Blegeberg

Sammendrag

I dagens helsevesen er det et økende fokus på økonomistyring og effektivisering. En anerkjent metode for å finne forbedringspotensialer er benchmarking. Sammenligninger fra 2007 viser at Helse Sunnmøre Ålesund har en betydelige høyere arbeidsproduktivitet enn Nordlandssykehuset Bodø. I vår masteroppgave har vi benyttet oss av en ekstern ikke finansiell sammenligning av intern organisering og aktivitet ved operasjon - og intensivavdeling i Nordlandssykehuset Bodø og i Helse Sunnmøre Ålesund.

Hensikten er å belyse om regnskapstall og aktivitetsdata alene kan forklare forskjellene ved produktivitet, eller om flere hensyn enn økonomisk informasjon bør tas med i vurdering av effektivitet i en virksomhet.

Vi erfarer at mellomledere har fokus på økonomi og aktivitet. De ser viktigheten av god planlegging og bruker kvalitetsindikatorerne for å måle effektivitet. Ledere føler ansvar, men har liten påvirkning på strategisk planlegging avgjørelser.

Vi har lært at ved å sammenligne på avdelingsnivå kommer ulikheter tydeligere fram enn ved aggregerte sammenligninger. Bygningsmessige forhold og hvordan sykehuset organiserer helsetilbud har konsekvens for kostnadseffektivitet. Forskjeller i registrering av aktivitetsdata og intern organisering medførte utfordringer i å finne sammenlignbare aktivitetsdata.

Ved å sammenligne avdelingene med ”de beste” erfarer vi at benchmarking kan være en god arena for læring og gir mulighet for endringer av praksis. Det er imidlertid viktig at informasjonen er forståelig og kan dekomponeres til avdelingsnivå i sammenlignbare virksomheter.

Tabelliste

Tabell 1:

Aggregert sammenligning mellom Helse Sunnmøre HF og Nordlandssykehuset HF.....s. 32

Tabell 2: Tidsstudie av ortopediske stuer ved de to sykehusene.....s. 40

Tabell 3: Sammenligning av et utvalg ortopediske inngrep for 2008.....s. 41

Tabell 4: Sammenligning av ventetid for hofte- og kneproteser for 2008.....s. 42

Tabell 5: Registrerte aktivitetsdata operasjonssentralene og dagkirurgi for 2008.....s. 43

Tabell 6: Aktivitetsdata for intensivpasienter for 2008.....s. 49

Tabell 7: Sammenligning av postoperative aktivitetstall for 2008.....s. 52

Tabell 8: Personalressurser ved de to intensivavdelingene i 2008.....s. 54

<i>Abstract</i>	<i>I</i>
<i>Forord</i>	<i>II</i>
<i>Sammendrag</i>	<i>III</i>
<i>Tabelliste</i>	<i>IV</i>
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Forsknings spørsmål.....	2
1.3 Avgrensninger og begrepsdefinisjoner.....	3
1.4 Videre oppbygging av oppgaven.....	4
2 TEORI	5
2.1 Forvaltning av begrensede ressurser.....	5
2.2 Styringsverktøy i sykehus.....	6
2.3 Økonomistyring som ledelsesverktøy.....	7
2.3.1 Kostnader.....	8
2.3.2 Effektivitet.....	10
2.3.3 Produktivitet.....	10
2.4 Benchmarking.....	11
2.5 Aktivitetsstyring og ressursbruk.....	13
2.5.1 Målstyring.....	13
2.6 Helse reformens krav til ledelse av sykehus.....	15
2.6.1 Leders ansvar og funksjoner.....	15
2.6.2 Å lede lærende organisasjoner.....	16
2.7 Oppsummering av teori.....	18
3 METODE	19
3.1 Valg av forskningsmetode.....	19
3.2 Datainnsamling.....	21
3.2.1 Intervjudata.....	21
3.2.2 Sekundærdata.....	22
3.2.3 Egne observasjoner.....	23
3.3 Evaluering av metode.....	23
3.3.1 Validitet.....	23
3.3.2 Reliabilitet.....	24
3.3.3 Ethiske utfordringer ved innhenting av data.....	25
4 EMPIRI	26
4.1 Bakgrunnsinformasjon.....	26
4.2 Strukturelle sammenligninger.....	27
4.3 Sammenligning av økonomistyring.....	29
4.3.1 Økonomi som styringsverktøy.....	29
4.3.2 Oppfølging av regnskap.....	30
4.4 Aktivitetsstyring og planlegging.....	32
4.5 Sammenligning av operasjon - og intensivavdelingene.....	34
4.5.1 Drift av operasjonssentralene.....	34
4.5.2 Sammenligning av aktivitet ved operasjonssentralene.....	36
4.5.3 Årsverk anestesi som innsatsfaktor.....	37
4.5.4 Årsverk operasjonssykepleie som innsatsfaktor.....	39
4.5.5 Sammenligning av drift ved intensivavdelingene.....	40
4.5.6 Sammenligning av aktivitet ved intensivavdelingene.....	42
4.5.7 Sammenligning av post operativ.....	45
4.5.8 Sammenligning av personalressurser ved intensivavdelingene.....	46

5	ANALYSE	50
5.1	Utfordring ved økonomistyring	50
5.1.1	Ledere har fokus på styringsverktøy	52
5.2	Benchmarking på disaggregert nivå	53
5.2.1	Utfordringer med benchmarking	55
5.3	Mellomlederes rolle for å forbedre og lykkes med endring på det operative nivå...	57
5.4	Benchmarking – en kilde for læring og endring?	58
6	KONKLUSJON	60
	LITTERATURLISTE	62
7	VEDLEGG	65
7.1	Intervjuguide for Anestesi Helse Sunnmøre Ålesund	65
7.3	Intervjuguide -intensiv Helse Sunnmøre Alesund	69
7.4	intervjuguide for avdelingsleder Helse Sunnmøre Ålesund	71
7.5	Søknad om hospitering og innhenting av data	72

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

I dagens helsevesen er effektivitet, produktivitet og underskudd, begrep som preger vår hverdag, og som påvirker arbeidsdagen vår som ledere. Nordlandssykehuset gir medarbeiderne stadige påminnelser om at man ikke er effektive nok, og at underskuddene bare vokser tiltross for iherdige forsøk på å snu trenden. Sykehuset opplever i flere sammenhenger å bli sammenlignet med andre. Med grunnlag i sammenligninger stilles det krav om at vi må øke effektivitet og produktivitet for å ha bedre økonomistyring. Pettersen m. fl. (2008) omtaler dette som:

”den kontinuerlig søken etter organisatoriske løsninger for å kunne styre sykehusene bedre” (2008:33).

I regi av Helse Nord er rapporten ”Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund” utarbeidet av Jørn Stemland. Rapporten sammenligner produktivitetstall ved sykehusenhetene. Grunnlaget er regnskaps- og aktivitetsdata for 2007. Rapporten viser til betydelige forskjeller på arbeidsproduktivitet mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund.

Likeledes utarbeider SINTEF årlige SAMDATA – rapporter med sammenligningstall for norske helseforetak. Her presenteres både finansielle, og ikke finansielle størrelser.

Målsetningen med rapportene er å skaffe relevant og handlingsrettet kunnskap om kostnadsforskjeller. En kjent svakhet ved sammenligningstallene er at de er svært aggregerte, og dermed vanskelige å legge til grunn for handlinger lokalt. Med aggregert nivå menes her samlet eller helhetlig. Helse- Nords rapport peker på at man må gå dypere inn i de enkelte avdelingene for å kunne definere forbedringspotensialer. Dette definerer vi som disaggregert nivå. Det anbefales videre å gjøre nærmere analyser for å finne ut om de enkelte avdelinger virkelig er sammenlignbare. Denne oppgaven er en oppfølging av dette arbeidet.

I budsjettforberedelsene for 2010 sier direktøren for Nordlandssykehuset følgende:

”for den somatiske virksomhet i Nordlandssykehuset Bodø skal kostnadsnivået reduseres ned mot nivået til Helse Sunnmøre Ålesund”.

Informasjonen om at Helse Sunnmøre Ålesund har beste praksis og styrevedtaket om å redusere kostnader har satt benchmarking på dagsorden i vår avdeling. Akuttmedisinsk

avdeling har, i følge rapporten, et stort forbedringspotensial. Som ledere her har resultatene motivert oss til å studere fenomenet nærmere. Vi vil i vår studie se nærmere på likheter og ulikheter i organisering, ressursutnyttelse og aktivitet ut fra andre virksomhetsdata enn DRG-poeng. Siktemålet er å kunne forklare hvor i systemet kostnadsavvikene oppstår og hva de skyldes.

1.2 Forskningsspørsmål

Gjennom å sammenligne våre avdelinger med andre ønsker vi å utvikle en bedre innsikt i egen virksomhet. Vi ønsker å finne ut om regnskapstall og aktivitetsdata alene kan forklare forskjellene ved produktivitet, eller om flere hensyn enn økonomisk informasjon bør tas med i vurdering av effektivitet i en virksomhet. Vi ønsker også å få ideer fra Helse Sunnmøre Ålesund på måter å organisere oss på som kan øke vår produktivitet og effektivitet. I løpet av prosessen ønsker vi å finne ut hva vi kan lære av å bruke benchmarking som ledelsesverktøy. Kan vi sammenlignes med andre? Er der likheter?

I følge Pettersen m. fl (2008) er hensikten med benchmarking å danne grunnlag for mer omfattende undersøkelser, og at det som sammenlignes, må kunne gi informasjon som i neste omgang kan brukes til å endre aktørens atferd. Derfor ønsker vi med utgangspunkt i Helse Nords rapport å finne hvilke faktorer som kan være med på å forklare hvorfor Nordlandssykehuset Bodø fremkommer som mindre kostnadseffektive enn Helse Sunnmøre Ålesund.

Vi har med bakgrunn i dette valgt å studere følgende forskningsspørsmål:

Hva kan vi som ledere lære av å sammenligne vår drift med tilsvarende avdelinger ved et sammenlignbart sykehus?

En ekstern ikke finansiell sammenligning av intern organisering og aktivitet ved operasjon - og intensivavdelingene i Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund – en kilde til kunnskap.

1.3 Avgrensninger og begrepsdefinisjoner

Vi er ledere ved anestesi og intensiv i Nordlandssykehuset Bodø. I oppgaven studeres drift ved tilsvarende avdelinger i Helse Sunnmøre Ålesund. For å begrense oppgaven, går vi ikke i dybden der hvor sammenligninger viser store likheter. Av samme grunn belyses ikke innsatsfaktorer som varekostnader og medisin teknisk utstyr. Videre diskuteres heller ikke kostnadsgevinst av dagkirurgisk drift. Vi sammenligner effektivitet, men viser ikke til effektivitetsfokusets betydning for kvalitet på helsetjenestene. Vi har ikke sammenlignet i hvor hvilken grad avdelingene driver med fagutvikling og forskning, selv om vi vet at forskjell i aktivitet på dette området påvirker produksjon. Siden vi studerer egne avdelinger, vil vi av etiske hensyn ikke belyse organisasjonskulturens betydning for drift og oppgaveløsning. Den organisatoriske ledelsesstruktur har liten betydning for oppgaven og er derfor ikke nærmere beskrevet.

Relevante begreper i forhold til problemstillingen:

Å lære kan defineres som å sette seg inn i, tilegne seg kunnskap, dyktiggjøre seg, erfare (Berulfsen, 2004). Denne læringen eller feedback er ment å skulle gi grunnlag for forbedret planlegging og for å forbedre produksjonsmål.

Ledelse brukes både om personene som utøver ledelse og de aktivitetene som utøves. Definisjoner tar utgangspunkt i at en person kan, under visse forutsetninger, styre mennesker og organisasjoner (Strand, 2001:18).

Sammenlignbare sykehus

SAMDATA -rapporter viser til at Helse Sunnmøre Ålesund og Nordlandssykehuset Bodø har sammenlignbare tall når det gjelder DRG-produksjon. I tillegg er sykehusene rimelig like bygningsmessig, både i størrelse og alder. Pasientgrunnlaget er sammenlignbart med henholdsvis 83 000 innbyggere i Helse Sunnmøre Ålesund og 78 000 i Nordlandssykehuset Bodø. I rapport "Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund" beskrives sykehusene som sammenlignbare i aktivitetsnivå innenfor somatisk virksomhet.

1.4 Videre oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 tar vi for oss teori som belyser problemstillingen. Dette er teori som omhandler kompleksitet i drift av sykehus, lederes utfordringer i dagens helsevesen, og de styringsverktøy som kan bidra til måloppnåelse. Metodekapitlet er det tredje kapitlet, her beskriver vi hvilken framgangsmåte vi har brukt ved datainnsamling og gjør evaluering av metodene vi har brukt. I kapittel 4 presenterer vi de opplysninger vi har skaffet oss gjennom intervju og hospitering ved Helse Sunnmøre Ålesund. Videre presenteres aktivitetsdata fra operasjon og intensivvirksomhet for 2008, sett opp mot resultater i rapport ” Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund”. Aktivitetsdata sammenlignes også opp mot disponible personellressurser på de aktuelle avdelingene. I kapittel 5 drøfter vi teori opp mot vår empiri for å belyse sammenligningers utfordringer og hvilken læring dette gir. Kapittel 6 består av konklusjon og forslag til videre forskning.

2 TEORI

I dette kapitlet presenterer vi teori som er relevant for vår problemstilling. Samfunnets forventninger om et likeverdig og ubegrenset helsetilbud på den ene siden, og eiers krav om effektivitetsøkning og økonomistyring den andre siden skaper ubalanse mellom etterspørsel og tilbud. Dette er utfordringer som aktualiserer søken etter andre måter å tenke på, for å kontrollere forbruk. Dermed bør vi som ledere utvikle og ta i bruk, de styringsverktøy som stilles til disposisjon for å gi grunnlag for kontinuerlige forbedringer opp mot beste praksis. Sentrale begreper som beskrives er økonomistyring, benchmarking, aktivitetstyring, målstyring og ledelse.

2.1 Forvaltning av begrensede ressurser

Ved sykehusreformen i 2001 overtar staten eieransvaret for sykehusene, og de regionale helseforetak får det helhetlige ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen. Odeltingsproposisjon 66 (2000-2001) viser til at det politiske formålet med å innføre regionale helseforetak er å styre i henhold til krav i helselovgivningen. Målet er en helsetjeneste som bygger på tilgjengelighet, kvalitet og omsorg for den enkelte pasient. En enhetlig ledelse skal være drivkraften for rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunnsmessig og ledelsesmessig ansvar. I dette ligger det at helsevesenet skal styres slik at de nasjonale mål realiseres, og at det tilbys tjenester av høy kvalitet til alle innbyggere uten å sløse med ressurser på noen områder. Målet og rammene for helseforetakenes aktivitet skal i tråd med ønsket om en mer overordnet strategisk styring i all hovedsak formuleres gjennom statsbudsjett og lovvedtak.

Gjennom statliggjøring av spesialisthelsetjenesten eksponeres, formuleres og besluttes helsepolitiske spørsmål utelukkende innenfor de parlamentariske rammene. Den økonomiske fordelingen i statsbudsjettet danner grunnlaget for hvilke prioriteringer som gjøres innen de enkelte regionale foretak. Bestilling fra staten til foretakene kan kort oppsummert være å iverksette tiltak i tråd med bestillerdokumentet og innenfor de økonomisk tildelte rammer. Hvordan det gjøres, blir opp til foretakene.

Den statlige finansieringsordningen er todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. Basisbevilgningen settes ut fra spesielle kriterier i samfunnet som

for eksempel alderssammensetning og antall innbyggere, og er uavhengig av produksjon. Mens i den aktivitetsbaserte finansieringen, også kalt innsatsstyrt finansiering (ISF), er bevilgningene avhengige av aktivitet. Formålet med aktivitetsbasert finansiering er å stimulere til oppnåelse av de aktivitetsmål staten fastsetter for RHF-ene (Rapport: Innsatsstyrt finansiering 2007).

Til grunn for klassifisering av aktivitet og beregning av ISF- refusjon ligger DRG – systemet. DRG (Diagnose Relaterte Grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning. I følge NOU 2008:2 gjør DRG systemet det mulig å sammenligne sykehus. Dette er rapporten ”Sammenligninger av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund” et eksempel på. Det viktigste formål med ISF er å støtte opp om "sørge for" ansvaret til de regionale helseforetakene ved å motivere sykehus til å bruke ressursene som stilles til disposisjon, på en så effektiv måte som mulig. Økt effektivitet kan dermed sies å være en forventet effekt av sykehusreformen. Helse og omsorgsdepartementet (HOD) formulerer forventninger og krav via bestillerdokumentene til de regionale helseforetak. (Pedersen 2007).

2.2 Styringsverktøy i sykehus

Skal ledelse og administrasjon utøves meningsfullt, må utøverne ha styringsredskaper til disposisjon. Økonomisystemet er i følge Mauland og Mellempvik (2004) blant organisasjonenes aller viktigste instrument for styring og kontroll. Økonomistyring kan rettes mot å styre bruken av innsatsfaktorer. Alternativt kan styring rettes mot aktiviteter og aktivitetsstyring. Dessuten kan styringsfokus være resultater eller målstyring.

Raske endringer i omgivelsene krever en helhetlig økonomistyring som balanserer behovet for endringer og styring. Det innebærer at ledere kontinuerlig må vurdere behovet for å utvikle nye strategier. Strategier som besluttes skal bygge fra styringsinformasjon som gis og som bidrar til en mer kostnadseffektiv drift. Teorien beskriver flere dimensjoner styring som på ulike måter påvirker suksess i organisasjonen. En av dimensjonene er regnskapet som rapporteringssystem. Simons (2000) beskriver regnskap som diagnostisk styring. Diagnostisk styring handler om bruk av styringsinformasjon som indikerer om hvor vidt organisasjonen er på vei mot mål, eller hvor vidt det er behov for tiltak. Et annet eksempel på styringsinformasjon er nøkkeltall. Oppfølging av nøkkeltall kan gi styringsinformasjon som bidrar til motivering og iverksetting av tiltak når avvik registreres. En annen form for en dynamisk styringsprosess er interaktiv styring. Interaktiv styring handler om å skape en

lærende organisasjon som karakteriseres av kreativitet og at ansatte har mulighet til å takle endringer gjennom kontinuerlig læring. Styringssystemet i interaktiv styring er dialogen mellom leder og ansatte (Simons (2000) i Nyland, 2008).

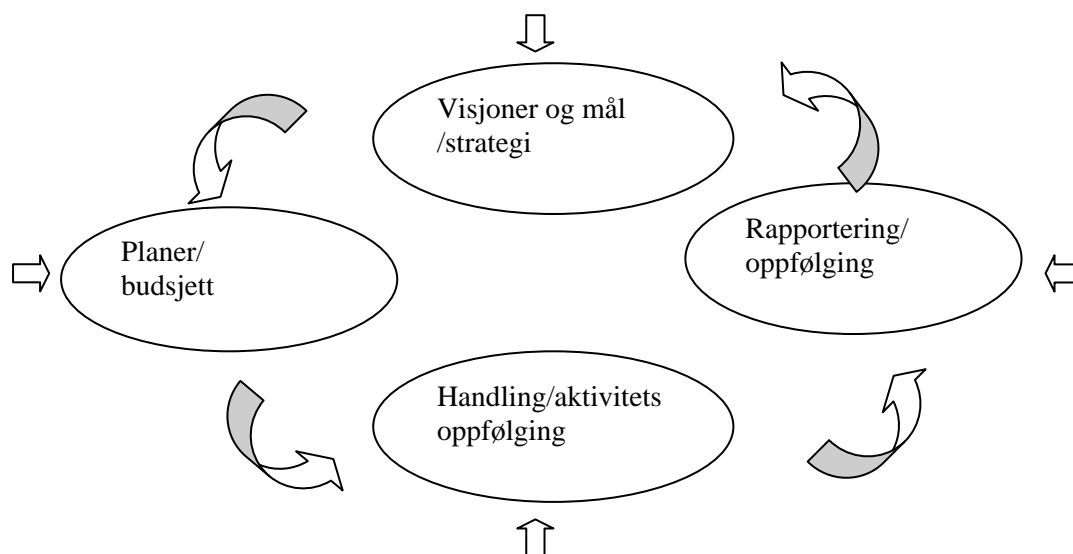
2.3 Økonomistyring som ledelsesverktøy

Økonomistyring er prosessen som knytter strategisk planlegging og operasjonell kontroll sammen:

”Et system for organisatorisk informasjonssøking og innsamling, ansvarliggjøring og tilbakemelding utformet for å sikre at virksomheten tilpasser seg endringene i omgivelsene sine og at arbeidsinnsatsen til virksomhetens ansatte måles i forhold til et sett av operasjonelle delmål slik at avvik mellom de to kan avdekkes og korrigeres” (Lowe (1971) i Mauland og Mellempvik, 2004:54)

Pettersen m. fl. (2008) definerer økonomistyring som den aktivitet i en organisasjon som tar sikte på å styre ressursbruken mot maksimering av overordnede målsetninger. Det er en kontinuerlig prosess og består av fire elementer med tette koblinger. De fire elementene består av strategi og overordnede mål, planlegging (budsjettering), aktivitetsoppfølging (handlinger), rapportering (regnskap) og evaluering. Styringsprosessen foregår på flere plan både på det strategiske, overordnede nivå og det operative nivå. Prosessene påvirkes av eksterne forhold som for eksempel endring i budsjettrammer, ny teknologi, pasientgrupper som fremmer krav eller medieoppmerksomhet (Pettersen m. fl, 2008).

Figur 1: Den ideelle økonomiske styringsløyfen



Prosessen starter i prinsippet med utforming av strategisk virksomhetsplan for sykehuset. Virksomhetsplanen kan defineres som en syntese av planene for alle avdelingene og må i tillegg koordineres med de forutsetningene i styringsdokumentene som eier har vedtatt.

Utarbeidelse av årsbudsjett er neste fase og kan beskrives som bindeleddet mellom det strategiske og det operative styringsnivået. Sykehusets toppledelse har ansvaret for å utforme de strategiske planene. Mens det er de underliggende lederne som har det operative ansvaret for at de strategiske målene gjennomføres innenfor de gitte budsjett rammer. Det budsjett som vedtas, bør i prinsippet uttrykke planlagt aktivitet og tilgjengelige ressurser i monetære størrelser. Sykehusets samlede budsjetter er summen av budsjettene for hver avdeling.

Forutsetningen for et realistisk og informativt sykehusbudsjett er derfor at hver avdeling får utarbeidet et eget budsjett etter en standardisert og tidsfestet plan. Det siste elementet i økonomistyring er regnskapet hvor handlingene dokumenteres. Regnskap er et grunnlag for evaluering gjennom sammenligning med planene. Her kommer det fram om regnskapet er i tråd med budsjettet eller om det er avvik. Hensikten med regnskapssystemer er å ansvarliggjøre ledere i sykehus. Økonomistyring er en kontinuerlig prosess hvor det i evalueringsprosessen legges nye strategiske planer som igjen er utgangspunkt for nye planer og budsjetter. I prinsippet er det virksomhetsplanen og budsjettet som er de viktigste rammene for sykehusenes styring.

I følge Pettersen m. fl. (2008) er det i den ideelle økonomiske styringsprosess en forutsetning om at koblingene mellom de enkelte delene i økonomistyringsprosessene er formålsrasjonelle. Det betyr at det forutsettes at koblingene mellom målsetninger og virkemidler er uproblematisk. Videre forventes det at målene er konsistente og at det ikke eksisterer interessekonflikter. En slik forutsetning om rasjonell styring setter bestemte krav til styringsmodellen. Styring innebærer bestemte krav til rekkefølge mellom elementene i modellen. Planene bør bygge på overordnede målsettinger og strategier, og handling bør komme som en konsekvens av planene. Skal styringen være formålsrasjonell, forutsettes det samsvar mellom det som er planlagt og det som faktisk gjøres i en organisasjon.

2.3.1 Kostnader

Tradisjonell økonomisk teori har definert kostnader forbundet med produksjon av varer og tjenester som prisene på de innsatsfaktorene som benyttes (Jacobsen og Thorsvik1997).

Kostnadsdrivere er faktorer som driver kostnadene. I følge Pettersen m. fl. (2008) kan studier av kostnadsdrivere brukes både til å forstå kostnadsforskjeller og til å forklare utviklingen i kostnader. En antatt forklaring på forskjeller i kostnadsnivå er forskjeller i kompleksitet mellom sykehus.

Dybde- og breddekompleksitet

I sykehussektoren kan man skille mellom to ulike dimensjoner av kompleksitet. Den første er knyttet til intensiteten i gjennomføringen av en tjeneste, det vil si hvor ressurskrevende en pasientbehandling er. Denne dimensjonen kalles dybdekompleksitet og handler om forskjeller i liggetid, pleiebehov og medisiner. Bruken av DRG- systemet er en metode som er utviklet for å kunne sammenligne ressursbruken mellom pasientgruppene og sier noe om forskjeller i dybdekompleksitet.

Den andre dimensjonen betegnes som breddekompleksitet og er drevet av omfanget og sammensetningen av behandlingstilbudet. Det viser til hvor mange ulike pasientgrupper som behandles, sykehusets spesialiseringsgrad og beredskapsnivå for ulike tjenester (Pettersen m. fl, 2008). Det er en antagelse at kompleksitet i seg selv virker kostnadsdrivende, slik at forskjeller i kompleksitet kan være en av flere faktorer som bidrar til forskjeller i kostnadsnivå mellom ulike institusjoner.

”Det er ikke bare volumet målt i antall behandlede pasienter som driver kostnadene. Kostnadene kan også drives både av volumet målt i antall ulike komponenter som inngår i behandlingen, og volumet målt i antall ulike behandlingsvarianter” (Bjørnenak og Nyland 2000:2).

Dybde og bredde dimensjonen i kompleksitetsbegrepet er nært knyttet til aktivitetsbaserte kostnader, hvor begrepet kostnadshierarki er sentralt. Kostnadshierarki poengteres av ulike faktorer som driver kostnadene på ulike nivå. Dette er kostnader som drives av behandlingstilbud, antall pasienter, administrative rutiner, beredskapsnivå, kompetanse, ledelse osv.

Ulike egenskaper i behandlingstilbudet betegnes som **attributforskjeller**. Attributforskjeller handler om forskjeller i tjenestetilbudet fordi aktivitetene som inngår i behandlingen er forskjellig fra sykehus til sykehus (Pettersen m. fl, 2008).

2.3.2 Effektivitet

Effektivitet (allokering) defineres i bokmålsordboka som hensiktsmessig og rasjonell. Organisasjonens effektivitet innebærer et ønske om at knappe ressurser skal anvendes så godt som mulig. En tradisjonell definisjon av effektivitet er ”*grad av måloppnåelse i forhold til ressursbruk*”. Dette innebærer en antagelse om at for å være effektiv må en organisasjon være produktiv (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Mauland (2004) omtaler effektivitet som å gjøre de riktige tingene. Mens produktivitet handler om å gjøre de riktige tingene på riktig måte. Grønhaug og Nordhaug (1998) hevder at bedrifter er effektive når de makter å tilfredsstille krav som stilles fra omgivelsene på måter som gir kostnadsdekking og overskudd (Nordhaug, 1998).

Alle forsøk på å fastslå en organisasjons effektivitet må igjennom en fase der man avgjør hvilke mål som man skal konsentrere seg om, og hvilke indikatorer man skal velge (Cameron og Whetten 1983, Scott 1992 i Jacobsen og Thorsvik, 2007). Disse føringene legges i bestillerdokumentene.

2.3.3 Produktivitet

Samfunnsøkonomer tar utgangspunkt i en overordnet problemstilling om hvordan knappe ressurser kan fordeles mest mulig effektivt, der en effektiv løsning er den som gir det minste samlede produktivitetsavviket fra beste praksis. I følge Magnussen (2005) vil gode mål for produktivitet kunne utgjøre et viktig grunnlag for styring og planlegging. Han definerer produktivitet som forholdet mellom produksjon og innsatsfaktorbruk. I bokmålsordboka beskrives produktivitet som å fremskaffe verdier. I mange sammenhenger benyttes begrepet ”effektivitet” som forholdet mellom faktisk og best oppnåelige produktivitet (Pettersen m. fl, 2008).

Den største innsatsfaktoren for helsevesenets kostnader er arbeidskraft. Produksjon av helsetjenester består i omforming av helsevesenets arbeidskraft til ferdige tjenester. Eksempler på andre innsatsfaktorer er medisin teknisk utstyr og medikamenter. Dersom ressursbruken måles som fysiske innsatsfaktorer som arbeidskraft og kapital, benyttes begrepet teknisk effektivitet. Olsen (2006) beskriver teknisk effektivitet som å ikke bruke mer enn det som er nødvendig, å ikke sløse. Velger vi det rimeligste alternativet tilfredsstiller vi kravet til effektivitet og man er kostnadseffektiv. Produktivitet har dermed å gjøre med hva vi får ut av de ressursene som brukes, mens effektivitet i prinsippet måler hvor godt gjennomført

selve prosessen er. Bruker en mer ressurser enn en burde ut fra en antatt standard, kalles dette slakk. Hensikten med å måle slakk er å kunne finne fram til hvor i organisasjonen merforbruket skjer, for å avdekke hvor ansvaret ligger (Pettersen m. fl, 2008).

Sammenligninger av produktivitet forutsetter at det ikke er uobserverbare forskjeller i kvalitet. Dersom kvalitet er vanskelig observerbar, kan kvalitetsforskjeller feiltolkes som forskjeller i produktivitet (Magnussen 2005). Ved å sammenholde faktisk produktivitet mot beste praksis vil det si noe om hvordan situasjonen er i forhold til hva den ideelt sett kunne ha vært. En sammenligning av kostnadsnivå i sykehus vil være avhengig av at man bruker sammenlignbare størrelser. Forskjeller i produktivitet kan skyldes forhold som reelle produktivitetsforskjeller, modellfeil i måling av kostnader, eller målefeil i måling av produsert volum. Bruken av DRG- systemet er en metode som er utviklet for å kunne sammenligne ressursbruken mellom pasientgrupper. Metoden gir mulighet for å kontrollere for ulikt ressursbehov mellom ulike pasientgrupper. Aktiviteten defineres dermed som antall DRG-poeng. Intensjonen i DRG-systemet er at prisen skal reflektere gjennomsnittspasienten i en gruppe. Systematiske skjevheter medfører at det ikke kostnadsnøytralitet mellom DRG-ene for gjennomsnittspasienten. (Pettersen m. fl, 2008).

Flaskehals defineres som produksjonsfaktorer som har mindre kapasitet eller tilgjengelighet enn de andre produksjonsfaktorene som inngår i en produksjonsprosess, og som dermed begrenser kapasiteten eller totalaktiviteten. Flaskehalsproblemet oppstår når det er kapasitetsskranker i kjeden av arbeidsoppgaver som har innbyrdes sammenheng (Hoff, 2005). For pasienter vil behandling avhenge av et samvirke mellom de enheter som gir helsehjelp. Ansvarsproblemet er knyttet til utfordringen med å ivareta et helhetlig ansvar når pasientbehandlingen involverer mange forskjellige personer og funksjoner /avdelinger (Pettersen m. fl, 2008).

2.4 Benchmarking

Benchmarking står for systematiske sammenligninger og kalles også for målestokk-konkurranser. Statoil definerer benchmarking som:

”Målinger og sammenligninger av produkter, tjenester og prosesser med ”de beste” for å identifisere og implementere den beste måten å drive virksomheter på, som et ledd i det kontinuerlige forbedringsarbeidet” (Strand, 2001:450).

Benchmarking er en strategi for å opparbeide seg kunnskap om konkurrentenes beste handlemåter. Benchmarking hevdes å være en aktivitetsfremmende prosess som vil endre virksomheten på en strukturert måte. Hensikten er å forstå og oppdage hvilke arbeidsmetoder som kreves for å nå nye mål. Videre beskrives benchmarking som å lære å finne, og å lære å ta i bruk "det beste" fra "de beste" (Strand, 2001).

Det er to krav som bør være oppfylt for at sammenligningen skal gi mening. Det vi sammenligner må være uttrykk for, eller være indikator på det fenomenet vi sammenligner. Ønsker vi for eksempel å sammenligne effektiv ressursbruk, må vi finne et uttrykk for det. Indikatorer for ressursbruk må være avgrenset og knyttet til aktiviteter. I tillegg bør det være mulig å oversette det man sammenligner til handling eller handlingsplaner. Verdien av å sammenligne ligger i potensialet til å gjøre noe på en annen og bedre måte. Aggregerte tall, som gjennomsnittskostnader for sykehus, kan nok gi en viss pekepinne, men slik informasjon er vanskelig å oversette til handling. Ved alle former for sammenligning gjelder det å skille mellom "kjekt å ha" og "verd å vite". Det betyr at slike analyser bare er relevante dersom de kan brukes for å ta kloke beslutninger (Pettersen m. fl, 2008).

I følge Pettersen m. fl. (2008) finnes det flere måter å gjøre benchmarking på. Et skille går mellom finansiell og ikke-finansiell sammenligning. De finansielle sammenligninger fokuserer på økonomiske størrelser som for eksempel kostnader. Et annet skille går mellom intern og ekstern sammenligning. Intern sammenligning gjelder innenfor egen virksomhet. Slike sammenligninger kan gjøres mellom enheter eller innenfor en enhet over tid. Med utgangspunkt i finansiell / ikke finansiell og intern /ekstern benchmarking er det fire kombinasjonsmuligheter:

Intern, finansiell sammenligning kan være budsjettoverskridelser over tid og mellom enheter i et sykehus. Ekstern, finansiell sammenligning kan omfatte ressursforbruk per indekspasient mellom ulike sykehus. Intern, ikke finansiell sammenligning kan gjelde overtidsbruk målt i timer innenfor en enhet over tid eller mellom enheter på samme sykehus. Ekstern, ikke finansiell sammenligning kan være kirurgers relative bruk av tid på operasjoner mellom ulike sykehus.

Sammenligninger på internasjonalt og nasjonalt nivå skjer med aggregerte data. Slike sammenligninger kan være nyttige for å trekke oppmerksomheten til spesielle områder. Av den grunn framstilles SAMDATA- statistikk som grove indikatorer som gir grunnlag for

sammenligninger mellom helseforetak og innenfor samme foretak over tid. Sammenligninger av kostnader knyttet til aktivitet i sykehus forutsetter at uttrykk for aktivitet kan sammenstilles med uttrykk for ressursforbruk. Mangelfulle data og feilmålinger vil gi måleproblemer og feilaktige mål. Ulik organisering og strukturelle forhold kan gi reelle produktivitetsforskjeller (Pettersen m. fl, 2008).

Sammenligninger bygger ofte på kalkyler. Et kalkyleobjekt er hva som helst vi ønsker å beregne eller måle kostnadene for, og som har det til felles at de forbruker eller mottar ressurser (Hoff, 2005). Ulike beregningsmåter gir ulike bilder av hva pasientgrupper koster. Analysene må skreddersys til de formålene de skal tjene (Pettersen m. fl, 2008).

2.5 Aktivitetsstyring og ressursbruk

Aktivitet er det man gjør i forbindelse med pasientbehandling eller annen virksomhet i sykehus. Det er aktivitet som forbruker ressursene og aktiviteter er derfor sentrale dersom man ønsker å påvirke ressursforbruket. Ressursforbruk per aktivitet kalles aktivitetsstyring. Aktivitetsstyring har fokus på hva ressursene brukes til og ser ikke på den egentlige kostnaden. Mål er det man ønsker å få ut av aktivitet og produksjon, som for eksempel ”Mer helse for hver krone” (Pettersen 2008).

Bjørnenak (2001) hevder at det er viktig at man forstår hva som driver ressursbruken for å kunne styre (Askildsen og Haug, 2001). Styring i offentlig sektor er i sin alminnelighet opptatt av aktiviteter. Langt mindre oppmerksomhet har vært rettet mot resultatet av aktivitetene og måten aktivitetene er gjennomført på (Mauland og Mellempvik, 2004).

God ressursutnyttelse er å utnytte ressursene på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst. Det innebærer også rett tjeneste til rett bruker til rett tid. Det er krav om høy produktivitet og effektiv behandlingsflyt uten at det oppstår flaskehalser. Det gjelder også å utnytte behandlingsskapiteten på en kostnadseffektiv måte. (Pettersen m. fl, 2008).

2.5.1 Målstyring

Helsereformens krav om kostnadseffektivitet og fokus på resultat ansvarliggjør lederne i å påvirke organisasjonen slik at ressursbruken innrettes mot å oppnå fastsatte mål (Johannessen

og Olaissen, 2007). Etzioni (1982) fremstiller mål som en ”- *beskrivelse av en ønsket framtidig tilstand*” (Etzioni i Jacobsen og Thorsvik, 2007: 31).

Målstyring betegnes som den prosess som tar utgangspunkt i å styre aktiviteter og ressursbruk mot prioriterte mål og resultater. I følge Høst (2005) er ikke målstyring at man setter mål, men at man har en sterk fokusering og styring mot resultater for virksomheten. Å arbeide målrrettet kan bety at en skaper større innsikt i årsakssammenhenger og avhengigheter, og det betyr at en legger et bedre motivasjonsgrunnlag for ledere og ansatte. Første skritt mot bedre ledelse er, å finne ut hvilke oppgaver det er verdt å utføre, og så utføre disse så effektivt som mulig. Dette er noe som kan skape konflikt mellom det helsepersonell mener er god nok kvalitet og de økonomiske rammer. Derfor må målstyring inneha flere elementer. Målstyring innebærer et løfte om å bygge bro mellom toppledelsens arbeid med langsiktige strategiske mål og resten av organisasjonens behov for kortsiktige operative mål (Strand, 2001).

Begrepet **balansert målstyring** er utviklet av Kaplan og Norton for å unngå en enøyd tilnærming til effektivitet. Verktøyet måler fire forskjellige dimensjoner, det finansielle, brukerperspektivet, produksjonsprosesser og evne til læring og vekst (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Ved aktiv bruk av måleparametere innen de fire dimensjonene, kan rapportering og oppfølging knytte sammen strategier og handlingsplaner. Hensikten er å redusere gapet mellom strategier opp mot daglig drift. Balansert målstyring tar sikte på å utvide perspektivet gjennom å fokusere på bakenforliggende årsaker som drivere i forhold til langsiktig måloppnåelse og strategi. Balansert målstyring inkluderer derfor bruk av både finansielle og ikke- finansielle mål. Bestillerdokument fra eier til regionalt foretak og videre til helseforetak kan betraktes som et forpliktende strategidokument som fastsetter kortsiktige og langsiktige mål for foretakene. Utfordringen ligger i å måle, ikke bare det man ønsker å måle eller som er lett å måle, men også de faktorer som har størst betydning for overordnet måloppnåelse (Pettersen m. fl, 2008).

Helse – og omsorgsdepartementet innførte nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten i 2003. En kvalitetsindikator er et indirekte mål på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorerne er å gi publikum og brukerne, helsepersonell, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Av nasjonale kvalitetsindikatorer kan nevnes

stykningsprosent fra operasjonsprogram, preoperativ liggetid for hoftebrudd og sykehusinfeksjoner. Videre er det utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer innen intensivmedisin (Helsedirektoratet). Bruk av kvalitetsindikatorer kan fungere som støtte til virksomhetsstyring og intern kvalitetsforbedring, og de kan brukes for å sammenligne tjenestenes faglige standard og hvilke resultater som er oppnådd (Pettersen m. fl, 2008).

2.6 Helsereformens krav til ledelse av sykehus

Sykehusreformen i 2001 hadde til hensikt å forbedre tilbudet til pasientene gjennom bedre organisering og enhetlig ledelse. Dette skulle skje via markedsorienterte ideer hentet fra private virksomheter, også kalt New Public Management (NPM). NPM kjennetegnes av at pasientene betraktes som kunder, hvor krav om service og kvalitet er sentrale begrep, og hvor ansvar og lønnsomhetstenkning blir pålagt lederne. Johannessen og Olaisen (2007) uttrykker lederne rolle som avgjørende for reformens skjebne. De omtaler ledelsesbasert styring som den ”*markeds orienterte logikk*”. Videre hevder de at denne logikk i stor grad har fått modellmakt i helsesektoren. NPM sies å være målstyring satt inn i et moderne mikroøkonomisk system hvor hensikten er en bedre forvaltning av offentlige ressurser. Sentralt i NPM er tanken om konkurranse både internt i sykehus og mellom sykehus og som kjennetegnes ved at den har et sterkt fokus på effektivitet og produktivitet Både innholdet i helsereformens og tendenser i samfunnet forøvrig har satt ledelse på dagsordenen og ledelse i fokus. Lederne må kunne ta ansvar, få fullmakter og privilegier. Bestemte styringsteknikker knyttes til det å utøve ledelse. Ledere utpekes som de som skal innføre og iverksette ”det nye” (Strand, 2001).

2.6.1 Leders ansvar og funksjoner

Å lede en organisasjon strategisk handler om å forholde seg aktivt til omverdenen og sine generelle oppgaver, at man kan skilte med visjon, forretningssidè, mål og verdier (Strand, 2001). Strategiprosesser handler om å utforske de muligheter som finnes. Strategi vil si å lage en plan som kartlegger mål for virksomheten for å oppnå en optimal utnyttelse av organisasjonens ressurser. Styring skal sikre at mål nås på en formåls og kostnads effektiv måte. Strategi for ledelse er å utvikle kompetanse og strategier for å takle endringer i omgivelsene og å organisere og lede på en god måte (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Med utgangspunkt i at ledelse er en aktivitet som finner sted innenfor organisatoriske rammer definerer Haukedal (2005) ledelse som:

”utførelse av funksjoner for effektivt å tilegne seg, fordele og utnytte menneskelige ressurser for å nå mål” (Haukedal, 2005:392).

Alle i en virksomhet har mål for arbeidet, men ledere har som særtrekk at mål først og fremst skal nås gjennom andre menneskers arbeid (Haukedal, 2005).

Lederens oppgaver består i å planlegge, å organisere, å styre, å koordinere og å kontrollere. Bryman (1996) definerer ledelse som en prosess, en sammenhengende rekke av handlinger som har til hensikt å utøve innflytelse på en gruppe mennesker, slik at gruppen kan sette seg mål og nå disse målene (Jacobsen og Thorsvik, 2007).

Mintzberg (1979) strukturerer ledelse i tre ulike nivå: Toppledelse, mellomledelse og den operative kjerne. Toppledelsen er virksomhetens øverste leder som det forventes har oversikt over organisasjonen. Mellomlederne står mellom toppledelsen og den operative kjerne. De har som oppgave å føre tilsyn med, og formidle informasjon fra toppledelsen og ned til den operative kjerne og motsatt. De skal også koordinere produksjonen (Høst, 2005). Ledere på alle nivå bærer det helhetlige ansvar for at aktivitetene og resultatene er i henhold til lover og forskrifter, mål og rammer fastsatt av myndigheter og sykehuseier. De har ansvar for det faglige innhold, kvalitet, fordeling av tjenester og økonomiske resultat (St.prp.nr.1 2006-2007).

For å tilfredsstille kravene kan man ut fra dette si at lederens rolle er å jobbe strategisk for å sikre kontinuerlige forbedringsprosesser basert på læring, imitasjon eller kopiering av andre (Strand, 2001).

2.6.2 Å lede lærende organisasjoner

I følge Robbins (1993) skjer læring når:

”individer, grupper eller organisasjoner foretar en relativ permanent endring av adferd på grunnlag av erfaring” (Jacobsen og Thorsvik, 2007:298).

Læring er således en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen. Sykehus klassifiseres som ekspertorganisasjoner der fagene og fagfolkene er helsetjenestens viktigste grunnmur og verdiskaper. Norske helsetjenester holder et høyt faglig nivå og fagmiljøene har et ansvar knyttet til det å innføre ny kunnskap og fase ut gammel (St.prp.nr.1 2006-2007). For å fremme

verdiskapningsprosessene i sykehus er prestasjonene til de ansatte en viktig faktor. I følge Henry Mintzberg kjennetegnes en ekspertorganisasjon av sterke og parallelle autoritetshierarkier. Dette medfører at profesjonene har stor grad av selvstyre. Lederens rolle og utfordring i dette blir på mange måter å være en tilrettelegger, støttespiller, veileder og inspirator for medarbeideren. I følge Mintzberg må lederen lede på de ansattes premisser:

”høyt utdannede profesjonelle kan ikke kommanderes, de må overtales med argumenter” (Høst, 2005:68).

I praksis er ledelse av kliniske virksomheter såpass omfattende både medisinsk og sykepleierfaglig at kommunikasjon og samhandling er en forutsetning for god drift og høy kvalitet på tjenesten. Når sykehus beveger seg fra forvaltningsorganisasjoner til produksjonsbedrifter vil god ledelse være en kritisk suksessfaktor (Pettersen m. fl, 2008).

”De organisasjoner som lykkes i fremtiden er de organisasjoner som oppdager hvordan de skal vekke til live menneskers motivasjon og fremme deres evne til å lære i organisasjoner” (Senge i Gaustad 1998).

Læring i felleskap er nødvendig fordi det er grupper, og ikke individer som er det fundamentale læringsmålet. Våre mentale modeller er inngrodd antagelser som påvirker vår måte å forstå og tolke verden på. For å klargjøre sammenhengen mellom egen læring og organisasjonens mål kreves en gjensidig forpliktelse mellom individene og organisasjonen.

Visjon utviklet i felleskap vil frembringe læring gjennom aktørens lojalitet og vilje. Senge mener vi må definere hva vi skal lære og hvorfor. Systemtenking skal øke evnen til å vurdere hvordan egne handlinger virker inn på andre forhold og hvordan relasjonen mellom handling og organisatoriske elementer fungerer (Gaustad i Nordhaug, 1998).

Gaustad (1998) hevder videre at dynamiske interaksjonsprosesser er vilkår som må være til stede for å kunne skape organisatorisk kunnskap. Lederskapsmodellene, ”top-down” og ”bottom-up”, henter frem det beste i denne modellen. Her ser man for seg at toppledelsen skaper og artikulere organisasjonens visjoner og drømmer, mens mellomlederne utvikler mer konkrete konsept som medarbeiderne kan forstå og anvende på det operative plan. Mellomlederen opererer som brubygger mellom visjon og kaotiske realiteter. Dette krever en tilpasset organisasjonsstruktur. Det sentrale kravet som er satt til utforming av slike kunnskapsbyggende organisasjoner, er i følge Gaustad:

”å utstyre de med strategisk evne til å skaffe til veie, skape, utnytte og akkumulere ny kunnskap i en kontinuerlig, repeterbar og sirkulær prosess” (Gaustad i Nordhaug, 1998: 148).

Interaktiv ledelse handler om å lede kunnskapsutvikling, kunnskapsintegrering, kunnskapsoverføring og praktisk anvendelse av kunnskap. I dette ligger individets omgang med andre individer og team som en grunntanke for å kunne øke den kognitive kapasiteten som generer kreativitet. Hvor kreativitet handler om originalitet som fører til nye måter å se ting på og å skape nye ideer gjennom mentale prosesser. Dette er prosesser assosiert med fantasi, innsikt, oppfinnelse, innovasjon, klokskap, intuisjon, inspirasjon og innsyn. En forutsetning i dette er at for at en ide skal kunne klassifiseres som kreativ, må den også være passende og nyttig. Når mennesker kommuniserer med hverandre, spiller både informasjon, assosiasjoner og ideer samt holdninger og følelser inn og påvirker hvordan det hele blir oppfattet og tolket av dem som kommuniserer (Johannessen og Olsen, 2008).

2.7 Oppsummering av teori

Sykehusreformen betraktes som en ledelsesreform, hvor kravet til enhetlig ledelse, faglig kvalitet og økonomisk balanse er tydeliggjort fra de styrende myndigheter. Økte krav til ledere medfører et økende behov for kunnskap om økonomi og ledelse. Styringskravene medfører at ledere må ha styringsverktøy til disposisjon. Benchmarking er et diagnostisk styringsverktøy som kan brukes av ledere som kilde til læring og endring. I teorikapitlet har vi derfor beskrevet teori som belyser dimensjoner ved ekstern ikke finansiell benchmarking. Kunnskap om kostnader, effektivitet, produktivitet og aktivitet gir grunnlag for beste praksis. Videre mener vi ledere må ha kunnskap om andre sentrale ledelsesverktøy som økonomi og målstyring. Denne kunnskapen mener vi vil gjøre oss åpne og kritiske for å lære av benchmarking. Teori som er belyst i dette kapitlet blir drøftet mot empiri i analysedelen.

3 METODE

Her beskriver vi og begrunner vårt valg av metode for å besvare vår problemstilling. Vi beskriver framgangsmåte og våre erfaringer fra datainnsamlingen. Til sist evaluerer vi forskningsprosessen og vurderer reliabilitet og validitet av data.

3.1 Valg av forskningsmetode

Johannessen, Kristoffersen og Thufte (2004) beskriver samfunnsvitenskapelig metode som framgangsmåten vi bruker for å innhente informasjon om virkeligheten. Det dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data. Sentralt i empirisk forskning er systematikk, grundighet og åpenhet. Metodelæren kan hjelpe oss til hensiktsmessige valg. Den gir oss oversikt over alternative framgangsmåter og konsekvenser av å velge de enkelte alternativer. Samfunnsvitenskapen kan sies å ha en ontologisk tilnærming, hvor hensikten er å etablere kunnskap om hvordan den sosiale virkelighet ser ut. Hvordan vi får kunnskap om virkeligheten og hvilke metoder som benyttes for å få den fram, kalles for epistemologiske spørsmål. Fortolkning er grunnleggende i samhandlingen mellom mennesker og for vår kunnskap om den sosiale virkelighet.

Vårt forskningsspørsmål går ut på å gjøre en ikke finansiell sammenligning av drift mellom avdelinger ved Helse Sunnmøre Ålesund og Nordlandssykehuset Bodø. Vi har derfor valgt å benytte en kvalitativ, fenomenologisk tilnærming med åpne intervju og personlige observasjoner for å samle data om operasjonssentralen og intensiv avdelingen. I tillegg analyserer vi kvantitative data innhentet fra aktivitetsregistreringer ved de to sykehusene.

Vår innsamling av empiri har som formål å forstå og forklare. Fenomenologisk åpne intervju, består av åpne spørsmål og intervjuet får form som en samtale. Vi utvikler en intervjuguide ut fra de ulike dimensjonene vi ønsker å se nærmere på, og som vi forventer å ha nytte av ved vår sammenligning. Dimensjonene vi sammenligner er personellressurser, måter å organisere på, aktivitet og leders bruk av styringsverktøy. Videre har vi sett på flaskehalser og bygningsmessige forhold. Dette er forhold som vi av erfaring vet kan ha betydning for kostnadseffektivitet. Siden enhetene representerer ulike fagfelt blir intervjuguidene derfor litt forskjellige. På denne måten mener vi å kunne fange opp forskjeller ved de enkelte enhetene. Vi ønsker med intervjuene å avklare nærmere og få frem en nyansert beskrivelse av informantenes avdelinger. Ved å stille åpne spørsmål gir vi mulighet til dialog. Hensikten er å

få en dypere forståelse av hvordan avdelingene i Helse Sunnmøre Ålesund fungerer. Dette er i tråd med den hermeneutiske tenkemåte som søker etter en helhetlig forståelse av menneskets livsverden. Meningsfulle fenomener er forståelig ut fra den sammenheng eller kontekst de forekommer i. Det er sammenhengen som gir dem en bestemt mening, og fremskaffer de nøkler man må ha for å kunne forstå dem. Kvalitativ metode er i følge Johannessen m. fl (2004) best egnet for å få tak i denne type fenomener.

Vi har også analysert kvantitative sekundærdata fra operasjon og intensivavdelingene. Data som analyseres er aktivitetsdata som leveres til Norsk Pasientregister. Vi har også sammenlignet kvantitative data som omhandler personalressurser. På denne måten mener vi å ha skaffet oss data som gir et mer helhetlig bilde av driften ved de aktuelle avdelingene. I følge Jacobsen og Thorsvik (2008) har vi foretatt en pragmatisk innsamling av data der forskjellen mellom kvalitativ og kvantitativ informasjon først og fremst ligger i de data man samler inn. Hva vi får av informasjon, vil i stor utstrekning avhenge av hvilket perspektiv vi har til fenomenet. Ved å være bevisst vårt perspektiv, desto bedre vil vi bli i stand til å drøfte styrker og svakheter ved et perspektiv i forhold til et annet. Vår problemstilling, sammen med våre antagelser, vil alltid være forenklete bilder av "virkeligheten", og som vil bestemme hva vi fokuserer på og hva vi bagatelliserer.

For at forskning skal betraktes som troverdig stilles det krav om objektivitet (Johannessen m. fl, 2004). For samfunnsmessige fenomener er dette problematisk da sosiale fenomener er verdibaserte og kan oppfattes på forskjellige måter avhengig av hvem som observerer. Kravet til objektivitet kan forstås som at forskeren må være saklig uhildet og upartisk. Forskeren kan ikke være subjektiv ved å la egne følelser og oppfatninger dominere forskningen. Vårt forskningsspørsmål handler om å sammenligne driften i sykehusavdelinger som er definert som sammenlignbare. Det er avdelinger som i 2007 er målt til å være kostnadseffektive. Vi skal altså intervju noen som er målt til å være "bedre enn oss". Dette kan påvirke vår evne til å være verdinøytrale. På forhånd må vi regne med å finne data som ikke er fordelaktige for vår virksomhet. I følge Johannessen m. fl (2004) er det viktig å være bevisst at når det forskes på et fenomen, skjer en selektering av hva det forskes på. Vi skaper vår egen virkelighet og ser det vi ønsker å se. Slik at når vi studerer en organisasjon, vil vi alltid, bevisst eller ubevisst, velge bort noe. Derfor vil våre valg ha betydning for den "virkelighet" vi får fram i vår undersøkelse. Dette er forhold som det må redegjøres for når resultatet skal formidles.

Før vi starter med vår oppgave, leser vi relevante teorier, og reflektere over hvilke metoder vi skal bruke for å finne svar. Vi studerer årsrapporter, SAMDATA- rapporter og andre benchmarking - rapporter. I følge Johannessen m. fl. (2004) vil mye av data være teoriimpregnert, det vil si at forskeren sjelden starter med blanke ark og tilnærmer seg fenomenet uten oppfatninger av det som undersøkes.

3.2 Datainnsamling

For å skaffe oss informasjon avtaler vi hospitering i Helse Sunnmøre Ålesund. Vi planlegger to dager til intervju og observasjoner i avdelingene. Vi ønsker å intervju øverste leder ved ”anestesiavdelingen” og informanter med samme type ansvar og funksjon som oss selv. I tillegg har vi samtaler med helsepersonell som er ansvarlige for registrering av intensiv og operasjonsaktivitet. Dette klargjør vi ved å sende en formell søknad til avdelingssjefen hvor vi presenterer oss selv og vår hensikt. Avdelingslederen formidler så kontakt videre til enhetslederne ved kirurgisk intensiv, anestesi og operasjon. For at informantene skal ha mulighet til å forberede seg til intervjuene sender vi på forhånd intervjuguidene på e-post. Før vi reiser til Ålesund innhenter vi sekundærdata fra intranettsider om Helse Midt RHF og da spesielt Helse Sunnmøre Ålesund. I tillegg kommuniserer vi via telefon og e-post med de aktuelle lederne. Vedvarende observasjoner innebærer å tilbringe nok tid for å bli kjent i feltet, slik at man kan skille mellom relevant og ikke relevant informasjon, og for å bygge opp tillit. Vi føler oss godt forberedt når vi drar.

3.2.1 Intervjudata

Vi intervjuer enhetsledere ved kirurgisk intensiv-, anestesi- og operasjonsenhetene den 14. og 15.oktober 2009. Avdelingsleder blir på grunn av tidspress, telefonintervjuet den 16.10.09. Ved gjennomføring av intervjuene benytter vi lydopptaker for å få frem fyldige beskrivelser. Vi er også enige om å følge hverandre gjennom avdelingene slik at vi får den samme opplevelse av hospiteringen, og at begge er deltagende under intervjuene. Vi gjennomfører intervjuene ved at en av oss intervjuer og den andre noterer.

Under intervjuene er det den som kjenner fagfeltet best som stiller spørsmålene. Vi mener at denne er best kvalifisert for å få til en god dialog. Ut fra det hermeneutiske paradigme vil vår erfaring som ledere i de samme fagfeltene føre til at vi lettere kan tolke konteksten vi forsker på. Vi har de nøkler som skal til for å forstå sammenhenger og dermed tolke og forstå. Vi kjenner oss igjen. Vi oppdager også at vi legger ulik betydning i ordene alt etter hvilken avdeling vi tilhører selv. Hver spesialitet har sin måte å uttale seg på. På den andre side ser vi

at innspill og ”dumme” spørsmål fra den andre, gjør at nye og interessante vinkler blir tatt. Det medførte at tema ble ytterligere utdypet.

Vi besøker et for oss ukjent sykehus, og vi intervjuer ledere som vi kun har hatt kontakt med på e-post og telefon. Vi opplever derfor at noen av informantene er noe usikker i starten, men dette bedrer seg etter hvert. Kan de svare på våre spørsmål? Vil vi stille spørsmål som fører til at de gir oss informasjon de ikke har lyst til å utlevere? Ved det første møtet tar det kun sekunder før man danner seg et inntrykk av den andre, om inntrykket er godt eller ikke vil kunne påvirke en intervjusituasjon.

Siden vi ønsker å få så god informasjon som mulig, kan nok intervjuguiden virke noe detaljert (se vedlegg 1-4). Intervjuguiden er ment å være rammen om samtalen. Vi følger den ikke til punkt å prikke. Noen av spørsmålene er besvart under omvisning i avdelingene. Informantenes tolking av våre åpne spørsmål medfører også at de svarer forskjellig på de ulike spørsmålene. Dermed kommer svarene på forskjellige steder i intervjuene. Dette betraktes som et kjennetegn på ustrukturerte åpne intervjuer. Underveis forteller vi litt om egne erfaringer og hvordan vi løser de problemstillinger som vi gjenkjenner. Vi opplever at det mykner opp stemningen og at den ustrukturerte formen på intervjuene er med på å skape tillit og åpenhet. Intervjuene blir på denne måten en gjensidig situasjon hvor både vi og informantene får ideer og innspill til endringer. Det blir en vinn - vinn situasjon hvor vi også gir noe tilbake til informantene. Intervjuene blir samtaler hvor vi gir hverandre gjensidig informasjon.

3.2.2 Sekundærdata

For å kunne sammenligne aktivitet ved avdelingene har vi brukt kvantitative sekundærdata. Det er anonymiserte virksomhetsdata som viser til aktivitet ved operasjons- og intensivavdelingene ved de to sykehusene. Disse data rapporteres til Norsk pasientregister. Norsk pasientregister er et sentralt helseregister som drives av Helsedirektoratet. Når pasienter henvises eller behandles i sykehus, blir opplysninger registrert ved behandlingsstedet. Et utvalg av data sendes til Norsk pasientregister.

Andre sekundærdata som vi bruker er data fra rapport ”Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund”. Vi har også innhentet sekundærdata fra Helse Sunnmøre Ålesunds internettside.

3.2.3 Egne observasjoner

Metodetriangulering vil si at forskeren under feltarbeidet bruker ulike metoder, for eksempel både observasjon og intervju (Johannessen m. fl, 2004). Ved å benytte flere tilnærminger i en undersøkelse, kan man veie opp for de svake sidene ved hver av metodene. Et åpent kvalitativt intervju handler om å observere og få informasjon også gjennom den andres kroppsspråk. Det er ikke alt som sies med ord. Observasjon fordrer at forskeren er til stede i situasjonen og registrerer sine iakttagelser gjennom sanseintrykk. For å kunne ha fullt fokus på informanten velger vi derfor å ta opp intervjuene på bånd. Når vi transkriberer lydintervjuene i ettertid, merker vi at latter og tonefall endrer betydning i det sagte. Det er også mye sagt i det usagte, noe som er med på å påvirke tolkningen. Der vi er usikre på betydningen av hva som sies, oppsummerer vi vår forståelse i form av spørsmål. På den måte får vi bekreftelse på at vi har oppfatter rett. Dette mener vi kan sikre tolking av data.

En av informantene ønsker ikke å bli tatt opp på lydbånd. Dette må vi respektere. Vi skriver ned notater fra samtalen vår. Dog erfarer vi at det er lett å miste detaljer ved å ha fokus på notatene. Å ikke ha blikkontakt gjør også at viktig informasjon kan glippe. Her blir det spesielt viktig å være to for å få skrevet ned mest mulig. Dette ene intervjuet arbeider vi med allerede samme kveld for å få ned på papiret de fleste poengene mens opplysningene ennå er ferske. Vi ser i ettertid at dette intervjuet har færrest opplysninger. Her må vi etterspørre flere poeng for å få avklart eksakt tolking og betydning.

3.3 Evaluering av metode

Validitet og reliabilitet er sentrale begreper når en metode skal evalueres. Validitet kan defineres som gyldighet, det vil si hvor godt data representerer det fenomenet som skal undersøkes. Det handler også om i hvilken grad det er relevant å overføre resultater fra en undersøkelse til andre områder og situasjoner. Reliabilitet eller pålitelighet knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen, A. m fl, 2004). Det er også viktig å vurdere om forskerrollen er ivarettatt på en troverdig måte.

3.3.1 Validitet

Ved utarbeidelse av intervjuguide diskuterer vi hvilke spørsmål som bør stilles for å få de data vi trenger til vårt forskningsspørsmål. Vi tester intervjuguiden på ledere i egen avdeling. Ut fra dette korrigerer vi spørsmålene og spisser dem i henhold til forståelse og tydelighet. Vi erfarer at vi differensierer spørsmålene alt etter hvilken enhet de rettes mot. Dette for å få frem det spesifikke med hver enkelt enhet. Under trianguleringen får vi også tips fra

testinformanten om data som kan være viktig å belyse. Triangulering gav oss bekreftelse på intervjuguidens gyldighet. Ved testintervjuet finner vi også ut hvor lang tid vi må beregne per intervju.

En vanlig definisjon av validitet innenfor kvantitative undersøkelser er spørsmålet om vi måler det vi tror vi måler? Det dreier seg om i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Sekundærdata vedrørende aktivitet får vi tilgang til fra de som er ansvarlige for registrering og kvalitetssikring av data ved de to sykehusene. Ved avdelingene foregår mye av virksomhetsregistrering av vakthavende personell. I ettertid er det dedikerte personer som kvalitetssikrer data. Erfaringsmessig vet vi at slike systemer har brister. En av utfordringene vi møter er at sykehusene har forskjellige elektroniske pasientjournalssystemer. Ulike strukturer i avdelingene gir forskjeller på hvor og hvordan aktivitet utføres. Vi ser at det blir utfordrene når data skal sammenlignes på et så oppsplittet nivå som det avdelinger og enheter er. Det viser seg å være en mer krevende prosess å samle kvantitative data enn det vi forventer på forhånd.

3.3.2 Reliabilitet

I følge Johannessen m. fl (2004) kan troverdighet styrkes ved at man tilbakefører resultatene til informantene for å bekrefte resultatene. Dette gjør vi ved å sende de transkriberte intervjuene tilbake for godkjenning. Vi får da kommentarer og rettelser tilbake fra informantene. Denne trianguleringen mener vi er med på å kvalitetssikre data. Det samme gjør vi når vi har gjort funn i de kvantitative data som vi ikke forstår.

Vår lange erfaring i fagområdet, både som klinikere og som ledere, mener vi er med på å øke reliabilitet til at kvalitative data er tolket presist.

I studier kan man sammenligne samme type data for to like grupper. Dersom resultatene er like kan det være uttrykk for høy reliabilitet. I vår sammenligning har vi hentet pasientdata fra godkjente pasientvirksomhetsregistreringer. Det er utformet standardiserte prosedyrer for registreringer. Dette burde sikre reliabilitet til sekundær data. Samtidig vet vi at mange variabler kan påvirke registreringspraksis. Er det samme personer som registrerer eller er det flere som gjør det? Hvordan retningslinjer for registrering tolkes vil også variere. Ved uthenting av virksomhetsdata erfarer vi at data registreres forskjellig. Vi ser at dette kan være kilde for feil.

Ved representative kvantitative undersøkelser er det mulig å gjøre statistiske generalisering av funn fra et utvalg til en populasjon. I vår sammenligning antar vi at de kvalitative data er statistisk genererbar ut i fra at det er likhet i befolkningsgrunnlaget til de to sammenlignede sykehusene.

Reliabilitet handler om studiets gyldighet og om funn er overførbare til andre sammenhenger. Vår undersøkelse er gjort med bare fire informanter. Vi har brukt en pragmatisk tilnærming med både kvalitative og kvantitative analyser av data. Vi mener det gir en helhet for studiet, da en kvalitativ metode alene ikke ville belyse problemstillingen godt nok.

Vi mener vår erfaring øker autentisitet og at våre funn kan overføres til andre sykehus av samme størrelse. Vi mener studiet støtter vår funn om at forskjeller blir større på et dissaggregert nivå.

3.3.3 Ethiske utfordringer ved innhenting av data

I rollen som intervjuer mener vi det er viktig å være ydmyk fordi vi bruker av informantens tid når vedkommende deler sine erfaringer og kunnskaper med oss. Det er viktig å bruke varhet og være tilstede i situasjonen. Vi ser at vi kunne ha brukt mindre tid på intervjuene, men på den annen side opplever vi at informantene syntes det er et interessant tema og at det er lærerikt å dele sine erfaringer med oss. Det intervjues bare fire ledere, noe som kan vurderes som et lite materiale. Med på den annen side gir dybdeintervjuene mye relevant informasjon, og siden vi selv har erfaring fra samme fagfelt mener vi at vi klarer å analysere kritisk. Siden det i oppgaven kommer fram hvilket sykehus og avdelinger som er gjenstand for undersøkelsen, er det vanskelig å ivareta anonymitet til informantene. Vi velger derfor å benevne lederne som hun, informanten, respondenten eller der det er nødvendig brukes deres tittel. Av den grunn blir triangulering av intervjuene ekstra viktige for oss.

4 EMPIRI

I første del av empirikapitlet har velger vi å beskrive de to sykehusene som sammenlignes, for å gi en forståelse av likheter i nedslagsfelt og aktivitet. Deretter beskriver vi vår erfaring fra besøk ved Helse Sunnmøre Ålesund og de observasjonene vi har gjort, både i form av intervju, men også ved å besøke avdelingene. I empirien sammenligner vi også aktivitetsdata for 2008 fra operasjon- og intensivavdelingene ved de to sykehusene. Vi trekker frem de likheter og ulikheter vi ser og som vi mener har betydning for den kostnadseffektivitet som hevdes å forekomme ved Helse Sunnmøre Ålesund. Gjennom benchmarking håper vi å finne informasjon som kan føre til endring av drift og atferd i egen virksomhet opp mot beste praksis.

Rapport ”Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund” omtales heretter også som sammenligningsrapporten.

4.1 *Bakgrunnsinformasjon*

Nordlandssykehuset HF ble stiftet 18.12.2001, og den somatiske virksomhet skjer ved sykehusene i Bodø, Vesterålen og Lofoten. Foretaket betjener et geografisk område med ca 131 000 innbyggere og dekker befolkningens behov for de fleste spesialisthelsetjenester. Den somatiske del Nordlandssykehuset Bodø er lokalsykehus for 12 nordlandskommuner med ca 78 000 innbyggere. I tillegg til lokalsykehusfunksjon har sykehuset spesialistfunksjoner for store deler av Nordland fylke, til sammen utgjør dette ca 207 000 innbyggere. Nordlandssykehuset Bodø har også enkelte funksjoner som dekker hele Nord-Norge. Dette gjelder blant annet behandling av mennesker med sykkelig overvekt. Aktiviteten i Nordlandssykehuset HF har økt jevnt siden foretaksetableringen. DRG-indeksen for inneliggende pasienter i Nordlandssykehuset Bodø økte fra 1,055 DRG-poeng til 1,104 DRG-poeng i 2008. Denne økning i indeksen tyder på at flere tyngre og ressurskrevende pasienter ble behandlet i 2008 sammenlignet med 2007. Utviklingen totalt innenfor dagopphold er i tråd med sykehusets mål om å vri aktiviteten fra døgn- til dagbehandling (Årsrapport 2008).

Helse Sunnmøre HF omfatter all offentlig spesialisthelsetjeneste på Sunnmøre. Det meste av virksomheten ligger i tilknytting til Helse Sunnmøre Ålesund og Volda sykehus. Etter 1.januar 2002 ble Helse Sunnmøre en del av Helse Midt-Norge RHF. Helse Sunnmøre Ålesund har foretaksovergripende oppgaver for Møre og Romsdal fylke med ca 130.000 innbyggere i de 17 sunnmørskommunene, og lokalsykehusfunksjon for ca. 83 000 innbyggere i nordre Sunnmøre. DRG indeks for inneliggende pasienter ved Helse Sunnmøre Ålesund økte

fra 1,132 til 1,137 i 2008. Samdata rapporten for 2007 viser at Helse Sunnmøre er det femte mest kostnadseffektive helseforetaket i Norge. Foretaket kan vise til både høy aktivitet og lavt kostnadsnivå. Rapporten viser at Helse Sunnmøre er 11 % mer effektivt enn et gjennomsnittsykehus (Årsrapport 2008).

Sammenligning på aggregert nivå

Tabell 1: Aggregert sammenligning mellom Helse Sunnmøre HF og Nordlandssykehuset HF

Nøkkeltall 2008	Helse Sunnmøre HF	Nordlandssykehuset HF
Tall somatiske senger/døgnplasser	349	351
DRG-poeng totalt	29946	29989
Gjennomsnittlige årsverk	2099	3211
Driftskostnader (mill. kr)	2187	2842

En aggregert sammenligning for 2008 kan gi inntrykk av at sykehusene er sammenlignbare ut fra antall somatiske senger og DRG- inntjening totalt. Data er så langt i overensstemmelse med de funn som ble gjort i sammenligningsrapporten. Tabell 1 viser at DRG – poengene er tilnærmet lik, mens driftskostnader og årsverk er høyere for Nordlandssykehuset HF. Her er det viktig å poengtere at tallene gjelder for foretakene som helhet. Siden Nordlandssykehuset HF har flere lokalsykehus og en større psykiatrisk virksomhet, mener vi at foretakene ikke er sammenlignbare. Videre viser årsrapportene at Nordlandssykehuset HF har større nedslagsfelt for spesialisthelsetjeneste på 207 000 innbyggere, mens Helse Sunnmøre HF har foretaksovergripende oppgaver for 130 000 innbyggere.

4.2 Strukturelle sammenligninger

Her sammenlignes og beskrives avdelingenes organisering og tjenestetilbud. Videre beskrives de bygningsmessige forhold.

Organisasjonsstruktur

Akuttmedisinsk avdeling Nordlandssykehuset Bodø hadde i 2008 en avdelingssjef med ansvar for operasjon, anestesi, intensiv, smerte, sterilsentral, dagkirurgi, akuttmottak, ambulanse- bil, fly og helikopter. I Helse Sunnmøre Ålesund er dette delt i to ved at operasjon, sterilsentral og dagkirurgi har egen avdelingssjef. Avdelingssjef for ”anestesiavdelingen” har ansvar for anestesi, kirurgisk intensiv, smerte, akuttmottak, ambulanse- bil, fly og helikopter.

Bygningsmessig sammenligning av operasjonssentralene

Operasjonsavdelinger er egne sentrale avdelinger i sykehus for de operative inngrepene som krever komplisert og mangeartet utstyr, anestesi, spesialutdannet operasjonspersonell, og særlige krav til hygieniske forhold. Anestesipersonell gir bedøvelse til pasienter under operasjoner, samt til medisinske undersøkelser. Anestesipersonell er spesialutdannet for å håndtere opprettholdelse av livsfunksjoner som blodsirkulasjon og åndedrett. Anestesiavdelingene gir tjenester til alle kliniske avdelinger.

Operasjonssentral og intensiv ligger i samme etasje på begge sykehus. Vi observerer at operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund har atskillig større areal enn Nordlandssykehuset Bodø. Operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund har steril gang, en egen korridor som ligger i bakkant av alle operasjonsstueene. Hensikten er å atskille det sterile utstyret fra resten av sentralen. Dette er fordelaktig i forhold til hygiene, men også i forhold til logistikk og transport av utstyr. Her lagres mye av det utstyret som benyttes av operatørene. Tilsvarende utstyr lagres inne på operasjonsstueene og i korridor utenfor operasjonssentralen i Nordlandssykehuset Bodø. Vi erfarer at det skaper trengsel og konflikter i arbeidssituasjonen. Videre har Helse Sunnmøre Ålesund gjennomstikkskap fra steril gang og inn til stueene slik at utstyr kan fylles opp mens operasjoner pågår. Det betyr at nødvendig utstyr til enhver tid er lett tilgjengelig og innen rekkevidde. Dermed får vi inntrykk av at Helse Sunnmøre Ålesund har rikelig med lagringskapasitet i umiddelbar nærhet, noe som oppleves som en betydelig flaskehals i Nordlandssykehuset Bodø. Helse Sunnmøre Ålesund har forberedelsesrom i tilknytning til hver operasjonsstue. Utnyttelse av forberedelsesrom kan effektivisere drift og redusere "tidstyver". I Nordlandssykehuset Bodø oppleves det at bygningsmassen verken er tilpasset dagens teknologi eller behov. Operasjonsstueene er rett og slett for små og omliggende arealer utnyttet maksimalt. Dette er noe som skaper vanskelige arbeidsforhold under selve operasjonene, og som skaper problemer i forhold til renhold og fleksibilitet.

Bygningsmessig sammenligning av intensiv

I følge definisjon har en intensivpasient truende eller manifest svikt i ett eller flere vitale organsystemer, og hvor det er håp om bedring. De behandles ofte for sviktende åndedrett, sviktende sirkulasjon og/eller forstyrrelser i væskebalansen. Intensivpasientene skal behandles i intensivavdeling. Intensivavdelinger er spesielt utformet, og har mye spesialutstyr. Det trengs god plass for medisinteknisk utstyr som er nødvendig for krevende intensivbehandling. Det stilles formelle krav til spesialutdanning i intensivsykepleie for å jobbe her.

Anestesilegene som er tilknyttet avdelingene har det medisinskfaglige ansvar. Intensivavdelinger kan være organisert forskjellig, ofte er det tilknyttet oppvåkingsavdelinger eller post operative avdelinger til de generelle intensivavdelingene. Her ligger det nyopererte pasienter og pasienter som har vært til annen behandling og trenger observasjon før de kan tilbakeføres til vanlig sengepost.

I Helse Sunnmøre Ålesund ligger kirurgisk intensiv og medisinsk intensiv på rad i samme korridor, kun avskilt av en åpen branndør. Avdelingene har felles lager for medisinteknisk utstyr. Kirurgisk intensiv består av en intensivhet og en postoperativ enhet. På den kirurgiske intensivheten har de 1 til 4 sengerom. I nær tilknytting ligger postoperativ enhet, hvor de pasienter som har vært til mindre kirurgi ligger. Intensiv i Nordlandssykehuset Bodø er bygningsmessig organisert i fire pasient saler. En av salene er beregnet på intensivpasienter, de andre salene er beregnet på lett og tung oppvåkning. I byggets midtkjerne ligger lager og andre støtterom. Dette gjør at det er kort vei for å finne utstyr og medisiner. Begge avdelingene er preget av trangboddhet. Fordelen med trangboddhet er at det er kort vei til utstyr og at personalet blir mer samlet, slik at de kan hjelpe hverandre. Ulempen er at det er mer komplisert å jobbe fordi senger og stoler må flyttes når pasient skal mobiliseres. I tillegg må medisinteknisk utstyr, som ellers burde ha stått permanent nært pasienten, lagret annet sted. Det medfører at personell bruker tid på å hent og bringe utstyr. Dette kan være en flaskehals.

Oppsummert ser vi at arealmessig kan intensivavdelingene sammenlignes. Avdelingene er forskjellige bygd opp, men ut fra vårt korte besøk kan vi ikke si om de bygningsmessige forhold gir kostnadmessige forskjeller mellom de to intensivavdelingene. Derimot har operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund bedre fysisk plass. Dette mener vi medfører en større fleksibilitet og en mer effektiv pasientflyt.

4.3 Sammenligning av økonomistyring

4.3.1 Økonomi som styringsverktøy

Respondentene ble spurt om i hvilken grad lederne er delaktig i budsjettarbeid og hvilken oppfølging de har i forhold til regnskap. I følge våre informanter er de alle med i budsjettarbeid, men deltakelsen er forskjellig på de ulike ledelsesnivåene.

Avdelingssjefen er organisert i linje under direktøren. Hun hevder at ledelsen på dette nivået

”- prøver å finne ut hvordan ting kan gjøres annerledes”. Sykehusets budsjett bygger på historiske data, og justeres for pristigning og lønnsøkning. Hun har en følelse av ”- liten innflytelse i budsjettarbeidet, og at hun får krav som må følges”. Avdelingssjef prøver sammen med avdelingssykepleierne å innfri kravene og finne muligheter for endring, men informantene hevder at ” - det meste av strategiene er på en måte låst allerede her”. Gapet mellom strategi og budsjett bekreftes av informantene på enhetsnivå som forteller at de er lite delaktig i budsjettarbeidet og opplever å ha liten innflytelse. De har budsjettmøter med avdelingssjefen, men føler at bestemmelsene tas på nivå over dem. Allikevel hevder de at ”- avdelingssykepleier får komme med ønsker og bidrag”. Ut fra våre erfaringer kjenner vi oss igjen i disse uttalelsene. Vi erfarer at informasjon fra det operative ledernivå ikke alltid når opp til toppledelsen hvor beslutningene tas. Vi spør oss om dette kan ha sammenheng med strategi for oppbygging av budsjett? Slik vi tolker informasjon preges budsjettarbeid av en nedbrytningsmetode fra ”top-down” i stedet for oppbygging fra ”bottom-up”.

Videre sier en av informantene ” - jeg har vært lite med på å sette opp budsjett, men jeg har ansvar for å følge det”. Vi tolker det som at lederne forholder seg lojalt til vedtatt budsjett og aksepterer det ansvar som dette innebærer. En annen uttaler ” - vår sjef har et sterkt fokus på å holde de økonomiske rammene” og sier med et smil ”- er det avvik som er vanskelig å forklare kan jeg bli kalt opp på teppet”. Dette indikerer et forklaringsansvar men sier ikke noe om konsekvensansvar og kan dermed tolkes som at ledere aksepterer budsjettavvik så lenge disse kan forklares.

4.3.2 Oppfølging av regnskap

Under intervjuene spør vi om hvilken oppfølging og kontroll avdelingen har i forhold til regnskap. Avdelingssjef forteller at hun og controller fra økonomiavdelingen har månedlige møter. To ganger i halvåret er det møter med hele ledergruppa, hvor controller også deltar. Avdelingssykepleierne mener de har tett oppfølging av avdelingssjefen. I møtene er det fokus på økonomistyring, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å nå kravet om balanse.

Avdelingssjef holder møter med sine ledere en gang per måned, hvor den økonomiske situasjonen står i fokus. Informant fra operasjonsavdelingen uttaler at de har samme møtestruktur. Vi antar dermed at dette er en rutine for økonomioppfølging i sykehuset. Informantene synes det er bra at de på hvert avdelingsråd går gjennom regnskapet

”- vi får kunnskap om økonomi på denne måten”. I intervjuene kom det frem at avdelingssykepleierne har hatt noe praktisk økonomiopplæring gjennom et mellomlederprogram. Mens avdelingssjefen forteller at ved ansettelsen ble det hevdet at det ikke var så viktig om leder manglet økonomibakgrunn da ”- controller sitter på mye av kunnskapen og har kontroll”. Avdelingsleder føler at hun utvikler sin kunnskap gjennom erfaring som leder og i dialog med økonomiavdelingen. Hun uttrykker allikevel et behov for å lære mer om økonomi da hun føler et sterkt behov for formell kompetanse. Vi tolker det som at hun mener det vil gi større faglig trygghet og legitimitet i jobben som leder.

Også ved Nordlandssykehuset har vi en møtestruktur med økonomimøter en gang per måned. Da er det gjennomgang av regnskap fra forrige måned, og vi ser på prognoser for resten av året. Vi må ha gode argumenter for å avvike fra budsjett. Et eksempel kan være innleie av vikarer utover det som er planlagt. Også hos oss deltar controller på møtene. I dialog med økonomen opplever vi å lære. Vårt fokus på økonomi blir skjerpet. I økonomimøtene gjennomgår vi også aktivitetstall fra forrige måned og diskuterer strategier for videre aktivitet slik at plantall nås. Aktivitetsdataene kan også forklare ressursbruk.

Under intervjuene kommer det fram at avdelingssykepleierne har gitt uttrykk for at de mener de har for lite personalressurser, men at signalene ikke blir tatt til følge. De forteller at etter et tilsynsbesøk i 2007 fikk avdelingene ekstra stillinger etter pålegg fra Arbeidstilsynet, som hevdet at det var lite samsvar mellom personalressurs og oppgaver. En av informantene påpeker at dette gjør at Helse Sunnmøre Ålesund i Samdata rapporten for 2008 er mindre kostnadseffektiv enn tidligere år. Dermed hevder de at ”- nå blir det mindre helse for hver krone”. Vi har også erfart at det er vanskelig å bli hørt når vi mener vi har for lite ressurser. Kan dette være tegn på gale prioriteringer, eller handler det et gap mellom god kvalitet og tilpasning av aktivitet?

Vedrørende økonomi som styringsverktøy oppsummerer vi at informantene gir inntrykk av en manglende kobling mellom strategi og budsjett, fordi lederne hevder å ha liten innflytelse og påvirkning i budsjettarbeidet. Vi ser at ledere på de ulike nivå trenger kunnskap og gode kommunikasjonsevner for å håndtere de problemstillinger de står i. De trenger økonomisk kunnskap for å finne løsninger som er troverdige. Avdelingssjefen har også en viktig rolle for å få fram informasjon fra det operative nivå til direktøren. Vi observerer videre at strategi, oppfølging og kontroll er i tråd med helsereformens hensikt. Utfordringen er det tverrfaglige

samarbeidet som kreves i dette. Vi tror det har sammenheng med at ledere har liten kunnskap og erfaring med økonomistyring.

4.4 Aktivitetsstyring og planlegging

På spørsmål om hvordan operasjonsaktiviteten planlegges forteller informantene at sykehuset har en overordnet årsplan for operasjonsaktivitet. Her planlegges det lavaktivitetsperioder hvor det tas høyde for ferier og høytider. Det er avdelingssjefene for de kirurgiske avdelinger som i samråd med avdelingssjef for operasjonsavdelingen utfører planleggingen. Informantene uttrykker at den overordnede styringen av operasjonsprogrammet ikke er tilfredsstillende. En av informantene mener anesthesiavdelingen ikke har innflytelse på programmet. Hun uttrykker med stor overbevisning at anesthesiavdelingen kunne hatt mandat og myndighet for planleggingen ” - *vi er mer uhildet, vi ville ikke sette kirurgiske pasienter opp mot de ortopediske. Vi ville ikke prioritere rekkefølge på pasienter ut fra annet enn faglige vurderinger*”. Informanten sier videre at det er lite kommunikasjon på tvers av avdelingene ”- *det ringer ingen bjeller om urologen ikke opererer en uke*”. Hadde avdelingene vært flinkere til å planlegge ”- *kunne vi hatt samsvar mellom anestesiresurser og operasjonsprogram*”

I etterkant av intervjuene har vi reflektert over om dette fenomenet kan være et resultat av at sykehus er store og komplekse organisasjoner, og dermed blir det vanskelig å se helheten. Jamfør Senges teori om systemtenkning er det nødvendig at fagfolk møtes på tvers av fagfelt, og via dialog og samhandling utvikler et større fokus på utfordringene og også dermed lettere finner løsninger. I dette tilfelle gjelder det ledere. Gjennom samhandling og dialog kan felles mål for aktivitet utvikles og dermed skape lojalitet og vilje for å lykkes.

I Nordlandssykehuset Bodø har akuttmedisinsk avdeling de siste årene hatt ansvar for å planlegge operasjonsprogrammet. Det gjøres tverrfaglig i samarbeid med opererende avdelinger. Vi opplever at vi blir kjent med de enkelte avdelingens drift og utfordringer. Som i Helse Sunnmøre Ålesund oppleves det at ”- *noen er flinke til å planlegge langt fram, mens noen driver fra dag til dag*”.

Begge sykehusene har en elektronisk operasjonsplanlegger som gjør at alle som er involvert i operasjonspasienten har tilgang til data. Informantene uttaler at de, til tross for gode styringsverktøy, opplever at manglende samhandling fører til ressursløsning. I tillegg til den

overordnede planlegging er vi kjent med utfordringer i å klargjøre operasjonsprogrammet. En av informantene sier med en oppgitt skuldertrekning ” - *det er operatøren som legger inn operasjonene, det spørres om de har magemål*”. Vi gjenkjenner også beskrivelsen av at operasjonsprogrammet overstyres. Enten ved at det planlegges urealistiske operasjonsprogram, eller ved at kirurgen står som operatør på to operasjoner samtidig. Konsekvensen av dette kan bli strykinger i programmet.

En av informantene forteller at ansvarlige i operasjonssentralen planlegger framover i tid på grunn av at det skal bestilles implantat og annet utstyr. Det kreves planlegging for å ha rett utstyr tilgjengelig når pasienter skal opereres. Informant forteller at de har en gjennomgang av operasjonsprogrammet dagen før. Det er sjelden at legene deltar i gjennomgangen noe som medfører at ”- *det blir en del konfrontering og avklaringer som må gjøres etter møtet*”. Sykepleierne har et administrativt ansvar for operasjonsprogrammet, men er avhengige av legene for å kunne gjøre endringer. At legene ikke deltar medfører ”- *plunder og heft*”.

På spørsmål om lederne i Helse Sunnmøre Ålesund opplever heftelser eller forsinkelser på grunn av dårlig planlegging sier en av informantene ” - *det er stort fokus på å ikke stryke operasjonspasienten. Er operasjonsmeldingen dårlig utfylt, sendes den i retur med beskjed om at pasienten strykes hvis den ikke fylles ordentlig. Det har medført at problemet er lite*”.

Vi spør om vekslings tid mellom operasjonene og utnyttelse av stuekapasitet? En av informantene svarer at ”- *det kommer an på om vi har løsgjenger*”. En annen sier det slik ”- *vi prøver å utnytte stuetiden ved å bruke forberedelsesrommet. Spesielt ved ortopedistuen*”. Informantene fremhever dermed at de som ledere ”- *holder fokus på god planlegging*”.

På spørsmål om de opplever å måtte stryke pasienter i programmet grunnet kapasitet på intensiv var det enighet om at ”- *spesielt på sommeren er intensiv en flaskehals*”. Ellers kunne de oppleve at programmet stoppet opp på grunn av opphopning av pasienter på post operativ enhet ”- *da må vi bremse aktiviteten til de får fysisk plass*”, og ”- *da må anestesiene passe pasientene selv*”. En annen informant benevner intensiv som en avdeling med ” - *kronisk personellmangel*”. Manglende harmoni i bemanning kan medføre at postoperativ blir en flaskehals i kjeden som tar seg av nyopererte pasienter.

Den informasjon som drøftes ovenfor uttrykker mangel på tverrfaglig samhandling, som er med på å redusere mulighetene for en kostnadseffektiv drift. Eksemplene ser vi er i tråd med Mintzbergs teori om at sykehus er komplekse organisasjoner hvor fagfolk har fokus på sitt felt og vanskelig lar seg styre. Manglende interaksjon mellom kommunikasjon, samhandling, visjon og målstyring påvirker drift og kvalitet på tjenestene. Dårlig planlegging kan være en flaskehals. I tillegg stilles det store krav til ledelse og koordinering. Vi ser også at kapasitetsmessig harmoni i behandlingsskjeden er av betydning for effektivitet. Mangler et ledd i kjeden stopper produksjonen opp og flaskehals problemer oppstår.

4.5 Sammenligning av operasjon - og intensivavdelingene

Helse Nords sammenligningsrapport viser en betydelig forskjell i kostnad pr DRG-poeng mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund. Nordlandssykehuset Bodø har en kostnad i 2007 som er 26 % høyere enn Helse Sunnmøre Ålesund. Forskjellen i kostnad pr DRG-poeng er nærmere 7.700 kr. Dette utgjør en kostnadsdifferanse på totalt 163,6 mill kr. Ca 25,2 mill kr, eller 52,0 årsverk av forskjellen er knyttet til Akuttmedisinsk avdeling, det vil si akuttmottak, anestesi, intensiv og operasjon. 20,7 av årsverkene tilegnes akuttmottaket. Kostnader for ambulanse er holdt utenfor. Forskjellen for resterende avdelinger i AKUM er 31,3 årsverk, eller ca. 15 mill.

4.5.1 Drift av operasjonssentralene

Operasjonssentralen i Nordlandssykehuset Bodø har 10 operasjonsstuer, mens Helse Sunnmøre Ålesund har 11. Av disse er det to ortopediske operasjonsstuer med ventilasjon som tilfredsstillt krav til ekstra renhet ved ortopedisk implantatkirurgi. I Nordlandssykehuset Bodø er det kun en stue som tilfredsstillt disse kravene. For å utnytte ressursene best mulig har protesestuen i Nordlandssykehuset Bodø utvidet elektiv aktivitet frem til kl 18.00. Forskjellen utgjør en produksjon på fire proteser per dag i Helse Sunnmøre Ålesund mot tre i Nordlandssykehuset Bodø. Ved å sammenligne stuedrift av de ortopediske stuer i to tilfeldig valgte uker i 2008 lærte vi følgende:

Tabell 2: Tidsstudie av ortopediske stuer ved de to sykehusene

Aktivitet	Helse Sunnmøre Ålesund	Nordlandssykehuset Bodø	Forskjell
Antall pasienter	35	37	2
Gj.nitt forberedelsestid i minutt	63,5	67,5	4
Vekslingstid i minutt	31,75	55,75	24

Registreringer viser at 13 operasjonspasienter registreres inn i sentralen før kl 08.00 i Nordlandssykehuset Bodø. Bare 7 av pasientene ankommer stua før kl. 08.00 ved Helse Sunnmøre Ålesund. Helse Sunnmøre Ålesund har 24 minutter kortere vekslingstid, det vil si den tid det tar fra en pasient kjøres ut til neste kjøres inn. Kortere vekslingstid kan årsaksforklares med utnyttelse av forberedelsesrom. Videre i tidsanalysen sammenlignes også forberedelsestid, det vil si tid fra pasienten registreres inn på stuen og til kirurgen starter operasjonen. Her ser vi at resultatene er nokså like. At forberedelsestiden er lik antas å skyldes at pasientene registreres inn ved ankomst forberedelsesrom. Videre ser vi at Nordlandssykehuset Bodø opererer to pasienter mer innenfor normal arbeidstid. Dette kan tolkes som at Nordlandssykehuset Bodø utnytter stuetiden bedre. For å kunne utnytte effekt av forberedelsesrom, er man avhengig av ekstra ressurser.

I følge tall fra "Fritt sykehusvalg Norge" hadde sykehusene i 2008 følgende aktivitet:

Tabell 3: Sammenligning av et utvalg ortopediske inngrep for 2008

Ortopediske inngrep	Helse Sunnmøre Ålesund	Nordlandssykehuset Bodø
Hofteleddsarthrose (Protese)	191	209
Kneleddsarthrose (Protese)	74	70
Åpne skulder (Protese)	9	14
Korsbånd	49	31
Skuldre kikkhull	77	70
Sum total	400	394

I tabell 3 finner vi store likheter. Dette antas å skyldes ulik registreringspraksis, fordi andre interne aktivitetsregistreringer viser 686 (se tabell 5) flere ortopediske operasjoner i Helse Sunnmøre Ålesund enn i Nordlandssykehuset Bodø.

Siden begynnelsen av 2008 opprettet Helse Sunnmøre Ålesund et "øyeblikkelig hjelp" team som opererer alle pasienter som kommer ekstra på programmet. Dette betyr at elektiv aktivitet kan gå som planlagt i Helse Sunnmøre Ålesund. Mens i Nordlandssykehuset Bodø risikerer pasienter å bli strøket, på grunn av pasienter som ikke kan vente. Strykninger av planlagte operasjoner måler andel utsettelse i forhold til totalt antall planlagte operasjoner i løpet av ett år. Indikatoren er uttrykk for sykehusets planlegging av operativ virksomhet og evne til å gjennomføre planlagt operasjonsprogram. Strykning fra operasjonsprogrammet innebærer at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført på avtalt dato. Det kan være forskjellige årsaker til at en pasient strykes fra programmet. Det kan for eksempel være øyeblikkelig hjelp operasjoner, men det kan også skyldes personellmangel, ufullstendig utredning av pasienten

før operasjon, urealistisk operasjonsprogram eller at pasienten avbestiller selv. Hensikten med å registrere strykningsprosent er å danne grunnlag for forbedring og planlegging av pasientbehandlingsforløp. Nasjonale registreringer i "Fritt sykehusvalg" viser andel strykninger for Helse Sunnmøre Ålesund på henholdsvis 9 % mens Nordlandssykehuset Bodø ligger på 11 %. Landsgjennomsnittet ligger på 7 %.

Tabell 4: Sammenligning av ventetid for hofte- og kneproteser for 2008

	Helse Sunnmøre Ålesund		Nordlandssykehuset Bodø		Forskjell	
	Utredning	Innleggelse	Utredning	Innleggelse	Utredning	Innleggelse
Inngrep	Utredning	Innleggelse	Utredning	Innleggelse	Utredning	Innleggelse
Kneprotese	10 uker	9 uker	16 uker	24 uker	6 uker	15 uker
Hofteprotese	10 uker	9 uker	16 uker	20 uker	6 uker	11 uker

Av tabellen 4 ser vi at utredning og ventetid er atskillig høyere i Nordlandssykehuset Bodø. I sammenligningsrapporten vises det til en høyere poliklinisk virksomhet i Helse Sunnmøre Ålesund. Det antas å være forklaringen til kortere utredningstid. Den forlengede ventetid i Nordlandssykehuset Bodø ser vi i en sammenheng med tidligere funn som viser større operasjonskapasitet og flere ortopediske operasjonsstuer i Helse Sunnmøre Ålesund.

Oppsummert viser sammenligningene at det virker som at tilgang på ressurser som god plass og god stuekapasitet kan være vesentlig for produksjonskapasitet. I tillegg kan et "øyeblikkelig hjelpteam" som tar unna pasienter som ellers forstyrrer elektivt operasjonsprogram, være med på å gjøre arbeidsdagen og planleggingen mer forutsigbar. Vi ser at kapasitet påvirker ventelistene og øker produksjonen for Helse Sunnmøre Ålesund.

4.5.2 Sammenligning av aktivitet ved operasjonssentralene

I dette underkapitlet studerer vi på den aktivitet som har vært i 2008 og sammenligner tallene for de respektive avdelingene.

DRG-poeng innenfor kirurgi, ortopedi, ØNH samt 50 % av føde/gynekologi danner aktivitetsgrunnlaget innenfor operasjon. Som det går frem av sammenligningsrapporten er dette aktivitetsgrunnlaget høyere for Helse Sunnmøre Ålesund, mens årsverkene er tilnærmet like. Videre framgår det at hvert brutto årsverk i Nordlandssykehuset Bodø i gjennomsnitt produserer 13,7 DRG poeng, mens hvert brutto årsverk i Helse Sunnmøre Ålesund gir 15,0

DRG-poeng. Arbeidsproduktiviteten i Helse Sunnmøre Ålesund er derved i overkant av 9 % høyere. I rapporten defineres arbeidsproduktivitet som årsverk/ DRG-poeng.

Tabell 5: Registrerte aktivitetsdata operasjonssentralene og dagkirurgi for 2008

	Helse Sunnmøre Ålesund	Nordlandssykehuset Bodø	Forskjell
Operasjoner i sentralen	5765	5442	-323
Operasjoner dagkirurgi	1156	2157	1001
Derav ortopediske	3022	2336	-686
Sum operasjon	6921	7599	678
Antall anestasier	8502	8636	134

Tabell 5 viser en høyere operasjonsproduksjon i sentralen for Helse Sunnmøre Ålesund, mens Nordlandssykehuset Bodø har større dagkirurgisk virksomhet. Dermed kommer Nordlandssykehuset Bodø bedre ut med 678 flere operasjoner i 2008. Tallene viser kun antall operasjoner og sier ingen ting om omfang og sammensetning av behandlingstilbud. ØNH opereres utenfor operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund. Dermed er ikke tallene med i aktivitetsregistreringene fra operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund, men disse tallene viser seg i anestesiregistreringene. Registreringene viser kun antall operasjoner og sier ingen ting om omfang og sammensetning av behandlingstilbud. Ut fra tabell 5 ser vi at Nordlandssykehuset Bodø samlet opererer 678 flere pasienter. Vi spør oss da om høyere samlet DRG- poeng i Helse Sunnmøre Ålesund kan ha sammenheng med forskjell i registreringspraksis eller forskjell i behandlingstilbud?

4.5.3 Årsverk anestesi som innsatsfaktor

Sammenligningsrapporten fra Helse Nord viser at anestesienheten medregnet anestesilegene ved Nordlandssykehuset Bodø har 6,8 flere årsverk enn Helse Sunnmøre Ålesund. Aktivitetskorrigert er forskjellen 6,9 årsverk. Samlet kostnadsforskjell innenfor dette området utgjør 5,7 mill kr, som skyldes høyere lønnsnivå (2,2 mill kr), lavere arbeidsproduktivitet (3,5 mill kr) og høyere varekostnader (0,9 mill kr). Bemanning av fly og helikopter er holdt utenfor i sammenligningen.

Vår undersøkelse viser flere anestesilegehjemler i Helse Sunnmøre Ålesund enn Nordlandssykehuset Bodø. Henholdsvis 22 og 19. Legene har samme vaktberedskap. I Helse Sunnmøre Ålesund er helikopterbasen integrert i sykehuset. Dermed utnyttes denne beredskapsressursen i operasjonssentralen på dagtid. Dette er utelukket i Nordlandssykehuset Bodø da helikopterbasen ligger for langt unna sykehuset til at tilstedeværelse i sykehuset

tilfredsstillende fastsatt responstid for utrykning. Utnyttelse av anestesilegeressursen på helikoptervakt bekreftes i intervjuene. Det at legen på helikopteret deltar ”- er med på at vi kommer i gang om morgenen”.

Helikopteret i Helse Sunnmøre Ålesund er også bemannet med anestesisykepleiere. Både sykepleierne og legene på vakt, utgjør en ekstra ressurs i operasjonssentralen. Ut fra dette kan det antas at Helse Sunnmøre Ålesund har flere ressurser tilgjengelig for anestesi enn det som fremkommer i sammenligningsrapporten. Siden bemanning av fly og helikopter er holdt utenfor i sammenligningsrapporten antar vi at helikopter ressursen kan regnes som ekstra ressurs. Sykepleierressursen oppgis til å utgjøre 1,5 stilling og legen beregnes til 5 timer per dag x 5 dager = 25 timer /uke. Ut fra at en lege jobber 48 timers uke avrundes til 0,5 årsverk. Beredskapsressursen utgjør dermed en økt ressurs i sentralen på til sammen to årsverk. Utnyttelse av beredskapsressursen anser vi som et eksempel på teknisk effektivitet.

På sykepleiersiden dekker anestesienheten i Nordlandssykehuset Bodø opp for bemanning i akuttmottaket med om lag 2 årsverk. I sammenligningsrapporten er det ikke korrigert for denne forskjellen. Etter korrigerings har Nordlandssykehuset Bodø 24,5 hjemler til anestesisykepleiere. Anestesienheten i Helse Sunnmøre Ålesund har 24,2 anestesisykepleier hjemler. Anestesiens tilknytning til akuttmottaket medfører større vaktbelastning og oftere helgevakter for sykepleierne i Nordlandssykehuset Bodø. Ved sykefravær på disse vaktene belastes kostnadene anesthesiavdelingen. Dette har betydning i forhold til økte lønnskostnader i tillegg til økt innleie ved sykefravær og ferieavvikling. Dette er en betydelig kostnadsdriver for personalkostnadene i anestesienheten og kan dermed være en forklaring på økt forbruk av årsverk. I tillegg antar vi at færre anestesilegehjemler kan utløse mer overtid og dermed være med på å årsaksforklare et høyere lønnsnivå ved Nordlandssykehuset Bodø. Høyere varekostnader kan forklares ut fra tabell 5 som viser høyere anesthesiaktivitet i Nordlandssykehuset Bodø.

Ut fra det som diskuteres her, så viser undersøkelsen at Ålesunds mulighet for utnyttelse av beredskapsressurs antas å utgjøre 2 årsverk. Korrigert for to årsverk til akuttmottaket ved Nordlandssykehuset Bodø, har vi hentet inn 4 av de 6,8 årsverkene som Nordlandssykehuset Bodø forbruker mer enn Helse Sunnmøre Ålesund. Den reelle forskjellen kan da sies å være 2,8 årsverk.

4.5.4 Årsverk operasjonssykepleie som innsatsfaktor

I sammenligningsrapporten går det frem at Nordlandssykehuset Bodø har mellom 17 og 18 årsverk mer enn Helse Sunnmøre Ålesund innen for operasjon. Videre dokumenteres det en samlet forskjell i kostnader på 11,7 mill kr. Av dette utgjør varekostnader 5,4 mill kr og lavere arbeidsproduktivitet 6,6 mill kr. Resterende 0,7 mill kr er knyttet til høyere lønnsnivå.

Tabell 4 viser 323 flere opererte pasienter i operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund enn i Nordlandssykehuset Bodø. Som tidligere nevnt foregår ØNH-operasjoner på egne stuer utenfor sentralen. Dette betyr at ortoped, generell kirurg og gynekolog disponerer flere stuer per uke i operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund enn i Nordlandssykehuset Bodø. I tillegg betyr det et smalere fagfelt å forholde seg til for operasjonssykepleierne. Også andre prosedyrer og oppgaver blir utført av annet personale i Helse Sunnmøre Ålesund enn i Nordlandssykehuset Bodø. Dette tolker vi som at operasjonssykepleierne i Helse Sunnmøre Ålesund har større slakk og får dermed bedre utnyttet sin arbeidskapasitet til blant annet faglig oppdatering, prosedyreforbedringer, kontrollere og bestille nytt utstyr.

Operasjonssykepleierne i Helse Sunnmøre Ålesund har 35 stillingshjemler, mens Nordlandssykehuset Bodø har 32. For operasjonssykepleierne har ressursene i Helse Sunnmøre Ålesund vært stabile over år, mens Nordlandssykehuset Bodø har slitt med manglende rekruttering, stor turnover og vakante stillinger. I tillegg har operasjonssentralen i Helse Sunnmøre Ålesund i underkant av 9 % sykefravær, mens Nordlandssykehuset har over 12 %. Helse Sunnmøre Ålesund har ikke benyttet vikarer fra byrå på mange år, mens Nordlandssykehuset Bodø har stort forbruk av vikarer for å kunne opprettholde produksjonskrav. Lederen for operasjonssykepleierne i Helse Sunnmøre Ålesund sier det slik ”- på ni år er det kun leid inn vikar fra byrå en gang”. I sammenligningsrapporten er innleie av vikarer fra byrå medregnet i årsverkene. Det økte forbruket av årsverk kan dermed forklares ut fra større kompleksitet, høyere sykefravær og større forbruk av vikarer.

Sammenligningsrapporten viser at det er 17 til 18 flere årsverk innen operasjon i Nordlandssykehuset Bodø. I vår undersøkelse kommer det fram at renholdspersonalet og portører er medregnet i Nordlandssykehuset Bodø men er holt utenfor i Helse Sunnmøre Ålesund. Dette korrigerer for 9 av de 18 årsverkene.

Ressurstilgangen på operatørsiden er også forskjellig ved de to sykehusene. Mens Nordlandssykehuset Bodø også her er preget av vakante stillinger og manglende rekruttering,

har Helse Sunnmøre Ålesund stabil legedekning. Vi stiller oss dermed spørsmålet om dette kan årsaksforklare økte lønnsutgifter og økte varekostnader? Vikarer er dyr arbeidskraft og ulike operatører har ulike ønsker og krav om arbeidsmetoder og utstyr. Et eksempel på dette er at Helse Sunnmøre Ålesund har fast kirurg som opererer fedmepasienter med en operasjonsmetode. Nordlandssykehuset Bodø utfører operasjonen med ulike metoder og flere forskjellige vikarer. Vi erfarer at de ulike vikarene utfører de kirurgiske inngrep med forskjellige metoder. Det betyr at fast personell må forholde seg til flere operasjonsmetoder og mer utstyr. Dette antas å kreve lengre stuetid, mer utstyr og økte varekostnader. Nordlandssykehuset Bodø opererer for eksempel to fedmeoperasjoner per dag, mens Helse Sunnmøre Ålesund opererer tre.

På spørsmål om fordeling av arbeidsoppgaver svarer avdelingssykepleier for operasjon at operasjonssykepleierne er seksjonert etter fagfelt. Spesialisering av operasjonssykepleierne hevder hun ”- *effektiviserer prosedyrene*”. I forhold til utviklingen innen faget er det ”- *ikke gjennomførbart å kunne alt*”. Hun poengterer viktigheten av å ha spesialisert personell da ”- *man liker å jobbe med det man kan*”. Gjennom seksjonering mener hun å sikre faglig trygghet og bedre kvalitet på arbeidet ”- *det kan ikke gå tre måneder mellom hver gang du står på ei kneprotese, da blir du utrygg*”.

Sammenligningene i dette underkapitlet viser at et stort forbruk av vikarer hever prisen på innsatsfaktorene og forklarer kostnadsforskjeller. Å ha egne og nok personellressurser er av betydning for kostnadseffektivitet. Også sykefravær har innvirkning på kostnader. Innleie av eget personale og forskyvning av vakter medfører overbelastning og merarbeid. Noe som igjen kan øke sykefravær og forverre problemene. Manglende samsvar mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere medfører at operasjonssykepleierne i Ålesund har større slakk. Slakk og spesialisering er med på å øke kvaliteten hos operasjonssykepleierne i Helse Sunnmøre Ålesund. Spesialisering sikrer trygghet i arbeidssituasjonen og effektiviserer prosedyrene. En smalere kompleksitet og flere operasjonsstuer til disposisjon medfører en mer effektiv arbeidsorganisering og logistikk.

4.5.5 Sammenligning av drift ved intensivavdelingene

Kirurgisk intensiv er oppdelt i to enheter som benevnes kirurgisk intensiv og post operativ enhet. Kirurgisk intensiv har totalt plass til 10 pasienter fordelt på et tre - manns rom, et to - manns rom, fire enerom og et isolat. Alle rom med unntagelse av isolatet ligger samlet og

pasientene kan observeres tett via store glassflater. Kirurgisk intensiv tar imot intensivpasienter og pasienter som har gjennomgått stor kirurgi. Avdelingsleder mener de er utstyrt for å behandle to til tre intensivpasienter. Postoperativ enhet, hvor det er pasienter som har vært til mindre kirurgi, har fire stuer med til sammen 12 sengeplasser. Kirurgisk intensiv har totalt 22 sengeplasser. De to enhetene har egen avdelingssykepleier, som samarbeider om driften. Personell rullerer mellom enhetene.

Intensiv ved Nordlandssykehuset Bodø er organisert i fire pasientsaler. Intensivsalen har plass til seks pasienter. Hver sengeplass er utstyrt for å kunne behandle intensivpasienter. Ved siden av ligger postoperativ sal. Her er det seks sengeplasser, beregnet til pasienter som har gjennomgått større kirurgi som medfører behov for oppfølging og overvåkning i opp mot et døgn. I tillegg er det to saler som defineres som oppvåkningen. På oppvåkningen er det plass til 12 pasienter. Plassene brukes av pasienter som har gjennomgått lettere kirurgi innen samme spesialistgrener som ved Helse Sunnmøre Ålesund. Intensivavdelingen i Nordlandssykehuset Bodø har totalt 24 sengeplasser. Intensivavdelingen ledes av en avdelingssykepleier og en assisterende avdelingssykepleier. Spesialsykepleierne rullerer mellom de forskjellige salene.

Sammenlignet organisering av pasienttilbudet

Kirurgisk intensiv ved Helse Sunnmøre Ålesund behandler pasienter som har gjennomgått store operasjoner. Videre har avdelingen intensivpasienter som har vært utsatt for store traumer, som også innbefatter hodeskader og brannskader. Medisinsk intensiv behandler kun pasienter med svikt i et organ, som for eksempel respirasjonssvikt. Informant forteller at dette innebærer at i de tilfeller hvor en medisinsk intensiv pasient utvikler multiorgansvikt, overflyttes pasienten til kirurgisk intensiv for en mer avansert behandling. Postoperativ enhet i Helse Sunnmøre Ålesund tar i mot pasienter som har vært til mindre kirurgiske inngrep innenfor generell kirurgi, gynekologi, ØNH-kirurgi, og tannbehandling. I tillegg overvåkes pasienter fra smerteenhet og pasienter som har vært til røntgenologisk intervensjonsbehandling. Postoperativ enhet er åpen mandag til fredag fra kl 08.00 til 22.00. Pasientene ligger som regel bare i et begrenset antall timer før de sendes tilbake til sengepost.

Intensivenheten ved Nordlandssykehuset Bodø er en medisinsk service enhet for hele sykehuset. Det er kun her pasienter respiratorbehandles, i motsetning til Helse Sunnmøre hvor respiratorbehandling foregår både på medisinsk og kirurgisk intensiv. Intensivenheten har derfor flere medisinske pasienter enn det kirurgisk intensiv i Helse Sunnmøre Ålesund har.

Intensiv ved Nordlandssykehuset Bodø mottar akutt kritisk syke voksne og barn med unntak av for tidlig fødte barn. Til forskjell fra Helse Sunnmøre Ålesund hvor de ikke tar imot barn under tre måneder. Oppvåkningssalene i Nordlandssykehuset Bodø har åpent mellom kl 08.00-18.00 mandag til fredag og tar i mot samme kategori pasienter som postoperativ i Helse Sunnmøre Ålesund. Pasienter som har gjennomgått større kirurgiske inngrep og som trenger overvåkning og observasjon til dagen etter inngrepet ligger på postoperativ sal. Etter oppvåkningen er stengt ligger lettere oppvåkningsspasienter i ledige senger på postoperativ eller intensivsal. Ved Helse Sunnmøre Ålesund legges lett oppvåkning på den kirurgiske intensivsenheten når postoperativ er stengt. Ved oppvåkningen i Nordlandssykehuset Bodø utføres det i tillegg ECT-behandlinger (elektrosjokk behandling), ved Helse Sunnmøre Ålesund gjøres dette på de psykiatriske avdelingene.

Våre diskusjoner her viser at begge intensivavdelingene er blandingsavdelinger, hvor det gis tilbud til intensivpasienter og pasienter som har behov for observasjon og pleie etter røntgenologisk intervensjon og kirurgiske inngrep. Intensiv ved Nordlandssykehuset Bodø kan sammenlignes med kirurgisk intensiv ved Helse Sunnmøre Ålesund når det gjelder pasienttilbud, med unntak av at Nordlandssykehuset Bodø har flere medisinske intensivpasienter. Nordlandssykehuset Bodø har to intensivplasser mer enn Helse Sunnmøre Ålesund. Forskjellen betyr et økt intensivtilbud ved Nordlandssykehuset Bodø. Den type pasienter som ligger ved postoperativ i Nordlandssykehuset ligger på kirurgisk intensiv enhet ved Helse Sunnmøre Ålesund. Postoperativ enhet ved Helse Sunnmøre Ålesund er sammenlignbar med oppvåkningen ved Nordlandssykehuset Bodø.

4.5.6 Sammenligning av aktivitet ved intensivavdelingene

I Helse Nord sin rapport, "Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund", framkommer det at intensiv i Nordlandssykehuset Bodø har varekostnader som er 0,9 mill kroner høyere enn Helse Sunnmøre Ålesund.

Registrering av intensivdata

Norske intensivavdelinger leverer virksomhetsdata til Norsk pasient register. Til dette formålet er det utarbeidet skåringssystemer for registrering av sykkelighet og ressursbruk. Scoringssystemet for alvorlighetsgrad av sykdom kalles SAPS II, for personalressursbruk benyttes scoringssystemet NEMS. Begge scoringssystemene er velegnet til å karakterisere grupper av pasienter slik at man kan sammenligne behandlingsresultater og ressursbruk avdelinger imellom eller mot en standard. Scoringssystemene er utviklet i perioden 1991-

1994 via store internasjonale multisenterundersøkelser (Haagensen m. fl, 2001). SAPS II benytter seg av 17 variabler, til hver variabel tillegges angitte poeng. Samlede poengsum utgjør en score som kan konverteres til en sannsynlighet for død. Dess høyere score dess større alvorlighetsgrad av sykdom. NEMS tar utgangspunkt i ni ulike aktiviteter for overvåking og behandling av intensivpasienter. Undersøkelser viser en stor overensstemmelse mellom hvordan forskjellige sykepleiere scorer den samme pasient.

Tabell 6: Aktivitetsdata for intensivpasienter for 2008

Aktivitetstall	Helse Sunnmøre Ålesund	Nordlandssykehuset Bodø	Forskjell	Forskjell i %
Intensivpasienter	287	299	12	4 %
Intensiv døgn	1263	1647	484	38 %
Gj.sn. intensivdøgn	4,4	5,5	1,1	25 %
Respiratorpasienter	81	150	69	85 %
Respiratordøgn	518	863	345	65 %
Gj.sn. respiratortid	6,4	5,7	-0,7	-12 %
NEMS	30,8	33	2,2	7 %
SAPS II	30	36	6	20 %

Tabell 6 viser at alvorlighetsgrad av sykdom og ressursbehov er høyere hos gjennomsnitts intensivpasient ved Nordlandssykehuset Bodø. Både SAPS II og NEMS er høyere enn i Helse Sunnmøre Ålesund. Høyere aktivitetstall kan blant annet forklares med hvordan intensivmedisin er organisert. I Helse Sunnmøre Ålesund er respiratorpasientene fordelt på to intensivavdelinger, mens Nordlandssykehuset Bodø har alle respiratorpasienter samlet i en avdeling. Begge sykehus er å betrakte som sykehus med et relativt lite nedslagsfelt. Lav intensivaktivitet medfører at personell får liten erfaring med intensivbehandling, som for øvrig regnes som en svært ressurskrevende og avansert behandling. I det norske intensivmiljø er det føringer for å sentralisere behandlingen på færre sykehus. Filosofien er at ved å sentralisere behandlingen oppnår man en bedre kompetanse og derved et bedre tilbud til pasienten. Det hevdes at økt kompetanse medfører at sykepleiere og leger driver en mer aktiv respiratoravvenning og derved reduserer respiratordøgn, total liggetid og komplikasjoner. Alle disse faktorer fører til kostnadsreduksjon. Data som foreligger, bekrefter at til tross for lengre liggetid og større sykkelighet, så har intensivpasientene ved Nordlandssykehuset Bodø kortere registrert respiratortid. Kortere gjennomsnittelig respiratortid for Nordlandssykehuset Bodø tyder på en mer aggressiv og aktiv behandling. Vi mener denne tankegangen handler om å gjøre de riktige tingene riktig. Vi erfarer at intensivmiljøet i Helse Sunnmøre Ålesund ønsker

en intern organisering lik den Nordlandssykehuset Bodø har, nettopp av overnevnte grunn. Den som har ansvar for aktivitetsdata beskriver det slik ” *En felles intensiv vil samle erfaringen på færre hender, men samtidig øke erfaring og kompetanse for hver enkelt. Det vil være et kvalitetsfremmende tiltak*”. Å tenke stordriftsfordeler kobles ofte opp mot økonomiske fordeler, men kan også ha faglige kvalitetsmessige fordeler.

Årsrapportene viser at Nordlandssykehuset Bodø har spesialistfunksjon for 207 000 innbyggere, mens Helses Sunnmøre Ålesund har foretaksovergrepene oppgaver for 130 000 innbyggere. Dette kan gi utslag på forskjell i dybdekompleksitet ved intensivavdelingene. På grunn av at intensivbehandling er personell og kompetansekrevende er vår erfaring at lokalsykehus har problemer med å gi et tilfredsstillende tilbud. I Helse Nord er det en klar strategi på å sende intensivpasienter til de to største sykehusene, Universitetssykehuset i Nord Norge i Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø. Det betyr at intensivpasienter i hovedsak ligger kort tid ved lokalsykehusene før de sendes videre. Helse Sunnmøre Ålesund registrerer ikke overflyttinger fra andre sykehus, men i følge registreringsansvarlig personell overflyttes det ca 10 pasienter per år fra St. Olav HF og andre sykehus i deres nedslagsfelt. I følge informanten er dette pasienter som kan bli liggende lenge i avdelingen. Nordlandssykehuset Bodø har registrert at av i alt 299 intensivpasienter i 2008 var 107 pasienter overflyttet fra andre sykehus. Dette utgjorde til sammen 915 liggedøgn. Dette styrker vår antagelse om at det er forskjell på intensivaktivitet som ikke gir utslag på aggregert nivå. Høyere intensivaktivitet mener vi er årsak til høyere varekostnader ved intensiv på Nordlandssykehuset Bodø.

Jamfør definisjon for dybdekompleksitet ser vi at intensiv i Nordlandssykehuset Bodø fyller de dimensjoner som tyder på en større dybdekompleksitet i tilbudet enn kirurgisk intensiv i Helse Sunnmøre Ålesund. Tabell 6 viser 4 % flere intensivpasienter i Nordlandssykehuset Bodø. Pasientene ligger 1,1 døgn lengre, og 85 % flere respiratorbehandles. Dette utgjør 65 % flere respiratordøgn for intensiv i Nordlandssykehuset Bodø. Sett i sammenheng med scoringssystemene som viser mer ressurskrevende og større alvorlighetsgrad av sykdom, kan dette tolkes som forskjell på dybdekompleksitet mellom de sammenlignede avdelingene. Forskjell i liggetid kan ha sammenheng med at Nordlandssykehuset Bodø får intensivpasienter fra hele Helse Nord.

Gjennom samtaler med de personer som er ansvarlig for registrering har det ikke kommet fram at det er klare forskjeller i hvordan data som sender til Norsk intensivregister registreres.

Avdelingene er blandingsavdelinger, det vil si at det ikke er reine intensivavdelinger. Dette kan noen ganger vanskeliggjøre registrering. Norsk Intensiv Registers definisjon for intensivpasient innebærer at en pasient som ligger på intensiv/overvåkning i mer enn 24 timer, uansett årsak, er intensivpasient. Det innebærer at en nyoperert pasient som blir liggende mer enn 24 timer på grunn av bemanningsproblemer på vanlig sengepost, også skal registreres. I situasjoner som nevnt her erfarer vi at helsepersonell ikke registrerer pasienten, fordi de mener vedkommende ut fra sykdomsbilde ikke er intensivpasient. Det blir altså det enkelte helsepersonells faglige skjønnsmessige vurdering som da blir utslagsgivende. Dette er en kilde for feil når aktivitet skal sammenlignes.

Oppsummert ser vi at intensiv i Nordlandssykehuset Bodø har flere intensivpasienter enn kirurgisk intensiv ved Helse Sunnmøre Ålesund. Økte varekostnader kan årsakforklares ut fra høyere aktivitet. Vi ser også at intensivpasientene i Nordlandssykehuset Bodø har en høyere gjennomsnitts NEMS og SAPS score. Det tolker vi som et uttrykk for at pasientene er mer ressurskrevende og har en større alvorlighetsgrad av sykdom. Det kan ha sammenheng med forskjellig intern organisering og at Nordlandssykehuset Bodø mottar intensivpasienter fra hele den nordligste landsdelen. Vi mener at virksomhetsdata samlet indikerer at det er en forskjell i kompleksitet mellom de to intensivavdelingene. Vi tolker ut fra funn at Nordlandssykehuset Bodø har en større dybdekompleksitet i sitt behandlingstilbud enn det Helse Sunnmøre Ålesund har.. Samtidig mener vi ut fra data at økt aktivitet og spesialisering medfører en mer effektiv behandling fordi personalet får mer rutine og økt kompetanse.

4.5.7 Sammenligning av post operativ

Tabell 7: Sammenligning av postoperative aktivitetstall for 2008

Registrert antall pasienter	Helse Sunnmøre Ålesund	Nordlandssykehuset Bodø	Forskjell
Antall oppvåkning og postoperative pasienter	5713	4606	-1197
Antall intensivpasienter	287	299	2
Antall ECT pasienter ved intensiv	0	426	426
Totalt antall pasienter ved avdelingen	6000	5331	669

Tabell 7 viser en høyere postoperativ aktivitet ved Helse Sunnmøre Ålesund. Av datatekniske årsaker registreres ikke ECT-behandlinger som utføres ved oppvåkningen i

Nordlandssykehuset Bodø. I tabell 7 er dette korrigert. Tabellen 7 viser etter korrigering at registrerte aktivitetstall er 669 lavere ved Nordlandssykehuset Bodø.

De to sykehusene bruker forskjellige elektroniske pasient datasystemer, det medfører forskjeller på registreringsmetoder. Ved Nordlandssykehuset Bodø erfarer man at ikke all postoperativ aktivitet kan registreres i pasientdatasystemet. Lege som registrerer data i Helse Sunnmøre Ålesund har gitt informasjon om at alle pasienter som er til observasjon eller behandling ved kirurgisk intensiv og postoperativ registreres. Dette er ikke tilfelle ved Nordlandssykehuset Bodø. Helse Sunnmøre Ålesund har koordinatører som daglig kontrollerer og kvalitetssikrer at data er korrekt registrert, denne kvalitetssikringen fungerer ikke tilfredsstillende ved Nordlandssykehuset Bodø. Postoperativ aktivitet består i hovedsak av å observere pasienter som har fått anestesi. Ut fra at anestesiaktivitet ved Nordlandssykehuset Bodø er høyere enn ved Helse Sunnmøre Ålesund (tabell 5) antar vi at aktivitet på oppvåkning er i samsvar eller høyere enn aktivitet på postoperativ i Helse Sunnmøre Ålesund. Ut fra likhet i kirurgiske spesialiteter antar vi at den postoperative sammensetning er relativ lik ved de to sykehusene.

Ved å sammenligne den postoperative aktiviteten tolker vi at det er store likheter mellom de to sykehusene. Dårligere kontroll av registrerte data gjør at aktivitetstall for Nordlandssykehuset Bodø er lavere enn de reelle tall. Avdelingen har et forbedringspotensial i å kvalitetssikre data. De to enhetene har forskjell på åpningstid, men siden begge benytter seg av andre senger i avdelingen til oppvåkningsspasienter antar vi at personalressursbehovet til lett oppvåkning totalt sett samsvarer.

4.5.8 Sammenligning av personalressurser ved intensivavdelingene

I Helse Nords sammenligningsrapport vises det til at Nordlandssykehuset Bodø i 2007 har 6,6 flere årsverk innenfor intensiv enn Helse Sunnmøre Ålesund når innleide årsverk inkluderes. Rapporten viser til en samlet kostnadsforskjell mellom de to intensivavdelingene på om lag 3 mill kr. Forskjell i arbeidsproduktivitet utgjør 2,7 mill kr. Avviket reduseres gjennom lavere lønn pr årsverk i Nordlandssykehuset Bodø.

Tabell 8: Personalressurser ved de to intensivavdelingene i 2008

Ressurs/ årsverk	Helse Sunnmøre Ålesund	Nordlandssykehuset Bodø	Forskjell
Årsverk	47,2	50	2,8
Sykefravær i %	9,2	9	0
Intensiv døgn	1263	1647	484

Personalplan for 2008 viser 40,65 stillingshjemler ved Kirurgisk intensiv Helse Sunnmøre Ålesund. Av disse er ca 90 % intensivsykepleiere. Intensivenheten i Nordlandssykehuset Bodø har 45,25 stillings hjemler. Sammenligningsrapporten viser til et lavere lønnsnivå i Nordlandssykehuset Bodø enn ved Helse Sunnmøre Ålesund. Faktorer som ulik kompetanse, antall reduserte stillinger og vaktbelastning kan være faktorer av betydning, uten at vår undersøkelse har avdekket forskjeller. Begge avdelingene har en noenlunde lik fordeling mellom sykepleiere med og uten formell kompetanse, men andel spesialsykepleiere vil variere gjennom året avhengig av når en videreutdanning er avsluttet. Vi har ikke brakt i erfaring om andelen deltidstillinger er sammenlignbare. Å ha en høy andel deltidstillinger vil medføre lavere innleiekostnader. Det har sammenheng med at overtidsbruk reduseres. Overskrides grensen for merarbeid betales det for overtid. For en sykepleier i turnus er grensen for overtid satt til 35,5 timer i uke. Avdelingene har et nokså likt sykefravær på ca 9 % i 2008. Ut fra dette tolker vi at det merforbruk av årsverk som det vises til i sammenligningsrapporten i hovedsak skyldes økt aktivitet.

Begge intensivavdelingene har assistenter ansatt. Kirurgisk intensiv på Helse Sunnmøre Ålesund har assistent i 60 % stilling mens intensiv ved Nordlandssykehuset Bodø har ansatt assistent i 100 % stilling. Ufaglærte assistenter som gjør forefallende arbeidsoppgaver er et godt tiltak for å redusere kostnader. Prinsippet om å bruke rett person på rett sted støtter teorien om kostnadseffektivitet. Effektivitet handler om å utnytte alle de ulike ressurser på best mulig måte og å finne den kombinasjonen av disse som gir lavest kostnader. Det vil være ressurssløsning å bruke spesialsykepleiere til slike oppgaver.

Utfordringer ved uforutsigbar drift

Det ligger i en intensivavdelings natur at aktiviteten varierer sterkt. Det medfører store utfordringer i forhold til å beregne bemanning og holde kostnader innen budsjett. Av erfaring vet vi at aktiviteten kan variere fra dag til dag. Vi opplever også at det kan være årsmessige variasjoner. De dårligste intensivpasientene ligger kanskje i flere måneder før de sendes

videre til sengeposter. De fleste intensivavdelinger opplever nok av den grunn at de er dårlig bemannet til å ta ”topper”. En informant sier det slik ”- *det skal ikke så mye til før vi sliter med bemanningen. Det ser vi tydelig når vi har mange intensivpasienter*”. Dette gjenkjenner vi, i Nordlandssykehuset Bodø mener vi å være bemannet for ca fire intensivpasienter i tillegg til den postoperative aktivitet. Siden avdelingen er utstyrt for å kunne behandle seks intensivpasienter utnyttes denne kapasiteten når det er nødvendig. I perioder kan aktiviteten på intensiv være svært lav. Det forventes at personalet takler denne skiftingen i aktivitet.

Siden det er knapphet på sykepleiere med rett kompetanse ser vi at Helse Sunnmøre Ålesund løser sitt ressursproblem på samme måte som oss ”- *når vi overskrider den aktivitet vi er bemannet for begynner vi å forskyve vakter og leier inn ekstra*”. Intensivavdelingens uforutsigbare drift er en faktor som påvirker kostnader. I dette ligger spørsmålet om hvilket nivå avdelingens grunnbemanning skal ha? Å være bemannet for høy aktivitet vil medføre høye enhetskostnader, samtidig vil en for lav grunnbemanning medføre et økt behov for innleie. Siden intensivsykepleiere er en knapp ressurs og avdelingene har få andre enn sitt eget personell og vikarer fra byrå til å dekke vakter, blir kostnaden på innleie ofte det dobbelte av vanlig timepris. Personalkostnadene blir dermed en stor kostnadsdriver. En av informantene bekrefter at ”- *på intensiv er det kronisk for lite folk. Avdelingen burde ha en personalramme på fire stillinger mer*”. Kirurgisk intensiv har nå et prosjekt hvor de mener å redusere overtidsbruk ved å ”- *de vekslet inn overtidsbruk i faste stillinger*”. Å øke bemanningen ”- *gjør at vi har litt mer å gå på, det stopper ikke så lett opp*”.

Beregning ressursbruk for økt aktivitet ved Nordlandssykehuset Bodø

Vår sammenligning viser at intensiv ved Nordlandssykehuset Bodø i 2008 har 484 flere liggedøgn og i tillegg sykere intensivpasienter enn Helse Sunnmøre Ålesund. Funnene medfører at vi i dette underkapitlet har beregnet hvor mange årsverk intensivsykepleiere som trengs for å ivareta disse 484 flere intensivdøgn.

I utredning om intensivkapasitet i Helse Nord beregne man en ressursbruk på 1,5 intensivsykepleier per intensivpasient med NEMS score på 30-43. Verken Nordlandssykehuset Bodø eller Helse Sunnmøre Ålesund benytter seg av en så høy beregningsfaktor. Vi kalkulerer derfor med faktor 1,2.

Årsverk defineres som det arbeid en person i full stilling utfører i løpet av ett år. I følge Store Norske leksikon har en turnusarbeider i Norge tariffavtalt 35,5 timers arbeidsuke og fem ukers ferie. Dertil kommer lovbestemte hellig- og høytidsdager. Et årsverk for en turnusarbeidende sykepleier utgjør da 1597,5 timer (35,5 timer per uke i 45 uker, 5 uker ferie + 10 helligdager). Siden samlet sykefravær er jevnt på de to avdelingene korrigerer vi ikke.

Ved å kalkulere med bemanningsfaktor på 1,2 intensivsykepleier /per liggedøgn får vi:

$1,2 \times (24 \times 484 \text{ døgn})$ blir summen et estimat for hvor mange timer man trenger å dekke opp med intensivsykepleier (11616) Dette divideres på antall timer i et årsverk (1597,5).

$(24 \text{ timer} \times 484 \text{ døgn}) \times 1,2: 1597,5 \text{ timer} = 8,7$

Vi trenger da 8,7 årsverk for å dekke økt antall liggedøgn. Jamfør tabell 8 bruker intensiv i Nordlandssykehuset Bodø 2,8 flere årsverk i 2008. Vår kalkyle viser at intensiv i Nordlandssykehuset Bodø må derfor ha 5,9 (8,7-2,8) flere årsverk enn Helse Sunnmøre Ålesund for å ha samme kostnadseffektivitet. Da er ressurs korrigert mot aktivitet.

Oppsummert ser vi at de to intensivavdelingene har relativt lik kompetanse, vi har ingen spesifikke funn som forklarer lavere lønnsnivå ved intensiv i Nordlandssykehuset Bodø. De 6,6 årsverk som sammenligningsrapporten viser til kan forklares med en høyere intensivaktivitet i Bodø. I forhold til denne aktivitet har intensiv ved Nordlandssykehuset Bodø færre personellressurser og produserer mer per årsverk enn Helse Sunnmøre Ålesund. Kostnadsforskjellen på 3 millioner kan derfor forklares ut fra aktivitetsforskjellen. Høyere aktivitet gir økte varekostnader og et høyere forbruk av årsverk. Uforutsigbar drift gir utfordringer med å planlegge rett bemanning. Å øke grunnbemanning kan være en løsning på å redusere overtidsbruk.

5 ANALYSE

I dette kapitlet analyserer vi våre funn. Vi diskuterer hvorvidt benchmarking og sammenligning mellom operasjonssentralene og intensivavdelingene i Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund kan gi kunnskap og lærdom til oss som mellomledere i helsevesenet. Lærdom som kan omsettes i handlinger som fører til forbedringer. I analysen benyttes relevant beskrevet teori og data som dekomponeres i empiri kapitlet. Vi tar utgangspunkt i de dimensjoner ved drift som vi fant var av betydning for vår problemstilling.

Våre hovedfunn er følgende:

1. Ledere har fokus på balansert målstyring, fordi de har et bevisst forhold til budsjett og har fokus på aktivitet. De har også bevissthet på planlegging og bruker kvalitetsindikatorer som mål for sykehusets effektivitet og ressursbruk. Til tross for dette oppleves det økonomiske utfordringer.
2. Benchmarking på disaggregert nivå avdekker og tydeliggjør skjulte forskjeller. Vi opplever utfordringer i å konkretisere aktivitetene til målbare data.
3. Mellomledere har en viktig rolle for å motivere til endring av praksis og til å videreformidle styringsinformasjon mellom toppledelse og operativt nivå. De tar utfordringene i endringskravene, men skvises mellom fagprofesjonene og det strategiske nivå.
4. Ved å sammenligne oss med "de beste" lærer vi at viktige faktorer er avgjørende for effektivitet, og at man tilpasser seg de organisatoriske rammer man har. Benchmarking i en ekstern ikke- finansiell sammenheng er et diagnostisk verktøy som kan være en god arena for læring som gir mulighet for endringer i praksis.

5.1 Utfordring ved økonomistyring

Sykehus må forholde seg til de føringer som det regionale helseforetaket gir. Det stilles krav til aktivitet, kvalitet og prioriteringer, i tillegg til krav om å innfri økonomiske målsetninger. Dette er ofte motstridende krav som problematiserer virkeligheten. I budsjett 2010 for Nordlandssykehuset Bodø stilles det krav om å redusere kostnadsnivået ned mot nivået til Helse Sunnmøre Ålesund, samtidig som bestillerdokumentet fra Helse Nord pålegger en økning i aktivitet på 1,5 %.

Den ideelle økonomiske styringsløyfen (Pettersen m. fl, 2008) forutsetter at det utformes en strategisk plan, at man legger en plan før handlinger omsettes i aktivitet, og at det er konsistens i planen. Det vil si at det forutsettes en sammenheng mellom den aktivitet som utføres og de ressurser som stilles til rådighet. Vår undersøkelse viser at planlegging, aktivitet og evaluering ikke samsvarer med den ideelle sirkelen. Det betyr at den økonomiske styringsløyvens forutsetninger om koblinger ikke er realistiske når ledere hevder at de i liten grad involveres i planleggingen og opplever å ikke bli hørt. For å ha koblinger mellom budsjett og handling kreves det god forvaltning av begrensede ressurser og god kunnskap om forholdet mellom innsats og resultat. Budsjett og bestillerdokument danner grunnlag for de prioriteringer som gjøres og de tiltak som skal iverksettes i tråd med de økonomiske rammer. Bestillerdokumentet er imidlertid generelt og gir derfor ingen direkte føringer.

I følge Pettersen m. fl. (2008) er den ideelle økonomiske styringsløyfen en kontinuerlig prosess, hvor handlinger dokumenteres og evalueres. Regnskapet ansvarliggjør ledere i å sammenstille aktivitet og kostnader. Ved månedlig gjennomgang av regnskapet gis det grunnlag for evaluering og eventuell iverksetting av tiltak. Empiriske funn støtter opp om regnskapets kontrollfunksjon. Vi erfarer at informasjon fra det operative nivå brukes lite som beslutningsformål og som grunnlag for strategiske valg. Dermed kan det sies at det mangler koblinger i styringsløyfen.

Vi bruker altså regnskapet for å forklare fortiden, men i liten grad til å planlegge framtiden. I møtene kommer det fram om vi holder plantall eller om det er avvik. Vi erfarer at det er stort fokus på kontroll i økonomimøtene våre, og dermed blir det strategiske fokus mindre synlig. Er det avvik, er det viktig at vi planlegger og iverksetter tiltak. Hvilke tiltak som skal iverksettes begrenses til å gjelde innenfor rådende personalplaner, og gjennom å effektivisere drift.

I følge den ideelle økonomiske styringsløyfen er det en forutsetning at styringsprosessene er formålsrasjonelle og at målene er konsistente. Imidlertid er sykehus komplekse organisasjoner som ikke lar seg styre av slike enkle modeller. Dagens samfunn er i en rask medisinsk og teknologisk utvikling. Denne utviklingen fører til at sykehus er i endring, både faglig og organisatorisk. Vi vet at pasienters individuelle behov vanskelig lar seg standardisere. Pasientkonteksten kan variere sterkt selv om diagnoser er like. Manglende standardisering av aktivitet i sykehus medfører utfordringer i å planlegge for budsjettmessig balanse.

Interessekonflikter i sykehus og endringskravene fra samfunnet vanskeliggjør en rasjonell styring med konsistente mål. Dermed blir det brudd i den ideelle økonomiske styringsløyfen.

For lederne på operativt nivå kan ressursfordeling oppleves som urettferdig. Dette kan ut fra vår oppfatning slå ut på to måter. Man kan ha følelse av å ikke mestre oppgavene, eller man kan håpe på tilgivelse for budsjettoverskridelser. Å styre etter historiske tall når de til stadighet ikke holder mål, kan oppleves som demotiverende. Som ledere blir vi stadig møtt med at å gi etter for krav om flere stillinger i den kliniske virksomheten vil føre til en større slakk. Kravet om effektivitet henstiller oss til å tenke smartere og finne kostnadseffektive løsninger. For å klare det, trengs det god styringsinformasjon. Hva som er den gode løsning kan være vanskelig å forutse, da mangel på kontrollerbarhet kan gjøre sammenhengen mellom ressursbruk og aktivitet vanskelig å kostnadsberegne.

Forutsetninger for styring er å ha mål for realisering av aktivitet innenfor vedtatt budsjett. Blir gapet mellom strategiske mål og budsjett for stort kan det oppleves som manglende koblinger og urealistiske budsjetttrammer. I følge Pettersen er informasjon om hva slags, hvor mye og hvordan ressurser brukes, en viktig del av styringssystemet. Respondentenes ønske i vår studie om flere stillinger og deres uttalelser om underdimensjonerte personalplaner, er eksempel på uenighet om samsvar mellom budsjett og aktivitet.

5.1.1 Ledere har fokus på styringsverktøy

Vår undersøkelse viser at respondentene bruker de styringsverktøy de har tilgjengelig. Dette viser at lederne har en praksis som bekrefter styringsteori. Studiet viser at lederne bruker økonomiske begreper og har bevissthet på styring av aktivitet ut fra både finansielle og ikke finansielle mål.

Helse Sunnmøre hevder i årsrapporten å være aktivitetsorienterte i større grad enn forsknings- og utviklingsorienterte. Dette kan stemme i forhold til resultater i tidligere sammenligninger og Samdata-rapporter. Vi tolker dette som at Helse Sunnmøre har kultur for å holde fokus på kostnadseffektivitet. Eksempler på dette er at lederne bruker begrepet ” - mer helse for hver krone” når de snakker om flere ressurser, at de er opptatte av å utnytte ressursene best mulig ved ” - å mate kirurgene” fordi de er den dyreste arbeidskraften, og at de ser betydningen og viktigheten av samhandling mellom profesjonene for ”- å unngå plunder og heft”.

Likeledes har de fokus på kvalitetsindikatorer og styrkningsprosent ved å hente inn kirurgen og forespeile strykninger dersom operasjonsmeldingene ikke gir gode nok opplysninger. Dette opplever vi som et aktivt forsøk på å redusere strykingsprosenten. De utvider perspektivet i planleggingen for å finne bakenforliggende årsaker til kostnadsdrivere og styrer produktivitet etter langsiktige mål. Bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer blir et verktøy for evaluering av drift. Dette tolker vi som at informantene har et sterkt fokus på balansert målstyring. I tillegg opplever vi at det er fokus på faglig kvalitet på tjenesten, da de fremhever spesialisering som en kvalitetsmessig fordel. Gjennom vår studie har vi lært at ved å bruke de ledelsesverktøy som er tilgjengelig, utvikler ledere større fokus på målstyring.

5.2 Benchmarking på disaggregert nivå

Jamfør Pettersen m. fl. (2008) gir sammenligninger mellom ulike virksomheter mulighet for å avdekke forskjeller i intern organisering og aktivitet. Å avdekke disse forskjellene gir oss utfordringer i å finne sammenlignbare størrelser i undersøkelsen. Sammenligning av aktivitet forutsetter at data er så detaljerte at aktiviteter kan sammenlignes. Et av hovedfunnene våre er ulik registreringspraksis, forskjellige registreringsverktøy og bruk av skjønn. Dette samsvarer med styringslitteraturen innen feltet (Pettersen m. fl, 2008). Vi opplever at mangel på relevant styringsinformasjon stiller store krav til tolking av data, fordi disse dataene er aggregerte opp. Dette medfører at ledere ikke kjenner seg igjen i tallene og at tallene ikke kan relateres til aktivitet.

For å benchmarke er det i følge teorien et krav at vi finner indikatorer som gir mening på det vi sammenligner (Pettersen m. fl, 2008). Indikatorene må kunne gi informasjon om hva som forårsaker kostnader, og om det er mulig å gjøre noe med det som eventuelt er årsaken. Disaggregert informasjon må kunne gi en pekepinn på hva som bør undersøkes nærmere. Ved å sammenligne registrert aktivitet forutsettes det dermed at aktivitet utføres likt. Det er da to elementer vi må ha fokus på. Det ene er om data er likt registrert og den andre at indikatoren har betydning for det fenomenet vi sammenligner. Dette har sammenheng med hvor troverdig informasjon er for de som skal bruke dette som ledelsesinformasjon.

Registrering av aktivitetsdata er viktig for å få indikasjon på aktivitetsmål. Ved sammenligning av operasjonsaktivitet avdekket vår studie både ulik organisering og behandlingspraksis mellom sykehusene. Et eksempel på dette er organisering av operasjonspasientene og sammensetting av ressurser. I Helse Sunnmøre Ålesund blir det

meste av øye- og ØNH kirurgi utført med team uten operasjonssykepleiere på annet område i sykehuset. Ulik sammensetning av operasjonsteam medfører problemer i sammenligning av ressurser. I Helse Sunnmøre Ålesund fører kirurgene operasjonsprotokoll i eget datasystem på alle operasjoner. Anestesipersonell fører anestesiregistreinger i et annet system. Dette medfører registreringer uten samkjøring og koblinger opp mot hverandre. Ulik registreringspraksis vanskeliggjør dermed sammenligningen. Det oppgitte antall operasjoner i Helse Sunnmøre Ålesund får ikke samme betydning som tallene fra Nordlandssykehuset Bodø hvor all aktivitet registreres under ett. Vi har hatt samtaler med ressurspersoner på begge sykehus som har ansvar for aktivitetsregistreringer. Via kommunikasjon med de som registrerer har kvantitative data gitt oss et innhold. På denne måten har vi fått informasjon som avdekker forskjeller i registrering. Vi har altså lært at vi ikke kan ta all tallinformasjon som en gitt sannhet. Aktivitetstall for operasjoner har kun fokus på antall og sier ingen ting om inngrepenes kompleksitet. Forskjell på behandlingstilbud kan gi utslag i DRG- poeng, men sier ikke noe om ressursbehov.

For å finne ut om indikatorene har betydning for det fenomenet vi sammenligner, bruker vi vår kjennskap til faget. Vi må bruke faktorer som har betydning for kostnadseffektiv drift når vi sammenligner kostnadseffektivitet. For intensivavdeling velger vi derfor å bruke liggedøgn og sykkelighet hos pasient som indikator, da dette gir et bilde av ressursbehov. Vi mener disse aktivitetsdata gir et mer beskrivende bilde av virkeligheten enn antall DRG-poeng. Pasientrelaterte parametere gir for oss et mer nyansert bilde. I følge teori om benchmarking (Pettersen m. fl, 2008) vil slike aktivitetsdata være lettere å omsette til handling enn aggregerte data.

Forstår man ikke årsaken til forskjellene, er det heller ikke lett å gjennomføre forbedringer. Å sammenligne liggedøgn kan også gi feilmarginer da det kan foreligge attributforskjeller mellom intensivavdelingene. Et eksempel på ulikt behandlingstilbud kan være at postklare pasienter genererer liggedøgn på intensivavdelingen for å avlaste sengeposten. I vår undersøkelse forhører vi oss om det er utfordringer med tilbakeføring av postklare pasienter. Ut fra de opplysninger vi får, antar vi en relativ lik praksis for nedflytting av postklare pasienter og dermed avklares ingen attributforskjell på dette området.

For å gjøre en benchmarking, må man ha data fra ulike kilder og disse data må dekomponeres til aktivitetsnivå. For å bevisstgjøre hvilken informasjon man må ha for å gjennomføre

sammenligninger, har analysering av funn vært en tidkrevende og utfordrende prosess, slik vi viser i empirikapitlet. Vi erfarer at å måle aktivitet i sykehus er vanskelig da ikke all aktivitet lar seg måle. Likeledes er ulik organisering og behandlingspraksis med på å komplisere sammenligningene.

5.2.1 utfordringer med benchmarking

Vår undersøkelse viser at det å sammenligne to enheter i ulike sykehus gir ikke bare informasjon om ulike kostnadsdrivere, men forklarer også hvorfor ulikheter oppstår. En mulig forklaring på forskjellene i kostnadsnivå kan være at vi finner forskjeller i kompleksitet mellom sykehus. Her kan man gjøre illustrerende beregninger.

Forskjeller på intensiv

Når det gjelder aktivitet mener vi det er forskjell mellom intensivavdelingene. Nordlandssykehuset Bodø er en av to intensivavdelinger i Helse Nord som fungerer som kraftsenter i landsdelen. Det innebærer at når kapasiteten ved Universitetssykehuset i Nord Norge er sprengt, overflyttes intensivpasienter til Nordlandssykehuset Bodø selv om de ikke tilhører vårt nedslagsfelt. Vi har ikke gode talldata fra Helse Sunnmøre Ålesund for å kunne gjøre sammenligning på dette området, men muntlig informasjon om antatt overflyttede intensivpasienter fra andre sykehus tyder på at det er stor forskjell. Registreringer i Nordlandssykehuset Bodø viser at ca 35 % av intensivpasientene kommer fra andre sykehus. I 2008 utgjør det 915 av de 1647 registrerte intensivliggedøgn. Dette styrker vår antagelse om at det er forskjell på intensivaktivitet mellom sykehusene. En forskjell som ikke framkommer i aggregerte sammenligninger. Etter vår mening blir derfor en sammenligning mellom intensiv i Nordlandssykehuset Bodø og kirurgisk intensiv i Helse Sunnmøre Ålesund som å sammenligne epler og pærer. Ut fra dette mener vi at sammenligningsrapporten ikke har tatt høyde for kompleksitetsforskjeller og intern organisering.

Flere intensivpasienter vil dermed kreve et større ressursbehov for intensiv i Nordlandssykehuset Bodø. Ut fra aktivitetsdata i tabell 7 kan det også konkluderes med en større dybde kompleksitet ved intensiv i Nordlandssykehuset Bodø. Jamfør Pettersen m. fl. (2008) vil kostnader påvirkes av kompleksiteten. Dataregistrering generelt gir liten mulighet til å verifisere de faktiske ressursbehov. Av erfaring vet vi at grad av sykkelighet hos intensivpasienter er avgjørende for ressursbruk. Et eksempel er at små barn på respirator krever to sykepleiere per vakt for å ivareta behandlingsbehovet. Jo mer kritisk syk pasienten

er, dess høyere kostnader grunnet økt forbruk av medisiner, blodprøver og røntgenundersøkelser. Høyere kostnader forklares ut fra dekomponerte aktivitetsdata som viser flere og mer ressurskrevende pasienter i Nordlandssykehuset Bodø. Dybdekompleksitet knytter seg altså til forskjeller i ressursbehov til ulike pasienter. Antagelsen er at kompleksitet i seg selv virker kostnadsdrivende, slik at forskjeller i kompleksitet kan være en av flere faktorer som bidrar til forskjeller i kostnadsnivå mellom ulike institusjoner (Bjørnenak, Nyland, 2000:2).

Forskjeller ved operasjonssentralene

Utgangspunktet for vår studie viser at Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund er sammenlignbare angående spesialistfunksjoner, tjenestetilbud og beredskap. Dermed vil breddekompleksiteten kunne sies å være lik for de to sykehusene. Ved å studere dekomponerte data har vi fått en forståelse av sammenhenger i tjenestetilbudet som påvirker kostnadsnivået.

Vi har erfart at faktorer som større areal, flere operasjonsstuer og et smalere fagfelt gir Helse Sunnmøre Ålesund en bedre pasientlogistikk og en enklere koordinering, noe som antas å være med på å redusere kostnadene. Denne antagelsen bygger på erfaringer fra egen virksomhet hvor knapphet på operasjonsstuer og trangboddhet er daglige utfordringer. Et eksempel på dette er kravet i Nordlandssykehuset Bodø om å redusere vekslingstid for å få en større utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten. Utfordringen i dette er å få første pasient ut og neste inn på kortest mulig tid. Når den opererte pasient flyttes ut fra operasjonsstuen, skal det brukte utstyr tas vare på og stuen vaskes og ryddes. Deretter skal nytt utstyr fylles på og stuen gjøres klart til neste pasient. Når det oppstår tidspress i dette kan det fort skje slurv og feil. Vi ser at liten slakk medfører ineffektivitet og kan dermed bli en kostnadsdriver. Likeledes er ressurstilgangen vesentlig for hvor smidig dette kan utføres.

Dersom man har ekstra stueressurs, slik som Helse Sunnmøre Ålesund, kan neste operasjon planlegges og pasient klargjøres på annen stue. Har man i tillegg ekstra operasjonsteam kan pasient forberedes slik at operatør går fra pasient til pasient uten unødvendige opphold mellom operasjonene. En av informantene sa det slik ”- poenget er å mate kirurgene ”. Underforstått at det er kirurgene som produserer DRG-poeng. Jamfør Haukedals definisjon innebærer blant annet leders funksjon å fordele og koordinere arbeidet. Dette gir legitimitet til

å påvirke at ressurser brukes på en så kostnadseffektiv måte som mulig. Vi mener denne lederen har en bevisst holdning til å tenke kostnadseffektivt.

I sammenligningsrapporten kommer det ikke fram at intensivmedisin på de sammenlignede sykehus er organisert forskjellig. Det kommer heller ikke fram at Nordlandssykehuset Bodø har en høyere aktivitet. Bygningsmessige forskjeller mellom de to operasjonssentralene kommer heller ikke fram. Vi synes at sammenligningen utført av Helse Nord allikevel er interessant. Det medfører at vi blir nysgjerrige på hvorfor Helse Sunnmøre Ålesund styrer mer kostnadseffektivt enn oss. På disaggregert nivå gir sammenligningen et mer nyansert bilde som viser høyere aktivitet i Nordlandssykehuset Bodø. Høyere aktivitet årsaksforklarer flere årsverk og høyere kostnader.

5.3 Mellomleders rolle for å forbedre og lykkes med endring på det operative nivå

Fokus på god planlegging og koordinering handler om forvaltning av begrensede ressurser. I følge Simons (1995) i Pettersen m. fl, (2008: 215) er komplekse organisasjoner avhengige av en tverrfaglig dialog og samhandling for god drift og høy kvalitet på tjenestene. Vår undersøkelse viser at dialog og interaksjon er viktig i styringssammenheng. Studien viser at tverrfaglig samhandling har et forbedringspotensial når respondenten sier at ”- *det ringer ingen bjeller om urologen ikke opererer en uke*”.

Manglende samhandling vanskeliggjør planleggingen og gir manglende samsvar mellom ressursene. At legene ofte ikke deltar i den daglige planleggingen av drift, gjør det vanskelig å se helheten. Dette skaper kommunikasjonsutfordringer, og reduserer kostnadseffektiviteten. Mangler dialogen i samhandlingen følges ikke planene, og man får brudd mellom plan og handling. Vi opplever at i tverrfaglig samhandling kommer ulike perspektiver fram og det utløser kreativitet og endring. I samhandlingen kan man komme til felles forståelse og enighet om hvordan aktivitet skal planlegges. Fokus på utfordringene gir da vilje til lojalitet og et felles ønske om å lykkes. Det overordnede nivå stiller krav til ledere på operativt nivå om å omsette planer til handlinger. Imidlertid krever dette kommunikasjon og læringsvillighet i organisasjonen.

Mellomleders oppgave blir da å være pådriver for at tverrfaglige møter blir arena for endring og læring i virksomheten. Teorien om interaktiv styring støtter opp om samhandlingens

betydning for at handlinger skal være i tråd med målsetningen. Dialogen eller kommunikasjonen er verktøyet som knytter sammen det operative nivå med toppledelsen mot en felles forståelse og et felles mål om en – ” *ønsket framtidig tilstand*”. Man vil dermed bygge bro mellom toppledelsens strategiske arbeide og de behov som måtte foreligge i det operative nivå. Slik vi ser det er også budsjett- og økonomimøter en arena hvor ledere på ulike nivå møtes. Vi erfarer dette som tverrfaglige møter hvor faggrupper som har forskjellige fagtermer kan lære av hverandre for å finne løsninger. Utfordringen er å øke kunnskapsnivået hos ledere slik at de er bevisst på hva som er relevant styringsinformasjon. Vi erfarer at mellomlederne har bevissthet på kostnadseffektivitet. De har også fokus på kvalitet, god utnyttelse av personalressurser og tilrettelegger for faglig oppdatering. Vi erfarer dermed at ledere benytter seg av balansert målstyring. Nettopp ved å bruke tilgjengelige ledelsesverktøy og utvikle ledelseskompetanse blir ledere bevisst på hva som er relevant styringsinformasjon. Dette mener vi vil styrke mellomleders mulighet for å formidle relevant informasjon fra det operative nivå og til det overordnede nivå.

Ledere på operativt nivå jobber nært kjerneaktiviteten, det vil si pasientbehandlingen. De har nærhet til pasient, pårørende og det helsepersonell som yter helsehjelp. De står ofte mellom barken og veden med krav om ekstra ressurser fra de ansatte på den ene siden og toppledernes krav om kostnadseffektiv drift på den andre siden. Å se sammenheng mellom økonomi, aktivitet og nødvendig ressursbehov er vanskelig, da tall alene ikke forklarer hele bildet.

5.4 Benchmarking – en kilde for læring og endring?

Operasjonsfaget har hatt stor utvikling og mange utfordringer de siste årene. Seksjonering av operasjonssykepleiere vil snevre inn fagfeltet for den enkelte og dermed øke kvalitet og effektivisere drift. Sammensetning av vaktteamene blir her en utfordring for å unngå så stor grad av spesialisering at de ulike gruppene av personalet ikke lenger kan erstatte hverandre. Vaktteamene må da sammensettes slik at man utnytter hverandres kunnskap. Dette gjør Helse Sunnmøre Ålesund ved å sette en fra hver gruppe sammen på vakt. Vaktarbeidet gir da innsyn og forståelse for den andres fagfelt samtidig som man må tre frem å ta ansvar når problemet omhandler eget felt. Erfaringer viser at ansatte tar ansvar og vokser på det når de gis ansvar. Dette er en ”beste praksis” som vi ser at Nordlandssykehuset Bodø kan ha nytte av å etterligne.

Beredskapen er lik mellom sykehusene, men utnyttelse av helikopter beredskapen gir en ressurs i Helse Sunnmøre Ålesund, som ikke kan utnyttes i Nordlandssykehuset Bodø. Dermed kan vi si at beredskapen er en mindre kostnadsdriver for Helse Sunnmøre Ålesund. Å bli bevisst denne forskjellen gjør at vi forstår hvorfor anestesienheten ved Nordlandssykehuset Bodø er mindre kostnadseffektiv. I sammenligningsrapporten er legebemanning av fly og helikopter holdt utenfor. Forskjell i utnyttelse av beredskap blir en viktig forklaringsfaktor i forhold til økte kostnader. Vi lærer at dette er en bakenforliggende årsak som hindrer mulighet for samme kostnadseffektivitet. Dette er en forskjell, som utgjør en forskjell.

Knapphet på operasjonsstuer kan representere en flaskehals som begrenser aktiviteten. Jamfør Hoff handler flaskehalser om at bemanningen ikke er i kapasitetsmessig harmoni med hver andre, slik at avdelingene med minst kapasitet begrenser totalaktiviteten. At Helse Sunnmøre Ålesund har flere operasjonssykepleiere og en smalere kompleksitet i sentralen, kan medføre at anestesisykepleierne blir en begrensende faktor. Organiseringen i Ålesund medfører at anestesipersonell har flere arbeidsstasjoner utenfor sentralen og dermed en annen arbeidssituasjon enn operasjonssykepleierne. Forskjellen i antall anestesileger mellom sykehusene, tror vi har konsekvens også for drift ved intensivseksjonen. Nordlandssykehuset Bodø har en lavere legeressurs til disposisjon for intensiv. I situasjoner med høy aktivitet kan legeressurs bli en flaskehals, fordi legeoppgaver som nedskrivning av pasienter til sengepost ikke blir utført. Pasienter på postoperativ bli ikke flyttet ned på post og opptar dermed plassen til nye overliggere. En måte å kartlegge flaskehalsproblematikk på er for eksempel å gjøre tidsanalyser. Tidsanalyser kan avsløre potensialer til forbedring. Et eksempel kan være kravet om reduksjon av vekslingstid mellom operasjonene. Når problemet analyseres øker vår bevissthet på utfordringen. Tverrfaglig samarbeid utløser kreativitet og vi blir løsningsorienterte.

6 KONKLUSJON

I vår undersøkelse finner vi at ledere styrer etter de verktøy som er tilgjengelig. Vi mener det er styringsverktøy som er i tråd med balansert målstyring. Beste praksis kommer til uttrykk i seksjonering av operasjonssykepleiere, som en kvalitetsmessig og økonomisk fordel. Brudd i den ideelle økonomiske styringssløyfen gir utfordringer. Dekoblingene ser vi har sammenheng med manglende dialog mellom fagfolk og toppledelsen. Videre er fokus om økonomisk balanse av en slik karakter at det overskygger mål for fag og aktivitet. Lederne opplever en ubalanse mellom økonomikrav på den ene siden og samsvar mellom aktivitet og personalressurs på den andre siden.

Sykehus som i utgangspunktet gir inntrykk av å være sammenlignbare viser seg ved nærmere øyesyn å ikke være like sammenlignbare. Benchmarking på avdelingsnivå har lært oss at feilkilder som ulike registreringsmetoder og registreringspraksis vanskeliggjør prosessen med å finne pålitelige tall. Det er ikke alt som ”teller som telles”, og heller ikke alt som ”telles som teller”. Det er vanskelig å finne indikatorer som uttrykker det samme på grunn av kompleksitetsforskjeller ved driften og ulik intern organisering. I søken etter rett indikator opplever vi at det er lett å gå seg vill, da informasjonsgrunnlaget er mangfoldig og uoversiktlig slik at man ikke ”ser skogen for bare trær”. Når vi finner representative indikatorer som sykkelighet og liggedøgn finner vi forskjeller i aktivitet ved de to intensivavdelingene. Økt aktivitet gir mer rutine og øker kompetansen. I denne sammenheng viser vår studie at Nordlandssykehuset Bodø har beste praksis ut fra et faglig og et økonomisk perspektiv. I lys av dette blir sammenligning på aggregert nivå som å sammenligne epler med pærer.

Sykehus er komplekse organisasjoner hvor prestasjonene til fagfolkene er en viktig faktor for verdiskapning. For å få til endring er man avhengig av samspill mellom profesjonene. En viktig suksessfaktor for å lykkes med endring er at ledere fokuserer på at ”alt henger sammen med alt”. Gjennom informasjon og kommunikasjon kan mellomleder være brobygger mellom fagprofesjonene og toppledelsen. På den måten virkeliggjøres strategier og skaper kultur i virksomheten for helhetstenking som motivasjon til endring.

Vår undersøkelse viser at å sammenligne seg med andre gir kilde til kunnskap. Kunnskap om andre måter å tenke og handle på. Ved å sammenligne produktivitet mot beste praksis får vi en pekepinn på hvordan situasjonen er i forhold til hvordan den kunne eller burde ha vært.

Vår sammenligning av aktivitetsdata har gitt oss en bevissthet på at benchmarking er et styringsverktøy som gir kunnskap om metoder for å nå mål.

Vår undersøkelse viser at ved å studere kostnadsdrivere øker kunnskap om kostnadsforskjeller og hvorfor disse oppstår. Arbeidskraften er den største innsatsfaktoren i sykehus og dermed også den største kostnadsdriveren. Stabilitet i personellressursene, og samsvar mellom aktivitet og ressurs blir et vesentlig poeng for kostnadseffektivitet. Andre observasjoner i studiet bekrefter at bygningsmessige faktorer og utnyttelse av beredskap påvirker kostnadseffektivitet. Dette er faktorer som er vanskelig å påvirke. Faktorer som planlegging av aktivitet og flaskehalsproblematikk kan man ved kartlegging og tverrfaglig samhandling finne løsninger på. Slakk er på den ene siden med på å øke kvaliteten, men blir slakken for stram strupes fleksibilitet og det går ut over kvalitet. Dette er ikke-finansiell informasjon som kan øke forståelse og på den måte gi rom til forbedringer i egne avdelinger.

Ved å studere våre funn og reflektere over dem har vi tatt til oss begge elementene for læring. Vi har undersøkt og erfart, vi har åpnet opp for andres måter å utføre operativ ledelse på. Gjennom denne prosessen har vi funnet elementer som vi vil bruke videre i vår lederfunksjon. Denne erfaringen mener vi kan utvikle og forbedre vår måte å lede på. Da kan vi si at det har vært en nyttig læring å se til Helse Sunnmøre Ålesund. Vår studie har lært oss at benchmarking skaper kreativitet og motiverer for endring. Kunnskap som oppdages i sammenligninger gir motivasjonsgrunnlag for både ledere og ansatte. Vi tror at motivasjonen ligger i at man i sammenligningen med andre fremheves ønsket om å ha beste praksis.

Et forslag til ytterlige forbedringer i kostnadsarbeidet kan være å gjøre flere sammenligninger med Helse Sunnmøre Ålesund. Man kan gå nærmere inn på faktorer som forklarer forskjeller i stabilitet, sykefravær og rekruttering. Videre synes vi det hadde vært spennende å utforske hvilken bemanningsnøkkel som vil være mest lønnsom i avdelinger med en uforutsigbar drift.

LITTERATURLISTE

- Askildsen, Jan Erik og Kjell Haug** (2001) *Helse, økonomi og politikk*, Cappelen Akademiske Forlag
- Berulfsen, Bjarne og Gundersen, Dag** (2004) *Fremmedordbok og synonymer*, Kunnskapsforlaget
- Gausdal, Børge.**(1998) *Læring i organisasjoner: teoretiske perspektiv*. I Nordhaug, O(1998) m. fl.: *Strategisk personalledelse: utvalgte emner* TANO Aschehoug
- Grønhaug, K og Nordhaug, O** (1998) ”*Læringsbarrierer i organisasjoner*” I Nordhaug, O (1998): ”*Kompetansestyring i arbeidslivet*”. TANO Aschehoug.
- Haukedal, Willy,** (2005) – *Arbeids- og lederpsykologi*, Cappelen Akademiske forlag
- Høst, Tor** (2005) - *Ledelse i helse- og sosialsektoren*, Universitetsforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Thorsvik** (1997) *Hvordan organisasjoner fungerer* Fagbokforlaget
- Johannessen, Jon-Arild og Johan Olaisen** (2007)*Styring av helseforetak*, Fagbokforlaget
- Johannessen, Jon-Arild og Bjørn Olsen** (2008)-*Positivt lederskap, jakten på de positive kreftene*, Fagbokforlaget
- Johannessen, Line Kristoffersen og Per Arne Tufte,**(2004) 2. utgave *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*, Abstrakt forlag
- Magnussen, Jon** (2005) *Kan vi stole på sykehusenes mål på produktivitet*, Tidsskrift for den Norske Legeforening, 125-3300-02
- Mauland, Helge og Frode Mellemvik** (2004) *Regnskap og økonomistyring i staten*. Cappelen Akademiske Forlag
- Olsen, Jan Abel,** (2006) *Helseøkonomi*, J.W.Cappelens Forlag as.
- Pedersen, Marit** (2007) *Effektivitetsutviklingen 2003-2006*. SAMDATA-rapport, SINTEF Helse
- Pettersen, Inger Johanne, Jon Magnussen, Kari Nyland, Trond Bjørnenak** (2008) *Økonomi og helse*, Cappelen Akademiske Forlag
- Strand, Torodd** (2001) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Fagbokforlaget

Internett:

Helsedirektoratet- Fritt sykehusvalg: <http://frittsykehusvalg.no/start/>

Helsedirektoratet- Intensivregister (NIR):

http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring_lenkearkiv/intensivregister_nir_82379.

Helse Nord RHF- Handlingsplan for intensivmedisin, kapasitet og struktur i Helse Nord:

<http://www.helse-nord.no/getfile.php/Helse%20Nord%20RHF%20bilde-%20og%20filarkiv/Rapporter%2C%20dokumenter%20og%20utredninger/rapportutkast%20revidert%2010%2006%2008.pdf>

Haagensen, R., Jamtli B., Moen,H., Stokland, O. -(Tidsskrift for den norske legeforening 06/2001): Erfaringer med bruk av skåringssystemene SAPS II og NEMS i

virksomhetsregistrering i en intensivavdeling http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=276941

Nyland, K., og Østergren K.-(Notatserie i helseøkonomi Nr 07/08): Økonomisk styring i helseforetak – avdelingslederens holdning til økonomiansvar

http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/256-HEBnotat2008_7.pdf

Nyland, K og Bjørnenak, T (2000) (UIO Helseøkonomisk forskningsprogram *Skriftserie 2*)

Kompleksitetens økonomi - Dimensjoner, effekter og finansiering

http://www.hero.uio.no/publicat/2000/Bakgrunnsnotat/Vedlegg10_Kompleksitetens_ekonomi.pdf

Stemland, J. (Nordlandssykehuset 2009)- Sammenligning av kostnader mellom

Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund:

http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Internett/Vedlegg%203%20sak%2026%20%20Sammenligning%20Bod%C3%B8vs%20%C3%85lesund.pdf

Nasjonal helseplan(2007–2010)-

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/prm/2006/0083/ddd/pdfv/292402-nasjonal_helseplan_saertrykk.pdf

NOU 2008:2- Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak-

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2008/NOU-2008-2.html?id=497898>

Om helselovene: Odelstingsproposisjon 66 (2000- 20019)-

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-.html?id=165010>

Samdata-rapport fra Sintef-Helse(2005)-

<http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/SAMDATA%20Somatikk%20sektorrapport%202005.pdf>

Statsbudsjettet 2004,Stortingsproposisjon nr 1 (2003 – 2004), -

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/stprp/20032004/Stprp-nr-1-2003-2004--4.html?id=451648>

Store norske leksikon - <http://www.snl.no/%C3%A5rsverk>

Rapport fra Sosial- og helsedepartementet (2007)-

”Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering av aktuelle tiltak: www.shdir.no

7 VEDLEGG

7.1 Intervjuguide for Anestesi Helse Sunnmøre Ålesund

Personalressurs:

- 1 Er rekrutteringen god?
- 2 Har dere alle stillinger besatt?
- 3 Har dere anestesisykepleiere på huset som ikke får jobb hos dere?
- 4 Har dere god tilgang på ekstravakter?
- 5 I hvilken utstrekning benytter dere vikarbyrå?

Bemanning i forhold til aktivitet:

- 1 Hvor mange operasjonsstuer bemanner dere daglig?
- 2 Hvor mange anestesisykepleiere per stue? Resursfaktor?
- 3 Hvordan fordeles personellet, rullerer de mellom oppgavene?
- 4 Hvor mange er dere på vakt? Vaktkoder? Bemanningsplan?
- 5 Hvor lang tid utover dagen foregår det elektiv aktivitet?
- 6 Oppstart om morgenen? Klokkeslett, antall stuer?
- 7 Har dere avløsere / anestesisykepleiere på topp?
- 8 Hvem bærer akuttalarm/ traumecalning?
- 9 Har dere egen ø.hjelps stue/ ø.hjelps team?
- 10 Hvordan er legeressursene fordelt mellom de forskjellige enhetene?
- 11 Hvordan er legene fordelt på vakt?
- 12 Hvordan fungerer bakvakt -systemet?
- 13 Har dere personell med støttefunksjoner for anestesienheten?

Ledelse og struktur og organisering av anestesi

- 1 Hvordan organiseres avdelingen? Ledelse, oppgavefordeling?
- 2 Deltar du som leder i budsjettarbeid, oppfølging av budsjett?
- 3 Hvem koordinerer daglig drift?
- 4 Hvordan organiseres faglig oppdatering?
- 5 Går sykepleierne previsitt til operasjonspasienten? Når utføres evt. previsitten? Hvordan formidles opplysninger om pasientene?

Daglig drift

1. Ved gastro- / colono-scopier og ERCP hvilke ressurs krever dette fra anestesi?
2. Er det utfordringer /flaskehalser ved overflytting av operasjonspasient til intensiv/oppvåkning?
3. Strykkes det pasienter grunnet aktivitet på intensiv?
4. Opplever dere mye venting i operasjonspasientforløpet?
5. Vekslingstid mellom operasjonene? Utnyttelse av stuekapasitet?
6. Hvor lett opplever dere det å komme i kontakt med sengepostene angående operasjonspasient?
7. Opplever dere heftelser/ forsinkelser på grunn av dårlig planlegging/ forberedelse av operasjonspasienten?
8. Opplever dere at pasienten ferdig klarert og utredet før de settes på operasjonsprogrammet?

Planlegging

1. Hvordan planlegges elektiv anestesiativitet/ operasjonsprogram?
2. Hvem er til stede når aktivitetene planlegges?
3. Låsing av morgendagens program? Når fastsettes programmet?
4. Langtidsplanlegging? Lavaktivitetsperioder?
5. Stenging av DKI?
6. I tilfelle stenging. Hva gjør personellet disse periodene?
7. Hvem foretar prioriteringer av pasienter på vakt?

Aktivitet

1. Hvilke tilleggsoppgaver utfører dere utenom operasjonssentralen?
2. Har dere utposter for anestesi: slik som Rtg, CT, intervensjonscenter, MR, ERCP, tannbehandling, øye? Flere?
3. Annen anestesistjeneste på huset?
4. Hvor og hvem utføres ECT- behandling, og registreres aktiviteten?

Samhandling og fleksibelt bruk av personell

1. Er det sambruk av personell mellom dagkirurgisk avdeling og anestesi?
2. Er det annet sambruk av personell over enhetsgrensene i sykehuset?
3. Opplever dere at avdelingene har en samstemt bemanning? Operasjon, anestesi og intensiv?

Varekostnader

1. Hvor godt følges anbudsavtaler? Hva vektlegges ved utvelgelse?
2. Har dere aktiv forsyning?
3. Hvem, hvilket personell foretar bestillingene, hvor ofte, lagerbeholdning i avdelingen?
4. Hvor kostnadsføres vikarinnleie fra firma?

Medisinteknisk utstyr

1. Hvilket medisinsk teknisk utstyr har dere?
2. Er utstyret standardisert?
3. Er tilgangen tilfredsstillende?
4. Er utstyret nytt / gammelt?
5. Hvem har ansvar for rengjøring og klargjøring?
6. Har dere støttefunksjoner og i tilfelle oppleves de som tilfredsstillende fra IKT og MTU avd?

IKT verktøy

1. Har dere elektronisk pasientjournal?
2. Har dere elektronisk operasjonsplanlegger?
3. Hvem registrerer virksomhetsdata?
4. Har dere elektronisk kvalitet og prosedyreverktøy? (DocMap) Hvem har i så tilfelle ansvar for redigering og oppfølging?
5. Har dere god nok tilgang til PC-er (flaskehals)?
6. Hvordan tilkaller dere hverandre (IP-telefoni, calling)?
7. Har dere elektronisk turnusprogram, GAT?

7.2 Intervjuguide for operasjon Ålesund

Personellressurs:

- 1 Er rekrutteringen god?
- 2 Har dere alle stillinger besatt?
- 3 I hvilken utstrekning benytter dere vikarbyrå?
- 4 Har dere tilgang på andre vikarer?

Bemanning i forhold til aktivitet:

1. Hvor mange operasjonsstuer bemanner dere daglig?
2. Hvor mange operasjonssykepleiere per stue? Ressursfaktor?
3. Hvordan fordeles personellet, rullerer de mellom oppgavene eller er dere seksjonert?
4. Hvor mange er dere på vakt? Bemanningsplan, ulike vakttyper, hvilende vakt?
5. Hvor lang tid utover dagen foregår det elektiv aktivitet?
6. Oppstart om morgenen? Når og hvor mange stuer?
7. Har dere avløserer / operasjonssykepleiere på topp?
8. Hvem bærer Akuttalarm/ traumecalning?
9. Har dere egen ø.hjelpsstue/ ø.hjelpsteam?
10. Har dere faste kirurger / mye innleie? sambruk mellom sykehusene?
11. Har dere personell med støttefunksjon for operasjonssykepleierne?

Ledelse, struktur og organisering av operasjon

- 1 Hvordan organiseres avdelingen? Ledere, fagansvarlige, funksjon, oppgavefordeling etc.?
- 2 Hvilken deltakelse har du som leder i budsjettarbeid, oppfølging?
- 3 Hvem koordinerer daglig drift?
- 4 Hvordan organiseres faglig oppdatering slik som internundervisning, kursdager?
- 5 Går operasjonssykepleierne previsitt?

Daglig drift

1. Utføres gastro- / colono-scopier i sentralen. I tilfelle hvilken ressurs krever dette?
2. Er operasjonssykepleierne med på ERCP?
3. Er det utfordringer / flaskehals ved overflytting av operasjonspasient til intensiv/oppvåkning?
4. Strykes det pasienter grunnet aktivitet på intensiv?
5. Opplever dere mye venting i operasjonspasientforløpet? på pasient, operatør, anestesilege, etc?
6. Vekslingstid mellom operasjonene? Utnyttelse av stuekapasitet?
7. Opplever dere heftelser/ forsinkelser på grunn av dårlig planlegging/ forberedelse av operasjonspasienten?
8. Får dere tilfredsstillende melding om operasjonspasient fra operatør?
9. Er pasienten ferdig klarert og utredet før de settes på programmet?
10. Er operatørene med på leiring av pasient? Dagtid /på vakt?
12. Hvor lett oppleves det å komme i kontakt med sengepostene?
13. Hvem leter opp utstyr til operasjonene? Får dere det fra sterilsentral?
14. Hvordan fordeles oppgavene mellom operasjon og sterilsentral? (vaskes urent utstyr i sentralen, eller sendes alt ut av avdelingen?)

Planlegging av operasjonsaktivitet

1. Hvordan planlegges elektiv operasjonsaktivitet?
2. Hvem er til stede når aktiviteten planlegges?
3. Låsing av morgendagens program? Når fastsettes programmet?
4. Langtidsplanlegging? Lavaktivitetsperioder (jul, sommer, påske, andre?)
Stenging av DKI? (Samme perioder som oss?)
5. I tilfelle stenging. Hva gjør personalet i disse periodene?
6. Hvem foretar prioriteringer av pasienter på vakt?

Samhandling og effektivitet

1. Er det sambruk av operasjonssykepleiere mellom dagkirurgisk avdeling og operasjonsstuene?
2. Har operasjonssykepleierne andre oppgaver utenfor avdelingen.
3. Opplever dere at avdelingene operasjon, anestesi, intensiv har en samstemt bemanning?
4. I hvilken grad er det standardisering av operasjonsmetoder /utstyr?

Varekostnader:

- 1 Hvor godt følges anbudsavtaler? Hva vektlegges ved utvelgelse (kvalitet/pris)?
- 2 Har dere aktiv forsyning?
- 3 Hvem, hvilket personell foretar bestillingene, hvor ofte, hvor stor lagerbeholdning i avdelingen?
- 4 Hvor kostnadsføres vikarinnleie fra firma?

Medisinteknisk utstyr

- 1 Er utstyret standardisert?
- 2 Er tilgangen tilfredsstillende?
- 3 Er utstyret funksjonelt?
- 4 Hvem har ansvar for rengjøring og klargjøring?
- 5 Er støttedfunksjon tilfredsstillende fra IKT og MTU avd?

IKT verktøy

- 1 Elektronisk pasientjournal?
- 2 Elektronisk operasjonsplanlegger?
- 3 Hvem/ hvordan registrerer virksomhetsdata?
- 4 Har dere elektronisk kvalitet- og prosedyreverktøy (DocMap) Hvem har i så tilfelle ansvar for redigering og oppfølging.
- 5 Har dere god nok tilgang til PC-er (flaskehals)?
- 6 Hvordan tilkaller dere hverandre (IP-telefoni, calling)?
- 7 Elektronisk turnusprogram, GAT?

7.3 Intervjuguide -intensiv Helse Sunnmøre Alesund

Personlaressurs

1. Hvordan er tilgangen ved ledige stillinger?
 - Hvordan dekker dere ledige vakter?
 - I hvilken utstrekning benytter dere vikarbyrå?
2. Hvordan er avdelingen bemannet?
 - For hvilken aktivitet er dere bemannet?
 - Hvordan er gjennomsnittsaktivitet?
 - Er bemanningsplan i samsvar med de oppgaver som er i løpet av døgn / uke? Kan du si noe om bemanningsplan og vaktkoder? Hvordan fordeles personellet når de er på vakt?
 - Hvilke oppgaver har støttepersonell hos dere, går de vakter?
 - Hvordan er legeressursen fordelt mellom de forskjellige enhetene og hvilke oppgaver har de? Har de fast tilhørighet til en enhet?

Ledelse - Struktur og organisering

3. Hvordan er avdelingen organisert?
 - Ledelsesstrukturen og ansvar og oppgavefordelingen?
 - Hvilken deltagelse har du i budsjettarbeid og har dere oppfølging av budsjett?
 - Hvordan organiseres kompetanseutvikling innad i avdelingen?
 - Hvem har ansvar for den daglige driften og hvordan løser dere delegering av ansvar for drift på ubekvem arbeidstid?

Den daglige drift

4. Hvilke rutiner har dere ved overflytting av pasient til sengeposter?
 - Intensivpasient?
 - Post operativ pasient?
 - Blir pasienten hentet ned til post til forventet tid?
 - Har sykehuset intermediæravdeling og hvis hvilke pasienttilbud har de?
5. Hvordan er samhandling med operasjonsstuene
 - Er det utfordringer/ flaskehalsar ved overlevering av operasjonspasient til intensiv? (Følges rutinen)
 - Strykes det pasienter grunnet aktivitet på intensiv?

Samhandling og fleksibelt bruk av personell

6. Samhandling over grenser. Er det mye sambruk av personell over enhetsgrensene i sykehuset?
 - Hvordan samhandler dere når det er økt aktivitet på intensiv og det er behov ressurser for å løse oppgavene?
 - Har intensiv personell som jobber utadrettet i sykehuset, er dette formelt definert. Ligger denne eventuelle ressursen under intensiv sitt kostnadsted?
 - Utlån til DKI ved fravær

7. Opplever dere at avdelingene har en samstemt bemanning?
- Eks. Anestesisykepleiere i akuttmottaket. Hente ressurser fra operasjonssentralen ved sykdom/ fravær på DKI. Anestesi gjør oppgaver på intensiv. Oppvåkning i operasjonssentralen?

Planlegging

8. Hvordan planlegges elektiv operasjonsaktivitet?
- Hvem er til stede når aktiviteten planlegges?
 - Langtidsplanlegging?
 - Lavaktivitetsperioder (jul, sommer, påske, andre?)
 - Stenging av DKI?
 - Justering av morgen dagens program?
9. Hvilken erfaring har dere med planlegging til operasjon?
- Hvordan fungerer rutinen med å låse operasjonsprogram?

Aktivitet

10. Har avdelingen tilleggsoppgaver og registreres disse tilleggsaktivitetene?
- Intensivservice utover i sykehuset?
 - Er det noen av stillingene som er dedikert til slike oppgaver?
 - ECT- behandling, registreres aktiviteten?

Varekostnader

11. Hvor godt følges anbudsavtaler, hvilke kriterier vektlegges mest?
- Har dere aktiv forsyning?
 - Logistikk: hvor ofte bestilles det (omløpshastighet)?
 - Hvor kostnadsføres innleie av vikarer fra byrå?
 - Hvilket personell foretar bestillinger og innplassering av varene?

Medisinteknisk utstyr og IKT

12. Hvordan er dere utstyrt med medisinteknisk utstyr?
- Hvilke medisinsk teknisk utstyr har dere?
 - Er det standardisert i sykehuset/ avd?
 - Har dere nok tilgang på medisin teknisk utstyr?
 - Hvem har ansvar for at det rengjøres, og ser til at det er i orden?
13. Hvilke IKT verktøy bruker dere?
- Elektronisk pasientjournal, etc?
 - Hvem legger inn registrerte virksomhetsdata?
 - Har dere elektronisk prosedyre og kvalitetssystem, hvem har "sørge for" ansvaret for at det er i redigering og oppfølging?
 - Har dere god nok tilgang til IKT (flaskehals)?
 - Hvordan tilkaller dere hverandre (IP-telefon, calling)?
 - Elektronisk turnusprogram?

Kvalitet og fagutvikling

14. Innehar noen av personalet en annen spesialitet enn det som er formalkompetanse?
- Gis det lønnskompensasjon for slik kompetanse?

7.4 intervjuguide for avdelingsleder Helse Sunnmøre Ålesund

Personalressurs:

Er rekrutteringen god og har dere alle stillinger besatt?

Bemanning i forhold til aktivitet:

Hvordan fordeles legene, rullerer de mellom oppgavene eller er de fast stasjonert på enhetene?

Hvordan fungerer bakvakt -systemet?

Ledelse og struktur og organisering av anestesi

Hvordan organiseres avdelingen? Hvem koordinerer daglig drift?
Deltar du som leder i budsjettarbeid, oppfølging av budsjett?

Planlegging

Hvordan planlegges elektiv anestesiaktivitet/ operasjonsprogram og hvem er til stede når aktivitetene planlegges?

Samhandling og fleksibelt bruk av personell

Opplever dere at avdelingene har en samstemt bemanning? Operasjon, anestesi og intensiv

Fordeling / spesialisering innen foretaket/ Pasientgrunnlaget i foretaket?

Hvordan fordeles behandlingstilbudet til pasientene mellom Ålesund og Volda

7.5 Søknad om hospitering og innhenting av data

Til
Avdelingssjef
Kjersti Bergjord
Anestesiavdelingen
Helse Sunnmøre – Ålesund

Bodø den 25.09.09

Inger Falch
Enhetsleder anestesi og
Astri-Marie Blegeberg
Seksjonsleder intensiv
Akuttmedisinsk avd.
Nordlandssykehuset Bodø

Søknad om å innhente data i forbindelse med masteroppgave i helseledelse.

Vi er studenter ved Handelshøgskolen i Bodø som tar Master i Helseledelse. Utdanningen er i regi av Helse Nord RHF. Vi er ansatt i akuttmedisinsk klinikk, henholdsvis som ledere ved anestesi - og intensiv.

I vår avsluttende masteroppgave ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

”Hva kan vi som ledere lære av å sammenligne vår drift med tilsvarende seksjoner ved et sammenlignbart sykehus?”

I oppgaven ønsker vi å gjøre nærmere sammenligner mellom deres og våre enheter angående organisering, ressursutnyttelse og struktur.

I regi av Helse Nord er rapport ”*Sammenligning av kostnader mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund*” utarbeidet av Jørn Stemland i 2009. Rapporten viser til dels betydelige forskjeller i kostnader per DRG- poeng og arbeidsproduktivitet (årsverk per DRG-poeng) mellom Nordlandssykehuset Bodø og Helse Sunnmøre Ålesund. Rapporten viser at Helse Sunnmøre Ålesund er mer kostnadseffektiv enn Nordlandssykehuset blant annet innen akuttmedisin. Dette har vi lyst å lære mer om.

For å kunne forske på problemstillingen er det nødvendig med virksomhetsdata fra operasjon/ anestesi og intensiv. I den anledning ber vi om Deres tillatelse til å innhente anonymiserte virksomhetsdata fra deres avdelinger. Vi ønsker også mulighet for å hospitere i operasjonssentral og på intensiv i 1-2 dager i løpet av uke 42. Vi håper å kunne gjøre intervju av ledere.

På forhånd takk.
Vennlig hilsen

Astri-Marie M. Blegeberg

Inger Falch