



Vestlandsforskning

Boks 163, 6851 Sogndal

Tlf. 57 67 61 50

Internett: www.vestforsk.no

VF-rapport 11/00

**Sluttrapport for "Prosjekt kirurgi",
Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane**

Av
Berit Bringedal

VF Prosjektrapport

Rapport tittel Sluttrapport for "Prosjekt kirurgi", Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane	Rapportnr. 11/2000
	Dato Desember 2000
	Gradering Åpen
Prosjekttittel Sluttrapport for "Prosjekt kirurgi"	Tal sider 23
	Prosjektnr 3198
Forskarar Berit Bringedal	Prosjektansvarleg Berit Bringedal
Oppdragsgjevar Sogn og Fjordane fylkeskommune	Emneord Helsetjenester Enhetlig ledelse Organisering
Samandrag <p>Rapporten er en sluttrapport over et to-årig prosjekt ved kirurgisk avdeling, Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane. Prosjektet var finansiert av SHD, Forum for organisasjonsutvikling i sykehus og Sogn og Fjordane fylkeskommune. Målsetningene for prosjektet var å forbedre virksomheten på følgende områder: Effektivitet, samarbeid, faglig utvikling, rekruttering, internkontroll, budsjettrutiner og ventelister, samt å etablere en kultur for å sette pasienten i fokus. Sykehuset ba om en ekstern vurdering av i hvilken grad man har lyktes med å forbedre avdelingen, og Vestlandsforskning ble engasjert for å gjøre dette arbeidet. I rapporten presenteres mulige indikatorer for målsetningene og vi vurderer grad av målrealisering på bakgrunn av disse. Kildene for informasjonen er skriftlige dokumenter knyttet til prosjektet og intervjuer og samtaler med ansatte. Den viktigste konklusjonen er at man har fått en mer velfungerende sykehusavdeling, særlig når det gjelder internkontroll og styring av ventelistene. Forbedringer på disse områdene har også ført til at avdelingen fungerer bedre for pasientene, slik at målet om å sette pasienten i sentrum er delvis realisert. Målsetningene om rekruttering og samarbeid ekstern og internt er det også arbeidet mye med, og man har oppnådd gode resultater. Når det gjelder bemanning, er så å si alle stillinger ved avdelingen besatt av kvalifisert personell. Når det gjelder samarbeidet eksternt har man formulert er serviceerklæring rettet mot kommunehelsetjenesten og denne er godt mottatt.</p>	
Andre publikasjoner frå prosjektet	
ISBN nr 82-428-0190-8 ISSN: 0803-4354	Pris

Innhold

	Side
Sammendrag	3
1 Kort omtale av bakgrunn, målsetninger og gjennomføring av "Prosjekt kirurgi"	4
2 Informasjonskilder	6
3 Indikatorer	7
4 Målsetninger og grad av målrealisering	9
4.1 Målrettet ressursutnyttelse	9
4.2 Rutiner for samarbeid eksternt og internt	10
4.3 Faglig utvikling	12
4.4 Rekruttering	13
4.5 Kultur for å sette pasienten i sentrum	14
4.6 Bedre styring med budsjett og ventelister	15
4.7 Internkontroll	16
4.8 Enhetlig ledelse	17
5 Konklusjon	19
Referanser	21

Sammendrag

Rapporten er en sluttrapport over et to-årig prosjekt ved kirurgisk avdeling, Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane. Prosjektet var finansiert av SHD, Forum for organisasjonsutvikling i sykehus og Sogn og Fjordane fylkeskommune. Målsetningene for prosjektet var å forbedre virksomheten på følgende områder: Effektivitet, samarbeid, faglig utvikling, rekruttering, internkontroll, budsjett rutiner og ventelister, samt å etablere en kultur for å sette pasienten i fokus. Sykehuset ba om en ekstern vurdering av i hvilken grad man har lyktes med å forbedre avdelingen, og Vestlandsforskning ble engasjert for å gjøre dette arbeidet. I rapporten presenteres mulige indikatorer for målsetningene og vi vurderer grad av målrealisering på bakgrunn av disse. Kildene for informasjonen er skriftlige dokumenter knyttet til prosjektet og intervjuer og samtaler med ansatte. Den viktigste konklusjonen er at man har fått en mer velfungerende sykehusavdeling, særlig når det gjelder internkontroll og styring av ventelistene. Forbedringer på disse områdene har også ført til at avdelingen fungerer bedre for pasientene, slik at målet om å sette pasienten i sentrum er delvis realisert. Målsetningene om rekruttering og samarbeid eksternt og internt er det også arbeidet mye med, og man har oppnådd gode resultater. Når det gjelder bemanning, er så å si alle stillinger ved avdelingen besatt av kvalifisert personell. Når det gjelder samarbeidet eksternt har man formulert er serviceerklæring rettet mot kommunehelsetjenesten og denne er godt mottatt.

1 Kort omtale av bakgrunn, målsetninger og gjennomføring av "Prosjekt kirurgi"

Bakgrunn

Høsten 1998 ble "Prosjekt kirurgi" (1) iverksatt ved kirurgisk avdeling, Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane. På bakgrunn av en situasjonsbeskrivelse om at avdelingen ikke fungerte tilfredsstillende på en del vesentlige punkt, ønsket ledelsen ved sykehuset å prøve ut en ny organisasjonsform. Prosjektet ble godkjent av sykehuseier (2), og finansiert av fylkeskommunen og Sosial- og helsedepartementet, gjennom "Forum for organisasjonsutvikling i sykehus", i fellesskap. Prosjektet var to-årig og er dermed under slutføring (september 2000).

Situasjonsbeskrivelsen ved starten av prosjektet var at avdelingen fungerte dårlig særlig på tre punkt. For det første manglet avdelingen et internkontrollsystem, for det andre mente man at det var for dårlig styring med rutiner og organisering av de samlede behandlingsressursene, og for det tredje at det var for dårlig kommunikasjon mellom ulike instanser.

Målsetninger

For å gjøre noe med disse problemene ble følgende målsetninger formulert i prosjektbeskrivelsen (1):

- "Det vert gjennomført eit prosjekt over 2 år som har som mål å vidareutvikle kirurgisk avdeling til ei velfungerande sentralsjukehusavdeling med høg fagleg kvalitet og optimal ressursutnytting
- Avdelinga skal gjennom gode rutiner for samarbeid internt og eksternt framstå som ein god arbeidsplass
- Det faglege tilbodet skal omfatte generell kirurgi med greinspesialitetane karkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, urologi og evt. andre grein/subspesialitetar
- Pleietenesta skal sikrast ei god fagleg utvikling og naudsyntfagleg utvikling og kompetanse
- Kirurgisk seksjon i Florø skal vidareutviklast som dagkirurgisk eining, politiklinikk og 5-dagars post
- Avdelinga skal innan utgangen av prosjektperioden ha utvikla system for kvalitetssikring og internkontroll i tråd med SSSF si overordna målsetjing"

Som ytterligere presisering ble det formulert følgende delmål for prosjektet (1):

- ”etablere gode samarbeidsrutiner internt og med eksterne samarbeidspartar
- skape en kultur i avdelinga som sikrar merksemd mot pasient og pårørande sin situasjon
- sikre målretta bruk av avdelinga sine samla ressursar
- stimulere og legge til rette for fagleg utvikling innan alle ledd i avdelinga
- planlegge og utøve god styring av budsjett og aktivitet
- arbeide med rekruttering av naudsynt medisinsk og pleiefagleg personale, planlegge/gjennomføre etter- og vidareutdanning av desse i tråd med den faglege utviklinga av kirurgien
- syte for optimal utnytting av kirurgisk avdeling sine einingar i Førde og Florø gjennom prioritering av oppgåver og aktiv styring av den samla aktiviteten
- etablere faste samarbeidsrelasjonar med avdelingsoverlege anestesi og oversjukepleiar for operasjon/anestesi/intensiv
- ha delegert koordineringsansvar for dei opererande avdelingane i sjukehuset i spørsmål om bruk av felles operasjonsressursar
- syte for at avdelinga utviklar kvalitetskontroll i samsvar med SSSF sitt overordna kvalitetsstyringsdokument”

Enhetlig ledelse

For å realisere målene ble det lagt vekt på endring i lederfunksjonen. Både sykehusledelsen og sykehuseier mente at en omorganisering av denne funksjonen ville være verdt et forsøk. Det ble innført enhetlig ledelse og stillingen som avdelingssjef ble utlyst internt og eksternt. En av overlegene ved avdelingens enhet i Florø ble tilsatt i stillingen.

Sentrale helsemyndigheter har i de senere årene fokusert på ledelse og organisering i sykehus som et sentralt virkemiddel for å forbedre tjenestene. Dette kommer særlig til uttrykk i innstillingen fra Steine-utvalget, NOU 1997: 2, ”Pasienten først!”. Blant annet på bakgrunn av anbefalinger i denne utredningen, blir det gjennomført enhetlig ledelse ved alle norske sykehusavdelinger fra 1. januar 2001. Erfaringer fra forsøk med én leder kan være nyttige for andre sykehus/avdelinger. Antakelsen i dette prosjektet var i overensstemmelse med Steine-utvalgets innstilling om at det ville være enklere å gjennomføre en gjennomgripende endring med bare én leder.

Organisering av prosjektet

Det ble etablert en styringsgruppe bestående av sykehusdirektør, prosjektleder (avdelingssjefen), sjefslege, sjefssykepleier, tillitsvalgte for leger og sykepleiere, samt hovedverneombud.

Det ble etablert et avdelingsråd bestående av avdelingssjef, oversykepleier, tilsynsoverlege og avsnittsleder for sekretærtjenesten. Avdelingsrådet har møter hver 14. dag og tar opp saker som har med drift og utvikling av avdelingen å gjøre. Det ble formulert en instruks for avdelingsrådet.

Avdelingssjefen er både prosjektleder, administrativ og faglig leder ved avdelingen. Han har rapporteringsplikt direkte til direktøren, mens samtlige andre grupper av ansatte har rapporteringsplikt til avdelingssjefen. Den faglige lederfunksjonen er organisert slik at tilsynsansvar og instruksjonsrett er delegert til en overlege, som også i praksis fungerer som en nestleder. Avdelingssjefen har det øverste faglige ansvaret.

Sluttrapporten

Sykehuset ønsket en ekstern vurdering av prosjektet og ba Vestlandsforskning skrive sluttrapporten. Den legges fram med dette. Her presenteres noen uttrykk for i hvilken grad avdelingen har nådd de målsetningene som ble formulert.

2 Informasjonskilder

Når en skal presentere erfaringer og vurdere grad av målrealisering i et prosjekt vil resultatet alltid være avhengig av øynene som ser. Oppdragsgiver har bedt Vestlandsforskning om en lite omfattende evaluering, og dermed er bare enkelte informasjonskilder benyttet. Det betyr at rapporten bare kan gi et bilde av enkelte sider ved prosjektet.

De informasjonskilder vi har brukt er:

- samtaler med sykehusledelsen
- intervju av noen av de ansatte som har deltatt i prosjektet (avdelingssjef, ass. medisinsk-faglig ansvarlig, oversykepleier og kontorleder)

- samtaler med fylkeslegekontoret og helse- og sosialavdelinga, fylkeskommunen i Sogn og Fjordane
- årsmeldingene 1997-1999
- rapport fra systemrevisjon, datert 10.12.97, Fylkeslegen i Sogn og Fjordane
- prosjektbeskrivelse, sak 98/0012 til Fellesstyret for helse- og sosialsektoren, Sogn og Fjordane fylkeskommune
- tidsskriftet "Forumet" nr 3/98, Forum for organisasjonsutvikling i sykehus, SHD
- referatsak/orienteringssak nr 34/92, Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane: "Utviklingsplan for kirurgisk avdeling ved SSSF"
- mellomrapporter fra avdelingssjefen (25.02.99) og oversykepleier (19.09.99)
- referatsak/orienteringssak nr 34/92: Uviklingsplan for kirurgisk avdeling ved SSSF (fra sjefslegen)
- gjennomføringsplaner for prosjektet fra 1998-2000

3 Indikatorer

Den overordnede målsetningen i prosjektet var "å skape ei velfungerande sentralsjukehusavdeling med høg fagleg kvalitet og optimal ressursutnyttelse" (1). Dette ble siden spesifisert i de delmålsetningene som er presentert foran. Det er rimelig å evaluere prosjektet i forhold til disse målsetningene i denne sluttrapporten.

Kildene for evalueringen tilsier at vi ikke får et fullstendig bilde. Vi må likevel anta at den informasjonen vi får fra de vi har snakket med er et uttrykk for vurderinger som deles av flere. Det forhold at man ba om et begrenset evalueringsarbeid tilsier også at bildet er ufullstendig.

Vi har slått sammen de delmålene som uttrykker det samme (for eksempel slik at formuleringer om å sikre målrettet bruk av ressursene utøve god styring av budsjett og aktivitet blir vurdert som ett mål). Det vil si at vi sitter igjen med sju delmålsetninger. Indikatorene for disse blir presentert under.

Målrettet ressursutnyttelse

Aktivitetsdata i perioden 1997-1999, kartlegging av rutiner.

Rutiner for samarbeid internt og eksternt

Samarbeidsorgan og skriftlige rutiner.

Faglig utvikling

Kurs og seminar, finansiering av videreutdanning og deltakelse på konferanser. Ansattes vurderinger av om det er fokus på dette.

Rekruttering

Antall besatte stillinger i ulike stillingskategorier før og etter prosjektet

Kultur for å sette pasienten i sentrum

Dette er en målsetning som er vanskelig å operasjonalisere og det kan dermed være vanskelig å måle grad av oppnåelse. Forbedringer på områder som internkontroll, ventelistestyring, faglig rekruttering osv., kommer pasientene til gode. Direkte brukerevalueringer var ikke del av prosjektet.

Bedre styring med budsjett og ventelister

Ansattes vurderinger, inkl. sentral ledelse.

Internkontrollsystem

I hvilken grad det eksisterer skriftlige prosedyrer, kvalitetssikringsrutiner, registrering av komplikasjoner og driftsavvik.

Om punktene "Mål" og "Gjennomføring" i prosjektplanen

I prosjektbeskrivelsen blir det først formulert målsetninger, og deretter presenteres gjennomføringsplanen. Denne gjennomføringsplanen er i hovedsak en spesifisering av målsetningene og bare i begrenset grad en redegjørelse for virkemidler som skal tas i bruk for å realisere målsetningene. Eksempler på dette er formuleringer som "å skape en kultur i avdelinga" eller "å sikre målretta bruk" (se gjennomgangen i del 1).

Det vil ofte være slik at et virkemiddel på ett nivå kan oppfattes som et mål på et annet nivå, slik som for eksempel formuleringene "å arbeide med" eller "å planlegge". Det er imidlertid hensiktsmessig for gjennomføring av et prosjekt at virkemidlene formuleres mest mulig som verktøy. Det ville bety at formuleringen "å arbeide med" måtte erstattes med hvordan man

konkret skulle gå fram ("arbeide") for å søke å realisere et mål. Denne noe diffuse beskrivelsen av virkemidler er en svakhet i den opprinnelige prosjektbeskrivelsen, som prosjektgruppa kanskje burde ha fått hjelp til fra Forum for organisasjonsutvikling i sykehus.

Å endre styringsstrukturen fra to til én leder var ett konkret virkemiddel. Erfaringer med dette blir presentert i et eget punkt.

4 Målsetninger og grad av målrealisering

4.1 Målrettet ressursutnyttelse

Det er flere mulige måter å uttrykke grad av målrettet ressursutnyttelse på. En god samordning av ressursene er en forutsetning, og da er for eksempel bedre styring av ventelistene et sentralt virkemiddel. Dette blir vurdert under et eget punkt. Hvordan fordelingen er mellom ulike oppgaver, er en annen måte å vurdere grad av målrettethet på. Det tar vi opp i dette avsnittet. En tredje mulighet er å se på produktivitet, målt som aktivitet i forhold til antall ansatte. Etter det vi har fått informasjon om, er årsmeldingstallene ikke korrekte, og er dermed et dårlig grunnlag for å se på eventuelle endringer i aktivitetsnivået. Selv om et produktivitetsmål som bare uttrykker aktivitet uavhengig av kvaliteten på behandlingene er et tvilsomt mål alene, kan det være nyttig i en samlet vurdering. Det tilsier at årsmeldingsdataene må være korrekte.¹

Man la vekt på at "optimal ressursutnytting" i dette prosjektet skulle bety bedre samordnet bruk av ressursene, blant annet i fordelingen mellom enhetene, der man har en i Florø og en i Førde. Strategien var at Florø i hovedsak skulle tilby dagkirurgisk behandling, og i perioden 1997-1999 registrerer vi en økning fra 403 til 490 dagkirurgiske behandlinger i Florø. I samme periode er det en nedgang i antall innlagte pasienter fra 599 til 464.

For den overordnede målsetningen om mer målrettet bruk av ressursene er det rimelig å si at en bedre fungerende avdeling på forskjellige områder uttrykker forskjellige sider av dette. Det innebærer at de neste evalueringspunktene også kan tolkes som uttrykk for grad av

¹ Det er selvsagt flere grunner til at disse tallene må være korrekte. Blant annet er det en sentral informasjonskilde for sykehuseier.

målrealisering på dette punktet. Vi konkluderer derfor ikke på dette punktet annet enn å registrere at det ser ut til at man har lykket med å øke den dagkirurgiske aktiviteten i Florø.

4.2 Rutiner for samarbeid eksternt og internt

Serviceerklæring fra sykehuset til kommunehelsetjenesten

En viktig endring som er gjort når det gjelder samarbeid eksternt er formulering av serviceerklæringer som sendes alle primærleger i fylket (4). Den første serviceerklæringen ble sendt 16. januar 1999, og siden to ganger til (mai 1999 og januar 2000). Her orienteres de som skal nyttiggjøre seg av tilbudene fra avdelingen om de tilbudene som eksisterer, samt om kapasitets- og driftssituasjonen. Det gjelder bemanningssituasjonen for de ulike spesialitetene, ventetider, fordeling mellom Florø og Førde, mv.

Første gang serviceerklæringen ble sendt ut ble dette også fulgt opp med en spørreundersøkelse om hvordan primærlegene tok i mot denne. Reaksjonen var så å si udelt positiv. Av de 35 som besvarte skjemaet, mente samtlige at en slik erklæring var nyttig, og at det burde sendes ut slike 2-4 ganger i året.

Samarbeid internt på sykehuset

Når det gjelder internt samarbeid dreier dette seg både om samarbeid mellom avdelinger ved sykehuset, mellom enhetene i Florø og Førde og internt i avdelingen. Vi har lite informasjon om samarbeid mellom avdelingene, med unntak av samarbeid med barneavdelingen der man har hatt flere samarbeidsmøter og det er utformet skriftlige rutiner. Det var et mål i prosjektet å etablere faste samarbeidsrelasjoner avdelingsoverlege anesthesi og oversykepleier for operasjon/ anesthesi/intensiv, samt å ha delegert koordineringsansvar for de opererende avdelingene i sykehuset i spørsmål om bruk av felles operasjonsressurser. Dette er det ikke arbeidet mye med, iflg. avdelingssjefen, med unntak av at man har brukt noe tid på samtalemøter med ledelsen ved operasjon/anesthesi. Imidlertid er avdelingsovergrepene samordning trolig ikke et arbeid som kan ivaretas fra enkeltavdelinger, men som må ligge til sentralledelsens ansvar, selv om problembeskrivelser fra avdelingsnivå er nødvendig i en slik samordning.

Samarbeid internt på avdelingen

Når det gjelder samarbeid internt i avdelingen, ble det sagt at avdelingen var plaget med interne konflikter (kilder: intervjuer og samtaler med sentralledelse og ansatte på avdelingen). Allerede i 1992 ble sjefslegen bedt om å foreslå en utviklingsplan for avdelingen, der bakgrunnen var at avdelingen var "prega av uro, interne konflikter og låg produktivitet" (5). I en mellomrapport fra prosjektet beskrives situasjonen ved oppstart av prosjektet slik: "Kirurgisk avdeling hadde få skriftlege rutiner i forhold til internt samarbeid. Det var tilfeldig og i perioder konfliktfyllt mellom diverse personar. ... Avdelinga hadde i lengre tid hatt eit skrikande behov for system og skriftlege rutinar."(6)

Det er uttrykt en viss skepsis til måten prosjektet ble startet opp på. Det manglet trolig noe i kommunikasjonen mellom avdelingen og sentralledelsen på dette punktet. Det ser imidlertid ikke ut til at denne noe uheldige starten har fått særlig negativ betydning for gjennomføringen av prosjektet, noe som trolig skyldes gode samarbeidsrelasjoner mellom de ansvarlige på avdelingsnivå.

Gode samarbeidsforhold består både av rutiner for arbeidsdeling og samordning av arbeidet, og av et godt samarbeidsklima. I prosjektet er det lagt relativt stor vekt på utvikling av rutiner for samarbeid. Disse rutineene er skriftlige og gjelder: Ukeplaner, visitt/postarbeid, epikriseskriving, DRG-ansvarlig, journalnotater, meldinger og katastrofeplan. Noe av dette ble i starten møtt med skepsis, en del reagerte på "alt papiret". Dette er ikke så uttalt i dag, noe som også kan forklares med at det blir mer nytt i starten av et prosjekt. Mer rutiner og skriftlig dokumentasjon har ført til noe merarbeid for skrivejtenesten, men ellers er de signalene vi har fått positive på dette punktet. Det mangler imidlertid evalueringsrutiner, så her gjenstår det noe.

Det er etablert et avdelingsråd (prosjektgruppe) der representanter for alle ansatte er med. Dette fremhever skrivejtenesten som en styrke, fordi de etter igangsettingen av dette prosjektet blir mer informert om, og inkludert i, avdelingens generelle virksomhet. Avdelingsrådet består av avdelingssjef, oversykepleier og avsnittsleder for skrivejtenesten. Nye skriftlige rutiner blir foreslått av avdelingssjefen for avdelingsrådet, mens rådet godkjenner rutineene.

Når det gjelder de påståtte personkonfliktene har vi bare begrenset informasjon om både bakgrunn for og utvikling av disse. Det vil være ulike oppfatninger her, men av de kommentarene vi har fått, har vi ikke grunnlag for å si at det er konflikter i dag. En av informantene hevdet at det var godt samarbeidsklima både før og etter prosjektstart, en annen at det var lettere å ta opp saker i dag enn tidligere. Det har vært sagt fra flere hold at det i dag uttrykkes større vilje til å ta tak i problemer (av alle typer) og at dette er en styrke for samarbeidsforholdet.

Samarbeidsorgan der samtlige stillingskategorier er representert er også et egnet virkemiddel for å demme opp om potensielle konflikter. Dette forutsetter at representantene i avdelingsrådet (samarbeidsorganet) i neste omgang informerer sine respektive kolleger, enten det er leger, sykepleiere eller sekretærer, og slik kan fungere som bindeledd mellom de ulike gruppene og avdelingsledelsen. Selv om avdelingsrådet i utgangspunktet er definert som en prosjektgruppe, bør denne eller en lignende organisering fortsette. Dette vektlegges også av Steine-utvalget (7).

Samarbeid mellom enhetene i Florø og Førde ser ut til å fungere ved at en har fått til en fordeling av legerressurser mellom de to. To kirurger har fordelt tiden mellom enhetene med to dager i Florø en tre dager i Førde, mens avdelingssjefen har en dag i Florø. Tidligere var det ingen forflytning av legerressurser mellom enhetene. Det ser óg ut til at samarbeidet med Florø tjener på at avdelingssjefen er i klinisk stilling i Florø en dag i uka, hvilket innebærer en kontinuerlig kommunikasjon mellom avdelingene.

Konklusjonen i forhold til målsetningen om forbedret samarbeid er at en er godt i gang med å samordne tjenestene ved de to enhetene (Florø og Førde). Samarbeidet internt i avdelingen ser ut til å fungere godt. Når det gjelder samarbeid og samordning mellom kirurgisk og andre avdelinger er det institusjonalisert et bedre samarbeid med barneavdelingen . Samarbeidet med primærhelsetjenesten er forbedret ved utsending av serviceerklæringer.

4.3 Faglig utvikling

Avdelingen har i dag spesialister på samtlige fagområder. Dette er dels gjort ved å utvikle de ansatte, dels ved nytilsetting. Det er ansatt en professor ved avdelingen, en stilling som er

tilrettelagt for forskning. Dette har medført at man har hatt stor fremgang innen laparoskopisk kirurgi og urologi.

Det har vært et betydelig løft innefor cancer mammae kirurgi, både faglig og administrativt. Her har det vært brukt mye tid på utdanning og opplæring. En spesialist har hatt et lengre opphold ved Haukeland sykehus for utvikling på dette området.

På området karkirurgi har en spesialist hatt flere ukesopphold ved velrenommerte sentre i USA. I tillegg har en iverksatt tiltak for å spesialutdanne en urosykepleier og en stomisykepleier. Det er og lagt til rette for intern undervisning og kurs.

Med endringen i bemanningssituasjonen er mulighetene for faglig utvikling økt.

Konklusjonen på spørsmålet om målsetninger om faglig utvikling er nådd er det faglige nivået er i dag tilfredsstillende ved at en har besatt alle spesialist-stillingene og at det også er tilnærmet full bemanning på sykepleiersiden.

4.4 Rekruttering

Bemanningssituasjonen er langt bedre i dag enn ved oppstarten av prosjektet. En har tilsatt i samtlige spesialiststillinger og det er tilnærmet full bemanning på sykepleiersiden (0.75 prosent stilling vakant). Dette er iflg. oversykepleier en "sensasjon", det har aldri tidligere vært situasjonen. Flere informanter legger vekt på at avdelingen har fått et godt rykte som en interessant arbeidsplass og at dette er en av årsakene til at det har vært mulig å rekruttere godt. Når det gjelder sykepleiere opplever sykehusene generelt en konkurranse med kommunehelsetjenesten fordi lønnsnivået der ligger betraktelig over sykehusenes, dermed kan det være særlig vanskelig å rekruttere denne gruppen. Et stimulerende fagmiljø er da et konkurransefortrinn. Også når det gjelder sekretærer er det full bemanning i avdelingen. Det er iflg. avdelingssjefen et generelt problem på sykehuset å få full bemanning i sekretærstillinger.

Avdelingssjefen karakteriserer arbeidet som at man har hatt en "intens rekrutteringskampanje", som ser ut til å ha vært vellykket.

Tabell 3 Bemanningssituasjonen fra 1997 til i dag

Florø og Førde samlet

(Kilde: Årsmeldingene med justeringer basert på informasjon fra direktørens kontor)

	1997	1998	1999
Leger	12	17.5	20
Sykepleiere og Hjelpepleiere	35	44	46

Konklusjonen på spørsmålet om en har lyktes i rekrutteringen er at dette har vært vellykket. Avdelingen har i dag full bemanning av leger og sekretærer og tilnærmet full bemanning av sykepleiere.

4.5 Kultur for å sette pasienten i sentrum

Som sagt under presentasjonen av indikatorer i kapittel 3 er dette en målsetning som er såpass vagt formulert at det er vanskelig å måle grad av måloppnåelse. Et tilleggsproblem er at en sentral kilde for denne informasjonen jo er pasienten selv; uten denne får vi ufullstendig informasjon. Fordi dette ikke var en del av prosjektet, mangler vi denne informasjonen. Det vi får av informasjon under dette punktet må dermed forstås som et begrenset uttrykk for en eventuell kulturendring i retning av å sette pasienten (mer) i sentrum.

Informantene uttrykker at det etter prosjektstart merkes en endring på dette punktet. Det er lettere å ta opp slike spørsmål, og dermed blir det også mer snakk om det, hevdes det. Fra avdelingssjefens side legges det vekt på at denne typen holdningsskapende arbeid må tematiseres både uformelt og i møter. Det vil si både i daglige morgenmøter, i andre møtesammenhenger og i uformelle samtaler. Det er grunn til å hevde at hensikten om å tematisere dette er nådd ved at samtlige av representantene for de ansatte sier at det er blitt en økning i fokus på å sette pasienten først.

På sett og vis kan en hevde at alle målsetningene i prosjektet har relevans for den overordnede målsetningen om å sette pasienten først. Når Steine-utvalget argumenterer for organisatorisk endring er det nettopp for å tilrettelegge for høyere kvalitet i pasientbehandlingen, altså et økt

pasientfokus. Slik kan både bedring i rutiner, faglig utvikling, internkontroll osv. med rimelighet sies å være virkemidler for å nå det overordnede målet. På den annen side er det klart at hva det i praksis vil si å sette pasienten først ikke er helt entydig. Ulike profesjoner vil ha ulike perspektiver og oppfatninger, og ulike pasienter vil ha ulike oppfatninger.

På bakgrunn av saker som kommer inn til pasientombud, både her i fylket (10) og i landet for øvrig, er det grunn til å tematisere sykehusets eller avdelingens kultur spesielt. 30 prosent av sakene som kom inn til pasientombudet i 1998 var klager på mangel på høflighet og respekt fra helsepersonellens side. Slik sett er det bra at man i prosjektet formulerte dette som et eget punkt. Det gjenstår imidlertid mye når det gjelder å formulere en mer konkret strategi for hvordan dette skal gjøres. Det vil også være nødvendig å få informasjon fra pasientene som kan gi grunnlag for å forbedre aktiviteten.

Konklusjonen er at det rapporteres at det er lettere å snakke om avdelingskulturen i forhold til slike spørsmål. Mange av de forbedringene som er gjort innebærer at pasienten settes mer i fokus. En direkte måling av hvorvidt man har realisert en slik kultur er imidlertid vanskelig å gjøre. Den opprinnelig vage formuleringen av målet og manglende brukerinformasjon tilsier har et begrenset grunnlag til å konkludere på spørsmålet.

4.6 Bedre styring med budsjett og ventelister

Mange informanter hevdet at dette området var for dårlig ivaretatt ved oppstarten av prosjektet. Ventelistene var ikke reelle, det var blant annet mange brudd på ventelistegrantien og situasjonen ble omtalt som "kaotisk" av flere. Det var også for liten budsjettkontroll. Det ble hevdet at avdelingen ikke var kostnadseffektiv (1, 5) og at det ville være mye å hente på at avdelingssjefen fikk et større ansvar her.

Det er rimelig å anta at det i dag er et større fokus på budsjett rutiner enn tidligere. En av informantene sier at dette klart er blitt bedre, men at "det ikke skulle mye til". Det uttrykkes også fra de andre informantene at det er blitt en langt bedre budsjettkontroll. Vi har ikke gått inn i budsjett- og regnskapsrutiner, så vi har mangelfull informasjon på dette punktet.

Når det gjelder ventelistene er det bred enighet om at dette er blitt bedre.

Konklusjonen på spørsmålet om en har lykket i målet om å bedre budsjettrutinene er at dette er blitt bedre. Vi finner at det er økt fokus på budsjettspørsmål blant de ansatte, og enkelte hevder at det i dag er en mye bedre budsjettkontroll enn tidligere. Vi har imidlertid mangelfull informasjon for å kunne underbygge dette. Når det gjelder målsetningen om å rydde opp i ventelistene, ser det ut til at dette er blitt betraktelig bedre.

4.7 Internkontroll

Blant annet på bakgrunn av systemrevisjon fra Fylkeslegen i Sogn og Fjordane (11) ble arbeidet med internkontroll et sentralt mål i prosjektet. Konklusjonen i tilsynsrapporten var at avdelingen ikke hadde "påbegynt arbeidet med å lage eit internkontrollsystem" og at "kunnskapen om og forståinga av kva eit internkontrollsystem er, er nærast fråværande". Dette punktet ble i henhold til regelverket definert som avvik. Tre merknader ble gitt. Den ene dreide seg om at kvalitetsutvalgets arbeid ikke var tilstrekkelig kjent i avdelingen, den andre at lovens meldeplikt til politiet ved unaturlige dødsfall var utilstrekkelig kjent, og det tredje angikk kravene til skrive tjenester som var større enn tilbudet.

I løpet av prosjektet er det utarbeidet skriftlige prosedyrer for gastroenterologisk kirurgi (1.9.2000), urologisk kirurgi(1.12.1999) og mammaekirurgi (1.9.2000). Det er også utarbeidet prosedyrer for skrive tjenesten (1.5.2000). Under arbeid er prosedyrer for karkirurgi, generell kirurgi og pleieprosedyrer. Under arbeid er også en mal for registrering av komplikasjoner. Det er innført komplikasjonsmøter ca. hver 6. uke der komplikasjoner i forbindelse med pasientbehandling tas opp, i tillegg til informasjon om driftsavvik. Det er laget en informasjonsbrosjyre til alle nyansatte, der administrative rutiner, lovverk og faglig prosedyrer omtales. Videre blir det arbeidet med å lage reegistreringssystem for kvaliteten innen cancer mammaekirurgi. Det er laget et slikt system for radikal prostatektomi ved kreft.

Det viktigste som er gjort på dette området er at man har utarbeidet skriftlige rutiner for driften ved avdelingen. Det er laget mange administrative rutiner for drift, samarbeid, melding, ansvarsfordeling, kontroller, med mer. Trolig var det på dette området det største behovet for forbedring lå ved oppstarten av prosjektet.

I tillegg til skriftlige prosedyrer og avviksregistrering, er evaluering av virksomheten en sentral del av kvalitetssikringen. Slik evaluering er generelt for dårlig utviklet i norsk

helsevesen. Det er en utfordring for de ulike institusjonene å utvikle evalueringsopplegg som både er valide (at de måler det de skal) og hensiktsmessige i den forstand at det er mulig å bruke dem uten bruk av for mye tid og energi. Det siste er nødvendig for at evalueringen skal bli en standard del av aktiviteten.

Svaret på spørsmålet om en i prosjektet har realisert målet om å utvikle et internkontrollsystem er at man er godt i gang med dette arbeidet og at avdelingen trolig er kommet lengre enn mange andre sykehusavdelinger på dette punktet. En regner med at en del av det som er utarbeidet vil komme til å bli brukt som en mal ved andre avdelinger. Det er ikke utviklet noe system for evaluering av kvaliteten på virksomheten.

4.8 Enhetlig ledelse

Et virkemiddel i prosjektet var endring fra to til en leder ved avdelingen. En av årsakene til at Forum for organisasjonsutvikling i sykehus ønsket å støtte prosjektet var for å høste erfaringer med en slik ledelsesmodell, for å få økt kunnskap som kan brukes i forbindelse med at alle sykehusavdelinger skal ha enhetlig ledelse fra 1. januar 2001.

I mellomrapporten fra avdelingssjefen (8) argumenteres det til fordel for én leder slik:

"Dersom ein har likestilte leiarar innan kvar profesjon, kan det oppstå interne konflikhtar og samarbeidsvanskar dersom ein ikkje greier å kome fram til konsensus." Dette kan igjen føre til unødig tidsbruk, iflg. denne. I mellomrapporten fra oversykepleier (6) heter det:

"Forbetringane, endringane ved kirurgisk avdeling det siste året, kan etter mitt syn i liten grad tilbakevisast til eindelt leiing."

Den ene delen av problemstillingen dreier seg om hvilke krav som bør stilles til lederen, den andre om det bør være en eller to ledere. Generelt har det vært mest diskusjon om lederens bakgrunn og mindre om enhetlig ledelse. Spørsmålet om hvem, i betydningen hvilken profesjon, som bør være leder for en sykehusavdeling har vært, og er, gjenstand for debatt. Dels er dette uttrykk for en profesjonskamp mellom leger og sykepleiere. Steine-utvalget delte seg i to på dette spørsmålet. Det var enighet om at man burde ha én leder, og at lederen som et minimum måtte ha relevant helsefaglig kompetanse (dvs. minimum ha tre års helsefaglig utdanning fra universitet eller høyskole). Uenigheten dreide seg om lederen måtte ha medisinsk-faglig kompetanse også. En del av utvalget argumenterte til fordel for at det

sentrale var "å finne riktig person, og ikke riktig profesjon", og dermed at spørsmålet om det var en lege eller en sykepleier/annen helsefaglig bakgrunn var underordnet. Den andre delen av utvalget mente at det burde legges stor vekt på medisinsk-faglig kompetanse, men at det i enkelte tilfeller ville være slik at "personer med annen helsefaglig utdanning vil kunne være best kvalifisert til å utføre lederoppgaver på avdelingen" (pkt. 10.4.5.2).

Vi har ikke informasjon om hvordan beslutningsprosessen forut for ansettelse av lederen var. Vi har imidlertid ikke fått inntrykk av at spørsmålet om hvilken profesjon som skulle være leder var særlig konfliktfylt, selv om mellomrapporten fra oversykepleier gir signaler om at det fra sykepleiernes ståsted ikke ble betraktet som selvsagt at det verken skulle være en leder eller at lederene nødvendigvis måtte være lege.

Den andre siden ved problemstillingen er om det er mer hensiktsmessig med én enn to ledere ved en avdeling. Det ser ut til å ha vært mindre oppmerksomhet om dette. Det er mulig at årsaken til dette er at de fleste ser nytten av å ha en leder, men det kan også være at vi ikke har fått informasjon om eventuelle ulike vurderinger av dette spørsmålet.

Det er alltid en fare for at en som representerer én profesjon vil ha størst forståelse for denne. Det er også en problemstilling at perspektiver på hva som er sentrale utfordringer i helsevesenet varierer mellom profesjoner. Det er en utfordring ved enhetlig ledelse at lederen evner å ta hensyn til dette.

En annen side ved denne problemstillingen er spørsmålet om lederens funksjon både som administrativ og faglig leder. Generelt er det betydningsfullt for god ledelse at den som leder en organisasjon har god kjennskap til produksjonen. Det kom fram i intervjuene at det var en fordel om lederen også var i funksjon som kliniker, for å kunne velge gode modeller for styring. Dette kan imidlertid støte på et praktisk problem ved at lederoppgavene tar for mye tid. Dette er selvsagt et generelt problem for enhver organisasjon.

På bakgrunn av den informasjonen vi har fått vil vi konkludere med at det ser ut til at ordningen har fungert godt. Det kan skyldes en rekke faktorer, men vi vil særlig fremheve følgende:

- Lederen som person er godt likt eller akseptert av alle ansatte

- Lederen har arbeidet med oppgaver som var særlig påtrengende på det tidspunktet prosjektet startet. Dette var oppgaver som det var bred enighet om var påtrengende
- Lederen har faglig legitimitet i alle grupper

5 Konklusjon

Den generelle vurderingen av prosjektet er at man har realisert eller delvis realisert mange av målsetningene. Særlig betydningsfullt har arbeidet med internkontroll og bedring av rutiner for drift vært. Rutinene for samarbeid eksternt og internt er blitt bedre, og det ser også ut til at det interne samarbeidsklimaet er bedret. Rekrutteringspolitikken har vært svært vellykket, i dag er det så å si full bemanning i alle stillingsgrupper. Det hevdes at det i dag er bedre styring med budsjettene og ventelistene. Det er uttrykt at det er blitt bedre betingelser for å ta opp "kulturproblemer", og at pasienten er mer i fokus enn tidligere.

I Steine-utvalgets innstilling heter det i pkt. 9.5: "Utvalget mener at behovet for kompetanseutvikling og ressurser avsatt til fagutvikling er sterkt undervurdert i dagens sykehus." Når det gjelder målsetningen om faglig utvikling i prosjektet har det vært gjort mye. En informant hevdet at det pga. bemanningsøkningen nå var blitt bedre muligheter for faglig utvikling. Det er en utfordring for avdelingen å følge opp den faglige utviklingsplanen.

I den nye loven om spesialisthelsetjenesten (12) som trer i kraft 1. januar 2001 har sykehusene fått et ansvar for brukerinnflytelse i en helt annen grad enn tidligere. Det følger av dette at samtlige sykehusavdelinger vil måtte sette økt fokus på brukernes behov i framtiden. Det er behov for en mer konkret tilnærming til målsetningen om å sette pasienten i sentrum. Det er uklart hva det i praksis vil si. I dette prosjektet ansa man samordning av ressursbruk og bedre internkontroll som de viktigste områdene å jobbe med. Når man nå har fått dette godt i gang, kan det være interessant å se på andre tiltak for å styrke en slik kultur.

Vi har ingen entydig konklusjon når det gjelder erfaringene med enhetlig ledelse. Vi har fått klare signaler på at situasjonen ved avdelingen oppleves som bedre i dag enn før prosjektet startet. Det er imidlertid ikke åpenbart at det skyldes enhetlig ledelse. Det er et generelt problem å peke på årsaker når mange forhold endres samtidig. Både personskifte i ledelsen og økte ressurser ser ut til å ha hatt stor betydning. Vår vurdering er at dette vært vel så avgjørende for endringene som overgangen fra to til en leder. Det er imidlertid mulig at

betingelsene for å gjennomføre endringene i rutiner er avhengig av at en leder har hatt ansvaret for arbeidet.

Referanser

- (1) Prosjektbeskrivelse: "Utviklingsplan for kirurgisk avdeling", SSSF
- (2) Fellesstyret for helse- og sosialsektoren, Sogn og Fjordane fylkeskommune, sak 98/0012
- (3) Sintef-Unimed rapport 21. september 2000
- (4) Kirurgisk avdeling, SSSF: Serviceerklæringer. 16. januar 1999, 28. mai 1999 og 14. januar 2000
- (5) Referatsak/orienteringssak nr 34/92 til styremedlemmene fra sjefslegen
- (6) Mellomrapport, Prosjekt kirurgi, 190999. Halvtidsevaluering utarbeidet av oversykepleier
- (7) NOU 1997: 2 "Pasienten først! Om ledelse og organisering i sykehus." Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- (8) Mellomrapport, Prosjekt kirurgi, utarbeidet av avdelingssjef høsten 1999
- (9) Data fra Statistisk Sentralbyrå, 26.09.00
- (10) Årsmelding fra pasientombudet i Sogn og Fjordane fylke. Sogn og Fjordane fylkeskommune, 1999
- (11) Rapport frå systemrevisjon ved kirurgisk avd. SSSF, Førde, frå Fylkeslegen i Sogn og Fjordane, 10.12.97
- (12) Besl.O.nr.70 (1998-1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.