

RAPPORT



INTORG - De somatiske sykehusenes interne organisering.

– En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003.

Lars Erik Kjekshus

SINTEF Helse, Økonomi, kvalitet og tilgjengelighet

Mars 2004

**SINTEF Helse**Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 OsloBesøksadresse: Forskningsveien 1
Telefon: 22 06 73 00
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

INTORG - De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003.

FORFATTER(E)

Lars Erik Kjekshus

OPPDRAGSGIVER(E)

Health Economics Research Program at the University of Oslo (HERO), Health Organizational Research in Norway (HORN) Norges forskningsråd (NFR), Rokkan senteret

RAPPORTNR. STF78 A045005	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Universitetet i Oslo, Professor Terje P. Hagen, Professor Tor Iversen	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN 82-14-03268-7	PROSJEKTNR. 78h01030 og 78g07810	ANTALL SIDER OG BILAG 75
ELEKTRONISK ARKIVKODE INTORG Rapport 2004 190304.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Lars Erik Kjekshus	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Kari Nyland
ARKIVKODE	DATO 2004-03-22	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland, Forskningsleder	

SAMMENDRAG

Dette er en oppfølgingsstudie om hvordan norske somatiske sykehus er organisert internt. Den første kartleggingen ble gjort i 2001. Denne studien er noe modifisert ved at enkelte spørsmål som ikke fungerte sist er fjernet, noen nye spørsmål er lagt til, samt at undersøkelsen er mer tilrettelagt for overgangen til organiseringen med statseide helseforetak. Etter to purrerunder har 50 av i alt 59 spurte sykehus svart.

Kartleggingen viser en fortsatt tendens med økt funksjonell organisering, økt desentralisering av budsjettansvar og ansettelsesmyndighet, økt hierarkisering med økning av antall ledernivå. I 2003 har nesten samtlige sykehus innført enhetlig ledelse på alle nivåer.

I forholdet til primærhelsetjenesten er det en tendens til at flere sykehus inngår kontrakter med kommunene om ferdig behandlede og utskrivningsklare pasienter, utskrivningsrutiner skjerpes og flere sykehus ansetter egne personer til å ta seg av koordineringen og kontakten med kommunene.

Bruk av elektronisk kommunikasjon er på full fart inn, både mht økt bruk av elektroniske pasientjournaler med muligheter for elektronisk utsendelse av epikriser men også økt bruk av elektronisk bildearkiv. Flertallet av sykehusene er i gang med innsamling og rapportering av et bredt utvalg av kvalitetsindikatorer og styringsinformasjonen er bedret med nye budsjetterutiner herunder mer bruk av ISF på avdelingsnivå samt internprising. Sykehusene tar i bruk flere organisasjonsformer mht mer effektiv pasient gjennomstrømning herunder bruk av observasjonsposter i mottakelsen samt egne skjermede enheter for planlagte operasjoner. 17 prosent av sykehusene rapporterer om endrede funksjoner i perioden 2001 til 2002.

Dette prosjektet med å kartlegge sykehusenes interne organisering ble startet opp rett før en større omlegging av sykehusenes eierskap og tilknytningsform. Denne rapporten avdekker hvordan sykehusenes interne organisering endrer seg. Men det er viktig å påpeke at en rekke interne endringer så vi allerede i perioden 1999 til 2001 og at trenden vedvarer inn i 2003 og kan derfor ikke alene tilskrives eierskapsreformen av 1.1.2002.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Sykehus	Hospital
GRUPPE 2	Organisering	Organization
EGENVALGTE	Somatikk	Somatics

INNHALDSFORTEGNELSE

Tabelloversikt	3
Innledning	9
Metode	9
Rapportens oppbygging	10
Overordnet organisering og ledelse	11
Den øverste sykehusledelsen	11
Ledelsen på avdelingsnivå	17
Bruk av elektronisk databehandling	19
Bruk av ekstern arbeidskraft	22
Relasjonen til kommunehelsetjenesten	24
Kjøp og salg av tjenester	28
Funksjonsendringer	29
Sykehusets informasjonsarbeid	30
kvalitetsindikatorer	32
Budsjettrutiner og belønningssystemer	33
Fritt sykehusvalg	36
Organisering av den kirurgiske virksomheten	39
Ledelse ved den kirurgiske virksomheten	39
Kirurgisk mottakelse	41
De kirurgiske sengeavdelingene	43
Kirurgisk poliklinikk	45
Elektiv kirurgi	46
Operasjonsavdelingen	48
Kirurgisk intensiv	49
Kirurgisk postoperativ overvåkning (recovery)	50
Generelle rutiner og organisering ved den kirurgiske virksomheten	51
Diagnosekoder	51
Utskrivning	52
Incentiv- og belønningssystem	54
Kvalitetsindikatorer	55
Vakt og beredskap i kirurgisk virksomhet	55
Organisering av den indremedisinske virksomheten	57
Medisinsk mottakelse	59
Overvåkningsenheten (medisinsk intensiv)	61
Elektiv medisin	62
De medisinske sengeavdelingene	63
Medisinsk poliklinikk	64
Generelle rutiner og organisering ved den medisinske virksomheten	65
Diagnosekoder	65
Utskrivning	66
Kvalitetsindikatorer	69
Incentiv- og belønningssystem	69
Vakt og beredskap i Medisinsk virksomhet	70
Oppsummering	71
Litteraturliste	73
Vedlegg 1: Sykehus som har svart og valgt frafall, etter sykehustype	74

TABELLOVERSIKT

Tabell 2.	Hvor mange ledere rapporterer direkte til sykehusdirektøren/lederen? Prosentandeler (N).....	11
Tabell 3.	Blant disse hvor mange har følgende utdanningsbakgrunn? Prosentandeler (N) 11	11
Tabell 4.	Var følgende stillinger formelt representert i den øverste sykehusledelsen i 2003? Prosentandeler (N).....	12
Tabell 5.	Er stillingskategoriene i spørsmål 4 ovenfor plassert i sykehusdirektørens stab eller linje? Prosentandeler (N).....	12
Tabell 6.	Hvor mange formelle ledelsesnivå er det i sykehuset? Prosentandeler (N).....	13
Tabell 7.	Hvordan er det nivå som rapporterer til sykehusets direktør organisert? Prosentandeler (N).....	13
Tabell 8.	Hvilke av de følgende medisinske servicefunksjonene er desentralisert*? Prosentandeler (N).....	14
Tabell 9.	Hvilke av de følgende ikke-medisinske servicefunksjonene er desentralisert*? Prosentandeler (N).....	14
Tabell 10.	Hvordan er mottakelsen organisert? Prosentandeler (N).....	14
Tabell 11.	Er en AMK-sentral samlokalisert med sykehuset? Prosentandeler (N).....	15
Tabell 12.	Finnes det et sykehotell og/eller et pasienthotell ved sykehuset? Prosentandeler (N).....	15
Tabell 13.	Hvordan er sykehusets fullmakter og den faktiske styringen av sykehuset? Prosentandeler (N).....	16
Tabell 14.	Hvor langt er sykehuset kommet med å innføre enhetlig ledelse? Prosentandeler (N).....	18
Tabell 15.	Hvordan innføres enhetlig ledelse? Prosentandeler (N).....	18
Tabell 16.	Hvordan kan prosessen med innføring av enhetlig ledelse karakteriseres så langt? Gjennomsnitt (N).....	18
Tabell 17.	Har sykehuset hatt ett eller flere av følgende organisasjonsdesignprogram? Prosentandeler (N).....	19
Tabell 18.	Føres pasientjournalen inn elektronisk? Prosentandeler (N).....	19
Tabell 19.	Finnes det elektronisk bilde arkiv på sykehuset? Prosentandeler (N).....	20
Tabell 20.	Hvilke av de følgende "rutinene" behandles elektronisk (via EDB)? Prosentandeler (N).....	20
Tabell 21.	Har sykehuset rutiner for å motta elektronisk overføring av henvisning? Prosentandeler (N).....	21
Tabell 22.	I hvilken grad overføres elektronisk informasjon? Gjennomsnitt (N).....	21
Tabell 23.	Hvis allmennleger mottar elektronisk informasjon fra sykehuset, hvilken informasjon overføres? Prosentandeler (N).....	21
Tabell 24.	Hvordan sender sykehuset ut påminnelse til pasienten om polikliniske timer? Prosentandeler (N).....	21
Tabell 25.	Leier sykehuset inn arbeidskraft fra andre sykehus i Norge? Prosentandeler (N) 22	22
Tabell 26.	Leier sykehuset inn arbeidskraft fra private legesentre eller utleie-/ formidlingsbyråer? Prosentandeler (N).....	22

Tabell 27.	Bruker sykehuset ekstern konsulentbistand til noe av det følgende arbeidet? Prosentandeler (N)	23
Tabell 28.	Har sykehuset egne avtaler med private spesialister/spesialistsentre? Prosentandeler (N)	24
Tabell 29.	Har sykehuset inngått en avtale med kommunene om vilkår/kriterier for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten? Prosentandeler (N)	24
Tabell 30.	Har sykehuset en egen person som tar kontakt med hjemkommunene til pasientene for å forberede utskrivning av ferdigbehandlede pasienter som trenger pleie? Prosentandeler (N)	25
Tabell 31.	Har sykehuset fellesmøter med representanter fra kommunene? Prosentandeler (N)	25
Tabell 32.	Er det mulig å bestille time for konsultasjon via nettet? Prosentandeler (N)	25
Tabell 33.	Hvem mottar rutinemessig epikrise / journalnotat etter behandling? Prosentandeler (N)	26
Tabell 34.	Har sykehuset hospiteringsordninger for allmennleger? Prosentandeler (N)	27
Tabell 35.	Har sykehusets leger faste dager for konsultasjon utenfor sykehus – hos allmennleger? Prosentandeler (N)	27
Tabell 36.	Har sykehuset et faglig program for allmennleger? Prosentandeler (N)	27
Tabell 37.	Har sykehusets og allmennleger felles faglige retningslinjer for behandling av pasienter? Prosentandeler (N)	27
Tabell 38.	Har sykehuset etter 2002 aktivt informert allmennlegene i området om sin drift? Prosentandeler (N)	27
Tabell 39.	Selger sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter innad i helseforetaket? Prosentandeler (N)	28
Tabell 40.	Kjøper sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter innad i helseforetaket? Prosentandeler (N)	28
Tabell 41.	Selger sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter utenfor helseforetaket? Prosentandeler (N)	28
Tabell 42.	Kjøper sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter utenfor helseforetaket? Prosentandeler (N)	29
Tabell 43.	Har sykehuset fått endrede funksjoner i perioden 2001 til 2003? Prosentandeler (N) ..	29
Tabell 44.	Har sykehuset egne informasjonsmedarbeidere? Prosentandeler (N)	30
Tabell 45.	Oppdaterer sykehuset egne informasjonsider på internett? Prosentandeler (N) ..	31
Tabell 46.	Har sykehuset eget internblad? Prosentandeler (N)	31
Tabell 47.	Har sykehuset en uttalt og formelt spesifisert målsetning / visjon? Prosentandeler (N)	31
Tabell 48.	Har sykehuset en egen kommunikasjonsstrategi? Prosentandeler (N)	31
Tabell 49.	Har sykehuset en egen informasjonsstrategi for å markedsføre seg overfor pasienter? Prosentandeler (N)	31
Tabell 50.	Har sykehuset ett eller flere områder / spesialiteter det er spesielt kjent for? Prosentandeler (N)	31
Tabell 51.	Hvilke av følgende kvalitetsindikatorer rapporteres det rutinemessig til styret for helseforetaket? Prosentandeler (N)	32
Tabell 52.	Har sykehuset avdelingsvise budsjetter? Prosentandeler (N)	33
Tabell 53.	Hvis sykehuset har avdelingsvise budsjetter, hvilke utgiftsposter inngår? Prosentandeler (N)	33
Tabell 54.	Hvis sykehuset har avdelingsvise budsjetter, hvilke inntekstposter inngår? Prosentandeler (N)	34

Tabell 55.	Blir stykkprisrefusjonen helt eller delvis fordelt på de kliniske avdelingene avhengig av antall behandlede pasienter og DRG? Prosentandeler (N).....	34
Tabell 56.	Fordeler sykehuset DRG-poeng mellom avdelingene dersom en pasient er innlagt ved flere avdelinger i løpet av det samme oppholdet? Prosentandeler (N).....	35
Tabell 57.	Har sykehuset etablert en egen ekstern kvalitetskontroll? Prosentandeler (N)	35
Tabell 58.	Benytter sykehuset et fast revisjonsfirma? Prosentandeler (N).....	35
Tabell 59.	Oppfatter du at sykehuset etter innføringen av Fritt sykehusvalg i 2001, i lavere eller høyere grad enn tidligere konkurrerer eller samarbeider med andre virksomheter om å tiltrekke seg pasienter? Prosentandeler (N).....	36
Tabell 60.	Nedenfor har vi listet opp noen virkemidler sykehuset kan benytte for å tiltrekke seg pasienter. Hvilke av disse virkemidlene har sykehuset aktivt benyttet for å tiltrekke seg pasienter etter 1.1.2001? Prosentandeler (N).....	36
Tabell 61.	Hvor stor andel av sykehusets pasienter har kommet til sykehuset som følge av ordningen med ”fritt sykehusvalg”i 2001 og 2003. Prosentandeler (N)	37
Tabell 62.	Har sykehuset i perioder avvist pasienter som ønsket å benytte sykehuset med utgangspunkt i retten til fritt sykehusvalg? Prosentandeler (N)	37
Tabell 63.	Har retten til fritt sykehusvalg påvirket sykehusets pasienttilstrømning positivt eller negativt? Prosentandeler (N)	37
Tabell 64.	Det er uenighet om hvilke effekter lovfesting av fritt sykehusvalg har hatt. Noen mener dette påvirker flere forhold ved behandlingsapparatet, mens andre mener at det isolerte effekten har vært svak eller fraværende. Nedenfor har vi formulert noen påstander om effekter av lovfestningen av fritt sykehusvalg (FS) i 2001. Vi ber deg ta stilling til om du er enig eller uenig i påstandene. Prosentandeler (N)	38
Tabell 65.	Hvilken ledelsesstruktur er det ved den kirurgiske virksomheten? Prosentandeler (N).....	39
Tabell 66.	Foreligger det skriftlige instruksjer for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver? Prosentandeler (N)	40
Tabell 67.	Hvilken tilgang har den kliniske avdelingsledelsen på økonomiarbeidere? Prosentandeler (N).....	40
Tabell 68.	Er avdelingslederen ved de kirurgiske enhetene primært heltidsledere? Prosentandeler (N).....	40
Tabell 69.	Har avdelingslederen en egen stedfortreder? Prosentandeler (N)	40
Tabell 70.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N).....	41
Tabell 71.	Hvem er leder for kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N).....	41
Tabell 72.	Er det felles mottakelse for både kirurgiske og indremedisinskepasienter i sykehuset? Prosentandeler (N)	41
Tabell 73.	Er det felles mottakelse for alle akutte innleggelser, også psykiatriske pasienter, i sykehuset? Prosentandeler (N).....	41
Tabell 74.	Hvem foretar primært siling / fordeling / prioritering av akutte kirurgiske pasienter i mottakelsen? Prosentandeler (N)	42
Tabell 75.	Omtrent hvor mange prosent av de akutte kirurgiske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000 og 2002? Prosentandeler (N) ...	42
Tabell 76.	Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N).....	42
Tabell 77.	Hvem har det ”sosiale ansvaret” for pasienten gjennom oppholdet i de kirurgiske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)	43
Tabell 78.	Har de kirurgiske sengeavdelingene pasienter inneliggende som egentlig er innlagt i andre avdelinger (fleksible senger)? Prosentandeler (N)	43

Tabell 79.	Er det egne rom for previsitt i de kirurgiske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)	43
Tabell 80.	Andre tallopplysninger om de kirurgiske sengeavdelingene. Prosentandeler (N) 44	
Tabell 81.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk poliklinikk? Prosentandeler (N)	45
Tabell 82.	Hvem er leder for kirurgisk poliklinikk? Prosentandeler (N)	45
Tabell 83.	Gis det ekstra kompensasjon til legene for poliklinisk arbeid for å hindre overgangen til privat praksis? Prosentandeler (N)	45
Tabell 84.	Bliir elektive kirurgiske pasienter rutinemessig undersøkt på poliklinikken før de legges inn, også når det er innleggelse fra primærlege? Prosentandeler (N)	45
Tabell 85.	Finnes det en egen skjermet enhet for elektiv kirurgi? Prosentandeler (N) ...	46
Tabell 86.	Hvor stor andel av operasjonssalene med full steril oppdekning er forbeholdt elektiv kirurgi? Prosentandeler (N)	46
Tabell 87.	Omtrent hvor stor andel (%) av de elektive kirurgiske pasientene legges inn samme dag som de blir operert? Prosentandeler (N)	47
Tabell 88.	Foreligger det før innleggelse av elektive kirurgiske pasienter rutinemessig en plan som beskriver behandlingsforløpet til pasienten? Prosentandeler (N)	47
Tabell 89.	Bliir strykninger fra det planlagte operasjonsprogrammet løpende registrert? Prosentandeler (N)	47
Tabell 90.	Hvor stor prosentvis andel av pasientene ble strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet i 2002? (Omfatter også strykninger som skyldes pasientens helsetilstand. Prosentandeler (N)	47
Tabell 91.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N)	48
Tabell 92.	Hvem er leder for operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N)	48
Tabell 93.	Størrelse på operasjonsavdelingen. Prosentandeler (N)	48
Tabell 94.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N)	49
Tabell 95.	Antall intensiv senger? Prosentandeler (N)	49
Tabell 96.	Hvem er leder for kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N)	49
Tabell 97.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk postoperativ overvåkning? Prosentandeler (N)	50
Tabell 98.	Hvem er leder for kirurgisk postoperativ overvåkning? Prosentandeler (N)	50
Tabell 99.	Antall kirurgisk postoperativ overvåkning senger? Prosentandeler (N)	50
Tabell 100.	Betjener den kirurgiske overvåkingen også indremedisinske pasienter? Prosentandeler (N)	51
Tabell 101.	Hvem foretar kodingen av pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N)	51
Tabell 102.	Er det en egen enhet på sykehuset som foretar kontroll og revidering av kodingen i forhold til pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N)	52
Tabell 103.	Hva er gjennomsnittlig tid fra pasienten utskrives til epikriseforsendelse? Prosentandeler (N)	52
Tabell 104.	Følger preliminær epikrise rutinemessig med pasienten samme dag som utskrivning skjer*? Prosentandeler (N)	52
Tabell 105.	Bliir pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning? Prosentandeler (N)	53
Tabell 106.	For pasienter med behov for pleie, tas det da rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse? Prosentandeler (N)	53
Tabell 107.	For pasienter med behov for medisinsk oppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med primærlegen før hjemsendelse? Prosentandeler (N)	53
Tabell 108.	For pasienter med behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet, tas det da rutinemessig kontakt med fastlegen før hjemsendelse?? Prosentandeler (N)	53

Tabell 109. For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse? Prosentandeler (N).....	53
Tabell 110. Hvem besvarer faglige henvendelser innenfor normal arbeidstid fra allmennlege vedrørende følgende:? Prosentandeler (N)	54
Prosentandeler (N).....	55
Tabell 111. Prosentandeler (N).....	55
Tabell 112. Hvilke av følgende kvalitetsindikatorer registreres det rutinemessig? Prosentandeler (N).....	55
Tabell 113. Hvor mange kirurgiske spesialiteter har eget vaktskift? Prosentandeler (N) .	56
Tabell 114. Benytter de medisinske og kirurgiske virksomhetene det samme vaktsystemet? Prosentandeler (N)	56
Tabell 115. ange kirurgiske spesialiteter har reservert egne senger for sine pasienter? Prosentandeler (N).....	56
Tabell 116. Hvilken type vaktssystem er det for legene i den kirurgiske virksomheten? Prosentandeler (N).....	56
Tabell 117. Hvilken ledelsesstruktur er det ved den medisinske virksomheten? Prosentandeler (N).....	57
Tabell 118. Foreligger det skriftlige instruksjoner for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver?* Prosentandeler (N)	58
Tabell 119. Hvilken tilgang har den kliniske avdelingsledelsen på økonomiarbeidere? Prosentandeler (N).....	58
Tabell 120. Er avdelingslederen ved de medisinske enhetene primært heltidsledere? Prosentandeler (N).....	58
Tabell 121. Har avdelingslederen en egen stedfortreder? Prosentandeler (N)	58
Tabell 122. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk mottakelse? Prosentandeler (N).....	59
Tabell 123. Hvem er leder for medisinsk mottakelse? Prosentandeler (N).....	59
Tabell 124. Er det felles mottakelse for både kirurgiske og indremedisinske pasienter i sykehuset?* Prosentandeler (N)	59
Tabell 125. Er det felles mottakelse for alle akutte innleggelser, også psykiatriske pasienter, i sykehuset? Prosentandeler (N).....	59
Tabell 126. Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i medisinsk mottakelse? Prosentandeler (N).....	60
Tabell 127. Hvem foretar primært siling / fordeling / prioritering av akutte medisinske pasienter i mottakelsen? Prosentandeler (N)	60
Tabell 128. Omtrent hvor mange prosent av de akutte medisinske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000 og 2002?* Prosentandeler (N).....	60
Tabell 129. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk intensiv? Prosentandeler (N).....	61
Tabell 130. Hvem er leder for medisinsk intensiv? Prosentandeler (N).....	61
Tabell 131. Er det en egen dialyseenhet i overvåkningsenheten. Prosentandeler (N).....	61
Tabell 132. Er det en egen skjermet enhet for elektiv indremedisinsk virksomhet? Prosentandeler (N).....	62
Tabell 133. Finnes det et eget undervisningsopplegg for pasienter med kroniske lidelser? Prosentandeler (N).....	62
Tabell 134. Bli r strykninger fra det planlagte programmet løpende registrert? Prosentandeler (N).....	62
Tabell 135. Hvor stor andel av pasientene ble strøket fra det planlagte indremedisinske behandlingsprogrammet i 1999, 2001 og til nå i 2003? Prosentandeler (N).....	62

Tabell 136. Hvem har det ”sosiale ansvaret” for pasienten gjennom oppholdet i de medisinske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)	63
Tabell 137. Har de medisinske sengeavdelingene pasienter inneliggende som egentlig er innlagt i andre avdelinger (fleksible senger)? Prosentandeler (N).....	63
Tabell 138. Er det egne rom for previsitt i de medisinske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)	63
Tabell 139. Hva er den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter?* Prosentandeler (N).....	64
Tabell 140. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk poliklinikk? Prosentandeler (N)	64
Tabell 141. Hvem er leder for medisinsk poliklinikk? Prosentandeler (N)	64
Tabell 142. Bli elektive medisinske pasienter rutinemessig undersøkt på poliklinikken før de legges inn, også når det er innleggelse fra primærlege? Prosentandeler (N).....	65
Tabell 143. Hvem foretar kodingen av pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N).....	65
Tabell 144. Er det en egen enhet på sykehuset som foretar kontroll og revidering av kodingen i forhold til pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N).....	66
Tabell 145. Hva er gjennomsnittlig tid fra pasienten utskrives til epikriseforsendelse? Prosentandeler (N)	66
Tabell 146. Følger preliminær epikrise rutinemessig med pasienten samme dag som utskrivning skjer*? Prosentandeler (N).....	67
Tabell 147. Bli pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning? Prosentandeler (N)	67
Tabell 148. For pasienter med behov for pleie, tas det da rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse? Prosentandeler (N).....	67
Tabell 149. For pasienter med behov for medisinsk oppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med primærlegen før hjemsendelse? Prosentandeler (N)	67
Tabell 150. For pasienter med behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet, tas det da rutinemessig kontakt med fastlegen før hjemsendelse? Prosentandeler (N).....	67
Tabell 151. For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse? Prosentandeler (N).....	68
Tabell 152. Hvem besvarer faglige henvendelser innenfor normal arbeidstid fra allmennlege vedrørende følgende:? Prosentandeler (N)	68
Tabell 153. Hvilke av følgende kvalitetsindikatorer registreres det rutinemessig? Prosentandeler (N)	69
Tabell 154. Benytter de medisinske og kirurgiske virksomhetene det samme vaktssystemet? Prosentandeler (N).....	70
Tabell 155. Hvor mange medisinske spesialiteter har eget vaktskift? Prosentandeler (N) ..	70
Tabell 156. Hvilken type vaktssystem er det for legene i den medisinske virksomheten? Prosentandeler (N)	70

INNLEDNING

Dette er en oppfølgingsstudie av en kartlegging som ble første gang gjort i 2001. Arbeidet baserer seg i stor grad på det arbeidet som første gangen ble gjort av en forskningsgruppe ved Senter for helseadministrasjon (nå Institutt for helseledelse og helseøkonomi (IHL) ved Universitetet i Oslo) bestående av Grete Botten, Terje P. Hagen, Lars Erik Kjekshus og Sølve Mikal Nerland (Kjekshus et al. 2002).

Kartleggingen i 2003 har hatt god hjelp av vit.ass. Olav Slagsvold som har tilrettelagt data for analyse, samt en referansegruppe bestående av Terje P Hagen (HERO/HORN), Grete Botten (IHL), Haldor Byrkjeflott (Rokkan senteret) og Kari Nyland (SINTEF). Inger Marie Stigen (NIBR) har deltatt i diskusjoner i tidlig fase av prosjektet og utvekslet sykehusadresser. Trond Harsvik (SINTEF) har kommentert utkast av både skjema og rapport. Prosjektet har vært ledet av Lars Erik Kjekshus som også har analysert og sammenstilt data og skrevet ut rapporten.

En spesiell takk rettes til alle ansatte ved sykehusene som har tatt seg tid til å besvare skjemaene på en grundig og god måte. Dataene vil forhåpentligvis kunne danne grunnlaget for en rekke interessante analyser av den interne organiseringen ved norske somatiske sykehus.

METODE

Undersøkelsen bygger i stor grad på designet fra 2001 (Kjekshus et al. 2002). Datamaterialet til undersøkelsen i 2003 ble samlet inn høsten 2003 gjennom et omfattende spørreskjema som ble sendt ut til alle landets somatiske sykehus, med unntak av spesialsykehus og psykiatriske institusjoner (se vedlegg 1).

Skjemaet består av tre adskilte deler: ett generelt og overordnet skjema, ett skjema om den kirurgiske virksomheten og ett skjema om den indremedisinske virksomheten. Invitasjonen ble adressert til sykehusdirektørene, som så etter eget skjønn skulle fordele skjemaene videre til ledere med god kompetanse om den samlede virksomheten og den øverste ledelsen, om den kirurgiske virksomheten og om den indremedisinske virksomheten. Vanligvis svarte direktør eller sjeflegen på den generelle og overordnede delen av skjemaet, mens avdelingsledere i den kirurgiske og indremedisinske virksomheten svarte på de to øvrige delene.

Å utarbeide et ensartet spørreskjema for samtlige norske sykehus var en utfordring. Det er stor variasjon mellom norske sykehus både når det gjelder størrelse, funksjoner og organisering. Målt i antall ansatte tilsvarer summen av de 22 minste sykehusene ett av de største sykehusene. Vi valgte å spørre om organiseringen av virksomhetsområder istedenfor om organiseringen av enkeltavdelinger og seksjoner. Alle sykehusene i utvalget har kirurgisk og/eller indremedisinsk virksomhet, selv om oppdelingen på avdelingsnivå er forskjellig. Selve strukturen i skjemaene til henholdsvis indremedisinsk og kirurgisk virksomhet ble

derfor bygget opp slik en pasient møter sykehuset, først med spørsmål om mottakelse, observasjonsposter, sengeavdelinger, operasjonsavdelinger, intensiv og oppvåkning/recovery. Dessuten spør vi om organiseringen av poliklinikkene, dagkirurgi og behandling av kroniske lidelser. Til slutt kartlegges utskrivningsrutiner og relasjonen til kommunehelsetjenesten, vaktssystemer, koordinering av kapasiteten i kliniske avdelinger og serviceavdelinger, og personalmessige forhold i virksomheten. Når det gjelder organiseringen av servicefunksjonene (både medisinske og ikke-medisinske), spør vi om disse er desentraliserte eller sentraliserte, om de blir kjøpt inn fra eller selges til andre virksomheter, og om de har en tilstrekkelig og fleksibel kapasitet.

Skjemaet fra 2001 var til vurdering ved flere instanser, deriblant Den norske lægeforening, Statens helsetilsyn, Helsedepartementet og utvalgte fagmiljøer ved landets sykehus. Det ble dessuten foretatt en pilotundersøkelse. På bakgrunn av tilbakemeldinger og erfaringer med hvordan skjemaet fungerte i 2001 har vi revidert skjemaet for undersøkelsen i 2003.

På sikt vil dette bli en database for sykehusorganisering, hvor vi kan se hvordan sykehusene utvikler seg og på hvilke områder det skjer spesielt store endringer.

Responsen på undersøkelsen har vært god. Vi har fått inn skjema fra 50 av de 59 aktuelle somatiske sykehusene. Vår målsetning var å samle inn data fra samtlige somatiske sykehus med kirurgisk og/eller indremedisinsk virksomhet. Det ble foretatt tre purreunder med utsendelse av nye skjema. Noen besvarelser kom inn etter tidsfristen og vil bli inkludert i databasen men er ikke rapportert her.

Antallet enheter (N) varierer noe fra tabell til tabell avhengig av hvor mange sykehus som har svart på de ulike spørsmålene.

RAPPORTENS OPPBYGGING

Rapporten gir en generell beskrivelse av hovedfunnene i undersøkelsen. Rapporten følger noenlunde samme struktur som spørreskjemaet. Den begynner med en presentasjon av sykehusenes overordnede organisering og ledelse. Deretter følger en beskrivelse av hvordan den kirurgiske og indremedisinske virksomheten er organisert.

I tabellene er det skilt mellom 3 sykehustyper: **regionsykehus**, **sentralsykehus** (inkludert sykehus med sentralsykehusfunksjoner) og **lokalsykehus** (inkludert sykehus med reduserte lokalsykehusfunksjoner). Disse tre kategoriene er avledet fra den mer findelte inndelingen i f.eks. SAMDATA (6 sykehustyper). Vi mener at vår tredeling reflekterer hovedforskjellene mellom de ulike sykehustypene både når det gjelder størrelse, funksjoner, beredskap og dekningsområde. Tre sykehustyper gir dessuten en mer oversiktlig framstilling i tabeller, figurer og lignende. Samtidig erkjenner vi at det kan argumenteres både for færre og flere sykehus kategorier.

Materialet vil på et senere tidspunkt bli sammenholdt med foreliggende data fra andre undersøkelser og databaser i statistiske analyser med effektivitet og andre aktivitetsmål som avhengige variabler. I denne rapporten begrenser vi oss til å gi en ren deskriptiv presentasjon av materialet. Rapporten legger hovedvekten på presentasjon av data, uten særlige ambisjoner om fortolkning av funnene.

OVERORDNET ORGANISERING OG LEDELSE

Vi begynner presentasjonen av hvordan sykehusene er organisert med en beskrivelse av den de grunnleggende ledelsesformene og den overordnede organiseringen ved sykehusene. Spørsmålene dreier seg først og fremst om sykehusets øverste ledelse, ledelsen på avdelingsnivå, organisering av servicefunksjonene, forholdet til kommunehelsetjenesten, og spørsmål av mer administrativ og budsjettmessig karakter. I rapportens siste to deler ser vi nærmere på virksomhetsnivået; organiseringen av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten.

DEN ØVERSTE SYKEHUSLEDELSEN

Vi starter rapporten med spørsmål om sykehusets øverste ledelse. Det er store variasjoner i ledelsesspenet. Enkelte sykehus rapporterer om opp til 30 ledere som rapporterer til direktøren.

Tabell 2. Hvor mange ledere rapporterer direkte til sykehusdirektøren/lederen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
3-5	25	5	14	11
6-9	0	30	38	31
10-14	50	45	38	42
mer enn 15	25	20	10	16
Totalt	100	100	100	100
(N)	(4)	(20)	(21)	(45)

Tabell 3. Blant disse hvor mange har følgende utdanningsbakgrunn? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Andel medisinskfaglig utdanning	47	39	30	35
Andel naturvitenskapelig utdanning	5	7	6	6
Andel med samfunnsfaglig utdanning	8	8	8	8
Andel med sykepleiefaglig utdanning	26	23	30	27
Andel økonomi utdanning	5	9	16	12
Annet	9	14	11	12
Totalt (N)	100	100	100	100
	(4)	(20)	(21)	(45)

Tabell 4 viser hvilke stillinger som er representert i den øverste sykehusledelsen. I kommentarfeltet rapporterte også enkelte sykehus om andre stillinger som var representert i den øverste sykehusledelsen. andre stillinger utover de oppgitte seks svaralternativene var sjef for psykiatri, controller, fokus (forskningssjef), kontorfagleder, it-ansvarlig, kvalitetskoordinator, hms leder, senterdirektører eller underdirektører, plan- og utviklingssjef, oversykepleier.

Tabell 4. *Var følgende stillinger formelt representert i den øverste sykehusledelsen i 2003? Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Organisasjonsrådgiver	50	50	25	0	0	22	5	4	14	6	6	19
Personal- og org.sjef	100	100	50	82	86	61	82	78	71	83	84	65
Teknisk sjef	25	25	50	55	64	28	77	70	38	63	63	71
Økonomisjef	100	100	50	86	86	67	91	87	76	90	88	70
Sjeflege	100	100	25	96	96	28	82	83	38	90	90	33
Sjefsykepleier	100	100	25	96	96	17	96	91	47	96	94	33
Medisinskfaglig rådgiver			50			33			33			35
Informasjonssjef			50			55			19			37
N	(4)	(4)	(4)	(22)	(22)	(18)	(22)	(23)	(21)	(48)	(49)	(43)

Som en oppfølging av spørsmålet om hvem som er representert i den øverste sykehusledelsen, spurte vi om disse stillingene var plassert i direktørens stab eller i linje? 59 prosent av sykehusene oppgir at stillingene er plassert i direktørens stab i 1999, 64 prosent i 2001 og 44 prosent i 2003. Tendensen er at det i økende grad blir benyttet en kombinasjon av linje og stab (Tabell 5).

Tabell 5. *Er stillingskategoriene i spørsmål 4 ovenfor plassert i sykehusdirektørens stab eller linje? Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Stab	75	60	50	68	77	55	48	52	33	59	64	44
Linje	0	0	25	5	5	5	35	30	9	19	16	9
Både i stab og i linje	25	40	25	27	18	40	17	17	57	22	20	47
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(23)	(23)	(21)	(49)	(50)	(45)

Spredningen i antallet formelle ledelsesnivåer er fra ett til fire nivåer (Tabell 6). Hovedtyngden av sykehusene (58 prosent i 1999, 66 prosent i 2001 og 58 prosent i 2003) oppgir å ha tre formelle ledelsesnivåer. Bare ett lokalsykehus oppgir å bare ha ett ledelsesnivå. Også når det gjelder antallet ledelsesnivåer ser det ut til å være en sammenheng

mellom størrelse på sykehuset og valg av organisasjonsmodell. Men det er en trend at små lokalsykehus i økende grad får en vertikal spesialisering ved å øke antall nivåer.

Tabell 6. Hvor mange formelle ledelsesnivå er det i sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ett nivå	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	2	2
To nivåer	50	20	0	23	14	5	27	27	5	27	20	4
Tre nivåer	0	40	50	59	68	70	68	68	48	58	66	58
Fire nivåer	50	40	50	18	18	25	5	0	43	15	12	36
Totalt (N)	100 (4)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (20)	100 (22)	100 (22)	100 (21)	100 (48)	100 (49)	100 (45)

Den tradisjonelle avdelingsstrukturen er fortsatt dominerende, men klart på retur til fordel for større blokker eller blandingsvarianter (Tabell 7). Det er i mindre grad sammenheng mellom størrelse og valg av organisasjonsmodell. I 2003 velger flere sykehus kombinasjoner av avdelingsstruktur og blokk- og område-organisering, men fortsatt er det avdelingsstruktur som dominerer særlig ved de mindre sykehusene.

Tabell 7. Hvordan er det nivå som rapporterer til sykehusets direktør organisert? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Blokk/divisjon/ område	60	40	0	18	23	25	13	22	24	20	24	22
Senter	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Avdeling	20	0	25	77	63	30	74	65	48	70	58	38
Kombinasjon	20	40	50	5	14	15	13	13	9	10	16	16
Annet			25			30			19			24
Totalt (N)	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (20)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (50)	100 (50)	100 (45)

Hovedfokus i undersøkelsen er organiseringen av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten, det man kan kalle "de kliniske moderavdelingene". Disse kliniske avdelingene er imidlertid avhengige av en lang rekke støttefunksjoner, både medisinske og ikke-medisinske. Organiseringen av disse støttefunksjonene kan enten være sentralisert ved at en enhet dekker hele sykehusets behov for den aktuelle tjenesten, eller desentralisert til de enkelte avdelingene. Sykehusene kan også velge å kjøpe servicefunksjoner fra eksterne institusjoner, eller selge slike tjenester til andre institusjoner. I tillegg til de tradisjonelle medisinske og ikke-medisinske servicefunksjonene beskriver vi også utbredelsen av pasienthotell/ sykehotell, AMK-sentraler, og samlokalisering av den kommunale legevaktstjenesten og sykehusets mottakelse.

Bare rundt 7 prosent av sykehusene har valgt å desentralisere de *medisinske* servicefunksjonene anestesi og røntgen. Noe færre har desentralisert laboratoriefunksjoner, nemlig 4 prosent av sykehusene i 2003. Desentralisering av medisinske servicefunksjoner ser ikke ut til å være korrelert med sykehusstørrelse, og den lave utbredelsen er stabil over tid (Tabell 8).

Tabell 8. Hvilke av de følgende medisinske servicefunksjonene er desentralisert*?
Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Anestesi	40	40	50	0	0	0	4	4	0	6	6	8
Røntgen	20	20	0	5	5	0	0	0	9	4	4	4
Laboratorium	40	40	25	9	9	0	9	9	0	10	10	4
N	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(9)	(23)	(23)	(11)	(50)	(50)	(24)

*Med desentralisering mener vi at servicetjenesten er delt opp og fysisk knyttet til den enkelte seksjon/avdeling

Desentralisering av *ikke-medisinske* servicefunksjoner er noe mer utbredt, og ser ut til å øke i omfang fra 1999 til 2001 og til 2003. Særlig gjelder dette IT-funksjoner i 2003.

Tabell 9. Hvilke av de følgende ikke-medisinske servicefunksjonene er desentralisert*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Kjøkken	20	20	25	5	14	9	9	9	9	8	12	11
Renhold	40	40	25	5	18	18	4	4	9	8	14	15
IT-kompetanse	0	0	50	5	9	18	0	0	18	2	4	23
Drift / teknisk	20	20	0	5	5	18	9	4	0	8	6	8
N	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(11)	(23)	(23)	(11)	(50)	(50)	(26)

*Med desentralisering mener vi at servicetjenesten er delt opp og fysisk knyttet til den enkelte seksjon/avdeling

De fleste sykehus har en felles mottakelse for både kirurgiske og medisinske pasienter. Langt færre sykehus har en samlokalisert legevakt.

Tabell 10. Hvordan er mottakelsen organisert? Prosentandeler (N)

a) Er det felles mottakelse for alle akutte innleggelses?	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	100	100	96	100	94	70	70	90	84	88	93
Nei	20	0	0	4	0	6	30	30	10	16	12	7
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(18)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(43)

b) Er kommunal legevakt samlokalisert med sykehusets mottakelse?	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	25	36	55	63	22	39	43	28	44	50
Nei	80	80	75	64	45	37	78	61	57	72	56	50
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(19)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(44)

En viktig støtte for den akuttmedisinske funksjonen er en AMK-sentral (akuttmedisinsk kommandosentral). Noen sykehus med akuttfunksjon har ikke en egen AMK-sentral, men deler denne kommandosentralen med et eller flere nærliggende sykehus. De fleste sykehus

med akuttfunksjon har imidlertid en AMK-sentral samlokalisert med sykehuset (80 prosent i 1999, 76 prosent i 2001 og 80 prosent i 2003).

Tabell 11. Er en AMK-sentral samlokalisert med sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	80	100	96	91	90	61	61	67	80	76	80
Nei	20	20	0	4	9	10	39	39	33	20	24	20
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(45)

En siste servicefunksjon som vi valgte å kartlegge utbredelsen av, er *sykehotell / pasienthotell*. Det hersker begrepsuenighet om hva som er hva, og det er ikke skilt mellom pasienthotell og sykehotell i spesialisthelsetjenesteloven. Betegnelsene sykehotell og pasienthotell brukes om hverandre og dekker alt fra rene hoteller med svak tilknytning til sykehuset, til hoteller som er godkjente som sykehus i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 (Ot.prp.nr.10 1999). Denne uklarheten er nå forsøkt oppklart i et skriv fra Sosial og helsedepartementet av 14.05.2001 (Helsedepartementet 2001). Imidlertid benytter departementet en noe annen definisjon enn det som ble benyttet i vår kartlegging. For bruk av betegnelsen pasienthotell forutsetter departementet at hotellet er godkjent som sykehus, mens sykehotellene ikke er godkjent som sykehus. På grunn av begrepsklarheten valgte vi å slå disse to kategoriene sammen i vår fremstilling. Tabell 15 nedenfor viser at 40 prosent av alle sykehusene enten har et sykehotell og/eller et pasienthotell i 2001, og at stadig flere sykehus etablerer et slikt tilbud.

Som ventet øker andelen som har et slikt tilbud med sykehusstørrelsen. I 2001 har samtlige regionsykehus enten et sykehotell eller et pasienthotell. Blant sentralsykehusene og lokalsykehusene er andelen henholdsvis 36 og 30 prosent.

Andelen synker imidlertid i 2003 til bare 22 prosent. Dette kan i stor grad skyldes at departementet ryddet opp i hva som kunne betegnes sykehotell og pasienthotell.

Tabell 12. Finnes det et sykehotell og/eller et pasienthotell ved sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	100	100	27	36	30	26	30	0	30	40	22
Nei	40	0	0	73	64	70	74	70	100	70	60	78
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(45)

For undersøkelsen i 2003 ønsket vi å utvide spørsmålene om myndighetsnivå og ansvarsområder. Dette var det i begrenset grad spurt etter i 2001, derfor ba vi om at de i 2003 også rapporterte for hvordan det hadde vært i 2001. Særlig spennende var dette for å kunne se det i forhold til eierskapsreformen og den nye foretaksorganiseringen.

Følgende forkortelser gjelder: RHF=Regionale helseforetak (RHU=Regionale helseutvalg i 2001), FS=Foretakets styre (S=Sykehusets styre i 2001), HF=Direktøren for helseforetaket, DIR= Direktøren/leder for sykehuset, KL=Klinikkleder, AvL=Avdelingsleder

Tabell 13. Hvordan er sykehusets fullmakter og den faktiske styringen av sykehuset? Prosentandeler (N)

Regionsykehus	År	RH (F/U)	FS (S)	HF	DIR	KL	AvL	Andre	totalt
a) beslutninger om hvem som skal være garantipasienter.	2001:	0	33	0	0	33	0	33	100 (3)
	2003:	0	0	0	0	50	25	25	100 (4)
b) Koordineringen av pasientinntaket	2001:	0	0	0	0	67	0	33	100 (3)
	2003:	0	0	0	0	25	50	25	100 (4)
c) Vedta mål om behandlingvolum	2001:	50	0	0	0	50	0	0	100 (2)
	2003:	0	25	25	25	25	0	0	100 (4)
d) Ansettelse av leger	2001:	0	0	0	33	33	33	0	100 (3)
	2003:	0	0	0	0	50	50	0	100 (4)
e) Ansettelse av sykepleier	2001:	0	0	0	0	33	67	0	100 (3)
	2003:	0	0	0	0	25	50	25	100 (4)
f) Omgjøre stillinger	2001:	0	33	0	67	0	0	0	100 (3)
	2003:	0	0	25	25	25	25	0	100 (4)
g) Vedta opprettelse av stillinger	2001:	0	33	0	67	0	0	0	100 (3)
	2003:	0	0	0	50	25	25	0	100 (4)
h) Vaktplaner	2001:	0	0	0	33	33	33	0	100 (3)
	2003:	0	0	0	0	25	75	0	100 (4)
i) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur	2001:	0	0	0	100	0	0	0	100 (3)
	2003:	0	25	0	75	0	0	0	100 (4)
j) Forhandle lønn	2001:	33	0	0	67	0	0	0	100 (3)
	2003:	0	0	25	25	50	0	0	100 (4)
k) Strategiplaner for avdelingen	2001:	0	0	0	0	67	33	0	100 (3)
	2003:	0	0	0	0	75	25	0	100 (4)
l) Funksjonsfordeling mellom sykehus	2001:	100	0	0	0	0	0	0	100 (3)
	2003:	100	0	0	0	0	0	0	100 (4)
m) Lønnsfastsettelse	2001:	0	0	0	67	33	0	0	100 (3)
	2003:	0	0	0	25	50	25	0	100 (4)

Sentralsykehus og FSH m/sshf	År	RH (F/U)	FS (S)	HF	DIR	KL	AvL	Andre	totalt
a) beslutninger om hvem som skal være garantipasienter.	2001:	6	0	0	0	0	81	12	100 (19)
	2003:	6	0	6	0	0	69	19	100 (19)
b) Koordineringen av pasientinntaket	2001:	0	0	0	0	22	61	17	100 (19)
	2003:	0	0	0	0	23	59	18	100 (19)
c) Vedta mål om behandlingvolum	2001:	0	28	0	33	17	22	0	100 (19)
	2003:	5	17	28	17	17	17	0	100 (19)
d) Ansettelse av leger	2001:	0	5	0	21	32	37	5	100 (19)
	2003:	0	0	0	21	32	42	5	100 (19)
e) Ansettelse av sykepleier	2001:	0	5	0	16	21	47	10	100 (19)
	2003:	0	0	0	16	21	53	10	100 (19)
f) Omgjøre stillinger	2001:	5	5	0	53	16	16	5	100 (19)
	2003:	0	0	11	26	37	21	5	100 (19)
g) Vedta opprettelse av stillinger	2001:	6	6	0	71	12	0	6	100 (19)
	2003:	5	0	21	47	16	10	0	100 (19)
h) Vaktplaner	2001:	0	0	0	10	32	58	0	100 (19)
	2003:	0	0	0	5	37	52	5	100 (19)
i) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur	2001:	0	17	0	6	61	17	0	100 (19)
	2003:	0	10	37	37	16	0	0	100 (19)
j) Forhandle lønn	2001:	0	0	0	76	12	12	0	100 (19)
	2003:	0	0	41	29	6	18	0	100 (19)
k) Strategiplaner for avdelingen	2001:	0	0	0	28	28	44	0	100 (19)
	2003:	0	5	11	17	28	39	0	100 (19)
l) Funksjonsfordeling mellom sykehus	2001:	44	31	0	18	0	0	6	100 (19)
	2003:	31	31	37	0	0	0	0	100 (19)
m) Lønnsfastsettelse	2001:	11	0	0	56	17	16	0	100 (19)
	2003:	5	0	26	37	16	16	0	100 (19)

Lokalsykehus og FSH m/rlst	År	RH (F/U)	FS (S)	HF	DIR	KL	AvL	Andre	totalt
a) beslutninger om hvem som skal være garantipasienter.	2001:	33	0	0	0	8	50	8	100 (21)
	2003:	11	0	26	0	21	37	5	100 (21)
b) Koordineringen av pasientinntaket	2001:	6	0	0	0	37	31	25	100 (21)
	2003:	0	0	15	0	35	30	20	100 (21)
c) Vedta mål om behandlingvolum	2001:	12	56	0	31	0	0	0	100 (21)
	2003:	5	35	40	20	0	0	0	100 (21)
d) Ansettelse av leger	2001:	6	0	0	53	29	12	0	100 (21)
	2003:	0	0	0	43	48	9	0	100 (21)
e) Ansettelse av sykepleier	2001:	0	0	0	35	35	29	0	100 (21)
	2003:	0	0	0	24	48	29	0	100 (21)
f) Omgjøre stillinger	2001:	0	6	0	75	19	0	0	100 (21)
	2003:	0	0	29	52	19	0	0	100 (21)
g) Vedta opprettelse av stillinger	2001:	0	11	0	89	0	0	0	100 (21)
	2003:	0	0	48	38	14	0	0	100 (21)
h) Vaktplaner	2001:	0	0	0	20	40	40	0	100 (21)
	2003:	0	0	0	0	60	40	0	100 (21)
i) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur	2001:	8	8	25	58	0	0	0	100 (21)
	2003:	0	5	55	40	0	0	0	100 (21)
j) Forhandle lønn	2001:	6	6	0	69	19	0	0	100 (21)
	2003:	0	0	43	33	24	0	0	100 (21)
k) Strategiplaner for avdelingen	2001:	0	0	0	53	27	20	0	100 (21)
	2003:	0	0	0	37	26	37	0	100 (21)
l) Funksjonsfordeling mellom sykehus	2001:	25	58	0	0	0	0	16	100 (21)
	2003:	30	45	20	0	0	0	5	100 (21)
m) Lønnsfastsettelse	2001:	6	12	0	56	25	0	0	100 (21)
	2003:	0	5	33	38	24	0	0	100 (21)

En gjennomgående tendens men særlig ved de store sykehusene er at avdelingsledelsens ansvarsområder styrkes. Det er en generell tendens til desentralisering samtidig som at det nye HF-nivået (Helseforetaket) innføres, altså både en horisontal og en vertikal spesialisering.

LEDELSEN PÅ AVDELINGSNIVÅ

Vi beveger oss nå fra den øverste sykehusledelsen til ledelsen på avdelingsnivå. Her omtales organiseringen av avdelingsledelsen, hvorvidt de har tilsetningsmyndighet for ulike stillingstyper, hvorvidt deres ansvar og oppgaver er regulert av skriftlige instruksjoner og noen andre forhold vedrørende koordineringen av pasientgjennomstrømningen. Budsjetttrutiner er også relevant her, men spørsmålene vedrørende økonomi og budsjett omtales senere i et eget kapittel. Vi finner der at så godt som samtlige sykehus har avdelingsvise budsjetter, men hvilke utgifter og inntekter som inngår i disse budsjettene varierer. Vi finner også at flere og flere sykehus viderefører ISF-stykkprisrefusjonene (DRG) til avdelingene, dog etter ulike fordelingsnøkler mellom de kliniske avdelingene og serviceavdelingene. Nedenfor vil vi imidlertid kommentere noen mer ikke-økonomiske sider ved ledelsen på avdelingsnivå.

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

nr 10 (1998-1999)). Tabell 14 nedenfor viser at andelen av sykehusene som hovedsakelig har todelt ledelse på avdelingsnivå synker fra 86 prosent i 1999 til 64 prosent i 2001 til 0 i 2003. Men fortsatt er det 20 prosent av sykehusene som ikke har innført én leder på avdelingsnivå for hele sykehuset.

Tabell 14. Hvor langt er sykehuset kommet med å innføre enhetlig ledelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Sykehuset har nettopp begynt prosessen	80	40	0	96	77	0	78	57	0	86	64	0
Enhetlig ledelse er delvis innført (enkelte avdelinger)	-	-	0	-	-	26	-	-	19	-	-	20
Enhetlig ledelse er innført på hele sykehuset	20	60	100	4	23	74	22	43	81	14	36	80
Totalt (N)	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (19)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (50)	100 (50)	100 (44)

Tabell 15. Hvordan innføres enhetlig ledelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
En leder på alle ledelsesnivåer	75	74	81	77
Enhetlig ledelse på toppledernivå, men fortsatt profesjonsavhengig ledelse på lavere nivå (seksjon ev avdeling)	25	26	19	23
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (21)	100 (44)

Tabell 16. Hvordan kan prosessen med innføring av enhetlig ledelse karakteriseres så langt? Gjennomsnitt (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Proessen har vært krevende	4,0	3,8	4,1	4
Proessen har vært konfliktfylt	4,2	2,9	2,9	3,0
Innføring av enhetlig ledelse har gjort forholdet mellom profesjonene bedre	1,2	2,5	2,5	2,5
Innføring av enhetlig ledelse har gjort forholdet mellom profesjonene vanskeligere	1	1,2	1,2	1,2
Totalt (N)	(4)	(18)	(20)	(42)

I liten grad=1, noe= 2, i middels grad=3, ganske=4, i høy grad=5, 6=vet ikke

Ikke overraskende har sykehusene opplevd prosessen med innføring av enhetlig ledelse som krevende og konfliktfylt. Likevel har de fleste sykehusene rapportert at enhetlig ledelse i seg selv i liten grad påvirker forholdet mellom profesjonene.

Stadig flere sykehus benytter såkalte organisasjonsoppskrifter og vi ønsket å kartlegge utbredelsen av noen sentrale programmer. De mest vanlige er Målstyring som er innført på 47 prosent av alle sykehusene, og TQM og BSC som er innført ved 27 prosent av alle sykehusene.

Andre programmer var i mindre grad innført ved sykehusene.

Tabell 17. Har sykehuset hatt ett eller flere av følgende organisasjonsdesignprogram?
Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
“Total Quality Management” (TQM)	50	30	21	27
“Patient Focused Care”	0	6	0	3
”Business Process Re- engineering” (BPR)	0	6	21	12
”Målstyring”	50	53	42	47
”Balanced Scorecard”	25	30	26	27
Andre	0	18	11	13
Totalt (N)	(4)	(17)	(19)	(40)

BRUK AV ELEKTRONISK DATABEHANDLING

Elektronisk databehandling (EDB) blir et stadig viktigere verktøy i behandlingen av pasienter. Samtidig er EDB på full fart inn i det administrative legearbeidet og erstatter i mange tilfeller tradisjonelt sekretærarbeid med ”online” løsninger. Elektronisk pasientjournal vil i framtiden erstatte papirtung arkivering. Som tabell 18 viser, hadde 36 prosent av sykehusene innført elektronisk pasientjournal allerede i 1999. I år 2001 har denne andelen steget til 58 prosent og i 2003 har hele 84 prosent av sykehusene dette.

Tabell 18. Føres pasientjournalen inn elektronisk? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	80	100	32	41	90	44	70	76	36	58	84
Nei	80	20	0	68	59	10	56	30	24	64	42	16
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(45)

Hvis ja i 2003,	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
gjøres dette direkte uten bruk av diktafon?	25	20	20	20
muliggjør dette opphenting av journalen fra andre steder på sykehuset?	100	85	76	82
muliggjør dette elektronisk utsendelse av epikrisen?	100	63	52	61
brukes fortsatt journalen i papirformat?	100	78	76	79
Totalt (N)	(4)	(20)	(21)	(45)

I 2001 var det i snitt bare 18 prosent av sykehusene som hadde systemer der elektroniske journaler muliggjorde elektronisk utsendelse av epikriser (ikke vist i tabell) men i 2003 er

denne andelen økt til 61. Men fortsatt brukes også journalen i papirformat av 79 prosent av sykehusene.

Bildearkiv var det bare 4 prosent av sykehusene som hadde i 1999. To år senere, i 2001, har denne andelen steget til 22 prosent og i 2003 er den steget til 24 prosent.

Tabell 19. Finnes det elektronisk bilde arkiv på sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	0	40	75	5	32	75	4	9	24	4	22	24
Nei	100	60	25	95	68	25	96	91	76	96	78	76
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(19)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(45)

Hvis ja i 2003,	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
kan bilder hentes elektronisk fra andre steder på sykehuset?	100	78	76	79
Vises bildene elektronisk på røntgenmøter?	75	79	76	77
Blir bilder overført elektronisk til andre sykehus /spesialister?	50	68	81	73
Totalt (N)	100	100	100	100
	(4)	(19)	(21)	(44)

Laboratorieresultater har de fleste sykehusene tilgjengelig "online". 76 prosent av sykehusene hadde slike systemer i 1999, 82 prosent i 2001 og 86 prosent i 2003. Færre sykehus har "online" tilgang til poliklinikkresultater. Men andelen er stigende fra 34 til 46 prosent og i 2003 har hele 70 prosent av sykehusene denne tilgangen.

Tabell 20. Hvilke av de følgende "rutinene" behandles elektronisk (via EDB)? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Registrering av når vedlikehold av medisinsk utstyr er utført	100	80	100	59	64	55	61	78	57	64	72	60
Laboratorieresultater "online"	80	100	100	73	77	84	78	83	86	76	82	86
Poliklinikkresultater "online"	0	20	100	36	55	68	39	44	67	34	46	70
Totalt (N)	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(23)	(23)	(21)	(50)	(50)	(45)

Svært få sykehus har elektronisk henvisning, men her ser vi at mye er på gang og hele 51% av sykehusene rapporterer at dette er under etablering (Tabell 21).

Tabell 21. Har sykehuset rutiner for å motta elektronisk overføring av henvisning? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	0	0	5	2
Under etablering	50	55	47	51
Nei	50	45	48	47
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Vi spurte også etter omfang av elektronisk overføring. Her er svarene oppgitt i gjennomsnitt for de tre sykehustypene utfra fem svar alternativer. Det er relativt mer elektronisk kommunikasjon mellom allemennleger og sykehus enn mellom sykehus og sykehjem eller sykehus og sykehus.

Tabell 22. I hvilken grad overføres elektronisk informasjon? Gjennomsnitt (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	2,7	2,5	1,9	2,3
Henvissende lege	2,8	2,6	1,8	2,3
Sykehjem	0,3	0,4	0,4	0,4
Andre sykehus	1,5	1,1	0,9	1,0
Totalt (N)	(4)	(20)	(21)	(45)

aldri=0, i liten grad=1, noe=2, i stor grad=3, alltid=4

Tabell 23. Hvis allmennleger mottar elektronisk informasjon fra sykehuset, hvilken informasjon overføres? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Epikrise	100	55	47	55
Laboratoriesvare	100	80	85	84
Røntgensvar	25	40	29	33
Informasjon om sykehuset	50	20	19	22
Totalt (N)	(4)	(20)	(21)	(45)

Tabell 24. Hvordan sender sykehuset ut påminnelse til pasienten om polikliniske timer? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ingen rutine	50	55	57	55
Telefonisk	25	15	23	20
Brev	25	45	43	42
e-post	25	0	0	2
SMS	25	5	19	13
Totalt (N)	(4)	(20)	(21)	(45)

BRUK AV EKSTERN ARBEIDSKRAFT

Flere sykehus rapporterte at de benyttet seg av slik arbeidskraft i ferier og i forbindelse med permisjon, men mente at omfanget var såpass moderat at de ikke har rapportert om det.

Tabell 25. Leier sykehuset inn arbeidskraft fra andre sykehus i Norge?
Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	0	0	75	33	33	45	57	57	62	41	41	55
Nei	100	100	25	67	67	55	43	43	38	59	59	45
Totalt (N)	100 (4)	100 (4)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (20)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (49)	100 (49)	100 (45)

Hvis ja,	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
hvor mange årsverk med leger ble leid inn i 2002? Gjennomsnitt	6,5	1,1	0,5	0,8
hvor mange årsverk med sykepleiere ble leid inn i 2002? Gjennomsnitt	53	0	0,1	7,8
Totalt (N)	(3)	(7)	(12)	(22)

Tabell 26. Leier sykehuset inn arbeidskraft fra private legesentre eller utleie-/formidlingsbyråer? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	0	25	100	38	48	100	52	52	90	41	43	96
Nei	100	75	0	62	52	0	48	48	10	59	57	4
Totalt (N)	100 (4)	100 (4)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (0)	100 (23)	100 (23)	100 (0)	100 (49)	100 (49)	100 (0)

Hvis ja, i gjennomsnitt	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
hvor mange årsverk med leger ble leid inn i 2002?	1,1	3,1	3,9	3,2
hvor mange årsverk med sykepleiere ble leid inn i 2002?	73,4	30,3	4,5	30,2
var det primært norske utleiebyråer?	75%	53%	67%	62%
var det primært utenlandske utleiebyråer	25%	47%	33%	38%
Totalt (N)	(3)	(7)	(12)	(22)

Bruk av konsulentbistand i arbeidet med organisasjonsutvikling er relativt vanlig ved norske sykehus. Noe overraskende øker ikke omfanget fra 1999 til 2001, til tross for store organisasjonsendringer i sykehusene i denne perioden. Imidlertid snur denne trenden dramatisk og i 2003 bruker hele 70 prosent av sykehusene slik bistand og dette kan i stor grad skyldes den nye foretaksorganiseringen.

I 2003 spurte vi også etter konsulentbistand på andre områder og jevnt over benytter nærmere halvparten av sykehusene seg av slik tjenester, men at det er særlig i IT-spørsmål at det hyppig brukes eksterne konsulenter.

Tabell 27. Bruker sykehuset ekstern konsulentbistand til noe av det følgende arbeidet?
Prosentandeler (N)

a) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med organisasjonsutvikling?	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Regelmessig	25	25	0	14	7	20	6	5	5	13	5	7
Av og til	50	50	50	41	43	75	46	34	52	42	42	66
Aldri	25	25	50	45	50	5	48	61	43	45	53	27
Totalt (N)	100 (4)	100 (4)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (20)	100 (19)	100 (19)	100 (21)	100 (45)	100 (45)	100 (45)

b) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med datasystemer og nettverk?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Regelmessig	25	15	5	12
Av og til	75	60	79	70
Aldri	0	25	16	18
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (19)	100 (43)

c) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med styringssystemer og rapportering?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Regelmessig	50	0	5	7
Av og til	0	63	50	51
Aldri	50	37	45	42
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (20)	100 (43)

d) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med økonomi og budsjett?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Regelmessig	25	11	5	10
Av og til	25	47	25	34
Aldri	50	42	70	56
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (19)	100 (43)

e) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med reklamekampanjer?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Regelmessig	0	26	0	12
Av og til	67	37	43	42
Aldri	33	37	57	46
Totalt (N)	100 (3)	100 (19)	100 (21)	100 (43)

f) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med informasjonsarbeid?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Regelmessig	0	5	0	2
Av og til	100	58	67	66
Aldri	0	37	33	32
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (21)	100 (44)

Tabell 28. Har sykehuset egne avtaler med private spesialister/spesialistsentre?
Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	25	65	65	61
Nei	75	35	35	39
Totalt (N)	100 (4)	100 (17)	100 (20)	100 (41)

Vi spurte også etter eventuelle avtaler med private spesialistsentre og tabell 28 viser at dette forekommer ved hele 61 prosent av sykehusene.

RELASJONEN TIL KOMMUNEHELSETJENESTEN

Det har lenge vært fokus på den problematiske arbeidsdelingen mellom første- og annenlinje tjeneste. Allerede i 1974 ble det såkalte LEON-prinsippet om behandling på lavest effektive omsorgsnivå lansert (St.meld.nr.9 1974). Hvor grensene mellom behandlingsnivåene egentlig går er imidlertid mindre opplagt og det er spesielt spennende å se hvordan sykehus og kommuner organiserer arbeidet og koordineringen seg imellom. Undersøkelsen fra 2001 resulterte i en artikkel om forholdet mellom nivåene og peker på direkte årsaksforhold mellom kapasitet og trekk ved kommunene i sykehusenes nedslagsfelt i forhold til liggetidsvariasjoner ved sykehusene (Kjekshus 2004).

I praksis viser det seg ofte at dette samarbeidet mellom behandlingsnivåene ikke er så velsmurt. I en rapport fra Statens Helsetilsyn (Helsetilsynet 2000), påpekes det at hver tredje pasient over 75 år blir liggende for lenge på sykehuset i påvente av utskrivning. Det kommunale pleie- og omsorgstilbudet er ofte for dårlig utbygd, og kommunikasjonen mellom nivåene beskrives som svært mangelfull. Dette fører til at ferdigbehandlede eldre pleiepasienter ikke skrives ut så raskt som de kunne.

Mange sykehus inngår formelle avtaler med kommunene om vilkår for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten. 86 prosent av sykehusene har i 2003 inngått slike avtaler, i en eller annen form. Bare tre av de fem regionsykehusene hadde i 2001 inngått en slik avtale, men i 2003 har samtlige regionsykehus slike avtaler (Tabell 29).

Tabell 29. Har sykehuset inngått en avtale med kommunene om vilkår/kriterier for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	40	60	100	55	86	84	65	78	86	58	80	86
Nei	60	40	0	45	14	16	35	22	14	42	20	14
Totalt (N)	100 (5)	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (19)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (50)	100 (50)	100 (45)

<i>Hvis ja, hvor mye av oppholdet dekkes av kommunen?</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Hele oppholdet fullfinansieres, fra første dag pasienten er registrert ferdigbehandlet	0	5	0	2
b) Hele oppholdet fullfinansieres, men først etter en til to uker etter at pasienten er registrert ferdigbehandlet	50	39	50	45
c) Progressiv betaling (øker etter som pasienten blir liggende)	0	0	0	0
d) Avtale uten vilkår om betaling	0	17	5	9
e) Andre kontrakter	50	39	45	44
Totalt (N)	100 (5)	100 (19)	100 (21)	100 (45)

En annen måte å organisere forholdet til kommunehelsetjenesten på, er å tillegge en person ansvaret for å kontakte hjemkommunene for å forberede utskrivning av ferdigbehandlede pleiepasienter. Da får hjemkommunene en fast person å forholde seg til. Dessuten vil denne personen akkumulere kunnskap og erfaringer om hvordan kommunikasjonen med kommunehelsetjenestetilbudet kan optimaliseres. 36 prosent av sykehusene oppgir å ha en slik kontaktperson i 2001, men i 2003 har dette økt til 52 prosent (Tabell 30).

For undersøkelsen i 2003 ønsket vi å utvide skjemaet på denne delen som omhandler relasjonene til primærhelsetjenesten og spurte mer detaljert om rutiner i denne forbindelse. Resultatene er gjengitt i tabellene 31 til og med 38 nedenfor.

Tabell 30. Har sykehuset en egen person som tar kontakt med hjemkommunene til pasientene for å forberede utskrivning av ferdigbehandlede pasienter som trenger pleie? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	60	25	18	23	42	44	44	67	34	36	52
Nei	40	40	75	82	77	58	56	56	33	66	64	48
Totalt (N)	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (19)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (50)	100 (50)	100 (44)

Tabell 31. Har sykehuset fellesmøter med representanter fra kommunene? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	75	90	95	91
Nei	25	10	5	9
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (21)	100 (44)

Tabell 32. Er det mulig å bestille time for konsultasjon via nettet? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	50	5	0	7
Nei	50	95	100	93
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 33. Hvem mottar rutinemessig epikrise / journalnotat etter behandling?
Prosentandeler (N)

<i>a) ved utskrivelse til hjemmet</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	100	88	76	83
Innleggende lege	100	82	100	93
Tilsynslege sykehjem	25	6	0	5
Annet sykehus	0	0	0	0
Ingen fast rutine	0	0	0	0
Totalt (N)	(4)	(17)	(21)	(42)

<i>b) Ved utskrivelse til sykehjem</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	25	65	62	59
Innleggende lege	50	53	76	64
Tilsynslege sykehjem	100	94	100	98
Annet sykehus	25	0	0	2
Ingen fast rutine	0	0	0	0
Totalt (N)	(4)	(17)	(21)	(42)

<i>c) Ved overføring til annet sykehus</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	0	84	47	57
Innleggende lege	50	41	29	36
Tilsynslege sykehjem	0	0	0	0
Annet sykehus	75	71	62	67
Ingen fast rutine	0	0	0	0
Totalt (N)	(4)	(17)	(21)	(42)

<i>d) Ved henvisning fra allmennlege til poliklinikk</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	100	100	87	93
Innleggende lege	0	17	0	7
Tilsynslege sykehjem	0	0	0	0
Annet sykehus	0	0	0	0
Ingen fast rutine	0	0	0	0
Totalt (N)	(4)	(17)	(21)	(42)

<i>e) Ved henvisning fra sykehjem til poliklinikk</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	50	59	100	79
Innleggende lege	50	18	5	14
Tilsynslege sykehjem	75	88	90	88
Annet sykehus	0	0	0	0
Ingen fast rutine	0	0	0	0
Totalt (N)	(4)	(17)	(21)	(42)

<i>f) Ved henvist av pasient direkte fra poliklinikk til annet sykehus</i>	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Allmennlege	0	35	67	57
Innleggende lege	0	18	24	19
Tilsynslege sykehjem	0	0	0	0
Annet sykehus	75	59	62	62
Ingen fast rutine	25	6	5	7
Totalt (N)	(4)	(17)	(21)	(42)

Tabell 34. Har sykehuset hospiteringsordninger for allmennleger? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja, fast hospitering ved flere avdelinger	25	58	86	68
Ja, hospitering mulig på forespørsel	50	21	0	14
Ikke tilbud om hospitering	25	21	14	18
Totalt (N)	100 (4)	100 (17)	100 (21)	100 (42)

Tabell 35. Har sykehusets leger faste dager for konsultasjon utenfor sykehus – hos allmennleger? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	50	26	19	25
Nei	50	74	81	75
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (21)	100 (44)

Tabell 36. Har sykehuset et faglig program for allmennleger? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja, ukentlig	33	10	0	7
Ja, 2-4 ganger i måneden	0	0	28	14
Ja, 1 til 10 ganger i året	67	40	19	32
Ikke faglig program	0	50	53	47
Totalt (N)	100 (3)	100 (20)	100 (21)	100 (44)

Tabell 37. Har sykehusets og allmennleger felles faglige retningslinjer for behandling av pasienter? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	25	53	67	56
Nei	75	47	33	44
Totalt (N)	100 (4)	100 (17)	100 (18)	100 (39)

Tabell 38. Har sykehuset etter 2002 aktivt informert allmennlegene i området om sin drift? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	75	90	100	93
Nei	25	10	0	7
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (20)	100 (44)

Hvis ja, innenfor hvilket område har informasjon funnet sted?

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Ventetid på behandling	75	84	75	79
b) Servicetilbud til allmennleger	25	37	70	51
c) Servicetilbud til pasienter	25	32	60	44
d) Behandlingskvalitet	25	5	25	16
e) Annet	0	16	40	26
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (20)	100 (43)

KJØP OG SALG AV TJENESTER

Sykehusets kjernevirksomhet er knyttet til pasientbehandling, men sykehuset utfører i tillegg en rekke oppgaver. Mange sykehus velger å enten kjøpe disse tjenestene av andre virksomheter eller også selge ut slike tjenester til andre.

Tabell 39. Selger sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter **innad** i helseforetaket? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Kjøkkentjenester	50	29	0	19
b) Vask av tøy	0	23	0	11
c) Renhold	50	0	0	5
d) Regnskap	0	18	44	27
e) IT-kompetanse	25	29	44	35
f) Drift / tekniske tjenester	25	12	0	8
g) Andre typer tjenester	25	12	6	11
Totalt (N)	(4)	(19)	(20)	(43)

Tabell 40. Kjøper sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter **innad** i helseforetaket? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Kjøkkentjenester	0	6	0	3
b) Vask av tøy	25	6	19	13
c) Renhold	0	0	0	0
d) Regnskap	0	6	25	13
e) IT-kompetanse	0	12	25	16
f) Drift / tekniske tjenester	0	0	6	3
g) Andre typer tjenester	0	0	6	3
Totalt (N)	(4)	(19)	(20)	(43)

Salg av tjenester til andre virksomheter er vanligere. Over 34 prosent av sykehusene selger kjøkkentjenester til andre. Uten at dette er nærmere spesifisert, kan slike andre virksomheter være f.eks. aldershjem, barnehager, andre sykehus og lignende. Over 27 prosent av sykehusene oppgir at de selger tjenester innen IT og 20 prosent innen drift/teknikk. Rundt 20 prosent selger renholdstjenester, 14 prosent tøyvask og 18 prosent regnskapstjenester.

Tabell 41. Selger sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter **utenfor** helseforetaket? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
a) Kjøkkentjenester	50	50	75	46	50	21	35	39	38	41	45	34
b) Vask av tøy	25	25	25	14	14	16	9	9	19	12	12	18
c) Renhold	50	50	50	5	9	16	13	17	19	12	16	20
d) Regnskap	25	25	25	18	18	11	17	13	14	18	16	14
e) IT-kompetanse	75	75	25	23	32	21	4	4	33	18	22	27
f) Drift / tekniske tjenester	50	50	25	23	32	16	17	13	24	22	24	20
g) Andre typer tjenester	0	0	33	5	5	5	4	4	5	4	4	7
Totalt N	(4)	(4)	(4)	(22)	(22)	(19)	(23)	(23)	(20)	(49)	(49)	(43)

Mange sykehus velger i stedet å kjøpe inn slike tjenester fra andre virksomheter. Hele 70 prosent av sykehusene kjøper tøyvask fra en ekstern virksomhet. Knapt 23 prosent av sykehusene kjøper IT-kompetanse utenfra. Imidlertid er det bare 2 sykehus (4 prosent) som kjøper kjøkkentjenester utenfra, og bare 12 prosent av sykehusene kjøper inn renholdstjenester.

Tabell 42. Kjøper sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter utenfor helseforetaket? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
a) Kjøkkentjenester	0	0	0	0	1	0	0	0	9	0	2	4
b) Vask av tøy	50	50	25	73	73	69	78	78	81	73	73	70
c) Renhold	25	25	0	14	9	15	13	17	14	14	14	12
d) Regnskap	0	0	0	5	5	26	0	0	9	2	2	16
e) IT-kompetanse	50	50	50	23	23	36	17	30	5	22	29	23
f) Drift / tekniske tjenester	50	50	50	18	18	26	4	9	0	14	16	16
g) Andre typer tjenester	0	0	0	5	5	11	4	4	9	4	4	9
Totalt (N)	(4)	(4)	(4)	(22)	(22)	(20)	(23)	(23)	(21)	(49)	(49)	(44)

FUNKSJONSENDRINGER

I skjemaet for 2003 spurte vi etter hvilke medisinskefunksjoner sykehuset hadde, med eller uten beredskap og om sykehuset hadde fått nye eller reduserte funksjoner. Tabell 43 viser hvilke sykehus som har opplevd endringer, fordelt etter sykehustype og fordelt etter regionale helseforetak

Tabell 43. Har sykehuset fått endrede funksjoner i perioden 2001 til 2003? Prosentandeler (N)

<i>Fordelt etter sykehustype</i>		Region- sykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Økt beredskap	Endret fra å ikke ha funksjonen til å ha funksjonen men uten beredskap	0	5	0	2
	Endret fra å ikke ha funksjonen til å ha funksjonen med beredskap	0	5	0	2
	Endret fra å ha funksj uten beredskap til å ha funksj med beredskap	0	5	9	7
	Ingen endring	100	76	86	83
Redusert beredskap	Endret fra å ha funksjonen med beredskap til å ha funksjonen uten beredskap	0	9	0	4
	Endret fra å ha funksjonen med beredskap til å ikke ha funksjonen	0	0	5	2
	Endret fra å ha funksj uten beredskap til ikke å ha funksj	0	0	0	0
	Totalt (N)	100 (4)	100 (21)	100 (21)	100 (46)

<i>Fordelt etter regional helseforetak</i>		RHF ØST	RHF SØR	RHF VEST	RHF Midt-norge	RHF NORD	Totalt
Økt beredskap	Endret fra å ikke ha funksjonen til å ha funksjonen men uten beredskap	0	0	0	0	0	0
	Endret fra å ikke ha funksjonen til å ha funksjonen med beredskap	0	12 (1)	0	0	0	2
	Endret fra å ha funksj uten beredskap til å ha funksj med beredskap	0	12 (1)	22 (1)	27 (1)	0	7
Ingen endring		81 (13)	76 (6)	88 (7)	83 (5)	100 (7)	84 (38)
Redusert beredskap	Endret fra å ha funksjonen med beredskap til å ha funksjonen uten beredskap	12 (2)	0	0	0	0	4
	Endret fra å ha funksjonen med beredskap til å ikke ha funksjonen	6 (1)	0	0	0	0	2
	Endret fra å ha funksj uten beredskap til ikke å ha funksjonen	0	0	0	0	0	0
Totalt (N)		100 (16)	100 (8)	100 (8)	100 (6)	100 (7)	100 (45)

Det er særlig sentralsykehusene som opplever endringer og som også opplever mest reduksjon i beredskap. Regionsykehusene rapporterer om uendrede funksjoner.

En økning i beredskapen skjer innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, anesthesiologi, generell kirurgi, urologi, indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi og onkologi.

En reduksjon i beredskap skjer innen gastroenterologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologi og revmatologi.

Når endringene fordeles på de regionale helseforetakene ser vi at all beredskapsreduksjon skjer i RHF ØST. Samtlige av de andre regionene styrker sin beredskap med unntak av RHF NORD som ikke registrerer noen endring fra 2001 til 2003.

SYKEHUSETS INFORMASJONSARBEID

Sykehusene driver omfattende informasjonsarbeid og har ofte egne informasjonsstrategier. Her har vi bare gjengitt hvorvidt slike strategier eksisterer, men de fleste sykehusene har også gitt en detaljert beskrivelse av sine målsetninger og strategier. Eksempler er "*Med hjertevarme og kompetanse*", "*Kunnskap trygghet og omsorg*", "*Alt handler om mennesker*", "*Norges mest attraktive sykehus for pasienter og medarbeidere*", og "*Vi bryr oss - sammen tar vi ansvar*".

Tabell 44. *Har sykehuset egne informasjonsmedarbeidere? Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	90	71	82
Nei	0	10	29	18
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 45. Oppdaterer sykehuset egne informasjonssider på internett? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	90	95	93
Nei	0	10	5	7
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 46. Har sykehuset eget internblad? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	95	100	98
Nei	0	5	0	2
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 47. Har sykehuset en uttalt og formelt spesifisert målsetning / visjon? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	100	95	98
Nei	0	0	5	2
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 48. Har sykehuset en egen kommunikasjonsstrategi? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	55	52	58
Nei	0	45	48	42
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 49. Har sykehuset en egen informasjonsstrategi for å markedsføre seg overfor pasienter? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	50	35	70	52
Nei	50	65	30	48
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

Tabell 50. Har sykehuset ett eller flere områder / spesialiteter det er spesielt kjent for? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	75	71	95	82
Nei	25	29	5	18
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

KVALITETSINDIKATORER

Vi spurte også etter i hvilken grad ulike typer kvalitetsindikatorer rapporteres til styret for helseforetaket. De utvalgte kvalitetsindikatorerne følger de som det er vedtatt fra departementet at samtlige sykehus skal begynne å rapportere jevnlig.

Senere spurte vi også hvilke og i hvilken grad slike kvalitetsindikatorer registreres ved avdelingene. Her spurte vi både innen de kirurgiske enhetene og de medisinske. Disse resultatene er rapportert under henholdsvis tabell 115 og tabell 159.

Tabell 51 viser at det er stor variasjon mellom de ulike kvalitetsindikatorerne hvor ofte de rapporteres. De typisk kliniske indikatorene rapporteres jevnlig, mens de organisatoriske (medarbeidersamtaler, arbeidsmiljøundersøkelser) og pasienterfaringer rapporteres årlig.

Tabell 51. Hvilke av følgende kvalitetsindikatorer rapporteres det rutinemessig til styret for helseforetaket? Prosentandeler (N)

	Flere ganger i året	Årlig	aldri	Vet ikke/uaktuelt	Totalt
a) Pasientrapportert standard	28	64	5	3	100 (39)
b) Pasienterfaringer med personalet	10	72	3	15	100 (40)
c) Pasientrapportert organisering	10	70	5	15	100 (39)
d) Pasientrapportert informasjon	12	82	3	3	100 (40)
e) Arbeidsmiljøundersøkelser	19	59	10	12	100 (41)
f) Medarbeidersamtaler	5	54	28	13	100 (39)
g) Korridorpasienter	88	5	4	2	100 (44)
h) 30-dagers overlevelse ved lårhalsbrudd	44	9	28	19	100 (43)
i) Preoperativ liggetid for lårhalsbrudd	81	7	10	2	100 (42)
j) 30-dagers overlevelse ved hjerteinfarkt	22	12	34	31	100 (41)
k) 30-dagers overlevelse ved hjerneslag	16	10	41	33	100 (39)
l) Sykehusinfeksjoner	75	18	5	2	100 (44)
m) Fallskader	34	32	19	15	100 (41)
n) Epikrisetid	73	22	3	2	100 (41)
o) Tvungen innskrivning til psykiatrisk institusjon	55	16	11	18	100 (38)
p) Dødelighet.	18	18	32	32	100 (34)
q) Ventetider	74	5	21	0	100 (39)
r) Andre kvalitetsindikatorer	67	6	22	6	100 (18)

BUDSJETTRUTINER OG BELØNNINGSSYSTEMER

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

Så godt som alle sykehusene har avdelingsvise budsjetter. Som tabell 52 beskriver, er unntakene bare noen mindre lokalsykehus. De sykehusene som har avdelingsvise budsjetter oppgir at dette gjelder for samtlige avdelinger i sykehuset.

Tabell 52. Har sykehuset avdelingsvise budsjetter? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	100	100	100	100	100	100	87	87	95	94	94	98
Nei	0	0	0	0	0	0	13	13	5	6	6	2
Totalt N	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (20)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (50)	100 (50)	100 (45)

Avdelingsvise budsjetter er altså hovedregelen, men innholdet i budsjettene, hvilke utgiftsposter og inntektsposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer (tabell 53). Samtlige sykehus oppgir at lønnsutgifter til faste stillinger, overtid, vikarer og ekstrahjelp inngår i de avdelingsvise budsjettene, mens bare 11 prosent av sykehusene oppgir at gjestepasientutgifter for pasienter som henvises fra avdelingen til andre sykehus inngår. Bare 14 prosent av sykehusene oppgir at kjøp av tjenester fra serviceavdelingene (internprising) inngår i de avdelingsvise budsjettene i 1999. Her har det skjedd en klar økning i 2001, ett av fem sykehus regnskapsfører da internkjøp, og en dramatisk økning i 2003, da hele 34 prosent har slike rutiner.

Tabell 53. Hvis sykehuset har avdelingsvise budsjetter, hvilke **utgiftsposter** inngår? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
- Lønnsutgifter til faste stillinger, overtid, vikarer, og ekstrahjelp	100	100	100	100	100	100	100	100	95	100	100	98
- Internprising av tjenester fra serviceavdelingene	0	40	67	9	18	40	18	14	24	12	18	34
- Gjestepasientutgifter til andre foretak	20	20	50	14	14	15	9	9	0	12	12	11
- Avskrivning utstyr og bygninger	-	-	50	-	-	20	-	-	28	-	-	27
- andre	-	-	50	-	-	45	-	-	67	-	-	56
Totalt N	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(22)	(22)	(21)	(49)	(49)	(45)

Hvilke inntekstposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer også (Tabell 54). Alle sykehusene oppgir at poliklinikkinntekter, folketrygdsrefusjoner og inntekter for salg av tjenester inngår i de avdelingsvise budsjettene, mens bare 19 prosent av sykehusene oppgir at forskningsbidrag fra farmasøytiske firma inngår i 2001 er denne andelen økt til hele 38 prosent i 2003. Gjestepasientinntekter for behandling av pasienter fra andre foretak regnskapsføres avdelingsvis av 38 prosent av sykehusene i 2003.

Tabell 54. Hvis sykehuset har avdelingsvise budsjetter, hvilke **inntekstposter** inngår? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
- Poliklinikkinntekter	100	100	100	91	91	100	96	96	91	94	94	93
- Refusjoner fra folketrygden	100	100	100	91	91	95	96	96	91	94	94	93
- Inntekter fra salg av tjenester	100	100	100	86	86	85	73	73	86	81	81	87
- Forskningsbidrag fra farmasøytiske firma	0	0	50	32	32	40	9	9	33	19	19	38
- Gjestepasientinntekter fra andre foretak	50	75	50	27	32	40	14	14	33	23	27	38
- Avskrivning utstyr og bygninger	-	-	25	-	-	10	-	-	33	-	-	22
- DRG-stykkprisrefusjoner	0	0	0	14	14	35	0	0	43	6	6	35
Totalt N	(4)	(4)	(4)	(22)	(22)	(20)	(22)	(22)	(21)	(49)	(49)	(45)

I hvilken grad blir DRG-stykkprisrefusjonene (ISF) videreført til avdelingene? I 1999 svarer bare 29 prosent av sykehusene at de viderefører DRG-stykkprisene til avdelingene (Tabell 55). I 2001 har denne andelen steget til 42 prosent. Hadde vi sett bort i fra lokalsykehusene og fylkessykehusene med redusert lokalsykehusstilbud, ville andelen vært betydelig høyere. Bare 14 prosent av disse mindre sykehusene viderefører DRG-stykkprisene i år 2001. Men i 2003 stiger andelen dramatisk for alle sykehusene og hele 63 prosent av sykehusene viderefører ISF til avdelingene.

Tabell 55. Blir stykkprisrefusjonen helt eller delvis fordelt på de kliniske avdelingene avhengig av antall behandlede pasienter og DRG? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	40	60	75	52	67	79	5	14	45	29	42	63
Nei	60	40	25	48	33	21	95	86	55	71	58	37
Totalt N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(21)	(21)	(19)	(22)	(22)	(20)	(48)	(48)	(43)

Vi har nå avdekket at 63 prosent av sykehusene viderefører stykkprisrefusjonen til avdelingsnivå i 2001, 21 prosentpoeng flere enn to år tidligere. I et oppfølgingsspørsmål spurte vi så om hvor stor del av stykkprisrefusjonen som videreføres. I 1999 oppgir 21 prosent av sykehusene at hele stykkprisrefusjonen (100 %) videreføres til avdelingene. To år senere har denne andelen steget til 32. I 2003 har andelen av de som videreførte hele stykkprisrefusjonen økt til 63 prosent.

a) Hvis ja, hvor stor andel videreføres til avdelingsnivå?

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Hele (100 %)	20	20	25	43	57	79	0	9	56	21	32	63
80-90 %	0	0	50	5	5	14	5	5	11	4	4	21
5 %	0	0	0	0	5	7	0	0	0	0	2	4
Uoppgitt del	20	40	0	5	0	0	0	0	0	4	4	0
Ingenting (0 %)	60	40	25	48	33	0	95	86	33	71	58	14
Totalt N	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (21)	100 (21)	100 (14)	100 (22)	100 (22)	100 (9)	100 (48)	100 (48)	100 (27)

Vårt neste spørsmål var om sykehuset fordeler DRG-poeng mellom avdelingene dersom en pasient er innlagt ved flere avdelinger i løpet av det samme oppholdet. Få sykehus gjør det, men andelen øker fra 8 til 16 i 2001, til hele 26 prosent i 2003.

Tabell 56. Fordeler sykehuset DRG-poeng mellom avdelingene dersom en pasient er innlagt ved flere avdelinger i løpet av det samme oppholdet? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	40	60	25	5	14	35	4	9	18	8	16	26
Nei	60	40	75	95	86	65	96	91	82	92	84	74
Totalt N	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (21)	100 (21)	100 (17)	100 (23)	100 (23)	100 (17)	100 (49)	100 (49)	100 (38)

Tabell 57. Har sykehuset etablert en egen ekstern kvalitetskontroll? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	25	40	30	34
Nei	75	60	70	66
Totalt (N)	100 (4)	100 (20)	100 (20)	100 (44)

Tabell 58. Benytter sykehuset et fast revisjonsfirma? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	80	95	90
Nei	0	20	5	10
Totalt (N)	100 (4)	100 (19)	100 (20)	100 (43)

FRITT SYKEHUSVALG

”Fritt sykehusvalg” ble lovfestet fra 1.1.2001 etter å ha fungert på frivillig basis i store deler av landet i noen år, og vi spurte hvordan dette kan ha påvirket sykehusenes organisering.

I de følgende spørsmålene ba vi om vurdering av noen effekter av ”fritt sykehusvalg” etter den lovfestede innføringen i 2001.

Det er svært stor variasjon i hvem som har svart på skjemaene og det kan ved enkelte sykehus ha vært direktøren selv, andre sykehus kan det ha vært sjeflege, sjefsykepleier eller organisasjonssekretær. Svarfordelingen er derfor ikke representativ, verken på sykehusnivå eller blant sykehusansatte og kun ment som ett grovt innblikk i problemstillingene.

Tabell 59. Oppfatter du at sykehuset etter innføringen av Fritt sykehusvalg i 2001, i lavere eller høyere grad enn tidligere konkurrerer eller samarbeider med andre virksomheter om å tiltrekke seg pasienter? Prosentandeler (N)

	noe mer konkurranse	svakt mer konkurranse	ingen endring	svakt mer samarbeid	noe mer samarbeid	Totalt
a) Andre sykehus i regionen	21	37	35	7	0	100 (43)
b) Sykehus utenfor regionen	14	49	30	2	5	100 (43)
c) Fastleger	19	12	38	21	10	100 (42)
d) Praktiserende spesialister	27	22	29	7	15	100 (42)
e) Mellom avdelingene internt	2	0	81	12	5	100 (42)

I forbindelse med spørsmålet om virkemidler for å tiltrekke seg pasienter ble det kommentert at dette stemte dårlig med sykehusets situasjon. De fleste sykehusene slet fortsatt med lange ventelister og da ble det noe merkelig for sykehusene å reklamere for tilbudet. Likevel ser vi at hele 36 prosent av sykehusene sier at de har annonsert i avisen om sykehusets tilbud og enda hyppigere gir informasjon om tilbudet til media for å tiltrekke seg pasienter. Men her vet vi ikke i hvilken grad dette ble gjort før 1.1.2001.

Tabell 60. Nedenfor har vi listet opp noen virkemidler sykehuset kan benytte for å tiltrekke seg pasienter. Hvilke av disse virkemidlene har sykehuset aktivt benyttet for å tiltrekke seg pasienter etter 1.1.2001? Prosentandeler (N)

	ingen	1. gang	fra 2-10 ganger	mer enn 10	Totalt
a) Annonser i dagspressen om sykehusets tilbud	54	10	36	0	100 (43)
b) Informasjon til media om sykehusets tilbud	21	7	50	22	100 (40)
c) Informasjon til fastleger med informasjon om sykehusets tilbud	7	7	70	16	100 (42)
d) Informasjon til private spesialister med informasjon om sykehusets tilbud	37	7	51	5	100 (41)
e) Informasjon til visse pasientgrupper med informasjon om sykehusets tilbud	37	5	55	3	100 (38)

I tabell 61 ba vi sykehusene anslå hvor mange pasienter som hadde benyttet seg av ordningen fritt sykehusvalg. Relativt få sykehus (16 i 2001 og 23 i 2003) klarte å anslå hvor

stor andel som hadde kommet til sykehuset som følge av ordningen, men hele 17% anslår at minst 5% av pasientene har kommet som følge av ordningen i 2003 og dette er en svak stigning siden 2001.

Tabell 61. Hvor stor andel av sykehusets pasienter har kommet til sykehuset som følge av ordningen med "fritt sykehusvalg" i 2001 og 2003. Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003
Ukjent	0	33	0	0	0	0	0	4
a) Mindre enn 0,5%	100	33	60	25	30	0	44	13
b) 0,5-0,9%	0	33	0	50	20	25	13	35
c) 1,0-2,9%	0	0	20	12	30	25	25	17
d) 3,0-4,9%	0	0	0	0	10	25	6	13
e) 5,0-6,9%	0	0	0	0	10	8	6	4
f) 7,0% eller mer	0	0	20	13	0	17	6	13
Totalt N	100 (1)	100 (3)	100 (5)	100 (8)	100 (10)	100 (12)	100 (16)	100 (23)

Tabell 62. Har sykehuset i perioder avvist pasienter som ønsket å benytte sykehuset med utgangspunkt i retten til fritt sykehusvalg? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Ofte	0	0	0	0
b) Noen ganger	33	30	20	26
c) sjelden	67	10	15	16
d) aldri	0	15	55	33
e) vet ikke	0	45	10	26
Totalt (N)	100 (3)	100 (20)	100 (20)	100 (43)

Tabell 63. Har retten til fritt sykehusvalg påvirket sykehusets pasienttilstrømning positivt eller negativt? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) meget positivt	0	0	0	0
b) noe positivt	67	40	55	49
c) ingen endring	33	30	30	30
d) litt negativt	0	10	10	9
e) meget negativt	0	0	0	0
f) vet ikke	0	20	5	12
Totalt (N)	100 (3)	100 (20)	100 (20)	100 (43)

Tabell 64. Det er uenighet om hvilke effekter lovfesting av fritt sykehusvalg har hatt. Noen mener dette påvirker flere forhold ved behandlingsapparatet, mens andre mener at det isolerte effekten har vært svak eller fraværende. Nedenfor har vi formulert noen påstander om effekter av lovfestningen av fritt sykehusvalg (FS) i 2001. Vi ber deg ta stilling til om du er enig eller uenig i påstandene. Prosentandeler (N)

	svært uenig	uenig	Verken enig eller uenig	enig	svært enig	vet ikke	Totalt
a) FS har ført til økt netto inntjening for sykehuset	9	25	29	23	7	7	100 (44)
b) FS har gitt økt erfaring med visse typer av behandling	7	34	23	29	0	7	100 (44)
c) FS har gjort det vanskeligere å planlegge ressursbruk	9	57	27	2	2	3	100 (44)
d) FS gjør at vi netto taper pasienter til andre sykehus	11	48	18	11	2	9	100 (44)
e) FS har skapt økt oppmerksomhet om pasientens ønsker	0	0	2	89	9	0	100 (44)
f) FS har isolert sett bidratt til kortere ventetid	0	9	9	73	5	4	100 (44)
g) FS har isolert sett bidratt til økt pasienttilfredshet	0	2	32	50	2	14	100 (44)
h) FS har bidratt til mer effektiv ressursutnyttelse	2	14	21	52	7	4	100 (44)
i) FS har bidratt til høyere kvalitet i pasientbehandlingen	7	14	20	50	2	7	100 (44)

ORGANISERING AV DEN KIRURGISKE VIRKSOMHETEN

Den andre delen av skjemaet omfatter den kirurgiske virksomheten ved sykehuset, herunder operasjonsavdeling, akuttmottak, poliklinikk, sengeavdelinger m.v.

Valg av organisasjonsløsning ved en ordinær kirurgisk avdeling er generelt preget av følgende sentrale utfordringer:

- Strykninger fra operasjonsprogrammet av ulike årsaker (f.eks. mye øyeblikkelig hjelp).
- Slakk (buffertid), avbrudd og arbeidstidskonflikter mellom profesjonene gir mindre effektiv utnyttelse av operasjonsteamet.
- Enkle kirurgiske inngrep utføres med det samme kompliserte og kostbare kirurgiske utstyret og hygieneprosedyrer som store og tunge inngrep.
- Lang liggetid etter operasjon og ofte innleggelse dagen før inngrepet finner sted.
- ”Flaskehals”-problematikk

Det er flere måter å imøtekomme disse problemene på, og norske sykehus har valgt ulike organisatoriske løsninger. Utviklingen har gått mot seksjonering (oppdeling), mer avanserte planleggingsprogrammer, mer dagkirurgi, bedre registrerings- og styringssystemer, og egne skjermede elektive enheter.

Skjermede elektive enheter blir valgt for å hindre at planlagte operasjoner må avlyses på grunn av at sykehuset må ta seg av øyeblikkelig hjelp-operasjoner. Organisatorisk løses dette på flere måter. Noen sykehus forbeholder deler av operasjonsavdelingen eller utvalgte operasjonssaler kun til planlagt virksomhet. Andre oppretter en egen elektiv avdeling. For det tredje kan sykehus fusjoner la et eller flere sykehus kun drive med elektiv kirurgi.

Den følgende presentasjonen av sykehusenes ulike kirurgiske enheter og funksjoner er primært presentert gjennom tabeller og blir i begrenset grad kommentert.

LEDELSE VED DEN KIRURGISKE VIRKSOMHETEN

Tabell 65. Hvilken ledelsesstruktur er det ved den kirurgiske virksomheten? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) en leder	25	39	32	34
b) en leder med lederteam	75	61	45	54
c) todelt ledelse	0	0	14	7
d) annet	0	0	9	5
Totalt (N)	100 (4)	100 (18)	100 (22)	100 (44)

Foreligger det et skriftlig regelverk for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver? Dette spørsmålet sier noe om formaliseringsgraden i organisasjonen. Tabell 66 viser at andelen

sykehus som har slike skriftlige instruksjoner for avdelingsledelsene er høy, og økende fra 1999 til 2001 og 2003.

Tabell 66. Foreligger det skriftlige instruksjoner for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver?* Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	75	100	100	86	86	88	65	83	82	76	86	86
Nei	25	0	0	14	14	12	35	17	18	24	14	14
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(4)	(22)	(22)	(17)	(23)	(23)	(22)	(49)	(49)	(43)

*For 1999 og 2001 er tallene samlet for medisinsk og kirurgisk virksomhet

I forbindelse med denne trenden mot en ansvarliggjøring av avdelingene i budsjettssammenheng er det interessant hvilken tilgang de kliniske avdelingsledelsene har på økonomimedarbeidere. Få sykehus har økonomimedarbeider tilsatt på avdelingene (9 prosent i 2003). De øvrige sykehusene rapporterer en økende tendens til at økonomimedarbeideren ”stilles til rådighet for avdelingen”.

Tabell 67. Hvilken tilgang har den kliniske avdelingsledelsen på økonomiarbeidere?* Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
a) Tilsatt på avdelingen	20	40	50	5	10	11	0	0	0	4	8	9
b) Ikke tilsatt på avdeling, men stilles til rådighet for avdelingsledelsen	60	60	50	57	57	78	35	35	64	47	47	68
c) Kun via sykehusledelsen	20	0	0	38	33	11	65	65	27	49	45	18
d) annet	-	-	0	-	-	0	-	-	9	-	-	5
Totalt (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(21)	(21)	(18)	(23)	(23)	(220)	(49)	(49)	(44)

*For 1999 og 2001 er tallene samlet for medisinsk og kirurgisk virksomhet

Tabell 68. Er avdelingslederen ved de kirurgiske enhetene primært heltidsledere? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	25	56	52	51
Nei	75	44	48	49
Totalt (N)	100	100	100	100
	(4)	(18)	(23)	(45)

Tabell 69. Har avdelingslederen en egen stedfortreder? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	25	83	56	69
Nei	75	17	44	31
Totalt (N)	100	100	100	100
	(4)	(18)	(23)	(45)

KIRURGISK MOTTAKELSE

Den overordnede organiseringen av sykehusets mottakelse er at for de fleste sykehus (94 prosent) vil det være en felles mottakelse for akutte kirurgiske og indremedisinske pasienter. Organiseringen av mottakelsen varierer imidlertid med sykehusets størrelse. Dette skyldes at de større sykehusene har organisert mottakelsen som en egen avdeling, mens mottakelsen ved de mindre sykehusene enten inngår i kirurgisk eller i medisinsk avdeling. Nedenfor presenterer vi noen andre forhold vedrørende organiseringen av kirurgiske mottakelsesfunksjonen.

Tabell 70. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Underlagt kirurgisk avdeling	0	0	15	7
b) Underlagt anestesi	25	56	50	50
c) Egen avdeling	75	16	25	26
d) Underlagt andre	0	28	10	17
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (20)	100 (42)

Tabell 71. Hvem er leder for kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	60	60	50	27	32	23	20	22	14	28	30	21
En assistentlege	0	0	0	5	5	0	0	0	0	2	2	0
En sykepleier	20	20	50	27	23	59	40	50	76	32	33	67
Todelt ledelse	20	20	0	41	41	18	40	28	10	38	33	12
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (17)	100 (20)	100 (18)	100 (21)	100 (47)	100 (46)	100 (42)

Tabell 72. Er det felles mottakelse for både kirurgiske og indremedisinske pasienter i sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	100	100	96	100	94	70	70	90	84	88	93
Nei	20	0	0	4	0	6	30	30	10	16	12	7
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (18)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (50)	100 (50)	100 (43)

Tabell 73. Er det felles mottakelse for alle akutte innleggelser, også psykiatriske pasienter, i sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	0	28	29	26
Nei	100	72	71	74
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (21)	100 (43)

Tabell 74. Hvem foretar primært siling / fordeling / prioritering av akutte kirurgiske pasienter i mottakelsen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	0	0	25	0	0	11	5	5	24	2	2	19
En assistentlege	80	80	75	39	39	33	9	10	9	30	31	26
En turnuslege	0	0	0	35	35	11	73	71	0	48	47	5
Ass.lege eller turnuslege	0	0	0	17	17	22	14	14	48	14	14	33
Ass.lege eller sykepleier	20	20	0	9	9	11	0	0	0	6	6	5
Andre	-	-	0	-	-	11	-	-	19	-	-	14
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(22)	(21)	(21)	(50)	(49)	(43)

Tabell 75. Omtrent hvor mange prosent av de akutte kirurgiske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000 og 2002? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002
0 – 5 prosent	100	66	70	55	40	44	62	50
6 – 24 prosent	0	34	15	18	13	12	13	16
25 – 50 prosent	0	0	10	0	7	37	8	27
51 – 69 prosent	0	0	0	9	0	0	0	3
70 – 100 prosent	0	0	5	0	40	6	17	3
Totalt N	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(3)	(20)	(11)	(15)	(16)	(39)	(30)

Tabell 76. Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	40	40	25	13	22	29	0	5	33	10	16	31
Nei	60	60	75	87	78	71	100	95	67	90	84	69
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(17)	(22)	(21)	(21)	(50)	(49)	(42)

b) Hvis ja, hva var den gjennomsnittlige liggetiden på denne posten i år 2000 og 2002?

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002
En time	50	100	0	44	100	30	50	40
Ni timer	0	0	100	33	0	40	25	35
Ti timer	50	0	0	23	0	30	25	25
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(2)	(1)	(1)	(9)	(1)	(10)	(4)	(20)

DE KIRURGISKE SENGEAVDELINGENE

Vi ønsket å se omfanget av innføringen av pasientansvarlig sykepleier eller lege. For å skille mellom det medisinske ansvaret og ansvaret for at pasienten har en å henvende seg til gjennom oppholdet, brukte vi begrepet sosialt ansvar. Til tross for at flere reagerte på begrepet, virker det likevel som om de fleste har sett på dette som noe annet enn det medisinske ansvaret (som per definisjon er legens ansvar).

Tabell 77. Hvem har det "sosiale ansvaret" for pasienten gjennom oppholdet i de kirurgiske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En lege	0	0	0	0	0	12	4	4	4	2	2	7
Et legeteam	0	0	0	6	6	0	4	4	0	5	5	0
En sykepleier	0	0	0	22	22	19	9	9	14	14	14	14
Et sykepleierteam	100	100	75	28	28	50	61	61	60	50	50	57
Legeteam + pleierteam	0	0	25	28	28	9	9	9	14	16	16	13
Lege + sykepleier	0	0	0	17	17	10	13	13	9	14	14	9
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(3)	(3)	(4)	(18)	(18)	(16)	(23)	(23)	(22)	(44)	(44)	(42)

Tabell 78. Har de kirurgiske sengeavdelingene pasienter inneliggende som egentlig er innlagt i andre avdelinger (fleksible senger)? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	0	48	57	50	52	48	61	47	49	64
Nei	80	80	100	52	43	50	48	52	39	53	51	36
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(25)	(25)	(23)	(53)	(53)	(45)

Tabell 79. Er det egne rom for previsitt i de kirurgiske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	80		74	78		64	64		68	72	
Nei	40	20		26	22		36	36		32	28	
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(0)	(23)	(23)	(0)	(25)	(25)	(0)	(53)	(53)	(0)

Tabell 80. Andre tallopplysninger om de kirurgiske sengeavdelingene. Prosentandeler (N)

a) Hva er den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter?*	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
1-4 dager	33	33	0	25	28	36	25	25	20	26	27	25
5-7 dager	0	0	0	42	36	21	50	50	15	42	39	17
8-10 dager	0	33	50	25	14	36	19	19	45	19	18	41
11-13 dager	0	0	0	8	7	0	0	0	5	3	3	3
14-16 dager	33	0	50	0	7	7	6	6	5	6	9	8
17-20 dager	33	33	0	0	7	0	0	0	10	3	3	6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(3)	(3)	(2)	(12)	(14)	(14)	(16)	(16)	(0)	(31)	(33)	(0)

*Liggetiden regnes her fra den dagen kommunehelsetjenesten er informert om at pasienten er utskrivningsklar, enten ved telefonisk kontakt eller ved utsendelse av B-skjema

b) Andel rom som er spesielt avsatt for kliniske undersøkelser	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
0,00	0	0		16	11		26	26		21	18	
0,01 – 0,05	0	0		27	27		4	4		14	14	
0,06 – 0,10	0	0		48	48		39	39		42	41	
0,11 – 0,15	100	50		11	11		22	22		19	18	
0,16 – 0,12	0	50		0	5		9	9		5	9	
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(1)	(2)	(0)	(19)	(19)	(0)	(23)	(23)	(0)	(43)	(44)	(0)

c) Hvor mange rom med senger er det i kirurgiske sengeavdelingene?	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
1-6	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	6
7-15	50	33	0	14	14	28	59	64	41	38	39	32
16-25	0	0	0	14	19	7	23	18	35	18	17	20
26-45	0	33	25	38	38	35	18	18	12	27	28	22
46-65	0	0	50	24	19	21	0	0	0	11	9	14
66-85	50	33	0	5	5	7	0	0	0	4	4	3
86-100	0	0	25	5	5	0	0	0	0	2	2	3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(2)	(3)	(4)	(21)	(21)	(14)	(22)	(22)	(17)	(45)	(46)	(35)

d) Omtrent hvor stor andel utgjør de følgende romstørrelsene?	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Stuer med en seng	24	22		31	31		27	27		29	28	
Stuer med to senger	32	44		29	29		37	37		33	34	
Stuer med tre senger	15	10		5	5		12	12		9	9	
Stuer fire eller flere senger	29	23		32	32		24	24		28	27	
N	2	3		20	20		22	22		44	45	

KIRURGISK POLIKLINIKK

Det er store variasjoner i hvordan poliklinikken er organisert, ikke bare mellom sykehustyper, men også sykehustypene seg imellom. Relativt mange poliklinikker blir ledet av en sykepleier.

Tabell 81. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk poliklinikk? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Kirurgisk avdeling	100	100	50	91	91	94	58	63	70	77	79	78
Egen avdeling	0	0	0	9	9	0	33	33	0	19	19	0
Operasjonsavdeling andre	0	0	50	0	0	0	8	4	26	4	2	18
	-	-	0	-	-	6	-	-	4	-	-	4
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(24)	(24)	(23)	(52)	(52)	(45)

Tabell 82. Hvem er leder for kirurgisk poliklinikk? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	40	40	0	18	18	11	20	20	4	21	21	7
En assistentlege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En sykepleier	20	20	100	50	46	67	52	56	65	48	48	69
Todelt ledelse	40	40	0	32	36	11	28	24	13	31	31	11
Annet	-	-	0	-	-	11	-	-	17	-	-	13
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(18)	(25)	(25)	(23)	(52)	(52)	(45)

Tabell 83. Gis det ekstra kompensasjon til legene for poliklinisk arbeid for å hindre overgangen til privat praksis? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	0	0	4	2
Nei	100	100	100	98
Totalt	100	100	100	100
	(4)	(18)	(23)	(45)

Tabell 84. Blir elektive kirurgiske pasienter rutinemessig undersøkt på poliklinikken før de legges inn, også når det er innleggelse fra primærlege? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	80	75	96	96	72	88	88	74	90	90	73
Nei	20	20	25	4	4	28	12	12	26	10	10	27
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(18)	(25)	(25)	(23)	(52)	(52)	(45)

ELEKTIV KIRURGI

Det er flere sykehus som har prøvd og prøver ut en egen skjermet enhet for elektiv kirurgi, hovedsakelig dagkirurgi, for å redusere problemene med at akutte innleggelser fører til at planlagte operasjoner må avlyses. Røros lokalsykehus, Legevakten ved Ullevål regionsykehus, Telemark sentralsykehus og Ringerike lokalsykehus – for å nevne noen. Andre sykehus har økt den dagkirurgiske virksomheten, men uten spesielt å skjerme elektiv kirurgi fra øyeblikkelig hjelp og annen elektiv virksomhet.

En skjermet enhet som organisasjonsløsning kan tenkes å gå utover sykehusets øvrige oppgaver. Et argument for ikke å skjerme den elektive dagkirurgiske virksomheten er for eksempel at det kan oppstå flaskehals i den normale driften ved sykehuset, og at slike produksjonslinjer er en stor slitasje på personalet. Et annet argument er at det som koster mest, er "øyeblikkelig hjelp"-beredskap. Denne beredskapen må likevel være der, og da er det bedre resursutnyttelse å fylle opp med elektive operasjoner i "stille" perioder. Flere har også argumentert for at det man oppnår med en skjermet virksomhet kan man like fullt oppnå ved å organisere den normale driften bedre.

I forsøket på å kartlegge omfanget av skjermede enheter viser det seg at det er flere måter å skjerme planlagt virksomhet på. Noen sykehus forbeholder deler av operasjonsavdelingen eller utvalgte operasjonssaler kun til planlagt virksomhet. Andre oppretter en egen elektiv avdeling. En tredje løsning som benyttes av enkelte sammenslåtte sykehus er å la et eller flere sykehus kun drive med elektiv kirurgi, slik som for eksempel ved Telemark sentralsykehus (tidligere Skien/Porsgrunn) eller ved Østfold Sentralsykehus (tidligere Askim/Moss/Sarpsborg/Fredrikstad/Halden). Her har man konsentrert beredskapsfunksjoner og den elektive kapasiteten i ulike sykehus innen fusjonen.

Tabell 85. Finnes det en egen skjermet enhet for elektiv kirurgi? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	60	50	17	26	39	12	16	35	19	24	38
Nei	40	40	50	82	74	61	88	84	65	81	75	62
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(25)	(25)	(23)	(53)	(53)	(45)

Tabell 86. Hvor stor andel av operasjonssalene med full steril oppdekning er forbeholdt elektiv kirurgi? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002
0 %	50	33	30	14	57	23	44	21
1 – 20 %	50	0	25	35	19	23	24	20
21 – 40 %	0	0	25	7	0	6	11	6
41 – 60 %	0	0	10	0	0	12	4	6
61 – 83 %	0	33	10	35	24	18	16	26
83 – 100 %	0	33	0	21	0	18	0	21
Totalt N	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(3)	(20)	(14)	(21)	(17)	(45)	(34)

Tabell 87. Omtrent hvor stor andel (%) av de elektive kirurgiske pasientene legges inn samme dag som de blir operert? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
0 %	25	20	50	10	10	23	28	26	22	19	18	25
1-5 %	25	40	25	45	45	15	22	21	26	33	34	22
6-25 %	50	40	0	30	25	38	17	11	0	26	20	15
26-50%	0	0	0	15	15	16	28	32	37	21	20	25
51-75%	0	0	25	0	5	8	0	5	0	0	5	5
76-99%	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	5
100 %	0	0	0	0	0	0	5	5	5	2	2	3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(5)	(4)	(20)	(20)	(13)	(18)	(19)	(19)	(42)	(44)	(36)

Tabell 88. Foreligger det før innleggelse av elektive kirurgiske pasienter rutinemessig en plan som beskriver behandlingsforløpet til pasienten? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	80	75	57	67	72	78	83	61	69	76	67
Nei	20	20	25	43	33	28	22	17	39	31	24	33
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(0)	(21)	(21)	(0)	(23)	(23)	(0)	(49)	(49)	(0)

Tabell 89. Blir strykninger fra det planlagte operasjonsprogrammet løpende registrert? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	100	100	87	83	83	36	52	78	62	70	82
Nei	20	0	0	13	17	17	64	48	22	38	30	18
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(25)	(25)	(23)	(53)	(53)	(45)

Tabell 90. Hvor stor prosentvis andel av pasientene ble strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet i 2002? (Omfatter også strykninger som skyldes pasientens helsetilstand. Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
0 %	0	0	0	0	0	0	17	15	5	7	7	2
1-5 %	0	0	0	25	30	13	61	60	42	39	42	28
6-10 %	100	67	67	30	40	74	17	20	46	29	33	58
11-15 %	0	33	33	35	25	13	6	5	5	20	16	10
16-20 %	0	0	0	10	5	0	0	0	2	5	2	2
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(3)	(3)	(3)	(20)	(20)	(15)	(18)	(20)	(21)	(41)	(43)	(39)

OPERASJONSAVDELINGEN

Det er store forskjeller på størrelsene på operasjonsavdelinger/enheter ved de enkelte sykehusforetak. Av betydning for kapasiteten er også hvilke typer saler som er til disposisjon og hvor mange som er forbeholdt øyeblikkelig-hjelp operasjoner. Nedenfor har vi rapportert hvem som er leder, avdelingstilknytning og antall operasjonssaler.

Tabell 91. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Kirurgisk avdeling	40	40	50	22	17	11	39	44	4	31	31	7
Anestesiavdeling	0	0	0	22	22	11	4	4	17	12	12	13
Egen avdeling	60	60	50	35	35	67	52	48	65	45	43	69
Akuttavdeling	0	0	0	22	22	11	4	4	13	12	12	11
Medisinsk avdeling	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(17)	(23)	(23)	(23)	(51)	(51)	(44)

Tabell 92. Hvem er leder for operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	0	0	0	9	13	17	16	16	9	11	13	11
En assistentlege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En sykepleier	40	40	100	57	52	53	56	60	61	55	55	61
Todelt ledelse	60	60	0	35	30	12	28	24	4	34	30	7
Lederteam	0	0	0	0	4	12	0	0	17	0	2	14
Annet	-	-	0	-	-	6	-	-	9	-	-	7
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(17)	(25)	(25)	(23)	(53)	(53)	(44)

Tabell 93. Størrelse på operasjonsavdelingen. Prosentandeler (N)

a) Antall operasjonssaler	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
1-5	0	20	0	19	19	59	88	84	89	52	51	68
6-10	25	20	67	57	57	41	12	16	11	32	33	29
11-15	25	20	33	19	19	0	0	0	0	10	10	3
16-20	50	40	0	5	5	0	0	0	0	6	6	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(5)	(3)	(21)	(21)	(17)	(25)	(25)	(18)	(50)	(51)	(38)

KIRURGISK INTENSIV

Det var store variasjoner i hvordan kirurgisk intensiv var organisert. Det var vanskelig å finne felles kategorier for de ulike betegnelse på intensivheten. Mange hadde ulike typer akuttenheter, ofte slått sammen med anestesi. Det var få intensivheter som bare var en del av kirurgisk avdeling. Sjelden mer enn 15 senger på en intensivhet.

Tabell 94. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Kirurgisk avdeling	0	0	0	0	0	0	38	38	15	16	16	7
Anestesiavdeling	60	60	75	78	78	71	24	24	40	53	53	56
Egen avdeling	20	20	25	4	4	6	24	24	30	14	14	19
Akuttavdeling	20	20	0	17	17	18	10	10	10	14	14	12
Medisinsk + anestesi	0	0	0	0	0	6	5	5	5	2	2	5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(17)	(21)	(21)	(20)	(49)	(49)	(41)

Tabell 95. Antall intensiv senger? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
1-5 senger	20	20	0	26	25	13	37	37	20	30	30	14
6-15	60	60	100	69	70	87	58	58	73	63	63	83
16-25	0	0	0	5	5	0	5	5	7	5	5	3
26-40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41-45 senger	20	20	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(19)	(20)	(16)	(19)	(19)	(15)	(43)	(44)	(35)

Tabell 96. Hvem er leder for kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	60	60	75	26	30	33	22	22	28	28	30	35
En assistentlege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
En sykepleier	0	0	0	35	30	33	39	44	39	33	33	32
Todelt ledelse	40	40	25	39	39	33	39	33	33	39	37	33
Totalt	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(18)	(18)	(18)	(46)	(46)	(40)

KIRURGISK POSTOPERATIV OVERVÅKNING (RECOVERY)

Kirurgisk postoperativ overvåkning (recovery) inngår ofte i en egen akuttavdeling sammen med intensiv og/eller anestesi. Hvem som leder en slik enhet følger mønstret til de andre enhetene. Mange har fortsatt todelt ledelse. Blant de med én leder, er det flere sykehus som har en sykepleier som leder, selv om dette sjelden forekommer ved regionsykehusene. Ved de fleste sykehusene betjener kirurgisk postoperativ også medisinske pasienter.

Tabell 97. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk postoperativ overvåkning? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Kirurgisk avdeling	0	0	0	4	4	0	38	38	18	18	18	9
Anestesiavdeling	60	60	75	74	74	71	29	29	50	53	53	60
Egen avdeling	20	20	25	0	0	0	10	10	18	6	6	12
Akuttavdeling	0	0	0	17	17	18	10	10	9	12	12	12
Serviceavd for kir og med	0	0	0	0	0	0	5	5	0	2	2	0
Intensivavdeling	0	0	0	4	4	0	5	5	0	4	4	0
Anestesi- og intensivavd	20	20	0	0	0	12	0	0	4	2	2	7
Medisinsk avdeling	0	0	0	0	0	0	5	5	0	2	2	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(17)	(21)	(21)	(22)	(49)	(49)	(43)

Tabell 98. Hvem er leder for kirurgisk postoperativ overvåkning? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	40	40	75	26	30	22	25	25	19	27	29	26
En sykepleier	0	0	0	35	30	50	35	40	52	31	31	46
Todelt ledelse	60	60	25	39	39	28	40	35	28	42	40	28
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(20)	(20)	(21)	(48)	(48)	(43)

Tabell 99. Antall kirurgisk postoperativ overvåkning senger? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
1-5 senger	0	0	0	5	5	0	32	32	41	17	16	20
6-10	50	40	0	42	35	53	58	58	35	50	45	39
11-15	25	20	0	32	40	26	5	5	6	21	23	14
16-20	0	0	25	16	20	7	5	5	6	10	11	8
21-25	0	20	75	0	0	7	0	0	0	2	2	11
26-35	0	0	0	0	0	7	0	0	12	0	0	8
36-40 senger	25	20	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(5)	(4)	(19)	(20)	(15)	(19)	(19)	(17)	(42)	(44)	(36)

Tabell 100. Betjener den kirurgiske overvåkingen også indremedisinske pasienter?
Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	80	25	62	67	61	64	59	77	65	65	66
Nei	20	20	75	38	33	39	36	41	23	35	35	34
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(21)	(21)	(18)	(22)	(22)	(22)	(48)	(48)	(44)

GENERELLE RUTINER OG ORGANISERING VED DEN KIRURGISKE VIRKSOMHETEN

I det påfølgende presenteres generelle rutiner og organisering ved den kirurgiske virksomheten som gjelder alle avdelingene og enhetene ved virksomheten. Dette omfatter alt fra utskrivningsrutiner til vaktordninger.

DIAGNOSEKODER

Vi spurte etter rutiner i forbindelse med diagnosekoder. I ettertid har vi blitt gjort oppmerksom på at det er upresist å bruke begrepet "DRG-koding" da DRG ikke kodes. Det mest presise ville vært å spørre hvordan og hvem som setter koder i forhold til diagnoser. Diagnosekoder samt eventuelle prosedyrekoder, i tillegg til informasjon om pasientenes alder, kjønn og oppholdstid, blir gitt som informasjon til et eget sentralt dataprogram ved SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, Avdeling for Pasientklassifisering og Finansiering (PaFi). PaFi vektet denne informasjonen i forhold DRG-systemet og bestemmer således refusjonene til sykehuset (for mer informasjon om dette se (Magnussen 1986) og <http://www.sintef.no/units/unimed/pafi/mer.htm>). Her er vi ute etter hvordan den informasjonen som danner grunnlaget for DRG-satser blir samlet inn.

Tabell 101. Hvem foretar kodingen av pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Den behandlende/ansvarlige lege foretar selv koding	100	80	75	61	57	88	88	92	68	77	76	77
Avdelingen foretar selv DRG kodingen	0	20	25	17	17	6	4	0	0	10	9	5
Sykehusets administrasjonsavdeling står for kodingen	0	0	0	22	26	0	8	8	21	13	15	10
Andre	0	0	0	0	0	6	0	0	11	0	0	8
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(17)	(25)	(25)	(19)	(53)	(53)	(40)

* opprinnelig i spørreskjemaet ble begrepet "DRG" brukt istedenfor "diagnoser"

Tabell 102. Er det en egen enhet på sykehuset som foretar kontroll og revidering av kodingen i forhold til pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	75	56	65	62
Nei	25	44	35	38
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (23)	100 (45)

* opprinnelig i spørreskjemaet ble begrepet "DRG" brukt istedenfor "diagnoser"

UTSKRIVNING

Rutiner i forbindelse med utskrivning varierer. Nesten samtlige tar kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse av pasienter med behov for pleie. Dette for å hindre at ferdigbehandlede pasienter blir liggende på sykehus og vente på et tilbud fra kommunen. Det er riktignok stor variasjon i hvordan kommunen kontaktes og i hvor lang tid i forkant (ikke vist i tabell). Enkelte sykehus har egne ansatte som jobber med forholdet til kommunen (se tidligere avsnitt om relasjonen til kommunehelsetjenesten), andre sykehus har mer formelle rutiner gjennom brev og skjema.

Relativt få sykehus tar kontakt med spesialist eller allmennlege for medisinsk oppfølging og det er få sykehus som har epikrisen ferdig ved utskrivning (ved medisinske pasienter er det ingen).

For årene 1999 og 2001 ble det spurt om full epikrise og tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare. I årets versjon av skjemaet er dette mer nyansert og vi spurte istedenfor i spørsmål 103 om hvor lang tid det tok før full epikrise ble sendt.

Tabell 103. Hva er gjennomsnittlig tid fra pasienten utskrives til epikriseforsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
samme dag	0	0	0	0
1 dag	0	0	0	0
2-4 dager	25	37	39	37
5-7 dager	75	63	61	63
8-14 dager	0	0	0	0
>14 dager	0	0	0	0
Totalt	100 (4)	100 (16)	100 (23)	100 (43)

Tabell 104. Følger preliminær epikrise rutinemessig med pasienten samme dag som utskrivning skjer*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	50	26	26	59	44	48	24	34	36	40
Nei	80	80	50	74	74	41	56	52	76	66	64	60
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (23)	100 (23)	100 (16)	100 (25)	100 (25)	100 (23)	100 (53)	100 (53)	100 (43)

* For årene 1999 og 2001 ble det spurt om full epikrise og tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare.

Tabell 105. Blir pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	33	22	22	11	32	36	9	26	28	11
Nei	80	80	67	78	78	89	68	64	91	74	72	89
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(25)	(25)	(23)	(53)	(53)	(45)

Tabell 106. For pasienter med behov for pleie, tas det da rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	100	100	100	96	96	94	100	100	100	98	98	98
Nei	0	0	0	4	4	6	0	0	0	0	0	2
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(0)	(23)	(23)	(0)	(24)	(24)	(0)	(51)	(51)	(0)

Tabell 107. For pasienter med behov for medisinsk oppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med primærlegen før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	0	0	25	26	26	11	29	29	39	25	25	27
Nei	100	100	75	74	74	89	71	71	61	75	75	73
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(18)	(25)	(25)	(23)	(53)	(53)	(45)

Tabell 108. For pasienter med behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet, tas det da rutinemessig kontakt med fastlegen før hjemsendelse?? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	67	17	43	33
Nei	33	83	57	67
	100	100	100	100
Totalt	(4)	(18)	(23)	(45)

Tabell 109. For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	50	36	39	72	73	73	65	51	52	67
Nei	80	80	50	64	61	27	27	27	35	49	48	33
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(22)	(23)	(18)	(22)	(22)	(23)	(49)	(50)	(45)

Tabell 110. Hvem besvarer faglige henvendelser innenfor normal arbeidstid fra allmennlege vedrørende følgende.? Prosentandeler (N)

a) faglige råd om oppfølging av pasient?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
1. Vakthavende underordnet lege	0	6	4	4
2. Vakthavende overlege	25	11	9	11
3. behandlende lege i sykehus	25	39	39	38
4. ingen fast rutine	25	22	17	20
kombinasjon av 1 og 2	0	17	4	9
kombinasjon av 1 og 3	0	0	0	0
kombinasjon av 2 og 3	25	0	17	11
Kombinasjon av ingen fast rutine og 3	0	6	9	7
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (23)	100 (45)

b) spørsmål om øyeblikkelig hjelp?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
1. Vakthavende underordnet lege	0	61	35	42
2. Vakthavende overlege	75	6	35	27
3. behandlende lege i sykehus	0	0	4	2
4. ingen fast rutine	0	6	0	2
kombinasjon av 1 og 2	25	28	17	22
kombinasjon av 1 og 3	0	0	0	0
kombinasjon av 2 og 3	0	0	9	4
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (23)	100 (45)

c) spørsmål vedrørende utredning/undersøkelse av pasient?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
1. Vakthavende underordnet lege	0	17	4	9
2. Vakthavende overlege	25	11	56	36
3. behandlende lege i sykehus	0	39	26	29
4. ingen fast rutine	50	22	4	16
kombinasjon av 1 og 2	0	11	0	4
kombinasjon av 1 og 3	0	0	0	0
kombinasjon av 2 og 3	0	0	4	2
Kombinasjon av 4 og 3	0	0	0	0
Kombinasjon av 1, 2 og 3	25	0	4	4
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (23)	100 (45)

INCENTIV- OG BELØNNINGSSYSTEM

I dette kapitlet om belønningssystemer kommenteres forekomsten av ulike typer aktivitetsrelaterte belønningssystemer. I utformingen av spørsmålene var vi fullt klar over at økonomiske belønningssystemer (utover refusjoner) antakelig er lite utbredt. For å omfatte flest mulig av de ordninger som eventuelt finnes i sykehusene introduserte vi en nokså vid definisjon av økonomisk belønning (incentiver). Vi skilte videre mellom økonomisk belønning på tre ulike nivåer: til avdeling, til arbeidsgrupper/team og til enkeltpersoner. Som ventet er aktivitetsbasert økonomisk belønning svært lite utbredt. Faktisk er det bare 2-3 sykehus som oppgir å ha slike ordninger.

Når det gjelder ikke-økonomiske former for belønning for aktivitet svarte de aller fleste nei på vårt spørsmål i 1999 og i 2001. Dette bildet er noe forandret i 2003. Da oppgir hele 10 av 44 sykehus (23 prosent) at det er etablert slike incentiver. Varianter av slike belønninger er kurs, konferanser og andre former for faglig videreutvikling. En annen variant er sosiale velferdsgoder som vinaftener, middager osv. En tredje variant er ros, anerkjennelse og ”klapp på skulderen”.

KVALITETSINDIKATORER

Vi spurte i hvilken grad det ble rapportert innen de ulike kvalitetsindikatorer til foretakets styre. Vi ønsket imidlertid også å vite omfanget av den rutinemessige registreringen innen henholdsvis kirurgi og medisin.

*Tabell 112. Hvilke av følgende kvalitetsindikatorer registreres det rutinemessig?
Prosentandeler (N)*

	Fort- løpende	Flere ganger i året	Årlig	aldri	Vet ikke/ uaktuelt	Totalt
a) Pasientrapportert standard	21	9	58	3	9	100 (33)
b) Pasienterfaringer med personalet	14	6	74	3	3	100 (35)
c) Pasientrapportert organisering	14	3	66	6	11	100 (35)
d) Pasientrapportert informasjon	21	3	65	0	12	100 (34)
e) Arbeidsmiljøundersøkelser	13	5	73	5	3	100 (37)
f) Medarbeidersamtaler	17	8	58	11	6	100 (36)
g) Korridorpatienter	80	20	0	0	0	100 (41)
h) 30-dagers overlevelse ved lårhalsbrudd	32	11	13	27	16	100 (37)
i) Preoperativ liggetid for lårhalsbrudd	36	15	15	15	18	100 (40)
j) Sykehusinfeksjoner	14	52	12	0	0	100 (40)
k) Fallskader	90	0	8	3	0	100 (39)
l) Epikrisetid	56	39	5	0	0	100 (41)
m) Tvungen innskrivning til psykiatrisk institusjon	14	0	0	7	79	100 (29)
n) Dødelighet.	11	11	0	18	60	100 (27)
o) Ventetider	71	23	3	0	3	100 (33)
p) Andre kvalitetsindikatorer	31	31	0	0	17	100 (16)

VAKT OG BEREDSKAP I KIRURGISK VIRKSOMHET

Generelt er det liten endring i selve vaktsystemene ved sykehusene i perioden 1999 til 2003, men den store endringen kommer som følge av økt spesialisering .

Tabell 113 viser hvordan medisinen stadig blir mer spesialisert med en klar økning av antall kirurgiske spesialiteter som har egne vaktshift. Denne trenden ser vi innen alle sykehustypene.

Tabell 113. Hvor mange kirurgiske spesialiteter har eget vaktskift? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003
0	0	0	12	0	47	4	27	2
1-3	0	0	76	37	53	68	59	54
4-6	67	33	12	50	0	27	11	37
7-9	33	66	0	13	0	0	3	7
Totalt N	100 (3)	100 (3)	100 (17)	100 (16)	100 (17)	100 (22)	100 (37)	100 (41)

Tabell 114. Benytter de medisinske og kirurgiske virksomhetene det samme vaktssystemet? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	0	19	32	24
Nei	100	81	63	76
Totalt	100 (3)	100 (16)	100 (22)	100 (41)

Selve vaktssystemene er relativt uendret, men det er en tendens til at sykehusene innfører mer personell krevende vaktssystemer slik som type A med tredelt vakt med alle i aktiv vakt. Antall sykehus som har et slikt system er doblet fra 2001 til 2003. Vaktssystemene F og G er de minst ressurskrevende vaktssystemene med mer bruk av turnuslege som eneste i aktiv vakt. Dette er klart på vei ut av sykehusene.

Tabell 116. Hvilken type vaktssystem er det for legene i den kirurgiske virksomheten? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
A: Tredelt alle i aktiv vakt	0	0	0	17	22	35	0	0	14	8	10	21
B: Tredelt med overlege i passiv vakt	0	0	0	48	44	18	5	5	24	25	23	19
C: Tre delt med ass.lege i delt aktiv vakt	0	0	0	22	22	29	10	10	14	15	15	19
D: Tre delt med kun aktiv vakt i primærsjikt	0	0	0	0	0	0	10	10	9	4	4	5
E: To delt med ass.lege i aktiv vakt	100	100	75	4	4	0	10	10	5	17	17	10
F: To delt med turnuslege i aktiv vakt	0	0	25	0	0	0	35	30	14	15	13	9
G: Turnuslege og asslege skifter på å gå i primærvakt	0	0	0	0	0	0	10	10	5	4	4	2
H: Kombinasjon av todelt og tredelt	0	0	0	9	9	12	15	15	14	10	10	12
I: Ett vaktssystem med kun overleger	0	0	0	0	0	6	5	10	0	2	4	2
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (23)	100 (23)	100 (17)	100 (20)	100 (20)	100 (21)	100 (48)	100 (48)	100 (42)

ORGANISERING AV DEN INDREMEDISINSKE VIRKSOMHETEN

Karakteristisk for den indremedisinske virksomheten er at det meste av pasientbehandlingen, med unntak av kroniske pasienter, registreres som øyeblikkelig hjelp. På samme måte som kirurgi omfatter indremedisinsk behandling et sammenvevd nett av instanser, slik som røntgentjenester, poliklinikk, sengeavdelinger og laboratorietjenester.

En viktig faktor er også forholdet til kommunehelsetjenesten og håndteringen av ferdigbehandlede pasienter med pleiebehov. Den gjennomsnittlige liggetiden per pasient er blitt mer enn halvert siden 1976 og frem til i dag (Nerland 2001). Forklaringen på denne trenden er sammensatt. En viktig årsak er de teknologiske, medisinske og farmasøytiske fremskrittene i denne perioden. En annen viktig årsak er endringer i finansieringsordningen for sykehusene. Dessuten har det skjedd en utbygging av kommunehelsetjenestens pleie- og omsorgstilbud, som gjør det lettere å skrive ut ferdigbehandlede pleiepasienter ut ifra prinsippet om en hierarkisk oppbygd helsesektor¹. Samspillet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten krever et nært og godt samarbeid og effektive kommunikasjonsrutiner (Gundersen 2001) .

Indremedisinsk virksomhet er også preget av et stort rapporteringsbehov. En studie av to lokalsykehus viser at indremedisinere i gjennomsnitt bruker nesten dobbelt så mye tid på journalføring- og epikriser enn kirurger (Kjekshus, Bjørngaard, and Johnsen 1999).

Den følgende presentasjonen av sykehusenes ulike indremedisinske enheter og funksjoner er primært presentert gjennom tabeller og blir i begrenset grad kommentert.

*Tabell 117. Hvilken ledelsesstruktur er det ved den medisinske virksomheten?
Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) en leder	50	50	33	42
b) en leder med lederteam	50	45	29	39
c) todelt ledelse	0	5	33	18
d) annet	0	0	5	2
Totalt	100 (4)	100 (20)	100 (21)	100 (45)

¹ LEON-prinsippet om behandling på det laveste effektive omsorgsnivå (St.meld.nr.9 1974-75: 53).

Tabell 118. Foreligger det skriftlige instruksjer for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver?* Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	75	100	75	86	86	90	65	83	73	76	86	20
Nei	25	0	25	14	14	10	35	17	27	24	14	80
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(22)	(23)	(22)	(50)	(51)	(46)

*For 1999 og 2001 er tallene samlet for medisinsk og kirurgisk virksomhet

Tabell 119. Hvilken tilgang har den kliniske avdelingsledelsen på økonomiarbeidere? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
a) Tilsatt på avdelingen	20	40	50	5	10	15	0	0	4	4	8	13
b) Ikke tilsatt på avdelingen, men stilles til rådighet for avdelingsledelsen	60	60	50	57	57	70	35	35	55	47	47	61
c) Kun via sykehusledelsen	20	0	0	38	33	17	65	65	41	49	45	26
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(21)	(21)	(20)	(23)	(23)	(22)	(49)	(49)	(46)

*For 1999 og 2001 er tallene samlet for medisinsk og kirurgisk virksomhet

Tabell 120. Er avdelingslederen ved de medisinske enhetene primært heltidsledere? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	50	60	50	47
Nei	50	40	50	53
Totalt	100	100	100	100
	(4)	(20)	(22)	(46)

Tabell 121. Har avdelingslederen en egen stedfortreder? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	100	85	68	78
Nei	0	15	32	22
Totalt	100	100	100	100
	(4)	(20)	(22)	(46)

MEDISINSK MOTTAKELSE

Den overordnede organiseringen av sykehusets mottakelse er at 95 prosent av sykehusene har felles mottakelse for akutte kirurgiske og indremedisinske pasienter. Organiseringen av mottakelsen varierer imidlertid med sykehusets størrelse. Dette skyldes at de større sykehusene har organisert mottakelsen som en egen avdeling, mens mottakelsen ved de mindre sykehusene enten inngår i kirurgisk eller i medisinsk avdeling. Nedenfor presenterer vi noen andre forhold vedrørende organiseringen av den indremedisinske mottakelsesfunksjonen.

Tabell 122. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
a) Underlagt medisinsk avdeling	0	5	30	16
b) Underlagt kirurgisk avdeling	25	10	0	7
c) Underlagt anestesi	25	40	20	29
d) Egen avdeling	25	30	35	31
e) Underlagt andre	25	15	15	17
Totalt	100 (4)	100 (20)	100 (22)	100 (46)

Tabell 123. Hvem er leder for medisinsk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	40	20	50	52	52	28	55	52	14	52	49	23
En sykepleier	20	40	25	13	13	61	36	35	76	24	25	65
Todelt ledelse	40	40	25	35	35	6	9	13	0	24	25	5
Annet	-	-	0	-	-	5			10	-	-	7
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (0)	100 (22)	100 (18)	100 (22)	100 (22)	100 (21)	100 (20)	100 (18)	100 (43)

Tabell 124. Er det felles mottakelse for både kirurgiske og indremedisinske pasienter i sykehuset?* Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	100	100	96	100	100	70	70	90	84	88	95
Nei	20	0	0	4	0	0	30	30	10	16	12	5
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (22)	100 (22)	100 (20)	100 (23)	100 (23)	100 (22)	100 (50)	100 (50)	100 (46)

*For 1999 og 2001 er tallene samlet for medisinsk og kirurgisk virksomhet

Tabell 125. Er det felles mottakelse for alle akutte innleggelser, også psykiatriske pasienter, i sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	0	20	50	30
Nei	100	80	50	70
Totalt	100 (4)	100 (20)	100 (22)	100 (46)

Tabell 126. Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i medisinsk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	40	40	50	18	27	37	4	8	41	14	20	60
Nei	60	60	50	82	73	63	96	92	59	86	80	40
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(19)	(24)	(24)	(22)	(51)	(51)	(46)

b) Hvis ja, hva var den gjennomsnittlige liggetiden på denne posten i år 2000 og 2002?*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002
1-3	0	33	17	17	33	27	18	25
4-6	0	0	17	17	67	0	27	5
7-9	50	0	17	17	0	36	18	25
10-15	0	0	33	33	0	0	18	10
16-20	0	33	0	17	0	37	0	30
21-25	50	33	17	0	0	0	18	5
Totalt	100	99	100	101	100	100	100	100
	(2)	(3)	(6)	(6)	(3)	(11)	(11)	(20)

*Vi spurte etter 2000 i 2001 og 2002 i 2003 fordi sykehusene ikke har slik oversikt for det inneværende år.

Tabell 127. Hvem foretar primært siling / fordeling / prioritering av akutte medisinske pasienter i mottakelsen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	0	0	0	0	5	0	26	25	5	12	14	3
En assistentlege	80	80	100	41	41	42	9	8	17	30	29	37
En turnuslege	0	0	0	32	27	37	52	54	50	38	37	39
En sykepleier	0	0	0	0	0	5	4	4	0	2	2	2
Ass.lege eller turnuslege	0	0	0	18	18	5	4	4	11	10	10	7
Turnuslege eller sykepl.	0	0	0	5	5	0	0	0	0	2	2	0
Asslege eller sykepleier	20	20	0	5	5	5	0	0	0	4	4	2
Team	0	0	0	0	0	5	4	4	17	2	2	10
Totalt	100	100	100	100	100	99	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(19)	(23)	(24)	(18)	(50)	(51)	(41)

Tabell 128. Omtrent hvor mange prosent av de akutte medisinske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000 og 2002?*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2000	2002	2000	2002	2000	2002	2000	2002
0 %	0	25	15	13	5	6	9	11
1-5 %	67	50	45	67	32	56	40	61
6-15%	0	25	35	13	32	13	31	14
20 %	33	0	0	0	5	0	4	0
25 %	0	0	0	0	5	0	2	0
50 %	0	0	0	7	5	25	2	14
80 %	0	0	5	0	0	0	2	0
100 %	0	0	0	0	18	0	9	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(3)	(4)	(20)	(15)	(22)	(16)	(45)	(35)

*Vi spurte etter 2000 i 2001 og 2002 i 2003 fordi sykehusene ikke har slik oversikt for det inneværende år.

OVERVÅKNINGSENHETEN (MEDISINSK INTENSIV)

Medisinsk intensiv er som oftest organisert under medisinsk avdeling. Men ved de mindre sykehusene var det mer variasjoner, organisert enten som egen enhet eller under andre avdelinger. Som oftest ledet av en lege.

Tabell 129. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk intensiv? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Medisinsk avdeling	80	100	75	70	70	73	32	32	41	54	56	58
Egen avdeling	0	0	0	9	9	0	32	32	32	18	18	16
Akuttavdeling	20	0	25	13	13	27	5	5	23	10	8	24
Anestesiavdeling	0	0	0	4	4	0	23	23	0	12	12	0
Anestesi- + med. avdeling	0	0	0	4	4	0	5	5	4	4	4	2
Kirurgisk + med. avdeling	0	0	0	0	0	0	5	5	0	2	2	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(19)	(22)	(22)	(22)	(50)	(50)	(45)

Tabell 130. Hvem er leder for medisinsk intensiv? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	60	60	75	48	48	35	50	55	18	50	52	30
En sykepleier	0	0	0	17	17	45	23	23	50	18	18	44
Todelt ledelse	40	40	25	35	35	20	27	23	32	32	30	26
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(22)	(22)	(22)	(50)	(50)	(46)

Tabell 131. Er det en egen dialyseenhet i overvåkningsenheten. Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	0	4	9	10	17	22	19	12	16	13
Nei	80	80	100	96	91	90	83	78	81	88	84	87
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(25)	(25)	(21)	(53)	(53)	(45)

ELEKTIV MEDISIN

Elektiv indremedisinsk virksomhet har en annen karakter enn den kirurgiske elektive virksomheten. Det meste av den indremedisinske virksomheten regnes som øyeblikkelig hjelp. Det som ikke karakteriseres som øyeblikkelig hjelp, er hovedsakelig kroniske lidelser. I den forbindelse blir elektiv indremedisinsk behandling primært opplæring og tilrettelegging. Det er sjelden at direkte prioritering av disse kroniske pasientene kommer i konflikt med behandlingen av øyeblikkelig hjelp pasienter. Øyeblikkelig hjelp berører som regel helt andre tjenester og spesialister.

Tabell 132. Er det en egen skjermet enhet for elektiv indremedisinsk virksomhet? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	0	9	13	20	22	26	22	16	20	20
Nei	80	80	100	91	83	80	78	74	78	84	80	80
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(27)	(27)	(22)	(55)	(55)	(46)

Tabell 133. Finnes det et eget undervisningsopplegg for pasienter med kroniske lidelser? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	80	80	100	91	96	95	52	67	86	71	80	91
Nei	20	20	0	9	4	5	48	33	14	29	20	9
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(27)	(27)	(22)	(55)	(55)	(46)

Tabell 134. Blir strykninger fra det planlagte programmet løpende registrert? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	25	25	0	17	17	31	33	33	10	25	25	17
Nei	75	75	100	83	83	69	67	67	90	75	75	83
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(4)	(23)	(23)	(19)	(24)	(24)	(22)	(51)	(51)	(45)

Tabell 135. Hvor stor andel av pasientene ble strøket fra det planlagte indremedisinske behandlingsprogrammet i 1999, 2001 og til nå i 2003? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
0 %	0	0	67	19	19	27	36	36	33	27	27	33
1-5 %	67	67	33	56	63	67	50	55	62	54	58	61
6-10 %	0	33	0	25	19	7	9	5	5	15	12	6
11-15 %	0	0	0	0	0	0	5	5	0	2	2	0
16-20 %	33	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(3)	(3)	(3)	(16)	(16)	(17)	(22)	(22)	(18)	(41)	(41)	(36)

*Dersom strykninger ikke registreres, bad vi allikevel om respondentens antagelse.

DE MEDISINSKE SENGEAVDELINGENE

Også ved de medisinske avdelingene reagerte flere på spørsmålet om det ”sosiale ansvaret” for pasienten. Vi ønsket å se omfanget av innføringen av pasientansvarlig sykepleier eller lege. For å skille mellom det medisinske ansvaret og ansvaret for at pasienten har en å henvende seg til gjennom oppholdet, brukte vi begrepet ”sosialt ansvar”. Til tross for at flere reagerte på begrepet, virker det likevel som at de fleste har sett på dette som noe annet enn det medisinske ansvaret (som per definisjon er legens ansvar).

Tabell 136. Hvem har det ”sosiale ansvaret” for pasienten gjennom oppholdet i de medisinske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En lege	0	0	0	7	7	6	0	0	6	2	2	5
Et legeteam	0	0	0	0	0	0	13	13	6	7	7	3
En sykepleier	0	0	25	27	27	23	17	17	33	19	19	28
Et sykepleierteam	33	33	50	40	40	53	42	38	27	40	38	41
Sykepleier og lege	33	33	0	20	20	6	4	4	17	12	12	10
Sykepleier- og legeteam	33	33	25	7	7	6	21	25	0	17	19	8
Avdelingen	0	0	0	0	0	0	4	4	0	2	2	0
Tverrfaglig team	-	-	0	-	-	6	-	-	6	-	-	5
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(3)	(3)	(4)	(15)	(15)	(17)	(24)	(24)	(18)	(42)	(42)	(39)

Tabell 137. Har de medisinske sengeavdelingene pasienter inneliggende som egentlig er innlagt i andre avdelinger (fleksible senger)? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	0	13	17	26	37	37	38	25	27	29
Nei	80	80	100	87	83	74	63	63	62	75	73	71
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(19)	(27)	(27)	(21)	(55)	(55)	(44)

Tabell 138. Er det egne rom for previsititt i de medisinske sengeavdelingene? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	60	25	74	74	79	70	78	76	71	75	73
Nei	40	40	75	26	26	21	30	22	24	29	25	27
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(19)	(27)	(27)	(21)	(55)	(55)	(44)

Tabell 139. Hva er den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter?* Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
0 dager	50	50	0	0	0	39	0	0	24	3	3	30
1-5	0	0	50	36	43	33	44	41	47	38	39	38
6-10	0	0	50	27	21	22	25	41	29	24	30	27
11-15	0	50	0	27	29	6	13	12	6	17	21	5
16-20	50	0	0	0	0	0	13	6	0	10	3	0
21-25	0	0	0	9	7	0	6	0	0	7	3	0
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(2)	(2)	(2)	(11)	(14)	(18)	(16)	(17)	(17)	(29)	(33)	(37)

*Liggetiden regnes her fra den dagen kommunehelsetjenesten er informert om at pasienten er utskrivningsklar, enten ved telefonisk kontakt eller ved utsendelse av B-skjema

MEDISINSK POLIKLINIKK

De fleste medisinske poliklinikkene er underordnet medisinsk avdeling. Ved overgang til én leder er det en tendens til at poliklinikken blir ledet av en lege. De fleste spesialistene bruker hele dagen sin ved poliklinikken, men i mindre grad enn ved kirurgisk virksomhet. Legene ved medisinsk virksomhet har større mulighet til å påvirke poliklinikklistene enn sine kolleger i kirurgisk virksomhet.

Tabell 140. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk poliklinikk? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Medisinsk avdeling	80	80	75	91	87	100	74	78	73	82	82	84
Egen avdeling	20	20	0	9	13	0	22	18	23	16	16	11
Både med. og kir. avdeling	0	0	25	0	0	0	4	4	4	2	2	5
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(19)	(27)	(27)	(22)	(55)	(55)	(45)

Tabell 141. Hvem er leder for medisinsk poliklinikk? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
En overlege	60	60	50	46	48	22	41	44	18	44	47	23
En sykepleier	0	0	50	18	17	50	41	37	54	28	25	52
Todelt ledelse	40	40	0	36	35	23	19	19	28	28	27	25
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(22)	(23)	(18)	(27)	(27)	(22)	(54)	(55)	(44)

Tabell 142. Blir elektive medisinske pasienter rutinemessig undersøkt på poliklinikken før de legges inn, også når det er innleggelse fra primærlege? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	25	25	25	0	0	5	11	11	18	7	7	13
Nei	75	75	75	100	100	95	89	89	88	93	93	87
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(4)	(23)	(23)	(18)	(27)	(27)	(22)	(54)	(54)	(44)

GENERELLE RUTINER OG ORGANISERING VED DEN MEDISINSKE VIRKSOMHETEN

I det påfølgende presenteres generelle rutiner og organisering ved den medisinske virksomheten som gjelder alle avdelingene og enhetene ved virksomheten. Dette omfatter alt fra utskrivningsrutiner til vaktordninger.

DIAGNOSEKODER

Tilsvarende som ved den kirurgiske virksomheten spurte vi etter rutiner i forbindelse med diagnosekoder. Også her er det upresist å bruke begrepet "DRG-koding" da DRG ikke kodes. Det mest presise ville vært å spørre hvordan og hvem som setter koder i forhold til diagnoser. Diagnosekoder samt eventuelle prosedyrekoder, i tillegg til informasjon om pasientenes alder, kjønn og oppholdstid, blir gitt som informasjon til et eget sentralt dataprogram ved SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning, Avdeling for Pasientklassifisering og Finansiering (PaFi). PaFi vektet denne informasjonene i forhold DRG-systemet og bestemmer således refusjonene til sykehuset (for mer informasjon om dette se <http://www.sintef.no/units/unimed/pafi/mer.htm> og (Magnussen 1986)).

Her er vi ute etter hvordan den informasjonen som danner grunnlaget for DRG-satser blir samlet inn.

Tabell 143. Hvem foretar kodingen av pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Den behandlende/ansvarlige lege foretar selv koding	80	80	50	73	73	90	84	85	77	79	79	80
Avdelingen foretar selv DRG kodingen	0	0	25	0	0	5	8	7	0	4	4	4
Sykehusets administrasjonsavdeling står for kodingen	0	0	25	27	27	0	8	7	14	15	15	9
Andre	20	20	0	0	0	5	0	0	9	2	2	7
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(26)	(27)	(22)	(53)	(54)	(46)

* opprinnelig i spørreskjemaet ble begrepet "DRG" brukt istedenfor "diagnoser"

Tabell 144. Er det en egen enhet på sykehuset som foretar kontroll og revidering av kodingen i forhold til pasientenes diagnoser*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	67	32	55	45
Nei	33	68	45	55
Totalt	100 (3)	100 (19)	100 (22)	100 (44)

* opprinnelig i spørreskjemaet ble begrepet "DRG" brukt istedenfor "diagnoser"

UTSKRIVNING

I motsetning til kirurgisk virksomhet er det ingen medisinsk virksomhet ved norske sykehus som rutinemessig har epikrisen ferdig når pasienter skrives ut. Det er imidlertid blitt en utstrakt praksis å ha såkalte "midlertidige" epikriser, særlig ved overflytting til andre institusjoner. Medisinske pasienter har ofte en mer omfattende sykdomshistorie enn kirurgiske pasienter, noe som gir seg utslag i mer omfattende epikriser.

For å hindre at ferdigbehandlede pasienter blir liggende på sykehus og vente på et tilbud fra kommunen tar samtlige sykehus kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse av pasienter med behov for pleie (se tidligere avsnitt om relasjonen til kommunehelsetjenesten).

Relativt mange sykehus tar ikke kontakt med spesialist eller allmennlege ved behov for medisinsk oppfølging.

For årene 1999 og 2001 ble det spurt om full epikrise og tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare. I årets versjon av skjemaet er dette mer nyansert og vi spurte istedenfor i spørsmål 145 om hvor lang tid det tok før full epikrise ble sendt.

Tabell 145. Hva er gjennomsnittlig tid fra pasienten utskrives til epikriseforsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
samme dag	0	0	0	0
1 dag	0	0	0	0
3 dager	0	5	0	2
4 dager	67	28	50	42
5 dager	0	28	23	23
6 dager	33	39	27	33
Totalt	100 (4)	100 (18)	100 (22)	100 (43)

Tabell 146. Følger preliminær epikrise rutinemessig med pasienten samme dag som utskrivning skjer*? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	60	100	48	48	100	59	59	95	55	55	98
Nei	40	40	0	52	52	0	41	41	5	45	45	2
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(19)	(27)	(27)	(21)	(55)	(55)	(44)

* For årene 1999 og 2001 ble det spurt om full epikrise og tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare. Imidlertid har de som svarte ja her oppgitt at det dreide seg om preliminær epikrise. Tallet er antagelig høyere i 1999 og 2001.

Tabell 147. Blir pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2
Nei	100	100	100	100	100	95	100	100	100	100	100	98
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(27)	(27)	(22)	(55)	(55)	(46)

Tabell 148. For pasienter med behov for pleie, tas det da rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(23)	(23)	(20)	(27)	(27)	(22)	(55)	(55)	(46)

Tabell 149. For pasienter med behov for medisinsk oppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med primærlegen før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	20	20	25	18	18	15	33	37	36	24	26	26
Nei	80	80	75	82	82	85	67	63	64	76	74	74
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(27)	(27)	(22)	(54)	(54)	(46)

Tabell 150. For pasienter med behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet, tas det da rutinemessig kontakt med fastlegen før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	25	15	36	26
Nei	75	85	63	74
	100	100	100	100
Totalt	(4)	(20)	(22)	(46)

Tabell 151. For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
Ja	60	60	25	27	27	44	52	56	59	42	44	49
Nei	40	40	75	73	73	66	48	44	41	58	56	51
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(4)	(22)	(22)	(20)	(25)	(25)	(22)	(52)	(52)	(46)

Tabell 152. Hvem besvarer faglige henvendelser innenfor normal arbeidstid fra allmennlege vedrørende følgende? Prosentandeler (N)

a) faglige råd om oppfølging av pasient?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
1. Vakthavende underordnet lege	0	0	0	0
2. Vakthavende overlege	100	10	23	24
3. behandlende lege i sykehus	0	60	50	50
kombinasjon av 1 og 2	0	10	0	4
kombinasjon av 1 og 3	0	5	0	2
kombinasjon av 2 og 3	0	15	18	15
ingen fast rutine	0	0	9	5
Totalt	100	100	100	100
	(4)	(20)	(22)	(46)

b) spørsmål om øyeblikkelig hjelp?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
1. Vakthavende underordnet lege	25	50	18	33
2. Vakthavende overlege	75	15	59	41
3. behandlende lege i sykehus	0	0	5	2
kombinasjon av 1 og 2	0	0	0	0
kombinasjon av 1 og 3	0	15	0	7
kombinasjon av 2 og 3	0	10	0	4
ingen fast rutine	0	10	18	13
Totalt	100	100	100	100
	(4)	(20)	(22)	(46)

c) spørsmål vedrørende utredning/undersøkelse av pasient?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
1. Vakthavende underordnet lege	0	5	0	2
2. Vakthavende overlege	75	21	52	41
3. behandlende lege i sykehus	25	37	29	32
kombinasjon av 1 og 2	0	16	5	9
kombinasjon av 1 og 3	0	5	0	2
kombinasjon av 2 og 3	0	10	5	7
ingen fast rutine	0	5	9	7
Totalt	100	100	100	100
	(4)	(20)	(22)	(46)

KVALITETSINDIKATORER

Vi spurte i hvilken grad det ble rapportert innen de ulike kvalitetsindikatorer til foretakets styre (se tabell 51). Vi ønsket imidlertid også å vite omfanget av den rutinemessige registreringer innen henholdsvis kirurgi (se tabell 112) og medisin.

Tabell 153. Hvilke av følgende kvalitetsindikatorer registreres det rutinemessig? Prosentandeler (N)

	Fort- løpende	Flere ganger i året	Årlig	aldri	Vet ikke/ uaktuelt	Totalt
a) Pasientrapportert standard	19	3	56	0	22	100 (36)
b) Pasienterfaringer med personalet	16	0	74	2	8	100 (38)
c) Pasientrapportert organisering	16	0	66	2	16	100 (35)
d) Pasientrapportert informasjon	16	3	67	3	11	100 (37)
e) Arbeidsmiljøundersøkelser	2	8	71	3	16	100 (38)
f) Medarbeidersamtaler	7	17	63	8	5	100 (40)
g) Korridorpasienter	86	10	2	0	2	100 (42)
h) 30-dagers overlevelse ved hjerteinfarkt	16	11	21	24	28	100 (38)
i) 30-dagers overlevelse ved hjerneslag	17	10	7	30	37	100 (30)
j) Sykehusinfeksjoner	21	72	7	0	0	100 (43)
k) Fallskader	81	5	10	2	2	100 (42)
l) Epikrisetid	57	38	2	0	2	100 (41)
m) Tvungen innskrivning til psykiatrisk institusjon	23	7	0	13	57	100 (29)
n) Dødelighet.	23	9	0	32	35	100 (34)
o) Ventetider	72	18	0	3	8	100 (39)
p) Andre kvalitetsindikatorer	14	21	0	0	65	100 (14)

INCENTIV- OG BELØNNINGSSYSTEM

I dette kapitlet om belønningssystemer kommenteres forekomsten av ulike typer aktivitetsrelaterte belønningssystemer. I utformingen av spørsmålene var vi fullt klar over at økonomiske belønningssystemer (utover refusjoner) antakelig er lite utbredt. For å omfatte flest mulig av de ordninger som eventuelt finnes i sykehusene introduserte vi en nokså vid definisjon av økonomisk belønning (incentiver). Vi skilte videre mellom økonomisk belønning på tre ulike nivåer: til avdeling, til arbeidsgrupper/team og til enkeltpersoner.

Som ventet er aktivitetsbasert økonomisk belønning svært lite utbredt og vi finner det i liten grad hensiktsmessig å rapportere nærmere om dette. Det er en svak økning fra 2001, men fortsatt er det bare 4-7 sykehus som oppgir å ha slike ordninger.

VAKT OG BEREDSKAP I MEDISINSK VIRKSOMHET

Selve vaksystemene er relativt uendret, men som følge av at medisinen stadig blir mer spesialisert ser vi en klar økning av antall spesialiteter som har egne vaktskift. Denne trenden ser vi innen alle sykehusstypene. Det er også en tendens til at sykehusene innfører mer personell krevende vaktssystemer. De minst ressurskrevende vaktssystemene (F og G) med mer bruk av turnuslege som eneste i aktiv vakt er på vei ut av sykehusene.

Tabell 154. Benytter de medisinske og kirurgiske virksomhetene det samme vaktssystemet? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Ja	0	10	29	82
Nei	100	90	71	18
Totalt	100 (4)	100 (20)	100 (22)	100 (46)

Tabell 155. Hvor mange medisinske spesialiteter har eget vaktskift? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003
0	0	0	47	10	56	42	46	25
1-3	25	0	47	63	44	47	43	52
4-6	0	50	7	22	0	10	3	18
7-9	75	50	0	5	0	0	8	5
Totalt	100 (4)	100 (2)	100 (15)	100 (19)	100 (18)	100 (19)	100 (37)	100 (40)

Tabell 156. Hvilken type vaktssystem er det for legene i den medisinske virksomheten? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus			Sentralsykehus og FSH m/sshf			Lokalsykehus og FSH m/rlst			Totalt		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003	1999	2001	2003
A: Tredelt alle i aktiv vakt	20	20	0	39	39	35	13	13	29	25	25	29
B: Tredelt med overlege i passiv vakt	0	0	0	30	30	25	4	9	0	16	18	11
C: Tre delt med ass.lege i delt aktiv vakt	0	0	0	17	17	15	9	9	14	12	12	13
D: Tre delt med kun aktiv vakt i primærskift	0	0	0	0	0	5	4	4	5	2	2	4
E: To delt med ass.lege i aktiv vakt	80	80	100	4	4	5	9	9	10	14	14	16
F: To delt med turnuslege i aktiv vakt	0	0	0	0	0	0	30	26	14	14	12	7
G: Turnuslege og asslege skifter på å gå i primærskift	0	0	0	0	0	0	17	17	5	8	8	2
H: Kombinasjon av todelt og tredelt	0	0	0	9	9	10	9	9	5	8	8	2
I: annet	0	0	0	0	0	5	4	4	18	2	2	16
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (4)	100 (23)	100 (23)	100 (20)	100 (23)	100 (23)	100 (21)	100 (51)	100 (51)	100 (45)

OPPSUMMERING

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

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

I den øverste sykehusledelsen blir flere sykehus berørt av sammenslåinger, og det skjer en overgang fra linjeorganisering til kombinasjon av linje- og stabsorganisering. Tre formelle ledelsesnivåer er mest utbredt. I 2001 hadde 20 prosent av sykehusene bare to ledelsesnivåer og 12 prosent har fire formelle ledelsesnivåer. I 2003 har 58 prosent tre nivåer og hele 36 prosent har fått fire nivåer. En markert vertikal spesialisering.

Et interessant funn er at det i stadig flere sykehus skjer en samlokalisering av den kommunale legevakten og sykehusets mottakelse. Andelen som har valgt denne organiseringen øker fra 28 prosent i 1999, 44 prosent i 2001 til 55 prosent i 2003, og flere av de øvrige sykehusene oppgir at dette er en ordning de ønsker eller har forsøkt å få til.

Skjermede enheter for elektiv kirurgi har blitt mer utbredt. Andelen sykehus som i mer eller mindre grad skjermer den elektive kirurgien fra øyeblikkelig hjelp øker fra 19 prosent i 1999 og 24 prosent i 2001 til hele 38 prosent i 2003. Imidlertid er det stor variasjon i hvordan denne skjermingen i praksis skjer.

Tradisjonelt ”papirtunge” rutiner blir i økende grad digitalisert. Antallet sykehus som har elektroniske pasientjournaler fordobles fra 1999 til 2001, til en andel på 54 prosent. I 2003 er denne andelen blitt 84 prosent. Andelen sykehus som har elektronisk bildearkiv femdobles til 22 prosent i 2001 og øker noe til 25 prosent i 2003. De aller fleste sykehusene har etablert ”online” løsninger for laboratorieresultater, og om lag halvparten har gjort det samme med poliklinikkresultater.

Andelen sykehus som har et tilbud om sykehotell og/eller pasienthotell øker fra 30 prosent i 1999 til 40 prosent i 2001. Og noe overraskende synker denne andelen til 22 prosent i 2003. Dette tror vi skyldes opprydding fra departementets side med hva som egentlig kan defineres som et pasienthotell eller et sykehotell. Flertallet av sykehusene har altså ikke et slikt tilbud.

På andre områder skjer det mindre endringer. To nokså stabile forhold er kjøp av servicetjenester fra andre virksomheter (”outsourcing”) og salg av servicetjenester til andre virksomheter. Den eneste servicetjenesten som i noe økende grad selges eller kjøpes inn er IT-kompetanse.

Overgangen til enhetlig avdelingsledelse var i liten grad manifestert per juli 2001. Per juli 2001 hadde 36 prosent av sykehusene innført enhetlig ledelse i avdelingene, en drøy fordobling fra to år tilbake. I 2003, lenge etter at ”fristens utløp” 1. januar 2002 for dette direktivet, var det fortsatt 20 prosent av sykehusene som rapporterte at det bare delvis hadde innført enhetlig ledelse.

I relasjonen til kommunehelsetjenesten skjer det nå større organisasjonsendringer. Det er blitt flere ordninger som ivaretar forholdet til kommunehelsetjenesten. Hospiteringsordninger for primærleger forekommer likevel nesten ikke, men stadig flere sykehus oppretter en egen kontaktperson mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Og stadig flere sykehus inngår avtaler med kommunene om håndteringen av ferdigbehandlede pleiepasienter, og de fleste registrerer liggetiden til utskrivningsklare pasienter.

Selve vaktssystemene er relativt uendret, men som følge av at medisinen stadig blir mer spesialisert ser vi en klar økning av antall spesialiteter som har egne vaktskift. Denne trenden ser vi innen alle sykehusstypene. Det er også en tendens til at sykehusene innfører mer personellkrevende vaktssystemer slik som tredelt vakt med alle i aktiv vakt. Antall sykehus som har et slikt system er doblet fra 2001 til 2003. De minst ressurskrevende vaktssystemene med mer bruk av turnuslege som eneste i aktiv vakt er klart på vei ut av sykehusene.

17 prosent av sykehusene rapporterer om endrede funksjoner i perioden 2001 til 2002. Det er særlig sentralsykehusene som opplever endringer og som også opplever mest reduksjon i beredskap. Regionsykehusene rapporterer om uendrede funksjoner. En økning i beredskapen skjer innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, anesthesiologi, generell kirurgi, urologi, indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi og onkologi. En reduksjon i beredskap skjer innen gastroenterologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologi og revmatologi. Når endringene fordeles på de regionale helseforetakene ser vi at all beredskapsreduksjon skjer i RHF ØST. Samtlige av de andre regionene styrker sin beredskap med unntak av RHF NORD som ikke registrerer noen endring fra 2001 til 2003.

Dette prosjektet med å kartlegge sykehusenes interne organisering ble startet opp rett før en større omlegging av sykehusenes eierskap og tilknytningsform. Det statlige eierskapet og fristillingen til selvstendige helseforetak skapte et helt nytt sykehuslandskap. Denne rapporten avdekker hvordan sykehusenes interne organisering endrer seg over en periode på fire år, fra 1999 til 2003 og altså etter at sykehusreformen trådte i kraft. Vi kan tildels se store endringer som følge av økt spesialisering, både vertikalt og horisontalt samt økt vekt på funksjonelle kriterier for organisering. Men det er viktig å påpeke at en rekke interne endringer så vi allerede i perioden 1999 til 2001 og at trenden vedvarer inn i 2003 og kan derfor ikke alene tilskrives eierskapsreformen av 1.1.2002.

LITTERATURLISTE

- Gundersen, Marianne (2001). Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste? Stavanger, Rogalandforskning.
- Helsedepartementet (2001). Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell. Oslo, Rundskriv I-24/2001. 5-1-1915.
- Helsetilsynet (2000). Gamle i sykehus. Oslo, Statens helsetilsyn.
- Kjekshus, Lars Erik (2004) "Primary healthcare and hospital interaction: Effects for hospital length of stay," (*Submitted to Scandinavian Journal of Public Health*).
- Kjekshus, Lars Erik, Bjørngaard, Johan Håkon, and Johnsen, Arild (1999). Med stetoskop og diktafon. Om bruk av legenes spesialistkompetanse. 82-14-01311-9 A99502Trondheim, SINTEF Unimed NIS.
- Kjekshus, Lars Erik, Nerland, Sølve Mikal, Hagen, Terje P., and Botten, Grete (2002). De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 58 somatiske sykehus, 1999 og 2001. Oslo, Center for Health Administration, HERO, University of Oslo.
- Magnussen, Jon. (1986). *DRG-systemet anvendelser og konsekvenser*. Trondheim: SINTEF Unimed.
- Nerland, Sølve Mikal, "Er liggetid betinget av finansieringsordning? En paneldatanalyse av 63 norske somatiske sykehus i årene 1976-1999" Hovedoppgave, Universitetet i Oslo, 2001).
- Ot.prp.nr.10. (1999). *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Ot prp nr 10 ed. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Statens trykning.
- St.meld.nr.9. (1974). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Oslo: Sosialdepartementet, Norges offentlige publikasjoner.

VEDLEGG 1: SYKEHUS SOM HAR SVART OG VALGT FRAFALL, ETTER SYKEHUSTYPE

Regionsykehus	Del 1 Generell og overordnet del	Del 2 Den kirurgiske virksomheten	Del 3 Den indremedisinske virksomheten
Regionsykehuset i Tromsø	Ja	Ja	Ja
Regionsykehuset i Trondheim	Ja	Ja	Ja
Haukeland sykehus	Ja	Ja	Ja
Rikshospitalet	-	-	-
Ullevål	Ja	Ja	Ja

Sentralsykehus	Del 1 Generell og overordnet del	Del 2 Den kirurgiske virksomheten	Del 3 Den indremedisinske virksomheten
Nordland sentralsykehus	Ja	Ja	Ja
Sentralsykehuset Møre og Romsdal	Ja	Ja	Ja
Sentralsykehuset Sogn og Fjordane	Ja	Ja	Ja
Sentralsykehuset i Rogaland	Ja	Ja	Ja
Vest-Agder sentralsykehus	-	-	Ja
Aust-Agder sentralsykehus	-	-	-
Telemark sentralsykehus	Ja	Ja	Ja
Sykehuset Vestfold	Ja	Ja	Ja
Buskerud sentralsykehus	Ja	Ja	Ja
Sentralsykehuset i Hedmark	Ja	Ja	Ja
Sentralsykehuset i Akershus	Ja	Ja	Ja
Sykehuset Østfold	Ja	Ja	Ja

Fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner	Del 1 Generell og overordnet del	Del 2 Den kirurgiske virksomheten	Del 3 Den indremedisinske virksomheten
Oppland sentralsykehus avd. Gjøvik*	Ja	Ja	Ja
Oppland sentralsykehus avd. Lilleh*	Ja	Ja	Ja
Kongsvinger	Ja	Ja	Ja
Molde	-	-	-
Kristiansund	-	-	-
Harstad	-	-	-
Namdal	Ja	-	Ja
Innherred	Ja	-	Ja
Bærum	Ja	Ja	Ja
Aker	-	Ja	Ja
Kirkenes	Ja	Ja	-
Hammerfest	Ja	Ja	Ja
Haugesund	-	-	Ja

Lokalsykehus	Del 1 Generell og overordnet del	Del 2 Den kirurgiske virksomheten	Del 3 Den indremedisinske virksomheten
Tynset	Ja	Ja	Ja
Volda	Ja	Ja	Ja
Orkdal	Ja	Ja	Ja
Ringerike	-	-	-
Kongsberg	Ja	Ja	Ja
Rana	Ja	Ja	-
Vefsn	Ja	Ja	Ja
Narvik	-	Ja	Ja
Stokmarknes	-	-	-
Lofoten	Ja	Ja	Ja
Sandnessjøen	-	Ja	-
Lister	-	-	-
Voss	Ja	Ja	Ja
Stord	-	-	-
Odda	Ja	Ja	Ja
Nordfjordeid	Ja	Ja	Ja
Lærdal	-	-	-

Fylkessykehus med redusert lokalsykehusstilbud	Del 1 Generell og overordnet del	Del 2 Den kirurgiske virksomheten	Del 3 Den indremedisinske virksomheten
Stensby	Ja	Ja	Ja
Diakonhjemmet Vinderen	Ja	Ja	-
Notodden	Ja	Ja	Ja
Rjukan	Ja	Ja	Ja
Mandal	-	-	-
Haraldsheimen Diakon. Bergen	Ja	Ja	Ja
Ski	-	-	-
Lovisenberg diakonale	Ja	Ja	Ja