

# UNIVERSITETET I OSLO

HELSEØKONOMISK  
FORSKNINGSPROGRAM

## De somatiske sykehusenes interne organisering

En kartlegging av 58  
somatiske sykehus i Norge,  
1999 og 2001

Lars Erik Kjekshus  
Sølve Mikal Nerland  
Terje P. Hagen  
Grete Botten

*Senter for  
helseadministrasjon*

**Skriftserie 2002: 1**



# **De somatiske sykehusenes interne organisering**

## **En kartlegging av 58 somatiske sykehus i Norge, 1999 og 2001**

Lars Erik Kjekshus

Sølve Mikal Nerland, Terje P. Hagen og Grete Botten \*

*28. januar 2002*

**Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo  
HERO 2002**

HERO Skriftserie 2002:1

\* Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, Rikshospitalet, 0027 Oslo

# Forord

Rapporten presenterer en omfattende kartlegging av interne organisasjonsforhold ved norske somatiske sykehus. Det er første gang en så omfattende kartlegging av sykehusenes interne organisering er gjennomført. Vi har primært gjennomført kartleggingen for å skaffe oss en bedre forståelse av variasjoner i sykehusenes effektivitet og kvalitet. I denne rapporten gjennomføres ingen analyser av disse viktige forholdene. Rapporten gir en ren presentasjon av materialet. Kanskje kan også en slik presentasjon gi et lite bidrag til sykehusenes forståelse av sine egne utfordringer i møtet med en ny tid.

Kartleggingen er gjort av en forskergruppe ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, bestående av Lars Erik Kjekshus, Sølve Mikal Nerland, Terje P. Hagen og Grete Botten. Kjekshus har hatt hovedansvaret for å utvikle registreringsskjemaet som ligger til grunn for datainnsamlingen. Nerland har hatt hovedansvaret for å drive inn og tilrettelegge data for analyser. Kjekshus og Nerland har analysert data og skrevet ut rapporten. Vi har hentet inn finansiering fra flere kilder, i første rekke Norges Forskningsråd (Kjekshus) og Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo – HERO (Nerland).

Det har vært et stort arbeid å gjennomføre datainnsamlingen. Innsamlingen ville ikke vært mulig uten en gledelig stor oppslutning fra administrativt og klinisk personale ved sykehusene. Takk til alle for velvillig respons.

Oslo 28.1.2002

Terje P. Hagen  
*Prosjektleder (HERO)*

Grete Botten  
*Prosjektleder (NFR)*

# Innholdsfortegnelse

Tabelloversikt .....	3
Sammendrag .....	5
1. Innledning .....	7
1.1 Metode .....	8
1.2 Rapportens oppbygging .....	9
2. Overordnet organisering og ledelse .....	11
2.1 Den øverste sykehusledelsen .....	11
2.2 Ledelsen på avdelingsnivå .....	13
2.3 Servicefunksjonene .....	15
2.4 EDB-rutiner i sykehusene .....	19
2.5 Innleie av arbeidskraft .....	20
2.6 Relasjonen til kommunehelsetjenesten .....	21
2.7 Budsjettrutiner og belønningssystemer .....	23
2.8 Vaktssystemer .....	27
2.9 Forskning og undervisning .....	29
3. Organisering av den kirurgiske virksomheten .....	33
3.1 Kirurgisk mottakelse .....	34
3.2 De kirurgiske sengeavdelingene .....	36
Kirurgisk poliklinikk .....	38
3.3 Elektiv kirurgi .....	39
3.4 Operasjonsavdelingen .....	42
3.5 Kirurgisk intensiv .....	44
3.6 Kirurgisk postoperativ overvåkning (recovery) .....	45
3.7 Utskrivning .....	47
3.8 Koordinering og kapasitet i kirurgisk virksomhet .....	48
4. Organisering av den indremedisinske virksomheten .....	51
4.1 Medisinsk mottakelse .....	51
4.2 De medisinske sengeavdelingene .....	53
4.3 Medisinsk poliklinikk .....	56
4.4 Elektiv medisin .....	57
4.5 Overvåkningsenheten (medisinsk intensiv) .....	59
4.6 Utskrivning .....	60
4.7 Koordinering og kapasitet i indremedisinsk virksomhet .....	61
5. Oppsummering .....	63
Vedlegg 1: Sykehus som har svart og valgt frafall, etter sykehustype .....	67
Litteratur .....	69

# Tabelloversikt

Tabell 1.	Hvordan er det nivå som rapporterer til sykehusets direktør organisert? Prosentandeler (N).....	11
Tabell 2.	Hvor mange formelle ledelsesnivåer er det i sykehuset? Prosentandeler (N).....	12
Tabell 3.	Hvilke stillinger er formelt representert i den øverste sykehusledelsen? Prosentandeler .....	12
Tabell 4.	Er stillingene i den øverste sykehusledelsen plassert i direktørens stab eller i linje? Prosentandeler (N).....	13
Tabell 5.	Er ledelsen på avdelingsnivå hovedsakelig todelt* eller enhetlig? Prosentandeler (N).....	14
Tabell 6.	Hvilke av de følgende stillingskategoriene har avdelingene tilsetningsmyndighet for? Prosentandeler .....	14
Tabell 7.	Foreligger det skriftlige instruksjoner for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver? Prosentandeler (N).....	15
Tabell 8.	Avdelingstverrgående funksjoner. Prosentandeler (N).....	15
Tabell 9.	Hvilke av de følgende medisinske servicefunksjonene er desentralisert*? Prosentandeler .....	16
Tabell 10.	Hvilke av de følgende ikke-medisinske servicefunksjonene er desentralisert*? Prosentandeler .....	16
Tabell 11.	Selger sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter? Prosentandeler .....	17
Tabell 12.	Kjøper sykehuset noen av de følgende tjenestene fra andre virksomheter? Prosentandeler .....	17
Tabell 13.	Organisering av sykehusets mottakelse. Prosentandeler (N).....	18
Tabell 14.	Er en AMK-sentral samlokalisert med sykehuset? Prosentandeler (N).....	18
Tabell 15.	Finnes det et sykehotell og/eller et pasienthotell ved sykehuset? Prosentandeler (N).....	19
Tabell 16.	Hvilke av de følgende "rutinene" behandles elektronisk (via EDB)? Prosentandeler .....	20
Tabell 17.	Sykehusenes bruk av eksternt arbeidskraft. Prosentandeler (N).....	20
Tabell 18.	Bruk av eksternt konsulent bistand. Prosentandeler (N).....	21
Tabell 19.	Har sykehuset inngått en avtale med kommunene om vilkår/kriterier for overføring av ferdigbehandlede pasienter til kommunehelsetjenesten? Prosentandeler (N) .....	22
Tabell 20.	Har sykehuset en egen person som tar kontakt med hjemkommunene til pasientene for å forberede utskrivning av ferdigbehandlede pasienter som trenger pleie? Prosentandeler (N) .....	23
Tabell 21.	Registrerer sykehusene liggetiden til utskrivningsklare pasienter? Prosentandeler (N) .....	23
Tabell 22.	Har sykehuset avdelingsvise budsjetter? Prosentandeler (N) .....	24
Tabell 23.	Dersom sykehuset har avdelingsvise budsjetter, hvilke utgifts- og inntektsposter inngår? Prosentandeler .....	25
Tabell 24.	Blir stykkprisrefusjonen helt eller delvis fordelt på de kliniske avdelingene avhengig av antall behandlede pasienter og DRG? Prosentandeler (N).....	25
Tabell 25.	Hvor stor del av stykkprisrefusjonen videreføres til avdelingsnivå? Prosentandeler (N).....	26
Tabell 26.	Fordeler sykehuset DRG-poeng mellom avdelingene dersom en pasient er innlagt ved flere avdelinger i løpet av det samme oppholdet? Prosentandeler (N).....	26
Tabell 27.	Hvilken tilgang har de kliniske avdelingsledelsene på økonomimedarbeidere? Prosentandeler (N).....	27
Tabell 28.	Vaktsystemet ved kirurgisk virksomhet. Prosentandeler (N).....	28
Tabell 29.	Vaktsystemet ved indremedisinsk virksomhet. Prosentandeler (N).....	29
Tabell 30.	Forskning og undervisning. Prosentandeler (N) .....	30
Tabell 31.	Hvor mange studenter i de følgende stillingskategoriene var utplassert i sykehuset i år 2000? Gjennomsnitt (N).....	31
Tabell 32.	Hvor mange personer i de følgende kategoriene videreutdannet seg ved sykehuset i år 2000? Gjennomsnitt (N).....	31
Tabell 33.	Hvor mange forsknings- eller undervisningsstillinger i de følgende kategoriene var det ved sykehuset i år 2000 (antall stillinger og antall årsverk)? Gjennomsnitt (N).....	32
Tabell 34.	Hvor mye (målt i kroner) ble benyttet til forskning i år 2000, og hvor mye av disse driftsmidlene (målt i kroner) var eksternt finansiert? Gjennomsnitt (N).....	32
Tabell 35.	Hvem er leder for kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N) .....	34
Tabell 36.	Hvem foretar primært siling / fordeling / prioritering av akutte kirurgiske pasienter i mottakelsen? Prosentandeler (N).....	34
Tabell 37.	Omtrent hvor mange prosent av de akutte kirurgiske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000? Prosentandeler (N).....	34
Tabell 38.	Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N) ..	35
Tabell 39.	Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk mottakelse? Prosentandeler .....	35
Tabell 40.	Organisering av de kirurgiske sengeavdelingene. Prosentandeler (N) .....	36
Tabell 41.	Antall rom med pasientsenger og romstørrelse. Prosentandeler (N) .....	37
Tabell 42.	Finnes følgende utstyr forbeholdt de kirurgiske sengeavdelingene? Prosentandeler .....	37
Tabell 43.	Hva er den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter? * Prosentandeler (N).....	38
Tabell 44.	Ledelse og organisering av poliklinikken. Prosentandeler (N) .....	38
Tabell 45.	Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk poliklinikk? Prosentandeler .....	39
Tabell 46.	Finnes det en egen skjermet enhet for elektiv kirurgi? Prosentandeler (N).....	40
Tabell 47.	Andel elektive saler .....	40
Tabell 48.	Omtrent hvor stor andel (%) av de elektive kirurgiske pasientene legges inn samme dag som de blir operert? Prosentandeler (N).....	41
Tabell 49.	Foreligger det før innleggelse av elektive kirurgiske pasienter rutinemessig en plan som beskriver behandlingsforløpet til pasienten? Prosentandeler (N) .....	41
Tabell 50.	Finnes følgende utstyr forbeholdt elektiv kirurgi? Prosentandeler .....	41
Tabell 51.	Blir strykninger fra det planlagte operasjonsprogrammet løpende registrert? Prosentandeler (N) .....	41

Tabell 52.	Hvor stor prosentvis andel av pasientene ble strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet i 1999 og til nå i 2001? Prosentandeler (N) .....	42
Tabell 53.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen til operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N).....	42
Tabell 54.	Hvem er leder for operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N).....	42
Tabell 55.	Finnes følgende utstyr forbeholdt operasjonsavdelingen? Prosentandeler .....	43
Tabell 56.	Antall operasjonssaler og andel tekniske-, steriliserings- og forberedelsesrom i forhold til det totale antallet operasjonssaler. Prosentandeler (N) .....	43
Tabell 57.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen til kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N).....	44
Tabell 58.	Hvem er leder for kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N).....	44
Tabell 59.	Antall intensivsenger? Prosentandeler (N) .....	45
Tabell 60.	Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk intensiv? Prosentandeler .....	45
Tabell 61.	Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk overvåkning? Prosentandeler (N) .....	45
Tabell 62.	Hvem er leder for kirurgisk overvåkning? Prosentandeler (N) .....	46
Tabell 63.	Antall senger i overvåkingen? Prosentandeler (N) .....	46
Tabell 64.	Betjener den kirurgiske overvåkingen også indremedisinske pasienter? Prosentandeler (N) .....	46
Tabell 65.	Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk overvåkning? Prosentandeler .....	46
Tabell 66.	Rutiner i forbindelse med utskrivning. Prosentandeler (N) .....	47
Tabell 67.	I hvilken grad gir påstandene nedenfor en dekkende beskrivelse av dagens situasjon (2001) i den kirurgiske behandlingsvirksomheten? Gjennomsnitt (N).....	49
Tabell 68.	Organisering og ledelse av medisinsk mottakelse. Prosentandeler (N) .....	52
Tabell 69.	Organisering og ledelse av de medisinske sengeavdelingene. Prosentandel (N).....	54
Tabell 70.	Finnes følgende utstyr forbeholdt de medisinske sengeavdelingene? Prosentandel .....	54
Tabell 71.	Antall rom og romstørrelse. Prosentandel (N) .....	55
Tabell 72.	Hva var den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter?* Prosentandeler (N).....	55
Tabell 73.	Organisering og ledelse av medisinsk poliklinikk. Prosentandel (N).....	56
Tabell 74.	Er det en egen skjermet enhet for elektiv indremedisinsk virksomhet? Prosentandel (N).....	57
Tabell 75.	Foreligger det før innleggelse av elektive indremedisinske pasienter rutinemessig en plan som beskriver behandlingsforløpet til pasienten? Prosentandel (N).....	58
Tabell 76.	Finnes det et eget undervisningsopplegg for pasienter med kroniske lidelser? Prosentandel (N).....	58
Tabell 77.	Finnes følgende utstyr forbeholdt elektiv medisin? Prosentandel .....	58
Tabell 78.	Blir strykninger fra det planlagte indremedisinske programmet løpende registrert? Prosentandel (N) .....	58
Tabell 79.	Hvor stor prosentvis andel av pasientene ble strøket fra det planlagte indremedisinske behandlingsprogrammet i 1999 og til nå i 2001? Prosentandel (N)* .....	58
Tabell 80.	Ledelse og organisering av medisinsk overvåkning. Prosentandel (N).....	59
Tabell 81.	Rutiner i forbindelse med utskrivning. Prosentandel (N) .....	60
Tabell 82.	I hvilken grad gir påstandene nedenfor en dekkende beskrivelse av dagens situasjon (2001) i den indremedisinske behandlingsvirksomheten? Gjennomsnitt (N).....	62

# Sammendrag

Rapporten gir en oversikt over hvordan norske sykehus er organisert i årene 1999 og 2001. Materialet baserer seg på besvarelser fra 59 av 62 spurte somatiske sykehus.

Utvalgte hovedfunn er:

- Økende ansvarliggjøring av avdelingene i form av tilsettingsmyndighet, avdelingsvise budjetter og videreføring av stykkprisrefusjonene
- Skjerming av elektiv kirurgi er noe mindre utbredt enn forventet, og de organisatoriske modellene for slik skjerming er forskjellige
- Stadig flere samlokaliserer den kommunale legevakten og sykehusets mottakelse
- Digitalisering av tradisjonelt "papirtunge" rutiner øker i omfang og utbredelse
- Desentralisering av servicefunksjoner forekommer nesten ikke. Kjøp og salg av servicetjenester er vanligere, men øker ikke i omfang fra 1999 til 2001
- Det er relativt få ordninger som ivaretar forholdet til kommunehelsetjenesten. Rotasjonsordninger for primærleger forekommer nesten ikke og det er stort sett bare de minste sykehusene som har en kontaktperson mot kommunehelsetjenesten. Relativt mange sykehus har riktignok avtaler med kommunene om ferdigbehandlede pleiepasienter
- Det er stor variasjon i vaksystemer
- Det er stor variasjon i utstyrsparken ved de ulike sykehusene og ved de ulike enhetene
- Den behandlende / ansvarlige lege foretar ofte selv DRG-kodingen
- Det er primært bygningsmassen og skrivefunksjoner som oppleves som problematisk på virksomhetsnivå, mens det er tilfredshet med standarden på eget utstyr og fleksibiliteten til laboratorie- og røntgenavdelingene. Innenfor den medisinske virksomheten blir kapasiteten til sengeavdelingene oppfattet som dårlig. Innenfor den kirurgiske virksomheten er det misnøye med operasjonssalenes fleksibilitet
- Mange sykehus har dårlig oversikt over kostnadene ved og omfanget av FoU-aktiviteten
- Som ventet er det mange organisasjonsforhold som varierer med sykehusstørrelse, men ikke alltid entydig.
- Mye endring på noen områder (ansvarliggjøring av avdelingene, fra linje- til stabsorganisering av den øverste sykehusledelsen, digitalisering, samlokalisering av legevakten og sykehusets mottakelse). Overraskende lite endring på andre områder (lite økning i kjøp og salg av servicetjenester, mindre formalisering av relasjonen til kommunehelsetjenesten enn ventet, og overgangen til enhetlig avdelingsledelse var i liten grad manifestert per juli 2001)





# 1. Innledning

Prosjektet med å kartlegge sykehusenes interne organisering startet opp rett før en større omlegging av sykehusenes eierskap og tilknytningsform. Fra å være underlagt fylkeskommunal styring og eierskap, blir sykehusene fra 1. januar 2002 selvstendige statsforetak. Det er sannsynlig at denne fristillingen og andre endringstrekk i sektoren får konsekvenser for hvordan sykehusene er organisert og at vi om få år vil se et helt annet sykehuslandskap. Denne rapporten beskriver hvordan sykehusene er organisert i de to årene 1999 og 2001. Det finnes ingen slik helhetlig oversikt fram til nå. Om noen år vil undersøkelsen bli gjentatt, slik at vi kan fange opp sykehusenes interne organisering både før og etter sykehusreformene.

I andre vestlige land har kartlegging av helseinstitusjoners interne organisering pågått over lengre tid. De mest kjente kartleggingene er *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) i USA og *The NHS Center for Reviews and Dissemination*, ved Universitetet i York i England. I Sverige finnes noe lignende gjennom *SPRI* (tidligere Sjukvårdens och socialvårdens planerings- og rationaliseringsinstitut, nå i Hälso- och sjukvårdens utveclingsintitut) (Bentsen et al. 1999).

Motivasjonen for denne type kartlegginger er særlig å gi en bedre forståelse av effektivitetsforskjeller mellom sykehusene (Hagen et al. 2000; Magnussen 2000). Helsesektoren har hatt en kostnadsøkning de siste årene, og ønsket om å demme opp mot utgiftsveksten er synlig i de fleste vestlige land (Mossialos and Le Grand 1999; OECD 1998). Norske politikere har i tillegg til målsetningen om kostnadskontroll også en målsetning om aktivitetsøkning for å redusere ventelistene. Betydningen av intern organisering i forklaringen av effektivitetsvariasjoner har blitt hevdet i flere norske utredninger, mest eksplisitt i "Pasienten først!" (NOU 1997:2):

*"Utvalget mener at de fleste norske sykehus vil kunne oppnå større effektivitet og kvalitet, og samtidig i større grad svare på pasientenes behov, ved å organisere deler av virksomheten annerledes enn i dag". (NOU 1997:2 s.66)*

Gjennom denne rapporten beskrives organiseringen ved norske sykehus i dag, og endringer fra 1999 til 2001.

## 1.1 Metode

Datamaterialet til undersøkelsen ble samlet inn våren og sommeren 2001 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 har vært 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 har vært til vurdering ved flere instanser, deriblant Den norske lægeforening, Statens helsetilsyn, SINTEF-Unimed og utvalgte fagmiljøer ved landets sykehus. Det ble dessuten foretatt en pilotundersøkelse. Undersøkelsen må likevel sies å være i en utviklingsfase. På bakgrunn av tilbakemeldinger og erfaringer med hvordan skjemaet fungerer, vil vi om noen år revidere skjemaet og gjenta undersøkelsen.

Vi ønsker å bygge opp 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 gledelig stor. Vi har fått inn skjema fra 56 av de 59 aktuelle somatiske sykehusene, hvorav alle regionsykehusene og sentralsykehusene, med unntak av ett sentralsykehus. Vår målsetning var å samle inn data fra samtlige somatiske sykehus med kirurgisk og/eller indremedisinsk virksomhet.

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

## 1.2 Rapportens oppbygging

Rapporten gir en generell beskrivelse av hovedfunnene i undersøkelsen, og peker på noen svakheter i materialet hvor det er behov for oppfølgende undersøkelser. 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 fylkessykehus med sentralsykehusfunksjoner) og **lokalsykehus** (inkludert fylkessykehus 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.



## 2. Overordnet organisering og ledelse

I dette kapitlet ønsker vi å beskrive forhold av mer overordnet karakter i 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 kapittel 3 – 4 ser vi nærmere på virksomhetsnivået; organiseringen av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten.

Generelt har det skjedd flere endringer på dette overordnede nivået enn på virksomhetsnivået fra 1999 til 2001. En rekke sykehus har fusjonert. Stadig flere sykehus får såkalte pasienthotell eller sykehotell. Flere sykehus inngår avtaler med kommunene om ferdigbehandlede pasienter, og flere sykehus fordeler stykkprisrefusjonene ned på avdelingsnivå (36 prosent viderefører stykkprisrefusjonen i 2001, mot 25 prosent i 1999). På andre områder har det skjedd få endringer. F.eks. er kjøp og salg av servicetjenester og internprising / internkjøp fortsatt lite utbredt, og et stort flertall av sykehusene hadde per 1. juli 2001 ikke innført enhetlig ledelse i avdelingene.

### 2.1 Den øverste sykehusledelsen

Vi starter rapporten med spørsmål om sykehusets øverste ledelse.

Den tradisjonelle avdelingsstrukturen er fortsatt dominerende, men noe på retur til fordel for større blokker eller blandingsvarianter (Tabell 1). Det ser også ut til å være en sammenheng mellom størrelse på sykehuset og valg av organisasjonsmodell. Ingen av regionsykehusene har avdelingsstruktur, slik som storparten av de mindre sykehusene.

Tabell 1. *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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Blokk/divisjon/ område	60	40	18	23	13	22	20	24
Senter	0	20	0	0	0	0	0	2
Avdeling	20	0	77	63	74	65	70	58
Kombinasjon	20	40	5	14	13	13	10	16
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(23)	(50)	(50)

Spredningen i antallet formelle ledelsesnivåer er fra ett til fire nivåer (Tabell 2).

Hovedtyngden av sykehusene (58 prosent i 1999 og 66 prosent i 2001) oppgir å ha tre formelle ledelsesnivåer. Bare ett lokalsykehus oppgir å bare ha kun ett ledelsesnivå. Også når det gjelder antallet ledelsesnivåer ser det ut til å være en sammenheng mellom størrelse på sykehuset og valg av organisasjonsmodell.

Tabell 2. *Hvor mange formelle ledelsesnivåer er det i sykehuset? Prosentandeler (N)*

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

Tabell 3 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), SAS og SMS<sup>1</sup>, Informasjonssjef, Kontorfagleder, Informasjonssjef, IT-ansvarlig, Kvalitetskoordinator, HMS Leder, Senterdirektører eller underdirektører, Plan- og Utviklingssjef, oversykepleier.

Tabell 3. *Hvilke stillinger er formelt representert i den øverste sykehusledelsen? Prosentandeler*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Organisasjonsrådgiver	50	50	0	0	5	4	6	6
Personal- og org.sjef	100	100	82	86	82	78	83	84
Teknisk sjef	25	25	55	64	77	70	63	63
Økonomisjef	100	100	86	86	91	87	90	88
Sjeflege	100	100	96	96	82	83	90	90
Sjefsykepleier	100	100	96	96	96	91	96	94
N	N = 4	N = 4	N = 22	N = 22	N = 22	N = 23	N = 48	N = 49

<sup>1</sup> for oss ukjente stillingsbetegnelser

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. De resterende 40 prosent av sykehusene fordeler seg nokså jevnt mellom linje og kombinasjonen stab og linje (Tabell 4).

Tabell 4. Er stillingene i den øverste sykehusledelsen plassert i direktørens stab eller i linje? Prosentandeler (N)

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

## 2.2 Ledelsen på avdelingsnivå

Vi beveger oss nå fra den øverste sykehusledelsen til ledelsen på avdelingsnivå. Her omtales organiseringen av avdelingsledelsen, hvorvidt de har tilsettingsmyndighet for ulike stillingstyper, hvorvidt deres ansvar og oppgaver er regulert av skriftlige instruksjoner og noen andre forhold vedrørende koordineringen av pasientgjennomstrømningen. Budsjettrutiner er også relevant her, men spørsmålene vedrørende økonomi og budsjett omtales senere i et eget kapittel (Kapittel 2.7). 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.

Fram til i dag 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 er fra 1. januar 2002 pålagt å innføre slik enhetlig ledelse i avdelingene (Ot prp nr 10 (1998-1999)). Tabell 5 nedenfor viser at andelen av sykehusene som hovedsakelig har

totalt ledelse på avdelingsnivå synker fra 86 prosent i 1999 til 64 prosent i 2001. Over halvparten av sykehusene har altså ikke innført enhetlig avdelingsledelse per juli 2001.

*Tabell 5. Er ledelsen på avdelingsnivå hovedsakelig totalt\* eller enhetlig? Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Todelt	80	40	96	77	78	57	86	64
Enhetlig	20	60	4	23	22	43	14	36
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (23)	100 (23)	100 (50)	100 (50)

\*Sykehus som oppgir at enhetlig ledelse vil bli innført i løpet av høsten 2001 eller fra 1 januar 2002, er her kodet totalte. Dette fordi vår registrering skal uttrykke et gjennomsnitt for hele året.

Et uttrykk for omfanget av avdelingsledelsenes myndighet er om de har tilsetningsmyndighet for ulike typer behandlingspersonale. Vi forventet å finne at omfanget av tilsetningsmyndighet i avdelingene øker med sykehusstørrelsen. Tabell 6 bekrefter denne antakelsen. Turnusleger ansettes svært sjelden av avdelinger, noe som antagelig har med deres opplæringsrolle å gjøre, som naturlig forutsetter at de roterer mellom avdelinger. Et tredje hovedfunn er at avdelingenes tilsetningsmyndighet øker jo lavere i stillingshierarkiet ansettelsen gjelder. Det er vanligere at avdelingene har tilsetningsmyndighet for sykepleiere og "annet pleiepersonale" enn for overleger og assistentleger.

*Tabell 6. Hvilke av de følgende stillingskategoriene har avdelingene tilsetningsmyndighet for? Prosentandeler*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Overleger	60	60	36	55	26	30	34	44
Assistentleger	60	60	45	59	26	30	38	46
Turnusleger	20	20	45	55	26	26	34	38
Sykepleiere	60	80	45	59	39	44	44	54
Annet pleiepersonell	60	80	45	59	39	44	44	54
N	N = 5	N = 5	N = 22	N = 22	N = 23	N = 23	N = 50	N = 50

Foreligger det et skriftlig regelverk for avdelingsledelsens ansvar og oppgaver? Dette spørsmålet sier noe om formaliseringsgraden i organisasjonen. Tabell 7 viser at andelen sykehus som har slike skriftlige instruksjoner for avdelingsledelsene er høy, og økende fra 1999 til 2001.



Tabell 7. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	75	100	86	86	65	83	76	86
Nei	25	0	14	14	35	17	24	14
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(22)	(22)	(23)	(23)	(49)	(49)

I tabell 8 og tabell 9 er spørsmålet om sykehuset har egne personer som tar seg av henholdsvis pasientprioritering og koordinering av pasientinntaket på tvers av avdelinger. Det er særlig de små sykehusene som har slike ordninger. De større sykehusene rapporterer at de ivaretar de samme funksjonene gjennom etablerte rutiner.

Tabell 8. Avdelingstverrgående funksjoner. Prosentandeler (N)

a) Finnes det en person som har ansvaret for pasientprioritering uavhengig av avdeling?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	0	0	14	18	6	8
Nei	100	100	100	100	86	82	94	92
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(21)	(21)	(22)	(22)	(48)	(48)

b) Finnes det en "behandlings-koordinator" som arbeider på tvers av avdelinger?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	0	5	32	41	14	20
Nei	100	100	100	95	68	59	86	80
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(22)	(22)	(49)	(49)

## 2.3 Servicefunksjonene

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 legevakttjenesten og sykehusets mottakelse.

Bare rundt 5 prosent av sykehusene har valgt å desentralisere de *medisinske* servicefunksjonene anestesi og røntgen. Noe flere har desentralisert laboratoriefunksjoner, nemlig 11 prosent av sykehusene. Desentralisering av medisinske servicefunksjoner ser ikke ut til å være korrelert med sykehusstørrelse, og den lave utbredelsen er stabil over tid (Tabell 9).

Tabell 9. Hvilke av de følgende medisinske servicefunksjonene er desentralisert\*? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Anestesi	40	40	0	0	4	4	6	6
Røntgen	20	20	5	5	0	0	4	4
Laboratorium	40	40	9	9	9	9	10	10
N	N = 5	N = 5	N = 22	N = 22	N = 23	N = 23	N = 50	N = 50

\*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. Særlig gjelder dette kjøkken- og renholdsfunksjoner, som øker fra en andel på 8 prosent i 1999 til henholdsvis 12 og 14 prosent i 2001. I 2001 har 4 prosent av sykehusene desentralisert IT-funksjoner og 6 prosent desentralisert drift / tekniske funksjoner.

Tabell 10. Hvilke av de følgende ikke-medisinske servicefunksjonene er desentralisert\*? Prosentandeler

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

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

Salg av tjenester til andre virksomheter er adskillig vanligere. Over 40 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

20 prosent av sykehusene oppgir at de selger tjenester innen IT og drift/teknikk. Rundt 15 prosent selger renholdstjenester, tøyvask og regnskapstjenester. Til slutt er det 2 sykehus (4 prosent) som selger jordmortjenester til andre sykehus (tabell 11).

Tabell 11. Selger sykehuset noen av de følgende tjenestene til andre virksomheter? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Kjøkkentjenester	50	50	46	50	35	39	41	45
Vask av tøy	25	25	14	14	9	9	12	12
Renhold	50	50	5	9	13	17	12	16
Regnskap	25	25	18	18	17	13	18	16
IT-kompetanse	75	75	23	32	4	4	18	22
Drift / tekniske tjenester	50	50	23	32	17	13	22	24
Jordmortjenester*	0	0	5	5	4	4	4	4
N	N = 4	N = 4	N = 22	N = 22	N = 23	N = 23	N = 49	N = 49

\*Jordmortjenester er en svarkategori sykehusene selv har oppgitt. Denne andelen kan derfor være lavere enn de reelle tall

Mange sykehus velger i stedet å kjøpe inn slike tjenester fra andre virksomheter. Hele 73 prosent av sykehusene kjøper tøyvask fra en ekstern virksomhet. Knappt 30 prosent av sykehusene kjøper IT-kompetanse utenfra. Imidlertid er det bare 1 sykehus (2 prosent) som kjøper kjøkkentjenester utenfra, og bare 14 prosent av sykehusene kjøper inn renholdstjenester.

Tabell 12. Kjøper sykehuset noen av de følgende tjenestene fra andre virksomheter? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Kjøkkentjenester	0	0	0	1	0	0	0	2
Vask av tøy	50	50	73	73	78	78	73	73
Renhold	25	25	14	9	13	17	14	14
Regnskap	0	0	5	5	0	0	2	2
IT-kompetanse	50	50	23	23	17	30	22	29
Drift / tekniske tjenester	50	50	18	18	4	9	14	16
N	N = 4	N = 4	N = 22	N = 22	N = 23	N = 23	N = 49	N = 49

Sykehusets mottakelse kan grovt sagt organiseres på to måter; enten som en felles mottakelse for alle akutte innleggelser (både kirurgiske og indremedisinske), eller som adskilte mottakelser for de ulike typer akuttpasienter. Tabell 13a nedenfor avdekker at organiseringen av mottakelsen varierer 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.

Svarene og kommentarene i undersøkelsen tyder på at stadig flere sykehus og kommuner velger å samlokalisere den kommunale legevakten med sykehusets mottakelse. I tabell 13b ser vi at andelen øker fra 28 prosent i 1999 til 44 prosent i 2001. Flere av de sykehusene som ikke har samlokalisert den kommunale legevakten med sykehusets mottakelse, kommenterer dessuten at dette er en ordning de ønsker og/eller har forsøkt å få til.

Tabell 13. Organisering av sykehusets mottakelse. Prosentandeler (N)

a) Er det felles mottakelse for alle akutte innleggelses (både kirurgiske og indremedisinske)?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	100	96	100	70	70	84	88
Nei	20	0	4	0	30	30	16	12
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (23)	100 (23)	100 (50)	100 (50)

  

b) Er kommunal legevakt samlokalisert med sykehusets mottakelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	36	55	22	39	28	44
Nei	80	80	64	45	78	61	72	56
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (23)	100 (23)	100 (50)	100 (50)

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 og 76 prosent i 2001).

Tabell 14. Er en AMK-sentral samlokalisert med sykehuset? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	80	96	91	61	61	80	76
Nei	20	20	4	9	39	39	20	24
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (23)	100 (23)	100 (50)	100 (50)

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 (1998-1999)). Denne uklarheten er nå forsøkt oppklart i et skriv fra Sosial og helsedepartementet av 14.05.2001 (SHD 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.

*Tabell 15. Finnes det et sykehotell og/eller et pasienthotell ved sykehuset? Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rfst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	60	100	27	36	26	30	30	40
Nei	40	0	73	64	74	70	70	60
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(23)	(50)	(50)

## 2.4 EDB-rutiner i sykehusene

Elektronisk databehandling (EDB) blir en 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 "on-line" løsninger. Elektronisk pasientjournal vil i framtiden erstatte papirtung arkivering. Som tabell 16 viser, hadde 36 prosent av sykehusene innført elektronisk pasientjournal allerede i 1999. I år 2001 har denne andelen steget til 58 prosent.

Andelen som oppgir at de registrerer elektronisk når vedlikehold av medisinsk utstyr er utført, øker også noe, fra 64 til 72 prosent. Bildearkiv var det bare 4 prosent av sykehusene som hadde i 1999. To år senere, i 2001, har denne andelen steget til 22 prosent.

Laboratorieresultater har de fleste sykehusene tilgjengelig "on-line". 76 prosent av sykehusene hadde slike systemer i 1999, 82 prosent i 2001. Færre sykehus har "on-line" tilgang til poliklinikkresultater. Men andelen er stigende fra 34 til 46 prosent.

Tabell 16. Hvilke av de følgende "rutinene" behandles elektronisk (via EDB)? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Pasientjournal	20	80	32	41	44	70	36	58
- Registrering av når vedlikehold av medisinsk utstyr er utført	100	80	59	64	61	78	64	72
- Bildearkiv	0	40	5	32	4	9	4	22
- Laboratorieresultater "on-line"	80	100	73	77	78	83	76	82
- Poliklinikkresultater "on-line"	0	20	36	55	39	44	34	46
N	N = 5	N = 5	N = 22	N = 22	N = 23	N = 23	N = 50	N = 50

## 2.5 Innleie av arbeidskraft

Tabell 17 beskriver sykehusenes 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.

I utgangspunktet var spørsmålene a) og c) tenkt som gjensidig utelukkende kategorier, men ettersom mye av arbeidskraften gjennom utleiebyråer kommer fra utlandet må disse spørsmålene sees i sammenheng.

Tabell 17. Sykehusenes bruk av ekstern arbeidskraft. Prosentandeler (N)

A) Leier sykehuset inn arbeidskraft fra utlandet?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	25	25	73	77	83	83	73	76
Nei	75	75	27	23	17	17	27	24
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(22)	(22)	(23)	(23)	(49)	(49)

<i>B) Leier sykehuset inn arbeidskraft fra andre sykehus i Norge?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	33	33	57	57	41	41
Nei	100	100	67	67	43	43	59	59
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(22)	(22)	(23)	(23)	(49)	(49)

<i>C) Leier sykehuset inn arbeidskraft fra private legesentre eller utleie-/formidlingsbyråer?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	25	38	48	52	52	41	43
Nei	100	75	62	52	48	48	59	57
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(22)	(22)	(23)	(23)	(49)	(49)

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. En forklaring kan være at sykehusene i større grad begynner å opparbeide egen kompetanse på dette feltet.

Tabell 18. *Bruk av ekstern konsulent bistand. Prosentandeler (N)*

<i>a) Benytter sykehuset ekstern konsulentbistand i arbeidet med organisasjonsutvikling?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	75	75	55	50	52	39	55	47
Nei	25	25	45	50	48	61	45	53
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(22)	(22)	(19)	(19)	(45)	(45)

<i>b) Hvis ja, skjer det regelmessig eller bare i enkelttilfeller?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Regelmessig	33	33	25	18	17	22	22	14
I enkelttilfeller	67	67	75	82	83	78	78	86
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(3)	(3)	(12)	(11)	(12)	(7)	(27)	(21)

## 2.6 Relasjonen til kommunehelsetjenesten

Allerede i St.meld.nr.9 1974-75 (1975) ble det såkalte LEON-prinsippet om behandling på lavest effektive omsorgsnivå lansert. Lov om kommunehelsetjenesten som ble iverksatt i 1984, reflekterer det samme målet. Knapp tilgang på medisinsk ekspertise, høyere

lønninger, dyrere teknologi, lengre avstand fra hjemstedet og ønsket om å kunne prioritere de sykeste i spesialisthelsetjenesten, er noen av argumentene for denne arbeidsdelingen mellom behandlingsnivåene.

I praksis viser det seg ofte at dette samarbeidet mellom behandlingsnivåene ikke er så velsmurt. I en fersk rapport fra Statens Helsetilsyn (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. 80 prosent av sykehusene har i 2001 inngått slike avtaler, i en eller annen form. Bare tre av de fem regionsykehusene har inngått en slik avtale. Sammenlignet med de andre sykehusene er denne andelen lav (Tabell 19).

*Tabell 19. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	40	60	55	86	65	78	58	80
Nei	60	40	45	14	35	22	42	20
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(23)	(50)	(50)

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 (Tabell 20).



Tabell 20. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	60	60	18	23	44	44	34	36
Nei	40	40	82	77	56	56	66	64
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(23)	(50)	(50)

Registrerer sykehusene liggetiden til utskrivningsklare pasienter? Liggetiden regnes her fra den dagen kommunehelsetjenesten er informert om at pasienten er utskrivningsklar, enten ved telefonisk kontakt eller ved utsendelse av B-skjema. Dette spørsmålet ble stilt både til den kirurgiske og den indremedisinske virksomheten. Om lag 65 prosent innenfor begge virksomhetsområdene registrerer liggetiden for utskrivningsklare pasienter (Tabell 21).

Tabell 21. Registrerer sykehusene liggetiden til utskrivningsklare pasienter? Prosentandeler (N)

a) I den kirurgiske virksomheten?:	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	60	60	55	64	70	70	62	66
Nei	40	40	45	36	30	30	38	34
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(23)	(50)	(50)

  

b) I den indremedisinske virksomheten?:	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	40	40	50	64	65	70	56	64
Nei	60	60	50	36	36	30	44	36
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(23)	(50)	(50)

## 2.7 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 22 beskriver, er unntakene bare noen mindre lokalsykehus. De sykehusene som har avdelingsvise budsjetter oppgir at dette gjelder for samtlige avdelinger i sykehuset.

Tabell 22. Har sykehuset avdelingsvise budsjetter? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	100	100	87	87	94	94
Nei	0	0	0	0	13	13	6	6
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (23)	100 (23)	100 (50)	100 (50)

Avdelingsvise budsjetter er altså hovedregelen, men innholdet i budsjettene, hvilke utgiftsposter og inntektsposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer (tabell 23). Samtlige sykehus oppgir at lønnsutgifter til faste stillinger, overtid, vikarer og ekstrahjelp inngår i de avdelingsvise budsjettene, mens bare 14 prosent av sykehusene oppgir at gjestepasientutgifter for pasienter som henvises fra avdelingen til sykehus utenfor fylkeskommunen, 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.

Hvilke inntektsposter som regnskapsføres avdelingsvis, varierer også (Tabell 23). Alle sykehusene oppgir at poliklinikkinntekter, folketrygdsrefusjoner og inntekter for salg av tjenester inngår i de avdelingsvise budsjettene, mens bare 21 prosent av sykehusene oppgir at forskningsbidrag fra farmasøytiske firma inngår. Gjestepasientinntekter for behandling av pasienter fra andre fylkeskommuner regnskapsføres avdelingsvis av 23 sykehus i 1999 og av 28 sykehus i 2001.

Tabell 23. Dersom sykehuset har avdelingsvise budsjetter, hvilke utgifts- og inntektsposter inngår? Prosent

a) Hvilke utgiftsposter?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rilst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Lønnsutgifter til faste stillinger, overtid, vikarer, og ekstrahjelp	100	100	100	100	100	100	100	100
- Internprising av tjenester fra serviceavdelingene	0	40	9	18	18	14	12	18
- Gjestepasientutgifter for henvisning til andre fylker	20	20	14	14	9	9	12	12
N	N = 5	N = 5	N = 22	N = 22	N = 22	N = 22	N = 49	N = 49

b) hvilke inntektsposter?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rilst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Poliklinikkinntekter	100	100	91	91	96	96	94	94
- Refusjoner fra folketrygden	100	100	91	91	96	96	94	94
- Inntekter fra salg av tjenester	100	100	86	86	73	73	81	81
- Forskningsbidrag fra farmasøytiske firma	0	0	32	32	9	9	19	19
- Gjestepasientinntekter fra andre fylkeskommuner	50	75	27	32	14	14	23	27
- DRG-stykkprisrefusjoner	0	0	14	14	0	0	6	6
N	N = 4	N = 4	N = 22	N = 22	N = 22	N = 22	N = 48	N = 48

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 24). I 2001 har denne andelen steget til 42 prosent. Hadde vi sett bort i fra lokalsykehusene og fylkessykehusene med redusert lokalsykehustilbud, ville andelen vært betydelig høyere. Bare 14 prosent av disse mindre sykehusene viderefører DRG-stykkprisene i år 2001.

Tabell 24. 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/rilst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	40	60	52	67	5	14	29	42
Nei	60	40	48	33	95	86	71	58
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(21)	(21)	(22)	(22)	(48)	(48)

Vi har nå avdekket at 42 prosent av sykehusene viderefører stykkprisrefusjonen til avdelingsnivå i 2001, 13 prosent 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, i år 2001, har denne andelen steget til 32, og andelen som viderefører en mindre del av stykkprisen økte i den samme toårsperioden fra 8 til 10 prosent (Tabell 25).

*Tabell 25. Hvor stor del av stykkprisrefusjonen videreføres til avdelingsnivå? Prosentandeler (N)*

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Hele (100 %)	20	20	43	57	0	9	21	32
80-90 %	0	0	5	5	5	5	4	4
5 %	0	0	0	5	0	0	0	2
Uoppgitt del	20	40	5	0	0	0	4	4
Ingenting (0 %)	60	40	48	33	95	86	71	58
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(21)	(21)	(22)	(22)	(48)	(48)

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 prosent i den aktuelle toårsperioden. Verdt å merke seg er imidlertid at så mange som 3 av 5 regionsykehus nå har introdusert slik deling av stykkprisen.

*Tabell 26. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	40	60	5	14	4	9	8	16
Nei	60	40	95	86	96	91	92	84
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(21)	(21)	(23)	(23)	(49)	(49)

I forbindelse med denne trenden mot en ansvarliggjøring av avdelingene i budsjettsammenheng er det interessant hvilken tilgang de kliniske avdelingsledelsene har på økonomimedarbeidere. Få sykehus har økonomimedarbeider tilsatt på avdelingene (8 prosent i 2001). De øvrige sykehusene fordeler seg jevnt mellom at økonomimedarbeideren "stilles til rådighet for avdelingen" og "kun via sykehusledelsen" (Tabell 27).

Tabell 27. Hvilken tilgang har de kliniske avdelingsledelsene på økonomimedarbeidere? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Tilsatt på avdelingen	20	40	5	10	0	0	4	8
- Ikke tilsatt på avdelingen, men stilles til rådighet for avdelingsledelsen	60	60	57	57	35	35	47	47
- Kun via sykehusledelsen	20	0	38	33	65	65	49	45
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(21)	(21)	(23)	(23)	(49)	(49)

Til slutt i dette kapitlet om budsjett rutiner og 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 fjerne 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. Imidlertid er det noen som selv oppgir en eller flere ikke-økonomisk belønninger for aktivitet. En variant 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".

## 2.8 Vaktssystemer

Generelt har det vist seg at det er vanskelig å kartlegge de ulike vaktssystemene ved sykehusene, slik også i denne undersøkelsen. Variasjoner kommer klart frem, men det er vanskelig å kunne gi et presist sammenlignbart mål på hvor stor vaktbelastningen er. Hvor mye ressurser går med til det enkelte vaktssystem? Viktige faktorer er hvor ofte den enkelte lege eller sykepleier har vakt og hva slags vakt vedkommende da har, og hvorvidt sykehuset har mange vakter uten personellmessig dekning (vakansvakter). Disse faktorene er det imidlertid stor begrepsforvirring om, noe som avspeiler seg i svarene. Antagelig må en kartlegging av vaktssystemer skje på individnivå for å få et nøyaktig mål på vaktssystemets

ressursbruk. Vi ønsker å følge opp disse problemstillingen, og vil ta kontakt med det enkelte sykehus der det er uklarheter. Vi presenterer her utvalgte spørsmål i forbindelse med vaktsystemene, spørsmål som det tilsynelatende var relativt greit å besvare:

Tabell 28. Vaktsystemet ved kirurgisk virksomhet. Prosentandeler (N)

Har hver kirurgisk seksjon et eget vaktsystem?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	27	32	14	14	29	31
Nei	0	0	73	68	86	86	71	69
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (21)	100 (21)	100 (48)	100 (48)

Hvilken type vaktsystem er det for legene i den kirurgiske virksomheten?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
A: Tredelt alle i aktiv vakt	0	0	17	22	0	0	8	10
B: Tredelt med overlege i passiv vakt	0	0	48	44	5	5	25	23
C: Tre delt med ass.lege i delt aktiv vakt	0	0	22	22	10	10	15	15
D: Tre delt med kun aktiv vakt i primærsjikt	0	0	0	0	10	10	4	4
E: To delt med ass.lege i aktiv vakt	100	100	4	4	10	10	17	17
F: To delt med turnuslege i aktiv vakt	0	0	0	0	35	30	15	13
G: Turnuslege og asslege skifter på å gå i primærvakt	0	0	0	0	10	10	4	4
H: Kombinasjon av todelt og tredelt	0	0	9	9	15	15	10	10
I: Ett vaktstjiktssystem med kun overleger	0	0	0	0	5	10	2	4
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (20)	100 (20)	100 (48)	100 (48)

Hvor mange ulike kirurgiske spesialiteter har egen vaktturnus i år 2001?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
	0	0	12	47
1-3	0	76	53	59
4-6	67	12	0	11
7-9	33	0	0	3
Totalt	100 (3)	100 (17)	100 (17)	100 (37)

Tabell 29. Vaktsystemet ved indremedisinsk virksomhet. Prosentandeler (N)

a) Har hver medisinsk seksjon et eget vaktsystem?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	21	21	21	21	29	29
Nei	0	0	79	79	79	79	71	71
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (19)	100 (19)	100 (24)	100 (24)	100 (48)	100 (48)

b) Hvilken type vaktssystem er det for legene i den medisinske virksomheten?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
A: Tredelt alle i aktiv vakt	20	20	39	39	13	13	25	25
B: Tredelt med overlege i passiv vakt	0	0	30	30	4	9	16	18
C: Tre delt med ass.lege i delt aktiv vakt	0	0	17	17	9	9	12	12
D: Tre delt med kun aktiv vakt i primærsjikt	0	0	0	0	4	4	2	2
E: To delt med ass.lege i aktiv vakt	80	80	4	4	9	9	14	14
F: To delt med turnuslege i aktiv vakt	0	0	0	0	30	26	14	12
G: Turnuslege og asslege skifter på å gå i primærvakt	0	0	0	0	17	17	8	8
H: Kombinasjon av todelt og tredelt	0	0	9	9	9	9	8	8
I: Ett vaktstjiktssystem med kun overleger	0	0	0	0	4	4	2	2
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (23)	100 (23)	100 (51)	100 (51)

c) Hvor mange ulike medisinske spesialiteter har egen vaktturnus i år 2001?	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
0	0	47	56	46
1-3	25	47	44	43
4-6	0	7	0	3
7-9	75	0	0	8
Totalt	100 (4)	100 (15)	100 (18)	100 (37)

## 2.9 Forskning og undervisning

Forskning og undervisning er en stor del av sykehusenes virksomhet. Mange kritiserer finansieringsordningen (ISF) for ikke å belønne sykehusenes FoU-aktiviteter. Sykehusene føler at de mangler incentiver og myndighetene mangler oversikt og gode indikatorer.

Senter for helseadministrasjon har satt i gang et prosjekt som skal kartlegge omfanget av og kostnadsberegne forsknings- og undervisningsaktiviteten i norske sykehus. Vi ønsker særlig å kartlegge ressursbruken som går med til slik virksomhet, antall studenter, FoU-stillinger og publikasjoner. Imidlertid har svært få sykehus en presis og tilgjengelig oversikt over disse aktivitetene. Data om omfang og ressursbruk er ofte ikke samlet ett sted, men spredt på flere

personer/avdelinger. Det viste seg å være svært vanskelig å få komplett informasjon fra sykehusene om forsknings- og undervisningsaktiviteten.

Vi stilte spørsmålene til sykehusets øverste ledelse i håp om å få en så helhetlig oversikt som mulig. Flere respondenter har imidlertid kommentert at informasjon om sykehusets undervisning og forskningsaktivitet må innhentes på virksomhetsnivå (avdeling, seksjon, divisjon eller senternivå). En hovedfagsstudent er nå blitt tilknyttet Senter for helseadministrasjon for å revidere spørsmålene og komplettere mangelfulle svar. Han vil ta kontakt med hvert enkelt sykehus for å hente inn komplette stillings- og studenttall, gå gjennom årsmeldinger, og gjøre litteratursøk i ISI, Medline, ForskDok og lignende. Resultatene av hans datainnsamling vil foreligge i løpet av 2002.

Nedenfor presenteres de foreløpige og mangelfulle dataene vi mottok i vår spørreundersøkelse. Som forventet varierer omfanget av forsknings- og undervisningsaktiviteten med sykehusstørrelsen.

Tabell 30. *Forskning og undervisning. Prosentandeler (N)*

<i>a) Er det etablert utdanningsutvalg ved sykehuset?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	75	75	50	60	48	50	52	57
Nei	25	25	50	40	52	50	48	43
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(20)	(20)	(21)	(22)	(44)	(46)

  

<i>b) Er det rutinemessig internundervisning 2 timer per uke for leger i spesialistutdanning?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	100	100	91	91	96	96
Nei	0	0	0	0	9	9	4	4
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(21)	(21)	(21)	(21)	(46)	(46)

  

<i>c) Tilbys alle assistentleger systematisk veiledning?</i>	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	100	100	91	91	96	96
Nei	0	0	0	0	9	9	4	4
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(21)	(21)	(21)	(21)	(46)	(46)



d) Utarbeides det rutinemessig individuelle utdanningsplaner for alle assistentleger?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	75	100	91	91	83	83	86	88
Nei	25	0	9	9	17	17	14	12
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(21)	(21)	(18)	(18)	(43)	(43)

e) Er forskning rutinemessig en del av spesialistutdanningen?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	50	50	5	5	5	5	9	9
Nei	50	50	95	95	95	95	91	91
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(21)	(21)	(20)	(20)	(45)	(45)

f) Gis assistentleger rutinemessig opplæring i forskningsmetodikk og etikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	50	50	0	0	10	10	9	9
Nei	50	50	100	100	90	90	91	91
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(4)	(4)	(20)	(20)	(20)	(20)	(44)	(44)

Tabell 31. Hvor mange studenter i de følgende stillingskategoriene var utplassert i sykehuset i år 2000? Gjennomsnitt (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Hjelpepleierstudenter	60 (1)	27,4 (21)	13,9 (20)	21,7 (42)
Sykepleiestudenter	400 (1)	150,8 (20)	44,9 (20)	105,2 (41)
Radiografistudenter	124 (1)	6,7 (19)	3,1 (16)	8,4 (36)
Bioingeniørstudenter	58 (1)	6,5 (20)	5,1 (14)	7,4 (35)
Fysioterapistudenter	50 (1)	6,6 (20)	2,0 (15)	5,9 (36)
Medisinerstudenter (spør universitene)		30,8 (20)	15,2 (12)	24,9 (32)
Turnusleger	19 (3)	16,6 (21)	6,8 (22)	12,0 (46)
Turnusjordmødre	8 (1)	2,3 (22)	0,6 (17)	1,7 (40)
Turnusfysioterapauter	7,5 (2)	3,1 (20)	1,7 (21)	2,6 (43)

Tabell 32. Hvor mange personer i de følgende kategoriene videreutdannet seg ved sykehuset i år 2000? Gjennomsnitt (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
Hjelpepleiere (videreutd.)	2,0 (1)	5,7 (18)	1,2 (15)	3,6 (34)
Sykepleiere (videreutd.)	57,5 (2)	20,6 (19)	4,8 (18)	15,2 (39)
Leger (spesialistutd.)	-	28,4 (16)	2,9 (14)	16,5 (30)
Doktorgradsstud.(alle fag)	-	0,8 (16)	0,4 (13)	0,6 (29)
Spesialistgodkjenninger	-	2,7 (14)	0,9 (12)	1,9 (26)
Grenspesialistgodkjenninger	-	0,2 (12)	0,001 (12)	0,1 (22)

Tabell 33. Hvor mange forsknings- eller undervisningsstillinger i de følgende kategoriene var det ved sykehuset i år 2000 (antall stillinger og antall årsverk)? Gjennomsnitt (N)

Stillinger	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	Stillinger	Årsverk	Stillinger	Årsverk	Stillinger	Årsverk	Stillinger	Årsverk
- Professor-1	30,5 (2)	28,8 (2)	0,01 (14)	0,01 (14)	0,01 (11)	0,01 (11)	2,3 (27)	2,2 (27)
- Professor-2	48,3 (3)	9,0 (2)	1,9 (16)	0,6 (14)	0,4 (12)	0 (10)	5,8 (31)	1,0 (26)
- Universitetslektorer	-	-	3,2 (17)	1,0 (15)	0,8 (11)	0,2 (11)	2,3 (28)	0,7 (26)
- Andre FoU-stillinger innen medisin	18 (1)	9,6 (1)	0,7 (14)	0,3 (13)	0 (9)	0 (9)	1,2 (24)	0,6 (23)
- FoU-stillinger innen hjelpepleierfaget	-	-	0 (12)	0 (12)	0 (9)	0 (9)	0 (21)	0 (21)
- FoU-stillinger innen sykepleierfaget	-	-	1,7 (14)	2,3 (12)	0,1 (9)	0,9 (10)	1,1 (23)	0,5 (22)
- FoU-stillinger innen fysioterapifaget	1 (1)	1,5 (1)	0,01 (11)	0,01(11)	0 (9)	0 (9)	0,01 (21)	0,1 (21)
- Fordypningsstillinger	34,5 (2)	13,5 (1)	0,01 (11)	0 (10)	0,2 (10)	0 (9)	3,1 (23)	0,7 (20)
- Eksternt lønnede forskere og stipendiater	25 (1)	25 (1)	0,3 (12)	0,3 (10)	0,4 (11)	0,3 (10)	1,3 (24)	1,5 (21)

Tabell 34. Hvor mye (målt i kroner) ble benyttet til forskning i år 2000, og hvor mye av disse driftsmidlene (målt i kroner) var eksternt finansiert? Gjennomsnitt (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
- Driftsmidler til forskning totalt	22 500 000 (1)	8 985 000 (8)	67 000 (9)	5 277 000 (18)
- Driftsmidler til forskning eksternt finansiert	4 000 000 (1)	97 000 (6)	50 000 (9)	315 000 (16)

### **3. Organisering av den kirurgiske virksomheten**

Den kirurgiske virksomheten er mer enn bare operasjoner. Den består av samarbeid mellom sengeposter, poliklinikk, operasjonsavdeling, dagkirurgi, elektiv kirurgi, røntgen, laboratorium, anestesi, intensivavdeling og mottakelse/AMK. I administrative og økonomiske spørsmål er hver organisatorisk enhet ansvarlig overfor direktøren slik som de fleste organisasjonskart viser. Men i faglige spørsmål forholder det seg annerledes. Da er avdelingsoverlegen ved kirurgisk avdeling den øverste ansvarlige, og for eksempel akuttmottaket eller operasjonsavdelingen underordnet han/henne. Hvem som er ansvarlig varierer altså avhengig av spørsmålets art, og enkelte ganger kan det oppstå tvil om hvor den øverste myndigheten er. Dette gjelder særlig i skjæringsfeltet mellom fag og administrasjon og i prioriteringss spørsmål, som for eksempel ved fordeling av ekstrabevilgninger.

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 sammenslåtte sykehusparaplyer 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.

### 3.1 Kirurgisk mottakelse

I kapittel 2 (tabell 13) presenterte vi den overordnede organiseringen av sykehusets mottakelse. Der fant vi at knapt 90 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 kirurgiske mottakelsesfunksjonen.

Tabell 35. Hvem er leder for kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	60	60	27	32	20	22	28	30
En assistentlege	0	0	5	5	0	0	2	2
En sykepleier	20	20	27	23	40	50	32	33
Todelt ledelse	20	20	41	41	40	28	38	33
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(20)	(18)	(47)	(46)

Tabell 36. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	0	0	0	0	5	5	2	2
En assistentlege	80	80	39	39	9	10	30	31
En turnuslege	0	0	35	35	73	71	48	47
Ass.lege eller turnuslege	0	0	17	17	14	14	14	14
Ass.lege eller sykepleier	20	20	9	9	0	0	6	6
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(23)	(23)	(22)	(21)	(50)	(49)

Tabell 37. Omtrent hvor mange prosent av de akutte kirurgiske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
0 – 5 prosent	100	70	40	62
6 – 24 prosent	0	15	13	13
25 – 50 prosent	0	10	7	8
51 – 69 prosent	0	0	0	0
70 – 100 prosent	0	5	40	17
Totalt	100 (4)	100 (20)	100 (15)	100 (39)

Tabell 38. Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i kirurgisk mottakelse? Prosentandeler (N)

a)	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	40	40	13	22	0	5	10	16
Nei	60	60	87	78	100	95	90	84
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(23)	(23)	(22)	(21)	(50)	(49)

b) Hvis ja, hva var den gjennomsnittlig liggetiden på denne posten i år 2000?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	En time	50		0		100		50
Ni timer	0		100		0		25	
Ti timer	50		0		0		25	
Totalt	100	(2)	100	(1)	100	(1)	100	(4)

Tabell 39. Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk mottakelse? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Akuttralle med intubasjonsutstyr og defibrilator	100	100	95	95	90	94	93	95
- BT/EKG- overvåkning	100	100	95	95	63	72	82	86
- Registreringsutstyr for invasive trykk	80	100	60	60	21	22	45	49
- Transportabel ventilator	80	80	30	30	26	28	34	35
- EKG 12 kanal	100	100	85	85	58	61	75	77
- Ultralyd med hjerte, kar, abdominal og endoskopiske probe	20	40	5	5	16	11	11	12
- Røntgenutstyr	40	40	25	25	16	17	23	23
- CT	40	40	5	5	11	6	11	9
- Utstyr til thoraxdren	100	100	70	75	26	22	55	56
- Utstyr til nød-tracheotommi	100	100	75	75	42	44	64	65
- Pulsoksymeter	100	100	85	85	68	72	80	81
- Utstyr til måling av elektrolytter	20	40	10	15	21	17	16	19
- Utstyr til måling av artielle blodgasser	40	60	25	30	26	22	27	30
N	N = 5	N = 5	N = 20	N = 20	N = 19	N = 18	N = 44	N = 43

## 3.2 De kirurgiske sengeavdelingene

Flere reagerte på spørsmålet om det "sosiale ansvar" for pasienten. Vi ønsket å se omfanget av innføringen av pasient-ansvarlig 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 40. Organisering av de kirurgiske sengeavdelingene. Prosentandeler (N)

a) Hvem har det "sosiale ansvaret" for pasienten gjennom oppholdet i de kirurgiske sengeavdelingene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En lege	0	0	0	0	4	4	2	2
Et legeteam	0	0	6	6	4	4	5	5
En sykepleier	0	0	22	22	9	9	14	14
Et sykepleierteam	100	100	28	28	61	61	50	50
Legeteam + pleierteam	0	0	28	28	9	9	16	16
Lege + sykepleier	0	0	17	17	13	13	14	14
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(3)	(3)	(18)	(18)	(23)	(23)	(44)	(44)

  

b) Har de kirurgiske sengeavdelingene pasienter inneliggende som egentlig er innlagt i andre avdelinger (fleksible senger)?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	48	57	52	48	47	49
Nei	80	80	52	43	48	52	53	51
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

  

c) Er det egne rom for previsitt i de kirurgiske sengeavdelingene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	60	80	74	78	64	64	68	72
Nei	40	20	26	22	36	36	32	28
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

  

d) Har de kirurgiske sengeavdelingene rom som er spesielt avsatt for kliniske undersøkelser?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	85	90	75	75	80	83
Nei	0	0	15	10	25	25	20	17
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(2)	(2)	(20)	(20)	(24)	(24)	(46)	(46)

Tabell 41. Antall rom med pasientsenger og romstørrelse. Prosentandeler (N)

a) Hvor mange rom med senger er det i de kirurgiske sengeavdelingene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
1-6	0	0	0	0	0	0	0	0
7-15	50	33	14	14	59	64	38	39
16-25	0	0	14	19	23	18	18	17
26-45	0	33	38	38	18	18	27	28
46-65	0	0	24	19	0	0	11	9
66-85	50	33	5	5	0	0	4	4
86-100	0	0	5	5	0	0	2	2
<b>Totalt</b>	100 (2)	100 (3)	100 (21)	100 (21)	100 (22)	100 (22)	100 (45)	100 (46)

b) Omtrent hvor stor andel av det totale antallet rom med pasientsenger utgjør de følgende romstørrelsene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
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
<b>N</b>	N=2	N=3	N=20	N=20	N=22	N=22	N=44	N=45

c) Andel rom som er spesielt avsatt for kliniske undersøkelser	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
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
<b>Totalt</b>	100 (1)	100 (2)	100 (19)	100 (19)	100 (23)	100 (23)	100 (43)	100 (44)

Tabell 42. Finnes følgende utstyr forbeholdt de kirurgiske sengeavdelingene? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
- Akuttralle med intub. og defibrilator	100	100	68	68	71	71	73	73
- BT/EKG overvåkning	60	60	46	50	42	42	45	47
- Ultralydapparat med hjerte, kar, abdominal og endoskopisk probe	20	40	0	0	8	8	6	8
- Mobilt røntgenutstyr	20	40	9	9	29	29	20	22
<b>N</b>	N = 5	N = 5	N = 22	N = 22	N = 24	N = 24	N = 51	N = 51

Tabell 43. Hva er den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter?\* Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rfst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
1-4 dager	33	33	25	28	25	25	26	27
5-7 dager	0	0	42	36	50	50	42	39
8-10 dager	0	33	25	14	19	19	19	18
11-13 dager	0	0	8	7	0	0	3	3
14-16 dager	33	0	0	7	6	6	6	9
17-20 dager	33	33	0	7	0	0	3	3
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(3)	(3)	(12)	(14)	(16)	(16)	(31)	(33)

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

### 3.3 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 og de fleste poliklinikkene har faste poliklinikk lister. At de små sykehusene har mer utstyr på sine poliklinikker antyder at poliklinikkene ved de små sykehusene har funksjoner utover de man vanligvis definerer som polikliniske.

Tabell 44. Ledelse og organisering av poliklinikken. Prosentandeler (N)

a) Hva er den overordnede avdelingstilknytningen til kirurgisk poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rfst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Kirurgisk avdeling	100	100	91	91	58	63	77	79
Egen avdeling	0	0	9	9	33	33	19	19
Operasjonsavdeling	0	0	0	0	8	4	4	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(24)	(24)	(52)	(52)

b) Hvem er leder for kirurgisk poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rfst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
En overlege	40	40	18	18	20	20	21	21
En assistentlege	0	0	0	0	0	0	0	0
En sykepleier	20	20	50	46	52	56	48	48
Todelt ledelse	40	40	32	36	28	24	31	31
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(22)	(22)	(25)	(25)	(52)	(52)

c) Setter spesialistene av hele dager til poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rfst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	75	75	86	86	100	100	92	92
Nei	25	25	14	14	0	0	8	8
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(4)	(4)	(21)	(21)	(25)	(25)	(50)	(50)



d) I hvilken grad har legene mulighet til å påvirke egne poliklinikklister?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Ingen mulighet	20	20	5	5	4	4	6	6
I noe grad	60	60	73	68	56	56	63	62
I stor grad	20	20	23	27	40	40	31	33
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(25)	(25)	(52)	(52)

e) Blir elektive kirurgiske pasienter rutinemessig undersøkt på poliklinikken før de legges inn, også når det er innleggelse fra primærlege?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	80	96	96	88	88	90	90
Nei	20	20	4	4	12	12	10	10
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(25)	(25)	(52)	(52)

Tabell 45. Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk poliklinikk? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2000	1999	2000	1999	2000	1999	2000
Akuttralle med intub. / def.	25	25	52	57	58	58	53	55
BT/EKG overvåkning	25	25	44	48	46	46	43	45
Endoscopy	75	75	61	65	63	63	63	65
Utstyr for narkose operasjon	0	0	26	26	29	29	25	25
N	N = 4	N = 4	N = 23	N = 23	N = 24	N = 24	N = 51	N = 51

### 3.4 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 normal 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 sykehusparaplyer 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 paraplyen.

Tabell 46. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- En egen produksjonslinje for elektiv kirurgi	20	20	4	9	4	8	6	9
- Delt akutt og elektiv mellom flere sykehusenheter	40	40	13	17	0	0	9	11
- Primært elektiv kirurgi	0	0	0	0	8	8	4	4
- Ingen spesiell skjerming av elektiv kirurgi	40	40	82	74	88	84	81	75
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

Tabell 47. Andel elektive saler

	Regionsykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
0	50	30	57	44
0,01 – 0,20	50	25	19	24
0,21 – 0,40	0	25	0	11
0,41 – 0,60	0	10	0	4
0,61 – 0,83	0	10	24	16
	100	100	100	100
Totalt	(4)	(20)	(21)	(45)

Tabell 48. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0 %	25	20	10	10	28	26	19	18
1-5 %	25	40	45	45	22	21	33	34
6-25 %	50	40	30	25	17	11	26	20
26-50%	0	0	15	15	28	32	21	20
51-75%	0	0	0	5	0	5	0	5
76-99%	0	0	0	0	0	0	0	0
100 %	0	0	0	0	5	5	2	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(4)	(5)	(20)	(20)	(18)	(19)	(42)	(44)

Tabell 49. 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	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	80	57	67	78	83	69	76
Nei	20	20	43	33	22	17	31	24
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(21)	(21)	(23)	(23)	(49)	(49)

Tabell 50. Finnes følgende utstyr forbeholdt elektiv kirurgi? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Utstyr til mikrokirurgi	50	50	52	57	25	29	39	43
Utstyr til endosk. kirurgi	75	75	87	87	88	88	86	86
Intraoperativ ultralyd	50	50	17	30	4	4	14	23
Mobil operasjonsseng	33	33	22	22	21	25	22	24
Utstyr til laserkirurgi	50	25	35	39	13	13	25	25
C-bue	75	75	87	87	83	83	84	84
<b>N</b>	<b>N = 4</b>	<b>N = 4</b>	<b>N = 23</b>	<b>N = 23</b>	<b>N = 24</b>	<b>N = 24</b>	<b>N = 51</b>	<b>N = 51</b>

Tabell 51. Blir strykninger fra det planlagte operasjonsprogrammet løpende registrert? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	100	87	83	36	52	62	70
Nei	20	0	13	17	64	48	38	30
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

Tabell 52. Hvor stor prosentvis andel av pasientene ble strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet i 1999 og til nå i 2001? Prosentandeler (N)

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

### 3.5 Operasjonsavdelingen

Organiseringen av operasjonsavdelingen har stor betydning for den kirurgiske virksomheten. En stor andel av avdelingslederne som har svart på spørreskjemaet mener at operasjonsavdelingen burde hatt mer fleksibilitet og bedre kapasitetsutnyttelse (se tabell 67).

Tabell 53. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen til operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Kirurgisk avdeling	40	40	22	17	39	44	31	31
Anestesiavdeling	0	0	22	22	4	4	12	12
Egen avdeling	60	60	35	35	52	48	45	43
Akuttavdeling	0	0	22	22	4	4	12	12
Medisinsk avdeling	0	0	0	4	0	0	0	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(23)	(23)	(51)	(51)

Tabell 54. Hvem er leder for operasjonsavdelingen? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	0	0	9	13	16	16	11	13
En assistentlege	0	0	0	0	0	0	0	0
En sykepleier	40	40	57	52	56	60	55	55
Todelt ledelse	60	60	35	30	28	24	34	30
Lederteam	0	0	0	4	0	0	0	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

Tabell 55. Finnes følgende utstyr forbeholdt operasjonsavdelingen?  
Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Utstyr til mikrokirurgi	80	100	70	78	28	32	51	58
Utstyr til endosk. kirurgi	100	100	100	100	96	96	98	98
Intraoperativ ultralyd	100	100	17	30	4	4	19	25
BIS-monitor	50	50	9	13	0	4	8	12
C-bue	100	100	96	96	100	100	98	98
Hjerte/lungemaskin	80	60	0	0	8	8	11	9
Utstyr for karkirurgi	100	100	87	91	32	32	62	64
Utstyr til laserkirurgi	60	60	39	39	12	12	28	28
N	N = 4-5	N = 4-5	N = 23	N = 23	N = 25	N = 25	N = 52 – 53	N = 52 – 53

Tabell 56. Antall operasjonssaler og andel tekniske-, steriliserings- og forberedelsesrom i forhold til det totale antallet operasjonssaler.  
Prosentandeler (N)

A) Antall operasjonssaler med full steril oppdekning	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
1-5	0	20	19	19	88	84	52	51
6-10	25	20	57	57	12	16	32	33
11-15	25	20	19	19	0	0	10	10
16-20	50	40	5	5	0	0	6	6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(5)	(21)	(21)	(25)	(25)	(50)	(51)

b) Andel forberedelsesrom	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0,00	0	0	10	10	22	22	15	14
0,01 – 0,20	0	0	14	14	4	4	8	8
0,21 – 0,40	0	0	24	24	43	43	31	31
0,41 – 0,60	50	40	19	24	9	9	17	18
0,61 – 0,80	25	20	10	5	13	13	13	10
0,81 – 1,00	0	0	10	14	0	0	4	6
1,01 – 1,20	25	20	14	10	9	9	13	10
1,21 – 1,40	0	20	0	0	0	0	0	2
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(5)	(21)	(21)	(23)	(23)	(48)	(49)

c) Andel tekniske rom	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0,00	0	0	7	7	0	0	3	3
0,01 – 0,40	50	33	20	20	18	18	21	20
0,41 – 0,80	0	0	20	20	59	65	38	40
0,81 – 1,20	0	33	47	47	12	6	26	26
1,21 – 1,60	50	33	0	7	0	0	3	6
1,61 – 2,00	0	0	7	0	12	12	9	6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(2)	(3)	(15)	(15)	(17)	(17)	(34)	(35)

d) Andel steriliseringsrom	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0,00	0	0	0	0	0	0	0	0
0,01 – 0,20	67	50	63	63	14	14	37	36
0,21 – 0,40	33	25	25	25	50	50	39	38
0,41 – 0,60	0	0	6	13	27	27	17	19
0,61 – 0,80	0	25	6	0	5	5	5	5
0,81 – 1,00	0	0	0	0	5	5	2	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(3)	(4)	(16)	(16)	(22)	(22)	(41)	(42)

### 3.6 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 intensivenheter som bare var en del av kirurgisk avdeling. Sjelden mer en 15 senger på en intensivhet.

Tabell 57. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen til kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Kirurgisk avdeling	0	0	0	0	38	38	16	16
Anestesiavdeling	60	60	78	78	24	24	53	53
Egen avdeling	20	20	4	4	24	24	14	14
Akuttavdeling	20	20	17	17	10	10	14	14
Medisinsk + anestesi	0	0	0	0	5	5	2	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(21)	(21)	(49)	(49)

Tabell 58. Hvem er leder for kirurgisk intensiv? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	60	60	26	30	22	22	28	30
En sykepleier	0	0	35	30	39	44	33	33
Todelt ledelse	40	40	39	39	39	33	39	37
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(5)	(5)	(23)	(23)	(18)	(18)	(46)	(46)

Tabell 59. Antall intensivsenger? Prosentandeler (N)

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

Tabell 60. Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk intensiv? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- BT/EKG overvåkning	100	100	96	96	95	95	96	96
- Reg.utstyr invasive trykk	100	100	96	96	84	84	91	91
- Capnografi	100	100	74	74	74	74	77	77
- Barnerespirator	100	100	65	65	11	11	47	47
- Kont. hemodialyse (CAVHD)	100	100	35	39	0	5	28	32
- Hjerte/lungemaskin	40	40	0	0	0	0	4	4
- Utstyr for karkirurgi	40	40	9	13	21	21	17	19
N	N = 5	N = 5	N = 23	N = 23	N = 19	N = 19	N = 47	N = 47

### 3.7 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 en 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 61. Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for kirurgisk overvåkning? Prosentandeler (N)

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

Tabell 62. Hvem er leder for kirurgisk overvåkning? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	40	40	26	30	25	25	27	29
En sykepleier	0	0	35	30	35	40	31	31
Todelt ledelse	60	60	39	39	40	35	42	40
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(23)	(23)	(20)	(20)	(48)	(48)

Tabell 63. Antall senger i overvåkingen? Prosentandeler (N)

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

Tabell 64. Betjener den kirurgiske overvåkingen også indremedisinske pasienter? Prosentandeler (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	80	62	67	64	59	65	65
Nei	20	20	38	33	36	41	35	35
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (21)	100 (21)	100 (22)	100 (22)	100 (48)	100 (48)

Tabell 65. Finnes følgende utstyr forbeholdt kirurgisk overvåking? Prosentandeler

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
BT/EKG overvåking	100	100	91	96	96	96	94	96
Akuttralle m/ intub og def	100	100	87	91	91	91	90	92
N	N = 5	N = 5	N = 23	N = 23	N = 22	N = 23	N = 50	N = 51



### 3.8 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, tabell 20) 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, se tabell 82).

Tabell 66. Rutiner i forbindelse med utskrivning. Prosentandeler (N)

a) Følger epikrisen rutinemessig med pasienten samme dag som utskrivning skjer?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	26	26	44	48	34	36
Nei	80	80	74	74	56	52	66	64
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

b) Muliggjør elektroniske journaler elektronisk utsending av epikrisen?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	9	18	4	17	8	18
Nei	80	80	91	82	96	83	92	82
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(22)	(22)	(24)	(24)	(51)	(51)

c) Blir pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	22	22	32	36	26	28
Nei	80	80	78	78	68	64	74	72
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(23)	(23)	(25)	(25)	(53)	(53)

d) For pasienter med behov for pleie, tas det da rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	100	100	96	96	100	100	98	98
Nei	0	0	4	4	0	0	0	0
Totalt	100 (4)	100 (4)	100 (23)	100 (23)	100 (24)	100 (24)	100 (51)	100 (51)

e) For pasienter med behov for medisinsk oppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med primærlegen før hjemsendelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	26	26	29	29	25	25
Nei	100	100	74	74	71	71	75	75
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (25)	100 (25)	100 (53)	100 (53)

f) For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	36	39	73	73	51	52
Nei	80	80	64	61	27	27	49	48
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (23)	100 (22)	100 (22)	100 (49)	100 (50)

### 3.9 Koordinering og kapasitet i kirurgisk virksomhet

Til slutt i skjema for del II og del III ba vi respondenten om å svare på noen vurderings spørsmål om hva som kunne sees som problemområder og hva som ble karakterisert som velfungerende. Spørsmålet ble bare stilt til personen (som oftest avdelingslederen ved kirurgi) som svarte på skjemaet. Rent metodologisk kan ikke dette sees som representativt for virksomheten men kan gi et illustrerende bilde av hva ledelsen oppfatter som flaskehals og utbedringsområder eller forhold som sees som godt ivaretatt.

Det er et påfallende mønster i besvarelsen med relativt lite variasjon mellom sykehus typene. Små lokalsykehus er likevel noe mer fornøyd med de fleste forhold.

Problemområder når det gjelder koordinering og kapasitet i den kirurgiske behandlingsevne er bygningsmassen, kapasiteten på sengeavdelingene og skrivestueene, og fleksibiliteten på operasjonsstueene.

Utstyr, røntgen og laboratorietjenester oppleves som gode

Tabell 67. I hvilken grad gir påstandene nedenfor en dekkende beskrivelse av dagens situasjon (2001) i den kirurgiske behandlingsevne? Gjennomsnitt (N).

<b>1=Helt uenig, 2=delvis uenig, 3=hverken enig eller uenig, 4=delvis enig, 5=helt enig.</b>	Region-sykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
"Kirurgisk poliklinikk tilpasser kapasiteten etter behov"	3,4 (5)	3,6 (21)	3,9 (22)	3,7 (48)
"Kirurgisk intensiv har tilstrekkelig kapasitet"	2,0 (5)	2,8 (22)	4,0 (19)	3,2 (46)
"Opphopning av medisinske pasienter i intensivavd. er en flaskehals for den kirurgiske virksomheten"	3,2 (5)	3,8 (22)	2,4 (20)	3,1 (47)
"Kirurgisk oppvåkning har tilstrekkelig kapasitet"	2,2 (5)	3,3 (22)	3,9 (22)	3,4 (49)
"Skrivestue / sekretær har tilstrekkelig kapasitet"	2,6 (5)	2,9 (22)	2,6 (23)	2,7 (50)
"Operasjonsavdelingen har fleksibel arbeidstid og utvider åpningstiden ved behov"	2,6 (5)	1,8 (22)	3,4 (23)	2,6 (50)
"De kirurgiske sengeavd. har tilstrekkelig kapasitet"	2,4 (5)	2,6 (22)	3,1 (23)	2,8 (50)
"Den kirurgiske virksomheten har moderne utstyr"	3,8 (5)	4,1 (22)	4,3 (22)	4,2 (49)
"Laboratoriet yter personlig service og gir tilbakemelding"	3,4 (5)	3,6 (22)	4,4 (23)	3,9 (50)
"Laboratoriets åpningstider er tilpasset den kirurgiske virksomhetens behov"	3,6 (5)	3,6 (22)	4,2 (23)	3,9 (50)
"Røntgenavdelingen yter personlig service og gir tilbakemelding"	4,2 (5)	4,0 (22)	4,5 (22)	4,2 (49)
"Røntgenavdelingens åpningstider er tilpasset den kirurgiske virksomhetens behov"	4,8 (5)	4,1 (21)	4,4 (48)	4,3 (48)
"Sentraladministrasjonen er godt kjent med virksomheten i de kirurgiske avdelingene"	3,0 (4)	3,4 (22)	4,0 (23)	3,6 (49)
"Sentraladministrasjonen følger raskt opp forespørsler fra de kirurgiske avdelingene"	2,8 (4)	3,1 (22)	3,6 (23)	3,3 (49)
"Bygningsmassen i de kirurgiske avdelingene er tilpasset de krav som stilles til et moderne sykehus"	2,6 (5)	1,9 (22)	3,0 (23)	2,5 (50)
Generell tilfredshet	3,1	3,2	3,7	3,4

\*Respondente er ledere i sykehusenes kirurgiske og indremedisinske virksomhet. Fordelingen er derfor ikke representativ verken på sykehusnivå eller blant sykehusansatte, men gir et grovt innblikk i hvordan lederne vurderer disse påstandene om kapasitet og koordinering.



## **4. 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 gjennomsnittlig 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 omsorgstibud, som gjør det lettere å skrive ut ferdigbehandlede pleiepasienter ut ifra prinsippet om en hierarkisk oppbygd helsesektor<sup>2</sup>. 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 kirurgene (Kjekshus et al. 1999).

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

### **4.1 Medisinsk mottakelse**

I kapittel 2 (tabell 13) presenterte vi den overordnede organiseringen av sykehusets mottakelse. Der fant vi at knapt 90 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

---

<sup>2</sup> LEON-prinsippet om behandling på det laveste effektive omsorgsnivå (St.meld.nr.9 1974-75: 53).

eller i medisinsk avdeling. Nedenfor presenterer vi noen andre forhold vedrørende organiseringen av den indremedisinske mottakelsesfunksjonen.

Tabell 68. Organisering og ledelse av medisinsk mottakelse. Prosentandeler (N)

a) Hvem er leder for medisinsk mottakelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	40	20	52	52	55	52	52	49
En sykepleier	20	40	13	13	36	35	24	25
Todelt ledelse	40	40	35	35	9	13	24	25
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(23)	(23)	(22)	(23)	(50)	(51)

b) Hvem foretar primært siling og prioritering av akutte indremedisinske pasienter?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	0	0	0	5	26	25	12	14
En assistentlege	80	80	41	41	9	8	30	29
En turnuslege	0	0	32	27	52	54	38	37
En sykepleier	0	0	0	0	4	4	2	2
Ass.lege eller turnuslege	0	0	18	18	4	4	10	10
Turnuslege eller sykepl.	0	0	5	5	0	0	2	2
Asslege eller sykepleier	20	20	5	5	0	0	4	4
Team	0	0	0	0	4	4	2	2
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(23)	(24)	(50)	(51)

c) Omtrent hvor stor andel av de akutte indremedisinske pasientene ble undersøkt av en overlege i mottakelsen før innleggelse i år 2000?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	2000		2000		2000		2000	
0 %	0	0	15	5	9			
1-5 %	67	45	32	40				
6-15%	0	35	32	31				
20 %	33	0	5	4				
25 %	0	0	5	2				
50 %	0	0	5	2				
80 %	0	5	0	2				
100 %	0	0	18	9				
	100	100	100	100	100	100	100	
Totalt	(3)	(20)	(22)	(45)				

d) Er det en egen observasjonspost med mer enn tre senger i medisinsk mottakelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	40	40	18	27	4	8	14	20
Nei	60	60	82	73	96	92	86	80
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(22)	(22)	(24)	(24)	(51)	(51)

e) Hvis ja, hva var den gjennomsnittlige liggetiden (målt i timer) på observasjons-posten i år 2000?	Region-sykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0	0	0	0	0	25	0	8	0
1-3	0	0	17	17	25	33	17	18
4-6	0	0	17	17	50	67	25	27
7-9	50	50	17	17	0	0	17	18
10-15	0	0	33	33	0	0	17	18
16-20	0	0	0	0	0	0	0	0
21-25	50	50	17	17	0	0	17	18
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(2)	(2)	(6)	(6)	(4)	(3)	(12)	(11)

f) Finnes følgende utstyr forbeholdt medisinsk mottakelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Akuttralle med intub og def	100	100	91	96	88	96	90	96
- BT/EKG overvåkning	100	100	91	96	75	83	85	90
- Registreringsutst. for invasive trykk	80	80	17	26	17	25	23	31
- Transportabel EKG-overvåkning	100	100	78	83	58	71	71	79
- EKG 12 kanal	100	100	91	96	75	83	85	90
- Arbeids_EKG	20	20	0	0	13	13	8	8
- Ultralyd med hjerte, kar abdominal og end. probe	20	20	0	0	17	21	10	12
- Røntgenutstyr	60	60	13	13	13	13	17	17
- CT	40	40	0	0	13	13	10	10
- Hjerte-ekkomaskin	20	20	0	0	21	29	12	15
- Apparat til akutt bestemmelse av hjerteenzym	20	20	0	0	13	17	8	10
- Analyseapparat for glucose, blodgass, elektrolytter	40	40	22	26	29	38	27	32
- Utstyr til temporær pacemaker-innleggelse	20	20	0	0	21	29	12	15
<b>N</b>	<b>N = 5</b>	<b>N = 5</b>	<b>N = 23</b>	<b>N = 23</b>	<b>N = 24</b>	<b>N = 24</b>	<b>N = 52</b>	<b>N = 52</b>

## 4.2 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 69. Organisering og ledelse av de medisinske sengeavdelingene. Prosentandel (N).

a) Hvem har det "sosiale ansvaret" for pasienten gjennom oppholdet?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En lege	0	0	7	7	0	0	2	2
Et legeteam	0	0	0	0	13	13	7	7
En sykepleier	0	0	27	27	17	17	19	19
Et sykepleierteam	33	33	40	40	42	38	40	38
Sykepleier og lege	33	33	20	20	4	4	12	12
Sykepleier- og legeteam	33	33	7	7	21	25	17	19
Avdelingen	0	0	0	0	4	4	2	2
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(3)	(3)	(15)	(15)	(24)	(24)	(42)	(42)

b) Har de medisinske sengeavdelingene pasienter som egentlig er innlagt i andre avdelinger (fleksible senger)?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	20	20	13	17	37	37	25	27
Nei	80	80	87	83	63	63	75	73
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(23)	(23)	(27)	(27)	(55)	(55)

c) Er det egne rom for previsit i de medisinske sengeavdelingene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	60	60	74	74	70	78	71	75
Nei	40	40	26	26	30	22	29	25
	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	(5)	(5)	(23)	(23)	(27)	(27)	(55)	(55)

Tabell 70. Finnes følgende utstyr forbeholdt de medisinske sengeavdelingene? Prosentandel

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Akuttralle m/ intub og def.	60	40	65	65	82	85	73	73
- BT / EKG overvåkning	80	80	70	70	63	56	67	64
- Ultralyd med hjerte, kar, abdominal og end. probe	40	40	30	35	15	15	24	25
- Transportabel røntgen	20	20	9	9	30	30	20	20
- EKG 12 kanal	100	100	78	78	89	93	85	87
N	N = 5	N = 5	N = 23	N = 23	N = 27	N = 27	N = 55	N = 55



Tabell 71. Antall rom og romstørrelse. Prosentandel (N).

a) Hvor mange rom med pasientsenger er det i de medisinske sengeavdelingene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0-4	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	15	15	8	8
10-24	33	0	19	19	67	67	45	43
25-49	0	33	53	53	11	7	27	27
50-99	33	33	29	29	7	7	18	18
100-199	0	0	0	0	0	0	0	0
200-215	33	33	0	0	0	0	2	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(3)	(3)	(21)	(21)	(27)	(27)	(51)	(51)

  

b) Hvor stor andel (%) av det totale antallet rom med pasientsenger utgjør de følgende romstørrelsene?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Stuer med en seng	37	37	37	38	30	31	33	34
Stuer med to senger	33	33	40	40	43	42	41	41
Stuer med tre senger	2	2	6	6	9	9	7	7
Stuer fire eller flere senger	29	29	17	17	18	18	18	18
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(2)	(2)	(21)	(21)	(25)	(25)	(48)	(48)

  

c) Andel av det totale antallet rom, som er spesielt avsatt for kliniske undersøkelser	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
0,00	0	0	12	11	27	27	20	19
0,01 – 0,05	33	33	30	22	11	11	20	17
0,06 – 0,10	0	0	35	34	34	27	33	28
0,11 – 0,15	67	33	18	28	19	23	22	26
0,16 – 0,20	0	33	6	6	4	8	4	9
0,21 – 0,25	0	0	0	0	4	4	2	2
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(3)	(3)	(17)	(18)	(26)	(26)	(46)	(47)

Tabell 72. Hva var den gjennomsnittlige liggetiden for ferdigbehandlede og utskrivningsklare pasienter?\* Prosentandeler (N)

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

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

### 4.3 Medisinsk poliklinikk

De fleste medisinske poliklinikkene er underordnet medisinsk avdeling. Ved overgang til en 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 en ved kirurgisk virksomhet. Legene ved medisinsk virksomhet har større mulighet til å påvirke poliklinikklistene enn sine kolleger i kirurgisk virksomhet.

Tabell 73. Organisering og ledelse av medisinsk poliklinikk. Prosentandel (N)

a) Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Medisinsk avdeling	80	80	91	87	74	78	82	82
Egen avdeling	20	20	9	13	22	18	16	16
Både med.og kir. avdeling	0	0	0	0	4	4	2	2
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(23)	(23)	(27)	(27)	(55)	(55)

  

b) Hvem er leder for medisinsk poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En overlege	60	60	46	48	41	44	44	47
En sykepleier	0	0	18	17	41	37	28	25
Todelt ledelse	40	40	36	35	19	19	28	27
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(22)	(23)	(27)	(27)	(54)	(55)

  

c) Setter spesialistene av hele dager til medisinsk poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	80	80	74	74	81	77	78	76
Nei	20	20	36	36	19	23	22	24
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(23)	(23)	(26)	(26)	(54)	(54)

  

d) I hvilken grad har legene muligheten til å påvirke egne poliklinikklister?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ingen mulighet	0	0	0	0	0	0	0	0
I noe grad	80	80	26	26	30	30	33	33
I stor grad	20	20	74	74	70	70	67	67
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(23)	(23)	(27)	(27)	(55)	(55)

  

e) Blir elektive medisinske pasienter rutinemessig undersøkt på poliklinikken før de legges inn, også når det er innleggelse fra primærlege?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	25	25	0	0	11	11	7	7
Nei	75	75	100	100	89	89	93	93
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(23)	(23)	(27)	(27)	(54)	(54)

f) Finnes følgende utstyr forbeholdt medisinsk poliklinikk?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
- Akuttralle m/intub. og def.	50	50	91	91	74	78	80	81
- BT/EKG overvåkning	100	100	87	91	70	70	80	81
- Bronskopi	50	50	74	74	48	56	59	63
- Transportabel EKG overv.	100	100	65	65	48	56	59	63
- EKG 12 kanal	100	100	96	96	89	96	93	96
- Arbeids-EKG	100	100	91	91	93	93	93	93
- Ultralyd med hjerte, kar, abdominal og end. probe.	25	50	65	65	82	85	70	74
- Cardiologisk laboratorium	75	75	44	44	22	26	35	37
- Endoscopi laboratorium	75	75	83	83	82	82	81	81
- Helkroppspletysmografi	0	0	22	30	0	0	9	13
- Gastroutstyr til hemostase	75	75	83	83	41	48	61	65
- Stressekk	100	100	26	35	15	22	26	33
- Utstyr til temporær pacemaker-innleggelse	50	50	35	35	26	30	31	33
N	N = 4	N = 4	N = 23	N = 23	N = 27	N = 27	N = 54	N = 54

## 4.4 Elektiv medisin

Elektiv indremedisinsk virksomhet har en annen karakter en 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 74. Er det en egen skjermet enhet for elektiv indremedisinsk virksomhet? Prosentandel (N)

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

Tabell 75. Foreligger det før innleggelse av elektive indremedisinske pasienter rutinemessig en plan som beskriver behandlingsforløpet til pasienten? Prosentandel (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	75	75	52	62	42	46	48	54
Nei	25	25	48	38	58	54	52	46
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(5)	(5)	(21)	(21)	(26)	(26)	(52)	(52)

Tabell 76. Finnes det et eget undervisningsopplegg for pasienter med kroniske lidelser? Prosentandel (N)

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

Tabell 77. Finnes følgende utstyr forbeholdt elektiv medisin? Prosentandel

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Lungefunksjonsinstrum.	60	60	64	59	70	78	67	69
Endoscopi for abdomen	60	60	59	55	63	67	61	61
Arbeids-EKG	60	60	59	55	74	78	67	67
N	N = 5	N = 5	N = 22	N = 22	N = 27	N = 27	N = 54	N = 54

Tabell 78. Blir strykninger fra det planlagte indremedisinske programmet løpende registrert? Prosentandel (N)

	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	25	25	17	17	33	33	25	25
Nei	75	75	83	83	67	67	75	75
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	(4)	(4)	(23)	(23)	(24)	(24)	(51)	(51)

Tabell 79. Hvor stor andel av pasientene ble strøket fra det planlagte indremedisinske behandlingsprogrammet i 1999 og til nå i 2001? Prosentandel (N)\*

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

\*Dersom strykninger ikke registreres bad vi allikevel om respondentens antagelse

## 4.5 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 80. Ledelse og organisering av medisinsk overvåkning. Prosentandel (N)

a) Hva er den overordnede avdelingstilknytningen for medisinsk overvåkning (medisinsk intensiv)?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Medisinsk avdeling	80	100	70	70	32	32	54	56
Egen avdeling	0	0	9	9	32	32	18	18
Akuttavdeling	20	0	13	13	5	5	10	8
Anestesiavdeling	0	0	4	4	23	23	12	12
Anestesi- + med. avdeling	0	0	4	4	5	5	4	4
Kirurgisk + med. avdeling	0	0	0	0	5	5	2	2
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (22)	100 (22)	100 (50)	100 (50)

b) Hvem er leder for overvåkningsenheten?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
En lege	60	60	48	48	50	55	50	52
En sykepleier	0	0	17	17	23	23	18	18
Todelt ledelse	40	40	35	35	27	23	32	30
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (22)	100 (22)	100 (50)	100 (50)

c) Finnes følgende utstyr forbeholdt medisinsk overvåkning?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Egen dialyse enhet	20	20	4	9	17	22	12	16
Akuttralle m/ intub og def	100	100	96	100	91	91	94	96
BT/EKG overvåkning	100	100	100	100	91	91	96	96
EKG 12 kanal	100	100	100	100	91	91	96	96
Mobilt røntgenutstyr	40	40	52	52	52	52	51	51
Ultralyd med hjerte, kar, abdominal og end. probe	40	40	48	61	26	44	37	51
N	N = 5	N = 5	N = 23	N = 23	N = 23	N = 23	N = 51	N = 51

## 4.6 Utskrivning

I motsetning til kirurgisk virksomhet (avsnitt 3.8) 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. Hvordan dette gjøre varierer (se tidligere avsnitt om relasjonen til kommunehelsetjenesten, tabell 20)

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

Tabell 81. Rutiner i forbindelse med utskrivning. Prosentandel (N)

a) Følger epikrisen rutinemessig pasienten samme dag som utskrivning?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	0	0	0	0	0	0
Nei	40	40	52	52	41	41	45	45
Forbeholden ja*	60	60	48	48	59	59	55	55
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (27)	100 (27)	100 (55)	100 (55)

\*"Forbeholden-ja" inkluderer de som ved overflytning / viderehenvielse til annen institusjon sender epikrisen med pasienten samme dag som utskrivning skjer, eller som sender med en foreløpig versjon samme dag som utskrivning skjer.

b) Muliggjør elektroniske journaler elektronisk utsending av epikrisen?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	0	4	4	19	2	11
Nei	100	100	100	96	96	81	98	89
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (27)	100 (27)	100 (55)	100 (55)

c) Blir pasienten rutinemessig kontaktet etter utskrivning?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
Ja	0	0	0	0	0	0	0	0
Nei	100	100	100	100	100	100	100	100
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (27)	100 (27)	100 (55)	100 (55)

d) For pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester, tas det da rutinemessig kontakt med hjemkommunens helse- og sosialavdeling før hjemsendelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
	Ja	100	100	100	100	100	100	100
Nei	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	100(5)	100 (5)	100 (23)	100 (23)	100 (27)	100 (27)	100 (55)	100 (55)

e) For pasienter med behov for medisinsk oppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med primærlegen før hjemsendelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
	Ja	0	0	18	18	33	37	24
Nei	100	100	82	82	67	63	76	74
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (27)	100 (27)	100 (54)	100 (54)

f) For pasienter med behov for spesialistoppfølging, tas det da rutinemessig kontakt med spesialister før hjemsendelse?	Regionsykehus		Sentralsykehus og FSH m/sshf		Lokalsykehus og FSH m/rlst		Totalt	
	1999	2001	1999	2001	1999	2001	1999	2001
	Ja	60	60	27	27	52	56	42
Nei	40	40	73	73	48	44	58	56
Totalt	100 (5)	100 (5)	100 (22)	100 (22)	100 (25)	100 (25)	100 (52)	100 (52)

## 4.7 Koordinering og kapasitet i indremedisinsk virksomhet

Som ved kirurgisk virksomhet ba vi også respondenten for medisinsk virksomhet om å svare på noen vurderingsspmårl om hva som kunne sees som problemområder og hva som ble karakterisert som velfungerende. Spørsmålet ble bare stilt til personen (som oftest avdelingslederen ved medisinsk avdeling) som svarte på skjemaet. Rent metodologisk kan ikke dette sees som representativt for virksomheten men kan gi et illustrerende bilde av hva ledelsen oppfatter som flaskehalser og utbedringsområder eller forhold som sees som godt ivaretatt.

Også for medisinsk virksomhet er det et mønster i besvarelsen med relativt lite variasjon mellom sykehusstypene. Små lokalsykehus er noe mer fornøyd med de fleste forhold, men mindre fornøyd en ved den kirurgiske virksomheten.

Problemområdene når det gjelder koordinering og kapasitet i den indremedisinske behandlingsevne er først og fremst kapasiteten til skrivestue- og sekretærtjenestene, kapasiteten i sengeavdelingene, og uegnet bygningsmasse.

Utstyr, røntgen og laboratorietjenester oppleves som gode.

Tabell 82. I hvilken grad gir påstandene nedenfor en dekkende beskrivelse av dagens situasjon (2001) i den indremedisinske behandlingsevne? Gjennomsnitt (N).

<b>1=Helt uenig, 2=delvis uenig, 3=hverken enig eller uenig, 4=delvis enig, 5=helt enig.</b>	Region-sykehus	Sentralsykehus og FSH m/sshf	Lokalsykehus og FSH m/rlst	Totalt
"Medisinsk poliklinikk tilpasser kapasiteten etter behov"	3,4 (5)	3,0 (22)	3,6 (27)	3,4 (54)
"Medisinsk intensiv har tilstrekkelig kapasitet"	1,8 (5)	3,0 (23)	3,9 (24)	3,3 (52)
"Medisinske oppvåkning har tilstrekkelig kapasitet"	2,2 (5)	3,4 (12)	4,1 (21)	3,6 (38)
"Skrivestue / sekretær har tilstrekkelig kapasitet"	2,0 (5)	1,9 (23)	2,7 (27)	2,3 (55)
"De indremedisinske sengeavdelingene har tilstrekkelig kapasitet"	1,2 (5)	2,0 (23)	2,6 (27)	2,2 (55)
"Den medisinske virksomheten har moderne utstyr"	3,0 (5)	3,5 (23)	3,7 (27)	3,6 (55)
"Laboratoriet yter personlig service og gir tilbakemelding"	3,4 (5)	4,0 (23)	4,3 (27)	4,1 (55)
"Laboratoriets åpningstider er tilpasset den indremedisinske virksomhetens behov"	3,6 (5)	3,9 (23)	4,1 (26)	4,0 (55)
"Røntgenavdelingen yter personlig service og gir tilbakemelding"	4,0 (5)	4,1 (23)	4,4 (27)	4,2 (54)
"Røntgenavdelingens åpningstider er tilpasset den indremedisinske virksomhetens behov"	3,4 (5)	4,0 (23)	4,6 (27)	4,2 (55)
"Sentraladm. er godt kjent med virksomheten i de indremedisinske avdelingene"	4,4 (5)	3,1 (23)	3,7 (27)	3,5 (55)
"Sentraladm. følger raskt opp forespørsler fra de indremedisinske avdelingene"	3,2 (5)	2,9 (23)	3,1 (27)	3,0 (55)
"Bygningsmassen i de indremed. avdelingene er tilpasset kravene til et moderne sykehus"	2,2 (5)	2,1 (23)	2,9 (27)	2,5 (55)
Generell tilfredshet	2,9	3,1	3,7	3,4

\*Respondente er ledere i sykehusenes kirurgiske og indremedisinske virksomhet. Fordelingen er derfor ikke representativ verken på sykehusnivå eller blant sykehusansatte, men gir et grovt innblikk i hvordan avdelingslederne vurderer disse påstandene om kapasitet og koordinering.



## 5. Oppsummering

Det generelle hovedinntrykket denne rapporten gir er at det har vært mye endring på noen områder i sykehusenes organisering, mens det på andre områder har vært lite endringer. Ikke uventet varierer mange organisasjonsforhold med sykehusenes størrelse, men ikke alltid like entydig.

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

I den øverste sykehusledelsen blir flere sykehus berørt av sammenslåinger, og det skjer en moderat overgang fra linje- til stabsorganisering. Tre formelle ledelsesnivåer er mest utbredt og i økende grad, men 20 prosent av sykehusene har bare to ledelsesnivåer og 12 prosent har fire formelle ledelsesnivåer.

Et interessant funn er at det i stadig flere sykehus skjer en samlokalisering den kommunale legevakten og sykehusets mottakelse. Andelen som har valgt denne organiseringen øker fra 28 prosent i 1999 til 44 prosent i 2001, 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 er mindre utbredt enn vi på forhånd trodde, men slik skjerming øker noe i utbredelse. Andelen sykehus som i mer eller mindre grad skjerner den elektive kirurgien fra øyeblikkelig hjelp øker fra 19 prosent i 1999 til 25 prosent i 2001. 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 60 prosent. Andelen sykehus som har elektronisk bildearkiv femdobles til 25 prosent i 2001. De aller fleste sykehusene har etablert "on-line" 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. Flertallet av sykehusene har altså ikke et slik tilbud.

På andre områder skjer det mindre endring. 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. Mange sykehus ser ut til å implementere dette direktivet først tett opp i mot "fristens utløp" 1. januar 2002.

Sykehusene har i overraskende liten grad tilgjengelige data om omfanget av sin egen forsknings- og undervisningsaktivitet. Svarene på spørsmålene om antall FoU-stillinger og antall studenter er ofte mangelfullt besvart. Dårligst besvart er spørsmålene om driftsmidler til FoU-aktiviteter og oversikter over de ansattes publikasjoner. Skyldes denne manglende oversikten og registreringen at den innsatsstyrte finansieringsordningen ikke belønner sykehusenes FoU-aktiviteter?

I relasjonen til kommunehelsetjenesten skjer det mindre organisasjonsendringer enn ventet. Det er relativt få ordninger som ivaretar forholdet til kommunehelsetjenesten. Rotasjonsordninger for primærleger forekommer nesten ikke, og det er stort sett bare de minste sykehusene som har en egen kontaktperson mot de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Relativt mange sykehus har imidlertid inngått avtaler med kommunene om håndteringen av ferdigbehandlede pleiepasienter, og de fleste registrerer liggetiden til utskrivningsklare pasienter.

Koordinering av kapasitet og flaskehals er sentrale begreper i ledelsen av de kirurgiske og indremedisinske virksomhetene. I spørreskjemaet bad vi respondentene om å vurdere i hvilken grad 15 skisserte påstander gav en dekkende beskrivelse av dagens situasjon i virksomhetene. Selv om respondentenes svar ikke er representative for holdningen blant samtlige ansatte innenfor virksomhetene og heller ikke for de ulike delvirksomhetene, mener vi at virksomhetsledernes svar gir et grovt innblikk i hvordan disse lederne vurderer koordineringen av kapasitet og flaskehalsene innenfor det samlede virksomhetsområdet. Generelt viser svarfordelingen at det er mer tilfredshet enn misnøye. Tilfredsheten avtar

imidlertid klart med sykehusstørrelsen, og de indremedisinske virksomhetslederne er mer tilfredse enn de kirurgiske. I begge de to virksomhetsområdene er det primært bygningsmassen og skrivefunksjoner som oppleves som problematisk, mens det er stor grad av tilfredshet med standarden på eget utstyr og fleksibiliteten til laboratorie- og røntgenavdelingene. Innenfor den medisinske virksomheten blir dessuten kapasiteten til sengeavdelingene oppfattet som dårlig. Innenfor den kirurgiske virksomheten er det spesielt misnøye med operasjonssalenes fleksibilitet.

Dette prosjektet med å kartlegge sykehusenes interne organisering starter opp rett før en større omlegging av sykehusenes eierskap og tilknytningsform. Det statlige eierskapet og fristillingen til selvstendige helseforetak vil skape et helt nytt sykehuslandskap. Denne rapporten avdekker hvordan sykehusene er organisert i de to årene 1999 og 2001, altså før sykehusreformen trer i kraft. Om noen år ønsker vi å gjenta undersøkelsen, slik at vi kan fange opp endringer i sykehusenes interne organisering over tid.



## 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	Ja	Ja	Ja
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	-	-	-
Aust-Agder sentralsykehus	Ja	Ja	Ja
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
Kongsvinger	Ja	Ja	Ja
Molde	Ja	Ja	Ja
Kristiansund	Ja	Ja	Ja
Harstad	Ja	Ja	Ja
Namdal	Ja	Ja	Ja
Innherred	-	-	-
Bærum	Ja	Ja	Ja
Aker	Ja	Ja	Ja
Kirkenes	Ja	Ja	Ja
Hammerfest	Ja	Ja	Ja
Haugesund	Ja	Ja	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**	Ja	-	-
Kongsberg	Ja	Ja	Ja
Rana	Ja	Ja	Ja
Vefsn	Ja	Ja	Ja
Narvik	Ja	Ja	Ja
Stokmarknes	Ja	Ja	Ja
Lofoten	-	-	-
Sandnessjøen	Ja	Ja	Ja
Lister	Ja	Ja	Ja
Voss	Ja	Ja	Ja
Stord	Ja	Ja	Ja
Odda	Ja	Ja	Ja
Nordfjordeid	Ja	Ja	Ja
Lærdal	Ja	Ja	Ja

Fylkessykehus med redusert lokalsykehustilbud	Del 1 Generell og overordnet del	Del 2 Den kirurgiske virksomheten	Del 3 Den indremedisinske virksomheten
Stensby	Ja	Ja	Ja
Diakonhjemmet Vinderen	Ja	Ja	Ja
Notodden	Ja	Ja	Ja
Rjukan	Ja	Ja	Ja
Mandal	Ja	Ja	Ja
Haraldsheimen Diakon. Bergen	Ja	Ja	Ja
Ski	Ja	Ja	Ja
Lovisenberg diakonale	Ja	Ja	Ja
Sykehuset Vestfold avd. Sandefjord*	SSV	Ja	Ja
Sykehuset Vestfold avd. Larvik*	SSV	-	Ja
Sykehuset Vestfold avd. Horten*	SSV	-	-
Sykehust Østfold avd. Sarpsborg*	SSØ	-	Ja***
Sykehust Østfold avd. Moss*	SSØ	-	-
Sykehust Østfold avd. Askim*	SSØ	Har bare slagavdeling	-
Sykehust Østfold avd. Halden*	SSØ	Ja	Ja

\* Sykehussammenslåingene Sykehuset Østfold, Sykehuset Vestfold og Oppland sentralsykehus var en utfordring i datainnsamlingen og databearbeidingen. Noen sykehus i paraplyene svarte i tråd med den fusjonerte virksomheten, andre svarte bare for sin egen delvirksomhet. Vi har derfor gått grundig gjennom dataene fra disse paraplyenhetene, og også forsøkt å hente inn tilleggsinformasjon fra de enkelte sykehusene der det har syntes nødvendig. Når vi i neste omgang skal inkludere enkelte av variablene i effektivitetsanalyser vil vi i enda sterkere grad forsikre oss om at dataene for de sammenslåtte enhetene er komplette.

\*\* Ringerike leverte del 1 for sent til å bli med i denne rapporten, men inkluderes i databasen

\*\*\* Den indremedisinske virksomheten i Sarpsborg ble flyttet til Halden 15 juni 2001

# Litteratur

1975. "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen." in *Sosialdepartementet: Norges offentlige publikasjoner*.
- Ot prp nr 10 (1998-1999). "Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m."
- Bentsen, Eva Zeuthen, Finn Borum, Gudbjørg Erlingsdottir, and Kjerstin Sahlin-Andersson, eds. 1999. *Når Styringsambitioner møder praksis*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Gundersen, Marianne. 2001. "Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste?" Stavanger: Rogalandforskning.
- Hagen, Terje P., Tor Iversen, and Jon Magnussen. 2000. "ISF og sykehusenes effektivitet: erfaringer fra 1997 til 1998." Pp. 58 s. in *Skriftserie / Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram ; 2000:1*. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo.
- Helsetilsynet. 2000. "Gamle i sykehus." Oslo: Statens helsetilsyn.
- Kjekshus, Lars Erik, Johan Håkon Bjørngaard, and Arild Johnsen. 1999. "Med stetoskop og diktafon. Om bruk av legenes spesialistkompetanse." Pp. 73 s. Trondheim: SINTEF Unimed NIS.
- Magnussen, Jon. 2000. "Utviklingen i effektivitet." Pp. 113-121 in *Sykehussektoren på 1990 tallet*, edited by Finn Henry Hansen. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Mossialos, Elias, and Julian Le Grand. 1999. *Health care and cost containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Nerland, Sølve Mikal. 2001. "Er liggetid betinget av finansieringsordning? En paneldataanalyse av 63 norske somatiske sykehus i årene 1976-1999." in *Institutt for statsvitenskap, Hovedoppgave*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- NOU. 1997:2. *Pasienten først! : ledelse og organisering i sykehus : utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 29. april 1996 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 21. januar 1997*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste Statens trykning.
- OECD. 1998. *OECD Health Data 98 : A Comparative analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- SHD. 2001. "Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell." Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.