

## BACHELOROPPGAVE



**”Er det mulig å yte faglig forsvarlig sykepleie i sykehus hvor økonomistyring og effektivitet er sentrale faktorer?”**

**Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund**

**SYKHB008**

**Kull 2005**

**Kandidatnummer:**

**16, 68, 80**

**Antall ord:**

**1122**

**Våren 2008**

*Jeg trener på å ståsette meg, sier en sykepleier. Jeg orker ikke mer skyldfølelse. Jeg holder avstand. Hos oss handler det meste om tempo. Selv om jeg vet at jeg daglig er til hjelp og støtte for noen, vet jeg godt hvem jeg har gått forbi. I garderoben på vei hjem har jeg alltid skyldfølelse for det ugjorte. Men det gode med tempo er at det hemmer meg i å se*

*(Faye, Aakre, 2008:69).*

## INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	- 5 -
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	- 5 -
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	- 5 -
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	- 6 -
1.4 Formålet med oppgaven.....	- 7 -
2.0 METODE.....	- 8 -
2.1 Bakgrunn for valg av metode .....	- 8 -
2.2 Litteratursøk.....	- 9 -
2.3 Kildekritikk og bearbeidelse av data .....	- 10 -
2.4 Etske aspekter .....	- 11 -
3.0 TEORIDEL.....	- 12 -
3.1 Faglig forsvarlighet .....	- 12 -
3.2 Verdier .....	- 15 -
3.3 Økonomistyring.....	- 18 -
3.3.1 Reforme.....	- 19 -
3.3.2 Diagnose- relatert-gruppe (DRG) .....	- 20 -
3.3.3 Rammefinansiering.....	- 21 -
3.4 Effektivitet .....	- 22 -
3.4.1 Produktivitet.....	- 23 -
3.4.2 Kvalitet.....	- 23 -
4.0 DRØFTING .....	- 25 -
4.1 Et effektivt sykehus?.....	- 25 -
4.1.1 Grunnleggende verdier og faglig forsvarlighet.....	- 25 -
4.1.2 Produktivitet.....	- 28 -
4.1.3 Kvalitet.....	- 28 -
4.2 Korridorpasienter – de ”usynlige” pasientene .....	- 29 -
4.3 Kortere sykehusopphold .....	- 33 -
4.4 ”Spare oss til fant?” .....	- 35 -

4.5 DRG og rammefinansiering .....	- 37 -
4.6 Reform på rett vei? .....	- 39 -
5.0 AVSLUTNING/ KONKLUSJON .....	- 43 -
6.0 LITTERATURLISTE .....	- 45 -
7.0 VEDLEGG.....	- 52 -
Vedlegg 1 .....	- 52 -

## **1.0 INNLEDNING**

### ***1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling***

Gjennom vår sykepleiepraksis har vi erfart at arbeidslivet kan være krevende og belastende. Vi har opplevd korridorpasienter, tidsmangel og arbeidspress. Vi har fått inntrykk av at mange sykepleiere sliter med følelsen av å ikke ha nok tid til hver enkelt pasient. De kjenner på at de ikke får utført jobben slik de ideelt sett skulle ønske. Mange føler også at de har et stort ansvar og er redde for å gjøre feil som kan skade pasientene.

Media gir oss et bilde av stadige omorganiseringer og effektiviseringsprosesser. Roness (2004) skriver at det offentlige i tillegg er rammet av harde nedskjæringer og et hektisk arbeidstempo der flere pasienter per sykepleier ofte er en realitet. Vi har en formening om at helseøkonomien og effektiviseringen kan være årsaken til forholdene som Roness (2004) beskriver, og at dette kan påvirke den faglige forsvarligheten. Problemstillingen er dagsaktuell og temaet er viktig å rette fokus på, for oss som framtidige sykepleiere og for pasientenes framtid.

### ***1.2 Presentasjon av problemstilling***

Sykehusreformens fokus på faglig forsvarlighet overskygges av den markedstenkningen som i dag preger helseforetakene. Et økende antall sykepleiere opplever å måtte yte faglig forsvarlig pleie innenfor stadig strammere rammebetingelser, og de opplever at hver enkelt må stå personlig til ansvar for at forsvarlig pleie og omsorg utøves (Johannesen m.fl. 2007).

I helsesektoren er det et økende krav om effektivitet samtidig som sykepleier skal gi pasientene omsorg og korrekt sykepleie både menneskelig, medisinsk, etisk og juridisk (Roness, 2004). Vi spør oss derfor:

*Er det mulig å yte faglig forsvarlig sykepleie i sykehus hvor økonomistyring og effektivitet er sentrale faktorer?*

### ***1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling***

Hovedfokuset vårt er å belyse delvis hvordan effektivitet og økonomiske forhold ved sykehusene kan påvirke sykepleiernes mulighet for å yte forsvarlig pleie og omsorg.

Det er utviklet flere lover og forskrifter som skal sikre at helsehjelp som ytes innenfor sykehus er faglig forsvarlig. Herunder Pasientrettighetsloven, Specialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven. Pasientrettighetsloven skal ivareta pasientenes sikkerhet ved å verne om retten til taushetsplikt, autonomi, informasjon, medvirkning, ytringsfrihet, klagerett og erstatningsrett. Dette er faktorer man skal ta hensyn til i den daglige pleien og omsorgen, og en del av den forsvarlige pleien er å forholde seg til disse. Vi har en formening om at pasientrettighetene kan trues i sykepleierens travle hverdag på grunn av nedskjæringer og strenge rammebetingelser. Likevel velger vi å ikke fokusere på Pasientrettighetsloven. Vi ønsker å ta utgangspunkt i Helsepersonelloven og De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere når vi beskriver hvordan sykepleieren må gå frem for å opptre faglig forsvarlig. Der vi omtaler sykepleien som uforsvarlig har vi sett personellens handlinger i forhold til de krav loven og retningslinjene setter. Som følge av begrensninger i form av tid og oppgavens omfang har vi ikke mulighet til å se på alle konsekvensene som økonomistyring og effektivitet medfører.

Etikk, normer og verdier ligger til grunn for de lover, forskrifter og retningslinjer som er utarbeidet i forhold til faglig forsvarlighet. Vi ønsker derfor her å belyse begrepet verdier.

I teoridelen vil vi rette noe av søkelyset omkring helseøkonomi på et generelt og nasjonalt nivå. Vi begrenser oss til somatiske sykehus. I drøftingsdelen vil vi ta inn eksempler fra Helse Fonna når vi vurderer ulike sider omkring helseøkonomi og faglig forsvarlighet. Med økonomistyring mener vi DRG, New Public Management, rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering/stykkprisfinansiering. Videre ønsker vi å belyse, overbelegg, liggedøgn, korridorpasienter og sykepleiemangel.

Helseøkonomien innebærer eksempelvis begrepet effektivitet. Dette er en faktor vi blant annet ønsker å belyse. For å kunne gjøre dette er det også naturlig å komme inn på begrepene produktivitet og kvalitet.

I drøftingsdelen bruker vi betegnelsen ”vi” der våre meninger fremkommer. Vi benytter ”man” når vi belyser generell kunnskap.

Vi ønsker å kontakte økonomidirektøren ved Helse Fonna og seksjonsleder ved Medisinsk avdeling ved Haugesund Sjukehus for innspill til vår oppgave.

### ***1.4 Formålet med oppgaven***

Formålet med oppgaven er å rette søkelyset mot den betydningen helseøkonomien har på utøvelsen av faglig forsvarlig sykepleie.

En annen intensjon er å lære mer om hvordan helsevesenet styres, hvordan pengene forvaltes og ressursene bevilges. Vi vil skrive om et emne som berører oss uansett hvor vi jobber som sykepleiere. Oppgaven kan være interessant for sykepleierstudenter, sykepleiere, andre yrkesgrupper som jobber innenfor helsevesenet og for befolkningen generelt, det er tross alt de som er pasientene.

## **2.0 METODE**

Metode er kunnskap om de hjelpemidlene man kan benytte for å samle informasjon. Det er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Forenklet kan man si at metode er veien til målet. Informasjonen som innhentes kalles data (Halvorsen, 2002).

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, 1969:196).

### ***2.1 Bakgrunn for valg av metode***

Valg av metode henger nøye sammen med tema og problemstilling. Verktøyet man velger er avgjørende for resultatet (Halvorsen, 2002). Det kan velges mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Forskjellen er i første rekke knyttet opp mot hvordan dataene er innhentet (Dalland, 2000). Fordelen med kvantitative data er at de er målbare og kan tallfestes (Thomassen, 2006). Kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, eksempelvis å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Motsatt gir kvalitativ metode dybdekunnskap. Metoden velges hvis man ønsker mange opplysninger om få enheter. Den gir en forståelse av et fenomen/tema og har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2000). I henhold til problemstillingen vil det være naturlig for oss å bruke kvalitativ metode.

Vi har valgt å foreta et litteraturstudium. Forsberg og Wengström (2003) skriver at det første steget er å reflektere rundt valgt tema og søke informasjon. Deretter må man analysere og tolke dataene.



Olsson og Sørensen (2003) skriver at et litteraturstudium består av bakgrunn, formål, problemstilling, innsamlingsmetode og resultat. Resultatredegjørelsen er avhengig av litteraturdata, der det ofte benyttes vitenskapelige artikler. Drøftingsdelen innebærer innsetting av ”bakgrunns litteraturen” i samråd med ”innsamlingsdata” og drøftes ut fra formål og spørsmålsstillingene.

Fordelen med litteraturstudie er at vi har dataene tilgjengelig hele tiden. Samtidig har vi et bredt utvalg av materiale, fordi det i dag publiseres på tusenvis av artikler og man er mer bevisst på forskning. Videre er det tidsbesparende fordi vi nyttegjør oss av arbeid som er gjennomført tidligere. Vi sparer oss derfor for arbeidet som gjøres i forkant av eksempelvis en undersøkelse. En annen fordel er at man blir kjent med ulike typer litteratur relatert til et problemområde. Dette medfører flere synspunkter i forhold til tema og problemstilling, slik at disse kan drøftes (Dalland, 2000).

Dalland (2000) skisserer at et litteraturstudium sjelden kan brukes til å trenge dypere inn i menneskers komplekse følelser og oppførsel. Teorien består i tillegg av en rekke undersøkelser som ikke direkte er knyttet opp til problemstillingen vi søker svar på.

## ***2.2 Litteratursøk***

Se vedlegg 1

### ***2.3 Kildekritikk og bearbeidelse av data***

Litteraturstudie krever nøye utvelging av litteratur og da er bruk av kritisk sans nødvendig. Dataene må være relevante for problemstillingen, dette reduserer risikoen for feiltolkninger hos leseren (Dalland, 2000).

Etter innhenting av data bearbeidet vi funnene. Vi valgte det som var relevant, kvalitetssikret og som inneholdt det vi ønsket å finne svar på. Formålet med å gjennomgå litteraturen var å få en oversikt over den kunnskapen som allerede fantes om vårt valgte tema.

Vi ønsket å belyse temaet ved å benytte kunnskap som finnes i læreverk, vitenskapelige - og ikke-vitenskapelige artikler og avisreportasjer. For å kunne besvare problemstillingen var det i tillegg til kvalitativ litteratur behov for å benytte kvantitative studier, der vi blant annet fikk bruk for målbare resultater.

I en litteratur-oppgave er det viktig å bruke stoff som er oppdatert i lys av dagens situasjon. I et fagfelt som vokser raskt, blir litteraturen fort foreldet. En annen utfordring er at både fagstoff og pensumlitteratur ofte er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, det opprinnelige perspektivet kan dermed ha endret seg (Dalland, 2000). For at oppgaven skulle bli troverdig ønsket vi i størst mulig grad å benytte primærlitteratur, samt at litteraturen og artiklene ikke var eldre enn 10 år. Ut fra tilegnet kunnskap omkring forskningsmetode, har vi vurdert om artiklene er referee godkjent. Vi har også studert referanselistene og sett om forfatterne har faglig autoritet og troverdighet.

## ***2.4 Ethiske aspekter***

Ettersom vi er sykepleierstudenter og oppgaven omhandler faglig forsvarlighet og helseøkonomi, kunne det å inneha en fullstendig nøytral holdning til stoffet bli en utfordring. I følge Dalland (2000) har man alltid fordommer eller forforståelse med oss når man skal innhente data. ”En fordom er en dom på forhånd, det betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det” (ibid:80). Hittil i vår praksiserfaring har vi observert og følt sykepleierens travle hverdag. Vi hadde en formening om at dette blant annet kunne skyldes sykehusets økonomiske rammer. En fare var at vi ville ha et negativt syn på helseøkonomiens påvirkning av faglig forsvarlighet uten å ha fått dette bekreftet. Litteraturen er lest så objektivt som mulig og vi har bevisst unngått at oppgaven ble farget av våre subjektive holdninger. Forsberg og Wengström (2003) skriver at det er uetisk å bare bruke artikler og sitater som støtter vår forforståelse av problemstillingen. Til slutt var det viktig at andres arbeid ikke skulle utgis som vårt eget.

## **3.0 TEORIDEL**

### ***3.1 Faglig forsvarlighet***

All helsehjelp skal ytes på en faglig forsvarlig måte. Forsvarlig sykepleie handler i hovedsak om å gjøre det beste for pasienten og unngå handlinger som kan være skadelige (Molven, 2006). Stortinget og departementene har utarbeidet lover og forskrifter som blant annet skal sikre at helsepersonell utfører forsvarlig behandling og pleie (Ohnstad, 2004). Helsepersonelloven § 4 første ledd sier hva faglig forsvarlighet innebærer: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 2006:5).

I første rekke skal sykepleier opptre faglig forsvarlig ved å basere sine handlinger på kunnskap, vitenskap og erfaring for hva som er nyttig å gjøre. For at sykepleien i tillegg skal være omsorgsfull må den ytes på en ”menneskelig god” måte. Det innebærer at sykepleier på forhånd reflekterer over hvilken grunnlagstenkning som styrer holdninger og handlinger i møtet med pasienten. Å vise respekt, forståelse, vennlighet og omtanke er eksempler på god menneskelig oppførsel. Omsorgsbehovet kan være objektivt og subjektivt, der det objektive i hovedsak er pasientens ”målbare” behov, eksempelvis behovet for inntak og utskillelse. Subjektive behov er vanskeligere å måle, og omfatter blant annet trygghet, verdighet, nærhet, trøst og velvære (Molven, 2006).

Arbeidets karakter er en faktor som er avgjørende for de forventningene man har til helsepersonell. Man forlanger mer fra sykepleiere når det er stor risiko ved ytelse av helsehjelp, og når man har god tid til å planlegge pleien. Det forventes mindre i situasjoner hvor risikoen ved hjelp er lav, der man må handle øyeblikkelig. I tillegg

forventes det mer av helsepersonellet der avdelingene har klare rutiner og retningslinjer (Molven 2006).

Begrepene faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er for ”vide” til å kunne si hva som forventes av handlinger i en gitt situasjon. Derfor er det i tillegg utviklet lærebøker og retningslinjer som rettleder for hva som er riktig å gjøre, deriblant ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (Molven, 2006).

De yrkesetiske retningslinjene bygger på velgjørenhetsprinsippet som innebærer plikten til å gjøre godt mot andre. Etikk betyr skikk/vane, og en etisk overveining innebærer å reflektere over moralsk atferd. Moral er oppfatningen for hva som er riktig eller gal oppførsel i en bestemt situasjon (Molven, 2002). Retningslinjene bygger i tillegg på barmhjertighet, omsorg og respekt. Ut fra dette gir yrkesetikken en rettleiding for hva som er praktiske og moralske handlinger innenfor sykepleien. Sykepleieren skal bruke sine kunnskaper til å fremme det gode og unngå det som kan skade (Sneltvedt, 2005). Retningslinjene er i tillegg en garanti for samfunnet om at sykepleiernes handlinger innehar en høy etisk standard (Slettebø, 2007).

En handling ses som uforsvarlig i det den fraviker de aktuelle angivelsene og retningslinjene. Man må selvsagt ta hensyn til hvor avvikende handlingen var og hvilken risiko som var knyttet til den (Molven, 2006).

De yrkesetiske retningslinjene er en del av de rettslige reglene. De er ment som et supplement til lover/forskrifter for å gi en tydeligere forklaring for hva som er riktig i en gitt situasjon. Innenfor de rettslige rammene er det disse yrkesfaglige normene som avgjør om sykepleien er forsvarlig ved å angi hvilken faglig metode, hvilken form, og omfanget av behandlingen og pleien som skal ytes (Andenæs, Olsen, 2003).

Eierne og lederne av virksomheten, på lik linje som den enkelte helsearbeider, må forholde seg til forsvarlighetskravet. Forsvarlighetskravet er et krav om minstestandard, det vil si at tjenestene som tilbys må inneholde en viss kvalitet (Molven, 2006).

Helsepersonelloven (2006) § 16 sier at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet har mulighet til å overholde sine lovpålagte plikter.

Forsvarlighetskravet finnes også i Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 som sier følgende:

”Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige”

(Spesialisthelsetjenesteloven, 2006:6).

I følge Molven (2006) er sykepleiers handling eller driften av en sykehusavdeling enten forsvarlig eller uforsvarlig- det finnes ingen mellomting. Likevel er det mulig å utføre enkeltstående uforsvarlige handlinger innenfor en tjeneste, uten at tjenesten omtales som uforsvarlig. Eksempelvis kan driften være forsvarlig ved at den tilfredsstillende oppfyller kravene til organisering, utstyr og personale. Likevel kan én konkret pasient utsettes for uforsvarlig handling av én eller flere sykepleiere. Det kan da sies at sykehusavdelingen generelt drives forsvarlig, men at det finnes uforsvarlige sider ved driften av den. Lav grunnbemanning og manglende avdelingsrutiner er eksempler på uforsvarlige sider ved organiseringen.

### **3.2 Verdier**

Verdier er; ”uttrykk for hva vi som individer, grupper og samfunn anser for å være godt og verdt å strebe etter” (Sosial- og helsedepartementet, 2000:7). Det synes å være stor enighet om hva som er de viktigste verdiene ved en god helsetjeneste, selv om verdiene verken er objektive, evige eller uomtvistelige. Verdiene som er sentrale i helsetjenesten skal ta utgangspunkt i allment aksepterte verdier og normer i det norske samfunn. De skal i tillegg bygge på verdier som er grunnleggende i de ulike yrkesgruppenes utdanning, samt være alminnelig kjent for folk flest. Eksempler på grunnleggende verdier er; medmenneskelighet, integritet, trygghet og profesjonalitet (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Frankl (Kristoffersen, Breievne, 2005) skriver at verdiene gir livet mening og gjør det verdt å leve. Verdier kan inndeles i et hierarki, hvor de man mener er viktigst plasseres øverst og kalles overordnede verdier. Dette er verdier som er sterkt integrert i vår væremåte. Helse kan være en overordnet verdi for enkelte, andre kan sette omsorg og kjærlighet høyest. Underordnede verdier er de verdier som ikke er fullt så urokkelige og som ofte bare er viktige i perioder av livet.

Sykepleieren Vasiliki Lanara sier dette om verdier; ”verdier er grunnlaget for våre overbevisninger og påvirker både hva vi tenker og hva vi gjør, hver time og hver dag” (Kristoffersen, Nortvedt, 2005:146). Sykepleier må være bevisst fagets verdier, slik at handlingene styres ut fra disse. Utøvende sykepleie skal baseres på altruistiske verdier og et humanistisk menneskesyn (Kristoffersen, Nortvedt, 2005).

Innenfor altruistiske verdier finnes barmhjertighet, nestekjærlighet og omsorg. Altruisme betyr at handlingen er uegennyttig, og er det motsatte av egoisme. En slik handling viser at man setter andres interesser over våre egne. Hensikten er å ”øke en annen persons velbefinnende eller minske vedkommendes lidelse og ubehag” (Kristoffersen, Nortvedt,

2005:147). Barmhjertighet omfatter blant annet godhet, medlidenhet, miskunn og humanitet (Slettebø, 2007)

Hagemann (Kristoffersen, Nortvedt, 2005:148) skriver dette om nestekjærlighet;

Det er kjærligheten som må være den drivende og bærende makt i sykepleien. Uten den vil arbeidet bli dødt og mekanisk og liten glede kunne gi. Men får kjærligheten røre ved de små dagligdagse plikter, da får de liv og varme, og vil for den syke kunne kjennes som et pust fra den evige verden – derfra hvor all kjærlighet har sin opprinnelse.

Kristoffersen og Nortvedt (2005) skriver at for å gjøre omsorgen ekte er det nødvendig at helsepersonell har et følelsesmessig engasjement. Først da kan pasienten oppleve å bli møtt med omsorg. Et slikt engasjement kalles empati, det er å betegne som vår; ”affektive ikke-likegyldighet overfor andres lidelse”. Samtidig er det en ”evne til å forstå hvordan andre har det” (ibid:163).

Et humanistisk menneskesyn vil si at personen er unik og at et menneskeliv er uendelig verdifullt (Kristoffersen, Nortvedt, 2005). Punkt 1 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at; ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (ICN, 2007). Respekten for mennesket har vært en overordnet verdi som også er nedfelt i lover, i FN's menneskerettighetserklæring og i forskningsetiske regelverk for de ulike yrkesgruppene i helse- og sosialsektoren (Kristoffersen, Nortvedt, 2005).

Som et resultat av mye diskusjon rundt verdibegrepet ble det utarbeidet en Verdikommisjon i år 2000. Kommisjonen ble opprettet under Bondevik-regjeringen og fortsatte sitt arbeid under Stoltenberg-regjeringen. I utgangspunktet skulle den omhandle et prosjekt med etikk- og verdiinteresse i bekymring over modernitetens mange utfordringer. Verdikommisjonen jobbet seg derimot enda lengre, og fikk en bred og solid sammensetning som langt på vei avspeilet mangfoldet i den norske verdidebatten



(Lingås, 2003). I sin definisjon av verdier går de bort fra det individorienterte begrepet og ser på begrepet i et samfunnsorientert synspunkt;

Institusjoner i samfunnet er bærere av fellesverdier [som eksempler nevnes Storting og kommunestyre, skole, helsevesen, bedrifter og gårdsbruk]. Institusjoner trenger verdier for å berettige seg selv og sin virksomhet og for å ha en positiv identitet. Mens enkeltmenneskers verdier er grunnlaget for personlig moral, er institusjoners verdier grunnlaget for samfunnsmoral (Asheim, 2004:46).

### ***3.3 Økonomistyring***

Opstad (2003) skriver at økonomistyring på den ene siden handler om hvilke muligheter som foreligger, hva behovene er, hva valgene koster og hvilken nytte de gir. Videre må det foreligge gode planleggings- og beslutningsprosesser, en kultur som er åpen for og støtter endringer og forbedringer. Dette vil legge til rette for god økonomistyring. Styringen innebærer å være i stand til å prioritere, å være i stand til å påvirke aktiviteten eller å endre kurs, ha oversikt, ha kontroll og holde seg innenfor gitte rammer.

Økonomistyringen foregår kontinuerlig og over et lengre tidsperspektiv. Den kan forenklet sies å bestå av fire elementer; strategisk planlegging og målformulering, budsjettering, budsjettoppfølgning, rapportering og evaluering, som igjen fører til ny strategisk plan. Eksterne forhold, som endringer i budsjettammer fra sykehuseier, ny teknologi, medieoppmerksomhet og pasientgrupper som fremmer krav kan påvirke prosessen (Pettersen, Bjørnenak, 1997).

Verden over diskuteres det hvordan man kan organisere og finansiere helsevesenet slik at det oppnåes best mulig ressursutnytting. Organiseringen av helsevesenet skal fremme et system som skal sikre rett behandling, rett pasient, rett tidspunkt og rett mengde til lavest mulig kostnader (Opstad, 2003).

I følge Opstad (2003) påpeker økonomer at det er vanskelig å finansiere det offentlige, fordi veksten i utgiftene er større enn inntektene over skatteseddelen. Skattetrykket har begrenset mulighet for økning, dette medfører kronisk mangel på mer midler. I Norge viser det seg likevel at man ikke har direkte mangel på midler som følge av oljefond med mer, men man frykter konsekvensene ved å bruke dem. Ressursene som tildeles må prioriteres og har betydning for virksomhetens aktiviteter. Mål, ytelse og ressursanvendelse må sees i sammenheng med institusjonens/organisasjonens ressurser og behovet for økonomistyring.

I helsesektoren er tjenestene av kvantitativ og kvalitativ art. Det er forholdsvis enkelt å telle antall pasienter, antall operasjoner med mer. Dette vil nødvendigvis ikke gi et riktig bilde av den direkte pasientomsorgen. Det kvalitative aspektet er her essensielt, der det måles effekten av den samlede omsorgen. Fokuset rettes mot den delen av virksomheten som ikke kan måles og veies. Det å hjelpe og lære pasienter å leve med konsekvensene av sykdom og behandling, gjenvinne livsglede og håp, eller å hjelpe dem til verdighet i livets slutfase er vanskelig å framstille i statistikk. Det kan medføre at blikket rettes mot produksjonsmengden og ikke kvaliteten på den mengde som produseres (Opstad, 2003).

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) skriver at helsetjenesten får en bestemt sum som skal brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for de statlige tilskudd. Landets fire regionale helseforetak (Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Nord og Helse midt-Norge) får i hovedsak tilskuddene direkte. De videreformidler deretter ulike typer tilskudd til tjenesteyterne innenfor den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten.

### **3.3.1 Reformen**

Rammebetingelsene for sykehusene har forandret seg som følge av reformer når det gjelder eierformer, finansiering og lovgivning de siste årene. Endringene forekommer i sterkest tilknytning til helseforetaksreformen og økt brukerorientering. Dette medfører nye og endrede krav til styrings- og informasjonssystemer på alle nivå, samt at sykehusene må planlegge under større grad av usikkerhet enn før. Dagens teknologiske utvikling vil i så måte også bidra, der nye behandlingsmåter iverksettes, eksempelvis telemedisin som kan påvirke pasientstrømmen. Konsentrasjon av sykehustjenester og spesialisering må imøtekommes etter den nye sykehusorganiseringen, der endringer i rammebetingelser og helseforetak er gjeldende (Pettersen, Bjørnenak 2003).

Reformen har medført at helsetjenestene blir tilbudt gjennom kombinasjon av private spesialistinstitusjoner og offentlige sykehus. Det utvikles et brukerorientert helsevesen

hvor pasientene ser på seg selv som kunder med krav og ønsker (Pettersen, Bjørnenak, 2003).

Helseforetaksloven ble innført med de premisser om at sykehusreformen skulle følges opp med tanke på finansieringsordningene og forslag til inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Resultatet er per i dag at dagens blandingsmodell med innsatsstyrtfinansiering (ISF) og rammefinansiering beholdes (Pettersen, 2005). De somatiske sykehusene finansieres gjennom staten ved at de får 60 % rammefinansiering, samt 40 % ISF/stykkprisfinansiering via DRG (Hofstad, 2008).

New Public Management (NPM) er en markedsinspirert reformtrend. Intensjonen er å innføre markedslignende mekanismer og elementer fra privat bedriftskultur inn i offentlige institusjoner (Haga, 2005). Helsetjenesten styres etter «New public management»-ideologien og belønnes ut fra innsats. Medisinske diagnoser gir uttelling pr. pasient, der den så langt har likhetstrekk med produksjonsbedrifter (Szebehely, 2005).

### **3.3.2 Diagnose- Relatert-Gruppe (DRG)**

Pengestrømmen koples i økende grad til hva som blir prestert, såkalt innsatsstyrtfinansiering(ISF)/stykkprisfinansiering. ISF vil si at virksomhetens inntekter er avhengige av aktivitetsomfang eller prioriteringene som foretaes. Det måles antall DRG-poeng som oppnåes og hvor mange pasienter eller hvor mange ressurser det er brukt. Det etterstrebes å finne metoder/løsninger som kan redusere kostnadene (Opstad, 2003).

Pettersen (2005) skriver at over statsbudsjettet i 1997 ble det iverksatt innsatsstyrt finansiering på bakgrunn av DRG-systemet, der målet var å øke antall behandlende pasienter. For hver enkelt pasientgruppe beregnes en andel av den gjennomsnittlige kostnaden og de normerte prisene. Det må benyttes kalkyler for å beregne kostnadene for pasientbehandlinger når sykehusets finansieringsmåte knyttes til aktivitetsnivå og volum. DRG- beregningene bygger på et medisinsk klassifikasjonsprogram utviklet i USA.

Pasientene inndeles i 530 ulike diagnosegrupper og 25 hoveddiagnosegrupper. Utskrivingsdiagnoser, operasjonskoder, bidiagnoser, alder og kjønn er faktorene inndelingen bygger på. Selve tjenesten eller effekten måles ikke, men det indikerer hvor mange kroner som er gått med til den medisinske behandlingen av pasienten. Videre fordeles en stor del av kostnadene etter gjennomsnittlige liggedøgn innenfor pasientgruppen som helhet.

### **3.3.3 Rammefinansiering**

Rammefinansiering betyr at inntektene er kjent før produksjonen starter, og er på kort sikt uavhengig av aktiviteten. Før rammefinansieringen ble innført i 1980, fikk sykehusene etterbetalt for pasientene alt etter hvor lenge de hadde vært innlagt. Dette nærmest oppfordret sykehusene til å la pasientene ha flere liggedøgn enn nødvendig. Derav ble det foreslått rammefinansiering gjennom statlige budsjetttrammer til eierfylkene (Pettersen, Bjørnenak 1997).

Opstad (2003) skriver at et rammebudsjett vil medføre lettere planlegging av økonomien, der mottaker vet hvilke inntekter som kommer og hvor store kostnadene er for driften. Videre sikrer det utgiftskontroll, der budsjettgiver har styring over hvor mye ressurser som brukes. Det gir økt faglig frihet for mottaker fordi vedkommende får en sum penger og innenfor den rammen kan det gjøres prioriteringer.

I St.meld nr.41 (1987-88) skrives det at "Eilertsen-utvalget" fikk i oppdrag å utrede en finansieringsordning der ISF/stykkprisbetaling for sykehustjenester skulle bidra til økt effektivitet og produktivitet. Det skulle gis en inntektsside avhengig av innsats.

Begrunnelsen fra utvalget var følgende:

”målet med å kombinere ramme og stykkpris er å lage en modell som forener de beste sidene ved hvert av de to finansieringssystemene. Rammepriippet skal bidra til å holde total kostnadene under kontroll og til å sikre en regional fordeling mest mulig på basis av befolkningens behov for helsetjenester.

Stykkprisprinsippet skal på den andre siden bidra til å fremme produktivitet i tjenesteytingen innen helsesektoren” (ibid:184).

### **3.4 Effektivitet**

Somatiske sykehus føler stort press fra flere kanter, så som befolkningens etterspørsel på den ene siden og sykehusets økonomi og tilbud på den andre. Avstanden mellom disse faktorene er økende (Vik, 1992). Ledelsen er opptatt av innsparing fordi det er målet og resultatet av effektivitetstiltak (Andreassen, 1999).

Når man arbeider virkningsfullt, har en viss arbeidshastighet og får en viss mengde arbeid utført i løpet av tiden man har til rådighet, først da jobber man effektivt. Hensikten er å få mer arbeid unna og dermed produsere mer. Tidsenheten er den samme, men arbeidet som utføres øker (Andreassen, 1999).

Allerede i 1987-88 var effektivisering og bedre ressursutnyttelse aktuelt. Utfordringene Norge stod overfor den gang, kan i stor grad sammenlignes med dagens situasjon. Planen var som i dag å omorganisere helsetjenesten, slik at det ble en mer effektiv utnyttelse av ressursene. De oppdaget at effektivisering kunne føre til store økonomiske endringer (Sosialdepartementet, 1987-88).

Effektivitet inndeles i indre- og ytre effektivitet. Indre effektivitet er sammenhengen mellom produksjon og ressursinnsats (Hallandvik, 2002). Jo lavere innsatsmengde som behøves for å framstille en bestemt produksjonsmengde, desto høyere er produktiviteten (Opstad og Utaaker, 1992). Ytre effektivitet er der ressursinnsatsen vurderes opp mot graden av måloppnåelse. Dette er den ideelle formen for effektivitet og er det ”egentlige” kravet til helsetjenesten (Hallandvik, 2002).

Jakobsen (2005) skriver at presset på sykepleietjenesten øker. Tjenesten har ansvar for å utføre arbeidet effektivt fordi ledelsen foretar kraftige budsjettnedskjæringer. Samtidig skal jobben bære preg av kvalitet, noe som er et krav fra myndigheter, yrkesgrupper og brukere.

Effektivitetsbegrepet har to komponenter; produktivitet og kvalitet, derfor blir det naturlig å beskrive kvaliteten og produktiviteten på helsetjenesten (Helsedepartementet, 1987-88). Dette er nødvendig fordi effektivitetsbegrepet må ses i sammenheng med yrkesgruppenes etiske og faglige normer, samt pasientenes ve og vel (Hallandvik, 2002).

### **3.4.1 Produktivitet**

Produktivitet er, som beskrevet ovenfor, en del av indre effektivitet og er forholdet mellom ressursinnsats og produksjonsresultat. For virksomheten, som i dette tilfellet er helsetjenesten, ønsker man å finne kombinasjoner av arbeidskraft, maskiner, utstyr m.m. som er et billigere alternativ, men som likevel blir vurdert som likeverdig (Opstad, 2003).

### **3.4.2 Kvalitet**

Hallandvik (2002) skriver at det kan være vanskelig å avgjøre om vi har god nok kvalitet på helsetjenesten. Det er et diskutert området fordi det er et mangetydig begrep samtidig som det avhenger av øyet som ser. Det er ikke sjeldent det blir sagt; ”norsk helsetjeneste er den beste i hele verden” eller ”norsk helsetjeneste er elendig i forhold til for eksempel den i USA”. For å gjøre det lettere å måle kvaliteten kan den sammenlignes med verdier som tilgjengelighet, likhet, behovsrelatering, etisk forsvarlighet, faglig kvalitet, kontinuitet og pasienttilfredshet.

Holter (1995:315) definerer kvalitet som; ”helhet av egenskaper og kjennetegn ved et produkt eller tjeneste som vedrører dets evne til å tilfredsstillende fastsatte krav eller behov som antydnet”. Man kan si at kvaliteten er oppnådd når forhåndsdefinerte forventninger,

behov og mål er innfridd; det vil si når det er overensstemmelse mellom produktet eller tjenesten og kundens krav og forventning.

Fordi vi mennesker knytter ulike verdier opp mot kvalitetsbegrepet, har Øvretveit (1998) inndelt begrepet i tre ulike grupper; pasientkvalitet, profesjonell kvalitet og ledelseskvalitet. Pasientkvalitet innebærer at pasienten skal få den servicen vedkommende føler behov for. Motsatt går profesjonell kvalitet ut på å imøtekomme pasientens behov, samt at de ansatte velger ut og gjennomfører prosedyrer som de tror er mest hensiktsmessig for den enkelte pasient. Videre innebærer ledelseskvalitet å finne den mest effektive og produktive måten for bruk av ressurser i møte med pasientens behov, innenfor ”rammer” som er bestemt av myndighetene.

Holter (1995) skriver at enkelte skiller mellom kjerne- og periferkvalitet. Kjerne defineres som; ” kvaliteten på den konkrete tjenesten” mens periferkvalitet er ”kvaliteten på de mellom-menneskelige relasjonene, miljø, informasjon og organisering” (ibid:315). Den konkrete tjenesten kan være behandlingen pasienten skal gjennom, mens periferkvaliteten går innunder det mellom-menneskelige aspektet, som er vel så viktig.



## **4.0 DRØFTING**

### ***4.1 Et effektivt sykehus?***

#### **4.1.1 Grunnleggende verdier og faglig forsvarlighet**

Bruheim (2008) foretok en undersøkelse for å finne årsaker til legemiddelfeil i somatiske sykehus. Hun kom frem til at stor arbeidsbelastning er en av årsakene til avvik innen legemiddelhåndtering. Avvik innen legemiddelhåndtering er noe vi har erfart i praksis hvor det til tider er for mange arbeidsoppgaver fordelt på få sykepleiere. Vi mener i denne sammenheng at tidspress kan medføre uforsvarlige handlinger. Skyldes tidspresset at det er ansatt for få sykepleiere, eller er det på grunn av mangel på effektivitet?

Karoliussen (2002) skriver at lav bemanning og få sykepleiere på jobb fører til tidspress som vil få konsekvenser for omsorgen sykepleieren gir. Dette kan gjøre det vanskelig å bruke nok tid hos hver enkelt pasient. Som beskrevet i teoridelen punkt 3.1 og 3.2 må sykepleier ha et humanistisk menneskesyn for å opptre faglig forsvarlig. Dette innebærer å ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Johannessen m.fl.

(2007) skriver at man ikke kan utelate enkelte av disse faktorene fordi alle har betydning for hverandre. I en travel hverdag der man skal fordele seg på mange pasienter, er det en utfordring å være fullt og helt til stede for å lindre uro og smerte. Lite tid avsettes til samtaler og samvær med pasientene. Tidspress er ofte grunnen til at relasjonene som kjennetegner institusjonen beskrives som kalde, anonyme og emosjonelt uengasjerte (ibid). Vi mener den gode omsorgen, i denne forbindelse ivaretagelse av psykososiale behov, kan komme i skyggen av andre administrerende og rutinebaserte oppgaver, eksempelvis rapportskrivning, bestilling av medikamenter og lignende. Dette er oppgaver som ikke kan utelukkes. Vi mener derimot det bør finnes en balansegang mellom hvor mye tid som settes av til de ulike oppgavene. Klarer man ikke å opprettholde denne balansegangen kan man begynne å lure på om det er for få sykepleiere på jobb. I følge SPEKTER (2008) viser det seg at Norge faktisk er i øvre sjikt i sykepleierårsverk. Likevel ser man at Norge er i nedre sjikt når det gjelder pasientbehandling per

sykepleier/år. Ut fra statistikken kan vi se mangel på effektivitet i norske sykehus og vi mener tidspresset kan være en konsekvens av at målet om effektivitet ikke er tilstrekkelig oppnådd. Jørgensen<sup>1</sup> og Ferkingstad<sup>2</sup> mener norske sykehus er langt fra effektive. Det arbeides med å utvikle gode prosesser og prosedyrer/rutiner for å oppnå standarder som skal være gjeldende for alle avdelingene. Et eksempel på gode rutiner er hvis medisinnrommene er identiske, slik at personellet slipper å bruke tid på å lete etter utstyr/medisiner. Dette er et av mange tiltak som kan bidra til effektivitet.

Vi er opptatt av hvordan tidspresset fortoner seg i samhandling med pasienten. I følge Kristoffersen og Nortvedt (2005) viser empiriske undersøkelser at det pasienten opplever som kvaliteter ved relasjonen, ofte blir avgjørende for synet på kvaliteten ved selve sykepleien. Faktorer som virker negativt inn i samhandlingsrelasjoner er ressursknapphet, tidspress og effektivisering. Pasienten kan oppleve effektiviseringen i form av sykepleiernes mindre tilstedeværelse. Dette påvirker samhandlingen og kan bidra til at pasientene mener kvaliteten på sykepleien reduseres. Vi er enig i utsagnet til Kristoffersen og Nortvedt (2005) om at effektiviseringen kan påvirke samhandlingsrelasjonene negativt. Her vil vi imidlertid få frem at med effektivisering mener vi en form for ”prosess” som pågår, og som ikke helt har funnet de riktige løsningene for å oppnå målet om et effektivt helsevesen. Hvis målet derimot oppnås tilstrekkelig er vi av den oppfatning at det kan ha positive resultater, eksempelvis i form av at sykepleier får bedre tid til hver pasient.

Lingås (2003) skriver at stressituasjoner som følge av effektivisering fører til at man ofte velger de enkleste løsningene/handlingene, da det blir liten tid til etisk refleksjon omkring verdikonflikter og konsekvenser av handlinger. Som nevnt under 3.1 er refleksjon over valg og handlingsmåter nødvendig for å opptre forsvarlig. Hvis forholdene faktisk er slik Lingås (2003) beskriver, vil det da si at den faglige forsvarligheten svekkes?

Bakken m.fl. (2002:80) belyser sykepleiernes stressende hverdag. De skriver at;

---

<sup>1</sup> Jørgensen, Helge: Økonomidirektør ved Helse Fonna, personlig meddelelse, pr. 06.03.08 og 13.03.08

<sup>2</sup> Ferkingstad, Linda: Seksjonsleder ved Haugesund Sjukehus, Medisinsk avd. personlig meddelelse, pr. 06.03.08 og 13.03.08

Den enkelte opplever dette som et misforhold mellom det man ønsker å gjøre, og som ens faglighet/samvittighet krever at man gjør på den ene siden, og det det er avsatt tid og økonomiske ressurser til å gjøre på den andre. Siden arbeidet utføres i møte med mennesker som opplever lidelse eller konkrete behov for hjelp, er dette en opplevelse som er knyttet til samvittighet, identitet og moral.

Helsevesenet er i stor grad blitt markedsorientert. Verdier og økonomiske tenkemåter står i konflikt med hverandre. Den kostnad-nytte-rasjonaliteten som er aktuell i helsevesenet i dag, der man skal få ”mer helse for hver krone”, blir en konkurrent til de verdier som er avgjørende for at tjenesten blir god overfor den individuelle pasienten. Humanistiske og altruistiske verdier som knyttes til omsorg kommer i skyggen av den nye ideologien som er skapt (Kristoffersen, Nortvedt, 2005). Filosofen Vetlesen (Kristoffersen, Notvedt, 2005:179) belyser dette:

Dette får den doble konsekvens at omsorgsarbeidere må lære seg å gå på akkord med pleieoppgavens humanistiske essens og bestrebe seg på å gi raskest mulig behandling til flest mulig pasienter (kunder), siden det er det mest effektive middel til målet om maksimal inntjening på virksomheten; samt at pasientene lærer seg teknikkene for å ta seg sammen, for ikke å ligge andre til byrde, å ta av andres dyrebare tid, ikke bli sand i maskineriet, slik særlig eldre og uføre pasienter får stadig dårligere skjulte signaler om at de er trengende som bare koster, og som derfor er uønskede kunder, med ditto plassering bakerst i køen.

Verdikommisjonen drøftet verdibegrepet i et samfunnsperspektiv (j.f. pkt. 3.2). De mener at institusjoners verdier er grunnlaget for samfunnsmoral (Asheim, 2004). Vi spør oss derfor hvor samfunnsmoralen er blitt av? Helsevesenet er i større grad preget av produktivitet og effektivitet. Personalet utretter en tjeneste til pasienter som i dag kalles kunder. Vi mener et slikt syn skaper en fremmedgjøring og avhumanisering av helsevesenet.

### **4.1.2 Produktivitet**

Effektiv utnyttelse av ressursene er dagens ”melodi” i helsepolitikken. Gir økt produksjon virkelig mer helse? Det er vanskelig å komme med en konklusjon på dette fordi man ikke har hatt gode evaluerbare mål. Man kan si at innsatsstyrt finansiering har bidratt til en mer effektiv produksjon av somatiske helsetjenester. Dette kan belyses gjennom rapportene som utarbeides omkring aktiviteten ved sykehusene; eksempelvis hvor mange som behandles. Det er slike rapporter som etterspørres fra styrene. Selv om reformen har blitt mer effektiv, finnes ingen data som viser en positiv effekt på helsetilstanden i befolkningen (Bringedal, 2006). Blir pasientene friskere? Får de bedre omsorg nå enn tidligere? Hvordan skal vi kunne avgjøre om reformen er god eller dårlig hvis man ikke kan finne tall på nettopp så viktige faktorer? Under punkt 3.3 i teoridelen beskriver Opstad (2003) at det er enklere å telle den kvantitative delen når man skal vurdere om befolkningen har oppnådd god helse. Vi har forståelse for dette, men tror likevel det er mulig å rette fokus mot pasientens opplevelse av omsorg og kvalitet ved behandlingen fremfor å måle antall innleggelser og utskrivelser. I følge Jørgensen (1) og Ferkingstad (2) (j.f. fotnote s.27) pågår det jevnlig pasienttilfredshetsundersøkelser, eksempelvis PasOpp, som tar sikte på å måle pasientenes tilfredshet under sykehusoppholdet. Selv om dette ikke gir en oversikt over helsetilstanden i befolkningen, mener vi likevel det er opplysninger som kan bidra til et bedre helsevesen.

### **4.1.3 Kvalitet**

Karoliussen (2002) skriver at det regnes som effektivt å ha et høyt arbeidstempo og i henhold til dette utfører personellet vanligvis sine arbeidsoppgaver hver for seg. Kvaliteten på pleien og omsorgen var bedre i den tiden hvor det alltid var to pleiere sammen om stellet. Denne arbeidsmåten var effektiv, fordi pleierne kunne ha et roligere tempo og likevel utføre oppgaven på kortere tid. Det at sykepleierne har hver sine oppgaver splitter samarbeidet dem i mellom. Faglige drøftinger, vurderinger av pasientens tilstand og bekreftelse av observasjonene uteblir når det kun er én som utfører

oppgaven (ibid). Idealet om at to pleiere skal gå sammen i pleiesituasjonen er ofte vanskelig å gjennomføre i en travel hverdag. Vi støtter Karoliussen (2002) på at dette ofte er til det beste for pasienten, fordi det kan medføre et mer behagelig stell. Vi mener derimot at det ikke alltid behøves, noe som avhenger av pasientens tilstand. Å gå sammen til pasienter som ikke har behov for det synes vi er en dårlig utnyttelse av ressursene, og det blir lite effektivt. Vi er uenig i at observasjoner ikke kan foretas tilstrekkelig med én sykepleier. Det som kan bli en utfordring er å få andre sykepleiere til å forstå hva man har observert. Vi har en formening om at når flere sykepleiere har ansvar for samme pasient kan kontinuiteten på behandlingen svekkes. Det er en fare for at sykepleierne ikke har et godt nok samarbeid seg i mellom, som kan føre til mangelfull oppfølging av pasientens behandling. Flere sykepleiere per pasient kan i tillegg føre til at det er enklere å gjemme seg bak andre sykepleiere når viktige avgjørelser tas, slik unngår man å måtte ta ansvar. I verste tilfelle kan det medføre at ingen tør å ta ansvar. En sykepleier er lært opp til å være selvstendig, dette innebærer ansvaret for å ta selvstendige avgjørelser.

#### ***4.2 Korridorpasienter – de "usynlige" pasientene***

Økt antall korridorpasienter er en konsekvens av den nye sykehusreformen. Det spekuleres mye rundt disse "usynlige" pasientene (Norstein, 2008). I følge Foss og Krogstad (2000) har 80 % av de indremedisinske avdelingene i Norge jevnlig korridorpasienter. Det store spørsmålet er om økt effektivitet og produktivitet går ut over behandlingskvaliteten og pasientintegriteten? En undersøkelse utført av Larsen m.fl. (2000) viste at kvaliteten på den medisinske behandlingen svekkes både til korridorpasientene og de resterende pasientene. Korridorpasientene ble utskrevet for tidlig, samtidig ble det avdekket økt risiko for feilbehandling og uhell. Smittevernet ble svekket slik at risikoen for sykehusinfeksjoner økte.

Foss og Krogstad (2000) utførte en kvalitativ studie for å finne svar på nettopp hvordan pasienter opplevde å ligge i korridoren. Gjengangeren var at pasientene hadde problemer

med støy, mangel på søvn og manglende privatliv. Foss og Krogstad (2000) skriver i henhold til dette at frisk luft, ro og hvile er viktig for den totale behandlingen. Det å legge pasientene i korridoren mener vi ikke bare er til sjenanse for pasienten, det kan også bidra til å påføre dem unødvendige lidelser. Nedenfor belyser vi denne problemstillingen med et sitat fra en pasient:

Jeg er plaget av atrieflimmer og har vært ut og inn av sykehuset flere ganger. Jeg har alltid vært glad for å komme dit og få den hjelp jeg trenger. Men oppholdet i sommer ble et mareritt for meg. Måtte ligge på gangen i 30 varmegrader uten tilgang på frisk luft. Det var en vond opplevelse (Foss, Krogstad, 2000:3).

Flesteparten av respondentene i undersøkelsen foretatt av Larsen m.fl. (2000) skrev at korridorpasienter tilbys bekken og urinflaske fremfor toalettbesøk. Vi mener en slik handling er nedverdiggende for pasienten. Hvem ønsker vel å være i en situasjon hvor man må gå på toalettet midt blant medpasienter, personell og besøkende? Vi synes det er skremmende å se at antall korridorpasienter fortsatt øker. I følge Norstein (2008) fantes det i 2. tertial 2006 gjennomsnittlig 256 korridorpasienter per døgn på landsbasis. I 3. tertial sank antallet til 253. I 1. tertial 2007 steg antallet igjen og korridorpasienter var oppe i 283 (ibid). Her er det nødvendig å ta hensyn til om Norstein (2008) har studert samtlige sykehus i Norge eller om han kun har undersøkt sykehus på et nivå, eksempelvis de største. Vi tror at korridorsenger er et sesongbetont fenomen, der det eksempelvis i perioder vil være større trykk, som følge av influensa med mer. Pettersen (2001) skriver at Norge ligger lavt i Europa når det er snakk om tilgjengelige sykehussenger per 1000 innbyggere og at det bare er Sverige, Finland, Sveits, Tyrkia og Storbritannia som har færre senger. Kristiansen (2008) skriver at korridorpasienter ikke er et nytt problem ettersom det også fantes i 1975. Da var sengetallet 80 % samtidig som antall pleiepasienter var lavere. Når vi ser på utviklingen fra 1975 og til i dag tror vi det er liten sannsynlighet for at forholdene bedres, da det stadig foregår nedskjæringer. Wenche Erichsen, foretakstillitsvalgt i Stavanger, skriver at nedskjæringer de siste årene har ført til tap av om lag 100 sengeplasser ved Universitetssykehuset i Stavanger. Det har medført at sykehuset er blant de som har flest korridorpasienter. På grunn av nedskjæringer er

norske sykehus lite forberedt på eldrebølgen som kommer (Kalvø, 2007). Vi mener at eldrebølgen primært vil berøre kommunen, som eksempelvis må bygge flere sykehjem. Det vil i neste omgang påvirke sykehuset fordi økt andel eldre vil føre til flere sykehusinnleggelse. Kalvø (2007) skriver at i 2025 har man behov for 3600 flere sykehussenger.

Korridorpasienter opplever en form for usynliggjøring overfor medpasienter og personalet. Dette kan skyldes at man ønsker å la pasientene være i fred. Fordi korridoren oppleves som et offentlig rom får ikke korridorpatientene samme mulighet til privatliv som pasienter på rom (Foss, Krogstad, 2000). Det å unngå blikkontakt fordi man ønsker å gi pasienten privatliv, er noe vi har erfart i praksis. Det er likevel ikke sikkert at alle ønsker denne formen for privatliv. Vi er alle ulike og verdsetter ulike handlinger. Foss og Krogstad (2000) sier at sykepleierne også unngår blikkontakt fordi de føler det må lede til noe mer. En pasient sa: ”Jeg forstår godt at det var vanskelig for pleierne å ha øyekontakt med de som ligger på gangen. Da kom de jo ikke lenger og fikk ikke gjort det de egentlig var i ferd med å utføre” (ibid:5). Larsen m.fl. (2000) mener korridorpasienter får like mye tid med sykepleiere og leger som de øvrige pasientene. Det er ingen grunn til å tro at korridorpasienter oppfattes som uønskede som ikke får tilstrekkelig oppmerksomhet. Likevel kan korridorpasienter over tid medføre faglig uforsvarlighet. Vi mener det er viktigere å se på kvaliteten ved tiden som brukes sammen med hver enkelt pasient fremfor å telle antall timer og minutter. Selv om det avsettes like mye tid til korridorpasienter, mener vi å kunne si at kvaliteten på tiden svekkes. Et morgenstell i korridoren er mer nedverdiggende i forhold til privatlivets sfære.

Vi har en formening om at det å ligge i korridoren kan skape uttrygghet for pasienten. Foss og Krogstad (2000) skriver at det er en trygghet å ligge på flermanns-rom fordi man har medpasienter som kan tilkalle hjelp. En tidligere pasient forteller; ”Jeg var korridorpasient, det var lærerikt! Når man ikke har ringemuligheter (det var så mange korridorpasienter at det ikke var flere klokker igjen) var det vanskelig å få kontakt med hjelpere. Du føler deg litt hjemløs” (ibid:6). Foss og Krogstad (2000) konkluderer med at en slik oppbevaring av syke mennesker er uverdigg.

Norstein (2008) refererer i sin artikkel fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2005. Der står det; ”helseregionen skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter”. I tilsvarende dokument i 2006 het det; ”hvert enkelt regionalt helseforetak skal tilstrebe å ikke ha korridorpasienter. Som hovedregel skal det ikke være korridorpasienter” (ibid:1). Vi får et inntrykk av at i 2006 er det mer akseptabelt å ha korridorpasienter. Inntrykket forsterkes når vi leser at Regionsykehuset i Trondheim har montert ringeklokker for pasienter i korridorene. Vollebæk og Østby (2000) sier at korridorpasienter fremdeles er regelen og ikke unntaket. Dette er i grunnen ikke så rart når Norstein (2008) skriver at korridorsenger er lønnsomt for sykehusene ved at man kan øke kapasiteten i forhold til behovet.

Piene (2000) mener korridorpasienter kan unngås hvis hver femte seng står tom. Grunnen til at pasienter blir liggende i korridoren er at avdelingene ikke er flinke nok til å opprettholde en reservekapasitet. Enkelte senger må stå tomme for at sykehuset skal klare å ta i mot øyeblikkelig hjelp-innleggelser. I en engelsk studie har man estimert hvordan risikoen for overbelegg øker med økende utnyttelsesgrad. Konklusjonen er: “Acute hospitals which operate at bed occupancy levels of 90 % or more face regular bed crises” (ibid:2). Hvis en avdeling har 20 øyeblikkelig hjelp-innleggelser i gjennomsnitt hvert døgn, så er det ut fra de statistiske lover ca. 5 % sannsynlighet for at det kan komme fem pasienter mer enn de 20. Hvis avdelingene bare har kapasitet for gjennomsnittet, medfører det overbelegg. Med andre ord kan ikke utnyttelsesgraden være mer en 75-80 % ved slike avdelinger for å unngå korridorpasienter (Piene, 2000). Larsen m.fl. (2000) skriver at halvparten av Norges indremedisinske avdelinger har en beleggprosent på over 95 %. Flertallet av de store sykehusene på landsbasis har gjennomsnittlig belegg på 100 % eller mer. Ut fra tallene tror vi det blir en utfordring for avdelingene å opprettholde en reservekapasitet. Dette fordi, som Roemer (Kristiansen, 2008:1) en gang sa; en bygget seng er en fylt seng.

Norstein (2008) foreslår at det skal innføres ”straffe-DRG” for å få slutt på korridorpasienter. Han mener sykehuset bør pålegges å betale 10 000 kroner per døgn for hver korridorpasient. Setter man en så høy sum vil det ikke lenger lønne seg å ha



pasienter i korridoren. I følge Piene (2000) er dette noe som er tatt i bruk i Sverige, der sykehusene får 30 000 kroner i bot hver gang de legger en pasient i korridoren. Kristiansen (2008) mener dette kan få uheldige konsekvenser. Sykehusene tvinges inn i et dilemma, hvor de på den ene siden har plikt til å ta imot de syke mens de på andre siden vil bli straffet økonomisk for å overholde plikten. Dette er et dilemma vi mener ledelsen ikke skal utsette personalet for.

### ***4.3 Kortere sykehusopphold***

På bakgrunn av et spørreskjema delt ut til 60 sykehus-avdelinger i Norge fant Larsen m.fl (2000) ut at korridorpasienter utskrives for tidlig. Konsekvensen kan innebære forlenget sykdomsforløp, behandlingssvikt og unødvendige komplikasjoner. Det er skremmende å se hvordan profitt og økonomi kan overkjøre det vi faktisk mener er det viktigste; nemlig at pasienten skal bli frisk. Ut fra Larsen m.fl. (2000) ser vi at for tidlig utskrivelse kan føre til reinnleggelse. Etter kunnskaper vi har tilegnet oss mener vi dette kan være lønnsomt for sykehusene.

Vår forståelse etter å ha snakket med Jørgensen (1) (j.f. fotnote s.27) er at ved hver innleggelse får sykehusene en sum som er betydelig høyere enn summen for de resterende dagene pasienten er innlagt. Dette er imidlertid diagnoseavhengig. Vi mener derfor det blir mer lønnsomt å innlegge to pasienter i løpet av fem dager enn å la én pasient være innlagt over samme periode. På grunn av nye styringsmåter mener vi situasjonen er snudd opp ned. Tidligere fikk sykehusene penger etter antall liggedøgn. I dag blir pengene bevilget avhengig av antall innleggelser og utskrivelser (j.f. pkt. 3.3.2 og 3.3.3). Vi lurer på om dagens styringsmåter i større grad tar hensyn til profitt? Hvis dette viser seg å være en realitet undrer vi oss over om dette overskygger pasientenes ve og vel? Jørgensen (1) og Ferkingstad (2) (j.f. fotnote s.27) mener en slik form for inntjening ikke blir "misbrukt" i praksis og at pasientenes beste alltid blir tatt hensyn til.

Spørsmålet vi stiller oss er om pasientene virkelig er ferdigbehandlet på sykehuset før de utskrives til kommunehelsetjenesten? I 2002/2003 foretok Otterstad og Sorteberg (2008) en undersøkelse som gav urovekkende resultater. Det viste seg at det ble overført meget syke ”utskrivningsklare pasienter” fra et sykehus til et sykehjem. Resultatet var at mange døde kort tid etter overflyttingen, eller at de ble reinnlagt. Av 752 eldre døde 10 på overføringsdagen, 40 i løpet av en uke, 70 døde etter 15 dager, mens 100 var døde etter 25 dager. 53 ble reinnlagt etter de to første ukene. Dette er lite hensiktsmessig for pasienten og er heller ikke kostnadseffektivt for samfunnet (ibid). Pasienten blir en kasteball mellom ulike instanser og vi spør oss derfor hvor den faglige forsvarligheten har tatt veien. Otterstad og Sorteberg (2008) skriver at ut fra tallene over kan man tenke seg at sykehusets syn på utskrivningsklare pasienter ikke alltid er reelt. Det kan tenkes at de får betegnelsen utskrivningsklare fordi sykehuset står overfor et stort press i forhold til innleggelsesøk. En annen årsak kan skyldes at sykehjemmets medisinske standard er for lav. Gaub (2002) mener liggetiden bestemmes mer ut fra administrative- og i mindre grad av legefaglige faktorer.

Tallene Otterstad og Sorteberg (2008) kom frem til kan virke overveldende, men det er viktig å få frem at de fleste pasientene var i terminal fase. Vi mener sykehuset her gjør feilprioriteringer ved å flytte på pasientene, hvis dette da ikke er et sterkt ønske fra pasienten selv. Pasientens verdier og verdighet bør være førsteprioritet i dette tilfellet. I ICNs etiske regler (2001) står det at sykepleieren skal skape et miljø hvor enkeltmenneskets verdier, skikker og tro respekteres. Terminale pasienter skal ligge på enerom. Hvis vedkommende eksempelvis deler et tomannsrom blir den ene pasienten nødt til å flytte ut i korridoren grunnet plassmangel. Vi har derfor en formening om at utskrivelse av terminale pasienter kan skyldes at avdelingene vil unngå korridorpasienter. Onstad Furuset (Block Helmers, 2008) mener mye har skjedd siden undersøkelsen, og at tallene nå er gamle. Otterstad (Block Helmers, 2008) har derimot en formening om at situasjonen faktisk talt er forverret fordi det har blitt flere eldre og syke pasienter. Han har et inntrykk av at problemet med terminalpasienter som overflyttes til sykehjem er generelt for hele Norge.

Ferkingstad (2) (j.f. fotnote s.27) sier at utskrivning av terminale pasienter ikke forekommer ved Medisinsk avdeling ved Haugesund sjukehus.

Hvis man ser bort fra terminale pasienter har vi derimot en annen oppfatning i forhold til utskrivningsklare pasienter. I praksis opplevde vi at pasientene ikke ble sendt hjem før hjemmebaserte tjenester og aktuelle hjemmeforhold var tilrettelagt. Vår formening er likevel at problemet med for tidlig utskrivning kan være en realitet. Aase (2003) sier at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må ha et godt samarbeid, slik at pasienter som er utskrivningsklare kan få et like godt tilbud i kommunen. Vi mener dette kan medføre mindre overbelegg. Jørgensen (1) (j.f. fotnote s.27) sier at pasientene er innlagt for å få behandling. Er behandlingen avsluttet skal pasientene utskrives. Et sykehus er ikke en oppbevaringsplass for pasienter som eksempelvis venter på sykehjemsplass. Ferdigbehandlede pasienter er en dyr kostnad for helsevesenet og kan i verste tilfelle medføre underskudd. For å rette opp i skaden kan konsekvensene bli nedbemanning.

#### ***4.4 "Spare oss til fant?"***

Karoliussen (2002) skriver at helsetjenesten preges av økonomisme, og er en ideologi som setter økonomien først. Vi belyser Karoliussens (2002) syn gjennom et sitat fra en tidligere økonomisjef ved et større sykehus: "Jeg forstår ikke hva som skjer - i min tid var det økonomiavdelingen som stelte med økonomi, men nå driver hele sykehuset med det. En ting er å være økonomisk ansvarlig, en helt annen er å være mer opptatt av budsjettet enn av pasientene" (ibid:85). Sitatet kan tolkes som om hver enkelt sykepleier er opptatt av økonomistyring og at dette er en faktor som stjeler av pasientens tid. Vi er av den oppfatning at sykepleierne i avdelingen tenker lite på økonomien og at dette ikke går ut over pasientomsorgen. Likevel tror vi at det vil være naturlig at sykepleiere på administrerende nivå, eksempelvis seksjonsleder, tenker økonomisk. Ferkingstad (2) støtter oss i dette, og mener sykepleierne i avdelingen aldri kommer til å tenke økonomi i den forstand. Ferkingstad (2) og Jørgensen (1) (j.f.fotnote s.27) er enige i at fokuset på

økonomi går ut over seksjonsleders arbeid. Seksjonsleders oppgaver er i utgangspunktet å utarbeide gode prosedyrer som skal bidra til en effektiv pasientomsorg bestående av god medisinsk kvalitet. Sykehusets mangel på effektivitet gjør at seksjonsleder ikke har mulighet til å utføre sine oppgaver tilstrekkelig.

Helse Sør-Østs førstedame, Bente Mikkelsen, mener helsevesenet må over på et mer faglig fokus fremfor et økonomisk. Det kan derimot bli problematisk ettersom fag og økonomi er to sider av samme sak (Dietrichson, 2008). Foretakstillitsvalgt ved Helse Fonna, Aud Lisa Kjøl, sier at underskuddet på 58 millioner kroner i 2007 har medført frustrasjon og undring blant sykepleierne. De synes det er urovekkende at det er så dårlig styring rundt budsjetttrammene. De stiller spørsmål om det ikke snart er på tide at ledelsen får kontroll over helseøkonomien, slik at man kan rette fokuset mot andre viktige faktorer, nemlig kvaliteten på behandlingen (Andersen, Ådnøy, 2008). Vi mener sykepleierne i større grad skal ta stilling til hva som kan gjøres i stedet for å la ansvaret hvile på ledelsen. Enkelte av sykepleiernes handlinger kan faktisk påvirke økonomien i større grad enn de kanskje er klar over. Et eksempel som kan belyse dette er når ekstravakter innleies. Jørgensen (1) (j.f. fotnote s.27) mener det ofte blir tilkalt ekstravakter på feil grunnlag. Enkelte leier inn ekstravakter før det er vurdert hvor mange pasienter som er innlagt og om det resterende personalet faktisk kan klare seg med mindre personell. I tillegg kan sykepleierne i stedet ta kontakt med andre avdelinger for å høre om de kan "frigjøre" enkelte av personalet. Dette er en god mulighet hvis det er rolig på andre avdelinger fordi det ikke medfører ekstra utgifter i forhold til lønn.

Vi synes å ha hørt om sparing innen helsetjenesten i mange år. Vi har en forståelse av at uansett hva som gjøres blir resultatet det samme; nemlig budsjettsprikk og innsparing. Vi lurer på hvordan helseforetakene skal gå frem for å få budsjettene i balanse. Andersen og Ådnøy (2008) skriver at konsekvensene av Helse Fonnas budsjettsprikk i 2007 gjør at det må spares i 2008. Jørgensen (1) (j.f. fotnote s.27) sier at for å komme i null må det i år inspares 8 millioner kroner hver måned fra april til desember. Det er underlig at helsetjenesten kan få et slikt underskudd når helsebudsjettene faktisk er i vekst. Mikkelsen (Dietrichson, 2008) informerer om at helsebudsjettet har økt fra 8 til 10 % av

bruttonasjonalproduktet i løpet av seks år. Dette til tross for at media gir oss inntrykk av det motsatte. I våre øyne virker tallene enorme. Det er vanskelig å se for seg hvordan Helse Fonna skal klare å spare inn så mye penger hver måned. Hva er det som gjør at foretakene går med underskudd til tross for at helsebudsjettet er i vekst? Jørgensen (1) (j.f. fotnote s.27) sier at det aldri har blitt bevilget mer penger til norske sykehus enn etter at reformen trådte i kraft. Til Helse Fonna er det i 2008 bevilget ca. 2.2 milliarder kroner. Han tror dette er mer enn nok og at det derimot er mangelen på effektivitet som er årsaken til underskuddene.

En konsekvens av innsparingen kan være nedbemanning. Håvik som er tillitsvalgt i Fagforbundet i Helse Fonna, mener nedbemanning ikke vil løse den økonomiske krisen som man kan kalle det. Dette er ikke aktuelt hvis man skal opprettholde medisinsk kvalitet. Man kan ikke utføre tiltak som svekker befolkningens tillit til helsetjenesten (Andersen, Ådnøy, 2008). Vi sier oss enige i dette utsagnet. Hvis pleieantallet reduseres, samtidig som antall pasienter øker sier det seg nesten selv at den medisinske kvaliteten kan svekkes. I følge Jørgensen (1) og Ferkingstad (2) (j.f. fotnote s.27) er nedbemanning siste utvei av problematikken.

#### ***4.5 DRG og rammefinansiering***

Pettersen og Bjørnenak (1997) hevder at rammefinansieringssystemet de senere årene er utsatt for kritikk, der essensen har vært at finansieringsmetoden ikke belønner produktivitetsøkninger. Eksempelvis hvis antall liggedøgn reduseres per pasient, vil sykehuset kunne motta flere pasienter. Sykehuset får imidlertid ikke noe økning på inntektssiden, selv om produktiviteten og aktiviteten øker, rammetilskuddet forblir det samme (ibid). Som nevnt i 3.3.2 finansieres sykehusene gjennom prosentvise satser. Vi spør oss derfor; Hva om prosentandelen hadde vært høyere i forhold til ISF? Dette kunne skapt en kultur som var villig til å yte ekstra innsats, som da ville bli mer inntektsgivende.

Likevel er vi av den oppfatning at man kan risikere en "samlebåndseffekt" der det gjelder å "hive" pasienten fortest mulig ut, for å få flere inn, og dermed øke inntektene. Vi kan derav stille oss spørsmålet; er det gunstig at 60 % er rammefinansiert? Eller hadde det vært bedre med 100 % rammefinansiering? Hva om andelen hadde vært mindre? Opedal (2005) skriver at det har foregått endringer innen rammefinansieringen. I 2002 var refusjonssatsen 55 %, i 2003 ble den endret til 60 %, i 2004 ble den nedsatt til 40 % og i 2005 ble den igjen satt til 60 %. Disse forandringene mener Opedal (2005) har vært med på at målene om budsjettbalanse ikke er oppnådd.

I følge Karoliussen (2002) fører DRG-systemet til at sykehusenes bekymring rettes mot økonomien fremfor pasientene. DRG-systemet setter medisinskfaglige kriterier og sykepleiefaglige omsorgsforhold i skyggen til fordel for økonomisk fokus. Dette medfører at det blir de mest lønnsomme pasientgruppene som prioriteres. En annen konsekvens er at legene kan komme til å føre opp unødvendige bidiagnoser for å kunne behandle pasienter uten at sykehusene skal få økonomiske tap (ibid). Møller Pedersen (Hofstad, 2008) sier at DRG-systemet belønner systemsvikt. Han begrunner dette med et eksempel;

En pasient som blir operert får en sårinfeksjon som kanskje fører til ny innleggelse, eventuelt forlenget innleggelse og muligens en reoperasjon. Med korrekt kodeføring fra sykehusets side, vil dette gi mer inntekter enn en vellykket operasjon uten komplikasjoner (Hofstad:6).

Med andre ord vil altså feil belønnes med mer inntekter. For å unngå at dette blir en "inntektskilde" er det i USA utarbeidet en oversikt over åtte tilstander som sykehusene ikke lenger får godtgjørelse for, dersom tilstanden har oppstått under innleggelsen. Møller Pedersen tror et slikt system også kommer til Skandinavia i nærmeste fremtid. I tillegg vil belønning av god kvalitet bidra til at systemet skjerpes, fordi belønningen vil komme det enkelte sykehuset til gode. Slik kan det bli lønnsomt å forebygge skader (Hofstad, 2008). Vi kan bare håpe at Norge vil få et slikt system fordi det er oppsiktsvekkende å lese at det å påføre pasienter unødvendige lidelser gir belønning i

form av økonomiske midler. Selv om dette trolig ikke skjer i praksis er det sjokkerende å tenke at det faktisk er en "mulighet". En mulighet som kanskje gjør seg fristende for de helseforetakene som sitter med millioner i gjeld?

Det er skremmende med et system der "pengesekken" vies mer oppmerksomhet enn pasientenes opplevelse av oppholdet. Satt på spissen kan vi si at pasienten blir en gjenstand som skal gjennom et system for å øke inntjeningen til sykehusene. Vi vil belyse dette med følgende eksempel:

Som pasient vil jeg ikke bli sett på som et kasus som kan verdsettes til kroner 10 000 eller 20 000 etter hvilken diagnose som defineres på meg. Min diagnose og epikrise er ikke gjenstand for "kjøp og salg", men kun utgangspunktet for å gi meg adekvat medisinsk behandling! (Foss, 2008:75).

Til tross for dette har vi erfart at pasientene opplever sykehusoppholdet positivt. De viser takknemlighet til personalet, men der de likevel er kritiske til ledelsens måte å organisere virksomheten på. Vi har ikke opplevd at pasientene har gitt uttrykk for å føle seg som en "gjenstand" i et pengesystem. Skyldes takknemligheten at de er blitt friske, eller at de har gjennomgått et sykehusopphold preget av omsorg og kvalitet? Det er ikke så enkelt å svare eksakt, fordi det er vanskelig å måle subjektive oppfatninger (j.f. pkt.3.3).

#### ***4.6 Reform på rett vei?***

Pettersen (2001) skriver at er det liten sammenheng mellom sykehusenes eierform og resultatet av sykehusenes virksomhet på landsbasis – det viser internasjonale data og litteratur. Statlig eierskap og ny sykehusstruktur trenger derfor ikke å gi de bedringene i norsk helsevesen slik som forutsatt i reformforslaget. Aasland m.fl. (2007) har foretatt en studie hvor de undersøkte sykehuslegenes syn på reformen. Fellesnevneren for deltakerne var at de anså målet om økt produktivitet som det eneste som var oppnådd. De resterende

målene som omfattet klarere ansvarslinjer mellom sykehuseiere og sykehusene, økt likhet innen helsetilbudene, bedre medisinsk kvalitet og bedre organisering av sykehusene synes å ha blitt glemt.

Haug (2001) skriver at det er bekymringsfullt hvis nesten halvparten av representantene i foretaksstyrene, som er rekruttert fra næringslivet, velger å tenke bedriftsøkonomisk.

Karoliussen (2002) mener helseøkonomene ikke har tilstrekkelig grunnlag for å foreta korrekte vurderinger av helsetjenesten og pasientomsorgen. For å få til et godt helsevesen tror vi det bør være et bedre samarbeid mellom ulike faggrupper. Sykepleierne kan blant annet meddele sine velbegrunnede syn som bygger på sykepleieetikk og verdier, overfor ledere, økonomer, politikere og samarbeidspartnere. Vi mener samarbeid kan bidra til at alle faktorene som skal til for å organisere et godt helsevesen kommer i fokus. I følge Opstad (2003) er det profesjonene som tradisjonelt har styrt sykehus og helsevesen, der konsentrasjonen har ligget omkring faglige resultater. Den økonomiske styringen har nå overtatt mer, med blant annet økonomiske resultater, premiering og konkurranseutsetting som dominans.

Karoliussen (2002) mener sykepleierne må ta seg sammen og bidra til å påvirke økonomenes beslutninger ved å sette premisser ut fra sin fagforståelse. Punkt 8.3. i yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal bidra til at faglige og etiske normer legges til grunn når sosial- og helsepolitiske beslutninger tas (ICN, 2001). Sykepleierne må stå på for pasientenes rettigheter og fungere som pasientens advokat når det handler om kvalitet i pleie og omsorg (Karoliussen, 2002). Vi har erfart at det snakkes mye negativt om konsekvensene ved sykehusreformen innad i avdelingene. Vi tror derimot at meningene i sjelden grad videreformidles til ledelsen. Grunner til dette kan være at personalet føler synspunktene deres ikke blir hørt. Hvis sykepleierne ”gir opp” ved å la være å gi beskjed om dårlige forhold, kan det også bli deres skyld om situasjonen ikke bedres. I følge yrkesetiske retningslinjer punkt 7.3. er sykepleieren pliktet til å si fra når pasienter utsettes for uforsvarlige forhold. Videre sier punkt 7.4. at sykepleier skal engasjere seg i debatter og tiltak som kan bidra til forbedring på arbeidstedet (ICN,



2001). Personalet må rapportere til ledelsen, og hvis flere og flere av personalet kjemper for samme sak, er mulighetene større for å lykkes.

Karoliussen (2002) mener det sterke fokuset på økonomi medfører at sykepleiere ofte finner seg i premissene fra administrasjonen uten at de tenker over hvilke konsekvenser dette har for pleien og pasientene. Vi gjenkjenner oss i beskrivelsen til Karoliussen (2002), der mange av oppgavene og prosedyrene gjøres ”automatisk” uten å reflektere over hvorfor, og om det er til det beste for pasienten. Det er ikke mangelen på kompetanse som setter begrensninger, men det er litt for enkelt å bli en del av den ”etablerte kulturen” på avdelingen med tanke på rutiner og oppgaver. Det er viktig at vi prøver å være kritiske og spørrende overfor det etablerte, for eventuelt å kunne forbedre og utvikle forholdene ytterligere.

Kristoffersen og Nortvedt (2005) mener de har grunnlag for å si at konsekvensene av politiske beslutninger om budsjett og bemanningsplaner går ut over helsearbeiderne, som til syvende og sist bebreider seg selv for den mangelfulle behandlingen pasientene får. For å få følelsen av at de har gjort en jobb som de kan være fornøyd med strekker de seg enda lenger. Resultatet blir overanstrengelse, stress, slitasje og frustrasjon. Vi støtter utsagnet til Kristoffersen og Nortvedt (2005). Stress og frustrasjon er faktorer som vi selv har kjent på kroppen når arbeidskravet har blitt for stort. Vi har en formening om at ”sykehuskrisen” er et kronisk problem. I følge Carlsson (2008) holdt statsminister Jens Stoltenberg en forrykende tale to år før reformen trådte i kraft, der han ga seg selv to år på å løse ”sykehuskrisen”. I den forbindelse stiller Carlsson (2008) spørsmålet om det er noen som har opplevd mer kontroll og mindre kaos etter innføringen av sykehusreformen? Opedal (2005) skriver at en av intensjonene ved reformen var å få økonomien under kontroll allerede innen 2002. Fristen ble utsatt til 2003, 2004 og til slutt 2005. Vi lurer på om fristen stadig forskyves. Dette skriver ikke Opedal om fordi boken er fra 2005. Carlsson (2008) mener det eneste som er oppnådd er en formidabel gjeld. Han sier derimot at krisebegrepet er like tøyelig som en strikk. Med dette utsagnet forstår vi at det er enkelt å ta i bruk begrepet for å beskrive dagens helsevesen. Vår oppfattelse er at helsevesenet alltid har gått med underskudd, men til tross for dette drives sykehusene

og pasientene får behandling. Har man derfor et godt nok grunnlag for å kalle dagens situasjon for en krise? Vi har tross alt et av verdens beste helsevesen. I følge Carlsson (2008) har det aldri blitt behandlet flere pasienter enn det gjør i dag og det har heller aldri vært utført mer avansert behandling.

## 5.0 AVSLUTNING/ KONKLUSJON

Arbeidet med oppgaven har vært interessant, der vi har fått en bredere forståelse av hvordan helsesystemet fungerer. Etter å ha studert teorien sitter vi igjen med et inntrykk av at økonomistyringen ved helseforetakene er komplisert. At vi nå har skaffet oss en teoretisk bakgrunn vil være fordelaktig ved videre utførelse av sykepleie, der vi har blitt bevisste på de bakenforliggende årsakene til hvordan virksomheten håndterer oppgaver.

Intensjonen med den nye sykehusreformen var blant annet å oppnå økt effektivitet og bedre økonomisk balanse. Før vi startet studiet hadde vi et negativt syn på helseøkonomien. Vi har alle vært i praksis på sykehuset og sett travelhet og korridorpasienter. Vi hadde en oppfatning om at dette skyldtes helseøkonomien, eksempelvis mangel på økonomiske ressurser. I tillegg trodde vi tidspresset kunne ses synonymt med effektivitet. Etter at vi nå er ferdig med oppgaven sitter vi igjen med en annen oppfatning. Helsebudsjettet er i vekst og sykehusene har aldri fått mer penger enn etter den nye reformen. Likevel har de en økonomisk ubalanse. Resultatet av vår avhandling er at problemet ikke bare skyldes helseøkonomien, men også i stor grad mangel på effektivitet. Vi har pengene, men klarer ikke å utnytte dem på en smart måte. Tidspresset vi opplever i avdelingene er ikke et tiltak for å oppnå økt effektivitet og inntjening. I stedet er det en konsekvens av en organisering som ikke har funnet den ideelle veien for å nå målet. Etter å ha gjennomført dette studiet har vi sett at målene ved sykehusreformen ikke er oppnådd. Det er fortsatt rom for effektivisering innen helsevesenet. Områder det bør satses mer på er eksempelvis ledelse og koordinering innad på sykehusene, samt bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Ut fra praksiserfaring har våre kollegaer gitt oss inntrykk av at det er mangel på sykepleiere i avdelingene. Dette kan vi delvis si oss enig i fordi vi selv har erfart travelheten i avdelingene. Vi trodde dette skyldtes mangel på sykepleiere, og ønsket derfor å belyse dette i studiet vårt. I dag ser vi at dette ikke er korrekt. Når det gjelder

antall sykepleierårsverk ligger Norge tross alt på topp i forhold til Danmark, Tyskland, Skottland og Finland. Likevel ser vi at Norge er i nedre sjikt når det gjelder pasientbehandling per sykepleier/år. Vi konkluderer med at det ikke er mangelen på sykepleiere som er problemet, men som nevnt ovenfor, mangelen på effektivitet.

Vi har kommet frem til at det er en sammenheng mellom de organisatoriske forholdene og utøvelse av sykepleie til pasienten. Vi tenker da spesielt på korridorpasienter. Korridorsenger er lønnsomt for sykehusene og kommer kanskje aldri til å forsvinne. Dette gjør at sykepleier også i fremtiden kan stilles overfor etiske dilemmaer, fordi studiet vårt viser at kvaliteten ved behandlingen til korridorpasienter svekkes.

Studiet kan kanskje virke ensidig fokusert på problemer, og vi kunne kanskje sagt mer om positive forhold. Pasienter får jo hjelp, feil og uhell er unntakene, ikke regelen.

Avslutningsvis vil vi fremheve at sykepleien generelt utføres forsvarlig, men kan til tider svekkes som følge av dårlige prosesser/rutiner. Konklusjonsmessig er vi av den oppfattelse at det er mulig å yte faglig forsvarlig sykepleie i sykehus som har helseøkonomi og effektivitet som sentrale faktorer.

## 6.0 LITTERATURLISTE

Andenæs, K., Olsen, L.O. (2003) *Juss for sykepleiere: Innføring i helserett*. 3.utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Andersen, I.S., Ådnøy, J. (2008) Nedbemanning eit ikkje-tema: kronikk. *Haugesund Avis*, 13. februar, s. 4-5.

Andreassen, R.S. (1999) *Effektivt nok?* Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Asheim, I. (2004) Verdier og holdninger når tiden er kort. I: *Etikk, tro og pluralisme*, red. K.O. Sannes, H. Hegstad, G. Heiene, S.O. Thorbjørnsen. s. 43-61. Bergen, Fagbokforlaget.

Aase, K.A. (2003) Sykt i korridoren. *Sykepleien*, nr. 3, s. 14-15.

Aasland, O.G., Hagen, T.P., Martinussen, P.E. (2007) Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr. 17, s. 2218-2221  
Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1575072](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1575072) [lest 20.02.08].

Aubert, V. (1969) *Det skjulte samfunn*. Rev. utg. Trondhjem, Aktietrykkeriet.

Bakken, R. m.fl. (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Bloch Helmers, A.K. (2008) Skrevet ut til sykehjem. *Sykepleien* nr. 1 s. 37-39.

Bringedal, B. (2006) Gir produksjon mer helse? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr. 8. Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1367641](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1367641) [11.02.08].

Bruheim, M. (2008) Fatale feil: En studie av avvik i legemiddelhåndtering ved somatiske sykeposter. *Sykepleien* nr. 3 s. 36-40.

Carlsson, R.S. (2008) Sykehuskrise til evig tid: kommentar. *Haugesunds avis*, 1 mars, s. 2-3.

Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Dietrichson, S. (2008) Nummer en. *Sykepleien* nr. 1 s. 28-30.

Faye, R.F., Aakre, M. (2008) *Er barmhjertighet gått ut på dato?* *Sykepleien*, nr.01, s.68-69.

Forsberg, C., Wengström, Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* Stockholm, Natur och Kultur.

Foss, C., Krogstad, U. (2000) De usynlige pasientene – erfaringer med å ligge i korridor. *Tidsskrift for Den norsk legeforening*, nr. 22. Tilgjengelig fra: [http://tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=173758](http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=173758) [lest 16.02.08].

Foss, T. (2008) Sykehusreformen fra ”innsiden”. *Sykepleien* nr. 1 s. 75.

Gaub, J. (2002) Medicinske liggetider – er bunden nået? *Ugeskrift for Læger* nr. 19 s. 1.

Haga, G (2005) Å kontrollere makthaverne i offentlig sektor I: *Modernisering av offentlig sektor: utfordringer, metoder og dilemmaer*, red. T. Busch., E. Johnsen., K.K. Klausen., J.O. Vanebo, s. 390-402. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Hollandvik, J.E. (2002) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. 3. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Halvorsen, K (2002): *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* 2.utg. Oslo, Cappelen akademisk forlag.

Haug, C. (2001) Makten flyttes. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 18.  
Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=367777](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=367777) [lest 18.02.08].

Haug, C. (2008) Sammenheng eller sammenbrudd. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 2. Tilgjengelig fra:  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1641084](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1641084) [lest 18.02.08].

Helse- og omsorgsdepartementet (u.å.) *Statlig finansiering av de regionale helseforetak*.  
Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Sykehus/Statlig-finansiering-av-de-regionale-hel.html?id=227797&epslanguage=NO> [lest 03.03.08].

Hofstad, E. (2008) Slankepress på Helse Sør-Øst. *Sykepleien* nr. 3. s. 13-14.

Hofstad, E. (2008) Slurv skal koste. *Sykepleien* nr. 3. s. 6-7.

Holter, E. (1995) *Ledelse og ledere i sykehus: Administrasjon av sengeposter*. 2. utg.  
Otta, TANO AS.

Høgskolen Stord/Haugesund [bilde, Internett]. Tilgjengelig fra:  
[https://fronter.com/hsh/mail/emaillist.phtml/bach.jpg?action=getattach&mnr=469&sid=47dbc1129b28c&userkey=30a164fb60b2c51e163dc29f0bda7592&mimepart=2&curent\\_mailbox=INBOX&selected\\_mailserver=16970&show\\_from=1](https://fronter.com/hsh/mail/emaillist.phtml/bach.jpg?action=getattach&mnr=469&sid=47dbc1129b28c&userkey=30a164fb60b2c51e163dc29f0bda7592&mimepart=2&curent_mailbox=INBOX&selected_mailserver=16970&show_from=1) [2008-02-18].

ICN (2001) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

ICN (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Jakobsen, R. (2005) *Klar for fremtiden?: om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. 2 utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Johannessen, K.I., Molven, O., Roalkvam, S. (2007) *Godt - rett- rettferdig: Etikk for sykepleiere*. Oslo, Akribe AS.

Kalvø, L. (2007) Mangler 3600 sykesenger. *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=13589&categoryID=139> [lest 23.02.08].

Karoliussen, M. (2002) *Sykepleie- tradisjon og forandring: En humanøkologisk tilnærming*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kristiansen, I.S. (2008) To pasienter i sengen eller en i korridoren? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 1. Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1634665](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1634665) [11.02.08].

Kristoffersen, N.J., Breievne, G. (2005) Lidelse, håp og livsmot. I: *Grunnleggende sykepleie*: bind 3, red. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A. Skaug. s.157-205. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. (2005) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: *Grunnleggende sykepleie*: bind 1, red. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A. Skaug. s.137-181. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Larsen, B., Skretting, P., Farstad, T. (2000) Hvorfor har vi korridorpasienter? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 22. Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=176905](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=176905) [lest 22.02.08].

Larsen, B., Skretting, P., Farstad, T. (2000) Korridorpasienter – konsekvenser for behandlingskvalitet og pasientintegritet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 22. Tilgjengelig fra: [http://tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=173513](http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=173513) [lest 22.02.08].



Lingås, L.G. (2003) *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. 3.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

MEDLEX Norsk Helseinformasjon (2006) *Helsepersonelloven*. Otta, AIT Trykk AS.

MEDLEX Norsk Helseinformasjon (2006) *Spesialisthelsestjenesteloven*. Otta, AIT Trykk AS.

Molven, O. (2002) *Helse og jus*. 5.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2006) *Sykepleie og jus*. 2.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Norstein, J. (2008) Korridorpatientenes funksjon i norsk sykehusvesen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 1. Tilgjengelig fra:

[http://tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1635336](http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1635336) [lest 21.02.08].

Ohnstad, B. (2004) *Juss for helse- og sosialarbeidere: En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. 3.utg. Bergen, Fagbokforlaget.

Olsson, H., Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

*Onkel Skrue* [bilde, Internett]. Tilgjengelig fra:

<http://samfunnet.uib.no/grafikk/program/2006-02-21-149-PENGERweb.JPG> [hentet 2008-03-05]

Opedal, S. (2005) Helsedepartementets styring av helseforetakene – rollemangfold og styringsutfordringer. I: *Helse – Norge i støpeskjeen: Søkelys på sykehusreformen*. red. S, Opedal., I.M, Stigen. s. 86-106. Bergen, Fagbokforlaget.

Opstad, L. (2003): *Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren* 2.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Opstad, L., Utaaker, A. (1992) *Budsjett- og økonomistyring i helse og sosialsektoren*. Bergen/Trondheim, Ad Notam Gyldendal.

Otterstad, H.K., Sorteberg, K. (2008) Alvorlig syk – og ”utskrivningsklar”. *Sykepleien*, nr. 1 s. 34-36.

Pettersen, I.J., Bjørnenak, T. (1997) *Fra økonomisk teori til klinisk praksis: om økonomisk styring i helsesektoren* Oslo, Cappelen, Akademisk Forlag.

Pettersen, I.J., Bjørnenak, T. (2003) *Helse i hver krone?: om økonomisk styring i helsesektoren* Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.

Pettersen, I. (2001) Fra plan til marked – noen perspektiver på sykehusreformen. *Tidsskrift for Den norsk legeforening*, nr 18. Tilgjengelig fra: [http://tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=370503](http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=370503) [lest 18.02.08].

Pettersen, I.J. (2005) Fra tempel til butikk den reformerte spesialisthelsetjenesten I: *Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*, red. T, Busch., E, Johnsen., K.K, Klausen., J.O, Vanebo, s. 207-226. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Piene, H. (2000) Korridorpasienter – et fenomen som kan unngås? *Tidsskrift for Den norsk legeforening*, nr 22. Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=172027](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=172027) [lest 20.02.08].

Roness, A. (2004) *Jobben og det gode liv*. Skien, Genesis forlag.

Slettebø, Å. (2007) *Sykepleie og etikk*. 4.utg. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2005) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: *Etikk i sykepleien*, red. B.S. Brinchmann, s.88-104. Oslo, Gyldendal Akademisk.

SPEKTER- arbeidsgiverforeningen 2008: NSH lederkonferanse 31.januar 2008, s.6-9  
(mottatt av økonomidirektør ved Helse Fonna 13.03.2008)

St meld nr. 41. (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 – Nasjonal helseplan.  
Sosialdepartementet.

Szebehely, M. (red.) (2005) *Äldreomsorgsforskning i Norden: En kunnskapsoversikt*.  
Köbenhavn, TemaNord: 2005:508.

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

*Verdier i helsetjenesten* (2000) Sosial- og helsedepartementet.

Vik, L.J. (1992) *Pengene og livet: utviklingstrekk ved norsk helsevesen*. Oslo,  
Kommuneforlaget.

Vollebæk, L.E., Østby, B.A. (2000) Unntaket er blitt regelen. *Sykepleien*, nr. 8 s. 10-17.

Øvretveit, J.(1998) *Evaluating Health Interventions*. Buckingham, Open University  
Press.

## 7.0 VEDLEGG

### *Vedlegg 1*

Bøker:

#### **BIBSYS:**

Søkeord:

1. *Helseøkonomi* – 82 treff. Begrenset dette til år 2000 og kun Norge → 24 treff.
2. *Faglig forsvarlighet* – 1 treff.
3. *Molven* - 6 treff.
4. *Effektivitet* - 73 treff

Internett:

#### **SVEMED+:**

Søkeord:

1. *Bed occupancy* - 44 treff, 2 relevant.
2. *Health priorities* - 565 treff
3. *Quality of health care* - 1826 treff

Kombinerte deretter 2 og 3 → 39 treff, 1 relevant.

4. *Health policy* -1399
5. *Patient care* - 3666

Kombinerte 4 og 5 → 41 treff, 1 relevant.

6. *Korridorpasienter* – 5 treff, alle benyttet.

### **Tidsskrift for Den norske legeforening**

Søkeord:

- 3.0. *Helseøkonomi* – 104 treff, 6 relevante.
- 4.0. *Effektivitet* – 298 treff, 5 relevante.
- 5.0. *Krogstad* – 19 treff, 1 relevant

### **MEDLINE- Ovid SP**

Søkeord:

1. *Hospitals* – 55798 treff
2. *Health care reform* – 10768 treff
3. *Quality of health care* – 1946135 treff
4. *Norway /Scandinavia* – 5 treff

Kombinerte 1+2+3+4 → 5 treff, 1 relevant

### **Helse- og omsorgsdepartementet:**

1. *Taler og artikler*
2. *År 2007* → 28 treff, 1 relevant

### **Sykepleien.no:**

1. *Korridorpasienter* – 16 treff, 3 relevante