

Thomas Pallesen og Lars Dahl Pedersen

Ledelsesreformer på sygehusene: Fra produktivitetsudvalg til afdelings- budgetter

Ifølge en realpolitisk opfattelse vil reformforslag sjældent blive gennemført, da en række interesser, knyttet til den eksisterende orden, vil søge at blokere eller udvande reformforsøgene. Gennem de seneste ti år er der gennemført ændringer af ledelsesstrukturen og budgetsystemet på danske sygehuse. På en række sygehuse indgår læger og sygeplejersker i fællesskab på alle ledelsesniveauer. Den formelle ret til at træffe beslutninger er decentraliseret fra politisk og højere administrativt niveau til ledelsen på de enkelte afdelinger. Det er muligt at gennemføre reformer. De møder ganske vist den modstand, som teorien tilsiger. Men hvis reformerne tilgodeser væsentlige aktørers interesser, og hvis der er politisk vilje til at tilrettelægge reformprocessen på en utraditionel måde, er det muligt at overvinde modstanden.

Amterne og hovedstadskommunerne driver de offentlige sygehuse i Danmark. Staten har ingen særlig kompetence i forhold til sygehusenes organisation. Statens indflydelse er i givet fald indirekte og økonomisk. Staten indgår aftaler med amterne om størrelsen af bloktilskud, udgiftsniveau og skatteprocent i amterne og er dermed med til at fastlægge de overordnede økonomiske rammer for sygehusene, som udgør over halvdelen af amternes samlede udgifter.

Ikke desto mindre var det et statsligt initiativ, produktivitetsudvalgets betænkning fra 1984, der satte gang i reformerne på sygehusene. En række af de danske sygehuse er sidenhen blevet administrativt reorganiseret med udgangspunkt i udvalgets anbefalinger. Nøgleordene for reformerne har været en decentralisering af det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar og en ændring af ledelsesstrukturen.

Artiklen gennemgår indholdet af produktivitetsudvalgets betænkning, herunder især ledelsesstrukturforslagene, der var den væsentligste kilde til uenighed i udvalget. Med produktivitetsudvalgets betænkning var der skitseret en række forslag til reformer af sygehusenes ledelsesforhold. Det var herefter op til de enkelte amter, hvorvidt betænkningens forslag skulle føres ud i livet. Artiklen beskriver reformprocessen på amtsplan med udgangspunkt i forholdene i Århus Amt, som er et af de amter, der har gennemført udvalgets anbefalinger. Beskrivelsen bygger til dels på observationer, forfatterne har gjort som medarbejdere i Århus Amt.

Indholdet af reformerne er ikke unikke for det danske sygehusvæsen. En række andre lande har gennemført tilsvarende reformer af deres sundhedsvæsen og er på mange områder gået videre, end det er tilfældet i Danmark (OECD, 1992). Indholdet af reformerne er ligeledes ikke specielle i en dansk sammenhæng. De budgetreformer, der er gennemført i den øvrige offentlige sektor i 1980'erne, har et tilsvarende indhold (Finansministeriet, 1984).

Thomas Pallesen og Lars Dahl Pedersen

Ledelsesreformer på sygehusene: Fra produktivitetsudvalg til afdelings- budgetter

Ifølge en realpolitisk opfattelse vil reformforslag sjældent blive gennemført, da en række interesser, knyttet til den eksisterende orden, vil søge at blokere eller udvande reformforsøgene. Gennem de seneste ti år er der gennemført ændringer af ledelsesstrukturen og budgetsystemet på danske sygehuse. På en række sygehuse indgår læger og sygeplejersker i fællesskab på alle ledelsesniveauer. Den formelle ret til at træffe beslutninger er decentraliseret fra politisk og højere administrativt niveau til ledelsen på de enkelte afdelinger. Det er muligt at gennemføre reformer. De møder ganske vist den modstand, som teorien tilsiger. Men hvis reformerne tilgodeser væsentlige aktørers interesser, og hvis der er politisk vilje til at tilrettelægge reformprocessen på en utraditionel måde, er det muligt at overvinde modstanden.

Amterne og hovedstadskommunerne driver de offentlige sygehuse i Danmark. Staten har ingen særlig kompetence i forhold til sygehusenes organisation. Statens indflydelse er i givet fald indirekte og økonomisk. Staten indgår aftaler med amterne om størrelsen af bloktilskud, udgiftsniveau og skatteprocent i amterne og er dermed med til at fastlægge de overordnede økonomiske rammer for sygehusene, som udgør over halvdelen af amternes samlede udgifter.

Ikke desto mindre var det et statsligt initiativ, produktivitetsudvalgets betænkning fra 1984, der satte gang i reformerne på sygehusene. En række af de danske sygehuse er sidenhen blevet administrativt reorganiseret med udgangspunkt i udvalgets anbefalinger. Nøgleordene for reformerne har været en decentralisering af det økonomiske og ledelsesmæssige ansvar og en ændring af ledelsesstrukturen.

Artiklen gennemgår indholdet af produktivitetsudvalgets betænkning, herunder især ledelsesstrukturforslagene, der var den væsentligste kilde til uenighed i udvalget. Med produktivitetsudvalgets betænkning var der skitseret en række forslag til reformer af sygehusenes ledelsesforhold. Det var herefter op til de enkelte amter, hvorvidt betænkningens forslag skulle føres ud i livet. Artiklen beskriver reformprocessen på amtsplan med udgangspunkt i forholdene i Århus Amt, som er et af de amter, der har gennemført udvalgets anbefalinger. Beskrivelsen bygger til dels på observationer, forfatterne har gjort som medarbejdere i Århus Amt.

Indholdet af reformerne er ikke unikke for det danske sygehusvæsen. En række andre lande har gennemført tilsvarende reformer af deres sundhedsvæsen og er på mange områder gået videre, end det er tilfældet i Danmark (OECD, 1992). Indholdet af reformerne er ligeledes ikke specielle i en dansk sammenhæng. De budgetreformer, der er gennemført i den øvrige offentlige sektor i 1980'erne, har et tilsvarende indhold (Finansministeriet, 1984).

Det er således ikke indholdet af reformerne i sygehusvæsenet, der er denne artikels anledning, men derimod at det langt henad vejen er lykkedes at gennemføre reformerne. Dette resultat står umiddelbart i kontrast til de pessimistiske prognoser for gennemførelsen af reformforslag, der er udbredt inden for organisationslitteraturen. Ifølge den realpolitiske opfattelse vil reformforslag sjældent blive gennemført, da de interesser, der er knyttet til den eksisterende orden som hovedregel vil have adgang til at blokere eller udvande reformforslaget (Winter, 1987; March og Olsen, 1983). Reformerne af det danske sygehusvæsen mødte den massive modstand, der forudsiges af teorien. At det alligevel lykkedes, skyldes at reformernes indhold tilgodeså væsentlige aktørers interesser og at reformprocessen blev tilrettelagt på en utraditionel måde.

Ændring af ledelsestrukturen: Produktivitetsudvalgets anbefalinger

Ud over sundhedsmyndighederne er de væsentligste aktører i udformningen af sundhedspolitikken producenterne af ydelserne. Det gælder især lægerne og sygeplejerskerne, der i betydeligt omfang har daglige ledelsesopgaver på sygehusene og via deres organisationer også traditionelt deltager i udformningen af den overordnede sundhedspolitik.

Indenrigsminister Britta Schall Holberg brød med denne veletablerede praksis, da hun nedsatte et produktivitetsudvalg i 1983. Medlemmerne blev udpeget uden om organisationerne. De blev udpeget som enkeltpersoner, ikke som repræsentanter for deres faglige organisationer. Selv om der også var læger i udvalget, var lægeforeningen ikke begejstret for dette initiativ (Holst, 1983: 3281-82). De lægelige organisationer og Dansk Sygeplejeråd kunne således ikke gøre deres indflydelse gældende direkte i udvalget, men var henvist til at søge at påvirke de læger og sygeplejersker, der havde valgt at deltage i udvalgets arbejde, trods indenrigsministerens utraditionelle måde at udpege medlemmerne på.

Udvalgets betænkning fra 1984 indeholdt tre elementer: En beskrivelse af sygehusvæsenets produktivitet i begyndelsen af 1980'erne, en redegørelse for baggrunden for produktivitetsudviklingen og endelig en række forslag til, hvordan sygehusene kunne opnå en bedre tilpasningsevne og styring af ressourceforbruget. Betænkningens forslag brød ikke med de grundlæggende træk i det danske sygehusvæsen. Sygehusvæsenet skulle fortsat bestå af offentligt ejede sygehuse, der gratis stiller sine ydelser til rådighed for borgerne (Indenrigsministeriet, 1984: 67). Inden for disse rammer indeholdt betænkningen en række forskellige forslag til effektivisering af sygehusenes kommunikations- og økonomisystemer, til modernisering af ledelsestrukturen, til udnyttelse af den lægelige specialisering og til en smidiggørelse af arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene.

Udvalget opnåede enighed om de fleste af betænkningens forslag. De gav i det mindste ikke anledning til mindretalsudtalelser. Det var blandt andet tilfældet for forslaget om at gøre afdelingerne til økonomiske enheder med selvstændige budgetter, regnskaber og aktivitetsregistrering (Indenrigsministeriet, 1984: 73).

Derimod var der uenighed om moderniseringen af ledelsesstrukturen på sygehusene. Betænkningen skitserede fire forskellige modeller, der i større eller mindre grad brød med den eksisterende ledelsesstruktur (Indenrigsministeriet, 1984: 78-100).

Den første model var en *enhedsledelsesmodel* med eneansvarlige administrerende overlæger på afdelingsniveau, der refererer til sygehusets direktør. Direktøren ville i denne model få faglig rådgivning fra en lægechef og en forstanderinde i stabsfunktioner, men i sidste instans være eneansvarlig for sygehusets drift. Ledelsesstrukturen på sygehuse i andre lande, blandt andet England og Sverige, ligger tæt på enhedsledelsesmodellen.

Den anden model var en *trojkaledelsesmodel*, hvor sygehusledelsen skulle bestå af et ledelseskollektiv med tre sideordnede chefer: sygehusets direktør, cheflægen og forstanderinden. Sygehusledelsen har tilsammen linjefunktion i forhold til sygehusets forskellige personalegrupper. På afdelingsniveau består ledelsen af en oversygeplejerske og en administrerende overlæge i fællesskab, dog med en uenighedsklausul, således at den administrerende overlæge ved uenighed har kompetence til at træffe en afgørelse.

Den tredje model med *delt ledelse*, var den model der kom nærmest en fastlåsning af de eksisterende fagopdelte strukturer på de danske sygehuse. Under direktøren ville der være en tredeling af sygehuset, hvor cheflægen har ansvaret for det lægelige område, forstanderinden ledelsen af alt plejepersonale og en driftsleder for det teknisk/administrative område. Fra afdelingsniveauet er der en linjefunktion fra oversygeplejersken til forstanderinden.

Den fjerde model, *hybridmodellen*, kombinerede trojka-modellen på sygehusniveau med enhedsledelsesmodellen på afdelingsniveau.

Flertallet i udvalget pegede på enhedsledelsesmodellen. På sygehusniveau ville modellen bidrage til at integrere forskellige faglige hierarkier, ved at gøre sygehusets direktør til eneansvarlig for sygehusets drift, samt entydigt placere ansvaret hos sygehusets direktør. På afdelingsniveau ville modellen respektere afdelingernes status som de grundlæggende funktionelle enheder på sygehusene.

Sygeplejerskerne kunne ikke acceptere flertallets anbefaling og afgav en mindretalsudtalelse. De var utilfredse med flertallets vurdering af de enkelte modellers fordele og ulemper. I mindretalsudtalelsen afviste de på den ene side enhedsledelsesmodellen (og dermed også hybridmodellen) og på den anden side anbefalede de modellen med delt ledelse. Sygeplejerskernes opfattelse af trojka-modellen lå midt imellem disse vurderinger. Det fremgår dog af mindretalsudtalelsen, at sygeplejerskerne var utilfredse med trojka-modellens afbrydelse af linjefunktionen, samt at uenighedsklausulen ville stille oversygeplejersken svagere end den administrerende overlæge.

Reformernes gennemførelse i amterne

Produktivitetsudvalgets betænkning afslørede en grundlæggende uenighed om udformningen af ledelsesstrukturen på sygehusene. Forventningerne til gennemførelse af reformer i amterne måtte således være beskedne. Der gik da

også nogle år, inden der for alvor skete noget. Men da reformprocessen endelig kom igang, var det med slående lighedstræk i den aftalte struktur fra amt til amt og fra sygehus til sygehus.

Det er trojka-modellen, der har vundet frem (Alban *et al.*, 1990). Sygehusledelserne på langt de fleste af landets sygehuse består nu af en sygehusdirektør, en cheflæge og en chefsygeplejerske, der i fællesskab forestår ledelsen af sygehuset. Stillingen som chefsygeplejerske afløser stillingen som forstanderinde. Med sygeplejerskernes skepsis i produktivitetsudvalget in mente kunne det tages som udtryk for, at sygeplejerskerne har tabt slaget om ledelsesstrukturen. Imod den konklusion taler, at inddragelsen af de lægefaglige og sygeplejefaglige chefer i sygehusledelsen er sket med både Foreningen af Speciallægers og Dansk Sygeplejeråds velsignelse.

Den formelle afbrydelse af linjefunktionen mellem sygeplejersker på afdelingsniveau og chefsygeplejersken har ikke været den anstødssten, som det umiddelbart kunne forventes på baggrund af produktivitetsudvalgets betænkning. Dansk Sygeplejeråd har givetvis gjort sig helt præcise overvejelser om, hvordan det bedst forvaltede sygeplejerskernes interesser. De ville langt hen ad vejen kunne blokere for forslag, der ændrede status quo. Omvendt kunne der være fordele ved at acceptere visse ændringer i ledelsesstrukturen, hvis sygeplejerskerne kunne opnå noget til gengæld.

Det værste alternativ, set fra sygeplejerskernes side, var enhedsledelsesmodellen, hvor sygeplejerskerne på afdelingsniveauet var underlagt en administrerende overlæge, hvor chefsygeplejersken på sygehusniveauet var reduceret til en stabsfunktion under sygehusdirektøren, og hvor linjefunktionen mellem chefsygeplejersken og de lavere niveauer i sygeplejehierarkiet var afbrudt.

Trojka-modellen havde én afgørende attraktion. Sygeplejerskerne ville få sæde i de afgørende ledelsesniveauer på sygehusene, sygehusledelsen og afdelingsledelsen. Sygeplejerskernes centrale position på sygehusene ville blive cementeret, og de ville få en platform, hvorfra sygeplejens position kunne udbygges på områder, som tidligere havde ligget udenfor sygeplejehierarkiet. De ville distancere grupper med tilsvarende uddannelser og ledelsesfunktioner. Og måske vigtigst; de ville opnå en position i sygehusvæsenet svarende til lægernes. Sygeplejerskerne ville derved få en position, der internationalt set var helt unik.

Prisen for at opnå trojka-modellens fordele var, at linjefunktionen formelt skulle opløses. Det ville indebære en risiko for, at læger og administratorer ville blande sig i plejefaglige forhold. I praksis har der vist sig andre muligheder for at koordinere indsatsen uden det formelle sygeplejehierarki. På en række sygehuse er der efter indførelsen af de nye sygehusledelser etableret oversygeplejerske- og afdelingssygeplejerskeråd, der sikrer en jævnlig udveksling af information mellem ledelsesniveauerne. På samme vis er det selvstændige administrative apparat omkring chefsygeplejersken sjældent blevet fuldt integreret med den øvrige administration på sygehusene. Stillingen som viceforstanderinde er for eksempel blevet konverteret til en stilling som sygeplejekonsulent, der fortsat har tætte relationer til chefsygeplejersken.

Når det gælder ledelsesstrukturen på afdelingsniveau, er reformerne ikke nået lige langt i alle amter. Flere amter har kun etableret sygehusledelser. Godt halvdelen er gået videre og har etableret afdelingsledelser (Lykkesfeldt og Christensen, 1994). Også på afdelingsniveau er der betydelige lighedstræk på tværs af amtsgrænserne. Ledelsen på en klinisk afdeling består af en administrerende overlæge og en oversygeplejerske, der i fællesskab leder afdelingen. Denne ændring er ikke kommet i stand uden sværdslag med organisationerne. Fyns amt, der først etablerede afdelingsledelser med afdelingsbudgetansvar, var i 1½ år fra januar 1989 til maj 1990 i konflikt med Foreningen af Speciallæger. Reformerne af ledelsesstrukturen lå underdrejet i denne periode. Foreningen af Speciallæger kunne ikke gå med til et forslag om en fælles ledelse på afdelingsniveau. Foreningen anså forslaget for at være i strid med lægelovens bestemmelser, der placerer behandlingsansvaret hos lægerne. Til sidst kom der dog et forlig i stand, hvor Foreningen af Speciallæger accepterede, at der blev etableret en fælles ledelse, men hvor det særlige lægefaglige ansvar blev præciseret.

Fælles afdelingsledelse indebærer, at den administrerende overlæge deler ansvaret og kompetencen med en oversygeplejerske. Afdelingsbudgettering indebærer tillige, at ansvaret og kompetencen omfatter de økonomiske konsekvenser af de faglige dispositioner på afdelingerne. Set i det lys er den præcisering af lægernes behandlingsansvar, Foreningen af Speciallægers insisterede på, ikke uvæsentlig. Den betyder, at det fortsat, uanset afdelingsledelse og -budgetter, suverænt er den enkelte læge, der træffer en lang række af de beslutninger, der har konsekvenser for ressourceforbruget på afdelingerne. Det kan således ikke uden videre konkluderes, at de fordele, sygeplejerskerne sikrede sig i striden om ledelsesstrukturen, er opnået på bekostning af lægernes position. Sygeplejerskerne opnåede en formel anerkendelse af deres position og en potentiel mulighed derfra at øge deres indflydelse i sygehusvæsenet. Hvorvidt gevinsten faktisk vil kunne omsættes, vil afhænge af samspillet mellem medlemmerne af afdelingsledelserne. I den diskussion er den præcisering af behandlingsansvaret, Foreningen af Speciallæger opnåede, en afgørende præmis.

Decentralisering af budgetansvar til sygehusene

Produktivitetsudvalgets betænkning indeholdt en anbefaling af, at den traditionelt stærkt centraliserede styring af bevillinger på sygehusene skulle afløses af afdelingsbudgetter, dvs. rammebudgetter på afdelingsniveau.

Udvalgets anbefaling kan ses som slutstenen på en udvikling, hvor der i de enkelte amter gradvist er lagt større og større formel kompetence fra amtsråd, stående udvalg og forvaltninger ud til de enkelte sygehusledelser. I en række tilfælde har den formelle decentralisering alene været en administrativ forenkling af praksis, hvor en række dispositioner tidligere blot fordrede formel godkendelse fra forvaltning eller politikere. Sygehusene får hvert år tildelt et budget, som de skal overholde. Som hovedregel vil der indenfor sygehusets budgetramme være vide grænser for, hvordan udgifterne sammensættes. Der kan være varierende begrænsninger i retten til overførelse mellem løn og andre

udgifter, om merindtægter kan udløse tilsvarende merudgifter, i regler for oprettelse og nedlæggelse af stillinger, i adgang til overførelse af sparede budgetmidler til efterfølgende regnskabsår samt i rækkevidde og omfang af amtslige forskrifter og retningslinjer i øvrigt.

Decentralisering af budgetansvar til afdelingerne

Produktivitetsudvalgets forslag om at føre decentraliseringen helt ud til afdelingsniveauet var begrundet i et ønske om at skabe overensstemmelse mellem kompetencen til at iværksætte de aktiviteter (behandling, undersøgelser og pleje), der udløste ressourceforbruget, og ansvaret for dette ressourceforbrug. Afdelingsbudgetter ville give afdelingen et incitament til at inddrage økonomiske overvejelser i tilrettelæggelsen af arbejdet, da gevinsten ved en eventuel omlægning af driften ville tilfalde afdelingen. Afdelingsbudgetter ville ligeledes give et klarere billede af sammenhængen mellem ydelser og forbrug på den enkelte afdeling, hvilket ville lette sygehusledelsens prioritering af ressourcer mellem afdelingerne.

Indførelse af afdelingsbudgetter på sygehusene er et anliggende for det enkelte amt og for det enkelte sygehus. Det indebærer, at de aktører, der normalt vil være involveret i overvejelser om ændringer af budgetreglerne er politikere og embedsmænd i amterne og på sygehusene. Karakteren af de faglige organisationers inddragelse ændres ligeledes. De faglige organisationer har ikke samme forventning om at blive inddraget, som det var tilfældet i spørgsmålet om ændringerne af ledelsesstrukturen. Konkret indebærer det, at de faglige organisationers centrale organer ikke er repræsenteret. Derimod orienteres og indrages de lokale tillidsrepræsentanter.

For amtsforvaltningen vil der være stærke tilskyndelser til at sætte sig i centrum for processen. Den vil normalt have det nødvendige administrative apparat. Også på amtsplan er administrative funktioner tæt på politikerne mere prestigefyldte end tilsvarende funktioner på institutionsniveau. Man finder ligeledes, at administratorernes selvtilid vokser med afstanden til og i mange tilfælde står i omvendt forhold til kendskabet til institutionerne. Amtsforvaltningen vil derfor normalt anse det for naturligt, at den står i centrum for reformernes iværksættelse.

En standard-reformmodel indeholder nedsættelsen af en amtslig projekt- eller arbejdsgruppe, hvis arbejdsområde omfatter alle sygehusene i amtet. Sygehusledelserne vil som regel blive bedt om at deltage og om at levere forskellige bidrag til beslutningsprocessen. Modellen indebærer, at amtsforvaltningen får hovedansvaret og -æren for udarbejdelsen af reformforslaget. Det er institutionerne normalt ikke utilfredse med. Ikke alle sygehuse er administrativt og ledelsesmæssig bestykt til at klare opgaven. Institutionerne vil ligeledes kunne henvise til amtsforvaltningen, hvis det senere viser sig, at reformerne ikke har de forventede effekter. Institutionerne har som regel på forhånd garderet sig med en stribe forbehold, der behørigt er ført til referat.

Sigtet med afdelingsledelse og -budgetter er at placere ansvaret og kompetencen i institutionernes led. Når sygehusledelsen og afdelingerne på de enkel-

te sygehuse ikke er centralt placeret i beslutningsprocessen, vil der være en modstrid mellem reformsigtet og de midler, reformerne iværksættes med. I praksis er det den enkelte sygehusledelse, der skal træffe en række afgørende beslutninger om det konkrete indhold af et afdelingsledelse- og budgetsystem. Det er også sygehusledelsen, der må træffe beslutningerne om, hvordan de enkelte dele af beslutningsprocessen håndteres i forhold til de forskellige interesser på sygehuset. Endelig er det også sygehusledelsen, der efterfølgende skal sørge for at administrere de nye spilleregler.

I Århus amt søgte amtsråd og amtsforvaltning at placere ansvaret for indførelsen af reformerne af ledelsesstrukturen og budgetsystemet på det enkelte sygehus. Til støtte for sygehusledelserne nedsatte amtsrådet i efteråret 1988, som en del af et budgetforlig, en projektgruppe, der skulle forestå en udredning af mulighederne for etablering af afdelingsledelser og afdelingsbudgetter på amtets sygehuse. Initiativet kom fra amtsdirektøren og amtsborgmesteren. Projektgruppen, der bestod af to frikøbte akademikere fra amtets forvaltning, to cand. scient. pol.'er udefra og en sekretær, påbegyndte arbejdet på Århus Kommunehospital, der er amtets største sygehus, i foråret 1989. Projektgruppen havde ingen formel selvstændig kompetence. Den var dog udefra udstyret med dét mandat, som var indeholdt i amtsrådets beslutning om nedsættelse af gruppen, samt med en mulighed for at få drøftet forskellige forhold i henholdsvis en administrativ følgegruppe og et politisk forum bestående af økonomiudvalg og sygehusudvalg i forening. Endelig havde projektgruppen eget budget og frie hænder til at tilrettelægge arbejdet.

Bortset fra relationerne til den administrative følgegruppe var projektgruppens arbejde rettet mod de forskellige parter på sygehuset. Det var først og fremmest sygehusledelsen, der skulle træffe de endelige beslutninger. Det var sygehusets administration, der fungerede som sparringspartner i bestræbelserne på at få omlagt administrative forretningsgange og gearret det administrative system til at kunne træffe beslutninger decentralt. Det var også forskellige udvalg og råd på sygehusniveau, herunder især sygehusets samarbejdsudvalg og overlægeråd. Alle på sygehuset blev lovet fuld åbenhed om projektgruppens arbejde. I en lang periode var orientering om projektgruppens arbejde et fast punkt på dagsordenen i sygehusets samarbejdsudvalg.

Endelig blev de kommende brugere af budgetsystemet, afdelingsledelserne, inddraget i det forberedende arbejde. Formelt var afdelingsledelserne ikke udpeget på det tidspunkt, men i de fleste tilfælde var det en ren formalitet. Der blev holdt en række møder med afdelingerne enkeltvis, hvor afdelingens organisation og arbejdsopgaver blev gennemgået. Afdelingsledelserne havde ligeledes lejlighed til at kommentere udformningen af afdelingsbudgetssystemet. Det skulle vise sig, at inddragelsen af de kommende afdelingsledelser i det foreberende arbejde fik afgørende betydning for udformningen af dele af regelsættet. Afdelingernes kommentarer indgik med stor vægt i de drøftelser, sygehusledelsen og -administrationen og projekt- og følgegruppe havde om udformningen af reglerne i afdelingsbudgetssystemet. Det illustreres nedenfor med fire konkrete problemstillinger, der blev rejst i forbindelse med indførel-

sen af afdelingsledelse og -budgetter. Forinden gennemgås det afdelingsbudgetsystem, sygehusledelsen på Århus Kommunehospital endte med at vedtage.

Afdelingsbudgetsystemet på Århus Kommunehospital

Afdelingsbudgetsystemet er beskrevet i en budgethåndbog (Århus Kommunehospital, 1990). Håndbogen beskriver hvilke udgifter, der er omfattet af budgettet og præciserer rækkevidden af afdelingernes dispositionsret og -ansvar.

Afdelingsbudgettet er et rammebudget, der som hovedregel indeholder de udgifter og indtægter, afdelingen selv kan påvirke. Den største udgiftspost er lønnen til afdelingens personale. Desuden har afdelingen budgetansvaret for indkøbet af varer, såsom medicin og kliniske forbrugsvarer, for mindre anskaffelser af inventar mv., samt for serviceydelser, eksempelvis analyser ved Statens Seruminstitut.

En lang række udgifter er ikke med i afdelingsbudgettet på de kliniske afdelinger. Det gælder vand, varme, el, kommunikationsudgifter mv. Disse udgifter er budgetteret på en central konto under sygehusledelsen eller henført til en ikke-klinisk afdeling, for eksempel den tekniske afdeling. Ydelser, der leveres af interne leverandører på sygehuset, er som hovedregel ikke med i afdelingsbudgettet på de kliniske afdelinger. Det gælder for eksempel for rengørings-, røntgen-, patologi- og laboratorieydelser. I stedet har de leverende afdelinger et afdelingsbudget. Køkkenet har således eget budget og leverer mad til afdelingerne uden afregning med de kliniske afdelinger.

Mere end 90 pct. af sygehusets udgiftsbudget er lagt ud i de kliniske og ikke-kliniske afdelingers budgetter. Større anskaffelser af apparatur og omstillingsprojekter (for eksempel bygningsændringer) er ikke indeholdt i afdelingsbudgetterne, men afholdes af en central pulje for hele sygehuset. Det samme er tilfældet med den kompensation, afdelingerne ydes ved graviditetsfravær. Udlodningen fra de centrale puljer sker efter to forskellige principper. Midlerne i anskaffelses- og omstillingspuljen fordeles af sygehusledelsen efter konkrete ansøgninger fra de enkelte afdelinger. I modsætning hertil udloddes midlerne fra graviditetspuljen efter faste kriterier, der på forhånd er kendte, typisk en vis procentdel af den løn, som medarbejderne oppebærer under orloven.

Indenfor afdelingsbudgettet har afdelingsledelsen relativt fri dispositionsret over budgetmidlerne. Den er til gengæld forpligtet til at overholde budgetrammen. Det indebærer, at der er fri bevægelighed mellem de forskellige typer af udgifter og indtægter budgettet indeholder. Afdelingerne kan ligeledes frit vælge leverandører og produkter uden om sygehusets varedepot, ligesom inddragelse af teknisk afdeling ved nyanskaffelser er en frivillig sag for afdelingen. Begrænsningerne på afdelingsledelsernes dispositionsret findes især på personaleområdet. Der er således begrænsninger på det antal faste stillinger, personalet må udvides med, ligesom afdelingsledelsen ikke på egen hånd kan oprette og nedlægge leder- og tjenestemandstillinger. Endelig er afdelingsledelsens ret til at anvende budgettet ud over det budgetår, bevillingen vedrører, begrænset, idet kun et mindre- eller merforbrug på en pct. af afdelingsbudgettet kan overføres til det næstfølgende budgetår.

Budgettet tildeles afdelingen under vejledende budgetteringsforudsætninger. Karakteren af budgetforudsætningerne varierer fra afdelingstype til afdelingstype. De kliniske sengeafdelingers budgetteringsforudsætninger omfatter en række af de aktivitets- og kapacitetsmål, der traditionelt har været anvendt indenfor sygehusvæsenet, såsom antal indlæggelser, antal sengedage, antal ambulante besøg og antal operationer.

Hvad skulle med i afdelingsbudgetterne på Århus Kommunehospital?

Alle parter på Århus Kommunehospital kunne på det abstrakte plan tilslutte sig det generelle kriterium om, at de udgifter og indtægter, afdelingerne påvirkede afgørende, skulle omfattes af afdelingsbudgetterne. Dette kriterium er imidlertid for det første ikke særlig operationelt i forhold til de mange forskellige typer af udgifter og indtægter, der indgår i driften af et sygehus. For det andet kan andre hensyn i den konkrete sammenhæng veje tungere. Stridspunkterne samlede sig især om udenamtsindtægterne, kursusmidlerne og afløsning for sygeplejegruppen.

Udenamtsindtægter

Udenamtsindtægter er en følge af, at Århus Amt har en række landsdelsfunktioner, der benyttes af patienter fra andre amter. Det amt, hvor patienten har bopæl, betaler for behandlingen på sygehuset. På Århus Kommunehospital udgør udenamtsindtægterne ca. 20 pct. af sygehusets samlede udgifter. Spørgsmålet var, om disse indtægter direkte skulle indgå i budgettet på de afdelinger, der forestår behandlingen af udenamtspatienterne. En række afdelinger argumenterede for, at udenamtsindtægterne naturligt hørte med i afdelingsbudgetterne med henvisning til, at behandlingskvaliteten, og dermed et forhold afdelingerne selv havde betydelig indflydelse på, var afgørende for tilstrømningen af udenamtspatienter. Andre afdelinger mente, at antallet af henviste udenamtspatienter varierede tilfældigt, for eksempel med specialeudbygningen i andre amter, og derfor ikke burde med i afdelingsbudgetterne.

I den første gruppe fandt man overvejende de afdelinger, der havde stigende tilgang af udenamtspatienter, mens den anden gruppe oplevede den modsatte udvikling. Spørgsmålet delte især lægerne på de forskellige afdelinger, hvorimod sygeplejerskerne i højere grad havde det standpunkt, at man ikke måtte risikere at stille afdelingerne for forskelligt. Sygehusledelsen kunne have følt sig fristet til at lægge udenamtsindtægterne ud i afdelingsbudgetterne. For sygehusledelsen lå attraktionen ved en decentralisering af udenamtsindtægterne i, at ansvaret for denne afgørende, men ustabile indtægtskilde, så ville blive overført til afdelingsniveauet. Sygehusledelsen ville umiddelbart slippe for de ubehagelige prioriteringer, der ville følge af en eventuel nedgang i udenamtsindtægterne. Men afdelinger med faldende udenamtsindtægter ville få alvorlige budgetproblemer, der højst sandsynligt alligevel ville involvere sygehusledelsen. Det endte da også med, at udenamtsindtægterne ikke direkte blev omfattet af afdelingsbudgetterne.

Kursusudgifter

Det andet stridspunkt var kursusudgifterne. Sygehusets kursusvurderingsudvalg administrerede en pulje til kurser på sygehusniveau. Kursusmidlerne blev af dette udvalg fordelt meget skævt, således at lægegruppen fik mere end halvdelen, selv om de kun udgør ca. ti pct. af personalet. Kursusmidlerne skulle utvivlsomt udlægges i afdelingsbudgetterne, hvis hovedprincippet om, at udgifter, afdelingerne påvirker afgørende, skal indeholdes i afdelingsbudgettet, blev lagt til grund. Det var også sygeplejegruppens klare standpunkt. Ved at udlægge kursusmidlerne i afdelingsbudgettet ville kursusmidlerne indgå i den almindelige prioritering på afdelingen. Sygeplejegruppen kunne derved håbe på en større andel af kursusmidlerne eller næstbedst, at der ikke blev anvendt store summer på lægernes kursusaktivitet på en afdeling, hvor en lang række andre formål også kunne tilgodeses. Lægegruppen mobiliserede al mulig modstand mod forslaget om at udlægge kursusmidlerne i afdelingsbudgetterne. Lægerne frygtede netop en sådan udvikling. Sygehusledelsen, der oprindeligt havde været indstillet på at decentralisere kursusmidlerne, besluttede under indtryk af lægernes indædte modstand, at det centrale kursusudvalg fortsat skulle disponere over et budget til det kliniske personales kursusaktivitet.

Afløsning for plejegruppen

Ledelsen af plejegruppen, dvs. den daværende forstanderinde på Århus Kommunehospital, havde igennem mange år fulgt en stærkt centraliseret praksis med hensyn til tildeling af vikarer blandt plejepersonalet. Enhver anmodning om ekstra bistand ud over den faste normering skulle behandles af forstanderindens administrative stab, uanset om anmodningen vedrørte sygdom, barselsfravær eller spidsbelastning på den enkelte afdeling. Der var ikke indbygget nogen form for automatik i tildelingen, der i stedet byggede på en konkret vurdering i det enkelte tilfælde. Ud af en samlet normering for sygeplejepersonalet på 1628 stillinger i 1990 var det 15 pct., som forstanderinden således løbende kunne sætte ind som afløsere forskellige steder på hospitalet (Århus Kommunehospital, 1989). Det gav forstanderinden et meget stærkt sanktionsmiddel overfor oversygeplejerskerne på afdelingerne. For oversygeplejerskerne gjaldt det om at stå sig godt med forstanderinden, ellers kunne afløsningen på afdelingen blive reduceret.

På projektgruppens møder med afdelingsledelserne udtrykte oversygeplejerskerne generelt stærk utilfredshed med vilkårligheden i administrationen af sygeplejepuljen. I denne foreberedende fase, hvor det ikke var givet, at budgetsystemet ville blive ændret, ville oversygeplejerskerne af frygt for forstanderindens sanktion ikke støtte en afvikling af sygeplejepuljen i forsamlinger, hvor sygeplejeledelsen deltog.

Der blev derfor udarbejdet et beslutningsgrundlag, der betød, at den del af sygeplejepuljen, der dækkede kortere fravær (for eksempel ferie og kortere sygdomsperioder), på forhånd skulle fordeles på de enkelte afdelinger. Tilbage i den centrale sygeplejepulje var afløsning ved graviditet, der blev foreslået fordelt automatisk, når medarbejderen gik på barsel. Forslaget om automatik i

kompensationen var reelt en afvæbning af sygeplejeledelsen. Forstanderinden var imod denne beslutning, der imidlertid blev støttet af den administrative følgegruppe og af den resterende del af sygehusledelsen. Serveret på denne måde kunne oversygeplejerskerne samtidig prise forstanderindens administration af sygeplejepuljen og støtte forslaget.

Decentralisering af indkøbsområdet

Proceduren ved indkøb af varer, såsom lægelige og sygeplejemæssige artikler, var en kilde til utilfredshed blandt afdelingsledelserne, der ligeledes kom frem på møderne med afdelingerne. Utilfredsheden gik først og fremmest på en centraliseret og rigid indkøbsprocedure på sygehuset, der indebar, at sortimentet var begrænset af en række indkøbsaftaler. Stort set alle afdelinger kunne nævne eksempler på produkter, der kunne købes billigere uden om indkøbsaftalerne. Proceduren ved indkøb var tilmed besværlig og tidkrævende for afdelingerne.

Det var argumenter, som sygehusledelsen havde svært ved at sidde overhørig. På den anden side kviede sygehusledelsen sig ved at tage en konflikt på spørgsmålet med sygehusdepotet og de tekniske afdelinger. Depotet og den tekniske afdeling kunne, stærkt støttet af amtets indkøbskontor, opregne adskillige argumenter for at fastholde de amtslige indkøbsaftaler. Essensen af argumenterne var en stærk tillid til egne evner til at disponere fornuftigt og en tilsvarende stærk mistillid til afdelingernes formåen på dette område. På trods af disse forbehold besluttede sygehusledelsen, at de amtslige indkøbsaftaler skulle betragtes som et tilbud for afdelingsledelserne, som afdelingsledelsen frit kunne fravælge, hvis den skønnede, at en anden leverandør eller et andet produkt var mere fordelagtigt.

Sammenhæng mellem reformstrategi og reformindhold

Reformerne af sygehusenes ledelses- og kompetenceforhold skete i to trin. Reformerne blev sat i gang af produktivitetsudvalgets betænkning fra 1984. En række amter, herunder Århus amt, reorganiserede sygehusene med udgangspunkt i udvalgets anbefalinger.

På det statslige niveau blev reformprocessen grebet an på en måde, der adskilte sig fra den gængse facon. Indenrigsminister Britta Schall Holberg udpegede medlemmerne af produktivitetsudvalget uden om de organisationer, der traditionelt deltager i udformningen af sundhedspolitikken. Britta Schall Holbergs måde at udpege produktivitetsudvalget på var en spektakulær politisk handling, der gav anledning til protester fra de forbigåede organisationer. På mange områder var konsekvensen af denne handling begrænset. Ikke organisationsrepræsentanter, men dog repræsentanter for de traditionelle interesser på området deltog i udvalgets arbejde. Reformforslagernes sigte var ikke at ændre det danske sygehusvæsens basale karakteristika, de offentligt finansierede og hierarkisk styrede sygehuse. Udvalget kunne ikke fremlægge en enstemmig anbefaling. Udvalgets anbefaling af enhedsledelsesmodellen var en klar udfordring af sygeplejerskernes fagpolitiske interesser, der affødte en mindretalsud-

talelse fra udvalgets sygeplejerepræsentanter. Flertallets anbefaling af enhedsledelsesmodellen blev heller ikke gennemført på amtsplan, hvor organisationernes accept i praksis viste sig at være en forudsætning for at ændre ledelsesstrukturen på sygehusene.

På ét område har produktivitetsudvalgets betænkning haft betydning. En anden af de modeller, udvalget foreslog, trojka-modellen, vandt frem i amterne og på landets sygehuse. Man kan selvsagt kun gisne om, hvorvidt et traditionelt udpeget udvalg også ville have sat et lignende forslag på dagsordenen, men det er næppe sandsynligt. Trojka-modellen blev først accepteret af organisationerne efter lang tids forhandling. Det er på den baggrund svært at forestille sig, at organisationerne ville have foreslået modellen, hvis de havde haft sæde i produktivitetsudvalget.

På det amtskommunale niveau var Århus amt et eksempel på en anderledes tilrettelæggelse af den konkrete indførelse af udvalgets anbefalinger. Årsagen til dette skal formentlig først og fremmest tilskrives en amtsdirektør og en amtsborgmester, der både var interesserede i og villige til at bryde de vante samarbejdsrutiner mellem amtsforvaltningen og sygehusene. De nedsatte en projektgruppe, der ikke var en del af den amtslige forvaltning. På sygehusene blev afdelingerne, mere end det er vanligt, inddraget i det foreberedende arbejde. Det mest synlige resultat af reformstrategien var afviklingen af sygeplejepuljen og liberaliseringen af indkøbsproceduren. Set udefra kan det synes at være logiske og selvindlysende konsekvenser af vedtagelsen af afdelingsledelse og -budgetter. Set udefra kan det ligeledes synes at være beskedne ændringer. De var imidlertid på ingen måde givne. På andre sygehuse, der har gennemført tilsvarende reformer, har man valgt at fastholde den centraliserede indkøbsprocedure (for eksempel på Rigshospitalet, jf. Thomsen, 1993: 27).

Omvendt illustrerer reformprocessen på Århus Kommunehospital også nogle begrænsninger i, hvor langt reformstrategien kunne strække reformindholdet. Selv på områder, hvor institutionen har fået en frihed til at ændre hidtil gældende regler og praksis, var der en tendens til ikke at foretage ændringer. Bag hver regel eller sædvane fandtes mere eller mindre velorganiserede interesser. De mest indflydelsesrige aktører var ubetinget sygeplejerskerne og lægerne. Hvis de holdt sammen indadtil, besad de hver for sig en veto-magt. Afviklingen af sygeplejepuljen viser, at det ikke altid er tilfældet og, at det er muligt at ændre de bestående forhold, såfremt modsætningerne internt i gruppen kommer frem. Sygehusledelsen traf ikke en beslutning, der ændrede bestående forhold, hvis forslaget blev imødegået af en samlet lægegruppe eller en samlet sygeplejerskegruppe. Der blev ikke taget tilsvarende hensyn til andre faggrupper. Det kunne besluttes, at varekøb og anskaffelser skulle kunne foretages af afdelingerne udenom sygehusdepotet og de tekniske afdelinger, selv om depotet og de tekniske chefer var passionerede modstandere af forslaget. Derimod blev kurususbevillingerne ikke flyttet til afdelingsniveauet, da den samlede lægegruppe var imod. Det kunne ligeledes heller ikke diskuteres, at der senere blev oprettet en sygeplejekonsulentstilling på alle sygehusene i stedet for en viceforstanderinderne i det gamle sygeplejehierarki.

Afdelingsledelse og -budgetter i praksis

Den gængse politologiske organisationslitteratur har som nævnt indledningsvis en pessimistisk prognose for gennemførelsen af reformforslag. Reformerne i det danske sygehusvæsen er et eksempel på, at det er muligt at overvinde modstanden mod at ændre de bestående forhold. Indholdet af reformerne af ledelsesstrukturen og kompetenceforholdene udfordrede ikke de væsentligste aktørers - lægernes og sygeplejerskernes - interesser og kan i den forstand hævdes at være af begrænset rækkevidde. Forløbet af reformprocessen viser ikke desto mindre, at tilrettelæggelsen af beslutningsprocessen havde betydning for formuleringen og gennemførelsen af reformerne. Påstanden, der er argumenteret for, er i al sin enkelhed, at det gjorde en forskel.

Der kan imidlertid afslutningsvis være grund til at berøre spørgsmålet om, hvorvidt ændringerne af ledelses- og budgetforholdene også gør en forskel i praksis. Om og i givet fald hvilke konsekvenser, reformerne har haft for adfærden. Erfaringerne viser, at effekten af ændringer i budgetsystemer ofte er begrænset (Christensen, 1981; 1990).

Reformerne af ledelses- og budgetforholdene på Århus Kommunehospital blev indført med virkning fra budgetåret 1991. I de følgende år har en række af de øvrige sygehuse i amtet gennemført tilsvarende reformer. På den baggrund er det svært at drage sikre konklusioner om, hvordan systemet har virket i praksis. De foreløbige erfaringer peger på dog på tre hovedtendenser (Pallelsen og Pedersen, 1993): Væksten i de samlede udgifter er dæmpet efter indførelsen af afdelingsbudgetsystemet, hvilket isoleret set er et bemærkelsesværdigt resultat. Udviklingen har imidlertid ikke været ensartet for alle typer af udgifter. Udgifterne til læge- og sygeplejerspersonale er vokset, mens udgifterne til de øvrige personalekategorier, varer og tjenester er stagneret eller for nogen varegrupper vedkommende, for eksempel medicin, ligefrem faldet. Det viser, at afdelingsledelserne har benyttet retten til at disponere indenfor budgetrammen. De foreløbige erfaringer tyder ligeledes på, at de aktivitetsforudsætninger, der var knyttet til afdelingsbudgetterne, ikke bliver overholdt.

Er tendenserne udtryk for en blivende udvikling, består de problemer, der var anledningen til nedsættelsen af produktivitetsudvalget. Udviklingen peger også på, at læger og sygeplejersker, der havde afgørende indflydelse på udformningen af reformforslaget, også tilgodeses i det daglige virke på afdelingerne.

Erfaringerne viser, at det var svært at gennemføre reformerne af ledelses- og kompetenceforholdene. De foreløbige erfaringer viser, at det er mindst lige så svært at få dem til at virke i praksis.

Der er imidlertid værd at holde fast i tre forhold. For det første, trods forudsigelig og massiv modstand kan det lade sig gøre at gennemføre reformer. For det andet kan dele af reformerne, rammebudgettering på afdelingsniveauet bringes til at virke. For det tredje viser sammensætningen og udviklingen af afdelingernes udgifter, at afdelingerne reagerer på de incitamenter, der er indbygget i systemet. Der er derfor stof nok til endnu et produktivitetsudvalg.

Litteratur

- Alban, Anita, I. Smidt Thomsen og J. Lehmann Knudsen (1990). "Decentralisering af det økonomiske ansvar i sygehusvæsenet", *Tidsskrift for danske sygehuse*, 1990, no. 5, pp. 152-55.
- Christensen, Jørgen Grønnegaard (1981): "Growth by Exception: or The Vain Attempt to Impose Resource Scarcity on the Danish Public Sector", *Journal of Public Policy*, vol 2, No. 2, pp. 117-144.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1990). "Budgetreformer og udgiftsadfærd: Om embedsmænds og politikeres manipulationer og muligheden for at manipulere dem", *Politica*, 22. årgang, nr. 4, pp. 422-441.
- Finansministeriet (1984). *Budgetredogelse 1984*, København: Budgetdepartementet.
- Holst, Erik (1983). "Formandens mundtlige beretning", *Ugeskrift for Læger*, 145. årgang, nr. 42, pp. 3277-3286.
- Indenrigsministeriet (1984). *Sygehusenes organisation og økonomi*, København: Indenrigsministeriet.
- Lykkesfeldt, Gert & Christensen, Ingrid (1994). *Afdelingsledelse på kliniske og tværgående afdelinger*, København: Dansk Sygehus Institut.
- March, James G. and Olsen, Johan P. (1983). "Organizing Political Life: What Administrative Reorganization Tells Us about Government", *American Political Science Review*, vol. 77, pp. 281-296.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD.
- Pallesen, Thomas og Pedersen, Lars Dahl (1993). "Decentralization of Management Responsibility: The Case of Danish Hospitals", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 8, pp. 275-294.
- Thomsen, Carsten K. (1993). "Økonomistyring og nye organisationsformer på Rigshospitalet", *Samfundsøkonomen*, pp. 25-29.
- Winter, Søren (1987). "Reorganisering og modernisering - en introduktion", *Politica*, 19. årgang, nr. 4, pp. 374-384.
- Århus Kommunehospital (1989). *Århus Kommunehospital personaleoversigt 1990*.
- Århus Kommunehospital (1990). *Budgethåndbog*