

Ingrid Eide

# Tynset sjukehus i 100!

## Hva former et sykehus?



*Dronebilde av Tynset sjukehus 2019. Foto: Thorbjørn Liell.*

Denne artikkelen er delvis basert på min bok til 100-årsjubileet, *Tynset sjukehus i 100!*, Arne Dag Østigarås jubileumsbok 1919 – 1994, og intervju og foredrag med Ole Berg i Tronsalen 7. mars 2019 om sjukehusets historie, som en del av helse- og sykehusvesenets utvikling. Ole Berg er professor i helseledelse ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Han beskriver sykehusets historie i tre epoker. Jeg tar utgangspunkt i disse epokene for å

komprimere sykehusets 100-årig historie. Den første epoken handler om sykehusets rolle som pleie- og omsorgsinstitusjon. Den andre epoken handler om «medikratiet», sykehusets legestyrte periode, og den tredje og siste omhandler ledelsesrevolusjonen i norsk sykehushistorie.

### **Hjem for pleie- og omsorg**

Landets sykehus vokste fram som sosialpleieinstitusjoner for fattige syke. Det var



*Tynset sjukeheim 1919. Fra sykehusets arkiv.*

kommunens ansvar, men kommunen hadde liten økonomisk evne til å bygge og drifte disse institusjonene alene. Lokalbefolkningen, og gjerne velhavende representanter for denne, og frivillige organisasjoner ble veldig viktig for utviklingen av sykehusvesenet først på 1900-tallet. Norske Kvinners Sanitetsforening ble stiftet i 1896, og arbeidet spesielt med tuberkulosesaken. På Tynset ble sanitetsforeningen lokallag stiftet i 1905, og samme år forærte stortingsmann Morten Mortensen og kona Petronelle eieendommen Ramsmoen til kommunen.

Sanitetskvinnene startet raskt et arbeid for innsamling av midler til å innrede ei sykestue på Ramsmoen. Men på vinterstid ble dette bygget for kaldt, og en planlegging av et nytt sykehjem startet. Tuberkuloseloven, som kom i 1901, satte krav til isolering av tuberkuløse. Akuttpasienter og syke fra nabobygdene hadde behov for å kunne overnatte når de var på legebesøk på Tynset, og

det var behov for pleie av kronisk syke og eldre pleietrengende, som ikke familien hadde mulighet å ta seg av. Det var mange ulike behov som sammen gjorde at bygda trengte en institusjon, som kunne være både syke- og tuberkulosehjem og sykestue.

Kommunestyret, eller herredsstyre som det da het, forsøkte å få til et samarbeid med Alvdal og Tolga om å bygge et større sjukehjem, men mislyktes. Sykehuset ble likevel bygget, med stort engasjement fra sanitetskvinnene i regionen. Til jul i 1919 sto Tynset sjukehjem ferdig. Med inventar og utstyr kom den samlede summen oppi 300.000 kroner. Tynset kommune tok opp et lån på 120.000 kroner med 30 års nedbetalingstid. Underskudd gjennom mange av de første åra gjorde at økonomien ble vanskelig, og dette ble et vedvarende problem for kommunen. Bygdefolket trådte til med innsamlingsaksjoner og støtte.

Et halvt år etter åpningen ble navnet endret til Tynset sykehus etter initiativ fra sykehusets første lege, Moss Wessel Finstad. Dette var et typisk navneskifte. Det var mere stas for en lege å være lege ved et sykehus enn et sykehjem. Arbeidet som sykehuslege var nærmest et bierverv til distriktslegestillingen, som Wessel var ansatt i. Han hadde mer funksjon som medisinsk tilsynslege ved sykehuset. Året før han ble ansatt på Tynset, og det første året etter, skaffet han seg kirurgisk utdannelse ved andre sykehus.

### **Fra pleie til behandling**

Finstad ville, som leger flest, gjøre den nye institusjonen til en mer medisinsk, undersøkende og behandlende institusjon. Gradvis gikk man nå over til den andre epoken i sykehuset, og landets sykehus for øvrig; den legestyrte epoken, eller «medikratiet».

Tynset sjukehus var som småsykehus flest fram til 2. verdenskrig, mer en omsorgsinstitusjon enn en behandlingsinstitusjon, som tok seg av de eldre og andre som familiene ikke klarte å pleie hjemme. Sykehusene var preget av pleieren og pleiernes organisasjoner, sanitetskvinnene og diakonissene. Omdannelsen fra pleieinstitusjon til medisinsk institusjon foregikk gradvis fram til etter krigen. Legene tok delvis kontroll over utformingen av sykepleierrollen. Sykepleierne underordnet seg legene og ble delvis en «administrasjon», som sto til disposisjon for legene.

Tynset sjukehus hadde ingen egen sykehuslege før Edvard Eliassen, som også var kirurg, ble ansatt i 1949. I praksis kan man si at Tynset fungerte mer som et sykehjem enn et behandlende sykehus fram til da. De fleste andre sykehus var på denne tida blitt tredelt, med kirurgi, medisin og fødeavdelinger. På Tynset skjedde ikke dette før i 1964.

### **Medikratiet – den legestyrte perioden**

Det skjedde en voldsom medisinsk utvikling etter 2. verdenskrig. Røntgen, som kom før krigen, ble viktig for diagnostikk, og i 1944 fikk vi penicillin og senere annen antibiotika, som skapte en medisinsk og behandlingsmessig revolusjon. Sykehusene fikk egne laboratorier. Revmatiske sykdommer kunne behandles, og ikke minst kunne nå psykiske lidelser behandles med medisiner.

Sykehusene ble et «medisinsk verksted». Et sted for å undersøke, behandle, sende hjem. Det var ikke lenger oppbevaring og plass for å avlaste familien.

Kirurgien utviklet seg voldsomt. Blant annet ved at man skiftet ut «naftakluten» med kontrollert narkose. I 1955 ble den første nyretransplantasjonen utført, og i 1967 den første hjertetransplantasjonen. På 1970- og 1980-tallet ble etter hvert mikrokirurgi vanlig, og nå kom også leddprotesekirurgien for alvor. Den samme utviklingen skjedde ved sjukehuset på Tynset, men det kom senere og gikk saktere.

Eliassen bygde ut «medikratiet» ved Tynset sjukehus. I 1964 ble sykehuset tredelt, med kirurgi, medisinsk/radiologisk og fødeavdeling. I 1960 fikk Eliassen en overlegekollega i Gudbrand Holen, som ble ansatt som sjef for fødeavdelingen. Da Eliassen gikk av i 1966, overtok Holen som avdelingsoverlege og virket fram til 1970, da kirurg Oddleif Lium ble ansatt. Han skulle bli en markant lege og leder for Tynset sjukehus. Lium sto av mange stormer og trusler om nedleggelse de årene han jobbet for sykehuset. På grunn av sykdom, gikk han av i 1978. Lium fikk ikke vært med på åpningen av det nye tilbygget ved sykehuset i 1979, da det sto ferdig restaurert etter den andre brannen. I 1971 fikk sykehuset en egen radiologisk avdeling med Hans

Engan som overlege. Legefellesskapet hadde fått tyngde.

Det er imidlertid ikke helt riktig å si at utviklingen gikk senere i alle henseender ved Tynset sjukehus. Tvert om. På flere områder har sykehuset tradisjon på å være of-fensiv og fremoverlent på tilbudsutvikling. I 1985 startet avdelingsoverlege og kirurg Bjørn Norbye, med hofteproteseoperasjoner. I dag utgjør hofte- og kneproteseoperasjoner grunnmuren i sykehusets økonomi.

Men selv om sykehuset fra etterkrigs-tida og framover mot 1980-tallet var lege-styrt, spilte pleieren fortsatt en vesentlig rolle. To sykepleiere ble nærmest et begrep, søster Signy (Rye) og søster Dagny (Erlandsen). Søster Signy var oversykepleier fra 1939 til 1971, og fikk etter hvert overta mye ansvaret fra legene for selve driften av sykehuset. Etter 40 års tjeneste gikk de av samtidig i 1976. Med disse to, i tillegg til Ingrid Motrøen, jordmor fra 1930 til 1954, etterfulgt av Brita Holmen og Gunvor Aasen, avdelingssykepleier på røntgen, var pleieelementet fortsatt veldig tydelig. Selv om sykehuset ble tredelt, hadde det ingen klare skiller som ved større sykehus. Disse kvinnene la mye av grunnlaget for sykepleietjenesten ved Tynset sjukehus.

### Lokalt engasjement redder sykehuset

Da sykehuset brant ned til grunnen i 1954 var det nært en krise. Det ville kreve stor kapital for å få det gjenreist. Her måtte det til et samarbeid mellom alle kommunene i Nord-Østerdalen for å klare det. Den raske fagutviklingen innen medisin førte til et press for sentralisering og spesialisering, som krevde volum og dermed et større be-folkningsgrunnlag. Fagutviklingen ble derfor en trussel mot det lille sykehuset. På 1950-tallet begynte sykehuspolitikere og forvaltere å snakke om en differensiering av



*Dagny Erlandsen, Edvard Eliassen og Signy Rye. Fra sykehusets arkiv.*

sykehusene med lokalsykehus, regionsykehus og sentralsykehus. Ville det være liv laga videre for et sykehus på Tynset? Kommunene bestemte seg for å reise et nytt sykehus på Tynset, som et samarbeidstiltak mellom kommunene i Nord-Østerdal. Sykehuset skulle fortsette som Nord-Østerdal sykehus.

I 1958 sto det nye sykehuset ferdig. Nå med 48 sengeplasser, dobbelt så mange som før. Bygdefolket samlet inn penger og utstyr. Sentralisering- og urbaniseringsproblematikken har gått igjen i hele sykehusets historie. Det har også det enorme lokale og regionale engasjementet for lokalsykehuset, og er vesentlig del av sykehusets 100-årige historie.

### Ledelsesrevolusjon – fra lokalsykehus til «divisjon»

Midt på 1970-tallet begynte det Ole Berg kaller en styrings- og ledelsesrevolusjon i helse- og sykehusvesenet, den tredje epoken. Kompleksiteten i helsevesenet økte, «medikratiet» ble mer og mer utfordret. Legene måtte etter hvert gi slipp på mange



*Nytt sykehus ble åpnet i 1958. Fra sykehusets arkiv.*

av de tradisjonelle ledelsesposisjonene sine til ledere med helt annen utdanning og fokus; økonomi og administrasjon.

Større sykehus fikk egne økonomisjefer allerede de første åra etter krigen. Det tok tid før Tynset sjukehus fikk egen økonomisjef. Først i 1964 ble Harald Reinertsen ansatt som økonomisjef, men hadde fungert som bokholder siden 1961. Reinertsen, som gikk av i 1975, gjorde innslaget av byråkrati mer synlig ved sykehuset. Han var også en aktiv lokalpolitiker og fagforeningsmann, hvilket bidro til hans innflytelse ved sykehuset. Det legestyrte sykehuset ble først utfordret administrativt på 1980-tallet, da styringsrevolusjonen også slo tydeligere inn ved Tynset sjukehus, og det ble delt mellom administrativt og medisinsk faglig lederskap.

I 1964 tok fylkeskommunene over som sykehuseiere. Tilgang på ny teknologi gjor-

de sykehusdriften dyrere. Tilbudsutviklingen skapte større kostnader. Faglig spesialisering, avansert teknologi og kostbar medisin, som en ble stadig mer avhengig av, førte til en nærmest uunngåelig sentralisering av tjenestene. Kommunen klarte ikke lenger finansieringen alene. Befolkningsgrunnlaget måtte utvides, og sykehusene ble lagt under fylkeskommunens eierskap.

### **Starten på en langvarig konflikt**

Utviklingen gikk fra et legestyrt sykehusvesen til at det ble politikere og administratører som nå satte premissene. Den legestyrte perioden på Tynset varte imidlertid mye lengre, blant annet fordi kraftfulle leger som Oddleif Lium og Bjørn Nordby administrerte sykehuset.

I 1976 fikk fylkeskommunen direkte folkevalgt fylkesting med fylkesordfører og egen fylkesadministrasjon ledet av en fyl-

kesrådmann. Sykehussektoren fikk en fylkeshelsesjef, og styringen ovenfra og ned ble forsterket. Den første sykehusplanen ble vedtatt av Stortinget i 1975. Sykehusplanen innebar at Hedmark skulle ha sentralsykehus på Hamar. Tynset skulle bare være sykestue, som skulle betjene fødende, som ikke rakk til Hamar eller Elverum i tide, og langtidspasienter. Helsedirektoratet mente at sykehusene på Tynset og Røros kunne samles, eventuelt på Tynset. Politikerne forkastet som vi vet disse planene, men la med dette grunnlaget for en langvarig konflikt mellom sykehusene på Tynset og Røros i fagmiljøer og i lokale- og fylkeskommunale politiske miljøer. Spenningen mellom politikk og profesjonalisert planlegging skulle fra nå prege sykehusdebatten i Fjellregionen i flere tiår. Når man får dragkamper mellom nære sykehus og nære lokalsamfunn, kommer det frem det Ole Berg betegner som en «defensiv egoisme». Det har preget sjukehusdebatten både regionalt og lokalt. Aktørene som bærer den defensive egoismen i seg har sine måter å eksponere den på. Ofte fører det til at partene selv taper mest.

Det ble gjort mange forsøk på å få i stand et fjellregionsamarbeid med Røros. Et eksempel er Kjell Ødegården, direktør ved Tynset sjukehus fra 1993-2003, som ønsket seg Fjellregionen som et helseforetak. For å få et opptaksområde med befolkningsgrunnlag stort nok til å kunne forsvare dette, tenkte han en stor region som omfattet 15 kommuner fra Hedmark, Oppland og Sør-Trøndelag, samt deler av Dalarna og Härjedalen på svensk side. Han så det mest rasjonelt å legge foretaket under Helseregion Midt-Norge. Han fikk med seg rørsing og sjefslege ved Regionsykehuset i Trondheim (RiT), Hans Cato Guldberg. Motstanden fra Røros ble sterk. Ordfører

John Helge Andersen nektet å være med på det han mente var et eksperiment han ikke ville utsette regionens befolkning for. Prosjektet strandet like før sykehusreformen kom.

### **Tynsetmodellen**

Den medisinske fagutviklingen og spesialisering ved sykehusene førte til et behov for større befolkningsgrunnlag. Det ble hevdet, med henvisning til historikk, at et lite sykehus som Tynset ikke ville klare å rekruttere spesialister. Midt på 1990-tallet ble den såkalte «Tynsetmodellen» innført. Dette var en revolusjonerende måte å tenke organisering og drift av et sykehus. Spesialsykepleiere og leger, de fleste av disse svenske, gikk i «nordsjøturnus»; to uker på, tre-fire uker av. Dette resulterte i et stabilt og usedvanlig høyt kompetansenivå til et så lite sykehus å være.

Den medisinske utviklingen og press på effektivisering og kostnadsøkning økte trykket også på profesjonell ledelse. Spesialiseringen skapte oppstyking og behov for mer samhandling og koordinering. Jan Grundt, professor ved BI, mente sykehus og ledere ble presset fra alle kanter, og for å håndtere det han kalte dilemmaenes tyranni, måtte politikk, fag og ledelse spille på lag.

Planleggerne var dermed på offensiven, og de prøvde å påvirke politikerne, hvilket de lyktes med i 2002, da sykehusene ble lagt under statens eierskap gjennom innføringen av den nye helseforetaksreformen. Daværende helseminister i Stoltenberg-regjeringen, Tore Tønne, innførte reformen i rekordfart, og uttalte at dette var den største reformen siden Harald Hårfagre samlet landet. Framtida for norsk sykehusvesen ble bestemt i løpet av et halvt år! Det gikk så fort for seg at man ikke fikk tid til gode pro-

sesser for omorganisering, og Fagforbundet karakteriserte reformen som et forsøk på politisk kupp. Reformen representerte et fundamentalt skifte i norsk helsepolitikk; nå skulle «amatørene», altså politikerne, holdes på avstand, og stortingsrepresentantenes rolle ble avgrenset til å vedta lover og store budsjettlinjer. Profesjonelle styrer inntok lukkede styrerom, og sykehusene, som nå skiftet til helseforetak og divisjoner, skulle ledes av direktører. Offentlig ledelse (New Public Management) ble den nye styringsmodellen der offentlige institusjoner, som et sykehus, skulle organiseres nærmest som bedrifter og styres som sådanne.

### Stedlig ledelse – avgjørende vedtak

Ressurshensyn og tilbudsutvikling pekte mot det «alle» mente var det entydige svaret: stordrift. Det er utfordrende for et lite sykehus som Tynset.

Med administrerende direktør Torbjørn Almlid i spissen, ble Sykehuset Innlandet (SI) organisert i fagdivisjoner, som gikk på tvers av de lokale sykehusene. Ledelsen ved enkelte sykehus ble fjernet. Makt og myndighet ble flyttet fra det enkelte sykehus og over på direktørene for fagdivisjonen. Sykehusene ble fliset opp og smådriftsfordelene smuldret opp. De ble fratatt identitet og selvbestemmelse og sykehusets rolle som en del av livs- og levestruktur ble fjernet. Makt og myndighet ble flyttet fra det enkelte sykehus og over på direktørene for fagdivisjonen. Sykehusene ble fliset opp og smådriftsfordelene smuldret opp. De ble fratatt identitet og selvbestemmelse og sykehusets rolle som en del av livs- og levestruktur ble fjernet.

Styringsrevolusjonen, som kom med foretaksreformen, medførte en eksistensiell trussel for Tynset, nok en gang. Men Tynset ble holdt utenfor «fagdivisjonaliseringen» og fikk beholde den stedlige ledelsen. Dette var et svært viktig vedtak og helt avgjørende for opprettholdelsen av Tynset sjukehus. I 2006 kom politikere tilbake til styrerommene, og i 2007 måtte SI gå tilbake til lokal ledelse på alle sykehus. Derfor skapte det

sterke reaksjoner da det i 2017 ble kjent at styret i SI ville utrede muligheter for å fjerne den lokale ledelsen på Tynset. Det ble det derimot ikke noe av, etter at nytilsatt administrerende direktør i SI, Alice Beate Andersgaard, besøkte Tynset sjukehus i februar 2017.



*Adm. dir. i SI, Alice Beate Andersgaard, på besøk på Tynset i 2017 for sammen med divisjonsdirektør og ansatte å feire at sykehuset i 2016 var det eneste i SI som gikk med overskudd.*

*Foto: Ingrid Eide.*

### Storsykehus ved Mjøsa

Fagdivisjonsinndelingen skapte betydelige koordineringsproblemer. Det tok ikke lang tid før man begynte å snakke om én overbygning, et storsykehus. Først på Rudshøgda, så ved Mjøsa. Med stordriftstenkingen konstaterte man at ved Tynset og Kongsvinger kunne funksjonsnivået reduseres ved å snakke om å gjøre disse om til lokalmedisinske sentre, uten akuttkirurgi. Dette førte til store demonstrasjoner både i 2006 og 2013 der nordøsterdølene mobiliserte i tusentall. Nordøsterdølenes engasjement i sykehussaken var og er viden kjent og har



*Fra sykehusstreiken 2013. Foto: Egil Scott Synnøve.*

gjort inntrykk både lokalt og nasjonalt. Som tidligere administrerende direktør i Sykehuset Innlandet, Torbjørn Almlid, engang uttalte: du rører ikke Tynset sjukehus. Da kommer det ikke bare en liten venneforening, men en hær av nordøsterdøler, som vil verne om sykehuset sitt.

Etter at Helse Sør-Øst ble etablert i 2007, ble arbeidet med å samordne sykehusstilbudet i Fjellregionen gjenopptatt. I en rapport utarbeidet i 2011 av samhandlings-sjef St. Olavs hospital, Rolf Windspoll, og divisjonsdirektør ved Tynset sjukehus, Oddbjørn Øien, ble det foreslått å etablere et eget Fjellregionsykehus. Rapporten ble fulgt opp gjennom prosjektet Fjellhelse. På ny strandet samarbeidet og prosjekt Fjellhelse ble lagt ned. Det ble imidlertid lagt premisser for videre samarbeid mellom foretakene, som førte til at det nå råder en rolleavklart sameksistens, også på det sykehuspolitiske planet.

## Tidsskille og arbeidsro

I 2015 kom det som divisjonsdirektør Stein Tronsmoen kaller tidsskille i kampen for å beholde akuttkirurgien på Tynset. Bent Høie klargjorde Tynset sjukehus rolle gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Kort fortalt reddet geografien akuttkirurgien og dermed sykehuset. Fra øverste hold ble det gitt rammebetingelser, som endelig ga større forutsigbarhet. Sykehuset på Tynset har et godt omdømme og inntar en stadig sterkere posisjon hos stadig flere, både lokalt og nasjonalt. God drift over tid gir troverdighet. Men uten det enorme lokale og regionale engasjementet rundt sykehuset på mange nivåer hadde vi nok ikke hatt et Tynset sjukehus med de tilbudene og funksjonene det har i dag.