UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

HELSE NORD

STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
4/2018	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	15.2.2018

Saksansvarlig: Tor Ingebrigtsen Saksbehandler: Tor Ingebrigtsen

Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser del II

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtakene i styresakene 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* og 48/2014 *Oppfølging av LUO-evalueringen – organisatoriske konsekvenser*.

2. Styret tar til orientering at direktøren viderefører OpIn-klinikken, men endrer klinikktilhørighet for akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad.

3. Styret slår fast at evalueringen etter organisasjonsutviklingsprosjektet *Langsiktig utvikling og omstilling av UNN (LUO)* er fullført, og at satsingen på kontinuerlig forbedring nå er styrets prioriterte innsatsområde for videre utvikling av sykehuset.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) etablerte i sak 36/2007 *Prosjekt langsiktig utvikling og omstilling av UNN HF (LUO).* Prosjektet førte til at styret i sak 84/2007 *Ny organisasjonsmodell for UNN HF* vedtok å organisere pasientbehandlingen i 10 klinikker.

Ansvaret for kirurgi ble fordelt på tre klinikker, og det ble opprettet en akutt- og prehospital klinikk som fikk ansvar for prehospital akuttmedisin, akuttmottakene, operasjons- og anestesivirksomheten, intensivbehandling og noen andre funksjoner.

Styrevedtakets punkter 4. og 5. ga føringer for intern organisering i klinikkene og evaluering:

4. *Akutt- og prehospitalklinikken organiseres med en tverrfaglig avdeling for operasjons- og anestesiressurser og tverrfaglige seksjoner for operasjon/anestesi som er komplementære med de kirurgiske klinikkene. Utarbeiding av avdelingsstrukturen i de øvrige klinikkene utvikles under ledelse av klinikksjefene. Endelig avgjørelse tas av direktøren.*

5. *Administrasjonen bes evaluere organiseringen to år etter implementeringen, og orientere styret om resultatet av evalueringen.*

Bakgrunnen for at styret vedtok mer detaljerte føringer for Akutt- og prehospitalklinikken enn de andre, var at organisering av støttefunksjonene for kirurgi (anestesi- og operasjonssykepleiere samt anestesileger) var svært omdiskutert i LUO-prosjektet. I høringen vektla de kirurgiske fagmiljøene behovet for helhetlig styring av pasientforløpene, og argumenterte for å fordele ressursene i støttefunksjonene til de kirurgiske klinikkene. Fagmiljøene i anestesi og operasjon samt andre fagmiljøer med behov for service fra disse støttefunksjonene vektla behov for helhetlig styring og hensynet til blant annet felles vaktordninger, og argumenterte for å samle ressursene i en klinikk.
Direktøren vektla sistnevnte hensyn tyngst, men ønsket samtidig å legge føringer for bedre samordning mellom støtteressursene for operasjon og anestesi, og å etablere en tydeligere struktur å samarbeide i. Løsningen med samling av operasjons- og anestesiressursene i en avdeling og organisering av operasjons- og anestesisykepleierne i tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene, ble derfor utviklet som et kompromiss. Det fremgikk av styresaken at denne løsningen også la til rette for å eventuelt fordele støtteressursene til de kirurgiske klinikkene etter evalueringen hvis dette skulle vise seg hensiktsmessig.

Det var allerede før LUO-prosjektet innført en særordning for Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling med egne operasjonssykepleiere ansatt i avdelingen (og ikke i den gamle Operasjonsavdelingen). Ordningen ble videreført som et unntak fra hovedprinsippet gjennom vedtaket i styresak 84/2007.
Akutt- og prehospitalklinikken viste seg å være kompleks og krevende å lede, og det ble derfor i 2009 besluttet å dele klinikken. Dette førte til dagens organisering av prehospital akuttmedisin og akuttmottaket ved UNN Tromsø i Akuttmedisinsk klinikk og resten av virksomheten i Operasjons- og intensivklinikken (OpIn). Man valgte på dette tidspunktet å beholde akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad i OpIn. Den endelig interne organiseringen i disse to klinikkene var ikke ferdig implementert før i 2011.

Det tok tid å etablere klinikkene, og den generelle evalueringen ble derfor ikke gjennomført før i 2012. Etter evalueringen ble fire klinikker slått sammen til Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) og Psykisk helse- og rusklinikken. Stabsavdelinger ble samlet i Stabssenteret og Kvalitets- og utviklingssenteret.
Som følge av den forsinkede etableringen og noen andre forhold, ble evalueringen av OpIn ikke påbegynt før i 2016. Akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad ble allerede etter evalueringen i 2012 besluttet flyttet til Akuttmedisinsk klinikk, men gjennomføringen ble utsatt fordi klinikkledelsen var opptatt med å håndtere andre krevende prosesser (etablering av ambulansehelikopterbasen på Evenes og innføring av nasjonalt nødnett). Direktøren besluttet derfor å revurdere akuttmottakenes organisatoriske tilknytning i forbindelse med evaluering av OpIn.
I denne saken presenteres evalueringen av OpIn og direktørens vurderinger og beslutninger knyttet til denne. Evalueringsprosessen har vært omfattende og ressurskrevende, og retter et særskilt fokus mot OpIn, selv om mange av problemstillingene og mye av forbedringspotensialet som avdekkes, også er aktuelle i andre klinikker. Saken setter samtidig endelig sluttstrek for LUO-prosessen.

Formål

Formålet med saken er å forankre direktørens beslutninger vedrørende organisering av OpIn samt organisatorisk plassering av Akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik i styret.

Saksutredning

Innretning og omfang av evalueringen ble drøftet med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombudene og behandlet i direktørens ledergruppe høsten 2016, før arbeidet startet.

Evalueringen er knyttet opp mot målene for LUO-prosessen som styret vedtok i sak 84/2007. Styresaken inneholdt åtte predefinerte evalueringskriterier som er lagt til grunn for arbeidet:

1. Helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp
2. Bedre og mer forpliktende samhandling med primærhelsetjenesten
3. Tydelig ledelse og styring
4. En struktur som sikrer helhetlig ledelse og styring
5. Dokumentert høy kvalitet på tjenestene
6. Effektiv og fleksibel utnyttelse av kapasitet og ressurser
7. Konkurransedyktige fagmiljøer som gir gode vilkår for videreutvikling og rekruttering av nøkkelpersonell
8. Et godt arbeidsmiljø

Kriterium 2. er lite relevant fordi OpIn i liten grad samhandler direkte med primærhelsetjenesten.

Evalueringsgrunnlaget består av tre delrapporter utarbeidet i henhold til evalueringsplanen (vedlegg 1-3):

1. *Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken*. Rapport fra intern arbeidsgruppe 23.06.2017.
2. *Bemanningsberegning OpIn-klinikken*. Rapport fra Skagerak Consulting AS 17.09.2017
3. *Delrapport – Evaluering av OpIn-klinikken*. Organisering av operasjons- og anestesiressurser. Referanseforetak og referansegruppe. 01.09.2017.

I tillegg foreligger rapporten *Gjennomgang av operasjonsvirksomheten ved UNN* levert av Deloitte 13.11.2017 (vedlegg 4). Denne ble bestilt av klinikksjefen i OpIn og direktøren i forbindelse med budsjettarbeidet for 2018, og inneholder tilleggsopplysninger som er relevante for direktørens vurderinger også i denne saken.
Organisering av støttefunksjonene for kirurgi har stått sentralt i evalueringen. Metodisk er dagens modell, slik den ble vedtatt i 2007, satt opp mot en modell der anestesi- og operasjonsressursene fordeles til de tre kirurgiske klinikkene. Denne desentraliserte løsningen omtales i saken som *alternativ modell*.

Resultater

Delrapport 1 Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken

Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø
Rapporten beskriver god struktur på pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeidet. KVAM-strukturen er godt etablert, gjennomføringen av pasientsikkerhetsprogrammet er god og meldekulturen er betydelig forbedret de siste årene. OpIns resultater i pasientbehandlingen måles i liten grad direkte i kliniske kvalitetsregistre, med unntak av Norsk intensivregister, der klinikken har resultater nær landsgjennomsnittet.
Sykefraværet har vært stabilt rundt 9,5 %. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for UNN. Resultatene i medarbeiderundersøkelser og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen skiller seg ikke vesentlig fra UNN for øvrig.

Aktivitet og økonomi
Kvantitative parametere for perioden 2013-2016 viser moderat økning av antall årsverk (4 %), antall operasjoner (6 %) og knivtid (4 %), mens kostnadsøkningen har vært større (13 %). Deler av kostnadsøkningen på 13% er knyttet til at Opin overtok varelager fra andre klinikker. Dersom en tar ut kostnadene knyttet til varelager er kostnadsøkningen på ca 8%. Det siste er i stor grad forårsaket av økende kostnad per årsverk som følge av at ubesatte stillinger har medført økende bruk av innleie og overtid.

Fokusgruppeintervjuer
Figur 1 viser at fokusgruppeintervjuer avdekket stort sprik i ansattes vurdering av klinikkens måloppnåelse på evalueringskriteriene. Ansatte i OpIn, Akuttmedisinsk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken vurderte stort sett måloppnåelsen som god (grønt), mens ansatte i Kirurgi-, kreft- og kvinnhelseklinikken og Hjerte- og lungeklinikken vurderte den som svært dårlig (rødt). Vurderingene fra ansatte i NOR var mer nøytrale (gult).

Figur 1. Evaluering av OpIn-klinikken mot LUO-kriteriene. Resultatet fra 11 fokusgruppeintervjuer.

Kriterium/klinikk	OpIn	K3K	NOR	Akutt	HLK	BUK
Pasientforløp						
Samhandling*						
Tydelig ledelse						
Styringsstruktur						
Kvalitet						
Effektivitet/fleksibilitet						
Fagutvikling/rekruttering						
Arbeidsmiljø						

* Tema ble ikke diskutert

Risikoanalyse
Risikoanalyse av dagens modell versus alternativ modell viste omtrent samme risikonivå, men svært forskjellig risikoprofil i de to løsningene. Nåværende modell ble vurdert å medføre fortsatt risiko for utilstrekkelig koordinering av ressursene og kapasiteten, ulike mål for OpIn og de kirurgiske klinikkene samt manglende felles faglig utvikling av den operative virksomheten. Den alternative modellen medfører risiko for svikt i fellesfunksjoner (for eksempel vaktordninger), svak evne til å lede fagmiljøer, bortfall av fagpersoner ved oppdelingen av fagmiljøer og manglende rekruttering til små fagmiljøer med fare for intern kamp om knappe ressurser.

Akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad
Vurderingen av akuttmottakene frembragte ikke nye argumenter utover det som var kjent fra evalueringen i 2012. Etableringen av Evenes-basen og innføring av nødnett er fullført. Det var i 2014 et argument at personalt i akuttmottaket ved UNN Narvik rullerte på flere enheter internt i OpIn-klinikken. Dette opphørte i 2016. Disse forholdene utgjør dermed ikke lengre argumenter mot å gjennomføre sammenslåingen. Tiltakene som ble iverksatt etter 2014 for å styrke samarbeidet mellom akuttmottakene har ikke fungert optimalt.

Tabell 1 oppsummerer argumenter for og mot flytting av det organisatoriske ansvaret for akuttmottakene til Akuttmedisinsk klinikk.

Tabell 1. Argumenter for plassering av akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad i henholdsvis OpIn og Akuttmedisinsk klinikk

OpIn	Akuttmedisinsk klinikk
Har stedlig ledelse	Faglig utvikling og tilhørighet
Samarbeid lokalt og på tvers	«Appendix» i OpIn -klinikken
Utgjør bemanningsressurs (Rotasjon helg)	Kollegium i akuttmottak
Har tilgjengelig legeressurs på stedet	Mindre sårbart mht å bli «salderingspost»
Forutsetter faglig samarbeid med akuttmottak i Tromsø	Fordel i forhold til utadrettet virksomhet
Ansatte trives med nåværende organisering, motstand mot omorganisering	Oppnår gjennomgående faglig ledelse
Legeressurser organisert i samme klinikk (anestesileger)	Driftsmessige fordeler
Fornøyd med oppfølging fra klinikkleder i OpIn	Samme organisering i hele UNN
	Lettere med oppfølging av tilsyn
	Helhetlig pasientforløp
	Oppfølging av beredskapsplaner
	Bra å «sitte rundt det samme bordet»

Delrapport 2 Bemanningsberegning OpIn-klinikken

Analyse

Rapporten inneholder en analyse av aktivitet og bemanning i 2016. Analysen viser at nesten 1/3 av den kirurgiske aktiviteten er øyeblikkelig hjelp, og at aktiviteten er jevn fra mandag til torsdag, med betydelig reduksjon på fredager (Tromsø 19 %, Harstad 38 %, Narvik 40 %).

Analysen viser videre store svakheter i sammenhengen mellom planlagt bemanning, faktisk bemanning og aktivitet, særlig for sykepleierne. IT-systemet GAT brukes ikke som forutsatt i bemanningsplanleggingen, og volumet av individuelle arbeidsplanløsninger er høyere enn i andre sammenlignbare foretak, og etter konsulentens mening for høyt sett opp mot målet om effektiv utnyttelse av ressursene. Det anslås et effektiviseringspotensial på minst 4-6 %.

Bemanningsbehov

Rapporten foreslår nye bemanningsnøkler basert på analysen. Det konkluderes med at antall årsverk i operasjonsvirksomheten kan reduseres fra 267 til 255 i dagens modell, alternativt med at det er mulig å øke fra ett til to øyeblikkelig hjelp-team ved UNN Tromsø uten at bemanningen økes.

Bemanningsmessige konsekvenser av den alternative modellen er også beregnet. Denne antas å medføre en økning på mellom 6,5 og 8,5 årsverk på grunn av nye

koordineringsbehov. Modellen antas i tillegg å medføre at nye og mer spesialiserte vaktordninger, med tilhørende kostnader som ikke er nærmere beregnet, må etableres.

Konklusjoner og anbefalinger
Rapporten fraråder den alternative modellen for anestesipersonell, hovedsakelig fordi den medfører økt behov for ressurser. Når det gjelder operasjonssykepleierne, er vurderingen at modellene er likeverdige. Svakheter i styringen av pasientforløpene samt en rigid plan- og styringsmodell for bemanningsressursene beskrives som hovedproblemer. Rapporten konkluderer med at disse utfordringene må adresseres direkte, og med at fokus avledes til å handle om organisering når dette ikke gjøres tydelig nok.

Gjennomgang av operasjonsvirksomheten ved UNN (Deloitte-rapporten)
Denne rapporten analyserer utviklingen av operasjonsvirksomheten fra 2014 til 2017 i detalj, men med en litt annen metodisk tilnærming.

Rapporten vektlegger at UNN har utviklet god logikk og prosess for langsiktig strategisk planlegging av operasjonsvirksomheten, men det avdekkes betydelige svakheter i ukeplanprosessen og dag-til-dag planleggingen. Det påpekes svakheter i samarbeidsstrukturene mellom OpIn og de kirurgiske klinikkene, og svikt i kvaliteten i detaljplanleggingen fra begge hold.

Rapporten bekrefter at det foreligger et potensial for økt produktivitet ved å vise at antall årsverk (indeks 1,30) har vokst mer enn antall operasjoner (indeks 1,19) og stuetid (indeks 1,12) i perioden.

Konklusjoner og anbefalinger
Det konkluderes blant annet med at det bør vurderes å øke med ei operasjonsstue til øyeblikkelig hjelp i kjernetid og å samkjøre oppstart om morgenen bedre. Rapporten anbefaler at klargjørings-, innlednings- og skiftetider samt variasjon i knivtid reduseres og at det etableres systemer for tettere økonomioppfølging samt styring knyttet til bruk av overtid og innleie.

Delrapport 3 - Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken
Referansesykehus
I denne rapporten er det innhentet opplysninger om organisatoriske løsninger ved tre norske
(St. Olavs hospital, Stavanger universitetssykehus, Akershus universitetssykehus) og to danske (Odense universitetshospital og Aalborg universitetshospital) region- og universitetssykehus som i funksjon og/eller størrelse har likhetstrekk med UNN. Kartleggingen viser at alle er organisert i en klinikkmodell, men at det er svært stor variasjon i hvordan anestesi-, operasjons- og intensivvirksomheten er organisert. Kartleggingen viser at det ikke foreligger noen anerkjent «best practice» på området.

Referansegruppe
Det ble videre gjennomført en workshop med fem referansepersoner i lederstillinger ved de tre nevnte norske sykehusene og Haukeland universitetssykehus. Referansegruppen bekrefter inntrykket fra kartleggingen. Gruppen støttet ikke hypotesene om at den alternative (desentraliserte) organisasjonsmodellen vil gi mer effektiv ressursbruk, bedre rekruttering og mer konkurransedyktige fagmiljøer eller mer helhetlig «eierskap» til pasientforløpene.

Konklusjon
Rapporten konkluderer med at samarbeidskultur og vilje til å arbeide fleksibelt i team på tvers av organisatoriske grenser er avgjørende for å lykkes, og med at dette handler om kultur, og ikke organisasjonsmodell.

Medvirkning

Fra de berørte klinikkene deltok 110 ansatte i fokusgruppeintervjuer, der fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsmodeller ble diskutert. Ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste fra UNN Tromsø, Harstad og Narvik har i tillegg deltatt i risiko- og mulighetsanalysen. Klinikker og sentra er gitt anledning til å gi tilbakemelding på feil og mangler ved evalueringen før beslutningen ble fattet.
Saken ble drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten 30.1.2018, samt lagt fram for Arbeidsmiljøutvalget 31.1. og for Brukerutvalgets arbeidsutvalg 29. s.m. Protokoller og referater vil bli behandlet som egne referatsaker i styremøtet 15.2.2018.
Ansattes organisasjoner og vernetjenesten var opptatt av at ledelsen måtte ha kontinuerlig fokus på samarbeidskultur og arbeid i tverrfaglige team, med utgangspunkt i gode pasientforløp. Arbeidsmiljøutvalget sluttet seg til samme henstilling og samtlige møter sluttet seg til at saken fremmes for styret til endelig forankring.

Vurdering

Før 2008 var akuttmedisin, anestesi/intensiv, operasjon og dagkirurgi organisert i fire avdelinger som rapporterte mer eller mindre direkte til direktøren. Virksomheten ved lokalsykehusene i Narvik og Harstad var organisert i egne avdelinger. Det forelå store problemer knyttet til koordinering og helhetlig ledelse både internt i de tre sykehusene, og ikke minst mellom dem.

Det er direktørens vurdering at OpIn-klinikken i stort, vurdert opp mot de åtte evalueringskriteriene som ble besluttet i styresak 84/2007, har utviklet seg positivt. Mange pasientforløp er forbedret. Det er uten tvil etablert tydeligere ledelse og styring, selv om det fortsatt er utfordringer i samordningen mellom OpIn og de kirurgiske klinikkene. Evalueringens delrapport 1 dokumenterer forbedring av pasientsikkerheten og kvaliteten på flere områder. Delrapport 2 og Deloitte-rapporten dokumenterer likevel at det foreligger et betydelig forbedringspotensial når det gjelder aktivitetsstyring og bemanningsplanlegging. Delrapport 3 konkluderer tydelig med at disse utfordringene ikke primært henger sammen med den organisatoriske løsningen, men med samarbeidskulturen mellom klinikkene.
Organisering av anestesi-, operasjons- og intensivressursene har vært omstridt i UNN gjennom flere tiår. Dette er ikke unikt for våre sykehus. Som eksempel kan nevnes at den samme problemstillingen medførte omfattende diskusjoner med høyt konfliktnivå i forbindelse med planlegging av og innflytting i nye St. Olavs hospital.

Direktøren mener at beslutningen i styresak 84/2007 om å organisere operasjons- og anestesiressursene i en avdeling, og organisering av operasjons- og anestesisykepleierne i tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene, har bidratt til tydeligere ledelse og bedre koordinering enn vi hadde før OpIn ble etablert. Evalueringen viser likevel at det fortsatt foreligger et stort forbedringspotensial. Det er videre direktørens vurdering at åpningen som ble gitt for å fordele støtteressursene til de kirurgiske klinikkene etter evalueringen, kan ha skapt en forventning om at løsningene på vedvarende utfordringer ligger i en slik organisatorisk endring. Dette kan i en viss grad ha stått i veien for annet forbedringsarbeid. Resultatet fra fokusgruppeintervjuene illustrerer denne utfordringen.

Forståelsen av OpIns måloppnåelse fordeler seg (med unntak for ansatte i NOR-klinikken) som enten svært positiv eller svært negativ ut fra egen klinikktilhørighet.

Etter en helhetlig vurdering av evalueringsrapportene finner ikke direktøren grunn til å dele OpIn. Det viktigste argumentene for å videreføre klinikken med nåværende organisatoriske løsning er behovet for en helhetlig styring av knapphetsressurser (spesialsykepleiere og anestesileger) samt fellesfunksjoner (intensiv- og intermediærtilbud, vakt- og beredskapsordninger, sterilsentralen m.m.).
Direktøren kan ikke se at det er sannsynliggjort at den alternative modellen med fordeling av anestesi- og operasjonsressursene til de kirurgiske klinikkene vil gi flere fordeler enn ulemper. Evalueringsrapportene viser at en slik løsning høyst sannsynlig medfører nye koordineringsproblemer som kommer istedenfor dem man eventuelt løser, og økt ressursbehov. Mange pasientforløp går på tvers av organisatoriske enheter, og det vurderes derfor ikke som sannsynlig at den alternative modellen generelt vil gi helhetlig styring av flere pasientforløp.

Deloitte-rapporten anbefaler at særordningen i Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling avvikles, og at operasjonssykepleierne ansatt i denne avdelingen overføres til OpIn. Dette begrunnes med at avdelingen har uutnyttet kapasitet på vakttid som under en felles ledelse kunne vært gjort tilgjengelig for pasienter fra andre klinikker. Direktøren er også kjent med at ordningen oppleves som en urettferdig forfordeling i andre kirurgiske fagmiljøer, og med at den kan oppfattes som en pilot som skaper forventninger om tilsvarende løsning for andre.
Direktøren velger å videreføre ordningen. Dette begrunnes først og fremst i beredskapshensyn. Livstruende postoperativ blødning etter hjertekirurgi inntreffer om lag en gang annenhver uke. Alle andre hjertekirurgiske sentra i Norge har en beredskap for å håndtere dette organisert på tilsvarende måte som hos oss, og direktøren mener at dette fortsatt må prioriteres også i UNN. Direktøren kan dermed ikke se at det er mulig å oppnå noen vesentlig fordel med å innlemme avdelingens operasjonssykepleiere i OpIn.

Det understrekes at denne beslutningen ikke må forstås som et signal om at tilsvarende løsning på sikt vil bli aktuell for andre kirurgiske klinikker eller avdelinger. En generell utrulling av ordningen vurderes å medføre uakseptabel risiko for utilstrekkelig styring av en felles knapphetsressurs (operasjonssykepleiere).
Direktøren opprettholder beslutningen fra 2014 om å overføre akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik fra OpIn til Akuttmedisinsk klinikk. Det er direktørens vurdering at etablering av gjennomgående faglig ledelse også på dette området er nødvendig for å styrke og samordne arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet samt kompetansebygging i akuttmottakene. Hensynet til utarbeiding og oppfølging av felles beredskapsplaner taler også for denne endringen. Beslutningen medfører noen nye lokale samordningsutfordringer. Akuttmedisinsk klinikk får ansvaret for å planlegge og iverksette endringen i samarbeid med klinikkledelsen i OpIn, de lokale driftslederne ved UNN Harstad og UNN Narvik samt ansatte og ledere ved de to akuttmottakene.
Delrapport 2 og Deloitte-rapporten beskriver et betydelig forbedringspotensial i OpIn. Klinikken må innføre reell aktivitetsbasert bemanning ved å ta i bruk GAT som forutsatt i bemanningsplanleggingen, og redusere volumet av individuelle løsninger, for å skape bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning. Direktøren deler evalueringsrapportenes oppfatning om at det foreligger et effektiviseringspotensial i dette, og ser det i sammenheng med den fortsatt ikke fullførte budsjettprosessen i klinikken for inneværende år. Det vil bli utarbeidet et beslutningsnotat som tydeliggjør kravene til klinikken.
Direktøren kommer også til å stille felles krav til OpIn og de kirurgiske klinikkene om at ukeplanprosessen må forbedres. Svakhetene er tydelig beskrevet i delrapport 2, og disse må løses i samarbeid mellom de involverte klinikksjefene. Dette krever forbedringer i måten den overordnede planleggingsgruppen for kirurgi (OPK) drives på. OPK må ta ansvar for å etablere

samarbeidsarenaer der ansvarlige ledere på avdelings- og seksjonsnivå i både OpIn og de kirurgiske klinikkene møtes ukentlig for gjensidig forpliktende samarbeid i langt større grad enn i dag. Direktørens krav i denne sammenhengen vil også bli tydeliggjort i beslutningsnotatet.

Det er direktørens vurdering at mye av misnøyen som fremkom blant ansatte i de kirurgiske klinikkene i fokusgruppeintervjuene, må sees i lys av svakhetene i bemanningsplanleggingen i OpIn og svakhetene i den felles ukeplanprosessen mellom klinikkene. Forbedringer på disse områdene er viktig for både pasientene og arbeidsmiljøet.
Referansegruppen viste i delrapport 3 til at enhver organisatorisk løsning har noen fordeler, men også mange ulemper som det må kompenseres for. Gruppen konkluderte med at samarbeidskulturen og viljen til å arbeide fleksibelt i team på tvers av organisatoriske grenser er avgjørende for å lykkes, og med at dette handler om kultur, og ikke organisasjonsmodell. Gitt dagens situasjon i UNN, deler Direktøren denne vurderingen.

Direktøren understreker at det nå er et lederansvar på alle nivåer i UNN å skape forståelse for at beslutningene om organisatoriske løsninger i denne saken er endelige, og for at oppmerksomheten nå må rettes mot samarbeidskulturen og arbeidet med å utvikle gjennomgripende system og kultur for kontinuerlig forbedring.

Konklusjon

Direktøren viderefører dagens organisering av OpIn. Særordningen med egne operasjonssykepleiere ansatt i Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling videreføres også. Dette må ikke forstås som et signal om at tilsvarende løsning på sikt kan bli aktuell i andre klinikker. Direktøren stiller krav om at ledelsen i OpIn skaper bedre sammenheng mellom aktivitet og bemanning, og realiserer effektiviseringspotensialet i dette. Direktøren stiller også felles krav til klinikksjefene i OpIn og de kirurgiske klinikkene om et tettere og gjensidig forpliktende samarbeid om forbedringer i ukeplanleggingen.

Beslutningen om å innføre faglig gjennomgående ledelse av akuttmottakene ved UNN Narvik og UNN Harstad gjennom organisering av disse i Akuttmedisinsk klinikk opprettholdes. Akuttmedisinsk klinikk får i oppdrag å lede gjennomføringen.
Direktøren slår fast at evalueringen etter organisasjonsutviklingsprosjektet *Langsiktig utvikling og omstilling av UNN (LUO)* med dette er fullført, og at satsingen på kontinuerlig forbedring nå er det prioriterte innsatsområdet for videre utvikling av sykehuset. Dette er en omfattende kulturell endringsprosess som nå må prioriteres av foretakets ledelse.

Tromsø, 2.2.2018

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. *Evaluering av Operasjons- og intensivklinikken*. Rapport fra intern arbeidsgruppe 23.06.2017.
2. *Bemanningsberegning OpIn-klinikken*. Rapport fra Skagerak Consulting AS 17.09.2017
3. *Delrapport – Evaluering av OpIn-klinikken*. Organisering av operasjons- og anestesiressurser. Referanseforetak og referansegruppe. 01.09.2017.

4. *Gjennomgang av operasjonsvirksomheten ved UNN*. Deloitte 13.11.2017.

Vedleggene er tilgjengelige på UNNs internettsider under denne styresaken.