



Evaluering av operasjons- og intensivklinikken

Universitetssykehuset Nord-Norge

RAPPORT FRA INTERN RESSURSGRUPPE, 23. JUNI 2017

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning og bakgrunn.....	5
2.1. Mandat	5
2.2. Bakgrunn – historikk etter LUO	5
3. Evalueringsoppdraget.....	6
3.1. Organisering og gjennomføring av evalueringen	6
4. Analyse av klinikkens organisering og drift 2013-2016.....	8
4.1. Pasientflyt.....	8
4.2. Samhandling	10
4.3. Ledelse.....	10
4.3.1. Om ledelse i medarbeiderundersøkelsen	10
4.3.2. Dialogavtalen.....	10
4.3.3. Turnover knyttet til ledelse	11
4.3.4. Økonomi – utvikling for perioden 2013-2016.	12
4.4. Styringsstruktur	13
4.5. Kvalitet.....	14
4.5.1. Indikatorer fra Norsk Intensivregister	14
4.5.2. Trygg kirurgi.....	16
4.5.3. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen	17
4.5.3. Avviksmeldinger	20
4.6. Kapasitet og ressursbruk	21
4.6.1. Bemanning – Behov, planlagte og faktiske timer.....	21
4.7. Fagutvikling og rekruttering	25
4.7.1. Spesialkompetanse i klinikken.....	26
4.7.2. Spesialsykepleiere fordelt på aldersgruppe	26
4.7.3. Vikarbruk i OpIn -klinikken	27
4.7.4. Oversikt over forskningsaktivitet og -publikasjoner.....	27
4.8. Arbeidsmiljø	28
4.8.1. Ansattes oppfatning av arbeidsmiljø - medarbeiderundersøkelser.....	28
4.8.2. KVAM-arbeid i OpIn -klinikken	29
4.8.3. Kompetanseutvikling for ledere i OpIn:	29
4.8.4. Sykefravær.....	29
4.8.5. Varsel om AML-brudd	30

5. Fokusgruppeintervjuer – funn.....	33
6. Referansegruppens rolle	34
7. Alternative løsningsforslag – Risiko og mulighetsanalyse.....	35
7.1. Føringer	36
7.1.1. Strategisk utviklingsplan.....	36
7.2. Modeller	37
7.3. Risiko- og mulighetsanalyse	38
7.3.1. Resultater	39
7.4. Bemanningsplaner.....	40
8. Organisatorisk plassering av akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik.....	41
8.1. Bakgrunn	41
8.2. Utredning av alternativ organisering	41
8.2.1. Utredningen fra 2014	41
8.2.2. Oppdatert vurdering av de to alternativene	43
8.3. Tilrådning vedr plassering av akuttmottakene i Harstad og Narvik.....	44
9. Vedlegg.....	45
Vedlegg 1: Mål og føringer for LUO.....	45
Vedlegg 2: Risikoer og risikoreducerende tiltak, fra høringen ved LUO 2007 og styresak 84/2007.	45
Vedlegg 3: Referat fra fokusgruppeintervjuene.....	47
Vedlegg 4: Dialogavtalen.....	87
Vedlegg 5: KVAM-struktur.....	89
Vedlegg 6: Avviksmeldinger	91
Vedlegg 7: Tidligere organisering av klinikken i perioden etter LUO (2008-2017)	94
Vedlegg 8: Vikarbruk	96
Vedlegg 9: Bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer:.....	97
Vedlegg 10: Sykefravær.....	98
Vedlegg 11: Aml-brudd.....	101
Vedlegg 12: Aktivitetsdata	102
Vedlegg 13: Strategisk utviklingsplan.....	103
Vedlegg 14: Risiko og mulighetsanalyse.....	109

1. Sammendrag

Evalueringen av Opln

Evalueringen av Opln tar utgangspunkt i virksomhetsdata 2013-2016 på områdene drift, ledelse, kvalitet, kapasitet, ressursbruk, fagutvikling, rekruttering og arbeidsmiljø. Kort om noen av resultatene:

- Antallet operasjoner og stuetid har økt med 6 pst i perioden, mens knivtid har økt med 4 pst. Antall strykninger har økt med 18 pst. Skiftetid har vært stabil mellom 50 og 51 minutter i perioden 2014-2016.
- Budsjetttrammene har økt om lag 15 pst i perioden (indeksregulert). Likevel har det vært et underskudd på ca. 20 millioner kr hvert år.
- Utviklingen innad i klinikken har gått i retning av å utvide antall avdelinger, seksjoner og ledernivå. Organisasjonsmodellen har vært hyppig endret, og er midlertidig.
- På området ledelse skårer Opln i midtre til nedre sjikt blant klinikkene ifølge Medarbeiderundersøkelsen, dog med en liten bedring fra 2014 til 2015. Dialogavtalen brukes aktivt og etter intensjonen, og det er lite turnover i ledelsen (2010-2017).
- Data fra Norsk Intensivregister viser at UNN ligger stort sett på landsgjennomsnittet. UNN har også en stabil gjennomføring av «Trygg kirurgi», særlig i Harstad og Narvik.
- Opln skårer gjennomgående lavere enn UNN som helhet i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen 2014
- Sammenlignet med meldeutviklingen i UNN har Opln en sterkere økning i antall avviksmeldinger i perioden.
- Antall årsverk har økt fra 636 til 660 i perioden. Fra 2015 til 2016 var økning av vikarer på over 50 pst.
- Det er stort avvik mellom planlagt drift og faktisk drift. Avviket er blitt mindre i 2016 og særlig 2017. Det er dog store variasjoner innad i klinikken – noen enheter har mer samsvar mellom planlagt og faktisk drift enn andre.
- Klinikken har en betydelig rekrutteringsutfordring på sikt, da mindre enn en av fem spesialsykepleiere er under 40 år.
- Trivselsindikatoren i Medarbeiderundersøkelsen viser en svak bedring fra 2014 til 2016. Indikatoren omfatter motivasjon, arbeidsglede og tilhørighet og hvorvidt medarbeiderne opplever jobbtilfredshet og engasjement på arbeidsplassen.
- Opln klinikken har høyt sykefravær - 9.3 pst i gjennomsnitt i perioden 2012-2016. I gjennomsnitt er sykefraværet 1.8 pst høyere enn UNNs måltall på 7.5 pst. Antall AML-brudd ved UNN har hatt en kraftig nedgang i perioden 2013 til 2016. Opln-klinikken har en mye svakere nedgang fra 2013 til 2015. I 2016 hadde de en økning på antall AML-brudd på hele 17 pst.

Berørte klinikker har i fokusgruppeintervju blitt bedt om å vurdere hvorvidt valgte organisering (i OpIn) bidrar til å oppfylle LUO-kriteriene. Her er resultatet gjengitt ved hjelp av grønt (positiv), gult (nøytralt), rødt (negativt). Hvite felt illustrerer områder som ikke ble berørt i intervjuet.

Tabell 1.1. Evaluering av OpIn utfra LUO-kriteriene – resultat fra 11 fokusgruppeintervju

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

* Tema ble ikke diskutert

Alternative modeller; risiko- og mulighetsanalyse

Det er gjennomført en risiko- og mulighetsanalyse for to alternative organisasjonsmodeller, dagens modell og en modell der anestesio- og operasjonsressurser spres på de tre kirurgiske klinikkene. Det ble identifisert risiko og mulighet ved begge alternativene. I dagens modell var de største risikoene knyttet til manglende koordinering av ressurser og kapasitet, ulike mål og manglende felles utvikling. I den alternative modellen var den største risikoen forbundet med manglende fellesfunksjoner, manglende evne til å lede nye virksomhetsområder, sårbarhet og intern kamp om ressurser. De åtte LUO-kriteriene danner utgangspunkt for vurderingen av de to modellenes svakheter og styrker, risikoer og muligheter. Det ble også diskutert en rekke korrigerende tiltak på områder med høy risiko.

Akuttmottakene i Harstad og Narvik

Når det gjelder organisatorisk plassering av de to akuttmottakene i hhv. Harstad og Narvik har de to klinikkjefene i hhv OpIn og Akuttmedisinsk klinikk kommet med følgende tilrådning til direktøren:

Vi er enige om at det vil være i tråd med prinsippet om faglig gjennomgående ledelse og det kan understøtte faglig utvikling at akuttmottakene i UNN organiseres i samme klinikk; Akuttmedisinsk klinikk. Ut fra dette argumentet bør akuttmottakene flyttes til Akuttmedisinsk klinikk, men hvordan de plasseres organisatorisk og organiseres i klinikken er svært viktig for å lykkes og må diskuteres/avklares før endelig beslutning kan fattes i saken. Det forutsettes at også fagmiljøene og involverte ledere involveres i den videre diskusjonen om plassering av akuttmottakene.

Videre oppfølging

Evalueringen overleveres administrerende direktør 23. juni 2017 og inngår som en del av beslutningsgrunnlaget for saken. I tillegg har prosjektleder initiert et ekstern konsulentoppdrag der alternative bemanningsplaner skal beregnes, og en ekstern referansegruppe som skal bidra med egne erfaringer og vurderinger. Disse leveransene vil skje tidlig høsten 2017 og videre prosess knyttet til beslutning i denne sak vil derfor ikke igangsettes før disse bidragene foreligger til høsten.

2. Innledning og bakgrunn

2.1. Mandat

Evalueringen av Operasjons- og intensivklinikken (OpIn-klinikken) skulle gjennomføres i løpet av første halvår 2017, basert på de metoder og kriterier som skisseres i plan for evaluering av 26.10.2016, jf. ledermøtesaker av hhv 23.08.16 og 20.09.16. Ansattes organisasjoner på foretaksnivå ga sin tilslutning til planen 01.11.2016. Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik skal utredes som en del av evalueringen. Et beslutningsgrunnlag skulle foreligge innen 01.06.2017, men ble utsatt til 23.06.2017 grunnet sykdom.

2.2. Bakgrunn – historikk etter LUO

Som en del av OU-prosjektet Langsiktig utvikling og omstilling (LUO) besluttet UNN-styret å etablere Akutt- og prehospital klinikk, inklusiv akuttmedisin, operasjon og anestesi i 2007 (sak 84/07). Klinikken ble etablert 31.10.2008 og besto av to avdelinger: Akuttmedisin og Fusjonert avdeling; anestesi, operasjon, dagkirurgi og sterilsentral. Sistnevnte hadde tre seksjoner tilsvarende de kirurgiske klinikker (hjerte, NO og kir/gyn), samt seksjoner for Harstad og Narvik.

01.06.2009 besluttet direktøren å splitte de to avdelingene i to klinikker. 01.11.2010 fikk Akutt- og prehospital klinikk godkjent sin nye klinikkorganisering, mens Operasjons- og intensivklinikken fikk godkjent sin endelige organisering 10.05.2011. I ettertid har seksjonene i Harstad og Narvik blitt omgjort til avdelinger (beslutningsnotat av 04.03.2014).

Den nye klinikkstrukturen skulle evalueres innen en tidshorisont på to år etter etableringen av klinikkene. Som "baseline" for evalueringen ble det etablert et sett indikatorer innen økonomi, aktivitet, kvalitet, effektivitet, arbeidsmiljø, pasientforløp/samhandling, forskning og brukermedvirkning. Det ble også etablert tre sett av premisser for evalueringen:

1. LUOs mandat og målsetninger; måloppnåelse
2. Kriteriene for omorganiseringen; effekt
3. Risikoer framkommet i høringene – ved selve omstillingsprosessen og ved resultatet (vedlegg 2, samt 5 og 6 i sak 84/07)

Som følge av den eksterne evalueringen av LUO (2012) ble det igangsatt en rekke organisasjonsendringer ved UNN i perioden 2013-15 (sak 48/14). Flere av disse endringene var også basert på direktørens egen vurdering av organisasjonens gjennomføringsevne i arbeidet med pasientsikkerhet, kvalitet og økonomistyring. Endringene skulle bygge på de organisatoriske prinsippene som styret vedtok i 2007 og løsningene skulle legge til rette for tydelig og helhetlig styring og ledelse samt helhetlige og koordinerte pasientforløp. Prinsippet om gjennomgående faglig ledelse og enhetlig teambasert ledelse skulle ivaretas.

Direktøren besluttet 04.03.2014 å utsette evalueringen av OpIn til 2016 da dagens organisering ikke var endelig implementert før i 2013. Et betydelig forbedrings- og utviklingsarbeid i klinikken var forventet å påvirke driften i de nærmeste årene. Direktøren mente det ville være hensiktsmessig å utsette evalueringen til mest mulig av dette arbeidet var fullført og implementert.

3. Evalueringsoppdraget

Evalueringen har sitt utgangspunkt i styresak 84/07 og skal følgelig evalueres i tråd med de metoder og kriterier som ble besluttet den gang. Dette for å sikre at evalueringen av OpIn ble tilnærmet lik som evalueringen av de andre klinikkene. Det ble etablert tre sett av premisser for evalueringen: LUOs mandat (se vedlegg 1), LUO-kriteriene (pkt. 1-8 under) og risikoer som framkom i høringen (vedlegg 2 jf. 5-6 i sak 84/07). I tillegg ble det etablert et sett indikatorer innen økonomi, aktivitet, kvalitet, effektivitet, arbeidsmiljø, pasientforløp, samhandling, forskning og brukervedvirkning, som også skulle anvendes.

Det var i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skulle evalueres. Har denne organiseringen sikret:

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 styring og ledelse*
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*

Det er gjennomført et betydelig strategiarbeid ved UNN HF de siste årene, der det er vedtatt en strategisk utviklingsplan for årene 2015-2025 på foretaksnivå, med tilhørende klinikkvis strategiske utviklingsplaner. I planene redegjøres det for en rekke drivere, og tilhørende strategiske hovedretninger, som får betydning for evalueringen av klinikkens virke (se kap. 7).

3.1. Organisering og gjennomføring av evalueringen

Evalueringen ble gjennomført i to deler. Den innledende evalueringen ble gjennomført som beskrevet over, der en UNN-intern gruppe evaluerte klinikkens organisering og drift ved hjelp av tilgjengelige virksomhetsdata innen de områdene de åtte kriteriene omfatter. Gruppen besto av følgende ansatte:

- Thomas Krogh, Økonomi og analyse, Stabssenteret
- Gunn Evy O. Håkaby, OU i byggeprosesser, Stabssenteret
- Zaki Amini og Siw Skogstad Johnsen, Personal og organisasjonsavdelingen, Stabssenteret
- Hans Petter Bergseth og Harald Lind, Kvalitetsavdelingen, Kvalitets- og utviklingssenteret

Arbeidet ble ledet av Hege Andersen, Seniorrådgiver ved direktørens stab.

Gruppen hadde ansvar for å innhente, sammenstille og analysere driftsdata for klinikkens virksomhet, alle lokasjoner, i perioden 2013-2016. Kartleggingen baseres på eksisterende data.

Det ble i tillegg gjennomført 11 semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med berørte ansatte og ledere i OpIn, men også i de samarbeidende klinikkene Barne- og ungdomsklinikken (BUK), Akuttmedisinsk klinikk, Hjerte- og lunge (HLK), Kirurgi, kreft og kvinnehelse (K3K) og Nevro-, ortopedi og rehabilitering (NOR). Tillitsvalgte og vernetjeneste har deltatt i disse intervjuene.

Evalueringens andre del besto av en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene. Ansatte og ledere i OpIn og andre berørte klinikker deltok i denne vurderingen.

Det ble også innhentet informasjon om erfaringer fra andre, sammenlignbare sykehus og etablert en referansegruppe med eksterne fagpersoner/ledere ved sammenlignbare virksomheter. Denne skulle bidra til vurderingen av dagens organisering, ulike alternativer, samt bringe inn erfaringer fra egne foretak. Referansegruppen ble imidlertid etablert på det tidspunkt denne evalueringen ble levert direktøren, slik at denne gruppen kunne foreta en selvstendig vurdering av ulike modeller.

Direktørens beslutningsgrunnlag vil derfor bestå av denne evalueringsrapporten inklusive modeller og risikovurdering av disse, samt ressursgruppens vurdering av de samme modellene basert på egen erfaring. I tillegg vil eksterne konsulenter foreta beregninger av ulike bemanningsplaner. De to sistnevnte vil foreligge høsten 2017.

Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik ble utredet som en del av dette evalueringsarbeidet. Arbeidet er basert på tidligere utredninger samt en oppdatert vurdering fra klinikkjefene i hhv OpIn og Akuttmedisinsk klinikk. Temaet er også tatt opp med berørte ansatte i Harstad og Narvik i intervjuene.

Det ble etablert en lokal prosjektledelse ved direktørens stab som hadde ansvar for å koordinere de ulike aktivitetene og sikre framdrift i evalueringen. Frist for å legge fram et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for direktøren ble satt til 1. juni, men senere utsatt til 23. juni 2017 grunnet sykdom. Prosjektleder har hatt jevnlige møter med prosjekteier (direktør) som har ansvaret for å holde ledergruppen orientert. Driftsrådene i Harstad og Narvik er orientert skriftlig, med tilbud om muntlig orientering i tillegg. Brukerutvalgets arbeidsutvalg har fått saken framlagt og er i tillegg invitert til å delta i risiko- og mulighetsanalysen. Direktørens ledergruppe har vært holdt løpende orientert gjennom skriftlige statusoppdateringer.

Tabell 3.1. Framdriftsplan for evalueringen (ukenummer i 2017)

Tiltak nr.	Hva skal gjøres?	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	Analyse klinikkorg./drift 2013-16 OpIn Ha, Na, Tø	■	■	■	■	■						
2	Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer OpIn, HLK, K3K, NOR					■	■	■				
3	Referansegruppe eksterne fagpersoner									■	■	→
4	Utrede alternative løsninger inkl. risiko- og mulighetsanalyse						■	■	■	■	■	
5	Foreslå org. Tilhørighet akuttmottak Ha og Na						■	■	■	■	■	
6	Rapportskriving og leveranse AD											■

4. Analyse av klinikkens organisering og drift 2013-2016

4.1. Pasientflyt

Utvikling i antall operasjoner har vært relativt stabil i perioden. Fra 2013 til 2016 har antallet økt med 1201 operasjoner (+6 %), og økningen var størst det siste året. Størst i antall har økningen fra 2013 til 2016 vært innen gastrokirurgi (+371), mens økningen relativt sett har vært størst innen plastikkirurgi (+28 %) og håndkirurgi (+34 %).

Oversikten over operasjoner per stuetype (kategorisering gjort av OpIn for bruk i HN-LIS) viser at økningen har vært størst innen Dagkirurgi C00 Tromsø¹, mens Utslusa Tromsø har gått ned. Dette har sammenheng med ombygging av A-fløya og opprettelsen av COO sommeren 2015.

Knivtid har økt fra 2013 til 2016 økt med nesten 1000 timer (+4 %), mens stuetid i samme periode har økt med over 2000 timer (+6 %). Detaljer om kniv- og stuetid² per operasjonstype og operasjonsstuegruppe finnes i vedlegg 12.

Tabell 4.1. Antall operasjoner fordelt på operasjonstype 2013-2016 (HN-LIS)

Antall operasjoner fordelt på operasjonsfag				
År ▲	2013	2014	2015	2016
Operasjonst... ▲	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)
Sum	21 334	22 025	21 869	22 535
Anestesi	1 949	2 139	2 183	2 218
Annet	66	.	.	.
Barn	248	317	255	231
Gastrokirurgi	3 402	3 429	3 462	3 773
Gastromedisin	94	103	92	132
Hjertekirurgi	1 304	1 359	1 371	1 406
Hud	97	71	55	50
Håndkirurgi	1 004	1 148	1 096	1 342
Ikke definert	.	.	2	.
Kvinneklubben	2 252	2 255	2 179	2 081
Nevrokirurgi	852	877	984	1 007
Ortopedi	3 603	3 725	3 457	3 312
Plastikkirurgi	998	942	983	1 280
Revmatologi	58	51	48	59
Urologi	2 052	2 269	2 379	2 373
ØNH	1 690	1 653	1 613	1 384
Øye	1 665	1 687	1 710	1 887

¹ Navnet for gruppen «Dagkirurgi C00 Tromsø» brukes for operasjonsstueene Dagkirurgi Tromsø 14-18 og Stue 15 Tromsø, Stue 18-20 Tromsø

² Knivtid er tid fra operasjonsstart til operasjonslutt. Stuetid er tid fra pasienten trilles inn på operasjonsstua til pasienten forlater operasjonsstua.

Tabell 4.2. Operasjoner pr stuetype, 2013-2016 (HN-LIS)

Operasjoner per måned				
År ▲	2013	2014	2015	2016
Operasjonstuetype ▲	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)
Sum	21 334	22 025	21 869	22 535
Innslusa Tromsø	6 313	6 227	6 453	6 974
Dagkirurgi C00 Tromsø	2 326	2 078	2 659	3 504
Utslusa Tromsø	3 011	3 337	2 077	1 275
Øye Tromsø	1 665	1 690	1 710	1 882
PPK Tromsø	1 014	1 146	1 062	1 354
Utposter Tromsø	735	794	909	932
Operasjonsstuer Harstad	3 514	3 491	3 544	3 166
Utposter Harstad	213	256	151	86
Operasjonsstuer Narvik	1 670	2 016	2 080	2 024
Utposter Narvik	466	532	566	571
Ikke utfyllt	406	458	658	767
Mangler	1	.	.	.

Strykninger³

Utviklingen i antall strykninger har økt med 1255 (+18 %) i perioden fra 2013 til 2016. Strykningskategorien «Pasientbestemt» har økt med over 1500 (+58 %), men må blant annet ses i sammenheng med strykningskategorien «Pasientens tilstand» som er redusert med over 600 (-95 %) i perioden og er nesten ikke i bruk lenger. Strykninger som skyldes mangelfull planlegging er redusert med 200 (-16 %). Hovedårsaken til endringer i strykningskategoriene må tilskrives endringer i strykningskodeverket som ble foretatt i HOS2 i 2015.

Tabell 4.3. Antall strykninger pr kategori, 2013-2016 (HN-LIS)

Operasjoner				
År ▲	2013	2014	2015	2016
Strykingskategorier ▲	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt)	Operasjon (Vis i oversikt) ▼
Sum	7 165	7 501	7 914	8 420
Pasientbestemt	2 625	2 711	3 102	4 154
Kapasitetsmangler	1 709	1 818	1 966	2 003
Annet	926	1 134	1 437	1 199
Mangelfull planlegging	1 228	1 180	1 071	1 028
Pasientens tilstand	677	658	338	36

³ Denne kan ikke sammenlignes med nasjonal indikator for strykninger da det er definisjonsforskjeller. Det som presenteres i denne rapporten er planlagte operasjoner som av forskjellige årsaker ikke blir gjennomført.

4.2. Samhandling

Dette var et kriterium i LUO – og omhandlet samhandling med primærhelsetjenesten. Dette er i svært liten grad aktuelt for virksomheten ved OpIn, og er derfor utelatt i denne evalueringen. Når det gjelder samhandling med andre klinikker vises det til pkt. 4.1. over og resultatene fra fokusgruppeintervjuene (se kap. 5).

4.3. Ledelse

I dette delkapitlet har vi valgt å operasjonalisere kriteriet *Tydelig ledelse og styring* ved å se på hvordan området skårer i Medarbeiderundersøkelsen, hvordan dialogavtalen praktiseres, ev turnover i ledelsen samt økonomisk resultat.

4.3.1. Om ledelse i medarbeiderundersøkelsen

Tabell 4.4. Resultat på området Ledelse, MU 2014 og 2016

	MU 2016	MU 2014
OpIn-klinikken	69	68
UNN totalt	71	71
Helse Nord totalt	71	72

Resultatet viser en svak tendens til at de ansatte opplever temaene vedrørende ledelse som bedre, men at endringen er for liten til at man entydig kan konkludere med noen reell endring av de ansattes opplevelse av nevnte tema. Ser man på de øvrige temaene i rapporten, finner man samme tendens, altså en svak bedring fra 2014 til 2016.

Ovennevnte forteller oss at medarbeiderne, fra 2014 til 2016, opplever økt grad av tilgjengelighet, å få informasjon, det stilles krav til den enkelte samt økt grad av støtte fra nærmeste leder. Sammenlignet med øvrige klinikker i UNN kan det nevnes at høyeste verdi fra MU 2016 innen ledelse var på 77 mens laveste var på 65.

4.3.2. Dialogavtalen

Dialogavtalen til OpIn-klinikken ble gjennomgått i april 2017 som en del av evalueringen. Den beskriver klinikkens enheter slik den var organisert før 1/3-2017 og er ikke oppdatert med nytt organisasjonskart fra 1/3-2017.

Vi har sett på hvordan OpIn-klinikken bruker dialogavtalen, innholdet i dialogavtalen, om den besvarer «hva og hvordan», hvilke føringer som gis og hvilke satsingsområder som er valgt i klinikken i forhold til strategiske valg og føringer på overordnet nivå og anbefalinger gitt i Dialogavtaleboken.

Klinikksjefen i OpIn-klinikken har egne årlige oppfølgingsmøter med hver avdeling. Der møter ledere, plasstillitsvalgte og verneombud for hver seksjon. Her etterspørres innspill fra ansatte til hva som ønskes prioritert i kommende år/periode innenfor hvert avtalte satsingsområde og eventuelt egne mål/tiltak. Dette samsvarer med intensjonen om å ivareta «bottom-up» -perspektivet. Dialogavtalen

anvendes også aktivt i ledermøter, og det oppfordres til å gjøre det i andre møter som for eksempel KVAM-møter og personalmøter.

Tabell 4.5. Innhold i Opln -klinikken dialogavtale og avtalte satsinger 2017

Pasientforløp	Lean prosjekt: Elektive kirurgiske pasientforløp Pakkeforløp (samarbeid med andre klinikker Ø-hjelpskirurgi Harstad Etablere intermediærsenger, Oppvåkningen Tromsø
Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasientsikkerhetsprogrammet Systematisert smittevernsarbeid KVAM-arbeid Bruke Helse Nord LIS Miljøledelse
Utdanning og rekruttering	Rekruttere personal med spesialkompetanse
Forskning	Videreutvikle og styrke etterutdanning av spesialsykepleiere Opprettholde forskningsaktivitet
Pasient- og brukermedvirkning	Involvere brukerrepresentant i KVAM- og forbedringsarbeid
HR	Fokus på arbeidsmiljø og kulturbygging Reduksjon av sykefravær Aktiv framsnaking og markedsføring av Opln -klinikken Organisasjonsutvikling og drift under bygging av A-fløya Reduksjon av AML-brudd Oppfølging Medarbeiderundersøkelsen 2016 Årlig virksomhetsplanlegging Aktiv bruk av Dialogavtalen
Annet: Kommunikasjon	Forbedre intern og eksternt kommunikasjon med samarbeidspartnere

Opln-klinikken dialogavtale inneholder avtalte satsinger med mål, indikatorer og tiltak innenfor alle de strategiske hovedretningene i UNN, men på underordnet nivå er det mindre grad av konkretisering i tiltak, heller mere formulerte mål. Vi har ikke kunnet se på måloppnåelse gjennom hele perioden 2013 – 2016, men ser at det arbeides med tiltak og at de er gradert i forhold til hvor langt man er kommet. Videre er det heller ikke mulig å se hvordan bruken og innholdet i Dialogavtalen har utviklet seg over tid i, da historikk ikke vises i det elektroniske verktøyet Dialogavtalen presenteres i. Dialogavtalen ser ut til å bli brukt aktivt i virksomhetsstyringen og følger mange av anbefalingene i Dialogavtaleboken. For mer utfyllende informasjon, se vedlegg 4.

4.3.3. Turnover knyttet til ledelse

Klinikklederteamet består av klinikkleder, 6 avdelingsledere, kontorleder, klinikkrådgiver, kvalitetsrådgiver og klinikkoverlege (pr. 23. februar 2017).

I tiden fra årsskiftet 2009/2010 har teamet kun hatt utskifting av avdelingsleder ved AnOp Tromsø. Dette begrunnet i at avdelingsleder ønsket å gå tilbake til klinisk stilling ved avdelingen. Ny avdelingsleder ble ansatt, men denne er nå i permisjon i 6 mnd. og koordinerende fagutviklingspsykepleier operasjon er konstituert i stillingen. Avdelingsledere er per i dag faste 100% lederstillinger med unntak fra Smerteavdelingen hvor lederfunksjonen kun er 60%.

På seksjonsnivå har det kun vært turnover ved Operasjon og Anesteseisaksjonen ved AnOp avdelingen Narvik hvor det siden 2014 har vært lederskifte to ganger. Ved Innslusa seksjon AnOp Tromsø har det vært lederskifte på anestesi som følge av at leder ønsket å gå tilbake til klinisk stilling.

Som følge av organisatoriske endringer i klinikken har stillingstitler blitt endret. Det er opprettet nye funksjoner som igjen har ført til flere ledere ved AnOp Tromsø fra år 2009.

Turnover knyttet til ledelse må sies å ha vært lav i perioden 2013 – 2016.

4.3.4. Økonomi – utvikling for perioden 2013-2016.

Klinikken har i perioden hatt et budsjett på mellom 499 og 574 mill. kr, dvs. en økning i budsjetttrammene på over 75 mill. kr fra 2013 til 2016 (indeksregulert)⁴. Likevel har det vært et underskudd på om lag 20 mill. kr hvert år. Underskuddet skyldtes for alle årene i stor grad sprek i lønnsbudsjettet (når innleie av helsepersonell ført på kontorartene 4681, 4682 og 4683 inkluderes). Selv om det vises et overskudd på lønn i 2016 er det samtidig et underskudd på innleie på 5,6 mill. kr. I tillegg har det vært en økning i underskudd for andre poster under hovedpost 4 (Varekostnader) i 2016. Dette kan i stor grad tilskrives høyere kostnader knyttet til implantater, medikamenter og andre medisinske forbruksvarer enn budsjettet. Dette kan ses i sammenheng med aktivitetsveksten fra 2015 til 2016.

Tabell 4.6. Regnskap, budsjett og avvik for Opln -klinikken (2013-16), Indeksregulert (2016)

År	Regnskap	Budsjett	Avvik
2013	528 614 547	498 763 820	-29 850 727
2014	534 390 148	512 739 547	-21 650 601
2015	572 669 210	554 494 242	-18 174 969
2016	597 306 488	574 251 783	-23 054 705

Tabell 4.7. viser regnskap og budsjettavvik per hovedpost. For de tre første årene i perioden vi ser på, er det lønnskostnadene som står for hoveddelen av underskuddet, mens det er varekostnader og andre driftskostnader som har størst avvik i 2016.

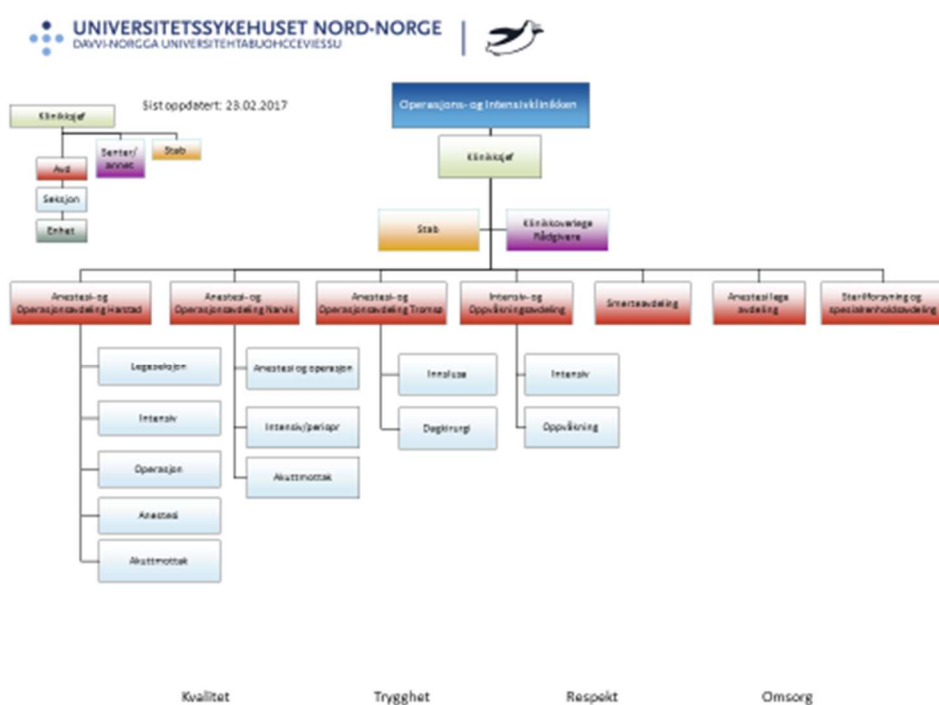
Tabell 4.7. Regnskap og budsjettavvik pr hovedpost, Opln (2013-2016), Indeksregulert (2016)

Hovedpost	2013		2014		2015		2016	
	Regnskap	Avvik	Regnskap	Avvik	Regnskap	Avvik	Regnskap	Avvik
4 - Varekostnader	99 325 467	-7 562 673	102 606 612	-8 923 934	136 376 154	-5 796 720	158 449 591	-14 977 982
5 - Lønnskostnader	394 397 058	-17 053 465	396 681 868	-10 206 343	404 274 344	-8 886 732	404 038 340	1 291 068
6 - Andre driftskostnader	27 687 862	-1 885 596	31 572 803	-1 480 135	27 997 504	-2 860 723	29 160 565	-6 768 319
7 - Andre driftskostnader	7 204 160	-3 348 994	3 528 865	-1 040 190	4 021 208	-630 795	5 657 991	-2 599 472
Totalsum	528 614 548	-29 850 728	534 390 148	-21 650 601	572 669 211	-18 174 970	597 306 488	-23 054 706

⁴ Pensjonskostnader er trukket fra beløpene for å gjøre det mer sammenlignbart mellom årene.

4.4. Styringsstruktur

Figur 4.1. Organisasjonskart 2017



Organisasjonskartet over viser organiseringen av klinikken i perioden 01.03.2017-dd.

Organisasjonsløsningen er midlertidig, i påvente av ferdigstilling av A-fløya. Før den dato var Sterilforsyning og anestesilegeavdeling en del av anesthesi- og operasjonsavdeling Tromsø. Anestesi- og operasjonsavdelingene i Harstad og Narvik ble egne avdelinger i 2014. Se vedlegg 7 for oversikt over større organisasjonsendringer siden klinikkdannelsen.

Organisasjonsutviklingen innad i klinikken har gått i retning av å utvide antall avdelinger, seksjoner og ledernivå, noe som strider imot LUOs intensjoner om å redusere antall ledernivåer samt organisatoriske enheter ved UNN. Hyppige organisasjonsendringer kan tyde på at klinikken ennå ikke har funnet sin endelige organisasjonsstruktur.

Det er gjennomført en rekke større og mindre organisasjonsendringer i perioden 2013-2016 som har betydning for evalueringen av OpIn. Her nevnes noen av de viktigste av disse endringene stikkordsmessig:

- Dagkirurgi – endringer i drift
- Egne avdelinger Harstad/Narvik etablert
- Tverrfaglige seksjoner etablert og endret på
- Endret arbeidstidsordning Harstad
- Reduksjon i (intermediær) sengetall HLK
- OpIn har fått totalansvar for innkjøp av operasjonsmateriell (lagerstyring)
- Planlegging av A-fløya er ressurskrevende
- Stenging av tre stuer ved midlertidig etablering i COO

- Helikopterbase Evenes etablert med overføring av flere anestesilege-ressurser
- Bonusordninger rekruttere og beholde og ABIKO endret
- Ø-hjelpsprosjektet etablert – endret arbeidsmåte
- Anestesi poliklinikken etablert og midlertidig endret

4.5. Kvalitet

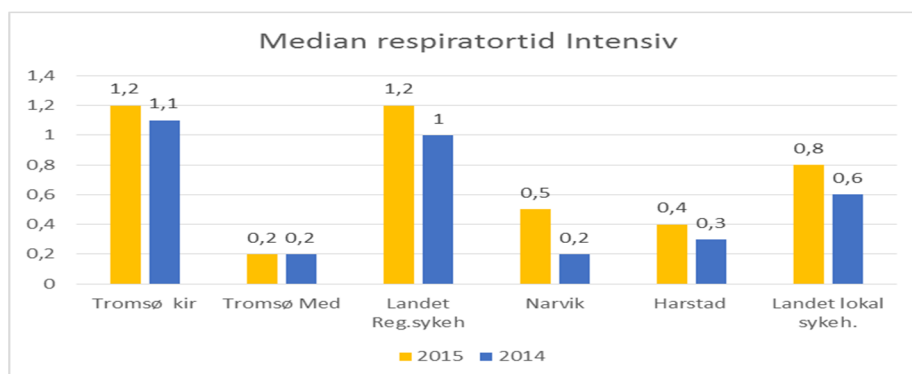
På dette området er det gjort et utvalg blant det store antallet kvalitetsindikatorer som eksisterer. Vi har i tillegg vektlagt resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, tiltaket Trygg kirurgi fra Pasientsikkerhetsprogrammet og avvik.

4.5.1. Indikatorer fra Norsk Intensivregister

I perioden (2013-2016) finnes det sammenlignbare data for årene 2014 og 2015. For 2013 mangler datasett for deler av UNN og 2016 rapporter er ikke kvalitetssikret.

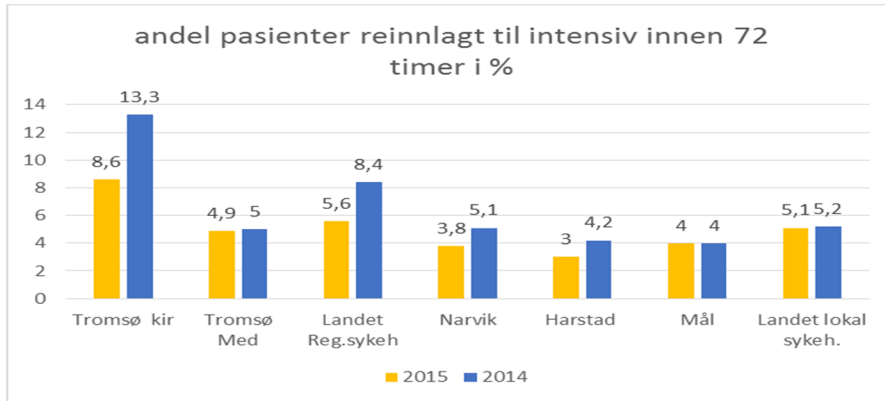
I rapportene er det ført sammenligninger med nivåene regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus. Det er en del individuelle forskjeller i registeret på grunn av funksjonsfordelinger og spesialiteter så tolkning av data fra registeret må brukes med stor forsiktighet.

Figur 4.2. Median respiratortid intensiv Unn, 2014-15



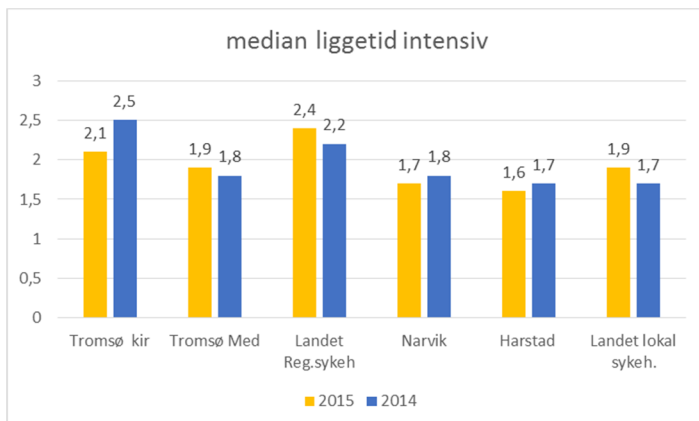
Median respiratortid i Kirurgisk intensiv (Tromsø) ligger på landsgjennomsnittet. Medisinsk intensiv (Tromsø) har kun unntaksvis respiratorbehandling og ligger dermed naturlig langt lavere i behandlingstid. Sammenlignet med landet for øvrig på lokalsykehusnivå ligger Harstad og Narvik noe lavere. Det er store variasjoner blant landets lokalsykehus og vi kan ikke påpeke noen enkeltårsaker.

Figur 4.3. Andel pasienter reinlagt innen 72 timer UNN 2014-15



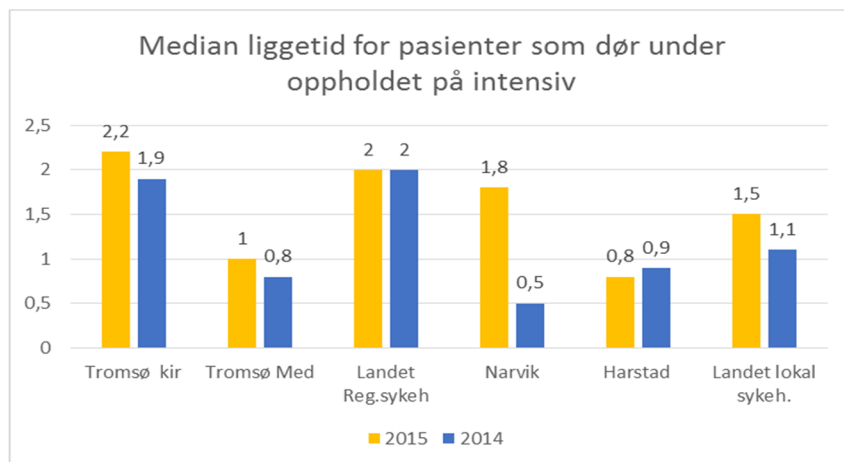
Andel pasienter som re-innlegges på Intensiv innen 72 timer er noe høyere enn landsgjennomsnittet på Kirurgisk intensiv (Tromsø) enn landsgjennomsnittet. Medisinsk Intensiv (Tromsø) er lavere. Harstad og Narvik ligger lavere enn landsgjennomsnitt for lokalsykehus. Også her må tolkning av resultater utøves med stor forsiktighet da det er variasjoner som naturlig kan påvirke resultatene.

Figur 4.4. Median liggetid intensiv Unn, 2014-15



Median liggetid i Intensivavdelingene viser at liggetiden er noe kortere i Medisinsk intensiv enn i Kirurgisk intensiv. UNN ligger nær opp til landsgjennomsnittet med unntak av Medisinsk intensiv (Tromsø) som er noe lavere.

Figur 4.5. Median liggetid, død ved opphold, UNN, 2014-15



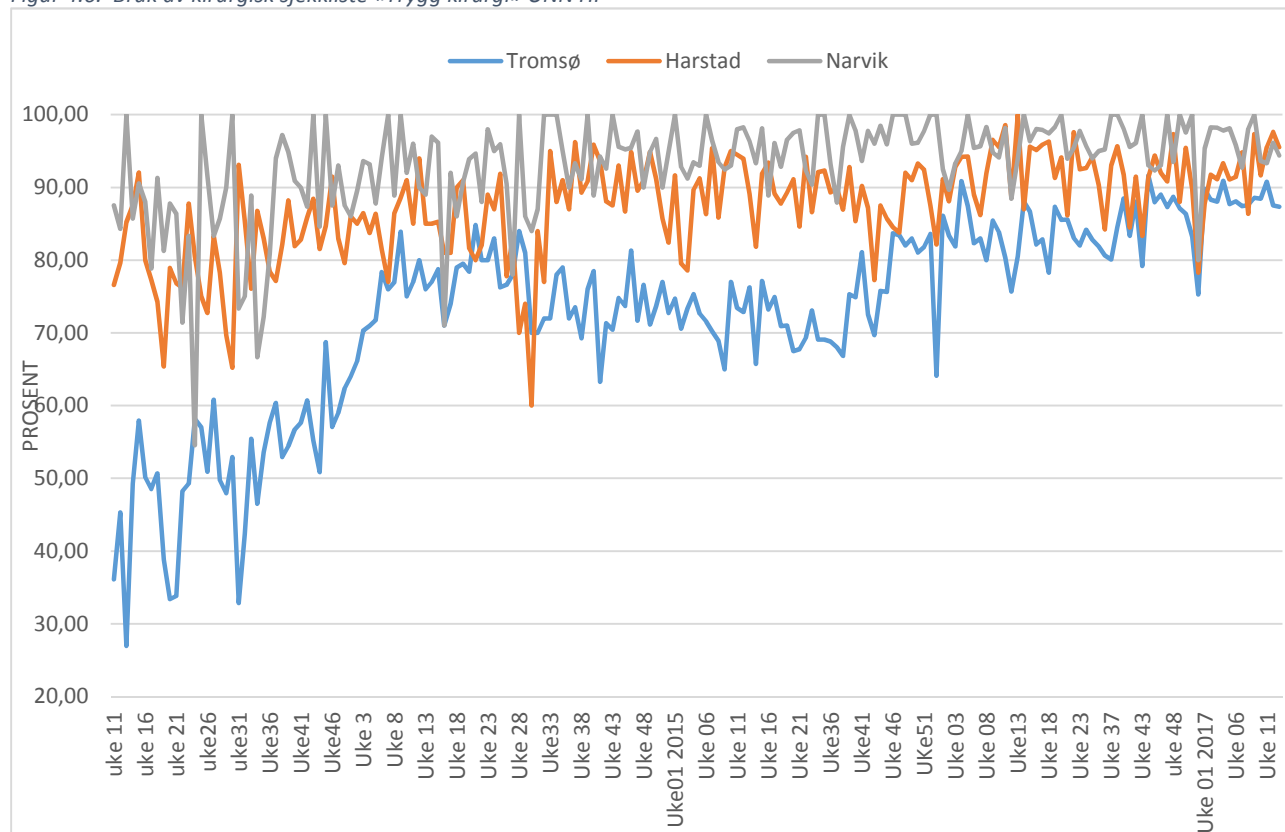
Median liggetid for pasienter som dør under oppholdet måles som en indikator på riktig pasientbehandling og at pasienter som ikke kan overleve holdes kunstig i live. Liggetiden her er omtrent på landsgjennomsnittet for kirurgiske intensiv pasienter og 50% lavere for medisinske intensivpasienter. Harstad og Narvik ligger totalt sett noe under landsgjennomsnittet.

Alle data fra Intensivregisteret må tolkes med stor forsiktighet. Man kan si at registerets formål er kvalitetsforbedring og man ser gjerne på felles tiltak som utvikler hele faget fremfor å gå spesifikt til verks på enkeltområder. Bruken av registerdata i denne sammenheng kan belyse forskjellene på Medisinsk og kirurgisk intensiv og forskjellene i nivåene på regionsfunksjonene og lokalsykehusfunksjonene.

4.5.2. Trygg kirurgi

Dataene på «Bruk av kirurgisk sjekklister UNN» viser en jevn økning siden starten i 2013 og har holdt seg relativt stabilt siden, spesielt for Harstad og Narvik. Tromsø har i hele perioden ligget noe under Harstad og Narvik.

Figur 4.6. Bruk av kirurgisk sjekkliste «Trygg kirurgi» UNN HF



Tabell 4.8. Variasjon i bruk av kirurgisk sjekkliste «Trygg kirurgi» ved UNN HF

	Harstad	Narvik	Tromsø
År	Variasjon	Variasjon	Variasjon
2013	65 - 93 %	54 - 100 %	26 - 69 %
2014	60 - 96 %	71 - 100 %	52 - 84 %
2015	77 - 95 %	87 - 100 %	65 - 83 %
2016	83 - 100 %	88 - 100 %	75 - 91 %

Tallene viser at alle tre lokasjonene gradvis har blitt bedre til å bruke kirurgisk sjekkliste og at variasjonen har blitt mindre. I 2017 har bruken av sjekklisten i UNN vært stabil over 85 % ved alle lokasjoner. Narvik har i hele perioden ligget over både Harstad og Tromsø, mens Tromsø har hele tiden ligget litt under de to andre.

Data fra Trygg kirurgi viser en stadig økende høy stabilitet på bruken og dokumentasjonen av sjekkliste. I hele 2017 har den vært stabil over 85 %. Det finnes ingen publiserte data fra andre sykehus som kan brukes for å sammenligne data med våre egne data.

4.5.3. Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen

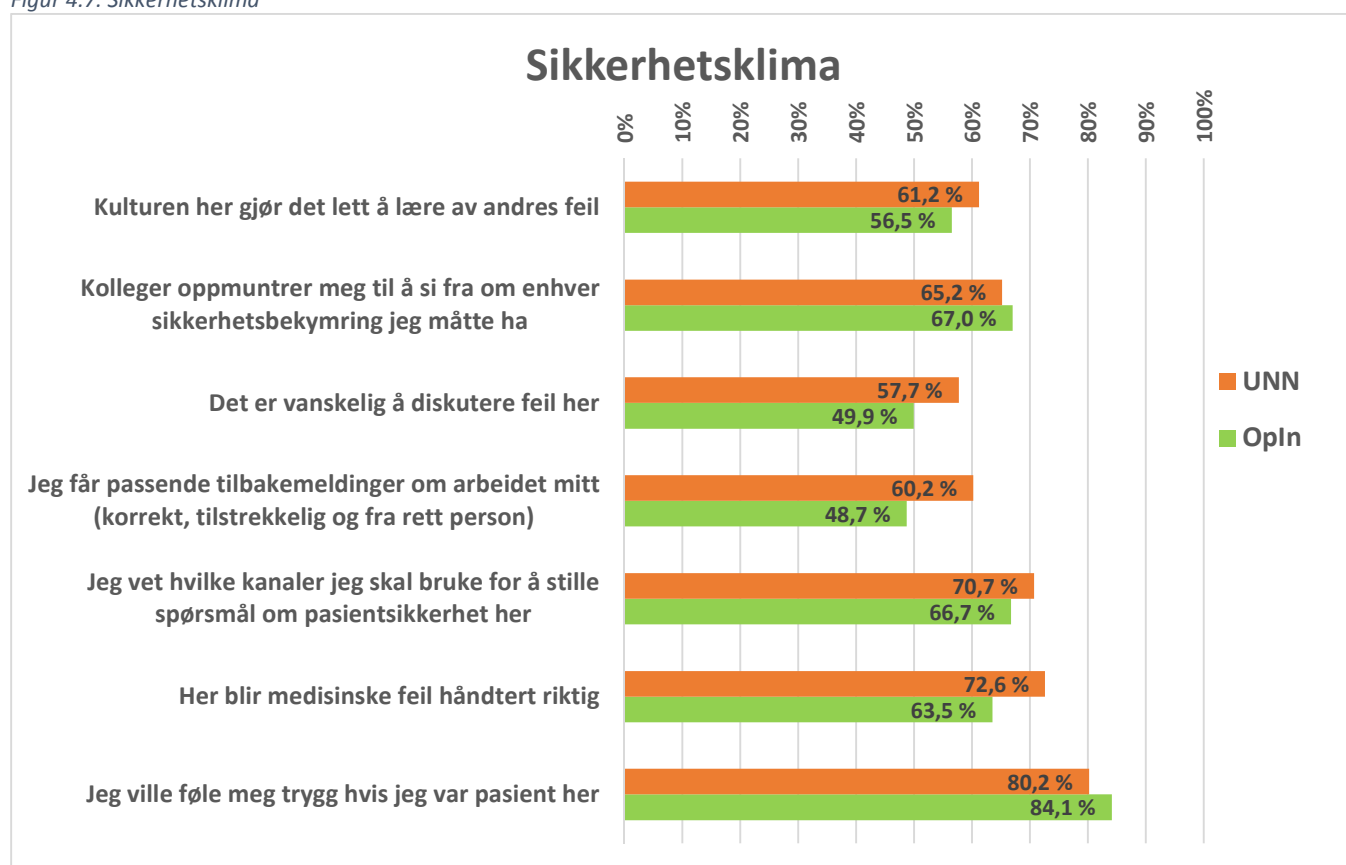
Denne undersøkelsen ble gjennomført i 2014 og evalueringsgruppen har fått tilsendt data som omhandler hele Operasjons- og Intensivklinikken (OpIn); 2 avdelinger og 9 seksjoner/enheter. OpIn har endret sine underliggende organisasjonsenheter flere ganger etter undersøkelsen, og vi fant det

derfor mest formålstjenlig å bruke de aggregerte dataene for hele klinikken. Dataene viser en oversikt over andel respondenter som har svart positivt (Litt enig eller Svært enig) på hvert spørsmål. Andel ansatte som er enige gjenspeiler således organisasjonsklimaet best og anbefalingene vedrørende forbedringer knytter seg til det.

Organisatoriske enheter der

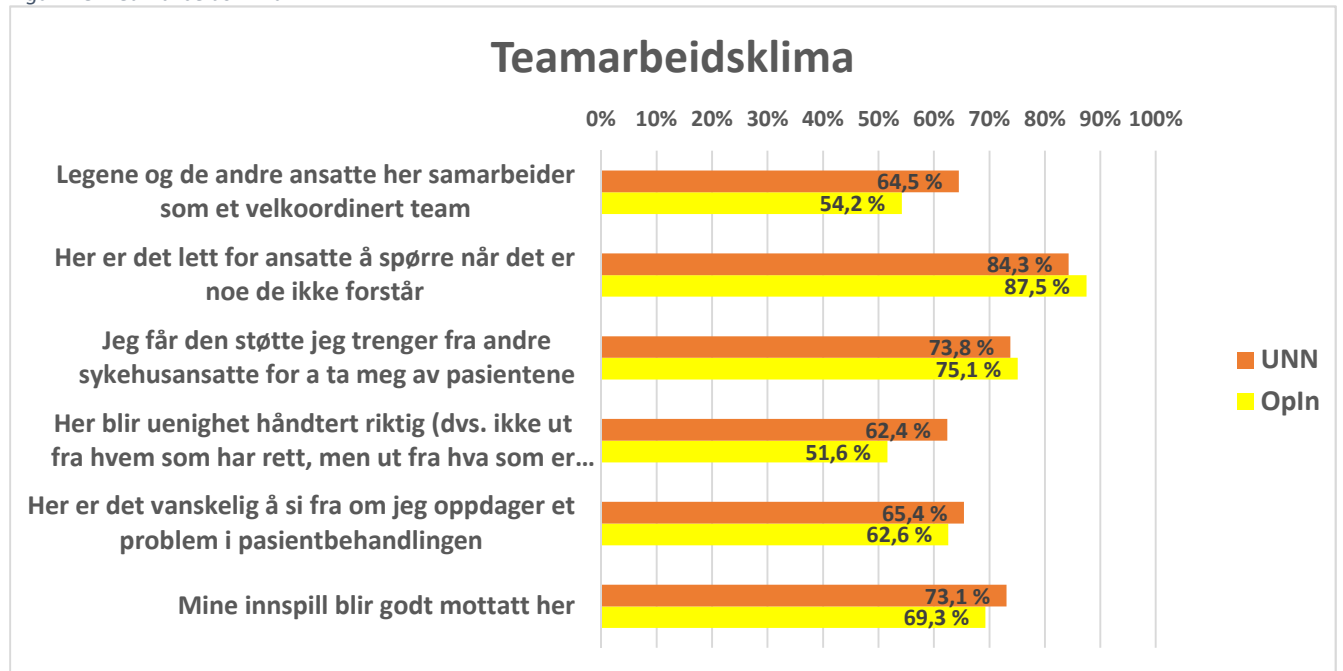
- Færre enn 60 % rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima har høyest risiko for pasientskade og må arbeide mest for å få det bedre.
- Mellom 60 % og 80 % av medarbeiderne som rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima har mindre risiko for pasientskader, men må fortsatt forbedre seg.
- 80 % eller flere rapporterer om et godt teamarbeidsklima eller et godt sikkerhetsklima bør ikke endre på noe.

Figur 4.7. Sikkerhetsklima



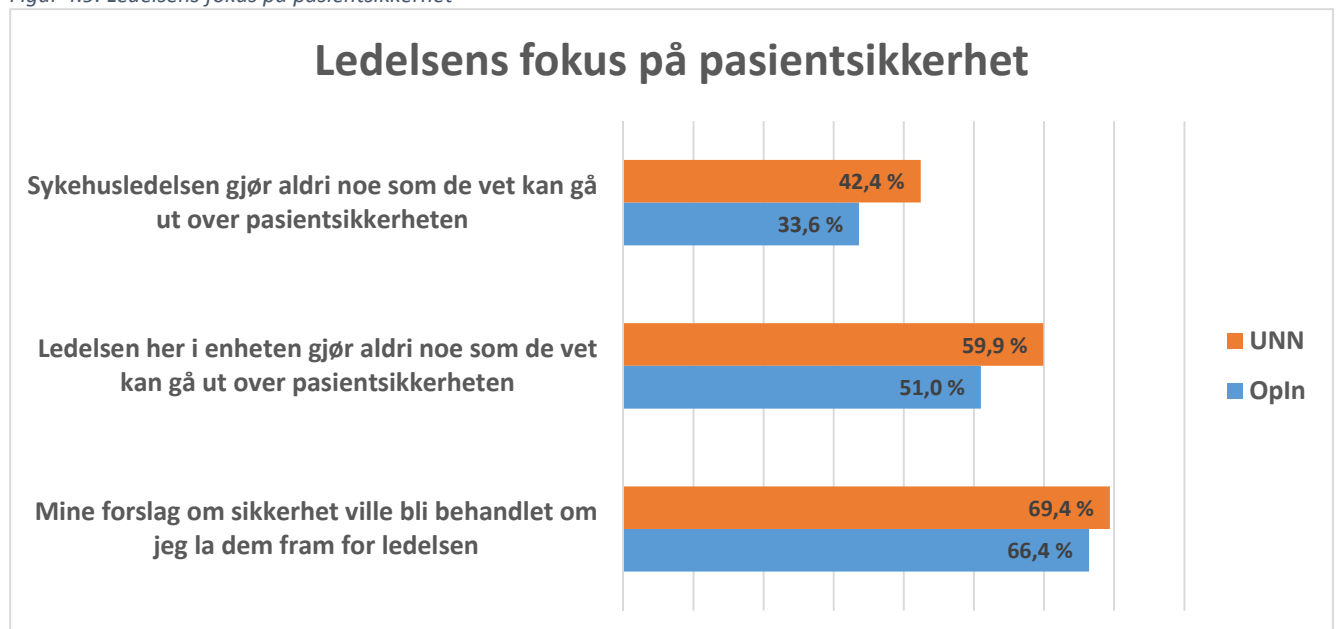
Spørsmålene om sikkerhetsklima dekker tema som til sammen gir et inntrykk av hvor høyt sikkerhet prioriteres i enheten. Dette er et produkt av lokale forhold, samt holdninger i omgivelsene og rammene som enheten jobber under. Det er vist at et klima preget av fokus på sikkerhet fører til færre uønskede hendelser. Det er noen forskjeller på noen av spørsmålene mellom OpIn og UNN, spesielt på spørsmål 4 der forskjellen er nesten 12 prosentpoeng. Ellers er det små forskjeller mellom UNN som helhet og OpIn. Hvordan undersøkelsen har vært fulgt opp i etterkant har vi ikke kjennskap til.

Figur 4.8. Teamarbeidsklima



Temaet teamarbeidsklima består av seks spørsmål. Spørsmålene dekker tema som tilsammen gir et inntrykk av hvor godt de ansatte jobber sammen som et team for å gi en best mulig behandling. Dette viser at enheter der de ansatte jobber som velkoordinerte team har lavere pasientdødelighet enn enheter som ikke jobber som team. Tallene ligger jevnt over hos UNN som helhet enn hos OpIn (på 4 av 6 spørsmål). Vi har ikke kjennskap til hvordan undersøkelsen har vært fulgt opp.

Figur 4.9. Ledelsens fokus på pasientsikkerhet

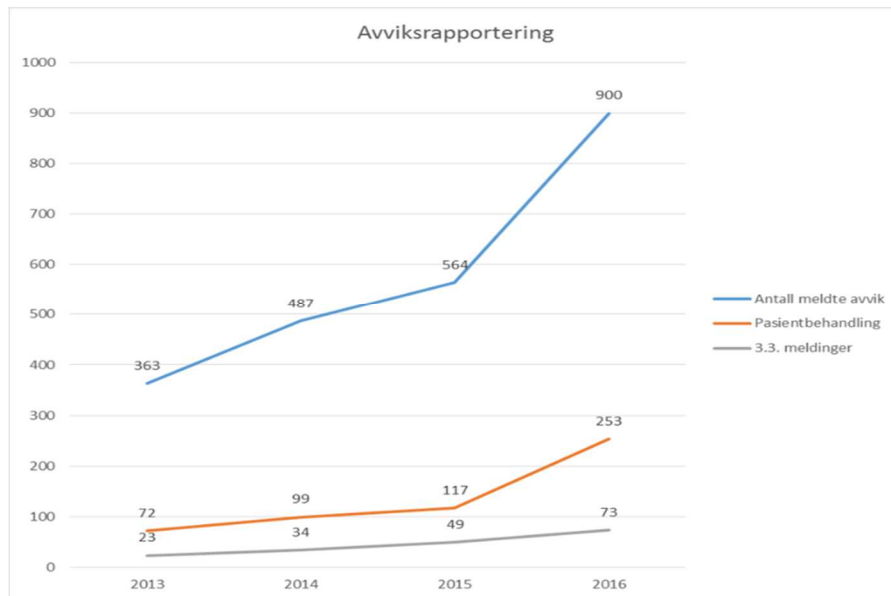


Temaet ledelsesfokus består av tre spørsmål. Svarene gir et inntrykk av medarbeidernes oppfattelse av hvor høyt ledelsen på alle nivå prioriterer sikkerhet. Tallene ligger jevnt over hos UNN som helhet enn hos OpIn som klinikk.

4.5.3. Avviksmeldinger

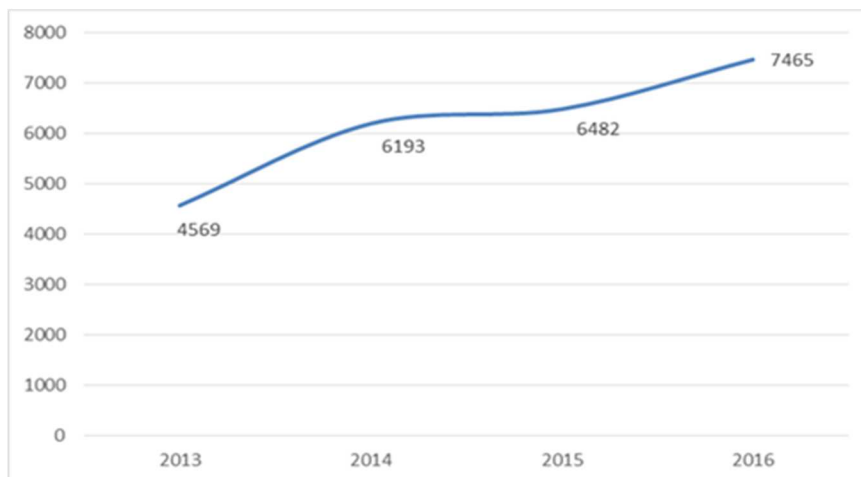
Klinikken har en betydelig økning i antall meldte avvik i perioden 2013- 2016. Økningen tilskrives i stor grad meldekultur, som har endret seg over tid.

Figur 4.10. Avviksrapportering OpIn, UNN 2013-2016



Sammenlignet med meldeutviklingen i UNN har OpIn en sterkere økning i antall avviksmeldinger.

Figur 4.11. Avviksmeldinger UNN HF 2013-2016



Nærmere granskning av tallmaterialet viser at det er en andel meldinger som ikke er ferdig utfylt. Det vi si at det ligger uferdige meldinger i systemet, og dette utgjør en feilkilde i tallmaterialet. Samme melding kan ha blitt påbegynt flere ganger.

Klinikken har også samme økning i antall saker melder ønsker vurdert videresendt til Helsetilsynet. Nye rutiner i UNN for vurdering av 3.3.a-meldinger gjør at faktisk sendte meldinger til Helsetilsynet ikke er direkte sammenlignbar i hele perioden. I denne sammenheng ser vi på meldekultur i klinikken og det fremkommer at antallet meldinger øker mer enn sykehuset for øvrig.

Dette er i utgangspunktet en ønsket utvikling da flere og bedre avviksmeldinger kan tas i bruk til forbedringsarbeid. Se vedlegg 6.

4.6. Kapasitet og ressursbruk

I dette delkapitlet beskrives planlagt og faktisk bemanning, knivtid og vurderingstid som aktuelle indikatorer for kapasitet og ressursbruk.

4.6.1. Bemanning – Behov, planlagte og faktiske timer

Utvikling i antall årsverk for hele klinikken 2013-2016 inkludert innleie av helsepersonell fra firma (omregnet med lønnsatser for helsepersonell brukt i nasjonale benchmarkingsprosjekter). Inkludert i disse tallene er i gjennomsnitt 25 ABIKO sykepleiere (variasjon 23-27 i perioden 2013-2016).

Tabell 4.9. Årsverk per lønnstype

Årsverk	2013	2014	2015	2016
Kontogruppe				
Annen lønn	0	0	0	0
Ekstrahjelp	7	7	5	6
Engasjementer	1	4	3	2
Fast lønn	539	542	542	538
Innleie	14	21	9	16
Overtid	27	26	26	29
Tillegg	7	7	8	6
Vikarer	39	40	48	63
Totalsum	636	647	641	660

Økningen fra 2015 til 2016 skyldes blant annet fire legestillinger for å dekke opp Evenes-basen. Økningen i antall stillingsgruppen Sykepleiere skyldes styrking av operasjons- og anestesisykepleiere pga. nye bemanningsplaner Tromsø og ny organisering i forbindelse med etablering av dagkirurgien på C00.

Tabell 4.10. Årsverk per stillingskategori

Årsverk				
Profesjon	2013	2014	2015	2016
01. Adm og ledelse	40	42	42	43
02. Ambulansepersonell	0	0	0	0
04. Drifts/teknisk personell	55	60	60	63
05. Forskning	-	0	1	1
06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	8	8	8	9
07. Leger	64	63	62	67
08. Pasientrettede stillinger	16	15	15	14
09. Psykologer	2	2	2	2
10. Sykepleiere	451	457	451	461
Totalsum	636	647	641	660

Planlagt og faktisk drift

Tall for bemanningsplan, planlagte-, og faktiske timer er hentet fra GAT-analyse via HN-LIS.⁵

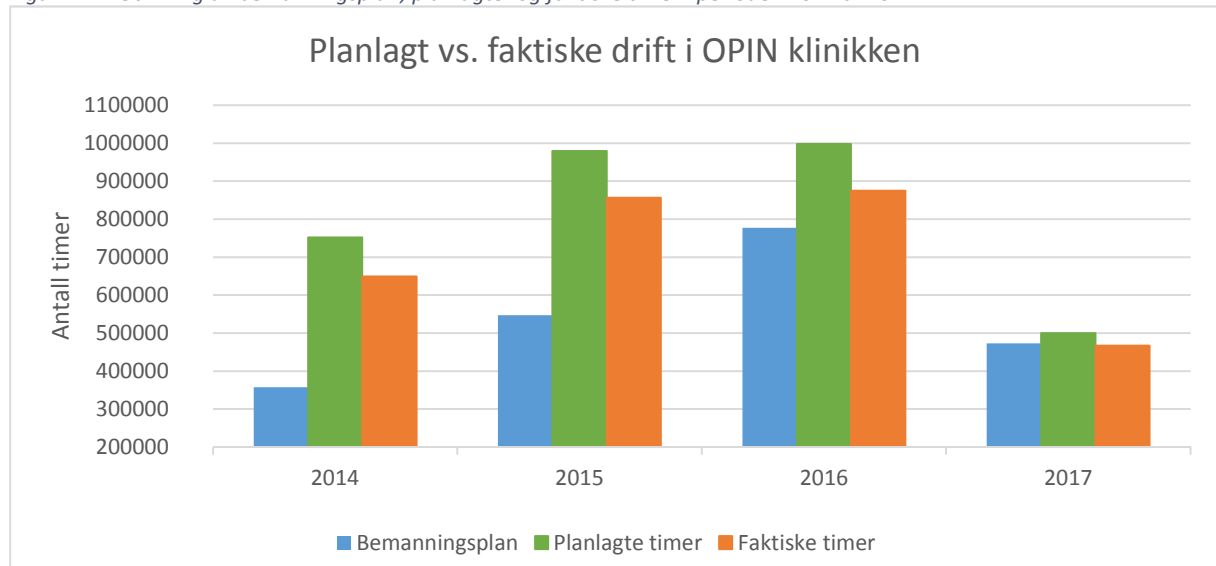
Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging (ABP) er en planmetodikk som flytter fokus fra tilgjengelig bemanning – til behov og aktivitet – som grunnlag for planlegging. Økt fokus på utjevning av både aktivitet og ressurs, samt at man tar høyde for kjente fravær vil gi mest mulig forutsigbare arbeidsdager. Gjennom god planlegging søker man å minske gapet mellom planlagt drift og faktisk drift. Poenget med denne delen er å se hvordan klinikken har evnet god planlegging.

Figuren under viser utvikling av bemanningsplan, planlagte-, og faktiske timer i Opln-klinikken i perioden 2014- 2017⁶. Disse tre søylene skal ideelt sett være like store hvis alt går som planlagt, men av mange grunner kan de avvike fra hverandre – f.eks. pga. sykefravær, udekkede vakter, dårlige planlegging, uforutsigbare arbeidsdager osv. Bemanningsplanen (blå) avviker veldig mye fra de to andre –planlagte og faktiske timer, spesielt i 2014, mens de to sistnevnte følger hverandre noe tettere.

⁵ *Bemanningsplan* viser samlet antall timer ved definert behov for personell og kompetanse basert på aktivitetsplan. Denne utarbeides i GAT og ligger til grunn for utarbeidelse av arbeidsplan. *Planlagte timer* er samlet antall timer i arbeidsplan. Denne gir oversikt over planlagt arbeidstid og fritid for den enkelte ansatte i en gitt periode. *Faktiske timer* gir oversikt over samlet antall timer som faktisk er brukt – basert på planlagte timer, med fratrukk av registrert fravær og udekkede vakter. Ekstravakter og overtidsvakter regnes med.

⁶ Vi har kun tall tilgjengelig i GAT-analyse fra og med april 2014 til og med mai 2017. Derfor ligger søylene for de gjeldende årene lavere enn 2015 og 2016 i figur 4.12.

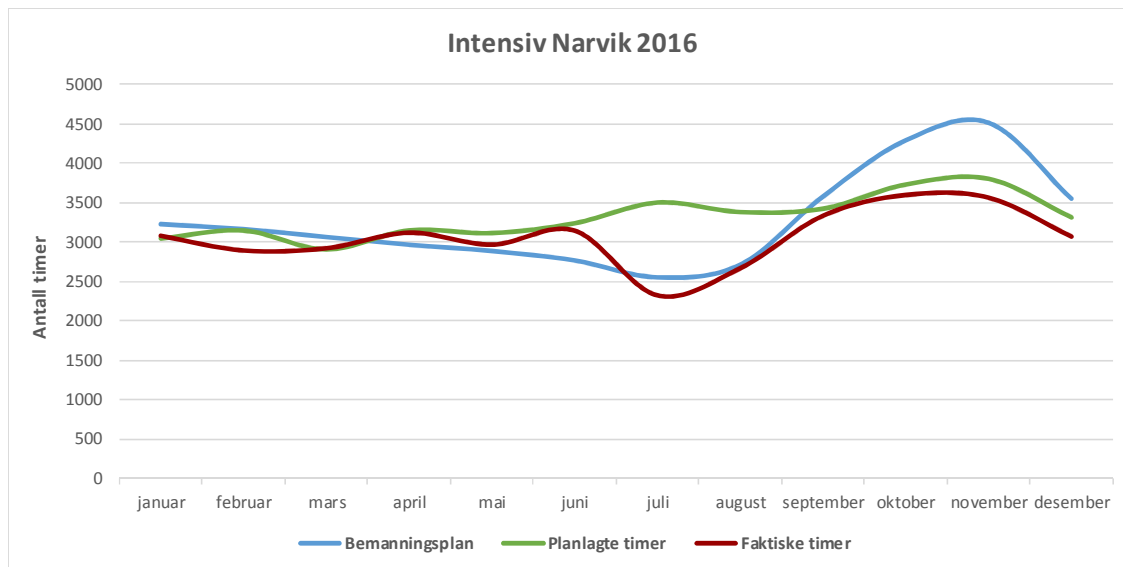
Figur 4.12. Utvikling av bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer i perioden 2014 til 2017.



Grunnen til at avviket mellom bemanningsplan og de to andre, planlagte og faktiske timer, er store i perioden 2014 og 2016, er at det virker som mange enheter ikke hadde bemanningsplan i GAT. Flere og flere enheter har begynt å legge deres bemanningsplan i GAT, så det gjør at avviket mellom disse tre søylene er blitt mindre for hvert år. Selv om enheter legger deres bemanningsplan i GAT er det ikke gitt at de automatisk følger ABP-metodikken i arbeidsplanleggingen. Dette gjelder ikke bare OpIn-klinikken, men også andre klinikker. For å se hvordan den enkelte enhet gjør det, må man se på deres historiske tall separat.

For å illustrere poenget kan vi se nærmere f.eks. på Intensiv Narvik (vilkårleg valgt). Det er illustrert i figuren under hvor man ser at Intensiv Narvik har god planlegging i perioden januar- juni 2016, samt september 2016. Men i ferieperioden, samt siste delen av året, er det stort gap mellom bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer. Man kan gå nærmere ved å se på utvikling for hver enkelte måned. Se figur v9.1 i vedlegg 9 for februar 2016.

Figur 4.13. Bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer i Intensiv Narvik.



Når faktiske timer er lavere enn bemanningsplan eller planlagte timer skyldes det ofte enten ledige vakter eller sykefravær.

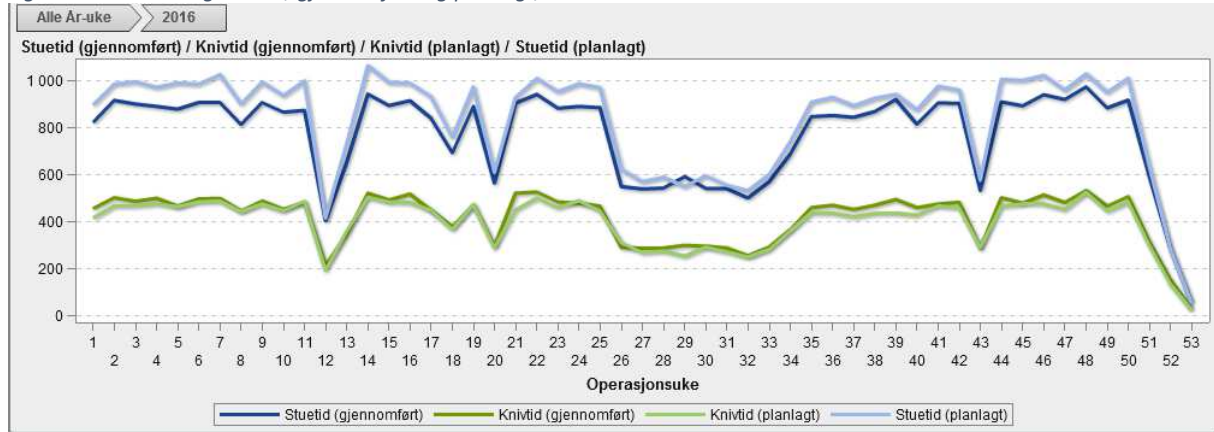
For å oppsummere hvordan klinikken har evnet god planlegging, viser klinikkens tall for bemanningsplan, planlagte-, og faktiske timer at mange kostnadssteder enten ikke lager bemanningsplan eller at de ikke legger den i GAT. Dette medfører at det er stort avvik mellom bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer. Men det er store variasjoner mellom enhetene – noen treffer mye bedre med samsvar mellom planlagte- og faktiske drift enn andre. Dette gjelder ikke bare OpIn klinikken, men alle enhetene ved UNN.

Kapasitetsutnyttelse

OpIn bruker indikatoren første skiftetid, dvs. skiftetid mellom første og andre elektive operasjon. Denne har vært stabil mellom 50 og 51 minutter i perioden 2014-2016. Det er foretatt tester på om skiftetid er annerledes i sommermånedene, men forskjellen fra de andre driftsmånedene er liten. Tidspunkt for start er i gjennomsnitt for alle operasjonsstuer ca. kl. 08:45 de tre årene, mens siste pasient registreres ut av operasjonsstua rett før kl. 15:00. All statistikk baserer seg på elektive operasjoner.

Figuren nedenfor viser forskjell mellom planlagte og gjennomførte tider for henholdsvis knivtid (grønt) og stuetid (blått) i 2016. Figuren sier ingenting om hvorvidt oppsatt plan i utgangspunktet er optimal, kun i hvilken grad plan blir fulgt.

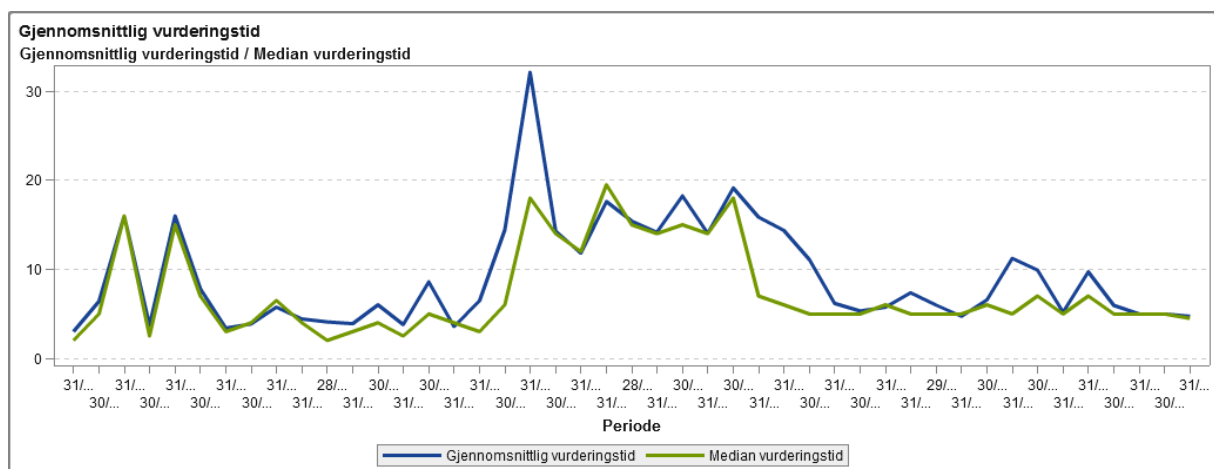
Figur 4.14. Stuetid og knivtid, gjennomført og planlagt, uker 2016



Vurderingstid

Figur 4.15. viser vurderingstid for henvisninger til Smerteavdelingen i perioden mars 2013 til og med desember 2016. Antall henvisninger er ca. 50 per år og median vurderingstid har siden sommeren 2015 vært stabilt rundt fem dager. Nasjonalt krav er at vurderingstiden skal være mindre enn ti dager.

Figur 4.15. Gjennomsnittlig vurderingstid, Smerteklinikken 2013-16.



4.7. Fagutvikling og rekruttering

Klinisk utdanningsavdeling UNN HF holder på med en større rapport om rekrutteringsbehovet frem mot år 2035. Denne skal leveres høsten 2017 og vi har ikke fått tilgang til opplysninger om framtidig behov for spesialkompetanse til bruk i denne evalueringen.

4.7.1. Spesialkompetanse i klinikken

Det foreligger ingen eksakt oversikt over hvor mange spesialsykepleiere som utdannes i OpIn - klinikken, men et forsiktig anslag er om lag 38 spesialsykepleiere i tidsrommet 2013-2016. I tillegg har en person gjennomført videreutdanning som psykologspesialist og en har tatt master i helseledelse i samme tidsrom.⁷

For samme tidsrom har flere av anestesilegene ved OpIn gjennomført videreutdanninger. To leger har gjennomført etterutdanningsprogram innen «Perioperative Medicine and Management», en innen «Paediatric Anaesthesia and Intensive Care Medicine», en innen «Cardiothoracic and Vascular Anaesthesia and Intensive Care medicine» og en «Advanced Pain Medicine». Alle disse er SSAI-programmer⁸, etterutdanningsprogram over 2 år for anestesileger. Se for øvrig figur 4.18.

4.7.2. Spesialsykepleiere fordelt på aldersgruppe

Med hensyn til bemanningssituasjonen og bemanningsutfordringer for fremtiden er det av betydning å se nærmere på aldersfordelingen for de ulike stillingskoder i klinikken. Tabellene nedenfor viser sykepleieres spesialkompetanse fordelt på aldersgrupper. Den første viser antall ansatte (uavhengig av stillingsprosent), mens den andre viser tilhørende månedsverk.

Tabell 4.11. Alderssammensetning for ulike stillingskategorier, Paga– spesialsykepleiere – alle ansatte

Antall ansatte	Anestesi	Fagutvikling	Intensiv	Onkologisk	Operasjon	Pediatrisk	Psykiatrisk	Spes.utd.	Spes.sykepleier	Totalt
Aldersgruppe 20-29 år	1	0	4	0	3	0	0	0	0	8
Aldersgruppe 30-39år	16	1	35	0	15	1	0	0	4	72
Aldersgruppe 40-49 år	40	1	48	1	35	0	0	0	5	130
Aldersgruppe 50-59 år	31	1	58	3	38	1	0	0	3	134
Aldersgruppe 60-69 år	17	1	32	0	16	0	1	0	3	69
Aldersgruppe 70 år og over	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Totalsum	106	3	178	4	106	2	1	0	16	415

Tabell 4.12. Alderssammensetning for ulike stillingskategorier, Paga– spesialsykepleiere – månedsverk

Årsverk	Anestesi	Fagutvikling	Intensiv	Onkologisk	Operasjon	Pediatrisk	Psykiatrisk	Spes.utd.	Spes.sykepleier	Totalsum
Aldersgruppe 20-29 år	0	0	4	0	3	0	0	0	0	7
Aldersgruppe 30-39år	13	1	31	0	15	0	0	0	4	63
Aldersgruppe 40-49 år	32	1	39	1	30	0	0	0	5	107
Aldersgruppe 50-59 år	24	1	44	2	32	1	0	0	2	106
Aldersgruppe 60-69 år	13	1	18	0	10	0	1	0	1	43
Aldersgruppe 70 år og over	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totalsum	83	3	136	3	89	1	1	0	11	328

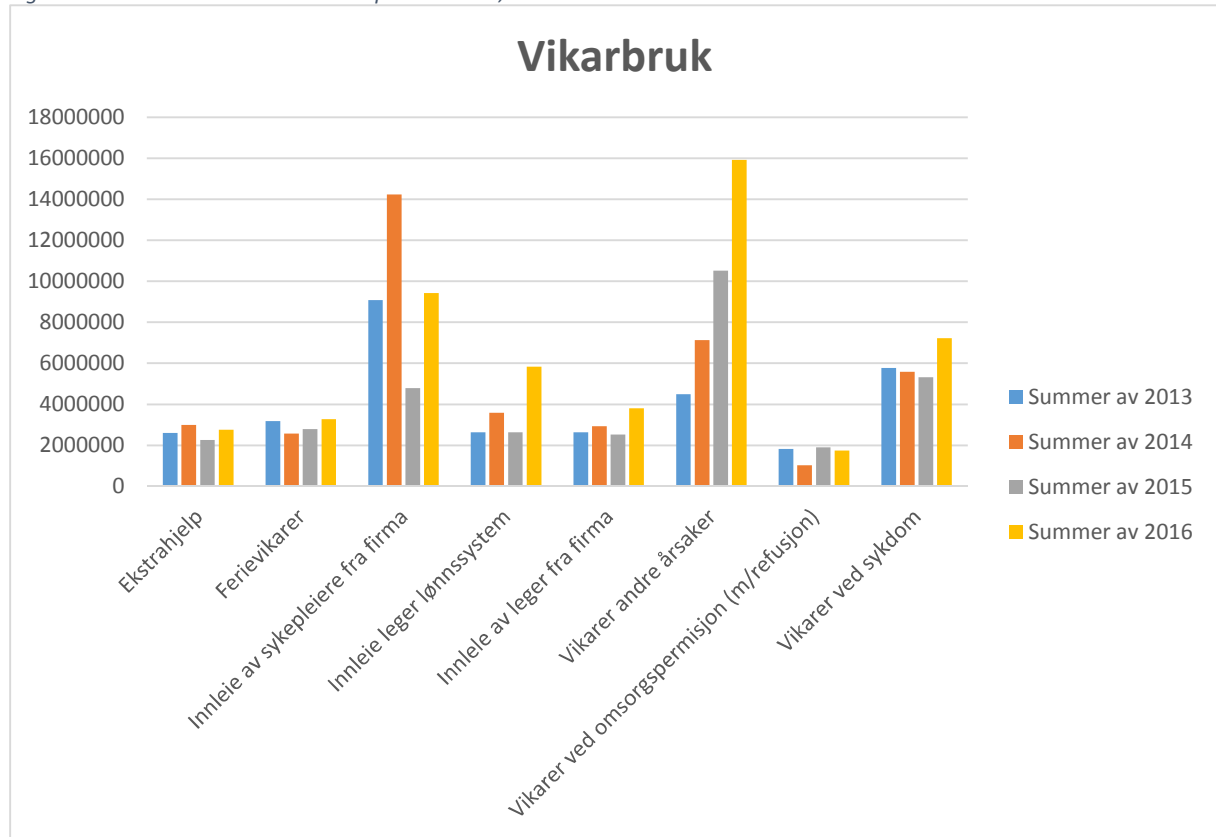
Det er en generell bekymring at halvparten spesialsykepleierne er over 50 år, og at en av tre er i aldersgruppen 50-59 år. Tilsiget av nye spesialsykepleiere er noe lavt. Vi ser f.eks. at under 20 pst av spesialsykepleierne er under 40 år. Dette gir betydelige rekrutteringsutfordringer over tid.

⁷ Basert på innhentet informasjon fra ledere i klinikken

⁸ SSAI: Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Et skandinavisk etterutdanningsprogram for anestesileger, som består av ca. 4-6 ukentlige samlinger over 2 år.

4.7.3. Vikarbruk i Opln -klinikken

Figur 4.16. Oversikt over vikarbruk i Opln-klinikken, 2013-2016.

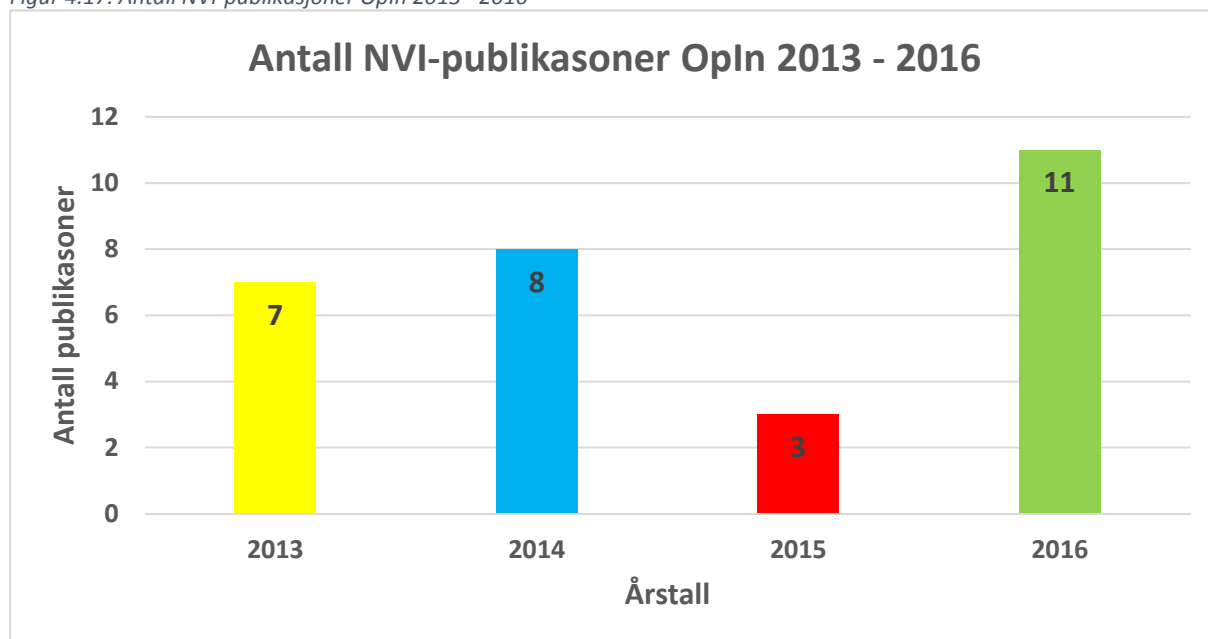


Tall fra 2013 til og med 2016 avdekker variabel vikarbruk fra ett år til det neste. Bruken av vikarer har i gjennomsnitt vært på samme nivå i 2013 og 2015, men i 2014 og 2016 har økningen vært høyere enn øvrige år. I 2014 hadde vikarbruken en økning på 24% fra 2013, mens i 2015 var det en nedgang på 18% fra 2014. 2016 skiller seg spesielt ut hvor økning av vikarer har vært over 50% fra 2015. Vi ser at innleie av sykepleiere fra firma (spesielt i 2013), samt vikarer av andre årsaker (spesielt i 2016) har vært veldig stor. Innhenting av vikarer utføres og organiseres av klinikken selv. Se tabell i vedlegg 8.

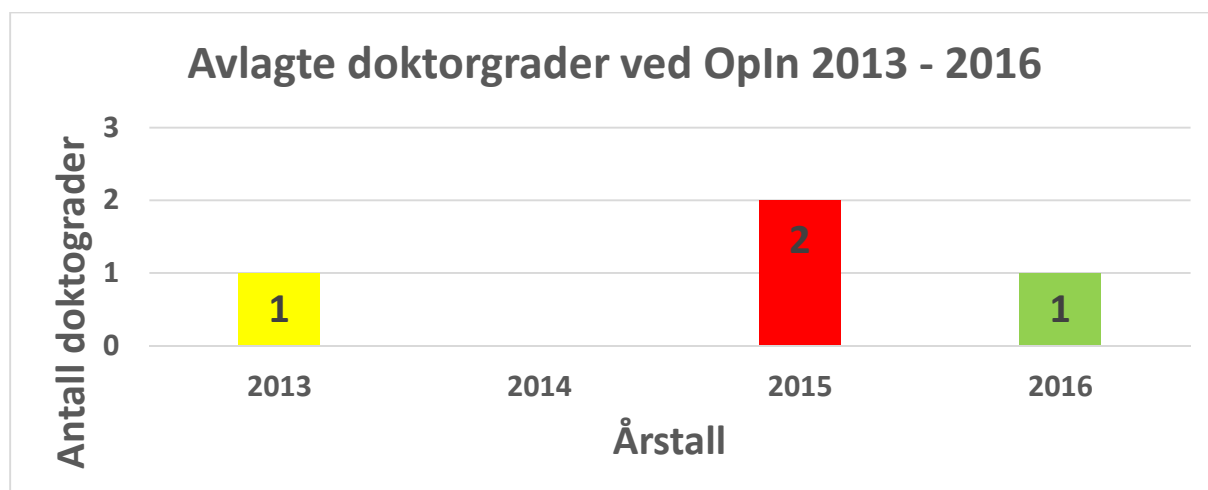
4.7.4. Oversikt over forskningsaktivitet og -publikasjoner

Dette er en oversikt over forskningspublikasjoner i perioden 2013 – 2016, og dette er de poenggivende publikasjonene registrert i Norsk vitenskapsindeks (del av Cristin). Vi har ingen tilgjengelige data for å sammenligne Opln med andre klinikker eller tilsvarende enheter ved andre sykehus.

Figur 4.17. Antall NVI-publikasjoner OpIn 2013 - 2016



Figur 4.18. Antall doktorgrader avlagt av ansatte i OpIn i årene 2013 – 2016.



4.8. Arbeidsmiljø

4.8.1. Ansattes oppfatning av arbeidsmiljø - medarbeiderundersøkelser

Tabell 4.13. Medarbeiderundersøkelser 2014-2014, ansattes oppfatning av arbeidsmiljø

	MU 2016	MU 2014
OpIn - klinikken	76	74
UNN totalt	75	75
Helse Nord totalt	75	75

Tabellen viser en svak trend/tendens til at de ansatte (totalt for klinikken) opplever temaene vedrørende arbeidsmiljø som bedre, men at endringen egentlig er for liten til at man entydig kan konkludere med noen reell endring av de ansattes opplevelse av nevnte tema. Ser man imidlertid på resten av rapporten, finner man samme tendens, altså en svak bedring fra 2014 til 2016. Trivselsindikatoren viser at motivasjon, arbeids glede og tilhørighet er økende i klinikken og medarbeiderne opplever jobbtilfredshet og jobbengasjement på arbeidsplassen. Sammenlignet med øvrige klinikker i UNN kan det nevnes at høyeste verdi fra MU 2016 innen var 79 og laveste 72.

4.8.2. KVAM-arbeid i Opln -klinikken

KVAM-strukturen i Opln består av et KVAM-utvalg på klinikknivå og seks KVAM-grupper fordelt på avdeling-/seksjonsnivå i Harstad og Narvik (endret) og i Tromsø i forhold til verneområder.

Det satses på opplæring i arbeidsmiljø og HMS, da både ledere, deltakere i KVAM-utvalg og KVAM-grupper, inklusive verneombud, får interne eller eksterne kurs i HMS/arbeidsmiljø.

Opln følger retningslinjer som er gitt for KVAM-struktur, KVAM-utvalg og KVAM-grupper både når det gjelder sammensetning, innhold av tema og møtevirksomhet.

Klinikken arrangerer også egen intern KVAM-dag, samt at avdelingene har rom for å arrangere egen KVAM-dag. Det viser at Opln-klinikken legger til rette for KVAM-aktivitet utover minimumsanbefaling i retningslinjene. Satsingen på KVAM-arbeid er dokumentert i Dialogavtalen, forankret i ledelsen på alle nivå og følger satsingsområder gitt i strategier i UNN (se vedlegg 5).

4.8.3. Kompetanseutvikling for ledere i Opln:

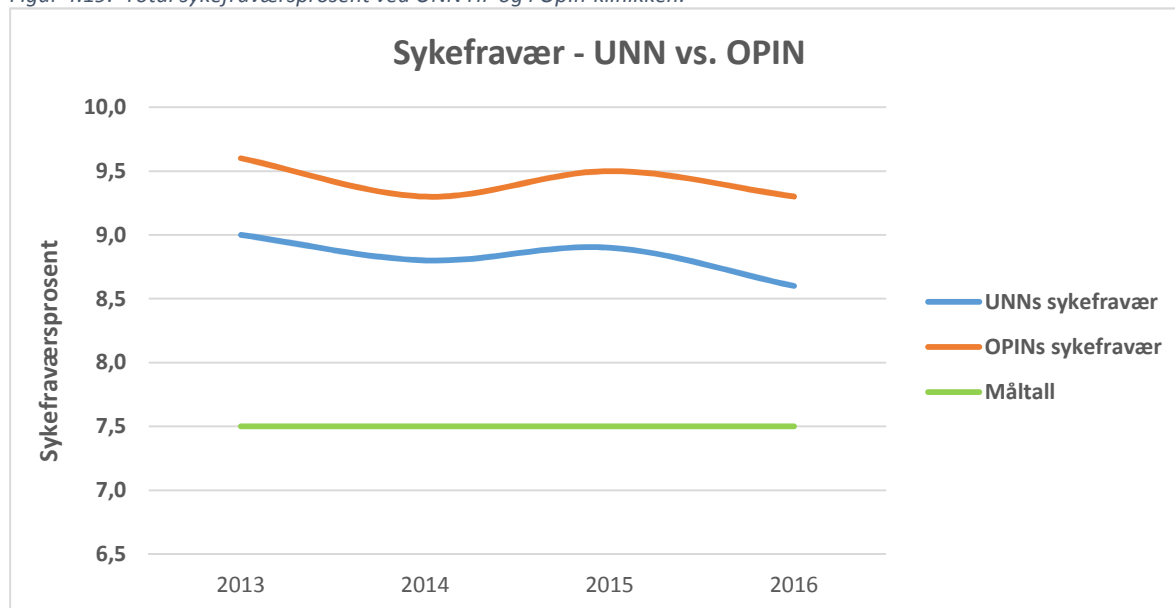
I Opln er det 46 ledere.⁹ Om lag 20 ledere har gjennomført IA-kurs. En oversikt over ledere med gjennomført IA-kurs for årene 2015 og 2016 viser at Opln -ledere utgjør 11,5 % av deltagerne. E-læringskurs for HMS er gjennomført av 83 % av lederne. Gjennomsnittet for UNN er at 36,5 % av lederne har gjennomført HMS-kurs. Sammenlignet med øvrige klinikker viser dette at Opln er i det øvre sjiktet i antall ledere som har gjennomført/påbegynt kurs.

4.8.4. Sykefravær

Opln klinikken er en av klinikkene i UNN med høyt sykefravær. De har i gjennomsnitt 9.3 pst sykefravær i perioden fra 2012 til 2016. UNN sitt totale sykefravær er 8.8 pst i samme periode. Det betyr at Opln-klinikkens sykefravær i gjennomsnitt er 1.8 pst høyere enn UNNs målsetning på 7.5 pst. Se tabellen i vedlegg 10. Se også figuren under som viser utviklingen av det totale sykefraværet for Opln klinikken sammenlignet med UNNs totale sykefravær i perioden 2013 til 2016, hvor Opln klinikkens sykefraværskurve ligger over UNNs sykefraværskurve.

⁹ Kilde: PAGA 11.05.17

Figur 4.19. Total sykefraværspersent ved UNN HF og i OpIn-klinikken.

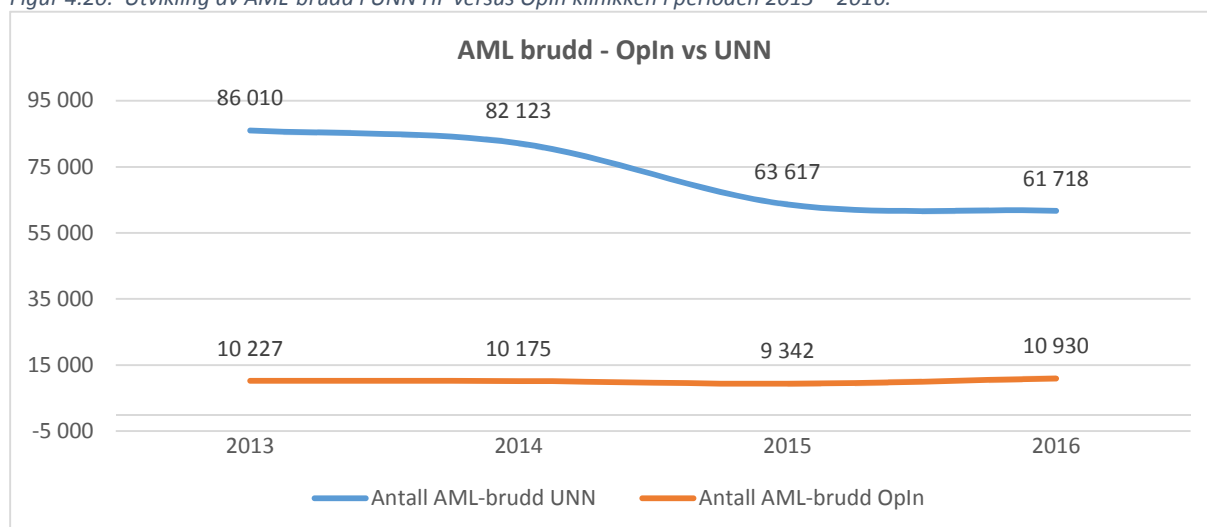


Sykefraværet har ellers den samme trend som ved UNN for øvrig hvor det er høyt sykefravær i februar-, juli-, samt november- og desember, med noen unntak (se figur v10.1 i vedlegg 10). Når vi ser på sykefraværet på avdelingsnivå er det vanskelig å trekke konklusjoner siden det har vært mye omorganisering og opprettelse av nye avdelinger (se figur V10.2 i vedlegg 10). Alle avdelingene har hatt høyt sykefravær, spesielt Intensiv- og oppvåkingsavdelingen som har hatt det høyest sykefravær av alle avdelingene med et gjennomsnittslig sykefravær på ca. 10%.

4.8.5. Varsel om AML-brudd

Figuren under viser utvikling av varsel om AML-brudd i UNN HF versus OpIn klinikken i perioden 2013 til 2016. Antall AML-brudd har vært veldig høyt i UNN HF i 2013 og 2014, i 2015 og 2016 var kraftig nedgang (ca. 22 pst nedgang fra 2014 til 2015). Antall varsel om brudd for 2015 og 2016 ligger omtrent på samme nivå, men mye lavere enn 2013 og 2014.

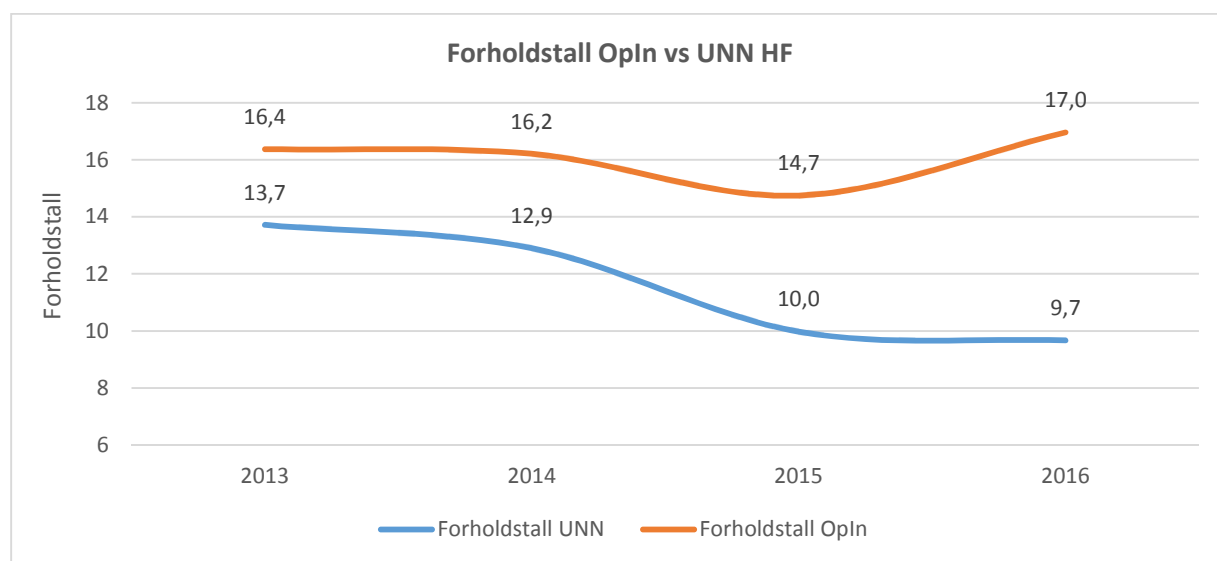
Figur 4.20. Utvikling av AML-brudd i UNN HF versus OpIn klinikken i perioden 2013 – 2016.



Når det gjelder utvikling av AML-brudd i OpIn-klinikken, så var det bare nedgang i 2015 (ca. -8 pst) fra 2014, men i 2016 var det en økning på hele 17 pst fra 2015.

For å sammenligne utvikling av antall AML-brudd for OpIn versus UNN som helhet, kan det være en bedre idé å se på forholdstall mellom antall AML-brudd og antall årsverk både for OpIn og UNN. Dette er illustrert på figuren under. Figuren forteller at OpIn har generelt høyere antall AML-brudd per årsverk sammenlignet med antall AML-brudd per årsverk i hele UNN. Kurven for UNN (forholdstallet) har hatt en sterk nedgang i perioden, mens kurven for OpIn viser en svakere nedgang fra 2013 til 2015, men fra 2015 til 2016 hadde de en kraftig økning.

Figur 4.21: Utvikling av forholdstall mellom antall AML-brudd og antall årsverk.

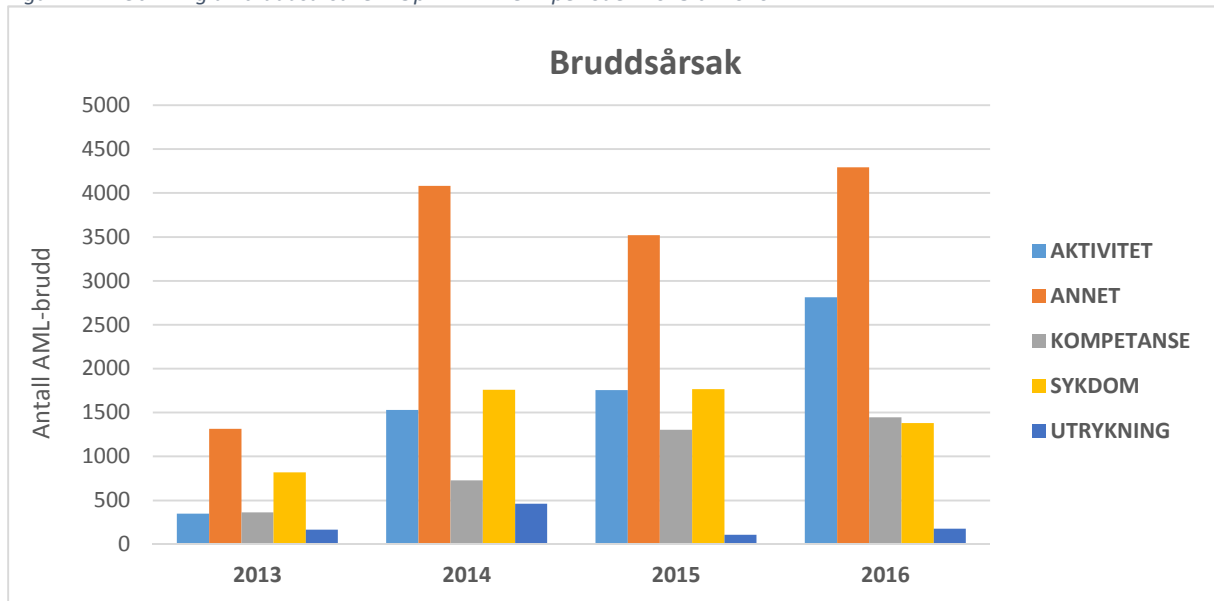


For å se hvilken bruddtype som genereres mest i klinikken, henvises det på figur v11.2 i vedlegg 11.

Bruddsårsaker

Figuren under viser hvilke årsaker som generer AML-brudd i OpIn. Bruddsårsaker er gitt å være høy aktivitet, mangel på kompetanse, sykdom og utrykning. Det ser ut som utrykning er den minste årsakene til AML-brudd. Videre ser det ut som AML-brudd som er generert på grunn av mangel på kompetanse og høy aktivitet har hatt en jevnt økning i denne perioden. Den største andelen av bruddsårsakene er ikke blitt spesifisert, angitt som «annet». Dette gjelder ikke bare i OpIn, men er en generell trend i alle klinikkene ved UNN HF.

Figur 4.22. Utvikling av bruddårsaker i OpIn klinikken i perioden 2013 til 2016.



Når vi ser på AML-brudd fordelt på stillingskategorier, er det nesten kun spesialsykepleiere som generer varsel om AML-brudd. Spesielt i 2016 har de generert mest brudd. Se figuren i vedlegg 11.

5. Fokusgruppeintervjuer – funn

Fokusgruppeintervjuene (FGI) ble gjennomført i uke 18-20 av Hege Andersen og Gunn-Evy Håkaby. Det ble tilbudt i alle klinikker, men med fokus på at berørte klinikker skulle bli hørt. Til sammen ble det gjennomført 11 FGI, seks i OpIn og ett hver i hhv kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K), Akuttmedisinsk klinikk (AMK), Hjerte-lungeklinikken (HLK), Barne- og ungdomsklinikken (Barne- og ungdomsavdelingen (BUA)), Nevro,- ortopedi og rehabiliteringsklinikken (NOR). Til sammen har 110 ansatte og ledere deltatt i intervjuene.

Tabell 5.1. Fokusgruppeintervjuer uke 18-20

Dato	Klinikk	Deltakere (antall)
02.05.17	Akuttmed.klinikk	7
03.05.17	K3K	10
08.05.17	OpIn 1 (kl. 1000)	7
08.05.17	OpIn 2 (kl. 1200)	8
08.05.17	HLK	11
11.05.17	NOR	8
11.05.17	OpIn 3	5
12.05.17	OpIn 4 (legene)	15
15.05.17	OpIn 5 (lederne)	11
15.05.17	OpIn 6	21
16.05.17	BUK	7
Sum	11	110

Intervjuguide ble sendt ut til gruppene før intervjuene med tre nøkkelspørsmål som berørte organiseringen av OpIn, tilhørigheten til akuttmottakene og alternative organisatoriske løsninger. Referatene ble sendt ut for korrekturlesning til samtlige grupper, og legges ved denne rapporten (vedlegg 3). Hovedkonklusjoner mht. evaluering av dagens organisering ut fra de 8 kriteriene for organisatorisk funksjonalitet presenteres klinikkvis i tabellen nedenfor i svært forenklet form.

Der en mener den valgte organiseringen i stort har bidratt positivt til at kriterier fylles, indikeres dette med grønt, og negativt med rødt. Nøytral vurdering (på den ene/andre side) er markert med gult. Blanke ruter indikerer at fokusgruppen ikke har ment noe om dette. Det oppfordres til å lese referatene fra intervjuene for å få et grundigere og mer nyansert bilde. Tabellen under er basert på prosjektleders/medarbeiders vurdering, og bør tolkes med varsomhet.

Tabell 5.2. Evaluering av OpIn utfra LUO-kriteriene – resultat fra 11 fokusgruppeintervju

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

* samhandling med primærhelsetjenesten var ikke aktuelt å ta opp i intervjuene

Fokusgruppene har også blitt utfordret til å mene noe om organisatorisk plassering av akuttmottakene i hhv. Narvik og Harstad. Se kap. 8. De har også foreslått alternative organisatoriske løsninger. Disse gjengis i kapittel 7. For øvrig vises det til vedlegg 3 der referatene fra samtlige fokusgruppeintervju gjenfinnes i sin helhet.

6. Referansegruppens rolle

Det var opprinnelig tenkt å etablere referansegruppen parallelt med evalueringsarbeidet, slik at rapporten både inneholdt evalueringen og dagens organisering samt vurdering av alternative organisasjonsmodeller basert på andres erfaringer. Dette har ikke latt seg gjøre gitt den begrensede tid og de ressurser som er satt av til arbeidet. Prosjektleder besluttet derfor i samråd med Direktøren å etablere referansegruppen slik at den kunne gjennomføre sitt oppdrag basert på en ferdigstilt evalueringsrapport. Direktørens beslutningsgrunnlag vil dermed bestå av evalueringen, en risiko- og mulighetsanalyse av de organisasjonsmodeller som er foreslått, samt en ekstern referansegruppes vurdering av de samme modellene. I tillegg vil vi innhente eksempler på ulik organisering av anesthesi og operasjonsressurser fra andre foretak, og engasjere eksterne konsulenter til å beregne bemanningsbehov for alternative organisatoriske løsninger.

7. Alternative løsningsforslag – Risiko og mulighetsanalyse

Fokusgruppene ble utfordret til å skissere ulike alternative organisasjonsmodeller for Opln. Forslagene er grovt skissert av to kategorier; organisasjonsmodeller innen dagens klinikkstruktur eller utenfor dagens struktur. Følgende modeller ble foreslått (se detaljer i referatene, vedlegg 3):

1. Intern omorganisering:

- Anestesileger fordelt på to enheter (Anestesi og Intensiv)
- Legeavdelingen; Seksjonere i Intensiv og AnOp eller overleger og LIS leger
- Anestesileger og anestesisykepleiere i en avdeling
- Egen enhet for anestesisykepleiere
- Felles «driftsråd» med anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere
- Oppvåkningen til AnOp
- Skille organisering av elektiv drift og ø-hjelp på Oppvåkningen
- Hjerteroppvåkning til Oppvåkningen
- En intensivvirksomhet med MIA, Intensiv og Tung Overvåking
- Felles assistenter i Sterilforsyning/Spesialrenhold og Oppvåkningen
- Anestesileger følger pasienter i hele pasientforløpet (preop. perop. og postop.)

2. klinikkovergripende

- Operasjonssykepleiere i HLK til felles operasjonsavdeling i Opln
- Inkludere røntgen og lab i Opln
- Inntakskontor i Tromsø, Harstad og Narvik til Opln
- Egen klinikk med akuttmottak, OBS-posten, Intermediær og Intensiv
- Flytte akuttmottaket i Tromsø til Opln
- Kirurgisk virksomhet i Narvik til Opln
- Dagkirurgi i Harstad til Opln
- Slå sammen sterilforsyning og spesialrenhold
- Pasienthotellet Narvik til Opln
- Smerteavdeling til NOR-klinikken
- Fordele anestesi- og operasjonsressurser til tre andre klinikker, NOR, HLK, K3K
- Kirurgisk divisjon med alle kirurgisk virksomhet og anestesiresurser i en blokk med felles ledelse

På denne bakgrunn, basert på den opprinnelige utredningen fra 2007, og den tilhørende risikovurderingen, har ressursgruppen satt opp to alternative modeller som skal vurderes. Klinikinterne endringer gjennomføres alltid på klinikknivå, og ligger derfor utenfor denne utredningens mandat. Andre alternativer har også vært foreslått, men vurderes også å være utenfor evalueringens mandat. Herunder nevnes forslag om å etablere en serviceklinikk, der kirurgene samles med anestesi og operasjonspersonell i en felles pool uavhengig av spesialitet, sammen med andre servicefunksjoner som lab og røntgen. Et annet alternativ er å etablere en kirurgisk divisjon, der all kirurgi, operasjon og anestesi får en felles ledelse. Se kap. 6 som viser til del-rapport som vil foreligge til høsten.

Se pkt. 7.2. for en nærmere presentasjon av de to alternativene som ble risikovurdert.

7.1. Føringer

Alternative modeller må ta utgangspunkt i føringen om **organisatorisk funksjonalitet** som er presentert foran (og i vedlegg); LUOs mandat, kriteriene for omorganisering og risikovurderingen fra 2007. I tillegg gjelder direktørens føringer fra evalueringen i 2012; **organisatorisk gjennomføringsevne** innen pasientsikkerhet, kvalitet og økonomistyring (jf. styresak 48/2014). **Strategisk utviklingsplan** for UNN HF og hver enkelt klinikk for perioden 2015-2025 (jf. styresak 109/2014) må også legges til grunn, og sist men ikke minst; direktørens og styrets vedtak om å gjennomføre en «kulturell transformasjon» for å bygge opp og etterleve prinsippene og atferden knyttet til **kontinuerlig forbedring** må prege valg av og utredning av ulike organisasjonsmodeller (jf. styresak 5/2017).

7.1.1. Strategisk utviklingsplan

Universitetssykehuset Nord-Norge HF Strategiske utviklingsplan 2015-2025 definerer foretakets strategiske hovedretning og prioriterte utviklingsområder fram til 2025.

Det er flere drivere for endring og utfordringer i tiden fremover. Den strategiske utviklingsplanen beskriver disse og peker ut hvordan UNN kan møte de. Kompetent personell blir en knapphetsfaktor, den demografiske utviklingen er krevende og UNN må løse utfordringene innenfor nåværende økonomiske rammer. Funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt innad mellom sykehusene i UNN, blir viktig for hvordan utfordringene løses.

Fem prioriterte utviklingsområder har et ekstra fokus som skal følges opp i de klinikkvise strategiske utviklingsplanene. Av disse er *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling* spesielt aktuelt i sammenheng med OpIn -evalueringen siden dette omhandler sentral aktivitet i OpIn. UNN er et ledende miljø innen teknologisk utvikling og implementering og skal være tidlig ute med å tilby pasienter avansert diagnostikk og behandling. Den teknologiske utviklingen er en sterk drivkraft for sentralisering av virksomheten i tillegg til kirurgiske prosedyrer og intervensjonsprosedyrer med lavt volum.

Vi har gjennomgått de klinikkvise strategiske utviklingsplanene i OpIn og de fem klinikkene som har direkte berøring med OpIn sin virksomhet, for å se etter utvalgte prioriteringer innenfor de strategiske hovedretningene og det overnevnte prioriterte utviklingsområdet. Vi har spesielt sett på pasientforløp, samhandling og funksjonsfordeling (innad i UNN), kvalitet og pasientsikkerhet, utdanning og rekruttering, teknologi og e-helse og til sist *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling*. Det som angår virksomhet i OpIn -klinikken i de berørte klinikkene, er presentert i tabell i vedlegg 13. Tabellen er ikke komplett i forhold til innhold i de strategiske utviklingsplanene, men viser et utdrag av virksomhet som berøres av kapasitet, ressurser og aktivitet i OpIn. Det henvises til elektronisk versjon for å se det totale bildet (<http://intranett.unn.no/strategisk-utviklingsplan/category34551.html>).

7.2. Modeller

1. Innenfor dagens organisering

Risiko- og mulighetsanalysen må vurdere risiko- og muligheter også knyttet til det å ikke gjøre noe, med andre ord la dagens organisering fortsette uten større endringer.

I dagens organisering er det samlingen av anestesi og operasjonssykepleiere i en avdeling (i hhv Harstad, Narvik og Tromsø) og anestesileger i en avdeling, som er i fokus. Operasjonsplanlegging er «sentralisert» til en klinikk, og klinikken «deler ut» kapasitet til de opererende klinikkene. Alle anestesisykepleierne i UNN er samlet i denne klinikken. For operasjonssykepleierne er dette også tilfelle, med unntak av øye (som har om lag 4 egne spl.) og HLK (om lag 12). Anestesilegene i UNN er samlet i egen avdeling, mens kirurgene er ansatt i hhv. K3K, HLK og NOR-klinikken.

Operasjons- og anestesiresursene er i tillegg i noen grad seksjonert/oppdelt i hht. virksomheten til K3K (med HLK) og NOR. Dette gjelder personellet, og operasjonssykepleierne i større grad enn anestesisykepleierne. Organisasjonsmessig er denne seksjoneringen opphørt, og erstattet med Innslusa og dagkirurgi. Organiseringen er vedtatt i 2017 og er midlertidig (i påvente av A-fløya).

Innen dette alternativet kan en tenke seg mindre endringer: seksjonering av legene, egen enhet for anestesi (leger og spl.), ev. inkl. oppvåkningen mv. Alle operasjonsressursene i UNN kan samles her.

2. utenfor dagens organisering

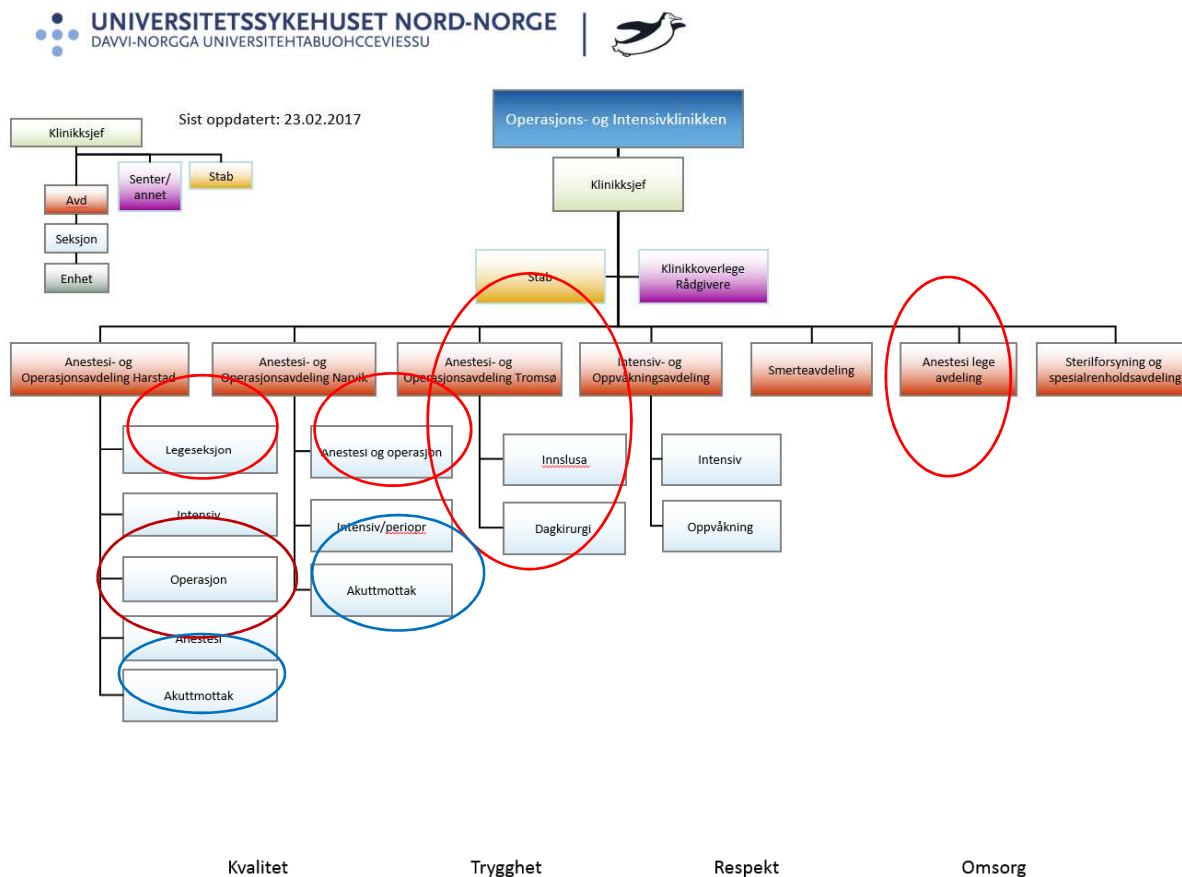
Hovedalternativet til dagens organisering, er i dag som i 2007 (da klinikkene ble etablert), å spre operasjons- og anestesiresursene på de opererende klinikkene, dvs HLK, NOR og K3K. De andre klinikkene som er avhengig av kirurgiske tjenester vil få sin kapasitet tildelt av en eller flere av disse klinikkene. Fordelingsnøkkel skal baseres på aktivitet (produksjon) ev sammen med framskrivninger.

Det blir dermed felles ledelse av de kirurgiske spesialistene, operasjons- og anestesiresursene i UNN. Organiseringen må være fleksibel, slik at en sikrer spesialistutdanningen i anestesi samt ivaretar behovet for felles vaktordninger. Anestesi/operasjonsressurser fordelt på de kirurgiske klinikkene kan imidlertid innebære behov for flere vaktteam.

Tilsvarende fordeling kan gjennomføres både i Harstad, Narvik og Tromsø, men gitt ulik grad av aktivitet og lokal ledelse, kan det være hensiktsmessig å flytte Ha/Na ressursene til en, ikke flere kirurgiske klinikker.

Alternativet tar ikke stilling til hvor sterilsentral, smerteklinikk, Intensiv og oppvåkning skal være organisert. De kan enten tilhøre en eksisterende/ny «serviceklinikk» eller flytte til en/flere kirurgiske klinikker. I organisasjonskartet under er enheter som vil fordeles på de kirurgiske klinikkene markert med rødt. De blå sirkelene markerer enheter som foreslås flyttet til Akuttmedisinsk klinikk (jf kap. 8).

Figur 7.1. Alternativ organisering – områder som foreslås flyttet i alternativ 2



7.3. Risiko- og mulighetsanalyse

Basert på LUO-prosessen i 2007, utforskning av alternative organisasjonsformer ved andre foretak, samt 11 gjennomførte fokusgruppeintervjuer i de 6 berørte klinikker utarbeidet ressursgruppen sammen med prosjektleder og direktøren to alternative organisatoriske løsninger i spennet mellom status quo og fordeling av alle anestesi og operasjonsressurser til de kirurgiske klinikkene. Disse modellene ble det gjennomført en risiko- og mulighetsanalyse av.

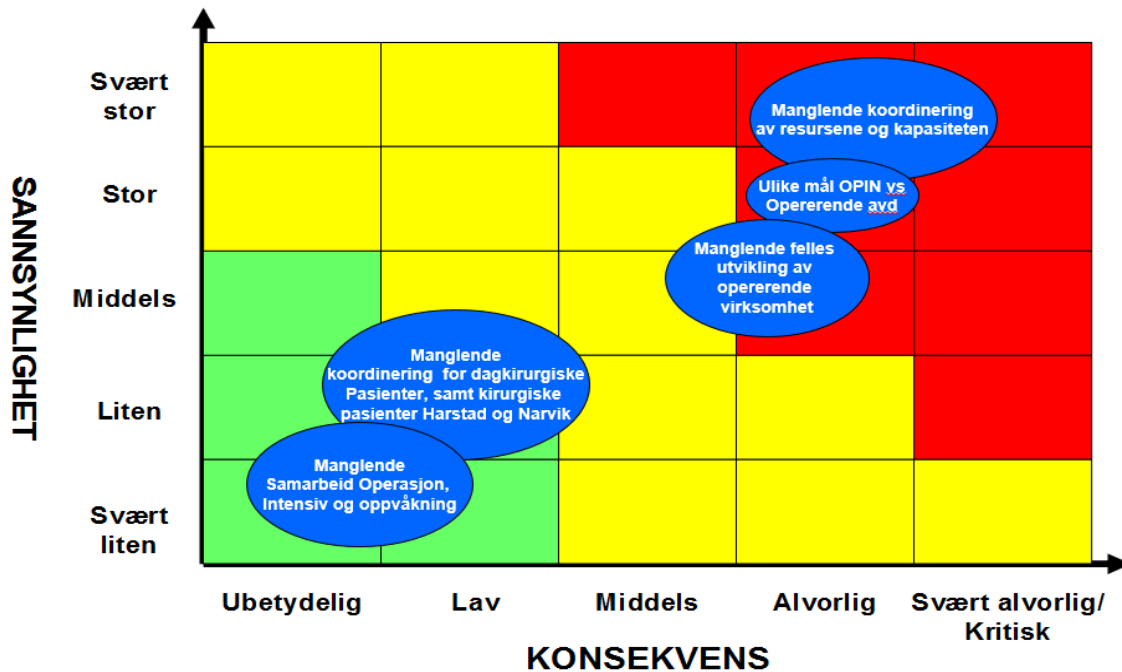
Vi la til grunn **Veileder for arbeidet med utviklingsplaner**, som Helsedepartementet utarbeidet i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan (2016), for hvordan risiko- og mulighetsanalysen skulle innrettes. Risikoanalysen må som et minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre. Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.

Direktøren besluttet at OpIn -klinikken skulle ha 5 representanter, mens de 5 berørte klinikkene (BUK, K3K, HLK, Akuttmedisin og NOR) skulle utpeke en representant hver. Herunder skulle OpIn sikre representasjon fra tillitsvalgte og vernetjeneste, Harstad og Narvik blant sine 5 deltakere. Analysen ble fasilitert av fagansatte ved Kvalitetsavdelingen. Hele analysen er vedlagt (se vedlegg 14).

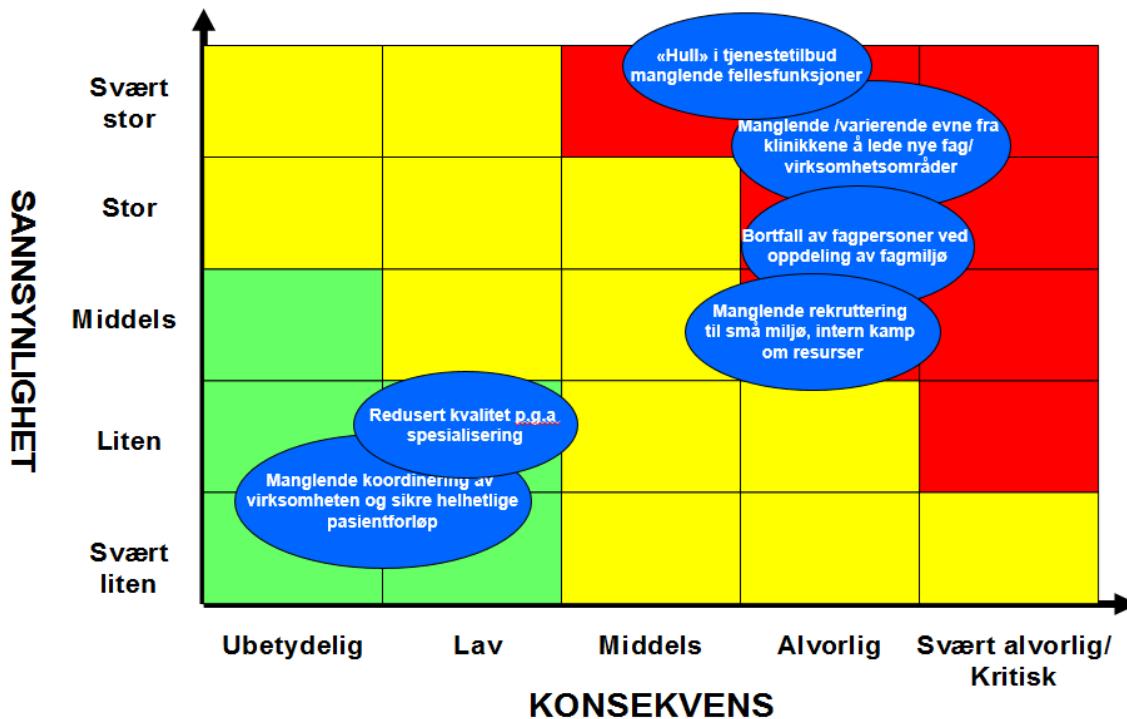
7.3.1. Resultater

Det påpekes at forslaget til en endret organisasjonsmodell fremstår noe lite konkretisert. Det er derfor utfordringer med å gjøre en detaljert og inngående analyse av modellen. Analysegruppen har likevel forsøkt å være så konkret som mulig med tanke på å legge et best mulig **grunnlag for en videre prosess**.

Figur 7.2. Risikovurdering Dagens modell



Figur 7.3. Risikovurdering Alternativ modell



De åtte LUO-kriteriene har dannet utgangspunkt for vurderingen av de to modellenes svakheter og styrker, risikoer og muligheter. Det er også diskutert en rekke korrigerende tiltak på områder med høy risiko (se vedlegg 14).

7.4. Bemanningsplaner

Som en del av beslutningsgrunnlaget i 2007 utredet administrativt ansatte ved UNN bemanningsplaner for tre ulike måter å organisere organisasjonskapasiteten på. Funn fra dette arbeidet ble avgjørende for direktørens beslutning om å samle disse ressursene, da alternative hadde uakseptable kostnadsøkninger knyttet til seg. Samtidig hadde beregningen den gang klare svakheter, og kan ikke repeteres i samme form i dagens UNN. Prosjektleder har derfor i samråd med direktøren funnet det mest formålstjenlig å «sette ut» dette oppdraget til eksterne konsulenter som har erfaring fra tilsvarende arbeid ved andre foretak. Dette arbeidet vil foreligge høsten 2017 og utgjøre en del av beslutningsgrunnlaget på lik linje med evalueringen.

8. Organisatorisk plassering av akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik

8.1. Bakgrunn

Som en del av oppfølgingen av LUO vedtok styret 12.05.2014 (sak 48/2014) å utsette evalueringen av OpIn til 2016. I samme sak ble det besluttet at eventuelle endringer av organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik også skulle utsettes til 2016.

Etter at Akuttmedisinsk klinikk og OpIn skilte lag i 2009 ble all prehospital virksomhet inklusive AMK-sentralene, akuttmottaket og observasjonsposten ved UNN Tromsø ble samlet i Akuttmedisinsk klinikk. Akuttmottakene ved lokalsykehusene ble imidlertid organisert i OpIn -klinikken. Hovedbegrunnelsen for denne løsningen var at det forelå synergieffekter fra felles bruk av personell mellom akuttmottakene og intensivene, og at det derfor var hensiktsmessig at en klinikk fikk ansvaret for begge disse virksomhetene ved lokalsykehusene.

Direktøren mente (2013) at det i arbeidet med beredskapsplaner og pasientforløpsprosjekter har vist seg å være en utfordring at akuttmottakene ikke er samlet under en gjennomgående faglig ledelse. Han mente at hensynet til kvalitet i pasientbehandlingen tilsier at det bør vurderes å innføre gjennomgående faglig ledelse også på dette området ved å innlemme akuttmottakene ved lokalsykehusene i Akuttmedisinsk klinikk. OpIn -klinikkenes størrelse og kompleksitet trakk i samme retning, og etablering av de lokale driftsrådene (2014) ville ivareta lokale koordineringsbehov bedre.

I beslutningsnotat av 04.03.2014 besluttet direktøren at akuttmottakene skulle forbli i OpIn. Hovedbegrunnelsen var at andre store endringsprosesser, blant annet innføring av digitalt nødnett og etablering av ny helikopterbase på Evenes, medfører store og arbeidskrevende utfordringer for de aktuelle fagmiljøene, og klinikksjefene anbefaler at disse endringene skulle gis prioritet. Direktøren mente at en plassering av akuttmottakene ved UNN Harstad og UNN Narvik i Akuttmedisinsk klinikk ville være i tråd med prinsippet om gjennomgående faglig ledelse, og understøtte ønsket faglig utvikling. Direktøren delte likevel klinikksjefenes vurderinger og tok til etterretning at det ikke ligger til rette for å gjennomføre denne endringen da. Ny vurdering skulle foretas i 2016. Direktøren mente det var behov for å styrke det faglige samarbeidet og ba om at flere foreslåtte samarbeidsfora skulle etableres innen 31.3.2014.

8.2. Utredning av alternativ organisering

8.2.1. Utredningen fra 2014

Utredningen i 2014 kom i stand som ett av 14 utredningsoppdrag etter evalueringen av ny organisering (LUO) i 2012. Klinikksjefene i hhv OpIn og Akuttmedisinsk klinikk fikk i oppdrag å sammen utrede hvorvidt akuttmottakene skulle forbli i OpIn eller organiseres i Akuttmedisinsk klinikk. De leverte sin felles innstilling til direktøren 30.01.2014.

Klinikksjefene konkluderte (2014) på bakgrunn i høringsvar og ut fra en totalvurdering med at det vurderes det som mest hensiktsmessig å opprettholde organiseringen av akuttmottakene i OpIn -klinikken. De begrunnet dette som følger:

Dagens modell, 0-alternativet:

Både Harstad og Narvik mener dagens organisering fungerer bra. Akuttmottakene er i dag enheter i OpIn –klinikken og opplever at de er godt etablert i klinikken. Per i dag har man stedlig leder medisinsk faglig og administrativt. Leder for akuttmottakene er med i seksjonsleder teamet.

Det er et tett samarbeid mellom enhetene i seksjonene. Dette opplever lokale ledere bidrar til økt kvalitet på tjenestene. I Narvik brukes personalet også på tvers av enhetene (personalet ruller på flere enheter).

Akuttmottakene i Harstad og Narvik er også LV-sentral og legevakt for utvalgte kommuner i sitt lokalsykehusområde. Dette gir en "faglig profil" som akuttmottaket i Tromsø ikke har.

Samarbeid med kommunene og avdelinger i "huset" understreker behovet for stedlig medisinsk faglig oppfølging. I dag ivaretas det innenfor samme organisasjon gjennom lokal seksjonsoverlege.

Akuttmottakene har en helt sentral posisjon i sykehusene og er sentrale i driften av sykehusene. En god samhandling med resten av sykehuset/enhetene er avgjørende for å sikre god drift og effektiv håndtering av akuttmedisinske situasjoner. Dette opplever man dagens modell bidrar til å ivareta.

I dagens organisering er akuttmottakene en del av en større enhet/seksjon lokalt. En overføring til akuttmedisinsk klinikk vil medføre at akuttmottakene blir små enheter som skal "fjernledes" og at det blir flere småenheter enn i dag i lokalsykehusene. Dette er en ytterligere oppdeling av lokalt ansvar og av driften ved UNN Narvik og UNN Harstad.

Ny modell, alternativ 1:

En overføring av alle akuttmottakene til akuttmedisinsk klinikk vil gi muligheter for utvikling og bidra til at de blir en del av en klinikk hvor det er et større fokus på akuttmedisinske utfordringer enn det er i OpIn per i dag.

Alternativ 1 vil bidra til at det etableres gjennomgående faglig ledelse for akuttmottak, men det forutsetter lokal medisinsk faglig oppfølging/ansvar. Akuttmedisinsk klinikk har ingen lege lokalisert i Harstad eller Narvik. Ansvar må da ivaretas utenom "linja" av lege med hovedstillingen ved en annen enhet og klinikk.

En eventuell endring vil ikke gi gevinst i ressursbehov, snarere tvert imot.

Akuttmedisinsk klinikk står overfor flere store utfordringer de neste årene med ny helikopterbase Evenes, AMK-struktur og digitalt nødnett. Klinikken er derfor i tvil hvorvidt man på kort sikt vil kunne ivareta akuttmottakene på en bedre måte enn i dag.

Når det gjelder organisering ved alternativ 1 er det uenighet mellom klinikkene

OpIn -klinikken er av den oppfatning at dersom akuttmottakene skal overføres til akuttmedisinsk klinikk bør de organisatorisk bli en avdeling med stedlig avdelingsleder. Det organisatoriske nivå blir da likt med samarbeidende enheter i sykehuset.

Akuttmedisinsk klinikk er av den oppfatning at dersom akuttmottakene skal overføres, må de organisatorisk bli to seksjoner med stedlig seksjonsleder og stedlig seksjonsoverlege innenfor

akuttmottak og observasjonspostavdelingen. Dette begrunnes med at Akuttmedisinsk klinikk er organisert i 3 avdelinger med gjennomgående ledelses linjer. En organisering i avdelinger vil i så fall medføre at Harstad og Narvik rapporterer direkte til klinikksjef og **ikke** som en del av et samlet fagmiljø for akuttmottak, observasjonspost og kontortjeneste. For å ivareta samarbeidsflaten lokalt, må (seksjons-)leder ved akuttmottakene i Harstad og Narvik forutsettes å ha en fast plass i lokalt driftsråd

I tillegg til anbefalingen over, ga klinikksjefene følgende råd til tiltak som kunne styrke det faglige samarbeidet.

For å styrke samarbeidet mellom de 3 akuttmottakene i UNN HF etableres formelle møter for fagsamarbeid på tvers av lokalisasjonene. Avdelingsleder ved akuttmottak- og observasjonspostavdelingen i akuttmedisinsk klinikk har ansvar for å innkalle til det første møtet.

For å styrke samarbeidet lokalt mellom enhetene innad i UNN Narvik og UNN Harstad bør det etableres faste samarbeidsmøter med brukerenhetene. Seksjonsleder har ansvar for å innkalle til det første møtet.

Direktøren ga sin tilslutning til tilrådingen og ba klinikksjefene sørge for at tiltakene (jf kulepunktene over) ble gjennomført innen 31.03.2014.

8.2.2. Oppdatert vurdering av de to alternativene

Den opprinnelige utredningen ble sendt de to klinikksjefene (i OpIn og Akuttmedisinsk klinikk) med frist 16.05.17 for tilbakemelding på følgende: 1) beskriv hvilke faktorer som fortsatt gjelder, hvilke som utgår og ev hvilke nye faktorer som må tillegges vekt i vurderingen, og 2) gi en felles anbefaling, hvis mulig, til direktøren av hvilken framtidig organisering som er hensiktsmessig.

12.05.17 ble saken diskutert i møte mellom de to klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk og OpIn - klinikken og de konkludert med følgende.

1. Hovedbegrunnelsen for at akuttmottakene skulle forbli i OpIn var i 2014 blant annet andre pågående store endringsprosesser som etablering av ny helikopterbase på Evens og innføring digitalt nødnett. Disse endringene er gjennomført og således ikke lenger et argument og en begrunnelse for at akuttmottakene skal forbli i OpIn - klinikken
2. Et argument i 2014 var at personalet ved akuttmottaket UNN Narvik brukt på tvers av enheter – dvs personalet rullerte på flere enheter. Dette opphørte i 2016.
3. Tiltakene som ble vedtatt i 2014 for å styrke samarbeidet mellom de 3 akuttmottakene i UNN HF oppleves av OpIn å ikke ha fungert optimalt i forhold til Akuttmedisinsk klinikk. Imidlertid opplever klinikksjef OpIn at samarbeidet mellom akuttmottakene UNN Narvik og UNN Harstad er styrket i perioden.

Dette var også et tema i fokusgruppeintervjuene (se kap. 5). Fokusgruppene ble spurt om hva deres vurdering var av fordeler og ulemper ved å organisere akuttmottakene i Harstad og Narvik i hhv OpIn og i akuttmedisinsk klinikk. Samtlige grupper så fordeler og ulemper ved begge alternative, så vi har derfor valgt å presentere funnene i følgende format. Tabellen under viser argumentene som kom

opp for en plassering i en av de aktuelle klinikkene. Det vises for øvrig til referat fra intervjuene i vedlegg 3.

Tabell 8.1. Argumenter for plassering av akuttmottakene i 2 alternative klinikker. Funn fra 11 fokusgruppeintervju

Opln	Akuttmedisinsk klinikk
Har stedlig ledelse	Faglig utvikling og tilhørighet
Samarbeid lokalt og på tvers	«Appendix» i Opln -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 Opln	Samme organisering i hele UNN
	Lettere med oppfølging av tilsyn
	Helhetlig pasientforløp
	Oppfølging av beredskapsplaner
	Bra å «sitte rundt det samme bordet»

8.3. Tilråding vedr plassering av akuttmottakene i Harstad og Narvik

De to klinikkssjefene konkluderer med følgende tilråding til direktøren:

Vi er enig om at det vil være i tråd med prinsippet om faglig gjennomgående ledelse og det kan understøtte faglig utvikling at akuttmottakene i UNN organiseres i samme klinikk- Akuttmedisinsk klinikk. Ut fra dette argumentet bør akuttmottakene flyttes til Akuttmedisinsk klinikk, men hvordan de plasseres organisatorisk og organiseres i klinikken er svært viktig for å lykkes og må diskuteres/avklares før endelig beslutning kan fattes i saken. Det forutsettes at også fagmiljøene og involverte ledere involveres i den videre diskusjonen om plassering av akuttmottakene.

Et sammendrag av hele evalueringen finner du i kapittel 1 foran.

9. Vedlegg

Vedlegg 1. Mål og føringer for LUO

Styret har vedtatt følgende **mål** for det langsiktige utviklings- og omstillingsarbeidet:

- Styrke UNN som universitets- og regionsykehus
- Forbedre lokalsykehusfunksjonene
- Oppnå økonomisk handlingsrom
- Redusere de ansattes opplevelse av misforhold mellom oppgaver og ressurser
- Bidra til en ny, felles organisasjonskultur i hele UNN

Direktøren har gitt følgende **føringer** for arbeidet med ny organisasjonsmodell:

1. En ny organisasjons- og ledelsesstruktur som
 - reduserer avstanden mellom kjernevirksomheten og toppledelsen
 - tydeliggjør den ledelsesmessige linjen i organisasjonen
 - styrker medvirkningen fra ansatte og brukere
2. En samling av dagens organisatoriske enheter i færre og større enheter (klinikker)
3. Et styrket samarbeid mellom UNN og Universitetet i Tromsø (UiT)
4. Systemer for å dokumentere at UNN på alle områder utfører virkningsfulle (vitenskapelig dokumenterte) helsetjenester med riktig kvalitet
5. Systemer for bedre samhandling og helhetlige pasientforløp, både internt i sykehuset og i samhandlingen med resten av Helse Nord samt primærhelsetjenesten
6. En utforming som muliggjør en helhetlig virksomhetsstyring
7. Ivaretagelse av prinsippet om gjennomgående faglig ledelse, uavhengig av geografisk lokalisering
8. Tydelige ledelsesmessige linjer, der forholdet mellom linjen og stabsavdelingene er avklart og plasseringen av stabs- og støttefunksjoner fremgår
9. En organisering som er fleksibel og tilpasset foretakets økonomiske rammer til enhver tid. Behovet for antall mellomlederstillinger, mulighet for å slå sammen sengeposter eller andre driftsenheter samt vaktordninger skal vurderes.

Vedlegg 2: Risikoer og risikoreducerende tiltak, fra høringen ved LUO 2007 og styresak 84/2007

Hva kan skje: Ineffektiv utnyttelse/dårlig samordning operasjon/anestesi. Flere kirurgiske fagområder er i dag så spesialisert at de forutsetter anesthesiologisk spesialkompetanse for å drive faglig forsvarlig.

Sannsynligheten for at det skjer: Kan skje dersom disse ressursene ikke koples tett til de klinikker som har kirurgisk aktivitet i et forpliktende samarbeid om ressursutnyttelse og koordinering

Hvilke konsekvenser vil det ha: Det kirurgiske miljø hevder at en samling av operasjons- og anesthesiressursene i en ikke kirurgisk klinikk vil være til hinder for en felles faglig utvikling og en effektiv utnyttelse og koordinering av den operative kapasiteten i et stadig mer konkurranseutsatt helsevesen. Operasjons/anesthesiressurser atskilt fra det kirurgiske miljøet kan innebære store utfordringer for å optimalisere virksomheten. Seksjonering anses som uheldig av hensyn til fleksibiliteten. Anestesi/operasjonsressurser fordelt på to eller tre av de kirurgiske klinikkene kan innebære behov for flere vaktteam.

Forebyggende tiltak: Koordinere vakt og tjenesteplaner for de yrkesgrupper som samhandler rundt den operative virksomheten. En seksjonering av anestesi og operasjonsressursene i Akutt og prehospital klinikk, tilsvarende de kirurgiske klinikkene, vil i noen grad kunne motvirke de negative effektene. En bedret effektivitet og pasientflyt, økt ansvarlighet med redusert sykefravær vil i noen grad kunne motvirke de negative økonomiske konsekvensene. Omtalt nærmere i pkt. 5 (sak 84/2007 Ny organisasjonsmodell for UNN HF) der direktøren fremmet et konkret forslag til intern organisering av felles ressurser for operasjons- og anestesivirksomhet samt intensivbehandling.

Kort utdrag fra styresak 84/2007, pkt. 5.1.1.

Direktøren anbefalte en samling av operasjons- og anesthesiressursene under felles ledelse i Akutt- og prehospitalklinikken i avdeling for operasjon, anestesi og dagkirurgi. Avdelingen skulle organiseres i tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene. Seksjonens leder var ansvarlig for operasjons- og anestesiservice til en klinikk, og skulle i samarbeid med denne planlegge og synkronisere aktiviteten. På kveld, natt, helg, høytid og lavdrift skulle ressursene være felles og vaktssystemer planlegges samlet. Sterilsentralen skulle inngå i denne klinikken av samordningshensyn.

Organiseringen av disse felles ressursene var et av de store «stridstema i utredningen i 2007. Hovedargumentene mot å samle disse ressursene, og heller spre de på de opererende klinikkene, var at felles ledelse av kirurgiske spesialiteter og disse ressursene gir helhetlig styring av virksomhetskjeden. Motargumentet var bl.a. hensynet til spesialistutdanningen i anestesi og behovet for felles vaktløsninger. Direktøren fikk utført beregninger av bemanningsbehov (vedlegg 4 i styresaken) som viste at oppsplitting ville medføre redusert fleksibilitet, økt bemanning og høyere kostnader. Risikoen for økte personalkostnader ble vurdert som uakseptabel av direktøren, selv om en slik oppsplitting kanskje kunne ha ført til økt produktivitet og dermed økt inntekter. Å samle ressursene i en kirurgisk klinikk ble vurdert som uheldig gitt at klinikkene burde sikres lik tilgang.

Direktøren konkluderte derfor med å anbefale samling av disse ressursene, men med følgende forbehold: Hvis det skulle vise seg at den foreslåtte organiseringen ikke fungerer som forutsatt, er seksjoneringen gjort på en slik måte at fordeling av anestesi- og operasjonsressursene til de kirurgiske klinikkene er mulig på sikt.

Når det gjelder intensivkapasitet sier direktøren at samling av disse ressursene kunne gi synergier, men at dette ikke lot seg gjøre gitt den foreslåtte samlingen av operasjons- og anesthesiressurser.

Vedlegg 3: Referat fra fokusgruppeintervjuene

Referat fra fokusgruppeintervju 1 i Akuttmedisinsk klinikk

Dato: 2. mai 17

Kl.: 14:00-15:00

Intervju ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede:

Navn	Tittel	Stab/Avdeling/Seksjon
Ronny Higrapp	Klinikkrådgiver	Stab
Per Øivind Sørgård	Avdelingsleder	Ambulanse
Hanne Grete H. Hansen	Klinikkrådgiver	Stab
Lars Røslie	Konst. klinikksjef	Akuttmedisinsk klinikk
Frode Sørensen	Avdelingsleder	Luftambulansen
Wenche Arctander	Seksjonsleder	Akuttmottak
Jan Harald Nilsen	Vikar avdelings-overlege	Akuttmottak

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner du til hva som skal evalueres (X hvis ja)?

X	Evalueringens formål?
X	OpIn S virksomhet?
X	Fokusgruppens rolle oppi dette?

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Ja, det har betydning på grunn av følgende punkter:

- Anestesilegerressurser deles og er samarbeid om:
 - Flyleger (Luftambulansen)
 - Ambulansehelikopter
 - Primærvakt 1
 - Bakvakt
- Spesialsykepleiere deles og er samarbeid om:
 - Intensivsykepleiere (Intensiv 50 %/Luftambulansen 50 %)
 - Anestesisykepleiere (AnOp 50 %/Luftambulansen 50 %)
 - Anestesisykepleiere som har ulike akutfunksjoner (stanscalling, akutte situasjoner)
- Traumemottak

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Det er stor enighet om at organisering av anestesilege- og spesialsykepleieressursene bør være samlet i en klinikk. Punkter som ble nevnt for å understøtte dette er:

- Lettere å få gode pasientforløp på «vaktid»
- Vakt-struktur t mer økonomisk
- En ledelse – lettere å flette vaktkabal, koordinering mv
- 8-9 vaktsjikt nå, dersom ressurser skal deles på flere klinikker, vanskelig å opprettholde antall vaktsjikt som er nødvendig til dagens drift
- For få anestesileger til å spre de i flere klinikker og samtidig opprettholde vaktsjiktstrukturen
- Subspesialisering vil føre til innskrenket kompetanse på vaktid, mindre fleksibilitet
- Ø-hjelp på dagtid –hvem skal gjøre det om flere klinikker «eier» ressursene
- Positivt for fagmiljø, opprettholdelse og utvikling av kompetanse, kvalitet
- Bra for arbeidsmiljø med en større gruppe
- Mindre faggrupper, mer sårbar
- Utdanning av LIS-leger ivaretas bedre
- Lettere å rekruttere til et samlet fagmiljø
- Lettere å ha felles møtepunkter om drift, fag, pasienter, utdanning mm
- Mengdetrening lettere å få til, viktig for kompetanse på vaktid
- Helhetlig drift, hele virksomheten
- For lite pasientgrunnlag til å dele opp
- Vanskelig om flere klinikker må fordele flysykepleiere i arbeidsplaner/ferieplaner/høytid
- Avtale med flyleger lettere (delt ressurs) – vanskelig å erstatte

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

A. En plassering i OpIn vs Akuttmedisinsk klinikk?

Gjennomgående enighet om at det vil være en fordel å ha organisatorisk tilhørighet til Akuttmedisinsk klinikk av gjennomgående faglig ledelse på alle akuttmottak i UNN og faglige grunner. Dersom stor motstand fra Harstad/Narvik om endring, bør det vurderes å beholde det slik det er i dag.

B. Fordeler og ulemper?

OpIn	Akuttmedisinsk klinikk
OK dersom de selv ønsker det	Gjennomgående faglig ledelse
Slipper motvilje	Lettere med oppfølging av tilsyn
Slipper å miste avdelingsledelse	Faglig utvikling og oppfølging
Lokal stedlig (avdelings)ledelse	Helhetlig pasientforløp
Kopling til anestesimiljøet lokalt	Oppfølging av beredskapsplaner
	Bra å «sitte rundt det samme bordet»
	Mindre sårbart mht å bli «salderingspost»
	Fagrådet (i dag) fungerer bare delvis
	Kollegium i akuttmottak

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

A. Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

Alternativ til dages organisering: Faglig gjennomgående ansvar: organisering av anestesilegeressurser til å følge pasienten gjennom hele pasientforløpet (preop, op, postop) fordelt på fag. Faglige enhetlige løp, men fortsatt organisert i en felles klinikk

B. Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

Viktig av OpIn -klinikken er bredt involvert utover ledernivå

Akuttmedisinsk klinikk ønsker å være med på risikovurdering på samme måte som dette fokusgruppeintervjuet

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville ditt råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

OpIn bør bestå som egen klinikk. Det kan lett bli en skjevfordeling om andre klinikker skal fordele ressursene.

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

Nei

Referat fra fokusgruppeintervju 2 i Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K)

Dato: 3/5 2017

Kl.: 14.00 – 15.15

Intervju ledet av: Hege Andersen Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede:

Navn	Tittel	Stab/Avdeling/Seksjon
Trine Storjord	Rådgiver	Stab
Turid R. Kristiansen	Avdelingsleder	Poliklinikk avdeling
Ingard Nilsen	Avdelingsleder overleger	KK
Ingrid L. Mathiasen	Klinikkrådgiver	Stab
Erling Bjordal	Fagansvarlig	Plastikkir.
Ann Harrieth Konradsen	Avdelingsleder	Uro-endo-plast-kir
Magnar Johansen	Avdelingsleder	Kreftavdelingen
Arthur Revhaug	Klinikksjef	K3K
Niels-Krum Hansen	Avdelingsleder	Kir. Avdeling Harstad
Rolv-Ole Lindsetmo	Avdelingsoverlege	Gastrokirurgisk avdeling

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner du til hva som skal evalueres;

✓	Evalueringsens formål?
✓	OpIn S virksomhet?
✓	Fokusgruppens rolle oppi dette?

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Ja, OpIn er premissleverandør for «hele K3K sin eksistens»; organiseringen har betydning i forhold til bl.a. følgende områder:

- Økonomisk
- Faglig
- Administrativt
- Arbeidsmiljø

Nøkkelsspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Det er generell enighet om at organiseringen av lege- og sykepleieressurser i OpIn -klinikken ikke har optimal funksjonalitet. Dette begrunnes gjennom følgende eksempler:

- Strykning av operasjonspasienter, sen oppstart, lang skiftetid etc fører til:
 - Opphopning av pasienter i sengeposten (stress, overtid, innleie)
 - Avbrutte pasientforløp og dobbeltarbeid
 - Dårlig utnyttelse av kapasitet hos kirurgene, lavere effektivitet
 - Kan påvirke pasientopplevelsen negativt
 - Gir en opplevelse av å levere dårlig kvalitet av tjenester overfor pasienten
 - Tapt inntjening og liten kontroll på «egne variable»
 - Skaper konflikt og dårlig samarbeidsklima
- Ressurser og drift, utstyr
 - Ulike mål: ventelister vs plantall. Gjestepasientkostnadene belastes K3K
 - Manglende vilje fra OpIn til å kunne løse bemanningsmangel for eksempel å bruke vanlige sykepleiere til mindre spesialiserte oppgaver
 - Uenighet om hvor mange operasjoner som kan gjennomføres pr dag
 - Umulig å gjøre strategiske investeringer i utstyr/langtidsbudsjett vedr kirurgisk utstyr
 - Mangelfull kvalitet på registreringene (DIPS) gir manglende eierskap til tallene
- OpIn som premissleverandør
 - K3K avhengig av fungerende operasjonsstuer for å løse oppdraget overfor pasientene
 - Har en opplevelse av å "leve i to verdener" OpIn bedriver ressursstyrt aktivitet i motsetning til K3K som har behovsstyrt aktivitet
 - K3K har behov for en mer forutsigbar drift og kapasitet når det gjelder operasjoner for deres pasienter
- Pasientforløp
 - OpIn ivaretar bare deler av pasientforløpet, K3K har ansvar for begynnelsen og slutten av pasientforløpet, står ansvarlig for pasientbehandlingen, men mangler kontroll på viktige deler av behandlingen
- Fagmiljø, rekruttering og kvalitet
 - K3K kan ikke påvirke faglig utvikling for anestesiresursene i OpIn – kan gå glipp av internasjonal utvikling innen fagområdene i klinikken
 - Mangler mulighet til å sette sammen (toppe) fagteam/utvikle fagteam når OpIn eier anestesilege- og spesialsykepleieressurser – går glipp av faglig utvikling og kvalitetssikring
 - Matriseorganisering hindrer fagmiljøet å utvikle seg
 - Komplementær seksjonering av spesialsykepleiere, men ikke leger, uheldig og hindrer gode fagteam, ressursene burde vært samlet og seksjonert i stedet – hensiktsmessig for fagmiljøet

Oppsummert er det unison enighet om at dagens organisering ikke fyller 5 av de 8 kriteriene som er satt for evalueringen (LUO): Helhetlige pasientforløp, helhetlig styring og ledelse, effektiv utnyttelse av ressurser, konkurransedyktige fagmiljø og godt arbeidsmiljø. Det er to viktige unntak fra argumentasjonen og eksemplene over:

- Kreftavdelingen er fornøyd med service fra OpIn til sine pasienter, får den hjelp som trenges raskt – tilfredsstillende behov og forventning
- KK er fornøyd med behandling av pasienter som har behov for akutt sectio

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

- C. En plassering i OpIn vs akuttmedisinsk klinikk?
- D. Fordeler og ulemper?

OpIn	Akuttmedisinsk klinikk
Leger i Harstad og Narvik er i samme klinikk	Faglig fordel både når det gjelder prehospital og akutt behandling
Samarbeidet som er nå fungerer	Driftsmessige fordeler

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

- C. Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

Alternativ 1 (foretrukket av alle som deltok i intervjuet): Dele anesthesi- og operasjonsressurser (lege + sykepleiere) på tre klinikker; K3K, NOR og HLK, Intensiv egen enhet (uløst), Harstad og Narvik: samle operasjon- anesthesi- og intensiv i en enhet med en ledelse.

Alternativ 2: Divisjon med all kirurgisk aktivitet. Anesthesi i en blokk og med EN felles ledelse

- D. Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

K3K ønsker å være med i risikovurdering med en fokusgruppe (som denne)

Påpeker også viktigheten av å etablere en ekstern gruppe som kan bistå i dette

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville ditt råd være mht organiseringen av operasjons- og anesthesiressursene i UNN? Alternativ 1, se forrige punkt under A.

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

Funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN.

Referat fra fokusgruppeintervju 3 i Hjerne- og lungeklinikken (HLK)

Dato: 8/5-2017

Kl.: 14.50-15.50

Intervju ledet av: Hege Andersen Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede:

Navn	Tittel	Stab/Avdeling/Seksjon
Thor Trovik	Avdelingsleder	Hjertemedisin avd.
Truls Myrmel	Professor	HLK
Knut Kjørstad	Avdelingsleder	Hjerte/Lunge/Kar avd.
Hege Jenssen	Klinikkrådgiver	HLK, Stab
Carla Fagerli	Oversykepleier	Lungemedisin
Ann Jorunn Johansen	Oversykepleier	Hjertemedisin
Hillevi Knudsen	Oversykepleier	Hjerte/Lunge/Kar avd.
Øystein Fløtten	Avdelingsleder	Lungemedisin
Kristian Bartnes	Klinikkssjef	HLK
Christoffer Schäfer	Seksjonsleder	NOR/FRMT*
Maren B. Hansen	Enhetsleder	NOR/FRMT*

* I dette intervjuet deltok to ansatte fra NOR-klinikken sammen med klinikklederteamet i HLK. Uttalelser disse to kom med (som avviker fra gruppen) vil presiseres i teksten (merket NOR).

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner du til hva som skal evalueres (x=ja);

X	Evalueringsformål?
X	OpIn S virksomhet?
X	Fokusgruppens rolle oppi dette?

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Det har stor betydning. OpIn er den klinikken de samarbeider tettest med.

- Ressursstyring i v OpIn gagnar ikke alltid HLK's behov . Levering av ressurser til HLK's drift er en flaskehals som påvirker pasientflyt og behandling.
- HLK's tildelte ressurser (anestesileger og -sykepleiere) blir ofte brukt som buffer ellers i AnOp og utgjør et knapphets gode
- HLK er effektive på egen operasjonsenhet (operasjonssykepleiere ansatt i Hjerne-, lunge- og karkirurgisk avd.), bruker mindre ressurser og har lavt sykefravær.

- Anestesifaget er i dagens organisering løsrevet fra pasientforløpet for øvrig, med det tap av faglighet dette medfører
- NOR-klinikken samarbeider godt om intensivpasientene, men rammes ofte av kapasitetsproblemer i OpIn

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Pasientforløp

- Nåværende organisering splitter helhetlige pasientforløp
- Anestesileger og anestesisykepleiere kan bidra i mye større grad til planlegging av pasientforløp og utvikling av behandlingstilbudet. Men i og med at de er ansatt i en annen klinikk, savnes deres helhjertede og daglige engasjement i dette arbeidet.
- Matriseorganisering med flere lederlinjer uheldig for pasientforløp, ansvar for pasientforløpene er tidvis utydelig. Fokus i OpIn er hovedsakelig på dag-til-dag avvikling av program, mens moderavdelingene i HLK, K3K og NOR har et mer langsiktig perspektiv i og med ansvar også for den ennå ikke behandlede pasient og dermed ansvar for å oppfylle pasientrettigheter og avvikle ventelister.
- NOR: Opplever at strykning, forskyvning, utsettelse forkludrer pasientforløp
- NOR: Godt samarbeid om pasientforløp rundt rehabiliterings- og nevro pasientene både når det gjelder intensivsykepleiere og anestesileger

Tydelig ledelse

- Matriseorganisering (som dagens Intensiv- og oppvåkningsavd. og Anestesi- og operasjonsavd.) utfordrer pasientsikkerheten og kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Dagens organisering innebærer at den leder som har ansvaret for et pasientforløp (leder av moderavdelingen) i for liten grad kan styre nøkkelpersonell og har utilstrekkelig kontroll over kritiske innsatsfaktorer (operasjonskapasitet, intensivplasser).
- Det har vist seg vanskelig å stabilisere ledernivåene i OpIn

Kvalitet

- Dagens organisering er til hinder for optimal kvalitet tjenesten
- Anestesifaget har ikke stor nok plass i pasientbehandlingen/blir for lite brukt i planlegging og utviklingsarbeid. Dette forlenger forløpene og innebærer at anestesipersonellets kompetanse ikke utnyttes fullt ut til annet enn klinisk arbeid.
- Endringskompetanse er en avgjørende suksessfaktor for sykehusavdelinger. Den er best utviklet og har de sterkeste incentiver i de kirurgiske moderavdelingene, noe som tilsier at disse i større grad enn i dag gis rådighet over ressursene langs hele pasientforløpet, dvs også operasjons-, anestesi- og intensivkapasitet.

Effektiv og fleksibel bruk av ressurser

- Bedre å samle ressurser klinikkvise, gir høyere effektivitet.
- Man må også ha en felles samlet pool av ressurser som server mindre ikke-kirurgiske enheter med anestesiresurser
- Må også skille mellom «tunge» og «lette» tjenester slik at disse ikke må konkurrere om de samme ressursene (da de «lette» er dømt til å tape). Eksempel: Regionsfunksjonen innen plastikkirurgi bør kontinuerlig kunne drives med påregnelig kapasitet
- Utfordrende å skjerme elektive pasienter fra akutte pasienter (jf Bård Rannestads Ø-hjelpsprosjektet som raskt bedret ressursutnyttelse og pasientflyt, men som ikke har latt seg opprettholde med samme kvalitet over tid)
- Narkose, MR, CT, tilsyn – anestesiresurser går til dette og må medregnes i totale ressurser

Godt arbeidsmiljø

- De nevnte organisatoriske utfordringene påvirker tidvis samarbeidsklimaet mellom HLK og Opln negativt

Godt fagmiljø, rekruttering

- Teamarbeid rundt pasienten viktig, fagkompetanse som er riktig sammensatt av både lege- (anestesi/kirurg) og sykepleierressurser (anestesi/operasjon), avgjørende for godt teamarbeid

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

E. En plassering i Opln versus Akuttmedisinsk klinikk?

F. Fordeler og ulemper?

Opln	Akuttmedisinsk klinikk
	Bedre å ha samme prinsipp i hele UNN; faglig ansvar i en klinikk for alle akuttmottak

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

E. Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

- Anestesi- og operasjonsressurser fordeles på tre klinikker; NOR, NO og HLK
- Intensivressurser:
 - Alternativ 1: Fordele intensivvirksomhet i to:
 1. "Thorax-intensivavdeling"
 2. Generell intensivavdeling

- Alternativ 2: Opprettholde dagens organisering.

F. Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

Pasientforløp må vurderes.

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville deres råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

- Fordele ressursene på de tre klinikkene, samle ansvar for pasientforløpene i klinikkene

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

- Gruppen (fra HLK) viser til innstillingen de har levert til A9-utredningen, som har mange berøringspunkter til denne evalueringen
- Ny teknologi og nye behandlingsformer må legges til grunn (fra kniv til kateter)
- Kan ikke beregne «kostnadene» ved de to modellene (status quo og den foreslåtte) utfra dagens rammer; må legge inn endringskompetanse, ny teknologi, endring i pasientpopulasjon/panorama, kvalitet mv

Referat fra fokusgruppeintervju 4 i Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR)

Klinikk: **NOR-klinikken**

Dato: 11/5-2017 Kl.: 9.00-10.30

Intervjuet ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede

Torgrim Fuhr	Avdelingsoverlege/Seksjonsleder	NKØØ, ØNH
Mai Liss Johnsen	Seksjonsleder	ORT
Gunnstein Bakland	Avdelingsleder NEHR	NEHR
Ola Iversen	Seksjonsleder NEHR	NEHR
Roar Kloster	Avdelingsleder/Overleger	NKØØ
Geir Johnsen	Tillitsvalgt (Harstad)	NOR
Bjørn Yngvar Nordvåg	Klinikkssjef	NOR
Karl Ivar Lorentzen	Avdelingsleder	ORT

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner dere til hva som skal evalueres (X=ja)?

Evalueringens formål X

OPIN's virksomhet? X

Fokusgruppens rolle? X

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OPIN's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Det har stor betydning og viktig del av driften i NOR-klinikken.

NEHR: Ikke behov knyttet til operasjon, men har behov for anestesiresurs og det kan påvirke driften. Når det hoper seg opp andre plasser i klinikken har det konsekvenser også her.

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Samlet sett mener de at det fungerer med dagens organiseringen, men at det bør bli et bedre samarbeid mellom klinikkene både om pasientforløp og faglig utvikling. En fordeling

på flere klinikker vil gjøre virksomheten mer sårbar og trolig svært kostbar. Flexibiliteten og vaktkompetansen ville svekkes.

Videre er de veldig fornøyd med samarbeid om pasienter der de bruker intensiv- og oppvåkingskapasitet.

Pasientforløp

- Vanskelig å forbedre pasientforløp når to klinikker har ansvar for ulike deler av forløpet.

Kompetansebehov

- Mangler spesialkompetanse på luftveier til ØNH-pasienter, problem (utstyr og prosedyrer)
- Bør etablere et bedre opplæringssystem og utsjekk av gjennomføring av dette.
- Opprettholde faglighet og kompetanse på utstyr, mangler flere med spesialkompetanse.
- Fordel for både faglig utvikling og rekruttering å ha et samlet fagmiljø for anesthesi- og operasjonsressurser.
- Nåværende organisering for mye spesialisert, burde vært mer generalister

Ressurser

- Må vurdere ressursene samlet sett, det er ikke riktig at kar/thorax skal ha egne ressurser
 - Fordeling av anestesileger, flere erfarne går til kar/thorax, det blir mindre erfarne anestesileger og fordele sammen med nye uerfarne/LIS leger på de andre pasientgruppene/klinikkene
 - Kar/thorax og Ø-hjelp-programmet går foran alt annet, erfarer at andre pasienter blir nedprioritert. Dette forsinker andre pasientforløp
 - Ingen fleksibilitet i dag når det er ledig Ø-hjelpskapasitet
- Personalet på OPIN er positive, men organiseringen av personalet ikke er optimal
- Fordeling av ressurser på flere klinikker kan være faglig fordelaktig, men ressursmessig er det best å ha det i en klinikk, større sjanse for rettferdig fordeling
- Ønsker innflytelse på operasjonssykepleierressurser og faglig medvirkning. Sikre god ressursutnyttelse.
- Ønsker tettere samarbeid om fag og drift.

Arbeidsmiljø

Ressursmangel påvirker arbeidsmiljøet negativt.

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

G. En plassering i OPIN vs akuttmedisinsk klinikk?

H. Fordeler og ulemper med å være?

OPIN-klinikken: Tilfredshet blant de ansatte lokalt

Akuttmedisinsk klinikk: Naturlig løsning å organisere under akuttmedisinsk fagområde

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

G. Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

- Alle ressurser i en klinikk (inkludere HLK's ressurser i OPIN), OPIN. Mer faglig medvirkning og kontroll fra andre klinikker (alternativ 1)
- Fordele ressursene på flere på klinikker, inkludere Intensiv og Oppvåkningen i Akuttmedisinsk klinikk (alternativ 2)
- Smerteavdelingen kunne også vært i NOR-klinikken da de har aktuell faglig kompetanse

H. Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

- NOR-klinikken ønsker å være med i risikovurderingen og ha bred deltagelse fra flere fagområder med flere 3-4 personer.

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville deres råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

- Dagens situasjon er ikke optimal for noen av klinikkens kirurgiske fagmiljø. Det anbefales organisatoriske endringer som kan bedre kvalitet og effektivitet. Vi ser for oss to alternative løsninger som vil kunne fungere.
- Primært foreslås å samle alle anesthesi og operasjonsressurser (også fra HLK) under ett «tak», og gjennomføring av endringer der det fokuseres på pasientforløp og større innflytelse og ansvar for behandlende fag/avdelinger
- Et alternativ er å organisere / fordele ressursene i 3 klinikker. En slik organisering innebærer også ulike risiko

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

- Ø-hjelp-organiseringen er ikke tilfredsstillende, fordi det forsinker elektiv drift. Grunnen til dette er at de må anvende egen elektiv drift til å få gjennom egen Ø-hjelp. Fører til fristbrudd. Kriteriene som ble satt ved Ø-hjelps-prosjektet fungerte veldig bra, men det har falt sammen
- Ønsker at Ø-hjelp-drift skal skjermes i mye større grad slik at den ikke påvirker elektiv drift, foreslår to Ø-hjelps-team/5 dager i uken for å forhindre dette
- Arealutnyttelse burde være bedre når det gjelder plassering og flytting av utstyr. Ikke tilhenger av generiske operasjonsstuer, bedre å ha stuer fast på utstyr.
- Det er for flat struktur på operasjonsstuene – ønsker en «loadmaster». Med loadmaster menes en person, som er pådriver for at programmet går effektivt uten unødvendig bruk av tidsspille mellom operasjonene

Referat fra fokusgruppeintervju 5 i Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

Dato: 16/5-2017 Kl: 14.00 - 14.55

Intervjuet ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede

Mona Mørkved	Seksjonsleder	Nyfødtintensiv
Martha Bergum	Ass. Avd. sykepleier	Barne- og ungdomsavdelingen (BUA)
Claus Klingenberg	Seksjonsoverlege	Nyfødtintensiv
Elin Gullhav	Klinikkjef	BUK
Tove Nystad	Seksjonsoverlege	Barne- og ungdomsseksjonen
Per Ivar Kaasen	Avdelingsleder	BUA
Edel Vestgård	Avdelingssekretær	Barne- og ungdomsseksjonen

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner dere til hva som skal evalueres (X=ja)?

Evalueringens formål? X

OpIn's virksomhet? X

Fokusgruppens rolle? X

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Ja, det har betydning for virksomheten fordi OpIn deler ut kapasitet til behandling innen dagkirurgi, onkologi, MR i narkose og barn som trenger Ø-hjelp.

Viktig å ha en likeverdig rolle når det gjelder å bestille kapasitet av anestesi- og operasjonskapasitet til ulike behandlinger, det synes de å være i dag.

Barn har fått mindre utdelt kapasitet på dagkirurgen, noe som merkes godt (negativt)

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Pasientforløp

- Pasientforløpene fungerer når man sammen har planlagt de (egne planleggingsmøter med OpIn).
- OpIn skreddersyr og tilpasser behandling og kapasitet for barn, har strømlinjeformet pasientforløp.
- Nyfødtintensiv's personal følger pasientene, kjenner seg godt mottatt og er en del av teamet rundt barnet.
- Personale på Barne- og ungdomsavdelingen er også med og bistår når barnet er på OpIn eller i overgangen mellom OpIn og sengeposten i BUA
- Sommerstengt for barn skaper opphopning og kø (er dårlig planlagt)

Fagmiljø

- OpIn imøtekommer behovet for faglig kompetanse på barn gjennom å selv skaffe seg kompetanse på det og gjennom samarbeidet med BUK under pasientforløpene
- Volum av veldig syke barn er lite, så det å ha kompetanse på det er utfordrende, men løses gjennom samarbeid

BUK vil gjerne være med og ha en aktiv rolle når det lages en faglig prosedyre som omhandler behandling av barn, for eksempel en prosedyre som er laget om smerte hos barn

Effektiv og fleksibel utnyttelse av kapasitet og ressurser

- Anestesilegerressurser til barn er noenlunde fast, og det er stor fordel.
- Kapasitet på Intensiv er ofte sprengt, kan ta lang tid å få inn veldig syke barn eller ikke få de innlagt der
- Uheldig at det blir "stengt" for barn behandling på dagkirurgi om sommeren
- Barn har første prioritet på morgnen og formiddagen på innslua
- Økende tendens til at barn med behov for Ø-hjelp utsettes
- Behandling av barn kan ikke flyttes/funksjonsfordeles til andre sykehus i UNN
- Opplever at både OpIn og andre klinikker strekker seg langt for at barn skal få behandling,
- Ulempe om anestes- og operasjonsressursene blir delt på flere klinikker, kan bli mindre fleksibelt og kan gå ut over kapasitet. Frykter å bli en "lilleputt".

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

En plassering i OpIn vs Akuttmedisinsk klinikk?

Har ingen formening om dette.

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

Fornøyd med dagens organisering slik den er, men den kan forbedres.

Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

Ønsker å ha med noen fra BUK i risikovurdering

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville deres råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

Beholde dagens organisering, men forbedre organiseringen. Det er en fordel å være en av mange bestillere, heller enn å bli en «restkategori» når kapasiteten skal fordeles.

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

Uheldig at det blir opphopning av enkelte behandlinger pga at de blir utsatt. Dersom det kuttes inn på kapasitet på elektiv virksomhet, vil mer blir forskjøvet til Ø-hjelp.

Sommerstengt bør tas opp i linja, og risiko-vurderes

Planleggingsperspektivet på OpIn må overensstemme med klinikkenes planlegging og vise versa. Håndterer de kravet om 6 måneders planleggingshorisont?

Referat fra fokusgruppeintervju 6 i Operasjons- og intensivklinikken (OpIn) (1 av 6)

Dato: 8.05.2017

Kl.: 10 – 11.30

Intervju ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede:

Navn	Tittel	Stab/Avdeling/Seksjon
Laila Furulund Strøm	Konstituert seksjonsleder	Intensiv
Gerd Bakken	Anestesisykepleier	AnOp
Turid Larsen	Anestesisykepleier	AnOp
Gerd Steinnes	Anestesisykepleier, tillitsvalgt	AnOp
Sissel Heimstad	Anestesisykepleier, Fagansvarlig NO	AnOp
Berna Kampevoll	Seksjonssykepleier, Anestesi NO	AnOp
Edel Straumsgård	Seksjonssykepleier, Operasjon NO	AnOp

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Det ble stilt spørsmål vedrørende valgt av evalueringsmetode og risikovurdering av denne når det gjelder å sikre en uhildet, nøytral evaluering. Har eksterne konsulenter vært vurdert?

Introduksjonsspørsmål: Kjenner du til hva som skal evalueres (x: ja);

X	Evalueringsens formål?
X	OpIn S virksomhet?
X	Fokusgruppens rolle oppi dette?

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Samlet mener gruppen at det har stor betydning hvordan virksomhetens drives og hvordan ressursene er organisert for deres arbeidsdag.

- De som driver virksomheten er nært på og har kontroll og oversikt på ressurser. Dette reduserer bl a sårbarhet ved fravær.
- Seksjonering gjør at personalet får spesialkompetanse i faget, men svekker generalistkompetansen
- Ytterligere spesialisering uheldig i forhold til størrelsen på sykehuset/pasientgrunnlag, ville gi tøffere vaktordning, redusert fleksibilitet,

utfordrende å skaffe nok og kompetent bemanning, utdanning av leger og spesialsykepleiere utfordres, krevende å få til samarbeid mellom faggruppene anesthesi og operasjon, beredskap på vakt svekkes og aktivitet utenfor operasjonsstuen blir vanskeligere. Dette ville kreve flere ansatte og være svært kostbart.

- Felles organisering og herunder rapport mellom anesthesi og operasjon – fungerer ikke tilfredsstillende. I praksis en todeling av anesthesisykepleiergruppen som bidrar til fragmentering, redusert samarbeid og faglighet, ulik tilgang på informasjon etc. Anesthesisykepleierne har mange oppdrag utenfor op. – stua.
- Operasjonssykepleiere har fordel av å jobbe spesialisert på fag pga. prosedyrer og utstyr
- Anestesilegene og anesthesisykepleierne er ikke organisert i egen avdeling, uheldig for samarbeid innad på AnOp. Det er ingen på avdelingsnivå eller høyere med anestesifagkompetanse, langt til ledelsen.
- Flere faste leger tilknyttet intensivavdelingen, ville vært positivt for pasientflyt og redusert liggetiden.

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Pasientforløp

- Når pasientene ikke tilhører kirurgiske avdelinger i NO/K3K/HLK (som har fått utdelt kapasitet), skaper det utfordringer i forhold til AnOP. Hvem ivaretar disse pasientene?
 - Treg pasientflyt og gir ressursutfordringer også på andre enheter.
- Ønsket om større kapasitet fra klinikkene, kan ofte ikke imøtekommes pga manglende operasjonsstuer

Tydelig ledelse og styring

- Ubalanse i sammensetning av spesialsykepleiere ledelsen og klinikkens stab, operasjonssykepleier godt presentert i motsetning til anesthesisykepleiere gir redusert faglig forståelse i ledelsen
- Seksjonssykepleiernivå for langt unna klinikkledelsen og rådgivere – det 5. lederledd bør fjernes.
- Informasjonsflyt til laveste ledernivå og de ansatte fungerer ikke optimalt
- Det at legerressurser og sykepleierressurser ikke er samlet i en enhet med felles ledelse, er uheldig

Kvalitet

- Faggrupper samlet i samme enhet med en ledelse, påvirker kvalitet positivt. Fagutvikling sikrer kvalitet.

Arbeidsmiljø

- Faggruppene er adskilt på fag og seksjoner – påvirker læring, samarbeid, oversikt og samhold
- Endring i organisering av anestesisykepleiere oppleves negativt for trivsel og stabilisering – mangler et felles forum.

Ressurser

- Seksjonering i snevre felt gjør at ressursene er i utakt.
- Driftsmøtene med klinikkene fungerer ikke godt nok. Dårlig planlegging, blanke meldinger, de rette personene uteblir etc. Manglende forberedelse av pasienten (operasjonsmelding) før den kommer til AnOp, fører til forsinkelser før oppstart på stuen og skiftetid.
- Manglende tilgang på utstyr påvirker oppstart og skiftetid
- Balansen mellom å være effektiv og utdanne personell er utfordrende. Ikke satt av ressurser til sistnevnte.
- Administrasjonsoppgaver øker i mengde og «spiser tid» for arbeid med faglig utvikling

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

- I. En plassering i OpIn versus akuttmedisinsk klinikk?
- J. Fordeler og ulemper?

OpIn	Akuttmedisinsk klinikk
Ulogisk at de er innunder OpIn	Faglig tilhørighet

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer? Intern organisering innen OpIn

- Anestesileger og anestesisykepleiere i samme avdeling
- Operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere i hver sin avdeling
- Anestesileger fordelt på to enheter (Anestesi og Intensiv)
- Intensivsykepleier og anestesileger i egen avdeling (Intensiv)
- Oppvåkningen tilhøre anestesiavdeling
- Operasjonssykepleiere HLK tilhøre felles operasjonsavdeling

Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

Bred tverrfaglig gruppe av de som er berørt/som kjenner driften – **«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:**

Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville ditt råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

De ønsker å beholde klinikken som sådan, men omorganisere innad.

Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

- Ivaretagelse av intensivpasienter av anestesisykepleiere på operasjonsstuer er utfordrende både faglig, kvalitetsmessig og ressursmessige
- Gruppen viser til en bekymringsmelding vedr bemanning og kompetanse som er sendt klinikksjefen
Klinikkene må ta ansvar for egne pasienter som ligger i «tekniske senger»

Referat fra fokusgruppeintervju 7 i OpIn (2 av 6)

Dato: 8/5

Kl.: 12.00-13.30

Intervju ledet av: Hege Andersen Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede:

Navn	Tittel	Stab/Avdeling/Seksjon
Astrid Dalum	Klinikkrådgiver	Stab/Intensiv
Kjersti Mongstad	Konstituert seksjonssykepleier	Intensiv
Hilde Iren Liland	Koordinerende fagutviklingssykepleier Intensiv	Int/Oppv-avd.
Ulla Normann	Seksjonssykepleier, Anestesi, dagkirurgi	Anop
Ann Iren Sommerseth	Seksjonssykepleier Anestesi	AnOp, Innslusa K3K m/HLK
Siri Holm	Anestesisykepleier/Flysykepleier	AnOP, Innslusa K3K m/HLK
Martin Eriksson	LIS Anestesi	Legeavdelingen
Emil Strange	Operasjonssykepleier	AnOp

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner du til hva som skal evalueres (x= ja);

X	Evalueringsformål?
X	OpIn S virksomhet?
X	Fokusgruppens rolle oppi dette?

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Gruppen var enig om at det hadde stor betydning om hvordan virksomheten drives og ressursene er organisert:

- Fordelaktig at anestesisykepleiere er samlet på et kostnadssted i en enhet – økt fleksibilitet da disse skal serve hele UNN både i og utenfor op.stuene (innslusa/dagkirurgi/utslusa/andre enheter i andre klinikker) Her var det poengtert at det gjaldt anestesi innslusa. Dagkirurgen bør fortsatt være en egen seksjon med eget personale. Ikke vaktberedskap.
- I dag: Flyter på erfarne spesialister i anestesisykepleiere – generasjonsskifte.
- Fordeler å være spesialisert innen fagområder i team med kirurger på dagtid. Men hva med etter kl 1530?
- Ulempe med å være spesialisert når
 - Det fører til at ressursene ikke har kompetanse på vakttid

- Opplæring på ulike seksjoner gir treghet i driften –
- Må lage nye arbeidsplaner fordi ressursene må flyttes mellom seksjonene
- Kompetansekravet til faggrupper på vakttid taler for å ha ressursene samlet i en klinikk. Seksjonering krever en stor buffer.
- Klinikken leverer ikke optimalt på forberedelse før operasjon (op.melding). Driftsmøtene fungerer dårlig. Intensjonen var at driften mtp effektiviteten og samarbeidet skulle bli bedre, men det har ikke blitt slik.
- Anestesileger: Samlet ressurs som fordeles der det er behov – kan flyttes mellom seksjoner/enhet –fleksibilitet
- På Intensiv ville det være en fordel å ha flere faste leger
- Operasjonssykepleiere: bedre å være i en enhet som er nært tilknyttet hverandre og har felles ledelse, fordeling på klinikker minsker fleksibilitet og truer opprettholdelse av kompetanse
- Seksjonering kan påvirke fag- og arbeidsmiljø negativt
- Informasjonsflyt reduseres ved høy grad av seksjonering. For anestesisykepleierne fungerer det dårlig å være splittet i to på innsusa.

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Pasientforløp

- Anestesipoliklinikk var en periode med på å skape gode og koordinerte pasientforløp og hadde dette en positiv effekt:
 - Forhindret strykninger
 - Forbedret behandlingen
 - Bedre pasientflyt
- Variasjon i forløpene Harstad, Narvik, Tromsø

Helhetlig styring og ledelse

- Lederlinjene er ikke tydelig nok
- Anestesisykepleierfaget er ikke representert i avdelings- og klinikkleidelsen, ulempe i forhold til oppfølging av dette faget og å nå frem med saker
- Klinik- og avdelingsledelse lite synlig, ledelsen mer pulverisert
- 5. ledernivå – seksjonssykepleier i anestesi – ”brudd i linjen”
- Innsusa – for stor seksjon,
- Intensiv: har «hel linje», intensivsykepleiere i alle ledernivå, men stort lederspenn
- Gjennomtrekk på flere ledernivå

Fag

- Fagansvarlige anestesileger på de ulike fagområdene (HLK, NO, K3K, Intensiv,) – vanskelig å påvirke fagområdene gjør at det er utfordrende å rekruttere. Beskrives som et anarki. Påvirker
 - Arbeidsmiljø
 - Arbeidsmetoder som velges
 - Kvalitet på tjenesten
 - Pasientsikkerhet
 - Fagmiljø
- Seksjonering av anestesisykepleiere ulempe i forhold til å beholde generell anestesikompetanse, spesielt på vakttid, viktig med faglig utveksling i hele anestesisykepleiegruppen og for de under utdanning

Rekruttering

- Svært vanskelig å rekruttere, generasjonsskifte Tap av stabiliseringstillegg påvirker problem med rekruttering
- UNN stiller for store krav: forventer å få spesialsykepleiere som kan alt
- Organisering av anestesisykepleieressurser gjør at flere søker seg ut

Arbeidsmiljø

- I 2015 skjedde en omstrukturering og endring innad klinikken på AnOp og Intensiv
 - Mistet buffer anestesisykepleiere
 - Mistet fagdager
 - Mistet stabiliseringstillegg
- Førte til misnøye og mistillit i personalgruppen, påvirker lojalitet i forhold til klinikken

Ressursutnyttelse

- Organisering på flere klinikker vil føre til
 - Behov for mer personell (anestesileger, spesialsykepleiere, assistenter, sekretærer), utvidet åpningstid og flere stuer dersom kapasiteten skal økes
 - Ved seksjonering blir det vanskelig å være fleksibel, tar ned kapasiteten

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

En plassering i OpIn vs akuttmedisinsk klinikk?

Fordeler og ulemper?

OpIn	Akuttmedisinsk klinikk
Fordel at de har stedlig leder	Faglig oppfølging og utvikling

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

Intern omorganisering foreslås:

- Egen enhet for anesthesisykepleiere (seksjon/avdeling). Operasjonssykepleier som deltok i gruppen mente disse fortsatt burde være sammen. Felles «driftsråd» med anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere (øke/bevare teamwork)
- Anestesilegeavdeling: Subseksjonering, (krever flere/stabile ansatte), beholde generalister
- Anestesileger: fordelt på Intensiv og AnOp (fast)

Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

Ledere på ulike nivå, tillitsvalg, verneombud, spesialsykepleiere fra hvert fagfelt, anestesilege

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville ditt råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

- Viktig med fagspesifikke linjer, men innen dagens klinikk
- Generalister med subseksjonerte fagområder

Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

Nasjonal traumeplan stiller nye kompetansekrav til anesthesisykepleiere

Nye behandlingsmetoder tilsier at anestesifaget vil brukes mer også i andre klinikker enn de kirurgiske. Vå må planlegge for framtiden

Viktig å informere underveis i evalueringa.

Referat fra fokusgruppeintervju 8 i OpIn (3 av 6)

Dato: 11/5-2017 Kl.: 11.00 – 12.30

Intervjuet ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede

Kirsten Marie Eliassen	Assisterende seksjonssykepleier	Oppvåkningen
Stein Roald Bolle	Seksjonsoverlege	Legeavdelingen
Sissel Annie Olsen	Seksjonsleder	Akuttmottaket i Harstad
Ole Tobias Olsen	Seksjonsleder	Akuttmottak Narvik
Torill Vollan	Fagsykepleier	Akuttmottak Narvik

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner dere til hva som skal evalueres (X=ja)?

Evalueringens formål? X

OpIn's virksomhet? X

Fokusgruppens rolle? X

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

- Betydning for anestesileger som jobber i to klinikker; OpIn og Akuttmedisinsk klinikk. Organisering, beslutninger, faglig profil og samarbeid påvirkes av dette. Utfordrende når det er to ulike klinikker og det ikke er samsvar mellom disse punktene.
- Det har betydning for akuttmottakene i Harstad og Narvik at de er organisert innunder OpIn
- Fagrådet fungerer dårlig/ikke etter intensjonen – skulle kompensere for at akuttmottakene ikke lå i Akuttmedisinsk klinikk

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Anestesilegeressurser:

- Sammenheng mellom høy kvalitet og premisser for det som leveres
- Anestesileger bør ha et fagmiljø med både generell og spiss kompetanse
- Samlet skal de ivareta flere vaksjikt og utdanning av leger

- Viktig å holde miljøet samlet i en klinikk, men kan videreutvikle og spisse nåværende fagområdefordeling innad i klinikken.
- Flexibilitet opprettholdes med å være i et samlet anestesilegemiljø.

Ressursstyring

- Styring av personalressurser i anestesi og operasjon bør styres av OpIn, ikke av andre opererende klinikker. Utnyttelse og kapasitet på operasjonsenheten handler om mange faktorer kirurgene ikke kjenner til.
- Viktig at OpIn har overordnet ansvar for aktiviteten og arbeidsflyt, dersom ressursene splittes opp
- Grunnene til at operasjonsstuedrift ikke er optimal ligger ikke i dagens organisering
- Hva om kirurgene var organisert i OpIn?

Pasientforløp

- Planlegging og forbedringsarbeid som foregår i andre klinikker og enheter i egen klinikk uten involvering fra anestesi/operasjon, er uheldig for pasientforløpet
- Anestesileger en begrenset ressurs
- Informasjon mellom klinikkene viktig, hvordan det skjer er ikke nødvendigvis avhengig av organiseringen

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

En plassering i OpIn vs akuttmedisinsk klinikk?

Fordeler og ulemper med å være?

OpIn -klinikken:

- Vanskelig å følge fag i Akuttmedisinsk klinikk, men samtidig behov for stedlig ledelse og tilhørighet til andre enheter på lokasjonen i samme klinikk.
- Fagråd opprettet, har ikke fungert.
- Tilgjengelig legeressurs
- Stedlig ledelse
- Faglig samarbeid med akuttmottaket i Tromsø kan være fordelaktig, men det er ikke nødvendig å være organisert i Akuttmedisinsk klinikk for å ha dette samarbeidet om .
- Har samarbeid med akuttmottak på noen områder og utarbeidelse av fagprosedyrer.

Akuttmedisinsk klinikk:

- Faglig fordelaktig /beredskap
- Appendix i OpIn -klinikken, men fornøyd med klinikkledeledelsen håndtering av akuttmottakene i Harstad/Narvik.
- Ivaretar ikke gjennomgående faglig ledelse når man er i OpIn.

- Forutsetter legeressurs blir tilstedeværende på lokasjonen,
- Fordel i forhold til utadrettet virksomhet.

Legevakt integrert i akuttmottakene i Harstad og Narvik i dag.

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringsens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

- Prehospital i egen klinikk, flytte akuttmottaket i Tromsø til OpIn
- Oppvåkningen til AnOp-avdelingen – oppnår bedre pasientforløp, kjernevirksomhet passer bedre der
- Legeavdelingen , to seksjoner foreslås gjennom to forskjellige alternativer:
 - 1) Seksjonere i Intensiv og AnOp
 - 2) Seksjonere overleger og LIS leger
- Egen klinikk med Akuttmottak, OBS-posten, Intermediær og Intensiv
- Egen klinikk med AnOp og Oppvåkningen
- Skille organisering av elektiv drift og ø-hjelp på Oppvåkninga

Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

- Usikker om en risikovurdering har noen betydning da det er ressursmangel som legger begrensningene, men dersom den gjøres må den være klar og tydelig om **hva** som vurderes: en burde heller gjort en rekke kvalitetsforbedringer for å oppnå bedre ressursutnyttelse.

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville deres råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

- Beholde OpIn -klinikken som i dag, men endre organisering innad
 - Oppvåkning flytte til AnOp
 - Legeressurser seksjoneres pga lederspenn
 - Akuttmottak Harstad/Narvik: viktig med stedlig ledelse og tilgjengelig lederressurs

Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

- Mangler fagansvarlige anestesilege på noen seksjoner – har stor betydning for kvaliteten på pasientforløpene

Referat fra fokusgruppeintervju 9 i OpIn (4 av 6)

Dato: 12/5-2017 Kl.: 15.20 – 16.30

Intervjuet ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede:

Dario Musso	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Adeina Kalasko	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Torill Kaasa	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Thomas Wilson	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Markus Steinholt	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Christer DeFlon	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Geir Ivar Elgjo	Overlege	Legeavdelingen, OpIn
Håkon Bakke	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Jon-Eirik Brokstad	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Lars Marius Ytrebø	Overlege	Legeavdelingen, OpIn
Kristine Wærhaug	Avdelingsleder	Legeavdelingen, OpIn
Shirin K. Frisvold	Overlege	Legeavdelingen, OpIn
Øivind Solhaug	Overlege	Legeavdelingen, OpIn
Kine Isaksen	LIS	Legeavdelingen, OpIn
Arne Skagseth	Overlege	Legeavdelingen, OpIn

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner dere til hva som skal evalueres (X=ja)?

Evalueringens formål? X

OpIn's virksomhet? X

Fokusgruppens rolle? X

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Ja, det har selvsagt stor betydning. Samtidig er det slik at Det er andre faktorer enn organisering som har størst påvirkning på driften, for eksempel det at legeavdelingen er nedprioritert, at operasjonskapasiteten er for lav, for få senger mv.

Innledningsvis i intervjuet kom det kommentarer til at metoden for evalueringen var en katastrofe. En kan ikke skille denne evalueringen fra utredningen om intensivorganiseringen (A9). Vedkommende forlot deretter intervjuet.

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Det er enighet i gruppen om at det er best at personalressursene er samlet i samme klinikk og ikke fordelt på flere klinikker. Videre at man innad i klinikken kan organisere ressursene slik at man imøtekommer behov for faglig spesialisering innen fagområder, så lenge det ikke går ut over den generelle breddekompetansen.

Anestesileger må kunne behandle komplekse pasienter og ser helheten – derfor viktig å beholde dette som eget fagområde der man både har generell og bred kompetanse og være spesialisert på fagområder. Dette oppnås gjennom å sirkulerer mellom fagområdene som LIS og ellers da man på vakttid må kunne håndtere alt. Dersom man blir for spesialisert innen et område, mister man den generelle og brede kompetansen. Dette er uheldig på et lite sykehus som UNN er. Likevel er det viktig å tilby service som er spesialisert mot de ulike kirurgiske fagene.

Anestesiressursene er en service til flere klinikker, også de som ikke driver kirurgisk virksomhet, et nav for hele virksomheten. En oppdeling vil gi skjevfordeling av ressursene til noen, og dette er ikke ønskelig.

Deling i fagområder vil gi økt arbeidspress, og anestesilegene vil bli en minoritet – uheldig både faglig og arbeidsmiljømessig

Hensiktsmessig med dagens organisering:

- Ressursstyring mer oversiktlig og enhetlig
- Faglig nivå opprettholdes
- Pasientsikkerhet sikres gjennom god ressursstyring og faglig høyt nivå
- Maktstrukturer balanseres bedre i en større gruppe
- Intensiv bør ikke deles opp i flere deler, men være samlet. Anestesifaget passer best til å ivareta det faglige ansvaret på dette området.

Uhensiktsmessig med dagen organisering:

- Mangler faglig ledelse (anestesilege i hele lederlinjen)

- Ressurstilgang på anestesileger må løses delvis gjennom å ha vikarer og det gjør at kirurgene (som er fast ansatt og kjent) ofte møter ny og ukjent anestesiresurs de må forholde seg til. Hånd plukking av anestesileger til HLK, fordel for dem, men ikke for de andre fagområdene
- Vanskelig å få til helhetlig pasientforløp, For mange ledere å forholde seg til
- Anestesileger som tilhører Intensiv har ikke samme gjennomslagskraft for å påvirke faglig utvikling og anskaffelse av nytt utstyr – uheldig at legene ikke er i samme avdeling som Intensiv

Pasientforløp

- Anestesipoliklinikkvirksomhet viktig for pasientforløpet
- Post-operativ og intensiv-ressurser kan være begrenset faktor for det som skal skje på operasjons-enheten
- Preoperativ vurdering av pasienter, oppfølging av perioperativt og postoperativ pasientforløp fra operasjon til sengepost ønskelig
- Kapasitet på Intensiv og MIHO, operasjonskapasitet – påvirker arbeidshverdagen til legene, pasientflyt og pasientforløp

Ledelse

- Faglig ledelse nødvendig, leder må ha myndighet til å beslutte
- Klinikkleidelsen må kjempe for faget, oppleves at dette er fraværende Overordnet ledelse lite synlig på gulvet”

Rekruttering

- Mulighet for faglig fordypning innen et fag tiltrekker anestesileger
- Viktig å både ha nisje og bredde, å dele opp anestesifaget vil bygge ned faget, spesielt i et lite miljø, blir for sårbart og får ikke ettervekst
- Viktig med sirkulasjon innenfor de ulike fagområdene
- Pasientene profiterer på at anestesilegene har breddekompetanse

Arbeidsmiljø

Det oppleves å være et godt arbeidsmiljø innad blant anestesilegene. Arbeidsmiljø påvirkes negativt av kapasitetsproblemer/bemanningsproblem på for eksempel Intensiv der man som anestesilege ikke har mulighet å styre, eller forventninger fra kirurger om faglig deltagelse når man ikke har ressurser nok.

Referat fra fokusgruppeintervju 10 i OpIn (5 av 6)

Dato: 15/5-2017

Kl.: 12.30 – 13.

Intervjuet ledet av: Hege Andersen

Referent: Gunn-Evy O. Håkaby

Tilstede

Tonje Drecker	Kvalitetsrådgiver	Stab
Ann Elisabeth Evenseth	DR/Controller	Stab
Astrid Dalum	Rådgiver	Stab
Maj Liss Ingebrigtsen	Avdelingsleder	Sterilforsyningen/ Spesialrenhold
Vigdis Moe	Konst. Avdelingsleder	AnOp-avdelingen
Tommy Hilmarsen	Rådgiver	Stab
Kristin Wærhaug	Avdelingsleder	Legeavdelingen
Eva Hanne Hansen	Klinikkjef	OpIn
Birgith J. Nerskogen	Avdelingsleder	IntOppv.-avdelingen
Rita Pernille Martnes	Avdelingsleder	OpIn Harstad
Brita Jørgensen	Avdelingsleder	OpIn Narvik

Åpningsspørsmål: Introduksjon av deltakere, stilling mv

Introduksjonsspørsmål: Kjenner dere til hva som skal evalueres (X=ja)?

Evalueringsformål? X

OpIn's virksomhet? X

Fokusgruppens rolle? X

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

OpIn ser seg selv som «serviceklinikk» som gjennom sin virksomhet yter service til andre klinikker på flere områder. Virksomheten går på tvers av og gjennom å organiserer ressursene i en klinikk erfarer de mange fordeler både faglig, ressursmessig, økonomisk,

kvalitetsmessig, opprettholdelse og utvikling av kompetanse og arbeidsmiljømessig. Dette gir en fleksibilitet av hvordan ressursene kan utnyttes i det daglige.

Pasientforløp

- De andre klinikkene "eier" pasientene hele tiden selv om de er innom OpIn.
- Koordinering og samhandling på tvers over klinikker: bl.a.
 - Legetjeneste
 - Luftambulanse
 - Sterilforsyning/spesialrenhold
 - Operasjonsplanlegging
- Gode pasientforløp avhenging av hvordan man samarbeider, ikke hvordan man er organisert
- Jobber hardt for å opprettholde pasientflyt og gjennomføre planlagte operasjoner, tar ikke lett på strykninger – om kirurgiske klinikker selv hadde hatt styring på det ingen garanti for at det blir større kapasitet

Helhetlig styring og ledelse

- Overordnet kontroll av fordeling av ressurser, areal og kompetanse på hver lokasjon og funksjon
- Harstad og Narvik godt inkludert i klinikken, opplever at stedlige ledere har god kontakt med klinikk sjef og blir tatt på alvor
- Egne avdelinger i Narvik og Harstad er veldig positivt for å kunne være med å påvirke og beslutte
- Samlet virksomhet gir fleksibilitet, lettere å endre og bufre ved behov

Ressurser

- Per i dag har OpIn felles planlegging av utstyrsinnkjøp. Dersom dette skulle fordeles på flere klinikker vil det bli mer ressurskrevende og større kostnad
- Oppdeling av ressursene vil kreve større ressurstilgang
- Investering av medisinsk teknisk utstyr og opplæringsbehov – fordel å være i en enhet – styre utnyttelsesgrad
- Oppgavefordeling fra operasjonssykepleiere til assistenter på sterilforsyning, arbeidsforskyving fungerer fordi de er i en enhet, ikke oppnådd det samme på HLK som har egne operasjonssykepleier

- Varelogistikk – jobbes aktivt med å få den best mulig
- God utnyttelse av bemanning og utstyr
- Det har betydning for AnOP i Harstad og Narvik hvordan andre klinikker har organisert sin kirurgiske virksomhet

Kvalitet

- Anestesileger: kreves både bredde og spisskompetanse. En vanskelig kombinasjon å få til, men dagens organisering sikrer dette.
- Vaktordning må inneha samlet god kompetanse og nok bemanningsressurser, det ivaretas i dagen organisering. Dersom deles opp behøves flere vaktsjikt.
- Stabil bemanning (leger og spesialsykepleiere) i en klinikk; viktig for å bygge og beholde kompetansen. Operasjonskapasitet kan overordnet styres av klinikkssjef på vegne av direktøren
- Felles ressurser utnyttes godt
- Elektiv drift er lett å dele opp, men Ø-hjelp-drift skal også ivaretas.
- Selv om HLK har kontroll på operasjonssykepleierressursene i forhold til elektiv drift, har de fortsatt behov for å bruke ytterlig kapasitet i OpIn -klinikken for å få gjennomført sine pasientforløp. Det tilsier at selv om andre klinikker skulle få kontroll på egne ressurser, er det ikke sikkert det løser kapasitetsproblemer fordi ressursene totalt er begrenset
- Fordeler kapasiteten på lokasjoner mellom Harstad, Narvik og Tromsø.

Rekruttering

- Vanskelig å rekruttere leger til spesialisering til små enheter
- Et godt fagmiljø tiltrekker seg personell

Kompetanse

- Fordelaktig å holde utdanningen i en klinikk. Allerede en utfordring at Akuttmedisinsk klinikk ikke er med å utdanne leger.
- Unikt at vi har en generell intensivavdeling der personalet er "allroundere"
- Bred kompetanse og spisset kompetanse: må styres slik at det er riktig kompetanse og ressurser tilstede på vakttid
- Operasjonssykepleiere er mer spesialisert enn anestesisykepleiere er

Arbeidsmiljø

- Fordel for arbeidsmiljø å være i samme fagmiljø, gjelder både anestesileger og spesialsykepleiere

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

En plassering i OpIn vs akuttmedisinsk klinikk?

Fordeler og ulemper med å være?

OpIn -klinikken:

- Avdelingsleder i Harstad og Narvik mener: Organisatorisk best om de fortsetter i OpIn, fordel i forhold til stedlig ledelse
- Godt samarbeid med legevakt og kommunene, bemanning planlagt i forhold til dette
- Bedre gjennomføring av tidligere planlagte fagmøter vil imøtekomme behov for faglig samkjøring av kompetansen i akuttmottakene

Akuttmedisinsk klinikk:

- Faglig tilhørighet en fordel, men det vil bli mangel på stedlig ledelse

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

- Inntakskontor i Tromsø, Harstad og Narvik i OpIn
- Kirurgisk virksomhet i Narvik til OpIn
- Harstad: Dagkirurgi, bør være i OpIn
- Operasjonssykepleiere i HLK til OpIn
- «Hjerteoppvåkning» bør bli en del av Oppvåkningen
- Generell intensiv
- Oppvåkningen Tromsø bør inngå i AnOP når Intensiv flytter til A9
- Felles bruk av assistenter i Sterilforsyning/Spesialrenhold og Oppvåkningen
- Slå sammen sterilforsyning og spesialrenhold i Harstad og Narvik med avdelingen i Tromsø –En intensivvirksomhet med MIA (minus HO), Intensiv og Tung Overvåking

- Egne anestesileger tilhørende Intensiv

Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

- Skille ut områder som er helt uaktuelt økonomisk
- Bred sammensetning der også ledere er representert
- Se på det som kan fungere bedre (man kan ikke organisere seg ut av problemer)

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville deres råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

Beholde dagens organisering, men forbedre den

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

Referat fra fokusgruppeintervju 11 i OpIn (6 av 6)

Dato: 15/5-2017

Kl.: 1400-1520

Intervjuet ledet av: Hege Andersen

Referent: Hege Andersen

Tilstede

Rolf Arne Iversen	Anestesilege	An.Op. Harstad
Ann Tove Rath Pedersen	Enhetsleder	An.Op. Tromsø
Heidi Elvegård	Enhetsleder	An.Op. Tromsø
Bjørn Anders Kroken	Seksjonsoverlege	Legeavdelingen, Tromsø
Jon Inge Harr	Overlege	An.Op. Narvik
Pernille Haraldsen	Anestesilege	An.Op. Narvik
Ole Tobias Olsen	Seksjonsleder	Akuttmottaket Narvik
Dagrunn Pettersen	Spesialsykepleier	An.Op. Narvik
Ingebjørg Santi	Sykepleier	An.Op. Narvik
Berit Vassbakk	Spesialsykepleier	An.Op. Narvik
Anne Klippenvåg	Sykepleier	An.Op. Narvik
Beate Klubnes	Sykepleier	An.Op. Narvik
Eirin Merete Olsen	Seksjonsleder	An.Op. Narvik
Kristin Høgseth Pedersen	Spesialsykepleier	An.Op. Narvik
Gunilla Margareta Malmros	Spesialsykepleier	An.Op. Narvik
Bente Irene Hoseth	Intensivsykepleier	An.Op. Narvik
Vibeke Haukland	Sykepleier	OpIn, Narvik
Unni Solveig Urke	Anestesisykepleier	An.Op. Narvik
Harriet Magna Skoland	Operasjonssykepleier	An.Op. Narvik
Torgunn Gerhardsen	Operasjonssykepleier	An.Op. Narvik
Heidi Zuidhoek Larsen	Seksjonsleder	An.Op. Narvik

Introduksjonsspørsmål: Kjenner dere til hva som skal evalueres (X=ja)?

Evalueringens formål x

OpIn's virksomhet? x

Fokusgruppens rolle? x

Overgangsspørsmål: Har det betydning for den virksomheten du bedriver til daglig hvordan OpIn's virksomhet bedrives/hvordan operasjons- og anestesiresursene er organisert?

Alle deltakerne var ansatt i klinikken/akuttmottak Narvik så svaret var et stort og rungende ja.

Samtidig rapporterte flere fra narvik om at de oppfattet seg som en geografisk distansert del av organisasjonen, med lange beslutningsveier og utydelighet ifht oppdrag og ressurser

Nøkkelspørsmål 1: Det er i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene som skal evalueres. Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Deltakerne i møtet argumenterer alle for å holde anestesi- og operasjonsressursene samlet. Særlig på HA og Na er det utenkelig å splitte opp grunnet størrelse, pasientgrunnlag og sårbarhet allerede i dag. Det vises også til at utdanning av LIS ikke vil fungere om en sprer ressursene

Systemet i dag mht forholdet mellom «produksjon» og service er ikke synkront; dersom kirurgene ønsker å øke produksjon gir dette økte inntekter for disse, men økte utgifter for OpIn.

Det etterlyses større eierskap fra kirurgene til «sine pasienter» - også i dagens ordning (op. – planlegging – både pre- og post-).

Det er bekymring for oppsplitting av intensiv og oppvåkning (samme grunner som over).

Fra Tromsø meldes det at styring og ledelse er helhetlig og fleksibel innen dagens system. Fra Narvik meldes det at ledelsen ikke er tydelig nok, den er for lite transparent og målene er utydelige. Særlig reageres det på at det tillates å ha ulik praksis på de tre lokalisasjonene – og at det ikke får konsekvenser om en ikke gjør det en skal. I klinikkstrukturen må en ha ledelse lokalt, og kunnskap om lokale forhold. Så lenge vi ikke har felles prosedyrer har vi ikke gjennomgående faglig ledelse.

OpIn må ta et større grep om virksomheten på alle tre lokalisasjonene. Den valgte organiseringen er IKKE til hinder for å få dette til – det er manglende iverksetting /gjennomføring som er problemet.

Fra legehøld i Narvik påpekes det at leger, ikke sykepleiere må lede leger (kulturforskjeller). De mener at lokalsykehuset ledes av sykepleiere og etterlyser legeledelse.

Økte ressurser til intermediærpasienter – økt kvalitet.

Systemet er godt etablert for å ivareta det akutte. Ressursutnyttningen er ikke optimal så lenge Tromsø ikke bruker Harstad og Narvik på en konsekvent og gjennomgående måte (avlastning). Et uutnyttet potensiale. En må ha felles standarder, felles bruk av ressurser og utdanne LIS alle tre stedene.

Nøkkelspørsmål 2: Organisatorisk tilhørighet for akuttmottakene i Harstad og Narvik utredes som en del av evalueringen. Hva er din vurdering av dette;

En plassering i OpIn vs akuttmedisinsk klinikk?

Fordeler og ulemper?

OpIn -klinikken: Lokal ledelse, teamjobbing, samarbeid lokalt/på tvers, rotasjon (helg). Noen påpeker at det å omorganisere vil være en stor belastning for de ansatte. Felles fagråd (fungerer dårlig, intensjonene etterleves ikke) og felles akuttjournal.

Akuttmedisinsk klinikk: Faglig utvikling i akutfaget. Felles fag → felles prosedyrer. Beredskap styrkes. Føler seg «faglig hjemme» i Akuttmed. Klinikk. Hvis en fikk lokal stedlig ledelse (med.faglig ansvarlig legeressurs) så kunne dette bøte på lange beslutningsveier, samt at akuttmottak ble en egen avdeling. Noen mener dette er framtiden.

Noen mener den intrahospitale tilknytningen til «moderavdeling» er vel så viktig som tilknytningen til Akuttmed.

Et alternativ er å organisere legeressurs i Akuttmed.klinikk, mens personellet for øvrig er i OpIn.

Viktig at det settes av tid til beredskapsarbeid uansett om organisering i OpIn eller Akuttmed. Klinikk.

Nøkkelspørsmål 3: Evalueringens andre del består i en utredning av alternative organisatoriske løsninger, inklusive en risikovurdering av de ulike modellene.

Hva mener du er aktuelle alternative organiseringer?

Ingen ser for seg å spre ressurser eller splitte Anop-avdelingen. For akuttmottakene, se over.

Det foreslås å finne et referansesykehus mht å splitte ressursene på de kirurgiske klinikkene for å kunne sammenligne og høste erfaring.

Har du noen tanker om hvordan risikovurderingen bør gjøres – og av hvem?

ROS-analyser bør gjøres for to siktemål; for pasienten og for organisasjonen (ansatte (parallelt)).

Bør gjøres av profesjonelle, eksterne fagfolk bør delta.

«Alt tatt i betraktning» - spørsmål:

A: Gitt diskusjonen i dag og egne synspunkt; hva ville deres råd være mht organiseringen av operasjons- og anestesiresursene i UNN?

Felles vaktlinjer, ressurser og planlegging innen operasjon og anestesi/intensivsykepleie er en forutsetning for robust og levedyktig organisering/kvalitativ pasientbehandling, utvikling, utdanning, rekruttering og arbeidsmiljø. Se over

Inntaksfunksjonen både i Ha og Na bør flyttes til OpIn

Pasienthotellet (Narvik?) bør flyttes til OpIn

B. Er det andre momenter vi ikke har berørt som er viktige?

Kapasitetsutnyttelse i Ha og Na – og UNN som helhet.

Kulturen som helhet

Vedlegg 4: Dialogavtalen

Dialogavtalen viser virksomhetens prioriterte utviklingsområder gjennom avtalte satsinger bestående av resultatmål, indikatorer og tiltak virksomhetens ledernivåer. Organisasjonens overordnede mål og strategier, strategisk utviklingsplaner og langtidsplaner ligger til grunn for dialogavtalen. Dialogavtalen er et verktøy for å implementere strategiene og påvirke aktiviteten i virksomheten.

Innføring av dialogavtalen som lederverktøy i forhold til virksomhetsstyring, kom som følge av LUO 2007. Hvordan den kan brukes angis i [Dialogavtaleboken](#). Den er en veileder som beskriver hvordan dialogavtalen kan brukes. På overordnet nivå forklares mest om HVA man velger å prioritere og ha fokus på og på underordnet nivå mer om HVORDAN man skal gjøre det gjennom ulike tiltak.

Dialogavtalen til OpIn -klinikken er lest og gjennomgått april 2017. Den beskriver klinikkens enheter slik den var organisert før 1/3-2017 og er ikke oppdatert med nytt organisasjonskart fra 1/3-2017.

Vi har sett på hvordan OpIn -klinikken bruker dialogavtalen, innholdet i dialogavtalen, om den besvarer på hva og hvordan, hvilke føringer som gis og hvilke satsingsområder som er valgt i klinikken i forhold til strategiske valg og føringer på overordnet nivå og anbefalinger gitt i Dialogavtaleboken. Vi har ikke sammenlignet OpIn -klinikken innhold i dialogavtalen med andre klinikker.

Bruk av dialogavtalen

Direktøren gir føringer om hvilke satsingsområder som skal være i fokus i dialogavtalen årlig. Klinikksjefen i OpIn -klinikken har egne årlige oppfølgingsmøter med hver avdeling. Der møter ledere, plasstillitsvalgte og verneombud for hver seksjon. Her etterspørres innspill fra ansatte til hva som ønskes prioritert i for kommende år/periode innenfor hvert avtalte satsingsområde pluss eventuelt egne mål/tiltak. Dette samsvarer med intensjonen om å ivareta bottom-up-perspektivet.

Dialogavtalen skal anvendes aktivt i ledermøter, og det oppfordres til å gjøre det i andre møter som for eksempel KVAM-møter og personalmøter. Dette er nevnt på flere avdelingens dialogavtale.

Dialogavtalen virker oppdatert, for tiltak er satt i ulike faser i forhold til fremdrift eller ferdigstilt og det ligger minimalt inne av dokumentasjon fra tiltak som var tenkt vært ferdigstilt i 2014. Den virker være mer oppdatert på overordnet nivå og i de fleste avdelingene, men i mindre grad på seksjonsnivå

Innhold i OpIn -klinikken dialogavtale

OpIn's dialogavtale forventes å inneholde overordnede føringer og klinikkovergripende satsingsområder på klinikknivå (overordnet nivå) og mer ha spesifikke og tidsbegrensede mål

og tiltak på avdelings- og seksjonsnivå (underordnet nivå). Vi velger å ikke presentere forskjellene mellom enhetene her.

Se tabell V4.1. Avtalte satsinger i rapporten-

Indikatorer

I noen avdelinger har de lagt inn indikatorer de måler, på klinikknivå er det registrert mål fokusområder både med og uten indikatormål. Flere avdelinger har ikke lagt inn indikatorer i dialogavtalen.

Mål og tiltak

Det beskrives for det meste hva man ønsker å oppnå, hvem som er ansvarlig og tidsfrist, men i liten grad hvordan man skal oppnå målet, altså hvilke tiltak som må iverksettes. De har satt mange mål de ønsker å realisere, men det står ikke i forhold til mengden resultatmål og tiltak på avdelingsnivå og seksjonsnivå. På overordnet nivå ble tiltakene i formulert i større grad i tilknytning til målene,

OpIn -klinikken dialogavtale inneholder avtalte satsinger med mål, indikatorer og tiltak innenfor alle de strategiske hovedretningene i UNN, men på underordnet nivå er det mindre grad av konkretisering i tiltak, heller mere formulerte mål. Dialogavtalen ser ut til å bli brukt aktivt i virksomhetsstyringen og følger mange av anbefalingene i Dialogavtaleboken.

Vedlegg 5: KVAM-struktur

KVAM-strukturen i Opln består av et KVAM-utvalg på klinikknivå og seks KVAM-grupper fordelt på avdeling-/seksjonsnivå i Harstad og Narvik (endret) og i Tromsø i forhold til verneområder.

Det satses på opplæring i arbeidsmiljø og HMS som er at både ledere, deltagere i KVAM-utvalg og KVAM-grupper, inklusive verneombud, får interne eller eksterne kurs i HMS/arbeidsmiljø.

KVAM-strukturen består av to nivå, KVAM-utvalg på klinikknivå og KVAM-grupper (en eller to) på avdelingsnivå. Struktur, sammensetning i utvalg og grupper, referat fra møtene og årsplan er tilgjengelig på Opln's intranettside.

KVAM-utvalg på klinikknivå

KVAM-utvalget i Opln er per april 2017 sammensatt av klinikkjefen (leder), fire avdelingsledere i alle avdelingene i klinikken (arbeidsgiverrepresentanter), klinikkverneombud, overlege fra anestesien, klinikktiltidsvalgt, to verneombud, en koordinerende fagutviklingssykepleier og kvalitetsrådgiver. KVAM-utvalget lager årsplan for KVAM-arbeidet i klinikken.

Møtevirksomhet i klinikkens KVAM-utvalg i evalueringsperioden:

Klinikk/År	2013	2014	2015	2016
Opln	3	4	4	5

KVAM-grupper

KVAM-gruppene ble etablert i perioden 2012-2013. Enhetene i Harstad og Narvik ble omgjort fra seksjoner til avdelinger i 2014. De endret da sammensetningen i KVAM-gruppene for å tilpasse den nye organiseringen, men ikke antall KVAM-grupper.

Alle enhetene følger årsplan fra KVAM-utvalget og legger til det man ønsker i tillegg på seksjonsnivå. I planen planlegges møter for hele året, og de fleste enhetene tar høyde for møtene i arbeidsplan. Antall gjennomførte møter varierer noe, men alle har en plan om å gjennomføre 6 møter per år. Dersom møtene ikke er gjennomført som planlagt har det i hovedsak vært driftsmessige utfordringer og/eller sykefravær hos medlemmene som har vært årsak til det.

Sammensetning i gruppene er ledere (arbeidsgiverrepresentanter) og ansatte representanter inkludert verneombud og tiltidsvalgt i verneområdene. Det synes å være gjennomgående av KVAM-gruppene ledes av en som er leder på seksjonsnivå.

Tabell v%.1: Møtevirksomhet i KVAM-gruppene i klinikken i evalueringsperioden:

Avdeling/Seksjon/År	2013	2014	2015	2016
Smerteavdelingen	3	3	3	3
AnOp, Tromsø	0	3	5	3
AnOp, Harstad	5	5	6	6
AnOp, Narvik	3	6	6	5
Oppvåkningen, Tromsø	5	6	6	5
Intensiv, Tromsø	6	6	6	6

Årsplankalender som viser områder de har fokus på samt tidsplan for gjennomføring. Årsplan er førende for tema i KVAM-arbeidet i KVAM-utvalget i klinikken og KVAM-gruppene på seksjonsnivå. Temaene i årsplanen går i mer og mindre grad igjen i de i møtene som er referatført og er tilgjengelig på intranett.

Gjennomgående tema i årsplan i evalueringsperioden:

- Årsplan for både Kvam-utvalg og Kvam-grupper
- Møteplan
- Utviklingssamtaler
- "Medarbeiderundersøkelser/ Pasientsikkerhetskulturundersøkelse"
- Sykefravær/tilstedeværelse
- KVAM-dag
- Brannvern
- Vernerunde
- Kjemikaliekartotek
- Opplæring HMS
- Docmap
- Opplæringsplaner nyansatte
- Opplæring MTU
- Undervisningsplaner
- Strålevern
- Smittevern
- Arbeidsmiljøtiltak
- Miljøsykehus
- Pasientsikkerhetsprogrammet
- Byggeprosjekt
- Intern revisjon

KVAM-dager

OpIn arrangerer selv KVAM-dager i egen klinikk fra 2015. Det er flere avdelinger som arrangerer egne KVAM-dager (1 per år) i tillegg til møtene i KVAM-gruppene og KVAM-dagen klinikken gjennomfører.

Andre observasjoner

I Dialogavtalen har OpIn -klinikken dokumentert satsing på handlingsplaner i KVAM-gruppene, de skal være en del av årsplanen og at de skal forankres i lederteamene.

Konklusjon

OpIn følger retningslinjer som er gitt for KVAM-struktur, KVAM-utvalg og –KVAM-grupper både når det gjelder sammensetning, innhold av tema og møtevirksomhet. De klarer for det meste å gjennomføre planlagte møter, de som skal delta deltar og møtene blir kun avlyst dersom driften er av en karakter som gjør at man ikke kan gå fra enheten. Klinikken arrangerer også egen intern KVAM-dag i klinikken samt at avdelingene selv også har rom for å arrangere egen KVAM-dag. Det viser at OpIn -klinikken legger til rette for KVAM-aktivitet utover minimumsanbefaling i retningslinjene.

Satsingen på KVAM-arbeid er dokumentert i dialogavtalen, forankret i ledelsen på alle nivå og følger satsingsområder gitt i strategier i UNN.

Kilder for dette vedlegget:

Retningslinjer KVAM i UNN: <http://intranett.unn.no/kvam/category23418.html>.

OpIn -klinikens intranettside: <http://boo-hndcm-01.hn.helsenord.no/DocMapProd/page/doc/dmDocIndex.html?DOCVIEW=FALSE?DOCID=731716>

Dialogavtalen: <http://tos-web-13/dialogavtalen#>

Samtale/e-post med Tonje Drecker, kvalitetsrådgiver, Brita Jørgensen, avdelingsleder Anestesi- og operasjonsavdelingen, Narvik, Astrid Dalum, seksjonsleder Intensiv, Tromsø, Tone Elise Westgaard, avdelingsleder Smerteavdelingen, Rita Pernille Masternes, avdelingsleder Anestesi- og operasjonsavdelingen, Harstad og Ann Iren Lein, seksjonsleder Oppvåkningen, Tromsø.

Vedlegg 6: Avviksmeldinger

År	2013	
Radetiketter	Antall av Hendelsestyper	
		62
Administrative rutiner		34
Avfall		1
Beredskap/Katastrofeplan		5
Feil merking/ikke merket pasient		1
Helse-Miljø-Sikkerhet (HMS)		24
ID-kontroll ikke utført		1
IKT		3
Informasjonssikkerhet		2
Intern revisjon		2
Legemiddelhåndtering		22
Legemidler		2
Medisinteknisk utstyr		22
Pasientadministrative rutiner		39
Pasientbehandling		72
Renhold		15
Samhandling, eksternt og internt		30
Smittevern		17
Strålevern		1
Teknisk vedlikehold, drift, forvaltning		5
Transport/forflytning av pasient		3
Totalsum		363

Tabell 1 2013: I 2013 ble det meldt 363 avvik. Hvorav 72 gjelder pasientbehandling. Opin-klinikken hadde 23 3.3a meldinger som ble vurdert videresendt til helsetilsynet.

År	2015	
Radetiketter	Antall av Hendelsestyper	
		101
Administrative rutiner		64
Angrep på personalet		2
Annet		13
Brannvern		1
Feil merking/ikke merket pasient		4
Helse-Miljø-Sikkerhet (HMS)		9
ID-kontroll ikke utført		1
IKT		6
Info.sikk - Utskrift med sensitive opplysninger på avveie		4
Informasjonssikkerhet		2
Legemiddelhåndtering		33
Legemidler		9
Medisinteknisk utstyr		30
Pasientadministrative rutiner		79
Pasientbehandling		117
Renhold		17
Samhandling, eksternt og internt		39
Smittevern		25
Teknisk vedlikehold, drift, forvaltning		5
Transport/forflytning av pasient		2
Vernerunde		1
Totalsum		564

År	2014	
Radetiketter	Antall av Hendelsestyper	
		79
Administrative rutiner		77
Avfall		6
Brannvern		1
Eksterne tilsyn, avvik, pålegg		1
Feil merking/ikke merket pasient		4
Helse-Miljø-Sikkerhet (HMS)		19
ID-kontroll ikke utført		1
IKT		4
Informasjonssikkerhet		2
Legemiddelhåndtering		19
Legemidler		5
Medisinteknisk utstyr		25
Pasientadministrative rutiner		54
Pasientbehandling		99
Renhold		27
Samhandling, eksternt og internt		25
Smittevern		24
Strålevern		1
Teknisk vedlikehold, drift, forvaltning		7
Transport/forflytning av pasient		7
Totalsum		487

Tabell 2 2014: I 2014 ble det meldt 487 avvik. Hvorav 99 gjelder pasientbehandling. Opin-klinikken hadde 34 3.3a meldinger som ble vurdert videresendt til helsetilsynet.

År	2016	
Radetiketter	Antall av Hendelsestyper	
		188
Administrative rutiner		101
Annet		61
Avfall		4
Beredskap/Katastrofeplan		2
Brannvern		3
Feil merking/ikke merket pasient		2
Helse-Miljø-Sikkerhet (HMS)		21
ID-kontroll ikke utført		2
IKT		7
Info.sikk - Utskrift med sensitive opplysninger på avveie		3
Informasjonssikkerhet		1
Legemiddelhåndtering		29
Legemidler		20
Medisinteknisk utstyr		32
Pasientadministrative rutiner		87
Pasientbehandling		253
Renhold		14
Samhandling, eksternt og internt		25
Smittevern		38
Teknisk vedlikehold, drift, forvaltning		2
Transport/forflytning av pasient		5
(tom)		
Totalsum		900

Tabell 3 2015: I 2015 ble det meldt 564 avvik. Hvorav 117 gjelder pasientbehandling. Opn-klinikken hadde 49 3.3a meldinger som ble vurdert videresendt til helsetilsynet.

Tabell 4 2016 : I 2016 ble det meldt 900 avvik. Hvorav 253 gjelder pasientbehandling. Opn-klinikken hadde 73 3.3a meldinger som ble vurdert videresendt til helsetilsynet.

Vedlegg 7: Tidligere organisering av klinikken i perioden etter LUO (2008-2017)



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVN NORGG UNIVERSITEHTARJONHCCEVISSU

Organisasjonsmodellen med klare matrisetrekk – Akutt og prehospital klinikk

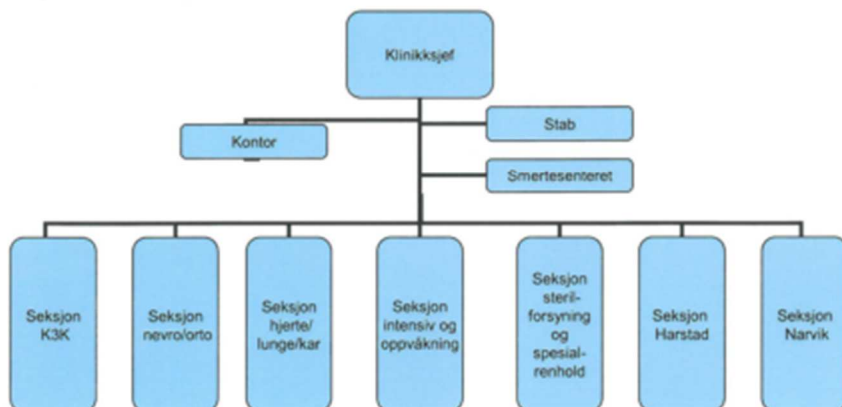


HELSE NORD



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVN NORGG UNIVERSITEHTARJONHCCEVISSU

Fisjioneringen våren 2009 gir Anestesi – og Operasjonsklinikken



HELSE NORD



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DÁVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVEASSU

Organisering - 2011



2014-Organisasjonskart

Operasjons- og intensivklinikken



Vedlegg 8: Vikarbruk

Tabell jv8.1. Utvikling av vikarbruk i Opln klinikken mellom 2013 og 2016. Thomas sjekker

Vikartype	Totalt 2013	Totalt 2014	Totalt 2015	Totalt 2016
Ekstrahjelp	2610942,11	2989760,48	2268425	2756368,67
Ferievikarer	3178185,54	2574762,22	2799272,16	3274402,39
Innleie av sykepleiere fra firma	9084351,88	14230265,69	4796309,9	9432925,09
Innleie leger lønssystem	2640670,79	3585137,14	2630076,52	5841012,2
Innleie av leger fra firma	2636821	2929043	2530010	3802081,7
Vikarer andre årsaker	4486023,82	7135512,82	10511350,15	15923891,22
Vikarer ved omsorgspermisjon (m/refusjon)	1821266,92	1026833,46	1899432,08	1753141,34
Vikarer ved sykdom	5776543,4	5593409,66	5319331,12	7224030,37
Totalsum	32234805,46	40064724,47	32754206,93	50007852,98
Gjennomsnitt	4029350,683	5008090,559	4094275,866	6250981,623
Endring fra året før		24,3 %	-18,2 %	52,7 %

Innleie av leger fra firma: En ujevn innleie av denne regnskapsposten, men en markant økning fra 2015 til 2016.

Innleie av sykepleiere fra firma: Regnskapsposten viser at det i 2013 og 2016 var et omtrentlig likt forbruk på ca. 9-9,4 mill mens 2014 og 2015 var svært forskjellig med henholdsvis 14,2 mill og 4,7 mill.

Innleie leger lønssystem: Ser ut til å være en økende post i regnskapet.

Vikarer ved omsorgspermisjon (m/refusjon): Posten er forholdsvis jevn i de ulike årene.

Vikarer ved sykdom: Vikarbruken ved sykdom hadde en markant økning fra 2015 til 2016.

Ferievikarer: Bruken av ferievikarer har vært varierende mellom 2,5 og 3,2 mill siste fire år.

Vikarer andre årsaker: Denne posten er økende de siste fire år, fra 4,4 mill i 2013 til 7,1 mill i 2014, deretter 10,5 mill i 2015 og 15,9 mill i 2016.

Ekstrahjelp: bruken av ekstrahjelper har vært ganske stabil mellom 2,2 og 2,9 mill de siste fire år.

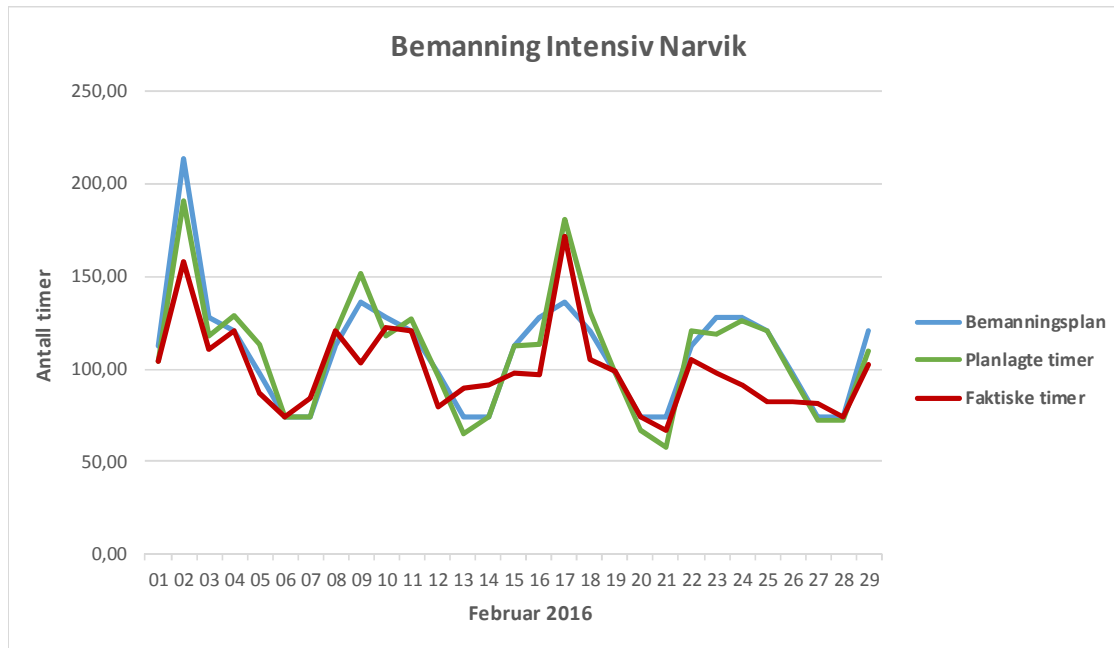
Tabell V 8.2: Tabellen viser antall spesialsykepleiere overtid fordelt på aldersgruppe.

Aldersgruppe	2014	2015	2016	2017	Gjennomsnitt
20-29	3	4	5	8	5
30-39	62	80	69	70	70
40-49	139	130	119	124	128
50-59	120	116	119	118	118
60-69	39	49	47	56	48
70-	1		1	1	1
Totalt	364	379	360	377	

Vedlegg 9: Bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer:

Februar måned er en måned med høyt sykefravær på grunn av influensa og derfor ligger den mørke røde-kurven under bemanningsplan (stort sett) og planlagte timer. Man kan gå enda nærmere og se en på spesifikk måned – som f.eks. figuren under som illustrerer bemanningsplan, planlagte- og faktiske timer for Intensive Narvik i februar 2016.

Figur V 9.1.: Planlagte vs. faktiske drift i Intensiv Narvik for februar 2016.



Vi ser at disse kurvene følger hverandre mye tettere, men det er store svingninger fra dag til dag eller fra ukedager til helgene.

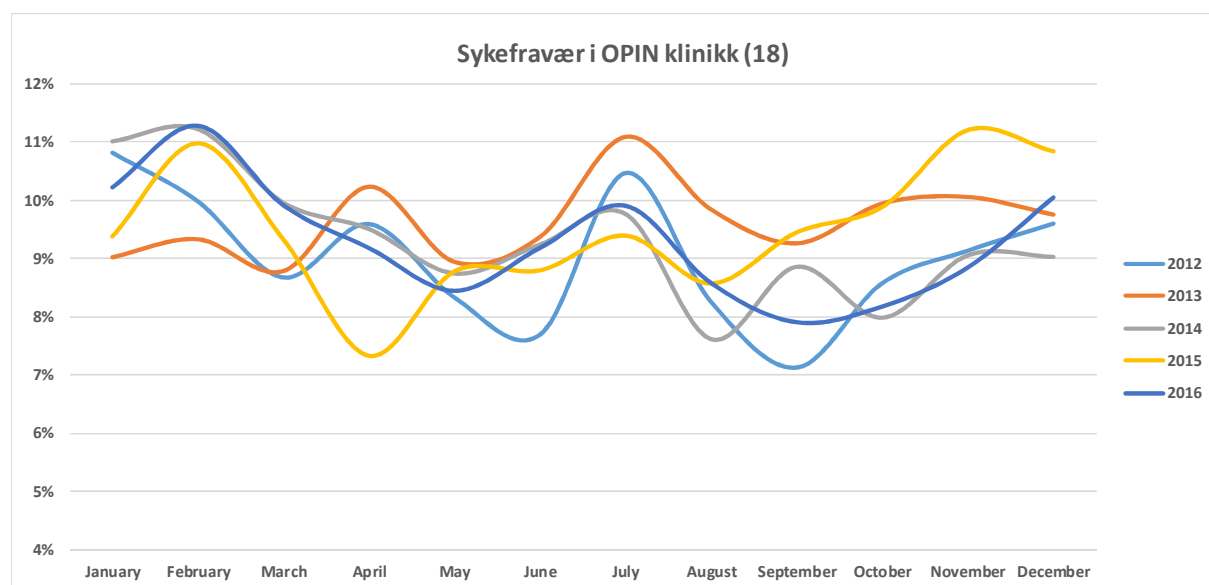
Vedlegg 10: Sykefravær

Tabell v10.1: Sykefravær ved UNN HF og i OpIn klinikken. Det viser også hvor mye sykefraværet i klinikk avviker fra måltallet (7.5%) og fra UNN FH sitt totale gjennomsnittsykefravær.

År	Sykefravær UNN HF i %	Sykefravær i OpIn i %	Avvik mellom UNN og OpIn %	Avvik fra måltall (7.5%)
2012	8,4	8.9	0.5	1.4
2013	9.0	9,6	0.6	2.1
2014	8.8	9.3	0.5	1.8
2015	8.9	9.5	0.6	2.0
2016	8.6	9.3	0.7	1.8
Gjennomsnitt	8.7	9.3	0.6	1.8

Figuren under viser utviklingen av sykefravær fordelt på måned i perioden 2012 til 2016. Vi ser at trenden er den samme som ellers i UNN. Sykefraværet i februar-, juli-, november- og desember månedene er høyere sammenlignet med de andre månedene. Et unntak er 2012 og april 2015. Det er store variasjoner fra år til år. Årsaken kan være omorganisering og opprettelse av nye kostandssteder. Gjennomsnittsberegning av sykefraværet i tabellen under viser at sykefraværet i OpIn klinikken er over 9 pst i perioden 2012 til 2016, noe som stemmer overens med tabellen over.

Figur v10.1: Utvikling av sykefravær fordelt på måned mellom 2012 og 2016.



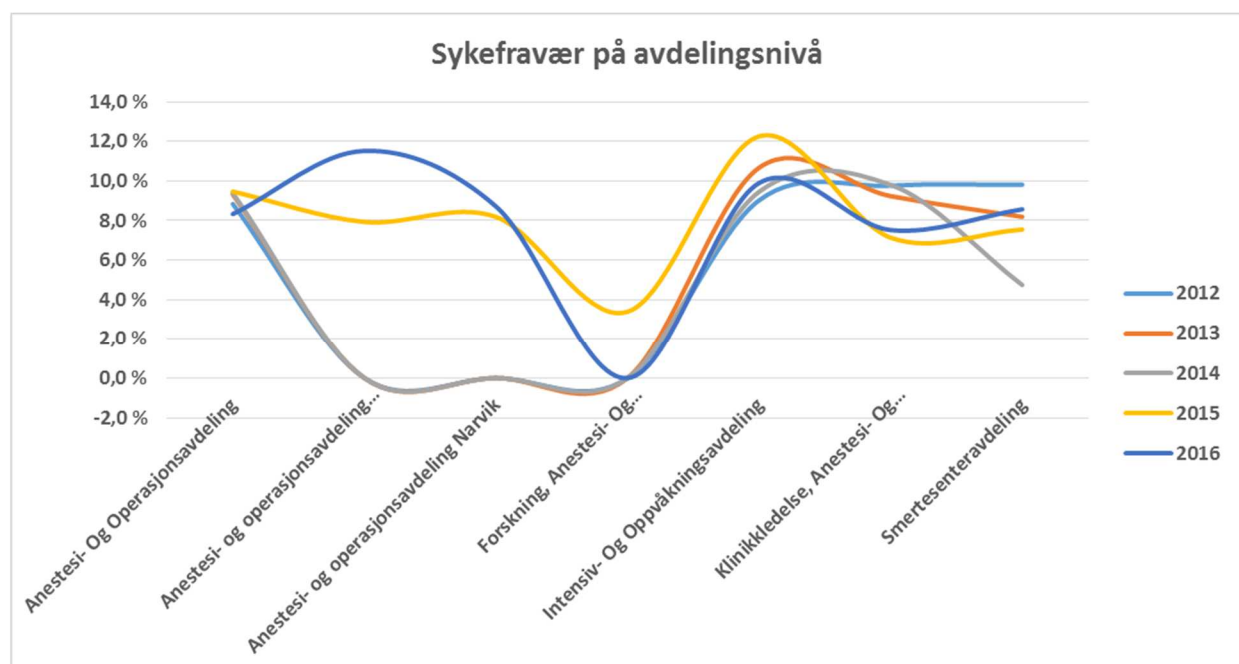
Tabell v10.2: Sykefraværet i OpIn klinikken per måned i perioden 2012 til 2016, median, gjennomsnitt i gjeldende periode.

Måned	2012	2013	2014	2015	2016
January	10,8 %	9,0 %	11,0 %	9,4 %	10,2 %
February	10,0 %	9,3 %	11,2 %	11,0 %	11,3 %
March	8,7 %	8,8 %	10,0 %	9,3 %	9,9 %

April	9,6 %	10,2 %	9,5 %	7,3 %	9,2 %
May	8,3 %	8,9 %	8,7 %	8,8 %	8,4 %
June	7,7 %	9,4 %	9,2 %	8,8 %	9,2 %
July	10,5 %	11,1 %	9,8 %	9,4 %	9,9 %
August	8,3 %	9,8 %	7,6 %	8,6 %	8,6 %
September	7,1 %	9,3 %	8,9 %	9,5 %	7,9 %
October	8,6 %	9,9 %	8,0 %	9,9 %	8,2 %
November	9,1 %	10,1 %	9,1 %	11,2 %	8,8 %
December	9,6 %	9,8 %	9,0 %	10,8 %	10,1 %
Median	8,9 %	9,6 %	9,1 %	9,4 %	9,2 %
Gjennomsnitt	9,0 %	9,6 %	9,3 %	9,5 %	9,3 %

Figuren under viser sykefraværsprosent på avdelingsnivå. Her ser vi at ikke alle avdelinger har hatt sykefravær i alle årene fra 2012 til 2016. Det er sikkert pga omorganisering og at ikke alle avdelingene eksisterte i alle årene. Tabellen under viser hvilke avdelinger som har hatt sykefravær i hvilke år. Vvdelingene *Anestesi- og operasjonsavdeling*, *Intensiv- og oppvåkningsavdeling*, *Klinikkledelse*, *Anestesi- og operasjonsklinikk*, samt *Smertesenteravdeling* har hatt sykefravær i alle årene, med henholdsvis 8.8%, 10.0%, 8.6% og 8.5% i gjennomsnitt. Alle avdelingene har hatt høye sykefravær, spesielt *Intensiv- og oppvåkningsavdelingen* med det høyest sykefraværet 10% i gjennomsnitt. Se på figuren og tabellen under.

Figur V10.2: Sykefravær på avdelingsnivå for perioden mellom 2012 og 2016.

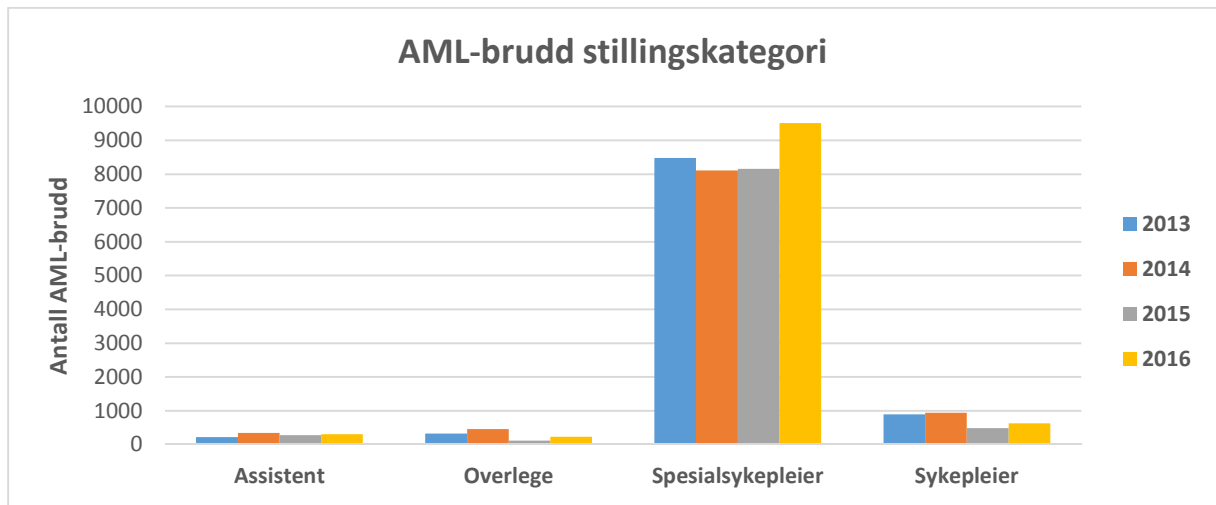


Tabell v10.3: Sykefraværsprosent på avdelingsnivå fra 2012 til 2016

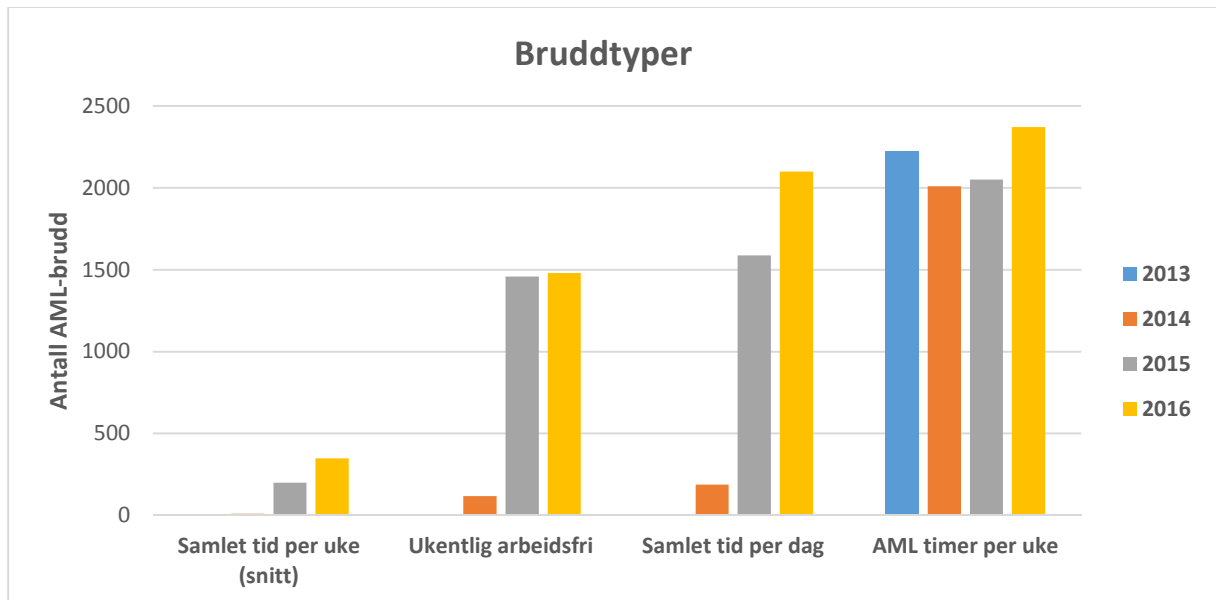
Avdeling	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Gjennomsnitt
Anestesi- Og Operasjonsavdeling	8,8 %	9,3 %	9,4 %	9,5 %	8,3 %	7,3 %	8,8 %
Anestesi- og operasjonsavdeling Harstad	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,9 %	11,5 %	9,4 %	9,6%
Anestesi- og operasjonsavdeling Narvik	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,2 %	8,7 %	6,3 %	7,3%
Forskning, Anestesi- Og Operasjonsklinikk	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %	3,4%
Intensiv- Og Oppvåkningsavdeling	9,0 %	10,7 %	9,5 %	12,3 %	9,9 %	8,4 %	10,0 %
Klinikkledelse, Anestesi- Og Operasjonsklinikk	9,8 %	9,2 %	9,8 %	7,1 %	7,5 %	7,9 %	8,6 %
Smertesenteravdeling	9,8 %	8,2 %	4,7 %	7,5 %	8,6 %	12,0 %	8,5 %
Gjennomsnitt	9,4 %	7,5 %	6,7 %	8,0 %	7,8 %	7,3 %	

Vedlegg 11: Aml-brudd

Figur v11.1: AML-brudd fordelt på stillingskategori.



Figur v11.2: Figuren viser bruddtyper i klinikken.



Vedlegg 12: Aktivitetsdata

Tabell v12.1: operasjoner pr måned, kniv- og stuetid 2013-2016

Operasjoner per måned								
År ▲	2013		2014		2015		2016	
Operasjonst... ▲	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)
Sum	21 128	38 698	21 484	39 585	21 112	39 539	22 026	40 832
Anestesi	1 190	2 197	1 185	2 239	1 284	2 441	1 262	2 393
Annet	111	178	.	.	.	.	.	.
Barn	118	233	120	271	90	210	93	210
Gastrokirurgi	3 978	7 240	3 890	6 915	4 019	7 272	4 442	7 987
Gastromedisin	40	91	42	95	36	90	54	120
Hjertekirurgi	2 738	4 346	2 726	4 445	2 597	4 298	2 580	4 326
Hud	53	121	32	81	26	64	25	56
Håndkirurgi	813	1 445	975	1 779	888	1 688	1 083	1 966
Ikke definert	.	.	.	.	3	6	.	.
Kvinneklubben	1 814	3 625	1 878	3 628	1 891	3 633	1 922	3 604
Nevrokirurgi	1 395	2 542	1 387	2 567	1 474	2 755	1 421	2 654
Ortopedi	3 418	6 896	3 585	7 315	3 232	6 734	3 319	6 782
Plastikkirurgi	974	1 661	826	1 548	760	1 486	992	1 866
Revmatologi	40	89	40	89	44	88	43	95
Urologi	2 012	3 742	2 317	4 264	2 286	4 409	2 464	4 636
ØNH	1 525	2 806	1 609	2 918	1 568	2 892	1 376	2 558
Øye	908	1 485	873	1 431	913	1 474	949	1 578

Tabell v12.2: Operasjoner pr måned, kniv og stuetid 2013-2016

Operasjoner per måned								
År ▲	2013		2014		2015		2016	
Operasjonstuetype ▲	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)	Knivtid (gjennomført)	Stuetid (gjennomført)
Sum	21 128	38 698	21 484	39 585	21 112	39 539	22 026	40 832
Innslusa Tromsø	10 202	17 541	10 246	17 659	10 368	18 307	11 109	19 687
Dagkirurgi C00 Tromsø	1 870	3 559	1 743	3 336	1 928	3 702	2 613	4 811
Utslusa Tromsø	2 108	4 145	2 302	4 625	1 389	2 901	840	1 815
Øye Tromsø	908	1 485	875	1 437	915	1 476	947	1 571
PPK Tromsø	476	836	533	1 035	497	981	609	1 139
Utposter Tromsø	910	1 455	858	1 407	1 070	1 801	1 071	1 705
Operasjonsstuer Harstad	3 158	6 033	3 209	6 204	3 184	6 362	2 915	5 841
Utposter Harstad	128	256	139	292	93	190	75	138
Operasjonsstuer Narvik	1 031	2 629	1 263	2 835	1 231	2 797	1 256	2 831
Utposter Narvik	146	317	129	322	130	321	150	372
Ikke uttylt	190	441	188	434	308	700	440	922
Mangler	0	1	.	.	.	.	.	.

Vedlegg 13: Strategisk utviklingsplan

Skjematisk fremstilling av utvalgte områder i klinikkvise strategiske utviklingsplaner i OPIN-klinikken, NOR-klinikken, HL-klinikken, K3K-klinikken, Akuttmedisinsk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken.

OPI N	Pasient-forløp	Samhandling og funksjonsfordeling	Kvalitet og pasientsikkerhet	Utdanning og rekruttering	Teknologi og e-helse	Prioritert utviklingsområde (5.1)
OPI N	<p>Koordinerte pasientforl</p> <p>Samarbeid med andre klinikker, felles pasientforl</p> <p>Riktig behandlingsnivå</p> <p>Videreutvikl pasientforl</p> <p>Tilpasse driften til nye behandl.-former og helsetilbud</p>	<p>Møte behovet for økt spesialisering av utredning og behandling med sentralisering</p> <p>Tydeliggjøre funksjonsfordeling mellom Tromsø, Harstad og Narvik</p> <p>Oppfølging samhandlingsreform for Smerteavdelingen</p>	<p>Aktiv bruk av kvalitetsindikatorer</p> <p>Systematisk og kontinuerlig arbeid med pasientsikkerhet</p> <p>Forbedringsarbeid</p> <p>Måle pasientopplevd kvalitet hos intensivpas.</p>	<p>Rekruttere og stabilisere personell med spesialkompetanse</p> <p>Rekrutteringsstillinger</p> <p>Utdanne/ trene personell</p> <p>Sikre bredde- og spesialkomp.</p> <p>Lederrekruttering og -utvikling</p> <p>Oppgaveglidning og bedre bruk av kompetanse</p>	<p>Økt bruk av teknologi</p> <p>Behandlingsmetoder</p> <p>Komm./ samhandl.</p> <p>Logistikk</p> <p>Fag/komp. (simulering)</p> <p>Delta i utvikling av E-læringssystemer</p>	<p>Økt behov avansert kirurgisk behandling/ mindre invasive teknikker</p> <p>Tilpasse drift i ny A-fløy</p> <p>Renovering og modernisering av driftsarealer på Innslusa</p> <p>Etablere egen strategi for intervensjons-tilbud i samarbeid med DK, Akuttmedisin, HLK, NOR og K3K</p> <p>Langsiktig strategisk budsjettarbeid som sikrer investeringer</p>

OPI N	Pasient-forløp	Samhandling og funksjonsfordeling	Kvalitet og pasient-sikkerhet	Utdanning og rekruttering	Teknologi og e-helse	Prioritert utviklingsområde (5.1)
NO R	<p>Dreining døgnet til dag</p> <p>Tett samarbeid med OPIN om felles pasientforløp (utnytte opp.ressurser optimalt)</p> <p>Tett samarbeid med OPIN (Intensiv, overvåking) og andre klinikker om pasientforløp innen rehab.</p> <p>Utnytte areal i ny A-fløy, inkludert integrering av observasjoner tilknyttet nevrokir. Behandl. og tidlig rehab A9</p>	<p>Effektiv utnyttelse av operasjonskap. gjennom forbedring av operasjonsplan, etablere prosesser for prioritering i forhold til kapasitet</p> <p>Ivareta lokalsykehusfunksjon i Harstad og Narvik og regionfunksjoner i Tromsø</p> <p>Utvikling innen kirurgi setter krav til faglig oppdatering, investering og ferdigheter, dette gir føringer om oppg.-fordeling mellom lokasjonene</p>	<p>Vektlegger kvalitetsarbeid gjennom systematisk forbedring og kontinuerlige forbedringsprosesser</p> <p>Anvende kvalitetsindikatorer</p> <p>Anvende Pas.sikkerhetsprogrammet</p> <p>Måle pasientopplevd kvalitet gjennom tilfredshetsmålinger og brukerundersøkelser blant pasienter og pårørende</p> <p>Anvende kliniske kvalitetsregistre</p>	<p>Målrettet rekruttering av sykepleiere både til egen virksomhet, men også for bidra til videreutdanning av nødvendig nøkkelpersonell</p> <p>Satse på fagutvikling, videreutdanning, simulering og ferdighetstrening</p> <p>Kompetansehøyning for ortopedier som deltar i traumeteam</p>	<p>Ivareta og være med å utvikle nye løsninger innen teknologi og IKT i klinisk virksomhet</p> <p>Sørge for opplæringsprogram</p>	<p>Ta i bruk og videreutvikle avansert diagnostisk verktøy og behandlingsformer innen flere av klinikkens fagområder</p>

OPI N	Pasient-forløp	Samhandling og funksjonsfordeling	Kvalitet og pasient-sikkerhet	Utdanning og rekruttering	Teknologi og e-helse	Prioritert utviklingsområde (5.1)
HKK	<p>Dreining døgnet til dag</p> <p>Øke poliklinisk virksomhet</p> <p>Utvikle elektive pasientforløp</p> <p>Samarbeid med andre klinikker om pasientforløp som har berøringspunkter utenfor HKK</p>	<p>Dreining åpen kirurgi til kateterbasert behandling, mini-invasiv behandling og økende grad av hybrid-prosedyrer</p> <p>Forbedring av strategisk operasjonsplan</p> <p>Utvikle metode for å fremskrive behov og å etablere prosesser for prioritering i forhold til begrenset operasjonsressurser</p> <p>Bidra til utvikling og organisasjon og pasientforløp innen intermedieær- og intensivfunksjon</p> <p>Venekirurgi UNN Narvik bidra med prosedyreutvikling og opplæring</p>	<p>tverrfaglig samarbeid mellom utøvere innen kardiologi, lungemedisin, de øvrige indremedisinsfag, intervensjonsradiologi, thoraxkirurgi og anesthesiologi</p> <p>Anvende kvalitetsindikatorer og data som grunnlag for analyse og valg av tiltak</p> <p>Bidra til videreutvikling av kliniske kvalitetsregistre i forbedringsarbeid og forskning</p>	<p>Strukturert kompetanseutvikling blant sykepleiere uten formell spesialutdanning.</p> <p>Integrering av forskning i klinisk hverdagsarbeid har betydning for rekruttering</p> <p>Oppbygging av intensivmedisinsk kompetanse spesielt blant kardiologer</p> <p>Bidra til handlingsplan om styrking av kompetanse blant leger og sykepleiere i indremedisin og kirurgiske fag knyttet til intermedieær- og intensivvirksomhet</p>	<p>Følge teknologisk utvikling innen diagnostikk og behandling med mulighet for individualisert og minimalisert invasiv behandling</p> <p>Videreutvikling assistentsystemer utover dagens tilbud (ECMO)</p> <p>Bygge ut ablasjonsbehandling og øke implantasjonsraten</p>	<p>Diagnostikk med bildedannelse som gir strukturell og funksjonell informasjon om veinene</p> <p>Økt bruk av hybrid og mini-invasiv behandlingsteknologi</p> <p>Forbedrede behandlingsmetoder</p> <p>Utvikle enda mer individuelt tilpassede behandlingsformer til pasientenes beste og med rasjonell ressursbruk</p>
K3K	Dreining døgnet til dag-	Regionale akuttfunksjoner innenfor klinikkens	Følge nasjonale kvalitetsindikatorer	Behov for personell i vaktintensive yrker, for	Fokus på å følge utvikling og bruke	Minimal invasiv kirurgisk

OPI N	Pasient-forløp	Samhandling og funksjonsfordeling	Kvalitet og pasient-sikkerhet	Utdanning og rekruttering	Teknologi og e-helse	Prioritert utviklingsområde (5.1)
	<p>Pasient-hotell sentral i moderne konsept for pasientforløp</p> <p>Sikre areal for alle pasientforløp (døgn, dag) og bidra til kontin. planlegging og drift</p> <p>Videreutvikle og optimalisere pasientforløp for alle pasientgrupper</p> <p>Både elektive og ø-hjelp etter modell fra pakkeforløp for kreftpasienter</p>	<p>fagområder, skal ivaretas i Tromsø</p> <p>Spesielt fokus på faglig utvikling og rekruttering innen fagområdene urologi, plastikkirurgi og generell gynekologi</p> <p>Harstad: Basistilbud større lokalsykehuskirurgi spesielt for Ofoten og Sør-Troms</p> <p>Narvik: Spesialisering innen poliklinikk og dagkirurgi innen fagområdene med stort behov som urologi og gynekologi</p>	<p>Bidra til vedlikehold og utvikling av nye nasjonale kvalitetsregistre, Kreftregisteret...</p> <p>Videreutvikle gode lokale kvalitetsindikatorer som styringsverktøy</p>	<p>eksempel gynekologer, gastrokirurger og jordmødre</p> <p>Innehar stort spesialistutdanningsansvar for leger som eneste klinikk i regionen</p> <p>Bruke simuleringsutstyr, E-læring, telementoring mm aktivt i utdanning, veiledning og kompetanseheving</p>	<p>avansert teknologi innen diagnostikk og behandling</p> <p>Bygge kompetanse og investere utstyr for å kunne utføre protonbehandling</p>	<p>kreftbehandling</p> <p>Drive forsknings- og utviklingsarbeid innen peroperativ behandling, inklusive pasientmedvtilbud sammen med samarbeidspartnere som OPIN og andre klinikker</p> <p>Forny utstyr og behandlingsmetoder innen kreftbehandling</p> <p>Videreutvikle protonbasert behandlingstilbud i regionen</p>
Akuttme	Først ha effektive pasientforløp for akutt	Være premissleverandør rundt funksjonsfordeling mellom	Utvikling og monitorering av resultat og	Legge til rette for å rekruttere	Sørge for investeringsmidler til neste	Tilpasse raskest mulig transport for å sikre tidligst

OPI N	Pasient-forløp	Samhandling og funksjonsfordeling	Kvalitet og pasient-sikkerhet	Utdanning og rekruttering	Teknologi og e-helse	Prioritert utviklingsområde (5.1)
d. klinikk	<p>sykepasienter i UNN's område, så bidra til å eff. pasientforløp som er innom klinikken</p> <p>Etablere en styrket, døgn-kont. Tilstedeværelse av medisinsk kompetent lege</p> <p>Delta i nasjonalt prosjekt sammen med OPIN om å kunne tilby transportmulighet for pasienter med avansert hjerte- og lungesvikt (ECMO/IABP)</p>	<p>sykehusene i Helse Nord når det gjelder akuttmedisinske forløp</p> <p>Ivareta regionfunksjoner Videreutvikl og ivareta regional AMK-funksjoner med høy kvalitet og katastrofe- og beredskapsarbeidet i UNN</p> <p>Lokalsykehusfunksjon utvikles og utvides gjennom Akuttmottaket- og Observasjonspost avdelingen</p> <p>Være ressurs for kommunene i utvikling av førstelinjens kapasitet og kompetanse til å utnytte sine KAD-senger</p>	<p>prosessindikator - viktige beslutningsverktøy for å stake ut en retning for det akuttmedisinske tjenestetilbudet</p> <p>Anvende UNN-KIS og videreutvikle spesifikke rapportssystemer for AMK, luftambulansene og ta i bruk eksisterende verktøy for ambulansetjenesten</p> <p>Fortsette å være aktiv bruker og bidragsyter nasjonale register</p>	<p>ambulansesfagerebidere</p> <p>Jobbe for at det opprettes videreutd. for akuttspl. ved UiT</p> <p>Samarbeide med OPIN om å sikre rekruttering og videreutd. av anestesileger</p> <p>Sørge for stabil, forutsigbar og tilstedeværende medisinsk ledelse (leger) i akuttmottak og AMK</p>	<p>generasjon AMK-datasyst.</p> <p>Bidra til utvikling og tidlig ibrugging av nye løsninger for EPJ</p>	<p>mulig spesialisert behandling</p> <p>Tilpasse seg moderne traumebehandling i akuttrom med fremskutt radiologi og invasive teknikker</p> <p>Samarbeid med Diagnostisk klinikk for å utvikle tjenester som sikrer rask diagnostikk for den akuttmed. kjeden</p>

OPI N	Pasient-forløp	Samhandling og funksjonsfordeling	Kvalitet og pasient-sikkerhet	Utdanning og rekruttering	Teknologi og e-helse	Prioritert utviklingsområde (5.1)
BUK	<p>Pasienten skal ha en dør inn til klinikken</p> <p>Koordin pasientforløp gjennom samarbeid med andre involverte klinikker</p> <p>Dreining døgnet til dag</p> <p>Forbedrer pasientforløp og har fokus på kort ventetid, effektiv og virksom behandling, kunnskapsbasert tilbud og brukermedvirkning</p>	<p>Regionfunksjoner innen barnekreft, nevrokirurgi, intensivbehandling, nyfødttmedisin med mer</p> <p>Fokus på god samhandling med primærhelsetjenesten for å optimalisere oppgavefordelingen mellom dem</p> <p>Poliklinisk virksomhet i Harstad og Narvik gjennom samarbeid med klinikkene som har systemansvar innen barnemedisin der</p> <p>Styrking av behandling og overvåking av akutte sykdommer gjennom en intermediær-enhet enten nær sengeposten eller i samarbeid med «voksen-intensivistene»</p>	<p>Systematisk forbedringsarbeid gjennom KVAM-strukturen</p> <p>Anvende kvalitetsindikatorer, UNN-KIS</p> <p>Implementering og bruk av Pas.sikkerhetsprogrammet fortsetter</p> <p>Pasienttilfredshetsundersøkelse tilbys alle pasienter, resultat anvendes i forbedringsarbeid</p> <p>Deltar i kliniske kvalitetsregister, fortsette å anvende resultat i forbedringsarbeid</p>	<p>Kartlegging av fremtidig kompetansebehov</p> <p>Strategi for rekruttering og stabilisering</p> <p>Tiltak som ivaretar spesialistutdanning</p>	<p>Anvende teknologi innen nye behandlingsmetoder og opplæring av personell</p> <p>Bruke ny teknologi i oppfølging og «overvåking» av pasienter</p>	<p>Videreutvikle nettverks-samarbeid med andre barne-onkologiske miljøer nasjonal og internasjonalt</p> <p>Engasjere seg i arbeid for at barn og ungdom inkluderes i planene/strategiene for avansert diagnostikk, kirurgi og intervensjon</p> <p>Prioritere arbeid med fam.-sentrert nyfødttmed.</p>

Vedlegg 14: Risiko og mulighetsanalyse

Workshop om vurdering av risiko og muligheter ved dagens organisering og en mulig fremtidig oppdeling av OPIN klinikken

Dato/ Tid: 15.06.2017 kl. 0900-1500

Deltakere: Deltakere: Brita Jørgensen (OPIN Narvik), Ketil Fjellstad (OPIN Harstad), Marianne Sundquist (KVO. OPIN), Rigmor Frøyum (TV. OPIN), Knut Kjørstad (HLK), Roar Kloster (NOR), Elin Gullhav (BUK), Gro Jensen (K3K), Frode Sørensen (Akutt)

Vurdering av risiko forbundet med to forslag til organisasjonsmodell, a) dagens organisering b) oppdeling av OPIN med fordeling av operasjonsressursene til 3 klinikker.

Som et generelt og gjennomgripende moment påpekes at forslaget til en endret organisasjonsmodell fremstår noe manglende konkretisert, slik den er beskrevet i oppdraget til evalueringsgruppa. Det er derfor utfordringer med å gjøre en detaljert og inngående analyse av modellen for å identifisere svake sider, trusler, korrigerende tiltak, samt sterke sider og muligheter. Vi har likevel forsøkt å være så konkret som mulig i vår evaluering med tanke på å legge et best mulig grunnlag for en videre prosess.

LUO kriteriene har dannet rammeverk for vurderingen.

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 styring og ledelse
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

Punkt 2 utgår.

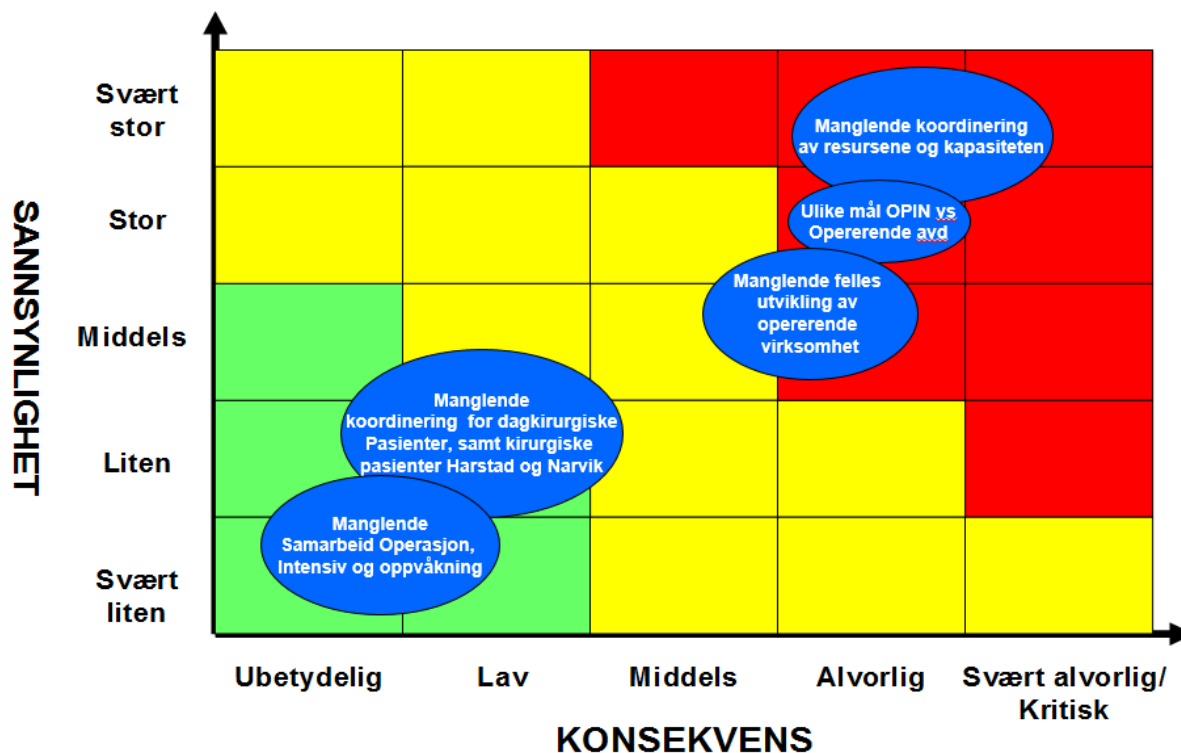
Tromsø 16.06.2017

Hans Petter Bergseth

Ole Lundvang

DAGENS ORGANISASJONSMODELL

Hovedtrekk:



Helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp

Organiseringen av OPIN fungerer godt internt for klinikken gjennom samling av fagressurser. Det fremheves som en god organisering for dagkirurgisk virksomhet i Tromsø / Harstad / Narvik.

For å ivareta helhetlige pasientforløp på innsuset Tromsø, er det stort behov for koordinering av all operativ virksomhet. Svikt i koordineringen påpekes som kritisk av de opererende avdelingene.

Selve organisasjonsformen krever stor grad av koordinering med mange komiteer. Mulighetene for svikt og dårlig koordinerte pasientforløp er stor. Bla kan flere enheter enn den som har pasient ansvaret foreta strykninger. Pasientansvarlig avdeling må bære hele «kostnaden» ved dette.

Det oppleves en manglende kontinuitet fra planlegging til gjennomføring av drift og forbedringsarbeid. Eksemplet som brukes er at plan legges sammen med en gruppe ansatte, mens en annen gruppe kan bli stående som utøvende.

Det har vært en suksess å skille ut Dagkirurgisk seksjon. Ved en seksjonering av operasjon og anestesiresursene til de kirurgiske klinikkene, må ressursene fordeles mellom innsuset og dagkirurgi etter behovet til de kirurgiske klinikkene. Klinikken selv påpeker et sterkt ønske om å ivareta denne styrken.



Koordineringen svikter	Pasienter flyttes mye, mellom klinikker, seksjoner og poster, innslusede pasienter UNN Tromsø.	Pasienten er på ett sted, mens legen kommer til. (Harstad / Narvik / Dag.kir)	
	Strykninger skjer av annen enhet enn den som har pasientansvaret. For "OPIN" er terskelen lavere for strykninger enn for pasientansvarlig avdeling.	Ivaretar kompetanse og oppfølging av barn i pas forløp	
Ved en seksjonering av operasjon og anestesiresursene til de kirurgiske klinikkene, vil seksjonen slutte å eksistere som i dag. Resurser må da fordeles mellom innslusa og dagkirurgi etter behovet til de kirurgiske klinikkene. I dag er de ansatt i Dagkirurgisk Seksjon.	Dagens organisering har mange ledd kan svikte i løpet av ett forløp. Krever stor grad av koordinering	Det har vært en suksess å skille ut Dagkirurgisk seksjon, ut av Innslusa. Hvorfor bryte opp noe som fungerer?	Forpliktende forum / og avtaler som fremmer forløp.
	Ingen klinikker eier HELE forløpet.	Godt samarbeid mellom operasjon + intensiv + oppvåkning.	Koordineringsfunksjoner som foretar prioriteringer
	Ø-Hjelp: Ikke oversikt over alle tilgjengelige ressurser	Ø-Hjelp: Upartisk fordeling av ressurser ved at anestesi prioriterer.	Øke Ø-Hjelp kapasiteten

Korrigerende tiltak:**Koordineringen styrkes og forbedres.**

Tiltak: Forpliktende samarbeid mellom flere instanser.

Tiltak: Operasjonsmeldinger må bli bedre og møte OPIN klinikkens behov.

Konsekvens av strykninger kommer tydeligere fram

Tiltak: Terskelen for å stryke pasient av interne årsaker må høynes, samtidig som forståelsen av total kostnaden ved manglende gjennomføring av programmet / strykning blir gjort tydeligere.

Eierskap til pasientforløp må samsvare med mulighet til å påvirke forløpet / Kontinuitet fra plan til gjennomføring

Tiltak: Opererende avdelinger må være delaktige i beslutninger i OPIN.

Tydlig ledelse og styring / En struktur som sikrer helhetlig styring og ledelse

Ledelsen oppleves som godt tilpasset OPIN klinikkens interne forhold. På samme måte som pasientforløp er opplevelsen annerledes sett fra OPIN kontra de opererende avdelingene. For eksempel er det en god intern kommunikasjon mellom enhetene innenfor klinikken.

Opererende avdelinger opplever at OPIN ikke responderer på endringsønsker, og at det må mange komiteer til for å korrigere manglende gjennomføring av aktivitet.

Opererende avdelinger og OPIN «går ikke i takt» for eksempel når det angår innkjøp av utstyr, kirurgisk fagutvikling, prosedyreendringer, prioriteringer.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
	Stort kontrollspenn jfr legeavdelingen i OPIN dd.	Tydlig ledelse internt i klinikken	Samle ledelse for intensiv, intermediære og kirurgiske forløp på ett sted.
	Ulike mål og prioriteringer i den enkelte enhet, tvetydig ledelse og forskjellige prioriteringer (økonomi, utstyr, personell, fag)		Makt til å påvirke OPIN fra den enkelte klinikk.
	Utstyr og innkjøp: To kontaktpunkter		
	OPIN makter ikke å møte andres innspilte behov for endringer. Utvikling i kirurgifag og utvikling av tjenestetilbud i OPIN er ikke i takt		
Stor enhet - Mange komiteer må til for å korrigere for dysfunksjoner	Store koordineringsutfordringer pga manglende kontroll på hele forløpet ett sted.	Intrahospital organisering fungerer	Fagene representert i styring og ledelse for å ta ansvar for prioriteringer, utstyr og fagutvikling
	Manglende felles ledelse av hele pasientforløpet.	Vakt samarbeid er enkelt med ett kontaktledd	
	Tilpasning til andre klinikkers behov		Tettere kommunikasjon mellom enhetene.
	Tverrfaglighet og samarbeid på tvers		

Korrigerende tiltak:

Helhetlig tilnærming til kostnader, fagutvikling, innkjøp

Manglende helhetlig tilnærming medfører sub optimalisering av disse aspektene innenfor OPIN, bla for å holde seg innenfor budsjett, virker dysfunksjonelt for den totale verdikjeden.

Tiltak: Synliggjøring av kost per pasient.

Tiltak: Felles fagutvikling for kirurgi og operasjon / anestesi.

Tiltak: Felles forståelse av driften av den operative virksomheten gjennom felles mål, opplæring og bruk av case.

Dokumentert høy kvalitet på tjenestene

Det er problematisk å tilskrive / måle og monitorere OPINS bidrag til kvalitet. Klinikkene eier kvalitetsregistrene der OPIN har bidrag og påvirker resultater. Opererende avdelings muligheter til å påvirke kvalitetsresultater blir begrenset av en oppdeling av ansvarsforholdene dagens organisering.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
	Endringsincentiver kommer fra andre klinikker enn OPIN. Disse ser "hele pasientforløpet", mens OPIN ser "sin" del av forløpet		
	Avvikssaker, pasientskader etc. får en kompleks utredning og oppfølging		
	Benchmarking: Måling og vurdering av kvalitetsnivåer er ei utfordring med pas forløp på tvers av flere enheter.		

Korrigerende tiltak

Felles mål og strategier for å bedre kvalitet for OPIN og øvrige klinikker. Felles indikatorer for kvalitet

Effektiv og fleksibel utnyttelse av kapasitet og ressurser

Anestesilege virksomheten oppleves som fleksibel i dagens modell.

Utfordringer er knyttet til mange vaksjikt som må håndteres. I alt er det 8 forskjellige ordninger i bruk. Ordninga beskrives å fungere for OPIN, men opererende avdelingene påpeker mangler ved ordningen.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
	Ressursutnyttelse: Vanskelig å måle ressursforbruket, og å gjøre noe med på grunn av fraksjonering	Anestesi ressurser fordeles ut fra behov. Stor fleksibilitet av anestesilegeressursene. Overlappende og kompenserende ved fravær	Differensiere ressursbruken på operasjoner ut fra type inngrep (Prosjekter fra klinikkene)
		Koordinering av anestesi er oversiktlig	
		Anestesi leger og sykepleiere som generalister som kan brukes på et bredt spekter.	

Korrigerende tiltak

Virksomheten har potensiale for å bli enda mer fleksibel. Blant annet ved å differensiere ressursbruken ut fra type inngrep.

Konkurransedyktige fagmiljøer som gir gode vilkår for videreutvikling og rekruttering av nøkkelpersonell

Vi konstaterer at dagens ordning har sterke fagmiljø innad i OPIN. Dette er store miljø som gir faglig dybde innenfor sitt fagfelt. Selv med store fagmiljø innebærer nyrekruttering utfordringer.

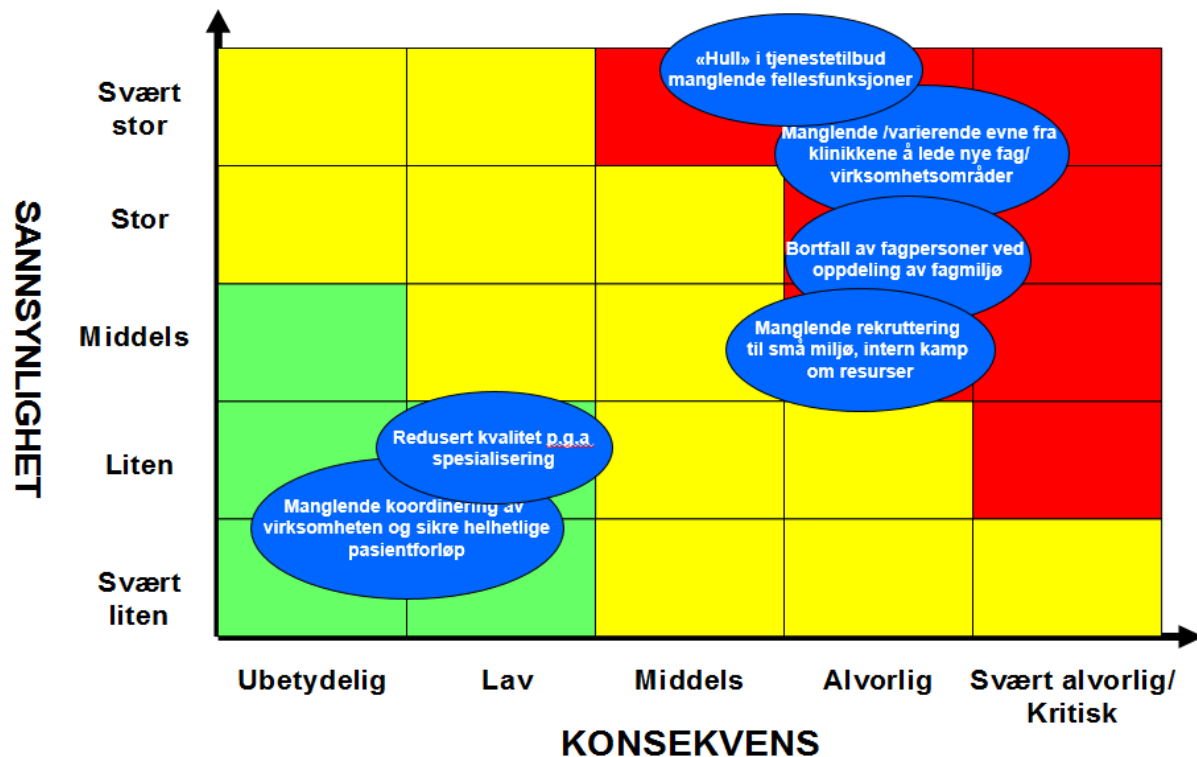
Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
Rekruttering		Spesialistutdanning fungerer, bla utplassering i et sterkt fagmiljø	Ivareta faglig utvikling, med tverrfaglighet i kombinasjon med individuell fagutvikling.
		Faglig ledelse: Muligheter for å ivareta faglig nivå og utvikling.	

Korrigerende tiltak:

Klinikken har igangsatt flere prosjekter for å sikre nyrekruttering og ivareta faglig utvikling.

SKISSE TIL ALTERNATIV ORGANISASJONSMODELL: oppdeling av OPIN

Hovedtrekk



Helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp

Den organisasjonsmessige plasseringa av funksjoner som i dag server virksomheten i OPIN må vurderes særskilt bla i lys av stordriftsfordeler som vil kunne gå tapt. Dette gjelder bla intensiv virksomheten, smerteklinikken og sterilforsyninga.

En oppsplitting av OPIN vil kunne gi større forutsigbarhet i mange av pasientforløpene, spesielt kirurgiske. Dette antas å gi færre strykninger.

Samtidig vil ressurser som i dag må koordineres være i samme linje, og gi en forenkla koordinering og bedre ressursutnyttelse i linja.

Andre forløp, som for eksempel barn, vil måtte forholde seg til mer oppdelte og sammensatte forløp.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
Intensiv virksomheten må vurderes særskilt		Større forutsigbarhet i de elektive forløpene.	
Sterilforsyninga må vurderes særskilt	Hvordan skal sterilforsyninga fordeles?	Mer helhetlige forløp som er plassert med ansvar, ressurser og måling ett sted.	
		Færre strykninger	
		Tydelig plassering av ansvar, og ingen "ansvarsfraskrivelser" ved strykninger og i møtet med pasient.	
		Enklere å overvåke og dokumentere forløpene - lverksette tiltak	

Korrigerende tiltak

Det er stor usikkerhet knyttet til flere funksjoner som OPIN i dag server ved en eventuell oppdeling av klinikken. Gruppen har ikke oversikt over alle konsekvenser i en slik modell. En større kartlegging av konsekvensene må gjennomføres.

Forløp som ikke løses innenfor en operativ linje vil måtte håndteres på tvers av flere klinikker. Også her må det gjøres et utredningsarbeid for å identifisere løsninger som ivaretar behov og kvalitet på minimum dagens nivå.

Tydlig ledelse og styring / En struktur som sikrer helhetlig styring og ledelse

Ansvar for de enkelte forløp vil gjenspeile seg i ledelse, plan og gjennomføring. Større forutsigbarhet i daglig drift, raskere beslutninger både på kort og lang sikt, samt kortere vei fra beslutning og utredning til implementering og gjennomføring i tiltak for forbedring. Samtidig vil det være en svakhet at planleggingsarbeidet må omfatte samarbeid på tvers av klinikkene.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
---------------	---------	--------	----------

	Mange må delta i planleggingsarbeidet	Mer forutsigbarhet i planlegging, ledelse og styring	
		Tydelig plassering av ansvar	
		Plan og gjennomføring	Ved utvikling oppnås en kortere prosess fra behov til beslutning til iverksetting.

Korrigerende tiltak

Planleggingsprosesser både på lengre og middels sikt, samt aktivitet må håndteres i et tverrfaglig perspektiv på tvers av klinikker. Alternative samarbeidsformer vil kunne være å etablere særskilte fora, eller funksjon(er) for løpende koordinering. Spesielt den ambulerende anestesilegevirkosomheten vil kreve koordinering og samarbeid klinikkene imellom.

Dokumentert høy kvalitet på tjenestene

Hovedmomentet som er omtalt tidligere er at en samling av anesthesi ressurser i opererende avdelinger vil kunne gi mer «helhetlige» pasientforløp. Dette vil kunne gi bedre kvalitet i pasientforløpene.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
		Bedret kvalitet i pasientforløpene.	

Effektiv og fleksibel utnyttelse av kapasitet og ressurser

Den fleksibilitet som i dag finnes når det gjelder ressursallokering internt i klinikken, bla for å vakt samarbeid gjennom ett kontaktledd, vil bli mer kompleks med en oppdelt virksomhet, dessuten vil fleksibilitet gjennom buffere gå tapt.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
	Oppsplitting av faggruppene fra OPIN på flere klinikker kan gi en mer personalintensiv organisering= dyrere enn i dag for å ivareta generell kompetanse		Personalressurser kan dedikeres til spesifikke fag, men være tilgjengelig på tvers av klinikk og fordeles ut fra behov. Utstyr og innkjøp: bedret prosess
Fleksibilitet i form av "buffere" kan gå tapt.	Vaktkompetanse og tverrfaglighet blir ikke tilstrekkelig ivaretatt		
	Vaktsystemene må endres, bla dekke vaktlinje på tvers av klinikker for å dekke behovet.		
	Rullering i drift - for å ivareta fleksibilitet og styre ressurser dit det er behov.		

Korrigerende tiltak

Vaktsystemene må endres for å dekke vaktlinjer på tvers, ivareta fleksibilitet og bygge buffere. Det må dermed på plass en koordinerende funksjon for de aktuelle personalressursene på tvers av klinikkene.

Det er og en mulighet for å dedikere de aktuelle personalressursene til spesifikke fag, men gjøres tilgjengelig på tvers av klinikkene ut fra behov. Hvordan dette skal organiseres i praksis fikk vi ikke tatt stilling til i denne innledende evalueringa.

Konkurransedyktige fagmiljøer som gir gode vilkår for videreutvikling og rekruttering av nøkkelpersonell

Rekruttering til et større fagmiljø i dagens modell erstattes med rekruttering til mindre fagmiljøer, noe som kan påvirke rekrutteringsmulighetene negativt.

De gode interne samarbeidsprosessene innad i OPIN sitt driftsmiljø må erstattes med nye miljøer som må etablere nye prosesser og bygge en ny kultur.

Kompetanseutvikling og internundervisning for anestesi må koordineres mellom opererende klinikker for å beholde generalist behovet innenfor feltet.

Forløpene innen de nye opererende avdelingene vil kunne gi større tverrfaglighet med spredning av innsikt på tvers av fagene. Kontinuiteten innenfor fagområdene vil kunne styrkes, og gi mulighet for å bygge tverrfaglige team som dekker et bredere faglig spekter. Muligheter for faglig utvikling og utfordringer vil kunne variere fra klinikk til klinikk.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
Rekruttering til små miljø i klinikkene kan bli vanskeligere enn i dagens modell.	Usikkerhet med hensyn på hvilken kompetanse som er tilgjengelig når operasjon starter / fra dag til dag	Høyere og sterkere kompetanse på spesifikke felter.	Tverrfaglige team kan styrke innsikten i andre fagfelt, samt spre innsikt om anestesi til andre faggrupper
Stor forskjell på klinikkene når det gjelder mulighet for rekruttering og å lykkes med organiseringen	Fagmiljøer i OPIN stykkes opp, og deres interne samarbeidsprosesser må erstattes.	Sikrer kontinuitet innenfor det enkelte fagområdet	Bruke team løsning. (Også ved videreføring av en justert "dagens modell")
Planer, rapporter, internundervisning for anestesi personell som fungerer må erstattes	Planer, rapporter, internundervisning for anestesi personell som fungerer må erstattes		

Korrigerende tiltak

Det hefter stor grad av usikkerhet til hvilke utslag en deling av fagmiljøet vil gi. Gruppen påpeker at dette må håndteres:

- Fare for «intern konkurranse» om ressursene
- Rekrutteringsutfordringer til «mindre» miljøer kan bli mer krevende enn et samlet stort fagmiljø.

Tverrfaglige team som deltar i hele pasientforløpet, kan gi større innsikt, være positivt for eierskap og helhetsbilde på pasientforløpene.

Et godt arbeidsmiljø

Her kom det mest generelle betraktninger som poenget om at samling av felles fagressurser i et stort miljø i OPIN vil splitte opp et godt og velfungerende miljø.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
	Ø-Hjelp stuer: Mangler en stue (uansett løsning)		

Korrigerende tiltak

Et korrigerende tiltak som vil ha direkte betydning for kapasitetsbehov er etablering an en ekstra Ø-Hjelp stue, noe som også vil kunne ha indirekte betydning for miljøet.

Andre momenter

Når det gjelder aktivitet for anestesi, så vil en oppsplitting gi et mindre fagmiljø på klinikkene enn samlet i OPIN i dag. Dette kan ha negative konsekvenser for grunnlaget for faglig utvikling, mao en fare for vedlikehold og utvikling av det faglige nivået.

Farer/Trusler	Svakhet	Styrke	Mulighet
Er det stort nok pasientgrunnlag for å sikre at vi opprettholder et godt nok faglig nivå - og utvikling - om fagmiljøet splittes på flere klinikker.			
Omorganisering koster! Både økonomi og som belastning på arbeidsmiljøet.			Operativ virksomhet må sees helhetlig og i kombinasjon med annen pas behandling - planlegging og vaktsystemer