



BEMANNINGSBEREGNING

OPIN KLINIKKEN

UNN

SAMMENDRAG

Vurdering av bemanningsbehov ved OpIn klinikken. Bemanningsbehovet er vurdert ut fra eksisterende organisering og fordelt på opererende klinikker.

Thor Audun Gulbrandsen
Rådgiver Skagerak
Consulting AS

1 SAMMENDRAG

Rapporten gir en beskrivelse av oppdrag, modeller for aktivitetsbasert bemanningsdimensjonering og gir en gjennomgang av aktivitet, dagens bemanning og foreslått bemanning. Foreslått bemanning omfatter et basisforslag og et forslag basert på desentralisering.

Basert på gjennomgangen er det ett hovedalternativ i Harstad og Narvik: Samling på en klinikk.

For Tromsø følgende hovedalternativ:

- Anestesilegene i en klinikk. Alternative løsninger øker rammen på 2-4 årsverk. I tillegg vil slike løsninger kunne føre til økte behov for egne vaktlinjer. Disse vaktlinjene vil kunne komme uavhengig av organisering, men de vil kunne komme tidligere med en desentralisert løsning enn en sentralisert løsning.
- Anestesisykepleiere i en klinikk. Alternative løsninger vil ha en kostnad tilsvarende 4,5 årsverk. Dette har sammenheng med økt koordineringsbehov og felles fagutvikling med anestesilegene.
- Operasjonssykepleiere i en klinikk eller fordelt i de opererende klinikker. Operasjon er allerede koordinert mellom anestesi og opererende klinikker og en desentralisering vil ikke gi seg utslag i mer ressurser. En samling i en klinikk har heller ikke gitt synergier sammenliknet med andre HF med desentral organisering av operasjonssykepleiere.

2018 planlegges uten nevneverdige endringer i elektiv kirurgi. Bemanningsbehovet bør derfor være det samme i 2017 som i 2018, om det ikke foreligger endringer i sammensetningen av det kirurgiske programmet som vi ikke er kjent med.

2 OPPDRAG

Anestesi- og operasjonssykepleiere og anestesilegene er organisert i Opln klinikken, med unntak av HLK og Øye som har lokale operasjonssykepleiere. Kirurgene er organisert i sine respektive klinikker HLK, K3K og NOR. Anestesi- og operasjonsressursene er i hovedsak organisert i Innslusa og Dagkirurgi samt organisert etter arbeidssted (Tromsø, Harstad og Narvik).

Formålet med dagens organisering er å sikre lik aktivitetsbasert fordeling av operasjons- og anestesiresurser mellom klinikkene. Oppdraget i denne rapporten er å se om fordeling av operasjons- og anestesiresurser per klinikk gir en bedre samlet ressursstyring enn dagens organisering.

I denne rapporten kaller vi de to alternativene:

- Dagens organisering med i hovedsak alle anestesi- og operasjonsressurser samlet i en klinikk for en *sentralisert modell*.
- Alternativ organisering med anestesi- og operasjonsressurser desentralisert på de tre opererende klinikker for en *desentral modell*.

En sannsynlig risiko ved desentral modell er behovet for vaktlag og spesialistutdanning i anestesi. En annen utfordring er at en desentral modell vil bestå av ulike løsninger i Tromsø, Harstad og Narvik, eks. en kombinasjon av en sentralisert modell i Harstad og Narvik og en desentralisert modell i Tromsø. En desentral modell må også ha løsninger for: PO (postoperativ oppvåkning), intensiv, steriltforsyning og

Smerteklinikk. I Harstad og Narvik ser man for seg løsninger der deler av tilbudet flyttes til Akuttklinikken.

Oppdraget er å vurdere bemanningsbehov i de to alternative modellene.

3 METODIKK

3.1 DOKUMENTANALYSE OG STATISTISK ANALYSE

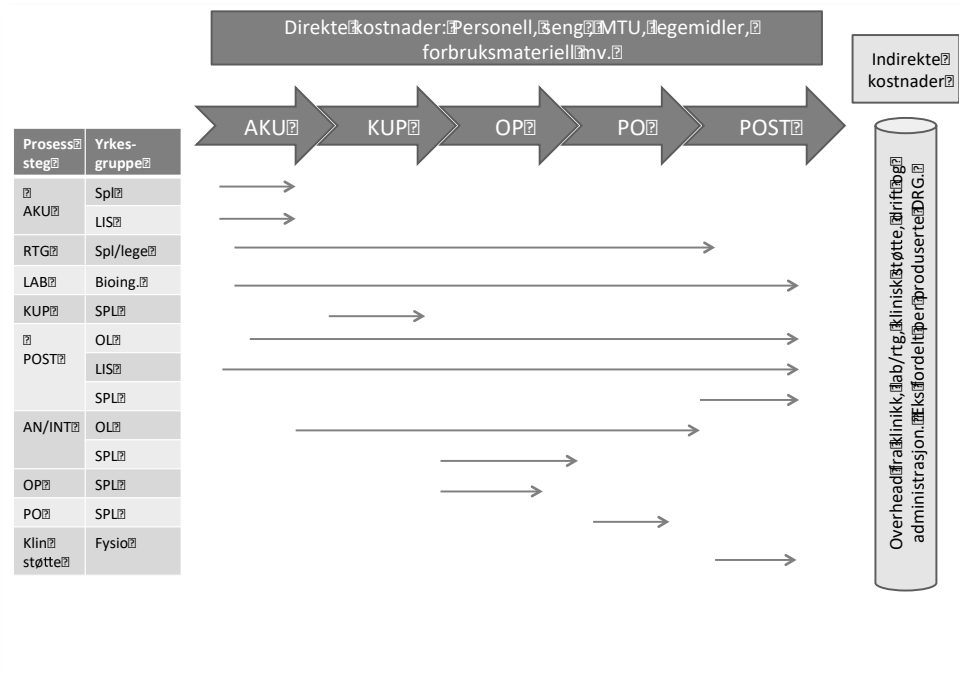
Metoden som ligger til grunn for oppdraget er dokumentanalyse kombinert med en begrenset statistisk analyse.

Metoden er egnet til å definere kriterier for mer grunnleggende kartlegginger og analyser og har den begrensning at analysen gir retning og ikke detaljert innsikt i problemstillingene. Ordinært omfatter våre metoder også gjennomgang av dokumenter og statistikk med de enkelte avdelinger og klinikker som omfattes av en gjennomgang. Dette gjør at vi har flere iterative skritt i en gjennomgang og øker treffsikkerheten i analyser og råd. I denne prosessen er det ikke en del av metodikken. Dette er på ingen måte negativt, men det er viktig å understreke at rapporten kun kan definere retninger i konklusjonene og at det således vil være større usikkerhet i en slik analyse og vurdering enn i en undersøkelse der vi kombinerer disse metodene med grundigere kartlegging i klinikk.

De statistiske analysene er, på samme måte, begrenset av de data vi har fått. Grunnlagsdataene viser data som er delvis vanskelige å sammenlikne primært fordi hovedsakelig bemanningsdata er per dag, eller uke, mens økonomi og aktivitetsdata er månedsbaserte data. Dette innebærer ingen betydelig feilkilde, men vanskeliggjør detaljerte vurderinger av effekter av aktivitetsstyrt bemanning.

3.2 ORGANISERING SOM VIRKEMIDDEL

Antagelsen i oppdraget er at organisering er et sentralt virkemiddel for å realisere bedre planlegging og styring av operasjon, intensiv og anestesiområdet. Vi vil understreke at det er sjelden organisering er et nødvendig virkemiddel og stort sett aldri et tilstrekkelig virkemiddel for bedre planlegging og styring av ressurser. Vår erfaring er at godt definerte forløp, fokus på arbeidsprosesser og på styringsinformasjon i forløpsaksene (aktivitet, kvalitet, økonomi mm) er langt viktigere virkemidler for å sikre effektiv ressursbruk. Se bildet under.

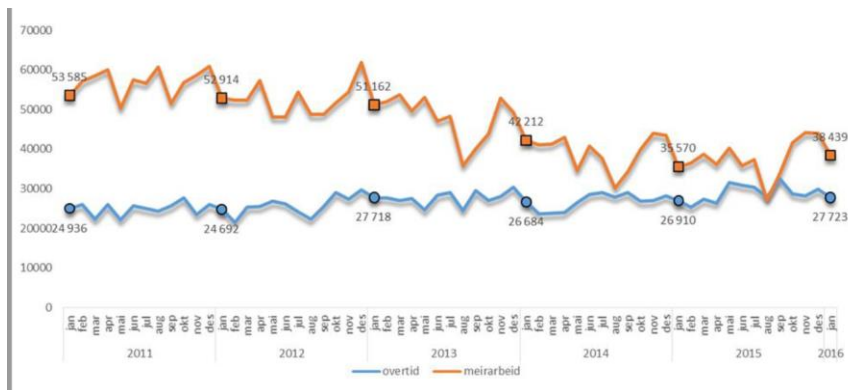


3.3 AKTIVITETSSTYRT BEMANNING

I arbeid med bemanning legger vi alltid til grunn at bemanning skal knyttes til aktivitet og ikke til statiske normer for bemanningsdimensjonering. I grunnlagsdokumentet om bemanning i 2007¹ er det lagt til grunn en norm på 2,5 operasjonssykepleiere for inneliggende og 2,0 for dagkirurgi og utsluset seksjon. Samtidig legger oppdragsdokumentet til grunn en viss aktivitetstilpasning, der det står at «Operasjonsplanlegging er «sentralisert» til en klinikk, og klinikken «deler ut» kapasitet til de opererende klinikkene.»

Metodikken Aktivitetssyrt bemanningsdimensjonering er utviklet over en lengre periode. Denne tar utgangspunkt i konkret aktivitetsnivå og produktivitet i sykehusorganisasjonen. Styring av fagkompetanse og volum på bemanning relateres direkte til aktiviteten. Formålet er å gi organisasjonen innsikt i og styring med hvordan de kan bruke kompetanse og bemanning i forhold til best mulig styring av pasientforløp og aktivitet. Konsulent har utviklet modellgrunnet for både aktivitetssyrt bemanning i Helse Bergen og Helse Vest og for Brasseprosjektet i HSØ RHF. På systemnivå er det liten tvil om at Helse Vestmodellen er den som har klare dokumenterbar effekt både på HF og RHF nivå, ref. revisjonsgjennomgang og analyser fra GatSoft. Under ser man reduksjon i bruk av overtid og merarbeid i Helse Bergen fra 2011. Tilsvarende utvikling kan vi se fra 2006-2011. Legg også merke til den betydelige reduksjonen i tilkallingsvikarer. Tilsvarende reduksjon ser vi også for vikarbyråinnleie.

¹ Vedlegg 1 til utlysingsgrunnet Bemanning operasjonssykepleiere, UNN 2007.



Utviklingen av overtid og merarbeid de siste 6 årene



Riksrevisjonen (Dokument 3:12, 2014-2015) har analysert sykehusenes bruk av aktivitetsstyrt bemanning og konkluderer:

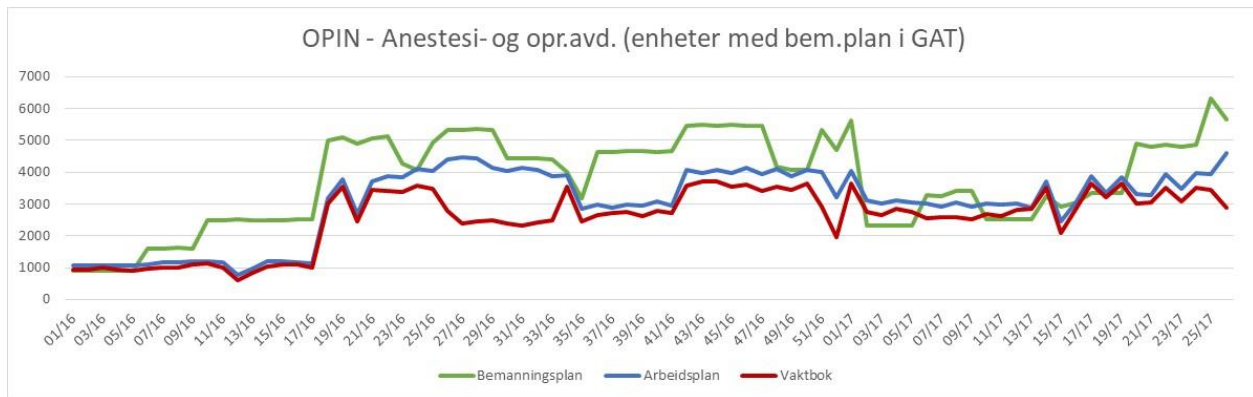
- Liten tilpasning til aktivitet gjennom året eller uka, på tross for tydelige og systematiske aktivitetsvariasjoner.
- Mer helhetlig planlegging på tvers av avdelinger hadde gitt betydelige resultater.
- Styringsdata er lite tilpasset til å sammenlikne aktivitet og bemanning.

Riksrevisjonen påpeker det samme problemet jeg har pekt på over. Normalt kreves omfattende tilgang til Dips og Gat for å kunne lage gode sammenhenger mellom aktivitet og bemanning. Bildet under viser f.eks. poliklinisk aktivitet per ukedag og klokketime i løpet av et år. Fargeskalaen viser aktivitetsmønster, antall konsultasjoner, variasjon i aktivitet mot onsdag og variasjon i bemanning for behandlere (vaktbok data) i løpet av året. Som vi ser er det betydelig mer variasjon i aktivitet enn antall behandlere skulle tilsi.

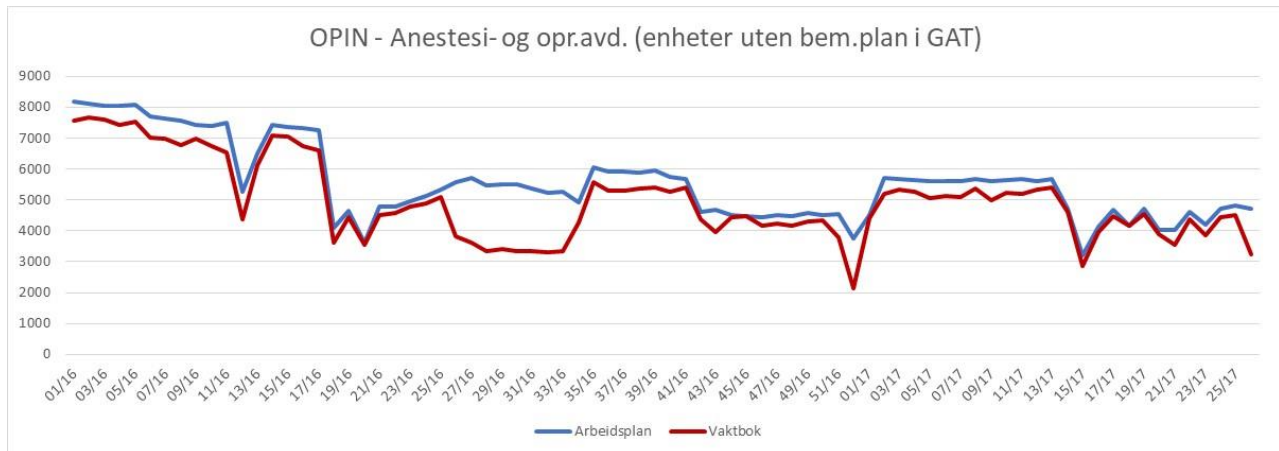
Kons.tidspunkt	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
08-09	261	433	545	300	106
09-10	532	510	791	463	430
10-11	488	684	651	510	617
11-12	549	569	538	544	579
12-13	423	232	213	505	266
13-14	623	722	715	592	503
14-15	673	713	849	780	412
15-16	130	314	142	135	76
Totalsum	3693	4192	4461	3837	2998
Variasjon aktivitet	83 %	94 %	100 %	86 %	67 %
Variasjon behandlere	98%	100 %	100 %	97 %	88 %

En sentral del i aktivitetsstyrt bemanning er å utvikle felles vaktkoder og likere vakt- og arbeidsplaner for lettere å skape fleksible løsninger i og på tvers av avdelinger². Videre bygger metodikken på grundige vurderinger av bemanningsbehov opp mot aktivitet, eks. aktivitetsprofiler på ukesbasis kfr. bildet over. I klinikkene ved UNN, som vi har mottatt Gat data fra, ser vi at en stor andel av enhetene ikke bruker bemanningsplanene i Gat. Det opplyses at disse enhetene bruker andre systemer (støttesystemer) til oppfølging av bemanningsplanene. Vi understreker at dette gjelder alle klinikkene, ikke bare Opn. Vi anbefaler ikke en slik modell, da dette reduserer mulighetene i Gat og Gat analyse til å innføre løpende kontroll av sammenheng mellom planlagt og realisert bemanning.

Analytisk er dette ikke et problem. I regnearket som følger vedlagt har vi skilt alle enheter i to grupper – de som har bemanningsplan: (målestokk arbeidede timer/uke)



Og de som ikke har aktive planer i Gat: (målestokk arbeidede timer/uke)



Når vi viser helhetlige bilder (alle enheter) så har vi sett bort fra bemanningsplanene i sammenlikningsgrunnlaget. Dvs. vi sammenlikner arbeidsplanene (turnusene) med vaktbok (faktisk bemanning). Dette gir den fordel at vi kan slå sammen alle arbeidsplanene og se disse opp mot aktivitet og vaktbok.

² For eksempel samme vaktkoder i medisinske poster i samme bygg, eller samme vaktkoder i alle seksjoner i et psykiatrisk sykehus. Dette fører til at planlegging og styring av ressurser på tvers av klinikker – eks. på kompetanse – lettere kan gjennomføres.

Kommentarene over er i tråd med Riksrevisjonens anbefalinger (sitert over).

I gjennomgangen av arbeidsplaner for anestesi- og operasjonssykepleierne i UNN ser vi:

- Et betydelig antall individualiserte planer og vaktkoder. Vaktkoder kan ha navnet til den enkelte medarbeider.
- Langt flere vaktkoder enn vi finner i helseforetak som følger aktivitetsstyrt bemanning, som f.eks. Helse Bergen HF.

Dette gir i sum et svært usammenhengende bilde av planlegging og styring av sykepleietjenesten i klinikken. Jeg vil presisere at kommentarene **ikke** på noen måte innebærer at det ikke skal ta individuelle hensyn. Selvsagt kan og skal det utvikles løsninger for den enkelte, f.eks. tilpasninger i arbeidstid etter sykdom. Men de individuelle hensynene må skje innenfor en ramme av en tydelig planmodell med i all hovedsak uniforme virkemidler.

Eksempelvis ved to av Norges største fødeavdelinger definerte vi en hovedmodell som var uniform med samme vaktlengder osv. og mulighet til tilpasning for maksimalt 5% av arbeidstiden utover dette. Flere tilpasninger enn 5 % i denne turnusen ville påføre hovedgruppen av arbeidstakere unødig stor vaktbelastning. Før omstillingen hadde klinikkene en betydelig høyere andel tilpasninger enn dette, dette var en av flere vesentlige årsaker til overforbruk.

Poenget med dette eksemplet er altså at individuelle planer ikke er et problem i seg selv, det er *volumet* av individuelle løsninger vi fokuserer på. Dette volumet er for høyt i Opln. Samtidig vil vi understreke at denne vurderingen er basert på tilgjengelige data. Det kan selvsagt være sammenhenger vi ikke greier å se uten mer detaljerte analyser og i dialog med ledere i Opln.

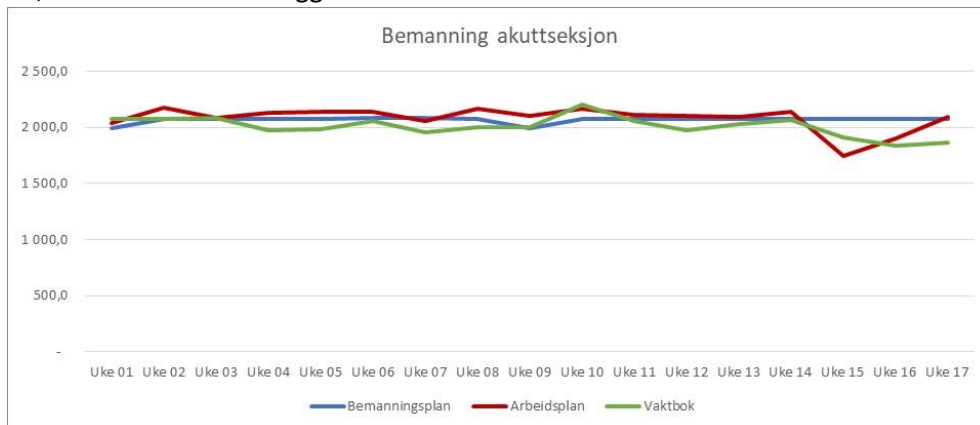
Vurderingene bygger således på to forhold:

- Hovedtyngden av ansattes arbeidstid må bygge på standarder og avvik må være definert og vurdert i hvert enkelt tilfelle. Basert på det vi har analyser, så innebærer planmetoden ved Opln for mange unntak, noe som reduserer potensialet for resultater gjennom aktivitetsstyrt bemanning.
- Det andre poenget er at mange, individualiserte vaktkoder og planer gir mindre oversiktlig plan- og styringsgrunnlag for effektiv bemanningsadministrasjon og -styring. Det er vanskeligere å se konsekvensene av valg og tilpasninger. Dette blir forsterket ytterligere at Opln ikke bruker bemanningsplanene i Gat systematisk, men bruker «skyggeregnskap» for å holde oversikten. Dette øker risikoen for usammenhengende planer og dårlig samlet ressursutnyttelse.

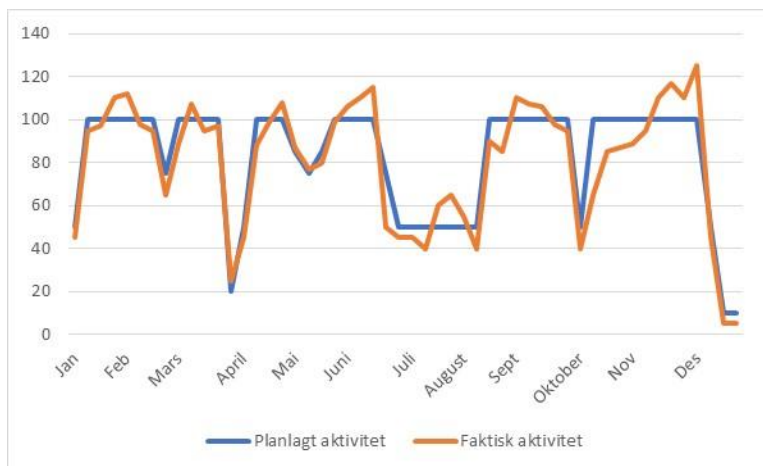
Vi bekrefter at «ledig tid» i planene er ressurser som brukes til fagutvikling, administrasjon og ledelse. Dette er i tråd med løsninger vi finner i andre foretak.

Dette poenget kan vises metodisk slik: Dette er en Gat analyse fra en akuttseksjon i Vestre Viken HF som følger prinsippene om aktivitetsstyrt bemanning. Skalaene er arbeidet tid og uker i analysen. (dvs. samme statistikk som vi bruker når vi sammenlikner enheter i Opln). Variasjonene er ubetydelige på ukeshasis, men bemanning varierer mer fra dag til dag. Fokus er å balansere dette i løpet av en-to uker innenfor avdelingens rammer. I denne avdelingen følger alle samme vakter, bemanningsplanen er på

58,2 årsverk – vaktbok ligger under dette.



I figuren under ser vi planlagt og realisert aktivitet (relative tall) for en elektiv virksomhet i Helse Bergen, som har brukt aktivitetsstyrt bemanning i en årrekke:



Planlagt bemanning følger planlagt aktivitet. Den er preget av tydelige grep på å bygge opp og korrigere ned kapasitet i tråd med aktivitet.

Lavaktivitetsperioder defineres av tilgang i operatører og anestesileger og sykepleietjenesten får tilbud om ferie, avspasering eller jobb i andre steder i HF'et eller arbeider med prosjekter/-obligatorisk kursing i lavaktivitetsperioder.

Faktisk produksjon viser noen avvik fra plan, men sum aktivitet viser kun mindre (positive) avvik fra plan.

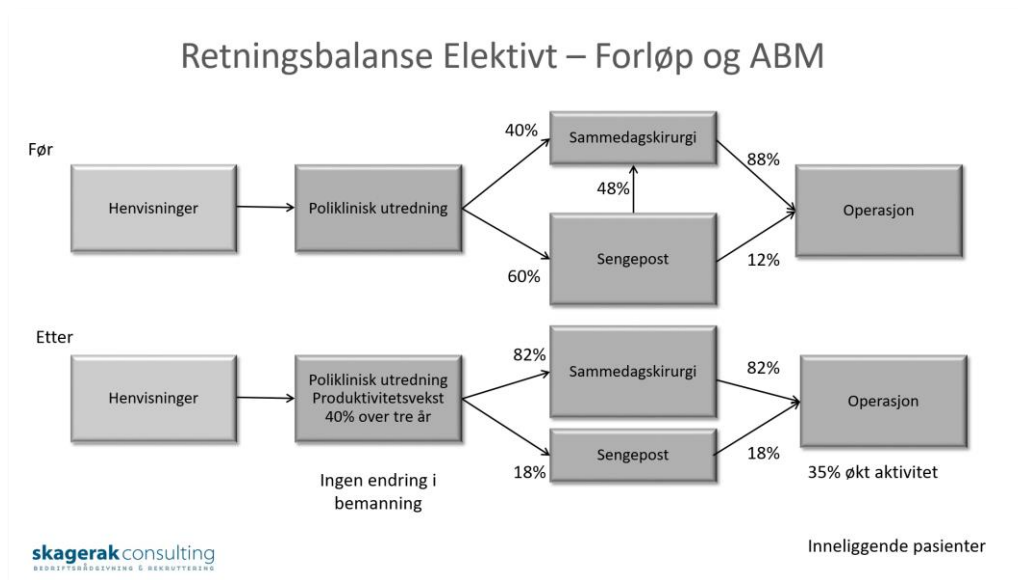
I analysene av OpIn ser vi ikke slike mønstre på planlagt og faktisk bemanning i den elektive virksomheten.

3.4 RETNINGSBALANSE

Retningsbalanse er en planleggings- og styringsmetodikk der man kombinerer prinsippene fra punkt 3.2 og 3.3 over, dvs. forløpsstyring og aktivitetsstyrt bemanning. Under har jeg vist et eksempel for en elektiv virksomhet med en før situasjon og en omstilt løsning der ABM (Aktivitetsstyrt bemanning) og forløpsstyring er implementert. Retningsbalansen omfatter en rekke elementer, svært kortfattet:

- **Kontroll på inn til operasjon:** Kirurgene sørger for å utvikle faste og høye nivåer av poliklinisk utredninger, slik at det henvises et stabilt økende antall elektive inngrep. Tidligere tider var preget av skippertaksmetoden. Dette grepet førte til 40 % økte polikliniske utredninger over en tre års periode uten økning i antall kirurger. Dvs. vi skaper balanse mellom innflyt av pasienter og operasjonskapasitet, skippertaksmetoden medførte mer strykninger enn modellen med jevnere – og høyere - tilsig av flere pasienter.

- *Effektivisere alle virksomhetskritiske arbeidsprosesser:* det andre grepet var å utnytte kapasitet og arbeidsprosesser langt mer effektivt enn før, her illustrert med ett av flere grep, nemlig økt andel sammedagskirurgi for innlagte pasienter. Vi økte kapasitet og arealer til sammedagskirurgi fra frigjort preoperativ liggetid i sengepostene.
- *Balansere aktivitet i hele kjeden:* Sterilforsyning, CT/MR kapasitet mv. bygger på elektivt program som korrigeres ukentlig og daglig mot faktisk program. Dette reduserer sannsynlighet for strykninger av kapasitetshensyn.



Modellen er sterkt forenklet, dvs. jeg har bare vist hovedgrep i endringene. Resultatet av tiltakene ble 35 % økning i antall elektive operasjoner uten økning i kapasitet (bemanning eller utstyr) eller organisering. De sentrale grepene er å sikre rett bemanning og aktivitet i hele kjeden til rett tid og at aktivitet på poliklinikk er balansert opp mot aktivitet i operasjonsområdet. Sykehuset har en tradisjonell organisering. Det sentrale er et felles styrings- og plansystem basert på retningsbalanse og ABM (aktivitetsstyrt bemanning).

4 AKTIVITET

Grunnlaget for ABM modellen er aktivitet. Basert på mottatte data gir dette følgende bilde:

4.1 2016 OPERASJONER

2016	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Totalsum
ØH	510	528	557	555	536	544	505	516	515	514	548	535	6363
Tromsø	348	396	397	413	403	395	420	406	402	419	408	410	4817
Harstad	97	89	105	102	92	105	56	70	75	61	94	94	1040
Narvik	65	43	55	40	41	44	29	40	38	34	46	31	506
Elektiv	1487	1497	1284	1524	1347	1468	694	947	1528	1313	1668	1169	15926
Tromsø	1048	1042	924	1068	995	1060	588	758	1079	963	1157	892	11574
Harstad	277	269	214	270	196	245	40	95	260	207	316	171	2560
Narvik	162	186	146	186	156	163	66	94	189	143	195	106	1792
Totalsum	1997	2025	1841	2079	1883	2012	1199	1463	2043	1827	2216	1704	22289
Tromsø	1396	1438	1321	1481	1398	1455	1008	1164	1481	1382	1565	1302	16391
Harstad	374	358	319	372	288	350	96	165	335	268	410	265	3600
Narvik	227	229	201	226	197	207	95	134	227	177	241	137	2298

Det offisielle tallet for 2016 oppgis å være 22.534 (opp fra 21.869 fra 2015). Tallene over er beregnet av oss og omfatter 22.289 operasjoner i det datauttrekket vi har mottatt. Avviket er ubetydelig.

Relativt fordelt per måned og ukedag gir dette en gjennomsnittlig aktivitet per dag på:

2016	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
ØH per dag	16,5	18,9	18,0	18,5	17,3	18,1	16,3	16,6	17,2	16,6	18,3	17,3
Tromsø	11,2	14,1	12,8	13,8	13,0	13,2	13,5	13,1	13,4	13,5	13,6	13,2
Harstad	3,1	3,2	3,4	3,4	3,0	3,5	1,8	2,3	2,5	2,0	3,1	3,0
Narvik	2,1	1,5	1,8	1,3	1,3	1,5	0,9	1,3	1,3	1,1	1,5	1,0
Elektiv	82,6	83,2	85,6	84,7	79,2	81,6	69,4	72,8	84,9	69,1	83,4	73,1
Tromsø	58,2	57,9	61,6	59,3	58,5	58,9	58,8	58,3	59,9	50,7	57,9	55,8
Harstad	15,4	14,9	14,3	15,0	11,5	13,6	4,0	7,3	14,4	10,9	15,8	10,7
Narvik	9,0	10,3	9,7	10,3	9,2	9,1	6,6	7,2	10,5	7,5	9,8	6,6

Dette er en beregningsmetodikk basert på faktisk aktivitet simulert over den planmetodikken konsulent har brukt ved bl.a. Haukeland Universitetssykehus og OUS HF ved diverse klinikker og ved Aker sykehus før fusjonen.

Er det noen tydelig ukesprofil?

Radetiketter	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag	Totalsum
Øh	956	1 001	968	989	1 128	683	638	6 363
Tromsø	750	749	725	767	854	497	475	4 817
Harstad	135	175	157	140	187	130	116	1 040
Narvik	71	77	86	82	87	56	47	506
Elektivt	3 132	3 555	3 355	3 292	2 505	49	38	15 926
Tromsø	2 198	2 588	2 454	2 367	1 939	14	14	11 574
Harstad	567	514	549	548	334	27	21	2 560
Narvik	367	453	352	377	232	8	3	1 792
Totalsum	4 088	4 556	4 323	4 281	3 633	732	676	22 289
Elektivt	20 %	22 %	21 %	21 %	16 %	0 %	0 %	15 926
Tromsø	19 %	22 %	21 %	20 %	17 %	0 %	0 %	11 574
Harstad	22 %	20 %	21 %	21 %	13 %	1 %	1 %	2 560
Narvik	20 %	25 %	20 %	21 %	13 %	0 %	0 %	1 792

Tabellen over viser ukesprofil gjennom året. Den viser jevn aktivitet mandag – torsdag, med fredag avvikende på:

- Tromsø: 19 % lavere aktivitet, men med noe høyere øh aktivitet (og kapasitet).
- Harstad: 39 % lavere aktivitet
- Narvik: 40 % lavere aktivitet

4.2 2018 OPERASJONER

4.2.1 Planlagte

Planlagte operasjoner 2018, pr sted								
Sted/avd	Dagkirurgisk	Innslusa	Utslusa	Angiolab	ØYE	Innsl		Totalsum
						robotstue	Utestasjon	
Tromsø	3 871	4 479	845	215	198	40	-	9 648
K3K	2 097	1 729	845	-	-	-	-	4 671
Gastro	875	483	364	-	-	-	-	1 722
UroEndo	460	453	481	-	-	-	-	1 394
KK	520	476	-	-	-	-	-	996
PLAST	242	317	-	-	-	-	-	559
NOR	1 774	1 785	-	20	198	40	-	3 817
ORT	504	716	-	-	-	-	-	1 220
ØNH	587	470	-	-	-	40	-	1 097
NKIR	233	501	-	20	-	-	-	754
HÅND	370	98	-	-	-	-	-	468
ØYE	-	-	-	-	198	-	-	198
HUD	50	-	-	-	-	-	-	50
Oralkir	30	-	-	-	-	-	-	30
HLK	-	835	-	195	-	-	-	1 030
Hjerte	-	835	-	195	-	-	-	1 030
OPIN	-	130	-	-	-	-	-	130
AnOp	-	130	-	-	-	-	-	130

I tillegg kommer flg. Planlagte operasjoner på andre klinikker:

Planlagte operasjoner 2018 andre avd.					
Sted/avd	Utestasjon	Dagkirurgisk	Røntgen	Utslusa	Totalsum
Tromsø	355	145	140	115	755
BUK	-	100	140	115	355
Barn	-	100	140	115	355
RusPsyk	355	-	-	-	355
Psyk	355	-	-	-	355
MED	-	45	-	-	45
Gastro	-	45	-	-	45
Totalsum	355	145	140	115	755

Harstad	1 664	1 662	-	-	-	-	-	3 326
NOR	886	809	-	-	-	-	-	1 695
ORT	516	804	-	-	-	-	-	1 320
ØNH	370	-	-	-	-	-	-	370
NKIR	-	5	-	-	-	-	-	5
K3K	778	853	-	-	-	-	-	1 631
Gastro	328	514	-	-	-	-	-	842
KK	263	140	-	-	-	-	-	403
UroEndo	187	199	-	-	-	-	-	386
Narvik	1 330	722	-	-	-	-	-	2 052
K3K	594	486	-	-	-	-	-	1 080
Gastro	369	413	-	-	-	-	-	782
KK	225	73	-	-	-	-	-	298
UroEndo	-	-	-	-	-	-	-	-
NOR	736	236	-	-	-	-	-	972
ORT	500	236	-	-	-	-	-	736
ØNH	236	-	-	-	-	-	-	236
Totalsum	6 865	6 863	845	215	198	40	-	15 026

4.2.2 Akutte

Vi har ikke mottatt data på planlagte øh operasjoner. Vi har beregnet dette på basis av NPR uttrekk, som viser flg. endring fra år til år på øh kirurgi:

År	Helse					Alle RHF
	UNN	Nord	Midt	Vest	Sør Øst	
2011	-5,5 %	-4,8 %	-6,7 %	-2,8 %	-2,5 %	-3,5 %
2012	-1,2 %	2,8 %	5,6 %	5,8 %	10,7 %	8,1 %
2013	2,7 %	1,6 %	0,0 %	-3,1 %	-0,9 %	-1,0 %
2014	1,1 %	5,2 %	5,7 %	11,6 %	7,9 %	8,0 %
2015	4,3 %	1,9 %	2,6 %	0,9 %	0,7 %	1,2 %
2016	3,9 %	0,6 %	0,0 %	0,2 %	-0,6 %	-0,2 %

Vi ser høyere aktivitetsvekst i UNN på øh kirurgi enn totalt i de regionale helseforetakene eks. 3,9% i 2016 for UNN vs. -0,2 % samlet for alle HF (Alle RHF). Dette har høyst sikkert sammenheng med høy andel strykninger og lav aktivitetsvekst på elektive operasjoner. Helse Sør Øst har f.eks. lav vekst i øh operasjoner, høy befolkningsvekst og noe høyere vekst i elektiv kirurgi enn UNN og Helse Nord.

Under vises elektiv vekst ihht. NPR.

Elektiv vekst	UNN	Helse Midt	Helse Nord	Helse Vest	Helse Sør Øst	Alle RHF
2011	7 %	11 %	8 %	11 %	3 %	6 %
2012	12 %	20 %	11 %	16 %	14 %	15 %
2013	-4 %	7 %	1 %	7 %	4 %	4 %
2014	7 %	2 %	2 %	3 %	4 %	3 %
2015	-1 %	2 %	0 %	1 %	4 %	2 %
2016	3 %	0 %	2 %	-3 %	4 %	2 %

Merk at innen den tidsrammen jeg har hatt til rådighet er NPR analysen kun en indikasjon, men indikasjonen er så vidt tydelig og understøttes av planlagt antall operasjoner for 2018 mot faktisk aktivitet i 2016, samt volumet på strykninger, at jeg ikke kan se noen indikasjoner på annet enn at dette bør stemme.

4.2.3 Oppsummert

Basert på tallene vi har mottatt og framskrivinger av øh aktivitet basert på endringer flg. Aktivitetsbilde for 2018:

	Elektiv kirurgi		ØH kirurgi	
	2018	2016	2018	2016
Tromsø	10 403	11574	5 193	4817
Harstad	3 326	2560	1 040	1040
Narvik	2 052	1792	506	506
Sum totalt	15 781	15 926	6 739	6 363

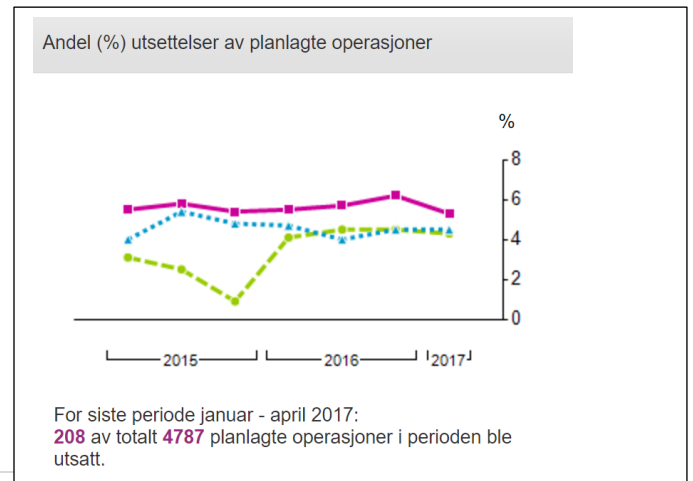
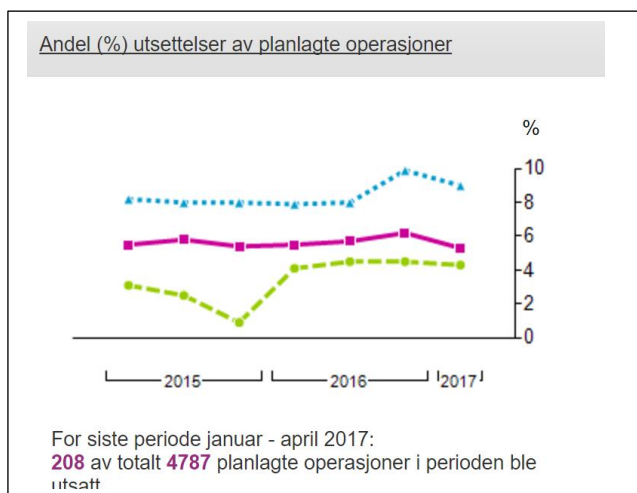
Det foreligger derfor ikke noe grunnlag for å planlegge høyere bemanning i 2018 enn eksisterende bemanning.

4.3 UTSETTELSE AV OPERASJON

I evalueringer gjennomgått ved UNN vises det til høy og stigende andel av strykninger. Ser vi dette i sammenheng med andre sykehus viser Helsedirektoratet at:

UNN: Grønn, nasjonalt rødt, blå Ahus

Blått her er Stavanger Universitetssykehus



Tabellen under viser utsettelse av planlagte operasjoner: Denne indikatoren måler andel utsettelser i forhold til planlagte operasjoner i løpet av ett år. Planlagte operasjoner som utsettes er negativt for pasienten og et uttrykk for behandlingsstedets evne til planlegging og gjennomføring. Vi ser her at UNN har betydelig lavere andel utsatte operasjoner enn sammenliknbare sykehus.

Behandlingssted	Andel (%) utsettelser	Andel ▲
+ Helse Midt-Norge, Private	■	0,3
+ Helse Vest RHF, Privat	■	0,4
+ Helse Sør-Øst, private	■	0,8
+ Helse Nord RHF, Privat	■	1,4
+ Sykehuset Innlandet HF	■	3,7
+ Helse Førde HF	■	4,2
+ Sykehuset i Vestfold HF	■	4,3
+ Universitetssykehuset Nord-Norge HF	■	4,3
+ Vestre Viken HF	■	4,5
+ Helse Stavanger HF	■	4,5
+ Sørlandet sykehus HF	■	5,0
+ Diakonhjemmet sykehus AS	■	5,6
+ Sykehuset i Telemark HF	■	5,7
+ Oslo universitetssykehus HF	■	6,6
+ Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	■	6,8
+ Helse Bergen HF	■	6,9
+ St. Olavs Hospital HF	■	6,9
+ Helgelandsykehuset HF	■	7,4
+ Helse Fonna HF	■	7,5
+ Lovisenberg Diakonale	■	7,6
+ Helse Nord-Trøndelag HF	■	7,7
+ Helse Møre og Romsdal HF	■	8,1
+ Akershus universitetssykehus HF	■	9,0
+ Nordlandssykehuset HF	■	9,7
+ Sykehuset i Østfold HF	■	10,0
+ Finnmarkssykehuset HF	■	12,5

5 BEMANNING

5.1 ANESTESILEGENE³

5.1.1 Grunnlagsinformasjon

Legene er ansatt i anestesilegeavdelingen, men har sitt arbeidssted i anesthesi- og operasjonsavdelingen (ANOP), intensiv og oppvåkningsavdelingen eller smerteavdelingen. Årsakene er opplæring og effektiv ressursbruk, spesielt at man kan koordinere vaktlinjene. Legene jobber hovedsakelig i seksjon på dagtid, mens bakvakt går på tvers av intensiv og operasjon.

Kompetanse	Åv
Overleger	29,3
LIS	18,0
Avdelingsleder	1,0
Sum	48,3

Budsjettet bemanning⁴ er:

OPIN Tromsø - Alle enheter	
Stillingsbetegnelse	ÅV
Leger	50,4
Avdelingsoverlege	3,0
Seksjonsoverlege	5,0
Overlege	25,2
Overlege i Bistilling	0,2
Lege I Spesialis. Kat. C.	17,0

5.1.2 Vaktordninger

Anestesilegene deltar i en rekke vaktordninger – hovedbildet er:

- Vaktordninger: 2 primærvakter, en generell bakvakt og en hjerte anestesi bakvakt.
- Vaktordninger prehospitalt: Flere leger deltar i vaktordninger i Akuttmedisinsk klinikk (helikopter, ambulansefly og redningsoppdrag).

Det beskrives at vaktordningene innebærer uforutsett fravær og «huller» i bemanningen. Konsekvensene er bl.a. forsinkelser i operasjonsprogrammet.

28 anesthesioverleger er fordelt i snitt på:

³ *Bemanningsplan for anestesilegene i OPIN-klinikken, juli 2017.* WÆRHAUG KRISTINE OG STEIN ROALD BOLLE

⁴ Budsjettet bemanning er faste årsverk + budsjettete vikarer (variabel lønn).

Plan	Overleger
Vakt	4 til 5
Intensiv og oppvåkning	4
NOR	3
K3K	3
Hjerte	3
Dagkirurgi	2
Smerte	2
ØH	1
Avspasering (pga vakt)	6 el mer
Ledelse/fag	4 el mer
Snitt tilstede	28

En gjennomsnittssuke viser:

Område	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Innslusa	8	9	10	9	8
Øh	1	1	1	1	1
DK	2	2	2	2	2
Sum pasientrettet	17	18	19	18	17

Øvrig bemanning er stabilt, men variabelt på administrasjon/ledelse.

Aktivitetsanalysene viser lavere aktivitet på fredag enn øvrige dager, men det er ikke korrigeret for dette i planmodellen. At mandag har færre planlagt enn fredag kan gå på sammensetningen i programmet, men handler vel heller om planlegging. Aktivitet tilsier heller lavere bemanning på fredag og noe høyere bemanning på mandag.

I vaktlinjene på sykehuset er det innebygd et samarbeid mellom anestesilegene på operasjon (Primærvakt 1) og postoperativ (oppvåkningsvakt) slik at de kan bistå hverandre ved samtidighet på operasjonsstuene. Bakvakt bistår både primærvakt og intensivvakt, som leder anestesi traumebehandling. Det er i tillegg et eget bakvaktslag for kar-thorax kirurgi, med en hjerterbakvakt og en Ecmo vakt som har tilstedevakt når de har en pasient på Ecmo-behandling. Ved OUS gjennomføres dette f.eks. på barneintensiv.

Utfordringen i planen er uforutsett fravær, noe som påvirker operasjonsprogrammet på dager med større utfordringer.

5.1.3 Arbeidet tid

Rapporten omfatter også tilgjengelig arbeidskraft for leger. Kartleggingen viser 198 dager, som stemmer overens med tilsvarende analyser jeg har gjennomført ved bl.a. Helse Bergen og OUS, der snitt tallet er 200 dager.

5.1.4 Rekruttering

Rekrutteringen av overleger beskrives som hovedproblemet og er løst gjennom å øke utdanningskapasitet for LIS leger i eget HF. Jeg viser ellers til LIS beskrivelsen i rapporten. Den følger også mønstre som er vanlig i andre, større HF.

5.1.5 Konsulentens vurdering

Organisering og planlegging av overleger og LIS er i tråd med det vi finner ved andre HF. Vaktordning, spesialistgodkjenning og LIS utdanning tilsier at dette, uavhengig av organisatoriske valg, må foretas som en helhetlig planlegging av LIS og overleger på tvers av hele sykehuset. Dette er i tråd med prinsippene om å legge pasientforløp til grunn for effektiv organisering og styring, snarere enn at søylene styrer og at søylene deretter må etablere koordinerende grep på tvers av forløpene, se eks. bildet under 3.2. over. En organisering gjennom opererende klinikker vil styrke klinikkens pasientforløp, men ikke det anestesilogiske arbeidet på tvers av sykehuset.

Disse erfaringene understøttes av følgeforskningen ved Sykehuset Østfold av professor Bendik Bygstad, Norges Handelshøyskole: «En av de største utfordringene innen sykehus er å støtte gjennomgående pasientflyt, ofte er det slik at hver avdeling har hver sin kø, slik at pasienter og pårørende må vente på hver tjeneste, slik som legekonsultasjon, røntgen, lab-prøver osv. Ofte får man ingen beskjed om hvor lang tid det tar. Hovedgrunnen er at sykehus er spesialiserte organisasjoner, med mange faglige og IT-messige siloer».

En desentralisert plan der anestesilegene knyttes til opererende klinikker og akuttmedisinsk klinikk vil måtte koordineres i flere desentrale koordineringsmøter for å sikre rotasjon og effektiv og fleksibel bruk av ressurser på tvers av disiplinene. Dette gjelder både på dagtid og i vaktordningen. En splitting av legene på ulike klinikker vil derfor som minimum medføre mer administrativ koordinering og således koste mer legeressurser. I tillegg er risiko åpenbar for at en oppsplitting også vil føre til flere vaktlag og mindre fleksibel bruk av spesialistressurser på tvers på dagtid og i vakttid.

Det er vanskelig å vurdere størrelsen på dette, men erfaringene fra St Olav vs. erfaringene fra forløpsstyringsmodellen i nye Sykehuset Østfold bør være entydige. St. Olav modellen med selvstendige søyler er langt mer krevende i forhold til anesthesiologi enn SØF modellen. Min vurdering er at koordinering og manglende fleksibilitet vil medføre minst 2 årsverk overleger utover dagens plan i tillegg kan løsningen føre til behov for spesialiserte vaktlag. Risikoen for økt press er åpenbar.

Det er umulig å se at en styring av 2-3 anestesileger per dag per opererende klinikk (ref. oppsettet over) per klinikk av totalt 28 skal føre til annet enn en suboptimering. For det første frigjør ikke desentralisering mer overlegerressurser til den enkelte klinikk. Minimumsfaktoren er tilgang på anesthesioverleger i operasjonsavdelingen per spesialitet. Hadde organisering frigjort kapasitet, hadde desentralisering vært et poeng. Min vurdering er den stikk motsatte at desentralisering reduserer overlegekapasitet pga. økt behov for koordinering mm. mellom søylene. Den enkelte klinikk 2-3 overleger vil måtte inngå i koordinerte vaktlag og delta på rotasjon, noe som løses innenfor rammen av en helhetlig plan.

Den åpenbare risiko i planmodellen beskrevet over er 8-10 overleger til operasjon. Det er vanskelig å se at man kan bedre situasjonen ved operasjon uten å øke tilstedeværelse med en-to overleger som bakvakt ved uforutsette situasjoner.

Vi vil derfor anbefale at dagens organisering av anestesilegene ved UNN opprettholdes.

5.2 PLANLEGGING OG STYRING AV SYKEPLEIETJENESTEN

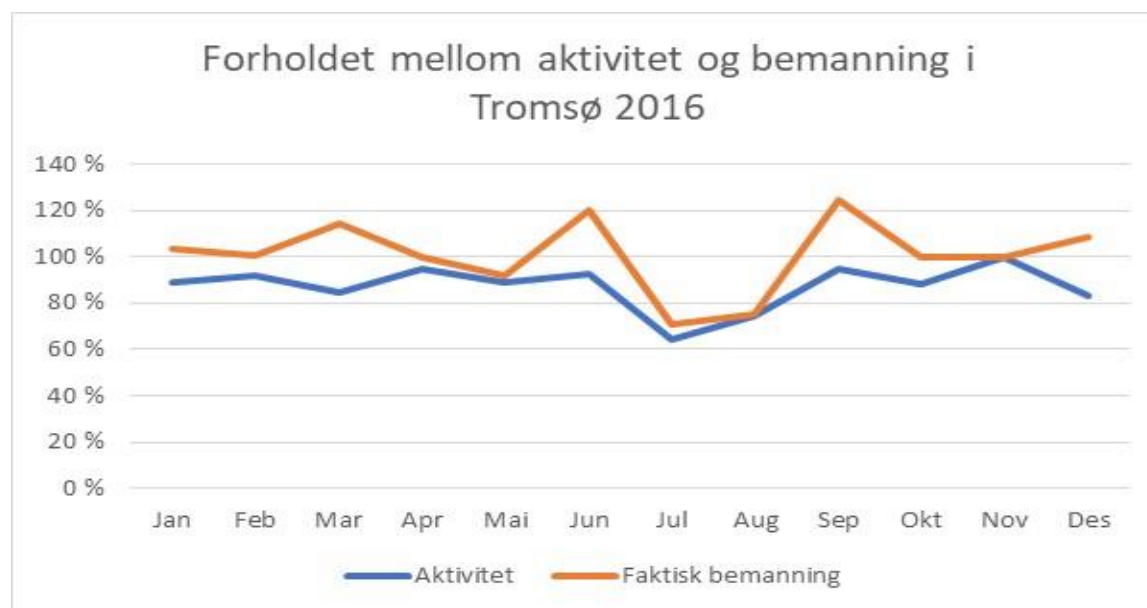
Vi har analysert alle avdelingers bruk av Gat. Hovedtrekkene foreligger i et vedlegg som en Excel analyse, men vi skal vise noen sammenhenger her. Måleenhet er arbeidet tid i timer per uke. Se over under punkt 3.3 og 3.4 for å se hvordan man kan utvikle og gjennomføre planer for å få fram et bilde av en tydelig bedre praksis.

I 3.3 har jeg også beskrevet at det mangler en del bemanningsplaner i Gat, men at det opplyses at det foreligger planer i et støttesystem. Mangel av bemanningsplaner har ordinært sammenheng med to forhold: Planer mangler, eller bemanningsplanene er ikke knyttet opp mot arbeidsplanene. Det er svært mange kostnadssteder som ikke har aktive bemanningsplaner, men dette er ikke spesifikt for OpIn, dette gjelder alle avdelinger.

5.2.1 OpIn

Det vises til gjennomgang i 3.3 over.

Hvis vi ser faktiske bemanning (vaktbok) opp mot aktivitet får vi følgende bilde:



Tromsø	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
ØH	348	396	397	413	403	395	420	406	402	419	408	410
Elektiv	1 048	1 042	924	1 068	995	1 060	588	758	1 079	963	1 157	892
Totalsum	1 396	1 438	1 321	1 481	1 398	1 455	1 008	1 164	1 481	1 382	1 565	1 302
Arbeidsplan	80 190	78 885	88 959	77 149	70 042	100 185	79 932	75 680	97 584	77 704	77 015	92 150
Vaktbok	74 922	72 552	82 367	71 973	66 151	87 032	51 378	54 076	89 774	72 011	72 209	78 464
Aktivitet	89 %	92 %	84 %	95 %	89 %	93 %	64 %	74 %	95 %	88 %	100 %	83 %
Planlagt bemanning	104 %	102 %	116 %	100 %	91 %	130 %	104 %	98 %	127 %	101 %	100 %	120 %
Faktisk bemanning	104 %	100 %	114 %	100 %	92 %	121 %	71 %	75 %	124 %	100 %	100 %	109 %

Legg spesielt merke til de tre siste radene: Aktivitet, planlagt og faktisk bemanning. Alle tall er fra 2016. Øh, elektivt og totalt er sum operasjoner per mnd. i Tromsø. Arbeidsplan og vaktbok er hhv. planlagte og arbeidet tid.

Relative tall er relativ aktivitet/mnd. i forhold til måneden med høyest samlet aktivitet i 2016 (november) sett i forhold til planlagt og faktisk bemanning. Det går tydelig fram av analysen at det ikke

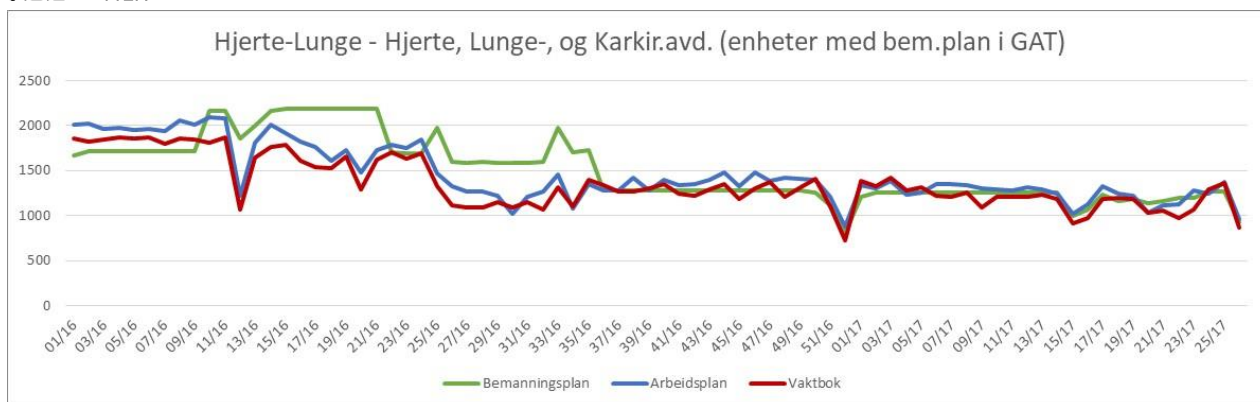
foreligger noen aktivitetsstyringsmodell av operasjons- og anestesisykepleierbemanninga i Tromsø. Standardavviket varierer fra 10-16 % og det er liten eller ingen sammenheng mellom aktivitet og bemanning verken planlagt eller faktisk bemanning. Se eks. mars med aktivitet på 84 % og bemanning på 114%, mens august er 74 % på aktivitet og 75 % på faktisk bemanning (men der var det planlagt 98%). Spesielt uforståelig er planlagt bemanning i desember på 120%, mens aktivitet er 83 % av november.

Hva som er årsak til dette, kan vi ikke vite. Sannsynlige forklaringer ut fra gjennomgang i sammenliknbare HF er:

- Manglende helhetlige aktivitetsplanlegging i HF'et, eks. grunnet manglende retningsbalanse (ledige ressurser ett sted i kjeden utnyttes suboptimalt).
- Manglende helhetlig bemanningsplanlegging i OpIn eks. grunnet for stor andel individuelle tilpasninger i arbeidsplanene.
- Fravær av operatører/anestesileger i perioder, som gir mye ledig og uutnyttet kapasitet.
- For lav elektiv produksjon, som gir økt andel øh. Øh stuekapasitet er planlagt lav.

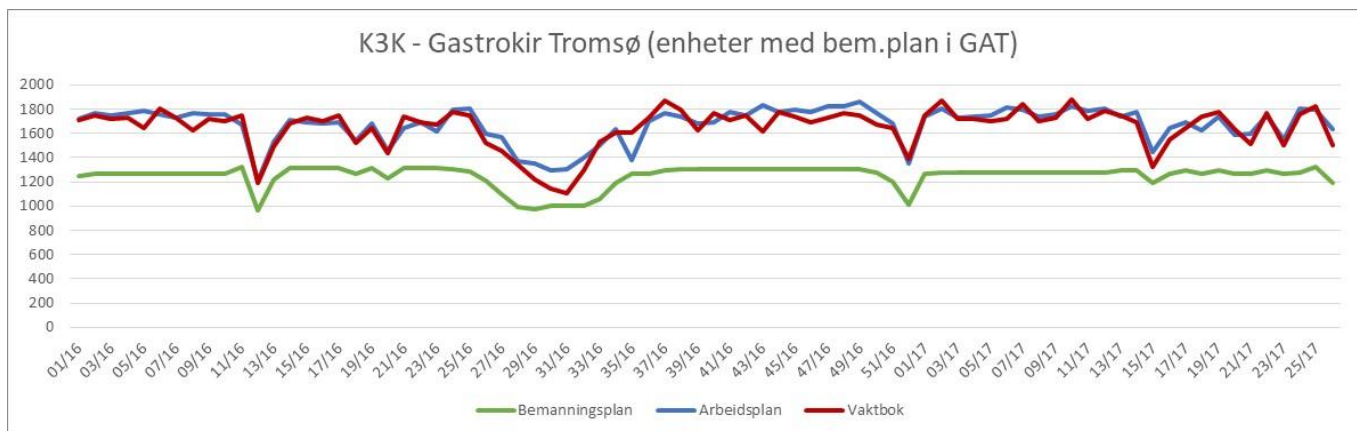
Jeg har ikke tilstrekkelig med data til å trekke entydige konklusjoner på hvor mye av hvert punkt over kan vektes inn i forklaringen. Her snakker vi altså kun om sannsynlighetsovervekt basert på mottatte data.

5.2.2 HLK



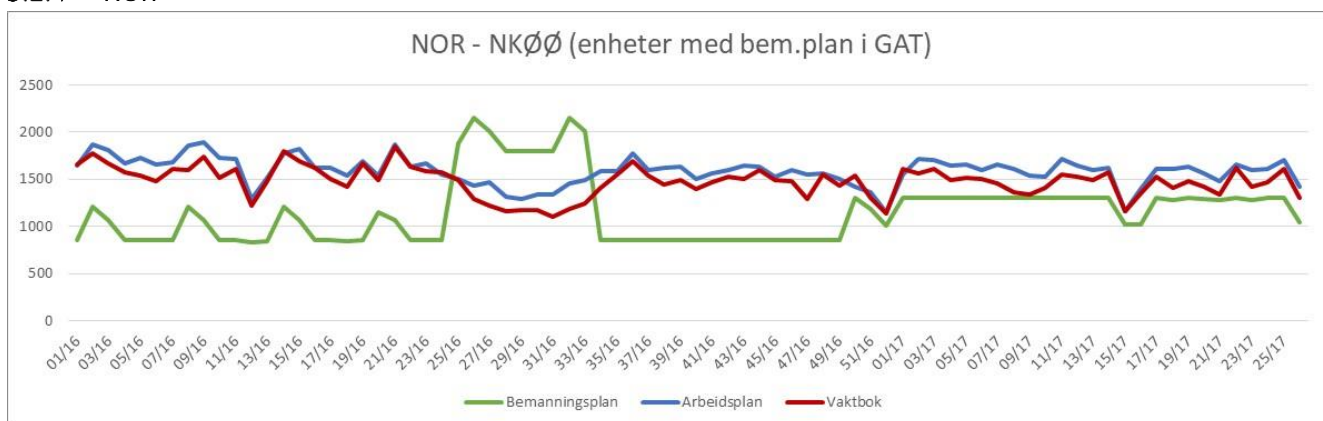
HLK har gjennomgående betydelig mindre variasjon mellom bemanningsplan, arbeidsplan og vaktbok enn OpIn. De fleste enheter har også bemanningsplaner, men vi finner enheter som mangler bemanningsplaner i Gat. Det kan være tilsvarende årsaker til dette, som for OpIn.

5.2.3 K3K



Vi ser over at gastrokirurgen har et planlagt forbruk over bemanningsplan.

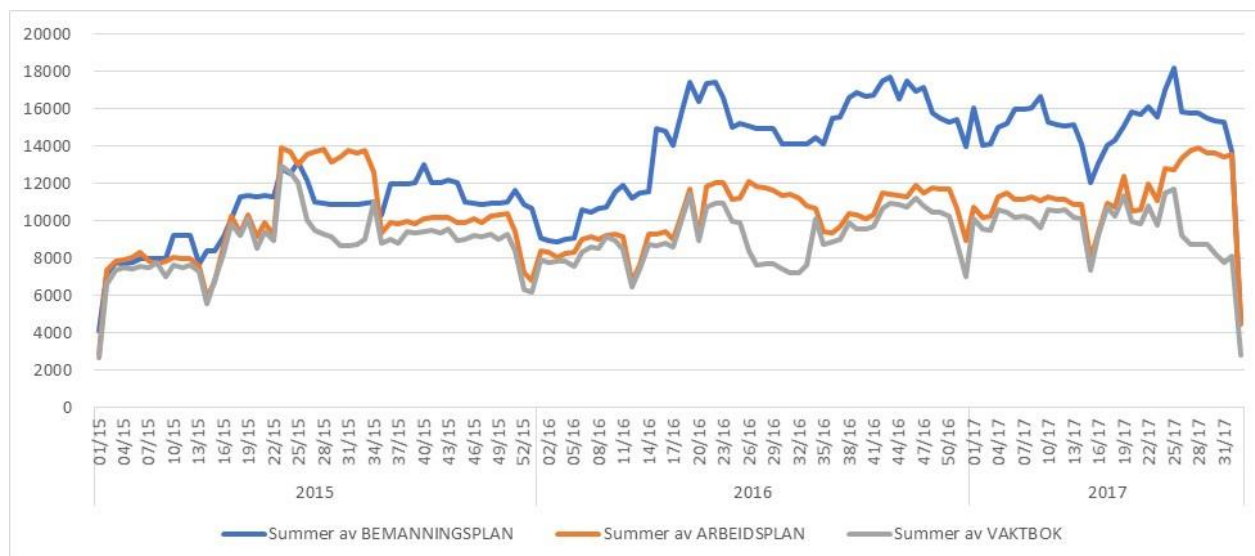
5.2.4 NOR



Ingen tydelig sammenheng mellom bemanningsplan og arbeidsplan/vaktbok. Forbruk i arbeidsplan er også vesentlig større enn bemanningsplanen.

5.2.5 Kumulativt

Vi har sett et samlet bilde over 3 års styring av bemanning, se eks under veder Opln for de enheter som har bemanningsplan i Gat:



Det samlede bildet over alle opererende enheter viser at bemanningsplan ikke brukes systematisk i Gat og at det gjennomgående er lav korrelasjon mellom bemanningsplan og arbeidsplan/vaktbok. Erfaring med å innføre ABM er at bemanningsplanarbeidet må tillegges stor vekt. Videre tilsier dette at det ligger betydelige potensial for UNN og for klinikkene å gjennomføre mer systematisk jobbing med ABM. Erfaring fra Helse Vest og Helse Sør Øst tilsier minimum 4-6 % effektiviseringspotensial av alle personalkostnader.

Kumulativt er avvik fra bemanningsplanene for HLK:

- + 36 % målt på arbeidsplan
- + 26 % målt som arbeidet tid (men ikke korrigeret for overtid) på vaktbok.

Tilsvarende for K3K:

- + 202 % målt på arbeidsplan
- + 171 % målt som arbeidet tid (men ikke korrigeret for overtid) på vaktbok.

Tilsvarende for NOR:

- + 349 % målt på arbeidsplan
- + 272 % målt som arbeidet tid (men ikke korrigeret for overtid) på vaktbok.

Tilsvarende for OpIn:

- + 79 % målt på arbeidsplan
- + 56 % målt som arbeidet tid (men ikke korrigeret for overtid) på vaktbok.

Vi ser at OpIn og HLK har minst variasjoner av klinikkene, så det finnes intet grunnlag for å hevde at OpIn har dårligere planlegging enn andre basert på disse tallene. Her er det gjennomgående bildet dårlig planlegging og betydelig variasjon mellom planer og faktisk forbruk.

Vi skal nå ta en mer interessant analyse og kun se på avvikene for de avdelinger som faktisk har bemanningsplaner:

Avvik fra bemanningsplan	OpIn	NOR	HLK	K3K
Arbeidsplan	-5 %	- 1%	-11 %	32 %
Vaktbok	-17 %	-6 %	-12 %	23 %

Denne analysen dekker 3 år med data og må sies å kunne gi et ganske robust bilde av virkeligheten. Den viser minst variasjon for NOR for de enheter som har bemanningsplan, deretter OpIn, men vi ser at de har betydelig avvik mellom arbeidsplan og vaktbok (mangel på personell). Størst avvik har K3K som har betydelige avvik mellom bemanningsplan, arbeidsplan og vaktbok.

Dette tilsier at det er betydelige avvik i planlegging og utførelse ved de opererende klinikkene ved UNN. Hva man egentlig snakker om når det gjelder planlagt bemanning og faktisk bemanning blir svært upresist når det ikke foreligger en tydeligere aktivitetsbasert bemanningsplanlegging og -styring. Tallene indikerer i hvert fall *ikke* at det er noen særlig grunn til å trekke fra OpIn som en klinikk med større problemer enn andre klinikker.

6 DIMENSJONERING AV KAPASITET

6.1 ANDRE UNIVERSITETSSYKEHUS

Uavhengig av normer og regler finnes det mange måter å dimensjonere bemanning. Jeg skal vise to hoved løsninger fra to universitetssykehus:

Høy produksjon per stue – lang åpningstid (til 18:30), fast track kirurgi

Dimensjonering	Hofter	Knær
Operasjonsstuer	1	1
AnestesiOL		1
Operatører	1 OL + 1 LIS	1 OL + 1 LIS
Anestesisykepleiere	2	2
Anestesi på tvers + seinvakt		2
Operasjonssykepleiere	2	2
Operasjonssykepleiere seinvakt	2	2
Produksjon	4 hofter planlagt	3 knær planlagt

Med denne metodikken er produksjon per dag betydelig: 4 hofter eller 3 knær per stue i snitt. De bruker forberedelsesrom systematisk.

Ett annet eks med aktivitet til 15:30

Dimensjonering	Ortopedi	Revmakirurgi	Gastrokirurgi	ØH
Stuer inneliggende	2	1	1	1
Anestesi OL	1	1		1
Anestesispl primær	1	1	1	1
Anestesispl koordinator og klargjøring			2	
Operasjonsspl	2	2	2	2
Operasjons koordinator			2	
Sweeper operasjon			1	

Planlagt 3 orto og 2-3 revmakirurgiske operasjoner/dag. Fast track metodikk her også med bruk av forberedelsesrom.

For dagkirurgi begge sykehus:

	Anestesi OL	Anestesi spl	Opr spl
Normert per stue	0,5 el mindre	1	1-2

Norm per stue korrigert for åpningstid (basert på aktivitet 07:30-15:30):

Anestesi OL	0,5 – 1,0
Anestesispl.	1,5 – 2,0
Operasjonsspl.	2,5

For øh er aktiviteten for en-to stuer: 1 anestesiOL, 1 anestesispl og 2 operasjonssykepleiere.

6.2 OPERASJONSSTUER

Tromsø: 12 innslusa stuer der 1-2⁵ av stuene går til drifting av øhjelp. 5 dagkirurgiske stuer går til elektiv virksomhet i Tromsø.

I Harstad drifter de 5 stuer man-torsdag og 3 på fredager (har totalt 8 stuer)

I Narvik: drifter 3 stuer mandag-torsdag og 2 på fredager (har totalt 5 stuer)

De har ikke egen ø-hjelps kapasitet i Harstad og Narvik

6.3 DAGKIRURGI TROMSØ

Budsjettert bemanning⁶ er vist på venstre side og analysert bemanning (fra arbeidsplan) på høyre side:

Anestesi- og operasjon Seksjon Dagkirurgi			
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)	
Stillingsbetegnelse	Åv	OPERASJON	13,4
Operasjonssykepleier	16,7	Dagvakt	12,4
Sykepleier	10,7	Ledervakt	1,0
Anestesisykepleier	8,7	ANESTESI	10,4
Seksjonsleder	1,0	Dagvakt	8,7
Øvrige	0,6	Ledervakt	1,8
Totalsum	37,7	SYKEPLEIERE m.m.	9,1
		Dagvakt	5,1
		Mellomvakt	1,0
		Aftenvakt	2,0
		Primærvakt	1,0
		Totalsum	33,0

Aktivitet og forslag til bemanning

Område	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Andel elektiv aktivitet	19 %	22 %	21 %	21 %	16%
DK OL anestesi	2	2	2	2	2
Operasjonsstuer	5	5	5	5	5
Anestesisykepleiere	4-5	4-5	4-5	4-5	3-4
Operasjonssykepleiere	8-10	8-10	8-10	8-10	6-8

For anestesisykepleiere har jeg fulgt normen 1 anestesisykepleier per stue, for operasjon har jeg fulgt den høyeste normen med 2 per effektive stue. Variasjonene som er vist er knyttet til aktivitetsvariasjoner, men vi trenger bedre data til å si om bemanning kan variere ytterligere. Jeg understreker at dette er dagkirurgisk norm, ikke norm for inneliggende.

I årsverk tilsier dette at DK enhet kan ha en totalbemanning i årsverk:

Operasjonssykepleiere dagtid	10,0
Anestesisykepleiere dagtid	5,0
Koordinatorer anestesi/operasjon	2,0
Sykepleiere	8,0
Vaktordning (antar det er sykepleiere)	3,0
Ledelse/fag	2,0
Sweepere/variabel lønn	3,0
Sum	33,0

⁵ 1 stue bemannet mandag-torsdag, 2 på fredag.

⁶ Budsjettert bemanning omfatter fast lønn og variabel lønn (vikarer).

Forslaget er bygd på samme premisser som budsjett, ref. referanse 5 under.

Tallene over viser 16,7 årsverk operasjonssykepleiere og 8,7 årsverk anestesisykepleiere på dagkirurgisk seksjon. Dette gir i snitt 12 vakter på dagtid for operasjonssykepleierne og nesten 9 vakter per dag for anestesi. Dette er høyere enn jeg har funnet i dagkirurgiske enheter, se tabell over med hhv. 4-5 og 8-10 sykepleiere på dag og lavere på fredag. Hvilken type dagkirurgi det er lagt opp til vil påvirke nivået på bemanning, dette må realitetsvurderes og jeg har ikke data som gir grunnlag for konklusjoner på dette. Samtidig er dette vurdert opp mot store DK enheter ved andre universitetssykehus, så jeg antar at forskjellen er begrenset.

Feilkildene i vurderingen kan være at DK programmet varierer mer enn det vi har fått aktivitetsdata for. Uansett vil dette være en ordinært god bemanning i snitt i løpet av et år for 5 stuer med aktivitet.

6.4 INNSLUSA TROMSØ

Budsjettet bemanning⁷ er vist på venstre side og analysert bemanning (fra arbeidsplan) på høyre side.

Det har kommet noen kommentarer om mulige feil i dataene her, men etter nærmere kontroll fra økonomi er tallene bekreftet. I opprinnelig tallgrunnlag var det også oppgitt ressurser for NO anestesi, dette har vi sett bort fra da det utgjør < 1 årsverk og oppgis å være avvirket.

Enhet for K3K operasjon				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Seksjonssykepleier	1,0	Dagvakt	14,4	1,0
Operasjonssykepleier	30,8	Aftenvakt	2,4	1,0
Øvrige	1,8	Nattvakt	0,9	1,0
Totalsum	33,6	Totalsum	17,8	3,0
Enhet for K3K anestesi				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	ANESTESI	Hverdag	Helg
Anestesisykepleier	52,9	Dagvakt	27,3	3,7
Seksjonssykepleier	2,0	Aftenvakt	7,0	3,7
Øvrige	2,0	Nattvakt	3,2	3,0
Totalsum	56,9	Adm/kontor	2,0	-
		Totalsum	39,5	10,4
Enhet for NO operasjon				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Seksjonssykepleier	3,4	Dagvakt	15,1	1,9
Operasjonssykepleier	-	Aftenvakt	2,6	1,9
Øvrige	1,6	Nattvakt	2,0	2,0
Totalsum	5,0	Totalsum	19,7	5,8

⁷ Budsjettet bemanning omfatter fast ansatte og vikarer.

Basert på aktivitet og vanlige normer for bemanning foreslår jeg på dagtid:

Område	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Innslusa OL anestesi (faktisk)	8	9	10	9	8
Operasjonsstuer elektivt	10	10	10	10	10
Andel elektiv aktivitet	19 %	22 %	21 %	21 %	16%
Andel øh aktivitet mandag-fredag	20 %	19 %	19 %	20 %	22 %
Anestesispl. (anbefalt)	17	19	21	19	15
Opr spl. (anbefalt)	24	25	26	25	20
Koordinator anestesi	2	2	2	2	2
Koordinator operasjon	3	3	3	3	3
Øh OL	1	1	1	1	1
Operasjonsstuer øh ⁸	1	1	1	1	2
Anestesispl.	2	2	2	2	3
Operasjonspl.	3	3	3	3	6
Sum anestesispl	21	23	25	23	20
Sum operasjonspl	30	31	32	31	29

Bemanning i dag ihht. budsjett:

Inneliggende	Årsverk
Operasjonssykepleier	30,8
Anestesisykepleier	52,9
Ledelse, fag mm operasjon	7,8
Ledelse, fag mm anestesi	4,0
Sum	95,5

Mitt forslag:

Inneliggende	Årsverk	Kommentar
Operasjonssykepleiere	31,0	Se tabell over, dekker øh og elektivt dagtid hverdager
Vakttid operasjonssykepleiere	14,0	6 aften, 3 natt hverdager. 3 helg dag/aften/natt
Ekstra øh team mandag-torsdag operasjon	3,0	2 øh stuer i drift mandag-torsdag
Ledelse/fag operasjon	4,0	2 ledere + 2 fagstillinger. Koordinatorer lagt inn over.
Anestesisykepleiere	24,0	Se over
Vakttid anestesi	14,0	Som for operasjon.
Ekstra øh team mandag-torsdag anestesi	2,0	2 øh stuer i drift mandag-torsdag
Ledelse/fag anestesi	4,0	Som for operasjon
Sum	96,0	Med ett øh team mandag-torsdag
Uten ekstra øh team	91,0	Med to øh team hele uka

⁸ Bemannet kun for en, men det finnes to stuer. Bemannet for to på fredager.

Tallene inkluderer variabel lønn og er sammenliknbare med budsjett. Dette innebærer at tallene kan inkludere sweepere i tillegg til koordinatorene, eller at det avsettes midler til innleie. Dette er gjort for å få sammenliknbare tall med budsjett.

Data mangler på anestesivurdering og kan tilsi noe høyere anesthesisykepleier bemanning. Videre kan det være spesielle fast track løsninger med svært høy produktivitet som tilsier andre løsninger enn det jeg har skissert over. Men basert på de data jeg har og den aktivitet som er per dag, så ser jeg ingen grunn til at vurderingen har vesentlige feilkilder i seg.

6.5 OPERASJON NARVIK

Budsjettet bemanning⁹ er vist på venstre side og analysert bemanning (fra arbeidsplan) på høyre side:

Operasjon Narvik				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Operasjonssykepleier	12,9	Dagvakt	6,3	-
Øvrige	1,0	Kombinasjonskode	2,1	2,0
Totalsum	13,9	Fagdag	0,8	-
		Totalsum	9,2	2,0

Anestesi Narvik				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Anestesisykepleier	11,1	Dagvakt	4,6	-
Seksjonsleder	1,0	Kombinasjonskode	1,0	1,0
Øvrige	0,5	Fagdag	0,4	-
Totalsum	12,6	Totalsum	6,0	1,0

Legeressurser Narvik				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Overlege	3,5	Dagvakt	1,9	-
Lege I Spesialis. Kat. C.	-	Kombinasjonskode	1,0	1,0
Øvrige	0,5	Totalsum	2,9	1,0
Totalsum	3,9			

Område	Parameter
Øh per dag (snitt)	1,4
Elektive per dag	8,9
Operasjonsstuer per dag	3 (2 fredag)
OL anestesi per dag (tot)	2,9

Aktivitet tilsier 3 + 1 anesthesisykepleiere og 6 + 1 operasjonssykepleiere. Dette er i tråd med bemanning.

⁹ Budsjettet bemanning omfatter faste og variable årsverk (innleie).

Yrkesgruppe	I dag	Forslag
Operasjonssykepleiere	12,9	13,0
Ledelse/annet	1,0	1,0
Anestesisykepleiere	11,1	11,0
Ledelse/annet	1,5	1,5
Sum	26,5	26,5

6.6 OPERASJON HARSTAD

Budsjettet bemanning er vist på venstre side og analysert bemanning (fra arbeidsplan) på høyre side:

Operasjon Harstad				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Assistent (Klin.)	-	Dagvakt	14,0	2,0
hjelpepleier	1,3	Aftenvakt	2,8	1,5
Operasjonssykepleier	21,9	Nattvakt	1,0	1,0
Seksjonsleder	1,0	Hjemmevakt 1:4	1,0	
Øvrige	2,7	Kombinasjonskode	1,0	1,0
Totalsum	26,8	Totalsum	19,8	5,5

Anestesi Harstad				
ÅRSVERK (Budsjett)		Arb.plan (Snitt på vakt/dag)		
Stillingsbetegnelse	ÅV	OPERASJON	Hverdag	Helg
Anestesisykepleier	14,7	Dagvakt	9,8	1,0
Seksjonsleder	1,7	Aftenvakt	2,0	1,0
Øvrige	0,5	Nattvakt	1,0	1,0
Totalsum	16,9	Kontor/adm	0,6	-
		Totalsum	13,4	3,0

Legeseksjon Harstad	
ÅRSVERK (Budsjett)	
Stillingsbetegnelse	ÅV
Avdelingsoverlege	1,0
Overlege	4,6
Lege I Spesialis. Kat. C.	2,0
Øvrige	2,1
Totalsum	9,7

Område	Parameter
Øh per dag (snitt)	2,9
Elektive per dag	12,4
Operasjonsstuer per dag	5 (3 fredag)
OL anestesi per dag (tot)	4

Aktivitet tilsier $12 + 2 = 14$ operasjonssykepleiere på dagvakt og $8 + 1$ anestesisykepleiere. Tallet etter dimensjonering er koordinatører/sweepere. Dette innebærer det samme som/en liten korleksjon fra faktisk bemanning.

Yrkesgruppe	I dag	Forslag
Operasjonssykepleiere	21,9	22,0
Ledelse/annet	3,7	2,0
Anestesisykepleiere	14,7	14,0
Ledelse/annet	2,1	2,0
Annet personale	1,3	1,0
Sum	43,7	41,0

6.7 ØVRIGE STILLINGER I OPIN

6.7.1 Tromsø

Enhetsnr. Enhet	Sum ÅV	Arb.plan - Snitt på vakt/dag (hverdag)							SUM
		Dag	Mellom	Aften	Natt	DELSUM	Primærn/Ledelse		
182020 Anestesi- og operasjon Seksjon Dagkirurgi	37,7	26	1	2		29	1	3	62
182001 Anestesi- og operasjon Seksjon for legetjenester	50,7	53				53			106
182011 Enhet for K3K operasjon	33,6	14		2	1	18			36
182012 Enhet for K3K anestesi	56,9	27		7	3	37		2	77
182013 Enhet for NO operasjon	5,0	15		3	2	20			39
182014 Enhet for NO anestesi	0,8					-			
DELSUM	184,7	136	1	14	6	157	1	5	320
182040 Anestesi- og operasjon Enhet Sterilforsyning	36,8								
182041 Anestesi- og operasjon Enhet Spesialrenhold	42,9								
182000 Fellesfunksjoner Anestesi- og operasjon	7,1								
182010 Anestesi- og operasjon Seksjon Innslusa	1,0								
Totalsum	272,5								

Sterilforsyning

Sterilforsyning må planlegges ut fra operasjonsprogram. Vi har ikke detaljert oversikt over alle oppgavene Sterilforsyningen utfører og det faller utenfor rammen av oppdraget.

Vi vil allikevel understreke to saker: Sterilforsyningen fungerer optimalt når operasjonsprogrammet er detaljplanlagt med høy/lavaktivitetsperioder og det er en sammenhengende planmodell over hele sykehuset.

Sterilforsyningen ved Sykehuset i Vestfold har 17 ansatte for å dekke en aktivitet på 14.647 operasjoner. Men de har lavere andel inneliggende enn UNN. St Olav har med sine desentrale områder på sykehuset 45 ansatte i sterilforsyningen, dette dekker 30.000 operasjoner/år, herav ca. 17.000 inneliggende. Dette tilsier at det kan være fornuftig å vurdere bemanningen ved Sterilforsyningen ut fra et operasjonsvolum på i overkant av 16.000 inneliggende operasjoner.

Renhold

Antall årsverk i renhold virker umiddelbart høyt, men tilgjengelige data gir intet grunnlag for noen konklusjoner. Renhold faller derfor også utenfor området av analysene.

Jeg har arbeidet med prosesser med renholdere som best er oppsummert av Helse Førde som «innenfor slusa». Dette innebærer bedre kommunikasjon og forståelse av oppgaver spesielt mellom sykepleiere, renholdere og ledelse. Videre gir det mer effektiv ressursbruk. Ved sykehus jeg har jobbet har bemanningsdimensjoneringen for «innenfor slusa» vært 1 renholder/stue i COP + 1 på topp, eks. 9 renholdere på 8 stuer.

Eksempel fra Førde sentralsykehus: Renholdet er inndelt i seks forskjellige vaske kategorier med fargekoder etter hva slags renhold som er påkrevet etter operasjonen. Det starter med blå kode, som er klargjøring til første pasient, via grønn, som er mellomvask uten søl, til rød eller gul kode, som er søl med smitte. Alle kategorier inneholder spesifikke prosedyrer for å gjennomføre vaskingen. Evalueringen viser: Før ble det vasket på én

måte uansett hvordan operasjonsstua var brukt. Vi hadde omfattende prosedyrer for å være trygge. Det var tidkrevende, en større belastning for renholderne og medførte lengre tid for legene å vente. Med de nye rutinene blir det mindre belastning og kortere tid til operasjonsstua er klar for neste pasient.

Øvrig bemanning:

Ingen forbedringsforslag.

6.7.2 Harstad

Enhetsnr. Enhet	Sum ÅV	Arb.plan - Snitt på vakt/dag (hverdag)									
		Dag	Mellom	Aften	Natt	DELSUM	Hjemme	Kombi	Adm/Ledelse	SUM	
185050 Akuttmottak Harstad	33,9	7	1	6	3	17			3	38	
185010 Legeseksjon Harstad	9,7					-					
185030 Operasjon Harstad	26,8	14		3	1	18	1	1		38	
185020 Intensiv Harstad	37,9	12	1	5	4	22			1	45	
185040 Anestesi Harstad	16,9	10		2	1	13			1	26	
DELSUM	125,2	43	2	16	9	70	1	1	5	147	
185031 Sterilforsyning Harstad	4,8										
185000 Fellesfunksjon Harstad	1,0										
Totalsum	131,0										

Se kommentarene over vedr Tromsø.

6.7.3 Narvik

Enhetsnr. Enhet	Sum ÅV	Arb.plan - Snitt på vakt/dag (hverdag)									
		Dag/Mellom	Aften	Natt	DELSUM	Hjemme	Kombi	Fagdagn/Ledelse	SUM		
186060 Akuttmottak Narvik	19,7	3	2	5	2	12		1	3	28	
186010 Legeressurser Narvik	3,9	2				2		1		5	
186030 Operasjon Narvik	13,9	6				6		2	1	15	
186020 Intensiv Narvik	38,0	9	1	4	3	17				33	
186032 Anestesi Narvik	12,6	5				5		1	0	11	
DELSUM	88,1	25	3	9	5	42	-	5	1	92	
186031 Sterilforsyning Narvik	-										
186000 Fellesfunksjon Narvik	1,1										
Totalsum	89,2										

Se kommentarene over vedr Tromsø.

6.7.4 Opererende klinikker

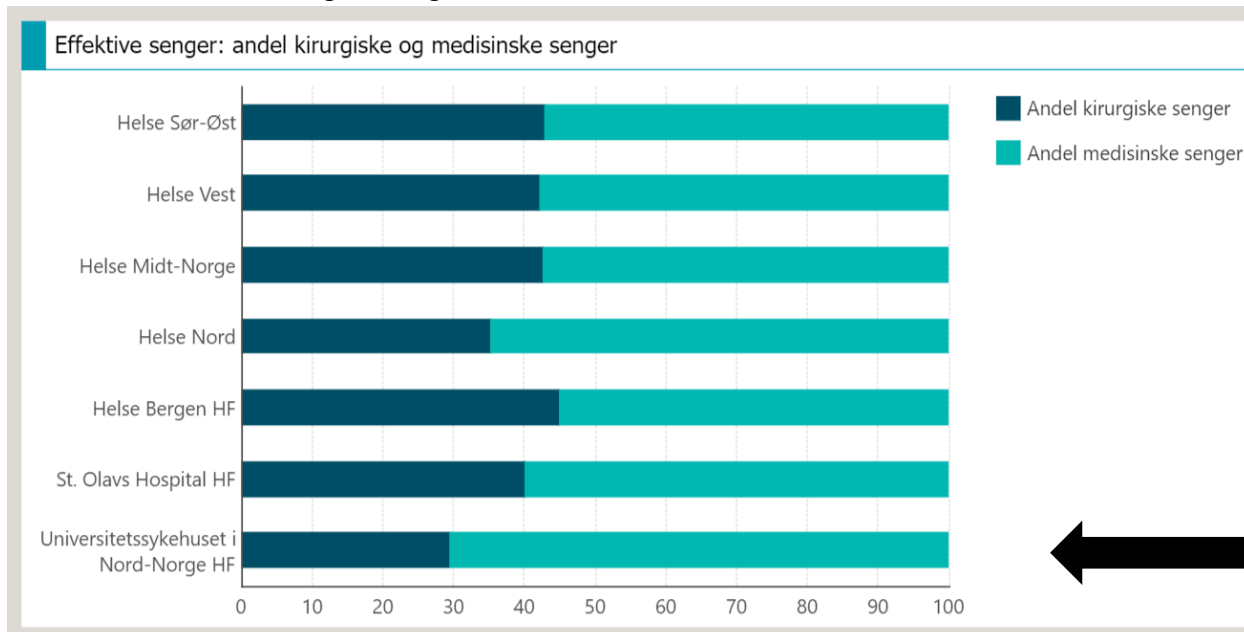
K3K - Alle enheter	Gastrokir			Kirurgisk avdeling		Totalsum
	Tromsø	Harstad	Narvik	Kirurgisk avdeling		
Overlege	9,4	7,0	7,8			24,2
Seksjonsoverlege	1,0	1,0	-			2,0
Overlege	8,2	6,0	7,8			22,0
Overlege i Bistilling	0,2	-	-			0,2
LIS	12,2	4,3	3,2			19,7
Lege I Spesialis. Kat. A.	0,1	-	3,2			3,4
Lege I Spesialis. Kat. B.	3,0	2,1	-			5,1
Lege I Spesialis. Kat. C.	5,6	2,2	-			7,8
Legespesialist Kat. D.	3,4	-	-			3,4
Totalsum	21,6	11,3	11,1			44,0

HLK	
Stillingsbetegnelse	Hjerte-Lunge- Karkirurgisk avd.
Overlege	8,9
Avdelingsoverlege	1,0
Overlege	7,7
Overlege i Bistilling	0,2
LIS	8,5
Lege I Spesialis. Kat. A.	3,5
Lege I Spesialis. Kat. B.	3,0
Legespesialist Kat. D.	2,0
Totalsum	17,4

NOR			
Stillingsbetegnelse	NKØØ	ORPL	Totalsum
Overlege	36,5	28,7	65,2
Avdelingsoverlege	4,9	1,0	5,9
Overlege	30,7	27,7	58,4
Overlege i Bistilling	0,9	-	0,9
LIS	-	1,2	1,2
Lege I Spesialis. Kat. A.	-	1,2	1,2
Lege I Spesialis. Kat. B.	-	5,8	5,8
Lege I Spesialis. Kat. C.	25,5	7,8	33,3
Legespesialist Kat. D.	-	0,5	0,5
Totalsum	62,0	44,0	105,9

Vi har ingen kommentarer til denne bemanningen.

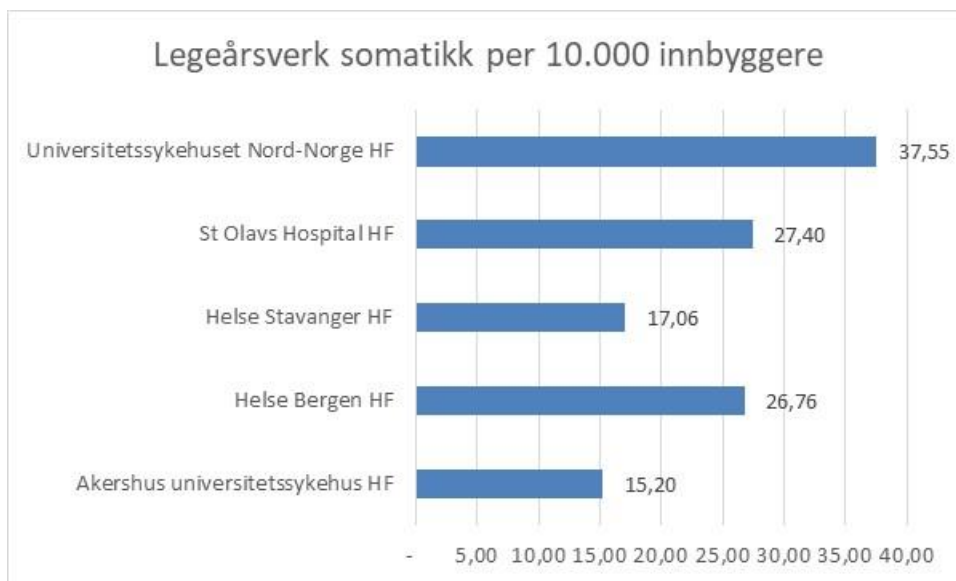
6.7.5 Andel kirurgiske senger



Samdata analysen viser lav andel kirurgiske senger i Helse Nord/UNN. Dette kan føre til utfordringer for effektiv operasjonsplanlegging og styring.

6.7.6 Legeårsverk somatikk

SSB viser legeårsverk i somatikk. Relativt sett har naturlig nok UNN flest legeårsverk per 10.000 innbyggere i opptaksområdet. Tallene under viser legeårsverk korrigert for lengre fravær, dvs. faktisk tilgjengelige legeressurser.



Tilgjengelighet på legeressurser virker god, men uansett vil UNN har smådriftsulemper pga. størrelse og krav til subspecialisering, ref. strateginotatene.

6.8 KONSULENTENS VURDERINGER SAMLET

Formålet med dagens organisering er å sikre lik aktivitetsbasert fordeling av operasjons- og anestesiresurser mellom klinikkene. Oppdraget i denne rapporten er å se om fordeling av operasjons- og anestesiresurser per klinikk gir en bedre samlet ressursstyring enn dagens organisering.

I denne rapporten kaller vi de to alternativene:

- Dagens organisering med i hovedsak alle anestesi- og operasjonsressurser samlet i en klinikk for en *sentralisert modell*.
- Alternativ organisering med anestesi- og operasjonsressurser desentralisert på de tre opererende klinikker for en *desentral modell*.

Min vurdering bygger på om det er en effektiv ressursutnyttelse i dag på OpIn området. Dette har jeg operasjonalisert ut fra prinsippene om aktivitetsstyrt bemanning. Jeg har påpekt at det er et betydelig og mangelfullt samsvar mellom bemanning og aktivitet per mnd. Dessverre gir ikke grunnlagsdata meg noen muligheter til å analysere dette grundigere ned på vakter og ukedager. Se 5.2.1 over.

Dette utgangspunktet tilsier at for å svare på spørsmålet om organisering er et hensiktsmessig virkemiddel for bedre ressursutnyttelse, så må vi først avklare hvordan vi får bedre samsvar mellom aktivitet og bemanning.

6.8.1 Tydeligere plan- og styringsmodell for bemanning

Det er ingen tydelig aktivitetsstyrt bemanningsmodell for Operasjonsområdet i OpIn klinikken. Men dette gjelder ikke bare OpIn, det gjelder alle undersøkte klinikker. Dette innebærer at det i perioder med høy aktivitet kan være relativt lav bemanning og omvendt. Under ser vi en analyse der vi måler relativt avvik mellom aktivitet per måned og planlagt og faktisk bemanning for OpIn. Disse kurvene tar utgangspunktet i de to månedene (august og november) med best statistisk sammenheng mellom aktivitet og vaktbok. November er måneden med høyest aktivitet og både faktisk og planlagt bemanning er satt som 0 punkt. Positive avvik innebærer relativ «merbemanning» utover november nivå. Sum av merbemanning er uttrykk for potensialet for å utnytte bemanning *bedre* i løpet av året.



Jeg understreker ordet bedre. Det er på ingen måte gitt at bemanningen er optimal i forhold til aktivitet i referansemåned. Poenget med denne analysen er heller ikke det, den er at det er et potensial for å planlegge og styre bemanning bedre opp mot aktivitet.

Før UNN vurderer bemanningsnivået, må man vurdere kriteriene for bemanningsdimensjonering grundigere. I dag bygger planmodellen på en kombinasjon av aktivitet og antall stuer, uten at vi kan se at dette bidrar til effektiv bruk av bemanning. Dette innebærer at planlagt og faktisk bemanning ikke samvarierer godt nok med aktivitet. Dette er sannsynligvis det området UNN vil få best resultater av en gjennomgang og forbedringsarbeid på. Med en tydeligere aktivitetsbasert modell vil UNN kunne realisere operasjonsprogrammet med mindre totalt ressursbruk, spesielt for anestesisykepleiere og klinisk støttepersonell. I våre vurderinger har vi lagt til grunn en aktivitetsbasert bemanningsdimensjonering.

6.8.2 Organisering og bemanning Påvirker organisering ressursbruk?

Desentralisering og effektivisering

I forslagene har jeg lagt inn effektiviseringsmuligheter. I vurderingene av bemanning kan dette realiseres både innenfor rammen av en desentral organisasjon og en sentral organisering. Den desentrale organiseringen har i tillegg utfordringer på koordinering innenfor anestesiområdet om anestesilegene og -sykepleietjenesten blir splittet. Erfaringene tilsier at dette ikke er tilfellet forhold til operasjonssykepleiere, de kan organiseres i opererende klinikker. De opererende klinikkene må uansett koordinere planleggingen med anestesi. Det ligger faglige synergier ved denne løsningen som er positive, men planene under tilsier noen effektiviseringsmuligheter samlet sett. Målt mot regnskap tilsier forslagene betydelig større potensiale.

Anestesilegene

Alle andre løsninger enn en klinikk vil medføre økt ressursbehov. Bakgrunnen for dette er antall vaktlinjer og koordineringsbehov. Anestesilegene må, uansett organisering, dekke hele sykehuset og den totale bemanning av anestesileger må derfor ses under ett uavhengig av organisering.

Anestesisykepleiere:

Anestesisykepleiere bør de følge samme organisering som legene, dette av hensyn til felles fagutvikling og effektive samarbeidsmodeller. En desentralisering av anestesifunksjonen vil kunne medføre økt behov for koordinering og et lite rasjonelt arbeid med fagutvikling. I tillegg vil den føre til manglende fleksibilitet mellom arbeidsoppgaver i anestesisykelen. Verken av hensyn til fag eller ressursbruk anbefaler vi denne løsningen.

Operasjonssykepleiere:

Den organisatoriske tilknytning er sekundær for operasjonssykepleiere, de kan organiseres i OpIn eller i kirurgiske klinikker. Organisering vil ikke påvirke bemanningsbehov. Bakgrunnen for dette er at det allerede er bygd inn koordinering mellom anestesi og opererende klinikker i alle planene. Uansett organisering, vil UNN ha behov for koordinering mellom operatører, operasjonssykepleiere og anestesiområdet. Det kan være synergier i at operasjonssykepleierne jobber på tvers innenfor en klinikk, men jeg ser ingen slike effekter i OpIn sammenliknet med klinikker med desentralisert

organisering av operasjonssykepleiere. Faglig kan det ligge gevinster i at operasjonssykepleierne er organisert i de opererende klinikkene. Vi vil anbefale en slik organisering om man faller ned på en mer desentralisert styringsmodell ved UNN, alternativt opprettholde dagens modell.

Harstad og Narvik

I Harstad og Narvik er det vesentlige at samlede operasjons- og anestesiresurser koordineres av en klinikk med en stedlig ledelse. Hvilken klinikk er ikke vesentlig i forhold til bemanning, men må vurderes ut fra faglige og praktiske forhold. Med noen få unntak er bemanningen her riktig.

Oppsummert

I egne områder under har jeg vist min vurdering av endret behov for ressurser ved valg av desentral modell. Dette er farget med gult for å synliggjøre valgene og tallet omfatter økt behov for årsverk:

Område	Åv, i dag ihht. budsjett ¹⁰	Anbefalt åv	Side i rapport
Anestesilegene Tromsø	50,4	50,4	14
Anestesilegene desentralt		+ 2-4 årsverk i koordinering samt evt. ekstra vaktlinjer.	
DK Tromsø	37,7	33,0	23
Operasjonssykepleiere desentralt		0,0	
Anestesisykepleiere desentralt: 0,5 åv./klinikk		1,5	
Innslusa	95,5	96,0 med 2 øh team	24 og 25
		91,0 med øh som i dag	25
Operasjonssykepleiere desentralt		0,0	
Anestesisykepleiere desentralt: 1 årsverk per klinikk		3,0	
Narvik	30,4 med leger	30,4	26-27
Narvik desentralt		0,0 forutsatt samlet en klinikk	
Harstad	53,4 med leger	50,7	27-28
Harstad desentralt		0,0 forutsatt samlet en klinikk	

¹⁰ Faste og variable årsverk (inkl innleie). Anbefalte årsverk er regnet på samme måte.

Vedlegg

I vedlegget tar jeg med noen av mine vurderinger i forhold til det grunnlagsmaterialet jeg har mottatt i prosjektet. Mine hovedkonklusjoner og vurderer bygger i hovedsak **ikke** på dette materialet. De bygger i hovedsak på grunnlagsmaterialet for bemanning og aktivitet. Jeg har allikevel valgt å legge ved mine vurderinger av grunnlagsmaterialet av hensyn til helheten, da disse dokumentene er vesentlige for oppdraget og gir rammer for klinikkens arbeid framover. Vurderingene er ikke ment å være helhetlige, men gir mine innspill ut fra det oppdraget jeg har.

EVALUERING AV OP IN KLINIKKEN¹¹

Evalueringen er grunnlaget for dette oppdraget og jeg tar i dette punktet opp en del områder som jeg oppfatter har særlig relevans for bemanningsdimensjonering.

KONSULENTENS KOMMENTARER TIL RAPPORTEN

Sett i forhold til dette oppdraget oppfatter jeg at det særlig er to sentrale punkter i evalueringen:

- Effektiv ressursbruk – eller for den slags skyld systematisk overforbruk.
 - Avvik i bemanning mellom plan og vaktbok.
 - Klinikken endrer organisering hyppig og utvider antall avdelinger – dette har jeg vurdert over under 2.2 og er sjelden verken et nødvendig eller tilstrekkelig virkemiddel for å effektivisere drift.
- Misnøye med Oplns leveranser på:
 - Økning i antall operasjoner – men også strykninger.
 - Prinsippet om gjennomgående faglig ledelse tilsier at Oplns ressurser må knyttes nært til de kirurgiske spesialiteter og til foretakets utviklingsområder: *Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling.*

Subspesialisering av legene

I punkt 6.8 over har jeg vurdert desentralisering av anestesilegene for de opererende klinikker. I evalueringen understrekes poengene fra gjennomgangen over, der det både henvises til at dette kan utløse flere vaktlag, men at det også kan ha fordeler ved at anestesilegene er nærmere på den faglige utviklingen i de opererende spesialitetene. Det påpekes videre, som jeg har vurdert over, at ulempene kan motvirkes med koordinerende tiltak i tillegg antas det at man kan redusere sykefravær, uten at jeg ser noen sammenheng mellom tiltak og redusert sykefravær i denne ROS evalueringen.

Vurderingen virker å glemme bort at en opererende klinikk til enhver tid kun «eier» 2-3 overleger av en samlet bemanning på 28. Disse 2-3 overlegene må inngå i en rotasjon som dekker mange fagområder. Hvordan dette skal gi effekter i form av høyspesialisering utover dagens løsning er umulig å si. Min vurdering er altså at dette krever økt koordinering (dvs. i klartekst økt legeressurser til administrativt arbeid) enn dagens løsning og jeg kan ikke se at man øker graden av spesialisering all den tid at

¹¹ Intern evaluering levert 23. juni 2017

overlegene knyttet til en klinikk fortsatt vil måtte gå i samme type rotasjon som de allerede går i, enten de er organisert i klinikk A eller B.

Effektiv drift

De opererende klinikker anfører som argument mot dagens organisering:

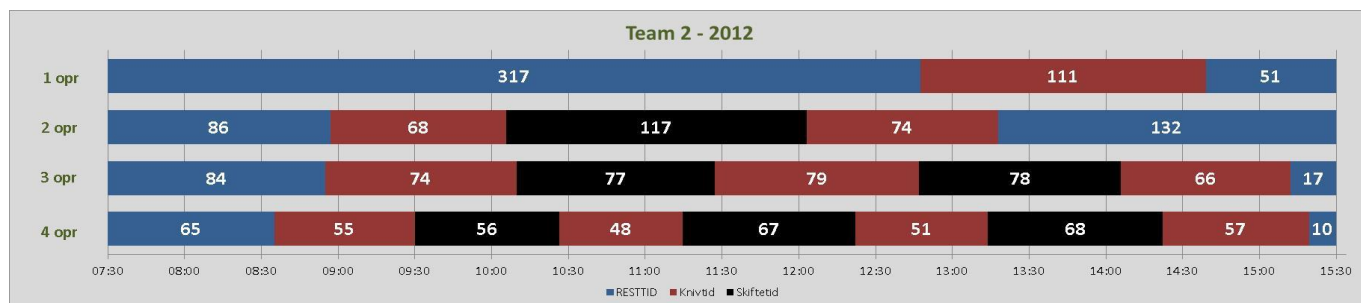
- Lang skiftetid
- Strykninger
- Manglende fleksibilitet fra OpIn til å løse oppgaver av sykepleiere som ikke er spesialsykepleiere.
- Kostnader og konsekvenser av valg i OpIn belastes opererende klinikker.
- Uklare måltall og mangel på felles styringsinformasjon som gir retning for planlegging og styring av kapasitet.
- Uenighet om faglige retninger – eks. å kunne toppe bemanning i forhold til høyspesialiserte operative inngrep.

Dette er etter min mening nøkkel til hele organiseringsdebatten, kfr. punkt 2.2 over. Problemstillingen – som defineres som et organisatorisk virkemiddel – handler om:

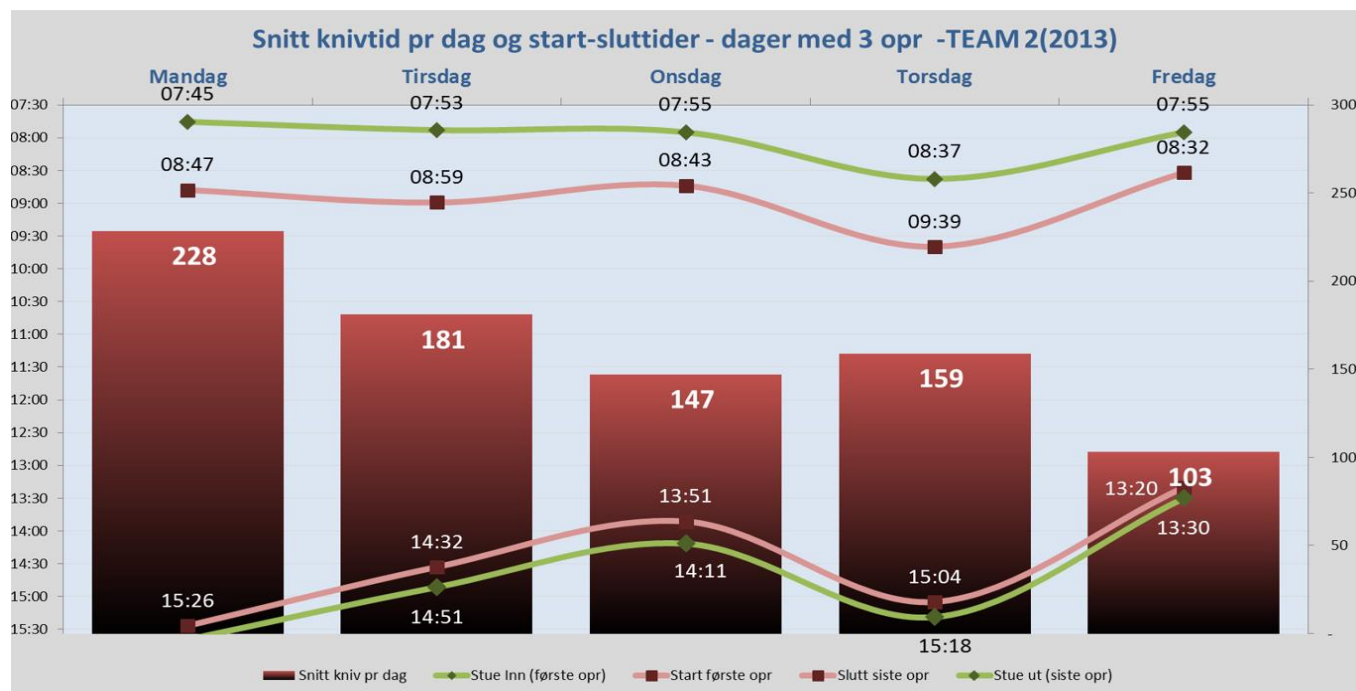
- Manglende forløpsstyring, økonomiske og kvalitative virkemidler som sikrer at alle klinikker jobber mot samme mål.
- En beskrevet rigid og gammeldags plan- og styringsmodell av ressurser i OpIn klinikken.

Mitt poeng er at det er disse problemstillingene som må adresseres, når det ikke gjøres tydelig nok blir fokus ofte avledet til å handle om organisering. Denne kritikken er så vidt tydelig at det er åpenbare utfordringer i samarbeidet, som må løses. Dette gjør også at man kritiserer områder der tallene ikke er dårlige for OpIn, som skiftetid, skiftetid stabilt på 50 minutter er i tråd med det vi finner ved sammenliknbare sykehus.

Jeg viser her til punkt 3.4 foran. Det er en rekke gode forslag til forbedringer i evalueringene, eks. loadmaster på operasjonsgangen¹², bedre kapasitet til øh kirurgi osv. I løsningsmodellen på 6.4 utviklet vi en «sweeper» funksjon på sentraloperasjonen, denne hadde oppgaven å øke hastighet i overganger og gå inn der tempoet ikke var optimalt. Dette ble fulgt opp av gode styringsdata som viser flyt på dager med ønsket effektivitet, se eks. under. Legg f.eks. merke til tidlig oppstart på stue (07:45 mot tidligere 08:00), senere start torsdag pga. felles møte sentraloperasjon og kirurger og ortopedier.



¹² Vi har brukt begrepet sweeper/koordinator om den samme funksjonen.



STRATEGISK UTVIKLINGSPLAN OPIN

Planen har alle de vanlige områder med:

- Drivere
- Strategiske hovedretninger
- Prioriterte utviklingsområder

KONSULENTENS VURDERING

Jeg kan ikke se at planen adresserer verken utviklingsbehovet eller beskriver noen sannsynlig retning som viser hvordan klinikken skal implementere sin strategi. I forhold til de utfordringene planen beskriver på behov for personell vs. tilgang på personell kan jeg ikke se noen strategisk retning utover generelle viljesutsagn.

STRATEGISK UTVIKLINGSPLAN OPERERENDE KLINIKKER

NOR

Operasjonsområdet krever tilgang til mer avansert kirurgi og behov for kapasitet er beskrevet i planen. Planen adresserer både utfordringer i form av framskrivninger av behov for kapasitet (stuer, utstyr og personell) og mer relevante styringssystemer for operasjonsplanlegging og -styring. Planen omfatter også konkrete grep som fast track for protesekirurgi.

K3K

Klinikken adresserer en rekke av utviklingsbehovene, men definerer samtidig et sett av behov som vil skape betydelige utfordringer for sykehuset: Tilgang spesialisert personell, utvikling av mer avanserte behandlingsformer, krav til subspesialisering mv.

HLK

Operasjonsområdet er framskrevet i tillegg beskrives behov for intervensjonslaboratorier. På lik linje med de andre klinikkene understreker HLK behovet for bedre løsningsmodeller for operasjonsplanlegging og -styring:

«Å dekke det kirurgiske behovet i befolkningen krever forbedring av vår strategiske operasjonsplanlegging. En viktig strategisk satsing er å utvikle en metode for å framskrive behovet, og å etablere prosesser for prioritering av begrensede operasjonsressurser i tråd med befolkningens behov».

KONSULENTENS VURDERING

Det er en betydelig mismatch mellom beskrivelsene i de tre opererende klinikkene og løsninger beskrevet i strategiplanen til OpIn. Dette tilsier at en mer samlet tilnærming til strategisk utvikling bør gjennomføres. Ikke minst tydeliggjør planene at det mangler en felles analyse som beskriver framskrevet behov opp mot kapasitet. Slike kapasitetsanalyser er vesentlige for å sikre en helhetlig strategisk retning og prioritering.