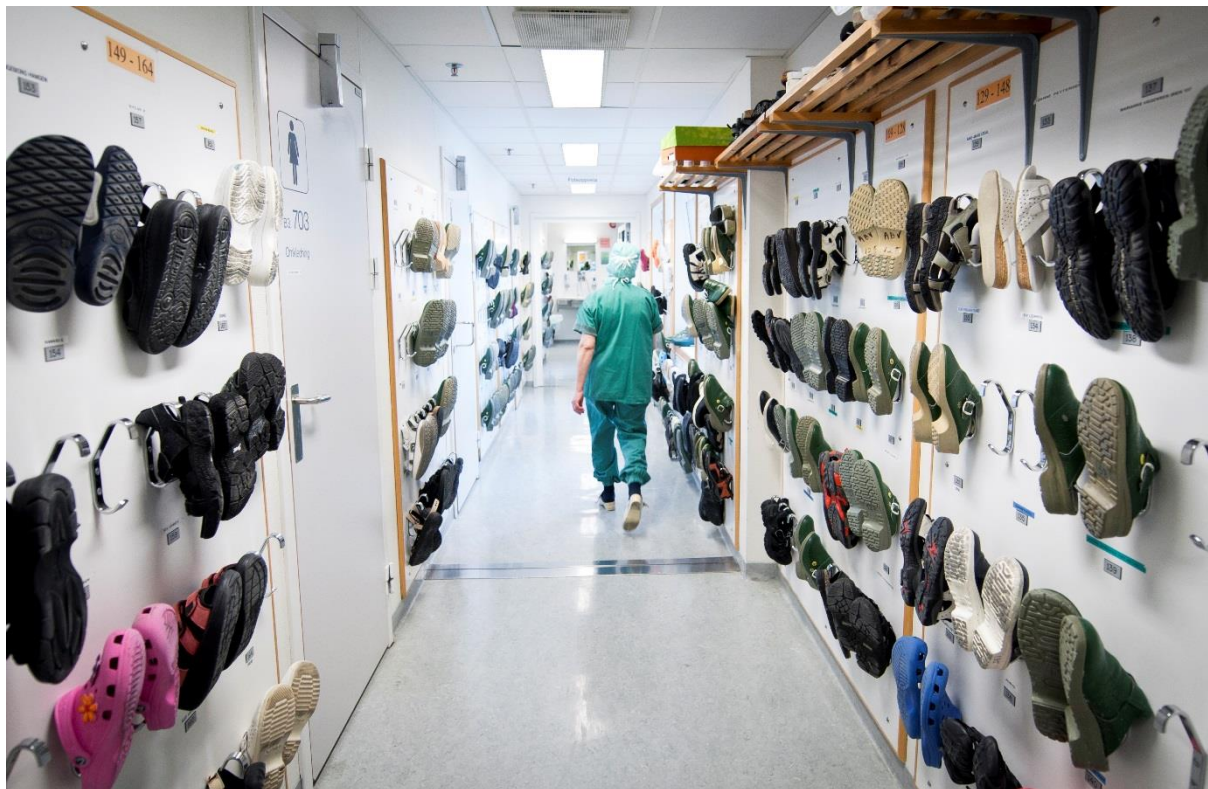


Delrapport – evaluering av operasjons- og intensivklubikken UNN HF

Organisering av operasjons- og anestesiresurser

Referanseforetak og referansegruppe



Til direktørens ledergruppe UNN

Fra prosjektleder Hege Andersen

Versjon: 2.0

Dato: 1. September 2017

1. innledning

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN HF) evaluerer Operasjons- og intensivklinikken (OPIN); i hovedsak den samlede organiseringen av klinikken med tverrfaglige seksjoner komplementære med de kirurgiske klinikkene (hjerte-lunge/nevro-orto/gastro-uro-gyn-kreft). Har denne organiseringen sikret organisatorisk funksjonalitet?

Innebygd i begrepet organisatorisk funksjonalitet ligger det 8 kriterier for evaluering:

Evalueringsrapporten, med unntak av dette del-oppgavet samt en ekstern rapport om beregning av bemanningsbehov (leveres medio september 2017), finner du [her](#).

KRITERIER FOR EVALUERING

- *Helhetlige og bedre koordinerte pasientforløp*
- *Bedre og mer forpliktende samhandling med primærhelsetjenesten*
- *Tydelig ledelse og styring*
- *En struktur som sikrer helhetlig styring og ledelse*
- *Dokumentert høy kvalitet på tjenestene*
- *Effektiv og fleksibel utnyttelse av kapasitet og ressurser*
- *Konkurransedyktige fagmiljøer som gir gode vilkår for videreutvikling og rekruttering av nøkkelpersonell*
- *Et godt arbeidsmiljø*

1.1. Oppdraget og hvordan dette er løst

Som en del av evalueringen ble det etablert en referansegruppe med eksterne fagpersoner/ledere ved sammenlignbare virksomheter (jf oppdraget fra direktørens ledergruppe (200916)). Dette skulle bidra til vurderingen av dagens organisering, alternative organisatoriske løsninger, og bringe inn erfaringer fra egne foretak.

Oppdraget er løst ved først å innhente opplysninger, gjennom telefonmøte og skriftlig korrespondanse, fra Peter Emmerich Hansen (se pkt. 2). Hansen var sentral som konsulent ved UNN i 2007 da klinikkene ble dannet og er spesialkonsulent ved Region Hovedstaden, DK, i dag. I tillegg kjenner han godt til tilsvarende prosesser ved en rekke sykehus i Norden for øvrig.

En rekke sykehus i Norden har på forespørsel levert en kort orientering omkring hvordan de har valgt å organisere operasjons- og anestesiresursene. Disse er gjengitt i pkt. 3.

I tillegg har en gruppe ressurspersoner ved sammenlignbare sykehus deltatt i en referansegruppe som skulle bidra til vurderingen av fordeler og ulemper ved ulike organisasjonsformer, basert på egen kunnskap og erfaring. Deltakerne fikk tilsendt et utkast av denne utredningen, med vekt på de to alternative organisasjonsformene som har vært mest diskutert. De deltok deretter i en videokonferanse med prosjektleder, fag- og forskningssjef og vise-administrerende direktør i august 2017. Hovedkonklusjoner er nedfelt i pkt. 4.

Innledningsvis i rapporten presenteres dagens organisering og hovedalternativet i korte trekk.

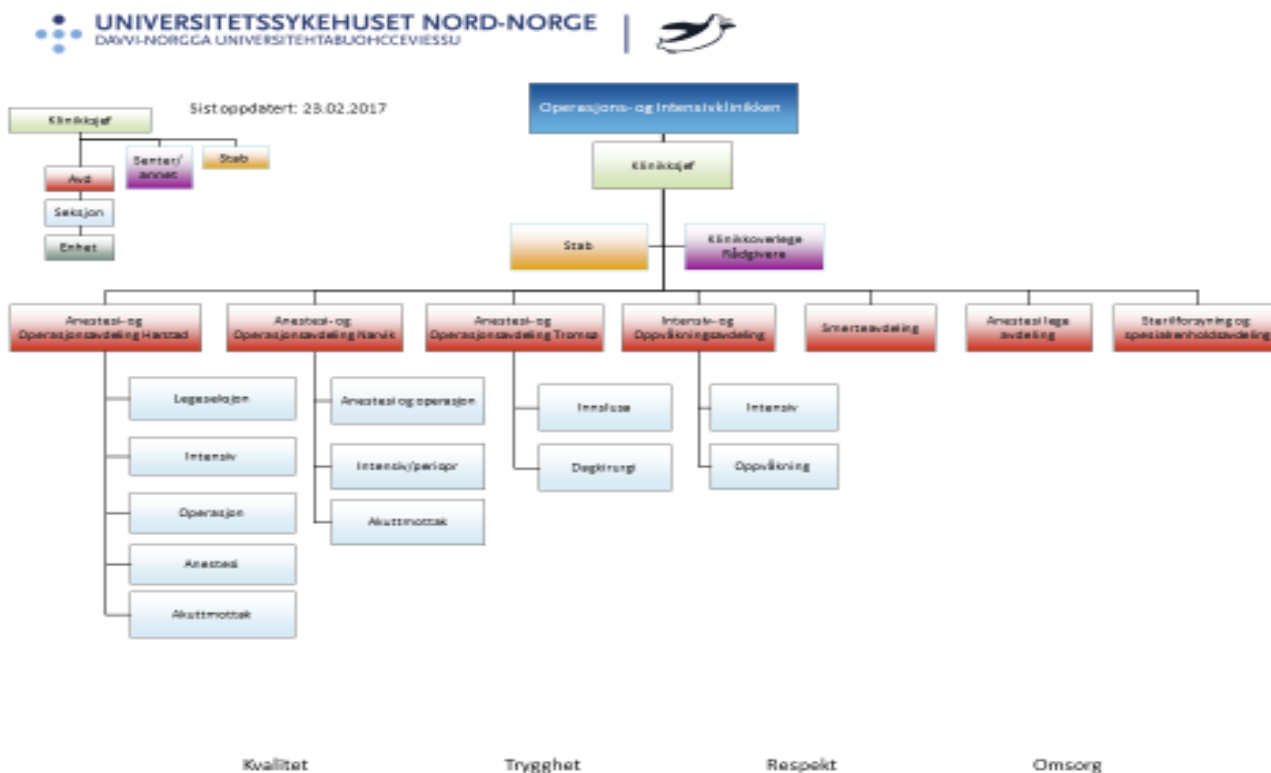
1.1. Dagens organisering

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 ca. 4 egne operasjonssykepleiere) og Hjerte- lungeklinikken (HLK) (ca. 12). Anestesilegene i UNN er samlet i egen avdeling, mens kirurgene er ansatt i hhv Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken (K3K), HLK og Nevro- orto og rehabiliteringsklinikken (NOR).

Operasjons- og anestesi-ressursene 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 ble vedtatt i 2017 og er midlertidig (i påvente av A-fløya som er under oppføring).

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

Figur 1: Dagens organisering av operasjons- og anestesiresursene ved UNN



1.2. Alternativ 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 Hjerne- og lunge-Klinikken (HLK), Nevro- ortopedi- og Rehabiliteringsklinikken (NOR) og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelse-klinikken (K3K). De andre klinikkene som er avhengig av kirurgiske tjenester (primært Barne- og ungdomsklinikken) vil få sin kapasitet tildelt av en eller flere av disse klinikkene. Fordelingsnøkkel kan baseres på aktivitet (produksjon) ev sammen med framskrivninger (behov).

Det blir dermed felles ledelse av de kirurgiske spesialistene, operasjons- og anesthesi ressursene i UNN fordelt på tre eller flere kirurgiske spesialiteter. Organiseringen må være fleksibel, slik at en sikrer spesialistutdanningen i anesthesi samt ivaretar behovet for felles vaktordninger.

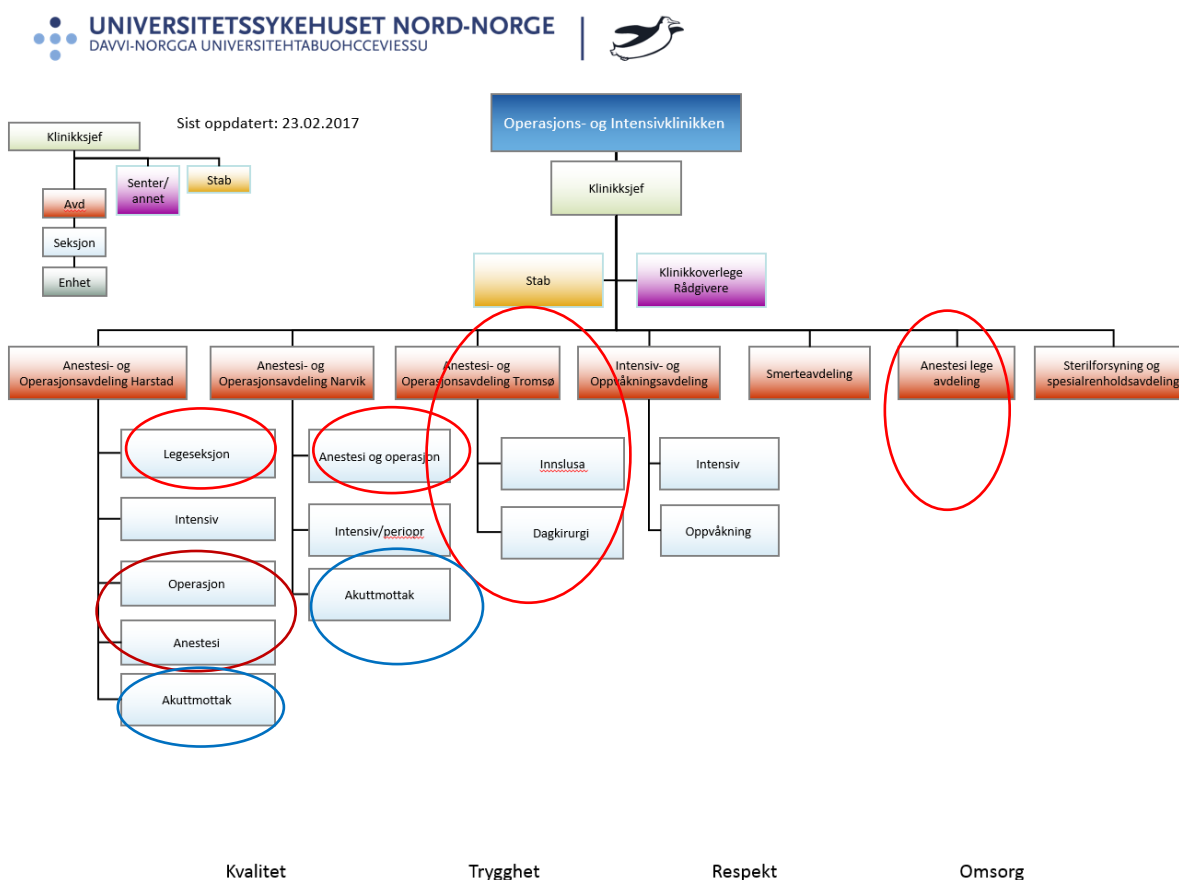
Anestesi/operasjonsressurser fordelt på de kirurgiske klinikkene kan imidlertid innebære behov for flere vaktteam.

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

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.

Figur 2: Alternativ organisering av operasjons- og anesthesiressursene ved UNN



Andre alternativer har vært foreslått, men vurderes 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. Alternativt foreslås det å etablere en kirurgisk divisjon, der all kirurgi, operasjon og anestesi får en felles ledelse.

2. Grunnleggende vurderinger fra eksperthold

Vurderinger fra Peter Emmerich Hansen, økonom og spesialkonsulent ved Region Hovedstaden, Danmark, tidligere konsulent ved *Implement healthcare*, som bidro sterkt til etableringen av dagens struktur ved UNN.

-valg av modell er ikke viktig

Der er reelt tre grundmodeller, der kører rundt i hele Nordeuropa. Og det viktige er ikke at velge mellom disse modeller – det viktige er at være opmærksom på, hvad hver af disse modeller efterlader som afledte problemer ... og så have nogle klare svar på, hvordan man ved valg af model håndterer disse afledte konsekvenser.

-begrensninger ved å sammenligne med andre

Karolinska: I skal være opmærksomme på, at OP/AN modellen her er helt integreret med den patientforløbsorienterede linje og med bestræbelserne på at få økonomi i typer af patientforløb, det vil sige med værdibaseret styring. Deres model kan ikke ses uafhængigt af dette større billede. Og deres model giver kun mening ind i dette større billede. Det er det samme, vi er i gang med i DK nu – med Hjertecentret på Rigshospitalet som det modelprojekt, der foreløbig er nået længst.

- å fjerne kirurgiske sengeposter og vurdere kirurgi som en støttefunksjon

Noget af det, der rør sig i UK og Holland: At gå bort fra kirurgiske sengeafsnit. Meget (alt?) i patientbehovene efter operation har en medicinsk karakter – rehabilitering, medicin monitorering etc. Og dermed kan kirurgi samt OP/AN måske betragtes som en form for "støttefunktion" inde i nogle forskellige former for patientforløb, hvor kirurgi er nødvendig – ligesom en cytostatika støttefunktion i de tilfælde, hvor cancerpatienter får cytostatika (og hvor man jo heller ikke laver et "cytostatika sengeafsnit"). Disse tanker er selvsagt også affødt af den mere generelle tendens, hvor medicinsk behandling og invasive former for behandling overtager flere og flere dele af den traditionelle kirurgi.

- hva som skiller high fra low performance enheter

Jeg havde i de sidste år i Implement (2014 og 2015) et nordisk lederudviklingsforløb for ledere fra OP/AN funktioner og med fokus på bl.a. det perioperative felt. Deltagerne kom fra sygehuse i både Danmark, Norge og Sverige samt Finland.

Samarbejdskultur, viljen til at arbejde med teams og fleksibelt på tværs – herunder af de kirurgiske afdelinger og operation/anæstesi – var ganske enkelt det, der kendetegnede "high performance" enheder fra "low performance" enheder. Det havde intet med organisation at gøre. Og det havde intet at gøre med, om operationssygeplejerskerne blev ejet af kirurgi eller af OP/AN.

I den første kategori (high performance) fokuserede man meget på den samlede kæde (det samlede kirurgiske patientforløb – inkl. den del, der så udgøres af anæstesi, operation, opvågning). Og man var fra de kirurgiske afdelinger villige til at arbejdstilrettelægge synkront med andre kirurgiske afdelinger og også ændre

arbeidsgange hos sig selv, hvis dette hjalp på utnyttelsen av den anæstesiologiske og operative kapasitet.

3. Organisering av operasjons- og anestesiresursene ved andre helseforetak – eksempler på ulike modeller

3.1. St Olav Universitetssykehus

På St. Olav er anesthesi- og operasjonsressursene organisert som beskrevet under.

Operasjonsressurser:

Det er de ulike opererende klinikkene som står for driften av operasjonsstuene og har «eierskap» til disse. Operasjonssykepleierne er ansatt i respektive opererende klinikker, det vil si Kirurgisk klinikk, Klinikk for ortopedi, reumatologi og hudsykdommer, Kvinneklinikken, Klinikk for Øre-nese-hals, kjevekirurgi og øyesykdommer, Nevroklinikken og Klinikk for thoraxkirurgi. Operasjonssykepleierne arbeider i hovedsak ikke på tvers. Unntaket er vakttid, da kirurgiske og ortopediske operasjonssykepleiere samarbeider med Kvinneklinikkens operasjonssykepleiere om akutt sectio, og der det også er intensjonen at kirurgiske og ortopediske operasjonssykepleiere skal hjelpe hverandre ved behov.

Alle anestesiresurser er organisert i Klinikk for anesthesi og intensivmedisin. Det har vært og er sett på som viktig for faget anesthesi at fagmiljøet holdes samlet, dette gjelder for så vel sykepleiere som for leger. Klinikkens sjef anser også dette for å være den beste organiseringen for arbeidet på ubekvem tid, hvilket utgjør flertallet av døgnets timer.

Thoraxanesthesi sykepleiere og leger er organisert som egen avdeling i Klinikk for anesthesi og intensivmedisin, med felles avdelingssjef som er lege. Dette er nok til dels av historiske årsaker.

Øvrige anestesileger (ikke intensivmedisinere) er organisert under en avdelingssjef.

Seksjonsoverleger har kun fagansvar. Overlegene er i hovedsak fast i et av St. Olavs fem kliniske senter, LIS-legene roterer etter oppsatt plan. Anestesisykepleierne er organisert under annen avdelingssjef, der er det også fem seksjonsledere, en i hvert av St. Olavs kliniske sentre. De er i startgropa for å se på organisering av anestesisykepleierne og håper også at de kan se på organiseringen av legene i det samme arbeidet. Dette gjelder imidlertid hvordan vi organiserer oss **internt** i Klinikk for anesthesi og intensivmedisin. I dag har alle anestesisykepleiere en av seksjonslederne som sin «nærmeste leder». Imidlertid roterer et stort antall sykepleiere mellom alle fem sentre, med 4 måneder i hvert senter. De ser at dette kanskje ikke er optimalt, og skal utrede andre måter å organisere anestesisykepleierne til høsten.

Intensivleger og sykepleiere er organisert i Hovedintensivavdelingen. De har også der en avdelingssjef for leger og en for sykepleiere. Thoraxkirurgisk intensivavdeling har vært litt «inn og ut» hva gjelder samorganisering med Hovedintensiv, men er i disse dager organisatorisk tilbake i Hovedintensivavdelingen

St. Olavs hospital har flere intensiv- og overvåkningsavdelinger som er organisert i og drives av andre klinikker. Klinikk for anesthesi og intensivmedisin har ansvar for postoperativ overvåking av pasienter tilhørende Kirurgisk klinikk, og nå også thoraxkirurgiske pasienter. I tillegg overvåker de akuttopererte pasienter hovedsakelig fra fagområdene kirurgi og ortopedi. I helgene overvåker de også Kvinneklinikkens akuttopererte pasienter. Øvrig postoperativ overvåking ivaretas av andre klinikker.

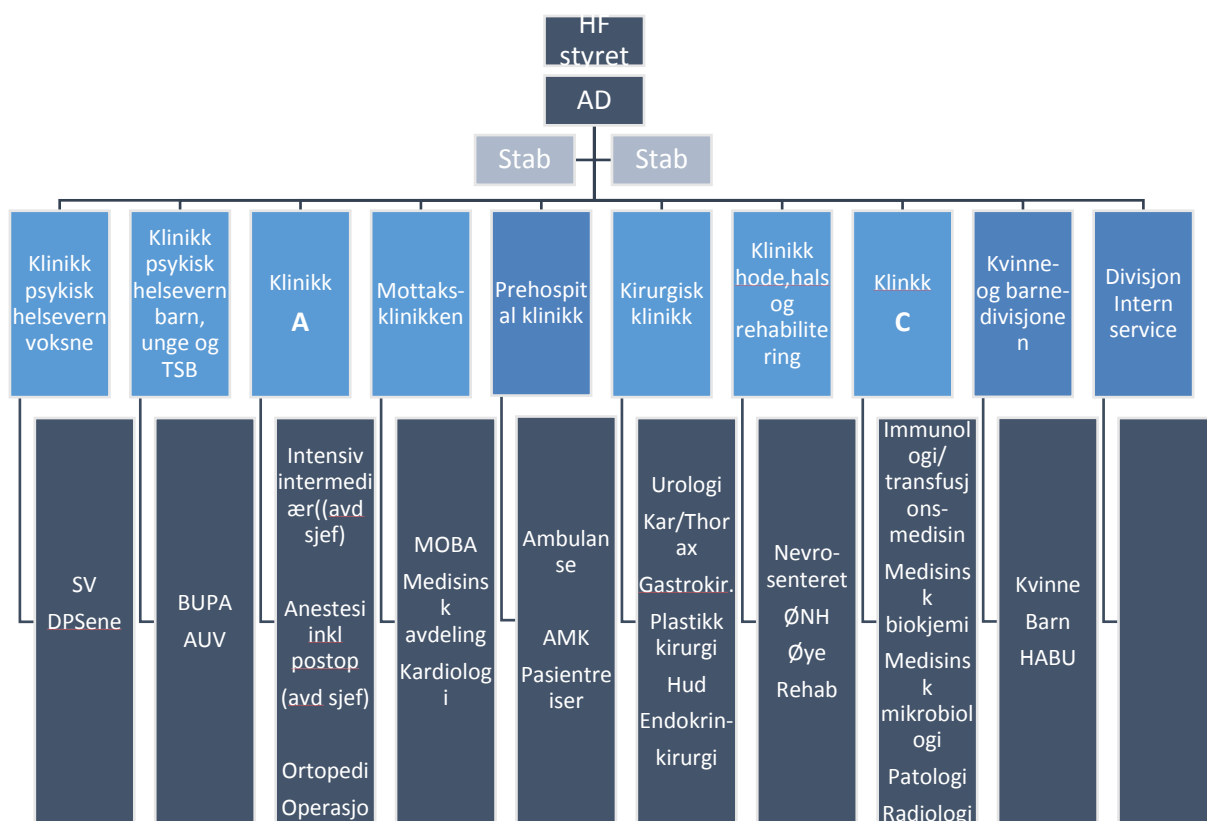
Oppsummert er operasjonssykepleierne organisert i de respektive opererende klinikker, mens alt anestesipersonell er organisert i Klinik for anestesi og intensivmedisin. Postoperativ overvåkning er delt mellom ulike klinikker.

(Kilde: Hilde Pleym Klinikkssjef Klinik for anestesi og intensivmedisin, 260617)

3.2. Stavanger Universitetssykehus SUS

SUS er midt inne i en omorganisering. Derfor blir organiseringen av «Klinikk A» og hvilke avdelinger som utgjør det som foreløpig kalles Klinik A foreløpig.

Figur 3: Organisering av operasjons- og anestesiresursene ved SUS



Klinikk A:

- Ortopedisk avdeling
- Anestesiavdelingen (leger + sykepleiere) inkl. postoperativ som flyttes over fra intensivavdelingen.
- Intensivavdelingen (Bare sykepleiere i dag men vil etter hvert få tilknyttet overleger som driver spesielt med intensiv)

- Operasjonsavdelingen
- Dagkirurgiavdelingen

Alle operasjonssykepleierne er organisert i Operasjonsavdelingen, bortsett fra noen få som er organisert i DagKirurgi- Hillevåg (dagkirurgisk enhet utenfor hovedhuset). Alle anestesisykepleierne er organisert i Anestesiavdelingen som også består av anestesilegene. Alle intensivsykepleierne er organisert i Intensivavdelingen og der er også foreløpig sykepleierne på postoperativ avdeling organisert. Etter hvert skal sykepleierne på postoperativ avdeling overflyttes til Anestesiavdelingen. Intensivavdelingen har til nå vært en ren sykepleieravdeling, men nå etter hvert skal overleger med i hovedsak arbeid på intensivavdelingen organisatorisk tilsluttes Intensivavdelingen.

Ingen kirurgiske avdelingen av noe slag har egne operasjons- eller anestesisykepleiere organisatorisk tilsluttet egen avdeling.

Begrunnelse for felles organisering av anestesi spl og leger::

- Gjensidig avhengighet og tett faglig samarbeid mellom anestesi spl og legeavd
- Avd overlege/overspl tett integrert i klinisk virksomhet – riktig at en så vesentlig avdeling har ledertilgjengelighet i avdelingssjef også for samarbeidsparter
- Langsiktig koordinering også i postop.virksomhet
- 4 nivåer gjennomgående i hele foretaket

Overordnede mål og visjoner for valgte organisering:

Etablere en organisasjonsstruktur som understøtter **pasientens helsetjeneste, der forløp og pasientens behov står i sentrum**

- Alle med aksjer i et pasientforløp rundt samme bord.
- Alle samme ansvarsfølelse for hele forløpet.
- Utarbeide gode forløp på tvers.
- Løse utfordringer og konflikter direkte
- Mer forståelse for hverandres utfordringer

(Kilde: Klinikksjef Geir Linde, 260617)

3.3. Odense Universitetshospital

Odense Universitetshospital dekker alle sygehuse på Fyn med sygehuse beliggende hhv. i Odense (selve universitetshospitalet) og Svendborg (40 km. mod syd) og Nyborg (dagklinik 20 km. mod øst) samt Ærø (Ø beliggende syd for Fyn). Tidligere var sygehusene på Fyn delt op i Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus med Nyborg og Ærø tilknyttet. Selvom Odense Universitetshospital nu dekker alle sygehuse er organiseringen stadig præget af en Odense-model og en Svendborg-model. Selvom de kliniske afdelinger nu er samlet på tværs af matrikler, er der således

fortsat en selvstændig anæstesi- og intensiv afdeling både i Odense og i Svendborg, hvor sidstnævnte også dækker Nyborg og Ærø.

Anæstesi og intensivafdelingen i Odense (Afdeling V Odense) er organiseret jf. nedenstående diagram.

Det røde område dækker en række intensivafsnit (hhv. voksne, børn og hjertepatienter). Intensivpladser til neuro ligger i Neurokirurgisk Afdeling).

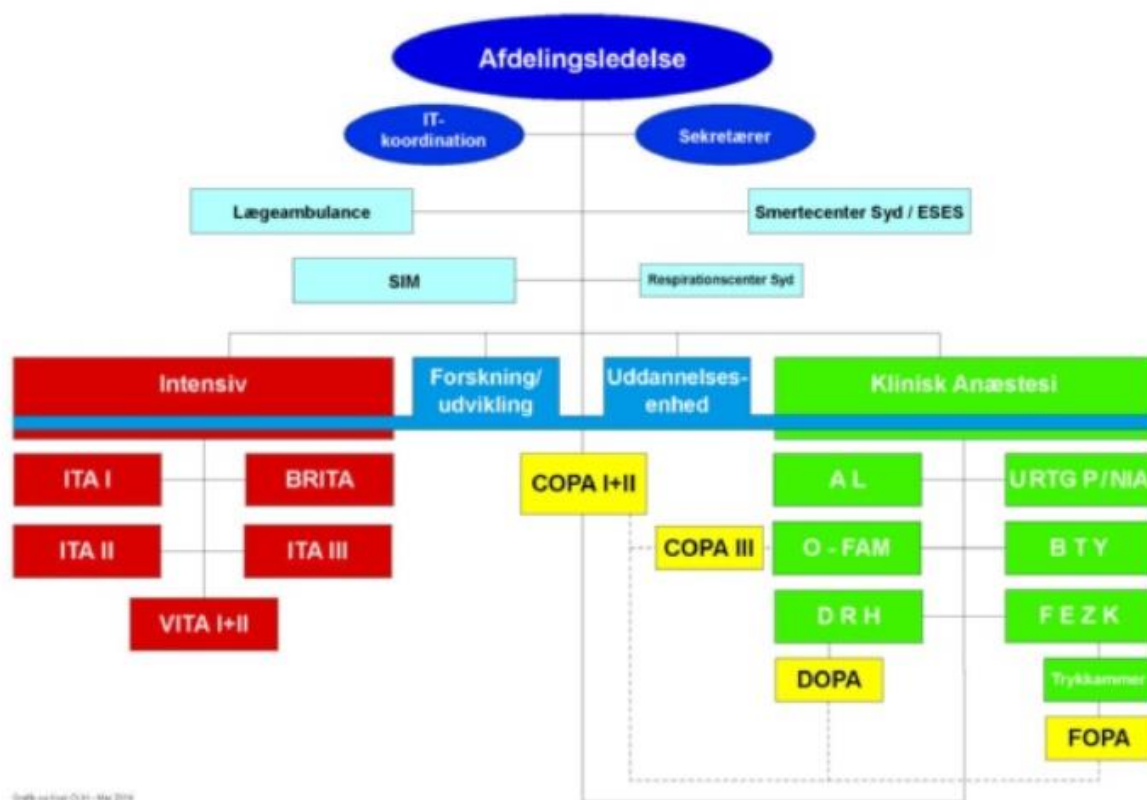
Det grønne område viser organiseringen af den kliniske anæstesi, der afspejler operationsgangene. Afdelingen betjener al anæstesi i Odense, dvs. med anæstesilæge og anæstesisygeplejersker samt opvågning. Operationssygeplejersker er derimod ansat i de kirurgiske afdelinger, der således driver operationsgangene. Afdeling V Odense anæstesibetjener hver uge ca. 250 operationslejer.

Det gule område viser opvågningsenheder.

Samlet har Afdeling V Odense ca. 770 fuldtidsstillinger.

Figur 4: Organisering av operasjons- og anestesiresursene ved OUH

Organisationsdiagram



I Svendborg betjener anæstesi- og intensivafdelingen (Afdeling V Svendborg) operationsområdet med både anæstesi og operationssygeplejersker. Det skyldes en fælles operationsgang med mulighed

for tværgående tilrettelæggelse. I de dagkirurgiske områder giver det desuden øget mulighed for at arbejde i teams.

Afdeling V Svendborg betjener 3 operationsgange, hvoraf de to er dagkirurgiske (1 i Svendborg og 1 i Nyborg), mens den sidste er en fælles operationsgang for afdelinger med aktivitet i Svendborg.

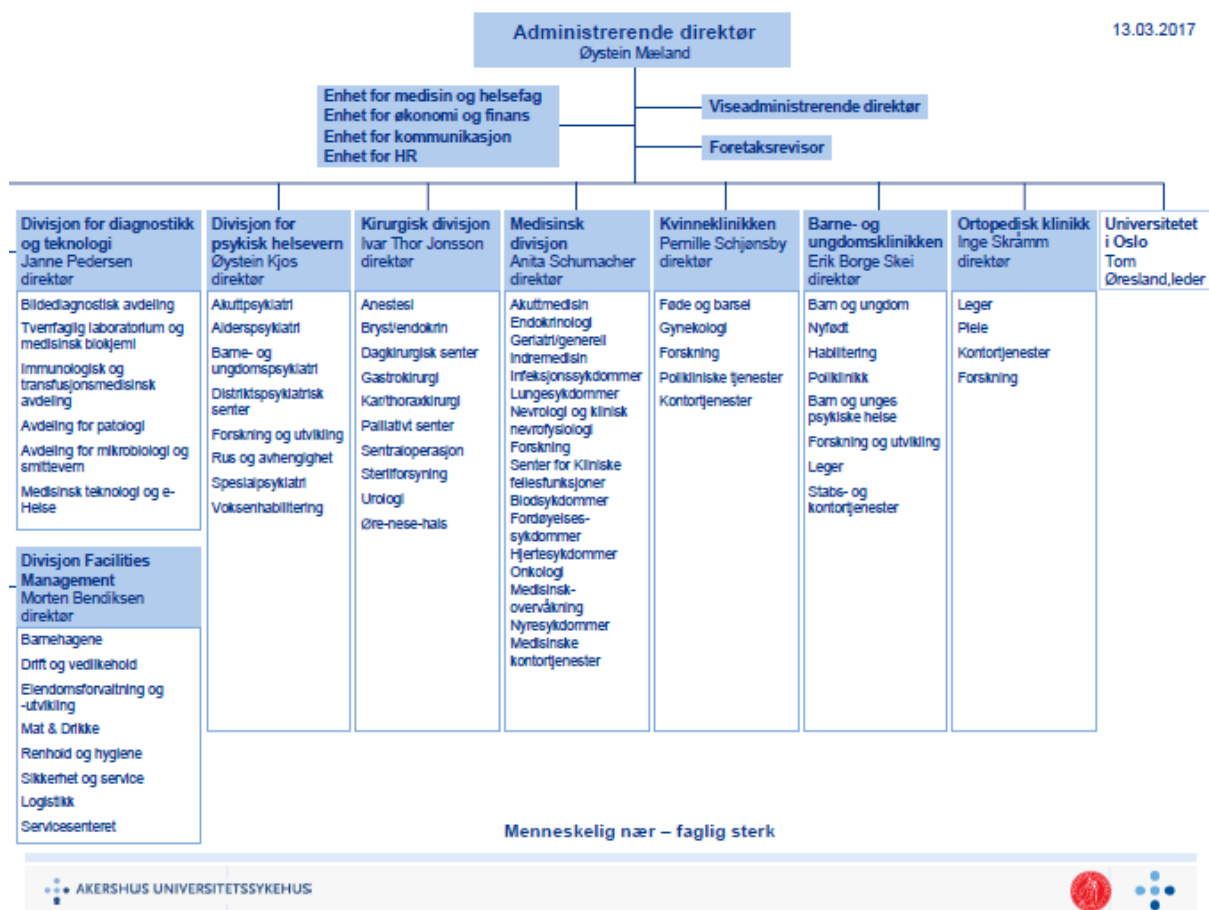
Afdeling V Svendborg betjener hver uge ca. 80 operationslejer. Samlet har Afdeling V Svendborg 240 fuldtidsstillinger.

Så vidt jeg er orienteret har både Rigshospitalet i København samt Århus Kommunehospital valgt en organisering, der fordeler ressourcerne på nogle specialer svarende til det alternativ du nævner.

(Kilde: Jan Hermandsen, sjefskonsulent – økonomi og planlegging, 300617)

3.4. Akershus universitetssykehus

Figur 5 Organisering A-hus



Kort fortalt er det meste av den kirurgiske virksomheten organisert i Kirurgisk divisjon på A-hus. Se vedlagt organisasjonskart. Unntakene er den gynekologiske og fødevirksomheten som er organisert i Kvinneklivnikken, og ortopedien som er organisert i en egen klinikk. Drift av operasjonsstuene både på sentraloperasjon samt Dagkirurgisk senter er altså organisert i Kirurgisk divisjon. Det samme gjelder Sterilforsyningen. Anestesiavdelingen er også organisert i Kirurgisk divisjon, og her har vi bl.a. anestesiseksjonen, postoperativ seksjon og intensiv organisert.

(Kilde: Ivar Thor Jonsson, direktør kirurgisk divisjon 190717)

3.5. Aalborg universitetshospital DK

Med reference til Hospitalsledelsen er der en bestyrelse for Operationsgangen bestående af klinikcheferne i de skærende specialer samt undertegnede.

Klinikcheferne der dækker over flere specialer, har budgetansvar for hver sin andel af operationsafdelingen. Fælles forbrugsartikler fordeles forholdsmæssigt mellem de enkelte klinikker.

Bestyrelsen behandler primært strategiske forhold, men tager også beslutninger af tværgående driftsmæssig karakter. Der afholdes møde 6 gange per år.

Jeg har tittelen Chef på OP syd (den samlede operationsgang på Aalborg Universitetshospital SYD med 30 operationsstuer), men har ikke personaleansvar og jobbeskrivelsen er optimering af driften indenfor eksisterende rammer og ressourcer – det kan være alt fra ledelse af større omstillingsprojekter til deltagelse i daglige konferencer vedrørende planlægning og afvikling af OP-programmerne.

Jeg har et OP- Driftsforum bestående af alle ledende anæstesi- og operationssygeplejersker, der mødes hver anden uge, hvor det afhængigt af dagsordenen, deltager andre personalegrupper med tilknytning til operationsgangen.

Det er primært tværgående problemstillinger vedrørende den daglige drift, men også strategiske beslutninger der ikke har tunge økonomiske konsekvenser, der er på dagsordenen.

Personalet på Operationsgangen er organiseret specialespecifikt for de sundhedsfaglige, og logistik og servicefunktionen har allokeret fast personale på operationsgangen.

Anæstesen, der er en del af klinik Akut, er en samlet enhed og består af anæstesi-, opvågnings-, intensivsygeplejersker samt anæstesilæger og har driftsansvar for opvågningsafdelingen og intensivafdelingerne. Derudover forestår de anæstesi på operationsgangen.

De enkelte kirurgiske specialer har kirurger og operationssygeplejersker.

Den specialespecifikke opdeling og tilhørsforhold er meget tydelig i dagtid, medens der for sygeplejerskegruppen er mere samarbejde på tværs i vagtperioden.

(Kilde: Odd Ravlo, Chef OP Syd / ledende overlæge, Anæstesiologisk afdeling Syd Aalborg, 140717)

4. Tilbakemelding fra ressurspersoner- ekstern referansegruppe

Som nevnt innledningsvis har prosjektleder, i samråd med direktøren, kontaktet ressursepersoner ved andre sykehus vi mente kunne bidra konstruktivt i vurderingen av ulike alternative organisasjonsformer. Utvalget var basert på innspill fra avdelingsleder anestesileger (Opin) og avdelingsleder gastrokirurgi (K3K) ved UNN.

Ressurspersonene fikk tilsendt et utkast av denne delrapporten (del 1-3) på forhånd, før de deltok i en videokonferanse med prosjektleder, fag- og forskningssjef og viseadministrerende direktør 22. august 2017. Her var tema de alternative organisasjonsformer og fordeler og ulemper ved disse,

basert på egne erfaringer fra sammenlignbare foretak. I det følgende gjengis hovedkonklusjoner fra dette møtet i stikkordsform.

4.1. Deltakere

Sigurd Fasting, avd.sjef Klinikk for anestesi- intensivmed, St Olavs hospital

Hans Flaatten, prof./overlege, intensivseksjonen, Haukeland Universitetssykehus

Bjørn S Nedrebø, avd.overlege Gastrokir. avdeling, Stavanger Universitetssykehus

Geir Arne Larsen, avdelingsleder gastrokir. A-hus,

Ivar Thor Jonsson, direktør kirurgisk divisjon, A-hus

4.2. Erfaringer fra de andre sykehusene

St Olav etablerte sentermodellen (ca 2010) der de planla egne ressurser for de ulike kirurgifagene. Men det ble for kostbart mht nye vaktlinjer. Nå er anestesi samlet i en klinikk – mens op.spl er spredt på klinikkene- en fleksibel og god modell.

Haukeland har en kir. serviceklinikk med anestesi og op.spl, med unntak av hjerte-torax og føde/barn (planlagt). De er for små til å splitte op/an-ressursene: For dyrt og for lite personell.

SUS: op-spl ble flyttet til kir.divisjon, ikke anestesi, for noen år siden Godt fornøyde/tilhørighet. Reduserte strykpst. Felles komplikasjonsmøter mv gir fellesskapsfølelse. I dag er ortopedene inne i «operasjonsenheten» sammen med op-spl og anestesi, ikke de andre kir. fag. De merket ingen forskjell etter denne siste endringen.

A-hus: stor kir.divisjon inkl stuene (sentralop, sterilsentral, dagkir). Ortopedi er skilt ut, samt KK. Delvis suksess å skille ut ortopedi (skulle redde økonomi). Ortopedene føler seg langt unna der ressursene fordeles. God styring med op.virksomheten, men stort lederspenn. Stuekapasitet er den største utfordringen – blir verre om en skulle spredt ressursene. Flyt må i fokus. Og samarbeidsplattform/arena/kultur. Fordel å ha ressursene samlet for å kunne styre og fordele ressurser/kapasitet.

4.3. kriterier for funksjonalitet og valg av organisasjonsmodell- tre påstander

4.3.1. Mer effektivt for driften å spre operasjons- og anestesiresursene.

Hoved- inntrykket er at denne påstanden ikke støttes. Stikkord fra diskusjonen:

- Samlete ressurser = sender ressurser dit de trengs – fleksibelt/effektivt
- Vaktproblematikk vil oppstå
- Erfaringer tilsier ikke økt effektivitet
- Utfordring på kveld/natt grunnet spesialisert personell
- Robuste vaktordninger blir vanskeligere
- Kvaliteten på op-spl er god selv om de ikke eies av kirurgene
- Må øke flytteeffektivitet – lettere i dagens organisering

4.3.2. Rekruttering blir lettere i konkurransedyktige fagmiljø: å spre ressursene gir bedre fag- og arbeidsmiljø.

Hoved- inntrykket er at denne påstanden ikke støttes. Stikkord fra diskusjonen:

- Rekruttering er vanskelig; spredning krever mer personell
- Tyngre vaktbelastning – må unngås
- Trygghetssøkende personell- vil ikke spesialisere seg på dag og være generalist på natt
- Bemanne felles vaktlag for å kompensere
- Faglig tilhørighet viktig, men utfordres - hvordan få kompetanse på natt?
- Postop. enhet bør koples m intensiv enhet (kveld/natt) for synergi mht personell
- De knappe ressursene må utnyttes ekstremt godt
- Unngå konkurranse om personellet – er kostnadsdrivende

4.3.3. «Eierskap» til hele pasientforløpet øker kvaliteten på tjenesten.

Hoved- inntrykket er at denne påstanden ikke støttes. Stikkord fra diskusjonen:

- Pasientforløp vil alltid gå på tvers – handler om kultur og ikke organisasjon
- Vi jobber mer multidisiplinært i dag, pakkeforløp etc, «eierskap» i oppløsning
- Det er team som teller
- Felles møter skaper felles forståelse og har effekt

4.4. Andre momenter

- Anestesi/op.spl seksjonert på dagtid (St. Olav) opplever at det er vanskelig å få «diffuse oppgaver» løst/hjelpe hverandre på natt i en spesialisert modell. Dette er lettere i en felles organisering.
- Intensiv-organisering: pasientene er mer medisinsk/geriatrik, ikke kirurgisk over tid. Intensiv bør derfor ikke integreres for sterkt i kirurgi- og anestesiområdet. Da vil andre områder organisere egne enheter. Veldig uheldig med intensiv/intermediærenheter fragmentert i org.

4.5. Spiller det noen rolle hvilken organisering en velger? Eller er det team, samarbeid og fleksibilitet på tvers som teller?

Denne siste passusen støttes av alle deltakerne i referansegruppen.

Tiltak som «kompenserer» for organiseringens ulemper og bidrar til å bygge samarbeid:

- Ansette de rette folkene
- Ansette fagansvarlige i alle spesialiteter
- Bygge fagmiljøer
- Konfliktdempende å være i ulike klinikker – ta uenighet i linja
- Jobbe med kultur over tid/i alle ledd
- Ledelse, rekruttering, møteplasser
- Felles kursing og fagdager- felles faglig input
- Matrise for all kirurgi: inkl estimat av tidsbruk, og ukentlig planleggingsmøte der en etablerer en omforent forståelse av tidsbruk denne uken/denne dagen. Da blir arbeidsdagen forutsigbar fordi planen er realistisk og partene er enige om denne.

Utkast til referat ble sendt deltakerne for gjennomlesning og korrektur før rapporten ble ferdigstilt.

5. Avsluttende merknader fra prosjektleder

Denne delrapporten, som omhandler erfaringer fra andre ressurspersoner og sykehus mht organisering av operasjons- og anestesiresurser, må ses i sammenheng med [evalueringen av OPIN](#) og beregningene vedr bemanningsbehov for ulike organisasjonsmodeller (ekstern utredning – leveres direktøren medio september 2017).

Dersom finnene fra denne del-rapporten enkelt skal oppsummeres fra prosjektleders side, kan dette gjøres ved å gjenta utsagnet fra Peter E Hansen (s 5 foran):

«Samarbejdskultur, viljen til at arbejde med teams og fleksibelt på tværs – herunder af de kirurgiske afdelinger og operation/anæstesi – var ganske enkelt det, der kendetegnede” high performance” enheder fra” low performance” enheder. Det havde intet med organisation at gøre. Og det havde intet at gøre med, om operationssygeplejerskerne blev ejet af kirurgi eller af OP/AN”

Tromsø 1. september 2017

Hege Andersen