



Møtedato: 20.03.2024

Vår ref.:

2023/8079-3

Saksbehandler:

Grethe Andersen

Dato:

06.03.2024

## Styresak 29-2024      Styrking av operasjonskapasiteten i UNN

### Forslag til vedtak

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar handlingsplanen for styrking av operasjonskapasiteten til orientering.
2. Styret ber om å orienteres om ytterligere tiltak for å styrke operasjonskapasiteten høsten 2024.
3. Styret ber om tertialvis status på gjennomføring og effekter av handlingsplanen.

--- slutt på innstillingen ---

### Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har over tid hatt økende utfordringer med utilstrekkelig operasjonskapasitet til å dekke pasientenes behov. Dette medfører blant annet risiko for tap av leveår og livskvalitet, lange ventetider, fristbrudd, manglende måloppnåelse av krav til forløpstider i blant annet kreftpakkeforløp, høyt antall strykninger, og høyt arbeidspress for mange medarbeidere og omdømmetap for UNN. Direktøren har satt ned en arbeidsgruppe bestående av kliniksjefer fra de kirurgiske klinikkene og Operasjons- og Intensivklinikken (OpIn) ledet av senterleder Drifts- og eiendomssenteret. Arbeidsgruppens oppdrag har vært å utarbeide en samlet handlingsplan med konkrete og tidfestede aktiviteter og mål for å styrke operasjonskapasiteten i UNN. Arbeidsgruppen ble utvidet med driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN, hovedtillitsvalgte for NSF og Dnlf og foretaksverneombud fra og med 13.02.2024.

### Formål

Styret inviteres til å ta handlingsplanen for styrking av operasjonskapasiteten i UNN HF til orientering.

## Saksutredning

### **Operasjonskapasitet definisjon**

Summen av innsatsfaktorer som trengs for å gjennomføre operasjoner refereres til som en stuekapasitet eller en operasjonskapasitet. En operasjonskapasitet er et komplett sett innsatsfaktorer innenfor gitt tid (åpningstid). Innsatsfaktorer er utstyr og personell (klinisk personell og støttepersonell fra sterilforsyning- og spesialrenhold).

### **Behov**

UNN dekker i dag ikke behovet for elektive operasjoner. Diskrepansen mellom dagens behov (ikke inkludert Helfo-/gjestepasienter) og forventet aktivitet for elektiv drift for 2024 er 2.787 operasjoner/prosedyrer pr år. Konservative beregninger viser at dette tilsvarer 20 % underkapasitet for dagkirurgiske prosedyrer, og 4 % for heldøgnskirurgi. Dette tilsvarer 300 og 80 stuekapasiteter for hhv dagkirurgiske og heldøgnsopphold pr år.

### **Begrensninger**

Begrensninger for full utnyttelse av dagens kapasitet er blant annet personellmangel, mangelfull planlegging, ikke standardisert operasjonsplanlegging, arealutfordringer og drift- og utstyrsbegrensning.

### **Konsekvenser av kapasitetsutfordringer**

For å minimere risiko for prognosetap hos den enkelte pasient, er det etablert gode rutiner som sikrer prioritering som vektlegger hensynet til kreftpasienter, barn, regionsfunksjoner og annen høyt prioritert kirurgi. Kapasitetsutfordringene gir likevel manglende måloppnåelse for kreftpakkeforløp, for lange ventetider målt opp mot nasjonale prioriteringsveiledere, strykninger og fristbrudd. Kapasitetsutfordringene innebærer risiko for helsetap og bidrar også til suboptimal drift, for eksempel:

- På grunn av lang ventetid må enkelte pasienter til ny røntgenundersøkelse og/eller utredning
- Det planlegges for svært høy kapasitetsutnyttelse, noe som øker risiko for strykninger
- Kapasitetsutfordringene påvirker ø-hjelp og beredskap
- Svekket utdanningskapasitet for alle personellkategorier involvert i operasjonsvirksomhet samt for sykepleier- og medisinerstudenter

### **Handlingsplan**

Arbeidsgruppen har utarbeidet en handlingsplan inndelt i 4 hovedområder:

1. Standardiserte operasjonsprogram
2. Døgn – dag – poliklinikk
3. Arbeidstidsordninger
4. Utdanning og rekruttering

### **1. Standardiserte operasjonsprogram**

Det pågår arbeid med standardisering av operasjonsprogram. Arbeidsgruppen foreslår ytterligere tiltak innenfor dette området. Standardiserte operasjonsprogram er en forutsigbar masterplan for optimale kombinasjoner av inngrep med faste oppsett, med siktemål å gi høyest mulig utnyttelse av de totale tilgjengelige anestesi- og operasjonsressurser.

For å fortsette arbeidet med etablering av standardiserte operasjonsprogram, må en rekke forhold være på plass, blant annet felles ventelister på tvers av geografiske lokalisasjoner (i samsvar med prinsippene for gjennomgående klinikkstruktur), og optimal og helhetlig kapasitetsstyring i UNN. Denne delen av handlingsplanen er rettet mot å etablere et slikt grunnlag. Gevinstene ved standardiserte operasjonsprogram vil være høy, med riktig og optimal ressursinnsats per operasjon, bedre tilrettelegging for oppgavedeling, høyere utnyttelsesgrad, færre sammedagsstrykninger, bedre kvalitet for LIS-utdanningene, og mer forutsigbar drift i sengepostene.

### **2. Døgn-dag-poliklinikk**

To tiltak for å flytte aktivitet fra døgn til dag til poliklinikk er allerede besluttet og delvis iverksatt i Tromsø. Tilsvarende prosesser er gjennomført i Harstad og Narvik, men i mindre skala. Arbeidsgruppen foreslår ingen nye tiltak innenfor dette hovedområdet, men har konkretisert fremdriftsplan for de to eksisterende tiltakene. Tiltakene øker den totale operasjonskapasiteten i UNN.

- Etablering av intervensjonslab Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K). Etablering av K3K-C00 intervensjonslab vil frigjøre kapasitet på innslua og dagkirurgisk operasjonsstuer, samt bidra til å redusere ventetid og bedre pasientflyt for polikliniske og inneliggende pasienter som trenger terapeutisk eller diagnostiske endoskopier.
- Polikliniske operasjonsstuer (POP stuer) Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR). Ved å flytte inngrep fra dagkirurgen til POP vil det frigjøres kapasitet i Tromsø til å operere flere pasienter fra lange ventelister. NOR-klinikken jobber kontinuerlig med å øke utnyttelsen av POP-stuene.

### **3. Arbeidstidsordninger**

Personellressurser er en knapp faktor for operasjonskapasiteten, og må brukes mest mulig effektivt. Harmonisering av arbeidstid for alt personell som er involvert i operasjonskapasiteten er tiltak for å effektivisere og optimalisere ressursutnyttelsen. Tiltaksplanen inkluderer også en *utredning* av utvidet arbeidstid for sykepleiere.

### **4. Utdanning og rekruttering**

Arbeidsgruppen foreslår at det lages en helhetlig målrettet plan for å øke utdanningskapasiteten og rekrutteringen til spesialiserte sykepleierutdanningene, først og fremst innen operasjon og anestesi. Arbeidsgruppen foreslår at det samtidig igangsettes et arbeid for å kartlegge behov og mulighet for oppgavedeling til offentlig godkjente sykepleiere og helsefagarbeidere med videreutdanning tilpasset kompetansebehov på operasjonsstuene. Operasjonssykepleierens kompetanse og deltakelse er avgjørende i en slik kartlegging, og arbeidet må planlegges og gjennomføres sammen med dem.

### **Organisatoriske endringer**

Arbeidsgruppen har ikke diskutert eller foreslått konkrete organisatoriske endringer, men har fått flere innspill fra ulike deler av organisasjonen på at det er behov for å gjøre det.

Innspillene er til dels divergerende:

- Samle operasjonssykepleiere i en klinikk. OpIn viser til at både DeLoitte-rapporten fra 2017 og erfaring fra daglig drift tilsier behov for gjennomgang av organiseringen av operasjonssykepleiere. I dag har disse fire ulike tilhørigheter (HLK, øye, dagkirurgi og innslusa). Ved innslusa seksjon er operasjonssykepleierne videre subseksjonert. Ytterligere subseksjonering vil øke sårbarheten, mens økt breddekompetanse vil øke robustheten. Vi vil derfor fraråde ytterligere seksjonering, og heller tilrå revurdering av dagens organisering av denne spesialsykepleiergruppa.
- Et samlet kirurgisk lederkollegium framholder at forslagene som ligger i utkastet til handlingsplan ikke er tilstrekkelig og ikke vil gi den gevinst som antydes i handlingsplanen uten at det samtidig gjøres organisatoriske endringer. Organisatoriske endringer hvor opererende avdelinger har større innflytelse på egen drift/operasjonsprogram vil også gjøre gjennomføring av de foreslåtte hovedområder mer effektive. De kirurgiske lederne ber om at det parallelt med handlingsplanen også startes en utredning av organisatoriske endringer med mindre driftsenheter og med større innflytelse fra opererende avdelinger.

Arbeidsgruppen anbefaler at direktøren igangsetter en egen utredning angående organisatoriske endringer for operasjonsaktiviteten.

### ***Øvrige vurderte, men ikke foreslåtte, tiltak***

#### ***«Stay and play»***

Arbeidsgruppen foreslo opprinnelig å gjennomføre en pilot for tiltaket «stay and play» for utvalgte elektive operasjoner/prosedyrer. «Stay and play» er skjermede, godt planlagte operasjonsstuer, uten forstyrrelser og andre oppgaver, og med erfarent personell som gjennomfører oppsatt program uavhengig av eventuelle uforutsette hendelser.

Arbeidsgruppen vurderte gevinstene ved å innføre «stay and play» til å være færre sammedagsstrykninger, bedre ressursutnyttelse, mulighet for oppgavedeling og flere gjennomførte operasjoner. Arbeidsgruppen har fått innspill på at gevinstene ved «stay and play» vil oppnås gjennom standardiserte operasjonsprogram, og at «stay and play» kan forsinke og redusere de totale gevinstene ved standardiserte operasjonsprogram. I tillegg ble det blant annet gitt innspill på at det er uheldig med særordninger for enkelte grupper/medarbeidere, korttidsfravær kan resultere i redusert effektivitet og at det er uheldig med særavtaler for enkelte medarbeidere. Arbeidsgruppen har tatt innspillene til etterretning og tiltaket utgår fra forslag til handlingsplan.

### ***Oppsummering handlingsplan***

Arbeidsgruppen har valgt å dele handlingsplanen i fire hoveddeler. Forventet gevinst er beskrevet for hvert tiltak, men ikke tallfestet. Tiltakene forventes å gi reduserte ventetider, redusert antall strykninger og fristbrudd, og bedre forløpstider for kreftpakkeforløp. Handlingsplanen er også satt opp i et GANT-diagram (vedlegg 4).

Samlet sett vil gjennomføring av tiltakene i handlingsplanen øke utnyttelsen av eksisterende ressurser og i noe grad føre til økt kapasitet (døgn-dag-poliklinikk). Tiltakene vil redusere,

men ikke eliminere, diskrepansen mellom behov og utførte operasjoner. Den totale kapasiteten må økes utover det som er foreslått i denne handlingsplanen.

### **Oppfølging og rapportering**

Tiltakene i handlingsplanen følges opp av de berørte klinikkjefene. Fremdrift og behov for eventuell støtte og avklaringer koordineres i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen rapporterer tertialvis til direktøren og styret med følgende innretning;

- Fremdrift på tiltakene i handlingsplanen
- Oversikt over utvikling av besluttede indikatorer for operasjonsvirksomheten i UNN
- Samlet vurdering av fremdrift og effekter inkludert eventuelle forslag til korrigeringer i handlingsplanen

### **Medvirkning**

Arbeidsgruppens forslag til handlingsplan ble oversendt direktøren 8. desember 2023. Arbeidsgruppen presiserte at forslaget ikke var diskutert eller drøftet med tillitsvalgte, verneombud, ledere eller medarbeidere i UNN, og la derfor samtidig frem plan for videre prosess. Direktørens ledergruppe fikk saken oversendt og muntlig presentert i ledermøtet 2. januar 2024, og fikk samtidig i oppdrag å diskutere saken i egne klinikker og sentre, samt oversende innspill til arbeidsgruppen innen 25. januar 2024. Arbeidsgruppen har diskutert og vurdert alle innspillene og gjort endringer og justeringer i handlingsplanen. Saken ble drøftet med tillitsvalgte 5. februar 2024, som ga tydelig tilbakemelding på manglende involvering i arbeidet. Arbeidsgruppen ble utvidet med deltakere fra tillitsvalgte og vernetjenesten. Ny utvidet arbeidsgruppe er omforent om planen som nå foreligger, og saken ble drøftet på nytt med tillitsvalgte 4. mars, samt orientert til brukerutvalgets arbeidsutvalg 4. mars. Protokoll og referat fra drøftings- og medvirkningsmøtene legges frem som referatsaker i styremøtet 20.03.2024. Direktøren beslutter handlingsplanen i direktørens ledermøte 5. mars 2024.

### **Vurdering og konklusjon**

Operasjonsvirksomheten er kompleks og involverer og berører mange medarbeidere i ulike klinikker. Konsekvensene av dagens situasjon med manglende operasjonskapasitet er store for mange pasienter, for fagmiljøene, og for den planlagte driften.

Direktøren støtter arbeidsgruppens vurdering om at det er nødvendig å iverksette konkrete og relativt omfattende grep som kan gjøre det mulig å oppnå bedre ressurs- og flyteeffektivitet i operasjonsplanlegging og drift, og at det er behov for et tydelig taktskifte.

Handlingsplanen forutsetter felles ventelistestyring og helhetlig kapasitetsstyring i UNN. Dette får konsekvenser både for medarbeidere og pasienter. Kapasitetsstyring medfører økt grad av funksjonsfordeling som kan gi lengre reisevei for enkelte pasienter. For medarbeiderne våre innebærer tiltaksplanen endrede rutiner, prosedyrer og arbeidsmetoder, mer oppgavedeling, mulig endrede arbeidstidsordninger og økt behov for

ambulering og arbeid flere steder. For LIS-leger kan det bli aktuelt å oppnå læringsmålene på ulike arbeidssteder i organisasjonen. Dette må planlegges godt og i god tid slik at det blir forutsigbart både for den enkelte og for organisasjonen. Direktøren vurderer endringene som nødvendige for å løse dagens kapasitetsutfordringer og imøtekomme fremtidig utfordringer og behov og vurderer handlingsplanen som en start i den retningen.

Direktøren støtter også arbeidsgruppens vurdering om at handlingsplanen som foreligger ikke er tilstrekkelig for å løse kapasitetsutfordringene nå og i fremtiden, og har derfor gitt arbeidsgruppen et utvidet oppdrag i tråd med anbefalingene fra arbeidsgruppen. Dette inkluderer detaljerte planer for operasjonsaktiviteten i Nye UNN Narvik i tråd med tidligere beslutninger, samt ytterligere tiltak innenfor kapasitetsstyring og funksjonsfordeling. Oppdraget vil konkretiseres og tidfestes i løpet av våren 2024.

Tromsø, 11.03.2024

Einar Bugge (s.)  
konst.administrerende direktør

Vedlegg:

1. Styrking av operasjonskapasiteten i UNN - notat fra arbeidsgruppen
  - Vedlegg 1 til vedlegg 1 Mandat
  - Vedlegg 2 til vedlegg 1 Handlingsplan
  - Vedlegg 3 til vedlegg 1 Utvidet POP-sluttrapport 26.11.23
  - Vedlegg 4 til vedlegg 1 Handlingsplan GANT-diagram



## Styrking av operasjonskapasiteten i UNN

Til: Adm. direktør Anita Schumacher

Kopi: Viseadm. direktør Einar Bugge

Fra: Arbeidsgruppe:  
Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen (leder av arbeidsgruppen)  
Klinikkssjef HLK Kristian Bartnes  
Konst. klinikkssjef OpIn Snorre Manskow Sollid (tom 31.12.23)  
Rita Pernille Martnes (fom 01.01.24)  
Klinikkssjef K3K Rolv-Ole Lindsetmo  
Klinikkssjef NOR Bjørn Yngvar Nordvåg (tom 31.12.23)  
Snorre Manskow Sollid (fom 01.01.24)  
Driftsleder for operasjonsvirksomheten Kristin Sjøvik (fom 13.02.24)  
Hovedverneombud Tove Mack (fom 13.02.24)  
Hovedtillitsvalgt NSF Anette Lenjuvik (13.02.24)  
Hovedtillitsvalgt DLF David Nystad (13.02.24)

Dato: 28.02.24

---

### Innledning

Saken som presenteres er basert på oppdrag fra administrerende direktør til arbeidsgruppe bestående av klinikkssjefer i HLK, K3K, NOR og OpIn, ledet av senterleder ved DES. Arbeidsgruppen fikk formelt oversendt skriftlig mandat 29. september 2023 (vedlegg 1).

Arbeidsgruppen ble utvidet med 2 representanter fra foretakstillitvalgte samt foretaksverneombud fra 13. februar i år. Kristin Sjøvik, driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN, har deltatt i arbeidet, og ble fast medlem i arbeidsgruppen fra samme dato. Arbeidsgruppen har også fått bistand fra andre ressurser i OpIn og ØAS i arbeidet.

### Prosess

Mandatet omfatter endring og utvikling av en sammensatt og kompleks del av virksomheten i UNN. Arbeidsgruppen jobbet frem forslag til handlingsplan som både inneholdt en del konkrete tiltak og en del tiltak i kategorien «utredning». Arbeidsgruppens forslag til handlingsplan ble oversendt direktør 8. desember. Arbeidsgruppen presiserte at forslaget ikke var diskutert eller drøftet med tillitsvalgte, verneombud, ledere eller medarbeidere i UNN, og foreslo derfor videre prosess før beslutning og styrebehandling. Direktørens ledergruppe fikk saken oversendt og muntlig presentert i ledermøtet 2. januar 2024, og fikk samtidig i oppdrag å diskutere saken i egne klinikker og sentre, samt oversende innspill til arbeidsgruppen innen 25. januar. Arbeidsgruppen diskuterte og vurderte alle innspillene og gjorde endringer og justeringer i handlingsplanen. I drøftingsmøtet for styresaker 5. februar 2024 ga de tillitsvalgte tydelig tilbakemelding på at arbeidet så langt ikke hadde tilstrekkelig medvirkning. På bakgrunn av det ble arbeidsgruppen utvidet med representanter fra tillitsvalgte og hovedverneombud, og styrebehandling av handlingsplan for operasjonskapasitet forskjøvet.

Ny og utvidet arbeidsgruppe ble etablert, og har til nå brukt tiden til å gjennomgå og diskutere handlingsplanen slik den forelå, gjort noen mindre korrigeringer, og er nå omforent om det forslaget som foreligger. Arbeidsgruppen skal utover våren jobbe videre med å identifisere og foreslå ytterligere tiltak, samt følge opp gjennomføring av handlingsplanen. Nye tiltak legges frem for direktøren for beslutning i løpet av høsten 2024.

### Utfordringsbildet



### Operasjonskapasitet definisjon

Summen av innsatsfaktorer som trengs for å gjennomføre operasjoner refereres til som en stuekapasitet eller en operasjonskapasitet. En operasjonskapasitet er et komplett sett innsatsfaktorer innenfor gitt tid (åpningstid). Innsatsfaktorer er utstyr og personell (klinisk personell og støttepersonell fra sterilforsyning- og spesialrenhold). Standard personaloppsett for en operasjonskapasitet på innslusa er 0.5-1 anestesilege, 1.5 anestesisykepleier og 2.5 operasjonssykepleiere samt operatør/intervensjonist. Kirurgisk virksomhet på lavere omsorgsnivå, eksempelvis dagkirurgi og polikliniske operasjonsstuer, har ofte lavere ressursoppsett. Personelloppsett for støttepersonell knyttes også til andre arbeidsoppgaver og er derfor ikke direkte knyttet til antallet operasjonskapasiteter på samme måte.

### Behov

UNN dekker i dag ikke behovet for elektive operasjoner.

For 2024 er teoretisk beregnet behov for elektive operasjoner og prosedyrer som krever operasjonskapasitet 13 961 intervensjoner. Beregningen er i hovedsak basert på gjennomført aktivitet for foregående år, justert for fristbrudd og ventelisteutvikling. Teoretisk beregnet behov inkluderer ikke Helfo-/gjestepasienter.

- Teoretisk aktivitet ved full drift forutsetter full bemanning, og at det gjøres optimal planlegging og gjennomføring. Den teoretiske kapasiteten i UNN HF er per i dag 12 920 pr år.
- Teoretisk aktivitet basert på *forventet* drift er 12746 pr år, og forutsetter optimal planlegging og gjennomføring med dagens ressurser.
- Forventet aktivitet 2024 basert på faktisk drift siste periode (inngangsproduksjon) er 11 174, men kan økes til 12 746 ved optimalisering av drift

Figur 1 Behov og aktivitet pr oktober 2023

Klinikk		Fag	Verdier				Dekningsgrad
		Teoretisk behov	Teoretisk aktivitet hvis full drift	Teoretisk aktivitet forventet drift	Forventet aktivitet basert på drift h23	Gjennomføringsvnr	forventet drift
HLK	Angio	300	181	170	169	93 %	57 %
	HLK	620	710	666	662	93 %	107 %
<b>HLK Totalt</b>		<b>920</b>	<b>891</b>	<b>836</b>	<b>831</b>	<b>93 %</b>	<b>91 %</b>
K3K	Brendo	513	427	413	455	107 %	80 %
	Gastro	2 704	2 339	2 317	1 936	83 %	86 %
	Gyn	1 626	1 507	1 507	1 377	91 %	93 %
	Plast	715	588	576	368	63 %	81 %
	Uro	1 639	1 506	1 475	1 538	102 %	90 %
<b>K3K Totalt</b>		<b>7 197</b>	<b>6 367</b>	<b>6 288</b>	<b>5 674</b>	<b>89 %</b>	<b>87 %</b>
NOR	Hud	37	67	66	41	61 %	179 %
	Hånd	339	351	344	291	83 %	101 %
	Nkir	885	728	694	589	81 %	78 %
	Ort	3 062	2 883	2 910	2 614	91 %	95 %
	Ønh	1 408	1 520	1 502	1 046	69 %	107 %
	Øye narkose	113	112	105	88	79 %	93 %
<b>NOR Totalt</b>		<b>5 844</b>	<b>5 661</b>	<b>5 622</b>	<b>4 670</b>	<b>82 %</b>	<b>96 %</b>
<b>Totalsum</b>		<b>13 961</b>	<b>12 920</b>	<b>12 746</b>	<b>11 174</b>	<b>86 %</b>	<b>91 %</b>

Diskrepansen mellom teoretisk behov og forventet aktivitet for elektiv drift er 2.787 operasjoner/prosedyrer pr år. Konservative beregninger viser at dette tilsvarer 20% underkapasitet for dagkirurgiske prosedyrer, og 4% for heldøgnskirurgi. Dette tilsvarer 300 og 80 stuekapasiteter for hhv dagkirurgiske og heldøgnsopphold pr år.





### **Begrensninger**

Følgende begrensninger for å oppnå teoretisk aktivitet ved full drift er identifisert:

- Arealutfordringer i Breivika og i Harstad, men ikke i Narvik
- Vedvarende personellmangel i Tromsø, men bedre dekning Harstad/Narvik fra 2024
- Mangelfull planlegging påvirker ressursoppsett
- Ikke gjennomgående standardisert operasjonsplanlegging og drift
- Utstyrsbegrensninger reduserer utnyttelsesgrad

### **Konsekvenser av kapasitetsutfordringer**

For å minimere risiko for prognosetap hos den enkelte pasient, er det etablert gode rutiner som sikrer prioritering av kreftpasienter, barn, regionsfunksjoner og annen høyt prioritert kirurgi. Kapasitetsutfordringene gir likevel manglende måloppnåelse for kreftpakkeforløp, for lange ventetider målt opp mot nasjonale prioriteringsveiledere, strykninger og fristbrudd. Kapasitetsutfordringene bidrar også til suboptimal drift.

- Pga. lang ventetid må enkelte pasienter til ny røntgenundersøkelse og/eller utredning
- Det planlegges for svært høy kapasitetsutnyttelse, som øker risiko for strykninger
- Kapasitetsutfordringene påvirker ø-hjelp og beredskap
- Svekket utdanningstilbud

### **Gjennomførte og pågående forbedringsarbeid**

Det har vært gjennomført, og pågår, mange forbedringsarbeid for å styrke operasjonskapasiteten og forbedre utnyttelsen av dagens tilgjengelige ressurser. Noen av disse er:

- Sikre tydelige prosedyrer og rammeverk for prioriteringer
- Datadrevet kunnskap og utvikling
- Kontinuerlig forbedringsarbeid
  - ✓ Standardiserte operasjonsprogram:
    - Flytstuer med strømlinjeformet oppsett hvor man øker utnyttelse av en utgitt kapasitet med opp til 50% (mikrorygger, thyroidektomier, robotassisterte inngrep, TAVI, protesekirurgi)
  - ✓ Optimalisering av perioperative pasientforløp på og utenfor operasjonsstua (pasientflyt gjennom oppvåkningen, eksempelvis sectio)
  - ✓ Oppdatert ø-hjelp manual med trafikklysmoell og nye rutiner ved kapasitetssvikt
  - ✓ Forbedring av praksis for avvikling av ortopedisk ø-hjelp (pågår)
  - ✓ Implementering av nye planleggingsrutiner og driftsmøter for å minimere risiko for sammedagsstrykninger
- Innovasjon
  - ✓ Utvikle digitalt beslutningsstøtteverktøy for taktisk og strategisk planlegging (innovasjonsprosjekt med søknad til Forskningsrådet)
  - ✓ Utredning av sentralisert operasjonsplanlegging

## **Handlingsplan**

Arbeidsgruppen har utarbeidet en handlingsplan (vedlegg 2) inndelt i 4 hovedområder:

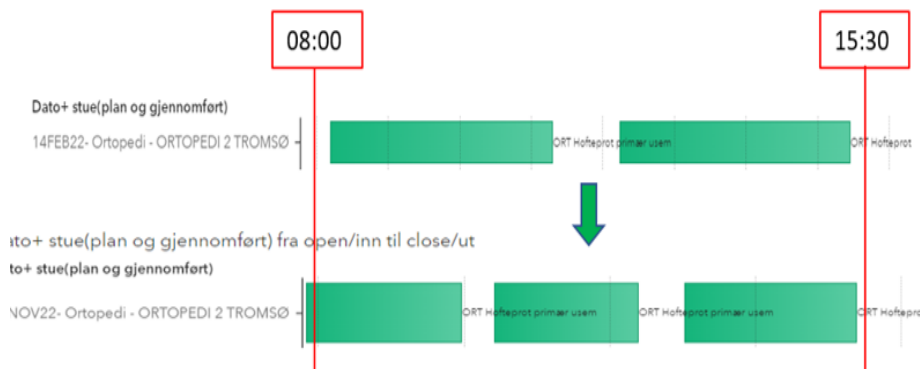
1. Standardiserte operasjonsprogram
2. Døgn – dag – poliklinikk
3. Arbeidstidsordninger
4. Utdanning og rekruttering



### 1. Standardiserte operasjonsprogram

Det pågår arbeid med standardisering av operasjonsprogram. Arbeidsgruppen foreslår ytterligere tiltak innenfor dette området. Standardiserte operasjonsprogram er en forutsigbar masterplan for optimale kombinasjoner av inngrep med faste oppsett, med siktemål å gi høyest mulig utnyttelse av de totale tilgjengelige anestesio- og operasjonsressurser.

Figur 1 Standardisert versus ikke standardisert operasjonsprogram



For å fortsette arbeide med etablering av standardiserte operasjonsprogram, må en rekke forhold være på plass, blant annet felles ventelister på tvers av geografiske lokalisasjoner (i samsvar med prinsippene for gjennomgående klinikkstruktur) og optimal og helhetlig kapasitetsstyring i UNN. Standardisering av planprosesser innebærer at metodikken er lik for hele foretaket. Forskjeller mellom klinikkene og fagenes kvantitative innslag av ulike hastegrader kan medføre behov for noen justeringer av og tilpasninger til en standardisert prosess. Dette vil fremkomme når malen foreligger og klinikkene skal implementere den.

Hovedområdet «standardiserte operasjonsprogram» i handlingsplanen er rettet mot å etablere grunnlag for optimal og helhetlig kapasitetsstyring i UNN. Gevinstene ved standardiserte operasjonsprogram vil være høy, med riktig og optimal ressursinnsats pr operasjon, bedre tilrettelegging for oppgavedeling, høyere utnyttelsesgrad, færre sammedagsstrykninger, bedre kvalitet for LIS-utdanningene og mer forutsigbar drift i sengepostene.

### 2. Døgn-dag-poliklinikk

To tiltak for å flytte aktivitet fra døgn til dag til poliklinikk er allerede besluttet og delvis iverksatt i Tromsø. Tilsvarende prosesser er gjennomført i Harstad og Narvik, men i mindre skala. Arbeidsgruppen foreslår ingen nye tiltak innenfor dette hovedområdet, men har konkretisert fremdriftsplan for de to eksisterende tiltakene. Tiltakene øker den totale operasjonskapasiteten i UNN.

#### A. Etablering av intervensjonslab K3K.

Etablering av intervensjonslab K3K i C00 ble besluttet tidlig i 2023. Grunnet usikkerheter rundt kostnader og finansiering ble det midlertidig stopp i prosjektet i uke 25, 2023. Etter avklaringer med viseadm.dir Einar Bugge (16.08.2023) ble arbeidet om oppstart gjenopptatt, til tross for høyere kostnader enn først antatt. Ulike utstyrsbestillinger, ombygginger og ansettelser ble gjenopptatt. Tiltaket er nå under detaljplanlegging og forventet oppstart er 01.04.24.

Etablering av K3K-C00 intervensjonslab vil frigjøre kapasitet på innslusa og dagkirurgisk operasjonsstuer, samt bidra til å redusere ventetid og bedre pasientflyt for polikliniske og inneliggende pasienter som trenger terapeutisk eller diagnostiske endoskopier.



### **B. Polikliniske operasjonsstuer (POP stuer) NOR-klinikken**

Utvidet drift på POP stuer er et prosjekt bestilt av ledergruppa, som ledd i langsiktige omstillingstiltak i UNN og for å forbedre UNNs totale operasjonskapasitet. Ortopedisk poliklinikk, UNN Tromsø har tidligere hatt 2 polikliniske operasjonsstuer, POP1 og POP2. Våren 2023 ble et undersøkelsesrom gjort om til skiftestue (POP3), noe som økte total stuekapasitet fra 10 til 15 per uke; 2 operasjonsstuer pr dag og 1 skiftestue pr dag.

I POP-stuene opereres pasienter i ASA-klasse 1 og 2, i lokalanestesi og eventuelt nevroblokkader. NOR-klinikken har kartlagt hvilke inngrep fra fagområdene ortopedi, håndkirurgi og plastikkirurgi som kan flyttes fra POP1 og POP2 til POP3, og hvilke inngrep som kan flyttes fra dagkirurgen (DK) til POP 1 og 2 for ortopedi, håndkirurgi og ØNH.

Ved å flytte inngrep fra dagkirurgen til POP vil det frigjøres kapasitet i Tromsø til å operere flere pasienter fra lange ventelister. NOR-klinikken jobber kontinuerlig med å øke utnyttelsen av POP-stuene og har testet et program med 6 pasienter på en operasjonsdag (vedlegg 3 *Utvidet POP-sluttrapport 26.11.23*).

### **3. Arbeidstidsordninger**

Personellressurser er en knapp faktor for operasjonskapasiteten, og må brukes mest mulig effektivt. Harmonisering av arbeidstid for alt personell som er involvert i operasjonskapasiteten, er et tiltak for å effektivisere og optimalisere ressursutnyttelsen, og er foreslått prioritert. Utvidet arbeidstid for sykepleiere kan gi en positiv effekt i form av mer tilgjengelig arbeidskraft. Arbeidsgruppen anbefaler at det i første omgang gjøres en *utredning* av om utvidet arbeidstid er mulig, og hvilke gevinster det eventuelt vil gi.

Det pågår egne utredninger i UNN angående to-stedsansettelser og ambuleringsavtaler. Begge disse punktene vil påvirke handlingsrommet for funksjonsfordeling og full utnyttelse av operasjonskapasiteten på alle våre lokalisasjoner. Arbeidsgruppen avventer resultatet av disse utredningene og foreslår derfor ikke ytterligere tiltak innenfor hovedområdet «arbeidstidsordninger» nå.

### **4. Utdanning og rekruttering**

Tiltakene innenfor hovedområdet standardiserte operasjonsprogram, døgn-dag-poliklinikk og arbeidstidsordninger legger til rette for tilpasset kompetansesammensetning av teamene skreddersydd for de aktuelle programmene.. Det er behov for mange ulike yrkesgrupper tilknyttet operasjonsevne. Personellressurser generelt, og spesialsykepleiere spesielt, er en knapp ressurs. Arbeidsgruppen foreslår at det lages en helhetlig målrettet plan for å øke utdanningskapasiteten og rekrutteringen til spesialsykepleierutdanningen.

Arbeidsgruppen foreslår at det samtidig igangsettes et arbeid for å kartlegge behov og mulighet for oppgavedeling til offentlig godkjente sykepleiere og helsefagarbeidere med videreutdanning tilpasset kompetansebehov på operasjonsstuene. Operasjonssykepleiernes kompetanse og deltakelse er avgjørende i en slik kartlegging, og arbeidet må planlegges og gjennomføres sammen med dem.

Basert på kartleggingen må det, i samarbeid med videregående skoler, utarbeides en plan for videreutdanning av helsefagarbeidere inkludert tiltak for å beregne og etablere nivå på utdanningskapasitet samt tiltak for å sikre rekruttering til utdanningen.



For de kirurgiske utdanningsløpene vil standardisering av operasjonsprogram legge til rette for planlegging av hele opplæringsdager og hele produksjonsdager som kan settes i et forutsigbart og fast system. Dette vil heve kvaliteten på den LIS-utdanningen i de kirurgiske fagene.

Arbeidsgruppen viser for øvrig til pågående arbeid med rekruttering og stabilisering i UNN, UNNs satsing på lederutvikling og den enkeltes klinikks rekrutteringsarbeid.

### **Organisatoriske endringer**

Arbeidsgruppen har ikke diskutert konkrete organisatoriske endringer, og har så vidt tatt opp anbefalingene fra Deloitte (2017) om å utrede samling av operasjonssykepleiere i en klinikk. Arbeidsgruppen er delt i spørsmålet om en slik utredning er velbegrunnet.

Arbeidsgruppen har fått flere innspill fra ulike deler av organisasjonen på at det er behov for å gjøre organisatoriske endringer knyttet til operasjonsvirksomheten. Innspillene er til dels divergerende:

- Samle operasjonssykepleiere i en klinikk. OpIn viser til at både DeLoitte-rapporten fra 2017 og erfaring fra daglig drift tilsier behov for gjennomgang av organiseringen av operasjonssykepleiere. I dag har disse fire ulike tilhørigheter (HLK, øye, dagkirurgi og innslusa). Ved innslusa seksjon er operasjonssykepleierne videre subseksjonert. Ytterligere subseksjonering vil øke sårbarheten, mens økt breddekompetanse vil øke robustheten. Vi vil derfor fraråde ytterligere seksjonering, og heller tilrå revurdering av dagens organisering av denne spesialsykepleiergruppa.
- Et samlet kirurgisk lederkollegium framholder at forslagene som ligger i utkastet til handlingsplan ikke er tilstrekkelig og ikke vil gi den gevinst som antydes i handlingsplanen uten at det samtidig gjøres organisatoriske endringer. Organisatoriske endringer hvor opererende avdelinger har større innflytelse på egen drift/operasjonsprogram vil også gjøre gjennomføring av de foreslåtte hovedområder mer effektive. De kirurgiske lederne ber om at det parallelt med handlingsplanen også startes en utredning av organisatoriske endringer med mindre driftsenheter og med større innflytelse fra opererende avdelinger.

Arbeidsgruppen anbefaler at direktøren igangsetter en egen utredning angående organisatoriske endringer for operasjonsaktiviteten.

### **Beredskap versus planlagt drift**

Arbeidsgruppen har ikke diskutert beredskap versus elektiv drift for operasjonsvirksomheten. Arbeidsgruppen foreslår at dette utredes i et eget arbeid, eventuelt tas med i utredningen om organisatoriske endringer.

### **Øvrige vurderte, men ikke foreslåtte, tiltak.**

#### **«Stay and play»**

Arbeidsgruppen foreslo opprinnelig å gjennomføre en pilot for tiltaket «stay and play» for utvalgte elektive operasjoner/prosedyrer. Oppsatt operasjonsprogram settes opp innenfor en gitt åpningstid, og gjennomføres uavhengig av om det skulle oppstå eventuelle forsinkelser i løpet av dagen. I tråd med prinsippene for standardiserte operasjonsprogram har teamet ingen andre oppgaver den dagen og oppholder seg på operasjonsavdelingen uavbrutt. Programmet skal være standardisert, pasient bekreftet for operasjon i god tid på forhånd, og inngrep planlagt i detalj. Det må inngås konkrete arbeidsavtaler med involverte medarbeiderne, som kan risikere overtid dersom det oppstår uforutsette forsinkelser. Kompensasjon for overtid og ordninger for



avspasering må være definert i avtalen. Det er en forutsetning at hele teamet består av fullbefarne utøvere.

Arbeidsgruppen vurderte gevinstene ved å innføre «stay and play» å være færre sammedagsstrykninger, bedre ressursutnyttelse, mulighet for oppgavedeling og flere gjennomførte operasjoner. Arbeidsgruppen fikk innspill på at gevinstene ved «stay and play» skal oppnås gjennom standardiserte operasjonsprogram, og at «stay and play» kan forsinke og redusere de totale gevinstene ved standardiserte operasjonsprogram. I tillegg ble det blant annet gitt innspill på at det er uheldig med særordninger for enkelte grupper/medarbeidere, korttidsfravær kan resultere i redusert effektivitet og at det er uheldig med særavtaler for enkelte medarbeidere.

Arbeidsgruppen har diskutert og nøye vurdert innspillene. Arbeidsgruppen er enig i at gevinstene ved «stay and play» oppnås gjennom standardiserte operasjonsprogram, men at det vil ta mye lengre tid. Gevinstene ved «stay and play» kan oppnås raskt, og gi synlige resultater, selv om det vil gjelde en liten og utvalgt del av operasjonsaktiviteten. Det viktigste tiltaket, med god og varig effekt, er standardiserte operasjonsprogram. Arbeidsgruppen ønsker ikke å iverksette andre tiltak som kan forsinke det omfattende arbeidet som skal gjøres innenfor dette hovedområdet. Arbeidsgruppen har derfor tatt innspillene til etterretning og tiltaket utgår fra forslag til handlingsplan. Arbeidsgruppen presiserer at beslutningen forsterker viktigheten av rask og høy gjennomføringsgrad på øvrige tiltak i handlingsplanen for å oppnå effekter så raskt som mulig.

### ***Oppsummering handlingsplan***

Arbeidsgruppen har valgt å dele handlingsplanen i fire hoveddeler. Forventet gevinst er beskrevet for hvert tiltak, men ikke tallfestet. Tiltakene forventes å gi reduserte ventetider, redusert antall strykninger og fristbrudd, og bedre forløpstider for kreftpakkeforløp. Handlingsplanen er også satt opp i et GANT-diagram (vedlegg 4).

Samlet sett vil gjennomføring av tiltakene i handlingsplanen øke utnyttelsen av eksisterende ressurser (standardiserte operasjonsprogram og arbeidstidsordninger). Disse tiltakene vil samtidig legge til rette for at operasjonskapasiteten kommer opp på, og holder seg på, planlagt nivå. I tillegg vil tiltakene i noen grad føre til økt kapasitet (døgn-dag-poliklinikk).

Gjennomføring av foreslåtte tiltak i handlingsplanen vil redusere, men ikke eliminere, diskrepansen mellom behov og utførte operasjoner. For å eliminere diskrepansen, og i tillegg ha kapasitet til å ta tilbake Helfo-pasienter og gjestepasienter, må den totale kapasiteten økes utover det som er foreslått i denne handlingsplanen.

Handlingsplanen inneholder indirekte tiltak knyttet til rekruttering og stabilisering. Kartlegging og plan for videreutdanning av helsefagarbeidere, samt kartlegging og plan for å øke bruk av offentlig godkjente sykepleiere i operasjonsvirksomheten er viktige tiltak for å sikre kapasitet og kompetanse fremover. Bedre planlegging og ressursutnyttelse vil legge til rette for mer forutsigbarhet i arbeidstid og oppgaver, samt redusert arbeidsbelastning ved mer hensiktsmessig oppgavedeling. Rekruttering og stabilisering av spesialkompetanse er helt sentralt, fordi det samtidig som at denne kompetansen blir mindre tilgjengelig fremover er det også behov for å utvide kapasiteten. Det er kommet innspill på at handlingsplanen mangler konkrete tiltak for stabilisering. Arbeidsgruppen viser til vedtatte strategier og tiltak for rekruttering og stabilisering i klinikkene, foretaket og regionen, og har ingen nye tiltak i denne handlingsplanen. Men arbeidsgruppen vil imidlertid, i det videre arbeidet, diskutere dette hovedområdet nærmere, og vurdere forslag til nye tiltak.

## **Rapportering**



Arbeidsgruppen foreslår en tertialvis rapportering til direktøren og styret med følgende innretning;

- Fremdrift på tiltakene i handlingsplanen
- Oversikt over utvikling av besluttede indikatorer for operasjonsvirksomheten i UNN
- Samlet vurdering av fremdrift og effekter inkludert eventuelle forslag til korrigeringer i handlingsplanen

Klinikkjefene for NOR, HLK, K3K og OpIn skal oppdatere status på tiltak i handlingsplanen, og skal i fellesskap vurdere fremdrift, effekter og eventuelle forslag til korrigeringer. Arbeidsgruppen koordinerer oppfølging og iverksetter eventuelle tiltak for å støtte implementeringen. Klinikkjef OpIn har ansvar for å samordne rapporteringen. Arbeidsgruppen foreslår at beslutningsmyndighet for eventuelle mindre korrigeringer i handlingsplanen legges til klinikkjefene. Eventuelle forslag til større endringer avklares med direktøren.

### **Arbeidsgruppens vurdering**

Arbeidsgruppen har brukt mye tid på å forstå det totale utfordringsbildet.

Operasjonsvirksomheten er kompleks, involverer og berører mange medarbeidere i flere klinikker. Konsekvensene av dagens situasjon med manglende operasjonskapasitet er store for mange pasienter, for fagmiljøene, og for den planlagte driften. De siste årene har OpIn i samarbeid med de kirurgiske klinikkene utviklet gode planleggingsverktøy samt strukturer for prioritering og operasjonsplanlegging. Mange forbedringsarbeider er gjennomført og pågår.

Arbeidsgruppen vurderer at det er nødvendig å iverksette konkrete og relativt omfattende grep som kan gjøre det mulig å oppnå bedre ressurs- og flyteeffektivitet i operasjonsplanlegging og drift. Det pågående forbedringsarbeidet tar tid og arbeidsgruppens vurdering er derfor at et tydelig taktskifte er nødvendig for å oppnå resultater på relativt kort sikt. For å oppnå optimal planlegging og gjennomføring av standardiserte operasjonsprogram forutsettes stort volum og god kategorisering av operative forløp i alle fagområder. Felles ventelistestyling og helhetlig kapasitetsstyring i UNN er nødvendig for å få full effekt av tiltakene. Dette utfordrer etablerte prosedyrer, rutiner, arbeidsmetoder, oppgavedeling og arbeidstidsordninger. Arbeidsgruppen presiserer at god og tett dialog med tillitsvalgte, vernetjeneste og berørte medarbeidere må ivaretas i alle prosessene fremover. Arbeidsgruppen vil også vektlegge arbeid med å presisere tiltakene i handlingsplanen i tett dialog med fagmiljøene for å sikre lik forståelse av både de enkelte tiltakene og den helhetlige planen.

Diskrepansen per i dag mellom antall gjennomførte operasjoner og behov er relativt stort. Tiltakene i handlingsplanen er i hovedsak innrettet mot å optimalisere eksisterende ressurser. Arbeidsgruppen har vurdert handlingsplanen som omfattende og arbeidskrevende å gjennomføre. Arbeidet må derfor gis høy prioritet og følges tett opp for å sikre gjennomføringskraft både med hensyn til tiltaksgjennomføring og tidsfrister.

Den foreslåtte handlingsplanen vil ikke være tilstrekkelig for å dekke behovet, inkludert å ta inn det etterslepet som er opparbeidet. Arbeidsgruppen fortsetter derfor å jobbe frem ytterligere forslag til konkrete tiltak for å øke kapasiteten. Dette inkluderer detaljerte planer for operasjonsaktiviteten i Nye UNN Narvik i tråd med tidligere beslutninger, samt ytterligere tiltak innenfor kapasitetsstyring og funksjonsfordeling. Arbeidsgruppen vil legge frem forslag til ny tiltaksplan høsten 2024.



Vedlegg 1 Mandat

Vedlegg 2 Handlingsplan

Vedlegg 3 Utvidet POP-sluttrappport 26.11.23

Vedlegg 4 Handlingsplan GANT-diagram



Til:

Grethe Andersen, Snorre Manskow Sollid, Rolv Ole Lindsetmo, Bjørn-Yngvar Nordvåg, Kristian Bartnes

Deres ref:

Vår ref:

2023/8079-1

Saksbehandler:

Einar Bugge

Dato:

21.09.2023

## Mandat – overordnet arbeidsgruppe for styrking av operasjonskapasiteten i UNN

### Bakgrunn

UNN har over tid hatt økende utfordringer med utilstrekkelig operasjonskapasitet til å dekke pasientenes behov. Dette medfører blant annet lange ventelister, lange ventetider, fristbrudd, manglende måloppnåelse av krav til forløpstider i kreftpakkeforløp og høyt antall strykninger. Det medfører også frustrerte og misfornøyde medarbeidere, og høyt press på mange medarbeidere over tid. Det jobbes med en rekke ulike prosesser og tiltak for å søke å løse utfordringene med for lav operasjonskapasitet, men samlet sett er det vanskelig å se forbedringer på et overordnet nivå og det er ikke en samlet oversikt over pågående og planlagt arbeid på området. Det er behov for å tydeliggjøre både samlet struktur og fremdrift i de ulike prosessene.

### Formål

Utarbeide en samlet handlingsplan med konkrete og tidfestede aktiviteter og mål. Handlingsplanen skal struktureres slik at den gir mulighet for en tydelig, overordnet oppfølging av fremdrift og effekt.

### Arbeidsgruppens mandat

Utfordringsbildet beskrives i mer detalj av arbeidsgruppen. Dernest utarbeide en overordnet, konkret handlingsplan med tiltak på kort, mellomlang og lengre sikt for å øke UNNs operasjonskapasitet slik at ventetider, fristbrudd og strykninger reduseres, måloppnåelse for kreftpakkeforløp og eventuelle andre krav til forløpstider økes og belastning på personell reduseres.

Handlingsplanen bør ha følgende hovedretninger:

1. Øke ressursutnyttelse av tilgjengelige ressurser
2. Legge til rette for at operasjonskapasiteten kommer opp på, og stabilt holder seg på, planlagt nivå, dvs. unngå nedtrekk av planlagt aktivitet/kapasitet)
3. Øke kapasiteten utover nåværende planlagt aktivitet/kapasitet

I utarbeidelse av handlingsplanen skal følgende tiltak for måloppnåelse vurderes og foreslås knyttet til de tre hovedretningene (listen er ikke nødvendigvis uttømmende):

- a. Tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering av personell



- b. Tiltak knyttet til mer fleksibel bruk av personell mellom enheter
- c. Oppgaveglidning til andre personellgrupper
- d. Redusere bemanningsbehov
- e. Funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN
- f. Tiltak for å skape tydeligere skille mellom øyeblikkelig hjelp og planlagt aktivitet
- g. Behov for eksterne anskaffelser av operasjonskapasitet og interne prosjekter for ekstraordinære operasjonskapasitet
- h. Tiltak knyttet til areal som kan effektivisere og øke aktivitet
- i. Tiltak knyttet til utstyr som kan effektivisere og øke aktivitet

Handlingsplanen skal beskrive i hvilke organisatoriske linjer/funksjoner de ulike tiltakene skal plasseres. Handlingsplanen skal ha en fremdriftsplan (gjørne bruk av Gant). Handlingsplanen skal struktureres og presenteres på en slik måte at oppfølging og kommunikasjon blir oversiktlig. Arbeidsgruppen kan peke på behov for å nærmere utrede organisatoriske endringer relatert til operasjonsvirksomheten, men skal ikke selv foreta slik utredning.

#### **Arbeidsgruppens sammensetning**

Den overordnede arbeidsgruppen ledes av Drifts- og eiendomssjef Grethe Andersen. Klinikksjef/konstituert klinikksjef i NOR-klinikken, konstituert klinikksjef OPIN-klinikken, K3K-klinikken og HLK-klinikken inngår i arbeidsgruppen. Andre ressurser tilknyttes ved behov på de ulike områder handlingsplanen skal omfatte.

#### **Frist**

Frist for arbeidet er 1.12.23



Tromsø, 21. september 2023

Anita E. Schumacher  
Administrerende direktør

<b>Handlingsplan: Styrking av operasjonskapasiteten i UNN</b>					
<p>Handlingsplanen er inndelt i 4 hovedområder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standardiserte operasjonsprogram</li> <li>2. Fra døgn til dag til poliklinikk</li> <li>3. «Arbeidstidsordninger»</li> <li>4. Utdanning og rekruttering</li> </ol> <p><b>Tegnforklaring statuskolonne:</b>  Rødt; ikke igangsatt  Gult; igangsatt, ikke ferdig  Grønt; implementert</p>					
<b>1. Standardiserte operasjonsprogram</b>					
<p><i>Standardiserte operasjonsprogram er en forutsigbar masterplan for optimale kombinasjoner av inngrep med faste oppsett, med siktemål å gi høyest mulig utnyttelse av de totale tilgjengelige anestes- og operasjonsressurser.</i></p> <p><i>For å kunne etablere standardiserte operasjonsprogram, må en rekke forhold være på plass. Følgende tiltaksliste retter seg mot etablering av en slik plattform.</i></p>					
<b>Delmål</b>	<b>Gevinst</b>	<b>Tiltak</b>	<b>Ansvar</b>	<b>Frist</b>	<b>Status</b>
Strukturert, kategorisert og oppdatert venteliste	Forutsetning for å planlegge for standardiserte operasjonsprogram	Lage rammeverk med mal for strukturering og kategorisering av venteliste til kirurgi	Klinikksjef OpIn	Frist for å lage mal/oppskrift 01.05.24	
		Opplæring alle ventelisteansvarlige/kirurg er	Klinikksjef OpIn Klinikksjef K3K Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK	31.05.24	
		Hvert fag lager sine kategorier	Klinikksjef K3K Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK	Frist alle fag 01.09.24	
		Alle ventelister ferdig kategorisert	Klinikksjef K3K Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK	01.10.24	

		Etablere felles ventelister pr fagområde på tvers av lokalisasjoner	Klinikksjef K3K Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK	01.11.24	
	Høyere gjennomføringsgrad av oppsatt program og optimal ressursutnyttelse	Utvikle og implementere modell for sentralisert operasjonsplanlegging pr klinikk for å bedre etterlevelse av prosedyreverk for operasjonsplanlegging.	Klinikksjef K3K Med deltakelse fra: Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK Klinikksjef Opln	01.05.24	
		Lage opplæringsplan for planleggere og kirurger.	Klinikksjef K3K Med bistand fra: Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK Klinikksjef Opln	01.05.24	
Øke flyteeffektivitet på operasjonsstuer	Øke antall operasjoner pr stuekapasitet	Bruke utarbeidet metodikk (verktøykassa) for å øke antall operasjoner pr stuekapasitet (Prosedyre: PB1957)	Klinikksjef Opln	01.05.24	
		De kirurgiske klinikkene skal til enhver tid ha 2 pasientforløp der metoden benyttes.	Klinikksjef OPIN Klinikksjef K3K Klinikksjef HLK Klinikksjef NOR	01.05.24	
		Eablering av forberedelsesrom (prerom) for anestesi.	Klinikksjef Opln	15.06.24	
Flagging av høyt prioritert kirurgi	Sikre høyere gjennomføringsgrad av høyt prioritert kirurgi	Etablere funksjonalitet i DIPS for flagging av spesielt prioriterte pasienter for å sikre høy grad av gjennomføring.	Klinikksjef Opln	Høyt prioritert kirurgi allerede definert (KFR). Bestilling DIPS forvaltning allerede iverksatt og i prosess.	

		Etablere tydelig prosedyre for flagging av pasienter i DIPS	Klinikksjef Opln	01.05.24	
		Implementere praksis ihht prosedyre i fagmiljøene.	Klinikksjef HLK Klinikksjef K3K Klinikksjef NOR	01.06.24	
Tydelig skille ø-hj/elektiv drift	Mer robust planlegging, høyere utnyttelsesgrad, lavere strykningstall	Harstad: Pilotere egne ø-hj kapasiteter i forbindelse med flytteprosess i Narvik, ivaretatt i driftsplankalender.	Klinikksjef Opln	Ivaretatt i driftsplankalender	
		Tromsø: Mandat ortopedisk ø-hjelp,	Klinikksjef NOR	Ferdig 10.12.23	
		Gjennomføring ortopedisk ø-hjelp	Klinikksjef NOR	01.04.24	
<b>Hva er potensiell gevinst?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mer hensiktsmessig ressursbruk (flere stuekapasiteter ut av samme mengde ressurser)</li> <li>• Kan brukes for etablering av buffer ved eventuelt sykefravær, færre samedagsstrykninger</li> <li>• Høyere utnyttelsesgrad</li> <li>• Mindre grad av replanlegging, høyere gjennomføringsgrad</li> <li>• Oppgaveglidning fra helsepersonell til kontorphersonell</li> <li>• Bedre kvalitet LIS-utdanning – skille mellom produksjons- og opplæringsdager</li> <li>• Mer forutsigbar drift i sengeposter, mulighet for bedre aktivitetsstyrt bemanning</li> </ul>					
<b>2. Fra døgn til dag til poliklinisk behandling</b>					
<b>A. Etablere K3K intervensjonslab i C00</b>					
<i>Det er besluttet at C00 skal tas i bruk for å etablere dagkirurgi for enkel kirurgi og endoskopi. C00 ble brukt til dagkirurgi under bygging av A-fløya. Arealene ble også brukt under pandemien. Tiltaket er under planlegging.</i>					
Etablering av C00 K3K intervensjonslab	Frigjøre kapasitet på innslusa og dagkirurgisk operasjonsstuer,	Bruke arealer i C00 som er egnet for enkel kirurgi og endoskopi (tidligere	Klinikksjef K3K	Oppstart 01.04.24 Full drift 01.09.24	

	redusere ventetid, bedre pasientflyt for polikliniske og inneliggende pasienter som trenger terapeutisk eller diagnostiske endoskopier.	dagkirurgi arealer under bygging av A-Fløya). Tiltaket er under planlegging.			
<b>Hva er potensiell gevinst?</b>					
Tiltaket vil øke den totale operasjonskapasiteten i UNN. Inngrep flyttes til riktig behandlingsnivå og frigjør kapasitet på innslusa og dagkirurgisk operasjonsstuer og bidrar til å redusere ventetid. Etableringen gir bedre pasientflyt for polikliniske og inneliggende pasienter som trenger terapeutisk eller diagnostiske endoskopier.					
<b>B. Implementere og optimalisere drift i polikliniske operasjonsstuer (POP stuer) i A6 (ortopedisk poliklinikk)</b>					
<i>Utredning av økt kapasitet for polikliniske inngrep innen ortopedi og håndkirurgi har pågått siden 2019 gjennom en utvidelse av kapasitet ved å gjøre om et undersøkelsesrom til skiftestue. Tiltaket har vært vurdert som viktig for å øke total operasjonskapasitet i UNN ved å frigjøre plass for operasjoner som i dag gjøres ved innslusa eller dagkirurgisk seksjon, også som øyeblikkelig hjelp. Økningen vil også muliggjøre gjennomføring av flere mindre operative inngrep innen andre fag, spesielt ØNH og plastikkirurgi. Tiltaket er godkjent i OPK og av direktøren.</i>					
Opprette ekstra POP stue (fra 2 til 3) i A6	50% økning av poliklinisk operasjonskapasitet	Prosjekttere og bygge om undersøkelsesrom til skiftestue (POP)	Klinikksjef NOR	01.06.23	
Avklare fagområder aktuelle for POP	Mulig å lage effektiv operasjonsplan, og øke total kapasitet for disse fagene	Gjennomgå aktuelle operasjonstyper innen ortopedi, håndkirurgi, plastikkirurgi, ØNH, nevrokirurgi, HLK.	Klinikksjef NOR Klinikksjef HLK	01.04.24	Siste vurderinger NK gjenstår
Tilsette nødvendig personell	Muliggjør gjennomføring av planlagt aktivitet	Avklare bemanningsbehov, utlyse og tilsette i stillinger	Klinikksjef NOR	01.06.24	Håndkirurg og operasjonspl mangler, men lyses ut på nytt

Anskaffe nødvendig utstyr	Blir mulig å gjennomføre aktuelle operasjoner og utnytte kapasitet optimalt	Avklare behov. Få godkjenning for innkjøp. Gjennomføre bestilling.	Klinikksjef NOR	01.04.24	Gjenstår NK, ekstra operasjonsbrikker og i tillegg utstyr for avansert håndkirurgi (ikke avklart)
Optimalisere aktiviteter	Effektive pasientforløp med optimal kapasitetsutnyttelse	Fastsette inngrep innen ulike fag. Kategorisere etter operasjonstid og utstysbehov. Sette sammen effektiv case mix	Klinikksjef NOR	01.04.24	Utvikle systematikk og bli fortrolig med ny aktivitet
Beregne økonomi	Sikre bærekraftig drift	Justere beregninger av inntekter og utgifter basert på faktisk og planlagt drift	Klinikksjef NOR	01.04.24	
Starte aktiv driftsfase etter implementering	Oppnå full effekt av POP-stue satsningen	Optimalisere operasjonsplanlegging Unngå strykninger	Klinikksjef NOR	01.04.24	
Flytte operasjon av håndleddsbrudd til POP	Frigjøre mer kapasitet ved DK – ta ned ø-hjelp på elektive stuer	Gjennomføre opplæring i walant anestesi. Pilot «Operere radius i walant anestesi» gjennomføres	Klinikksjef NOR	01.06.24	Planlegges
<b>Hva er potensiell gevinst?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beregnet økning 504 operasjoner håndkirurgi, forutsatt tilsetting av 7. håndkirurg (full effekt)</li> <li>• Økning 84 operasjoner plastikkirurgi</li> <li>• Økning 84 operasjoner ØNH</li> <li>• Frigjøring av tilsvarende kapasitet ved dagkirurgisk seksjon vil gi reduksjon av svært lange ventelister</li> <li>• Økt kapasitet for LIS-utdanning ortopedi</li> </ul>					

<b>3. Arbeidstidsordninger</b>					
<i>Personellressurser er en knapp faktor for operasjonskapasiteten, og må brukes mest mulig effektivt. Koordinering av arbeidstid for alt personell som er involvert i operasjonsaktiviteten, samt utredning av utvidet arbeidstid for sykepleiere er tiltak for å effektivisere ressursutnyttelsen og øke kapasitet.</i>					
Øke tilgjengelig personellressurser	Øke total kapasitet. Mer forutsigbar planlegging for virksomheten og den enkelte arbeidstaker.	Utrede utvidet arbeidstidsordning for sykepleiere	Personal- og organisasjonssjef med deltakelse fra Klinikksjef HLK Klinikksjef Opn	15.09.24	
Harmonisering av arbeidstid	Økt ressursutnyttelse	Harmonisere arbeidstid for kirurger, operasjonspersonell, spesialrenhold og sterilsentralen.	Klinikksjef Opn (leder arbeidet) Klinikksjef K3K Klinikksjef HLK Klinikksjef NOR	01.05.24	
<b>Hva er potensiell gevinst?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Øke fleksibilitet, redusere antall strykninger</li> <li>• Mer effektiv ressursutnyttelse av tilgjengelige personell</li> <li>• Økt planlagt kapasitet (mindre overtid, mer planlagt kapasitet)</li> </ul>					
<b>4. Utdanning og rekruttering</b>					
Det er behov for mange ulike yrkesgrupper tilknyttet operasjonsvirksomheten. Arbeidsgruppen foreslår at det lages en helhetlig målrettet plan for å øke utdanningskapasiteten, samt kartlegge mulighetsrom og lage en helhetlig og langsiktig plan for oppgavedeling.					
Utvide rekrutterbar populasjon	Øke bemanning til ledige stillinger	Kartlegge fremtidig behov og muligheter for oppgavedeling for offentlig godkjente sykepleiere i operasjonsvirksomheten i ledige stillinger.	Klinikksjef Opn Klinikksjef HLK (bistand fra Fag- og kvalitetssenteret)	15.09.24	
		Kartlegge fremtidig behov og muligheter for oppgavedeling ved økt	Klinikksjef Opn Klinikksjef HLK	15.09.24	

		bruk av helsefagarbeidere i operasjonsvirksomheten (inkludert støttefunksjoner) i ledige stillinger.	(bistand fra Fag – og kvalitetssenteret)		
Plan for økt samarbeid med videregående skoler for videreutdanning helsefagarbeidere	Flere tilgjengelige helsefagarbeidere med videreutdanning	Langsiktig plan for å øke utdanningskapasitet	Senterleder Forsknings- og utdanningscenteret	15.09.24	
Øke utdanningskapasitet spesialsykepleiere (ABIJOK)	Flere sykepleiere med spesialkompetanse	Langsiktig plan for å øke utdanningskapasitet	Senterleder Forsknings- og utdanningscenteret	15.09.24	
		Plan for rekruttering til utdanningen	Senterleder Forsknings- og utdanningscenteret	15.09.24	
<b>Hva er potensiell gevinst?:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere tilgjengelige ressurser</li> <li>• Mulighet for oppgavedeling</li> </ul>					

Status: Rød= ikke påbegynt, gult = pågår, grønt = gjennomført



2023

# Polikliniske operasjonsstuer ortopedisk avdeling – vol3

...

24.11.2023

## Innhold

1.0 Bakgrunn.....	1
2.0 Stuekapasitet tilgjengelig i POP etter ombygging .....	2
3.0 Inntekter .....	3
3.1 Inntekt ergoterapeut .....	4
4.0 Personell .....	5
5.0 Utstysbehov .....	5
6.0 Opplæring .....	6
7.0 Evaluering .....	6

### 1.0 Bakgrunn

Utvidet drift på polikliniske operasjonsstuer (heretter kalt POP stuer) er et prosjekt bestilt av ledergruppa, som ledd i langsiktige omstillingstiltak i UNN og for å forbedre UNNs totale operasjonskapasitet. Ortopedisk poliklinikk, UNN Tromsø har tidligere hatt 2 polikliniske operasjonsstuer, POP1 og POP2. Våren 2023 ble et undersøkelsesrom gjort om til skiftestue (heretter kalt POP3), noe som økte total stuekapasitet fra 10 til 15 per uke; 2 operasjonsstuer pr dag og 1 skiftestue pr dag.

I POP-stuene opereres pasienter i ASA-klasse 1 og 2, i lokalanestesi. Pasientene må være godt informert om anestesiformen og tolerere betingelsene for gjennomføring. Det innebærer våken pasient, som vil kunne kjenne berøring men ikke smertefølelse.

Vi har kartlagt hvilke inngrep fra fagområdene ortopedi, håndkirurgi og plastikkirurgi som kan flyttes fra POP1 og POP2 til POP3, og hvilke inngrep som kan flyttes fra dagkirurgen (DK) til POP for ortopedi, håndkirurgi og ØNH.

Ved å flytte inngrep fra dagkirurgen til POP vil det frigjøres kapasitet i Tromsø til å operere flere pasienter fra våre lange ventelister. Avdelingens totale venteliste per 20.06.2023 fremgår av tabellen nedenfor.

	Tromsø		Harstad	Narvik
	Ortopedi	Hånd	Ortopedi	Ortopedi
<b>Heldøgn</b>	346 (238)	18 (9)	92 (51)	42 (26)
<b>Dagkirurgi</b>	273 (164)	180 (102)	155 (60)	204 (153)
<b>POP</b>	55 (32)	202 (89)		
<b>Totalt per lokalisasjon</b>	1074 (634)		247 (111)	246 (179)

\*Tall merket med rødt er antall pasienter passert planlagt frist for behandling.

## 2.0 Stuekapasitet tilgjengelig i POP etter ombygging

Det er jobbet mye med å klare å få utnyttet mest mulig stuekapasitet innen ortopedisk avdeling, men på grunn av legebemanning har vi utfordringer med å få brukt all kapasitet selv. For å få utnyttet all ledig kapasitet ble det derfor sendt henvendelse til plastikkirurgene, ØNH, nevrokirurgene og HLK med spørsmål om de kan flytte inngrep fra DK/innslua til en skiftestue.

Plastikkirurgene har hatt 4,5 stuer per uke, og øker med 0,5 stuer per uke. De har ikke legebemanning til mer på nåværende tidspunkt.

ØNH har flere inngrep som kan flyttes fra DK og har fått 0,5 stue per uke. Per nå har de ikke behov for mer, men kan få mer kapasitet ved behov. På sikt vil man vurdere å flytte flere typer inngrep. ØNH opererte sine første pasienter på POP den 6. september.

Nevrokirurgen har ingen inngrep per nå som kan flyttes til POP, men jobber videre med kartlegging av inngrep som kan flyttes.

HLK har meldt at de ikke pasienter som egner seg.

Utvidet drift i POP startet høsten 2023, og for å tydeliggjøre hvor det er ledig kapasitet for øyeblikkelig hjelp (øhj) ble det laget en plan som vist nedenfor for uke 35-52. På den måten er det lett for håndkirurgene å ha oversikt over når og hvor de har kapasitet til å operere øhj. Stuer merket Hånd øhj er dager da det er kapasitet til at bakvakt opererer øhj på POP. Man unngår å måtte holde av ledig kapasitet på Dagkirurgen til øhj, og kan ha rene elektive program. Dette øker utnyttelsesgraden på dagkirurgiske stuer. Det vil imidlertid inntil videre ikke være full drift på øhj stuer hver dag i rolige perioder med mindre øhj.

		Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
UKE 41	POP1	Plast	Hånd øhj	Plast	Plast	Plast
	POP2	Hånd	Hånd	Hånd	Hånd	Ort
	POP3	Hånd øhj	Plast	Hånd øhj	Ort	Hånd øhj
UKE 42	POP1	Plast	Hånd	Plast	Plast	Plast
	POP2	Hånd-12	Hånd	Hånd	Hånd øhj	Hånd øhj
	POP3	Ort	Plast	ØNH	Ort	Hånd-12
UKE 43	POP1	Plast	Ort	Plast	Plast	Plast
	POP2	Hånd	Hånd	Hånd	Hånd øhj	Hånd øhj
	POP3	Hånd øhj	Plast	Hånd øhj	Ort	
UKE 44	POP1	Plast	Hånd	Plast	Plast	Plast

	POP2	Hånd	Hånd	Hånd	Hånd	Hånd øhj
	POP3	Hånd øhj	Plast	ØNH	Ort	Ort

### 3.0 Inntekter

Før oppstart ble det beregnet at det gjennomsnittlig kunne settes opp 4,2 pasienter per dag på POP3. Vi har regnet med full utnyttelse i 40 fulldriftsuger. Dette er netto økning i kapasitet i POP, og utgjør totalt 672 inngrep per år. Forutsetning for full utnyttelse av kapasiteten er at det lykkes å få ansatt en ekstra håndkirurg.

Fagfelt	Antall operasjoner per uke	Antall operasjoner per år
Hånd/Ort	12,6	504
Plast	4,2 annen hver uke	84
ØNH	4,2 annen hver uke	84
<b>Totalt</b>		<b>672 inngrep</b>

Tabell 1 Antall pasienter som kan opereres på POP3

Inntektene det er regnet med i prosjektet er et estimat basert på gjennomsnittsrefusjon (ISF), på de pasienter som antas å ville bli satt opp. Det er tatt utgangspunkt i at det i perioder vil være mye øhj som gir relativt høye inntekter, mens det i andre perioder opereres mer av små inngrep som gir relativt lav inntekt. Dette er derfor kun grove overslag.

Inngrep	Antall per år	Inntekt per prosedyre*	Totalt
Ort/hånd inngrep	504	5228 kr	2 634 912 kr
Plast inngrep	84	3944 kr	331 296 kr
ØNH inngrep	50	10391 kr	519 550 kr
	34	1627 kr	55 318 kr
<b>Totalt</b>	<b>672</b>		<b>3 514 076 kr</b>

\* Inntekt per inngrep er gjennomsnittspris på de inngrepene som kan gjøres på POP3. (tall fra april-2023).

Det må også tas med i regnestykket at oppdekningen til de forskjellige inngrepene koster noe. For den enkleste oppdekningen koster det totalt 400 kr for forbruksmateriell per operasjon, men for større inngrep opp mot 3000 kr i engangsutstyr.

Etter å ha driftet med ekstra stue i to måneder har vi tatt ut tall for totaldriften på POP uke 36-44 i 2023, og sammenlignet det med samme uker i 2022. Vi får da fremstilt den reelle økningen.

Totalt alle fag				
Uke	Antall operasjoner	Antall operasjoner	Differanse	Gjennomsnitt av inntekter pr inngrep*
	2023	2022		
36	39	19	20	100000
37	36	33	3	15000
38	40	29	11	55000
39	32	32	0	0
40	38	17	21	105000
41	42	30	12	60000
42	39	29	10	50000
43	33	24	9	45000
44	23	7	16	80000
Sum	<b>322</b>	<b>220</b>	<b>102</b>	<b>410000</b>

\* Her har vi tatt gjennomsnitt av inntekter på 61 inngrep for alle fagområder som har vært utført disse ukene (laveste 818 kr og høyeste 11796 kr). Gjennomsnittsinntekt er da 6600 kr, men vi har valgt å legge oss noe lavere for å ikke gi falskt høye tall. I denne tabellen har vi regnet med at vi har tjent i gjennomsnitt 5000 kr per inngrep. Denne summen er refusjon + egenandel + materialtakst – utstyrsforbruk. Vi ser da at vi på disse ni ukene har tjent 410 000 kr mer enn samme periode i 2022.

Siden inntekt følger faget, vil kun egenandel tilfalle lokalisasjon. ØNH får refusjon for sine pasienter og plastikkirurgi får refusjon for sine pasienter. Ortopedisk poliklinikk får egenandel og har utgifter på utstyr og personell tilknyttet POP. Man kan derfor ikke se på økonomien til Ortopedisk poliklinikk alene, men må se på at UNN som helhet får en økt inntekt.

### 3.1 Inntekt ergoterapeut

I forbindelse med ansettelse av en ekstra ergoterapeut til håndskade anslår de at denne vil ha ca 800 konsultasjoner pr år. I underkant av 40% anslås å bli selvstendige konsultasjoner (uten lege samme dag)

De aller fleste hoved tilstandene med DRG vekt inkludert de vanligste prosedyrekodene vil lande på 0.051 DRG. I tillegg får man egenandel 386kr.

	Inntekt	Antall pasienter	Totalt
Inntekt per prosedyre*	2474 kr	300	742 200
Egenandel	386 kr	300	115 800 kr
Forbruksmaterieill			- 150 000 kr

<b>Totalt inntekter</b>			<b>708 000 kr</b>
-------------------------	--	--	-------------------

\* 1 DRG=49 484 kr i 2023. Her er regnet med 0,05 DRG

#### 4.0 Personell

For å kunne bemanne den ekstra kapasiteten, samt kunne ta større inngrep på POP og ivareta ekstra logistikk, ble det etter avtale med klinikkjefen lyst ut 1 stilling for operasjonssykepleier uten arbeidshelg, 3 sykepleiere med arbeidshelg og 1 assistent uten arbeidshelg. Det var ingen søkere til operasjonssykepleier stillingen, men det vil være behov for å få inn noen i den stillingen på sikt. Sykepleierne og assistent er ferdig opplært og i full drift fra september 2023. I tillegg er det tilsatt 50% ekstra helsesekretær.

For å kunne utnytte kapasiteten i POP fullt ut og kunne behandle pasienter på venteliste, har det vært nødvendig å oppbemanne med en sjettede overlege i håndkirurgi. For å kunne ivareta alle HELFO- pasienter, er det behov for ytterligere én håndkirurg (nr 7). Disse to stillingene ble godkjent i april-23, og rekrutteringsprosessen startet da. Det har vist seg å være store utfordringer med rekruttering av håndkirurg. Det er foreløpig usikkert når vi får ansatt flere håndkirurger, men vi har avtale med flere vikarer som dekker opp noen uker i løpet av året.

Ergoterapeutene har behov for 1 ekstra stilling for å kunne møte den økte mengden håndpasienter som følge av full drift. Se avsnitt under inntekts kapittel om deres estimerte inntekt.

Sterilsentralen har meldt behov for 50% ekstra assistent på grunn av merarbeid tilknyttet vårt utstyr. Denne ansettelsesprosessen er i gang.

<b>Lønnskostnader</b>	<b>Antall stillinger</b>	<b>Total årslønn inkludert sosiale utgifter</b>
Spesialsykepleier	1	-921092
Sykepleier	3	-2 401 923
Assistent POP	1	-656100
Helsesekretær	0,5	-355978
Assistent Sterilsentralen	0,5	-328050
Ergoterapeut	1	-800641
<b>Totalt lønnskostnader</b>		<b>-5463784</b>

Lønn er regnet ut etter opplysninger fra Personalavdelingen i november 2023.

#### 5.0 Utstyrbehov

For å kunne starte opp denne driften har det vært behov for å kjøpe inn en del nytt utstyr for ortopedi, hånd og ØNH. Nå som driften har tatt seg opp ser vi at vi har mangel på utstyrsbrikker og må supplere med mer kirurgisk utstyr. Hver utstyrsbrikke koster ca 10700 kr. Vi trenger minst 10 nye brikker, altså totalt 107 000 kr.

Håndkirurgene ønsker å gjøre noe mindre implantatkirurgi, og vil etterhvert ha behov for et Linos skrin til ca 120 000 kr.

## 6.0 Opplæring

Da vi ikke har egen operasjonssykepleier har vi vært avhengig av hjelp fra andre for å få opplært sykepleierne på POP, - både i forhold til å lage prosedyrer, kartlegge utstysbehov, planlegge pasientforløp, og ikke minst for å lære opp sykepleiere ved POP. Etter samråd med OPIN har dette vært søkt løst i egen klinikk, men dette har vært krevende å få til på grunn av mangel på operasjonssykepleiere i egen klinikk. De nye sykepleierne på POP har derfor etter vår vurdering fått tilstrekkelig opplæring fra våre sykepleiere som har mange års erfaring fra POP. Vi har i tillegg fått låne operasjonssykepleier fra Øye operasjon noen dager, og har fått jobbet godt med prosedyrer og planlegging. Lege fra ØNH og operasjonssykepleier har gitt god opplæring på ØNH inngrep for alle sykepleierne på POP.

Dagkirurgen har sagt seg villig til å ta imot sykepleiere på hospitering, noe vi har benyttet oss av. De ønsker imidlertid ikke å ta ansvar for opplæring av sykepleiere, men ønsker at operasjonssykepleier kommer på opplæring hos dem, og at denne så tar ansvar for den videre opplæringen i poliklinikken. Dette er en god løsning også for POP. Øye operasjon har imidlertid ikke mulighet til å låne ut operasjonssykepleier videre. Vi trenger derfor å finne andre løsninger for hvordan det faglige ansvar kan bli ivaretatt, inkludert hjelp til videreutviklingen av POP. Det er stort behov for at en operasjonssykepleier kan være kontaktperson i operasjonssykepleiefaglige spørsmål, men dette har vi per nå ingen løsning på i klinikken.

## 7.0 Evaluering

Det er viktig med tett samarbeid mellom avdelingene og de ulike yrkesgruppene for å få utnyttet POP stuene optimalt. Vi har etablert driftsmøter hver 14. dag. Her blir det gjort fortløpende vurderinger av om det er flere inngrep som kan flyttes fra Dagkirurgen til POP. Helsesekretær tilknyttet ortopedisk avdeling og enhetsleder ortopedisk poliklinikk har ansvar for sambruk av POP stuene.

Vi jobber kontinuerlig med å øke utnyttelsen av POP-stuene og har testet et program med 6 pasienter på en operasjonsdag. Dette gikk fint, og vi planlegger nå enkelte rene produksjonsdager med 6 inngrep på POP3. Det skal være tilpassede program med korte inngrep. Øhj skal ikke blandes inn og operatør må skjermes for andre oppgaver.

Utnyttelse av POP-stuene evalueres kontinuerlig. En evaluering av driften etter ca 6 mnd anbefales, og vil trolig kunne gi en god indikasjon på effekt og nytte av den gjennomførte utvidelse av POP stuene.

June Lenvik  
Enhetsleder Ortopedisk poliklinikk

May-Liss Johansen  
Avdelingsleder Ortopedisk avdeling



Sak 29/2024 - vedlegg 4 til vedlegg 1

Hovedområde	Delmål	Tiltak	Frist	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44			
<b>1. Standardiserte operasjonsprogram</b>	Strukturert, kategorisert og oppdatert venteliste	Lage rammeverk med mal for strukturering og kategorisering av venteliste til kirurgi	01.05.2024																																			
		Opplæring alle ventelisteansvarlige/kirurger	31.05.2024																																			
		Hvert fag lager sine kategorier	01.09.2024																																			
		Alle ventelister ferdig kategorisert	01.10.2024																																			
		Etablere felles ventelister pr fagområde på tvers av lokalisasjoner	01.11.2024																																			
	Høyere gjennomføringsgrad av oppsatt program og optimal ressursutnyttelse	Utvikle og implementere modell for sentralisert operasjonsplanlegging pr klinikk for å bedre etterlevelse av prosedyreverk for operasjonsplanlegging.	01.05.2024																																			
		Lage opplæringsplan for planleggere og kirurger.	01.05.2024																																			
	Øke flyteeffektivitet på operasjonsstuer	Bruke utarbeidet metodikk (verktøykassa) for å øke antall operasjoner pr stuekapasitet (link til prosedyre verktøykassa)	01.05.2024																																			
		De kirurgiske klinikkene skal til enhver tid ha 2 pasientforløp der metoden benyttes	01.05.2024																																			
		Etablering av forberedelsesrom (prerom) for anestesi.	15.06.2024																																			
	Flagging av høyt prioritert kirurgi	Etablere funksjonalitet i DIPS for flagging av spesielt prioriterte pasienter for å sikre høy grad av gjennomføring.	Ferdig																																			
		Etablere tydelig prosedyre for flagging av pasienter i DIPS	01.05.2024																																			
		Implementere praksis i fagmiljøene ihht prosedyre.	01.06.2024																																			
	Tydelig skille ø-hj/elektiv drift	Harstad: Pilotere egne ø-hj kapasiteter i forbindelse med flytteprosess i Narvik, ivaretatt i driftsplankalender.	Ivaretatt i driftsplankalender																																			
		Tromsø: Mandat ortopedisk ø-hjelp,	Ferdig																																			
Tromsø: gjennomføring ortopedisk ø-hjelp		01.04.2024																																				
<b>2. Fra døgn til dag til poliklinisk behandling</b>	<b>A. K3K intervensjonslab:</b>																																					
	Etablering av C00 K3K intervensjonslab	Bruke arealer i C00 som er egnet for enkel kirurgi og endoskopi (tidligere dagkirurgi arealer under bygging av A-Fløya). Tiltaket er under planlegging	01.04.2024																																			
		Iverksettelse	01.04.2024																																			
		Gradvis økning til full drift	01.09.2024																																			
	<b>B. Opprette polikliniske operasjonsstuer (POP-stuer):</b>																																					
	Opprette ekstra POP stue (fra 2 til 3) i A6	Prosjektere og bygge om undersøkelsesrom til skiftestue (POP)	Ferdig																																			
	Avklare fagområder aktuelle for POP	Gjennomgå aktuelle operasjonstyper innen ortopedi, håndkirurgi, plastikkirurgi, ØNH, nevrokirurgi, HLK.	01.04.2024																																			
	Tilsette nødvendig personell	Avklare bemanningsbehov, utlyse og tilsette i stillinger	01.06.2024																																			
	Anskaffe nødvendig utstyr	Avklare behov. Få godkjenning for innkjøp, gjennomføre bestilling	01.04.2024																																			
	Optimalisere aktiviteter	Fastsette inngrep innen ulike fag. Kategorisere etter operasjonstid og utstyrsbehov. Sette sammen effektiv case mix	01.04.2024																																			
	Beregne økonomi	Justere beregninger av inntekter og utgifter basert på faktisk og planlagt drift	01.04.2024																																			
	Starte aktiv driftsfase etter implementering	Optimalisere operasjonsplanlegging POP stuer, unngå strykninger	01.04.2024																																			
	Flytte operasjon av hånleddsbrudd til POP	Gjennomføre opplæring i walant anestesi. Pilot «Operere radius i walant anestesi» gjennomføres	01.06.2024																																			
	<b>3. Arbeidstidsordninger</b>	Øke tilgjengelig personellressurser	Utrede utvidet arbeidstidsordning for sykepleiere	15.09.2024																																		
		Harmonisering av arbeidstid	Harmonisere arbeidstid for kirurger, operasjonspersonell, spesialrenhold og sterilsentralen.	01.05.2024																																		

Sak 29/2024 - vedlegg 4 til vedlegg 1

<b>4. Utdanning og rekruttering</b>	Utvide rekrutterbar populasjon	Kartlegge fremtidig behov og muligheter for oppgavedeling for offentlig godkjente sykepleiere i operasjonsvirksomheten i ledige stillinger.	15.09.2024																									
		Kartlegge fremtidig behov og muligheter for oppgavedeling ved økt bruk av helsefagarbeidere i operasjonsvirksomheten (inkludert støttfunksjoner) i ledige stillinger.	15.09.2024																									
	Plan for økt samarbeid med videregående skoler for videreutdanning helsefagarbeidere, øke rekruttering til utdanningen	Langsiktig plan for å øke utdanningskapasitet	15.09.2024																									
		Øke utdanningskapasitet	Langsiktig plan for å øke utdanningskapasitet	15.09.2024																								
	spesialsykepleiere (ABIJOK)	Plan for rekruttering til utdanningen	15.09.2024																									