

SINTEF F1653 – Fortrolig

RAPPORT

Prosessanalyser Nye Nordlandssykehuset

Asmund Myrbostad og Marte Lauvsnes

www.sintef.no

SINTEF Helse
Sykehusplanlegging

Juni 2007



**SINTEF Helse**

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Prosessanalyser Nye Nordlandssykehuset

FORFATTER(E)

Asmund Myrbostad, Marte Lauvsnes

OPPDRAGSGIVER(E)

Nordlandssykehuset HF

RAPPORTNR. SINTEF F1653	GRADERING Fortrolig	OPPDRAGSGIVERS REF. Ass. direktør Jørn Stenland	
GRADER. DENNE SIDE Fortrolig	ISBN	PROSJEKTNR. 78S114.32	ANTALL SIDER OG BILAG 95
ELEKTRONISK ARKIVKODE 070619 mla Sluttrapport Prosessanalyser v1.0.doc	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) <i>Marte Lauvsnes</i> Marte Lauvsnes	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <i>Knut Bergsland</i> Knut Bergsland	
ARKIVKODE	DATO 2007-06-19	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Trude Mathisen <i>Trude Mathisen</i>	

SAMMENDRAG

Prosessanalyser for Nye Nordlandssykehuset gjennomføres som en del av planleggingen av bygging og modernisering av eksisterende sykehus i Bodø. I forbindelse med utbyggingsprosjektet vil det bli endringer som gir nye forutsetninger for drift av sykehuset. Prosessanalysen er gjennomført med bred medvirkning fra ansatte og brukere, der dagens prosesser, i pasientforløp og arbeidsprosesser, med flaskehals og forbedringsområder er beskrevet, forutsetninger fra utbyggingsprosjektet er lagt til grunn sammen med innspill fra andre gjennom "beste praksis". Deretter er de fremtidige forløp og prosesser beskrevet og forslag til tiltak beskrevet. Det er beskrivelser av effekten av tiltakene på bemanning, krav til kompetanse, organisering og prosjekterte løsninger.

Noen gjennomgående tiltak som vil ha stor betydning for en effektiv drift med høy kvalitet er innføring av standardiserte pasientforløp, bedre samhandling med 1.linjetjenesten gjennom møter og opplæringstiltak på operativt nivå og samordning av planlegging ved etablering av felles timekontor. Videre er ledelse på tvers av fagspesialiteter for å utnytte ressursene på best mulig måte og videreutvikling og forbedring av IKT systemene viktige tiltak. Samordning av forsyningsressurser og aktiv forsyning er tiltak som vil øke kvaliteten og gi kjernevirksomheten økte ressurser.

For Nordlandssykehuset medfører bygging av nytt sykehus både muligheter og utfordringer for utvikling av virksomheten. Prioriteringer og utarbeidelse av en plan for implementering av tiltakene er viktige oppgaver for ledelsen i tiden fremover for å kunne ta ut raske effekter som er uavhengig av nytt bygg, men også for å kunne forberede ansatte og organisasjonen på nye arbeidsmåter som ligger i forutsetningene for Nye Nordlandssykehuset.

Rapporten har fokusert på forbedringsområder. Den kan derfor gi et bilde som er negativt fokusert. Vi vil fremheve at det er mange positive tiltak i dagens virksomhet som vi er klar over, men som ikke er trukket fram på grunn av at det er forbedringspotensialene som har vært i fokus ved bruk av prosessanalyser som metode.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Prosessanalyser, pasientforløp	Process reengineering, Care pathways
GRUPPE 2	Sykehusplanlegging	Hospital planning
EGENVALGTE		

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	5
2	Målsetting	6
3	Metode	6
3.1	Kort om prosessanalyse.....	6
3.2	Organisering.....	7
3.3	Visualiseringsteknikk og dokumentasjon.....	8
3.3.1	Arbeidsgruppemøte 1.....	8
3.3.2	Arbeidsgruppemøte 2.....	8
3.3.3	Arbeidsgruppemøte 3.....	9
4	Forutsetninger i Nye Nordlandssykehuset	9
5	Dagens virksomhet	11
5.1	Pasientforløp øyeblikkelig hjelp.....	11
5.1.1	Aktivitet.....	11
5.1.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	12
5.1.3	Bemanning og oppgavefordeling	14
5.2	Pasientforløp heldøgns opphold	14
5.2.1	Aktivitet.....	14
5.2.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	15
5.2.3	Bemanning og oppgavefordeling	17
5.3	Pasientforløp dagopphold.....	18
5.3.1	Aktivitet.....	19
5.3.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	20
5.3.3	Bemanning og oppgavefordeling	22
5.4	Pasientforløp polikliniske konsultasjoner	22
5.4.1	Aktivitet.....	22
5.4.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	23
5.4.3	Bemanning og oppgavefordeling	25
5.5	Pasientforløp operasjon	27
5.5.1	Aktivitet.....	27
5.5.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	28
5.5.3	Bemanning og oppgavefordeling	29
5.6	Lærings- og mestringssenter og bibliotek	30
5.6.1	Aktivitet.....	30
5.6.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	31
5.6.3	Bemanning og oppgavefordeling	32
5.7	Behandlingshjelpemidler og medisinsk teknikk	32
5.7.1	Aktivitet.....	32
5.7.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	33
5.7.3	Bemanning og oppgavefordeling	34
5.8	Vareforsyning.....	35
5.8.1	Aktivitet.....	35
5.8.2	Flaskehalsler og forbedringsområder	35
5.8.3	Bemanning og oppgavefordeling	37
5.9	Kontorstøtte.....	38

5.9.1	Aktivitet og funksjoner	38
5.9.2	Flaskehalsar og forbedringsområder	38
5.9.3	Bemanning og oppgavefordeling	40
6	Sammenligninger og beste praksis	42
6.1	Lokalt	42
6.2	Nasjonalt	42
6.3	Internasjonalt	43
7	Fremtidens virksomhet i Nye Nordlandssykehuset	45
7.1	Pasientforløp øyeblikkelig hjelp	45
7.1.1	Beskrivelse av prosessen	46
7.1.2	Endringer og tiltak	47
7.1.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	48
7.1.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	49
7.2	Pasientforløp heldøgns opphold	49
7.2.1	Beskrivelse av prosessen	49
7.2.2	Endringer og tiltak	51
7.2.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	52
7.2.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	53
7.3	Pasientforløp dagopphold	54
7.3.1	Beskrivelse av prosessen	55
7.4	Pasientforløp polikliniske konsultasjoner	58
7.4.1	Beskrivelse av prosessen	59
7.4.2	Endringer og tiltak dagopphold og polikliniske konsultasjoner	63
7.4.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning	65
7.4.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	67
7.5	Pasientforløp operasjon	68
7.5.1	Beskrivelse av prosessen	68
7.5.2	Endringer og tiltak	70
7.5.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	71
7.5.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	72
7.6	Lærings- og mestringssenter (LMS) og bibliotek	72
7.6.1	Beskrivelse av prosessen	72
7.6.2	Endringer og tiltak	73
7.6.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	74
7.6.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	74
7.7	Behandlingshjelpemidler (BHM), medisinsk teknikk	74
7.7.1	Beskrivelse av prosessen	74
7.7.2	Endringer og tiltak	75
7.7.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	76
7.7.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	77
7.8	Vareforsyning	77
7.8.1	Beskrivelse av prosessen	77
7.8.2	Endringer og tiltak	78
7.8.3	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	79
7.8.4	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	79
7.9	Kontorstøtte	80
7.9.1	Beskrivelse av funksjoner	80
7.9.2	Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse	84
7.9.3	Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus	84
8	Oppsummering av tiltak	85

8.1	Viktigste tiltak fra hver gruppe	85
8.2	Andre tiltak som kan gjennomføres straks	86
8.3	Generelle tiltak for hele sykehuset	86
8.4	Opplisting av tiltak for alle forløp	87
9	Grunnlag for å prioritere tiltak	89
9.1	Endringer som påvirker de prosjekterte løsningene	90
9.2	Driftsøkonomiske konsekvenser og utvikling av kvalitet	91
10	Gjennomføring av endringer	93
10.1	Prioritering	93
10.2	Organisering og forankring	93
10.2.1	Prosjektleder og prosjektgruppa	93
10.2.2	IKT-utvikling	93
10.3	Planer	93
11	Referanser	95

1 Innledning

Nordlandssykehuset HF har i forbindelse med utbygging av nytt sykehus i Bodø valgt å gjennomføre prosessanalyser for virksomheten parallelt med programmering og prosjektering av byggene.

Utbyggingen er startet ved at byggefase 1 med utbygging av laboratoriebygg, varemottak og noe undervisningsareal er fullført. Byggefase 2-5 består av ombygging av de kliniske arealene, og er estimert ferdigstilt i 2013. Ved en utbygging vil man få nye utfordringer og en unik mulighet til å gjøre organisatoriske og driftsmessige endringer. En utbygging av sykehuset vil også være en finansiell utfordring for det regionale helseforetaket, og sykehuset må vise til driftsøkonomiske gevinster ved realisering av ny bygningsmasse.

Rapportens kapittel 2 og 3 beskriver målsettinger for arbeidet, organisering og metode.

Kapittel 4 beskriver de forutsetninger som ligger til grunn for bygningsmessige løsninger og driftsøkonomien i det nye sykehuset.

Kapittel 5 beskriver dagens virksomhet gjennom overordnede pasientforløp og arbeidsprosesser, hvilke utfordringer og flaskehalsen man ser i dagens virksomhet, og hvordan dagens bemanning og oppgavefordeling er.

Kapittel 6 inneholder sammenligninger mellom enheter i Nordlandssykehuset og med andre sykehus nasjonalt og internasjonalt.

Kapittel 7 beskriver de fremtidige pasientforløp og arbeidsprosesser, forslag til endringer og tiltak, og hvilke konsekvenser det har for kompetanse og bemanning.

Kapittel 8 viser en oversikt over viktige tiltak for hver gruppe.

Kapittel 9 inneholder grunnlag for prioritering av tiltak og en oversikt over mulige strakstiltak. Kapitlet peker på konsekvenser for prosjekterte løsninger og drøfter mulige driftsøkonomiske konsekvenser.

Kapittel 10 omhandler gjennomføring av tiltakene.

Kapittel 11 viser referanser som er brukt i prosjektet.

2 Målsetting

Den overordnede målsettingen med prosessanalysene er:

- bidra til utvikling av organisatoriske løsninger, pasientforløp og arbeidsprosesser som er tilpasset de krav som realiseringen av det Nye Nordlandssykehuset stiller
- bidra til god kvalitet på pasientbehandlingen, god driftsøkonomi for sykehuset og et godt arbeidsmiljø
- bidra til å forberede sykehusets ansatte og ledelse på endringer og bidra til å skape motivasjon for å ta i bruk det nye anlegget

Følgende delmål gjelder for prosessanalysene:

- kartlegge og avklare organisatoriske og driftsmessige konsekvenser av de endringer i aktivitet, behandlingsopplegg, kapasitet, fysiske løsninger og lokalisering som Nye Nordlandssykehuset medfører
- beskrive pasientforløp og arbeidsprosesser for viktige pasientgrupper, og utvikle nye/endrede pasientforløp og arbeidsprosesser
- beskrive konsekvenser for viktige støtteprosesser
- beskrive modeller for organisering og styring av kliniske funksjoner og støttefunksjoner som en konsekvens av endringer i arbeidsprosessene
- beskrive og beregne bemanningsmessige konsekvenser av de foreslåtte endringene
- utarbeide forslag til tiltak for gjennomføring av endringene, spesielt for endringer som kan gjennomføres uavhengig av byggeprosjektet.

3 Metode

Dette kapitlet gir en kort presentasjon av prosessanalyse som metodikk. Det legges spesiell vekt på den tilnærmingen som er benyttet i gjennomføringen av prosessanalysene ved Nordlandssykehuset i perioden fra januar til april 2007. Hovedelementene besto av et oppstartsmøte og to til tre påfølgende arbeidsgruppemøter. Tre møter for de 6 gruppene som ble definert som hovedforløp, og to møter for de tre gruppene som ble definert som støtteprosesser.

Hensikten med oppstartsmøtet var å informere om prosessanalyser. Forutsetningene som ligger til grunn i planene for Nye Nordlandssykehuset ble gjennomgått av sykehusets direktør. Deretter presenterte SINTEF metode og gjennomføringsplan for prosessanalysen ved Nordlandssykehuset. Sykehuset som har brukt prosessanalyse som tilnærming tidligere, presenterte sine erfaringer.

Arbeidsgruppemøtene beskrives nærmere mot slutten av metodekapitlet.

3.1 Kort om prosessanalyse

Kort kan en prosess beskrives som et sett aktiviteter som henger sammen og som produserer et resultat. Et pasientforløp, fra pasienten møter helsevesenet, via behandling og pleie, til han/hun er tilbake i funksjon igjen kan beskrives som en prosess (pasientforløp). En prosessanalyse går ut på å identifisere hendelser, aktiviteter og resultater av aktivitetene, samt hvordan disse er relatert til hverandre. Dette kan visualiseres ved å tegne bilder/kart som viser sammenhengen mellom de ulike aktivitetene som til sammen utgjør prosessen.

Prosessanalyse er et utgangspunkt for forståelse av problemområder og flaskehalssituasjoner, noe som er et utgangspunkt for endringsarbeid. Prosessanalyse setter fokus på de viktige oppgavene - kjerneprosessene. Andre deler av virksomheten skal i hovedsak støtte opp under kjerneprosessene.

Prosessanalyse er et egnet hjelpemiddel for å konkretisere innholdet i en prosess, ved at man hele tiden kan dele den opp i underliggende prosesser og/eller aktiviteter. Visualisering av prosessen beskriver virksomheten på en måte som letter kommunikasjonen i gruppediskusjoner.

Prosessanalyse er ofte benyttet i sammenheng med utbyggings- og utviklingsprosjekter i sykehus, og ansett som en god metodisk tilnærming for å teste ut og nå overordnede målsettinger.

I planleggingen av det nye sykehuset er aktivitetstall og andre data for 2004 lagt til grunn. For noen pasientforløp har vi i dette arbeidet også valgt å se på aktivitetstall for 2005.

3.2 Organisering

Ansattes representanter og pasientrepresentanter i arbeidsgruppene for prosessanalysene ble plukket ut av Nordlandssykehuset. Arbeidet ble startet i januar 2007 ved et oppstartsmøte for ledere og arbeidsgruppemedlemmer, der målsetting og organisering av arbeidet ble gjennomgått, og forelesere fra sykehus som har gjennomført prosessanalyser tidligere delte sine erfaringer.

Gjennomføringen av prosessanalysen har foregått ved møter med ansatte og pasientrepresentanter i følgende arbeidsgrupper:

1. Øyeblikkelig hjelp
2. Heldøgns innlagte
3. Dagopphold
4. Polikliniske konsultasjoner
5. Operasjon
6. Lærings- og mestringssenter og bibliotek
7. Behandlingshjelpemidler og medisinsk teknikk
8. Vareforsyning
9. Kontorstøtte

Hver av gruppene har hatt en gruppeleder valgt av Nordlandssykehuset som har vært ansvarlig for koordinering av faglige innspill gjennom formidling av tilbakemeldinger mellom møtene og distribusjon av dokumenter.

Sykehusets ledelse ved direktør er oppdragsgiver, og sykehusets ledergruppe, avdelingssjefforum, har vært løpende orientert om prosessen og resultatene.

Sykehusets OU-avdeling er representert i noen av arbeidsgruppene, og det er avholdt et eget møte med OU-avdelingen der prosess, resultater og deres rolle i implementeringen videre er diskutert.

I 4 av arbeidsgruppene har det vært pasientrepresentanter til stede. Det er i tillegg avholdt et ekstra møte med brukerforum og pasientrepresentantene for å drøfte enkeltsaker og tiltak som er foreslått.

Ansattes engasjement og forberedthet på endringer er en vesentlig suksessfaktor, og det er fokusert på hvordan ansatte kan få informasjon og komme med innspill til prosessen. Sykehusets intranett er benyttet som informasjonskanal. Det enkelte arbeidsgruppemedlems og leders formidling internt i sine avdelinger er imidlertid den viktigste kilden for kommunikasjon og engasjement.

Deler av forløpene de ulike gruppene tok for seg var i utgangspunktet overlappende. For å oppnå en mest mulig hensiktsmessig bruk av den relativt begrensede tiden gruppene hadde til rådighet, la vi hoveddiskusjonen av overlappende aktiviteter til ett av de aktuelle forløpene. I noen tilfeller

diskuterte imidlertid flere grupper samme område. Dette for å få belyst problemstillingen fra ulike perspektiver.

Rådgiverne fra SINTEF har hatt oppgaver i form av planlegging av arbeidet, ledelse av prosessen i møtene, dokumentasjon av gruppas arbeid, faglige innspill og utarbeidelse av sluttdokument.

3.3 Visualiseringsteknikk og dokumentasjon

Prosesser kan analyseres, illustreres og dokumenteres på ulikt vis. I dette prosjektet har vi valgt en form for flytskjema som visualiseringsteknikk. "Pil-bokser" beskriver *aktiviteter* i forløpet. Sirkler viser *hendelser, tilstander / mellomresultat* som er resultat av en forutgående aktivitet og utgangspunkt for neste aktivitet, og helt til slutt i prosesskartet symboliserer sirkelen prosessens *sluttresultat*. Kart av denne typen er godt egnet til å illustrere helhet og sammenhenger i prosessen. Kartene ble i møtene laget i stort papirformat (gråpapir og ark) og deretter tegnet i elektronisk format. Ved at det er fysisk mulig å peke på hvilken aktivitet i prosessen man snakker om, fungerer kartet som hjelpemiddel for å styre og strukturere gruppediskusjonen.

Gruppenes arbeid ble dokumentert ved hjelp av prosesskart og referater. Referatene ble skrevet i et tabellarisk format som var utviklet spesielt for gruppemøte en, to og tre. Hensikten med dette var å strukturere informasjonen fra gruppemøtene slik at den var lett å relatere til prosesskartene og hensikten med møtet. Endringsforslag som kom frem i løpet av prosessanalysen er i hovedsak beskrevet i referatene.

Prosesskartene alene vil ikke være godt egnet for å illustrere gruppenes endringsforslag. Dette fordi flertallet av endringer vil finne sted på mer detaljert nivå enn de overordnede/generelle forløpene.

3.3.1 Arbeidsgruppemøte 1

Hensikten med møte 1 var å kartlegge dagens situasjon for forløpet. Det var dagens reelle situasjon som skulle kartlegges. Med utgangspunkt i SINTEFs forslag til hovedaktiviteter, detaljerte gruppen aktiviteter og underaktiviteter. Detaljeringen berørte blant annet hva som foregår i de ulike aktivitetene, hvor det foregår, og hvilke ressurser som er involvert. Med utgangspunkt i dagens situasjon pekte gruppen ut problemområder og flaskehals knyttet til den aktuelle prosessen.

3.3.2 Arbeidsgruppemøte 2

Rammen for det andre møtet ble skissert ved å vise til de mål og krav som er definert for det fremtidige sykehuset, samt repetere de problemområdene gruppen identifiserte i forrige arbeidsmøte.



Hensikten med det andre arbeidsgruppemøtet var å generere ulike forslag til løsninger på problemområder. Forslagene skulle være i tråd med definerte mål og krav for det fremtidige sykehuset. Det ble i forkant av møtet sendt ut dokumentasjon med beste praksis og ideer fra andre, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Gruppemedlemmene arbeidet først individuelt ved at de skrev ned forslag på "gule lapper". Forslagene måtte ikke nødvendigvis komme fra den enkeltes eget hode eller fra notatet om beste praksis som var sendt ut på forhånd. Hvert enkelt medlem presenterte sine forslag for gruppa, og plasserte forslagene på det stedet i prosesskartet de hørte hjemme. Hvilke krav forslagene stilte til bygninger, personell osv., samt når forslaget kunne settes i verk (kan det gjøres i dag, eller må vi vente til nye bygg er på plass?) ble klarlagt i møtet.

3.3.3 Arbeidsgruppemøte 3

I tredje arbeidsgruppemøte var målet å beskrive de fremtidige forløpene gjennom å få samlet trådene fra tidligere møter. Blant de sentrale temaene for møtet var:

- Arbeidsprosesser for utvalgte pasientforløp, prosesskart og kommentarer
- Endringer i forhold til dagens praksis
- Handlingsplaner / forslag til gjennomføring av tiltak
- Aktivitetstall for pasientbehandlingen, og konsekvenser for bemanning
- Andre driftsøkonomiske konsekvenser

Møtet tok utgangspunkt i et forslag til fremtidig pasientforløp SINTEF hadde laget basert på de to foregående møtene. I tillegg til å beskrive aktivitetene i det fremtidige forløpet, inneholdt forslaget en oversikt over tiltak som var gjennomført, og forutsetninger som lå til grunn. Forslaget ble videreutviklet/endret på grunnlag av diskusjonen i arbeidsmøtet.

For å ha et utgangspunkt for vurdering av konsekvenser av endringer, er det innhentet bemanningsdata for 2006.

4 Forutsetninger i Nye Nordlandssykehuset

I Konseptrapporten¹ for Nye Nordlandssykehuset står det:

Målsetting for prosjektet er at NLSH skal utvikles til et effektivt og moderne sykehus som kapasitetsmessig, organisatorisk, funksjonelt og bygningsmessig er godt forberedt for å møte fremtidige utfordringer. Byggenes kvalitet og utforming har stor betydning for kvalitet og effektivitet i leveranse av helsetjenester. Prosjektet skal bidra til utvikling av kjernevirksomheten og til organisatorisk og bygningsmessig fleksibilitet og endringsevne. Det nye sykehuset skal også bidra til utvikling av kompetansemiljøet og rekruttering av helsepersonell, og til samhandling med øvrige sykehus og primærhelsetjenesten.

I Konseptrapporten beregnes driftsøkonomiske konsekvenser av det nye sykehusanlegget. Ved å sammenligne Nordlandssykehuset i Bodø med en del av de mest driftseffektive sykehusene er det påvist en betydelig potensial for mer effektiv drift. Beregningene viser også at det er mulig, under visse forutsetninger, å drive de enkelte avdelingene og enhetene i det nye anlegget mer driftseffektivt enn i dag. Med andre ord antar man at den samlede produktiviteten ved sykehuset kan bli bedre ved det nye sykehuset enn dagens drift.

Finansieringsplanen for utbyggingsprosjektet forutsetter at deler av finansieringen kommer fra reduserte driftsutgifter i forhold til produksjon og inntekter. Det er derfor viktig at det i planene for prosjektet kan vises hvordan denne effektiviseringen kan realiseres, når det legges frem for godkjenning i det regionale foretaket og for statlige myndigheter. Sykehuset ledelse besluttet derfor at det skulle gjennomføres en analyse av hvordan organisering av viktige pasientprosesser og støttefunksjoner kunne organiseres i det nye sykehuset.

¹ Konseptrapport Nye Nordlandssykehuset, november 2006

Tabell 1: Forutsetninger i planer for Nye Nordlandssykehuset, knyttet til forløpsgruppene

Prosess/forløp	Forutsetning
Øyeblikkelig hjelp	Færre innleggelser og redusert liggetid ved bedre sortering, samhandling med primærhelsetjenesten og økt kapasitet i Observasjonsenheten. Skjerming av elektiv drift i poliklinikkene.
Heldøgns opphold	Noe økning i innleggelser og liggedager. Kortere gjennomsnitt liggetid. Reduksjon i preoperativ liggetid. Reduksjon i antall liggedager for utskrivingsklare pasienter. Bedre sortering av øhj-innleggelser Nye funksjoner som palliative senger, infeksjonsenhet, samt kraftig økning i geriatri, FMR og observasjonsplasser.
Dagopphold	Økt antall dagopphold. Felles dagområder.
Polikliniske konsultasjoner	Økt antall polikliniske konsultasjoner. Felles poliklinikkområder.
Operasjon	Økt antall dagkirurgiske operasjoner. Færre operasjoner for heldøgns innlagte. Fleksibel bruk av operasjonsstuer.
LMS/Bibliotek	Felles bruk av ressurser.
Behandlingshjelpemidler / Medisinsk teknikk	Felles bruk av ressurser, utvikling av virksomheten.
Forsyning	Effektive forsyningslinjer. Lagring på 2 nivå. Forsyningspersonell utfører forsyningstjenester. Automatisering av varetransport.
Kontorstøtte	Felles ekspedisjoner for flere spesialiteter. Effekt av IKT og teknologi – ingen skrivestuer.

Nordlandssykehusets bygningsstruktur med en kombinasjon av nye og gamle bygg, er en forutsetning som kan være begrensende faktor på muligheter for å optimalisere arbeidsprosesser. Dette har vært lagt til grunn som et rammeverk når arbeidsgruppene i prosessanalysene har diskutert de fremtidige løsningene.

5 Dagens virksomhet

Dagens forløp er beskrevet for det enkelte forløp. Dette kapittelet beskriver ikke alle detaljerte aktiviteter i hvert forløp, men det er et fokus på de områder der det har vært beskrevet flaskehalsar eller som har forbedringspotensialer.

5.1 Pasientforløp øyeblikkelig hjelp

Pasientforløp for øyeblikkelig hjelp omfatter alle ikke planlagte pasienter som kommer til Nordlandssykehuset, både for heldøgns- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Det er i prosessanalysene avgrenset til aktiviteten som foregår før pasientene kommer til sykehuset og mens de oppholder seg i Akuttmottaket.

Pasienter kommer til Nordlandssykehuset tiltrengende øyeblikkelig hjelp, både meldt og uanmeldt. Noen har henvisning fra innlegende lege, og noen kommer uten henvisning. Henvisningene kommer i papirform og inneholder ofte ufullstendig informasjon.

Pasienter som kommer som øyeblikkelig hjelp til polikliniske konsultasjoner kommer i dag til forskjellige steder i sykehuset. Medisinske pasienter kommer til Akuttmottaket hele døgnet, mens kirurgiske og ortopediske pasienter kommer til Akuttmottaket på kveld, natt og helg, mens de kommer til poliklinikkene på dagtid. Pasienter fra øvrige fagområder kommer til sine respektive poliklinikker på dagtid.

Ifølge norsk indeks for medisinsk nødhjelp klassifiseres hastegradene som følger:

- **Akutt:** Antatt kritisk tilstand der de vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret. Pasienten må mottas/behandles umiddelbart.
- **Haster:** Antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjonene kan bli truet. Pasienten må mottas og bør behandles så snart som mulig.
- **Vanlig:** Tilstand som skal mottas/behandles innen 24 timer.

5.1.1 Aktivitet

Fagene ortopedi, føde/gynekologi, ØNH og øye representerer de største gruppene når det gjelder poliklinisk, øyeblikkelig hjelp.

Tabell 2: Andel øyeblikkelig hjelp-poliklinikk, NPR-data 2005.

Andel øyeblikkelig hjelp poliklinikk Nordlandssykehuset 2005				
Avdelings nr	Avdelings navn	Antall konsultasjoner totalt	Andel øhj, antall	Andel øhj, %
810	Anestsesi	747	0	0,0
1000	Kirurgi	6639	766	11,5
1050	Dagkirurgi	248	0	0,0
1400	Ortopedi	10973	3549	32,3
2100	Øyeavd	12300	1091	8,9
2200	ØNH	6015	1095	18,2
2500	KK	6926	1198	17,3
3000	Medisin	12700	701	5,5
4200	Hud	5793	34	0,6
4300	Nevrologi	3168	90	2,8
4410	Barn	3774	342	9,1
4500	Revmatolo	4375	87	2,0
5200	FMR	559	1	0,2
		74217	8954	12,1

For fagene kirurgi, ortopedi og medisin som det forutsettes skal tas hånd om i Akuttmottaket, viser tabell 3 antall pasienter totalt og fordelt i den mest aktive perioden i døgnet fra 08 til 15.

Tabell 3: Poliklinisk øyeblikkelig hjelp for medisin, kirurgi og ortopedi, NLSH 2005

Øyeblikkelig hjelp poliklinikk NLSH - 2005				
Avdeling	Antall konsultasjoner	Andel mellom 08 og 15	% andel	Gj.snitt antall pas mellom 08 og 15
Kirurgi	766	761	99,3	2,1
Ortopedi	3549	3520	99,2	9,6
Medisin	701	628	89,6	1,7

Det gir i gjennomsnitt ca 13 polikliniske pasienter pr dag mellom kl 08 og 15.

Når det gjelder heldøgns innlagte, kom det i 2004 ca 6 700 pasienter. Det vil si i gjennomsnitt 18,6 pasienter pr døgn og 0,8 pasienter pr time.

Det har i perioden 2002-2005 vært en økning på 14 % når det gjelder øyeblikkelig hjelp innleggelser. Det høyeste antallet innleggelser finner man blant medisinske pasienter og pasienter med skader og forgiftninger. Dette omfatter mange pasienter med kort liggetid.

Akuttmottaket har i dag et observasjonsrom med 4 plasser.

5.1.2 Flaskehals og forbedringsområder

Tabell 4: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hovedaktivitet	Flaskehals	Årsak	Konsekvens
Henvising	For mange pasienter kommer som øhj. Sykehuset brukes som legevakt.	Lav kompetanse i primærhelsetjenesten. Dårlig samhandling og avklaring av oppgavefordeling.	Pasienter behandlet på feil nivå. For mange unødvendige sykehusinnleggelser og polikliniske konsultasjoner.

	<p>Henvising mangler eller er mangelfullt utfylt. Pasienter kommer uanmeldt.</p> <p>Pasienter henvises unødig til pol eller innleggelse fordi avklaring av resultater fra røntgenundersøkelser på kveld/natt/helg tar for lang tid.</p>	<p>Primærleger har ikke tilgang til online data fra lab.</p> <p>Lang tid før diagnostisering pga at radiolog har hjemmevakt.</p>	<p>Dårlig kvalitet på henvisninger og lite effektiv behandling.</p>
Mottak	<p>Pasienter med åpen innleggelse går direkte til avdeling.</p> <p>Kirurgiske og ortopediske øyeblikkelig hjelp pasienter tas imot i poliklinikken på dagetid.</p>	<p>Ulike rutiner for avdelingene i NLSH.</p> <p>Rutiner og plass.</p>	<p>Risiko for at pasienter som går direkte til avdeling ikke får god nok medisinsk oppfølging ved innleggelsen.</p> <p>Elektiv virksomhet i poliklinikken forstyrres. Dårlig oversikt over øhj-pasienter som venter.</p>
Undersøkelse og behandling	<p>Pasienter venter før undersøkelse og behandling igangsettes.</p> <p>Dobbelføring med manuelle lister over aktivitet og medikamenthåndtering for øhj-pasienter.</p> <p>Pasienter får ulik mottak og behandling, og behandlingsforløpet er lite forutsigbart.</p> <p>Det tas for mange prøver.</p>	<p>Venter på lege.</p> <p>Det finnes/brukes ikke elektroniske dokumentasjonssystemer.</p> <p>Det er ikke standardiserte behandlingsforløp.</p> <p>Standardiserte behandlingsprosedyrer er ikke oppdatert. Ingen er ansvarlig.</p>	<p>Opphoping av pasienter i Akuttmottaket. Lite tid for oppfølging av den enkelte pasient og pårørende.</p> <p>Mye tidsbruk med manuelle lister. Fare for mangelfull dokumentasjon</p> <p>Ulik kvalitet i behandling.</p> <p>Unødig ressursbruk.</p>
Opphold	<p>Pasienter oppholder seg for lenge i Akuttmottaket.</p> <p>Mye feilregistrering og ekstra arbeid pga omregistreringer.</p>	<p>Kandidat venter på bakvakt for avklaringer.</p> <p>Dårlig funksjonalitet i DIPS for å kunne gjøre endringer.</p>	<p>Forsinkelser av igangsetting av behandling.</p> <p>Unødig bruk av tid. Fare for å miste dokumentasjon.</p>
Utskriving og overflytting	<p>Informasjon om videre behandlingsopplegg blir ikke oppfattet av pasienten.</p> <p>Overflytting til røntgen, avdeling tar unødig lang tid og medfører mange diskusjoner.</p>	<p>Lite ro for informasjon og lite kunnskap om informasjonsmetoder/pedagogikk for pasienter med høy stressnivå.</p> <p>Uklart om hvem som skal transportere pasienten, uenighet om hvor pasienten skal innlegges og mangelfull viderefremidling av beskjeder fra Akuttmottak til ansvarlig i avdeling.</p>	<p>Pasienter følger ikke forventet behandlingsforløp.</p> <p>Unødig tidsbruk, dårlig arbeidsmiljø.</p>

5.1.3 Bemanning og oppgavefordeling

Dagens bemanning dekker Akuttmottaket med 4 observasjonsplasser og AMK-sentral. I tillegg til disse bemanningstillene går anestesipersonell vakter i Akuttmottaket.

Tabell 5: Bemanning dagens Akuttmottak og AMK-sentral

Bemanning Akuttmottak, dagens sykehus																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Sykepleier	5	5	3	5	5	3	5	5	3	5	5	3	5	4	3	4	4	3	4	4	3
Sykepleier (AMK)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ambulansekoord	1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1	
Lege																					
Portør	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
Leder	4			4			4			4			4								
Assistent																					
Kontorpersonell																					

Det er 1 avdelingssykepleier for Akuttmottaket og en for AMK-sentralen. I tillegg er det 1 ass. avdelingssykepleier og 1 fagutviklingssykepleier i Akuttmottaket.

I Akuttmottaket er det turnuskandidater i kirurgisk og medisinsk praksis som er til stede og tar imot pasienter. I tillegg er det for Medisinsk avdeling en assistentlege til stede.

5.2 Pasientforløp heldøgns opphold

Heldøgns opphold defineres her som opphold i sykehus for innlagt pasient. Dette gjelder både pasienter som i har blitt innlagt som øyeblikkelig hjelp og pasienter som er elektivt innlagt. Prosessen i forkant av og under innleggelse av øyeblikkelig hjelp blir beskrevet under "Øyeblikkelig hjelp".

5.2.1 Aktivitet

Antall heldøgns innlagte i Nordlandssykehuset omfattet i 2005 ca 17 300 innleggelse samlet for øyeblikkelig hjelp og elektiv. Dette er registrerte sykehusopphold og omfatter også opphold i pasienthotellet, dvs antall pasienter i sengeområdene er noe lavere enn tabell 6 viser.

Tabell 6: Antall heldøgns innlagte pr år og dag i 2005, fordelt på avdeling og øhj/elektiv

Antall pasienter som kommer til avdelingene pr dag									
Kode	Fagområde/avd	Ant opphold 2004	Ant opphold 2005	Øhj/født i sykehus 2005	elektivt innl 2005	Dager elektive innl pr år	Ant elektive pas pr dag	Ant dager øhj innl pr år	Ant øhj pas pr dag
1000	Kirurgisk avd	3276	3101	1260	1841	175	10,5	365	3,5
1400	Ortopedi	1711	1576	1040	536	175	3,1	365	2,8
2100	ØNH	1644	1534	326	1208	175	6,9	365	0,9
2200	Øye	69	96	49	47	175	0,3	365	0,1
2500	Gynekologi	684	602	218	384	175	2,2	365	0,6
2600	Føde	1252	1310	1261	49	175	0,3	365	3,5
3000	Medisinsk avd	4805	5032	3623	1409	175	8,1	365	9,9
4200	Hud	37	30	2	28	175	0,2	365	0,0
4300	Nevrologi	1337	1398	837	561	175	3,2	365	2,3
4410	Barn	1364	1765						
4410	Neonatal (L1)	223	0	1010	755	175	4,3	365	2,8
4500	Revmatologi	764	632	73	559	175	3,2	365	0,2
5200	Fys med & Rehab	279	187	5	182	175	1,0	365	0,0
810	Anestesi	64	35	2	33	175	0,2	365	0,0
	Intensiv	0	0						
	Obs post	0	0						
	Totalt	17509	17298	9706	7592	175	43,4	365	26,6

Tabellen over viser at Kirurgisk avdeling har flest elektive innleggelser pr dag, mens Medisinsk avdeling har flest øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Dette er de to største avdelingene i NLSH med høyest kapasitet på heldøgns plasser.

5.2.2 Flaskehals og forbedringsområder

Tabell 7: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hovedaktivitet	Flaskehals	Årsak	Konsekvens
Henvising	Henvising fra Kreftpoliklinikk til sengeområder om åpen innleggelse uten at avdelingen er informert. En del henvisninger er ikke tilfredsstillende skrevet.	Uklare rutiner, ansvar. Ikke tydelige krav. Mange vikarer i primærhelsetjenesten.	Ekstra arbeid, misforståelser. Dårlig forberedelse av mottak.
Mottak	Pasient stikkes unødig flere ganger på et døgn. Standardisering av EKG → tas av for mange pasienter. Få prøver av pasienter på forhånd hos primærlege. Prøver tas på nytt som er tatt hos primærlege. Ikke alle operasjonspasienter (thorax) får snakke med fysioterapeut på forhånd. Skal henvises av lege. Gjennomføres i større grad på ryggpasienter.	Prøver avglemmes. Etterrekvirering av prøver etter at pasienten er journalført. For lite individuell vurdering. Legen har ikke lest henvisningen godt nok og lest hva som er tatt av prøver. Ikke standardiserte rutiner.	Ubehag for pasient. Ekstra arbeid for personalet. Ekstra arbeid for personalet. Ekstra kostnader og arbeid for personalet. Ubehag for pasienten. Pasient kan få komplikasjoner postoperativt.

	<p>Vegring fra sykepleiere på kveld/natt mot å ta imot øhj-pasienter. Blir diskusjoner mellom portører og sykepleiere.</p> <p>Ambulansepersonell, portører, lab personell opplever at pleiepersonell ikke hjelper med å finne rette vedkommende.</p> <p>Litt for lite fokus på målsetting og plan for behandlingen og oppholdet i forbindelse med mottaket.</p> <p>Åpen reinnleggelse gjøres forskjellig. Noen kommer via Akuttmottak og blir undersøkt av lege, mens andre går direkte til post.</p>	<p>Høyt arbeidspress på sengepost. Dårlig rapportsystem. Kan være avglemt å rapportere fra Akuttmottak til sengepost.</p> <p>Gruppesystem gjør det vanskeligere å finne riktig person.</p> <p>Lite fokus på helhetlig planlegging.</p> <p>Ulike rutiner.</p>	<p>Uenighet og dårlig arbeidsmiljø. Venting.</p> <p>Venting - går ut over andre tjenester portørene skal yte.</p> <p>Lite forutsigbarhet for pasient og personalet.</p> <p>Enkelte pasienter kan få utilfredsstillende medisinsk undersøkelse ved innleggelsen</p>
Undersøkelse og behandling	<p>Elektivt innlagte pasienter sendes mye rundt til forskjellige avdelinger i forbindelse med mottaket.</p> <p>Standardisering kan føre til at det tas for mange undersøkelser.</p> <p>Stor forskjell på informasjon om hvilke undersøkelser som blir tatt. Det er pasienter som skal til røntgen og lab undersøkelser og som ikke vet hvorfor. Noen eldre pasienter oppfatter/husker ikke informasjonen.</p> <p>Rekvirering av fysioterapeut skjer ofte for langt ut i forløpet. Andre ganger er det rekvirert pasienter som ikke har behov for fysioterapi.</p> <p>Vanskelig å få raskt tilsyn fra kirurger for pasienter inneliggende i andre avdelinger. Nesten umulig å få cardiologisk tilsyn.</p>	<p>Ikke fysisk tilrettelegging for mottaksrutiner ett sted. Lite standardiserte opplegg.</p> <p>Standard prosedyrer er ikke oppdatert.</p> <p>Informasjonsrutiner for dårlige. Ikke standardiserte/forutsigbare opplegg.</p> <p>For dårlig fokus på hvilke pasienter som skal ha fysioterapi.</p> <p>Ressurs ikke tilgjengelig. Nedprioritering av innlagte pasienter.</p>	<p>Mye tid til å sende/følge pasienten rundt. Forvirrende for pasientene.</p> <p>Unødige kostnader ved for mange/feil prøver.</p> <p>Ekstra tid for forklaring, evt oppklaring av misforståelser.</p> <p>Forlenget liggetid for pas. pga komplikasjoner. Unødig kostnader til pas som ikke har behov.</p> <p>Forlenget liggetid for pasienter pga venting. Lite forutsigbart forløp for pasientene.</p>
Opphold	<p>Fokuset er på noen steder for mye bort fra pasientens mestring, rehabilitering osv. Mest på medisinsk behandling.</p> <p>Svært varierende informasjon fra leger i enkelte avdelinger. Ikke strukturert dokumentasjon av hvilken informasjon som gis til pasientene.</p> <p>Mange av aktivitetene kommer oppå hverandre. Mat., behandling og utskrivinger skjer samtidig.</p>	<p>Ikke fokus på helhetlig behandling.</p> <p>Stor utskifting og lite opplæring av leger. Ikke standardisering av informasjon.</p> <p>Dårlig fordeling ut over dagen. Dårlig koordinering.</p>	<p>Pasienter som har behov for helhetlig opplegg får manglende oppfølging.</p> <p>Uforutsigbarhet for pasientene. Misforståelser.</p> <p>Pasientene blir slitne av intens aktivitet over kort tid. Personalet må vente på at pasienten blir "ledig".</p>

	<p>Stor forskjell (personavhengig) om hvor mye pleiepersonell som kommer innom og spør hvordan pasientene har det. En del virker som de ikke prioriterer å snakke med pasientene.</p> <p>Lite plass for å ta seg av pårørende når resultater av diagnostisering og behandling foreligger.</p> <p>Visitt på flersengsrom har lite hensikt dersom taushetsplikt og konfidensialitet skal overholdes.</p>	<p>Holdninger, interesse, arbeidsmengde.</p> <p>Få samtalerom.</p> <p>Rutiner, flersengsrom.</p>	<p>Pasientene opplever å bli oversett, tør ikke si ifra/spørre.</p> <p>Engstelige, dårlig informerte pårørende.</p> <p>Visitten blir et besøk, ikke kommunikasjon eller informasjonsverdi for pasienter som ligger på flersengsrom.</p>
Utskriving og overflytting	<p>Noen pasienter venter lenge på utskriving pga at mange personer skal gjøre hver sine vurderinger.</p> <p>Ikke alle har utskrivingssamtale med lege. For dårlig planlegging av utskrivingen.</p> <p>For lang tid for epikrisetid. Ikke likt ved NLSH mht rapporter ut. Noen har det samordnet, andre ikke.</p> <p>Pasientorganisasjonene har fått endret rolle mht støtte for pasientene (brystkreftpasienter). Lite besøk til pasienter i forhold til tidligere</p>	<p>Dårlig koordinering.</p> <p>Mangelfull planlegging.</p> <p>Manglende fokus og/eller tid til epikriseskriving. Manglende standardisering av arbeidsprosesser.</p> <p>Overgang fra heldøgns opphold til dagopphold. Ikke rutiner for kontakt med pasientorganisasjonene fra poliklinikker og dagenheter</p>	<p>Ekstra ventetid. Tid før plass frigjøres for ny pasient.</p> <p>Pasienter er dårlig informert. Usikkerhet og misforståelser kan oppstå.</p> <p>Pasient og primærlege er ikke tidsnok informert om oppholdet, resultater og oppfølging. Ikke helhetlig fokus.</p> <p>Pasientene mister muligheten for å snakke med likesinnede / pasientorganisasjoner</p>

5.2.3 Bemanning og oppgavefordeling

Dagens bemanning ved NLSH vises her med eksempler fra kirurgisk og nevrologisk sengeområde

Tabell 8: Bemanning i dagens sykehus (2007), kirurgisk sengeområde

	Bemanning sengeområde, Kirurgi, dagens sykehus																				
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Sykepleier/hjelpepl	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3	6	5	2	6	5	2
Leder	2			2			2			2			2								
Kontorpersonell	1			1			1			1			1								

Bemanningen i tabellen over er for Kirurgisk avdeling med 28 senger. Det er 2 kirurgiske sengeposter hver med 28 senger, der det er hhv 4 og 5 pleiepersonell justert etter pasientsammensetning på senvakt i helgene. For 1 sengepost er det 1 ass. avdelingssykepleier, 0,5 avdelingssykepleier/ass. avdelingssjef og 0,5 driftssykepleier. I tillegg kommer uro-sykepleier og kar-sykepleier som i hovedsak driver poliklinisk virksomhet og forskningsaktivitet. Det er en postsekretær i sengeposten.

Tabell 9: Bemanning i dagens sykehus (2007), nevrologisk sengeområde

Bemanning sengeområde, Nevrologi, dagens sykehus																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Sykepleier/hjelpepl	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	8	7	3	8	7	3
Leder	3			3			3			3			3								
Kontorpersonell	1			1			1			1			1								

Bemanningen over er for Nevrologisk avdeling med 25 senger. Det er 1 avdelingssykepleier, 1 ass. avdelingssykepleier og 1 driftssykepleier i tillegg. Avdelingen har også en egen ergoterapeut og en slagsykepleier. Kontorpersonell har benevnelsen driftskordinator.

Antall heldøgns plasser for disse sengepostene er nesten likt, men det antas at pleietyngden er forskjellig. Nevrologisk avdeling har en høy andel øyeblikkelig hjelp og Kirurgisk avdeling har mye elektiv virksomhet. Dette gir også utslag i variasjon mellom bemanning i helg og ukedager, der Kirurgisk avdeling har 6-9 pleiere på vakt på 28 pasienter, mens Nevrologisk avdeling med 25 pasienter har 8-12 pleiere på vakt på dagtid.

5.3 Pasientforløp dagopphold

Dagopphold er avgrenset til alle pasienter som er registrert som dagopphold i tillegg til pasienter med 0-stilte takster. Dagkirurgi er holdt utenfor og behandles under gruppe 5, Operasjon. Det innebærer at den største andelen pasienter med 0-stilt takst blir behandlet i denne gruppen.

Dagopphold omfatter diagnostikk og behandling (i hovedsak elektiv) hvor oppholdet på sykehuset av medisinske grunner har en varighet på mer enn 5 timer, men mindre enn ett døgn.

Et dagopphold kan omfatte en behandlingssekvens som varer i 5 timer eller mer, en diagnostisk prosedyre som krever opphold i 5 timer eller mer, eller en kombinasjon av mange tiltak som samler har en slik varighet.

Følgende forhold gjør at det er behov for å kartlegge og beregne aktiviteten innenfor dagopphold som forskjellig fra en poliklinisk konsultasjon eller et heldøgnsopphold:

- Dagopphold kan kreve tilrettede rom og personell i forbindelse med gjennomføringen av behandlingen eller i etterkant for hvile og overvåking.
- Dagopphold krever spesiell koordinering av flere ressurser samtidig eller innenfor et begrenset tidsrom for at behandlingen skal være effektiv og av god kvalitet.
- Det er en oppfatning av at en økende andel av pasientene kan overføres fra innleggelse til dagopphold av hensyn til pasientene og ressursbruken i sykehuset.

En rekke tiltak som i dag registreres som polikliniske konsultasjoner (cytostatikabehandling, annen infusjonsbehandling og prosedyrer som tar mindre enn 5 timer), er i praksis å regne som dagopphold etter som de opptar plass i samme grad.

Dagopphold kan gruppes i følgende hovedgrupper:

Dagkirurgi, ikke behandlet i denne gruppen:

Pasienten er utredet på forhånd.

Forløpet omfatter mottak, forberedelse, behandling/operativ prosedyre, oppvåking/hvile, avslutning. Oppholdet krever rom og personell til inngrepet og til oppvåking/hvile.

Gjentatte og langvarige behandlinger: Dialyse, Cytostatika, remikade, annen infusjonsbehandling:

Pasienten er utredet på forhånd.

Forløpet omfatter mottak, behandling og avslutning. Oppholdet krever rom og personell til selve behandlingen, men pasienten vil som hovedregel forlate sykehuset når behandlingen er over og har ikke behov for ekstra hvileplass.

Utredninger eller spesielle behandlinger og diagnostiske prosedyrer:

Pasientene er henvist fra fastlege eller poliklinikk og kan være utredet på forhånd. Oppholdet krever tilgang til spesielle rom/utstyr/personell for omfattende og i noen grad byrdefull diagnostikk og/eller behandling. Ofte vil det være behov for tilgang til flere enheter på en koordinert og planlagt måte. Det er som regel behov for ressurser (plass og personell) som er tilrettelagt for opphold og pleie/tilsyn mellom behandlingene.

Pasienter som er til gjentatte behandlinger (cytostatika, remikade, infusjonsbehandling oa), eller som skal gjennom utredninger som krever opphold over mer enn ett døgn, vil i noen tilfeller ha behov for overnatting mellom behandlingene. Dette skjer ofte på pasienthotell eller som overnatting i sengeenhet, og pasienten blir dermed registrert som heldøgnsopphold. For alle praktiske forhold er dette dagpasienter og krever de samme ressurser i dagenheten eller i diagnostiske enheter som en dagpasient. Et stort antall dagpasienter ligger i dag på pasienthotellet og er registrert som heldøgns innlagte. Dette gjelder barnehabilitering, FMR, medisinske dagpasienter til cytostatikabehandling og andre.

Det er flytende overgang mellom dagbehandling og poliklinisk behandling, men de økonomiske konsekvensene av valg av kategori er viktige både for pasientene og sykehuset. Mens dagbehandling utløser DRG-sats og ingen egenandel for pasienten, vil en poliklinisk konsultasjon gi grunnlag for takst og egenandel. Det er grunn til å tro at registreringspraksis varierer.

For utredningspasienter som oppsøker flere enheter for diagnostikk og behandling, vil en serie polikliniske konsultasjoner gi inntekter og egenandeler flere ganger. Når disse tjenestene koordineres som ett dagopphold, vil det utløse en DRG og ingen egenandel. I statistikken er dette registrert som en dagbehandling for eksempel på barneavdelingen, mens pasienten i realiteten har hatt flere polikliniske konsultasjoner på flere avdelinger. Konsekvensen kan være systematisk underregistrering av aktivitet. Det samme kan også gjelde når pasientene innlegges for utredning.

Ved medisinsk dagpost er cytostatikabehandling registrert som poliklinikk mens blodtransfusjoner er dagbehandling. Det samme gjelder endoskopier.

5.3.1 Aktivitet

Dagens aktivitet definert som dagopphold er vist i tabell 10 nedenfor. Tallene er hentet fra HFP og viser beregnede antall dagopphold i 2004. Beregningene omfatter 0-stilt takst, som i hovedsak er dagkirurgi og noen medisinske prosedyrer, og en estimert andel dagpasienter som er innlagt på pasienthotellet. Estimaten er basert på vurdering av pasientkategorier/diagnoser/prosedyrer og har vært diskutert med avdelingene. Pasienter ved medisinsk avdeling omfatter i hovedsak dialyse og infusjonsbehandling.

Tabell 10: Dagopphold og polikliniske kontroller med 0-stilt takst i 2004, fordelt på avdeling

Kode	Avdeling	Dagopphold	Pas i pas.hotell	Pas m	Sum antall
		2004	m dagopphold	0-stilt takst	dagopphold
431	KNF	0			0
668	Fysikalsk avd	0			0
810	Anestesi	83	0		83
1000	Kirurgisk avd	176	365	63	604
1050	Dagkirurgisk enhe	0		1494	1494
1400	Ortopedi	0		215	215
2100	ØNH	22	302	387	711
2200	Øye	0	13	300	313
2500	Kvinneklinikken	0	51	342	393
3000	Medisinsk avd	2991	569	390	3950
4200	Hud	0	20,5	6	26,5
4300	Nevrologi	303	170		473
4410	Barn	82	230	3	315
4500	Revmatologi	210	151		361
5200	Fys med & Rehab	48	99		147
	Totalt	3915	1971	3200	9086

5.3.2 Flaskehals og forbedringsområder

Tabell 11: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hoved-aktivitet	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Henvisning Planlegging	Antall dagpasienter er svært usikkert. Et stort antall dagpasienter ligger på pasienthotellet og er registrert som innlagte.	Ulik praktisering av regler, registrering styres av økonomi.	Feil aktivitetsdata, feil økonomi-registrering?, skjev ressursutnyttelse.
	Dårlig koordinering av dagpasientene, dårlig planlegging. Det henvises til parallelle forløp uten at disse koordineres.	Datasystemet støtter ikke koordinering. En avdeling kjenner ikke til hva som er planlagt for pasienten på en annen avdeling.	Lite fleksibilitet. Planlegging må skje i god tid. Mye merarbeid.
	Henvisninger fra primærlege er ofte for dårlige, unøyaktige henvisninger.	Fastleger bruker ikke elektronisk henvisning.	Vanskelig å koordinere flere tjenester, forsinkelser, dårlig ressursutnyttelse.
	Ved tverrfaglig utredning er det vanskelig å få oppsummering på samme dag. Økt subspesialisering øker problemet.	Noen avdelinger har små grupper med forskjellige behov og lite volum, vanskelig å lage rutiner og systemer og sette på eget personell.	Unødvendig merarbeid.
		Rutiner er ikke etablert/blir ikke fulgt.	Ventetid, vanskelig koordinering, planlegging, ujevn ressursutnyttelse.
		Mangler ressurser.	Vanskelig å planlegge, ujevn ressursutnyttelse.
	Interne henvisninger går ofte via telefon i tillegg til elektronisk eller skriftlig henvendelse.	Vanskelig å planlegge på lang sikt, korte frister før behandling max 1-2 uker.	Merarbeid.
	Det er ulik kapasitet på noen	Pasientene settes opp med korte	

	<p>serviceenheter. For lite legeressurser generelt.</p> <p>Mye arbeid med planlegging av LMS-kurs. LMS-tilbudet øker.</p> <p>Det er feil holdning, for mye båtsteking.</p>	<p>frister. Halvakutt-søknadene ligger lenge for prioritering</p> <p>Aktiviteten øker, ikke tilgjengelig service fra LMS.</p>	
Mottak	<p>Barn møter på sengeposten på barneavdelingen.</p> <p>Vanskelig å holde jevn utnyttelse av kapasiteten i dagenheten (medisin).</p> <p>Forskyving i programmet.</p> <p>Pasienter møter ikke.</p> <p>Alle ressurser er booket, ikke slakke i programmet. Det er ikke mulig å bestille røntgen fra dagposten på kort varsel.</p>	<p>Ikke egne ressurser for dagpasienter.</p> <p>Oversikten over tilgjengelige ressurser er ikke oppdatert/god nok. Samordning av ressurser er for dårlig.</p> <p>Forsinkelser, for stramt program.</p> <p>For dårlig informasjon, oppfølging av pasient.</p> <p>Røntgen bruker postene som en buffer.</p>	<p>Problemer med logistikken.</p> <p>Dårlig kapasitetsutnyttelse.</p> <p>Ventetid for pasienter, mye stress/arbeidsmiljø.</p> <p>Ikke utnyttet ressursene effektivt.</p> <p>Vanskelig planlegging, merarbeid, telefoning.</p>
Undersøkelse og behandling	<p>Dialysen har ikke kapasitet til poliklinisk tilbud før og etter behandling. Bedre oppfølging av pasientene som er til behandling.</p> <p>Alle pasienter blir ikke ankomstregistrert.</p> <p>Flaskehalser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KEF • Ergoterapi • Sosionomer • Spesialundersøkelser (MR og Nukleærmedisin) • Enkelte leger/fag • Pasienthotellet 	<p>Bedre service.</p> <p>IKT-systemet er for dårlig tilrettelagt, blir ikke brukt.</p> <p>For lite kapasitet.</p>	<p>Krever tilgang til kontorservice.</p> <p>Vanskeligere å følge pasienten, vanskelig å planlegge</p> <p>Vanskelig å planlegge, ubalanse i kapasitetsutnyttelse.</p>
Avslutning	<p>Uklar og ulik praksis for takstsetting og håndtering av epikriser.</p> <p>Epikrisen skal være ute etter 8 dager (som for innlagte), venter ofte på prøvesvar.</p>	<p>Uklare og ulike rutiner, IKT-systemet har ikke godt nok brukergrensesnitt.</p>	<p>Usikker kvalitet på kodesetting, store krav til kvalitetssikring.</p> <p>Ulik praksis for utlevering av epikrise.</p>
Undervisning	<p>Ikke nok utredningspasienter i sengepost. Medisinsk dagpost må trekkes inn i undervisningen.</p>	<p>Ass.leger arbeider ikke i samme omfang på dagposten. Ingen utredningspasienter igjen på sengepostene.</p>	<p>Begrenset tilgang på pasienter til undervisning.</p>

5.3.3 Bemanning og oppgavefordeling

Oversikt over dagens bemanning er vist i tabell 15

Mange oppgaver utføres av personell fra sengeenhet og poliklinikk. Dette innebærer at både pasientflyt og ressursbruk er dårlig avgrenset mellom dagopphold, poliklinikk og heldøgnsopphold.

5.4 Pasientforløp polikliniske konsultasjoner

Polikliniske pasienter er i denne gjennomgangen avgrenset til elektive pasienter, men omfatter røntgen, nukleærmedisin og brystdiagnostisk senter.

Når det gjelder avgrensning mot dagopphold vises det til pkt 5.3 foran.

Polikliniske pasienter kommer som henviste fra fastlege, andre institusjoner eller sykehus, andre avdelinger ved NLSH eller som avtalte kontroller. Forløpet omhandler kun elektive pasienter, men problemstillinger knyttet til øhj-poliklinikk omtales der det er relevant.

I det nye sykehuset vil øhj-pasienter for kirurgi, ortopedi og medisin bli tatt i mot og behandlet i akuttmottaket. Disse pasientene må derfor trekkes ut av tallgrunnlaget. Andel øhj-poliklinikk er beregnet som en andel av samlet antall polikliniske konsultasjoner i 2005 som vist i tabell 12 nedenfor.

5.4.1 Aktivitet

Tabellen er hentet fra HFP og viser poliklinisk aktivitet i 2004. Basert på sykehusets egne opplysninger er det korrigert for interne henvisninger og konsultasjoner som ikke gir opphav til takster (hovedsakelig sykepleierpoliklinikk). Tallene inkluderer både elektive og øhj-pasienter.

Tabell 12: Oversikt over antall korrigerte, polikliniske pasienter i 2004 fordelt på avdeling

Kode	Avdeling	Ant. Pasient 2004	Andel interne Konsult.	Korr interne Konsult.	Polikl konsult uten takst	Sum antall pasient 2004
431	KNF	3082	322	798		3558
668	Fysikalsk avd	1760	1756	1000		1004
810	Anestesi	1920	46	20		1894
892	Klinisk ernæringsf	1260	445	200		1015
1000	Kirurgisk avd	7737	627	300		7410
1400	Ortopedi	10905	44	20		10881
2100	ØNH	12225	636	500	1000	13089
2200	Øye	7911	348	348		7911
2500	Kvinneklinikken	7667	92	40		7615
3000	Medisinsk avd	13664	178	90	720	14296
4200	Hud	6469	91	40		6418
4300	Nevrologi	3455	31	400		3824
4410	Barn	3788	4	2		3786
4500	Revmatologi	4349	83	98	764	5128
5200	Fys med & Rehab	736	2	2		736
	Totalt	86928				88565

Tabell 13: Oversikt over antall og relativ andel øhj-pasienter i poliklinikken i 2005

Andel øyeblikkelig hjelp poliklinikk Nordlandssykehuset 2005				
Avdelingsnr	Avdelingsnavn	Antall konsultasjoner totalt	Andel øhj, antall	Andel øhj, %
431		1	0	0,0
810		747	0	0,0
1000	Kirurgi	6639	766	11,5
1050	Dagkirurgi	248	0	0,0
1400	Ortopedi	10973	3549	32,3
2100	Øyeavd	12300	1091	8,9
2200	ØNH	6015	1095	18,2
2500	KK	6926	1198	17,3
3000	Medisin	12700	701	5,5
4200	Hud	5793	34	0,6
4300	Nevrologi	3168	90	2,8
4410	Barn	3774	342	9,1
4500	Revmatologi	4375	87	2,0
5200	FMR	559	1	0,2
		74218	8954	12,1

5.4.2 Flaskehals og forbedringsområder

Tabell 14: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hovedaktivitet	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Henvisning Planlegging	<p>Dårlig kvalitet på henvisninger fra en del fastleger.</p> <p>Legene bruker ikke systemet riktig ved interne henvisninger.</p> <p>Det tas ikke egenandel av alle internt henviste mellom poliklinikker.</p> <p>Antall interne henviste som blir ØHJ øker – skaper flaskehals.</p> <p>Problemer med elektronisk internt henvisning for de man ikke kan se hvor pasientene ligger.</p> <p>Internt henviste er en usynlig gruppe.</p>	<p>Flere problemstillinger i samme henvisning. Unøyaktige, mangelfulle henvisninger.</p> <p>Dårlig brukergrensesnitt på systemer, dårlig opplæring, mangelfulle rutiner.</p> <p>Mangelfulle rutiner.</p> <p>Mangelfull planlegging, elektive blir ikke godt nok skjermet.</p> <p>Mye leting, mange telefoner.</p>	<p>Ekstraarbeid, manglende oversikt over hvor pasienten befinner seg.</p> <p>Pasienter med flere besøk får lang venteliste fordi mange ressurser skal koordineres.</p> <p>Feil og oppretting. Sekretær gjør mye av arbeidet.</p> <p>Sykehuset taper penger.</p> <p>Venting, varierende og usikker belastning for poliklinikkene.</p> <p>Ekstra arbeid.</p>
Prioritering, innkalling, planlegging	<p>Dårlig planlegging. For dårlig koordinering av pasienter med flere besøk.</p> <p>Generelt for dårlig planlegging og styring av ressurser, dårlig intern kommunikasjon.</p> <p>Pasienter som skal til</p>	<p>IT-systemet støtter ikke koordinering godt nok. Systemet flagger ikke at det er flere besøk på sykehuset samme dag.</p> <p>Stor gjennomtrekk av leger, Mangelfulle og ulike rutiner, lite opplæring eller strukturert informasjon for nye (leger). Manglende rutiner, systemet støtter</p>	<p>Dårlig flyt, venting, forsinkelser, leting etter pasienten.</p> <p>Merarbeid, usikkerhet, dårlig ressursutnyttelse.</p> <p>Mye spørring og</p>

	<p>sykepleierpoliklinikk eller til KSR blir ikke planlagt/registrert.</p> <p>Usikker kvalitet på prioriteringa. Ulike vurderinger.</p> <p>Noen prioriterer ved å skyve pasienten ut i tid.</p> <p>Noen pasienter kunne vært henvist til private (fysioterapi).</p> <p>Pasientene forstår ikke informasjon i innkallingsbrevet.</p>	<p>ikke slik registrering</p> <p>Personavhengig, ikke gode nok rutiner. Store forskjeller også innenfor avdelinga.</p> <p>Mangelfulle rutiner, for liten kapasitet?</p> <p>Ikke godt nok tilrettelagt for målgruppen, for komplisert.</p>	<p>bortkastet tid.. Underregistrering av aktivitet, dårlig styring av aktivitet. Ikke klart hvem pasienten skal treffe.</p> <p>Ulik tilbud til pasientene, frister holdes ikke alltid.</p> <p>Ulike tilbud til pasienten.</p> <p>Ventetid.</p> <p>Mange henvendelser og spørsmål, usikkerhet hos pasientene.</p>
Mottak	<p>Hvem har ansvaret for at pasienten ikke skal bli sittende og vente? Hvem har ansvaret for å ta imot pasienten?</p> <p>Mangler oversikt over hvor pasienten befinner seg. Noen pasienter melder seg ikke.</p> <p>Pasientene må ha ny informasjon fra sykepleier om undersøkelsene ved oppmøtet.</p> <p>Stort problem at pasienter ikke møter, yngre er verst.</p> <p>Problemer med innvandrere som ikke har adresse, flytter.</p>	<p>Uklare rutiner.</p> <p>Det gis ikke (alltid) beskjed hvis pasienten ikke møter opp som planlagt.</p> <p>Hjelper ikke at det samme står i brevet, for dårlig informasjon på forhånd/ i brevet.</p> <p>Endret holdning, for lite oppfølging, ikke gode nok rutiner for oppfølging.</p> <p>Ikke oppdatert informasjon, for dårlig koordinering fra asylmottakene.</p>	<p>For dårlig service til pasientene.</p> <p>Forsinkelser, venting, merarbeid for å lete etter pasienten.</p> <p>Merarbeid (kanskje det må være slik for noen pasienter?).</p> <p>Utnytter ikke ressursene, leting etter pasienter, merarbeid.</p> <p>Merarbeid, utnytter ikke ressursene.</p>
Undersøkelse og behandling	<p>Mange pasienter oppholder seg på venterommet, poliklinikken blir en ventesone.</p> <p>Manglende samarbeid mellom avdelinger</p> <p>Flaskehals på noen ressurser, rom, leger, KEF.</p>	<p>Mye venting på grunn av transport, ikke tilrettelagt for at pasienter skal vente. Pasienten tør ikke forlate venterommet.</p> <p>For liten kapasitet, for dårlig planlegging?</p>	<p>Dårlig service for pasienten, uoversiktlige arbeidsforhold.</p> <p>Dårligere ressursutnyttelse, dårligere service.</p> <p>Kø, ujevn kapasitetsutnyttelse.</p>
Avslutning	<p>Usikker kvalitet på registrerte koder og opplysninger, store forskjeller mellom avdelinger.</p> <p>For fysioterapi er oppgjøret en flaskehals. Ikke klart i DIPS.</p> <p>Store forskjeller i ventetid på epikrise.</p>	<p>Datasystemet blir ikke brukt, er ikke godt nok tilrettelagt. Mange vikarer som mangler opplæring.</p> <p>Manglende rutiner, for dårlig samordning.</p> <p>Annet takstsystem. Mangler IKT-støtte.</p> <p>Ulik prioritering og styring, ulik skrivekapasitet, ulik praksis (noen</p>	<p>Feilregistrering, økonomiske tap, kostbar KS i siste ledd.</p> <p>Mye merarbeid for kontorpersonalet.</p> <p>Frister overholdes ikke alltid, dårlig service til</p>

	Giro utleveres for betaling, høye kostnader for pasienten for oppgjøret.	leger skriver selv).	pasientene.
	Ikke gode nok IT-løsninger til at legene skriver epikrise og notater selv.	Mangler betalingsterminal på mange steder.	Dårlig service for pasienten.
		Ikke gode rutiner, mange maler, for dårlig opplæring.	Urasjonelle løsninger, forsinkelser på epikriser, mange feil.

5.4.3 Bemanning og oppgavefordeling

Tabell 15 viser bemanningen ved dagens poliklinikker og dagenheter. I tillegg er det tatt med merkantilt personell i sengeposter og skrivestuer. Tallene er innhentet fra sykehuset og gjelder per mai 2007.

Vi har valgt å fordele enheter og bemanning slik de vil være lokalisert i det nye sykehuset. Dette gir et bilde av tilgjengelig personell på etasjer med utgangspunkt i dagens bemanning. Medisinsk avdeling er plassert samlet i 4. etasje selv om dette gir et skjevt bilde av den fremtidige aktiviteten. I 3. etasje vil det være medisinsk poliklinikk som tar i mot pasienter innenfor fagene hjerte, lunge, infeksjon og nefrologi. I det fremtidige sykehuset må medisinsk poliklinikk ha bemanning både i 3. og 4. etasje.

Gruppen "annet" omfatter spesialpersonell og stillinger med spesielle oppgaver og er ikke en del av den generelle bemanningen i poliklinikken.

Tabell 15: Sykepleierbemanning poliklinikker og dageshøter og kontortjeneste poliklinikker, dageshøter, sengeposter og skrivestuer, 2007.

Fagområde/Avdeling	Område etajse	Avd sykepleier	Syke-Pleier	Sum pleier	Kontor leder	Merkant pers	Sum merkant	Annet
Akuttmottak	1					1,75	1,75	
Kirurgisk og ortopedisk pol	1	1	6,5	7,5		8	8	0,5
ØNH/kjeve, pol, skrivestue	1	1	3	4	1	5	6	2
Høresentralen						2	2	6,5
Øye	1		3	3	1	3	4	1
Prøvetakingsenhet	1							
Sentral resepsjon, elektiv	1							
Brystdiagnostisk senter	2					0,5	0,5	
Nukleærmedisin	2							
Radiologisk avdeling	2				1	8	9	
Dagkirurgisk enhet	2					3	3	
Dialyse	2							
FMR	3				1	2	3	
Medisinsk avd pol	4	1	11,75	12,75	1	2,5	3,5	
Medisinsk avd dag	4	1	10,8	11,8		4	4	2
Med seng	4					1	1	
Smerte, anestesi	4							0
Revmatologi pol og seng	4		1	1	1	3,5	4,5	
Hud	4							0
KEF, sosionom, psyk. Team	4					0,63	0,63	
Sosionom	4							0
Barn pol, dag	5	1	1	2	1	3	4	
Barn sengepost	5					1	1	
Gynekologi/Kvinnelinkken pol	5	1	2,7	3,7	1	3	4	
KK sengepost	5					2	2	
Nevrologi pol, skrivestue	6		2	2	1	6	7	
Nevrologi sengepost	6							0
KNF	6							0
Geriatrici	6							0
Fysikalsk avd	7					0,5	0,5	
ØNH, Øye, Revma sengepost	7					1	1	
Kirurgisk sengepost (A6, B6, Ortopedi)	7					3	3	
Sum merkatilt personell					9	64,38	73,38	
Sum avd spl og spl		6	41,75	47,75				
Sum annet								12
Skrivestuer:								
Kirurgisk skrivestue					1	6,5	7,5	
Medisinsk skrivestue					1	11	12	
Sum skrivestuer					2	17,5	19,5	0
Totalt					11	81,88	92,88	12

Tabell 16 viser hvordan oppgaver er fordelt mellom personellgrupper.

Tabell 16: Oppgavefordeling for aktiviteter i poliklinikk og dagområder

Oppgaver, aktivitet	Personell	Kommentar
Mottak henvisning, eksternt	Skrivestua Ekspedisjonen	Åpnes og sorteres på lege/fag.
Mottak henvisning, intern	Ekspedisjon Sykepleier	Både telefonisk og elektronisk. Noen ganger printes den ut.
Prioritering	Lege setter tallkode.	Avdelingsoverlege. Spesialist på et fagområde. Vakthavende på interne henvisninger.
Planlegging, timeplan	Avdelingssykepleier Ekspedisjon	Mange manuelle rutiner, store forskjeller. Kan sentraliseres?
Innkalling	Ekspedisjon	Sender ut brev med beskjed om venteliste eller time, informasjon.
Informasjon, kontakt om time oa	Ekspedisjon Sykepleier Avdelingssykepleier	Mange telefoner som forstyrrer. Hvem bør ta mot slike telefoner?

Mottak av pasient	Ekspedisjon Sykepleier	Noen leverer ut giro, andre har betalingsterminal.
Følge pasient, vise til rette	Ekspedisjon Sykepleier	Hva er mest rasjonelt?
Undersøkelse, behandling	Lege Sykepleier Andre	Noen spesielle oppgaver utføres av sykepleier, KEF, sosionom, fysio-/ergoterapeut oa har egne pasienter.
Assistere	Sykepleier	
Informere pas etter us	Lege Sykepleier	
Sette koder og takster	Lege	Kontrolleres av helsesekretær
Ny time	Lege Sykepleier Ekspedisjon	Lege angir behovet Sykepleier eller helsesekretær setter opp timen og gir pasienten beskjed enten samme dag eller i brev.
Epikrise	Lege Skrivestue eller ekspedisjon	Lege skriver i noen tilfeller selv.

5.5 Pasientforløp operasjon

Pasientforløp for operasjon omfatter operasjoner for heldøgns- og dagopphold, både elektiv og øyeblikkelig hjelp-virksomhet. Arbeidsprosessen er avgrenset til aktiviteten som foregår preoperativt, etter at det er utarbeidet en henvisning til operasjon og avsluttet med at pasienten avleveres til sengeområde eller sendes hjem.

Pasienter som opereres i dagens sykehus, kommer til ulike steder i sykehuset. Det utføres operasjonsvirksomhet i Sentral operasjon, på Dagkirurgen, i Øye operasjon og i poliklinikkene for ØNH/kjeve, ortopedi og kirurgi. Akutte operative inngrep kan i nødstilfeller utføres i Akuttmottaket. I røntgenavdelingen utføres det intervensjonsradiologi.

I prosessanalysene er det ikke gjort spesifikke analyser av aktiviteten ved Øye operasjon, poliklinikkene og røntgen, men vi antar at mange av de utfordringer som beskrives for operasjon vil gjelde også disse enhetene.

5.5.1 Aktivitet

Tabell 17: Operasjonsaktivitet NLSH 2004, fordelt på dagkirurgi og heldøgns innlagte og andel akutte operasjoner

Kode	Avdeling	Dagkirurgisk Sentral operasjon	Dagkirurgen	Heldøgns innl	Totalt ant operasjoner	Antal akutt	%andel akutt	%andel dagkirurgi
1000	Kirurgisk avd	8	391	1958	2357	460	20	17
1400	Ortopedi	276	730	1184	2190	509	23	46
2100	ØNH	443	40	917	1400	91	7	35
2200	Øye	4	1040	3	1047	7	1	100
2500	Gyn	179	220	399	798	121	15	50
2600	Føde			218	218	160	73	0
3000	Medisinsk avd			135	135	65	48	0
4300	Nevrologi			46	46	12	26	0
4410	Barn (inkl neonatal)			201	201	66	33	0
4500	Revmatologi			96	96	5	5	0
	Sum	910	2421	5157	8488	1496	18	39

5.5.2 Flaskehalsar og forbedringsområder

Tabell 18: Oversikt over flaskehalsar med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hoved-aktivitet	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Henvisning	Dårlig forutsigbarhet mht kirurgressurs.	Legene legger ikke ut langsiktige bemanningsplaner.	Problem med ressurs- og kapasitetsstyring. Ujevn aktivitet.
	Henvisninger ikke godt nok skrevet (sentral operasjon).	Mange vikarer, dårlig oppfølging.	Ekstra tidsbruk, dårlig pasientflyt.
	Henvisningen stopper opp i vurderingen av hvor pasienten skal behandles, ha opphold (Dag, poliklinikk, heldøgns).	Mange vikarer, uklare rutiner.	Forsinkelser, sen behandling av henvisning.
	En lege ser pasienten på poliklinikken og stiller indikasjonen, mens neste lege stryker pasienten.	Mangler kontinuitet i legeressursen, uenighet om indikasjon.	Pasienter strykes, dårlig ressursstyring.
	Få prøver, røntgenbilder tas preoperativt i primærhelsetjenesten for pasienter som skal opereres i sentral operasjon	Ikke etablerte rutiner. Ulikt for Dagkirurgen og Sentral operasjon.	Dårlig pasientflyt.
	Pasienter strykes på grunn av at de dårlig forberedt eller ikke vil opereres.	Ikke etablerte rutiner for oppfølging av pasienter. Ulikt for Dagkirurgen og Sentral operasjon.	Dårlig ressursutnyttelse.
	Ikke standardisert informasjon fra legene om inngrepene.	Ikke etablert standard prosedyrer.	Pasienter dårlig forberedt. Lite forutsigbarhet.
	Språkproblemer.	Mange vikarer.	Kommunikasjonsproblemer.
Postoperativ klargjøring, vurdering	Ulik praksis for forberedelsesmøte med operasjonsstua for avdelingen.	Ikke like rutiner.	Dårlig ressursstyring.
	Rutiner for preoperativ klargjøring er ikke fulgt opp.	Dårlig tid, ikke forståelse for viktigheten av forberedelsene.	Forsinkelser, redusert pasientsikkerhet.
	Tar lang tid fra beskjed blir gitt til pasient er hentet og kjørt til operasjonsstua.	Vanskelig å få tak i ansvarlig sykepleier. Gruppeinndeling i sengeområdene er en spesiell utfordring når det gjelder kommunikasjon. Travelt i sengeområdet.	Forsinkelser, forskyvinger i operasjonsprogrammet.
Klargjøre ressurser	Urealistiske program settes opp. Ønskeprogram (blitt litt bedre).	Ønske om å utnytte ressursen bedre. Press for å få igjennom operasjoner.	Pasienter forberedes og strykes.
	Flere spesialiteter sloss om operasjonsstueressursen. Diskusjon om kapasitet (noe bedre nå).	Ikke en overordnet ansvarlig.	Dårlig arbeidsmiljø, tid går til diskusjoner.
	Knapphet på en del utstyr.	Lite utstyr. Ikke drift på sen kveld (etter kl 21) og natt i Sterilsentralen.	Utstyr ikke klargjort til operasjon.
	Avdelingene er veldig skilt - ikke felles ansvar for den felles	Ikke felles mål for ressursstyring.	Dårlig ressursutnyttelse, uenighet om styring.

	produksjonen (anestesi og operasjon og mellom fagavdelinger) Sortering av utstyr etter operasjoner tar lang tid. Operasjonssykepleier sjekker utstyr og brikker inne på operasjonsstua. Alt skal på plass i hver brikke før det går til Sterilsentralen.	Ikke rutiner for at Sterilsentralen kan utføre oppgaven. Ressursknapphet i Sterilsentralen.	Venting på operasjonsstuekapasitet. lang "snutid" for operasjoner.
Operere pasient	Har ikke egen operasjonsstue, egne lokaler for øhj-pasienter. Ikke eget personale for øhj. Det er flere som skal holde oversikt over den samlede ressursen og koordinering av dette. Både koordinerende hos anestesi og operasjon.	Ikke nok øhj-pasienter til egen stue og eget team. Ressursprioritering Etablerte rutiner.	Konflikter mellom øhj og elektiv virksomhet. Fragmentering av ansvar og oversikt.
Overvåke pasient	Problem med temp på operasjonsstuene. Nedkjølte pasienter - tar lang tid for å varme opp og vekke pasienten. Anestesisykepleiere blir "hengende" igjen på postop.	Dårlige bygningsmessige løsninger. Mye å gjøre på postop.	Lang operasjonsstuetid. Økt risiko for pasienten. Forsinker operasjonsprogrammet.
Ivaretagelse av brukt utstyr	Sterilgods sendes via heis. Må løftes inn i heis → Tungvindt. Lang tid på kontroll og sjekking av utstyr.	Heis ikke tilpasset direkte innkjøring av traller. Mange nyansatte.	Tunge løft, uhensiktsmessig arbeidssituasjon. Lite effektiv flyt.
Overføre pasient	Venting i sluse på personell fra postoperativ	Mye å gjøre på postop.	Pasient i oppvåkningsfase holdes i sluse.
Utskrive pasient, kontroll	Pas kunne vært sendt til avdeling tidligere. Kommunikasjonsproblem ved overflytting. Stor variasjon i hvor mange overliggere det er fra dag til dag mht kapasitet	Vanskelig å få tak i sykepleiere i sengeområdene. Dårlig bemanning i sengeområdene. Ledig kapasitet i postop.	Uklare avtaler om indikasjoner for overflytting av pas. Venting

5.5.3 Bemanning og oppgavefordeling

Sentral operasjon og Dagkirurgen er de to største operasjonsområdene i NLSH. I tillegg er det dagkirurgisk virksomhet ved Øye operasjon, ØNH, Kjeve, Kirurgisk og Ortopedisk poliklinikk. Personell fra Sentral operasjon bistår med anestesi for Øyeavdelingen, røntgen og endoskopier.

Tabell 19: Dagens bemanning sentral operasjon

Bemanning Sentral operasjon, dagens sykehus																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Operasjonssykepleier	10	4	2	17	4	2	17	4	2	17	4	2	10	4	2	2	2	2	2	2	2
Anestesisykepleier	9	4	2	12	4	2	12	4	2	12	4	2	8	4	3	3	3	3	3	3	3
Anestesilege	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	2	1	1	2	1	1
Leder	5			5			5			5			5								
Assistent	1			2			2			2			1								
Kontorpersonell																					

Fagutviklingssykepleier er inkludert i tallet. For operasjon er ledere inkludert i tallet

Tabell 20: Dagens bemanning Dagkirurgen

Bemanning Dagkirurgen, dagens sykehus																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Operasjonssykepleier	5			5			5			5			4								
Anestesisykepleier	3			4			4			4			3								
Intensivsykepleier	3			4			4			4			3								
Anestesilege	1			1			1			1			1								
Leder	1			1			1			1			1								
Assistent	1			2			2			2			1								
Kontorpersonell	1			2			2			2			1								

Mandag og fredag er det anestesisykepleiere fra Sentral operasjon i Dagkirurgen i tillegg

5.6 Lærings- og mestringssenter og bibliotek

Lærings- og mestringssenteret (LMS) for somatikk i Bodø har vært etablert siden 1998 som det 2. i Norge.

Tilbudet er rettet mot personer med kroniske sykdommer, og noen grupper som f.eks pasienter med KOLS er sterkt økende. Behovet for kurs tilpasset pasienter med astma har vært avtagende.

Det er noen pasientgrupper som ikke får tilstrekkelig tilbud:

- Overvekt
- Diabetes, bedre kapasitet
- Eldre underernærte
- Oppfølgingskurs
- Kreftpasienter

Tilbud om LMS for psykisk helsevern og rus er relativt nyetablert.

5.6.1 Aktivitet

Aktiviteten i LMS, Bodø omfatter 23 læringstilbud, og ca 40 kurs i løpet av året. Hvert kurs har som regel kurs med 12-14 deltakere. Familiekurs kan ha betydelig flere deltakere.

Tabell 4.1 Antall læringstilbud og deltakere i 2006 angitt for hvert LMS.

Sted	Antall læringstilbud		Antall deltakere	
		Sum		Sum
UNN		16		271
Bodø		23		773
Mo i Rana		12		172
Hammerfest		2		40
Kirkenes		5		54
Lofoten		5		77
Mosjøen		5		98
Narvik		3		32
Sandnessjøen		8		116
Stokmarknes		7		92
Til sammen		86		1 811

Tabellen over er et utdrag fra SINTEF rapporten "Evaluering av LMS-aktiviteten i Helse Nord" (januar 2007), og viser at LMS i Bodø har en svært høy deltakelse i forhold til andre LMS i Helse Nord.

5.6.2 Flaskehalsar og forbedringsområder

Tabell 21: Oversikt over flaskehalsar med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hoved-aktivitet	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Henviser	<p>Fastleger og sykehusleger vet for lite om tilbudet. Svært ulikt om de anbefaler LMS til pasientene. Vanskelig å få tak i og rekruttere pasienter som overføres mellom sykehusene. Problem med å rekruttere pasienter til noen av kursene.</p> <p>Finansieringsordninger.</p> <p>Avgrensning mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste ikke avklart.</p>	<p>Kunnskap og holdning om hvilken effekt tilbudene i LMS har for pasientene. Kort liggetid og dagbehandling</p> <p>ISF- regler for 2007 gir ikke rett til føring av DRG for rehabilitering på LMS-kurs. Pasienter må betale egenandel.</p> <p>Tilbudet er utviklet i spesialisthelsetjenesten.</p>	<p>Ulikt tilbud for pasientene.</p> <p>Nedprioritering, reduksjon i tilbudet.</p> <p>Pasienter kan bli behandlet på feil nivå. Sykehuset tar over oppgaver for kommunehelsetjenesten.</p>
Planlegge opplæring	<p>Sterk økning i aktivitet - behov for å prioritere.</p> <p>Problemer med nok og store nok rom.</p> <p>Koordinering av alle som skal bidra.</p> <p>AV-utstyr som ikke er brukervennlig</p>	<p>Stadig nye forslag fra avdelingene.</p> <p>Økende aktivitet</p> <p>4-5 faggrupper skal koordineres til hvert kurs. Utføres av kontaktpersoner i avdelingene.</p> <p>Avansert utstyr, manglende veiledning.</p>	<p>Ressurskrevende både for LMS og avdelingene. Mye tid går med for ansatte i de kliniske avdelingene.</p> <p>Lite plass for pasienter med rullestoler. Lite plass for pårørende.</p> <p>Mye tid til koordinering.</p> <p>Mye tid til styring av teknikk</p>
Gjennomføre opplæring	<p>KSR er inne på mange kurs, dette tar mye kapasitet. Skal bistå vedr flere pasientgruppe</p> <p>For store grupper i enkelte kurs. Viktig at alle kommer til ordet.</p>	<p>Økende antall kurs med behov for sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og fysioterapeut</p> <p>Stort behov, ønske om å ha med pårørende.</p>	<p>Ressurser tas bort fra øvrig virksomhet.</p> <p>Noen kan ha problem med å komme til orde. Dårlig gruppedynamikk.</p>
Evaluere opplæring, avskutte	<p>For lite forskningsaktivitet på effekt av tiltakene.</p>	<p>For lite ressurser.</p>	<p>Usikkerhet omkring effekter.</p>
Kunnskaps søking	<p>Begrenset tilbud til pasienter. Ikke pasientbibliotek. Ikke anledning til fjernutlån til pasienter. Problem med info om biblioteket til pasientene, feil adresse.</p>	<p>Reduserte ressurser. Dårlig beliggenhet og skilting. Avdelingene har brosjyrer som ikke er oppdatert.</p>	<p>Dårlig pasientservice.</p>

	Biblioteket må prioritere ansatte i dag, når det er mye å gjøre vil studentene tape. For studentene er høgskolen det første biblioteket når det gjelder pensumlitteratur.	Ressursavhengig.	Redusert tilbud for studenter.
Veilede, intervju	Problem med bruk av AV-utstyr på møterommene. Vanskelig å bruke.	Ingen ansvarlige for opplæring, bruk av utstyr.	Dårlige arbeidsforhold.
Bestille, kjøpe	Bøker på avdelingene registreres ikke. Noe dobbelkjøring på tidsskrift. Det er ikke oversikt over hva som finnes. Ikke vurdering av hvordan intranettet brukes av ansatte. Bibliotekets intranettside har linker om interne og eksterne databaser, tidsskrift, mv.	Forskjellig budsjett og bestiller for litteratur. Ikke prioritert.	Dobbelt innkjøp av bøker. Uoversiktlig. Uklart om nytten av ressursinnsatsen.
Utlevere	Ingen brukerstatistikk.	Ikke prioritert.	Uklart om nytten av ressursinnsatsen.
Arkivere	Lagerplass er et problem.	For lite rom på biblioteket.	Overfylt, uoversiktlig.

5.6.3 Bemanning og oppgavefordeling

Biblioteket har i dag 1 bibliotekar, 0,6 sekretærer, 1 seksjonsleder.

LMS har 0,5 sekretær, 1 leder, 0,5 koordinator (barn og unge), 0,5 prosjektstilling (psykisk helse). I tillegg er det en koordineringsansvarlig i hver av de kliniske avdelingene som har pasienter til kursene, samt ressurser i form av fagpersoner som deltar i selve gjennomføringen av kursene.

5.7 Behandlingshjelpemidler og medisinsk teknikk

Prosessen omfatter tildeling, utlevering og oppfølging av behandlingshjelpemidler som tildeles pasienter som er til behandling ved Nordlandssykehuset i Bodø. Prosessen er fokusert på enheten for behandlingshjelpemidler, men viser også til grensesnitt mot den pasientansvarlige/behandlende enheten i sykehuset.

5.7.1 Aktivitet

Nasjonalt kompetansesenter for behandlingshjelpemidler har utviklet retningslinjer² som omfatter ordningen generelt, lister over utstyr og forbruksmaterieell som omfattes av ordningen og retningslinjer for hygiene.

I retningslinjene heter det at ” *Behandlingshjelpemidler benyttes for å bedre pasientenes medisinske tilstand og er en del av behandlingsskjeden innenfor spesialisthelsetjenesten. Behandlingen skjer ved bruk av utstyret utenfor sykehuset Behandlingshjelpemidlene eies av helseforetakene og lånes ut til pasientene etter søknad fra legespesialist.* ”

Arbeidet med behandlingshjelpemidlene er organisert forskjellig i de enkelte foretakene, men retningslinjene viser til at ” *Behandlingshjelpemiddelsentral eller behandlingshjelpemiddelenhet brukes som betegnelse på en avdeling, seksjon eller enhet for er ansvarlig for innkjøp, vedlikehold og distribusjon av det medisinsk tekniske utstyret og tilhørende forbruksmaterieellet som er aktuelt*

² ”Retningslinjer for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmaterieell for spesialisthelsetjenesten”

for pasientene å benytte innen denne ordningen." Ved NLSH er Enhet for behandlingshjelpemidler knyttet til Medisinsk teknisk avdeling.

Ansvar for pasienten ligger i den behandlende avdelingen på sykehuset og tildeling og utlevering av et hjelpemiddel skjer etter rekvirering fra den ansvarlige avdelingen. Prosessen omfatter aktiviteter i enheten for behandlingshjelpemidler i tillegg til aktiviteter i behandlende avdeling og i pasientens hjem.

5.7.2 Flaskehals og forbedringsområder

Tabell 22: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hoved-aktivitet	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Henvvisning til vurdering.	Det er økende aktivitet, flere pasienter får hjemmebehandling. Mye utstyr går ikke gjennom BHM. Press fra fagpersonell og pasienter for spesielt utstyr.	Kapasitet, praksis. Plassmangel. Manglende standardisering.	Ulike ordninger, ulike rutiner. Dårligere samordning, gir det økte kostnader? Økte kostnader.
Bestilling av utstyr	HF-et betaler for forbruksmateriell som pasienten rekvirerer fra apotek. Kun noen typer utstyr er godkjent. Insulinpumper kjøpes av pasienten på apotek.	Ikke kapasitet til innkjøp og lager av forbruksmateriell, lager på flere plasser. Plassmangel. Regelverket. Styrt av medisinfirmaene.	Store ekstra kostnader for sykehuset Går man utenfor dette må sykehuset betale. Høye kostnader.
Opplæring	Opplæring gis delvis av BHM og delvis av avdelingene. Teknisk opplæring + klinisk opplæring. Også behov for opplæring i hjemmet, pårørende, sykehjem.	Ikke kompetanse for opplæring i BHM. Mangler sykepleier i BHM. Mangler kompetanse, kapasitet.	Mye tid til koordinering/samordning. Blir ikke fulgt opp.
Utlevering	Utstyret utleveres som regel på den kliniske avdelinga. Pasienter som tilhører andre sykehus får utstyr utlevert i Bodø ved behandling der. Mange henvendelser til BHM om bruk av utstyret fra pasienter blir ikke registrert. Pasienter kommer uanmeldt for å hente forbruksmateriell, har ikke godt nok nærlager.	Opplæring av pasient, utleveres ved hjemreise. Utstyret tilhører det sykehuset pasienten sokner til. Kompetanse, kapasitet, uklare roller. Kapasitet, plass.	BHM må frakte utstyret til avdelinga, krever nærhet til de kliniske enhetene. Harstad følger ikke opp. Manglende service, feil bruk? Urasjonell drift.
Reparasjon, utstyr i bruk, oppfølging	Utstyret blir ikke kontrollert ofte nok hjemme hos pasientene	Kapasitet.	Utstyret er ute av drift, problemer for pasienten.
Innlevering, kontroll, rengjøring,	Pasient og pårørende sier ikke fra om at utstyret ikke er i bruk. Mangler oversikt over hvor mye	Kapasitet	Utstyr står ubrukt, kostnader.

reparasjon	<p>utstyr som ikke er i bruk.</p> <p>Ingen oversikt over det som går via andre avdelinger, (smerteklinikken, dialysen oa).</p> <p>Returnerte apparater settes på lager, blir ikke reingjort og resirkulert.</p> <p>Internt utstyr blir rengjort på avdelingene, dette ikke godt nok for BHM.</p> <p>Noe utstyr sendes til firma som klargjør for resirkulering. Gjøres ikke for pusteutstyr.</p> <p>Reparasjon og kontroll utføres av BHM, ikke så mye samarbeid med Med. Tek avd.</p>	<p>Ikke samordnet.</p> <p>Mangler utstyr, rom for gassrensing, robot, vaskesystem.</p> <p>Forskrifter.</p> <p>Det koster for mye.</p> <p>Mye rutinearbeid, enkelt utstyr, ikke samme oppgaver som Med. Tek. Avdeling.</p>	<p>Manglete oversikt og kontroll av økonomi.</p> <p>Kostnader, får ikke utnyttet utstyret.</p> <p>Utstyr blir ikke rengjort og resirkulert.</p> <p>Utstyret blir ikke resirkulert.</p> <p>Personalet kan ikke utnyttes fullt ut på tvers.</p>
Spesielle problemstillinger	<p>Vesterålen kjøper tjenesten UNN. Driftes fra Harstad.</p> <p>Store kostnader til ernæringshjelpemidler. Må betale mye til apoteket.</p> <p>Lokalisering på Rønvik er ikke god.</p>	<p>Kapasitet.</p> <p>Mangler personell.</p> <p>Ikke samarbeidende funksjoner på Rønvik. Lange avstander, mye tid går til å forflytte seg mellom avdelinger.</p>	<p>Kostnader, manglende koordinering.</p> <p>Kostnader, noen sykehus tjener godt på dette.</p> <p>Kostnader, merarbeid.</p>

Oppsummering av flaskehals/utfordringer i dagens sykehus:

Det er i dag kapasitetsproblemer i enhet for behandlingshjelpemidler som fører til en rekke problemer som bør løses i det nye sykehuset:

- Dagens ordning med at forbruksmaterieell kjøpes av pasientene direkte fra apotek fører til at HF-et må dekke kostnadene uten at man har kontroll med hva som leveres til hvilken pris. Det antas at dette representerer store merkostnader for sykehuset
- Flere avdelinger ved sykehuset har utstyr utplassert hos pasienter som ikke går gjennom enhet for BHM.
- Pasientene må forholde seg til mange aktører i forbindelse med bruk av slikt utstyr (enhet for BHM, klinisk avdeling, apotek og kommunehelsetjeneste)
- Utstyr tas ut av bruk og blir stående hos pasienter uten at sykehuset kjenner til dette.

5.7.3 Bemanning og oppgavefordeling

Enhet for behandlingshjelpemidler har 2 ansatte ingeniører som i hovedsak arbeider med innkjøp, klargjøring/kontroll, utlevering og reparasjon av utstyr.

Enheten mottar rekvisisjon på utstyret fra ansvarlig lege, og bistår de kliniske avdelingene i forbindelse med utlevering og i noen grad opplæring.

Enheten samarbeider med Medisinsk teknisk avdeling i forbindelse med anskaffelse og reparasjon av utstyr.

Avdelingen har en utadrettet funksjon mot pasienter som skal ha tilsyn og reparasjon av utstyr og informasjon om bruk mv. Dette skjer både ved oppmøte og per telefon.

5.8 Vareforsyning

Prosessanalysen for vareforsyning er en avgrenset oppgave knyttet til grensesnittet mellom oppgaver som utføres av klinisk personell/kontorpersonell og forsyningspersonell. Den detaljerte og fullstendige beskrivelsen knyttet til alle varegrupper blir utført gjennom vareforsyningsprosjektet³.

Oppgaver knyttet til vareforsyning utføres dels av klinisk personell og kontorpersonell og dels av ulike forsyningstjenester:

- Securitas transporterer gods fra Sterilsentralen og legemidler fra Apoteket.
- Lagervarer leveres av personell fra Sentrallageret.
- Mat og avfall transporteres av transportører.
- Mat og pasienter transporteres av portører.
- Tøy transporteres av eget firma.
- Vanlig papiravfall og konfidensielt papir til makulering transporteres av ansatte, primært kontoransatte.

5.8.1 Aktivitet

I prosessanalysene for vareforsyning har følgende varegrupper og aktiviteter vært belyst:

- Forbruksvarer, væsker
- Rent og urent personaltøy
- Rent og urent pasienttøy
- Mat
- Legemidler
- Avfall
- Sterilgods (sirkulasjonsgods)

5.8.2 Flaskehals og forbedringsområder

Tabell 23: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på varegrupper

Aktivitet / funksjon	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Forbruksvarer, væsker	Utilfredsstillende håndtering av fabrikksterilisert gods.	Dårlig fysisk løsning, uklare rutiner for håndtering.	Risiko for dårlig hygiene i håndtering av varene.
	Tunge transporter, mye venting på heis	Dårlig heiskapasitet, tunge vogner. Tunge løft - spesielt væsker.	Mye venting, dårlig arbeidsmiljø.
	Mye forbruksvarer ligger lagret på avdelingene	Uoversiktlig lagerhold desentralt. For dårlig oppfølging av rutiner.	Høye kostnader i mellomlagring og kassering av varer.
	Personalet i avdelingene bruker mye tid på bestilling og mottak av varer.	Blanding av manuelle og elektroniske system. Nedprioritert av forsyningspersonell.	Mindre tid til pasientrelatert arbeid.
	Mange telefoner for oppklaring og etterbestilling fra avdelingene til sentrallageret. Retting av plukkklister.	Dårlige bestillingsrutiner. Mange bestillere som ikke er godt nok kjent med systemene.	Mye tid går med for forsyningspersonell for å rette lister og svare på telefoner.

³ Vareflyt i Nye Nordlandssykehuset, mai 2007

	<p>Mye emballasje håndteres på avdelingene. Emballasje hoper seg opp i avdelingene. Tid går med for klinisk personell til håndtering/fjerning av emballasje.</p>	<p>Forbruksvarer pakkes i for liten grad ut i sentralt varemottak.</p>	<p>Mye rot i avdelingene. Mindre tid til pasientrelatert arbeid .</p>
Rent og urent tøy	<p>Trangt på desinfeksjonsrommene for håndtering av urent tøy til sjakt.</p>	<p>Sjaktnekast inne på desinfeksjonsrom. Mye annet utstyr hindrer fremkommelighet.</p>	<p>Uhensiktsmessige arbeidssituasjoner.</p>
Mat	<p>Økt antall dietter. 30 % økning på 2 år.</p> <p>Manuelle bestillingssystemer for mat.</p>	<p>Bedre tilbud og informasjon om et variert tilbud. Bedre kunnskap om ernæring. Flere pasienter fra ulike kulturer.</p> <p>Etablert rutine.</p>	<p>Vanskelig å utnytte kjøkkenets rutiner/ brettssystem. Stor økning i antall dietter og spesialkost → ikke lønnsomt med brettservering lenger. Dagens produksjon fungerer best når det er store mengder samme mat. Krever opplæring av personell, leverandører kan levere ferdige retter/buffet.</p> <p>Manuelt arbeid – tidskrevende.</p>
Legemidler	<p>Tid brukes for manuell føring, underskrifter og levering av bestillingslister.</p> <p>Problemer med å få underskrift fra leger.</p> <p>Mye legemidler ligger lagret på avdelingen.</p> <p>Blanding og tilbereding av legemidler som Apoteket kunne tatt må foregå i de kliniske avdelingene.</p> <p>Bestillinger kommer ofte seint fra avdelingene.</p> <p>Antall hjemmepasienter øker - mest behov for TPN.</p>	<p>Etablerte rutiner.</p> <p>Leger ikke tilgjengelig.</p> <p>Uoversiktlige lager, ikke standardiserte systemer for basisbeholdning og bestillinger.</p> <p>Ikke plass i Apoteket.</p> <p>Venting på leger, nedprioritering av levering av lister i forhold til andre oppgaver.</p> <p>Økt ant kronisk syke. Unngår institusjonsopphold.</p>	<p>Tid brukes av klinisk personell for manuell bestilling.</p> <p>Pleiepersonell venter på/leter etter leger for å få underskrift for bestilling.</p> <p>Høye kostnader for lagerhold og kassering av legemidler</p> <p>Mindre tid til pasientrettet arbeid for pleiepersonalet. Høyere kvalitet ved tilbereding i Apoteket.</p> <p>Lite tid for klargjøring og uttransportering av legemidler til rett tid.</p> <p>Økte kostnader, behov for planlegging, transport, logistikk.</p>
Avfall	<p>Lite fraksjonering av avfall. En del papir går i restavfall.</p> <p>Klinisk personell og kontorpersoneell bruker mye tid på transport av små esker med papir over lange</p>	<p>Avfallssug tar kun en fraksjon. Personalet har ikke tid til å bringe papir til containere. Ikke plass for sortering ved kilden / pasientrommene.</p> <p>Sentralisert oppsamling av avfall. Renholdspersonell tar ikke papiravfall.</p>	<p>Høye kostnader for avfallsmottak (mye restavfall).</p> <p>Redusert tid til pasientrelatert arbeid for klinisk personell.</p>

	<p>avstander til containere ute.</p> <p>Kontorpersonell bruker mye tid på å bringe og vente på makulering av konfidensielt papir.</p> <p>Sortering av matavfall på avdelingene fungerer ikke. Spesiellagde beholdere på vognene brukes ikke.</p> <p>Risikoavfallsesker fra Apoteket lagres utenfor utgangsdøra.</p>	<p>Sentralisering av makuleringsfunksjonene og ingen koordinert transport.</p> <p>For dårlig informasjon om muligheten for å sortere matavfall. Personalet bruker ikke tid på å fjerne matavfall fra brettene.</p> <p>Manglende rutiner</p> <p>Ikke plass for mellomlagring av risikoavfall inne i avdelingen.</p>	<p>Redusert tid til støttetjenester for klinisk personell.</p> <p>Høye kostnader for håndtering av restavfall.</p> <p>Fare for at noen kan stjele, ødelegge eskene.</p>
Sterilgods	Dagens transport av fabrikksterilisert gods er ikke god nok. Viktig med riktig hygiene under transport og håndtering.	Dårlige rutiner, lite kunnskap om effekten av dagens håndtering av varer .	Økt antall infeksjoner.
Generelt om forsynings-tjenestene	<p>Ikke koordinerte transporter. Ingen utnyttelse av returtransporter.</p> <p>Økt behov for forsyningstjenester eksternt; NPS og til hjemmeboende pasienter.</p> <p>Opphoping av vogner og avfall utenfor heisene.</p>	<p>Ansvar er oppdelt på mange enheter.</p> <p>Økt antall pasienter som behandles hjemme.</p> <p>Dårlig logistikk. Containere for oppsamling plassert ved heisene.</p>	<p>Dårlig ressursutnyttelse.</p> <p>Behov for koordinering. Økte kostnader.</p> <p>Uryddig inntrykk, brannfare.</p>

5.8.3 Bemanning og oppgavefordeling

For vareforsyning er det ikke innhentet bemanningstall for dagens organisering. Dette vil bli behandlet i vareflyanalysen.

Oppgavefordeling mellom forsyningspersonell og klinisk personell er beskrevet i tabellen under. Det er noen variasjoner fra avdeling til avdeling.

I tillegg til disse tjenestene utfører både pleiepersonell og portører transport av pasienter

Tabell 24: Oppgavefordeling for vareforsyning mellom personellgrupper , 2007.

Varegruppe	Aktivitet	Pleie personell	Kontor personell	Forsynings personell	Kommentarer
Forbruksvarer, væsker	Bestille fra sentrallager	X			
	Plukke, transportere			X	Lagerpersonale
	Motta, legge i hyller	X			
Rent tøy	Bestille fra vaskeri			X	Utføres av vaskeriet
	Plukke, transportere			X	Utføres av vaskeriet
	Legge i hyller			X	Utføres av vaskeriet
Urent tøy	Hente fra sjaktnedkast/vogn			X	
	Kjøre til vaskeri			X	

Mat	Bestille fra sentralkjøkken	X			
	Plukke, transportere			X	Portører
	Distribuere til pasient	X			
Legemidler	Bestille fra Apotek	X			
	Plukke			X	Farmasøyt, apotektekniker
	Transportere			X	Securitas
Avfall	Sortere	X	X		
	Transportere	X	X	X	Papir: Alle Emballasje: Pleiepersonale Risiko/spesialavfall: Transportører
Sterilgoods	Bestille	X			
	Plukke	X			Sterilsentral
	Transportere (sterilt)			X	Securitas til avdelingene

5.9 Kontorstøtte

Kontorstøtte er ikke en aktivitet men en funksjon som inngår i mange pasientforløp. Kontorstøtte ble tatt med i gjennomgangen av pasientforløpene fordi det inngår som en viktig forutsetning for gjennomføring av pasientforløpene, og fordi endringer i organisering av pasientforløpene får konsekvenser for innholdet i denne funksjonen og dermed arbeidsoppgavene for ansatte som arbeider med kontorstøtte.

5.9.1 Aktivitet og funksjoner

Kontorstøtte knyttet til de kliniske enhetene er i hovedsak ekspedisjoner i poliklinikker og dagenheter (herunder røntgen og andre som tar i mot pasienter), funksjonen postsekretær ved sengeenheter (i noen avdelinger utføres de samme oppgavene av driftssykepleier) og skrivestuer. Ved noen enheter finnes det timekontor som utfører oppgaver knyttet til ventelister, timebestilling og innkalling av pasienter, men på de fleste avdelinger utføres dette av ekspedisjoner, skrivestue eller postsekretær. I budsjettet betegnes stillingene som merkantilt personell, sekretær eller kontorleder. De fleste har en utdanning som omfatter helsefaglig innhold (helsesekretær) og de tilhører derfor gruppen helsearbeidere. I denne fremstilling vil de bli benevnt helsesekretær.

Helsesekretær samarbeider tett med sykepleiere, leger og andre behandlere i sykehuset og det er stor ulikhet i grensesnitt mot andre personellgrupper og dermed i oppgaver, mellom avdelingene. Omlegging av pasientforløpene og omorganisering av de kliniske enhetene vil måtte innebære endringer i relasjonene til andre faggrupper og dermed i oppgaver for helsesekretærer.

5.9.2 Flaskehals og forbedringsområder

Gjennomgangen ble knyttet til et pasientforløp for å kunne vise dagens problemstillinger på en systematisk måte og slik at konsekvenser av endringer i pasientforløpene kunne avdekkes lettere.

Tabell 25: Oversikt over flaskehals med årsak og konsekvens fordelt på aktiviteter

Hoved-aktivitet	Flaskehals, utfordring	Årsak	Konsekvens
Henvisning Planlegging	Henvisningene fra fastlegene er uklare, mange feil. Mange papirhenvisninger.	Fastleger bruker ikke elektroniske henvisninger. IKT-systemet er ikke godt nok.	Helsesekretærer må tolke/vite hvor henvisninger skal sendes (hvilken lege).
	Mange interne telefonhenvisninger.	IKT-systemet brukes ikke, for dårlig opplæring av leger.	Mye telefoner, krever mye arbeid, kan oppstå feil.

	<p>Elektroniske dokumenter tas i noen tilfeller ut på papir og fordeles til leger.</p> <p>Papir til makulering må bringes manuelt til sentralt makuleringsrom.</p> <p>Feil på pasientens navn og adresse. Noen må følge opp adresseendringer.</p> <p>Manglete elektronisk kommunikasjon med primærleger og andre.</p> <p>IKT-systemet utnyttes ikke godt nok.</p>	<p>Leger skal ha papirkopi for å kunne skrive epikrise. Uklare rutiner, forskjellige rutiner og praksis.</p> <p>Tas ikke av transportpersonell.</p> <p>Har ikke oppdatert informasjon fra folkeregisteret elektronisk.</p> <p>Regelverk, ikke godt nok utviklet systemer. Datatilsynet stopper at bilder fra private røntgeninstitut, må brenne en CD.</p> <p>Manglete kunnskap og erfaring med bruk av IKT-systemet, spesielt blant leger. IKT-systemet er ikke tilpasset klinisk personell.</p>	<p>Merarbeid med skanning, makulering.</p> <p>Tar mye tid.</p> <p>Feilretting, kontroll, ekstra arbeid, lite produktivt.</p> <p>Merarbeid.</p> <p>Redusert effektivitet.</p>
Planlegging, venteliste, innkalling	<p>Ulike rutiner, mangelfull planlegging.</p> <p>Får ikke oppdatering av legers fravær og tilgjengelighet.</p> <p>Mange pasienter møter ikke, hull i programmet.</p> <p>Pasienter glemmer og avbestille</p> <p>Venteliste skaper mye papirarbeid som kunne vært overført til elektronisk behandling.</p> <p>Den skriftlige pasientinformasjonen blir ikke forstått, brukt.</p> <p>Alle avdelingene er ikke informert om pasienten.</p>	<p>Forskjellig organisering mellom avdelinger.</p> <p>Manglende rutiner, kommunikasjon. Legers turnus ikke elektronisk tilgjengelig, mye vikarer, ikke alle melder fravær. Legene hindrer at det ikke blir innført bedre rutiner.</p> <p>Dårlig informasjon, oppfølging, manglende rutiner, kvalitet på systemer.</p> <p>Ventelistebrevet er ikke forståelig, ikke leservennlig, regelverk som er vanskelig å forstå.</p> <p>Mangelfull IKT-støtte. Ikke oppdatering mellom DIPS og PACS.</p> <p>Dårlig kvalitet, komplisert. Ufullstendig, feil data i innkalling.</p> <p>Ikke automatisk synlig i IKT-systemet.</p>	<p>Mye merarbeid.</p> <p>Store variasjoner i aktiviteten, dårlig kapasitetsutnyttelse.</p> <p>Mye endring, dårlig service, dårlig kapasitetsutnyttelse.</p> <p>Dårlig utnyttelse av kapasiteten.</p> <p>Merarbeid.</p> <p>Mange telefoner, dårlig service.</p> <p>Merarbeid.</p>
Mottak	<p>Pasienter finner ikke frem, må ha følge.</p> <p>Feil i pasientinformasjon på øhj- pasienter når de kommer til posten.</p> <p>Problemer med giroer som går til purring.</p>	<p>Dårlig skilting, noen må hentes. Ingen til å følge pasienten.</p> <p>Mangler helsesekretær i akuttmottaket for å rydde og skrive inntaksjournaler.</p> <p>Feil adresser.</p>	<p>Dårlig service, ekstra oppgaver for helsesekretær.</p> <p>Feil kan oppstå, merarbeid/kontroll for postsekretær.</p> <p>Merarbeid, taper penger.</p>
Utskriving	Ulik kvalitet på dokumentasjon fra legen. Poliklinisk notat og	Uklare rutiner.	Merarbeid, ekstra kvalitetskontroll.

	poliklinisk epikrise, hva er forskjellen?		
	Krav til epikrise etter 7 dager.	Overholdes ikke av alle.	Dårlig service.

5.9.3 Bemanning og oppgavefordeling

I forbindelse med prosessanalysene for poliklinikker ble det pekt på forskjeller i hvordan oppgavene er organisert ved de forskjellige enhetene og hvordan de er fordelt mellom personellgrupper. Personell i ekspedisjon og skrivestue og postsekretærer betegnes medisinsk kontorphersonell, og mange er utdannet helsesekretær:

Tabell 26: Oppgavefordeling mellom personell for kontorstøtte

Oppgaver, aktivitet	Personell	Kommentar
Mottak henvisning, eksternt	Skrivestua Ekspedisjonen Postsekretær	Åpnes og sorters på lege/fag
Mottak henvisning, intern	Ekspedisjon Sykepleier	Både telefonisk og elektronisk. Noen ganger skrives den ut.
Prioritering	Lege setter tallkode.	Avdelingsoverlege Spesialist på et fagområde. Vakthavende på interne henvisninger.
Planlegging venteliste, inntak. Koordinering.	Avdelingssykepleier Ekspedisjon Postsekretær	Mange manuelle rutiner, store forskjeller Kan sentraliseres?
Innkalling, tilskrive pasienten	Ekspedisjon Postsekretær	Sender ut brev med venteliste eller time.
Informasjon, kontakt om time, innleggelse oa.	Ekspedisjon Postsekretær Sykepleier Avdelingssykepleier	Mange telefoner som forstyrrer. Hvem bør ta mot slike telefoner?
Mottak av pasient, ØHJ og elektiv.	Ekspedisjon Postsekretær Sykepleier	Noen leverer ut giro, andre har betalingsterminal.
Bestille undersøkelser, interne henvisninger.	Postsekretær Sykepleier	Både telefonisk og elektronisk.
Følge pasient, vise til rette.	Ekspedisjon Sykepleier	Hva er mest rasjonelt?
Undersøkelse, behandling.	Lege Sykepleier Andre	Noen spesielle oppgaver utføres av sykepleier KEF, sosionom, fysio-/ergoterapeut oa har egne pasienter.
Assistere.	Sykepleier Kontorphersonale	
Opphold, pleie, observere, dokumentere.	Sykepleier Postsekretær	Postsekretær bidrar i dokumentering.
Informere pasienten etter undersøkelse og ved utskriving.	Lege Sykepleier	
Sette koder og takster.	Lege	
Kontroll av takster.	Ekspedisjon Postsekretær	Kvalitetssikring av riktig kodebruk, sikre inntekter
Organisere hjemreise, hjelpe pasienter og pårørende.	Postsekretær Lege Sykepleier	Lege angir behovet. Sykepleier eller helsesekretær setter opp timen og gir pasienten beskjed enten samme dag eller i brev.
Ny tim.e	Lege Sykepleier Ekspedisjon	Lege angir behovet. Sykepleier eller helsesekretær setter opp timen og gir pasienten beskjed enten samme dag eller i brev.
Skrive epikrise og journalnotat.	Lege Skrivestue ekspedisjon	Lege skriver i noen tilfeller selv.

	Postsekretær	
Administrative oppgaver for avdelingsjef, avdelingsleder.	Skivestue, ekspedisjon Postsekretær.	Ulik organisering og oppgavefordeling, forskjell på små og store avdelinger.

Det er store forskjeller mellom avdelinger avhengig av organisering, stilling, funksjon og kompetanse.

Oversikten viser at postsekretær har sine oppgaver i hovedsak knyttet til de samme aktivitetene i pasientforløpet som helsesekretærer på poliklinikker og dagenheter.

6 Sammenligninger og beste praksis

I prosessanalysen har det vært trukket fram noen eksempler på at noen organiserer og utfører prosesser og forløp på forskjellige måter. Eksempelene er tatt både fra Nordlandssykehuset, sykehus nasjonalt og internasjonalt.

6.1 Lokalt

Utskriving heldøgns innlagte: Kirurgisk avdeling, NLSH har hatt et prosjekt knyttet til informasjon til pasienter som skal utskrives.

Åpen reinnleggelse: Medisinsk avdeling, NLSH har rutiner på medisinsk vurdering av pasientene når de legges inn.

Informasjon, oppfølging av operasjonspasienter: Dagkirurgisk avdeling ringer pasienter som ikke har bekreftet skriftlig at de kommer. Unngår strykninger.

Prosessanalyser: Lofoten sykehus, NLSH har gjennomført prosessanalyser for flere pasientforløp i samarbeid med Ringerike sykehus som har utviklet modellen "pasientfokusert redesign".

Preoperativ forberedelse: Aker sykehus har preoperativ poliklinikk ("Prepol") der kirurg og sykepleier har konsultasjon med pasienter ca 2 uker før operasjon.

Operasjonsstuedrift: Dagkirurgisk avdeling har rutiner for oppfølging av fastleger for å få gode henvisninger. De har en tett oppfølging av pasientene for å sikre at de kommer til operasjon.

Kontorpersonale: Oversikt over arbeidsoppgaver, kartlegging gjennomført i forbindelse med risikoanalyser ved NLSH. Rapport: "Analyse av etablering av fellessenter", Deloitte mai 2004.

IKT: Evalueringsrapport "EPJ-status ved NLSH", november 2003.

6.2 Nasjonalt

Prosessanalyser: Ringerike sykehus har utviklet modellen "pasientfokusert redesign" for å effektivisere behandlingsforløp og som grunnlag for utvikling av et prosessorganisert sykehus.

Hospiteringsordninger: Helse Midt-Norge har gjennomført prosjekt med hospiteringsordninger mellom sykehus i RHF'et og mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Åpen timebok og elektronisk timebestilling → UNN

Automatiske system for vareforsyning: St. Olavs Hospital og Nye Ahus har distribusjon av legemidler med røpост. Ahus utvikler helautomatisert bestillings-, tilberednings- og distribusjonssystem for legemidler. Både Nye Ahus og St. Olavs Hospital tar i bruk AGV. St. Olavs Hospital har avfallssug med inntil 4 fraksjoner.

Organisering av mottak av traumer. Simulering
→ Simulatortrening. Prosjekt mellom Rikshospitalet og Umeå: "MATADOR"

Observasjonsenhet i Akuttmottaket. Hvilken effekt får det for sengeområdene, og hvordan blir samhandlingen. Noen sykehus i Norge har observasjonsenheter (Skien, Ullevål)

Poliklinikker: Pasienterfaringer ved somatiske poliklinikker PasOpp nr 4 2004.
"Nye roller i poliklinikker" og "Ledelse og organisering: Sykepleierrollen i poliklinikkene" – organisering av sykepleiers rolle i poliklinikken, Sykepleien nr 3/2005 og nr 5/2004.

Utvikling av IKT-løsninger: Erfaringer og faglige synspunkter fra Helse Midt-Norge.

6.3 Internasjonalt

Triage (enhetlig vurdering og prioritering → kriteriebasert triage): Australske triagesystem fører til at alle pasienter blir kategorisert og behandlet likt uavhengig av hvilket sykehus de havner på. Ligner triagesystemet i USA og Canada. "Five-tier triage scale (NTS)", "Emergency Severity Index (ESI)". St. Olavs Hospital er i ferd med å innføre et triagesystem. Stavanger har system for triage.

Standard pasientforløp og behandlingsprotokoller: I England er det sykepleierdrevne "minor injury clinics" der de driver undersøkelse og behandling etter protokoller. Tilsvarer akuttpoliklinikker.

Hvidovre sykehus → "Accelererede patientforløb", spesielt for kirurgiske pasienter.

Hjerteinsufficiensklinikk på Silkeborg Centralsykehus. Betjenes av spesialsykepleiere, utbredt samarbeid med primærhelsetjenesten. Forventet redusert liggetid med 3 dager.

"Joint care" for hoft- og knepasienter, Århus Amtssykehus: Ortopedkirurgisk avdeling for hoft- og kneprotesoperasjoner. Betydelig reduksjon i liggetid.

England: Standardiserte forløp for hoftepasienter. 3-5 dager gjennomsnittlig liggetid. Ingen rehabiliteringsinstitusjoner. "Bridging team" mellom sykehus og hjemmebasert omsorg.

Pasientforløp/protokoll for pasientgrupper i en observasjonsenhet, eksempler fra Australia

Felles timekontor for et sykehus: Kidderminster Hospital i Birmingham har felles timekontor. Sykehuset har elektiv virksomhet, poliklinikker, dagopphold og heldøgns innlagte i tillegg til "minor injury center".

Utskriving heldøgns innlagte: NHS, sykepleiere skriver ut pasienter, "Nurse led discharge"

Observasjonsenhet, også kalt Clinical decision unit (CDU), klinisk vurderingsavdeling (KVA), Short stay unit. Etablert i mange land, men med forskjellig fokus. Noen er for spesielle pasientgrupper. Ulik åpningstid. Noe har inntil 2-3 dagers oppholdstid.

Felles pleieressurs: I England og USA har man bemanningsmodeller med basisbemanning i sengeområdene + "flytsykepleiere", dvs sykepleiere som går imellom avdelinger der det er størst behov ut i fra daglig pleietyngdemåling. Dette er sykepleiere med høy kompetanse som får tillegg i lønn for å være "flytsykepleiere".

Preoperativ forberedelse: Preoperativ undersøkelse, anestesipoliklinikk. I England har man innført "Nurse led preassessment" før operasjon. Kommer i tillegg til en poliklinisk konsultasjon. Målsettingen er å unngå strykninger og å ha pasienten så godt forberedt som mulig. Standardisert informasjon, og pasienten blir forberedt på hva hele behandlingsforløpet går ut på. Eksempler fra England i treatment centres som Kidderminster og Debenham.

Organisering av operasjonsstuedrift: En del sykehus har en ansvarlig for daglig koordinering av felles ressurser, "Theatre Manager".

I Australia har det vært prosjekter på "Right Person to Do the Right Thing In Operating Theatres" der man har sett på endring i oppgavefordeling mellom operasjonssykepleiere og assistenter, spesielt knyttet til instrumenthåndtering.

For dokumentasjon med logging av årsak til strykninger finnes "Cancelled Operation Toolkit".

7 Fremtidens virksomhet i Nye Nordlandssykehuset

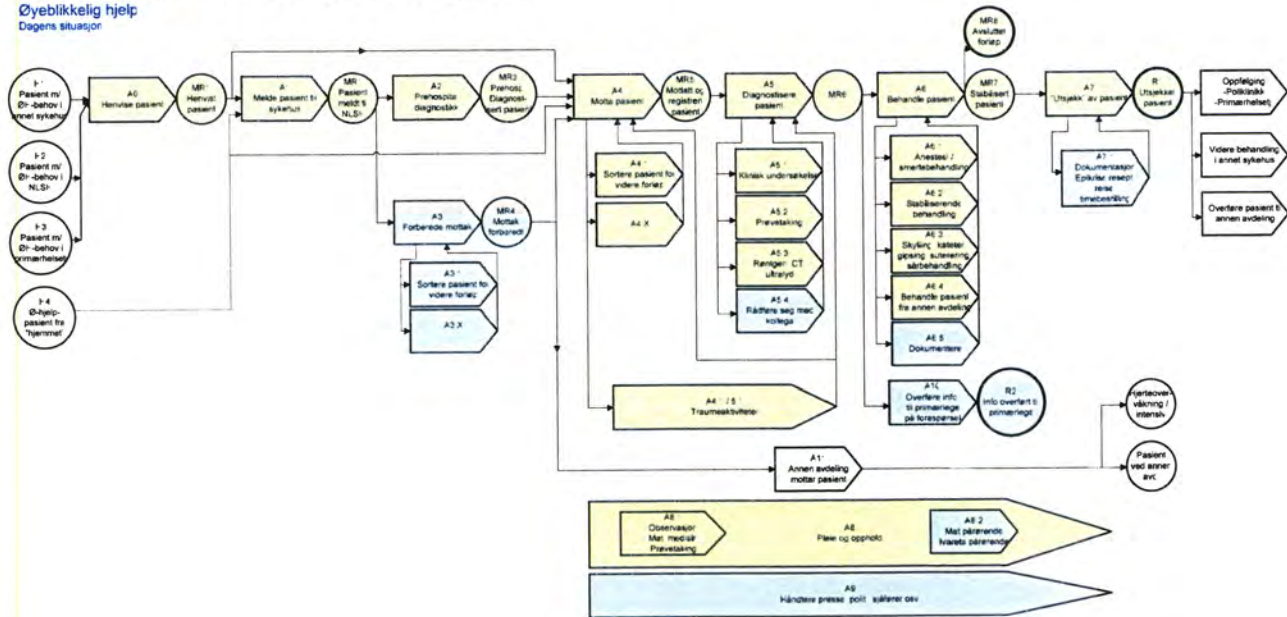
Det er foreslått en lang rekke tiltak for Nye Nordlandssykehuset for å bedre pasientforløp og arbeidsprosesser. I dette kapittelet er det for hver av forløpsgruppene beskrevet forslag til tiltak på ulike nivå og med ulikt omfang. Det er imidlertid noen større endringer som er felles for alle eller mange av forløpene og som har stor effekt for drift i sykehuset.

Kapittel 8 har en oppsummering av tiltak som har stor effekt for Nordlandssykehuset og som går på tvers av en del av forløpene

7.1 Pasientforløp øyeblikkelig hjelp

Figur 27: Flytskjema for øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp
Dagens situasjon



I det fremtidige sykehuset er det planlagt at alle øhj polikliniske konsultasjoner for medisin, kirurgi og ortopedi skal foregå i Akuttmottaket. Det betyr en endring på dagtid i forhold til dagens praksis, dvs. en reell økning i poliklinisk aktivitet i Akuttmottaket ved at øhj-kirurgi og ortopedi flyttes fra poliklinikkene til Akuttmottaket.

Det er i HFP beregnet en økning på ca 30 % for de polikliniske konsultasjonene fram til 2020. Totalt vil 16-17 pasienter i gjennomsnitt ankomme Akuttmottaket som poliklinisk øhj hver dag mellom 08 og 15. De fleste av disse er ortopediske konsultasjoner.

Tabellen under viser de hyppigste diagnosene for pasienter som kommer til polikliniske øhj-konsultasjoner. Den viser at det er en del pasienter som er i grenselandet mellom kommunale helsetjenester (legevakt) og spesialisthelsetjeneste.

Tabell 28: Øhj polikliniske konsultasjoner, de hyppigste diagnosene fordelt på fagområde

4 hyppigste diagnoser pr avdeling		Antall
Kirurgi	Akutt abdomen	54
	Generell medisinsk undersøkelse	45
	Etterunders. etter kir behandling	24
	Uspes smerte buk, bekken	23
Ortopedi	Kontusjon av ankel	231
	Kontusjon av hånd, håndledd	202
	Radiusfraktur	137
	Forstuing, forstrekking	128
Medisin	Uspesifisert brystsmerte	31
	Observ.usps sykdom	28
	Smerte i ekstremitet	26
	Dyspné	26

7.1.1 Beskrivelse av prosessen

Pasienter som får en tilstand der de har behov for øyeblikkelig hjelp- konsultasjon eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten kontakter 113, sin fastlege eller legevakt. Det ringes til vakthavende lege og skrives en elektronisk henvisning som umiddelbart sendes til Akuttmottaket. Vakthavende lege varsler ansvarlig sykepleier i Akuttmottaket.

Pasientene kommer i ambulanse, egen bil eller drosje til sykehuset. Ambulanser kommer via ambulanseinngangen. Øvrige pasienter kommer via sykehusets hovedinngang hvor de henvender seg i sentral resepsjon. Alvorlig, kritisk syke pasienter er varslet via AMK-sentralen og tas direkte inn på traumerom hvor utstyr og traumeteam er klargjort.

Pasienter innenfor fagområdene medisin, kirurgi og ortopedi som ankommer med egen transport (ikke ambulanse), kommer til Akuttmottaket via hovedinngangen og sentral resepsjon. Øvrige pasienter blir videresendt til sine respektive avdelinger (øye, ØNH, føde, gyn, barn, neurologi). Sentral resepsjon er varslet på forhånd via AMK-sentral eller innleggende lege.

Pasientene som ankommer Akuttmottaket tas imot av triagesykepleier som vurderer hastegrad, uavhengig av om pasienten skal behandles poliklinisk eller innlegges. Det settes i gang undersøkelse og behandling etter standardiserte pasientforløp og protokoller. Analysesvar foreligger raskt.

Dersom pasientens tilstand ikke tilsier at undersøkelse og behandling skal iverksettes umiddelbart, blir han/hun henvist til Akuttmottakets venteområde, eller får utdelt pasientvarsler og kan bevege seg fritt i sykehusets 1.etasje.

Lege får fortløpende informasjon på pc/PDA over pasienter som er på vei, eventuelt er mottatt og sortert med hastegrad og venter i Akuttmottaket. Pasienten undersøkes, analysesvar vurderes og pasientjournal tas opp. Det forordnes legemidler og annen behandling og/ eller eventuelle ytterligere undersøkelser elektronisk.

Pasienter med uklar diagnose og/eller som har behov for overvåking i inntil 24 timer legges inn i Observasjonsenheten.

Diagnostikk av pasienter som er innlagt i Observasjonsenheten skal prioriteres høyt slik at pasientflyten blir effektiv.

Pasienter med åpen innleggelse skal undersøkes av lege (høy prioritet) før de overføres til sengeområdene.

Pasient og henvisende lege er godt informert ved hjemreise eller overflytting til annet sykehus fra Akuttmottaket. Det er en forutsigbar oppfølging ved at epikrise og plan utleveres ved utreise.

7.1.2 Endringer og tiltak

Tabell 28: Tiltak med vurdering av effekt av tiltaket fordelt på aktiviteter

Aktivitet	Tiltak	Effekt av tiltaket
Henvisning	<p>Pasienter fra legevakt eller fastlege har skriftlig henvisning.</p> <p>Pasienter som kan behandles i primærhelsetjenesten og psykiatrisk institusjon skal behandles på disse nivåene.</p> <p>Innlagte pasienter som trenger øhj-poliklinikk blir henvist til Akuttmottaket eller behandles i sengeområdene dersom de ikke har behov for spesialrom.</p> <p>Data om pasienten er om mulig overført elektronisk fra henvisende lege. Ved manuelle henvisninger skal det være lett tilgang til data fra Folkeregisteret.</p>	<p>Forutsigbarhet og økt pasientsikkerhet.</p> <p>Riktig pasient på riktig sted, kostnadseffektivt.</p> <p>Ikke forstyrrelse av elektiv virksomhet i poliklinikkene.</p> <p>Effektiv dokumentflyt.</p>
Mottak	<p>Pasienter med åpen innleggelse tas imot og har en enklere mottakssituasjon enn øvrige pasienter.</p> <p>Utarbeidelse av standard pasientforløp og protokoller. Registrering av avvik.</p> <p>Innføring av triagesystem.</p> <p>Informasjon på pc/PDA over pasienter som til enhver tid er sortert, på vei til eller oppholder seg i Akuttmottaket.</p> <p>Ambulansepersonell bistår ved mottak av øhj-pasienter</p> <p>Det er utviklet pasientkort der alle administrative data registreres.</p>	<p>Økt pasientsikkerhet</p> <p>Økt kvalitet, bedre pasientflyt.</p> <p>Økt kvalitet, bedre ressursstyring.</p> <p>God kommunikasjon, effektiv pasientflyt.</p> <p>Bedre ressursutnyttelse.</p> <p>Effektiv dokumentflyt, bedre kommunikasjon.</p>
Diagnostikk og behandling	<p>Sykepleiere i Akuttmottaket utfører prøvetaking og noen analyser etter standardiserte pasientforløp og protokoller.</p> <p>Pasienter i Akuttmottaket og Observasjonsenheten har høy prioritet for prøvetaking/analyser og røntgen.</p> <p>Online operasjonsstyringssystem.</p>	<p>Effektiv pasientflyt.</p> <p>Effektiv pasientflyt.</p> <p>Forutsigbarhet, god kommunikasjon.</p>
Utskriving/overflytting	<p>Leger og sykepleiere dikterer eller skriver selv journalnotater.</p> <p>Akuttmottaket har ett henvendingspunkt, telefon til ansvarlig sykepleier i hvert sengeområde.</p> <p>Epikrise, journalnotat utleveres til pasient og henvisende lege ved hjemreise.</p>	<p>Rask dokumentflyt, god kommunikasjon.</p> <p>Unngå venting, god kommunikasjon.</p> <p>Pasientsikkerhet, effektiv kommunikasjon</p>

7.1.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

I Nye Nordlandssykehuset er det forutsatt en økning i kapasitet ved at antall observasjonsplasser øker fra 4 til 13. I tillegg øker den polikliniske aktiviteten ved at alle øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner for medisin, kirurgi og ortopedi tas i Akuttmottaket.

Det forutsettes at ambulanspersonell kan inngå i teamet i Akuttmottaket og utføre en del oppgaver i forbindelse med mottak av pasienter. Dette forutsetter en nærhet mellom den fremtidige ambulansstasjonen og Akuttmottaket.

I hver vakt vil en av sykepleierne ha rolle som triagesykepleier med ansvar for prioritering av pasienter. Triagesykepleier vil ha ansvar for å styre den samlede ressursen i forhold til prioriteringer av pasienter. I denne sammenheng er det viktig å avklare roller mellom vakthavende lege, avdelingssykepleier og triagesykepleier.

For legene vil det være behov for tett oppfølging fra de respektive avdelinger av "sine" pasienter i Observasjonsenheten. For å kunne være styrket til å kunne vurdere effektiv behandling av pasient på riktig nivå, er det behov for erfarne leger i Akuttmottaket sammen med turnuskandidatene.

Ved en innføring av standardiserte pasientforløp og protokoller er det viktig med opplæring av ansatte og vikarer og rutiner for oppdatering av forløpene slik at de er holdt a jour faglig.

Tabell 30: Forslag til fremtidig bemanning for Akuttmottak m/Observasjonsenhet i Nye Nordlandssykehuset

Bemanning Akuttmottak, Nye Nordlandssykehuset																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Sykepleier	9	9	6	9	9	6	9	9	6	9	9	6	9	6	6	7	5	5	7	5	5
Sykepleier (AMK)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ambulansekoord	1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1	
Lege	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Portør																					
Leder	4			4			4			4			4								
Assistent																					
Kontorpersonell	1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1	

For leger er det her forutsatt 2 turnuskandidater og 2 ass.leger tilgjengelig for Akuttmottaket, i tillegg til bakvakter for de respektive fagområdene.

Portørene forutsettes organisert felles med øvrig transport- og sikkerhetstjeneste i sykehuset. Noen av portørene oppholder seg i Akuttmottaket på vakt.

Bemanningsgrunnlaget som er benyttet i Konseptrapporten er 12 (dag) + 9 (aften) + 7,7 (natt) for ukedagene og 9 + 9 + 7 for helgene i Akuttmottak, Observasjonsenhet og Infeksjonsenhet. Det var også forutsatt en variasjon i høy- og lavdriftsperioder. Dette er ikke relevant for Akuttmottaket og Observasjonsenheten. Det var da forutsatt at det var felles bemanning for Infeksjonsenhet og Observasjonsenhet. Det er ikke sett på bemanningsbehov for Infeksjonsenheten i prosessanalysen.

Det betyr at bemanningsforslaget i tabell 30 avviker fra forslaget i den driftsøkonomiske analysen som er utarbeidet i forbindelse med Konseptrapporten.

Til sammenligning er det ved Sykehuset Telemark (Skien) 9-10 sykepleiere på dagtid i ukedagene og 6 i helger, og 9 og 6 på kveldsvakt og 5 på natt. 2 ledere kommer i tillegg. Dette er et

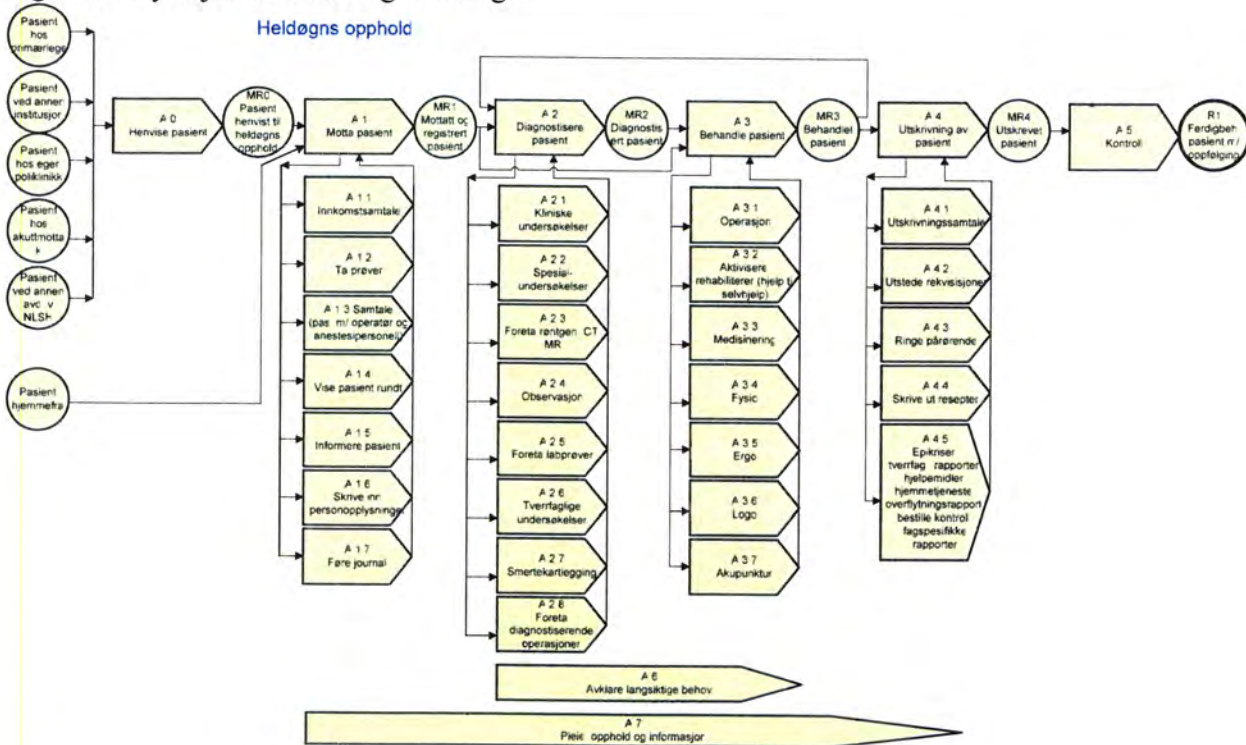
akuttmottak/akuttpoliklinikk som tar imot ca 75 pasienter pr døgn i ukedagene. Det var 15 521 øhj- innleggelser i 2005 (9 596 ved NLSH). Det er 9 observasjonssenger i enheten. Det er ikke legevakt i tilknytning til Akuttmottaket.

7.1.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

Prosjektert løsning for venteplasser for pasienter og pårørende i Akuttmottaket bør vurderes på ny med tanke på økningen i polikliniske øhj-pasienter.

7.2 Pasientforløp heldøgns opphold

Figur 31: Flytskjema for heldøgns innlagte



7.2.1 Beskrivelse av prosessen

Henvising til heldøgns opphold er skrevet etter gitte kriterier enten av fastlege eller lege i poliklinikk, andre avdelinger og/eller andre poliklinikker. Henvising sendes elektronisk og mottas i felles timekontor for sykehuset. Spesialist vurderer og prioriterer henvising. Timekontoret tilskriver pasienten. Det gis mulighet for at en viss andel av polikliniske konsultasjoner og røntgen kan bookes direkte fra henvisende lege.

Pasient får tilsendt nødvendig informasjon fra sykehusets timekontor. Det er vedlagt en beskrivelse av forløpet som gir pasienten forutsigbarhet. Generell informasjon kan legges ut på internett som er tilpasset brukerbehov.

Pasienter som henvises til elektiv innleggelse får utført flest mulig blodprøver, røntgen og EKG før innleggelse, enten hos fastlege eller i poliklinikk.

Pasienter som skal til elektiv operasjon møter til "prepol" (preoperativ poliklinikk) ca 2 uker før operasjon. Pasienten får skriftlig informasjon om forløpet. Kirurg og sykepleier tar imot pasient sammen. Noen pasienter får også konsultasjon hos fysioterapeut. For noen pasientgrupper vil det

være aktuelt å innkalle pasienter med samme diagnose/operasjon samtidig. Pasienten får informasjon om innleggelse, evt. operasjon eller undersøkelse, slik at forløpet er godt forberedt.

Pasienter som skal til operasjon eller større undersøkelser bekrefter at de kommer, eller ringes opp for bekreftelse av timekontoret. Pasienten får sms som påminnelse om innleggelsestidspunkt.

Pasienter som kommer til sykehuset for elektiv innleggelse henvender seg i sentral resepsjon i sykehuset, der de oppgir navn og fødselsdato og får utdelt pasientkort. Pasienter som ikke har utført forundersøkelser før innleggelse blir henvist til prøvetakingsenheten for blodprøver og EKG. Innleggende lege skal ha vurdert på forhånd om det skal være avvik fra standard. Dersom det ikke er klart for mottak av pasienten i sengeområdet, får pasienten utdelt en personvarsler og kan vente i kafeen. Frivillige bistår pasienter med å vise vei, servere osv ved behov. Noen pasienter må på grunn av helsetilstand gå direkte til sin avdeling.

Når pasienten kommer til sengeområdet, blir han/hun tatt imot og vist til sengerom, samt informert om praktiske forhold rundt oppholdet. Pasienten blir tatt imot og journalført av lege (PAL) og sykepleier (PAS) i fellesskap. Det utarbeides felles plan og målsetting for oppholdet. Alle pasienter oppgir en hovedkontaktperson i familien.

Alle pasienter får tilbud om å snakke med lege ved behov under oppholdet. Det er ingen daglig runde med visitt på rommene. Sykepleier og lege avtaler i previsitten om hvilke pasienter som skal ha samtale med lege. Det er en effektiv previsitt for gjennomgang av pasientene for leger og ansvarlige sykepleiere. Prøver bestilles av legen elektronisk (med hastegrad) og legemidler forordnes/endres elektronisk ved hjelp av pc eller PDA. Det gis beskjed til ansvarlig sykepleier eller medisinsk kontorpersonell om bestilling av spesialundersøkelser, røntgen osv

Pasienter som skal til undersøkelser blir fulgt/transportert av portører. Dette bestilles elektronisk. Melding går direkte til ledig person nærmest tilkallingsstedet. Pasienter som skal til operasjon følges av sykepleier.

Utskriving er planlagt alt ved innleggelsen ved at pasienten følger standardiserte pasientforløp. Da kartlegges boligsituasjon, funksjonsnivå, pårørende, hjelpebehov for pasienter som har behov for oppfølging ved utskrivningen. Tidlig kontakt tas med hjemmetjenesten, der det er vurdert behov for oppfølging. Pasienter som følger etablert pasientforløp utskrives av sykepleiere når kriteriene for utskrivning oppfylles. Pasienter utskrives tidlig på dagen slik at senger frigjøres for nye pasienter og at pasienten får god tid til å forberede seg på hjemreise. Pasienten får foreløpig epikrise med seg ved utreise. Eventuell resept sendes elektronisk til ønsket apotek for uthenting av medisiner. Timekontoret bestiller eventuell ny innleggelse, røntgen, poliklinisk time. Pasienthotellet booker rom for pasienter som har behov for overnatting i hotell (både pasienthotell og andre hotell) før hjemreise. Pasienter som må vente på skyss venter i kafeen i 1.etasje. Pasientkort makuleres når pasientene forlater avdelingen.

Pasienter som reiser hjem etter operasjoner og som trenger oppfølging (pga dren, mobilisering, sårstell med mer) får hjemmebesøk eller telefonisk henvendelse fra sykehuset. Det er tidlig i forløpet kontaktet kommunehelsetjeneste for oppfølging av tverrfaglige team/ambulante team, og kommunehelsetjenesten får oppgitt en kontaktperson i sykehuset for pasienten.

Pasienter som har åpen retur registreres i det pasientadministrative systemet. Det er knyttet særskilte rutiner til innleggelse.

Pleiebemanninger skjer ut i fra felles kriterier og system for pleietyngdemåling. Pleiepersonell skal kunne arbeide på tvers av fagområdene, men de skal også ha sitt område med

spesialistkompetanse. Ved ulikt bemanningsbehov fordeles personellressursen etter en ordning med "flyttsykepleie" eller tilsvarende. Det er "stille rapport" for pleiepersonell, der de selv leser rapport på pc for sine pasienter når de kommer på jobb.

Det er etablert "etasjeledelse" for pleie- og kontortjeneste som går på tvers av fagområder og seng-/poliklinikk- og dagområder. "Etasjeledelsen" har driftsmessig, faglig og organisatorisk ansvar, og har medisinsk faglig kontorphonale tilgjengelig. Medisinsk personell er knyttet til profesjonsområdene. Det er et nært samarbeid mellom "etasjeledelse" og ledere i serviceavdelingene (Akuttmottak, operasjon, røntgen osv) for å avstemme aktivitet og kapasitet.

7.2.2 Endringer og tiltak

Tabell 32: Tiltak med vurdering av effekt av tiltaket fordelt på aktiviteter

Aktivitet	Tiltak	Effekt av tiltaket
Henvising	Elektronisk henvising, predefinerte kriterier	Kortere ventetid for pasienter Høyere presisjonsnivå i henvisingene
	Utarbeidelse av standardiserte pasientforløp	Forutsigbarhet for pasienter, ansatte og primærhelsetjeneste.
	Pasienter tar flere prøver på forhånd hos primærlege	Kortere liggetid, effektive forløp
	Etablering av felles timekontor	Økt kvalitet. Bedre koordinering av tjenestene. Oversikt
	Etablering av preoperativ poliklinikk	Godt informert og forberedt pasient. God planlegging
	Utarbeidelse av informasjonsbrev til pasienter med hensiktsmessig informasjon	Færre telefoner med oppklaringsspørsmål, bedre forberedt pasient
	Oppfølging via telefon, mail eller sms av pasienter før innleggelse	Færre strykninger, pasienter bedre forberedt
Mottak	Samordnet mottak ved sentral resepsjon av elektivt innlagte pasienter	Unngå uro i sengeområdene. Ro og forutsigbarhet for pasienter og ansatte. Bedre plass i sengeområdene
	Engasjering av frivillige ved mottak/informasjon	Bedre service for alle som henvender seg til sykehuset. Økt trygghet for pasienter
	Pasientkort utvikles	Bedre dokumentasjon av pasientflyt, opphold. Pasient trenger ikke gjenta opplysninger flere steder. Kan brukes som nøkkeltkort.
	Personvarsler (evt mobiltelefon) til pasienter som må vente i 1.etg på innleggelse	Pasienter kan oppholde seg fritt i kafé/vestibyleområde. Bedre kommunikasjon, lett å få tak i pas.
Diagnostikk og behandling	Prøver/undersøkelser bestilles elektronisk	Mer effektive forløp. Færre feil
	Transport av pasienter til undersøkelser bestilles elektronisk	Mindre tidsbruk på å ringe, bestille, vente
Pleie, opphold	Stille rapport	Mer effektiv start på dagen.

	Visitt ved behov, informasjon og kommunikasjon i enerom	Behov for faglige diskusjoner/samordning på andre tidspunkt Bedre forhold for informasjon. Mindre risiko for brudd på konfidensialitet/taushetsplikt
Utskriving	Pasienter som har standardiserte forløp der kriterier for utskrivning oppfylles kan skrives ut av sykepleier. Pas har utreisesamtale med lege dagen/kvelden før Timekontoret samordner eventuelt ny time, innleggelse, oppfølging	Pas slipper å vente. Frigjøring av plass for ny pasient God planlegging

7.2.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

Tabell 33: Beregnet bemanningsbehov sengeområder i Nye Nordlandssykehuset

Etg	Sengeposter	Bemanning pr etasje									Bemanning pr etasje lavperioder									Oppsummert	
		Ant		Ukedager			Helg			Ukedager			Helg								
		senger	poster	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Dag	Kveld	Natt	Årsv	Pleiefakto				
9	Ortopedi	29	1,0	9,0	6,0	4,0	6,0	4,0	4,0	6,0	4,0	4,0	6,0	4,0	4,0	31,8	1,1				
8	Inetnsiv/postop	22	1,0	15,0	12,0	6,0	12,0	6,0	6,0	9,0	6,0	6,0	9,0	6,0	6,0	52,9	2,4				
7	Gyn/ØNH/Kjeve/Kir	48	2,0	17,4	11,4	6,0	12,0	11,4	6,0	12,0	7,0	6,0	12,0	7,0	6,0	59,0	1,2				
6	Geriatri/Hud/Øye/Nevro	49	2,0	15,8	11,6	6,0	12,0	9,8	6,0	12,0	9,8	6,0	12,0	9,8	6,0	57,6	1,2				
5	Barn/neonat/Barsel/føde	32	1,0	15,9	12,9	9,9	12,0	9,9	9,9	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	65,0	2,0				
	Barsel i pas hotell	10	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	6,2	0,6				
4	Med/Palliativ/Stråle/Revma	50	2,0	13,7	10,9	6,0	12,0	6,0	6,0	12,0	6,0	6,0	12,0	6,0	6,0	52,0	1,0				
3	Hjerte overv/Med	48	2,0	14,0	13,0	7,0	12,0	7,0	7,0	12,0	7,0	7,0	12,0	7,0	7,0	57,0	1,2				
1	Infeksjon sengepost/obs/aku	23	1,0	12,0	9,0	7,7	9,0	9,0	7,7	9,0	6,0	6,0	9,0	6,0	6,0	50,0	2,2				
	FMR	15	0,6	5,0	3,3	2,2	3,3	2,2	2,2	3,3	2,2	2,2	3,3	2,2	2,2	17,6	1,2				
	Sum	326	13,6	119,8	91,2	55,9	92,3	66,3	55,9	85,3	58,0	53,2	85,3	58,0	53,2	449,1	1,4				

Bemanningsstillingene i tabellen over er tatt fra den driftsøkonomiske analysen som ligger som grunnlag i Konseptrapporten for Nye Nordlandssykehuset. Tallene er eksklusiv kontor- og lederstillinger.

I Nye Nordlandssykehuset vil det legges til rette for generelle sengeområder der personalressursen samordnes på tvers av fagspesialiteter. Det stiller krav om både spisskompetanse og generalitet blant pleiepersonalet.

For å illustrere effekten av bemanningstillene som er benyttet i Konseptrapporten, er 2 sengeposter plukket ut i tabellene under. Disse refererer til omtrent de samme pasientkategoriene som i tabell 8 og 9 i Kapittel 5 som omhandler dagens virksomhet. Det er ikke satt inn lederstillinger og kontorphersonell, da dette behandles særskilt. Det er imidlertid foreslått felles ledelse av et sengeområde uten at antall og type stillinger er spesifisert.

Tabell 34: Bemanning av sengeområde Kir/ØNH/Gyn, Nye Nordlandssykehuset

Bemanning sengeområde Kir, Gyn, ØNH, Nye Nordlandssykehuset																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Sykepleier/hjelpepl	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3	6	5	3	6	5	3
Leder																					
Kontorphersonell																					

Eksemplet over er fra sengeområdet for kirurgi, ØNH, gyn med 24 senger. Tabellen under er for sengeområdet for geriatri, nevrologi, hud og øye med 24-25 senger.

Tabell 34: Bemanning av sengeområde Nevrologi/Geriatri/Øye/Hud, Nye Nordlandssykehuset

Bemanning sengeområde Nevro, Geriatri, Hud, Øye, Nye Nordlandssykehuset																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Sykepleier/hjelpepl	8	6	3	8	6	3	8	6	3	8	6	3	8	6	3	6	5	3	6	5	3
Leder																					
Kontorpersonell																					

Tabellene for sengeområdene viser at kirurgi/gyn/ØNH opprettholder en akseptabel pleiebemanning, mens nevrologi/geriatri/øye/hud får en lavere bemanning enn dagens. Dette har sammenheng med en omfordeling i forhold til lav- og høydriftperioder, der avdelinger med mye øyeblikkelig hjelp har fått lik bemanning hele året. Det vil være behov for en mer detaljert gjennomgang av pleietyngde og bemanningsbehov for å utarbeide mer presise bemanningsplaner.

Mange avdelinger har argumentert med "eldrebølgen" og stadig tyngre pasienter for å opprettholde eller øke bemanning. Kortere gjennomsnittlig liggetid vil føre til at den tiden pasienten er innlagt i sykehuset vil være mer behandlingsintensiv, og informasjon, undersøkelser, behandling og pleie/overvåking skal foregå innenfor kort tid. Fleksibel bruk av personell vil kreve faglig oppdatering/vedlikehold for de pasientgrupper som er i sengeområdet.

Det er imidlertid flere tiltak som sparer tid for pleiepersonell, og som kan "omsettes" i direkte pasientbehandling. Det gjelder:

- Aktiv forsyning. All vareforsyning utføres av forsyningspersonell
- Avfallshåndtering (papp/emballasje, papir, makulatur) i returtraller
- Elektronisk bestilling av legemidler
- Aktiv forsyning av legemidler, transportert ut i rørpost
- Ved evt buffetservering → Eget personell for forsyning av mat
- Økt tilgjengelighet → Bærbare telefoner, PDA
- Mottak av og venting for elektive pasienter i vestibyleområdet
- Fysisk utforming med sengetun → Kortere avstander til pasientrom og forsyningsskap
- LMS/timekontor tar større andel av planleggingsaktivitet for LMS-kurs

For å imøtekomme behovet for fleksibilitet og generalitet og utnyttelse av felles ressurser er det foreslått å innføre "flytskykepleiere" som har bred kompetanse, og som ut i fra gitte kriterier (f.eks pleietyngdefaktorer knyttet opp imot bemanningsfaktorer) kanaliseres til den avdeling det er høyest ressursbehov. Disse vil ha spesialopplæring og bør kunne lønnes ekstra.

Endring i oppgaver der flere servicefunksjoner blir lagt til forsyningspersonell / assistenter, samt bruk av elektroniske og automatiserte system, fører til at det blir frigitt tid. Samtidig trengs det tid for opplæring i og innføring av nye systemer og rutiner. Frigitt tid vil kunne benyttes til mer fokus på arbeid med pasientforløp og direkte pasientrelatert arbeid.

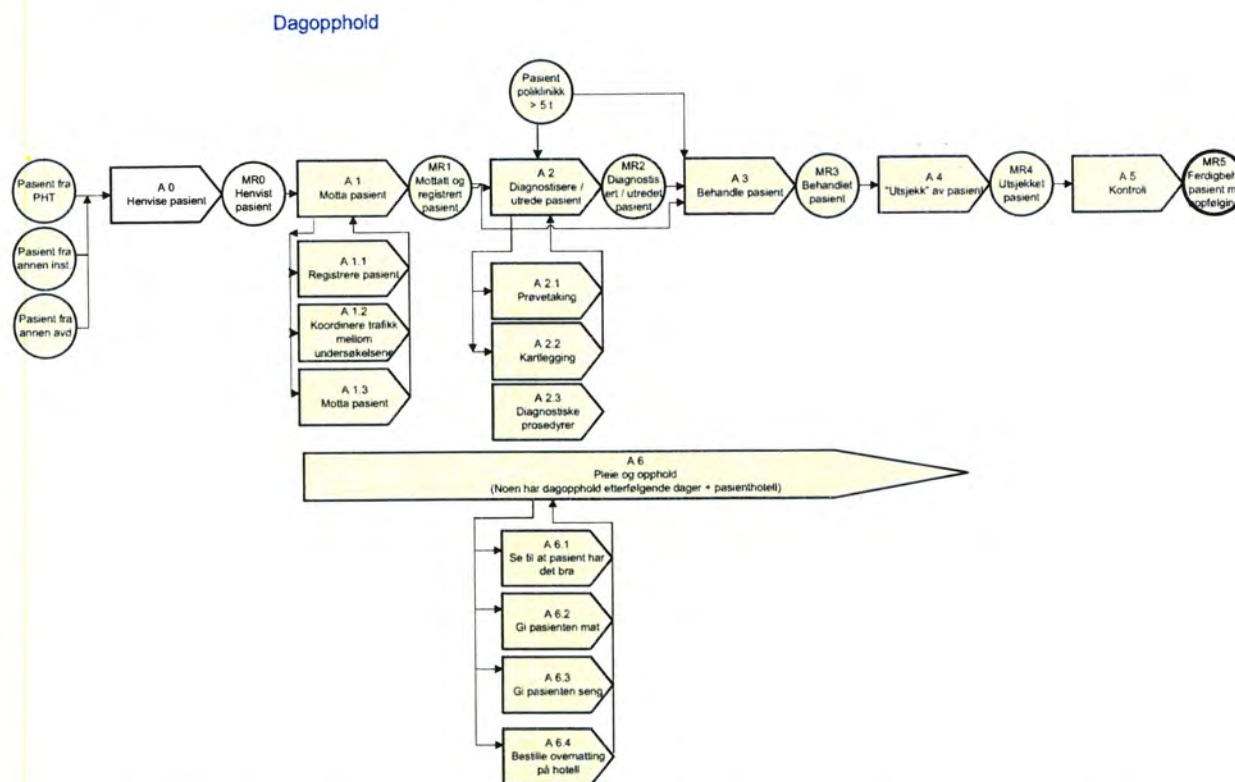
7.2.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

- Kapasitet til preoperativ poliklinikk
- Infrastruktur for personvarslere og pasientkort
- Hensiktsmessige venteplasser for pasienter som må vente i vestibyle/kaféområdet før og etter innleggelse
- Timekontor

7.3 Pasientforløp dagopphold

Det nye pasientforløpet kan illustreres som vist i modellen nedenfor:

Figur 36: Flytskjema for dagopphold



Aktivitetstall for 2020 er hentet fra Hovedfunksjonsprogram for Nye Nordlandssykehuset.

Tabell 37: Fremskrevet aktivitet dagopphold for 2010 og 2020 fordelt på avdelinger

Kode	Avdeling	Dagopphold 2004	Fremskr behov 2010	Fremskr behov 2020
431	KNF	0	0	0
668	Fysikalsk avd	0	0	0
810	Anestesi	83	90	114
1000	Kirurgisk avd	1682	1821	2123
1050	Dagkirurgisk enhet	1494	1617	1885
1400	Ortopedi	432	456	519
2100	ØNH	722	717	729
2200	Øye	443	444	476
2500	Kvinneklubben	393	411	445
3000	Medisinsk avd	4530	5086	6197
4200	Hud	67	68	70
4300	Nevrologi	556	624	730
4410	Barn	482	467	459
4500	Revmatologi	632	670	759
5200	Fys med & Rehab	147	161	278
	Geriatri		200	200
	Stråleterapi, palliativ		200	200
	Totalt	11663	13032	15184

7.3.1 Beskrivelse av prosessen

Som vist under pkt 5.3 kan dagopphold gruppes i noen hovedgrupper:

- Dagkirurgi (ikke behandlet i denne gruppen)
- Utredninger eller spesielle behandlinger og diagnostiske prosedyrer
- Gjentatte og langvarige behandlinger: Dialyse, cytostatika, remikade, annen infusjonsbehandling

Det er flytende overgang mellom dagbehandling og poliklinisk behandling, og ved samlokaliseringen av poliklinikker og dagenheter i det nye sykehuset, vil det være behov for samordning av pasientforløp, rutiner og støttesystemer. Dette er i noen grad ivarettatt i dette dokumentet, men etter som arbeidet med pasientforløpene har vært delt i to arbeidsgrupper er forløpene presentert hver for seg. Når det gjelder forslag til tiltak vil de for en stor del omfatte organisering av pasientflyten i de felles poliklinikk- og dagområdene. Vi har derfor valgt å presentere oversikt over tiltak og effekter samlet for begge områdene under pkt 7.4.2 Polikliniske konsultasjoner. Det samme gjelder punktet som beskriver konsekvenser for bemanning og bygg. Behovet for samordning bør følges opp i det videre arbeidet med prioritering og implementering av tiltak.

Det fremtidige forløpet for dagopphold vil kunne gjennomføres som omtalt nedenfor:

Prioritering

Utredningspasienter, dagbehandling:

Legene som skal prioritere henvisningene for dagbehandling, får daglig oppdatert oversikt over innkomne henvisninger.

Legene gjør prioritering i henhold til et oppsatte prioriteringskriterier som er felles for sykehuset. På grunnlag av felles tolking av reglene om rett til helsehjelp prioriteres pasienten til venteliste eller timebestilling.

Interne henvisninger rutes til riktig lege. Interne henvisninger må prioriteres av den som har ansvaret for å utføre undersøkelsen.

Prioriteringssystemet beskriver hvordan øhj-pasienter skal håndteres. Det settes av ressurser til øhj slik at de ikke forstyrrer elektive. Dette gjelder også en del internt henviste som må prioriteres.

Legen setter opp hvilke tjenester som må være tilgjengelige når pasienten kommer til konsultasjon (spesielle undersøkelser, konsultasjon hos andre enheter/fag, rekkefølgene for disse undersøkelsene, krav til forberedelser oa).

Når prioritet er satt går henvisningen automatisk tilbake til Timekontoret.

Planlegge, bestille og informere

Utredningspasienter, dagbehandling:

Timekontoret får forløpende meldinger om prioriterte pasienter tilbake fra legene. Disse fordeles mellom personalet på Timekontoret etter fagområde og kapasitet/arbeidsmengde etter en på forhånd oppsatt plan/oversikt. Viktig med faglig tilknytning.

På grunnlag av prioriteten som er satt og tilleggsopplysninger om andre tjenester som pasienten skal motta, setter Timekontoret pasienten på venteliste eller han får tildelt en time.

Når pasienten er satt på venteliste går det automatisk ut et brev til pasienten om forventet ventetid, hvordan pasienten skal forholde seg i ventetida og hvem han kan henvende seg til hvis han har spørsmål.

Tilsvarende informasjon går til fastlegen.

Ventelista for alle de ressursene som konsultasjonen vil være avhengig av, blir oppdatert.

For en del viktige pasientgrupper er det etablert standardiserte forløp som beskriver hvilke undersøkelser og prøver som skal tas. Det genereres automatiske timer på disse enhetene på grunnlag av det oppsatte pasientforløpet.

Gjennom planleggingssystemet søker Timekontoret opp ledig time hos alle ressurser som er nødvendig, og foreslår et tidspunkt som sikrer at konsultasjonen skal kunne gjennomføres så effektivt som mulig.

Timekontoret velger time og booker alle nødvendige ressurser. Timeplan for pasienten genereres automatisk. Timeplanleggingen må kunne se hele NLSH under ett, ref ambulatorisk praksis i Lofoten og Vesterålen.

Kontroller settes opp med tentativ dato et antall uker frem i tid, og følges deretter opp med fast time 4-6 uker i forveien. Før time settes opp skal legen som prioriterer vurdere tidspunktet.

Timeplanen organiseres slik at røntgen og andre undersøkelser som legen er avhengig av svar fra, vil foreligge når time hos legen inntreffer. Pasienter som kun skal til konsultasjon tilpasses slik at dagen utnyttes effektivt.

Når alle timebestillinger er utført går timeplanen med informasjon til pasienten elektronisk og/eller per brev. Samtidig informeres fastlegen.

Pasienter med langvarig og/eller gjentatt behandling

Behandlingen er som regel utløst av en tidligere innleggelse eller poliklinisk konsultasjon.

På grunnlag av intern henvisning som er sendt til timekontoret, settes det opp ressurser basert på standard pasientforløp for pasientgruppen.

For å imøtekomme pasientens behov og for å kunne tilpasse behandlingen til kapasiteten er det mulig for leder på enheten å gå inn og korrigere tidspunktene for behandlingene uten å gå via Timekontoret.

Pasienten mottar planer for behandlingen som revideres hver gang endringer skjer.

Pasienten mottar informasjonsskriv og opplysninger om pasientansvarlig sykepleier hvor han kan få supplerende opplysninger og som kan endre timeplanen hvis det er behov for det. Også sykehusets hjemmeside er tilrettelagt for slik informasjon.

Mottak av pasient, oppmøte

Utredningspasienter, dagbehandling:

Pasienten møter i den enheten som han/hun skal kontakte først i henhold til den tilsendte planen.

Pasienten registreres ved ankomst og får utlevert sitt pasientkort for dagen. Dette kortet gir tilgang til alle nødvendige opplysninger om pasienten og planen knyttet til dette besøket. Han/hun får også utlevert planen skriftlig og informasjon om hvilke enheter han/hun skal oppsøke.

Pasientene er tildelt en pasientansvarlig sykepleier som følger opp og rettleier.

Med utgangspunkt i timeplanen som er oppsatt og informasjonen som er gitt, tar pasienten røntgen, prøvetaking eller andre bestilte undersøkelser. Alle ressurser er bestilt til fastlagt tidspunkt slik at ventingen er minimal.

Pasienter som på grunn av reisetider har kommet tidlig og har lenge å vente, får utlevert en personvarsler eller en mobiltelefon som gjør det mulig å gi beskjed om når pasienten må innfinne seg for undersøkelse eller behandling. Med denne callingen kan pasienten forlate venterommet og for eksempel vente i kafeen.

Når pasienten møter til undersøkelser eller konsultasjoner blir pasientkortet lest i en kortleser, slik at alle relevante opplysninger kommer opp på skjermen. Dette gir legen informasjon om hvilke tiltak som er avtalt og grunnlag for registrering av koder og takster og korte notater som inngår i epikrisen. Man må avvente svar på alle prøver før endelig epikrise kan gjøres ferdig.

Ankomstregistreringen på alle enheter sikrer oversikt over hvor pasienten befinner seg og om det har oppstått forsinkelser. Alle andre enheter som har avtale med pasienten er til en hver tid oppdatert om planen endrer seg.

For å sikre et godt oppmøte blir alle pasienter kontaktet 1 uke før oppsatt time og dagen før oppsatt time. Kontakten skjer ved automatiske SMS eller e-post. I noen tilfeller er det nødvendig å ringe pasienten.

Pasienter med langvarig og/eller gjentatt behandling

Pasienten møter i den felles ekspedisjonen første gang og får utlevert sitt pasientkort. Pasientansvarlig sykepleier henter pasienten, informerer og viser til rette.

Ved senere oppmøter møter pasienten i ekspedisjonen for registrering ved at pasientkortet leses og oppmøtet registreres. Dialysepasienter har et eget kort som inneholder informasjon om behandlingen.

Diagnostikk, behandling, avslutning

Utredningspasienter, dagbehandling:

Pasienten har fått tatt sine prøver og gjennomført undersøkelser på andre enheter (lab, rtg) i henhold til sin oppsatte plan.

Ekspedisjonen på dagenheten kan enkelt få oversikt over hvilke andre enheter pasienten har vært innom og hvordan han ligger an i forhold til oppsatt plan

I venteområdet ved ekspedisjonen hentes pasienten av pasientansvarlig sykepleier som informerer pasienten og følger han til de undersøkelser som skal gjennomføres. Ventetiden skal være maks 20 min

Pasienten følges til område for opphold/hvile hvor det finnes skap for oppbevaring av personlig tøy og verdisaker.

Undersøkelse og behandling gjennomføres. Etter behandlingen følges pasienten til hvileplass hvis det er behov for dette.

Kontakt med sykepleier, sosionom, KEF, ergo-/fysioterapeut oa er lagt inn i timeplanen og avvikles i den rekkefølgen som er satt opp.

Lege/behandler drar pasientkortet og får oversikt over pasientdata og hvilke prøver og undersøkelser som er gjennomført.

Lege registrerer koder og korte journalnotat som gir grunnlag for epikrise.

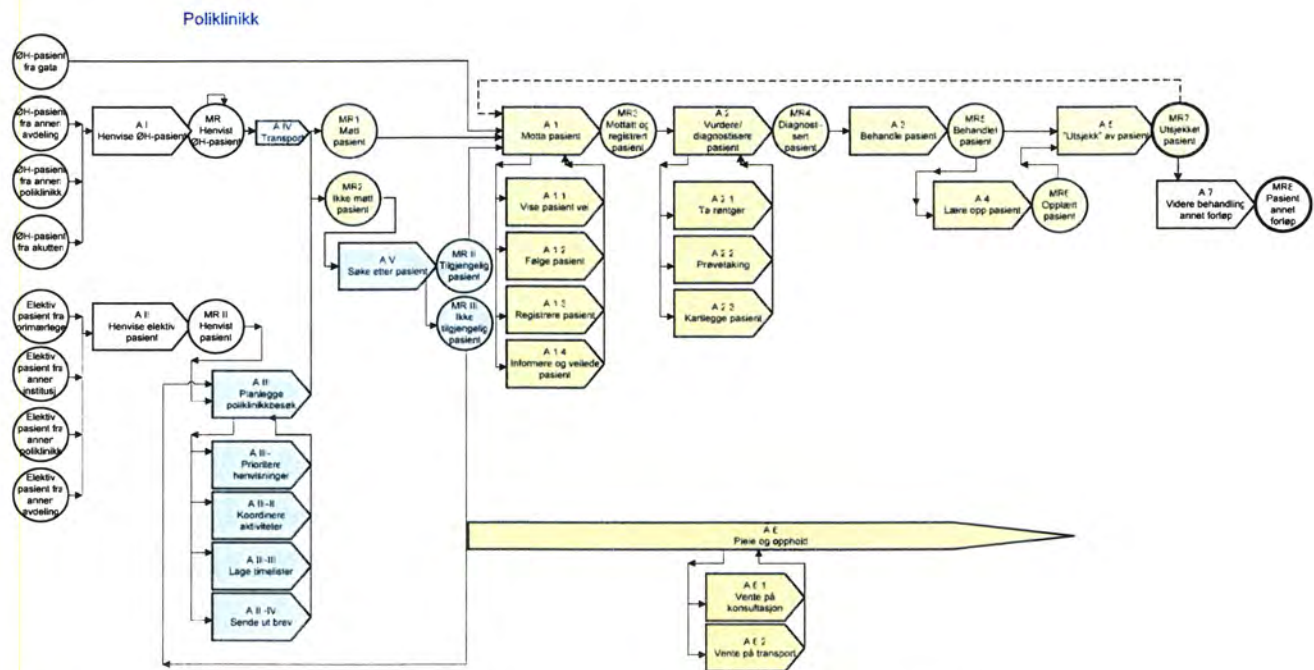
Pasienten møter i ekspedisjonen hvor pasientkortet leses på nytt og opplysninger om behov for kontroll/ny time mv blir vist. Ny time blir så langt det er mulig avtalt.

Dokumentasjon/foreløpig epikrise, og annen informasjon skrives ut og gis til pasienten. Pasientkortet makuleres.

7.4 Pasientforløp polikliniske konsultasjoner

Det nye pasientforløpet kan illustreres som vist i modellen nedenfor:

Figur 38: Flytskjema for polikliniske konsultasjoner



Aktivitetstall for 2020 er hentet fra Hovedfunksjonsprogram for Nye Nordlandssykehuset.

Tabell 39: Fremskrevet aktivitet poliklinikker for 2010 og 2020 fordelt på avdelinger

Kode	Avdeling	Polikl konsult	Fremskr behov	Fremskr behov
		2004	2010	2020
431	KNF	3558	3993	4670
668	Fysikalsk avd	1004	1100	1217
810	Anestesi	894	977	1223
892	Klinisk ernæringsfy	1015	1140	1389
1000	Kirurgisk avd	7574	8200	9558
1400	Ortopedi	10881	11504	13082
2100	ØNH	13171	13073	13285
2200	Øye	7914	7914	8488
2500	Kvinneklinikken	7649	7997	8655
3000	Medisinsk avd	14296	16050	19558
4200	Hud	6420	6548	6677
4300	Nevrologi	3891	4366	5107
4410	Barn	3854	3732	3669
4500	Revmatologi	5166	5481	6207
5200	Fys med & Rehab	750	822	909
	Totalt	88037	92897	103693

7.4.1 Beskrivelse av prosessen

Pasientforløpet er ikke grunnleggende endret fra i dag. Den viktigste forskjellen er at alle henvisninger mottas i et felles timekontor for hele sykehuset, som også setter pasienten på venteliste, bestiller time og innkaller/informerer pasienten. Dette forutsetter at alle timebøker er åpne og det kan bookes direkte i disse fra timekontoret og fra andre enheter ved sykehuset ved interne henvisninger.

Samlokaliseringen av poliklinikker og dagenheter på flere etasjer med tilhørende felles ekspedisjoner innebærer at poliklinikkene og dagenhetene må dele ekspedisjonstjenester, venterom, møterom og i noen grad behandlingsrom. Løsningen innebærer et skille mellom ekspedisjonsfunksjoner, skrivefunksjoner og booking/timebestilling. Dette vil kreve felles operativ ledelse og samarbeid på tvers av fagområder. For sykepleiere vil det kunne innebære faglig trening innenfor flere fag.

Det fremtidige forløpet for dagopphold vil kunne gjennomføres som omtalt nedenfor:

Mottak av henvisning fra fastlege og internt – registrering, fordeling

Riktig utfylte henvisninger fra fastlegene mottas elektronisk. Det innebærer at:

- Det fremgår hvilken avdeling/fagenhet den skal til
- Om det henvises til flere enheter parallelt, for eksempel røntgen i tillegg til en konsultasjon
- Grunnlaget for prioritering er tilfredsstillende
- Når på dagen pasienten kan være på sykehuset

Henvisninger til leger/fag som finnes i Bodø, men som ambulerer til andre sykehus innenfor NLSH, mottas i Bodø og bookes fra Bodø. Andre ressurser planlegges lokalt ved det enkelte sykehuset.

Ventelister og timebøker er tilgjengelig på tvers av sykehusene i NLSH, slik at samordning blir lettere. På sikt vil alle sykehusene i Helse Nord være knyttet sammen i et nettverk som fordeler pasienter og utnytter kapasitet og kompetanse på tvers av dagens sykehus og primærhelsetjenesten.

Henvisningene mottas elektronisk av Timekontoret hvor de registreres og fordeles til avdeling og eventuelt lege som skal gjøre vurdering og prioritering. Opplysninger om pasientene fra tidligere

besøk/opphold knyttes til henvisningen. Henvisninger i brev kommer til sentralt postkontor som åpner, skanner og oversender den elektronisk til timekontoret.

Henvisningene kan fordeles til riktig lege basert på de rutiner man har på den enkelte avdelingen. Personalet på timekontoret er inndelt i grupper etter fag, men roterer for å kunne dekke opp ved fravær.

Interne henvisninger mottas elektronisk på Timekontoret som ruter disse fortløpende videre til avdelingene etter at de er registrert. Omfatter også henvisninger til røntgen og spesialundersøkelser.

Varsel om allerede planlagte besøk ved sykehuset kommer opp og følger med som informasjon til legen som gjør prioriteringen.

Henvisninger som er ufullstendig utfylt blir returnert med instruksjon om hvordan utfylling skal gjøres.

Prioritering

Legene og andre faggrupper som skal prioritere henvisningene for poliklinisk konsultasjon, får daglig oppdatert oversikt over innkomne henvisninger. Henvisningene hentes opp på skjermen.

Legene og andre gjør prioritering i henhold til oppsatte prioriteringskriterier som er felles for sykehuset.

Interne henvisninger prioriteres i forhold til hastegrad og kapasitet.

Øhj-pasienter tas i akuttmottaket for medisin og kirurgi/ortopedi. For andre fag blir øhj håndtert på de respektive poliklinikkene slik at elektive pasienter ikke forsinkes (tas av leger i vakt, åpne timer i timeboka, oa)

Legen føyer til behov for spesielle tjenester med tilhørende ressurser som må være tilgjengelige når pasienten kommer til konsultasjon (spesielle undersøkelser, konsultasjon hos andre enheter/fag, rekkefølgene for disse undersøkelsene, krav til forberedelser, oa).

Når prioritet er satt går henvisningen elektronisk tilbake til Timekontoret.

Planlegge, bestille og informere

Timekontoret får fortløpende meldinger om prioriterte pasienter tilbake fra legene. Dette omfatter både eksterne og interne henvisninger. Disse fordeles mellom personalet på Timekontoret etter fagområde og kapasitet/arbeidsmengde etter en på forhånd oppsatt plan/oversikt.

På grunnlag av prioriteten som er satt opp og tilleggsopplysninger om andre tjenester som pasienten skal motta, vil Timekontoret sette pasienten på venteliste eller tildele en time.

For en del pasientgrupper er det etablert standardiserte forløp som beskriver hvilke undersøkelser og prøver som skal tas og hvilke enheter som skal involveres. Det genereres automatisk timer på disse enhetene på grunnlag av det oppsatte pasientforløpet. Prøver bestilles.

Når pasienten er satt på venteliste går det automatisk ut et brev til pasienten om antatt ventetid, hvordan pasienten skal forholde seg i ventetida og hvem han kan henvende seg til hvis han har spørsmål. I standardbrevene legges det inn tilpasset tekst i forhold til type undersøkelse.

Tilsvarende informasjon går til fastlegen.

Ventelista for alle de ressursene som konsultasjonen vil være avhengig av blir oppdatert.

Gjennom planleggingssystemet søker Timekontoret opp ledig time hos alle ressurser som er nødvendig, og foreslår et tidspunkt som sikrer at konsultasjonen skal kunne gjennomføres så effektivt som mulig og innenfor eventuelle frister.

Timekontoret velger time og booker alle nødvendige ressurser. Timeplan for pasienten genereres automatisk. Det er tatt hensyn til at alle aktivitetene kommer i riktig rekkefølge og med tilstrekkelig tid mellom undersøkelser og konsultasjon slik at svar foreligger og legen kan avslutte besøket i de fleste tilfeller.

Hvis bookingen omfatter ressurser som avdelingen må styre direkte (for eksempel angiografier og lignende), må denne avdelingen godkjenne timebestillingen.

Hvis timen ikke kan bookes innenfor den tiden som prioriteten forutsetter, går henvisningen tilbake til legen for avklaring. Det kan innebære at pasienten overføres på en øhj-liste eller at pasienten overføres til et annet sykehus som har kapasitet. Timekontoret booker slik time på grunnlag av informasjon fra legen.

Når booking er foretatt, går timeplanen med informasjon til pasienten elektronisk og/eller per brev. Samtidig informeres fastlegen. Pasienten kommuniseres med sykehuset på e-post når det er naturlig/mulig.

Timekontoret mottar alle telefoner som gjelder endringer av time, mv. Faglige spørsmål rutes til kontaktsykepleier, dvs en funksjon som svarer på henvendelser som krever sykepleierfaglige kompetanse.

Opplysninger om hvem man skal henvende seg til er tydelig opplyst i informasjonsbrevet. Sentralbordet kan i tillegg rute telefonen til riktig person basert på opplysninger om pasientens timeplan.

Mottak av pasient, oppmøte

Med utgangspunkt i timeplanen som er oppsatt og den informasjonen som er gitt, besøker pasienten poliklinikken, røntgen, prøvetaking eller andre bestilte undersøkelser. Der mottar pasienten sitt pasientkort for dagen og blir ankomstregistrert. Når besøket er avsluttet blir pasientkortet lest på nytt.

Registrering av ankomst og avslutning vil lett kunne hentes frem ved alle de enheter som har planlagte besøk av pasienten, og man kan følge med på hvordan planen for dagen gjennomføres og om det er oppstått forsinkelser eller pasienten ikke har møtt.

Når det er aktuelt møter pasienten i den felles ekspedisjonen for poliklinikker og dagenheter på sin etasje, hvor han/hun hilses velkommen.

Pasientkortet inneholder bare opplysninger om pasienten og planen som er nødvendig for dette besøket. Han/hun får også utlevert planen skriftlig og informasjon om hvilke enheter som skal oppsøkes. Alle ressurser er bestilt til fastlagt tidspunkt slik at ventingen er minimal.

Pasienter som trenger hjelp blir fulgt rundt av frivillige pasientverter. Pasienter med spesielle behov blir fulgt opp av ansvarlig sykepleier.

Når pasienten møter til undersøkelser eller konsultasjoner blir pasientkortet lest i en kortleser slik at alle relevante opplysninger kommer opp på skjermen. Dette gir grunnlag for registrering av koder og takster og korte notater som inngår i epikrisen. Talegjenkjenning gjør det mulig å lese inn korte notater.

Pasienter og/ eller pårørende som på grunn av reisetider har kommet tidlig og har lenge og vente, får utlevert en personvarsler som gjør det mulig å gi beskjed om når pasienten må innfinne seg for undersøkelse eller behandling. Med denne callingen kan pasienten forlate venterommet og vente i kafeen.

Øhj-pasienter og pasienter som er henvist internt med hastestatus og som dermed ikke er planlagt på forhånd, blir sett av leger som ikke har planlagt tid i poliklinikken eller til avsatte tidspunkter i løpet av dagen.

Øhj-pasienter for medisin, kirurgi og ortopedi registreres og behandles i Akuttmottaket og får utlevert sitt pasientkort her.

For å sikre et godt oppmøte blir alle pasienter kontaktet før oppsatt time og i tillegg dagen før oppsatt time. Kontakten skjer ved automatiske sms eller e-post. I noen tilfeller er det nødvendig å ringe pasienten.

Maks egenandel ved manglende oppmøte er 100 kroner. Kontrollpasienter som ikke møter følges opp av den enkelte poliklinikken. Ved manglende oppmøte går det melding til ansvarlig lege som gir beskjed til Timekontoret om hvordan pasienten skal følges opp.

Diagnostikk, behandling, avslutning

Pasientene kommer til poliklinikken til avtalt tid. Etter maksimum 20 minutter blir pasienten hentet av lege/behandler eller av sykepleier.

Ekspedisjonen på poliklinikken kan ved å lese pasientkortet, enkelt få oversikt over hvilke enheter pasienten har vært innom og hvordan det ligger an i forhold til oppsatt plan

Undersøkelse og behandling gjennomføres. Sykepleiere assisterer ved behov.

Kontakt med sykepleier, sosionom, KEF, ergo-/fysioterapeut oa., er lagt inn i timeplanen og avvikles i den rekkefølgen som er satt opp.

Lege/behandler drar pasientkortet og får oversikt over pasientdata og hvilke prøver og undersøkelser som er gjennomført. Svar som foreligger blir automatisk knyttet til besøket.

Lege registrerer koder og takster og korte journalnotat som gir grunnlag for epikrise, samt informasjon om ny time. Lege bruker talegjenkjenningssystem.

Ved avsluttet besøk møter pasienten i ekspedisjonen hvor pasientkortet leses på nytt og opplysninger om egenandel, behov for kontroll/ny time blir vist. I de fleste tilfeller får pasienten ny time ved avreise.

Resepter skrives ut og gjøres elektronisk tilgjengelig ved pasientens apotek.

Dokumentasjon/foreløpig epikrise, kvittering for betaling oa. informasjon skrives ut og gis til pasienten. Pasientkortet makuleres.

Pasienten bruker bankkort til å betale egenandel, alternativt får han utlevert en giro.

Pasienter som ikke rekker rutegående transport for hjemreise samme dag blir henvist til pasienthotellet av ekspedisjonen, som etter avtale med sykehuset skaffer overnatting.

7.4.2 Endringer og tiltak dagopphold og polikliniske konsultasjoner

Tabell 40: Tiltak med vurdering av effekt av tiltaket fordelt på aktiviteter

Aktivitet	Tiltak	Effekt av tiltaket
Mottak henvisning	<p>Utviklet løsning for elektroniske henvisninger som er tilpasset fastlegenes behov og som brukes av fastlegene.</p> <p>Etablert kontroll av pasientens personalia og navn mot folkeregister.</p> <p>Utviklet nye/forbedrede rutiner i DIPS for registrering og fordeling av innkomne henvisninger, arbeidsflyt.</p> <p>Etablert felles timekontor for alle typer henvisninger, felles rutiner om fordeling av henvisninger. Rekruttert ansatte, opplæring gitt.</p>	<p>God kvalitet på henvisninger, gir godt grunnlag for prioritering og planlegging.</p> <p>Sparer arbeid med håndtering av papir.</p> <p>Økt kvalitet, redusert antall feil.</p> <p>Standardiserte rutiner, forutsigbarhet, bedre planlegging.</p> <p>Spesialisering av verktøy og kompetanse, mer effektiv drift.</p> <p>Sentralisering kan innebære ulemper for personalet og for samarbeidet med fagmiljøene, viktig med god lokalisering</p>
Prioritere	<p>Etablert felles, kriteriebasert, elektronisk prioriteringssystem.</p> <p>Gjennomført opplæringstiltak for bruk av løsningen. Etablert ordninger for opplæring av nyansatte og vikarer.</p> <p>Etablert ordning for kontroll av søknader som ikke er ferdigbehandlet på grunn av manglende opplysninger</p> <p>Etablert kvalitetssikringssystem som viser avvik i forhold til etablert regelverk.</p>	<p>God kvalitet på prioriteringer.</p> <p>Mer effektiv håndtering av prioriteringer. Bedre underlag for planlegging.</p> <p>Mindre arbeid med oppfølging, kontroll.</p> <p>Utvikling av bedre kvalitet, færre avvik.</p>
Planlegge, bestille og informere	<p>Prosjektet lokaler som er dimensjonert for aktiviteten på timekontoret og som ligger nær klinikken</p> <p>Bemannet timekontor, anskaffet planleggingssystem som samordner og booker flere ressurser, opplært personell.</p> <p>Utviklet kobling av informasjon mellom systemer for planlegging og ressursstyring (GAT, operasjonsplanlegging oa.).</p> <p>Etablert åpne timebøker og rutiner for booking.</p> <p>Etablert rutiner som sikrer et klart skille elektive pasienter og øhj /haster</p> <p>Etablert standard pasientforløp, booking av ressurser i henhold til pasientforløp.</p>	<p>Gode arbeidsforhold, god kontakt med klinikken</p> <p>Bedre ressursutnyttelse, bedre kvalitet</p> <p>Ressurser er koordinert.</p> <p>Samordnet besøk, færre reiser.</p> <p>Elektiv virksomhet skjermes, mindre venting og strykning</p> <p>Samordning av tiltak og ressurser, oppfølging av kvalitet, forutsigbarhet for pasienten</p>

	<p>Utviklet felles rutiner for organisering av venteliste og informasjon til pasienter.</p> <p>Utviklet gode informasjonsskriv til pasienter og fastlege.</p>	<p>Bedre service til pasienten</p> <p>Bedre informasjon gir færre henvendelser og færre fravær</p>
Mottak, felles poliklinikk/ dagområde	<p>Prosjektert lokaler som er dimensjonert for etasjeeksedisjoner</p> <p>Etablert god skilting.</p> <p>Gjennomført OU-prosjekt som har avklart rolle og krav knyttet til etasjeledere med ansvar for drift av poliklinikker og dagområder.</p> <p>Gjennomført rekruttering og opplæring av personell til ekspedisjoner.</p> <p>Anskaffet utstyr for å produsere og lese pasientkort. Gjort kost/nytte analyser.</p> <p>Anskaffet personvarslere.</p> <p>Etablert ordninger for skjerming av elektive pasienter. Leger som har poliklinikk tar ikke øhj-pasienter. Interne henvisninger tas på avsatte tidspunkt.</p> <p>Etablert system for talegjenkjenning.</p> <p>Utviklet ny funksjonalitet i DIPS, nødvendig integrasjon mellom IKT-systemer.</p> <p>Anskaffet kortlesere og PC på alle undersøkelses/behandlingsrom.</p>	<p>Gode forhold for mottak av pasienter, bedre service.</p> <p>Lett å finne frem, service for pasienter, redusert behov for følge.</p> <p>Felles personell for flere avdelinger.</p> <p>Kvalitet, arbeidsmiljø.</p> <p>Effektiv informasjonsflyt, oversikt over forsinkelser og fravær, bedre ressursutnyttelse.</p> <p>Pasienten kan vente i kafeen eller forlate sykehuset.</p> <p>Effektiv flyt, mindre venting, bedre service, bedre ressursutnyttelse</p> <p>Effektivisering av arbeidet.</p> <p>Effektivitet, kvalitet.</p> <p>Effektivitet, kvalitet.</p>
Diagnostikk behandling avslutning	<p>Gjennomført opplæring og tiltak som motiverer sykepleiere til å arbeide på tvers av fag.</p> <p>Etablert ordning med ansvarlig sykepleier.</p> <p>Etablert standardiserte pasientforløp.</p> <p>Utviklet gode informasjonstiltak rettet mot pasientene.</p> <p>Etablert pasientkort som effektiviserer informasjonsflyten.</p> <p>Utviklet løsning for elektronisk resept.</p> <p>Installering av betalingsterminaler.</p> <p>Etablert avtaler med Zefyr hotell om at all overnatting som ikke er innleggelse blir organisert gjennom Zefyr.</p>	<p>Bedre ressursutnyttelse, mindre sårbar, ta svingninger i aktivitet.</p> <p>Oppfølging av henvendelser, informasjon til pasienten, pasientservice.</p> <p>Forutsigbart, bedre planlegging.</p> <p>Øker oppmøte, færre henvendelser og spørsmål, bedre service.</p> <p>Rask tilgang til informasjon, oversikt, arbeidsbesparende.</p> <p>Effektivitet, service til pasienten.</p> <p>Service til pasienten, lettere å få inn alle egenandeler.</p> <p>Effektivt for sykehuset, bedre regulering av kapasiteten på pasienthotellet.</p>

7.4.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning

Bemanningen må tilpasses den fremtidige aktiviteten på hver poliklinikk- og dagenhet. I det nye sykehuset vil en enhet tilsvare en etasje. Tabell 41 viser beregnet fremtidig aktivitet fordelt på polikliniske konsultasjoner og dagopphold og på etasje. I tabellen er det beregnet antall pasienter i gjennomsnitt per time til de aktuelle ekspedisjonene.

Tabell 41: Beregnet pasientgjennomstrømning pr dag i fellesområder for poliklinikker og dagenheter, 2020, fordelt på fagområder og etasjer.

Polikliniske konsultasjoner og dagbehandling 2020 fordelt på område/etasje								
Fagområde/Avdeling	Område etasje	Polikliniske konsult	Dag-behandling	Sum pol dagbenadl.	Timer pr dag	Dager pr år	Pas pr time	ØH pol trukket ut
Ortopedi	1	8896	519	9415	7	220	6	4186
Kirurgisk avd	1	8459	2123	10582	7	220	7	1099
Sum kir/orto	1	17355	2642	19997	7	220	13	
ØNH, kjeve, hørselssentral	1	13285	729	14014	7	220	9	
Sum felles ekspedisjon	1	30640	3371	34011	7	220	22	
Øye	1	8488	476	8964	7	220	6	
Prøvetakingsenhet	1			0	7	220	0	
Sentral resepsjon, elektiv	1	10000		10000	7	220	6	
Brystdiagnostisk senter	2	6000		6000	7	220	4	
Nukleærmedisin	2			0	7	220	0	
Radiologisk avdeling	2	30000		30000	7	220	19	
Dagkirurgisk enhet	2		1900	1900	7	220	1	
Dialyse	2		4000		7	220	0	
Sum felles ekspedisjon	2	36000	5900	41900	7	220	27	
Medisinsk avd	3	9450	2197	11647	7	220	8	550
Hjerte	3			0	7	220	0	
Lunge	3			0	7	220	0	
Infeksjon	3			0	7	220	0	
Nefrologi	3			0	7	220	0	
Fys med & Rehab	3	909	278	1187	7	220	1	
Sum felles ekspedisjon	3	10359	2475	12834	7	220	8	
Medisinsk avd	4	9032		9032	7	220	6	526
Gastro	4			0	7	220	0	
Hematologi	4			0	7	220	0	
Kreft	4			0	7	220	0	
Palliativ/stråleterapi	4		200	200	7	220	0	
Smerte, anestesi	4	1223	114	1337	7	220	1	
Revmatologi	4	6207	759	6966	7	220	5	
Hud	4	6677	70	6747	7	220	4	
Kliniks ernæring	4	1389		1389	7	220	1	
Sosionom	4	300		300	7	220	0	
Sum felles ekspedisjon	4	24828	1143	25971	7	220	17	
Barn	5	3669	459	4128	7	220	3	
Gynekologi/Kvinneklubben	5	8655	445	9100	7	220	6	
Sum felles ekspedisjon	5	12324	904	13228	7	220	9	
Nevrologi	6	5107	730	5837	7	220	4	
KNF	6	4670		4670	7	220	3	
Geriatrici	6		200	200	7	220	0	
Sum felles ekspedisjon	6	9777	930	10707	7	220	7	
Fysikalsk avd	7	1217		1217	7	220	1	

Aktiviteten for Medisinsk avdeling er skjønsmessig fordelt mellom 3. og 4. etasje. Det er ikke tilgjengelig tall for hvert fagområde.

7.4.3.1 Bemanning kontorpersoneell

Dagens bemanning for kontortjenestene fordeler seg på ekspedisjoner, timekontorfunksjon, skrivestue og postsekretær og i noen tilfeller også sekretærfunksjoner for avdelingsledelsen. Ved de fleste avdelinger roterer personalet og det er ikke klart avgrensede enheter og oppgaver.

I henhold til en kartlegging gjennomført av OU-avdelingen i mai 2007, fordeler kontorstillingene seg som følger:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| • Antall årsverk pol/eks/skrivestue | 92 (derav 11 lederstillinger) |
| • Antall postsekretærer | 16 |
| • Sum | 108 |

Sumtallet avviker noe fra oversikten i tabell 15.

I HFP er det beregnet at aktiviteten i poliklinikker og dagenheter i snitt vil øke med hhv 17 % og 67 %. I den driftsøkonomiske analysen som inngår i Konseptrapporten⁴ er det lagt til grunn en økning på 5 % for bl.a. kontorstillinger. Når denne økningen er lavere enn aktivitetsøkningen, skyldes det at ikke alle oppgaver er direkte relatert til aktivitet og at det forventes en effektivisering av oppgavene. Dette innebærer en økning med 6 stillinger i forhold til dagens bemanning, noe som vil gi en effektiviseringseffekt på ca 18 årsverk.

I det påfølgende er det gjort noen enkle beregninger for å illustrere et mulig fremtidig bemanningsbehov for kontortjenestene:

Bemanningsbehov for kontorpersonell i ekspedisjonene kan beregnes på grunnlag av beregnet aktivitet i 2020 i HFP (ca 120 000 polikliniske konsultasjoner og dagopphold), forutsetninger om tid per pasientkontakt (15 min per pasient) og antall åpningstimer per år på 1540. Timeverk per ansatt settes lik antall timeverk åpningstid. Beregningen viser et behov for ca 20 stillinger for kontorpersonell i de felles ekspedisjonene.

Det forutsettes at behovet for skrivearbeid er redusert på grunn av innføring av talegjenkjenning, og at det aktuelle behovet dekkes av skrivekontor på utsiden av sykehuset. Vi har fått opplyst at det i dag utføres ca 30 årsverk i skrivestue. Forutsatt at aktivitetsøkningen kan realiseres uten bemanningsøkning, vil man i det nye sykehuset ha behov for 30 årsverk, men det kan også legges til grunn at tekstproduksjonen i fremtiden vil kreve færre årsverk.

Det forutsettes også at timebestilling og booking skjer fra ett eller flere timekontor, og at denne funksjonen derfor ikke inngår i arbeidsoppgavene til skrankepersonalet. Med en forventet aktivitet på ca 120 000 pasienter til poliklinikk og dagbehandling vil en arbeidsinnsats på 20 min i gjennomsnitt per pasient kreve 26 årsverk.

Hvis det innføres etasjeledelse på alle poliklinikker og sengeområder vil det være behov for sekretærhjelp til ca 20 ledere. Man kan velge å se sekretær til ledere på sengeområdet i sammenheng med postsekretærfunksjonen.

Det forventes økt behov for kvalitetskontroll. Dette er imidlertid avhengig av hvilke tiltak som iverksettes for å øke kvaliteten på data når de registreres. Det er foran vist til en rekke tiltak som vil kunne øke datakvaliteten og dermed redusere behovet for etterkontroll. Dette er ikke tatt hensyn til i de beregninger som er gjort ovenfor.

Gitt disse forutsetningene vil et samlet bemanningsbehov for kontorfunksjonene knyttet til poliklinikker, dagenheter, skrivestuer og postsekretærer ligge på i underkant av 100 årsverk. Det vises ellers til det som er sagt under pkt 7.9

⁴ Rapport Driftsøkonomi og effektivisering 2004 – 2020, september 2006

7.4.3.2 Bemanning sykepleierstillinger

I den driftsøkonomiske analysen er det forutsatt at pleierbemanningen i poliklinikker og dagenheter i utgangspunktet øker med økt aktivitet. Det forutsettes en generell effektiviseringsgevinst som følge av omorganiseringen på samme nivå som for sengeområdene. I Konseptrapporten ble bemanningsøkningen for poliklinikken på dette grunnlaget satt til 9 % for poliklinikkene og til 55 % for dagenhetene. Med unntak av dagkirurgen og medisinsk dagpost er det ikke avsatt egne sykepleierstillinger til dagenheter. Hvor stort bemanningsbehov dagens aktivitet gir grunnlag for er dermed usikkert, og en bemanningsøkning kan vanskelig beregnes nøyaktig. Hvis man forutsetter at medisinsk dagvirksomhet i 2004 forbrukte 22 årsverk⁵, tilsvarer dette en bemanningsfaktor på ca 0,7 stilling per pasient, forutsatt 230 driftsdager og 7592 pasienter i 2004 (eksklusiv dagkirurgien). Overført på hele dagvirksomheten i 2020 (eksklusiv dagkirurgien) tilsvarer dette ca 46 stillinger for hele sykehuset. Dette er lavere enn forutsatt i Konseptrapporten.

7.4.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

Pasientforløpet for dagopphold og poliklinikk vil kreve gjennomgang og eventuelt revidering av forprosjektet på følgende punkter:

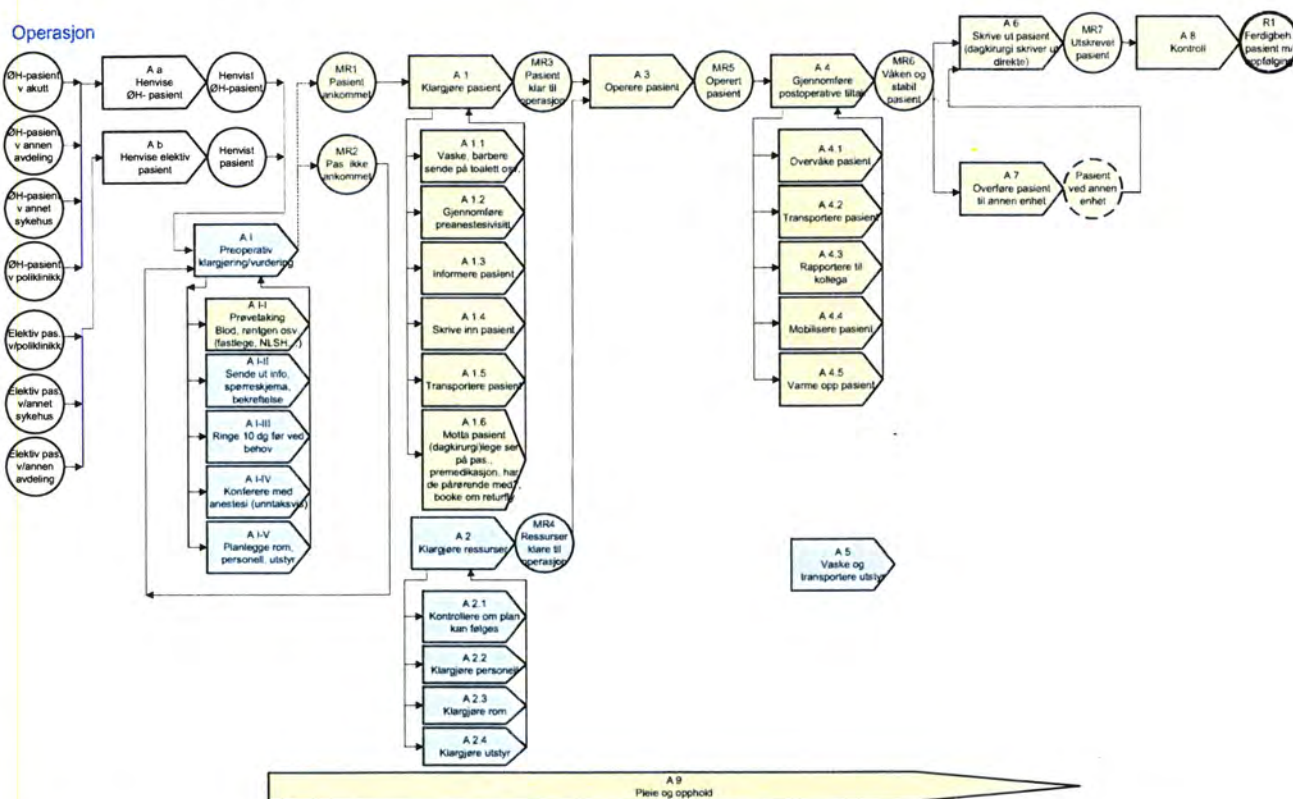
- Det må skaffes plass for et eller flere sentraliserte timekontor som ligger nært arealene for poliklinikk og dagbehandling
- Aktiviteten i de felles ekspedisjonene for poliklinikker og dagenheter varierer mye, og antall arbeidsplasser må tilpasses kapasitetsbehovet på den enkelte etasje. De fleste arbeidsoppgavene vil være pasientrettet og skal utføres i skranken, men det vil kunne oppstå behov for å utføre arbeid som krever skjerming. Minimum 1 arbeidsplass bør derfor kunne skjermes fra aktiviteten i skranken.
- Det må være mulig å føre en fortrolig samtale med pasienten i arbeidsstasjonen i poliklinikken. Dette vil ikke kunne gjøres i ekspedisjonen

⁵ Rapport Driftsøkonomisk effektivisering 2004 – 2020, september 2006

7.5 Pasientforløp operasjon

Det fremtidige forløpet for operasjonspasienter er vist i figuren under.

Figur 43: Flytskjema for operasjon



I Hovedfunksjonsprogrammet for Nye Nordlandssykehuset er det forutsatt 8 851 operasjoner per år. Ca 17 % er akutte.

Tabell 44: Antall operasjoner i 2020 fordelt på avdeling og dagkirurgi/heldøgns innlagt

Kode	Avdeling	Totalt	Antall	
			Dagkir	Heløgns
1000	Kirurgisk avd	2549	1436	1113
1400	Ortopedi	2322	1248	1075
2100	ØNH	1386	907	479
2200	Øye	1047	1040	7
2500	Gyn	838	498	340
2600	Føde	209	0	209
3000	Medisinsk avd	151	55	96
4300	Nevrologi	52	27	25
4410	Barn (inkl ned)	195	91	103
4500	Revmatologi	102	68	34
	Sum	8851	5370	3482

Denne aktiviteten er grunnlaget for beregning av antall operasjonstuer. Det er i tillegg lagt til grunn en relativt lav utnyttelsesgrad og ekstra kapasitet for å imøtekomme krav om spesialisering og eventuelt behov for økning i kapasitet ved en eventuell sentralisering.

7.5.1 Beskrivelse av prosessen

Lege i NLSH som mottar henvisning fra fastlege, undersøker pasient i poliklinikk og vurderer behov for operasjon. Det er en målsetting at det fortrinnsvis er samme lege som undersøker

pasienten som også opererer. Lege som har vurdert pasient til operasjon sender melding til driftsansvarlig for operasjonsområdet. Meldingen inneholder i tillegg til pasientdata informasjon om når operasjon er ønsket, hvem som skal utføre operasjonen, risikovurdering og spesielle forhold knyttet til utstyr.

Pasient tilskrives for operasjon. I tilskrivingsbrev er det informasjon om operasjonsdato, om forløpet og om time for eventuell preoperativ poliklinikk. Alle pasienter som skal til elektiv operasjon skal bekrefte at de kommer enten skriftlig eller via telefon (oppringing og/eller sms).

Pasienter som skal til enkle inngrep får utført de fleste forberedelser hjemme eller hos fastlege med oppfølging fra sykehuset. For elektive operasjonspasienter er det opprettet "prepol" (preoperativ poliklinikk), der pasienten har konsultasjon hos kirurg, fortrinnsvis den som skal operere pasienten.

- Pasienter har fått tilsendt spørreskjema på forhånd. Ut i fra svarene og henvisningsdata plukkes risikopasienter ut og får preoperativ undersøkelse/samtale med anestesisykepleier. Det er ingen øvrig rutinemessig anestesivisitt (med unntak av øhj-pasienter).
- Pasienter som har behov for fysioterapi får preoperativ undersøkelse/samtale.
- Ved "prepol" gjør kirurg eventuelle korrigeringer i operasjonsstyringsprogrammet.

Innlagte pasienter klargjøres for operasjon i sengeområdet. Til operasjon er det knyttet navn på ansvarlig sykepleier som kontaktes direkte når det er klart til operasjon. Pasienter som har behov for infusjoner, epiduralkateter, CVK, kateter med mer, kjøres til postoperativ overvåking i god tid før operasjonen, der de forberedes av anestesilege og sykepleier.

Daglig/ukentlig operasjonsstuedrift styres av én ansvarlig. Den samlede operasjonsstuedriften dokumenteres via operasjonsplanleggingssystemet. Ansatte får jevnlig rapporter fra systemet. Øyeblikkelig hjelp-pasienter meldes fra ansvarlig lege til ansvarlig for operasjonsstuedriften (i kommandosentral) og ass. anestesilege. 2 operasjonsstuer starter med første operasjoner tidlig (før kl 08).

Sterilsentralen sender opp en vogn per operasjonsstue med det gods som er bestilt ca 30 min før dekking og forberedelse av operasjonsstua starter. Når en operasjon er fullført, legges alle instrumenter i bokser som transporteres umiddelbart til Sterilsentralen for rengjøring, kontroll, pakking, autoklaving og lagring. Instrumenter åpnes og kontrolleres på Sterilsentralen (ikke på operasjonsstua). Utstyr er standardisert der det er mulig. Utstyr som brukes på sen kveld eller natt rengjøres av personell fra Operasjonsavdelingen i desinfeksjonsrommet i operasjonsenheten, og sendes i heis ned til Sterilsentralen. I noen tilfeller rengjør personell fra operasjonsenheten utstyr i Sterilsentralen. Lagervarer (forbruks- og "skaffeverar") bestilles elektronisk av merkantilt personell.

Pasienter som skal til operasjon i Dagkirurgen møter til avtalt tidspunkt, henvender seg i sentral resepsjon, blir registrert og får utdelt pasientkort. Kommer pasienten tidlig, kan han/hun vente ved sentral resepsjon og få tildelt personvarsler. I Dagkirurgen kan man samtidig se at pasienten er ankommet via pasientinformasjonssystemet. I god tid før operasjonen går pasienten til ekspedisjonen ved Dagkirurgen, og blir vist til dagplass i Dagkirurgisk avdeling, hvor han/hun blir tatt imot av ansvarlig sykepleier. Pasienten kler av seg privat tøy og venter i dagplassen. Noen pasienter blir undersøkt av lege i undersøkelsesrom.

Operatør og anestesilege (dersom det ikke er preoperativ klargjøring) varsles via bærbar telefon når pasienten vil ankomme operasjonsstua. Når det er klart til operasjon ringer driftsansvarlig for

operasjonsområdet til ansvarlig sykepleier i sengeområdet. Dersom pasienten er i "preoperativ klargjøring" (i postop-enhet), hentes han/hun av anestesipersonell.

Pasienten kommer fra sengeområdet i seng til den sentrale operasjonsenhetens operasjonsområde. Sykepleier som bringer pasienten, henvender seg til ekspedisjonen. Ekspedisjonen varsler ansvarlig anestesisykepleier som henter pasienten i slusa. Pasienten flyttes fra seng til operasjonstopp i slusa og trilles umiddelbart inn til operasjonsstua.

Pårørende og besøkende som kommer til operasjon/postop/intensiv har ett henvendingspunkt, ekspedisjon ved Sentral operasjon eventuelt ekspedisjonen ved Dagkirurgen. I ekspedisjonen ved Sentral operasjon kommer også pårørende til intensivpasienter. Henvendelser etter dagtid skjer ved ringeklokke/hustelefon.

Når pasienten er ferdig operert kjøres topp til sluse. Pasienten legges over fra topp til seng. Anestesipersonell overflytter pasient til postoperativ/intensiv der pasienten kobles til overvåkingsutstyr.

Det gis deretter rapport av anestesipersonell og operasjonspersonell til sykepleier i postop/intensiv. Forordning av legemidler og væsker er skriftlig/elektronisk. Pasienter som ikke har behov for overvåking i postop/intensiv overføres direkte til sengeområdet eller til dagplass. Når pasienten er ferdig med den overvåkingskrevende postoperative fase, gis det beskjed til ansvarlig sykepleier i sengeområdet. Pasienter som er ferdig overvåket i postop hentes av personell fra sengeområdene.

7.5.2 Endringer og tiltak

Tabell 45: Tiltak med vurdering av effekt av tiltaket fordelt på aktiviteter

Aktivitet	Tiltak	Effekt av tiltaket
Preoperativ vurdering og klargjøring	<p>Felles kriterier for indikasjon til operasjon. Indikasjonene er kjent og akseptert og pasienten skal ikke strykes fra operasjonsprogram på grunn av forskjellig oppfatning av indikasjon.</p> <p>Etablering av preoperativ poliklinikk.</p> <p>Standardisert informasjon til pasientene, der viktig informasjon er prioritert.</p> <p>Rutiner for oppfølging av pasienter slik at det foreligger bekreftelse eller avkreftelse av operasjon.</p>	<p>Færre strykninger. Bedre pasientservice.</p> <p>Bedre pasientflyt. Kortere gj.snittlig liggetid.</p> <p>Godt informert pasient. → Færre strykninger, kortere liggetid.</p>
Planlegging av operasjonsprogram	<p>Systemer for daglig registrering av ansvarlig sykepleier i pasientadministrativt system. Sykepleiere i operasjonsavdeling og sengeområdet har opplæring i bruk av systemene.</p> <p>Avklart hvor pasientene skal tas imot, slik at utstyr for klargjøring knyttes til funksjonen.</p> <p>Utarbeidet spesifikasjoner og anskaffet operasjonsplanleggingssystem. Personell er opplært i bruk av systemene. Systemet er knyttet til ressurser som personell, utstyr og rom. Alt personell er lagt inn i et langsiktig turnusplanleggingssystem.</p> <p>Det er etablert samarbeidsmøter og klare kommandolinjer for drift av</p>	<p>God kommunikasjon mellom sengeområder og operasjon → Mindre venting for operasjonsteam.</p> <p>God arbeidsflyt → Bedre ressursutnyttelse.</p> <p>God arbeidsflyt og kommunikasjon, oversikt over ressurser.</p> <p>Godt samarbeidsklima,</p>

	operasjonsenhetene. Det er utarbeidet rutiner for melding og organisering av ressurser for øyeblikkelig hjelp operasjoner.	god arbeidsflyt og riktig ressursbruk. Økt sikkerhet og riktig ressursbruk.
Klargjøring av utstyr og rom	Personell i Sterilsentral og Operasjonsavdeling har opplæring i logistikk og styringssystem for forsyning av sterilgods. Det er etablert felles utstyrslister. Utstyr og operasjonsstuer klargjøres av nattevakter. Det er utarbeidet avtaler og turnuser som er tilpasset tidlig oppstart av 2 operasjoner. Det er innført aktiv forsyning, og personell i operasjonsenheten er opplært i bestillingsrutiner. Personell fra sentralt lager er opplært i rutiner for oppfylling av varer i skap i operasjonsområdene.	God arbeidsflyt og utnyttelse av felles ressurser. Reduserte kostnader ved standardisering. Effektiv bruk av personell på dagtid. Riktig bruk av ressurser ved samordning av vareforsyning.
Mottak	Det er utviklet spesifikasjoner for pasientkort og kortlesere og knytting til pasientadministrativt system. Det er etablert rutiner og datasystem som til enhver tid viser hvor pasienten er. Det er utviklet pasientvarslere. Pasienter tas imot og klargjøres i postop før operasjonene. Prosjektert og programmert areal er kontrollert for denne funksjonen. Det er etablert klare rutiner for varsling og oppmøte til operasjon.	Forenklet informasjonsflyt Redusert tidsbruk. God pasientflyt, lite venting. Riktig arealbruk for funksjonen. Redusert venting.
Overflytting av pasient til postoperativ enhet	Det er etablert rutiner for overføring av pasienter fra operasjon til postop/intensiv. Operasjon kjører pasient inn til postoperativ overvåking Det er et integrert dokumentasjonssystem elektronisk for operasjon/anestesi og postoperativ overvåking. Det er etablert rutiner for overføring av pasienter fra operasjon til sengeområdet eller dagplass. Ansvarlig sykepleier i sengeområdet kan tilkalles via bærbar telefon.	Mindre venting og bedre samarbeid. God kvalitet og redusert tidsbruk. Mindre venting og bedre samarbeid.
Utskriving eller overflytting av pasient til sengeområde	Det er utarbeidet kriterier som skal oppfylles for at pasientens skal kunne overflyttes til dagoppholdsrom eller til sengeområder. Kriteriene er utarbeidet i samarbeid mellom ansvarlige for bemanning og drift av postoperativ overvåking og sengeområdene.	God pasientflyt, mindre venting. Riktig kapasitetsutnyttelse og personellbruk.

7.5.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

Bemanning av operasjonsområdene er knyttet til antall operasjonsstuer i drift. For Nye Nordlandssykehuset vil det bli en betydelig økning i antall operasjonsstuer i forhold til dagens, og i Sentral operasjon vil det være et høyt antall operasjonsstuer i forhold til antall operasjoner. Sentral operasjon har beregnet en aktivitet i 2020 på 3 482 operasjoner og et kapasitetsbehov på 6,2 operasjonsstuer, mens Dagkirurgen har beregnet 5 370 operasjoner og kapasitetsbehov på 5,2 operasjonsstuer. Tallene er eksklusiv øyeoperasjoner og operasjoner utført i poliklinikkene. Antall operasjoner er en økning på 19 % i forhold til dagens.

Antall ansatte bør derfor beregnes på grunnlag av aktivitet.

Tabell 46: Bemanning for sentral operasjon i det nye sykehuset

Bemanning Sentral operasjon, Nye Nordlandssykehuset																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Operasjonssykepleier	12	3	2	12	3	2	12	3	2	12	3	2	12	3	2	12	3	2	12	3	2
Anestesisykepleier	9	3	2	9	3	2	9	3	2	9	3	2	9	3	2	9	3	2	9	3	2
Anestesilege																					
Leder																					
Assistent																					
Kontorpersonell																					

Tabell 47: Bemanning Dagkirurgisk enhet i det nye sykehuset

Bemanning Dagkirurgen, nye Nordlandssykehuset																					
	Man			Tirs			Ons			Tors			Fre			Lør			Søn		
	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N	D	A	N
Operasjonssykepleier	10	2		10	2		10	2		10	2		8	2							
Anestesisykepleier	8	2		8	2		8	2		8	2		8	2							
Anestesilege																					
Leder																					
Assistent																					
Kontorpersonell																					

Tabellene over er eksempel på hvordan endring i aktivitet vil kunne slå inn på bemanningsbehov. Det er ikke gjort vurderinger av behovet for anestesileger, ledere, kontorpersonell eller assistenter. Bemanningsøkningen utgjør med disse forutsetningene 14 % i forhold til dagens bemanning.

I vurderingen av behov for operasjonssykepleiere må det tas med i vurderingen at det vil være oppgaver som i dag utføres av operasjonssykepleiere som i fremtiden vil bli utført av andre:

- Kontroll og sortering av instrumenter etter operasjoner overføres til Sterilsentralen
- Vask og desinfeksjon av sirkulasjonsgods overføres til Sterilsentralen
- Aktiv forsyning. Forsyningsvarer bestilles automatisk og leveres direkte
- "Skaffevarer" bestilles av kontorpersonell

Det forutsatt at den økte aktiviteten som preoperativ poliklinikk representerer kan tas av dagens bemanning i poliklinikkene. Dette begrunnes med at all øyeblikkelig hjelp-poliklinikk for kirurgi og ortopedi overføres til Akuttmottaket. Noen pasienter vil ha behov for konsultasjon hos fysioterapeut. Det er ikke vurdert bemanningsbehov for dette. Risikopasienter får anestesikonsultasjon i forbindelse med preoperativ poliklinikk. Det forutsettes ingen bemanningsøkning for dette, da det foreslås at dagens anestesivisitt utgår.

7.5.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

Det er kvalitetssikret eventuelt behov for kapasitet til preoperativ poliklinikk

7.6 Lærings- og mestringscenter (LMS) og bibliotek

LMS vil i Nye Nordlandssykehuset har en lokalisering som åpner for en utvidet publikumsorientert rolle i forhold til dagens virksomhet. Funksjonene bibliotek og LMS vil ligge samlokalisert, og begge vil være i 1. etasje nært inngangsparti og vestibyle, slik at tilgjengeligheten for publikum blir mye bedre i forhold til dagens plassering.

Biblioteket forventer ingen økning i antall studenter.

7.6.1 Beskrivelse av prosessen

Når ansatte i de kliniske avdelingene i sykehuset foreslår et kurs for pasienter med en kronisk sykdom, blir dette vurdert av LMS i samarbeid med avdelingene. Nytteeffekten, avgrensning mot

tilbud i avdelingene og primærhelsetjenesten blir drøftet. Det er etablert et samarbeid innad i regionen, i helseforetaket og med kommunene og brukerorganisasjonene om tilbudet.

LMS etablerer kursopplegget og er med i evalueringsarbeidet. De sørger for markedsføring og setter opp person- og romressurser i en plan. De kliniske avdelingene har tilgjengelige bemanningsplaner (kan eventuelt gjøres tilgjengelig via timekontoret) som kan benyttes.

Det er tilgjengelig informasjon om tilbudet via sykehusets internett, i avdelingene, hos fastleger og hos pasientorganisasjonene. Noen kursplasser gjøres tilgjengelige for ansatte fra kommunehelsetjeneste og sykehus som ønsker å hospitere.

LMS sin profil er knyttet til mennesker med kroniske sykdommer eller funksjonsnedsettelse og deres pårørende. Aktivitetene er i første rekke rettet mot kursvirksomheten. Når enheten får en sentral plassering ved inngangspartiet i sykehuset, vil man vurdere å utvide virksomheten til et "helseressurscenter", der man også kan ha en forebyggende/helsefremmende profil. Det vil kunne være både individuell informasjon og veiledning til pasienter og gruppevirksomhet. Dette vil være et grenseområde mot kommunehelsetjenesten som man vil kunne samarbeide om.

Biblioteket og LMS vil samarbeide om å lage et pasientbibliotek med informasjon, datasøk, og individuell veiledning.

Pasientens behov for informasjon øker. Samtidig blir oppholdstiden kortere (dagbehandling, hotell, osv) og behandlingsintensiteten under oppholdet høyere. Utvikling av informasjonsformidling vil være en viktig oppgave i fremtidens sykehus og det vil være behov for høy kunnskap hos de ansatte i bruk av gode pedagogiske virkemidler. Slik kan pasientene få riktig informasjon, i riktig mengde og metode på riktig tidspunkt. LMS og biblioteket sammen med enhet for kunnskapsbygging vil kunne ha en utvidet rolle i pedagogisk opplæring av ansatte. LMS har etablert et samarbeid med Høgskolen i Bodø for å øke kompetansen i formidling av helserelatert kunnskap.

Biblioteket tar i mot forslag, vurderer og prioriterer innkjøp og bestillinger. Kostnadseffektivitet, faglig innhold og kvalitet vurderes. I tillegg til bibliotekets boksamling vil det være bøker på avdelingene som kjøpes inn avdelingsvis, men som gjøres elektronisk tilgjengelig.

7.6.2 Endringer og tiltak

Tabell 48: Tiltak, med vurdering av effekt av tiltaket, fordelt på aktiviteter

Aktivitet	Tiltak	Effekt av tiltaket
Henvise	Samarbeid mellom RHF, HF og kommuner om prioritering i forhold til nytteeffekt av tilbudene. Forankring av prioritering i ledelsen.	Best mulig ressursutnyttelse og riktig prioritering.
	Bedre informasjon via sykehusets nettside. Oppfølging av fastleger, hjemmetjeneste og sykehusets avdelinger.	Rekruttering av deltakere til LMS kurs.
Planlegge opplæring	LMS samarbeid med timekontor bistår avdelingene i planlegging av kurs. Pasientene rekrutteres av avdelingene, innkalling skjer fra timekontoret.	Avlaster avdelingene. Synliggjør ressursbruk. Endret bemanning.
Gjennomføre opplæring	Vurdere egne stillinger enten i kommuner/NAV eller sykehus som er øremerket for LMS	Bedre ressursstyring for øvrig virksomhet i sykehuset. Synliggjøring av ressursbruk.
	Utvide virksomheten til "helseressurscenter".	Helsefremmende/forebyggende virksomhet.

Evaluere opplæring, avslutte	Vurdering av effekt for ulike pasientgrupper. Aktiviteten i bibliotek og LMS dokumenteres	Riktig prioritering, vurdering av ressursbruk.
Veilede, intervjuer	Opplæring av ansatte i pedagogisk metode.	Bedre informasjon og behandlingstilbud for pasienter.

7.6.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

Behovet for bemanning ved LMS må vurderes i forhold til organisering og oppgaver. Hvis LMS i større grad skal avlaste avdelingene med teknisk gjennomføring av kursene, vil dette kreve økt bemanning i LMS. Fremtidig bemanning kan omfatte:

- 2 ledere, 1 i bibliotek og 1 i LMS (som i dag)
- 2 Bibliotekarere (i dag 1 i 100% stilling)
- 2 Sekretærer, 1 i ekspedisjon og 1 i bibliotek (i dag 1,1 sekretærer)
- 1 psykisk helse + 1 rus (i dag 0,5 prosjektstilling)

Det kan også være behov for økt kapasitet for utvikling av kurs for barn og voksne innen somatikk.

7.6.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

LMS og bibliotek er lokalisert i 1.etasje i ny K-fløy. Som publikumsfunksjon burde LMS være den enheten som lå nærmest inngangspartiet. En fleksibel utnyttelse og samhandling mellom LMS og bibliotek kan være problematisk ved at prosjekterte løsninger viser en toalettkerne som låser arealet for fleksibilitet mellom LMS og bibliotek. Et helseressurscenter/LMS bør ha et eksponert areal mot publikum med resepsjon. Det vil være behov for kontorplass til brukerorganisasjonene og eventuelt plass til pasientombud.

Nye bibliotek planlegges med integrerte leseplasser imellom boksamlingene og andre steder i stedet for rene lesesaler. De fleste studenter har bærbare PC-er, prosjekteringen bør gjenspeile mobiliteten ny teknologi fører med seg. Dette bør tas med i vurderingen før detaljprosjekteringen fullføres. Universitetet i Tromsø krever egne lesesalsplasser for medisinerstudenter.

Pasient- og fagbiblioteket bør kunne kobles (automatisk bibliotek, helseressurscenter, bruk av internett/mindre bøker). Biblioteket har behov for adgangskontroll for deler av området.

Det er ønske om at deler av lokalene kan benyttes til kulturarrangement på kveldstid.

7.7 Behandlingshjelpemidler (BHM), medisinsk teknikk

7.7.1 Beskrivelse av prosessen

Fremtidige arbeidsprosesser kan beskrives som følger:

Alt utstyr kjøpes inn gjennom rammeavtale som gjelder alle sykehusene i RHF-et. Dette sikrer en standardisering av utstyret som gjør det mulig også å standardisere forbruksvarene. Utstyr for Lofoten og Vesterålen kjøpes inn og lagres ved sykehuset i Bodø.

Bruken av utstyret følges opp og trekkes inn til Bodø for rengjøring, kontroll og lagring før resirkulering. Omfanget av utstyr som utleveres fra BMH er utvidet til å omfatte insulinpumper, utstyr for ernæring, smertebehandling, søvnapnoe, blodtrykksmåling og annet. Dialyseutstyr følges opp av dialyseavdelingen og Medisinsk teknisk avdeling som i dag. For respiratorer er det etablert egne rutiner.

Utstyret rekvireres av ansvarlig lege, men kjøpes inn av BHM. Avvik fra standardiserte innkjøpsavtaler gjelder kun unntaksvis og må begrunnes særskilt. Utstyret utprøves og tilpasses på ansvarlig avdeling og utleveres derfra i samarbeid med BHM.

Sykehuset kjøper inne alt nødvendig forbruksmateriell og lagerfører dette selv. Dette har gitt store besparelser. Avvik fra standardiserte innkjøpsavtaler gjelder kun unntaksvis og må begrunnes særskilt. Forbruksvarer rekvireres av BHM fra lager som pakker og sender dette ut til pasientene fra sykehusets sentrallager. Bestilling, pakking og utsendelse av forbruksvarer til BHM vil være som for andre forbruksvarer. Det er et lite nærlager i enhet for BHM for utlevering til pasienter som kommer selv for å hente materiell. Medisiner og ernæringsprodukter skaffer pasienten selv fra apotek.

BHM er bemannet for å kunne samarbeide med ansvarlig avdeling i forbindelse med opplæring i teknisk bruk av utstyret, forhold knyttet til behandling og medisinske spørsmål. Det er etablert klare roller og retningslinjer for hvordan dette samarbeidet skal foregå. BHM følger også opp pasienter som har behov for informasjon og oppfølging hjemmefra, og deltar i utvikling av kurstilbud for spesielle pasientgrupper sammen med LMS og ansvarlig avdeling.

For å kunne utføre de nye oppgavene er bemanningen ved BHM økt med 1 sykepleier i tillegg til dagens 2 ingeniører. Sykepleieren har ansvaret for innkjøp og logistikk for forbruksvarer og for opplæring og informasjon i samarbeid med de kliniske avdelingene. Roller er avklart slik at sykepleier i BHM og personell ved de kliniske avdelingene utfyller hverandre i spørsmål som oppstår i grensesnittet mellom pasient, klinisk tilstand og bruk av utstyret.

Sykepleieren har også kommunikasjon med pasienter, pårørende og representanter for primærhelsetjenesten i spørsmål knyttet til bruk av utstyret, valg av type forbruksvarer mv. Oppgavene omfatter også organisering av innkjøp av forbruksvarer (godkjenning av typer oa) og bestilling av varer via sentrallageret. Det er også behov for sykepleier for å vurdere avdelingenes ønsker om spesielle leverandører for utstyr og forbruksvarer, og sikre standardisering. Sykepleieren vil arbeide på tvers av flere avdelinger og fagområder.

Det er ansatt en spesialarbeider til å ta seg av demontering, rengjøring og klargjøring av behandlingshjelpemidler.

Enhet for BHM og Medisinsk teknisk avdeling utnytter samlokaliseringen så langt det er praktisk, selv om virksomhetene er ulike. Medisinsk teknisk avdeling bidrar bl.a. med kontroll og reparasjon av utstyr som resirkuleres. Samarbeidet reduserer sårbarhet ved fravær.

For å møte den utvidede aktiviteten og bemanningen er det satt av tilstrekkelige arealer i Nye Nordlandssykehuset. Arealene er organisert og plassert slik at det gir fleksibilitet som gjør det mulig å utvide arealene ved økning i behovet ut over den planlagte virksomheten.

7.7.2 Endringer og tiltak

Tabell 49: Tiltak med vurdering av effekt av tiltaket fordelt på aktiviteter

Aktivitet	Tiltak	Effekt av tiltaket
Håndtering av utstyr	Prosjektert arealer for lager og rengjøring av utstyr, plass til økt bemanning.	Effektive arbeidsordninger, trivsel.
	Etablert rammeavtaler for anskaffelse av utstyr som gjelder for alle HF i Helse Nord	Standardisering, økonomisk innkjøp.
	Etablert ordning hvor BHM skal godkjenne type utstyr som rekvireres	Samordning, effektivisering.

	<p>Utvidet kapasitet slik at utstyr til pasienter under Vesterålen kan håndteres. Tilsvarende er kapasiteten utvidet til å omfatte andre fagområder (ernæring, smertebehandling, søvnapnoe oa).</p> <p>Etablert arealer, utstyr og bemanning for rengjøring og klargjøring av utstyr som skal resirkuleres .</p> <p>Etablert lager for utstyr i nærheten av enhet for BHM.</p> <p>Etablert system for oppfølging av utstyr som ikke er i bruk, kobling mot folkeregister.</p> <p>Etablert kontroll av utstyr hos pasienter.</p> <p>Overtatt ansvaret for insulinpumper.</p>	<p>Enhetlige rutiner og systemer for utstyr og forbruksmateriell, effektivitet, økonomisk innkjøp.</p> <p>Redusere behov for nyanskaffelser.</p> <p>Effektiv transport.</p> <p>Redusert behov for nyanskaffelser.</p> <p>Kvalitetssikring, sykehuset ansvar ivaretas.</p> <p>Standardisering, økonomiske innkjøp.</p>
Opplæring	<p>Tilsatt sykepleier som har ansvaret for opplæring i bruk av utstyret i samarbeid med ansvarlig avdeling.</p> <p>Etablert samarbeid med LMS for opplæring.</p> <p>Etablert rutiner som klart definerer ansvar og roller for enhet for BHM i forhold til ansvarlig avdeling.</p> <p>Oppfølging av henvendelser fra pasienter og pårørende, oppfølging av spørsmål og bruk av utstyr, valg av forbruksmateriell, opplæring oa..</p>	<p>Knytte sammen opplæring i bruk av utstyret og kliniske spørsmål.</p> <p>Effektiv opplæring, pasientservice.</p> <p>Avgrenset ansvar og roller.</p> <p>Service til pasienten, sikre standardisering.</p>
Håndtering av forbruksmateriell	<p>Etablert ordning for anskaffelse av alt forbruksmateriell til eget lager.</p> <p>Rekvirering og uttak av forbruksmateriell direkte fra eget lager, styrt av BHM.</p> <p>Etablert ordninger hvor BMH skal godkjenne type forbruksmateriell.</p> <p>Pakking og forsendelse av forbruksmateriell utføres av sentrallageret etter samme rutiner som for resten av sykehuset.</p> <p>Etablert nærlager ved BHM for forbruksmateriell som utleveres sammen med utstyret og som hentes av pasienter.</p>	<p>Lavere pris, økonomiske innkjøp.</p> <p>Felles rutiner.</p> <p>Sikre standardisering.</p> <p>Felles rutiner, arbeidsdeling.</p> <p>Service, effektivitet.</p>

7.7.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

Økt aktivitet og omorganisering av oppgaver forutsetter økning i bemanningen med

- 1 sykepleier
- 1 spesialarbeider

Avhengig av aktivitetsøkningen som følge av at Vesterålen legges under Bodø, flere typer utstyr under BHM og generell økning i behovet, må det vurderes ytterligere økning i bemanningen.

7.7.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

De avsatte arealene i forprosjektet er ikke tilstrekkelige i forhold til bemanningsøkningen. Lokaliseringen av BHM mellom Obduksjon og Medisinsk teknikk gir liten mulighet til ekspansjon. Et bytte av areal mellom Medisinsk teknikk og BHM kan gi bedre ekspansjonsmuligheter. Lokaliseringen gir dårlig tilgjengelighet for publikum.

7.8 Vareforsyning

De fremtidige prosessene og detaljerte forløpene vil bli nærmere beskrevet i vareforsyningsprosjektet i forbindelse med planlegging av Nye Nordlandssykehuset.

Det er ingen overordnede, styrende dokumenter for vareforsyning for sykehuset.

Helse Nord RHF har forpliktet seg på "Grønn stat" med regler for avfallshåndtering, der 75 % skal resirkuleres. Det er ikke fastsatt hvordan dette skal følges opp.

"Avfallshåndboka" ble revidert for 1-2 år siden i samarbeid med avfallsselskapet. Det er behov for ny revisjon, men man vil avvente nytt bygg.

7.8.1 Beskrivelse av prosessen

Forbruksvarer og væsker:

Alle lagervarer inklusive de fleste "skaffevarer" er registrert i et lagerstyringssystem (Clockwork). Bestilling fra de kliniske avdelingene skjer elektronisk ved "full-tom" prinsippet, der personalet registrerer en brikke/strekkode i en leser når skuffen er halvtom. Dette registreres automatisk i sentrallageret, og varer sendes ut etter behov og avtalte frekvenser.

Rent og urent tøy:

Pasient- og personaltøy rengjøres og pakkes fra vaskeri. Personaltøy leveres direkte i tøyautomater plassert ved garderobene, mens pasienttøy leveres direkte i skap ved arbeidsstasjoner. Urent pasienttøy samles i tøysekker og sendes via tøysjakt til oppsamlingsrom i kjeller. Tøyet hentes derfra av transportører eller vaskeriansatte for uttransport til vaskeri. Urent personaltøy legges i vogner ved garderobene, alternativt i returboкс i tøyautomatene.

Avfall:

Avfall sorteres ved kilden i fraksjoner som videresendes via automatiske systemer (avfallssug) eller ved mellomlagring og manuell henting.

Mat:

Pasienter får meny presentert og bestiller mat elektronisk via pasientterminal på sengerommene. Kjøkkenet mottar bestilling og sender buffet (spesial- og diettmat) i vogn til avdelingene. Tørrmat bestilles elektronisk og sendes i samme vogn. Matavfall returneres i samme vogn. Vognene rengjøres i eget rom i kjøkkenet.

Legemidler:

Legemidler bestilles elektronisk for hver pasient fra Apotek. Bestillingssystemet er knyttet til daglige forordningsrutiner i elektronisk journal for hver pasient. Bestilling går direkte til pakkemaskin som klargjør døgndose med legemidler automatisk for hver pasient. Legemidlene sendes ut via rørpost til hvert sengeområde. Ekstramedisiner eller legemidler til poliklinikker, anestesi osv, forsynes ved "full-tom" prinsippet, der legemidlene sendes ut med transportør.

Sterilgods:

Pakket og autoklavert sterilgods sendes via egen intern heis til operasjonsområdene, og ved transportører og person-/vareheiser til andre avdelinger. En vogn med brikker, utstyr med mer, sendes til operasjonsavdelingen 30 minutt før klargjøring av operasjonsstue.

7.8.2 Endringer og tiltak

Tabell 50: Tiltak med vurdering av effekt av tiltaket fordelt på varetyper

Aktivitet/funksjon	Tiltak	Effekt av tiltaket
Forbruksvarer, væsker	<p>2 nivå lager og mindre lager.</p> <p>Gode rutiner for hygienemessig korrekt behandling av fabrikksterilisert gods for hele forsyningskjeden.</p> <p>Aktiv forsyning.</p> <p>Strekkodeleser brukes av ansatte som tar ut brikke for halvtom skuff – registreres online. Alternativt utføres dette elektronisk av forsyningspersonell.</p> <p>Transportørene setter på plass og legger i skapene.</p> <p>Det er daglig leveranser av forbruksvarer og væsker.</p>	<p>Begrenser muligheten til å hamstre. Reduserte lagerkostnader. Øker behov for antall transporter.</p> <p>Redusert smitterisiko.</p> <p>Økt kvalitet, mindre retur, svinn.</p> <p>Sparer forsyningspersonell for en ekstra tur for registrering av brikker.</p> <p>Mer tid for pleiepersonell til pasienter.</p> <p>Redusert arealbehov, mindre mellomlagring.</p>
Rent og urent tøy	<p>Rent personaltøy hentes fra tøyautomater.</p> <p>Retur av skittent personaltøy i tøyautomat, alternativt i traller i garderobene.</p> <p>Urent pasienttøy i tøysjakt for transport til vaskeri.</p>	<p>Bedre kvalitet, mindre svinn.</p>
Mat	<p>Kliniske avdelinger bestiller tørrvarer og pasientmat elektronisk.</p> <p>Pasienter kan selv eller med hjelp fra pleiepersonell/assistent bestille mat direkte via pasientterminal.</p> <p>Økt fokus på ernæringsstatus og diett for pasientene. Undersøkelse av kundetilfredshet.</p> <p>Bulkservering på avdelingene.</p> <p>Optimal varebeholdning i sentralkjøkken, dvs. råvarer som har kort oppbevaringstid, max 3-4 dager.</p>	<p>Redusert tidsbruk for manuell føring/lesing av kort/lister.</p> <p>Valgmuligheter, pasient sebrvice, visualisering av meny.</p> <p>Økt kvalitet.</p> <p>Økt kvalitet. Bulkproduksjon er enklere for kjøkkenet.</p> <p>Reduserte kostnader for lagring og kassering.</p>
Legemidler	<p>Ensartet system (aktiv forsyning) for bestilling av legemidler fra apotek. Apotektekniker oppsøker avdelingene, ser over, bestiller og fyller opp legemidler i medisinrommene.</p> <p>Legemidlene legges opp fra Apoteket i "en-dose system". Utlevering av legemidler skjer ved "en-doser" i rørpost. Legemidlene oppbevares i skap i medisinrom</p>	<p>Gir bedre lagerhold, spare tid for sykepleiere.</p> <p>Bedre tid for pleiepersonell til pasientrettet arbeid.</p>

	<p>eller arbeidsstasjon før de deles ut til pasient.</p> <p>Farmasøyt deltar på previsitten i avdelingene. Rådgir leger. Veiledning av pasienter og personell ved behov.</p> <p>Samordning av transport av varer til hjemmeboende pasienter.</p>	<p>Reduserte transportkostnader.</p> <p>Økt kvalitet.</p> <p>Bedre logistikk, reduserte kostnader.</p>
Avfall	<p>Økt fraksjonering av avfall. Eventuelt øke antall fraksjoner i avfallssug.</p> <p>Kjøling av matavfall.</p> <p>Konfidensielt papir sendes i låsbar enhet i returvogn til sentral makulering. Papp og papiravfall sendes i returvogn.</p>	<p>Reduserte kostnader for deponering av avfall.</p> <p>Sikkerhet.</p> <p>Bedre tid for kontorpersonell til kontorarbeid.</p>
Sterilgods	<p>Gode rutiner for håndtering av fabrikksterilisert gods. Viktig å følge regler for hvordan man bryter forpakning, håndterer og transporterer varene.</p>	<p>Bedret hygiene, færre infeksjoner.</p>
Generelt for forsyningstjenestene	<p>Samordning, felles organisering av forsyningstjenestene. Øke utnyttelsen av vogner og personell til returtransport av papir, makulert papir, papp, osv.</p> <p>Automatisering av transport. Vurdering av effekt av automatisert transport fra lager, AGV. Man må gå over til trucktransporter (alt. AGV) i det nye sykehuset pga at avstanden til sentrallageret øker.</p>	<p>Ressursbesparende. Klinisk personell får mer tid til pasienter.</p> <p>Reduserte kostnader til transport?</p>

7.8.3 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

Ansatte ved Sterilsentralen har foreslått at personalet der skal forestå hele leveransekjeden til alle avdelinger for fabrikksterilisert gods. Konsekvensen vil bli at det går parallelle transporter for ordinære forsyningsvarer og fabrikksteriliserte varer til alle avdelinger. Dette kan øke kostnaden for forsyning.

Dersom man skal ha eget personell for oppfylling av lagervarer, tøy og væsker i skap i de kliniske avdelingene, (transportører tar over denne aktiviteten for pleiepersonell) bør det synliggjøres hvilken effekt det har på bemanning i de kliniske avdelingene. Vil konsekvensen være redusert antall pleierstillinger eller mer tid til pasientene og økt kvalitet? Alternativt, vil det være assistenter i de kliniske avdelingene som håndterer varer, mat osv? Denne organiseringen vil ikke kunne generaliseres for alle avdelinger. Effekten vil være ulik.

Dersom apotek skal i gang med aktiv forsyning, "en-dose" forpakning av legemidler og mer utradrettet veiledningstjeneste til de kliniske avdelingene, vil dette kreve ekstra ressurser. Hvilken kvalitetsmessig eller kostnadmessig konsekvens dette vil ha er ikke avklart.

7.8.4 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

Det er viktig at vareforsyningsprosjektet avklarer antall og størrelse på forsyningsskapene. Dette avhenger av frekvens på forsyning. Det bør avklares hva som ligger i skapene, avstemme volum og frekvens.

Transportvogner trenger rengjøringsrom. Dette bør sjekkes ut i prosjekteringen.

Dersom det skal være en overgang fra brett- til bulkserving, innebærer det ombygginger i sentralkjøkkenet.

Ved en oppbevaring av legemidler i "en-dose" forpakninger, vil det være behov for andre oppbevaringssystem enn tradisjonelle medisinskap i medisinerom

Ved legemiddeldistribusjon via rørpost er det behov for å vurdere antall rørpoststasjoner per etasje.

Ved kildesortering og mellomlagring av matavfall er det behov for kjøling før uttransport. Det må avklares hvor kjøling skal skje.

Ved økt antall fraksjoner i kildesortering er det behov for moduler for sortering. Det vil være behov for avklaring av antall fraksjoner, på hvilke rom, hvor mye og størrelse på moduler. Det er likeledes behov for å se på avfallssuget om det kan ta flere fraksjoner.

7.9 Kontorstøtte

7.9.1 Beskrivelse av funksjoner

Kontorfunksjonene inngår i pasientforløpene. Beskrivelsen av den fremtidige organiseringen er derfor knyttet til funksjoner og er ikke beskrevet som arbeidsprosesser. Kontorpersonalets oppgaver bør kartlegges bedre før det trekkes konklusjoner om fremtidige oppgaver, arbeidsmengde, kapasitet og lokalisering. Usikkerheten om virkningen av nye pasientforløp må avklares før det tas beslutninger.

7.9.1.1 Ekspedisjonsfunksjonen

Ekspedisjoner betegner i denne sammenheng funksjoner og områder tilrettelagt for å ta imot pasienter og publikum (og i noen grad ansatte og studenter) som har behov for informasjon og rettleiing. I ekspedisjonene utføres kontorfunksjoner knyttet til den utadrettede virksomheten, og oppgaver som naturlig følger av dette.

I det nye sykehuset vil det være ekspedisjoner i følgende områder:

- Akuttmottak
- Ekspedisjon i hver etasje i den nye K-fløya ved trapper/heiskjerner som dekker sengeområder, poliklinikker, dagområder og kliniske servicefunksjoner for alle poliklinikker .
- Ekspedisjon for Øyeavdelinga i S-fløya

I hovedinngangen/vestibylen vil det være en sentral resepsjon med sentralbord, informasjonsskranke, vaktentral, oa. Denne er ikke nærmere omtalt i dette dokumentet.

I tillegg vil det være, lokale ekspedisjoner knyttet til LMS/bibliotek, Enhet for behandlingshjelpemidler, administrasjonen, laboratoriene, pasienthotellet og lager. Disse ekspedisjonene vil ikke bli omtalt i denne sammenhengen.

Ekspedisjonene vil omfatte følgende oppgaver:

Generelt for alle ekspedisjoner:

- Sykehusets ansikt utad, mottak av pasienter, pårørende og publikum
- Ankomstregistrere pasienter til poliklinikker og dagområder, utlevere pasientkort og informasjon om planen for dagen. Første oppmøte vil ta mer tid på grunn av behovet for kontroll av pasientdata.
- Informere pasienter og svare på spørsmål som angår besøket. Faglige spørsmål viderefremmes til klinisk personell.

- Ta imot pårørende til pasienter som har opphold på sykehuset og informere om hvor pasienten ligger.
- Rettleie pasienter som skal til undersøkelse og behandling, tilkalle klinisk personell hvis pasienter trenger annen hjelp
- Avslutte besøket på poliklinikk og dagenhet ved å avlese pasientkortet, ta i mot oppgjør/betalingsterminal, levere ut giro og levere ut informasjon om ny time/oppfølging.
- Leverer ut foreløpig epikrise og annen informasjon til pasienten som blir generert ved at man leser av pasientkortet.
- Bistå pasient og pårørende med å skaffe taxi/transport. Pasienter med behov for overnatting henvises til Zefyr hotell.
- Ta imot telefonhenvendelser til poliklinikken/dagområdet utenfra og fra andre avdelinger. Videreformidle, overføre samtaler ved behov.
- Posten åpnes i hovedpostkontoret, skannes og sendes elektronisk til mottaker. Papirdokumenter som pasienten har seg når han kommer må skannes i ekspedisjonen.

Det er viktig at pasienter og publikum kommer til en åpen ekspedisjon med en skranke hvor det er lett å ta kontakt. Det er usikkert om alle arbeidsoppgaver kan utføres i en slik åpen ekspedisjon og av hensyn til arbeidsmiljøet bør det vurderes om det er behov for minimum 1 skjermet arbeidsplass i ekspedisjonen.

Fortrolige samtaler med pasienter bør skje i arbeidsstasjonene for sykepleiere inne i poliklinikken/dagområdet.

Spesielle funksjoner for noen ekspedisjoner:

Akuttmottaket:

På grunnlag av arbeidet i Gruppe 1 vil denne ekspedisjonen ta imot all øyeblikkelig hjelp som kommer via hovedinngangen (dvs med drosje, egen bil osv). Pasientene registreres først i sentral resepsjon, og blir deretter vist til de respektive ekspedisjonene. Ortopediske, kirurgiske og medisinske pasienter behandles i Akuttmottaket.

Alle øhj-pasienter som innlegges registreres i ekspedisjonen i Akuttmottaket før de overføres til sine respektive avdelinger. Det innebærer at pasientinformasjonen som følger pasienten til sengeområdet skal være oppdatert og riktig.

Poliklinikkekspedisjonen i 1. etg:

Dette er felles ekspedisjon og venteområde for kirurgisk, ortopedisk og ØNH-poliklinikk (inkl hørselssentral). Pasienter som skal til prøvetakingsenheten vises direkte fra sentral resepsjon.

Ekspedisjonen i 2. etg,

Dette er en felles ekspedisjon for alle funksjoner i 2. etg. og omfatter enheter med stor pasienttrafikk som røntgen, dagkirurgi og brystdiagnostisk senter.

7.9.1.2 Bookingfunksjonen

Det etableres en sentral bookingfunksjon for hele sykehuset (timekontor). Den sentrale bookingfunksjonen vil omfatte planlegging og bestilling av alle typer ressurser i sykehuset som skal være tilgjengelige ved elektiv undersøkelse og behandling av pasienter, med unntak av operasjonsrom med tilhørende overvåkingsplasser. Planleggingen og bestillingen vil omfatte følgende ressurser:

- Personell (leger, terapeuter, sosionomer, sykepleiere og andre) som det kreves at er til stede i forbindelse med undersøkelse og behandling av pasienter.

- Rom og utstyr som må være tilgjengelig for at undersøkelse og behandling skal være mulig å gjennomføre. Utstyr planlegges i hovedsak sammen med rommet.

Når det innføres og dokumenteres standardiserte pasientforløp, blir de riktige ressursene booket på grunnlag av innholdet i dette forløpet.

Operasjonsrom planlegges av Operasjonsavdelingen i operasjonsplanleggingssystemet.

Den sentral bookingfunksjonen vil omfatte følgende oppgaver:

- Motta, registrere og behandle alle henvisninger, både eksterne og interne. Papirbaserte henvisninger tas imot og skannes på det sentrale postkontoret og overføres elektronisk til bookingfunksjonen.
- Returnere, følge opp ufullstendige henvisninger.
- Hente frem relevant informasjon om pasienten og knytte dette til den aktuelle henvisningen. Finnes i dag, men er en komplisert rutine som må utvikles. Samordning viktig.
- Sjekke om pasienten har andre henvisninger/aktiviteter i sykehuset i samme periode, knytte informasjon om dette til henvisningen. Dette bør også omfatte planlagte besøk ved Lofoten og Vesterålen.
- Fordele henvisninger elektronisk på avdelinger/leger.
- Motta henvisninger etter prioritering. Henvisningen vil da inneholde informasjon om prioritet og hvilke tiltak som skal gjennomføres (undersøkelser, prøver, behandlinger). Mange pasienter vil være knyttet til standardiserte pasientforløp.
- Sette pasient på venteliste når dette er aktuelt. Sendt ut informasjon til pasient og fastlege, denne informasjonen vil i hovedsak gå elektronisk.
- Planlegge alle nødvendige ressurser for at undersøkelse og behandling skal kunne gjennomføres.
- Gå inn i timebøkene til de aktuelle ressursene og bestille på et ledig tidspunkt som tilfredsstillende prioritet som er satt.
- Rettighetspasienter som ikke kan få behandling innenfor prioritert tidsramme følges opp etter at ansvarlig lege har vurdert hvilke tiltak som er nødvendig (prioritering som haster, overføring til annet sykehus, skyve timen ut i tid)
- For booking av ressurser som vil generere inntekter for sykehuset skal det sendes intern henvisning sammen med informasjon om at ressursen er booket.
- Det genereres en timeplan for besøket som sendes pasienten og fastlegen sammen med annen informasjon om besøket, hvordan pasienten skal forholde seg og hvem han kan kontakte når han har spørsmål.
- Svare på henvendelser fra pasienter, endre time når pasienten ikke kan eller ressursen ikke er tilgjengelig, kontakt med leger/behandlere om deres timebøker og planer.
- Bistå LMS med innkalling av pasienter

7.9.1.3 Skrivetjenesten

Beskrivelsen omfatter funksjoner som kan samles under begrepet skrivetjenesten, det betegner ikke et sted eller en organisatorisk enhet.

De største skrivestueene/kontorene flyttes i løpet av 2007 ut av sykehusets lokaler og til nærliggende bygg. Det er en mulighet at noe av virksomheten samordnes med skrivestueene i sykehuset i Vesterålen. Vil være etablert fra det tidspunktet IKT-systemene er samordnet og man har felles databaser.

I det nye sykehuset vil tekstproduksjonen foregå ved talegjenkjenning. Det er usikkert hvor god kvaliteten på tekst som produseres ved talegjenkjenning vil være, hvor mye behov for kontroll av

dikterte filer som må utføres av kontorpersoneil og hvordan denne kontrollen skal organiseres. Konsekvenser for organisering og arbeidsoppgaver ved omlegging til tategjenkjenning må utredes, og det må legges vekt på kvalitet. Det må også tas hensyn til valg av arbeidsdeling mellom klinisk og merkantilt personeil.

Annen tekstproduksjon vil kunne utføres over nettverk fra et sted utenfor sykehuset.

7.9.1.4 Postsekretær

Det bør diskuteres prinsipielt hvilke kontoroppgaver som skal ligge til fagpersoneil og enhetsledere og hva som skal overføres til sekretær/støttepersoneil. På den ene siden kan avlastning av kontorfunksjoner (bestilling av undersøkelser, forsyning, telefoner, oa) gi større rom for faglighet og ledelsesfunksjoner for fagpersoneil og enhetsledere. På den andre siden vil dette gi et økt bemanningsbehov som ikke enkelt lar seg oppveie av en effektivisering innenfor fag- eller lederstillinger. Effekten kan bli høyere kvalitet, men med økte kostnader. Differensiering på funksjoner/stilling og enheter (etter oppgaver og størrelse) vil være nødvendig.

Postsekretærens rolle i dag er forskjelligartet og avhengig av avdelingen og ledelsen. Også i fremtiden vil postsekretærens rolle være avhengig av organisering og styring av sengeområdene og de rutiner og systemer for dokumentasjon som brukes. Ved noen avdelinger utføres timebooking og oppfølging av ressurser på sengeposten av driftssykepleier. De fremtidige oppgavene må avgrensnes mot driftssykepleier. Disponering/booking av senger forutsetter en faglig vurdering. Det er viktig at henvisning med prioritering inneholder alle relevante opplysninger som gjør det mulig å booke ressursene.

Det er i utgangspunktet ikke avsatt kontorplass til postsekretær i sengeområdene men det vil være mulig med en plassering i ekspedisjonen på hver etasje. Det vil være behov for en del merkantile funksjoner knyttet til etasjeledelse og avdelingsledelse. Kontor for postsekretæren bør derfor knyttes til avdelingsledelsen. Disse støttefunksjonene (sekretærfunksjoner for ledelsen) må ligge nært avdelingene og vil bl.a. omfatte noe tekstproduksjon som i dag gjøres på skrivekontoret.

Oppfølging av elektive pasienter som kommer og reiser forutsettes å skje fra ekspedisjonen. I den utstrekning postsekretæren utfører slike oppgaver, vil en lokalisering i ekspedisjonen være aktuelt. Andelen elektive pasienter er ca 45 % i dagens sykehus, og den har vært økende.

Pasientforløpet for øhj-pasienter forutsetter at alle opplysninger om pasienten er registrert i ekspedisjonen i Akuttmottaket og vil være tilgjengelig og oppdatert når pasienten kommer til posten. Det er usikkert hvordan slike forbedringer i rutinene i akuttmottaket vil virke inn på arbeidet for postsekretæren.

Pasientforløpet for heldøgns pasienter forutsetter ikke at postsekretæren deltar på previsitt. Bestilling av undersøkelser og annen dokumentasjon gjøres av lege og sykepleier. Fordeling av merkantile oppgaver mellom klinisk personeil og kontorpersoneil bør avklares.

Det er forutsatt at all dokumentasjon vedrørende pasienter skjer elektronisk, og at den som produserer og bruker informasjonen også dokumenterer (leger, sykepleiere, andre). Det samme vil gjelde henvisninger og bestillinger som enten gjøres av legen direkte eller via timekontoret.

Behovet for håndtering av dokumenter som skal skannes og lagres/eventuelt makuleres er usikkert, og det må være plass til dette der dokumentene oppstår. Hovedtyngden skjer i sentralt postkontor. Det vil være betydelig mindre papirbasert informasjon som produseres internt, og uttak av lister og hjelpeark på papir bør unngås.

Postsekretærens oppgaver bør kartlegges bedre før det trekkes konklusjoner om oppgaver, mengde, kapasitet og lokalisering. De store forskjellene og usikkerheten om virkningen av nye pasientforløp må avklares før det tas beslutninger. Hvis de nye pasientforløpene kan struktureres og gjennomføres slik det beskrives i grunnlaget fra arbeidsgruppen for heldøgns pasienter, vil mye av arbeidet til postsekretæren bestå av avvikshåndtering og oppfølging av saker som ikke lar seg løse innenfor det oppsatte regimet.

7.9.1.5 Sekretærstøtte til enhetsleder

Hvis det innføres etasjeleder, eventuelt delt mellom sengeområder og poliklinikker/dagområder, vil det være behov for sekretærstøtte til disse lederne. På de største enhetene/avdelingene vil det være behov for egen administrativ støtte til avdelingssjefen. Dette er innført på laboratoriet.

Samtidig ser man at behovet for innhenting og rapportering av styringsinformasjon og kvalitetssikring på alle nivå øker. Selv om styringsdata i hovedsak høstes sentralt fra IKT-systemene, vil det trolig være behov for flere merkantile oppgaver for enhetsledelsen knyttet til innsamling og tilrettelegging av data og rapportering på avvik. Dette vil kreve administrativ støtte.

På mindre enheter/avdelinger og på postnivå vil det også være noe behov for kontorstøtte/administrativ støtte. Hvis det er hensiktsmessig kan det kombineres med pasientrettet arbeid for postsekretær.

7.9.1.6 Kvalitetskontroll

Kvalitetssikring er ikke avklart og må diskuteres særskilt. Takster/koder som settes ved polikliniske besøk og besøk på røntgen må kontrolleres i ekspedisjonen når pasienten avslutter besøket og oppgjøret ordnes. Setting av DRG gjøres ved avsluttet opphold i forbindelse med skriving av epikrise (dagopphold og heldøgnsopphold). Det er i utgangspunktet lege/behandler som må sette kode og det bør skje fortløpende i forbindelse med besøket hos legen. Det samme gjelder produksjon av epikrise og informasjon om kontroller mv.

Systemer for kvalitetssikring skal tilpasses det kvalitetskravet man stiller. Som en ytterlighet kan alle dokumenter som bærer informasjon om diagnose, DRG, takstkoder, prosedyrekoder oa kontrolleres. Alternativt kan man etablere stikkprøvekontroll, oppfølging av spesielle avdelinger eller leger, osv. Det sentrale må være at kvaliteten blir så god som mulig i første ledd. Det kan oppnås med bedre rutiner, effektive støtte- og kontrollsystemer som viser avvik, opplæring, gode brukergrensesnitt på IKT-systemer, rapportering av avvik, osv.

7.9.2 Konsekvenser for fremtidig bemanning og krav til kompetanse

Dette er omtalt under pkt 7.4.4.

7.9.3 Konsekvenser for prosjektering av nytt sykehus

Dette er omtalt under pkt 7.4.5.

8 Oppsummering av tiltak

8.1 Viktigste tiltak fra hver gruppe

Nedenfor er gjengitt de 5 tiltakene fra hver gruppe som antas å ha størst endringseffekt. Utvalget er gjort av rådgiver, men er kvalitetssikret av arbeidsgruppene gjennom høringsrunde.

Øyeblikkelig hjelp-pasienten:

1. Etablering av standardiserte pasientforløp og protokoller som grunnlag for tidlig iverksetting av undersøkelse og behandling, grunnlag for lik kvalitet i behandling, samt grunnlag for kvalitetsmålinger.
2. All øyeblikkelig hjelp for medisin, kirurgi og ortopedi, både innleggelser og polikliniske konsultasjoner, håndteres i Akuttmottaket.
3. Etablering av et prioriteringssystem (triage) for alle øhj-pasienter .
4. Samhandling med primærhelsetjenesten om pasienter som kan behandles i legevakt.
5. Aktiv bruk av akuttmodul i DIPS for å lette kommunikasjon og dokumentasjon.

Heldøgns opphold:

1. Utarbeidelse av standardiserte pasientforløp og protokoller.
2. Etablering av preoperativ poliklinikk.
3. Felles ledelse og ressursstyring for sengeområdet på tvers av fagspesialiteter.
4. Oppfølging av pasienter før innleggelse.
5. Samarbeid med primærhelsetjenesten om pasienter som kan behandles utenfor sykehus.

Dagopphold og poliklinikk:

1. Etablering av felles timekontor for hele sykehuset.
2. Åpne timebøker for booking av ressurser.
3. Felles ekspedisjon for flere poliklinikker og dagenheter.
4. Innføring av pasientkort med fortløpende oppdatering av aktiviteter under besøket.
5. Innføring av standardiserte pasientforløp for viktige pasientgrupper.

Operasjon:

1. Enhetlig ledelse for operasjonsstuedriften.
2. Sentral operasjon har oppfølging av pasienter preoperativt.
3. Klargjøring og kontroll av brukte instrumenter overføres til Sterilsentralen.
4. Innføring av preoperativ poliklinikk.
5. Preoperativ forberedelse i postoperativ enhet.

LMS og Bibliotek:

1. Økt samhandling med kommuner, HF og RHF i utvikling og prioritering av tilbud.
2. Samarbeid og utnyttelse av felles ressurser mellom bibliotek og LMS.
3. Etablering av "helseressurscenter".
4. Økt tilgjengelighet for publikum.
5. Opplæring av ansatte i pedagogisk metode.

Behandlingshjelpemidler:

1. Tilsetting av 1 sykepleier som samarbeider med fagavdelingene om opplæring.
2. Overta ansvaret for anskaffelse og distribusjon av forbruksmateriell via hovedlager.
3. Tilsetting av 1 spesialarbeider for rengjøring og kontroll av utstyr.
4. Økt aktivitet, utvidet område, inklusiv Vesterålen.

5. Utvidet type og antall utstyr.

Generelt for forsyningstjenestene:

1. Organisatorisk samordning av transportoppgavene med bedre styring av transportører, felles for (alle) typer transport.
2. Økt bruk av vogner til returtransport av papp, papir, konfidensielt papir.
3. Rett kompetanse til oppgavene, transport utføres av rett personell, plukk og fylling av nærlager utføres av rett personell (rett personell i betydningen rett kompetanse og rett økonomi).
4. Automatisering av transport der det er kostnadseffektivt.
5. Økt valgfrihet og kvalitet i matforsyning til pasientene.

Kontortjenesten:

1. Etablering av sentralt timekontor.
2. Felles ekspedisjoner for poliklinikker og dagenheter.
3. Innføring av talejenkjenning.
4. Endringer i ledelsen, etablering av etasjeledere.
5. Nye rutiner i pasientforløpene, leger og sykepleiere dokumenterer og bestiller/rekvirerer.

8.2 Andre tiltak som kan gjennomføres straks

En rekke tiltak er rettet mot endringer som vil gi større forutsigbarhet og kvalitet og dermed mer effektivitet og kvalitet i arbeidet. Andre oppgaver knyttes til bedre arbeidsflyt og reduksjon av flaskehals. Dette omfatter:

- Økt kvalitet på elektroniske eksterne og interne henvisninger, bedre brukergrensesnitt tilpasset klinisk personell.
- Etablering av felles og entydige rutiner for henvisning, bestilling, ressursstyring, oppdatering av kalendere, mv.
- Generelt utvikle brukergrensesnittet på IKT systemene slik at de er tilpasset klinisk personell som har spesifikke behov.
- Sikre opplæring av vikarer i alle viktige rutiner og støttesystemer.
- Sikker kvalitet i første ledd, rutiner for egenkontroll/hjelp ved utfylling av skjema, mv.
- Utvikle pasienttilpasset informasjon.
- Utvikle rutiner for varsling om time/oppmøte.
- Overføring av oppgaver fra pleiepersonell til forsyningspersonell/sterilsentral (operasjonsstuer, sengeområder med mer).
- Utvikle bedre informasjonssystemer for pasienter (henvisnings- og informasjonsbrev, frivillige "veivisere" i sentral resepsjon, opplæring i pedagogisk metode for personell med mer).

8.3 Generelle tiltak for hele sykehuset

De største organisatoriske endringene er knyttet til felles ressursbruk i sengeområder, poliklinikker, dagområder og endret organisering av kontorstøtte. Faglig er det innføring av standardiserte pasientforløp og protokoller som vil by på de største utfordringene.

Felles ressursbruk i sengeområder, poliklinikker og dagområder vil gå på tvers av fagspesialiteter. Et felles område kan være en etasje der sengeområde, poliklinikk og dagområde i etasjen drives av en felles "etasjeledelse". Hver etasje i det nye sykehuset er ulikt sammensatt, slik at det kan også være behov for å kunne utnytte ressurser på tvers over flere etasjer. Et alternativ kan være å organisere sykehusets sengekapasitet og pleieressurser på tvers av fagavdelingene gjennom en sykepleierdivisjon, slik Nye Ahus nå vil etablere. Dette vil spesielt gjelde i perioden med ombygginger for det nye sykehuset, der avdelinger blir delt og flyttet rundt flere ganger.

Den operative ledelsen/avdelingsledelsen bør ha et rimelig kontrollspenn. En daglig leder for hver av fløyene (sengeområder) i AB-fløya vil være en overkommelig oppgave. For poliklinikker og dagområder bør man vurdere felles ledelse for alle poliklinikkene på en etasje.

Utnyttelse av ressurser på tvers av fagområder vil kunne omfatte:

- pleiepersonell innenfor sengeområdet på en etasje (og hele sykehuset)
- sengerressurser
- personell innenfor poliklinikk- og dagområdet på en etasje
- poliklinikkrom og dagplasser

En samordning av ressurser innenfor større fagområder eller spesialområder (f.eks barn) kan gi fleksibel bruk av personell på tvers av sengeområder og poliklinikker.

For utnyttelse av kapasitet i senger, dagplasser og poliklinikkrom vil det være behov for en strategisk, langsiktig styring av ressursene, men også et behov for å løse daglige utfordringer.

Det er foreslått etablering av "flyttsykepleiere" som en del av den felles personellressursen. Disse vil ha sitt daglige arbeid i et sengeområde, men vil ved høy arbeidstygde være i en annen avdeling og kunne flyttes mellom sengeområder innenfor hele sykehuset. Det forutsetter at man har et pleietyngdesystem der pleietyngdefaktor er knyttet til bemanningsfaktor. Det gir et "nøytralt" utgangspunkt for ressursstyring. Et incentiv med ekstra lønn for "flyttsykepleierne" samt spesielle opplæringstiltak, vil kunne gjøre dette til attraktive stillinger.

En sterk faglig og driftsmessig utvikling er en utfordring spesielt for avdelingsledelsesnivået, som må forholde seg til kontinuerlige endringer og omorganiseringer. De vil ha ansvar for den faglige utviklingen innenfor egen avdeling, men også på tvers av avdelinger. Utviklingen av sykehus i HF'et i retning av "nettverkssykehus", vil kunne føre til at avdelingslederne får ansvar for ressurser som skal styres på tvers av avdelinger i flere sykehus.

God samhandling med primærhelsetjenesten er en viktig faktor for suksess for Nordlandssykehuset. Det er ansatt en praksiskoordinator som vil få en viktig rolle i å identifisere områder der man kan få bedre pasientflyt og en effektiv, samlet ressursutnyttelse. Det er også viktig å etablere møteplasser for de som er ansvarlig for den daglige operative virksomheten i avdelinger i sykehuset og sykehjem, hjemmetjeneste, legevakt og fastleger.

8.4 Opplisting av tiltak for alle forløp

I tabellen under er alle små og store tiltak opplistet under noen felles hovedaktiviteter, på tvers av pasientforløp og arbeidsprosesser. De representerer både de små, men ofte effektfulle, umiddelbare endringsforslagene, i tillegg til de store og mer bygningsmessig avhengige forslagene. Denne listen kan representere avdelingssjefenes arbeidsliste i forhold til videre utvikling og implementering av tiltakene.

Henvisning, planlegging

- Pasienter fra legevakt eller fastlege har skriftlig henvisning ved øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner og innleggelse.
- Elektroniske henvisninger med predefinerte kriterier. Det er utviklet en løsning for elektroniske henvisninger som er tilpasset fastlegenes behov og som brukes av fastlegene. Det er gjennomført ordning for opplæring av nyansatte og vikarer.
- Utviklet nye/forbedrede rutiner i DIPS for registrering og fordeling av innkomne henvisninger, arbeidsflyt. Det er etablert kvalitetssikringssystem som viser avvik i forhold til etablert regelverk.
- Det er etablert ordning for kontroll av søknader som ikke er ferdigbehandlet på grunn av manglende opplysninger
- Pasienter som kan behandles i primærhelsetjenesten og psykiatrisk institusjon skal behandles på disse

nivåene.

- Pasienter tar flere prøver på forhånd hos primærlege.
- Det utarbeides informasjonsbrev til pasienter med hensiktsmessig informasjon, og det er bedre pasientrettet informasjon via sykehusets nettside.
- Det etableres preoperativ poliklinikk.
- Felles kriterier for indikasjon til operasjon. Indikasjonene er kjent og akseptert og pasienten skal ikke strykes fra operasjonsprogram på grunn av forskjellig oppfatning av indikasjon.
- Pasienter som skal innlegges elektivt følges opp med påminnelse via mail, brev eller sms.
- Data om pasienten er om mulig overført elektronisk fra henvisende lege. Ved manuelle henvisninger skal det være lett tilgang til data fra Folkeregisteret.
- Det er etablert standardiserte pasientforløp der ressurser bookes i forhold til forløpet.
- Det er prosjektert lokaler nært kliniske avdelinger for felles timekontor. Henvisning mottas og behandles i felles timekontor. Timekontoret tar alle typer henvisninger. Det er felles rutiner om fordeling av henvisninger. Ansatte er rekruttert og opplæring er gitt. Det er anskaffet planleggingssystemer som samordner og booker felles ressurser. Det er utviklet kobling av informasjon mellom systemer for planlegging og ressursstyring. Det er åpne timebøker og entydige rutiner for booking. Det er etablert felles rutiner for organisering av ventelister.
- Innlagte pasienter som trenger øhj-poliklinikk blir henvist til Akuttmottaket eller behandles i sengeområdene dersom de ikke har behov for spesialrom.
- Systemer for daglig registrering av ansvarlig sykepleier i pasientadministrativt system. Sykepleiere i operasjonsavdeling og sengeområdet har opplæring i bruk av systemene. Det er avklart hvor operasjonspasientene skal tas imot, slik at utstyr for klargjøring knyttes til funksjonen.
- Det er utarbeidet spesifikasjoner og anskaffet operasjonsplanleggingssystem. Personell er opplært i bruk av systemene. Systemet er knyttet til ressurser som personell, utstyr og rom. Alt personell er lagt inn i et langsiktig turnusplanleggingssystem.
- Det er etablert samarbeidsmøter og klare kommandolinjer for drift av operasjonsenhetene.
- Det er utarbeidet rutiner for melding og organisering av ressurser for øyeblikkelig hjelp operasjoner.
- Det er samarbeid mellom RHF, HF og kommuner om prioritering i forhold til nytteeffekt av LMS tilbudene. Forankring av prioritering i ledelsen.
- LMS (i samarbeid med timekontor) ivaretar en større del av planleggingen og gjennomføringen av kursene. Pasientene rekrutteres av avdelingene
- Utstyr og operasjonsstuer klargjøres av nattvakter. Det er utarbeidet avtaler og turnuser som er tilpasset tidlig oppstart av 2 operasjoner.

Mottak

- Det er etablert ekspedisjoner som er dimensjonert i forhold til mengde pasienter som skal behandles. Det er gjennomført rekruttering og opplæring av personell til ekspedisjoner
- Det er god skilting.
- Det er samordnet mottak av elektivt innlagte pasienter i sentral resepsjon.
- Frivillige er engasjert for å være "veivisere".
- Det er anskaffet personvarsler (evt mobiltelefon) til pasienter som må vente i 1. etg på innleggelse. Det er utarbeidet spesifikasjoner og rutiner for bruk av personvarslere.
- Pasienter med åpen innleggelse tas imot og har en enklere mottakssituasjon enn øvrige pasienter.
- Det utarbeides standard pasientforløp og protokoller. Avvik registreres.
- Triagesystem innføres.
- Det er etablert ordninger for skjerming av elektiv virksomhet. Leger som har poliklinikk tar ikke øhj-pasienter. Interne henvisninger tas på avsatte tidspunkt.
- Pasienter som skal opereres får preoperativ klargjøring utført i postoperativ enhet.
- Det er informasjon på pc/PDA over pasienter som til enhver tid er sortert, på vei til eller oppholder seg i Akuttmottaket.
- Ambulanspersonell bistår ved mottak av øhj-pasienter.
- Det er utviklet pasientkort som pasienten får, der alle administrative data registreres. Kravspesifikasjoner er utarbeidet og rutiner for bruk er gjennomgått. Det er anskaffet utstyr for å produsere og lese pasientkort.

Diagnostikk, behandling

- Sykepleiere i Akuttmottaket utfører prøvetaking og noen analyser etter standardiserte pasientforløp og protokoller.
- Pasienter i Akuttmottaket og Observasjonsenheten har høy prioritet for prøvetaking/analyser og røntgen.
- Online operasjonsstyringssystem.
- Det er etablert system for talegjenkjenning knyttet til elektronisk pasientjournal.

- Alle prøver/undersøkelser bestilles elektronisk direkte av den som initierer bestillingen. Dette skjer elektronisk via PDA eller pc.
- Transport av pasienter til undersøkelser bestilles elektronisk.
- Det gjennomføres opplæring og tiltak som motiverer sykepleiere til å arbeide på tvers av fagspesialiteter.
- Det er etablert ordning med ansvarlig lege og sykepleier.
- Det er etablert standardiserte pasientforløp.
- Det er utviklet gode informasjonstiltak rette mot pasientene.
- Det finnes løsning for elektronisk resept der pasienter kan forhåndsbestille og hente legemidler på det apotek de ønsker.
- Det er installert betalingsterminaler i ekspedisjonene.
- Det er etablert avtaler med Zefyr hotell om at all overnatting som ikke er innleggelse blir organisert gjennom Zefyr.

Utskriving, overflytting

- Det er etablert rutiner for overføring av pasienter fra operasjon til postop/intensiv. Operasjon kjører pasient inn til postoperativ overvåking.
- Det er et integrert dokumentasjonssystem elektronisk for operasjon/anestesi og postoperativ overvåking.
- Det er etablert rutiner for overføring av pasienter fra operasjon til sengeområdet, dagplass. Ansvarlig sykepleier i sengeområde kan tilkalles via bærbar telefon.
- Leger og sykepleiere dikterer eller skriver selv journalnotater.
- Akuttmottaket har ett henvendelsepunkt, telefon til ansvarlig sykepleier i hvert sengeområde.
- Epikrise og/eller journalnotat utleveres til pasient og henvisende lege ved hjemreise, både for pasienter som er innlagt og pasienter som er til dagopphold.
- Pasienter som har standardiserte forløp der kriterier for utskrivning oppfylles kan skrives ut av sykepleier. Pasienten har utreisesamtale med lege dagen/kvelden før.
- Timekontoret samordner eventuell ny time, innleggelse, oppfølging.

Pleie, opphold, pasientopplæring

- Det er innført standardiserte pasientforløp med forutsigbarhet for pasienter og personell. Det knyttes protokoller/prosedyrer til pasientforløpene.
- Det er innført "flytsykepleie" for å utnytte felles ressurser. Det er innført kompetanseoppbygging og incentivsystemer.
- For å utnytte felles ressurser er det innført etasjeledelse eller andre ordninger for ledelse på tvers av fagspesialiteter. Det er gjennomført OU-prosjekt som har avklart roller og krav knyttet til etasjeledere som har ansvaret for driften av poliklinikker og dagområder.
- Det er innført stille rapport for pleiepersonalet i sengeområdene.
- Det er legevisitt ved behov. Informasjon og kommunikasjon skjer med pasienter og pårørende i enerom, alternativt i samtale- eller behandlingsrom.
- Aktiviteten i bibliotek og LMS dokumenteres.
- Det er i samarbeid med LMS og biblioteket etablert opplæringstilbud for ansatte i pedagogisk metode.
- Det er vurdert egne stillinger enten i kommuner/NAV eller sykehus som er øremerket for LMS.
- Det er vurdert å utvide virksomheten til "helseressurssenter".
- Det er tilsatt sykepleier som har ansvaret for LMS-kurs i samarbeid med de kliniske avdelingene.
- Etablert rutiner som klart definerer ansvar og roller for enhet for BHM i forhold til ansvarlig avdeling.
- Det er oppfølging av henvendelser fra pasienter og pårørende, oppfølging av spørsmål og bruk av utstyr, valg av forbruksmateriell, opplæring, oa.

9 Grunnlag for å prioritere tiltak

Planleggingen av det nye sykehuset bestemmer tempo og for en stor del fokus, for de omstillinger som bør prioriteres. Vi har nedenfor valgt å legge vekt på 2 hovedkriterier for prioritering:

- Krav til prosjekteringen. Den pågående prosjekteringen stiller absolutte krav til avklaring og beslutning.
- Effektivitet og kvalitet. Mulighetene til å hente ut konkrete effektiviseringsgevinster som bidrag til finansiering av byggene, vil være avgjørende for den endelige godkjenningen av prosjektet. Nordlandssykehuset HF har et potensial for årlig effektivisering på mellom 85 og 108 mill kroner sammenlignet med de 5 mest effektive sykehusene som er sammenlignbare med NLSH (SAMDATA somatikk 2004).

9.1 Endringer som påvirker de prosjekterte løsningen

Forprosjektet skal ferdigstilles i løpet av juni 2007. En del tiltak og endringsforslag vil kreve endringer i rom og arealdisponering. Det er avgjørende at det fattes beslutninger som avklarer om og eventuelt hvordan disse tiltakene skal implementeres. Dette gjelder følgende tiltak/endringer:

- Prosjektert løsning for venteplasser for pasienter og pårørende i Akuttmottaket bør vurderes på ny med tanke på økningen i polikliniske øhj-pasienter.
- Kapasitet til preoperativ poliklinikk.
- Infrastruktur for personvarslere og pasientkort.
- Hensiktsmessige venteplasser for pasienter som må vente i vestibyle/kaféområdet før og etter innleggelse.
- Forutsatt beslutning om sentralisert booking, må det skaffes plass for ett eller flere sentraliserte timekontor som ligger nært arealene for poliklinikk og dagbehandling.
- Antall arbeidsplasser i felles ekspedisjoner for poliklinikker og dagenheter må tilpasses kapasitetsbehovet i den enkelte etasje. De fleste arbeidsoppgavene vil være pasientrettet og skal utføres i skranken, men det vil kunne oppstå behov for å utføre arbeid som krever skjerming. Minimum 1 arbeidsplass bør derfor kunne skjermes fra aktiviteten i skranken.
- Det må være mulig å føre en fortrolig samtale med pasienten i arbeidsstasjonen i poliklinikken. Dette vil ikke kunne gjøres i ekspedisjonen.
- Som publikumsfunksjon bør LMS ligge nært inngangspartiet. Et Helseressurssenter/LMS bør ha et eksponert areal mot publikum med resepsjon. En fleksibel utnyttelse og samhandling mellom LMS og bibliotek kan være problematisk ved at prosjekterte løsninger viser en toalettkerne som låser arealet for fleksibilitet mellom LMS og bibliotek. Det vil være behov for kontorplass til brukerorganisasjonene og eventuelt plass til pasientombud.
- De fleste studenter har bærbare PC-er, prosjekteringen av biblioteket bør gjenspeile mobiliteten som ny teknologi fører med seg.
- Pasient og fagbiblioteket bør kunne kobles (automatisk bibliotek, helseseressurssenter, bruk av internett/mindre bøker). Biblioteket har behov for adgangskontroll for deler av området.
- Bibliotek/LMS bør kunne benyttes til kulturarrangement på kveldstid.
- Arealene for behandlingshjelpemidler (BHM) er ikke tilstrekkelig i forhold til forventet bemanningsøkning. Lokalisering av BHM mellom Obduksjon og Medisinsk teknikk gir liten mulighet til ekspansjon. Det er dårlig tilgjengelighet for publikum.
- Antall og størrelse på forsyningsskap må avklares i vareforsyningsprosjektet.
- Transportvogner trenger rengjøringsstasjon.
- Dersom det skal være en overgang fra brett- til bulkservering, innebærer det ombygginger i sentralkjøkkenet.
- Ved en oppbevaring av legemidler i "en-dose" forpakninger, vil det være behov for andre oppbevaringssystem enn tradisjonelle medisinskap i medisinerom
- Med legemiddeldistribusjon via rørpost er det behov for å vurdere antall rørpoststasjoner per etasje.
- Ved kildesortering og mellomlagring av matavfall er det behov for kjøling før uttransport. Det må avklares hvor kjøling skal skje.
- Ved økt antall fraksjoner i kildesortering er det behov for moduler for sortering. Det vil være behov for avklaring av antall fraksjoner, på hvilke rom, hvor mye og størrelse på moduler. Det er likeledes behov for å se på avfallssuget om det kan ta et økt antall fraksjoner.

9.2 Driftsøkonomiske konsekvenser og utvikling av kvalitet

En av målsettingene med prosessanalysene var å få avklart om og hvordan sykehuset kan effektivisere driften for å kunne betjene en størst mulig andel av investeringskostnadene gjennom en høyere produktivitet. Både enkle, praktiske tiltak knyttet til bruk av IKT og bedre rutiner, samt større endringer på et overordnet strategisk nivå, påvirker produktiviteten. Ved prioritering må det tas hensyn både til effekten av tiltakene og krav til ressursbruk og omstilling som tiltakene krever. Hvor raskt tiltaket kan innføres og avhengigheten til realisering av nybygget er viktig når man skal vurdere effekten av tiltaket.

Utbyggingsprosjektet og de gjennomførte prosessanalysene viser også at NLSH har behov for å gjennomføre langsiktige utviklingstiltak som har betydning for organiseringen av det kliniske arbeidet og ledelses- og styringsmodellen for sykehuset.

I prosessanalysene har det vært arbeidet med beskrivelser av fremtidige prosesser og forløp rettet imot spesifikke grupper. Noen problemstillinger er felles for flere grupper, er på et overordnet nivå og vil ha høy effekt på kvalitet, pasientservice, driftsøkonomi og arbeidsmiljø. Tiltakene har fått "scoring" (+) ut i fra en samlet subjektiv vurdering av de diskusjoner som har vært i forbindelse med Nye Nordlandssykehuset og de erfaringer som finnes fra andre sykehus for tilsvarende tiltak.

I tabellen er det også vist hvilke avhengigheter som det antas gjelder for de enkelte tiltakene, spesielt knytninger til nybygget og om tiltakene kan startes straks.

Tabell 51: Tiltak for Nye Nordlandssykehuset med scoring i forhold til effekt

Tiltak	Kvalitet	Pasient service	Drifts økonomi	Arbeids miljø	Avhengighet	Kan startes
Sortering av riktig pasient til riktig nivå, mellom primær- og spesialisthelsetjeneste og innad i spesialisthelsetjenesten	++	++	+++	+		Straks
Etablering av preoperativ poliklinikk	+++	+++	+++	+	Areal	Straks
Etablering av felles ledelse for sengeområder på tvers av fagspesialiteter	+	+	+++	++	Nybygg, rokader	Utprøves for noen avd
Etablering av felles ledelse for poliklinikk- og dagområder på tvers av fagspesialiteter	+	+	+++	++	Nybygg, rokader	Utprøves for noen avd
Etablering av felles timekontor	++	+++	+++	+	Egnet areal	Utprøves for noen avd
Forbedring av planleggingssystemer og kobling til turnussystemer	+++	++	+++	+	IKT	Straks
Håndtering av forbruksmateriell gjennom BHM	++	++	+++	+	Mer areal	
Innføring av talemateriale	+	+	+++	+	IKT	
Samordning av transportoppgavene	++	+	+++	++		Straks
Informasjon til og opplæring av vikarer	++	+	+++	++		Straks
Etablering av standardiserte pasientforløp	+++	+++	+	+		Straks
Samhandling med og styrking av kompetanse for primærhelsetjenesten	+++	+++	++	+		Straks
Utvikling av pasientkort	++	++	++	+	IKT	
Utvikling av pasientvarslere	+	+++	+	+		Straks
Innføring av bærbare telefoner	+	++	+	++		Straks
Forbedring av datasystemer for registrering, rapportering og analyser	+++	+	+	+	IKT	Straks

av pasientaktivitet						
Etablering av mottaksfunksjon ved sentral resepsjon	++	+++	++	+++	Nybygg	
Kvalitet på henvisninger, maler	+++	++	++	++	IKT	Straks
Utvikling og standardisering av rutiner for henvisninger, bestillinger, dokumenthåndtering mm	+++	+	++	+		Straks

Tiltakene er her gjengitt med "positive" effekter. Enkelte tiltak vil også ha negative effekter for noen ansatte. Noen tiltak fører til store endringer i arbeidsoppgaver eller organisatorisk tilknytning. Innføring av felles timekontor vil for eksempel være et tiltak der både kontoransatte og leger får en endret arbeidssituasjon. Det er sterke avhengigheter knyttet til forbedring av datasystemene for planlegging og styring av virksomheten og for å oppnå suksess med tiltaket. For tiltakene som knyttes til felles ledelse av sengeområder, poliklinikker og dagområder vil det være utfordringer mht faglig ansvar, og ikke minst kobling mellom den daglige, operative ledelsen og avdelingsledelse. Innføring av standardiserte pasientforløp med redusert individuell vurdering kan føre til økt ressursbruk (flere prøver og undersøkelser).

10 Gjennomføring av endringer

10.1 Prioritering

Utbyggingsprosjektet med sitt driftskonsept gir konkrete føringer på hva som må prioriteres, men det er sykehusets ledelse og avdelingsledelsen som skal velge i forhold til forventet effekt og ressursbruk. Etter som endringene vil gjelde alle enheter og ha betydning for den daglige driften, bør prioriteringen ligge i linjen slik at alle ansvarlige ledere forplikter seg i forhold til denne prioriteringen og de disposisjoner dette krever. Realisering og oppfølging kan legges over i den etablerte prosjektorganisasjonen.

10.2 Organisering og forankring

Endringer av det omfanget som avtegner seg krever en tilpasset organisasjon. Generelt vil det være behov for klare styringssignaler og mandater fra ledelsen, samtidig som ansatte i alle ledd vil ha kompetanse å bidra med og behov for deltakelse. Mange erfaringer viser at vellykket innføring av endringer krever ledelsens oppmerksomhet, ansattes deltakelse og klare roller og mandater.

10.2.1 Prosjektleder og prosjektgruppa

Sykehuset bør vurdere å styrke den sentrale administrasjonen med en prosjektleder som har bakgrunn fra og integritet blant klinisk fagpersonell. Sykehusets primæroppgave er den kliniske virksomheten og dette bør tydeliggjøres i organisasjonen. Prosjektleder bør rapportere direkte til direktøren.

Det bør etableres en sentral styringsgruppe for endrings- og utviklingsprosjektet. Størrelse og sammensetning er viktig, men det viktigste er at denne gruppen oppfattes som et sentralt organ med et klart mandat og muligheter til å påvirke gjennomføringen. Direktøren bør lede denne styringsgruppa.

Avhengig av hvilke og hvor mange endringstiltak som iverksettes, bør det utpekes delprosjektledere som rapporterer til den sentrale prosjektlederen. Motivasjon, opplæring og støtte for delprosjektlederne er svært viktig, og de bør om mulig komme fra fagmiljøene. Det vil være behov for faglig sammensatte prosjektgrupper for det enkelte delprosjektet. Stabspersonell kan inngå i gruppene som faglig støtte.

Prosjekter som skal gjelde for flere avdelinger bør involvere flere avdelinger. Gjennomføring av mindre piloter "for å se om det går bra" har den fordelen at det gir liten eksponering for risiko, men på den andre siden kan det øke problemet med implementering på tvers av alle avdelinger, fordi løsningen ikke er forankret eller den er tilpasset piloten, som også ofte nyter godt av ekstra prosjektressurser.

10.2.2 IKT-utvikling

Mange av tiltakene omfatter IKT-utvikling. Utvikling av IKT-løsningene vil berøre mange sykehus og det bør derfor etableres samarbeid med DIPS og den sentrale IKT-organisasjonen i Helse Nord. Dette vil kunne kreve spesielle samarbeidstiltak mot noen sykehus som ønsker tilsvarende utvikling. Mulighetene bør kartlegges og prosjektene organiseres i forhold til hvilke krav til samarbeid som oppstår. Utviklingen av IKT-løsningene er trolig så sentral i den samlede utviklingsstrategien at dette arbeidet bør forankres hos direktøren og den sentrale prosjektlederen.

10.3 Planer

En rekke tiltak kan gjennomføres straks, koster lite og har potensielt stor effekt på kvalitet og ressursbruk. Fordeling og igangsetting av små tiltak med store muligheter til å lykkes gir positiv

motivasjon i organisasjonen. Det er derfor viktig at også slike prosjekter får høy oppmerksomhet og solid faglig oppfølging. De bør derfor organiseres som egne prosjekter, innarbeides i planene og følges opp med rapportering på fremdrift og resultater i den sentrale prosjektledelsen. Under pkt 9.2 er flere slike tiltak listet opp.

Mange tiltak har avhengigheter til det nye bygget, andre tiltak og beslutninger. En matrise som viser aktuelle tiltak med prioriteter og avhengigheter er viktig for å kunne lage robuste planer.

Avhengighetene til det nye bygget virker på to måter: En rekke tiltak kan ikke iverksettes før man kjenner den endelige fremdriften og ferdigstillingen for det nye bygget. Samtidig er det sentralt at endringene er gjennomført og tiltak implementert når bygget er klart for innflytting. Dette vil i noen grad gjelde de sentrale organisatoriske endringene knyttet til operativ ledelse av felles sengeenheter og poliklinikker. Nye ledere som er rekruttert i god tid og har fått opplæring/motivering for å arbeide innenfor den nye strukturen, vil kunne være viktige ressurser i de endringer som må gjennomføres.

Når prioritering og avklaring av fremdrift foreligger må det utarbeides en plan for endringsarbeidet som viser tiltak, mål, avhengigheter, ressursbehov, fremdrift og milepæler på et overordnet nivå. De enkelte delprosjekter må ha detaljerte planer. Systematisk oppfølging og rapportering er viktig. Endringsaktiviteter som ingen etterspør vil som regel stoppe opp.

11 Referanser

1. Konseptrapport for Nye Nordlandssykehuset, nov.2006
2. Delfunksjonsprogram for Nye Nordlandssykehuset, sept. 2006
3. Forprosjekt for Nye Nordlandssykehuset, tegninger lagt fram i FP møte 3 og 4, mai 2007
4. Pasientforløp/protokoll for pasientgrupper Observasjonsenheter, Australia:
<http://www.easternhealth.org.au/pathways/index.htm>
5. Simulatortrening. Prosjekt mellom Rikshospitalet og Umeå: "MATADOR"
http://www.telenor.com/rd/pub/rep02/R_53_2002.pdf
6. Rapport fra Helse Vest: http://www.kunnskapssenteret.no/filer/04_akutt-tjenester_i_sykehus.pdf
7. "Cancelled Operation Toolkit":
<http://www.wise.nhs.uk/sites/crosscutting/access/Access%20Document%20Library/1/Theatres/Step%20Guide/Cancelled%20Operations%20Diagnostic%20Tool.pdf>
8. Analyse av Nordlandssykehuset Bodø, avd Psykiatri. Dagens bruk av DIPS og krav til overgang til EPJ, januar 2007
9. Prosjekt videreføring av EPJ ved NLSH. Evalueringsrapport EPJ-status. Deloitte 2003
10. "Beste praksis", TEMA: Utskrivelse av pasienter. "Hvordan kan vi som helsepersonell ivareta elektive uropasienter sitt behov for informasjon ved hjemreise best mulig?" Kirurgisk avdeling NLSH.
11. Protocol-Based Care. Emergency Care – some case studies and examples. NHS Modernisation Agency.
12. Mc Callum Pardey, Toni G: The clinical practice of Emergency Department. Triage: Application of the Australasian Triage. Sept 2006.
13. Analyse av etablering av fellessenter, NLSH, Deloitte mai 2004
14. Retningslinjer for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell for spesialisthelsetjenesten, sept 2005
<http://www.behandlingshjelpemidler.no/index.php?c=75&kat=Nasjonale+retningslinjer&p=2>