

## **Strategi 2016 – fokusområde 2 – bemanning**

Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt i august 2009

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Sammendrag og anbefalinger .....</b>	<b>3</b>
1.1. Sammenligning av bemanningen internt på sykehuset og mellom NA og LE .....	3
1.2 Fastsetting av standarder .....	4
1.3 Områder som ikke er tilstrekkelig utredet .....	4
<b>2. Innledning .....</b>	<b>5</b>
2.1 Mandatet .....	5
2.2 Arbeidsgruppas sammensetting .....	5
2.3 Arbeidsgruppas avgrensing av mandatet .....	5
2.4 Forkortelser som brukes i rapporten .....	5
2.5 Arbeidsgruppas arbeidsform .....	6
2.5.1 Egne møter .....	6
2.5.2 Andre møter .....	6
<b>3. Drøftinger med konklusjoner/forslag .....</b>	<b>6</b>
3.1 Finnes det nasjonale retningslinjer for bemanning av enheter? .....	6
3.2 Pleiefaktor .....	6
3.3 Sammenligning av bemanningen internt på sykehuset og mellom NA og LE .....	7
3.3.1 Kirurgisk klinikk ( omfatter ortopedi og kirurgi ) .....	7
3.3.2 Kirurgisk klinikk ( omfatter akuttmedisinske avdelinger ) .....	7
3.3.3 Medisinske klinikker .....	7
3.3.4 Rehabiliteringsavdelingen .....	8
3.3.5 Gyn / Føde .....	8
3.3.6 Psykiatrien .....	8
3.3.7 Vaktberedskap .....	8
3.3.8 Sengeposter - optimale størrelser .....	8
3.3.9 Beredskapsstyrken .....	9
3.3.10 Andre støtteenheter .....	9
3.3.11 Allokering av ressurser internt .....	9
3.4 Synliggjøring av spesialister og leger under utdanning på hver enhet .....	9
3.5 Gjennomsnittlønn, UTA-tid og arbeidsplaner for ansattegrupper på hver enhet .....	10
3.6 Oversikt over produksjon på dagtid og kveldstid/natt .....	10
3.7 Anvendelse av personalreglement/- policy i foretaket .....	10
3.4 Fastsetting av standarder .....	11

# 1. Sammendrag og anbefalinger

Arbeidsgruppen for fokusområdet Bemanning har bare delvis greid å arbeide seg gjennom de utfordringene mandatet peker på. Det er derfor ønskelig ut fra arbeidsgruppens forståelse, at det gjøres et videre arbeid både innenfor de temaene vi peker på konkrete forslag og der vi er tydelige på at et videre utredningsarbeid er påkrevet. I rapportens punkt 3 framgår arbeidsgruppens tilnærming og datamateriale som foreligger; også for de tema der vår utredning ikke er tilfredsstillende.

## 1.1. Sammenligning av bemanningen internt på sykehuset og mellom NA og LE

Arbeidsgruppen finner det nå foreliggende tallmaterialet for (1)Liggedøgn per pleiemånedsværk – somatikk, (2)Liggedøgn per pleiemånedsværk – psykisk helsevern og (3)DRG-aktivitet per legemånedsværk – somatikk svært nyttig. Vi anser det mer hensiktsmessig at HNT forholder seg til dette enn å arbeide videre med å definere begrepet pleiefaktor og gi det et entydig innhold. Arbeidsgruppen har i hovedsak lagt dette tallmaterialet til grunn for sine anbefalinger til dette temaet.

### Kirurgisk klinikk ( omfatter ortopedi og kirurgi )

- Reduksjon av månedsværk i NA
- DRG-produksjon / lege-MV i NA bør ligge nærmere LE
- Lettpost LE avvikles

### Kirurgisk klinikk ( omfatter akuttmedisinske avdelinger )

- Bemanningsreduksjon på 20% for akutteneheten ved operasjon/ anestesi / mottak NA
- Reduksjon i antall årsværk ved kirurgisk poliklinikk LE ( 20-25 % ? )

### Medisinske klinikker

- LE reduksjon i månedsværk i samsvar med aktivitetsøkning , dvs en reduksjon på 30-40 MV ( ca 10 % )
- NA uendret

### Rehabiliteringsavdelingen

- Harmonisering aktivitet / bemanning.
- Utbetalte MV bør reduseres 20-30 % , dvs. 30 utbetalte MV

### Gyn / Føde

- DRG/MV bør harmoniseres. Helst ved at MV i LE reduseres ( da aktivitetsmålet er uendret for 2010 )

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i de følgende enhetene/områdene på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak:

### Psykiatrien

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Vaktberedskap

- Må se videre på vaktoppsettet for intensiv/anestesi/operasjon.

### Sengeposter - optimale størrelser

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Beredskapsstyrken

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Andre støtteenheter

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Allokering av ressurser internt

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

## **1.2 Fastsetting av standarder**

En arbeidsgruppe med basis i arbeidsgruppene Kapasitet og Bemanning nedsettes for å utarbeide felles standarder for:

- Sengeposter
- Intensiv/anestesi/operasjon.
- Lege
- Poliklinikk

Målsettingen for dette arbeidet bør være å utarbeide forslag til produktivitetsmål og effektivitetskrav slik at parametrene innarbeides som del av HNTs planleggings- og evalueringsverktøy.

## **1.3 Områder som ikke er tilstrekkelig utredet**

### Synliggjøring av spesialister og leger under utdanning på hver enhet

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Gjennomsnittlønn, UTA-tid og arbeidsplaner for ansattegrupper på hver enhet

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Oversikt over produksjon på dagtid og kveldstid/natt

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### Anvendelse av personalreglement/- policy i foretaket

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak. Arbeidsgruppen mener det bør nedsettes en egen arbeidsgruppe som skal utrede nærmere dette området. Mandatet for arbeidsgruppen kan være å utrede dagens praksis innen personalledelse og anbefale tiltak som sikrer økt harmonisering eller kan bidra til økt produktivitet/effektivitet.

## 2. Innledning

### 2.1 Mandatet

- Foreslå kriterier for bemanning i ulike funksjoner.
- Foreslå/vurdere optimale størrelser på enheter (poster mv)
- Foreslå tiltak for å sikre:
  - Omforent tilnærming av begrepet pleiefaktor
  - Samordne bemanning ift arbeidstid
  - Harmonisering av arbeidstid i foretaket
  - Harmonisering av lønnspraksis i foretaket
- Målformulere kompetansebehovet i foretaket.
- Nå-situasjonsbeskrivelse ift anvendelse av personalreglement/- policy i foretaket

### 2.2 Arbeidsgruppas sammensetting

Melby, Bernt – leder (LE)

Brandtzæg, Randi Sudbø (NA)

Sagvik, Siri-Gunn (NA)

Toft, John Ivar (NA)

Andersen, Tore (LE)

Dreier, Randi Brenne (LE)

Annie H. Wennevik – Fagforbundet (NA) (deltok fra arbeidsgruppens møte 2 14.09.09)

Busch, Atle – sekretær (LE)

### 2.3 Arbeidsgruppas avgrensning av mandatet

**Mandatets punkt *Målformulere kompetansebehovet i foretaket.***

Kvalitetsgruppa gjør et arbeid mht kompetansebehov/-utfordringer. Avklart med assisterende direktør 14.09.09 at dette punktet ikke følges opp videre av gruppen bemanning.

Avklaring:

Følges ikke opp videre.

### 2.4 Forkortelser som brukes i rapporten

Sykehuset Levanger	LE
Sykehuset Namsos	NA
Månedsværk	MV
Årsværk	ÅV
Liggedøgn	LD

## 2.5 Arbeidsgruppas arbeidsform

### 2.5.1 Egne møter

31.08.09 – videomøte.

14.09.09 – videomøte. På møtet deltok assisterende direktør.

25.09.09 – videomøte.

05.10.09 – videomøte. På møtet deltok leder og sekretær fra arbeidsgruppen Kapasitet.

16.10.09 – videomøte.

### 2.5.2 Andre møter

Leder av arbeidsgruppa har hatt flere møter med bl.a Data og analysedelen HNT og seksjonsleder lønn for å framskaffe datagrunnlag for arbeidsgruppen analyser og vurderinger.

Leder og sekretær deltok på gjennomgangen av strategiarbeidet med foretakets tillitsvalgte 28.09.09.

Leder har gjennomgått tallmaterialet og foreløpige vurderinger for foretaksledelsen i møte 06.10.09.

## 3. Drøftinger med konklusjoner/forslag

### 3.1 Finnes det nasjonale retningslinjer for bemanning av enheter?

Arbeidsgruppen er kjent med at slike retningslinjer kommer for slagenhet.

Gruppen har undersøkt dette for andre fagenheter, men finner kun nasjonale retningslinjer for slagenhet.

Synes som dette er utviklet over tid ut fra lokale og regionale forhold

#### Konklusjon:

Arbeidgruppen anbefaler ikke at dette blir fulgt opp.

### 3.2 Pleiefaktor

Begrepet pleiefaktor har ulikt innhold innad på hvert sykehus og mellom sykehusene.

Det fins ikke en nasjonal definisjon.

Arbeidgruppen fikk oversendt oversikter fra HNTs Data og analyseavdeling for perioden jan-aug for årene 2006-2009. Her er det for HNT synliggjort

- Liggedøgn per pleiemånedsværk – somatikk
- Liggedøgn per pleiemånedsværk – psykisk helsevern
- DRG-aktivitet per legemånedsværk – somatikk

Oversiktene for HNT ligger nettstedet som er etablert for HNT på [http://intranett/hnt-ok/felles%20HNT/Strategiprosess\\_Analyser.htm](http://intranett/hnt-ok/felles%20HNT/Strategiprosess_Analyser.htm)

Disse oversiktene er også noe det arbeides med ved andre HF i regionen.

#### Konklusjon:

Arbeidsgruppen finner dette tallmaterialet svært nyttig. Vi anser det mer hensiktsmessig å forholde oss til dette enn å arbeide videre med å definere begrepet pleiefaktor og gi det et entydig innhold. Arbeidsgruppen har lagt dette tallmaterialet til grunn for videre sammenligninger gjort i rapporten

### **3.3 Sammenligning av bemanningen internt på sykehuset og mellom NA og LE**

Dagens organisering synes betinget i historiske og/eller organisatoriske forhold ved det enkelte sykehus. Arbeidsgruppen har plukket ut en del enheter/avdelinger hvor det er synlige store ulikheter. Innen noen av disse ser gruppen for seg at organiseringen bør harmoniseres. Sammenligningene er gjort dels ut fra oversiktene som det vises til i pkt 3.2. og dels ved hjelp av oversikter utarbeidet over brutto månedsverk (faste stillinger og variable kostnader) for ulike grupper ansatte. Alle oversiktene ligger på nettstedet for strategiarbeidet [http://intranett/hnt-ok/felles%20HNT/Strategiprosess\\_Analyser.htm](http://intranett/hnt-ok/felles%20HNT/Strategiprosess_Analyser.htm)

#### **3.3.1 Kirurgisk klinikk ( omfatter ortopedi og kirurgi )**

Det har vært en aktivitetsøkning ved begge sykehusene; 4% i NA og 6% i LE. Utbetalte månedsverk i NA er økt ca 11% mens det har vært en reduksjon på ca 3 % i LE. DRG-produksjon pr utbetalt legemånedsverk ligger 20-25% høyere ved LE, både i kirurgi og i ortopedi. Lettpost LE : Påfallende lav LD/MV , bør avvikles og 4-5 av avdelingens 12 senger bør fordeles til ”moravdelinger”, 7-8 senger ”inndras”

#### Forslag :

- Reduksjon av månedsverk i NA
- DRG-produksjon / lege-MV i NA bør ligge nærmere LE
- Lettpost LE avvikles

#### **3.3.2 Kirurgisk klinikk ( omfatter akuttmedisinske avdelinger )**

Bemanning operasjon/anestesi / LE / NA er nokså lik. Bemanningsreduksjon operasjon/anestesi NA bør ses i sammenheng med bemanning i mottak. Akuttenheten ved operasjon/ anestesi / mottak NA kan reduseres ved at de har felles bemanning helg/lavaktivitetsperioder. Viktig å beholde kompetansen på spesialpostene, gjennom felles bemanning med andre poster for eksempel operasjon-mottak. Få personer gjør det mer sårbart i forhold til å dekke opp turnus og vaktssystem. LE bør øke minimalt, NA bør redusere ( min 20 % ).

Kirurgisk poliklinikk LE har ca.3 ganger så høy bemanning som ved NA. Reduksjon ved LE på min 2 årsverk synes riktig.

#### Forslag :

- Bemanningsreduksjon på 20% for akuttenheten ved operasjon/ anestesi / mottak NA
- Reduksjon i antall årsverk ved kirurgisk poliklinikk LE ( 20-25 % ? )

#### **3.3.3 Medisinske klinikker**

Ved NA er det en relativt flat trend over de siste 4 år med samsvar mellom aktivitet / bemanning. LD/MV ligger ca 10 % høyere ved NA enn i LE ( i andre enheter / klinikker er forholdet motsatt ).

LE har økt utbetalte MV med 30 % over 4 år, mens aktiviteten er økt 15 % ( tar man med 2009 har det ikke vært økning i aktiviteten ).

Forslag :

- LE reduksjon i månedsverk i samsvar med aktivitetsøkning , dvs en reduksjon på 30-40 MV ( ca 10 % )
- NA uendret

### **3.3.4 Rehabiliteringsavdelingen**

Lineær økning i utbetalte MV på 35 % over 4 år, mens aktiviteten har et tilsvarende fall i samme periode.

Bør være samsvar mellom aktivitetsøkning og økning i bemanning. Må ses opp mot om evt økning av komplekse pasienter eller andre spesielle forhold.

Forslag :

- Harmonisering aktivitet / bemanning.
- Utbetalte MV bør reduseres 20-30 %, dvs. 30 utbetalte MV

### **3.3.5 Gyn / Føde**

DRG /MV ligger betydelig høyere ved NA, 20 mot 15 for LE. Ulik organisering forklarer noe av dette. Må ses nærmere på før en trekker konklusjoner.

Forslag :

- DRG/MV bør harmoniseres. Helst ved at MV i LE reduseres ( da aktivitetsmålet er uendret for 2010 )

### **3.3.6 Psykiatrien**

Arbeidsgruppen har ingen konkrete forslag vedr psykiatrien, men det er påfallende store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder LD/MV ( NA 5 / LE 13 ). Skyldes delvis organisering av arbeidet. Vaktordninger og vaktberedskap må ses på videre mellom sykehusene/ulike enheter (BUP/VOP) for å redusere og harmonisere.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.3.7 Vaktberedskap**

Kan en samordning av vaktberedskap ( f.eks i høytider, sommer og lignende ) gi behov for mindre bemanning?

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må se videre på vaktoppsettet for intensiv/anestesi/operasjon.

### **3.3.8 Sengeposter - optimale størrelser**

Mangler i dag retningslinjer for bemanningsmessige konsekvenser ved økning eller reduksjon av senger.

23-25 senger synes å være optimalt.

Samkjøring av sengeposter i lavaktivitetsperioder, ferie og helger må ses på. Kan synes som legene er mer villige til å skrive ut pasienter før helg der en har sammenslåing av sengeposter i helgene.

Må ses på tvers av enheter der forholdene ligger til rette.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.3.9 Beredskapsstyrken**

For å utnytte beredskapsstyrken best mulig bør man se på mulighetene for å benytte enkelte til andre oppgaver ( slik at de kan tilkalles til annen avdeling ved akutthendelser ), eks. at en operasjonssykepleier arbeider nattevakt i mottagelse, men kan tilkalles til operasjon ved øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.3.10 Andre støtteenheter**

Det generelle forbedringsarbeidet må også skje, mht. logistikk, forenkling av rutiner og lignende.

Antar at dette må fordeles mer etter ostehøvelprinsippet, men også som en konsekvens av reduksjoner i de behandlende og pleiende enhetene.

Portørtjenesten er ulikt bemannet og organisert ved NA og LE.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.3.11 Allokering av ressurser internt**

Hva kan gjøres mer produktivt og effektivt ved å legge til rette for allokering av ressurser internt ? ( jmf ventelister, kapasitetsproblemer og lignende )

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

## **3.4 Synliggjøring av spesialister og leger under utdanning på hver enhet**

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.5 Gjennomsnittlønn, UTA-tid og arbeidsplaner for ansattegrupper på hver enhet**

Arbeidsgruppen hadde som ambisjon å se nærmere på følgende ut fra en harmoniseringstilnærming:

- Dagens lønnspraksis? Ta utgangspunkt i grunnlønn, individuelle tillegg og variable tillegg/UTA-tid. Arbeidsgruppen har mottatt oversikter over lønn leger 2008 og 2009, samt UTA-tid 2008-2009.
- Er det ulik praksis ved bruk av individuelle tillegg mellom psyk og somatisk?
- Er det synlige lønnsforskjeller der det er organisert likt i enheter på LE og NA?
- Kan vi bruke billigere arbeidskraft til å utføre oppgaver vi i dag pålegger de med høyest kompetanse? Langsiktig arbeid med hensikt å tydeliggjøre hvordan annen bruk av støtte kan gjøre noe med dette.
- Ulik praksis mht spisepauser ved NA og LE. Ble kartlagt for et års tid siden så data forefinnes.
- Dagens praksis mht bruk av permisjoner. Avstemme dette opp mot avdelingens budsjett. Hypotese er at dette praktiseres svært ulikt mellom enhetene på hvert sykehus og mellom sykehusene. Har etterspurt data over permisjoner på ulike koder, kurs og reiseutgifter, men det foreligger ikke enda.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.6 Oversikt over produksjon på dagtid og kveldstid/natt**

Arbeidsgruppen hadde som ambisjon å se nærmere på følgende ut fra en harmoniseringstilnærming:

- Vaktbelastningen for hver enhet.
- Vaktsystemer som brukes. Må i dag følge de rammene HMN har satt. Sagt at det skal være organisert likt ved sykehusene i regionen.
- Arbeid på fritid og kveldspoliklinikk.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak.

### **3.7 Anvendelse av personalreglement/- policy i foretaket**

Arbeidsgruppen hadde som ambisjon å si noe om hva gruppen mener HNT bør vektlegge i det videre arbeidet innenfor:

- Policy og tiltak i forhold til deltidstilsetning.
- Peke på noen konkrete tilfeller der det er ulikheter i dag. F.eks
  - ressurser brukt til FOU. Store ulikheter i dag. Særlig mellom somatikk og psyk?
  - Klesgodtgjørelse ut over verneklær. Store ulikheter i dag. Felles retningslinjer må innskjerpes og evt justeres pga utviklet ulik praksis over tid.

Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet til å gå inn i dette på en tilstrekkelig måte til at den ser seg i stand til å konkludere og anbefale tiltak.

Forslag :

- Må jobbes mer med før en konkluderer og anbefaler tiltak. Arbeidsgruppen mener det bør nedsettes en egen arbeidsgruppe som skal utrede nærmere dette området. Mandatet for arbeidsgruppen kan være å utrede dagens praksis innen personalledelse og anbefale tiltak som sikrer økt harmonisering eller kan bidra til økt produktivitet/effektivitet.

### 3.4 Fastsetting av standarder

Dette punktet er utarbeidet sammen med leder for arbeidsgruppen Kapasitet.

Kapasitetsvurderinger vil dreie seg om forholdet mellom etterspørsel/behov på den ene siden, og dimensjonering/ressursutnyttelse på den andre siden.

Gjennom det arbeidet som er utløst i tilknytning til fokusgruppene for kapasitet og bemanning foreligger eksempler på produktivitetsmål i form av

- **DRG-aktivitet pr. legemånedssverk – somatikk (årene 2006-2009)** Dette omfatter både aktivitet i sengeavdeling og poliklinikk for de enkelte fagområdene, og bygger på beregnet sum DRG-poeng på avdeling pluss DRG-poeng dagkirurgi og poliklinikk-inntekter omregnet til DRG-poeng
- **Legelønn pr. DRG-poeng – somatikk (årene 2006-2009)** Dette omfatter også både sengeavdeling og poliklinikk for de enkelte fagområdene, og bygger på beregnet sum DRG-poeng i forhold til legelønn inkl. innleie
- **Liggedøgn pr. pleiemånedssverk – somatikk (årene 2006-2009)** Dette omfatter antall døgnopphold, antall liggedøgn, månedssverk korrigert for personell som arbeider på dagpost, poliklinikk etc.
- **Liggedøgn pr. pleiemånedssverk – psykisk helsevern (årene 2006-2009)** Dette omfatter antall døgnopphold og antall liggedøgn, månedssverk korrigert for personell som arbeider på dagpost, poliklinikk etc.

Fra *Kapasitetsgruppen* er det tidligere i avgitt rapport, kap. 11 (s. 54 – 57) anbefalt å innføre produktivitetsmål for sengeavdelingene, poliklinikkene og operasjonsavdelingene i samsvar med masteroppgaven ”Anvendelse av dekomponerte produktivitetsmål i helseforetak”. Dette handler om følgende parametre:

#### Sengeavdelingene

- **Dimensjonering:** forholdet mellom mulige liggedøgn og antall årsverk i pleiegruppen. Det er foreslått å fastsette en standard for hva som er ”bra” eller ”dårlig” dimensjonering for ulike typer sengeposter
- **Produktivitetsmål for pleieaktivitet:** antall DRG-poeng pr. pleieårsverk. Dette viser betydelige variasjoner mellom sengeposter, og er bl.a. avhengig av DRG-vektingen innen ulike fagområder
- **Kapasitetsutnyttelse:** forholdet mellom faktisk utnyttede liggedøgn og mulige liggedøgn
- **Kostnadsdriverens produktivitet:** DRG-poeng produsert pr. faktisk utnyttet liggedøgn. Også på dette området må det fastsettes en standard for hva som er ”godt” eller ”dårlig” resultat.

#### Poliklinikkene

- **Dimensjonering I:** antall behandlere pr. 10 000 innbyggere. Det er vist til Helse Sør-Øst, hvor antallet for landet som helhet tilsvarer 6,3 pr. 10 000, og et gjennomsnitt for Helse Sør-Øst som ligger på 6,4 med en variasjon fra 4,5 (Østfold) til 10,5 (Telemark)
- **Dimensjonering II:** antall konsultasjoner pr. behandler pr. dag. Tallet må kunne omregnes til årsvirkning, hvor antall poliklinikkdager er en avgjørende planforutsetning, i tillegg til forholdet mellom nyhenviste og kontroller. Måltallene må differensieres for de enkelte fag
- **Kapasitetsutnyttelse:** dette kan beregnes som forholdet mellom faktisk antall konsultasjoner og mulig antall konsultasjoner

- **Kostnadsdriverens produktivitet:** DRG-poeng/inntekt pr. konsultasjon.

#### **Operasjonsavdelingene**

- **Dimensjonering:** mulig antall timer stuetid i forhold til antall årsverk pleie
- **Kapasitetsutnyttelse:** faktisk antall utnyttede stuetimer sett i forhold til mulig antall stuetimer, og faktisk antall timer stuetid pr. årsverk
- **Kostnadsdriverens produktivitet:** antall utførte operasjoner i forhold til faktisk antall utnyttede stuetimer.

#### **Oppsummering**

Erfaring viser at sykehusdrift i stor grad har vært gjenstand for skjønnsmessige vurderinger som beslutningsgrunnlag. Det er nødvendig å utvikle bedre metoder for å oppnå

- riktig planlegging og budsjettering
- pålitelige analyser av oppnådde resultater

Det er behov for å arbeide videre med tallmaterialet ut i 2010 for å anbefale kostnadsreduksjoner på de riktige plassene. Vil innebære tiltak på lengre sikt.

#### Forslag :

En arbeidsgruppe med basis i arbeidsgruppene Kapasitet og Bemanning nedsettes for å utarbeide felles standarder for:

- Sengeposter
- Intensiv/anestesi/operasjon.
- Lege
- Poliklinikk

Målsettingen for dette arbeidet bør være å utarbeide forslag til produktivitetsmål og effektivitetskrav slik at parametrene innarbeides som del av HNTs planleggings- og evalueringsverktøy.