

Strategi 2016 – fokusområde 3 – kapasitet

Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt i august 2009

Innholdsfortegnelse:

	side
0. Oppsummering	4
1. Mandatet	12
2. Metoden	12
3. Grunnlagsmateriale	12
4. Overordnede mål	13
5. Eksempler på strategier og tiltak	13
6. Sentrale momenter ut fra grunnlagsmaterialet og mandatet	14
6.1 Demografi, etterspørsel, heldøgns opphold, poliklinikk	14
6.1.1 Befolkningstall – alderssammensetning	14
6.1.2 Befolkningsutvikling i inntaksområdet for HNT 2003 –2009 –2020	15
6.1.3 Områdevisе forskjeller i etterspørsel	16
6.1.4 Grensesoneproblematikk	17
6.2 Sengerressurser, utnyttelsesgrad og forbruksmønster	18
6.2.1 Disponible senger – somatikk	18
6.2.2 Disponible senger – psykiatri	21
6.3 Liggetid i DRG-er med høyt volum	23
6.3.1 KOLS	23
6.3.2 Preoperativ liggetid	25
6.3.3 Liggetid for utskrivningsklare pasienter	25
6.4 Forbruksrater – kommunevisе forskjeller	27
6.5 Reinnleggelser innen 30 døgn	27
6.6 Oppgavedeling, nivå differensiering og samhandling	29
6.7 Observasjonsplasser i tilknytning til akutt mottakene	30
6.8 Rutiner for utskrivning av pasienter	32
7. Polikliniske spesialisttjenester	33
7.1. Poliklinikk HNT, nyhenvisninger og kontroller	33
7.2 ”Ikke møtt”	36
7.3 Kveldspoliklinikk HNT	37
7.4 Organisering av poliklinikker: kontroller, ukedager og klokkeslett	37
8. Virksomhet og ventelister. Fristbrudd	40
9. Operasjonsstuekapasitet	42
9.1 Kriterier for vurdering av operasjonsstuekapasitet og framtidig dimensjonering av kapasitet – HNT	43
9.2 Tidsbruk i operasjonsforløpet /”stuetid”)	46
9.3 Operasjoner etter hastegrad, døgnfordeling og oppstart	46
9.4 Optimalisering av antall operasjonsstuer	48
10. Støttetjenester	48
10.1 Ikke-medisinske støttetjenester	49
10.1.1 Eiendomsavdelingen	49
10.1.2 Medisinsk teknisk avdeling	49
10.1.3 Kjøkkenavdelingen i HNT	49
10.1.4 Forsyningsavdelingen i HNT	50

10.1.5 Servicesenteret	50
10.1.6 Erfaringer med ikke-med.servicefunksj. fra klinikknivå	51
10.2 Medisinske støttefunksjoner	52
10.2.1 Røntgenavdelingene	52
10.2.2 Avd. for laboratoriemedisin	53
11. Produktivitets- og effektivitetskrav	
11.1 Produktivitetsmål ved sengeavdelingene	54
11.2 Produktivitetsmål ved operasjonsavdelingene	56
11.3 Produktivitetsmål i poliklinikkene	57
12. Kvalitetsaspektet	57
13. Sannsynlige utviklingstrekk på kort og lang sikt	58

Oppsummering

Videre behandling av rapporten

Arbeidsgruppen avleverer med dette sin rapport i forhold til fokusområde 3 – kapasitet. Oppgaven er omfattende og tidsrammen for arbeidet svært stram. Som en konsekvens har gruppen foretatt vurderinger og gitt anbefalinger som det ikke har vært tid til å forelegge de enkelte *klinikker i helseforetaket* til kommentar og forankring.

Det fremmes anbefalinger i tilknytning til kapasitets- og produktivitetsstandarder som bør være felles innenfor en helseregion, dersom målet er å sammenligne helseforetakene. ***Helse Midt-Norge bør derfor involveres i en gjennomføring av denne oppgaven.***

Gruppen gir også anbefalinger som gjelder samhandlingen mellom kommuner og sykehus. Rapporten bør derfor følges opp gjennom en systematisk dialog med kommunene, - i første omgang gjennom behandling i ***Samarbeidsutvalget***.

Rapporten berører videre brukernes interesser og bør derfor forelegges ***Brukerutvalget*** til vurdering og uttalelse.

Rapporten gir mange anbefalinger, og det vil ikke være mulig å følge opp alle samtidig. Foretaksledelsen må ut fra en avveining mot anbefalinger fra de øvrige fokusgruppene foreta en ***prioritering av tiltak***.

Konklusjoner og anbefalinger

5. Eksempler på strategier og tiltak – ”planleggingshorisont” (side 13)

- Uavhengig av ressurser knyttet til senger, operasjonsstuer og støttepersonell anbefaler gruppen at det legges vekt på å forutsigbarhet i tilgangen til nøkkelpersonell. Årsplanlegging er viktig i denne forbindelse, men det er like fullt en erfaring at ikke alle virksomheter drives i samsvar med årsplanene. *Gruppen anbefaler derfor at det i HNT innføres som prinsipp at fravær ikke kan meldes inn med kortere varsel enn 6 uker*

6.1.2 Befolkningsutvikling (side 15)

- HNT anbefales å innlede et systematisk samarbeid med kommunene på
 - Forebygging
 - Læring og mestring
 - Rehabilitering
 - Omfordeling av oppgaver
 - Styring av pasientmottak
- Det settes som mål å oppnå reduksjon av liggedøgn i sykehus for aldersgruppen 80+ i 2014 med 50% av nivået i 2008. Dette tilsvarer ca. 4000 – 5000 liggedøgn og 10 – 15 sengeplasser
- Fra 2015 må det påregnes et økende behov for sengekapasitet ved sykehusene. Dette må dimensjoneres ut fra erfaringer med måloppnåelse i tidsrommet 2009 - 2014
(Tiltak med virkning på kort og lang sikt)

6.1.3 Områdevis forskjeller i etterspørsel (side 16)

- Helseforetaket må i samarbeid med kommunene utvikle standarder for tjenestetilbud og oppgavedeling som kan bidra til å klarlegge årsaker og redusere ulikheter mellom kommuner og sykehusområder i de tilfelle dette ikke kan forklares som følge av forskjell i sykkelighet eller alderssammensetning
(Tiltak med virkning på kort og lang sikt)

6.1.4 Grensesoneproblematikk (side 17)

- Stjørdal kommune har i årene 2006, 2007 og 2008 en høy og økende bruk av St. Olavs Hospital som lokalsykehus
- Befolkningsgrunnlaget for Verran kommune er feilaktig tillagt inntaksområdet for SHL
- Ved vurdering av kapasitets- og forbruksmønster må befolkningsgrunnlaget for SHN justeres opp til 41 000 og for SHL justeres ned til et nivå mellom 88 000 og 92 000
(Tiltak på kort sikt)

6. 2.1 Sengerressurser – somatikk (side 18)

- Mål for utnyttelsesgrad av sengekapasitet differensieres slik:
 - Intensiv/observasjonsplasser 75%
 - Indremedisin 90%
 - Kirurgi 90%
 - Andre plasser 85%
- Intermediære sengeplasser må sees i sammenheng med sykehusenes interne sengerressurser ved beregning av kapasitet og kapasitetsutnyttelse
- Ved framtidig etablering av intermediære plasser foretas justering av intern sengekapasitet, slik at 1 intermediær plass tilsvarer 0,5 sengeplasser i sykehus
- Det anbefales å gjennomføre en reduksjon av sengetallet ved Lettposten SHL med 5 senger

- **Sengerressurser somatikk 2008 – 2009 - 2010**

Avdeling	2008			aug 2009			2010		
	Reelt	I bruk	Utnytt.	Reelt	I bruk	Utnytt.	Reelt	I bruk	Utnytt.
Kir. SHL	59	50	84,8%	53	46	87,4%	51	46	90%
Kir. SHN	33	30	91,4%	33	28	85,5%	32	28	90%
Med.SHL	70	70	99,6%	71	64	90,2%	71	64	90%
Med.SHN	41	43	105,5%	41	41	101,3%	41	41	100%
BFK som.	50	38	76,3%	49	36	73,7%	42	36	85%
Barnepost	10	7	66,4%	10	7	66,0%	8	7	85%
Kuvøsepost	7	8	111,3%	7	6	85,8%	7	6	85,7%
Føde/barsel L	15	13	87,4%	15	12	83,1%	15	12	85%
Gyn.L	4	4	97,9%	4	4	89,0%	4	4	85%
Føde/barsel N	10	4	44,5%	10	6	56,8%	7	6	85%
Gyn N	4	2	55,3%	3	2	60,4%	2	2	85%
Rehab	22	19	82,5%	21	15	70,9%	18	15	85%
Sum	276	250	90,7%	268	231	86,2%	255	230	90,5%

Det er i foranstående tabell forsøkt å framstille somatiske sengerressurser ved korreksjoner for faktisk gjennomførte endringer og tilpasninger til de forannevnte mål for utnyttelsesgrad. Som prinsipp anbefaler utvalget at man reduserer sengetallet for avdelinger som har lav utnyttelse, *men ikke uten videre øker sengetallet* for avdelinger som har en høyere utnyttelsesgrad enn måltallet. I disse tilfellene må det tilstrebes å senke utnyttelsesgraden ved en reduksjon av etterspørsel.

(Tiltak på kort sikt)

- Avhengig av hvilke anbefalinger som blir fulgt opp med tiltak vil det være mulig å påvirke sengetallet for 2010, - eksempelvis ved tiltak under pkt. 6.1.2, 6.1.3, 6.2.1, 6.3.1, 6.5 og 6.6.
- Enkelte tiltak er overlappende (for eksempel reduksjon i andel liggedøgn for eldre og reinnleggelser innen 30 døgn), mens andre tiltak er helt konkrete (for eksempel anvendelse av omregningsfaktor ved etablering av intermediære senger)
- Gruppen ser det ikke riktig å legge inn ytterligere endringer i sengetall, før foretaksledelsen har truffet sine beslutninger. I denne sammenheng vil også anbefalinger fra de øvrige gruppene ha vesentlig betydning

6.2.2 Sengerressurser – psykiatri (side21)

- Det anbefales eksempelvis å omdisponere 4 plasser ved DPS Kolvereid ved utredning av to alternativer:
 - Opprettelse av et psykiatrisk ”helsehus” med en kombinasjon av DPS-senger og kommunale senger
 - Opprettelse av 4 intermediære plasser for SHN i kombinasjon med DPS Kolvereid
- 13 behandlingsplasser ved Betania Sparbu avvikles f.o.m. 1/1-2010
- Med iverksatte sengereduksjoner i 2009 og planlagte reduksjoner i 2010 er det samlede reelle sengetallet i HNT redusert fra 101 til 88 senger

(Tiltak på kort sikt)

6.3.1 Liggetid i DRG’er med høyt volum – KOLS (side23)

- HNT bør iverksette et samarbeid med primærhelsetjenesten i NT for å realisere nasjonale strategier i forebygging, behandling og rehabilitering ved KOLS. Målet ved dette bør være et redusert forbruk av heldøgns opphold for denne pasientgruppen med 50% i løpet av to år – tilsvarende ca. 2 000 liggedøgn og 5-6 sengeplasser, fordelt med ca. 1 100 liggedøgn ved SHL og 900 liggedøgn ved SHN

(Tiltak på kort sikt)

6.3.2 Preoperativ liggetid (side 25)

- Det anbefales å kartlegge årsaker til at pasienter som innlegges i sykehus for ø.hj.-tilstander har en preoperativ liggetid på 2 dager eller mer

(Tiltak på kort sikt)

6.3.3 Liggetid for utskrivningsklare pasienter (side 25)

- Gruppen foreslår at en reduksjon av ”overflødige” liggedøgn for overføringsklare pasienter tas med i vurderingen av en sengetallsreduksjon ved SHL i sammenheng med oppstart av DMS Inn-Trøndelag
(Tiltak på kort sikt)

6.4 Kommunevise forskjeller i forbruksrater (side 27)

- HNT og kommunene bør iverksette et felles prosjekt med løpende registrering av den enkelte kommunes bruk av sykehustjenester, og en kartlegging av årsaker til vesentlige forskjeller
- Det anbefales at prosjektet har som målsetting å utjevne ulikheter som ikke kan forklares av forskjell i sykелighet eller alderssammensetning, slik at den enkelte kommunes forbruk av innleggelser og liggedøgn nærmer seg fastsatte standarder
(Tiltak på kort sikt)

6.5 Reinnleggelser innen 30 døgn (side 27)

- HNT bør sette fokus på reinnleggelser innen 30 døgn som et kvalitets- og effektivitetsmål og iverksette tiltak for å oppnå minst 50% reduksjon fra dagens nivå i løpet av 2 år, - tilsvarende 2 000-3 000 liggedøgn. Se for øvrig pkt. 6.1.2 og 6.3.1.
(Tiltak på kort sikt)

6.6. Oppgavedeling, nivåddifferensiering og samhandling (side 29)

- Etablering av tilbud for korttidsopphold (”akutt plass”) med mulighet for observasjon, akutt pleie, enklere diagnostikk og behandling i kommunale sykeheime vil med stor sannsynlighet redusere behovet for syketransport og innleggelse i sykehus som ø.hj. Dette bør videreutvikles som en del av helseforetakets strategi med grunnlag i de samme ideer som for DMS Stjørdal. For SHN tilsvarende dagens praksis et sannsynlig merforbruk av 7-10 somatiske sengeplasser.
(Tiltak på kort sikt)

6.7 Observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottakene (side 30)

- Det er behov for en grundigere evaluering av ordningen med observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottakene, med følgende spørsmål:
 - Har ordningen gitt ønsket effekt?
 - Er bruk av obs.plasser et resultat av legevaktlegenes manglende mulighet for observasjon, - eller en følge av kommunenes mangel på ”akutt plass” i sykeheim?
 - Er bruken av obs.plasser i akuttmottakene til dagbehandling avpasset i forhold til personellressursene?
- Legevakttjenesten tilbys å disponere 2 av de 4 plassene i Akuttmottaket ved SHN til observasjonsformål, som et grunnlag for å kartlegge behovet for observasjonsplasser i kommunal regi

6.8 Rutiner for utskrivning av pasienter (side 32)

- Det anbefales å sette som mål at minst 50% av alle utskrivninger skal være gjennomført innen kl. 1300, og at man i oppfølgingen sørger for systematisk registrering av praksis på området, herunder også årsak til avvik. Dokumentasjonen bør inngå som en del a helseforetakets kvalitetsdokumentasjon
(Tiltak på kort sikt)

7.1 Polikliniske kontroller – nyhenvisninger (side 33)

- Det anbefales å innføre produktivitetsmål for de enkelte tjenesteområdene, hvor det på avdelingsnivå fastsettes
 - Et måltall for forholdet mellom kontroller og nyhenviste
 - Et produktivitetsmål av kontroller/nyhenviste for den enkelte tjeneste
- Måltallene benyttes i budsjettarbeidet. Rapporteringen skjer på enhetsnivå, men den enkelte leder har tilgang til rapporter på individnivå som kan benyttes ved evaluering av ventetider og fristbrudd, - ved medarbeidersamtaler etc.
- Det foreslås som mål at minst 40% av alle konsultasjoner på foretaksnivå omfatter nyhenviste pasienter
(Tiltak på kort sikt)

7.2 Polikliniske konsultasjoner – ”ikke møtt” (side 36)

- Det anbefales å innarbeide og vedlikeholde gode rutiner for telefonisk varsling/SMS som påminnelse for å sikre at antall tapte konsultasjonstimer ved at pasienter ikke møter, reduseres til et minimum
(Tiltak på kort sikt)

7.3 Kveldspoliklinikk (side 37)

- Gruppen viser til de ordninger som praktiseres ved Psykiatrisk klinikk og anbefaler at det vurderes å innføre tilsvarende ordninger innenfor den somatiske poliklinikkvirksomheten
- Behovet for kveldspoliklinikk må vurderes opp mot mulighetene for å effektivisere poliklinikkvirksomheten på dagtid
(Tiltak på kort sikt)

7.4 Organisering av poliklinikker: kontroller, ukedager og klokkeslett (s. 37)

Det anbefales å vurdere

- Behovet for å opprette en ordning ved de store somatiske enhetene (indremedisin, kirurgi, ortopedi) hvor legespesialister har hovedfunksjon som ”poliklinikkleger”
- behovet for en gjennomgang av områder hvor det kan være mulig å overføre kontrolloppgaver til primærhelsetjenesten, basert på nødvendig veiledning og tilbakemeldingsrutiner som dokumenterer resultater av iverksatt behandling
- en gjennomgang hvor kontrolloppgaver evt. kan overføres til andre yrkesgrupper enn leger (spesielt eldre kronisk syke)

- en kartlegging av hvordan supervisjon av turnusleger og nytilsatte leger under utdanning blir gjennomført, for å påse at poliklinikkvirksomheten er forsvarlig organisert
- en gjennomgang av de økonomiske aspektene ved ordningen med kveldspoliklinikk
- en gjennomgang av organisering og bemanningsoppsett ved de enkelte poliklinikkene, med henblikk på å klargjøre mulighetene for
 - tidligere oppstart av dagsprogram
 - utjevning av produksjonen gjennom dagen
 - utjevning av produksjonen gjennom uka og en vurdering av
 - balansen mellom etterspørsel og aktivitet
 - en evaluering av ”produktivitet” på avdelings- og individnivå i forhold til gitte mål, særlig innenfor tjenesteområder med lange ventetider eller fristbrudd

(Tiltak på kort sikt)

8. Virksomheter, ventelister og fristbrudd (side 40)

- Retningslinjer for ventelisteføring, prioritering og rydding innskjerpes i alle kliniske enheter
- Det sørges for regelmessig oppdatering og vedlikehold av kunnskapen innenfor regelverket, både på avdelingsledernivå og i de merkantile tjenestene, - herunder også bruken av PAS-systemet

(Tiltak på kort sikt)

9.1 Kriterier for vurdering av operasjonsstuekapasitet og framtidig dimensjonering av kapasitet – HNT (side 43)

- Det er overkapasitet av antall operasjonsstuer i HNT, særlig SHL
- Det anbefales å sette mål for utnyttelsesgrad av den enkelte stue, og en oppfølging av dette målet i enhetenes styringskort
- Det anbefales å fastsette mål for hvor mange operasjoner som skal gjennomføres pr. operasjonstue, med oppfølging av dette målet i enhetenes styringskort

(tiltak på kort sikt)

9.2 Tidsbruk i operasjonsstuer (side 46)

- Det anbefales å foreta en detaljert gjennomgang av tidsbruk på likeartede operasjoner ved sykehusene. Erfaringer ved dette arbeidet legges til grunn for standardisering av de ulike trinn i operasjonsstuevirksomheten
- Det anbefales å iverksette ytterligere arbeid for å kartlegge, forbedre og standardisere aktivitetene mellom de enkelte operasjonene

(Tiltak på kort sikt)

9.3 Operasjoner etter hastegrad, døgnfordeling og oppstart (side 46)

- Det anbefales at kategorisering av operasjoner med hastegrad ”Innen 6 timer” gjennomgås. Denne kategorien ligger høyt sett i forhold til andel av operasjoner med lavere hastegrad

- Dersom denne vurderingen er korrekt, vil en overføring av operasjoner til lavere hastegrad gi bedre mulighet for planlegging, og dermed en sannsynlig reduksjon i andel strykninger
- Det anbefales at man forsterker arbeidet med å øke andel operasjoner som starter før kl. 0900, og at dette innføres som et kvalitetsmål som systematisk følges opp

(Tiltak på kort sikt)

9.4 Optimalisering av antall operasjonsstuer (side 48)

- Det foreslås å redusere antall operasjonsstuer ved SHL fra 9+1 til 6+1
- Det anbefales at man starter et arbeid for å vurdere om ”for- og etterarbeid” i tilknytning til dagkirurgisk virksomhet ved SHL kan flyttes fra 1. etasje til 5. etasje ved omdisponering av de frigjorte operasjonsstuene

(Tiltak på kort sikt)

10.1 Ikke-medisinske støttefunksjoner (side 48)

- Gruppen anbefaler at det foretas en kartlegging av hvordan de kliniske enhetene vurderer mulige forbedringstiltak i organiseringen av ikke-medisinske støttefunksjoner i HNT
- Det anbefales å foreta en gjennomgang av all arealbruk i HNT med tanke på areal-effektivisering, og en innføring av standarder i forhold til arealutnyttelse og relativ bruk av arealer
- Det bør foretas en kritisk gjennomgang av renholdsfrekvens på de ulike arealtypene
- Prinsippene i veilederen for bemanningsoptimalisering etter produksjon bør vurderes benyttet i annen virksomhet i HNT
- Behovet for å opprettholde to kantiner ved SHL bør vurderes
- Det anbefales å gjennomføre en analyse av den totale portørfunksjonen i HNT, både i forhold til organisering og innhold
- Det anbefales at leveranse og nivå innenfor lederstøtte, avdelingsstøtte og postsekretærfunksjon gjennomgås og standardiseres
- Det anbefales at tjenestene innenfor kodeveiledning gjennomgås, rendyrkes og standardiseres, og at den organisatoriske plassering vurderes

10.2.1 Medisinske støttefunksjoner – røntgenavdelingene (side 52)

- Det er påpekt at ventetid på ultralyd ved SHL er en utfordring, og tiltak er beskrevet
- Muligheter og forutsetninger for å ta tilbake en del av ”lekkasjen” til private røntgeninstitutt er beskrevet. Gevinster er antydnet

10.2.2 Medisinske støttefunksjoner – avd. for laboratoriemedisin (side 53)

- Flaskehalsproblematikk er beskrevet, og tiltak for å oppfylle produktivitets- og leveransemål er gjennomført

11.1 Produktivitetsmål for sengeavdelinger (side 54)

- Gruppen viser til at produktivitetsmål for pleieaktiviteten er *antall DRG-poeng pr. pleieårsverk*. Det er påpekt at forskjeller i dette målet ikke er tilstrekkelig til å beskrive årsakene til ulikheter
- Gruppen anbefaler å innføre standarder for

- dimensjonering: *forholdet mellom mulige sengedøgn og antall årsverk i pleiegruppen*
- kapasitet: *forholdet mellom faktiske liggedøgn og mulige liggedøgn*
- kostnadsdriverens produktivitet: *DRG-poeng pr. faktisk utnyttede liggedøgn*
- Slike standarder må fastsettes etter omforente vurderinger på fagspesifikke områder. Dersom det er et mål å sammenligne helseforetak eller sykehus i regionen, må HMN medvirke ved fastsettelse av standarder

11.2 Produktivitetsmål for operasjonsavdelinger (side 56)

- Det anbefales å innføre mål/standarder for operasjonsavdelinger etter følgende kriterier:
 - Dimensjonering: *antall mulige timer operasjonsstuetid/ antall årsverk pleie*
 - Kapasitetsutnyttelse: *faktisk utnyttede stuetimer/ mulig antall stuetimer*
 - Kostnadsdriverens produktivitet: *antall utførte operasjoner/faktisk utnyttede stuetimer*
- Det anbefales at det arbeides videre innenfor de kirurgiske fagområdene med standardisering av produktivets- og effektivitetsmål som angitt i det foregående, og at dette benyttes ved sammenligning av kapasitet, aktivitet og ressursdisponering
- Dette gjelder også i forholdet mellom fagområder som i dag er organisert innenfor ulike klinikk
- er (Kir. klinikk/BFK), hvor operasjonsstuetid vil være dimensjonerende. Slike vurderinger må derfor også innbefatte en vurdering av etterspørsel/ventelister
- Dersom det er et mål å sammenligne helseforetak eller sykehus i regionen, må HMN medvirke ved fastsettelse av standarder

11.2 Produktivitetsmål for poliklinikker (side 57)

- Det bør utvikles produktivitetsmål innenfor de enkelte spesialistpoliklinikkene, hvor det legges som planforutsetning at virksomheten gjennomføres 240 dager pr. år.
- På foretaksnivå skal minst 40% av konsultasjonene omfatte nyhenviste pasienter, eller pasienter som er definert som faser av behandlingsløp på spesialistnivå
- Det bør gjennomføres en analyse av gjennomsnittlige kostnader og inntekter pr. konsultasjon innenfor de ulike poliklinikkjenestene

12. Kvalitetsaspektet (side 57)

- Det anbefales å innføre systematisk kartlegging av uønskede hendelser i form av journalanalyse etter "Global Trigger Tool-metoden", og oppfølging av resultatene etter tilsvarende prisnipper som ved Ahus.
- Foretaksledelsen er tidligere i 2009 gitt skriftlig redegjørelse for metode og organisering av journalanalyse og etablering av et kvalitetsnettverk i organisasjonen

13. Kort- og langsiktige perspektiv i helsetjenesten (side 58)

- Det kortsiktige perspektivet strekker seg fram til 1015. Det er sannsynlig at man ved forebygging, læring og mestring, systematisering av samhandlingstiltak, omfordeling av oppgaver mellom nivåene, riktige prioritering samt videreutvikling av tiltak for effektivisering, dagbehandling, polikliniske og ambulering tjenester kan frigjøre kapasitet eller redusere kostnadsnivået i deler av spesialisthelsetjenesten
- Det langsiktige perspektivet strekker seg over perioden 2015 - 2025, hvor det på ny må forventes økende etterspørsel av spesialisthelsetjenester, dersom ikke forebyggende tiltak, andre kriterier for prioritering eller nye metoder for diagnostikk og behandling kan redusere etterspørselen

Hoveddokument

1. Mandatet

Vurdering av hvilken kapasitet vi skal ha i forhold til

- Senger
- Poliklinikk
- Operasjonsstuer
- Støttetjenester

Vurdering av produktivitets- og effektivitetskrav som skal forventes

Behovet for kortsiktige tiltak er understreket, - krav om tilbakemelding innen 25/9-09

2. Metoden

Fokusgruppen har berammet følgende møter for å gjennomføre oppdraget: 7/9-09, 15/9-09, 18/9-09, 24/9-09.

- Innhenting av aktivitetsdata og analyse av nå-situasjonen
- Framskrive sannsynlige utviklingstrekk på kort sikt (1-2 år)
- Vurdere balansepunktet mellom etterspørsel av prioriterte oppgaver og faktisk kapasitet
- Anbefale prinsipper for dimensjonering og innføring av tiltak som kan iverksettes for å oppnå god produktivitet/effektivitet innenfor aktuelle tjenesteområder
- Anbefale tiltak som kan virke på lengre sikt fram mot 2016

Resultatene av diskusjonen presenteres 25/9-09.

3. Grunnlagsmateriale

Gruppen har i sitt arbeid gjennomgått følgende grunnlagsmateriale

- Aktivitetsstatistikk for kliniske virksomheter i HNT (Innleggelser, poliklinikk, operativ virksomhet, strykninger i op.programmet)
- Liggedøgn pr. brutto månedsverk/bemannning i forhold til DRG-inntekter
- Ventelistestatistikk for kliniske virksomheter i HNT
- Fristbrudd i HNT 2009
- Reinnleggelser ved kirurgiske og medisinske avd. 2008, pasienter > 67 år
- Aldersfordeling i befolkningen i NT
- Befolkningsutvikling i nedslagsfeltet for HNT 2003 – 2009 - 2020
- Kommunevis forbruk av sykehustjenester ved kirurgiske og medisinske avd. 2008
- Liggedager etter dato ”ferdigbehandlet” 2006 – 2008 ved SHN og SHL
- Stjørdal kommune – bruk av St. Olavs Hospital
- Sengekapasitet, preoperativ liggetid, kapasitetsutnyttelse, korridorbelegg, - forslag til mulige reduksjoner i sengekapasitet utarbeidet av ass. direktør, notat dat. 4/9-09 og 8/9-09
- DMS Stjørdal, aktivitetsdata 2008
- Bruk av senger ved Rehab.avd. SHL
- KOLS i Nord-Trøndelag, rapport av 26/3-09 fra intern arbeidsgruppe

- Kartleggingsprosjektet ved Med. og Kir.avd. SHN januar – mai 2008
- Notat datert 170909 vedr. organisering av operasjonsstuer v. Frode Myrland, Aud Marit Vongraven og Wenche Bogen Thun
- Utnyttelse av observasjonsplasser ved Akuttmottakene i HNT
- Poliklinikk HNT: Nyhenvisninger vs. kontroller, notat datert 14/9-09
- Masteroppgave mai 2009: utforming og anvendelse av dekomponerte produktivitetsmål i helseforetak (Jomar Skalmerås, Per Ståle Knardal HIST)
- SINTEF A6558: Aktivitets-og kapasitetsanalyse i sykehusområder i Helse Sør-Øst RHF
- Riksrevisjonen, Dokument nr. 3:4 (2004-2005): Undersøkelse av utnyttelse av operasjonskapasiteten i sykehus
- Presentasjon datert 140909: ”Fordeling - poliklinikk gjennom uken”
- Presentasjon datert 140909: ”Fordeling poliklinikk på klokkeslett”
- Oversikt ”Ikke møtt” innenfor somatikk og psykiatri
- notat vedr. alternative opplegg for økt utnyttelse av sengekapasitet ved DPS Kolvereid og optimalisering av sengeressurs innenfor Psyk.avd. SHN (Elisabeth Bratland Johansen)
- Notat vedr. styringen av polikliniske tjenester innenfor det psykiatriske tjenestetilbudet ved SHN, herunder også kveldspoliklinikk (Elisabeth Bratland Johansen)
- Kapasitetsvurderinger ved operativ virksomhet v. Frode Myrland (revidert versjon 22/9-09)
- Notat av 24/9-09 fra Frode Myrland: Kapasitetsvurdering av støttetjenester
- Notat vedr. forskyvning av arbeidsoppgaver til sengepost ved endringer i Serviceklinikken v. William Lysgård/Grethe Venæs Kveli
- Notat datert 12/9-09 fra Frode Myrland vedr. kjøp av billeddiagnostiske undersøkelser fra private institutter
- Notat av 24/9-09 fra Frode Myrland vedr. ”Kapasitet medisinske støttedfunksjoner”

4. Overordnede mål

På kort sikt:

- tilpasse aktivitetsnivå og ressursbruk i forhold til etterspørsel av prioriterte oppgaver
- tilstrebe likeverdighet i tjenestetilbud til befolkningen
- mer effektiv utnyttelse av tilgjengelig kapasitet (senger, liggedøgn, poliklinisk aktivitet, operasjonsstuer)
- gjennomføre tiltak for å oppnå bedre logistikk

På lengre sikt

- samarbeide med kommunene om tiltak for å redusere etterspørselen av spesialisttjenester
- samarbeide med kommunene om tiltak for å øke kapasitet og kompetanse i primærhelse-tjenesten
- gjennomføre tiltak for å oppnå bedre logistikk

5. Eksempler på strategier og tiltak

- sette mål for utnyttelsesgrad av senger (85% - 95%)
- innføre produktivitetsmål (liggedøgn pr. brutto månedsverk, DRG-poeng pr. månedsverk, konsultasjoner pr. legeårsverk m.v.) som grunnlag for evaluering av egen virksomhet
- innføre ”planleggingshorisont” for alt personell i klinisk virksomhet, slik at fravær ikke kan meldes inn med kortere varsel enn 6 uker

- innføre standardiserte krav til en økt andel nyhenviste pasienter i poliklinikkvirksomheten, ved at en større andel kontrolloppgaver tilbakeføres til primærleger. På foretaksnivå bør det settes som gjennomsnittsmål at minst 40% av poliklinikkvirksomheten skal omfatte nyhenviste pasienter
- innføre rutiner for pasientkommunikasjon som forberedelse til planlagte operasjoner for å redusere andel pasientutløste strykninger til 0
- i samarbeid med kommunene utvikle minstekrav til sykeheimsbaserte kommunale tjenester for å ivareta pasienter som ikke behøver observasjon, infusjon, transfusjon og undersøkelse i sykehus
- innføre regler for samhandling og påse at disse overholdes
- avklare med kommunene muligheten for å innføre aldersjusterte forbruksrater for sykehusopphold som grunnlag for evaluering og framtidig samhandling
- organisere støttetjenestene slik at kjernefunksjonene blir best mulig utnyttet (medisinsk service, ikke-medisinsk service, stabstjenester)
- målsette at ”rett til nødvendig helsehjelp” skal reduseres fra dagens nivå til landsgjennomsnittet og gjennomføre evaluering av prioriteringspraksis som en etablert praksis

6. Sentrale momenter ut fra grunnlagsmaterialet og mandatet

Det sier seg selv at gruppen ikke kan ivareta alle aspekter ved mandatet ut fra den tidsramme som er gitt. Likevel kan gruppen påpeke viktige faktorer av betydning for etterspørsel/ kapasitet og peke på mulige tiltak.

6.1 Demografi, etterspørsel, heldøgns opphold og poliklinikk

6.1.1 Befolkningstall - alderssammensetning

- befolkningstallet i Namdalsregionen (inkl. Osen og Roan) var pr. 1/1-2009 redusert fra 2003-nivå med 2,3% (fra 40 568 til 39 651)
- befolkningstallet i Innherredsregionen (inkl. Verran) var pr. 1/1-2009 økt fra 2003-nivå med 4% (fra 91 050 til 94 711)
- andel innbyggere i Namdalsregionen i aldersgruppen 67-79 år er 10,1%. For Innherredsregionen er tilsvarende andel 9,0%.
- Andel innbyggere i Namdalsregionen i aldersgruppen 80+ er 5,8%. For Innherredsregionen 5,0%
- Andelen pasienter i aldersgruppen 80+ er økende i begge regioner

I notat av 16/9-09 fra Hans Hallan er det vist til ”Hagenutvalget”, som konkluderte med at alder var den viktigste faktor i kostnadsnøkkel for somatiske tjenester. Det vises i denne sammenheng til kostnadsvekter for de ulike aldersgruppene:

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| • Andel innbyggere 65-74 år | kostnadsvekt 0,157 |
| • ” 75-89 år | ” 0,248 |
| • ” 90 år og eldre | ” 0,022 |

Kommentar: flere kommuner i ”Namdalsregionen” viser en negativ eller svak befolkningsvekst, mens forholdene er vesentlig annerledes i ”Innherredsregionen”. Likevel er det i utgangspunktet behov for noen korreksjoner ved oversikten, jfr. etterfølgende kommentarer vedr. Stjørdal og Verran kommuner.

Det er også grunn til å peke på de markerte forskjellene i alderssammensetning i de to områdene. Vurdert i forhold til behov for helsetjenester har pasienter i høyere aldersgrupper betydelig høyere forbruksrater av heldøgns

opphold og liggedøgn. På landsbasis har ratene har vært økende år for år. Dette gjelder både elektive døgnopphold og døgnopphold utløst ved ø.hj.

Raten for elektive døgnopphold i HNT for pasienter i aldersgruppene 80+ var 91/1000 i 2005, mens ratene for døgnopphold som ø.hj. for samme aldersgruppe var 500/1000, herav 433/1000 for indremedisinske tjenester. Forbruk av liggedøgn pr. 1000 for pasienter > 80år ligger enda høyere i forhold til yngre aldersgrupper. I 2005 var liggetidsraten for aldersgruppen 80+ ved heldøgnsopphold som ø.hj. i HNT 3 195/1000, herav 2 587/1000 for indremedisinske tjenester.

I tillegg til økende forbruksrater skal en merke seg at andel innleggelser som ø.hj. er særlig høy blant eldre. Grovt regnet er andel ø.hj. for heldøgnsopphold blant pasienter i aldersgruppen 80+ ca. 90%.

Et forsøk på å beregne forbrukstall for denne aldersgruppen i HNT tar som utgangspunkt befolkningsunderlag på 92 500 i inntaksområdet for SHL og 41 500 i inntaksområdet for SHN, og en fordeling 90 – 10 mellom opphold som ø. hj. og elektive innleggelser. Andel individer i alder 80+ i Innherredsområdet er 5,0%, i Namdalsområdet 5,8%. Basert på forbruksrater for 2005 i aldersgruppen 80+ gir dette ca. 2 100 opphold og 6 700 liggedøgn ved SHL og ca. 1 100 opphold og 3 500 liggedøgn ved SHN. Det aktuelle forbruket ligger trolig en god del høyere i 2008.

6.1.2. Befolkningsutvikling i inntaksområdet for HNT 2003 - 2009 – 2020

Opplysninger for befolkningsframskrivning hentet fra SSB med ”Middels Nasjonal Vekst” viser at helsetjenesten står overfor betydelige utfordringer i Nord-Trøndelag i løpet av de neste 10 årene:

- Befolkningsgrunnlaget i Namdalsregionen vil ha en reduksjon tilsvarende 0,5%, mens folketallet i Innherredsregionen (Verran er medregnet) vil ha en økning i størrelsesorden 7,6%
- Aldersgruppen 67 år og eldre i Namdalsregionen vil øke med 33,8%, mens denne aldersgruppen i Innherredsområdet vil øke med 53,5%
- Det er særlig aldersgruppen 67-79 år som vil vokse, fra 10,1% i 2009 til 14,1% i 2020, mens samme aldersgruppe i Innherredsområdet vil øke fra 9,0% i 2009 til 13,0% i 2020

Dette innebærer en forutsigbar sterk økning i etterspørsel av helse- og omsorgstjenester basert på en økende andel eldre, kombinert med en fallende andel i alle aldersgrupper 0-44 år, og en svak vekst i aldersgruppen 45-66 år.

Konklusjon: etterspørselen av sykehustjenester i kommende år vil fortsette å vokse dersom tiltak ikke blir iverksatt. Andelen eldre i befolkningen vil ha vesentlig innflytelse på forbruksmønsteret, ved at Eldres andel av liggedøgn er 5 ganger høyere enn gjennomsnittet for yngre grupper. Det sier seg selv at *oppgaven må løses i samarbeid med kommunene.*

Gruppen anbefaler at foretaksledelsen innleder *et systematisk samarbeid med kommunene* i Nord-Trøndelag for å utvikle felles strategier som gir mulighet for effektivisering og kvalitetsforbedring av tjenestene gjennom

- forebygging rettet mot grupper av pasienter med kronisk sykdom
- læring og mestring
- rehabilitering
- omfordeling av oppgaver
- bedre styring av pasientinntaket i sykehus.

Forutsatt at det i denne sammenheng etableres bedre kapasitet av kommunale behandlingstilbud bør det fram mot 2015 *målsettes en reduksjon av liggedøgn i sykehus for aldersgruppen 80+ i 2014 til 50%* av nivået i 2008. Dette vil først og framst omfatte opphold utløst som ø.hj., herunder reinnleggelser innen 30 døgn. For HNT vil dette ut fra dagens forbruk tilsvare ca. 4 000 - 5000 liggedøgn og 10-15 sengeplasser. Fra 2015 må det igjen påregnes et økende behov for sengeplasser i sykehus som følge av en økende andel eldre i befolkningen (**Tiltak med virkning på middels lang og lengre sikt**).

6.1.3 Områdevis forskjeller i etterspørsel

Kommunevis forbrukstall av sykehustjenester for 2008 viser *betydelige variasjoner* mellom kommunene beregnet som forbruk pr. 1000 innbyggere, både m.h.t. heldøgnsopphold og poliklinikk. Gjennomsnittstall for sykehusområdene viser også vesentlige forskjeller i forbruk:

Tjenesteområde	Heldøgnsopphold			Polikliniske konsultasjoner		
	Namdal	Innherred	HNT	Namdal	Innherred	HNT
Kirurgi	27/1000	24/1000	26/1000	178/1000	113/1000	138/1000
Ortopedi	26/1000	21/1000	23/1000	173/1000	132/1000	149/1000
Indremedisin	69/1000	51/1000	59/1000	143/1000	144/1000	151/1000

Det er også forskjeller mellom sykehusområdene i bruk av ø.hj. innenfor de samme tjenestene, beregnet som prosentandel av døgnopphold og konsultasjoner:

Tjenesteområde	Heldøgnsopphold		Polikliniske konsultasjoner	
	Namdal	Innherred	Namdal	Innherred
Kirurgi	66,2%	75,9%	14,1%	14,2%
Ortopedi	75,2%	78,8%	24,0%	38,8%
Indremedisin	93,9%	93,5%	8,6%	5,9%

Kommentar: De store ulikhetene mellom kommunenes forbruk av sykehustjenester skyldes sannsynligvis flere forhold. Dersom en bruker tallene fra kommuner med et lavt, middels eller høyt forbruk av heldøgnsopphold eller poliklinikkjenester som standard, vil dette gi betydelige forskjeller i etterspørsel- og kapasitetsvurderinger.

Så lenge det er forskjeller i geografi, alderssammensetning, kommunenes rekrutteringssituasjon, tilgang til nøkkelpersonell og organisering, vil slike forskjeller fortsatt bestå.

Noe av de forskjellene som framkommer mellom sykehusenes inntaksområder er tilsynelatende, og har sammenheng med forskjeller i aldersfordeling, samt grensesoneproblematikk knyttet til kommunene Stjørdal og Verran.

Konklusjon: Gruppen anbefaler å utvikle samarbeidet med kommunene i retning av standarder for tjenestetilbud og oppgavedeling, som kan bidra til å redusere ulikhetene (**Tiltak med virkning på lang sikt**)

6.1.4 Grensesoneproblematikk

- Stjørdal kommunes befolkning har en økende bruk av St. Olavs Hospital i årene 2006, 2007 og 2008, fra litt over 1400 til nær 1700 opphold. Dette gjelder spesielt elektive opphold. Gjennomsnittlig har Stjørdal kommune for perioden 2005-2008 mer enn 70 opphold pr. 1000 innb. ved St. Olavs Hospital. Til sammenligning med forbruket fra Levanger, Steinkjer og Namsos ligger Stjørdal dobbelt så høyt
- Stjørdal kommune hadde i 2008 et samlet forbruk på ca. 80 opphold pr. 1000 innbyggere ved Kirurgisk, Ortopedisk og Medisinsk avd., SHL
- Kommunene i Innherredsområdet hadde et samlet forbruk av heldøgnsopphold ved Sykehuset Levanger tilsvarende 96/1000 innbyggere. Namdalsregionen hadde til sammenligning heldøgnsopphold tilsvarende 122/1000 innbyggere
- Ut fra et forbruk tilsvarende 80 heldøgnsopphold pr. 1000 innbyggere i Stjørdal for de aktuelle fagområdene, tilsvarer dette i 2008 i alt 1680 opphold
- Dersom en beregner forbruket av tjenester for øvrige kommuner i Innherredsregionen, gir dette i 2008 i alt 7 891 heldøgnsopphold, som tilsvarer 108/1000 innbyggere
- Antall DRG-poeng pr. 1000 innbyggere for pasienter ved St. Olavs Hospital fra Stjørdal er litt over 60, mens antall DRG-poeng for pasienter fra Namsos kommune er nær 50.
- Antall DRG-poeng pr. opphold for pasienter fra Stjørdal kommune ved St. Olavs Hospital er knapt 0,9, mens tilsvarende tall for Namsos er mer enn 1,3. Konklusjonen er at befolkningen i Stjørdal kommune i stor grad bruker St. Olavs Hospital som lokalsykehus, og bruken vokser relativt sterkt
- Stjørdal kommunes lavere forbruk av tjenester ved SHL innenfor områdene kirurgi, ortopedi og indremedisin er en følge av at ca. 25% av pasientgrunnlaget i Stjørdal får dekket sine lokalsykestjenester ved St. Olavs Hospital. Dette tilsvarer mer enn 5 000 innbyggere
- Verran kommune ligger i ”vannskillet” mellom de to sykehusområdene. Forbrukstallene for heldøgnsopphold innenfor de tre store somatiske tjenestemrådene viser at Verran bruker tjenester tilsvarende 89,6 opphold pr. 1000 innb. ved SHN, mens tilsvarende tall for SHL er 45,14/1000. Tilsvarende tall for bruk av polikliniske tjenester er hhv. 309,17 pr. 1000 innb. ved SHN og 123,46 pr. 1000 ved SHL
- I den opprinnelige oversikten over det kommune- og områdevis forbruket er Verran kommune regnet som en del av Innherredsregionen. I utgangspunktet er dette feil: Verran er i helseplansammenheng regnet som en del av Namdalsregionen, og forbrukstallene viser at fordelingen i kommunens bruk av sykestjenester mellom sykehusene fordeler seg mellom SHN og SHL som 2:1 for heldøgns opphold og nær 3:1 for polikliniske tjenester. Dette tilsier at minst 50% av befolkningen i Verran (2924) ”overføres” fra befolkningsgrunnlaget i ”Innherredsområdet” til ”Namdalsregionen”. Dette betyr altså at befolkningsgrunnlaget for SHN er minst 1 500 høyere enn beregnet, og at befolkningsgrunnlaget for SHL er minst 1500 lavere.

Kommentar: En konsekvens av de forhold som er påpekt i det foregående vil være at dimensjoneringen av befolkningsgrunnlaget for de to sykehusområdene i virkeligheten er annerledes enn hva som framgår av grunnlagsmaterialet.

Anbefaling: Ved kapasitetsvurderinger knyttet til senger, konsultasjoner, etterspørsel av tjenester m.v. må befolkningsgrunnlaget for Sykehuset Namsos justeres opp fra 39 651 til ca. 41 100, mens befolkningsgrunnlaget for Sykehuset Levanger må justeres ned fra 94 711 til ca. 88 200 (**Tiltak på kort sikt**)

6.2. Sengerressurser, utnyttelsesgrad og forbruksmønstre

6.2.1. Disponible senger - somatikk

Et viktig utgangspunkt for kapasitetsvurdering vil være tilgangen til senger. Det er derfor i tilnærmingen til oppgaven lagt vekt på å vurdere hvilke sengetall og sengedøgn som står til rådighet, og vurdere disse tallene opp mot forbruk/etterspørsel.

I 2008 hadde HNT 276 *effektive senger* (tilgjengelige senger), mens *senger i bruk* tilsvarte 250. *Tilgjengelige sengedøgn* var 100 726, mens forbruket var 91 344. Dette gir en utnyttelsesgrad på 90,7%. Ved korreksjon for en utnyttelsesgrad på 95% ville senger i bruk være 254. Ut fra en slik betraktning hadde HNT i 2008 en differanse mellom tilgjengelige senger og senger i bruk tilsvarende 22 senger. Avdelings- og klinikkvis er det betydelig variasjon i kapasitetsutnyttelsen av senger.

I et notat datert 16/9-09 til gruppen påpeker Hans Hallan at Med.avd. har satt en maksimal *utnyttelse av sengekapasitet på 95% som et mål*. Det vises til at en høyere utnyttelsesgrad går ut over kvalitet og logistikk, resulterende i økende innleie av personell. Ved vurdering av produktivitetsmål er det i notatet frarådt å bruke liggedøgn pr. brutto månedsverk eller pleiefaktorberregning i form av antall pleiere pr. disponibel seng. Det anføres at *DRG-poeng pr. månedsverk* og *konsultasjoner pr. månedsverk* er bedre egnet.

Utjevning av sengekapasitet ?

Dersom en vurderer antall senger pr. 1000 innbyggere som grunnlag for en utjevning av *forskjell i sengekapasitet mellom sykehusområdene*, ville dette i følge notat datert 4/9-09 fra ass. direktør tilsa en betydelig sengetallsreduksjon ved SHN. Det er også påpekt at SHN har et høyere forbruk av senger pr. 1000 innbyggere innenfor områdene kirurgi, medisin og gynekologi. Notatet peker på at man bør vurdere flere forhold i forbindelse med spørsmålet om reduksjon av sengeplasser:

- Kapasitet i forhold til befolkningsgrunnlag
- Faktisk forbruk
- Alderssammensetning
- Uønsket forbruk av liggedøgn (forskjeller i liggetid for sammenlignbare pasientgrupper, forskjeller i preoperativ liggetid og utskrivningsklare pasienter)

Kommentarer:

Gruppen finner det nødvendig å påpeke at målet for utnyttelse av sengekapasitet ikke generelt kan settes til 95%. Det vises i denne sammenheng til "Aktivitets- og kapasitetsanalyse i sykehusområder i Helse Sør-Øst HF" (mai 2008), hvor det framgår at de standarder som er satt for utnyttelsesgrad av heldøgns plasser ved Nye Ahus, St. Olav, HFP Buskerud, Nye Nordlands sykehuset og analysen for Helse Sør-Øst, varierer fra 70% til 85%. 85% blir stort sett benyttet på "vanlige plasser", mens 70-75% benyttes på neonatal-, observasjons- og intensivplasser. Sykehus eller avdelinger med høy andel elektiv virksomhet vil ofte planlegges med lavere utnyttelsesgrad enn enheter med høy andel øyeblikkelig hjelp.

En vurdering av sengekapasitet for de to sykehusområdene må i tillegg omfatte faktorer som ikke er nevnt i notatet:

- *Bruk av sengerressurser ved andre enheter i egen virksomhet (Rehab.avd., Nevrol. avd.)*
- *Bruk av eksterne sengerressurser (DPS, intermediære plasser i DMS, bruk av andre sykehus)*
- *Endringer i sengekapasitet ved SHN i forhold til Med.avd. og Psyk.avd. i 2009*

Fordelingen av tilgjengelige senger i 2008 mellom sykehusene basert på notat fra ass. direktør (Nevrol. avd., Rehab. avd. og DPS-senger medregnet i det enkelte sykehus) framgår av nedenstående tabell, hvor antall senger pr. 1000 innbyggere er beregnet ut fra **korrigerte befolkningstall for områdene (41 500 SHN, 88 000 SHL):**

	SHN		SHL	
	Senger	pr. 1000	Senger	pr. 1000
Somatikk	78	18,5	187	21,2
Psykatri	30	0,71	70	0,8
Sum	118	19,21	257	22,0

Ikke alle vil være enige i en slik regnemåte. I notat datert 16/9-09 til gruppen har Hans Hallan kommentert betraktningene omkring grensesoneproblematikken, og viser til at bruken av Medisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital ikke gir uttrykk for noen stor lekkasje. Befolkningsgrunnlaget for SHL ut fra hans vurderinger er ca. 92 000, mens det for SHN er ca. 41 000. Dersom man benytter dette som grunnlag for vurdering av sengekapasitet, gir dette følgende resultat:

	SHN		SHL	
	Senger	pr.1000	Senger	pr. 1000
Somatikk	78	19,0	187	20,0
Psykatri	30	0,73	70	0,78
Sum	118	19,73	257	20,78

Dette viser fortsatt at SHL forholdsmessig ligger noe høyere i sengetall pr. 1000 innenfor somatikk og psykiatri, sammenliknet med SHN. Det er her regnet sengetall for 2008. **Dersom en tar hensyn til reduksjoner i sengekapasitet ved SHN (Med.avd., Kir.avd. og Psyk. avd.) i 2009, blir forskjellen enda større. Her er heller ikke 12 intermediære plasser ved DMS Stjørdal medregnet.** Dersom en tar hensyn til disse med en omregningsfaktor på 0,5, betyr dette i så fall at SHL har ytterligere 6 somatiske sengeplasser i forhold til oppgitte tall for 2008.

Dette viser først og framst hvilke utfordringer som knytter seg til en korrekt vurdering av sengekapasitet ved sykehusene i Nord-Trøndelag, og er et eksempel på at man får grunnlag for helt ulike konklusjoner, avhengig av tilnærming. En innvending mot foranstående beregning vil være, at Rehab.avd. ved SHL er en fellesressurs for sykehusene, og at sengetallet må fordeles. Tilsvarende gjelder for Nevrol. avd. ved SHN.

Gruppen viser til at Rehabiliteringsavdelingen ved Sykehuset Levanger i 2007 og 2008 mottok hhv.

- 81 og 85 pasienter fra sitt bosted
- 60 og 65 pasienter fra avdelinger ved Sykehuset Levanger
- 1 og 4 pasienter fra "Annen institusjon" (hvor inngår Sykehuset Namsos)

Dette tyder på at faktisk bruk av Rehabiliteringsavdelingen er svært ulik for de to sykehusområdene.

På samme måte har Nevrologisk avd. ved Sykehuset Namsos en overvekt av pasienter fra eget område. Tall for fordeling av pasienter mellom områdene og overflyttinger til Nevrol. avd. fra andre avdelinger/ andre institusjoner foreligger ikke.

Ved opprettelsen av 12 intermediære behandlingss plasser ved DMS Stjørdal våren 2007 var det en klar målsetting og forventning om at disse plassene skulle bidra til en reduksjon i forbruk av liggedøgn ved Sykehuset Levanger. Erfaringene har vært positive, ved at antall forbrukte ekstra sykehusdøgn for "overføringsklare pasienter" hjemmehørende i Stjørdal kommune er redusert fra 443 liggedøgn i 2006 til 14 døgn i 2008.

Registrering av reinnleggelser innen 30 dager for disse pasienten i sykehus er på 5%, mens tilsvarende tall for pasienter behandlet ved sykehusene i fylket ligger omkring 13-14%. Samtidig kan det påpekes at gjennomsnittlig liggetid ved DMS Stjørdal er det dobbelte av gjennomsnittlig liggetid ved sykehus. Lignende erfaringer er innhentet ved etablering og drift av intermediære behandlingss plasser i andre områder av vårt land: Søbstad sykeheim i Trondheim, Storetveit sykeheim i Bergen. Ved disse intermediærtillbudene er det sannsynlig at noe av gevinsten m.h.t. færre reinnleggelser bl.a. kan tilskrives en utvidet gjennomsnittlig oppholdsvarighet, i tillegg til et sterkere helhetlig fokus på pasienten..

Gruppens oppfatning er at etablering av intermediære behandlingss plasser og forbruk av liggedøgn må sees i sammenheng med spørsmål om kapasitet/ressurbruk i sykehusene.

Det er i siste instans det samlede ressursforbruket for helseforetaket som må vurderes opp mot spørsmål om kapasitet, produktivitet, effektivitet og kvalitet.

*Det arbeides p.t. med planer for opprettelse av 16 intermediære behandlingss plasser ved DMS Inn-Trøndelag. Disse vil først komme i drift fra oktober 2010. Gruppen mener det må legges til grunn en klar forståelse av at man ved dette omdefinierer noe av den interne pleie- og behandlingss kapasiteten ved Sykehuset Levanger til en ekstern ressurs. Dette må derfor komme til uttrykk ved en forholdsmessig reduksjon av disponible senger og liggedøgn i sykehuset. **Ut fra erfaringene med økt gjennomsnittlig liggetid og redusert frekvens av reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp i sykehus vil gruppen anbefale at man målsetter en reduksjon av sykehusplasser tilsvarende 50% av antall intermediære plasser.***

DMS Stjørdal ble som nevnt satt i drift for mer enn 2 år siden. I utgangspunktet burde tilsvarende vurderinger vært gjort for de 12 intermediære plassene som da ble opprettet. Under enhver omstendighet bør statistikk vedr. sengekapasitet, liggedøgn og ressursbehov i helseforetaket inkludere alle intermediære behandlingstilbud som er, eller blir etablert.

Endret sengetall SHN 2009 – somatikk

Lettposten ved SHN ble avvirket 1/4-09. Den omfattet i utgangspunktet 11 plasser, herav 3 senger for Med.avd. og 8 senger for Kir.avd. Gjennomsnittlig antall effektive senger var beregnet til 9. 7 senger ble avvirket, herav 3 tilhørende Med.avd. og 4 tilhørende Kir.avd. 4 senger og 4 årsverk ble overført til Kirurgisk sengepost.

Lettposten ved SHL omfatter 13 sengeplasser. I følge muntlig meddelelse er sengekapasiteten høyere enn etter-spørsel/ behov. Kirurgisk avd. ved SHL uttrykker behov for 7-8 plasser. Med.avd. har tidligere gitt uttrykk for et ønske om å overføre sine 5 plasser og tilhørende personellressurser til DMS Inn-Trøndelag, og benytter Lettposten i liten utstrekning.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at man ved beregning av sengekapasitet differensierer mål for utnyttelsesgrad, slik at målet for de enheter som har høyest innslag av ø.hj. (indremedisin og kirurgiske spesialiteter) settes til 90%, mens målet for virksomheter med "vanlig aktivitet" settes til 85%, og målet for observasjons/intensivplasser settes til 75% (tiltak på kort sikt).

Gruppen anbefaler at etablerte eksterne sengerressurser (intermediære sengeplasser) blir sett i sammenheng med sykehusenes interne sengerressurser ved beregning av kapasitetsforhold og kapasitetsutnyttelse. Dersom inntakskriteriene for bruk av intermediære plasser videreføres etter at samhandlingsreformen fra 2012 sikrer kommunal finansiering, må dette prinsippet fortsatt opprettholdes (tiltak på kort sikt).

Gruppen anbefaler også at det ved framtidig etablering av intermediære plasser foretas justeringer av intern sengekapasitet i forhold til eksterne sengerressurser, slik at 1 intermediær sengeplass tilsvarer 0,5 sengeplass i sykehus. **(tiltak på kort sikt).**

Gruppen viser til gjennomføre endringer i organiseringen av Lettpost ved SHN fra april 2009, og anbefaler at sengekapasiteten ved Lettposten SHL reduseres fra 13 til 8 plasser **(tiltak på kort sikt).**

6.2.2. Disponible senger – psykiatri

I notat datert 8/9-09 fra ass. direktør skisseres momenter for en vurdering av mulige reduksjoner i sengekapasitet innenfor de psykiatriske tjenestene i HNT. Samlet hadde HNT i 2007 107 effektive (tilgjengelige senger), - 100 innenfor VOP og 7 i BUP. Senger i bruk tilsvarte 80 senger. Beleggsprosenten var 73,2% i VOP og 91,8% i BUP. *For BUP vurderes kapasitetsutnyttelsen å være så høy at det ikke er grunnlag for reduksjon.*

Notatet påpeker at kapasitetsutnyttelsen er særlig lav ved sengeposter i Namsos. Med en målsetting om 90% utnyttelse av sengekapasitet er det derfor potensiale for en betydelig reduksjon av senger i VOP knyttet til ikke utnyttet kapasitet. Notatet inneholder også en beregning basert på vektning både av kapasitet og forbruk, samt analyse av liggedager. Konkret antydes 3 alternativ, hvor særlig 2 beskriver muligheten for å redusere antall senger i Namdalsområdet slik:

• Post 1 N	1 seng –	nytt sengetall 13,	alternativt	3 senger –	nytt sengetall 11
• Post 2 N	4 senger –	nytt sengetall 3,	”	2 senger –	nytt sengetall 6
• <u>DPS Kolv.</u>	5 senger –	nytt sengetall 4,	”	2 senger –	nytt sengetall 7
Sum	10 senger -	nytt sengetall 20	Sum	7 senger –	nytt sengetall 24

Notatet skisserer muligheten for en reduksjon av antall senger i Innherredsområdet slik:

• Post 1 L	2 senger -	nytt sengetall 11,	alternativt	1 seng –	nytt sengetall 12
• Post 2 L	3 senger -	nytt sengetall 9,	”	1 seng -	nytt sengetall 11
• Post 4 L	1 seng -	nytt sengetall 9,	”	1 seng -	nytt sengetall 9
• DPS Stj.	3 senger -	nytt sengetall 17,	”	1 seng -	nytt sengetall 18
• Post 3	1 seng –	nytt sengetall 7,	”	1 seng -	nytt sengetall 7
• <u>Spisepost Stj.</u>	0 senger	sengetall 7		0 senger	sengetall 8
Sum	10 senger -	nytt sengetall 60	Sum	5 senger –	nytt sengetall 89

Korreksjoner

I notat fra Elisabeth Bratland Johansen til arbeidsmøte 18/9-09 anbefales at *gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse ved døgninstitusjoner for psykisk helsevern* for voksne i Norge settes til 85%.

I et nytt notat datert 24/9-09 presiserer hun **reelle sengetall pr. d.d.** slik:

SHN:	SHL:	DPS Stjørdal:
Post 1: 16	Post 1: 16	14 senger
Post 2: 10	Post 2: 12	(6 disp. Av St. Olav, holdes utenfor)
DPS Kolvereid: 10	Post 4: 10	

Betania Sparbu:

13 senger

RKSF

(Regionale senger, holdes utenfor)

Post 3: 8

Spisepost Stjørdal: 8

Notatet påpeker at sum reelle senger etter dette pr. sept. 2009 er 101 (RKSF og St. Olavs senger er holdt utenfor). Effektive senger må derfor beregnes ut fra tallet 101.

Ytterligere korreksjoner?

Det har oppstått uklarhet om de 13 behandlingss plassene ved Betania Sparbu er medregnet eller ikke i kapasitetsvurderingen av Psykiatrisk klinikk. I følge Elisabeth Bratland Johansen er korrekt sengetall 101, basert på følgende: SHN 36, SHL 38, Betania Sparbu 13, DPS Stjørdal 14. ved Avvikling av Betania Sparbu fra 1/1-2010 blir det psykiatriske sengetallet etter dette 88.

”Psykiatrisk helsehus”?

Elisabeth Bratland Johansen opplyser at DPS Kolvereid gjennom de senere årene har endret behandlingsstrategi fra innleggelse til mer utadrettet ambulant virksomhet. Dette har medført at behovet for sengeplasser er redusert. Psykiatrisk avdeling er samtidig kjent med at flere kommuner i sykehusets dekningsområde har døgnbemannede bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.

Psyk.avd./ DPS Kolvereid har etablert et utstrakt samarbeid med kommunene, og ønsker å utrede muligheten for et samarbeidsprosjekt i Ytre Namdal (Nærøy, Vikna, Leka og Bindal) med tanke på opprettelse av et ”psykiatrisk helsehus”.

***Kommentar:** utviklingen viser at behovet for kapasitet av voksenalderpsykiatriske sengeplasser har endret seg ut fra endrete behandlingsstrategier. Utviklingen er trolig en følge av overgang til økt ambulant og poliklinisk behandling. Denne omleggingen har ført til at personell som fra tidligere har vært knyttet til sengepostene delvis omdisponeres til ambulant eller poliklinisk tjeneste. Sterkere samhandling mellom HNT og kommunene kan alternativt danne grunnlag for en samordning av behandlingss plasser og kommunale bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser, slik at kapasiteten ved DPS Kolvereid kan bli bedre utnyttet.*

Innen Psykiatrisk klinikk er det pr. august 09 en reduksjon av effektive senger fra 101 til 95,1 senger. Psyk. avd. SHN har i 1009 pr. august 27 effektive senger, - altså 3 færre enn i 2008.

Det gjøres oppmerksom på at en frigjøring av disponible behandlingss plasser ved DPS Kolvereid kan gi mulighet for opprettelse av kombinerte behandlingstilbud i Ytre Namdal. I tillegg til utredningen av et mulig ”psykiatrisk helsehus” kan det også skisseres to andre mulige formål::

- *Intermediære behandlingss plasser for somatiske pasienter som har gjennomgått utredning i sykehus, men som kan gjennomføre oppfølgende behandling på et lavere nivå enn i sykehusavdeling*
- *”Akutt plass” for observasjon, korttids pleie, enklere diagnostikk, intravenøs væskebehandling, medikamentjustering m.v.*

Ytre Namdal har et befolkningsgrunnlag på ca. 10 000 innbyggere. Sett i forhold til etableringen av 12 intermediære plasser i Stjørdal kommune med 20 000 innbyggere skulle det være grunnlag for å antyde et behov på ca. 4-5 intermediære plasser i Ytre Namdal.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at spørsmålet om opprettelse av et ”psykiatrisk helsehus” eller somatiske behandlingss plasser i kombinasjon med en videreføring av et redusert antall psykiatriske plasser i DPS Kolvereid utredes i dialog mellom HNT og kommunene i Ytre Namdal. Uavhengig av hvilken løsning som velges, antas det å foreligge grunnlag for en reduksjon fra 8 ”effektive senger” til 4 senger for det opprinnelige formålet. (Dette tallet er ikke bekreftet fra Psyk. avd.)

Avvikling av psykiatriske behandlingss plasser ved Betania Sparbu

Elisabeth Bratland Johansen viser til at Psykiatrisk klinikk allerede for inneværende år har redusert sitt sengetall fra 101 til 95, og at ytterligere reduksjoner vil komme fra 1/1-2010 i forbindelse med nedlegging av behandlingstilbudet ved Betania Sparbu, med i alt 13 senger.

Konklusjon: Gruppen viser til foreliggende planer for avvikling av 13 plasser ved Betania Sparbu. Innenfor det psykiatriske fagområdet vil HNT etter dette i alt ha 88 sengeplasser til rådighet i 2010. Det gjenstår å avklare tiltak knyttet til DPS Kolvereid. **(tiltak på kort sikt)**

6.3. Liggetid i DRG-er med høyt volum

Notatet viser til at 24 DRG-er dekker ca. 50% av alle liggedøgn i helseforetaket. Det vises til at man ved sammenligning av liggetid for disse med ”beste praksis vil kunne finne et potensiale for reduksjon av liggetid. I vedlagt tabell fremheves særlig pasienter med

- sykdommer i åndedretsorganene ved begge sykehus (Indremedisin)
- primære proteseop. i hofte/kne/ankel, SHL (ortopedi)
- keisersnitt og vaginal fødsel ved SHL (fødetjeneste)

I sum er det antydning mulighet for 2 179 innsparte liggedøgn som tilsvarer en reduksjon med 6 sengeplasser, herav 3,7 senger ved SHL fordelt på Kir. klinikk, Med.klinikk og Føde/barsel, og 2,2 senger ved SHN fordelt på Med.avd. og Kir.avd.

6.3.1 KOLS

I forbindelse med tidligere samhandlingsprosjekt mellom helseforetaket og rehabiliteringsinstitusjonene i Nord-Trøndelag ble det opprettet en arbeidsgruppe for å vurdere ulike aspekter ved tjenestetilbudet for KOLS-pasienter i fylket. Deltakere i gruppen var representanter fra begge sykehus, rehabiliteringsinstitusjonene, kommunene og brukerne. Gruppen avga sin rapport 26/3-09. Viktige aspekter ved KOLS på nasjonalt hentet fra ”Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-1011” er at

- mer enn 200 000 voksne personer i Norge (ca. 7% av nordmenn i alder 26-28 år) har sykdommen
- det er en årlig tilvekst på ca. 10% (20 000)
- halvparten av pasientene er ikke diagnostisert
- mer enn 90% av pasientene har mild eller moderat sykdom
- nasjonal strategi er tidlig intervensjon
- nasjonalt er det ca. 360 innleggelser pr. år pr. 100 000 innbyggere
- forekomsten er høyest i aldersgruppen 60 – 74 år
- hver 5. innleggelse som ø.hj. ved somatiske sykehus er KOLS-relatert
- i 2020 vil KOLS være den tredje vanligste dødsårsaken

Som en del av grunnlaget for arbeidet ble det innhentet virksomhetsdata fra begge sykehus knyttet til innleggelser, liggedøgnforbruk og poliklinikk for pasientgruppen, omfattende årene 2006, 2007 og 2008 (fram til sept./okt.). For Nord-Trøndelag gjelder følgende:

- pasienter med KOLS har gjennomsnittlig 2 konsultasjoner ved sykehuspoliklinikkene pr. år

- antall konsultasjoner og individer synes ikke å ha økt i de aktuelle årene
- det er betydelige kommunevise variasjoner i bruken av de medisinske poliklinikkene: ved KOLS
 - i 2007 hadde 4 kommuner i Innherredsområdet (73 000 innbyggere) gjennomsnittlig 5,4 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere ved SHL. Tilsvarende hadde 7 kommuner i Namdalsegionen (32 000 innbyggere) gjennomsnittlig 3,5 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere
 - aldersgruppen 45-66 år omfattet 53% av konsultasjonene i 2007, de resterende 47% var i aldersgruppen over 67 år
 - mer enn 85% av konsultasjonene var kontroller
 - ø.hj. varierte fra 2,4% (SHL) til 8,1% (SHN)
- antall heldøgnsopphold og liggedagsforbruk knyttet til KOLS i de medisinske avdelingene i HNT er sterkt økende i perioden 2006-2008
 - flertallet av pasienter har avansert sykdom
 - det er betydelig variasjon i kommunenes forbruk av liggedøgn knyttet til pasientgruppen i 2007
 - ved SHL hadde pasienter fra 10 kommuner og 93 000 innbyggere i 2007 et forbruk på 2 786 liggedøgn, tilsvarende 30 liggedøgn pr.1000
 - ved SHN hadde pasienter med KOLS fra 16 kommuner og ca. 40 000 innbyggere i 2007 et forbruk på 964 liggedøgn, tilsvarende ca. 24 liggedøgn pr. 1000
 - en framskriving av liggedagsforbruket pr. sept./okt. 2008 i HNT ga indikasjon på en årsvirkning tilsvarende 530 heldøgnsopphold og 4 400 liggedøgn, altså en betydelig økning fra 2007
 - en kartlegging ved Sykehuset Namsos januar-mai 2008 (1443 registrerte opphold) ved Medisinsk og Kirurgisk avdeling viste at 200 av disse oppholdene kunne ha vært ivaretatt på et lavere tjenestenivå (akutt plass i sykeheim eller intermediær plass). Blant disse 200 var lungesykdom hoveddiagnose hos 32%. De aktuelle pasientene hadde gjennomsnittsalder 77 år. En årseffekt indikerer at 800-900 heldøgnsopphold ved de to avdelingene kunne ha vært ivaretatt på et lavere nivå, dersom det hadde vært lagt til rette for det
- Arbeidsgruppen konkluderte at det er behov for tiltak som kan forbedre kvaliteten i tjenestetilbudet for KOLS-pasienter i fylket ved
 - oppbygging av kompetanse blant helsepersonell på alle nivå
 - styrket kunnskap og mestringsevne blant brukerne
 - formalisert samarbeid mellom brukere, pasientorganisasjoner og tjenesteytere
 - sterkere fokus på rehabilitering og forebygging

I notat datert 16/9-09 fra Hans Hallan er det påpekt at det i oversikten over diagnosegrupper med lengre liggetid enn gjennomsnittet burde ha vært medregnet DRG 90 (lungebetennelse og pleuritt > 17 år, uten komplikasjoner). Det er påpekt at diagnosene 89 og 90 begge må medtas dersom man skal ta med diagnose 79. Han viser også til at diagnose 79 inneholder mer kompliserte forhold, bl.a. 4 pasienter med 143 liggedøgn p.g.a. TBC og en enkelt pasient med 96 døgn p.g.a. lungeabscess ”ødelegger” statistikken. Notatet finner at grunnlaget for å redusere sengekapasiteten ut fra vurdering av liggetid i DRG med høyt volum er uhensiktsmessig. Hans Hallan anbefaler at man ikke kommer nærmere effektiviteten i en avdeling enn ved å se på den gjennomsnittlige liggetid i avdelingen.

Kommentar: KOLS-problematikken er et eksempel på at spørsmålet om ressursbehov, etterspørsel og kapasitet i stor grad handler om hvordan vi kan forbedre kompetansen i alle ledd, organisere tilbudene og samhandle til beste for pasientene ved å oppfylle LEON-prinsippet..

Fokusgruppe "Kapasitet" vurderer at bedre organisering av tjenestetilbudet for brukere med KOLS bør være en prioritert oppgave i Nord-Trøndelag for å forebygge bedre og for å heve kvaliteten av tjenestene, redusere etterspørselen av spesialisthelsetjenester og redusere forbruk av liggedager i sykehus.

Gruppen er ikke uten videre enig i oppfatningen av at gjennomsnittlig liggetid er et godt effektivitetsmål. Mye taler for at inntaket av pasienter som ø.hj. i indremedisinske avdelinger styrer utskrivningspraksis og gjennomsnittlige liggetider i for stor grad. Denne situasjonen gir store utfordringer både i forhold til å sikre en helhetlig behandling og til å ivareta samhandlingsutfordringene med kommunene. Et synlig resultat av dette er at mer enn 20% av pasienter > 67 år som har vært innlagt i nordtrønderske sykehus, reinnlegges som ø.hj. innen 30 døgn, herav 2/3 innen 14 dager. Det vises for øvrig også til erfaringene etter etablering av DMS Stjørdal, hvor gjennomsnittlig liggetid er 10,8 døgn og andel reinnleggelser i sykehus 5%.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at HNT iverksetter et samarbeid med primærhelsetjenesten (leger, sykepleiere og fysioterapeuter) i Nord-Trøndelag for å realisere de nasjonale strategiene i forebygging, behandling og rehabilitering ved KOLS. Et mål ved dette bør være å redusere forbruket av heldøgns opphold i sykehus med 50% innen to år (vurdert i forhold til liggedøgnsforbruket i 2008, som var ca. 4 400 liggedøgn). Dette vil tilsvare en mulig reduksjon av samlet liggedøgnsforbruk ved sykehusene på ca. 2 000 liggedøgn og 5-6 sengeplasser. Innherredsområdet hadde i 2007 et liggedøgnsforbruk tilsvarende 30/1000 innb., mens Namdalsområdet hadde 24/1000 innb. Dette vil tilsvare en fordeling med ca. 1 100 liggedøgn ved SHL og 900 liggedøgn ved SHN. **(tiltak med virkning på kort sikt)**

6.3.2 Preoperativ liggetid

For kirurgiske DRG-er påpeker notatet av 4/9-09 at det samlet i HNT forbrukes ca. 380 liggedøgn hvor pasienter venter 2 døgn eller mer forut for elektive inngrep. 72% av disse døgnene (276) utløses ved SHL. I tillegg er det forskjeller mellom sykehusene m.h.t. andel pasienter som opereres innleggesdagen: ved SHN blir 29% av pasientene operert samme dag, mens dette bare gjelder for 5,7% av pasientene ved SHL. Dersom praksis ved SHL hadde ligget på samme nivå som ved SHL ville dette gitt en innsparing på 195 liggedøgn.

Notatet påpeker videre at det også for kirurgiske pasienter som innlegges som ø.hj. er mer enn 20% av pasientene som har preoperativ liggetid på 2 døgn eller mer. I sum viser notatet et potensiale for reduksjon av preoperativ liggetid tilsvarende 600 døgn, tilsvarende 1,6 senger.

Kommentar: Aud Marit Vongraven har i en oppfølging av mulige årsaker til forskjell i preoperativ liggetid konkludert at dette kan tilbakeføres til ulikheter i pasientsammensetning, ved at SHN har ansvar for den plastikkirurgiske virksomheten i fylket, og at det er denne pasientgruppen som forklarer ulikhetene i andel pasienter som opereres samme dag. Ut fra disse opplysningene er det viktigste momentet å forklare hvorfor 20% av pasienter innlagt som ø.hj. har en preoperativ liggetid på 2 døgn eller mer.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at det gjennomføres en kartlegging av årsaker til at 20% av kirurgiske pasienter som innlegges som ø.hj. har en preoperativ liggetid på 2 dager eller mer.

6.3.3 Liggetid for utskrivningsklare pasienter

I notatet fra ass. direktør er det vist til at det for overføringsklare pasienter ble forbrukt 1 400 liggedøgn i 2008. Ureflektert vil dette kunne tolkes slik at sykehusene påføres et tilsvarende merforbruk av liggedøgn og senger, ved at kommunene ikke overtar ansvar til avtalt tid. I noen grad er dette riktig, men det er innlysende at også sykehusavdelingens praksis på dette området kan være medvirkende, - eksempelvis ved at pasienter blir definert "ferdigbehandlet" før de faktisk er det, - eller at planleggingen av utreisetidspunktet på andre måter kan være urealistisk. Tallmaterialet må derfor tas med flere forbehold.

En tabellarisk oppstilling av forbrukte liggedøgn knyttet til overføringsklare pasienter for årene 2006 -2009 (tall pr. august 2009 framskrevet til årseffekt) viser følgende:

År	SHN (Kirurgi)	SHL (Kirurgi)	Sum (Kirurgi)
2006	262 (208)	1 271 (539)	1 533 (747)
2007	176 (102)	664 (133)	840 (235)
2008	368 (216)	1 071 (317)	1 439 (533)
2009	282 (168)	816 (332)	1 098 (500)

Enkelte kommuner har et vesentlig større forbruk av liggedøgn for overføringsklare pasienter. En områdevis oppstilling viser dette:

År, SHN	Namsos	Verran	Nærøy	Sum
2006	85	9	61	155
2007	37	8	56	101
2008	119	64	39	224
2009 (framskr.)	108	15	81	204

År, SHL	Steinkjer	Levanger	Verdal	Sum
2006	325	242	120	685
2007	196	194	116	506
2008	310	225	306	841
2009	228	141	244	713

Kommentar: utviklingen i perioden 2006 – 2009 viser et sammensatt bilde. Mest bemerkelsesverdig er endringen i det samlede liggedøgnforbruket fra 2006 til 2007. Dette kan i stor grad forklares ved opprettelser av DMS Stjørdal i mars 2007 inntraff en markert endring i Stjørdal kommunes forbruk av liggedøgn: mens antall liggedøgn for overføringsklare pasienter hjemmehørende i Stjørdal i 2006 var 443, sank tallet i 2007 til 75. I 2008 sank tallet videre til 14, og pr. august 2009 er det bare registrert 7 slike liggedøgn.

I 2008 og 2009 er det en **relativ vekst** i forbruket av liggedøgn for overføringsklare pasienter ved SHL. Dette gjelder særlig Verdal kommune. Samlet forbruk av liggedøgn for disse pasientene fra kommunene Steinkjer, Levanger og Verdal er i 2009 økt sammenliknet med 2006, og omfatter i 2009 ca. 83% av det totale forbruket ved SHL. Av det samlede forbruket i 2009 (framskrevet tall fra august) i HNT gjaldt ca. 75% av liggedøgnforbruket SHL.

I forhold til fagområder har Kirurgisk/Ortopedisk avdeling ved SHN i 2009 en andel på 60% av forbrukte liggedøgn, mens tilsv. tall for de kirurgiske virksomhetene ved SHL er 40%. Dette betyr at forholdet for de indremedisinske avdelingene er tilnærmet motsatt.

Konklusjon: det er ikke realistisk å ta som forutsetning at alle ”overflødige” liggedøgn kan elimineres. Ved etablering av velfungerende intermedieærplasser i Steinkjerregionen fra høsten 2010 må det likevel kunne påregnes at nivået på liggedøgnforbruk for overføringsklare pasienter i kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Mosvik og Snåsa vil bli redusert. I 2008 hadde disse kommunene 368 ”overflødige” liggedøgn ved SHL. Disse liggedøgnene vil i sum tilsvare ca. 1 seng ved SHL. Verran kommune hadde 64 liggedøgn ved SHN. Gruppen anbefaler at en reduksjon av ”overflødige” liggedøgn tas med i vurderingen av sengetallsreduksjon ved SHL i sammenheng med oppstart av DMS Inn-Trøndelag. **(Tiltak på kort sikt)**

6.4 Forbruksrater – kommunevise forskjeller

God samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste er et viktig mål, og fokuseringen av liggedagsforbruk i sykehus for ”ferdigbehandlede” pasienter er et naturlig ledd i diskusjonen.

Likevel bør det påpekes at *et annet fokus burde ha større interesse*: de kommunevise forskjellene i forbruksrater. Eksempelvis varierte ratene for heldøgnsopphold i 2008 ved de indremedisinske avdelingene i HNT fra ca. 52/1000 i Høylandet, Snåsa og Vikna, til 77/1000 i Verran og 81/1000 i Namsos (enkelte svært små kommuner ligger høyere, og forbruket fra Stjørdal i HNT er unaturlig lavt, kfr. tidligere omtale).

Forutsatt at behovet for heldøgnsopphold blir aldersjustert, er det bemerkelsesverdig at forbruket av liggedøgn pr.1000 innbyggere likevel varierer så sterkt:

- Ved de Medisinske avdelingen i SHL og SHN ble det i 2008 registrert hhv. 5 110 og 2 990 døgnopphold, samlet 8 100 døgnopphold. Dette gir en forbruksrate for heldøgnsopphold på ca. 60/1000. De samme avdelingene hadde et forbruk av hhv. 25 564 og 14 960 liggedøgn, i sum 40 524. Dette gir i snitt en liggetidssrate på 302 dager/1000 innb.
- Dersom alle kommuner som benytter indremedisinske tjenester ved sykehusene i HNT hadde forbruksrater som Høylandet, Snåsa og Vikna, ville dette gi 6 968 døgnopphold, altså ca. 1 100 færre døgnopphold enn det som faktisk er registrert. Et slikt forbruk ville tilsvare en reduksjon med ca. 4000 – 5000 liggedøgn.
- Dersom alle kommuner som benytter tjenester ved de indremedisinske avdelingene hadde forbruksrater som Verran eller Namsos, ville dette gi fra 10 318 til 11 654 heldøgnsopphold, altså 2 000 – 3 500 flere opphold enn det som faktisk ble registrert. Et slikt nivå ville innebære en økning med fra 10 000 til 16 500 liggedøgn i de medisinske klinikkene

Kommentar:

Målet om å oppfylle LEON-prinsippets intensjoner burde tilsi et sterkere fokus på kommunevise variasjoner i forbruk av sykehustjenester, årsakene til disse, og tiltak som kan bidra til å utjevne forskjeller som ikke lar seg forklare som en følge av økt sykkelighet og ulik alderssammensetning mellom kommunene. Sann-synligheten taler for at ulikheter i tilgangen til kompetanse og kapasitet i de kommunale tjenestene gir en del av forklaringen på slike ulikheter, - i tillegg til at organisatoriske forskjeller og ulikheter i ressursdisponering på kommunalt nivå er medvirkende.

Konklusjon: gruppen anbefaler at foretaksledelsen og kommunene iverksetter et felles prosjekt med fokus på løpende registrering av den enkelte kommunes bruk av sykehustjenester og mulige årsaker til dette. Det anbefales at det i et slikt prosjekt tas utgangspunkt i målsettinger om å utjevne ulikheter som ikke kan forklares av forskjell i sykkelighet eller alderssammensetning, og at den enkelte kommunes forbruk av døgnopphold og liggedøgn nærmer seg fastsatte standarder. **(Tiltak som vil ha virkning på kort og lang sikt)**

6.5 Reinnleggelser innen 30 dogn

Kapasitet/effektivitet i forhold til senge- og personellressurser er i stor grad et spørsmål om hvilken effekt sykehusoppholdet har, - ikke bare i forhold til umiddelbar diagnostikk og behandling, - men også i forhold til det etterfølgende pasientforløpet.

Norsk sykehusvesen har i de siste tiårene gjennomgått betydelige endringer i driftsform, i retning av et redusert antall innleggelser og økende innsats på poliklinisk behandling/dag-

behandling. Parallelt med dette er henvisningsratene til sykehustjenester økende, - i særlig grad som ø.hj. Nye behandlingsprinsipper har vært medvirkende til kortere liggetider for de fleste pasientene. Resultatet er at sykehusene fra år til år har gjennomført sengetallsreduksjoner, og gjennomsnittlig liggetid er gradvis redusert.

Denne utviklingen innebærer økte krav til planlegging og samhandling mellom tjenesteyterne, og den innebærer særlige utfordringer i forhold til grupper av kronikere og pasienter med komplekse sykdomstilstander. Dersom man ikke lykkes i å ivareta slike utfordringer, vil konsekvensen være at pasienter etter første sykehusopphold reinnlegges etter kortere eller lengre tid.

SAMDATA 2006 påpeker at

- antall utskrevne pasienter som reinnlegges i årene 2003 – 2006 har økt mer enn antall utskrevne pasienter som ikke reinnlegges.
- andel reinnleggelser har økt hvert år i perioden, og omfattet i 2007 11% av alle utskrivninger
- andel reinnleggelser øker med økende alder
- medisinske DRG-er har flere reinnleggelser enn andre
- de største pasientgruppene er
 - sykdom i sirkulasjonsorganene
 - sykdom i åndedretsorganene
 - sykdom i fordøyelsesorganene
- reinnlagte pasienter har den lengste gjennomsnittlige liggetiden i 2002 og 2006

Sett i forhold til nivået på landsbasis ligger Nord-Trøndelag vesentlig høyere i reinnleggingsfrekvens for 2007 (13,6% av alle utskrevne pasienter). En gjennomgang av reinnleggelser som ø.hj. innen 30 dager for pasienter > 67 år fra de kirurgiske og indremedisinske fagområdene i HNT 2008 viser at gjennomsnittlig 20,6% av pasientene blir reinnlagt. I absolutte tall viser det seg at

- 1 601 pasienter av i alt 7 760 ble reinnlagt innen 30 dager
- 1 029 av disse ble reinnlagt innen 14 dager
- Det var betydelige kommunevise variasjoner, fra Snåsa med 9,3%, til Steinkjer 21,2%, Levanger 22,4%, Verdal 23,3%, Namsos 24,8% og Nærøy 26,2%

Dersom en antar at det ville være mulig å halvere antall reinnleggelser ved ulike tiltak, ville dette ut fra de aktuelle tallene for HNT 2008 innebære 800 færre heldøgnsopphold som ø.hj. og et liggedagsforbruk tilsvarende minst 4000 – 5000 liggedøgn i HNT, tilsvarende 10-15 somatiske sengeplasser.

Kommentar: utviklingen av en økende andel reinnleggelser viser at det er grunn til bekymring både i forhold til kvalitet, kapasitet og effektivitet. Denne utviklingen kan antas å være en følge av flere faktorer:

- Press på sengerressurser, resulterende i at en del pasienter utskrives for tidlig
- Mangelfull planlegging og kommunikasjon i forbindelse med utskrivning og planlegging av oppfølging etter sykehusopphold
- Mangelfull kommunikasjon, kapasitet og kompetanse innad i de kommunale tjenestene
- Manglende fokus på sekundærforebygging blant pasienter i høyere aldersgrupper og kroniske sykdommer

Konklusjon: HNT bør sette fokus på reinnleggelser innen 30 dager som et kvalitets- og effektivitetsmål og iverksette tiltak for å oppnå minst 50% reduksjon av dagens nivå i løpet av

2 år. Se for øvrig også gruppens anbefalinger under pkt. 6.1.1 (**Tiltak som vil ha virkning på kort og lang sikt**)

6.6. Oppgavedeling, - nivå differensiering og samhandling

Aleneboende eldre som får forbigående forverring av sin grunnsykdom, en febril episode eller smerter og funksjonstap etter fall innlegges ofte i sykehus på grunn av behov for geriatrik spesialistkompetanse, alternativt behov for observasjon, manglende ressurser i de hjemmebaserte kommunale tjenestene eller manglende korttids plass i lokal sykeheim. Hastegraden kan variere.

Helsedirektoratet påpeker i publikasjonen ”Respekt og kvalitet” (november 2007) at pasienter med akutt funksjonssvikt ofte kjennetegnes ved flere kroniske sykdommer, stort legemiddelforbruk, ferdighetstap og svakt sosialt nettverk. Ofte handler det om eldre personer som i utgangspunktet fungerer marginalt. Det påpekes at forebygging av komplikasjoner og respekt innsettende rehabilitering må skje parallelt med medisinsk diagnostikk og behandling.

I tidsrommet 15/1 – 15/5 2008 ble det gjennomført en registrering av alle ø.hj.-innleggelse ved Kirurgisk og Medisinsk klinikk SHN. Hensikten var å kartlegge hvor stor andel av oppholdene som kunne ha vært fanget opp i forhold til

- Observasjon, akutt pleie, enklere diagnostikk og behandling i kommunehelsetjenesten, og som genereres av manglende kapasitet, kompetanse eller tilbud i kommunen
- Videreføring av behandling etter primær innleggelse og utredning i sykehus, tilsvarende de kriterier og definisjoner som er gitt for ”intermediær plass”

De to klinikkene hadde i 2007 i alt ca. 6 400 døgnopphold og 26 300 liggedøgn. I kartleggingsperioden ble det påvist at

- 14% av oppholdene kunne ha vært ivaretatt helt eller delvis på et lavere nivå (utenfor sykehus), dersom det hadde vært tilrettelagt for det
- De aktuelle pasientene fordelte seg med 6% på ”akutt plass” og 8% ”intermediær plass” i forsterket sykeheim
- Forutsatt at registreringen var representativ, betyr dette på årsbasis at ca. 900 opphold kunne ha vært ivaretatt på et lavere nivå, eksempelvis i kommunal sykeheim med egne plasser og personellressurser for ”akutt opphold” eller behov for ”intermediære tjenester”
- Dette ville ut fra gjennomsnittlige liggetider bety 2 000 – 3 000 liggedøgn ved somatiske klinikker i sykehuset Namsos
- Indremedisinske DRG-er dominerte blant de aktuelle pasientene, som hadde gjennomsnittsalder 77 år
- 50% av de aktuelle pasientene var aleneboende, og langt de fleste bodde i egen bolig
- 2/3 hadde bistand fra hjemmehjelp og hjemmesykepleie forut for innleggelsen
- Kronisk lungesykdom var største pasientgruppe, etterfulgt av kreft, hjerte/karsykdom, infeksjoner, slagtilfelle, smerter
- Flertallet av pasientene hadde normal mental status
- 2/3 av pasientene brukte fra 6 til 22 medikamenter

Ved en undersøkelse i 2007 av tilgjengelighet til sykeheimplass ved 37 kommuner i Østlandsområdet (tilgjengelighet målt som frigjorte plasser i løpet av ett år) ble det påvist at kommuner med god dekning av hjemmebaserte tjenester hadde bedre kapasitet av tjenester totalt. Tilgjengeligheten til sykeheim var 64% høyere i kommunene med det beste tilbudet, enn i kommunene med det dårligste tilbudet. Forutsetningen for å oppnå god tilgjengelighet er at

- sykeheimstilbudet må oppfylle kravet om at det skal være minst 18 plasser pr. 100 eldre > 80 år
- minst 15% av plassene skal være øremerket for korttidsopphold
- det høyeste tjenestenivået (kombinert hjemmehjelp/hjemmesykepleie) i de hjemmebaserte tjenestene skal ha en kapasitet som tilsvarer 18 innskrevne pasienter pr. 100 innbyggere > 80 år
- det er god samhandling mellom sykeheim og hjemmetjenester for pasienter som har mulighet for å kunne bo i egen bolig med støtte fra tjenestene

Undersøkelsen viste at nesten 1/3 av de 37 kommunene ikke oppfylte normtallene for sykeheimskapasitet.

Kommentar: kartleggingen ved SHN viser et betydelig potensiale for å endre oppgavedelingen mellom nivåene gjennom nivåddifferensiering og samhandling. Nå-situasjonen i sykehusene er i betydelig grad preget av kommunenes ressurs-situasjon og organisering. Det konstateres at et betydelig antall kommuner ikke disponerer korttidsplasser for observasjon, akutt pleie, infusjoner, enkel diagnostikk og behandling, medikamentjusteringer etc. For SHN betyr dette ut fra den kartleggingen som er foretatt et merforbruk av 7-10 somatiske sengeplasser. Situasjonen er trolig ikke vesensforskjellig ved SHL, med unntak av at man allerede har opprettet 12 intermediærplasser i Stjørdal og planlegger 16 intermediærplasser i Steinkjer-regionen. Fortsatt er det imidlertid slik at mangelen av korttids plass i sykeheim fører til innleggelse i sykehus. Undersøkelsen blant de 37 kommunene i Østlandsområdet viser at spørsmålet om kapasitet i spesialist-Helsetjenesten ikke kan sees isolert fra organiseringen i kommunehelsetjenesten.

Dersom det er ønskelig å endre denne situasjonen, må det gjennom dialog med kommunene (KS) fastsettes

- En forpliktende standard for sykeheimsbaserte tjenester
- En fastsatt balanse mellom kommunale langtids- og korttidsplasser
- Endring av lovverket som gir leger i legevakt anledning til å legge inn pasienter som ø.hj. i sykeheim, på samme som de i dag har anledning til å legge inn pasienter i sykehus

Konklusjon:

Manglende tilbud av kommunale akutt plasser for observasjon, pleiefaglig bistand, enkle undersøkelser og behandling som ikke krever innleggelse i sykehus fører til at pasienter som kunne ha vært ivaretatt innenfor de kommunale tjenestene blir innlagt i sykehus. I tillegg kommer pasienter som ut fra kriterier for bruk av ”intermediære plasser” kunne ha vært overført fra sykehus for oppfølgende behandling. Kartleggingen som ble gjennomført ved SHN januar-mai 2008 viser at dette ut fra dagens praksis innebærer et merforbruk av 7-10 somatiske sengeplasser ved SHN.

Etablering av tilbud for korttidsopphold med mulighet for observasjon, akutt pleie, enklere diagnostikk og behandling i kommunale sykeheime vil være tiltak som med sannsynlighet kan redusere behovet for syketransport og innleggelse i sykehus som ø.hj. Dette bør videreutvikles som en del av helseforetakets strategi, og med utgangspunkt i de samme ideer som for DMS Stjørdal, og vil særlig gjelde Namdalsregionen og Levanger/Verdal-området.

(Tiltak som vil ha effekt både på kort og lang sikt)

6.7 Observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottakene

Det er fra tidligere postulert at sykehusene i en del tilfelle mottar pasienter som ø.hj., hvor det ut fra vurdering av alvorlighet og hastegrad foreligger et usikkert behov for innleggelse. Ved opprettelse av egne observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottakene har det vært et siktemål å ivareta slike pasienter gjennom en avklarende observasjonsfase, slik at de evt. kan reise

hjem etter noen timer, - alternativt innlegges på ordinær måte. Tidsgrensen for poliklinisk observasjon er 5 timer.

Det er innhentet statistikk for bruk av Observasjonspostene ved begge sykehus for månedene f.o.m. januar t.o.m. juli 2009

Måned	SHL			SHN		
	Kir.	Ort.	Med.	Kir.	Ort.	Med..
Januar	25	18	25	18	7	13
Februar	20	13	18	21	12	9
Mars	23	19	34	31	11	10
April	21	11	17	18	28	6
Mai	20	21	17	32	23	5
Juni	27	16	21	26	20	6
Juli	12	14	27	25	26	2
Sum	148	112	149	171	127	51

Kommentar: Det umiddelbare inntrykket en får av dette tallmaterialet er at observasjonsenhetene fyller sin hensikt på en god måte, - kanskje med unntak av Med. klinikk SHN.

Obs-enheten ved SHL disponerer 5-6 plasser. I løpet av 7 måneder hittil i året 2009 gir dette 58 pasienter pr. mnd. for de tre klinikkene. I tillegg kommer andre pasientkategorier, som i sum gir 788 pasienter. Dersom en regner at alle 6 plasser ble utnyttet med 1 opphold pr. døgn i 7 måneder ville dette tilsvare mer enn 1200 opphold. En del av oppholdene er kortvarige.

Ved SHN er 4 plasser disponible. I løpet av 7 måneder er det registrert 349 opphold, tilsvarende 49 pasienter pr. mnd. Teoretisk kunne enheten dekket mer enn 800 opphold, dersom hver plass var utnyttet med 1 opphold pr. døgn i 7 måneder.

Liggetid < 5 timer, innleggelser og dagbehandling i observasjonsplassene

Statistikken fra akuttmottakene opplyser også om andel pasienter som observeres mindre enn 5 timer. Det fremgår videre at bruken av observasjonsplassene har endret seg i forhold til det opprinnelige formålet, ved at en ikke ubetydelig del av virksomheten omhandler pasienter som mottar dagbehandling. I statistikken fra SHL synes det å foreligge en regnefeil, etter som det opereres med i alt 920 opphold, mens det reelle tallet oppfattes å være 788. Det vises til etterfølgende tabell

Pasientkategori	SHL	SHN
Liggetid < 5 t	132	98
Liggetid > 5 t	277	323
Dagbehandl.	379	43
Sum	788	464

Kommentar: av i alt 409 observasjonsopphold ved SHL er 32% av varighet < 5 timer. Ved SHN er ca. 23-24% av varighet < 5 timer. Kanskje forklares dette ved den lave andelen pasienter fra Med. klinikk ved SHN.

Imidlertid opplyser avd.spl. ved Akuttmottaket SHL at Med.avd. der benytter posten mest til dagbehandling, eksempelvis blodtransfusjoner, Remicadekurer, intravenøs antibiotikabehandling m.v. Avd.spl. påpeker

også at vakthavende lege burde ha ført tilsyn med posten oftere, slik at pasientene ikke blir liggende til neste dag. På den måten kunne posten ha vært benyttet mer aktivt, og man kunne ha unngått innleggelse. Avd.spl. påpeker videre at omfanget av dagbehandling oppleves som en mer-belastning for Akuttmottakets personale.

Avd.spl. ved Akuttmottaket SHN påpeker at kirurgiske pasienter dominerer, og at Obs.-posten "avlastet" kirurgiske sengeposter med 30-50 pasienter pr. måned. Mange av disse ville alternativt blitt innlagt. Det opplyses at virksomheten omfatter en del dagkirurgi. I tillegg ligger noen pasienter og venter på blodprøvesvar eller røntgenvar. Virksomheten omfatter videre en del blodtransfusjoner etc.

Det framgår av statistikken at en ikke uvesentlig del av virksomheten i Obs.-postene er dagbehandling. Det er uklart i hvilken grad det er tatt hensyn til dette ved bemanning av disse enhetene. Dette bør særlig sees i sammenheng med tidligere revisjonsrapporter fra Helsetilsynet, hvor det påpekes at driften ved Akuttmottakene må være sikret gjennom mål- og aktivitetsstyring, og et klart fokus på pasientsikkerhet.

Det er mangelfull kunnskap om legevaktlegenes behov for observasjonsplasser. Muntlige utsagn fra leger som deltar i legevakt kan tyde på at manglende mulighet for observasjon i en del tilfelle er medvirkende årsak til innleggelse i sykehus.

Konklusjon: Gruppen finner grunn til å anbefale en grundigere evaluering av ordningen med observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottakene. Har ordningen gitt ønsket effekt? Er det slik at obs. plassene i stor grad fanger opp legevaktlegenes manglende tilgang til observasjonsplasser, eller kommunenes mangel på korttidsplasser i sykeheime? Er bruken av plasser i akuttmottakene til dagbehandling (og omfanget av denne virksomheten) avpasset i forhold til disponible personellressurser? Det vises for øvrig til foranstående momenter i underkapittel

Gruppen foreslår at 2 av de 4 observasjonsplassene ved SHN tilbys legevaktjenesten som et grunnlag for å evaluere primærlegenes behov for observasjonsplasser.

(Tiltak på kort sikt)

6.8 Rutiner for utskrivning av pasienter

Kartlegging av praksis for utskrivning av pasienter fra de store somatiske avdelingene har vært utløst av tilbakevendende *avviksrapportering fra kommunene*, knyttet til Basisavtalens intensjoner om å fange opp forbedringsområder i samhandlingen. Et sentralt tema i denne forbindelse er planlegging av utskrivninger, herunder utreisetidspunkt og utarbeidelse av pasientdokumentasjon.

Interne drøftinger på avdelingssykepleiernivå har også synliggjort uønskede *interne virkninger* av gjeldende praksis, ved at en stor andel pasienter først utskrives sent på dagen, ved at pasienter i mange tilfelle først blir klarert for utreise i løpet av ettermiddagen. Dette fører bl.a. til

- at pasienter som skal reise blir værende i avdelingen, samtidig som man skal motta nye pasienter til innleggelse og klargjøring. Dette kan innebære venting og forskyvning av arbeidsoppgaver i forhold til pasienter som innlegges
- at rengjøring av senger ofte forskyves til ettermiddag, og derved forskyves arbeidsoppgaver for personell som skal klargjøre senger
- at pasienter som er utskrivningsklare skal betjenes med mat, medikamenter, praktisk bistand o.s.v. fra avdelingspersonalet
- at mange av utskrivningene forskyves til tiden omkring vaktskiftet

Dersom en målsetter at flest mulig pasienter skal være utskrevet før kl. 1300, kan det konstateres at dette ut fra dagens praksis vanligvis bare oppnås i 20-30% av tilfellene. Det er

flere årsaker til at utreise i hovedsak skjer senere på dagen. 4 momenter er vanlige:

- pasienten venter på ”papirer”
- pasienten venter på transport (koordinering mellom pasienter)
- pasienten venter etter avtale med pårørende
- pasienten/legen venter på prøvesvar

Ved bedre planlegging av utreise og tidligere klargjøring av pasientinformasjon m.v. vil det uten problemer være mulig å oppnå at minst 50% av pasientene kan være utskrevet før kl. 13. Dette vil innebære en effektiviseringsgevinst som kommer både pasienter, primærhelse-tjenestens personell og personell på avdelingsnivå til gode.

Med.avd. ved SHN har hatt fokus på dette problemet siden 2007. Ved siste registrering i august 2009 var det 88 av 208 pasienter som reiste før kl. 13, - tilsvarende 42% av utskrivningene. I en registrering av årsak til senere utreise for de resterende 120 pasientene var årsakene

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| • pågående utredning | 30 pas. |
| • venter på papirer | 21 ” |
| • venter på drosje | 11 ” |
| • venter på buss/båt | 3 ” |
| • venter etter avtale med pårørende | 7 ” |
| • ikke registrert årsak | 41 ” |

Konklusjon: Gruppen anbefaler at foretaksledelsen setter som mål at minst 50% av alle utskrivninger skal være gjennomført innen kl. 1300, og at man i oppfølgingen sørger for systematisk kartlegging av praksis, herunder også årsaker til avvik..Slik registrering bør inngå som en del av helseforetakets kvalitetsdokumentasjon (**Tiltak på kort sikt**)

7. Polikliniske spesialisttjenester

Målt som konsultasjoner og antall pasienter er volumet av den polikliniske virksomheten i sykehusene betydelig, og virksomheten utgjør en viktig del av det økonomiske grunnlaget for helseforetaket.

7.1. Polikliniske kontroller – nyhenvisninger

Samlet ble det i 2008 registrert 132 436 konsultasjoner i HNT. Av disse var 72% kontroller. Pr. juli 2009 er det registrert 76 545 konsultasjoner, - herav 70,1% kontroller.

Det er naturlig at antall konsultasjoner og andelen kontroller varierer fra spesialitet til spesialitet. Det vil også være naturlig at ratene for polikliniske konsultasjoner varierer avhengig av

- sykkelighet og alderssammensetning i befolkningen
- kompetanse og stabilitet i kommunehelsetjenesten
- veiledningstjeneste og kommunikasjon mellom nivåene
- tilgjengelighet til spesialisttjenester

Kontrollvirksomhet innenfor spesialistpoliklinikkene er begrunnet i

- krav til faglig kompetanse og teknologi
- behovet for faglig kontroll av egen virksomhet
- behovet for opplæring etc.

Begrepet ”kontroll”

Innenfor enkelte fagområder kan begrepet ”kontroll” være misvisende, ved at pasienter innenfor noen fagområder inngår i spesialistavhengige polikliniske behandlingsløp som omfatter flere konsultasjoner, - slik at konsultasjonene strekker seg ut over behovet for ordinær ”kontroll”. Innenfor psykiatriske tjenester er dette sannsynligvis forklaringen på at mer enn 92% av konsultasjonene er rubrisert som kontroller.

Produksjonsmål i den polikliniske virksomheten

Elisabeth Bratland Johansen viser til at Psykiatrisk klinikk HNT har som produksjonsmål at andel nyhenviste skal være 10% av den samlede polikliniske virksomheten. Dette er et kvalitetsmål som går ut over nasjonale mål, og ligger under ”Kvalitets- og HMS-mål” på intranettet, og kommer til uttrykk under helseforetakets styringsparametre.

Elisabeth Bratland Johansen viser også til at Psykiatrisk klinikk har satt produksjonsmål for den enkelte medarbeider:

- ansatte i allmenpoliklinikker har 500 konsultasjoner pr. år som måltall
- ansatte i spesialpoliklinikker og ansatte som har mye utadrettet virksomhet har 250 konsultasjoner pr. år som måltall

Disse måltallene benyttes som grunnlag for budsjettarbeidet i poliklinikkvirksomheten, og rapporteres under helseforetakets styringsparametre. Rapporteringen skjer på enhetsnivå, men aktuelle ledere har tilgang på rapporter som viser status for den enkelte ansatte. Denne kunnskapen benyttes av noen ledere i medarbeidersamtalen, mens andre ledere har egne møter med ansatte m.h.t. produksjonsmålene.

Konklusjon: Gruppen vurderer ordningen med innføring av polikliniske produksjonsmål interessant, og ser det som naturlig å anbefale at dette innføres som prinsipp i de enkelte kliniske virksomheter, hvor målene fastsettes etter faglige drøftinger/anbefalinger mellom likeartede virksomheter. Anbefalingene følges opp med beslutninger, rapportering og evaluering som også tar hensyn til etterspørsel, ventetider og eventuelle fristbrudd.

Sammenligning mellom likeartede virksomheter

Det vil være naturlig å sammenlikne virksomhetsdata og følge opp større avvik i *andel kontroller* mellom polikliniske tjenester ved sammenlignbare enheter innenfor helseforetaket, evt. også med grunnlag i forskjeller regionalt eller nasjonalt. Eksempelvis kan det vises til forskjeller i HNT for enkelte somatiske tjenester året 2008 (året 2009 i parentes)

<u>Spesialitet</u>	<u>SHL</u>	<u>SHN</u>
Kir. pol.	61,3% (62,7%)	74,1% (68,1%)
Ort. pol.	40,8% (43,3%)	62,2% (51,8%)
Med. pol (felles)	70,1% (68,2%)	79,0% (74,7%)
Gyn/Føde	59,2% (46,4%)	53,7% (56,4%)

Det er innlysende at et stort omfang av kontrollpasienter *kan* medføre begrenset kapasitet og uhensiktsmessige ventetider for nyhenviste pasienter. På samme måte som for innleggelser og bruk av liggedøgn er det derfor naturlig å vurdere hvordan virksomhetene utnytter den polikliniske kapasiteten.

Ortopedi

I notat av 14/9-09 er dette belyst ved et regneeksempel: det er vist at dersom ortopedisk poliklinikk SHN reduserer andel kontroller til 40%, ville det ha vært mulig å øke andel nyhenviste pr. måned med ca. 76, og en årseffekt på 918 nyhenvisninger.

I følge oversikt over ortopedisk kveldspoliklinikk ved SHN 2008 hadde denne virksomheten i løpet av året 405 pasienter. Teoretisk kunne dermed denne virksomheten vært fanget opp på dagtid ved en slik endring i kontrollvolumet.

Kirurgi

På samme måte ville en reduksjon i andel kirurgiske kontroller ved SHN til 60% frigjort kapasitet for ca. 40 nyhenviste pr. måned, og gitt en årseffekt på 480 pasienter.

I oversikt over kveldspoliklinikken hadde kirurgisk avd. ved SHN i 2008 i alt 369 pasienter. Teoretisk kunne disse vært avvirket på dagtid, ved en slik endring av kontrollvolumet.

Indremedisin

Med.avd. SHL kunne ved en reduksjon av kontrollvolumet til 60% frigjort kapasitet til å avvikle ca. 1 000 flere nyhenvisninger pr. år. I 2008 hadde avdelingen i alt 981 pasienter i kveldspoliklinikk. Teoretisk kunne disse ha vært fanget opp på dagtid.

På samme grunnlag kunne Med. avd. SHN frigjort kapasitet til å avvikle ca. 890 flere nyhenvisninger på dagtid. Virksomheten hadde i 2008 210 pasienter på kveldspoliklinikk, og dette volumet kunne teoretisk ha vært fanget opp på dagtid.

I notat av 16/9-09 til arbeidsgruppen anfører Hans Hallan at kveldspoliklinikk har vært nødvendig med Medisinsk avdeling SHL, primært for å holde kontroll med ventelistesituasjonen. Dette gjelder særlig innenfor gastroenterologi og hjertemedisin. Han viser til at avlønning av arbeidet skjer ved takstbruk etter "gammelt system" fra 2005. Dette er kvalitets-sikret opp mot dagens ISF. Avlønningen skal sikre at 35% av inntekten alltid tilfaller sykehuset.

***Kommentar:** foranstående betraktninger er regneeksempler som må tas med flere forbehold. Eksempelvis er reduksjonen i antall kontroller regnet som likeverdig med et tilsvarende økt potensiale for å avvikle nyhenviste pasienter. Normalt vil selv sagt slike konsultasjoner kreve lengre tid enn kontroller. En økning av andelen nyhenvisninger vil være mer arbeidskrevende for den enkelte lege, og de fleste poliklinikker vil foretrekke å organisere virksomheten som en kombinasjon av nyhenviste og kontrollpasienter. Det er likevel ingen tvil om at kontrollvirksomhet i en del tilfelle har et omfang som begrenser kapasitet og øker ventetiden for nyhenviste pasienter.*

Det er uklart hvilke økonomiske effekter en slik omlegging vil ha, - innenfor flere fag genererer kontrollvirksomheten betydelige inntekter for helseforetaket. Det kan ikke utelukkes at tidkrevende utredning av nyhenviste kan vise seg å gi lavere inntjening. Det vil derfor være ønskelig å foreta en økonomisk analyse av de økonomiske effektene ved en slik reduksjon av kontrollaktiviteten.

Snittvekter for polikliniske konsultasjoner: I notat datert 16/9-09 opplyser Sveinung Aune at det i nytt ISF-system vil være mulig i en del tilfelle å benytte en "ekstra takst" ved full utredning, slik at dette kan gi høyere refusjon for nyhenvisninger. I notatet påpekes svært ulike snittvekter for rene polikliniske konsultasjoner i 2009 innenfor de ulike fag:

kirurgi	0,54
ortopedi	0,39
medisin	1,02
pediatri	1,11
gynekologi	0,67
føde/barsel	0,78
rehabilitering	1,46
hab. Barn	1,26
akuttmed.	0,51

ønh	0,75
øye	0,27

Kommentar: Innenfor de ulike spesialitetene er etterspørselen av tjenester forskjellig. Det er ikke gitt at det innenfor alle områder er tilstrekkelig etterspørsel til å øke andel nybenviste pasienter i poliklinikkene. En omlegging må derfor vurderes opp mot etterspørsel og ventetider for spesialiteten.

Det er heller ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan organiseringen av poliklinikkvirksomheten sikrer utnyttelse av behandlingsskapasiteten. Fra flere avdelinger er det bl.a. i tidligere drøftinger av temaet påpekt at de store somatiske enhetene har utilstrekkelig kapasitet for å dekke polikliniske henvisninger som ø.hj. Virkningene av dette kommer bl.a. til uttrykk ved at en del av den polikliniske aktiviteten blir dekket av turnuskandidater og leger under utdanning, uten at kvaliteten i tjenesten er tilstrekkelig sikret gjennom supervisjon og veiledning. Det vises også til uttalelse fra avd. spl. i Akuttmottaket SHL (pkt. 6.7, side 16) som påpeker at vakthavende leges tilsynsfunksjon i Obs.-posten kunne ha vært bedre ivaretatt, slik at man kunne ha unngått innleggelser).

7.2. "Ikke møtt"

Fagområde	SHL		SHN		HNT	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
BUPP			12	0	12	0
HABB	8	0	6	7	14	7
PSYK	2 939	1 281	979	564	3 918	1 846
REHAB	243	92	0	33	243	125
GYN	216	101	94	42	210	143
KIR	396	185	419	182	715	367
MED	536	278	206	100	743	378
NEV			49	18	49	18
PED	241	106	125	49	366	154
ØNH			36	20	36	20
ØYE			187	93	187	93
FØDE			11	3	11	3
SUM	4 579	2 043	2 124	1 111	6 703	3 154

For å oppnå en god utnyttelse av poliklinikk-kapasiteten er det viktig at det ikke oppstår uforutsette avbrudd, slik at personellet ikke får utnyttet sin tid. I løpet av året vil det eksempelvis kunne oppstå situasjoner hvor pasienter uteblir fra timeavtale uten at dette er varslet, slik at det blir mulig å innkalle andre pasienter. Det synes å være en økende bevissthet om å sikre større forutsigbarhet i poliklinikkvirksomheten, ved at antall pasienter som ikke møtte til planlagt poliklinisk time er redusert fra 6 704 konsultasjonsavtaler i 2008 til 3 145 avtaler hittil i år. Fordelingen på sykehus og fagområder framgår av tabellen ovenfor. Problemet er størst innenfor psykiatriske tjenester. Rutiner for påminnelse eller avklaring av fram møte ved telefonisk kontakt med pasienten er delvis etablert. Det er uklart hvor stort forbedringspotensialet er.

Konklusjon: Grappa anbefaler at det innføres og vedlikeholdes gode rutiner for varsling/påminnelse som sikrer at antall tapte konsultasjonstimer ved at pasienten ikke møter, blir redusert til et minimum. **(Tiltak som vil ha effekt på kort sikt)**

7.3 Kveldspoliklinikk

Det er innhentet opplysninger om poliklinisk aktivitet etter kl. 1600 ved begge sykehus. For 2008 omfattet denne virksomheten totalt 4 287 elektive konsultasjoner, herav 2 457 ved SHL og 1 830 ved SHN. Nivået i 2009 er tilnærmet uendret. Dersom virksomheten fordeles klinikkvis får en følgende oversikt:

Klinikk	SHL	SHN
Kir. klinikk	14 (0,3%)	1060 (24,7%)
Med. klinikk	981 (22,9%)	210 (4,9%)
BFK		187 (4,4%)
Rehab.		535 (12,5%)
Psykiatrisk		1 300 (30,3%)
Sum HNT		4287 (100%)

Ut fra denne oversikten er det Psykiatrisk klinikk som har høyest aktivitet på kveldstid. Denne virksomheten omfatter gruppeterapeutisk behandling og er *integrert i tjenesteplanene* for involvert personell. Innenfor somatikken er de klinikkene som har høyest aktivitet Kir. klinikk SHN og Med. klinikk SHL.

Elisabeth Bratland Johansen opplyser at klinikkens ledelse generelt oppfordrer ansatte til å tilby ansatte timeavtaler utenfor arbeidstid, dersom dette er et sterkt ønske/behov fra pasienten. I 2008 hadde klinikken flere gruppetilbud på kveldstid. Pr. i dag er det fleste gruppetilbudene på dagtid. Dersom det er gruppetilbud på kveldstid, avspaserer de ansatte denne tiden. Ved SHN er det i dag poliklinikktilbud på ettermiddag knyttet til utredning i forbindelse med fedmebehandling, dekket av psykolog som får overtidsbetaling. Dette tilbudet er lagt utenfor arbeidstid, fordi dette oppfattes som en ”tilleggstjeneste” som ikke er tilstrekkelig avklart. Det er et ønske at denne tjenesten kunne ha vært tatt inn som en del av det totale tilbudet om fedmebehandling i HNT, og at det var avsatt en stillingsressurs til dette.

Hun opplyser også at noen overleger tilbyr polikliniske samtaler på ettermiddag/kveld når vedkommende har vakt.

Kommentar: Gruppen har ikke kunnskap om i hvor stor grad utført aktivitet fører til ekstra utbetaling av lønn, og det er heller ikke klarlagt om utført aktivitet på kveldstid er en følge av kapasitetsproblemer, organisatoriske utfordringer eller ”innarbeidet praksis”. Det er heller ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan man sikrer korrekt takstbruk på kveldstid, eller hvilke inntekter denne virksomheten genererer til helseforetaket.

Konklusjon: Gruppen viser til de ordninger som praktiseres ved Psykiatrisk klinikk, og vil anbefale at det foretas en vurdering av muligheten for å vurdere muligheten for lignende organisering ved somatiske enheter ut over vanlig dagtid for personell som går i vaktberedskap. **(Tiltak med mulig effekt på kort sikt)**

7.4 Organisering av poliklinikker: kontroller, ukedager og klokkeslett

Notat datert 14/9-09 viser at det er store variasjoner i den polikliniske virksomheten i HNT gjennom uka. For enkelte virksomheter er det særlig lav virksomhet på mandag eller fredag.

- *Psykiatrisk klinikk* har jevn produksjon mandag-torsdag, men en noe lavere aktivitet på fredag
- Innen *kirurgi* viser den relative fordeling av aktiviteten et sammenfallende mønster for SHL og SHN, hvor aktiviteten er høyest mandag/tirsdag, og deretter faller gjennom uka

- Innen *ortopedi* er den relative aktiviteten høyest mandag, tirsdag og onsdag, men vesentlig lavere torsdag og fredag ved begge sykehus
- Innen *medisin* er aktiviteten høyest tirsdag og onsdag, - lavere på mandag og torsdag, og lavest på fredag
- Tilsvarende finner vi store variasjoner innen de øvrige tjenesteområdene

På samme måte som det er stor variasjon innenfor uka, er det også i et eget notat datert 14/9 dokumentert stor variasjon innenfor den enkelte ukedag i tidsrommet 0800-1600. Generelt er den relative aktiviteten lav i tidsrommet 0800 – 0900 og perioden 1100-1200. Aktiviteten avtar også sterkt etter kl. 1400.

- For de kirurgiske og ortopediske poliklinikkene er den relative fordeling av aktiviteten tilnærmet lik gjennom dagen: 13-18% kl. 0900, ca. 20% kl. 1000, 10-12% kl. 1100, ca. 15% i tidsrommet 1200-1300, for så å falle til < 5% kl. 1500
- For de indremedisinske poliklinikkene er virksomheten ved Med. avd. SHN særlig lav (ca. 10%) fra kl. 0800 til kl. 1300. Aktiviteten stiger da bratt til > 30%, men faller deretter nesten til 0 kl. 1500
- Innen Voksenpsykiatri stiger aktiviteten bratt i perioden 0800-1000, faller deretter i tidsrommet 1000-1100, - er kl. 1200 på ny oppe i 20%, men faller til 10% kl. 1400 og ca. 5% kl. 1500

Tilsvarende finner vi liknende variasjoner på andre fagområder.

Planlegging og styring?

Poliklinisk virksomhet er i stor grad en planlagt virksomhet. God organisering og styring av slik virksomhet bør bidra til

- god kapasitetsutnyttelse/optimalisering av bemanning
- fornøyde brukere
- balanse mellom behov (etterspørsel) og aktivitet
- forutsigbare økonomiske konsekvenser ved virksomheten
- akseptable ventetider og fravær av fristbrudd

I sykehus er ofte den polikliniske virksomheten bare en av flere aktiviteter for personellet. Poliklinisk virksomhet skal innpasses i forhold til andre oppgaver, for eksempel operasjonsvirksomhet, avdelingsarbeid, øyeblikkelig hjelp-situasjoner, administrative oppgaver, opplæring/undervisning og veiledning m.v. Som en følge av dette blir poliklinikkvirksomheten ofte uheldig påvirket og forstyrret av de øvrige oppgavene, i tillegg til at det i flere virksomheter ikke settes produktivitets- eller effektivitetsmål for virksomheten, men i stor grad overlates til den enkelte aktør å bestemme omfang og innhold i virksomheten.

Kommentar: Elisabeth Bratland Johansen viser til at det innenfor Psykiatrisk klinikk er etablert en organisering med leger som har sin hovedfunksjon knyttet til poliklinikkvirksomheten, og reiser spørsmål om en slik organisering kan være hensiktsmessig innenfor de større somatiske poliklinikkene. Gruppen ser dette som en mulighet til å skape større forutsigbarhet og bedre kontinuitet i poliklinikkene, i tillegg til en mulighet for å håndtere henvisninger som ø. hj. uten innleggelse.

Balanse mellom tilbud og etterspørsel?

En naturlig tilnærming for å planlegge slik virksomhet at organiseringen tar utgangspunkt i etterspørselen av prioriterte oppgaver (herunder balansen mellom nyhenvisninger og kontroller), slik at man kan holde en stabil ”ordresreserve” med forsvarlig gjennomsnittlig ventetid.

Utnyttelse av tilgjengelig kapasitet?

Det er også viktig å sørge for at virksomheten er planlagt slik at den er forutsigbar. Dette oppnåes ved at virksomheten i minst mulig grad blir forstyrret av andre oppgaver, og at tilgjengelig personell får arbeide konsentrert med oppgaven, - på faste dager i uka og til faste tider. Det er vesentlig å tilstrebe at organiseringen sikrer balanse mellom støttepersonell og nøkkelpersonell.

Standarder for kapasitetsutnyttelse?

Rapport vedr. Aktivitets- og kapasitetsanalyse i sykehusområder for Helse Sør-Øst (SINTEF, Mai 2008) definerer standard for aktivitet og åpningstider i poliklinikker til to alternativer: ”Høy utnyttelse” og ”Lav utnyttelse” med følgende beskrivelse:

”Høy utnyttelse”

10 timer pr. dag
240 dager pr. år
45 minutter pr. pasient

”Lav utnyttelse”

6 timer pr. dag
230 dager pr. år
45 min. pr. pas.

Rapporten påpeker at antall minutter pr. konsultasjon vil variere avhengig av spesialitet og andel kontroller i virksomheten. 45 minutter er i mange henseende lang tid, men vil være normalt innenfor pediatri, geriatri, nevrologi og delvis indremedisin. En tilnærming til de enkelte fagområdene kan være sammenligning mellom likeartede virksomheter ved flere helseforetak.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at det foretas

- en vurdering av muligheten for å organisere tjenestene i de store somatiske avdelingene (medisin, kirurgi, ortopedi) slik at det utpekes leger med hovedfunksjon knyttet til den polikliniske virksomheten
- en gjennomgang av områder hvor det vil være mulig å overføre kontrolloppgaver til primærhelsetjenesten, basert på nødvendig veiledning og tilbakemeldingsrutiner som dokumenterer resultater av iverksatt behandling
- en gjennomgang av områder hvor kontrolloppgaver evt. kan overføres til andre yrkesgrupper enn leger (spesielt kronisk syke eldre)
- en kartlegging av hvordan supervisjon av turnusleger og nytilsatte leger under utdanning blir gjennomført, for å sikre at poliklinikkvirksomheten gjennomføres på forsvarlig måte
- en gjennomgang av de økonomiske aspektene ved ordningen med kveldspoliklinikk
- en gjennomgang av organisering og bemanningsoppsett ved de enkelte poliklinikkene, med henblikk på å klargjøre mulighetene for
 - tidligere oppstart av dagsprogram
 - utjevning av produksjonen gjennom dagen
 - utjevning av produksjonen gjennom uka
 - en vurdering av balansen mellom etterspørsel og aktivitet
 - en evaluering av ”produktivitet” på avdelings- og individnivå i forhold til satte mål, særlig innenfor tjenesteområder med lange ventetider eller fristbrudd

(Tiltak som vil kunne gi effekt på kort sikt)

8. Virksomhet og ventelister. Fristbrudd

Ventelister og ventetider er sammensatte problemkompleks som kan oppfattes og forstås på flere måter:

- ventelister kan uttrykke etterspørsel og behov for spesialisttjenester, som en ”ordre-reserve”
- ventetider kan uttrykke balansen mellom etterspørsel og tilbud, - et slags kapasitetsmål
- ventelister omfatter nyhenvisninger, og sier derfor ikke noe om volumet av kontrollvirksomhet eller øyeblikkelig hjelp. Lange ventetider kan være en følge av hvordan vi klarer å styre etterspørselen
- ventelister og fristbrudd kan være et uttrykk for en etterspørsel som er større enn kapasiteten, - men kan også være et resultat av en liberal prioriteringspraksis, evt. manglende kunnskap om, eller mangelfull praktisering av regelverket, evt. uhensiktsmessig organisering av virksomheten

Oftest er ventelister og ventetider et resultat av alle disse faktorene. En pasient blir ”ordinært avviklet” ved at en planlagt undersøkelse og evt. tilhørende behandling ytes. Alternativt blir pasienter ”ikke ordinært avviklet” dersom det ikke lenger er behov for tjenesten, ved at pasienten f. eks. er blitt frisk, evt. har mottatt tjeneste et annet sted o.s.v. Det er flere mål for ventesituasjonen, eksempelvis

- antall ventende (dager, > 120 dager etc.)
- antall ventende med ”rett til prioritert helsehjelp”
- ventetid for ventende
- ventetid for pas. med ”rett til prioritert helsehjelp”
- ventetid for ”ordinært avviklede”
- antall pasienter med ”fristbrudd” i forhold til ”rett til prioritert helsehjelp”

Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter ansees å være det mest pålitelige målet for ventetid, men erfaringsmessig varierer ventetiden gjennom året, bl.a. som følge av nedsatt aktivitet/produktivitet i høytider og ferier.

Pr. juli 2009 var gjennomsnittlige ventetider for avviklede pasienter i 2009 slik:

<u>Fagområde</u>	<u>SHL</u>	<u>SHN</u>
Psykiatri	64 dager	74 dager
BUP	85	68
Rus	60	64
Kirurgi (generell)	60	86
” (gastro)	63	71
” (kar)	77	97
” (ortopedi)	107	102
” (urologi)	66	91
Indremed (generell)	23	37
” (endokrinologi)	51	96
” (fordøyelsessykd.)	29	48
” (hjertesykd.)	44	93
” (lungesykd.)	108	54
Revmatiske sykd.	40	31
Kvinnesykd./fødselshjelp	49	90

Barnesykd.	59	63
Fys.med./Rehab.	71	28
Nevrologi	15	75
Geriatri	215	67
ØNH	?	59
Øye	?	93
Gjennomsnitt somatiske tjenester	68	86

Kommentar: det foreligger ingen fastsatte øvre mål på nasjonalt nivå for gjennomsnittlige ventetider. Helse Midt-Norge har som sin målsetting at ingen pasienter skal behøve å vente mer enn 1 år, og det skal ikke forekomme fristbrudd. Gjennomsnittsnivået i 2009 ligger for SHL omtrent på samme nivå som i 2005, da fokuseringen av ventetider resulterte i en betydelig reduksjon av gjennomsnittlig ventetid. SHN har vesentlig høyere gjennomsnittlige ventetider på flere tjenestetilbud, uten at årsaken til dette er tilstrekkelig klarlagt. Prinsipielt bør det være slik at befolkningen i Nord-Trøndelag får likeverdige tjenester uavhengig av bosted, - også i forhold til ventetid. For å kunne fremme forslag til tiltak må det foretas en gjennomgang av organisering, innhold i tjenesten og produktivitet på de ulike tjenesteområdene (konsultasjoner pr. individ og disponible årsverk fordelt på kontroller og nyhenviste, prioriteringspraksis, ventetid til innleggelse m.v.).

Tilpasning av kapasitet i forhold til etterspørsel av tjenester

Aud Marit Vongraven viser til at det innenfor enkelte klinikker kan være store forskjeller i ressursdisponering sett i forhold til etterspørsel av tjenester. Dette gjelder bl.a. disponering av operasjonsstuekapasitet sett i sammenheng med ventetider og fristbrudd for ulike typer tjenester. Dersom det eksempelvis oppstår fristbrudd som følge av manglende kapasitet, foreligger alternative tilnæringer:

- å omdisponere ressurser mellom interne enheter i klinikken/sykehuset
- å omdisponere ressurser eller endre oppgavedelingen mellom samarbeidende sykehus
- å bistå pasienten for å kunne tilby behandling ved andre institusjoner

Ansvaret for å foreta slike avveininger tilligger klinikkledelsen, eventuelt foretaksledelsen. Det er viktig at begge disse ansvarsnivåene fortløpende vurderer ressursdisponeringen i forhold til etterspørsel og ventelistesituasjonen i de enkelte tjenestetilbudene.

Fristbrudd

Begrepet fristbrudd er avgrenset til nyhenviste pasienter som har krav på individuell behandlingsfrist (IBF), med grunnlag i ”rett til prioritert helsehjelp”. Ordningen med IBF ble innført i Midt-Norge allerede i september 2003, og ble gjort gjeldende nasjonalt fra 1. september 2004. Det grunnleggende prinsippet er kravet til forsvarlighet og oppfatningen at pasienter som ut fra bestemte kriterier skal prioriteres blir tildelt en slik rettighet, - de skal altså prioriteres foran pasienter som har mindre alvorlige konsekvenser ved å vente. Tildeling av ”rett til prioritert helsehjelp” innebærer en juridisk forpliktelse til å innfri en fastsatt dato (IBF) for *når behandling senest skal være iverksatt*. For pasienten er dette dermed en udiskutabel rettighet, som helsepersonell ikke kan overse. Ordningen er beskrevet i et veldefinert regelverk som forutsettes å være kjent av alle med lederansvar i helseforetakene.

Fristbrudd skal normalt ikke oppstå, ved at den behandler som vurderer henvisningen skal avveie egen kapasitet opp mot den behandlingsfrist som blir satt. Dersom konklusjonen er at man ikke kan oppfylle fristen, skal pasienten ikke settes på venteliste, men informeres om utfallet av vurderingen og gies bistand til viderehenvisning til en annen instans som har kapasitet til å yte helsehjelpen. Dersom det er uklart hvor slik hjelp kan ytes, er det mulig i samråd med pasienten å oversende henvisningen til Enhet for pasientformidling. Informasjon om dette ligger i helseforetakets rutiner, slik det er beskrevet i tilknytning til brevrutiner i EQS.

Dersom det av uforutsette grunner viser seg at man vil ha vansker med å overholde IBF, skal pasienten informeres om dette, og tilbys bistand på samme måte som nevnt i det foregående. Dersom pasienten evt. avslår slik bistand, beskriver regelverket hvordan denne pasienten blir unntatt fra registreringen av fristbrudd i PAS-systemet. Ordningen forutsetter at merkantilt personell som administrerer ventelistene er kjent med regelverket.

Den enkelte virksomhet har i følge regelverket et selvstendig ansvar for regelmessig å kontrollere ventelistene og sørge for rydding, slik at pasienter som står i fare for å bli påført fristbrudd får informasjon og bistand, og for å kontakte pasienter som har lang ventetid med spørsmål om det fortsatt er aktuelt å vente. Ryddingen innbefatter også at pasienter som av ulike grunner ikke lenger har behov for behandling, blir strøket.

HNT har i 2009 på ny tatt i bruk en ordning med utsending av ”ryddelister” for ventende for å fange opp pasienter som har risiko for fristbrudd. Listene skal distribueres til de enkelte avdelingsledere som har ansvaret for rydding. Arbeid med slik rydding startet i mai 2009, og antall fristbrudd er etter dette redusert fra 655 i mars til 314 pr. august 2009. Pr. Det er altså fortsatt et uakseptabelt høyt antall pasienter som har **fristbrudd i HNT i 2009. Pr. juli 2009 tilsvarte andel fristbrudd mer enn 6% av ventende pasienter, og ca. 13% av pasienter som har vært behandlet i perioden.** Hovedtyngden av fristbrudd er knyttet til de somatiske enhetene i Levanger og Namsos, men det er også et økende antall fristbrudd innenfor voksenpsykiatrien. Pr. august 2009 var situasjonen som beskrevet i etterfølgende tabell

Fagområde	SHL	SHN	HNT
Kir	44	14	58
Med	30	44	74
Pediatri	18	10	28
Øye	0	73	73
Nevro	0	43	43
Rehab	4	2	6
Psyk.	16	9	25
Andre	1	6	7
Sum	113	201	314

***Kommentar 5/10-09:** Sammenlignet med august 2009 er antall fristbrudd ved utgangen av september 2009 øket med 143, slik at det i alt er registrert 457 pasienter med fristbrudd.*

Konklusjon: Gruppen anbefaler at retningslinjene for ventelisteføring, prioritering og rydding i ventelister innskjerpes i alle kliniske enheter, og at det tas initiativ til en oppdatering av kunnskapen både på avdelingsledernivå og i de merkantile tjenestene, - herunder også opplæring i bruken av PAS-systemet. Dette vil være en vedlikeholdsoppgave. På lengre sikt forventes at etableringen av egne inntakskontor vil bidra til å sikre at tjenesten blir bemannet med personell som kjenner regelverket og bruken av PAS. **(Tiltak som vil ha effekt på kort sikt).**

9. Operasjonsstuekapasitet

Operasjonsstuer er kostbare både i investering og drift. Det er fra ulike hold satt fokus på hvordan sykehusene organiserer sin virksomhet og utnytter personellressursene. Som ledd i dette er det fra Riksrevisjonen gjennomført vurderinger av tilgjengelighet til, og bruken av operasjonsstuer, kfr. rapport i **Dokument nr. 3:4 (2004-2005)**. Denne bygger på datagrunnlag fra Norsk anesthesiologisk forenings register, som omfatter ca. 113 000 operasjoner i 2002 ved 17 av 68 sykehus. Disse sykehusene stod samlet for ca. 1/3 av det totale antall pasientopphold innen somatiske sykehustjenester dette året. Rapporten har mange interessante aspekter, bl.a.:

- Det ble gjennomsnittlig utført 2 operasjoner pr. operasjonsstue i løpet av ordinær arbeidsdag ved de aktuelle sykehusene i 2002
- Det var betydelig variasjon i antall inngrep pr. dag mellom likeartede sykehus: ved det store sykehuset med flest inngrep ble det foretatt 2,6 inngrep pr. operasjonsstue, mens det ved det store sykehuset med færrest operasjoner var 1,4 inngrep pr. operasjonsstue
- Operasjonsstuene stod gjennomsnittlig ubenyttet i 72 av årets 250 arbeidsdager i 2002, tilsvarende en kapasitetsutnyttelse på litt over 70% av tilgjengelige arbeidsdager. Det ble registrert store variasjoner mellom sykehusene
- 84% av alle inngrep foregikk i tidsrommet mellom 0800 og 1600, og inngrep knyttet til ø.hj. ble kun i svært liten grad utført i ordinær arbeidstid på hverdager: 91% av alle inngrep i dette tidsrommet var planlagte, - bare 2% var inngrep som ø.hj., mens de resterende var inngrep som måtte gjennomføres innen 24 timer
- Flest operasjoner startes opp mellom kl. 0900 og 1000. Andel inngrep som ble startet før kl. 0900 var < 40% ved de fleste sykehusene. Bare ved 2 av 17 sykehus ble det iverksatt flere inngrep før kl. 0900 enn etter dette tidspunktet
- Bemanningsoppsettet for operasjonsstuene viste store variasjoner i antall operasjonssykepleierårsverk pr. kirurgårsverk: det var dobbelt så mange operasjonssykepleiere ved det sykehuset som hadde flest operasjonssykepleiere pr. kirurg, sammenlignet med det sykehuset som hadde færrest
- I materialet inngikk 4 sykehus i Midt-Norge: Volda, Molde, Ålesund og Namdal. Antall operasjoner mellom kl. 0800 og 1600 pr. operasjonsstue ved disse sykehusene var 1,4 i Ålesund, 1,7 i Namsos, 1,8 i Molde og 2,1 i Volda, mens gjennomsnittet for samtlige sykehus i undersøkelsen var 1,9
- Mens gjennomsnittstallet for antall dager operasjonsstuene ikke var i bruk ble beregnet til 72, var antallet dager ved SHN 91, bare Haugesund lå høyere med 95
- SHN hadde gjennomsnittlig 86 minutter mellom operasjonene (målt ved ”knivtid”), dette var ved siden av Haugesund lavest blant alle de 17 sykehusene, og gjennomsnittstallet var 99 minutter

***Kommentarer:** rapporten fra Riksrevisjonen ligger noe tilbake i tid, men gir en nyttig referanse dersom man ønsker å evaluere nå-situasjonen. Rapporten anviser også mulige måleparametre i forhold til spørsmålet om utnyttelse av operasjonsstuekapasitet, og den peker på viktige faktorer som kan forklare ulikheter i kapasitetsutnyttelse og effektivitet.*

Aktivitets- og kapasitetsanalyse i Helse Sør-Øst (SINTEF Helse mai 2008)

Denne rapporten anviser standarder for kapasitetsutnyttelse i forhold til ulike ressursområder, herunder operasjonsstuer, og anviser *standard for driftstid operasjonsrom* i to alternativ:

Lav utnyttelse:

230 dager
6 timer
180 min. pr. pasient

Høy utnyttelse:

240 dager
10 timer
120 min. pr. pasient

Anbefalt nettoareal pr. operasjonsrom for 5 helseforetak varierer fra 90 til 120 m². For RRHF anbefales 95% av operasjonene utført på dagtid, for Lovisenberg 100% og øvrige sykehus i Helse Sør-Øst 85%.

9.1 Kriterier for vurdering av operasjonsstuekapasitet og framtidig dimensjonering av kapasitet – HNT

Aktiviteten ved operasjonsstuene er bygd på en utarbeidet aktivitetsplan og årsplan for anestesileger, kirurger, ortopeder, gynekologer og spesialsykepleiere. Aktivitets- og årsplanene er helt samkjørt.

I notat datert 17/9-09 har Frode Myrland sammenstilt opplysninger innhentet fra Kirurgisk klinikk SHL v. Aud Marit Vongraven og Kirurgisk klinikk SHN v. Wenche Bogen Thun. Det vises til detaljer i eget vedlegg.

Start operasjonsstueaktivitet

- Ved SHL starter alltid ett operasjonsteam kl. 0745 og ett kl. 0815
- Årsplan er utarbeidet slik at 2 anestesisykepleiere og 4 operasjonssykepleiere begynner dagen kl. 0730. Disse går direkte inn på operasjonsstuene for å forberede mottak av pasientene som kjøres opp fra avdeling kl. 0745 og 0815
- Etter at forberedelsene er kvalitetssikret avholdes et kort møte med avd.spl., som har deltatt i morgenmøte med kirurgene, hvor evt. endringer i operasjonsprogrammet blir avtalt (for eksempel ø.hj.-operasjoner)
- Ordinær oppstart for inngrepene er 0810 for gynekologi og 0815 for kirurgi og ortopedi
- Disse rutinene gjelder alle ukedager, med unntak av torsdager, da det foregår undervisning fra morgenen til kl. 0915
- På fredager håndteres kun ø.hj.

Operasjonsteam

SHL:

- Mandag t.o.m. onsdag: 6 operasjonsteam
- Torsdag 4 ”
- Fredag 2 ”

SHN:

- Mandag t.o.m. fredag: 4 operasjonsteam
- Fredag 2 ”

På kveld, natt og i helger er det 1 operasjonsteam ved begge sykehus.

Ved SHN er det egen operasjonsavdeling for **ØNH-avd.** i 3. etasje med 2 operasjonsstuer. Disse er i bruk mandag, tirsdag og onsdag, med 1 team som alternerer mellom stuene.

Ved SHN er det egen operasjonsavdeling for **Øyeavd.** i 4. etasje med 2 operasjonsstuer. Disse er i bruk f.o.m. mandag t.o.m. torsdag/fredag, bemannet med 2 team mandag, 1 team tirsdag, 1-2 team onsdag og 1 team torsdag/fredag.

Antall inngrep pr. operasjonsstue pr. døgn

Notatet beskriver *gjennomsnittlig antall operasjoner pr. stue*, fordelt på hverdager i 2008 i en tabellarisk oversikt for SHL og SHN i 2008. Som grunnlag for beregningen er det benyttet to alternativ:

	hverdager 08-17/250 dager	hverdager 08/17-230 dager
SHL	1,57	1,71

SHN	2,16	2,35
HNT	1,75	1,90

Antall dager operasjonsstueene ikke var i bruk i 2008

Det er tatt utgangspunkt i 250 arbeidsdager pr. år, og registrerte operasjoner mellom kl. 0800 og 1700:

	Dager i bruk	Dager ikke i bruk	Utnyttelsesgrad
SHL	179	71	71%
SHN	193	57	77%
HNT	183	67	73%

Denne tabellen sier intet om antall utførte operasjoner pr. stue. Det er betydelig variasjon m.h.t. hvor mange dager den enkelte operasjonsstue står ubenyttet.

Utnyttelse av operasjonsstuetid i 2008

Det er i denne sammenheng sett på utnyttelsesgraden av hver operasjonsstue på hverdager mellom kl. 0800 og 1600 i 2008. Det er ikke tatt hensyn til rengjøring, rydding eller klargjøring til neste pasient.

	Op.stue benyttet
SHL	50%
SHN	46%

Ved SHL varierer utnyttelsesgraden fra 9% til 50%, ved SHN fra 31% til 64%.

Kommentarer: registreringen viser at operasjonsstueene i helseforetaket gjennomsnittlig står **ubenyttet** i 67 av årets 250 arbeidsdager i tidsrommet 0800-1700. Dette gir en gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse på 73% av tilgjengelige arbeidsdager.

Sett i forhold til **antall operasjoner pr. stue pr. dag** har SHN gjennomsnittlig 2,16 operasjoner pr. dag, mens SHL har 1,57.

Det er stor variasjon i **utnyttelsen av operasjonsstuetid** (pasient inne på stua), men en variasjon fra 9% til 50% av disponibel tid (tidsrommet 0800 – 1600), med variasjon fra 9% til 50% ved SHL, mens tilsvarende tall ved SHN viser variasjon fra 31% til 64%.

Konklusjon: Ut fra statistikk for 2008 trekker gruppen følgende konklusjoner:

- Det er overkapasitet av antall operasjonsstuer i HNT, spesielt ved SHL
- Det anbefales å fastsette mål for utnyttelsesgrad av den enkelte stue, og en oppfølging av dette målet i enhetenes styringskort
- Det anbefales å fastsette mål for hvor mange operasjoner som skal gjennomføres pr. operasjonsstue, med oppfølging av dette målet i enhetens styringskort

9.2 Tidsbruk i operasjonsforeløpet ("stuetid")

Et operasjonsforløp gjennomgår flere trinn, hvor pasienten hele tiden oppholder seg i operasjonsstua: den preoperative fasen, den kirurgiske fasen, den postoperative fasen

	Gj.sn. preop. tid	Gj.sn. kir.tid	Gj.sn. postop. tid	Sum stuetid
SHL:	37	46	12	94
Gyn.	26	33	11	67
Kir.gastro	39	60	15	115
Kir. generell	32	39	13	83
Kir. urologi	30	31	10	72
Ortopedi	44	53	13	110
SHN:	49	55	12	116
Gyn.	29	31	9	70
Kir. gastro	53	72	15	139
Kir. generell	43	59	13	115
Kir. urologi	43	44	11	99
Ortopedi	61	63	12	136
HNT	41	49	12	102

***Kommentar:** Tabellen viser at pasientene er inne på operasjonsstua gjennomsnittlig i 102 minutter. Det er en variasjon mellom ulike fagområder, og det er variasjon mellom sykehusene, ved at SHN har en lengre gjennomsnittlig preoperativ tid og kirurgitid enn SHL.*

Konklusjon:

- Gruppen anbefaler at det foretas en detaljert gjennomgang av tidsbruk på likeartede operasjoner ved de to sykehusene, og at erfaringer ved dette legges til grunn for en standardisering av de ulike trinn i operasjonsstuevirksomheten
- Gruppen anbefaler at det gjennomføres ytterligere arbeid for å kartlegge, forbedre og standardisere aktivitetene mellom de enkelte operasjoner

(Tiltak på kort sikt)

9.3 Operasjoner etter hastegrad, døgnfordeling og oppstart

9.3.1 Operasjoner etter hastegrad

Fordelingen mellom planlagte (elektive) operasjoner og inngrep som gjennomføres med større eller mindre grader av hast (øyeblikkelig hjelp) varierer. Det er en vanlig erfaring at kapasitetsutnyttelse og pasientflyt fungerer best ved en høy andel elektive inngrep. Operasjonsvirksomheten er fordelt på

- Hverdager mellom 0800 – 1659
- Hverdager på kveld, natt og helg med 3 ulike hastegrader

	Hverdager 0800-1659	hverdager 1700-0759	Helg
SHL			
Elektiv	77,7%	3,8%	16,9%
Innen 6 timer	21,5%	96,1%	81,9%
Innen 24 timer	0,3%	0,5%	0,0%

Innen 72 timer	0,5%	0,5%	1,2%
SHN			
Elektiv	87,6%	17,5%	11,8%
Innen 6 timer	11,5%	78,9%	81,8%
Innen 24 timer	0,2%	0,6%	0,5%
Innen 72 timer	0,7%	3,0%	5,9%

Kommentar: For Helse Nord-Trøndelag som helhet er 64% av operasjonene elektive. For SHL og SHN er den elektive andelen hhv. 60% og 73%. Bildet endrer seg dersom vi vurderer fordelingen på hele døgnet. I den ordinære arbeidstiden på hverdager øker den elektive andelen, mens antall inngrep som haster blir redusert. På lørdager og søndager, samt i vakttid på hverdager ligger andel inngrep som haster på 80% eller høyere.

Andel inngrep med hastegrad "Innen 24 timer" og "Innen 72 timer" er påfallende lav, nesten alle er kategorisert med hastegrad "Innen 6 timer". Dersom prioriteringen er feil, vil dette bidra til å skape tidspress og strykninger.

Det er forskjell mellom sykehusene:

- SHL har en svært lav andel elektive inngrep etter kl. 1700, mens Namsos ligger på 20%
- SHL har gjennomsnittlig 3 operasjoner med hastegrad "Innen 6 timer" som starter på hverdager mellom kl. 0800 og 1659, mens Namsos i gjennomsnitt har 1 operasjon pr. dag

9.3.2 Døgnfordeling operasjoner

En fordeling av den relative andelen operasjoner etter oppstartstid på hverdager målt ved "knivtid", viser at

- flest operasjoner starter i tidsrommet 0900-1000
- antall operasjoner som startes opp reduseres betydelig f.o.m. kl. 1500
- i tidsrommet 0800-1559 igangsettes 85% av alle operasjoner ved SHN og 80% av alle operasjoner ved SHL
- i tidsrommet 0800-0959 igangsettes 26% av alle operasjoner ved SHN, mens tilsv. ved SHL er 23%
- mens SHN relativt sett har flere operasjoner i perioden 0800-1159 enn SHL, er forholdet omvendt for inngrep med oppstart i tidsrommet 1200-1459
- fordelingen er ulik dersom tallene brytes ned på dagkirurgi og innlagte

Oppstart av operasjoner i tidsrommet 0800 – 0959

Det foreligger en registrering på sykehus og fagområder viser at andel operasjoner, målt ved knivtid med oppstart mellom 0800-0859 og 0900-0959 av totalt antall operasjoner innenfor tidsintervallet 0800-0959. Denne registreringen viser at det ved SHL er 42% av inngrepene som igangsettes mellom kl. 0800 og 0859, mens tilsvarende tall ved SHN er 44%.

Ved en sortering mellom dagkirurgi og operasjoner for inneliggende pasienter framgår det at dagkirurgiske inngrep i det aktuelle tidsintervallet har en overvekt av operasjoner som starter mellom 0800 og 0859, mens det motsatte er tilfelle for inneliggende pasienter.

Ved en sammenligning mellom fagområdene finner man at SHN gjennomgående har tidligere oppstart av operasjoner enn SHL, med unntak av ortopediske operasjoner.

Konklusjon:

- gruppen anbefaler at kategorisering av hastegrad "Innen 6 timer" gjennomgås. Denne kategorien ligger høyt sett i forhold til andelen av operasjoner med lavere hastegrader. Det vises i denne sammenheng også til Riksrevisjonens rapport, hvor det bl.a. er påpekt

at 91% av operasjonene som ble utført i tidsrommet 0800-1700 var planlagte, og at "bare 2% var øyeblikkelig hjelp, mens de resterende var inngrep som måtte utføres innen 24 timer"

- dersom gruppens vurdering er korrekt, vil en overføring av operasjoner til lavere hastegrad gi bedre mulighet for planlegging, og dermed en reduksjon av antall strykninger
- gruppen anbefaler at man forsterker arbeidet med å øke andelen operasjoner som starter før kl. 0900, og at det innføres som et kvalitetsmål som systematisk følges opp

9.4 Optimalisering av antall operasjonsstuer

Dimensjonering av operasjonsstuekapasitet handler om en avveining av, og koordinering mellom

- antall stuer sett i forhold til etterspørsel av tjenester (fag, elektiv og ikke planlagt virksomhet)
- antall operasjonsstue-team
- støttefunksjonen fra Akuttmedisinsk avdeling
- disponible tidsressurser (oppstart, avslutning)
- logistiske utfordringer
- utnyttelsesgrad av den enkelte operasjonsstue

Et forsøk på å beregne kapasitetsbehovet ut fra dagens aktivitet, og med ulike alternativ for kapasitetsutnyttelse (Alt. I: 8 t 5dager, Alt II 8 t. 4dager, Alt. III 10 t. 3 d) gjengitt i nedenstående tabell:

	Grunndata			Faktisk mot beregnet behov			
	Ant. op. 2008	Ant. op. dagtid	Gj.sn. tid pr. op. inkl. etterarb.	Antall eff. op.stuer 2008	Alt.I 8t 5d	Alt.II 8t 4d	Alt. III 10t 3d
SHL	4 940	80%	2,07	9	5,0	6,0	6,0
SHN	2 774	86%	2,44	4	3,0	4,0	4,0

Konklusjon: Det beregnede behovet for operasjonsstuer ved nåværende aktivitetsnivå indikerer at HNT har en overkapasitet av operasjonsstuer, spesielt ved SHL.

Med 8 timers drift 4 dager pr. uke vil en klare å avvikle operasjonsprogrammet med hhv. 6 stuer ved SHL og 4 stuer ved SHN. Dette innebærer følgende endring:

	Antall stuer i dag	Anbefaling	Endring
SHL	9+1	6+1	-3
SHN	4+1	4+1	0

Ved SHL vil en reduksjon av antall operasjonsstuer kunne gi følgende effekter:

unngå re-investering i kostbart operasjonsstueutstyr som fases ut
 reduserte leiekostnader for areal, dersom dette avhendes
 omdisponering av frigjort areal internt i operasjonsavdelingen

- Gruppen anbefaler at antall operasjonsstuer ved SHL reduseres i henhold til forslaget
- Gruppen anbefaler også at man initierer et arbeid for å vurdere om "for- og etterarbeid knyttet til dagkirurgi ved SHL" kan flyttes fra 1. til 5. etasje ved omdisponering av de frigjorte operasjonsstuene. Dette vil motvirke uhensiktsmessig forflytning og tidsbruk i forhold til både pasienter og eget personell

(Tiltak som kan gi virkning på kort sikt)

10. Støttetjenester

For at de helsefaglige tjenestene skal bli effektivt utnyttet, er det viktig at organiseringen er hensiktsmessig innrettet mot "kjerneoppgavene". Dette forutsetter at virksomheten etablerer og

oppretholder støttetjenester som er avpasset i forhold til de helsefaglige oppgavene. Det kreves at organiseringen av støttetjenestene ikke blir vurdert isolert fra kjernefunksjonen, men sees som en viktig forutsetning for at kapasiteten skal bli godt utnyttet.

10.1 Ikke-medisinske støttefunksjoner

Det vises til eget notat av 23/9-09 fra Frode Myrland.

Ikke-medisinske støttefunksjoner er servicefunksjoner for de kliniske enhetene i HNT. Nivået på disse tjenestene må avgjøres sammen med kjernevirksomheten og være tilpasset deres behov innenfor gjeldende rammer.

Funksjonene i Serviceklinikken er i varierende grad avhengig av den aktiviteten som foregår i kjernevirksomheten. Enkelte av tjenestene i Serviceklinikken har en direkte sammenheng, mens andre tjenester i større grad er gitt ut fra den funksjonen helseforetaket innehar.

10.1.1 Eiendomsavdelingen

Skal forvalte, drifte, vedlikeholde og utvikle et areal på ca. 100 000 kvm. I tillegg yter avdelingen brukerservice innen renhold og typiske vaktmestertjenester.

Av notatet framgår at arealbruk fordelt på de ulike klinikkene viser betydelig variasjon i utnyttelse vurdert både mellom sammenlignbare fagområder og mellom klinikker. BUP ligger særlig lavt i arealutnyttelse, sett både i forhold til areal pr. brutto månedsverk, pr. liggedøgn og pr. utskrevne pasienter. Dersom tallene brytes ned, har BUP SHN dårligere arealutnyttelse enn BUP SHL.

Konklusjon:

- Gruppen anbefaler at det foretas en gjennomgang av all arealbruk i HNT med tanke på arealeffektivisering
- Gruppen anbefaler at det innføres standarder i forhold til arealutnyttelse og relativ bruk av arealer, for eksempel administrativt areal som andel av klinisk areal
- Gruppen anbefaler at det foretas en kritisk gjennomgang av hvilken renholdsfrekvens man benytter på de forskjellige arealtypene

(Tiltak på kort sikt)

10.1.2 Medisinsk teknisk avdeling

Kapasitetsbehovet er bestemt av nivået av medisinsk teknisk utstyr i helseforetaket, og behovet for en døgnkontinuerlig vaktberedskap. Kapasitetsbehovet kan påvirkes ved ytterligere kjøp av tjenester, for eksempel ved at leverandører dekker fullserviceavtaler. Uansett vil kapasitetsbehovet være tilnærmet likt, samtidig som det kan være forskjell m.h.t. hvilken instans som utfører oppgaven.

Service og reparasjoner som utføres av personell i MTA internbelastes i forhold til faktisk bruk. Alle service- og delekostnader viderefaktureres.

10.1.3 Kjøkkenavdelingen

Denne enheten leverer pasientmat, mat til møtevirksomhet og ivaretar kantinedrift.

Levering av pasientmat er direkte knyttet opp mot den aktiviteten som foregår i kjernevirksomheten. Endringer i denne virksomheten vil ha umiddelbare konsekvenser for kapasiteten i kjøkkenavdelingen, for eksempel ved at

- Raskere utskrivning av pasienter vil føre til redusert etterspørsel av måltider, dersom pasienten reiser tidlig på dagen

- Reduksjon i liggedøgn ved bedre samhandling med kommunene vil føre til redusert etterspørsel av måltider

Kjøkkenavdelingen har utarbeidet en veileder for bemanningsoptimalisering. Denne angir hva kapasitetsbehovet er ved gitt aktivitet/produksjon.

Mat til møtevirksomhet er også styrt av aktiviteten i de ulike enheter og vil kunne påvirkes direkte ved endring i aktiviteten.

Kantinedriften i hovedkantinene ved de to sykehusene gir et positivt økonomisk bidrag til virksomheten i HNT. Kantinen ved Psykiatrisk avd. i SHL går derimot med et betydelig underskudd.

Alle tjenester fra kjøkkendriften internbelastes i forhold til faktisk forbruk.

Konklusjon:

- Det anbefales at prinsippene i veilederen for bemanningsoptimalisering etter produksjon vurderes benyttet i annen virksomhet i HNT
- Gruppen anbefaler at det foretas en vurdering av behovet for å opprettholde to kantiner ved SHL

10.1.4 Forsyningsavdelingen i HNT

Denne avdelingen yter tjenester innen innkjøp, lagerfunksjon, sengesentral, og portørvirksomhet ved SHN.

Innkjøp: kapasitetsbehovet påvirkes i liten grad av aktivitetsendringer i kjernevirksomheten. Det er igangsatt en utredning av ny organisering av innkjøpsområdet i HMN. Gruppen vurderer derfor ikke denne funksjonen videre.

Lager: kapasitetsbehovet påvirkes i liten grad av aktivitetsendringer i kjernevirksomheten. Lagerfunksjonen er planlagt overført til St. Olavs Hospital ultimo 2010, og gruppen vurderer derfor ikke denne funksjonen videre.

Sengesentral SHL – SHN: kapasitetsbehovet påvirkes direkte ved aktiviteten i sengeavdelinger i helseforetaket. Endringer i sengeavdelingene vil derfor gi direkte overslag, men effekten vil være knyttet til kapasitetsmessige terskler, og derfor opptre ”sprangvis”.

Portørtjeneste SHN: kapasitetsbehovet påvirkes i noen grad av kjernevirksomheten. Det påpekes at portørtjenesten ved de to sykehusene er forskjellig i innhold.

Konklusjon:

- Det anbefales å foreta en gjennomgang av den totale portørfunksjonen i HNT, både i forhold til organisering og innhold

10.1.5. Servicesenteret

Denne enheten yter flere tjenester: lederstøtte/avdelingsstøtte, tjeneste fra postsekretærer, skrive-tjeneste, bestillinger/timeavtaler, tjenester innenfor post/arkiv/scanning/journalarkiv, ekspedisjonstjenester, fellesfunksjoner (sentralbord, KSS, resepsjon), kontroll og veiledning på koding.

Lederstøtte/avdelingsstøtte: det vurderes at denne tjenesten er ujevnt fordelt mellom ledere, avdelinger og klinikker. Leveranse og nivå for alle enheter må gjennomgås og standardiseres.

Postsekretærer: som for foregående punkt

Skrivetjeneste: kapasitetsvurderinger er foretatt i talegjennkjenningsprosjektet, og gruppen vurderer ikke denne tjenesten videre.

Bestillinger/timeavtaler: som for foregående punkt

Post, arkiv, scanning og journalarkiv: disse tjenestene dekkes av post- og arkivprosjektet. Scanning av pasientdokumentasjon og utlån av journaler er direkte knyttet opp mot kjernevirksomheten. Det er gjennomført et eget forbedringsprosjekt for å tilpasse kapasiteten til etterspørselen, og å kvalitetssikre etterspørselen. Kapasitetsbehovet er fortløpende under overvåking.

Pasientekspedisjoner: kapasitetsbehovet er direkte styrt av aktiviteten i poliklinikken. For hovedekspedisjonen ved SHL ble det i løpet av våren/forsommeren 2009 gjennomført et forbedringsprosjekt med sikte på tilpasning av kapasitet til etterspørsel, bl.a. som følge av den store variasjonen i aktiviteten gjennom dagen og uka. Det bør fortsatt være et mål å redusere variasjoner i poliklinikkvirksomheten (fluktuasjoner, av- og ombestillinger etc.) for å oppnå effektiviseringsgevinster.

Fellesfunksjoner: sentralbord, KSS, resepsjon. Kapasitetsbehovet er gitt av kravet til service.

Koderådgivning DRG: denne funksjonen kvalitetssikrer og påvirker inntektsgrunnlaget for de kliniske enhetene, men ivaretas i dag av personell som har blandete funksjoner. Oppgavene med kvalitetskontroll og veiledning av kodepraksis kan derfor komme i konflikt med andre oppgaver. Det er usikkert om kapasiteten i virkeligheten er tilpasset behovet. Tjenesten bør derfor gjennomgås, rendyrkes og standardiseres, og det bør vurderes om tjenesten organisatorisk skal høre inn under Servicesenteret eller være direkte innordnet i klinikkene.

Konklusjon:

- Det anbefales at leveranse og nivå innenfor lederstøtte, avdelingsstøtte og postsekretærfunksjon til de enkelte enheter gjennomgås og standardiseres
- Det anbefales at tjenestene innenfor koderådgivning gjennomgås, rendyrkes og standardiseres, og at den organisatoriske plassering vurderes

10.1.6 Erfaringer med ikke-medisinske servicefunksjoner fra klinikknivå

I et notat fra William Lysgård/Grethe Venæs Kveli til gruppen beskrives samspillet mellom en medisinsk sengepost og de støttetjenester pleiepersonalet i posten er avhengig av. Notatet gir en detaljert beskrivelse av endring i arbeidsoppgaver for pleiepersonalet etter at assistentene på sengepost fra 2004 organisatorisk ble tilknyttet **renholdsavdelingen**. Dette har ført til at pleiepersonalet i posten utfører arbeidsoppgaver som samlet tilsvarer 15,45 timer pr. uke, d.v.s. 0,45 årsverk. Iberegnet ferie innebærer dette at pleiepersonalet ved de to medisinske sengepostene bruker 1 årsverk på oppgaver som ikke krever pleiefaglig kompetanse.

Notatet viser til at Serviceklinikken har gjennomført endringer for å tilpasse seg stramme budsjettammer med den følge at oppgaver som må ivaretas, blir skjøvet over på personalet i sengepostene. Dette har eksempelvis vært tilfelle i forhold til

- kontortjenesten, ved sykdom/fravær av postsekretær
- kjøkkentjenesten, ved at personalet i forbindelse med kveldsmåltidet må smøre rundstykker/brødsriver til pasienter som ikke kan hente selv
- portørtjenesten, som har sluttet å ta hånd om tomme pappesker, dersom de ikke blir brettet flate
- sentralvaskeriet, som har sluttet å sortere og brette tøy, slik at personalet på sengepost må ivareta denne oppgaven for å holde orden på tøylageret

***Kommentar:** notatet beskriver en utvikling hvor økonomiske tilpasninger innenfor områder av støttetjenesten får direkte overslag til personale som skal ivareta pleiefaglige oppgaver.*

Konklusjon: Gruppen anbefaler at det foretas en kartlegging av hvordan de kliniske enheter vurderer mulige forbedringstiltak i organiseringen av ikke-medisinske støttefunksjoner i HNT.

10.2 Medisinske støttefunksjoner

I notat av 22/9-09 fra Frode Myrland er det framhevet at organiseringen og kapasiteten i de medisinske støttefunksjonene er viktige for tidlig diagnostikk, igangsetting og vurdering av behandling, samt utskrivning. Det må unngås at disse støttefunksjonene blir flaskehals i pasientforløpet. Både røntgen- og laboratorietjenestene har også betydelig aktivitet utad mot primærhelsetjenesten.

10.2.1 Røntgenavdelingene i HNT

Målsettingen er at inneliggende pasienter skal utredes samme dag som de er henvist, og at øyeblikkelig hjelp blir håndtert løpende innenfor døgnet. Elektive pasienter skal prioriteres i forhold til kravet om forsvarlighet og innen den kapasitet avdelingen har. Radiologkapasiteten er en utfordring ved begge sykehus, spesielt ved SHL, og gjelder spesielt oppdekking av vakter. Ved mangel løses dette ved innleie fra vikarfirma. Manglende kapasitet for enkeltbeskrivelser løses gjennom teleradiologisk avtale basert på stykkpris.

SHL

- Døgnkontinuerlig vaktberedskap for radiografer og radiologer. Radiologene har passiv vaktberedskap på natt
- I tillegg til det ordinære dagprogrammet 5 dager/uke kjøres elektive undersøkelser på MR 3 kvelder pr. uke, og på CT 2 kvelder pr. uke (fram til kl. 2200). Fra 1/1-09 ble virksomheten utvidet tilsvarende en total kapasitetsøkning på 25,5 timer pr. uke ut over den kapasiteten som mellomvaktene hadde. Dette gir 1000 flere MR-undersøkelser og 800 flere CT-undersøkelser. Omleggingen er gjort innenfor eksisterende bemanning og til ordinær avlønning

SHN

- Døgnkontinuerlig vaktberedskap for radiografer og radiologer. Radiologene har passiv vaktberedskap på natt
- I tillegg til det ordinære dagprogrammet 5 dager pr. uke kjøres elektive undersøkelser på MR 5 kvelder pr. uke. Dette er innarbeidet i ordinær turnus og ordinær avlønning

Ventetider

Målsettingen er at ventetiden ikke skal overstige 3 uker. Pr. august 2009 var situasjonen:

	SHL	SHN
MR	4,0	3,5
CT	4,0	3,5
UL	12,0	3,5
RTG	3,0	3,5

Kommentar: Ventetiden på ultralyd ved SHL er en utfordring, og har sammenheng med at denne type undersøkelser er radiologavhengig. Det er igangsatt et samarbeid mellom avdelingene i HNT slik at SHN skal kunne ta flere pasienter fra nord-delen av inntaksområdet for SHL. I tillegg vil det primo oktober bli igangsatt prosessforbedringsarbeid for denne modaliteten, med siktemål å redusere ventetiden.

Forholdet til private røntgeninstitutt

To private institutt i Trondheim utfører årlig nesten 6 000 undersøkelser av pasienter hjemmehørende i Nord-Trøndelag. Ca. 50% av disse er MR-undersøkelser. Dette er trolig uttrykk for at primærlegene oppfatter vår kapasitet som for lav, - eller at det er etablert et rekvireringsmønster som følge av tidligere negative erfaringer blant fastlegene. En analyse fra september 2009 har gjennom kartlegging av forbruksmønsteret vurdert hva som kreves av utvidet kapasitet for å ”ta tilbake” disse undersøkelsene. Konklusjonen er at HNT i løpet av 2010 har mulighet for å ta tilbake

- ca. 50% av de undersøkelsene som nå utføres ved private institutter, tilsvarende alle de MR- og CT-undersøkelser som ble foretatt på pasienter bosatt på strekningen Frosta/Åsen – Steinkjer
- 50% av konvensjonelle røntgenundersøkelser foretatt på pasienter fra Stjørdalsregionen

Dersom dette skal være mulig kreves en økt kapasitet på bildeopptak tilsvarende

- 22 timer/uke på MR
- 7 timer/uke på CT
- 7 timer/uke på røntgen ved DMS Stjørdal

En slik kapasitetsutvidelse kan gjennomføres ved endret turnus til ordinær avlønning, mens det økte behovet for beskrivelse dekkes gjennom teleradiologi.

Konsekvenser av en slik ordning vil være

- Reduserte kostnader for HMN knyttet til billeddiagnostiske tjenester
- Reduserte kostnader til pasienttransport
- Bedret utnyttelsesgrad av særlig kostbart billeddiagnostisk utstyr i HNT
- Reduserte utfordringer (plunder og heft) knyttet til mottak av bilder fra private institutter (på CD) når pasienter i neste omgang skal inn til HNT for behandling

Utnyttelse av personell i beredskap

Medio september 2009 ble det igangsatt et arbeid for å vurdere bruk av personell (bildeopptak) til elektivt program, primært CT. Denne vurderingen er ikke ferdigstilt.

10.2.2 Avdeling for laboratoriemedisin

Avdelingen gir tjenester innenfor medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi og transfusjonsmedisin. Aktiviteten fordeler seg slik:

	MBLE	MBNA	Mikrobiologi
Inneliggende	24%	37%	40%

Intern poliklinikk	18%	16%	7%
Primærhelsetjeneste	58%	47%	53%

Medisinsk mikrobiologi må som minimum være bemannet for å dekke døgnkontinuerlig turnus for å ivareta

- Analyse av prøver på innlagte pasienter
- Øyeblikkelig hjelp gjennom døgnet

Ved å motta og analysere prøver fra primærhelsetjenesten på dagtid i tillegg til egen aktivitet, oppnår en å utnytte utstyret og personellressursene.

Organisering/vaktberedskap:

Medisinsk biokjemi SHL/SHN: seksjonene har døgnkontinuerlig aktiv vaktberedskap

Mikrobiologi: geografisk lokalisering til SHL. Aktiv beredskap på dagtid i helg og helligdager.

Personell fra Med. biokjemi dekker enkelte hastefunksjoner på kveld og natt.

Blodbank: Personell fra med. biokjemi betjener Blodbanken på kveld, natt og i helger. Personell på Blodbanken har døgnkontinuerlig bakvakt for disse.

Flaskehalsproblematikk

For å sikre tidlig diagnostikk, igangsetting og vurdering av behandling, samt vurdering av utskrivning (forutsetning for utskrivning) er de kliniske avdelingene avhengige av rask responstid fra avdelingen.

For *medisinsk biokjemi* ved begge sykehus er det satt som kvalitetsmål at 90% av de rekvirerte prøvene til morgenrunden skal være ferdigstilt til kl. 0930, og at øyeblikkelig hjelp på poliklinikk skal være ferdigstilt innen 60 minutter fra bestillingstidspunktet. Målinger foretatt høsten 2008 og våren 2009 viste at dette ikke var tilfelle.

For å forbedre svartiden og imøtekomme behovet i de kliniske virksomhetene ble det igangsatt et prosessforbedringsprosjekt basert på "lean-metodikk". Målinger foretatt i etterkant av dette viser at man nå har en svartid som ivaretar kvalitetsmålene. For å dokumentere at effekten vedvarer vil det bli foretatt nye målinger høsten 2009.

Tilsvarende forbedringsprosjekt på "lean-metodikk" er gjennomført på blodbankene i HNT og ved Mikrobiologisk laboratorium. Begge ble avsluttet primo september 2009.

Forholdet til private laboratorier

Avdelingen ivaretar prøvevolumet fra alle legekontorene i Nord-Trøndelag med få unntak (2-3). Det høye antall legekantor som benytter våre tjenester er en indikasjon på at vi har tilstrekkelig kapasitet til å yte en god service.

Internfakturering

Dette prinsippet er innført for å bevisstgjøre rekvirenter i forhold til etterspørsel og kostnader ved analyser og undersøkelser.

11. Vurdering av produktivitets- og effektivitetskrav som skal forventes

11.1 Produktivitetsmål for sengeavdelingene

Masteroppgraden fra HIST vedr. "Anvendelse av dekomponerte produktivitetsmål i helseforetak"

beskriver en målemetode for produktivitet i pleieaktiviteten ved de kirurgiske sengepostene i Namsos og Levanger. Det er vurdert å benytte mål for output i form av *pleiepoeng, forventede liggedøgn ut fra pasientsammensetning, eller DRG-poeng*. Det er konkludert at DRG-poeng vil være det beste oppnåelige output-målet for produktiviteten, selv om dette også kan være forbundet med svakheter. Masteroppgaven gjengir på side 42 en tabell som viser antall årsverk, mulige liggedøgn, faktisk utnyttede liggedøgn og DRG-poeng for årene 2007 og 2008. Av denne oppstillingen framgår bl.a. at

- det er ortopedisk sengepost S04 ved SHL og Kir. post H3 ved SHN som har det høyeste antall pleieårsverk, og begge disse enhetene økte antalø årsværk fra 2007 til 2008
- alle sengepostene økte mulige liggedøgn fra 2007 til 2008, sterkest ved de kirurgiske postene K1 og K3 SHL
- faktisk utnyttede liggedøgn gikk ned fra 2007 til 2008 ved SHL, men ved SHN økte antall faktisk utnyttede liggedøgn for begge enheter
- det er de ortopediske enhetene som produserer flest DRG-poeng. Ved SHL var det en nedgang fra 2007 til 2008 (fra 2 615 til 2 532), men ved SHN var det en økning (fra 1 496 til 1 638)

Produktivitetmålet for pleieaktiviteten er antall DRG-poeng pr. pleieårsverk. Dette viser stor variasjon for de ulike sengepostene. Ortopedisk sengepost S04 ved SHL hadde høyest produktivitet, mens Kir.sengepost H3 ved SHN hadde lavest produktivitet. De ortopediske sengepostene har vesentlig høyere produktivitet enn de kirurgiske. *Tallene gir likevel ingen informasjon om årsaken til disse forskjellene.*

Dimensjoneringen kan uttrykkes som forholdet mellom mulige liggedøgn og antall årsverk i pleiegruppen. *Rapporten påpeker at det vil være vanskelig å fastslå hva som er "bra" eller "dårlig" dimensjonering hvis det ikke foreligger en standard for ulike typer sengeposter.* Også i denne beregningen kommer det til uttrykk variasjon i dimensjonering. Kirurgisk sengepost H3 ved SHN har lavest antall mulige liggedøgn pr. årsverk pleie både i 2007 og 2008

Kapasitetsutnyttelsen uttrykkes som forholdet mellom faktisk utnyttede liggedøgn og mulige liggedøgn. Ved SHN var kapasitetsutnyttelsen stabil eller lett økende fra 2007 til 2008, mens kapasitetsutnyttelsen viste større variasjon og fallende tendens fra 2007 til 2008.

Kostnadsdriverens produktivitet uttrykker hvor mange DRG-poeng som er produsert per faktisk utnyttet liggedøgn. *Også på dette området mangler en standard for hva som er "godt" eller "dårlig" resultat.* Her ligger de ortopediske sengepostene høyere enn de kirurgiske, og kirurgisk sengepost K1 ved SHL ligger høyere enn sengepost K3 SHL og H3 SHN. H3 var den eneste sengeposten som ikke økte sin produksjon av DRG-poeng per faktisk utnyttet liggedøgn fra 2007 til 2008.

Kommentarer: *I masteroppgaven framheves nødvendigheten av å utforme mål og standarder dersom et produktivitetsmål skal benyttes i økonomistyringen. Dette gjelder de ulike komponentene i den beskrevne modellen. Det er stor forskjell mellom fag, men det er også forskjeller innad i fagene. Data som skal inngå i et produktivitetsmål skal være tilgjengelige, gyldige og objektive. DRG-poeng oppfyller kravet om tilgjengelighet og objektivitet, men har noe dårlig gyldighet. Det finnes imidlertid ikke like gode alternativer.*

I framstillingen pekes det på viktigheten av å balansere et ensidig fokus på produksjon av DRG-poeng med en vurdering av mer påvirkbare faktorer som bemanning og kapasitetsutnyttelse. Det vises til en tabellarisk framstilling av kriterier for pleieaktivitet ved sengepostene, se masteroppgaven side 71.

Anbefaling: gruppen tilrår at det utvikles standardiserte mål for de ulike fagområdene og de ulike komponentene som er beskrevet som grunnlag for dimensjonering, produktivitet og kapasitetut-

nyttelse innenfor den beskrevne masteroppgaven. Gruppen anbefaler at dette anvendes systematisk i den periodiske rapportering og evaluering av virksomhetene.

11.2 Produktivitetsmål for operasjonsavdelingene

I masteroppgaven fra HIST vedr. ”Anvendelse av dekomponerte produktivitetsmål i helseforetak” inngår en analyse av data fra operasjonsavdelingene i HNT. I dokumentet, side 52 – 57 er gjengitt en vurdering av tilgjengelige data, som er oppstilt i følgende tabell:

	Antall årsverk		Mulig ant. timer		Faktisk utnyttet ant. timer stuetid		Ant. operasjoner og undersøkelser	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
SHL	27,5	28,1	14 155	14 746	5 756	7 729	4 580	4 925
SHN	19,8	20,3	11 848	12 312	3 749	5 368	2 274	2 774

Kommentar: Tabellen viser at SHL har flere årsverk, flere mulige timer stuetid, flere faktisk utnyttede timer i operasjonsstuene og flere operasjoner. Alle tall viser en økning fra 2007 til 2008. SHL økte med 0,6 årsverk fra 2007 til 2008, mens SHN økte med ca. 0,5. Ved begge sykehus økte antall operasjoner og undersøkelser fra 2007 til 2008 (undersøkelsene omfattet mellom 2% og 2,5% av det totale antallet).

Ved dekomponering av produktivitetsmålet til

- mulige antall timer stuetid pr. pleieårsverk
- faktisk antall timer stuetid utnyttet pr. årsverk
- faktisk antall timer utnyttet stuetid i forhold til mulige antall timer stuetid
- antall operasjoner i løpet av den faktisk utnyttede stuetiden

viser det seg at Operasjonsavd. ved SHL var mer produktiv enn i SHN både i 2007 og 2008. Begge sykehusene hadde en økt produktivitet fra 2007 til 2008, og økningen ved SHN var sterkere (18,8%) enn ved SHL (5,2%). Disse funnene forklarer ikke hva som kan være årsaken til forskjellen i produktivitet.

Dimensjoneringen, målt som mulig antall timer stuetid i forhold til antall årsverk pleie viste at Operasjonsavd. ved SHN både i 2007 og 2008 var beregnet å skulle håndtere flere stuetimer pr. årsverk enn i SHL

Kapasitetsutnyttelsen, målt som faktisk utnyttede stuetimer sett i forhold til mulig antall stuetimer, viste at kapasitetsutnyttelsen økte fra 2007 til 2008 med 28,9% (fra 0,41 til 0,52) ved SHL og med 37, 8% (fra 0,32 til 0,44) ved SHN.

Kostnadsdriverens produktivitet, målt som antall utførte operasjoner sett i forhold til faktisk antall utnyttede stuetimer viste en reduksjon fra 2007 til 2008 på 19,9% (fra 0,80 til 0,64) ved SHL og 14,8% (fra 0,61 til 0,52) ved SHN. Dette sier at produksjonen av operasjoner pr. faktisk utnyttet time ved SHL er en del høyere i SHL enn i SHN. For 2008 betyr dette eksempelvis at SHL produserer 0,12 flere operasjoner pr. faktisk forbrukt time enn SHN. Dette har med forskjellen i preoperativ tid og knivtid mellom de to virksomhetene.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at det arbeides videre innenfor de kirurgiske klinikker med standardisering av produktivets- og effektivitetsmål ut fra de prinsipper som er skissert i det foregående, og at dette benyttes i den interne rapportering og sammenligning av aktiviteter ved operasjonsavdelingene.

11.3 Produktivitetsmål i poliklinikkene

De polikliniske virksomhetene i spesialisthelsetjenesten har i følge SAMDATA hatt en vekst på 86% på landsbasis i perioden 1998-2006, tilsvarende en årlig vekst på 7-8%. Denne veksten er i betydelig grad utløst i DPS-ene. Gruppepoliklinikk og ambulante konsultasjoner inngår i tallgrunnlaget (Analyse for Helse Sør-Øst). Det er fra flere hold påpekt store områdevis variasjoner, beregnet som konsultasjoner pr. 1000 innbyggere. Virksomhet blant avtalespesialister er mangelfullt dokumentert. Det er en stor utfordring å utjevne forskjeller for å sikre likeverdighet i tjenestetilbudet.

I aktivitets- og kapasitetsanalysen for Helse Sør-Øst er det vist til at **antall behandlere** for landet som helhet tilsvarer 6,3 årsverk pr. 10 000 innbyggere, og at gjennomsnittet for Helse Sør-Øst ligger på 6,4 med en variasjon fra 4,5 (Østfold) til 10,5 (Telemark). Nasjonal strategiplan for psykisk helsevern for voksne anbefaler en vridning av ressursinnsatsen fra en 60/40-fordeling mellom sykehusavdelinger og DPS til ca. 50/50. Basert på en slik målsetting må for eksempel Helse Sør-Øst omdisponere 1017 årsverk fra sykehusavdelinger til DPS .

Produktivitet i poliklinikkene vil i stor grad være bestemmende for kapasiteten. Måltallet for Helse Sør-Øst er p.t. 2 konsultasjoner pr. behandler pr. dag. Avhengig av antall poliklinikkdager i løpet av året betyr dette fra 420 til 480 konsultasjoner pr. år (planleggingsforutsetninger Nye Ahus). Måltallene må trolig differensieres innenfor de ulike spesialitetene. *Dette vil være en utfordring, ikke bare for det lokale helseforetaket, men like mye på regionalt eller nasjonalt nivå.*

Økonomiske resultater av poliklinikkvirksomheten vil vise store variasjoner, avhengig av fagområde, takstbruk, organisering, forholdet mellom nyhenviste/kontroller og behovet for hjelpepersonell. En grundigere kartlegging av gjennomsnittlige kostnader og inntekter pr. konsultasjon og sammenligning av likeartede tjenester bør danne grunnlag for virksomhetsplanlegging og evaluering. Ventelistesituasjon og fristbrudd må trekkes inn i evalueringen.

Konklusjon: Gruppen anbefaler at det innenfor de enkelte hovedspesialiteter utformes produktivitetsmål for poliklinikkene. Som planforutsetning settes 240 poliklinikkdager pr. år, og minst 40% av virksomheten skal omfatte nyhenviste pasienter eller pasienter i behandlingsløp som krever spesialistkompetanse. Det anbefales videre at poliklinikkvirksomheten omfatter en økonomisk analyse av gjennomsnittlige kostnader og inntekter pr. konsultasjon.

12. Kvalitetsaspektet

Det bør være innlysende at god kvalitet i alle ledd er en forutsetning for god ressursutnyttelse, - og at kvalitetssvikt/uønskede hendelser/avvikshendelser fører til tilleggskostnader og lavere effektivitet i sykehusene.

Gruppen har ut fra den tidsramme som er gitt ikke hatt mulighet for å gå nærmere inn på dette området, men finner det hensiktsmessig å peke på erfaringer fra Ahus, hvor det gjennom et systematisk arbeid med analyse av pasientjournaler har vært mulig å avdekke et større antall uønskede hendelser enn hva man til vanlig fanger opp gjennom avviksmeldesystemet. Dette gir et verdifullt grunnlag for læring og kvalitetsforbedrende tiltak.

Ahus rapporterer at 19% av pasientene ble rammet av ”uønskede hendelser” i 2007. Et år senere var antall uønskede hendelser redusert til 15%. Pasientsikkerhetssjef Helge Svaar påpeker at slike hendelser gjennomsnittlig gir 6-7 ekstra liggedøgn for pasienten. Ved å redusere risiko for slike hendelser vil også forbruket av liggedøgn bli redusert. I tillegg til at pasientene får en kvalitativt bedre tjeneste, oppnår også sykehuset reduserte kostnader, evt. økt behandlingsskapasitet. Ahus kategoriserer uønskede hendelser slik:

- kategori A: de uunngåelige – komplikasjoner/skader som oppstår selv om behandlingen er korrekt utført
- kategori B: feil som oppstår p.g.a. menneskelig svikt
- kategori C: hendelser med påvirkbar risiko – som for eksempel at en kirurg utfører for få inngrep av en bestemt type og dermed får for liten øvelse
- kategori D: de påvirkbare feilene – for eksempel sykehusinfeksjoner

Pasientsikkerhetssjefen påpeker nødvendigheten av et systematisk arbeid, bl.a. med registrering og føring av statistikk som kan dokumentere hvordan forbedringstiltak virker inn.

Konklusjon: gruppen anbefaler at det innføres en systematisk kartlegging av uønskede hendelser i form av journalanalyse etter Global Trigger Tool-metoden, og oppfølging ut fra tilsvarende prinsipper som ved Ahus.

13. Sannsynlige utviklingstrekk på kort og lang sikt

En framskriving av utviklingen etter de aktivitetsdata som er kjent pr. september 2009 tilsier en fortsatt betydelig økning i forbruk av spesialisthelsetjenester.

Det kortsiktige perspektivet strekker seg fram mot 2015. Det må påregnes at samhandlingsreformen, med vekt på omfordeling av oppgaver mellom nivåene og sterkere innsats på forebyggende strategier, læring og mestring, vil innebære at *veksten i etterspørsel av tjenester vil bli bremsset*. Kartlegging og dokumentasjon av årsaker til forskjeller i den kommunevise etterspørsel av sykehustjenester, kombinert med alderskorrigerte normtall for bruk av døgnopphold og poliklinikk vil bidra til en bevisstgjøring og styrking av samhandlingen mellom tjenestene.

I spesialisthelsetjenesten kan det forventes at dagbehandling, poliklinisk virksomhet og ambulerende virksomhet fortsatt har et utviklingspotensiale. Utvikling av metoder for evaluering av produktivitet, effektivitet og kapasitet kombinert med sterkere prioritering og standardisering av pasientbehandling kan gi grunnlag for bedre ressursutnyttelse og omdisponering av ressurser innenfor virksomheter hvor det avdekkes en årsverkinnsats over medianverdien.

Det langsiktige perspektivet strekker seg over perioden 2015-2025. Det forventes at samhandlingsreformen i tidsrommet fram til 2015 bidrar til at 15-20% av heldøgns opphold og polikliniske kontroller kan bli overført til primærhelsetjenesten (kommunene og fastlegene), og at sekundærforebyggende strategier har bidratt til en 50% reduksjon av reinnleggelser innen 30 dager.

Samtidig kommer for alvor endring i befolkningen, med en økende andel eldre som vil bidra til sterkt økende etterspørsel av spesialisttjenester. Forutsatt at primærforebyggende tiltak eller nye behandlingsstrategier ikke kan settes inn, vil etterspørselen av tjenester innen alderspsykiatri, omsorg for demente og rusavhengige, utredning/behandling og palliasjon ved kreft, diagnostikk og behandling for hjerte/karsykdommer, KOLS og ortopediske lidelser øke.