

Møtedato: 28. september 2022
Vår ref.:

Saksbehandler:
H. Rolandsen

Dato:
21.9.2022

Styresak 125-2022

Radiologi- og operasjonsstuekapasitet - kartlegging

Saksdokumentene var ettersendt

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om *Kartlegging av radiologi og operasjonsstuekapasitet* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør komme tilbake med forslag om etablering av regionalt prosjekt vedr. radiologi innen desember 2022.

Bodø, 21. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Formål

Styret blir i denne saken orientert om innhold i, og anbefalinger fra, intern arbeidsgruppe og eksternt konsulenthus knyttet til kapasitetsutnyttelse og mulige forbedringer for kapasitetsutnyttelse for radiologi og operasjonsstuer i regionen.

Sammenheng med overordnede mål og strategi

Utfordringene som er beskrevet nedenfor er en del av årsaken til at Helse Nord ikke har nådd styringsmålene fra eier om å *reducere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen*.

Det er behov for tiltak både på kort og lang sikt, for at regionen skal nå sine mål innenfor flere strategiske prioriteringer:

- Å kunne planlegge helhetlig og langsiktig
- Å imøtekomme krav til kvalitet i pasientbehandlingen
- Forbedring gjennom samarbeid
- Attraktive arbeidsplasser

Bakgrunn

Arbeidet har sin bakgrunn i oppfølgings- og dialogmøter med helseforetakene hhv april og september 2021 vedrørende utfordringer knyttet til begge områdene.

Situasjonen på radiologi ble før kartleggingen beskrevet som kritisk. Det ble pekt på at radiologi de siste tiårene har hatt enorm teknologisk utvikling, med stadig mer avanserte muligheter for utredning som har endret hverdagen for både det diagnostiske- og det kliniske miljøet. Dette har medført at arbeidshverdagen har endret seg betraktelig og behovet har fått et skift. Det er særlig fire punkter som går igjen i behovsbildet skissert av radiologer; bemanning, arbeidsmengde, opplæring/kompetanse og organisering.

For operasjonsstuer er ikke situasjonen like krevende. Det er likevel pekt på noen av de samme faktorene også på dette området; virksomhetsstyring, planlegging, bemanning, samt areal og utstyr.

Det er ulikheter mellom Helseforetakene hva gjelder hvem som planlegger kapasitet og hvordan en definerer kapasitet, samt at det er et uklart bilde av hvordan man følger opp og rapporterer på avvik spesielt når det gjelder ventelister og operasjonsstryk. Videre er det flere som peker på at det tar mye tid å samarbeide med og veilede operatørene. Mange etterspør tydeligere planlegging, koordinering og samarbeid på tvers av sykehusene. Det er tidligere blitt gjennomført en kartlegging av operasjonsvirksomheten ved UNN, samt andre prosjekter som enten er blitt jobbet med i helseforetak eller internt på et sykehus. Utfordringen er at det hverken er blitt kommunisert eller implementert i hele foretaksgruppen. Dette gjør at det er ulik praksis, forståelse og tilnærming for planlegging av operasjonsstuekapasitet.

Sakens innhold og problemstillinger

Det vises til vedlegg 1. Eventuelle endringer i omfang av kjøp av private tjenester har ikke vært en del av mandatet for arbeidet, men blir løpende vurdert.

Anbefalinger

Anbefalte forbedringer inkluderer tiltak på flere områder. Bedre samhandling mellom sykehusforetakene og private aktører kan redusere volumet av «second opinion». Det anbefales å opprette et regionalt fagmiljø for radiologer, og å utarbeide standardiserte pasientforløp både innenfor radiologi og drift av operasjonsstuer. Det anbefales å videreutvikle de digitale verktøy for styringsverktøyet for operasjonsstuer, og å standardisere kodeverk for begge områdene.

Fra oppsummeringen gjengis anbefaling i tre punkter:

1. Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi.
2. Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis for operasjonsplanlegging i foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak
3. Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Rapport med anbefalinger er behandlet i direktørmøte i Helse Nord 15. september 2022. Foretaksdirektørene har gitt tilslutning til at Helse Nord RHF planlegger oppfølging av rapporten. Forslag til videre arbeid blir lagt frem i direktørmøte i oktober 2022.

Adm. direktørs vurdering

Rapporten belyser grunnleggende utfordringer på begge områdene som i stor grad allerede er kjent kunnskap, uten at systematisk forbedringsarbeid er iverksatt.

Adm. direktør er fornøyd med at det foreligger et faktagrunnlag som helseforetakene i stor grad slutter seg til, og som kan brukes til systematisk forbedringsarbeid. Det er stort behov for bedre samhandling og å se kapasiteten i regionen på tvers av foretaksgrenser.

Rapporten legges med dette frem for styrets informasjon.

Vedlegg Kartlegging av radiologi og operasjonsstuekapasitet i Helse Nord – 1. juli 2022 - rapport



KARTLEGGING AV RADIOLOGI- OG OPERASJONSSTUEKAPASITET I HELSE NORD

RAPPORT MED ANBEFALINGER
01.07.2022

Innholdsfortegnelse

1. Oppsummering
2. Introduksjon og metode
3. Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn
4. Anbefalte tiltak og mulige effekter
5. Forslag til tilnærming og veien videre

Appendiks

- Detaljert beskrivelse av tiltak
- Prosjektorganisering
- Oversikt over vedlegg





1. OPPSUMMERING



Flere rapporter har over tid belyst problematikken innenfor radiologi-området, spesielt knyttet til rekruttering og samarbeid på tvers. Rapporten bygger på dette.

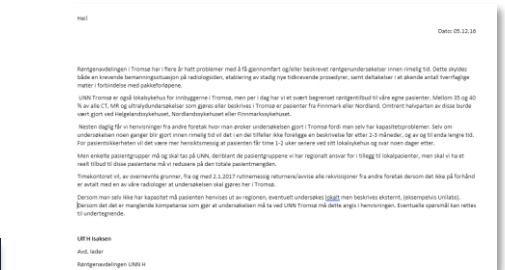
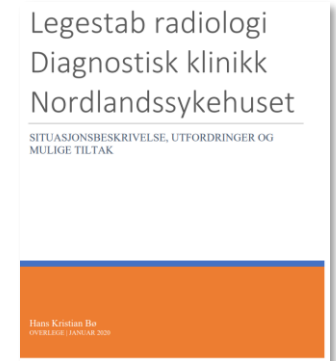
Oppsummering 1 (3)

Situasjonen på radiologi ble før denne kartleggingen beskrevet som kritisk. Det ble pekt på at radiologi de siste tiårene har hatt enorm teknologisk utvikling, med stadig mer avanserte muligheter for utredning som har endret hverdagen for både det diagnostiske- og det kliniske miljøet. Dette har medført at arbeidshverdagen har endret seg betraktelig og behovet har fått et skift. Det er særlig fire punkter som går igjen i behovsbildet skissert av radiologer; bemanning, arbeidsmengde, opplæring/kompetanse og organisering.

Gjennom kartleggingen har vi gjennomført dybdeintervjuer med nøkkelpersoner som alle har pekt på de samme utfordringene. Rekruttering og bemanning er det temaet som blir snakket mest om. Prosjektet har forsøkt å utfordre samtalen ved å fjerne elementet ressurser/rekruttering og ytterligere prøvd å kartlegge hvilke utfordringer som foreligger.

Det fremkom tidlig at helseforetakene i stor grad preges av å være isolerte siloer med liten samhandling innenfor radiologiområdet. Det ble tydelig at planlegging og håndtering av lister - både arbeidslister og ventelister - behandles ulikt. Ansvar og roller er i mer eller mindre grad pulverisert, med manglende stillingsbeskrivelser og mandat. Videre sitter hvert sykehus og jobber med sine egne tiltak og prosjekter for å bedre situasjonen uten å orientere seg på tvers av helseforetakene.

Situasjonen er i dag preget av svak virksomhetsstyring og planlegging og mye er lagt over til enkeltpersoner som blir ansvarlig for å finne løsninger uten nevneverdig støtte og/eller uten tilstrekkelig kompetansegrunnlag. Dette innebærer at tiltak og vurderinger gjerne blir etablert basert på ufullstendig datagrunnlag og/eller på feil tidspunkt i verdikjeden.



For å bedre operasjonsstuekapasitet er det et behov for bedre langtidsplanlegging og samhandling på tvers av avdelinger og sykehus

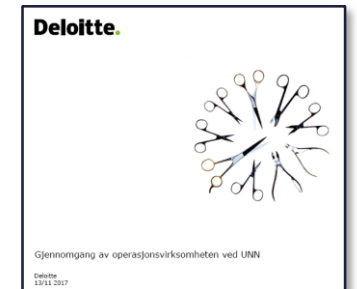
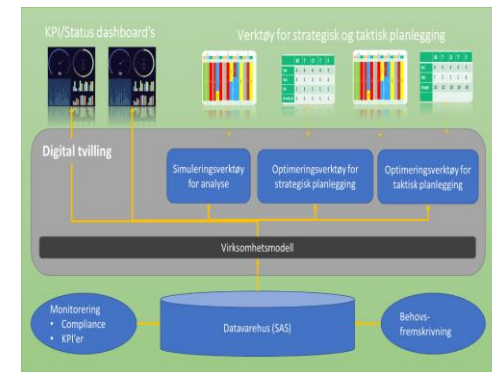
Oppsummering 2 (3)

For operasjonsstuer er ikke situasjonen like krevende. Det blir likevel pekt på noen av de samme faktorene også på dette området; virksomhetsstyring, planlegging, bemanning, samt areal og utstyr.

Det er ulikheter mellom Helseforetakene hva gjelder hvem som planlegger kapasitet og hvordan man definerer kapasitet, samt at det er et uklart bilde av hvordan man følger opp og rapporterer på avvik spesielt når det gjelder ventelister og operasjonsstryk. Videre er det flere som peker på at det tar mye tid å samarbeide med og veilede operatørene.

Mange etterspør tydeligere planlegging, koordinering og samarbeid på tvers av sykehusene. Det er tidligere blitt gjennomført en kartlegging av operasjonsvirksomheten ved UNN, samt andre prosjekter som enten er blitt jobbet med i helseforetak eller internt på et sykehus. Utfordringen er at det hverken er blitt kommunisert eller implementert i hele RHF'et. Dette gjør at det er ulik praksis, forståelse og tilnærming for planlegging av operasjonsstuekapasitet.

Utfordringene er preget av lite eller ingen kommunikasjon og gamle holdninger og kulturer. Det er foreløpig lite forståelse for andre ledd i verdikjeden og det er derfor utfordrende å jobbe effektivt ettersom hovedfokuset blir på ens eget område og arbeid. For å bryte igjennom denne måten å tenke på bør Helse Nord kommunisere og skape forståelse for verdien av å forbedre langtidsplanleggingen, utveksle erfaringer internt og eksternt, samt samle og utveksle funn og resultater fra pågående forbedringsprosjekter.



Vi anbefaler tre hovedtiltak fra og med høsten 2022. Disse vil åpne for en bedre forvaltning og tilrettelegge for en langsiktig utviklingsplan for området.

Oppsummering 3 (3)



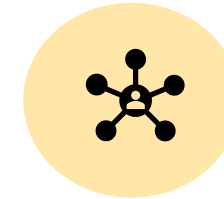
Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi

I intervjuer med radiologer har det kommet frem at det er tidkrevende å gjøre vurderinger og prioriteringer av henvisninger. Det eksisterer heller ikke tydelige ansvar og roller for prioritering av henvisninger og ventelister. Dette tiltaket innebærer å innføre en regional koordinator som kan koordinere planleggingen på tvers av hele regionen. Det vil også være hensiktsmessig å ha en egen koordinator per helseforetak. Denne koordinatoren vil ha ansvar for å utarbeide prinsipper for planlegging som radiologene per foretak må forholde seg til. Her kan både reduksjon av ventelister, effektivisering og den enkelte radiologens spesialisering og utdanningsløp være eksempler på prinsipper en kan planlegge etter.



Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis for operasjonsplanlegging i foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak

Kartleggingen har vist at det mangler felles systematikk i hvordan kapasitet på operasjonsstue skal måles og at det er ulik bruk av stillinger og kompetanse for planlegging av operasjonsstue-kapasitet. I tillegg ser vi store ulikheter i effektivitet på preoperativ, noe som gjør det vanskelig å planlegge. Gjennom intervjuer og kartlegging har vi fått innsikt i at det eksisterer et rammeverk og styringsverktøy for planlegging av operasjonsstuekapasitet på UNN som har tatt tak i noen av disse utfordringene og forsøkt å sette dette inn i et system. Tiltaket går derfor ut på å innføre en koordinator for planlegging av operasjonsstuekapasitet på hvert HF som kan lede en videreføring og tilpasning av rammeverket og styringssystemet for planlegging av operasjons-stuekapasitet.



Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Funnene fra analysene viser at en av de største utfordringene på radiologi i Helse Nord er at det er mange radiologer som flytter fra landsdelen og at det er utfordrende å rekruttere nye radiologer. Mangelen på radiologer fører til lange ventelister, mye overtid og det bidrar også til utfordringer når det gjelder kompetanseutvikling og utdanningsløp. Tiltaket går ut på å sentralisere rekrutteringen til alle helseforetakene i Helse Nord samt å etablere en rekrutteringsstrategi for hele regionen. Dette vil innebære en sentral HR-funksjon med ansvar for rekruttering av både LIS og overleger på radiologi slik at ikke ansvaret faller på de ulike avdelingene hos sykehusene.



2. INTRODUKSJON OG METODE



Arbeidet har hatt som formål å analysere nåsituasjonen og foreslå tiltak for å utnytte potensialet innen kompetanse og kapasitetsplanlegging på radiologi og operasjonsstue

Introduksjon og metode

Bakgrunn

Helse Nord RHF har en hypotese om at det ligger et ubenyttet potensiale når det kommer til utnyttelsen av kompetanse og kapasitet innenfor områdene radiologi og operasjonsstue. Helse Nord RHF har involvert ekstern bistand for å utarbeide en rapport som beskriver situasjonen, samt fremlegger aktuelle tiltak.

Mandat radiologi

Kartleggingen skulle gi et grunnlag for bedre forståelse av nåsituasjonen og fremtidige behov. Den skulle peke på muligheter for tiltak og endring som gjør regionen mindre sårbare.

Mandat operasjonsstue

For å kunne vurdere om forslaget er mulig å gjennomføre og hvorvidt det vil gi ønsket resultat i form av kortere ventetid for planlagte operasjoner er det behov for å gjøre en nærmere kartlegging. I første omgang kunne det være aktuelt å kartlegge:

- Oversikt over ledig operasjonsstuekapasitet i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset
- Oversikt over tilgjengelig personell og utstyr på operasjonsstuene i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset
- Kapasitet postoperativt og i sengepost i Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset
- Mulighet for å etablere en ambuleringsordning
- Hvilke pasientgrupper/operasjoner som har lang ventetid, særlig grunnet mangel på operasjonsstuekapasitet



Tilnærmingen har vært tuftet på Helse Nords strategi og belyser styringsmålene « redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen » og « bedre kvalitet og pasientsikkerhet »

Introduksjon og metode

Helse Nord's strategi

Den **overordnede strategien til Helse Nord 2021-2024** presiserer at hovedoppgavene Helse Nord RHF skal legge til rette for, planlegge, organisere og fremme er;

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Videre har RHF'et tre overordnede styringsmål:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Prosjektets bidrag

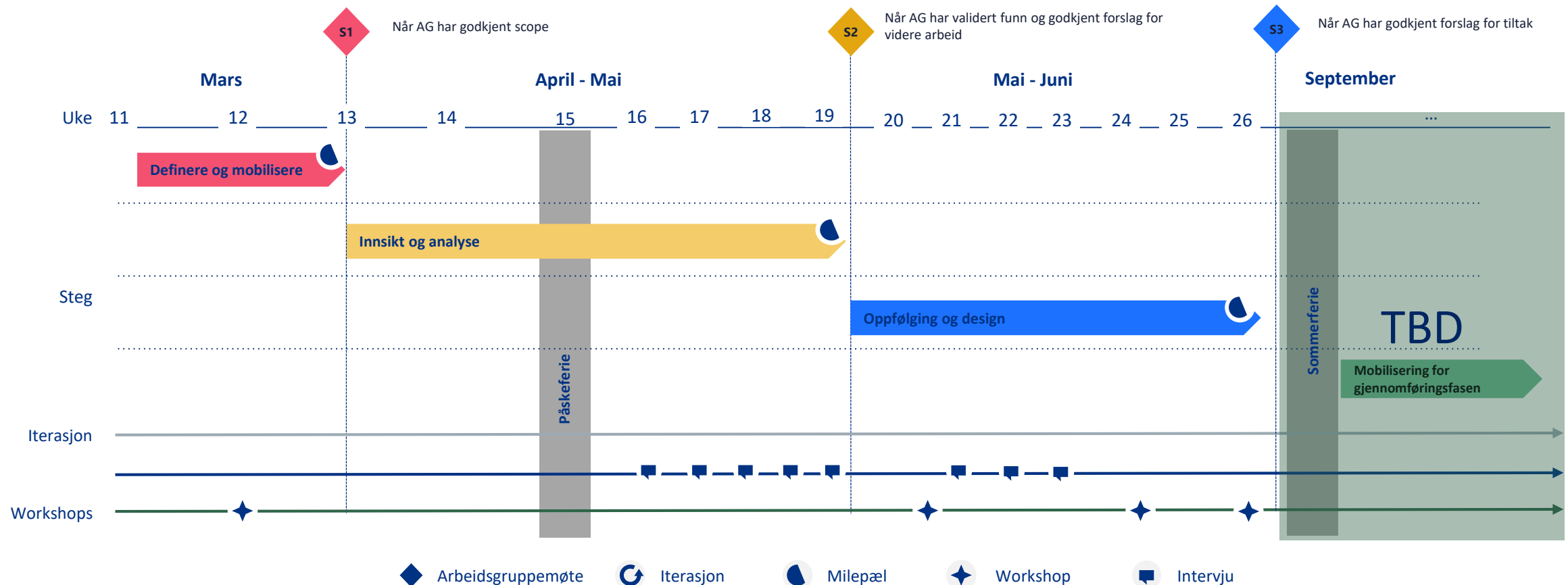


Dette prosjektet vil bidra til å nå styringsmålene « redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen » og « bedre kvaliteten og pasientsikkerheten » gjennom mer fokus på virksomhetsstyring, tydelige roller og ansvar, bedre planlegging og måling, samt en enhetlig og langsiktig rekrutteringsstrategi.

Gjennomføringen av arbeidet har vært strukturert i tre trinn med tre milepæler. Arbeidsgruppen har godkjent hver milepæl for videre arbeid

Introduksjon og metode

Arbeidet ble strukturert i tre trinn, hvor første trinn gikk ut på å etablere prosjektet og skape en felles oppdragsforståelse og målbilde. I trinn to startet kartleggingen av situasjonen hvor det ble gjennomført dybdeintervjuer og analyse av dataunderlag. I trinn tre ble det gjennomført oppfølging og avklaringsarbeid, samt utforming og design av tiltak. Den overordnede leveransen gjennom disse trinnene vil være vår vurdering av dagens situasjon, samt en synliggjøring av funn og anbefale tiltak for videre arbeid.



Vi har gått bredt ut på tvers av sykehusene med involvering av flere nøkkelressurser. Dette har gitt god innsikt som har støttet den kvantitative delen av analysen

Introduksjon og metode

Organisering

Arbeidet har vært organisert med Karabin som prosjektleder og bindeledd mellom den etablerte arbeidsgruppen og nøkkelressurser i RHF'et. Arbeidsgruppen er blitt brukt til å vurdere hypoteser og diskutere funn og tiltak løpende i prosjektperioden.

Spørreundersøkelse og dybdeintervjuer

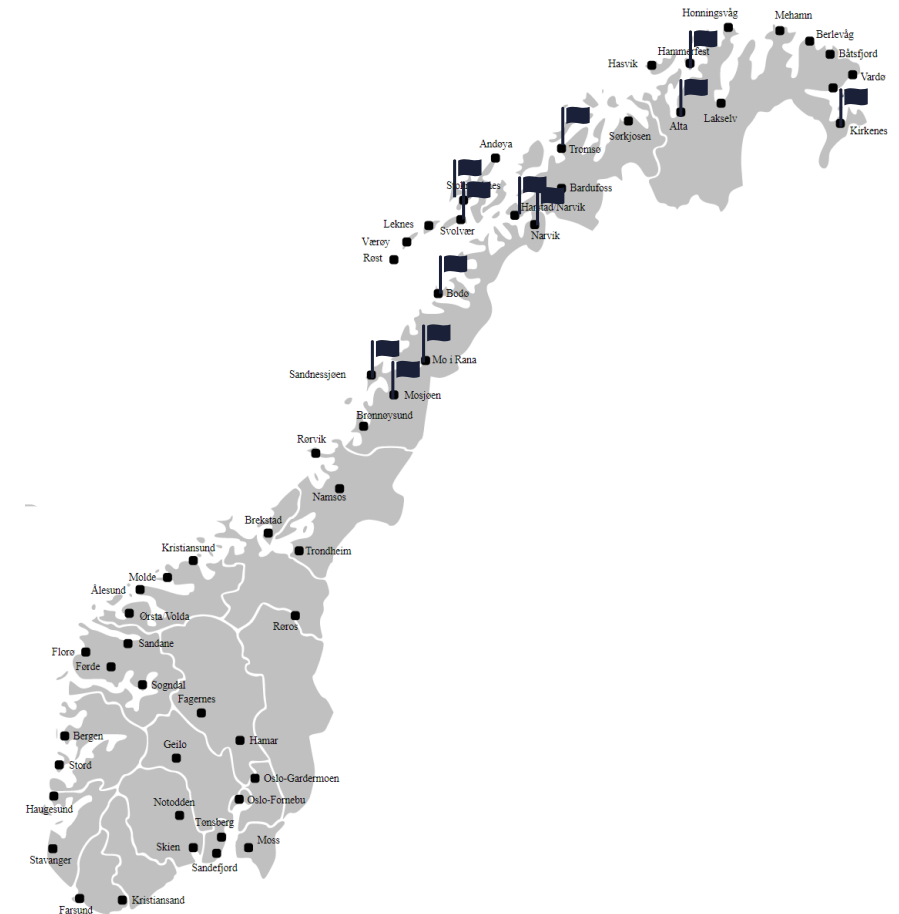
For å danne et bilde av dagens situasjon fra de ansattes perspektiv ble spørreundersøkelse tatt i bruk. Bakgrunn for valg av spørreundersøkelse som kilde til innsamling av data er basert på at det er en effektiv måte å innhente informasjon fra et større geografisk område.

Spørreundersøkelsen bestod av mellom 8-10 spørsmål hvor alle spørsmålene ble besvart med fritekst. 7 av 8 svarte på henvendelsen.

Prosjektet ønsket å få innblikk fra samtlige sykehus, da dette både ga et bedre bilde, men ville også sikre bedre forankring av prosjektet og forhåpentligvis opplevdes det positivt for deltakerne at det ble gjort noe på tvers av sykehusene. Grunnet prosjektets avstander og timebegrensning har dybdeintervjuene blitt gjennomført digitalt. Personene som har deltatt i intervjuene er avdelingsledere, kliniksjefer, radiologer, driftssykepleiere, anestesisykepleiere og kirurger. Vi har vært i dialog med 42 mennesker fra 10 ulike lokasjoner som har bidratt på ulikt nivå. I appendiks vil det ligge en oversikt over alle deltakere.

Dataunderlag

Vi har mottatt noe dataunderlag fra avdeling for kvalitetsutvikling og analyse, blant annet data på operasjonsstryk og second opinion. Flere sykehus har også bistått i å gi oss noe data. Dessverre er det flere som ikke har svart våre henvendelser til tross for påminnelser og ytterlig oppfølging. Prosjektet mangler derfor noe ønsket dataunderlag som ville vært nyttig for denne rapporten. Blant annet mangler vi tall for hvor second opinion kommer fra, turnover og antall stillinger utlyst.



Grafikken har som formål å gi en grafisk fremstilling og er ikke en nøyaktig prosjektering av omfanget



3. SITUASJONSBESKRIVELSE MED HOVEDFUNN



HF'ene i Helse Nord jobber i stor grad silobasert. Det er behov for å se på hele verdikjeden for å utnytte mulighetene som ligger i samhandling og økt profesjonalisering av styring og kontroll

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn

Dagens situasjon

Vi oppfatter at områdene radiologi og operasjonsstue i dag er preget av en tanke om å optimalisere driften for egen enhet. Ved prosjektets oppstart var forventningen at radiologi og operasjonsstue skulle flyte mer sammen, men vi innså tidlig i kartleggingen at få personer så pasientforløpet fra start til slutt, uavhengig av fagområde og avdelinger.

I store organisasjoner og foretak er risikoen for at det danner seg siloer høy. Vår observasjon er at det både er silostyrt mellom helseforetakene, men også ned i helseforetakene mellom klinikker og avdelinger, som igjen fører til utfordringer knyttet til teamsamarbeid, kommunikasjon, reduksjon av effektivitet og god informasjonsflyt. Videre ser en at silobasert tankegang preger kulturen med holdninger som «slik gjør vi det her, slik har vi alltid gjort det». Dette er holdninger som er vanskelig å endre og krever nøkkelpersoner som har stor tillit og anerkjennelse i fagmiljøet.

Til tross for at kulturen baserer seg på gammeldagse holdninger så opplever vi at de vi snakker med er veldig positive til endring og ønsker tiltak som gjør at Helse Nord jobber på en mer effektiv måte.

«Jeg synes jo det er en spennende å tenke at man kan løse utfordringen litt mer regionalt og ikke være så veldig siloinndelt som vi er nå»

«Vi må finne en ny måte å løse denne radiologmangelen på - må begynne å jobbe på en annen måte – tror det er mye å hente i å jobbe regionalt - bygge opp gode fagmiljøer i stedet for å jobbe i siloer»

«Når vi jobbet sammen og så på pasientforløpet så klarte vi å effektivisere prosessen slik at vi fikk operert 3 hofteproteser på samme tid som vi tidligere

«Vi sitter på hver vår tue og finner opp gode tiltak og deler ikke med hverandre. Ikke fordi det er hemmelig, men fordi det bare har blitt sånn»

Opererte 2
Styremøte i Helse Nord RHF
28. september 2022 - innkalling og saksdokumenter - ettersendelse nr. 1
Utvalgte sitater hentet fra intervjuer og samtaler

Fremtidig ideell situasjon

En ideell situasjon vil være at radiologi og operasjonsstue (og andre fagområder) ses som en ende til ende verdikjede der det jobbes mot et felles mål. Pasientforløp blir vurdert fra pasienten kommer inn på sykehuset til pasienten forlater sykehuset.

For å bryte opp silotankegangen er det viktig å etablere samarbeid på tvers av avdelingene. Som nevnt er Helse Nord RHF helt avhengig av å benytte ressurser som har tillit i fagmiljøet for å skape forståelse og enighet om endring og forankring av tiltak. Både radiologi og operasjonsstuevirksomhet er preget av tunge beslutningsprosesser og byråkrati. Det kan være fordelaktig å skape en arena som unngår dette og hvor mennesker fra ulike fagområder møtes og samhandler for å skape løsninger som gir effekter i hele verdikjeden og ikke kun i eget fagområde og avdeling.

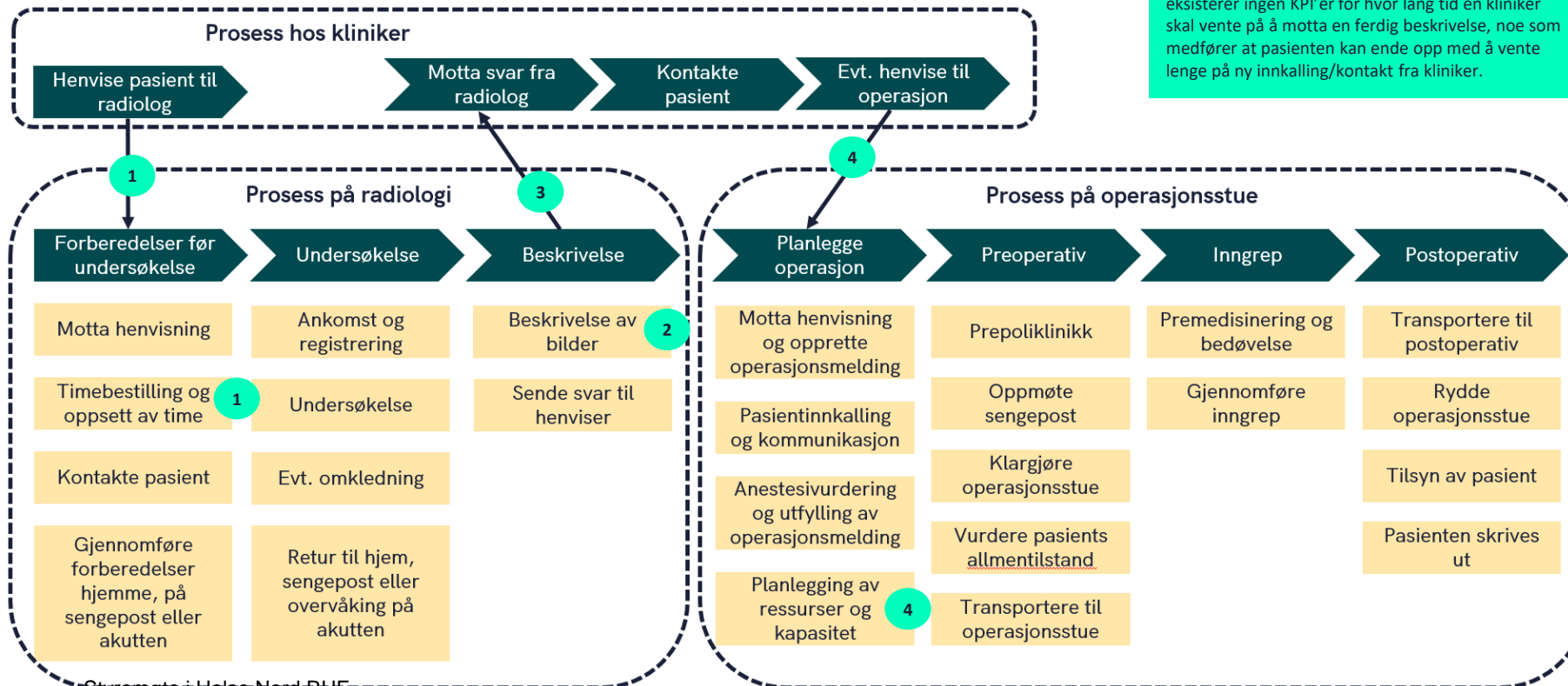
Helse Nord bør bygge kompetanse på planlegging, kommunikasjonsflyt og arbeidsmetodikk ettersom dette vil ha stor påvirkning på effektivitet-, men også forståelse for endring. Omlegging til en mer agil tilnærming krever at siloene brytes ned og tankesettet snus. Vår vurdering etter flere samtaler er at Helse Nord er i en god posisjon hvor de har ansatte ønsker endring innenfor informasjonsflyt, effektivitet og samarbeid, men ber om å bli hørt fra ledelsen.



Prosessene for planlegging av undersøkelser på radiologi og operasjonsstue gjennomføres i dag uavhengig av hverandre, noe som fører til uforutsigbarhet og ulik pasientbehandling

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn

Vi ser at prosessene på radiologi, hos kliniker og på operasjonsstue gjennomføres frikoplet og uavhengig av hverandre. Prosesser, prosedyrer og rutiner er enten ikke-eksisterende eller ikke sett i sammenheng med de andre avdelingene. Dette medfører at planleggingen av kapasitet ikke er en helhetlig prosess i dag, noe som medfører lite transparens i prosessen og at pasientene har lite oversikt over når de vil få gjennomført en undersøkelse og evt. operasjon. Vi har kartlagt de viktigste utfordringene i figuren nedenfor som viser at spesielt kommunikasjon i grensesnittet mellom de ulike avdelingene byr på utfordringer for pasientene.



Utfordring 1:
Kliniker henviser pasient til radiologisk undersøkelse, men har ingen innsikt i hvordan planlegging og prioritering av radiologiske undersøkelser fungerer. Dette bidrar til at det er uforutsigbart for kliniker og pasienten når den radiologiske undersøkelsen vil finne sted.

Utfordring 2:
Selve beskrivelsen av bildene byr også på utfordringer. Her kan både private aktører og sykehusene være involvert. For mange beskrivelser forekommer det også ofte en second opinion, noe som bidrar til enda lengre ventetid for pasienten.

Utfordring 3:
Beskrivelsen sendes tilbake til henviser, men det eksisterer ingen KPI'er for hvor lang tid en kliniker skal vente på å motta en ferdig beskrivelse, noe som medfører at pasienten kan ende opp med å vente lenge på ny innkalling/kontakt fra kliniker.

Utfordring 4:
Når kliniker har gjort en vurdering av beskrivelsen, kan det resultere i en henvisning til operasjon. Kliniker har her liten innsikt i hvordan operasjonsstuen planlegger kapasitet og prioriterer. Dette medfører liten transparens i prosessen og mye ventetid.

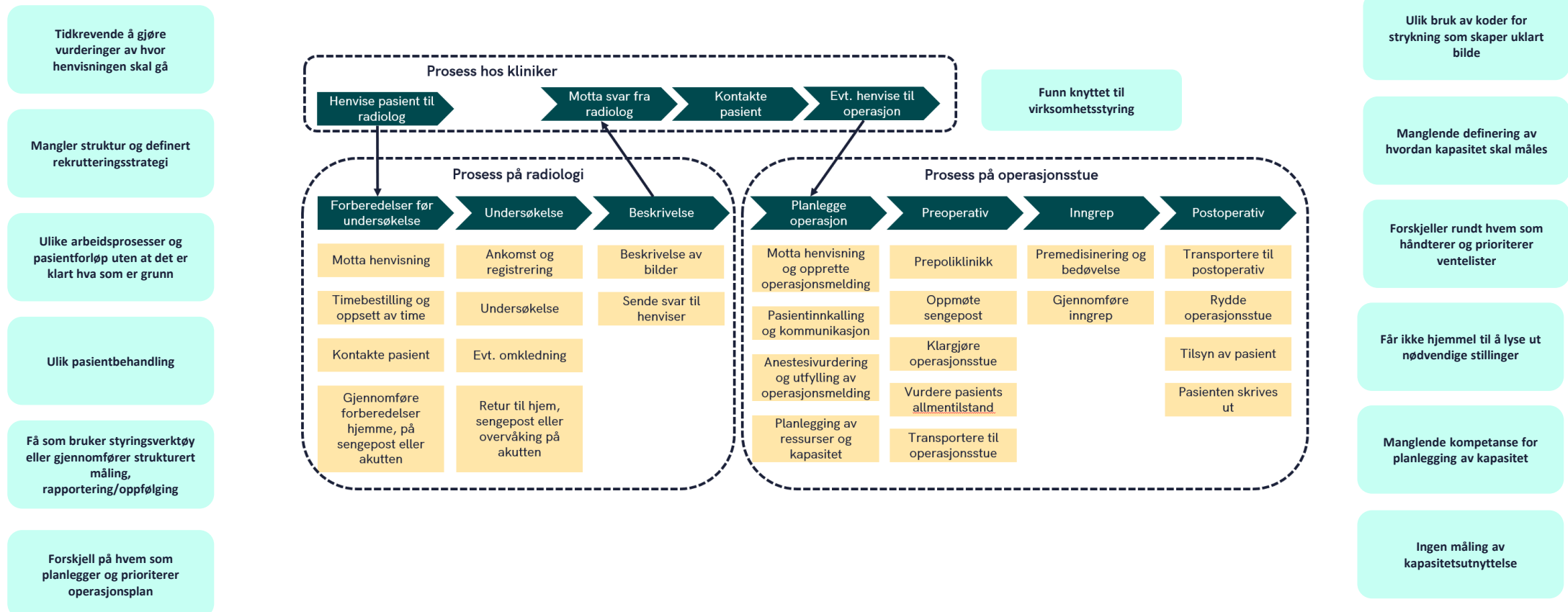


➤ Kan føre til ulik pasientbehandling og pasientforløp, ineffektiv tidsbruk både for pasient og personell, lite samarbeid og kommunikasjon på tvers

Kartleggingen ga tidlig indikasjoner på at det foreligger større utfordringer knyttet til virksomhetsstyring og særlig planlegging, i tillegg til utfordringer på ressurser og kapasitet

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Virksomhetsstyring

Innledningsvis ble problemstillinger som ressurs- og rekrutteringsmangel, kapasitetsutfordringer og organisering løftet opp, underveis i kartleggingen fremkom det tydelige indikasjoner på at også virksomhetsstyring og planlegging er utfordrende. Det ble derfor bestemt at prosjektet skulle gjøre ytterligere aktiviteter og dypdykk i temaene, som førte til at det ble tydeligere at en av rotårsakene til utfordringsbildet ligger i disse elementene, derav vil virksomhetsstyring ha en større tyngde i fremleggelsen av funn og tiltak.



Svakheter innen virksomhetsstyringen skaper utfordringer for god pasientbehandling

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Virksomhetsstyring

Vår oppfatning av virksomhetsstyring i Helse Nord RHF

Vår oppfatning er at Helse Nord RHF ikke har lyktes med å implementere systematikken i helseforetakene på områdene radiologi og operasjonsstue. Det er få spor av tydelige mål og oppfølging av dem. Sykehus, klinikker og avdelinger er preget av silotankegang som igjen påvirker hvordan det jobbes med å prioritere, planlegge og budsjettere. Svakheter i virksomhetsstyring påvirker pasientbehandlingen i negativ grad.

Med komplekse overordnede krav fra Helse- og Omsorgsdepartementet, andre statlige aktører og RHF'ene er systematisk og konsekvent operasjonalisering utfordrende.

Styring og ledelse blir fragmentert ned på avdelingsnivå. Over tid dannes funksjonsstyring med egne vurderinger, kontroller og rapportering løsrevet fra den overordnede virksomhetsstyringen. Dermed økes ressursbruken, mens effektiviteten reduseres. Dette fører til et behov for å forenkle og forbedre den helhetlige virksomhetsstyringen for å sikre effektiv ressursbruk og måloppnåelse.

I en styresak fra 2014 skrives det at, «Det er viktig at kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid inngår i helseforetakenes samlede virksomhetsstyring slik at virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerheten på en god måte» - Styresak 102-2014 Intern styring og kontroll – status.

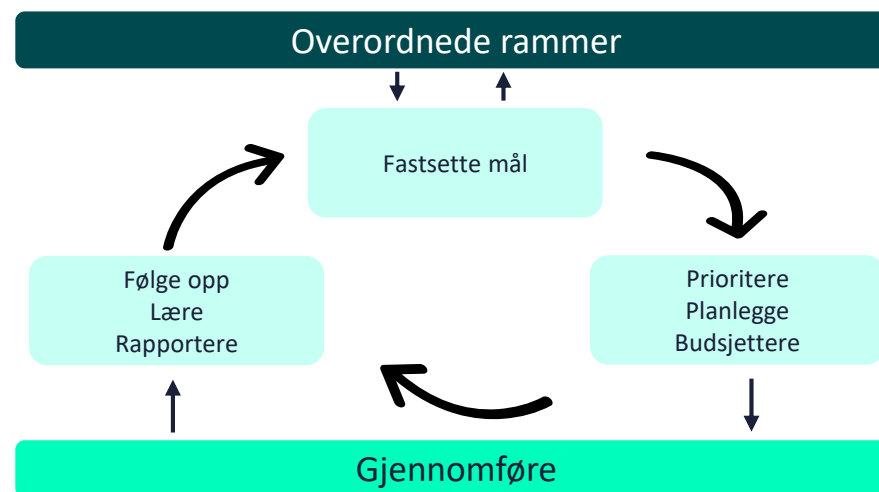
God virksomhetsstyring tar flere år å etablere og bør jobbes kontinuerlig med for å oppnå best mulig effekter.

Hva er god virksomhetsstyring

Virksomhetsstyring består av å fastsette tydelige mål, prioritere, planlegge og budsjettere ressurser og følge opp og rapportere resultater og ressursbruk. Derne må en bruke denne informasjonen til kontinuerlig læring og forbedring for å nå målene på en effektiv måte.

God virksomhetsstyring er mer enn bare å definere mål og følge opp resultater. Helhetlig virksomhetsstyring omfatter god ledelse, en tydelig strategisk retning, innsiktsrike analyser, løpende involvering av ansatte og andre interessenter, samt virksomhetsprosesser og rapportering som bidrar til god måloppnåelse.

Samlet utgjør dette de nødvendige virkemidlene for å nå foretakets resultater og legge til rette for læring og forbedring.



Basert på vår erfaring fra helsesektoren forventet vi at Helse Nord skulle ligge på nivå med sektoren ellers hva gjelder modenhet i virksomhetsstyringen. Vi mener at Helse Nord ligger noe lavere

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Virksomhetsstyring

Gitt helsesektorens størrelse og samfunnsansvar bør virksomhetsstyring stå høyt på agendaen. Vår erfaring fra bransjen* tilsier at det generelt sett er lav modenhet i helsesektoren. Det finnes likevel fagområder og personer/ildsjeler som har fokus på temaet, men det er ikke implementert og forankret ut i hele verdikjeden og driften.

Virksomhetsstyring er et særdeles viktig tema når det kommer til pasientsikkerhet og effektiv drift. Risikoen og konsekvenser ved å ikke ha fokus på området kan være ineffektiv drift, lav måloppnåelse, iverksettelse av tiltak på feil sted til feil tid, silotankegang, samt at det er kostnads- og ressurskrevende. Vår vurdering bygger på DFØ's rammeverk/verktøy for å vurdere hvilket nivå en ligger på i styring av virksomheten, altså modenheten i virksomhetsstyringen.

Virksomhetsstyring

Mål og retning	Struktur	Gjennomføring	Læring og forbedring
Formål	Organisering, ansvar og myndighet	Operasjonell planlegging	Monitorering og evaluering
Visjon	Informasjon og kommunikasjon	Styring av kjerneprosesser	Linjeuavhengig kontroll
Verdier	Godtgjørelse- og belønningsordninger	Risikostyring	Objektive bekreftelser
Mål og strategier		Etterlevelse av lover og regler	Kontinuerlig læring og forbedring
		Økonomistyring	
		Styring og beskyttelse av øvrige verdier, ressurser og prosesser	

Bruk av modellen gir innsikt i prosjektets nåsituasjon og kan skape grunnlag for forbedring og dermed bidra til prosjektets måloppnåelse.

Modellen består av 4 temaer med 17 komponenter som kan vurderes på en modenhetsskala fra nivå 1-5. Modellen er fleksibel og kan tilpasses og justeres avhengig av prosjekt, bransje, kompleksitet og størrelse.

Vi har gjennomført en forenklet modenhetsanalyse knyttet til dette prosjektet, men vi anbefaler at Helse Nord gjør en mer grundig og helhetlig vurdering av modenhet, dette gjelder både dette prosjektet, men også for hele RHF'et.

Vurderingen har avdekket uklare roller og ineffektive prosesser, kombinert med lite samarbeid på tvers, svak planlegging og utfordringer med mål og resultatoppfølging

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Virksomhetsstyring

Hovedobservasjoner

Mål og retning

Kartleggingen har gitt et inntrykk av at det ikke eksisterer et felles målbilde og en enhetlig strategi. En har ikke lyktes i å finne tydelig definerte prinsipper for virksomhetsstyring i form av modeller for governance, prestasjonsforbedring, risikostyring og lederatferd.

Mål og retning er i stor grad avhengig av spesifikke kulturbyggere/ildsjeler som kan bryte gjennom gammel ukultur og vilje til å utfordre eksisterende prosesser og rutiner.

Struktur

Prosjektet har observert at planer utarbeides per avdeling og at det ikke avstemmes på tvers.

Analysen har avdekket uklare ansvarsforhold mellom avdelinger, silotankegang og fragmentert ansvarskultur. Dette underbygges med at roller og ansvarsområder oppleves noe tilfeldig grunnet manglende stillingsbeskrivelser og definerte mandat.

Oversikten over virksomhetens målgrupper og interessenter og deres informasjonsbehov er mangelfull. Det er ikke entydig avklart hvem som har ansvar for informasjon og kommunikasjon til de ulike målgruppene, og hvordan denne skal formidles.

Vi har observert mangel på støtteverktøy og standardiserte maler, prosedyrer og prosesser.

Gjennomføring

Kartlegging viser at det eksisterer liten forståelse av ende til ende prosesser blant de ansatte. Manglende dokumentstruktur bidrar også til at personer ikke finner tilbake til dokumenterte verdikjeder, egne prosesser ol.

Enkelte operative mål er beskrevet og tatt i bruk, og i noen grad understøttet av handlingsplaner og måleindikatorer. De operative målene er delvis tilpasset virksomhetens strategiske mål og dagsaktuelle situasjon.

Prosesser og ressurser blir i liten grad systematisk styrt, og verdiene blir mangelfullt fremmet og beskyttet.

Læring og forbedring

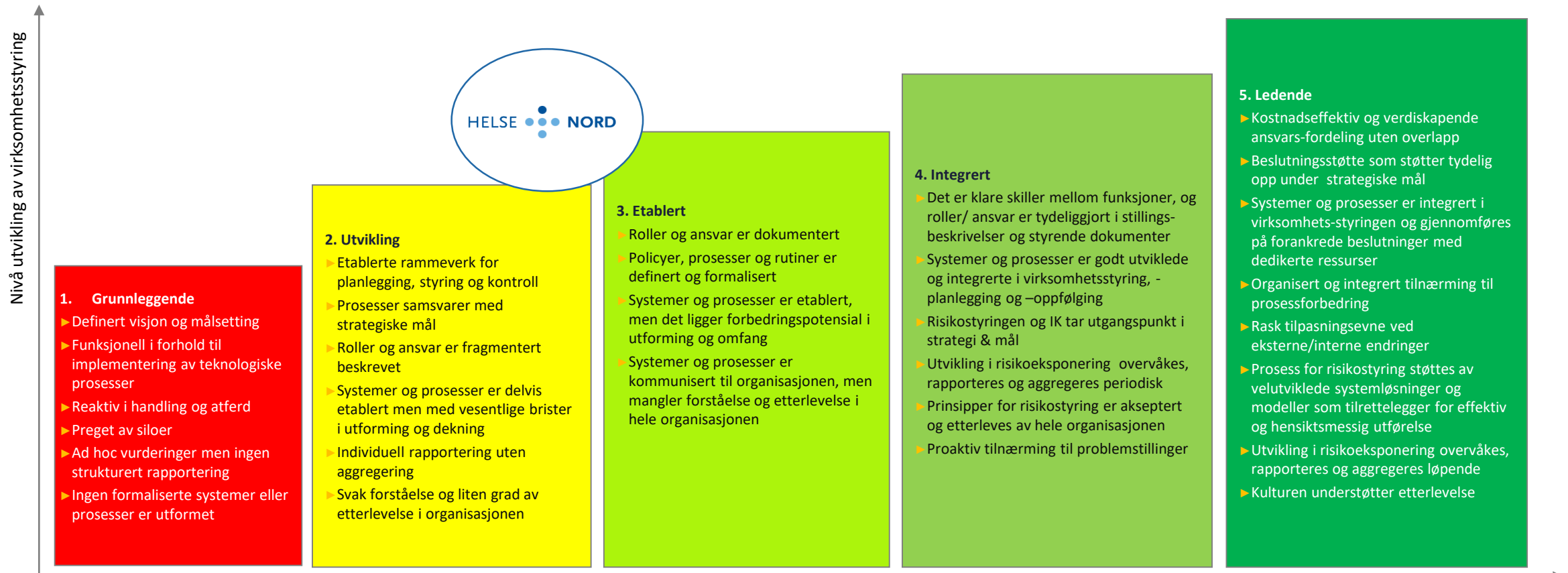
Prosjektet har observert en manglende kompetanse og forståelse for hvordan en planlegger effektiv drift, samt uklarhet knyttet til definisjoner og begreper.

Til tross for at det eksisterer kompetanseplaner er det flere som ikke får gjennomført sine læringsmål grunnet bemanningsutfordringer og høy arbeidsbelastning.

Områdene radiologi og operasjonsstue oppfattes lite modent og vurderes å ligge på et modenhetsnivå mellom 2 og 3. Ledelsen bør sette ambisjon for hvilket nivå HN bør ligge på

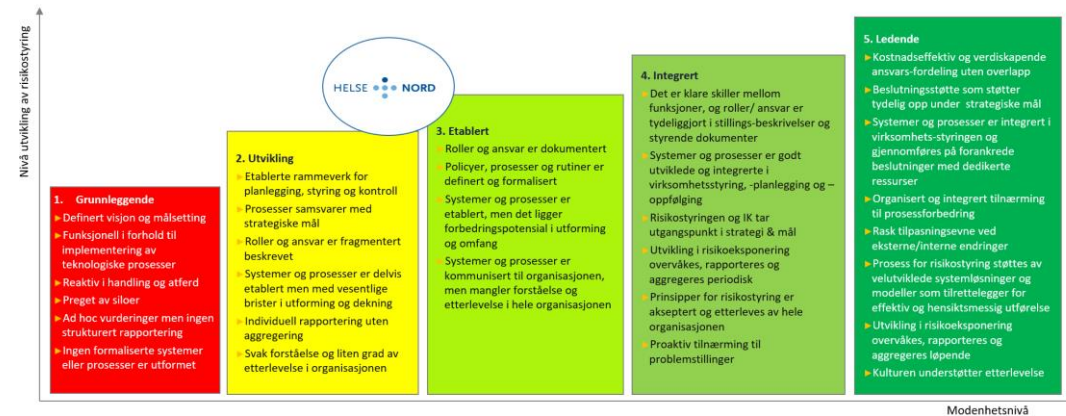
Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Virksomhetsstyring

Modenheten er kun vurdert på områdene radiologi og operasjonsstuevirksomhet. Til tross for at noen avdelinger skiller seg ut og er mer bevisst på virksomhetsstyring blir den overordnede vurderingen et sted mellom to og tre. Det tar typisk 2-3 år å få et velfungerende styringssystem. Ledelsens involvering i denne fasen er kritisk for å skape et felles mål bilde som man sammen jobber mot å oppnå. Helse Nord må sette et ambisjonsnivå og jobbe strukturert for å etablere nødvendige tiltak for å oppnå det gitte nivået.



Modenhetsvurderingen underbygges av konkrete funn fra intervjuer og tilsendte data som oppsummeres på de kommende sidene

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Virksomhetsstyring



Konkrete funn fra intervjuer og tilsendte data på området radiologi bygger opp under påstanden om at modenheitsvurderingen ligger på et nivå mellom 2 og 3. Funnene oppsummeres på de kommende sidene.



Konkrete funn fra intervjuer og tilsendte data på området operasjonsstue bygger opp under påstanden om at modenheitsvurderingen ligger på et nivå mellom 2 og 3. Funnene oppsummeres på de kommende sidene.

I tråd med at antall undersøkelser øker, har kompleksiteten økt. Det pekes på utfordringer rundt prioritering og sortering av lister, samarbeid med private aktører, second opinions mm.

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Radiologi

Bekymringer knyttet til utviklingen av det radiologiske fagområdet

I en bekymringsmelding fra mai 2021 signert av røntgenavdelingene i alle helseforetakene pekes det på at det stadig er nye avanserte muligheter for utredning og behandling som har endret hverdagen betraktelig for radiologer. Antall undersøkelser har vært stigende hvert år med unntak av 2020 (noe som muligens kan skyldes covid-19), spesielt øker antall undersøkelser på MR og CT som også er undersøkelsene som er mest utfordrende og tidkrevende å beskrive.

Det pekes på mye merarbeid i forbindelse med sortering og prioritering av lister, avvisninger og second opinions. UNN organsorterer listene noe som Bodø også har begynt å pilotere. Vår oppfatning er at det ikke eksisterer en helhetlig sammenheng mellom prioritering av ventelister og oppsett av undersøkelser. Prioritering er mest basert på eldst-først prinsippet, noe klinikerne reagerer på da de ser behov for flere muligheter ved rekvirering for hvor fort svar ønskes, eksempelvis skille mellom pasienter i pågående behandling versus kontrollpasienter.

Bemannings situasjonen er også utfordrende ved at det er et stort antall ubemannede stillinger, mye overtid og det er også vanskelig å beholde radiologiene som blir utdannet i Helse Nord etter endt utdanning. Dette gjør at situasjonen er helt kritisk, og det er et stort behov for å forbedre rekruttering og bemanning. I dag er det lite styringsdata på området, og det foreligger et behov for å vurdere og rapportere mer strukturert på denne type data for å kunne måle behov og endringer.

Det jo veldig mange som har sluttet de siste 2 årene, det har jo vært en kompetanseflukt og unge nyutdannede energiske overleger har sluttet på grunn av arbeidsforhold på generell røntgen

Jeg vil beskrive situasjonen i dag som **kritisk** - vi har over en lengre periode - da snakker vi år - argumentert for at vi må bygge opp det radiologiske miljøet

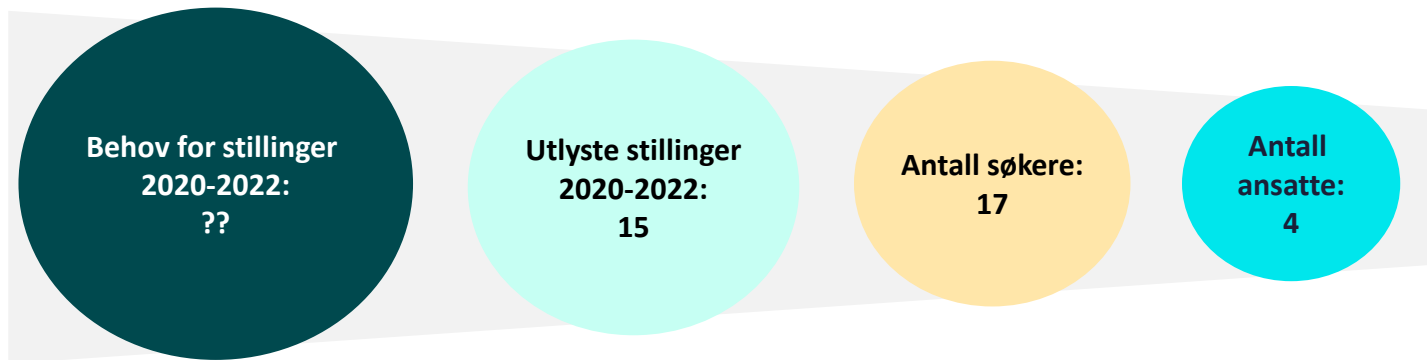
Ulike protokoller fra sykehus. Vi følger protokollene til UNN, men maskinene våre er annerledes og vi tilpasser til vårt behov

Økende aktivitet på radiologiske undersøkelser. Større undersøkelser som MR og CT har størst økning, som tar beslag i tidskapasiteten av maskinparken

Ressursmangel er en utfordring i hele regionen, og vi har forsøkt å identifisere antall utlyste stillinger vs. antall søkere, men med varierende hell

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Rekruttering

Vi har sendt forespørsel til UNN, HLSH, NLSH og Finnmarkssykehuset, med et ønske om å se antall utlyste stillinger de siste årene, samt antall søkere og tilsatte stillinger for å tydeliggjøre behovet opp mot realistisk ansettelse. Når det gjelder utlyste stillinger ser vi at få av stillingene hos HLSH har blitt tilsatt (se figuren nedenfor). Finnmarkssykehuset besvarte med at de ikke har lyst ut stillinger, og UNN og NLSH har ikke besvart vår henvendelse. Fullstendig og valide data er nøkkel for å få bedre kontroll på området, HR bør ha en tydeligere prosess og rapportere på konkrete måleparametere for å kunne svare ut de ansattes behov. Vi har også fått opplyst at det ikke eksisterer en medarbeiderundersøkelse i Helse Nord, noe som gjør det vanskeligere å vite hva behovene til de ansatte er. Det oppleves at ansvaret ikke er tydelig definert og at det blir håndtert mer eller mindre tilfeldig. Flere avdelingsledere er tynget av ansvaret og uttrykker manglende kompetanse og kapasitet til å håndtere og følge opp rekruttering og andre HR-aktiviteter som burde ligget hos HR. Denne utfordringen ser vi også på turnoverfall.



Tall fra Helgelandssykehuset viser at kun 4 av 15 utlyste stillinger har blitt tilsatt

Innspill fra HR- og organisasjonsavdelingen

Vi har vært i samtaler med Halvor Hygen som jobber med bemanningsplanlegging og rekruttering som uttrykte at HR- og organisasjonsavdelingen er positiv til å se på muligheten for å etablere en tydeligere rekrutteringsstrategi gitt noen avhengigheter. Det foreligger et behov for å styrke rekrutteringsteamet, dette fordi rekruttering krever en spesialisert kompetanse. Videre foreligger det et stort potensiale i forbedring av rekrutteringsprosessen som per i dag ikke blir hentet ut da det ikke eksisterer en tydelig rolle- og ansvarsfordeling.

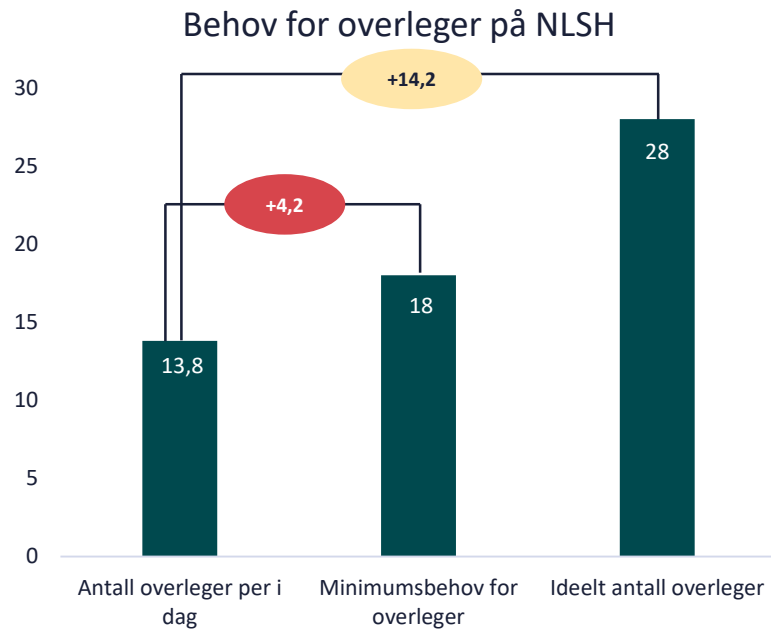
Utfordringen skissert over ble også verifisert ved at det ble påpekt at det er behov for mer profesjonell lederstøtte for å avlaste avdelingsledere og annet personell med personalansvar.

Da dette ble presentert for prosjektets arbeidsgruppe 29.juni ble disse innspillene møtt med overraskelse hos enkelte, da de mente det faktisk eksisterer en tydelig rekrutteringsstrategi. Uavhengig av om det eksisterer en rekrutteringsstrategi eller ikke så er det tydelig at denne ikke er kjent for alle i organisasjonen som er involvert i rekruttering.

NLSH og UNN* har uttrykt at bemanningssituasjonen er kritisk med store mangler på ressurser. De sliter også med å beholde radiologer som er ferdig utdannet

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Rekruttering

Bemanningssituasjon NLSH



Det er helt **kritisk å ansette minst 4 overleger** i fast stilling som kan være fysisk tilstede innen høsten for å kunne drifte på normal måte.

Bemanningssituasjon UNN

60%

Av spesialister innen radiologi som utdannes i Nord-Norge klarer vi ikke å beholde

Dagens stillinger	Minimumsbehov	Optimalt behov	Avvik for å nå minimumsbehov
LIS	25	35	Ikke kjent hvor mange stillinger de har i dag
Overleger/ fast ansatte	38	46	17,3

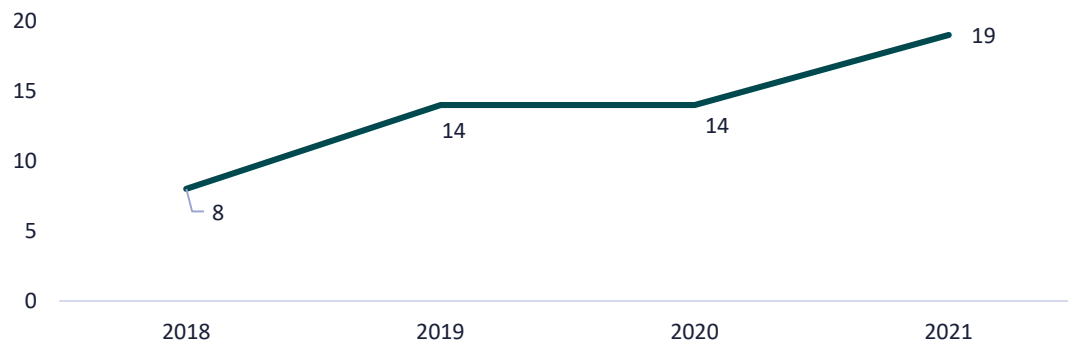
På UNN er det **behov for minimum 17,3 radiologer** for å oppnå minimumsbehovet.

Helse Nord har ikke et bevisst forhold til turnover, men det er trolig et stort potensiale for å oppnå besparelser gjennom å innføre tiltak som bidrar til lavere turnover

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn

Dagens turnover

Turnover blant radiologer målt i antall hoder* summert for alle foretakene

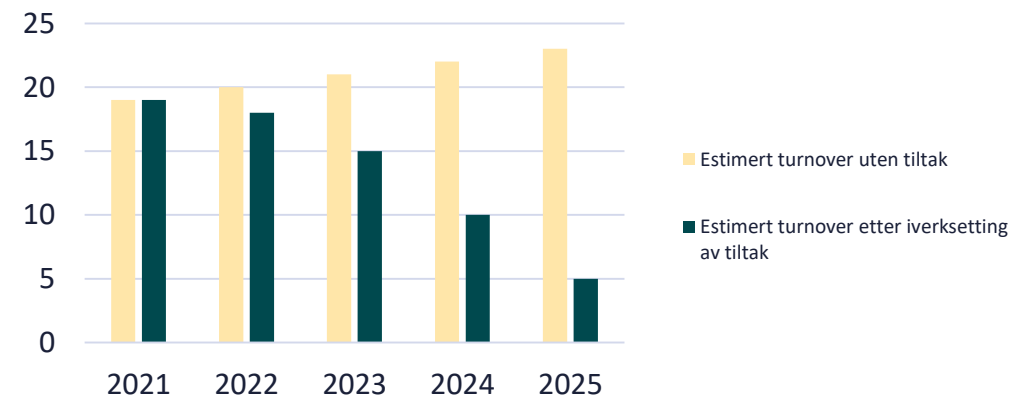


Kartleggingen gjennom prosjektet har vist at Helse Nord ikke har et bevisst forhold til turnover, og det eksisterte i utgangspunktet ikke tall på dette. Etter forespørsel fra Karabin ble det hentet ut tall på turnover fra 2018 til 2021 basert på manuelle uttrekk av data og beregninger. Grafen ovenfor viser turnover målt i antall hoder per år, og vi ser at det er en økning av turnover de siste årene. Det grafen derimot ikke illustrerer er hvor stor stillingsprosent en har mistet, dvs. om personene som har sluttet har jobbet i eksempelvis en 100%-stilling eller 20%-stilling. En slik oversikt ville gitt bedre oversikt over hvor mye kapasitet en har tilgjengelig og hvor stor stillingsprosent en totalt sett er nødt til å rekruttere. Det anbefales derfor at Helse Nord starter systematisk måling av turnover gjennom innhenting av relevante data og oppsett av beregninger og målinger.

Potensielle besparelser basert på lavere turnover

Gjennom å tilby et bedre fagmiljø og utdanningsløp kan vi anta at flere overleger blir værende på de lokale sykehusene og at vi dermed oppnår mindre turnover. Vi vil dermed oppnå besparelser i form av **lavere turnover** og et **reduisert behov for rekruttering**.

Turnover er normalt anslått til 1,5*årslønnen til den som slutter, og vi estimerer årslønnen til en overlege til 1 mill. kr.

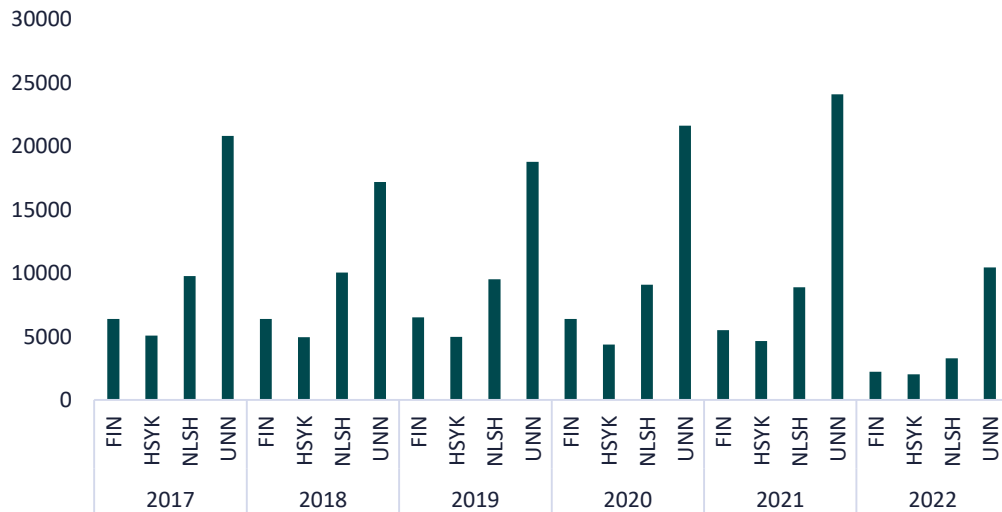


Totalt 38 færre turnover* 1,5 * 1 000 000kr
57 mill. kr. spart innen 2025

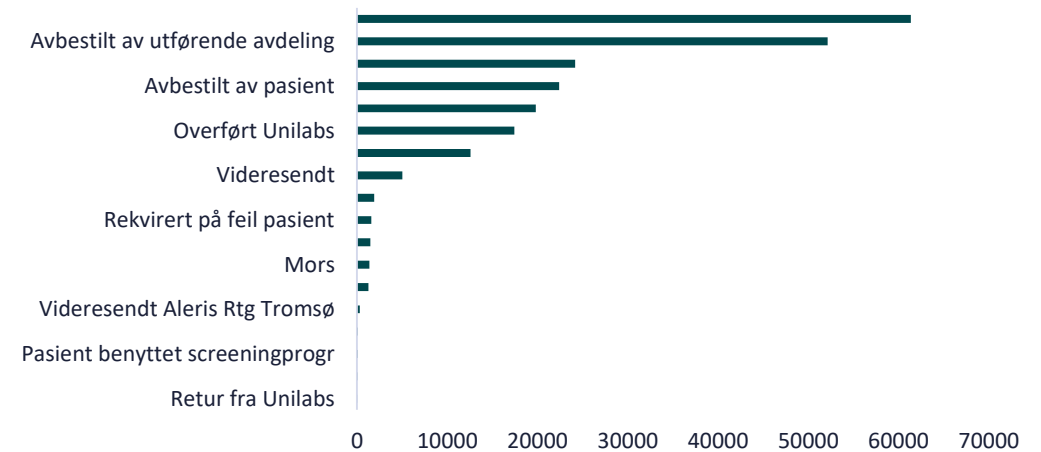
Det er liten utvikling i antall avvisinger per år på foretakene, men årsakene til avvising er ikke intuitive og må oppdateres slik at det kan defineres korrigerende tiltak

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn – Avviste henvisninger

Antall avvisinger per foretak (2017-2022)



Årsaker til kansellering/avvisning av undersøkelser (2017-2022)



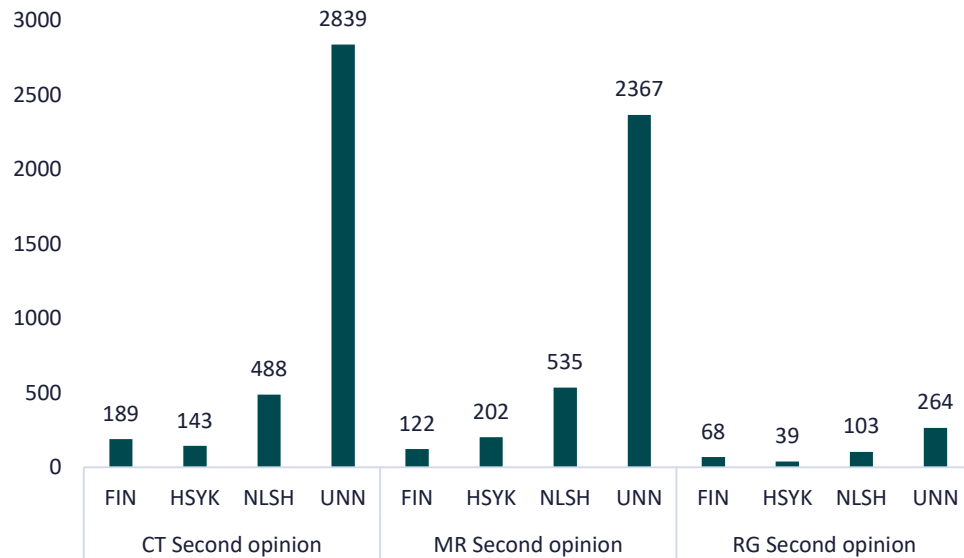
➔ Det er flest avvisinger som gjøres på UNN, og det totale antallet for alle foretak har holdt seg ganske jevnt rundt 40 000 per år.

➔ Avvisning av utførende avdeling eller pasienten selv er de største årsakene til kansellering. Det er også gitt uttrykk for at det er behov for en standardisering av kodeverk og retningslinjer for hvordan avvisinger skal registreres.

Data på second opinions* viser en kraftig økning per år. Det er ikke mulig å identifisere hvor første undersøkelse stammer fra, noe som skaper uklarhet knyttet til kvalitet på beskrivelsene

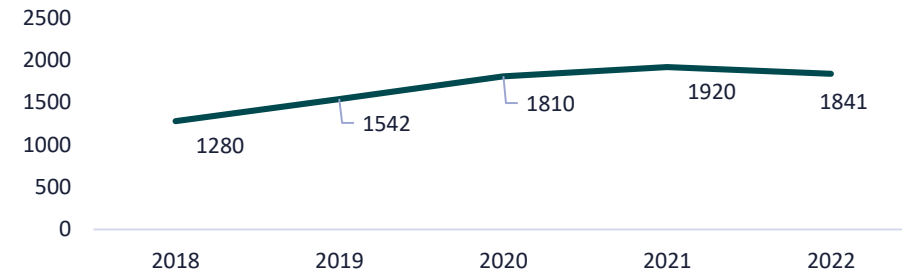
Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn – Second opinions

Antall second opinions fra 2018-2022



Fra 2018-2022 har Helse Nord gjennomført **7359 second opinions**. Dette utgjør kun **0,6%** av totalt antall undersøkelser, men det påvirker likevel flyten i arbeidet. **CT og MR er de undersøkelsene som krever flest second opinions**, og det er betydelig flest av disse som gjennomføres hos UNN.

Antall second opinions per år (2018-2022)



Antall second opinions har også **økt kraftig hvert år**. Tallet for 2022 er estimert basert på volumet så langt i år, og det ser ut til å bli en liten nedgang for 2022.

Første undersøkelse



Second opinion

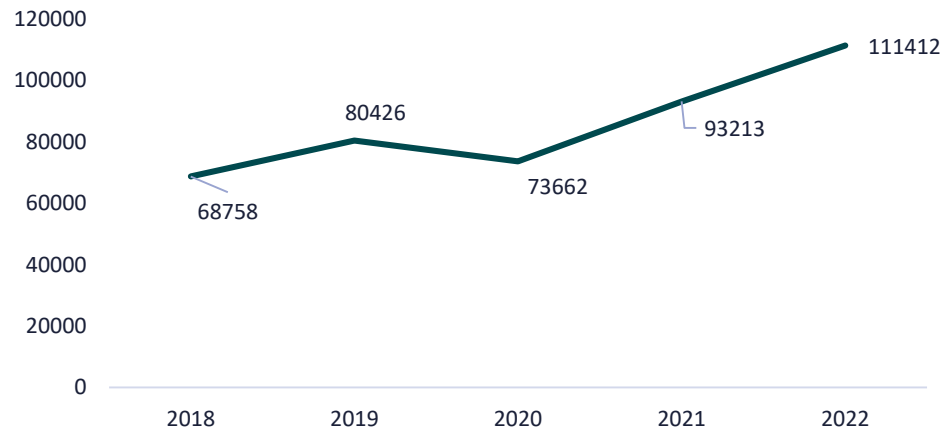


Det finnes ikke god data på første undersøkelse før second opinions, og det er dermed ikke mulig å konkludere hvem som leverer best kvalitet på første undersøkelse.

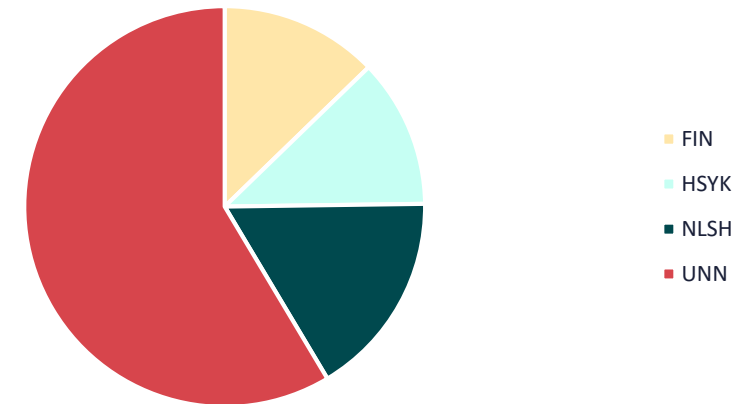
Tilsendte data for Ø-hjelp viser en stor økning per år, og vi ser et behov for overordnet styring og planlegging for å håndtere dette store volumet

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn – Ø-hjelp

Antall gjennomførte undersøkelser på Ø-hjelp fra 2018 til 2022



Antall gjennomførte undersøkelser på Ø-hjelp fra 2018 til 2022



Antall undersøkelser på Ø-hjelp har hatt en økning frem mot 2021, vi forventer en kraftig økning også i år (111 412 er et estimat basert på volumet så langt i år). Ø-hjelp utgjør ca. **31% av totalt antall undersøkelser, og det er dermed behov for overordnet styring og planlegging for å håndtere dette store volumet.**

Over halvparten av alle undersøkelsene gjennomføres på UNN. Data vi fikk tilsendt inneholdt ikke en oversikt over hvilke typer undersøkelser av eksempelvis CT, MR og røntgen som det er mest Ø-hjelp på, dette er noe en kan undersøke nærmere til høsten.

Samarbeidet med de private aktørene byr på utfordringer innen kommunikasjon, kvalitet og kapasitet. Vi ser ikke at det stilles klare krav til samarbeidet, noe som skaper uenigheter

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn – Samarbeid med private aktører

Private aktører benyttes aktivt i dag for å dekke behovet for kapasitet knyttet til radiologiske undersøkelser og beskrivelser.

Gjennom kartleggingen har vi fått innsikt i at det ikke eksisterer et veldig godt samarbeid med de private aktørene. Dette begrunnes med at kvaliteten på beskrivelsene ofte ikke er gode nok og at det må gjennomføres en second opinion, dette får vi imidlertid ikke testet ut ettersom det ikke eksisterer data fra hvor second opinion kommer fra.

Flere mener at de private leverer godt nok på «standard» undersøkelser, men at det sjelden er godt nok på de mer kompliserte undersøkelsene. Dette mener sykehusene kommer av at de private aktørene stort sett kun ansetter generelle radiologer, og ikke radiologer med spesialisering innenfor organområder. En antar også at de private sliter med å rekruttere god nok kompetanse på lik linje med Helse Nord. Avtalene som eksisterer i dag har noen mangler hva gjelder spesifiserte krav til kvalitet og kontroll av etterlevelse.

Til tross for at Helse Nord mener at kvaliteten ikke er god nok, har de private aktørene mye ledig kapasitet og stiller seg spørrende til påstanden om manglende kvalitet grunnet lite konkret tilbakemelding på hva som kan gjøres annerledes. De søker derfor en mer systematisk tilnærming hva gjelder avvik og tilbakemeldinger.

Det er derfor et behov for å gjennomgå avtalene med de private aktørene for å vurdere hvordan samarbeidet kan forbedres slik at en oppnår bedre kvalitet i arbeidet de leverer til helseforetakene.

Vi opplever vel ikke å få den hjelpen vi trenger fra det private - altså at det er mer sånn at de tilbyr den tjenesten de tilbyr men det er ikke nødvendigvis det vi trenger - det skyldes nok at de også sliter med å få tak i kompetanse.

De er ikke subspecialisert i organgruppen ergo så er det ikke samme kvaliteten på beskrivelsene som du kan forvente fra oss.

Tas samme pasienten på UNN med samme problemstilling så bruker vi lengre tid - vi tar flere bilder - flere serier og det er grundige undersøkelser.

De gjør ikke de mest kompliserte undersøkelsene - for det er klart at de private gjør de enkle som de kan gjøre mange av og som de kan tjene godt på en måte.

Vi har observert manglende kompetanse til planlegging av forutsigbar drift, uklarheter knyttet til definisjonen og måling av kapasitet samt avvik mellom antatt og opplevd kapasitet

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Operasjonsstuekapasitet

I kartleggingen kom vi i dialog med Snorre Manskow Sollid som er driftsleder for operasjonsvirksomheten i UNN HF. Han jobber med Morten Espejord hvor de sammen har etablert et styringssystem for operasjonsvirksomhet i UNN. Rammeverket baserer seg på virksomhetsplanlegging med kartlegging av teoretisk behov og teoretisk kapasitet, algoritmer for preoperativ planlegging og fastsatte styringsmål. De bruker aktivt SAS Analytics til å måle og vurdere tiltaksområder i sitt forbedringsarbeid. I spørreundersøkelsen svarte 6 av 7 at de ikke hadde et bevisst forhold til måling av kapasitet, samt at de ikke hadde kjennskap til og/eller brukte SAS Analytics til måling og planlegging av kapasiteten.

Styringssystemet med Snorre i spiss påvirker også andre forbedringsområder og de er godt i gang med prosjekter som det allerede hentes gode effekter fra:

*Verktøykassa – forbedring av arbeidsflyt på operasjonsstua

UNN har jobbet med å forbedre utvalgte prioriterte pasientforløp og har utarbeidet rammeverket «Verktøykassa» som beskriver fremgangsmåten. Foreløpig har de gjennomført forbedring av hofteproteser og har lyktes i å øke fra 2 til 3 operasjoner på samme tid. Rammeverket er foreløpig ikke delt med andre helseforetak, med unntak av Narvik som nå ser på kneproteser. Kristin Sjøvik har en sentral rolle for gjennomføringen og forankringen.

*Gjennomgang av Ø-hjelp

UNN ser på forbedringer knyttet til deres organisering og utnyttelse av den kirurgiske Ø-hjelps kapasiteten i AnOp. Dette arbeidet ledes av Kristin Sjøvik og Kristine Wærhaug. Deres eksisterende system har mange gode kvaliteter og har vekket interesse fra andre regioner som ønsker å ta i bruk tilsvarende system.

*Fra døgn til dag til poliklinikk

Grunnet kapasitetsutfordringer både innenfor heldøgnskirurgi og dagkirurgi i UNN, har det blitt sett på muligheten for optimalisering av operasjonsvirksomheten gjennom å flytte ut flere egnede inngrep og prosedyrer fra tradisjonelle kirurgiske kapasiteter til poliklinikk. Dette prosjektet er også ledet av Kristin Sjøvik.

Videre viste intervjuene at ansvarlig ressurs for planlegging av operasjonsstuekapasitet varierer i de respektive sykehusene, innspill viste at det var flere forskjeller hva gjelder kompetansen for og prosesser knyttet til planleggingen av kapasitet og operasjonsstueprogram. Flere pekte på manglende kommunikasjon og samhandling med operatører og nøkkelressurser, mens andre så behovet for en koordinator som ser det overordnede bildet og kan samhandle på tvers av helseforetakene. Videre er det identifisert avvik mellom antatt kapasitet og opplevd kapasitet. Ufullstendig data og styringsinformasjon byr også på utfordringer ettersom ledelsen kan risikere å ta feile beslutninger og iverksette tiltak med liten eller ingen effekt.

AVD	Antall unike operasjonsstuer i bruk fra RHFet	Faktisk antall operasjonsstuer i bruk	Avvik	Kommentar
Mo i Rana	5	4	-1	Avviket skyldes trolig at det ene rommet blir brukt til tannbehandling, blodprøver i narkose ol, det regnes ikke som en operasjonsstue
Sandnessjøen	5	4	-1	Avviket skyldes at en operasjonsstue brukes til tannbehandling
Mosjøen	4	3	-1	Avviket skyldes at en stue er dedikert til en spesifikt type behandling (steinknusing med ultralyd)
Bodø	16	13/14	-3/-2	Avviket skyldes trolig at en stue blir brukt av øyeavdelingen, samt at det har blitt inkludert MR-stuer som regnes som perifere stuer til røntgen med angio-lab.
Vesterålen	4	4	0	
Lofoten	5	3	-3	
Tromsø	30	20*	-10	*8 dagkirurgi (hvorav 2 til robotkirurgi) og 12 stuer innsluset
Harstad	8	8	0	
Narvik	5	5	0	
Hammerfest	5	5*	0	*Har kun ressurser til å operere på 3/2 på fredager
Kirkenes	4	4	0	
Alta	1	1*	0	*Bevilget 15 MNOK til bygging av 2 nye operasjonsstuer



Tallene på operasjonsstryk er høy i hele regionen. Det er særlig 4 koder som benyttes mye, men det jobbes ikke systematisk med tiltak for å redusere operasjonsstryk

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn - Operasjonsstryk

I intervjuene på temaet operasjonsstryk pekte flere på utfordringer med koden «manglende indikasjon for operasjon». I tillegg ser vi tre andre koder med høyt antall operasjoner strøket; «pasient syk», «pasient ønsker ikke kirurgi» og «tidspunkt passer ikke». Selv om disse begrunnelsene burde blitt avdekket mer enn 24t før en operasjon har vi fått inntrykk av at få faktisk jobbet med forbedringsarbeid for å analysere tall og etablere nødvendig tiltak. Dette med unntak av Helgelandssykehuset som har tatt opp igjen et prosjekt som startet for noen år siden, men stoppet på grunn av manglende fremgang. De tester nå to konkrete tiltak som går på pasientkontakt og planlegging.

Våre funn viser også at bruken av koder og hvilken betydning koden har er vurdert ulikt mellom sykehusene, noe som gjør at det foreligger valideringsutfordringer av dataene. Det kom et sterkt ønske om at kodene gjennomgås, samt at kodene fremover forvaltes regionalt for å etablere lik prosess for bruk av kodene fremover.

Strykningskategorier	Avsluttkode	Total	% Total
		Antall operasjoner strøket (ikke ordinært avsluttet)	Antall operasjoner strøket (ikke ordinært avsluttet)
Sykehus - ikke klinisk årsak	Mangler operasjonsstue	1	0 %
	Mangler utstyr	1	0 %
	Overbooking/skiftetid/forsinkelse annen elektiv op	1 560	4 %
	Smitteverntiltak	2 863	8 %
	Utsatt grunnet øhjelp (annen pasient)	2 757	8 %
	Utsatt på grunn av øhjelp	5	0 %
	Utstyr - teknisk feil eller utilgjengelig	329	1 %
	Årsak ukjent/annet	1	0 %
Sykehus - klinisk årsaker	Ikke indikasjon for oepasjon	2 757	8 %
	Manglende indikasjon	3	0 %
	Manglende prøvesvar	1	0 %
	Mangelnde utredning	1 208	3 %
	Preoperative retningslinjer ikke fulgt	556	2 %
Årsaker hos pasient	Allerede behandlet	11	0 %
	Annet sykehusvalg	5	0 %
	Dårlig vær/transportproblemer	414	1 %
	Fritt sykehusvalg	5	0 %
	Pasient død	63	0 %
	Pasient har hatt operasjonen på annet sykehus	545	2 %
	Pasient ikke møtt og ingen beskjed	446	1 %
	Pasient syk	4 426	12 %
	Pasient ønsker ikke kirurgi	4 244	12 %
	Pasientrelatert årsak	246	1 %
Tidspunkt passer ikke	11 817	33 %	
Mangler	Mangler	1	0 %
Operasjonstidspunkt framskyndet	Operasjonstidspunkt framskyndet	1 576	4 %

Tallene er baser på tall fra 2019 og til mars 2022, aggregere vi opp tallene for 2022 ligger det noen lunde på nivå med fjoråret.

Samlet sett ser vi at en effektivisering av prosessene og bedre planlegging kan gi store besparelser

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn

Illustrasjon av potensielle besparelser basert på effektivisering av prosesser

I beregningen har vi estimert hvor mye tid man kan spare per aktivitet og hvor mange ganger det vil skje i løpet av et år.

Kost for en arbeidstime i normal arbeidstime er estimert til: **700kr/time**

Timelønn for overtidberegning er estimert til: **400kr/time**

Estimerte tidsbesparelser per år:

960 Second opinions (50% av 2021) * 2,5 timer **960 timer**

200 standardiserte pasientforløp * 3 timer **600 timer**

5205 ombookinger for operasjonsstryk (60% av 2021) * 15 min **2400 timer**

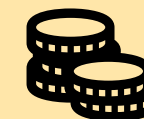
4301 timer * 700kr/time
3 010 700 kr

I tillegg kan vi gjennom reduksjon av operasjonsstryk oppnå **besparelser basert på færre unødvendige reiser:**

50 reiser * 6000 kr **300 000 kr**

Vi kan også anta at vi vil oppnå **mindre overtid** gjennom bedre utnyttelse av ressurser og mer effektive prosesser:

36 800 timer overtid * (400kr/time * 50%) **7 360 000 kr**



Tid
3,0 millioner
Reiser
0,3 millioner
Overtid
7,4 millioner

10,7
millioner kroner
spart per år

Prosjektet hadde tidlig en hypotese om at digitalisering og kunstig intelligens utgjør en stor mulighet for effektivisering av prosessene på radiologi – disse temaene ble imidlertid ikke prioritert i denne omgang og bør vurderes nærmere i videreføringen

Situasjonsbeskrivelse med hovedfunn

Muligheter innen digitalisering og kunstig intelligens

Innenfor området radiologi er det i hovedsak to systemer som benyttes:

1. PACS (picture archive classification system) benyttes som et digitalt bildearkiv
2. RIS (radiology information system) er et journalsystem som benyttes for å beskrive bilder og funn

Ifølge flere informanter fungerer disse systemene godt i dag, og det er en oppfatning at Helse Nord har godt integrerte og samvirkende systemer som gjør det mulig å utveksle informasjon på tvers av enheter.

Prosjektet hadde i tidlig fase en hypotese om at det lå et stort potensiale i digitalisering og videreutvikling av systemene gjennom bruk av blant annet kunstig intelligens som teknologi. Denne hypotesen ble tidlig bekreftet, men det ble likevel anbefalt å ikke fokusere på denne muligheten i første fase av prosjektet da disse mulighetene ligger lengre frem i tid.

Det ble derfor besluttet at videre dypdykk i muligheter innen digitalisering og kunstig intelligens for radiologi-området ble parkert i denne omgang. I en videreføring av prosjektet anbefales det å ta opp disse temaene og gjennomføre ytterligere analyser for å avdekke mulighetsrommet.

Fremtidig mulighetsrom

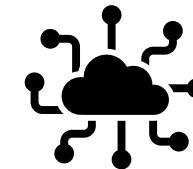
Dagens løsning



PACS



RIS



**Digitalisering og
kunstig intelligens**

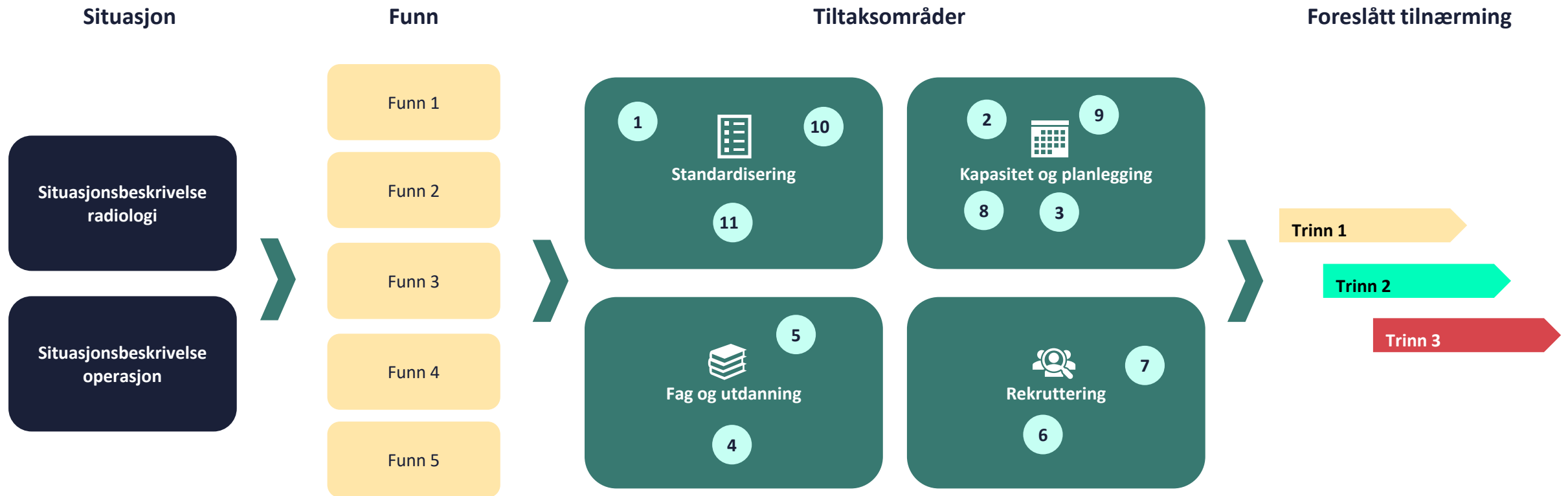


4. ANBEFALTE TILTAK OG MULIGE EFFEKTER



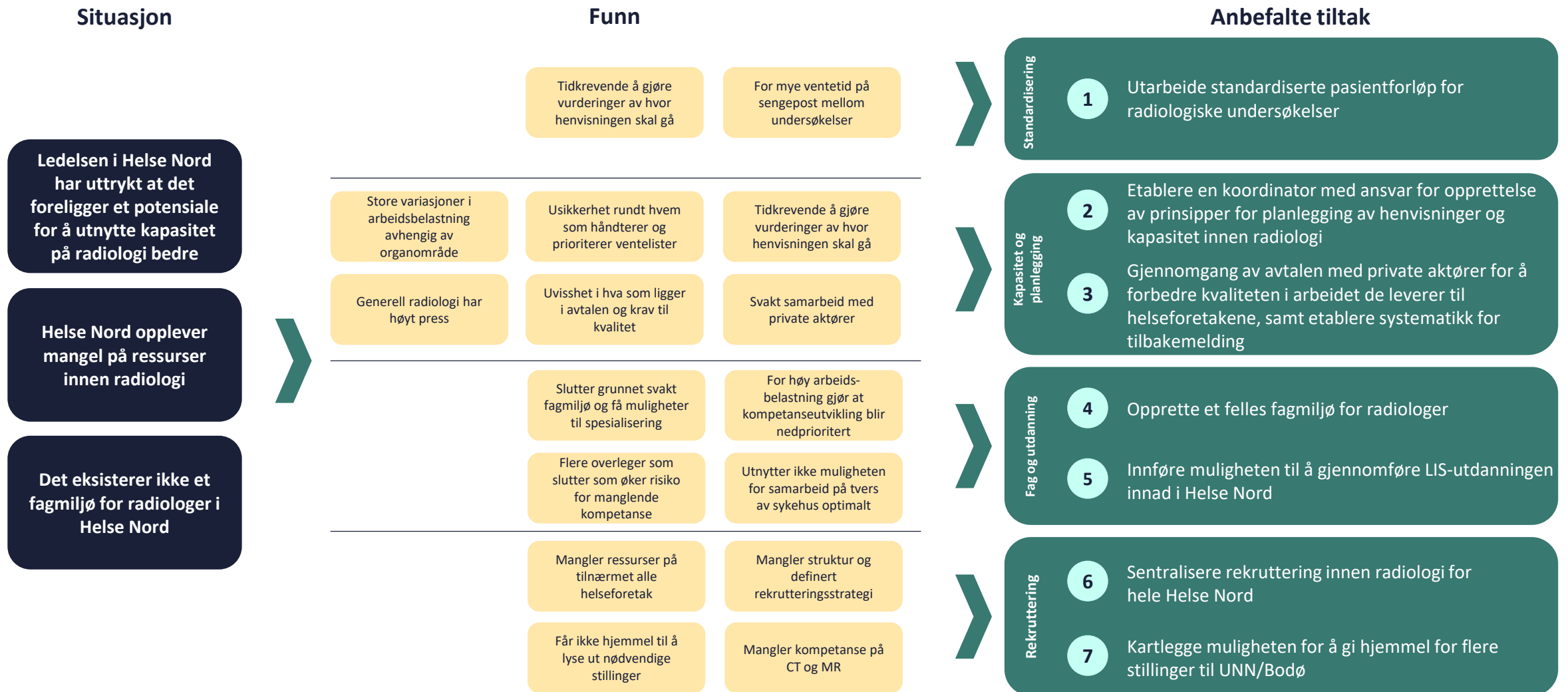
Kartleggingen har overordnet etablert fire tiltaksområder som utdypes og prioriteres*

Anbefalte tiltak og mulige effekter



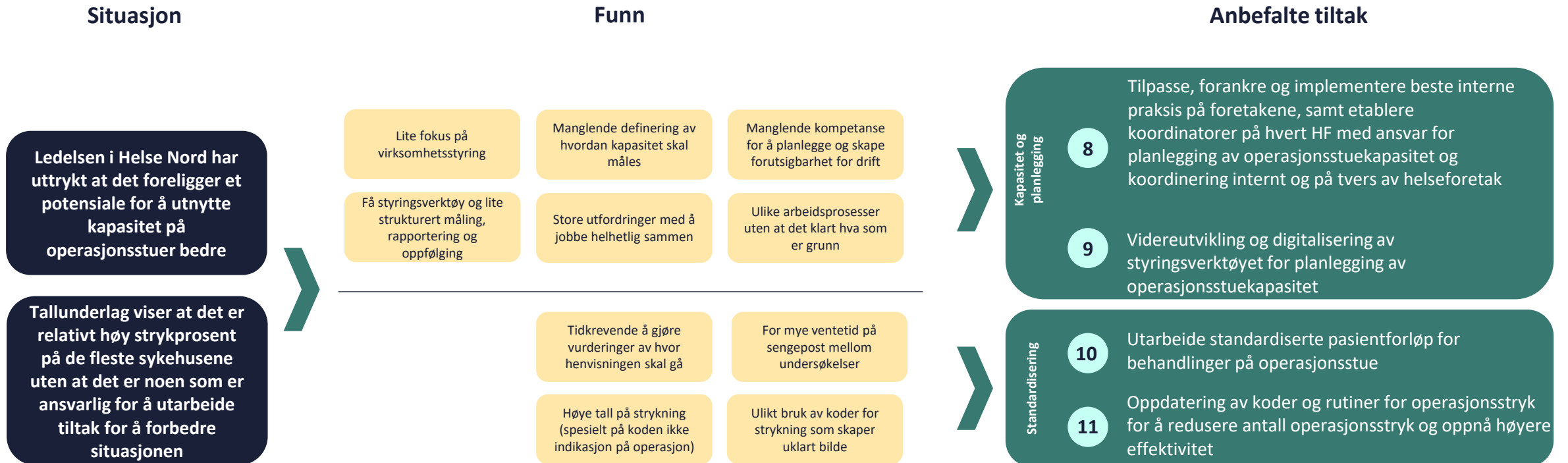
For radiologi anbefaler vi syv tiltak som kan bidra til å øke utnyttelsen av kapasitet og kompetanse på fagområdet

Anbefalte tiltak og mulige effekter



For operasjonsstue anbefaler vi fire tiltak som kan bidra til å øke utnyttelsen av kapasitet og kompetanse på fagområdet

Anbefalte tiltak og mulige effekter



Tiltakene innen kategorien «standardisering» handler om å standardisere pasientforløp, samt koder og rutiner for operasjonsstryk

Anbefalte tiltak og mulige effekter

Standardisering

Utarbeide standardiserte pasientforløp for radiologiske undersøkelser

Utarbeide standardiserte pasientforløp for behandlinger på operasjonsstue

Oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk for å redusere antall operasjonsstryk og oppnå høyere effektivitet

Tiltakene går ut på å kartlegge og definere et sett av standardiserte pasientforløp som inkluderer både radiologiske undersøkelser og behandlinger på operasjonsstue. Tiltakene vil gjennomføres for pasientforløp som forekommer ofte, og de skal kunne gjennomføres på samme måte hver gang. For radiologi anbefales det å etablere en prosjektgruppe med radiografer som jobber systematisk med standardisering av protokoller. Et eksempel fra arbeidet anestesi og operasjonsavdelingen i UNN har gjort på området er hofteproteser. Der har de effektivisert pasientforløpet slik at de har klart å gjennomføre 3 operasjoner mot tidligere 2 innenfor samme tidsrom.

Tiltaket går ut på å gå gjennom alle kodene for operasjonsstryk og oppdatere disse til å være mer relevante. I tillegg ønsker tiltaket å klargjøre og kommunisere ut hvordan kodene bør brukes på best mulig måte, samt innføre systematiske prosesser for å jobbe med tiltak for å redusere antall operasjonsstryk.



Forventede effekter

- Mer effektiv håndtering av pasientforløp som forekommer ofte
- Lik behandling uansett hvor du bor og hvilket sykehus du kommer til
- Økt utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet
- Høyere gjennomføringsgrad
- Mindre tid på sengepost
- Mindre ventetid
- Lavere antall operasjonsstryk
- Bidrar til styrket fagmiljø for radiologi gjennom opprettelse av arbeidsgruppe og ansvarsområder

Tiltakene innen «kapasitet og planlegging» for radiologi handler om etablering av en koordinatorrolle samt å styrke samarbeidet med private aktører

Anbefalte tiltak og mulige effekter



Kapasitet og planlegging (1/2)

Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi



Tiltaket går ut på å innføre en regional koordinator som eier prosessene rundt planlegging på tvers av hele regionen. Det vil også være hensiktsmessig å ha en egen koordinator per helseforetak. Planleggingen vil videre være basert på prinsipper som eksempelvis X antall timer per uke til undersøkelse Y eller på optimering av undersøkelser per LIS tilpasset ønsket spesialisering og utviklingsløp. Det vil være koordinatorens ansvar å utvikle disse prinsippene, et rammeverk for planlegging og å jobbe med å kontinuerlig optimalisere prosessene for planlegging.

Gjennomgang av avtalen med private aktører for å forbedre kvaliteten i arbeidet de leverer til helseforetakene, samt etablere systematikk for tilbakemelding



Tiltaket går ut på å gjennomgå alle avtaler med private aktører som Helse Nord samarbeider med, da disse avtalene i dag blir ansett som ufullstendige. I gjennomgangen vil en se på muligheten for å forbedre samarbeidet og kvaliteten på arbeidet de leverer. Tiltaket vil også vurdere hvordan samarbeidet med private aktører kan inngå i en fremtidig styringsløsning for planlegging av henvendelser på radiologi.



Forventede effekter

- Mindre manuelt arbeid
- Mindre ventetid, kortere ventelister
- Bedre utnyttet kapasitet
- Bedre ressursutnyttelse for både administrative og faglige stillinger
- Mer forutsigbar arbeidshverdag
- Bedre oppfølging av utviklingsløp og progresjon på spesialisering
- Bedre samarbeid med private aktører
- Effektiv planlegging av intern og ekstern kapasitet
- Færre second opinions

Tiltakene innen «kapasitet og planlegging» på operasjonsstue handler om å tilpasse og videreutvikle beste interne praksis for planlegging av henvisninger

Anbefalte tiltak og mulige effekter



Kapasitet og planlegging (2/2)

Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis på foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak



Tiltaket går derfor ut på å innføre en koordinator for planlegging av operasjonsstuekapasitet på hvert HF som kan lede en videreføring og tilpasning av rammeverket og styringssystemet for planlegging av operasjonsstuekapasitet, heretter kalt «Operasjonsplanleggeren». Operasjonsplanleggeren må så testes på alle foretakene, evalueres og justeres før det implementeres i sin helhet.

Videreutvikling og digitalisering av styringsverktøyet for planlegging av operasjonsstuekapasitet



I tillegg til å rulle ut rammeverket som allerede eksisterer til resten av Helse Nord, vil dette tiltaket kartlegge muligheten for å videreutvikle og digitalisere styringsverktøyet. Her vil vi se på muligheten for å digitalisere det manuelle arbeidet som i dag gjøres i Excel. For å gjennomføre dette vil vi starte med å dra erfaringer fra prosjektet som er satt i gang på OUS.



Forventede effekter

- Høyere utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet
- Høyere gjennomføringsgrad
- Kortere ventelister
- Generelt bedre resultater på indikatorene i målekortet:
 - Tilgjengelighet
 - Effektiv drift
 - Kvalitet og pasientsikkerhet

Tiltakene innen kategorien «fag og utdanning» handler om å opprette et fagmiljø for radiologer og å gjøre LIS-utdanningen mer fleksibel

Anbefalte tiltak og mulige effekter

Fag og utdanning

Opprette et felles fagmiljø for radiologer

Tiltaket går ut på å opprette et fagmiljø for radiologer. Dette inkluderer både et faglig og sosialt fellesskap for læring og utvikling, men også utarbeidelse av standard prosedyrer og protokoller til etterlevelse blant både radiografer og radiologer.

Innføre muligheten til å gjennomføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord

Tiltaket går ut på å opprette et utdanningsprogram for LIS som gjør det mulig å gjennomføre utdanningen ved rulling til flere sykehus innad i Helse Nord. På den måten blir det mulig for de som er i LIS-utdanningen å beholde sin tilhørighet til lokalsykehuset samtidig som de fullfører spesialiseringen på andre sykehus. Ved endt utdanning kan de vende tilbake til lokalsykehuset.



Forventede effekter

- Flere radiologer blir utdannet i Helse Nord
- Flere radiologer blir værende på sykehuset der de gjennomførte LIS-utdanningen
- LIS'er får flere overleger tilgjengelig for opplæring og tilbakemeldinger i utdanningsløpet
- Pasientene får et like godt tilbud uansett hvor man bor
- Mer eierskap og motivasjon
- Bedre fellesskap - faglig og sosialt
- Økt faglig utvikling → bedre kvalitet på arbeidet

Tiltakene innen kategorien «rekruttering» handler om å sentralisere rekrutteringsfunksjonen og å skaffe hjemmel til å rekruttere flere

Anbefalte tiltak og mulige effekter

Rekruttering

Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Tiltaket går ut på å sentralisere rekrutteringen til alle helseforetakene i Helse Nord. Dette vil innebære en sentral HR-funksjon med ansvar for rekruttering av både LIS og overleger på radiologi slik at ikke ansvaret faller på de ulike avdelingene hos sykehusene. Tiltaket innebærer også å styrke rekruttering som fag i Helse Nord hvor det må iverksettes en strategi og prosesser for rekruttering for hele foretaket. Dette vil også omfatte en gjennomgang av (økonomiske) insentiver, markedsføringsmateriell etc. som en del av rekrutteringen.

Kartlegge muligheten for å gi hjemmel for flere LIS-stillinger til UNN/Bodø

Tiltaket går ut på å få hjemmel til å lyse ut flere LIS-stillinger på radiologi til UNN/Bodø. Gjennom innføring av tiltaket tar en utgangspunkt i at et visst antall radiologer kommer til å slutte i løpet av noen år, men gjennom å ansette mange er en sikret at en vil sitte igjen med nok ansatte i stillingene.



Forventede effekter

- Lavere risiko for å ha stillinger som ikke er bemannet
- Mindre tid på vakt og mer tid til å gjennomføre utdanningsaktiviteter for LIS under utdanning
- Tiltrekker og ansetter flere kandidater
- Ansetter riktige kandidater som er motiverte til å bli i Helse Nord etter endt utdanning
- Mer fornøyde ansatte
- Flere vakter som dekkes og mindre overtid

Oppsummert vil tiltakene resultere i følgende gevinster for Helse Nord 1 (3)

Anbefalte tiltak og mulige effekter



Høyere utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet

Gjennom å innføre en koordinator som kan jobbe med å forbedre rammeverket og styringssystemet for planlegging av kapasitet på operasjonsstue, samt å gjennomgå kodene for operasjonsstryk kan vi oppnå en bedre utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet. Bedre planlegging vil bidra til at en enklere kan fylle opp alle timer på operasjonsstuen, og en kan også unngå at flere operasjoner blir strøket.



Kortere ventelister

Bedre planlegging av kapasitet både på radiologi og operasjonsstue kan føre til mindre ventelister. Flere oppfylte timer på operasjonsstuen og optimering av oppsett av undersøkelsene på radiologi bidrar til kortere ventelister. Tiltakene vil også se på hvordan ulike radiologiske undersøkelser og operasjoner skal prioriteres opp mot hverandre, og også dette fører til at pasientene med høyest prioritet blir behandlet raskt og ventelisten for mindre prioriterte pasienter blir kortere.



Lik behandling uansett lokasjon

Flere av tiltakene handler om å standardisere både måten man jobber på, men også måten man planlegger. Gjennom å innføre koordinatorene som har oppsyn om alt, i tillegg til å standardisere rutiner, kan vi sørge for at pasientene får lik behandling uansett lokasjon. Eksempelvis kan utarbeidelse av standardiserte pasientforløp bidra til at pasienten får lik behandling på alle sykehus.



Mer effektiv behandling av ofte forekomne pasientforløp

Standardisering av pasientforløp vil bidra til mer effektiv behandling av de pasientforløpene som forekommer ofte. Gjennom å standardisere hele pasientforløpet vil pasienten unngå mye venting på sengepost eller hjemme, og det bidrar også til mer forutsigbarhet for både pasienter, radiologer og klinikere i form av synlighet rundt prosessen og hva som er neste steg.

Oppsummert vil tiltakene resultere i følgende gevinster for Helse Nord 2 (3)

Anbefalte tiltak og mulige effekter



Færre second opinions

Tiltakene som handler om standardisering, samt opprettelse av fagmiljø og gjennomgang av avtalen med private aktører er alle tiltak som bidrar til bedre kvalitet på radiologiske undersøkelser. Det er viktig å skape et godt fagmiljø blant radiologene i tillegg til å samarbeide godt med de private aktørene. Innføringen av disse tiltakene vil bidra til at kvaliteten på beskrivelser blir bedre og at en oppnår færre second opinions.



Bedre faglig samarbeid, motivasjon og kompetanse

Spesielt innenfor området radiologi er det et stort potensiale for å forbedre det faglige samarbeidet. Et fagmiljø for radiologer vil bidra til økt kompetanse, bedre kvalitet i arbeidet som utføres, og ikke minst bedre samhold og samarbeid mellom sykehusene. Dersom radiologene opplever at de mestrer jobben og har tid til faglig utvikling kan dette også føre til høyere motivasjon for jobben.



Tiltrekker og ansetter flere kandidater

Tiltakene som omhandler sentralisering av rekruttering, utlysning av flere stillinger og forbedring av dagens utdanningsløp vil alle bidra til at en tiltrekker og ansetter flere kandidater. Like viktig som å ansette flere er også å skape et godt arbeidsmiljø gjennom eksempelvis et godt fagmiljø for radiologer. Slike tiltak er svært viktig for å beholde de ansatte slik at en ikke mister de som har blitt rekruttert med en gang.



Mindre overtid

Det er grunn for å tro at både tiltakene som bidrar til bedre planlegging, men også tiltrekking av ansatte kan bidra til mindre overtid for radiologene. Bedre planlegging vil bidra til mer forutsigbarhet og mindre åpne vakter som må fylles. Flere ansettelser vil likevel være helt kritisk for å bidra til at radiologene har nok ressurser til å dekke alle vakter.

Oppsummert vil tiltakene resultere i følgende gevinster for Helse Nord 3 (3)

Anbefalte tiltak og mulige effekter



Mer tid til å gjennomføre aktiviteter i utdanningsløp

Gjennom å opprette et fagmiljø for radiologer samt å innføre muligheten til å fullføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord vil radiologene få mer tid til å fullføre aktiviteter i utdanningsløpet sitt. Også ansettelse av flere radiologer samt bedre planlegging av kapasitet kan føre til mindre overtidsarbeid og mer tid til studier.



Mindre turnover blant overleger

Det foreslåtte tiltaket om å innføre muligheten til å gjennomføre hele LIS-utdanningen innad i Helse Nord vil trolig bidra til at ferdig spesialiserte radiologer forblir på de lokale sykehusene. Ved å gi et bedre tilbud om fullføring av utdanningen i Helse Nord sammenlignet med å fullføre læreplanmålene utenfor regionen, vil trolig flere overleger ta fast stilling i Helse Nord.



Mer fremadrettet teknologi i Helse Nord

På UNN er det allerede satt i gang et arbeid med å utvikle et rammeverk for planlegging av operasjonsstuekapasitet. Her eksisterer det et potensiale for å digitalisere og ta i bruk mer fremadrettet teknologi.



Bedre samarbeid med private aktører

Tiltakene om å gjennomgå avtalen med private aktører vil trolig bidra til bedre samarbeid med aktørene. Dette kan igjen føre til at en er mer sikker på hvilke undersøkelser som egner seg å bli gjennomført av private aktører og hvilke som bør gjennomføres internt. Til slutt vil dette føre til bedre kvalitet på beskrivelsene og færre second opinions.



5. FORSLAG TIL TILNÆRMING OG VEIEN VIDERE



Vi foreslår å gjennomføre tiltak trinnvis, basert på avhengigheter, med tre tiltak i trinn 1

Forslag til tilnærming og veien videre

Vi foreslår en tilnærming hvor vi prioriterer å etablere koordinatorene med en helhetlig oversikt over drift og planlegging for både radiologi og operasjonsstue, i tillegg til å sentralisere rekrutteringen. Disse tiltakene vil være essensielle å få på plass før en tar tak i de resterende tiltakene.

Trinn 1



Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi



Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis på foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak



Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Trinn 2

Gjennomgang av avtalen med private aktører for å kunne forbedre kvaliteten i arbeidet de leverer til helseforetakene, samt etablere systematikk for tilbakemelding

Opprette et felles fagmiljø for radiologer

Utarbeide standardiserte pasientforløp for radiologiske undersøkelser



Utarbeide standardiserte pasientforløp for behandlinger på operasjonsstue

Oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk for å redusere antall operasjonsstryk og oppnå høyere effektivitet

Innføre muligheten til å gjennomføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord

Kartlegge muligheten for å gi hjemmel for flere stillinger til UNN/Bodø

Trinn 3

Videreutvikling og digitalisering av styringsverktøyet for planlegging av operasjonsstuekapasitet (fyrårnsprosjekt innovasjon)



Tiltak for radiologi



Tiltak for operasjonsstue



Mulighet for å slå sammen på sikt



Den første gruppen av tiltak omhandler planlegging av kapasitet og utvikling av kompetanse innen radiologi

Forslag til tilnærming og veien videre

Aktivitetene under trinn 2 vil ha stor fordel av å ha en sentral koordinator som kan følge opp og koordinere fremdriften. Den foreslåtte koordinatoren for planlegging bør ha det overordnede ansvaret for planlegging av henvisninger innen radiologi i Helse Nord, men kan også ha det ansvar for å utnevne ansvarlige arbeidsgrupper og personer som tar ansvar for de resterende tiltakene. Både avtalen med private aktører, utarbeidelse av protokoller i et fagmiljø samt standardiserte pasientforløp er aktiviteter som uansett må ses i sammenheng med de overordnede prinsippene for planlegging. Det vil derfor være essensielt å etablere koordinator-rollen før en iverksetter de resterende tiltakene.

Trinn 1



Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi

Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis på foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak



Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Trinn 2

Gjennomgang av avtalen med private aktører for å kunne forbedre kvaliteten i arbeidet de leverer til helseforetakene, samt etablere systematikk for tilbakemelding

Opprette et felles fagmiljø for radiologer

Utarbeide standardiserte pasientforløp for radiologiske undersøkelser

Utarbeide standardiserte pasientforløp for behandlinger på operasjonsstue

Oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk for å redusere antall operasjonsstryk og oppnå høyere effektivitet

Innføre muligheten til å gjennomføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord

Kartlegge muligheten for å gi hjemmel for flere stillinger til UNN/Bodø

Trinn 3

Videreutvikling og digitalisering av styringsverktøyet for planlegging av operasjonsstuekapasitet (fyrårnsprosjekt innovasjon)



Tiltak for radiologi



Tiltak for operasjonsstue



Mulighet for å slå sammen på sikt



Den andre gruppen av tiltak omhandler planlegging av kapasitet og utvikling av kompetanse på operasjonsstue

Forslag til tilnærming og veien videre

Aktivitetene under trinn 2 vil ha stor fordel av å ha en sentral koordinator per HF som kan følge opp og koordinere fremdriften. Den foreslåtte koordinatorrollen for planlegging bør ha det overordnede ansvaret for planlegging av operasjonsstuekapasitet i Helse Nord, men kan også ha ansvar for å utnevne ansvarlige arbeidsgrupper og personer som tar ansvar for de resterende tiltakene. Både utarbeidelse av standardiserte pasientforløp og oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk er aktiviteter som uansett må ses i sammenheng med det overordnede rammeverket og styringssystemet for planlegging. Videreutvikling og digitalisering av verktøyene bør også ligge under koordinatorens ansvarsområde, men dette ligger lenger frem i tid.

Trinn 1



Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi



Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis på foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak



Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Trinn 2

Gjennomgang av avtalen med private aktører for å kunne forbedre kvaliteten i arbeidet de leverer til helseforetakene, samt etablere systematikk for tilbakemelding

Opprette et felles fagmiljø for radiologer

Utarbeide standardiserte pasientforløp for radiologiske undersøkelser

Utarbeide standardiserte pasientforløp for behandlinger på operasjonsstue

Oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk for å redusere antall operasjonsstryk og oppnå høyere effektivitet

Innføre muligheten til å gjennomføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord

Kartlegge muligheten for å gi hjemmel for flere stillinger til UNN/Bodø

Trinn 3

Videreutvikling og digitalisering av styringsverktøyet for planlegging av operasjonsstuekapasitet (fyrårnsprosjekt innovasjon)



Tiltak for radiologi



Tiltak for operasjonsstue



Mulighet for å slå sammen på sikt



Den tredje gruppen av tiltak omhandler rekruttering på radiologi

Forslag til tilnærming og veien videre

Tiltakene som skal bidra til rekruttering på radiologi vil ha stor nytte av å først sentralisere rekrutteringen for hele Helse Nord. Gjennom å opprette en sentral HR-funksjon og strategi for rekruttering kan en enklere ta stilling til og jobbe videre med tiltakene under trinn 2. Den sentrale HR-funksjonen vil da legge føringer for øvrige tiltak innen temaet rekruttering.

Trinn 1



Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi



Tilpasse, forankre og implementere beste interne praksis på foretakene, samt etablere koordinatører på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak



Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Trinn 2

Gjennomgang av avtalen med private aktører for å kunne forbedre kvaliteten i arbeidet de leverer til helseforetakene, samt etablere systematikk for tilbakemelding

Opprette et felles fagmiljø for radiologer

Utarbeide standardiserte pasientforløp for radiologiske undersøkelser



Utarbeide standardiserte pasientforløp for behandlinger på operasjonsstue

Oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk for å redusere antall operasjonsstryk og oppnå høyere effektivitet

Innføre muligheten til å gjennomføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord

Kartlegge muligheten for å gi hjemmel for flere stillinger til UNN/Bodø

Trinn 3

Videreutvikling og digitalisering av styringsverktøyet for planlegging av operasjonsstuekapasitet (fyrårnsprosjekt innovasjon)



Tiltak for radiologi



Tiltak for operasjonsstue

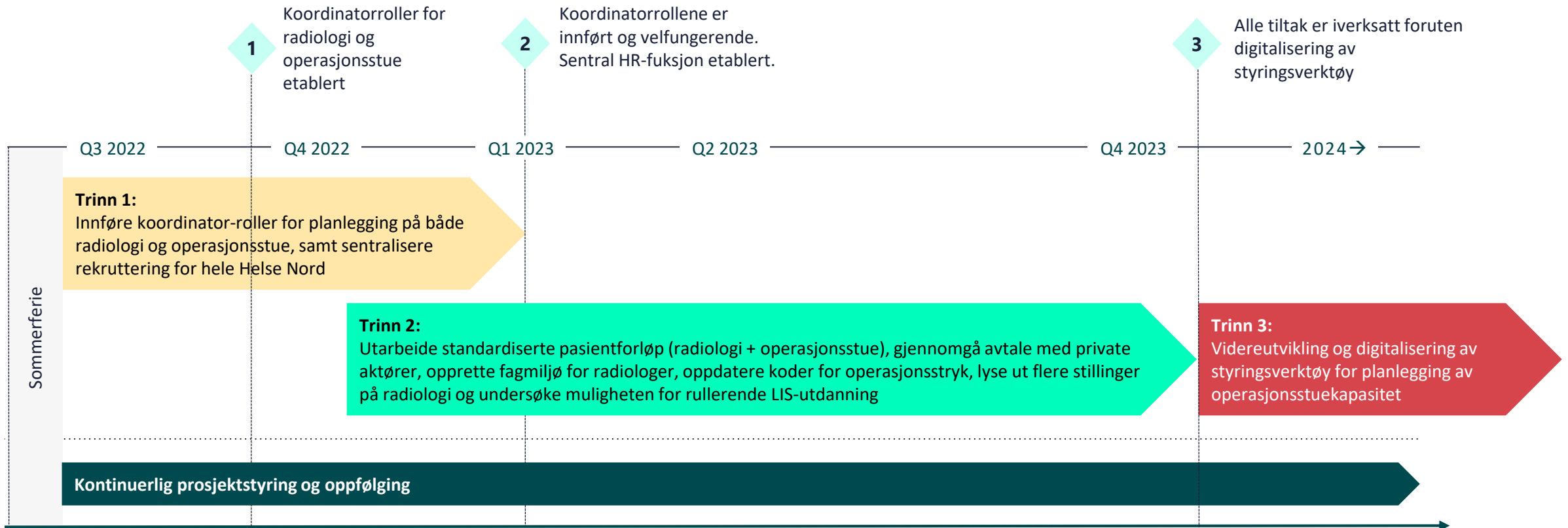


Mulighet for å slå sammen på sikt



Koordinator-rollene og sentralisering av rekrutteringsfunksjonen bør settes i gang i løpet av høsten 2022, før en starter på de øvrige tiltakene

Forslag til tilnærming og veien videre





APPENDIKS

Detaljerte beskrivelser av tiltak





Utarbeide standardiserte pasientforløp for radiologiske undersøkelser

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Funnene fra analysene viser at det finnes flere pasientforløp som forekommer ofte, dette kan eksempelvis være hoftebrudd eller hjerneslag. Disse pasientforløpene kunne i teorien vært gjennomført på akkurat samme måte hver gang, men de følger likevel samme rutiner som alle andre typer undersøkelser og pasientforløp. Dette fører til unødvendig mye venting og tid på sengepost i stedet for at pasienten automatisk kunne vært booket inn på neste avtale i pasientforløpet ettersom stegene i pasientforløpet vil være det samme i alle tilfeller.

Dette tiltaket går derfor ut på å kartlegge et antall standardiserte pasientforløp som skal gjennomføres på samme måte hver gang de forekommer. Hver gang en pasient kommer inn med hoftebrudd f.eks., så skal det være tydelig definert hvilke undersøkelser og steg pasienten skal gjennom før de forlater sykehuset. På den måten kan en oppnå mer effektiv håndtering av pasientforløp. Det kan være svært nyttig å sette sammen en gruppe radiografer som jobber systematisk med dette, med noe involvering og kvalitetssikring fra radiologer og annet relevant personell.

Kristin Sjøvik har jobbet med prosjekter på pasientforløp hvor de har utviklet et rammeverk for hvordan man skal jobbe med effektivisering av pasientforløp. De har valgt å kalle dette «Verktøykassa». Det kan være nyttig for prosjektgruppen som jobber med dette området å hente erfaring og inspirasjon fra deres arbeid.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Mer effektiv håndtering av pasientforløp som forekommer ofte
- Lik behandling uansett hvor du bor og hvilket sykehus du kommer til
- Mindre tid på sengepost
- Mindre ventetid
- Bidrar til styrket fagmiljø for radiologi gjennom opprettelse av arbeidsgruppe og ansvarsområder



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Utnevne en arbeidsgruppe som er ansvarlig for tiltaket
2. Velge ut 2-3 pasientforløp som kan kartlegges til å begynne med som har hyppige forekomster
3. Kartlegge de valgte pasientforløpene og utarbeide standardisert prosess
4. Gjøre en vurdering av hvordan prosessen kan gjennomføres i støtteverktøy for planlegging
5. Pilotere på 1-2 sykehus, gjennomføre nullpunktsmåling, måle over tid og evaluere
6. Rulle ut på resterende sykehus i Helse Nord
7. Opprette en plan for å kontinuerlig fortsette arbeidet med å kartlegge flere pasientforløp fremover



Etablere en koordinator med ansvar for opprettelse av prinsipper for planlegging av henvisninger og kapasitet innen radiologi

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Gjennom intervjuer med radiologer har det kommet frem at det er tidkrevende å gjøre vurderinger og prioriteringer av henvisninger. Det eksisterer heller ikke tydelige ansvar og roller for prioritering av henvisninger og ventelister. Mange radiologer starter på en liste og velger ut undersøkelser selv. Det forekommer ingen konkrete prinsipper for hvordan de skal prioritere når de plukker fra denne listen annet enn undersøkelser som er akutte eller haster (Ø-hjelp). Foruten dette ble det gitt inntrykk av at radiologene står fritt til å plukke undersøkelser de ønsker å gjennomføre, f.eks. at de ønsker å bli flinkere på CT-undersøkelser. Dette medfører lange ventelister, lange ventetider og at ikke alle pasientene får tilbud om like god behandling.

Dette tiltaket går derfor ut på å innføre en regional koordinator som kan koordinere planleggingen på tvers av hele regionen. Det vil også være hensiktsmessig å ha en egen koordinator per helseforetak. Denne koordinatoren vil ha ansvar for å utarbeide prinsipper for planlegging som radiologene per foretak må forholde seg til. Her kan både reduksjon av ventelister, effektivisering og den enkelte radiologens spesialisering være eksempler på prinsipper en kan planlegge etter. Eksempelvis kan en sette av X antall timer per uke til undersøkelse Y, planlegge for samme undersøkelse flere ganger etter hverandre, eller å optimere undersøkelser per LIS tilpasset ønsket spesialisering og utviklingsløp. Koordinatoren får ansvar for å kontinuerlig oppdatere og forbedre prinsippene og følge opp at dette gjennomføres på de ulike helseforetakene. I tillegg anbefales det at koordinatoren på sikt ser på muligheter for å utvikle et styringssystem (Excel eller annet format) for å enklere planlegge på de ulike foretakene. Her kan styringssystemet for planlegging av operasjonsstuekapasitet være til inspirasjon.

Her anbefales det å gå i dialog og trekke erfaring fra mennesker som allerede jobber med denne type metodikk, St. Olavs har etablert tilsvarende rolle, samt kan det være nyttig å snakke med UNN ved Snorre Manskow Sollid hvis rolle er å kartlegge og planlegge kapasitet for UNN HF.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Mindre manuelt arbeid
- Mindre ventetid, kortere ventelister
- Bedre utnyttet kapasitet
- Bedre ressursutnyttelse for både administrative og faglige stillinger
- Mer forutsigbar arbeidshverdag
- Bedre oppfølging av utviklingsløp og progresjon på spesialisering



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Definere rolle og ansvarsoppgaver for koordinator(er) og lyse ut stilling(er)
2. Hente erfaringer fra rammeverket brukt til planlegging av operasjonsstuekapasitet
3. Workshop: Utarbeide prinsipper for prioritering og planlegging av henvisninger
4. Utvikle rammeverk og styringssystem for planlegging av henvisninger på radiologi basert på prinsippene
5. Etablere rutiner for hvordan både radiologer og klinikere kan henvende seg til koordinatorene
6. Lansere den nye ordningen
7. Innhente tilbakemeldinger og kontinuerlig forbedre prosessen



Gjennomgang av avtalen med private aktører for å forbedre kvaliteten i arbeidet de leverer til helseforetakene, samt etablere systematikk for tilbakemelding

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Gjennom kartleggingen har vi fått innsikt i at det ikke eksisterer et veldig godt samarbeid med de private aktørene. Dette begrunnes med at kvaliteten på beskrivelsene ofte ikke er gode nok og at det ofte må gjennomføres en second opinion. Flere mener at de private leverer godt nok på «standard» undersøkelser, men at det sjelden er godt nok på de mer kompliserte undersøkelsene. Dette kommer av at de private stort sett har generelle radiologer. En antar at også de private sliter med å rekruttere god nok kompetanse, men når en betaler ganske mye for en slik avtale, så forventes det også at kvaliteten skal være deretter. Det er derfor et behov for å gjennomgå avtalene med de private aktørene for å vurdere hvordan samarbeidet kan forbedres slik at en oppnår bedre kvalitet i arbeidet de leverer til helseforetakene.

Tiltaket går ut på å gjennomgå alle avtaler med private aktører som Helse Nord samarbeider med. I gjennomgangen vil en se på muligheten for å forbedre samarbeidet og kvaliteten på arbeidet de leverer. Under forbedring av samarbeidet bør en også se på hvilken kompetanse en mangler og hvilken kompetanse de private kan levere på for å optimere hvilke undersøkelser som sendes til de private. Tiltaket vil også vurdere hvordan samarbeidet med private aktører kan inngå i en fremtidig styringsløsning for planlegging av henvisninger på radiologi.

Tilbakemelding fra det private er at de ønsker et bedre samarbeid, men opplever lite systematikk fra Helse Nord. Det er lite konkrete tilbakemeldinger og struktur. Dette gjør at det blir et avvik mellom hva de private aktørene tror de leverer av kvalitet mot hva Helse Nord føler de leverer av kvalitet. Det er behov for tydeligere kommunikasjon og samarbeid med det private som både sitter med ledig kapasitet og et ønske om mer involvering.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Bedre samarbeid med private aktører
- Bedre kvalitet i arbeidet som leveres av private aktører
- Effektiv planlegging av intern og ekstern kapasitet
- Færre second opinions



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Kartlegge KPI'er og måle kvaliteten av dagens samarbeid
2. Gjennomgå avtaler med private aktører
3. Kartlegge forbedringer som kan iverksettes og utarbeide en plan for arbeidet
4. Vurdere muligheten for å implementere private aktører i styringsløsning for planlegging
5. Innføre rutiner og systematikk for tilbakemeldinger
6. Gjennomføre forbedringer i samarbeidet med private aktører
7. Måle og evaluere



Opprette et felles fagmiljø for radiologer

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Funnene fra analysene viser at radiologene i Helse Nord mangler et godt fagmiljø. Dette kan underbygges av flere punkter:

- Radiologene mangler et faglig fellesskap – det er ikke lagt opp til noen felles samlinger eller andre arenaer for læring og utvikling foruten selve utdanningsløpet
- Det finnes ikke et sett med standard prosedyrer og protokoller for hvordan undersøkelser og beskrivelser skal gjennomføres, heller ikke et helhetlig sett av rutiner eller andre dokumenter som beskriver hvordan en radiograf og radiolog skal jobbe
- I tillegg har radiologene svært stor arbeidsbelastning grunnet ressursmangel, og tid til faglig utvikling og standardisering blir dermed nedprioritert

Dette tiltaket går derfor ut på å opprette et felles fagmiljø for radiologer. Dette inkluderer både et faglig og sosialt fellesskap for læring og utvikling, men også utarbeidelse av standard prosedyrer og protokoller til etterlevelse blant både radiografer og radiologer:

- Et faglig fellesskap for radiologer kan innebære flere elementer, eksempelvis:
 - Felles faglige samlinger i løpet av året med fysisk oppmøte
 - Publisere faglige artikler og annet relevant materiell på intranett eller annet fora
 - «Læringsplan» for aktuelle temaer som oppdateres hvert år
 - Korte seminarer/webinarer med aktuelle temaer
- Protokoller for radiografer og radiologer innebærer å opprette faste rutiner for hvordan en undersøkelse skal gjennomføres og beskrives. Dette vil bidra til at alle typer undersøkelser kan gjennomføres på alle sykehus så lenge en har utstyret tilgjengelig.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Pasientene får et like godt tilbud uansett hvor man bor
- Færre second opinions
- Tydelige ansvarsområder og rutiner
- Mindre feil i gjennomføring og vurdering av undersøkelser
- Mer eierskap og motivasjon for jobben
- Bedre fellesskap både faglig og sosialt
- Økt faglig utvikling → bedre kvalitet på arbeidet



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Etablere arbeidsgruppe for fagmiljøet og utvikling av protokoller
2. Workshop: Definere hva fagmiljøet skal innebære; hvilke møtepunkter, seminarer, roller og ansvar som inngår
3. Lyse ut stillinger for de ulike rollene som kreves til fagmiljøet, eks. opplæringsansvarlig og protokollansvarlig
4. Starte utarbeiding av protokoller (kontinuerlig arbeid i iterasjoner)
5. Oppstart fagmiljø: Etablere og kommunisere ut årshjul for fagmiljøet og sende innkalling til første samling(er)
6. Publisere protokoller og utarbeide en plan for opplæring og oppfølging
7. Gjennomføre opplæring og oppfølging for bruk av protokoller



Innføre muligheten til å gjennomføre LIS-utdanningen innad i Helse Nord

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Gjennom intervjuer med LIS under utdanning, overleger og utdanningsansvarlig for UNN i Tromsø har vi fått informasjon om hvordan utdanningsforløpet er for LIS'ene. LIS'ene har 335 læringsmål de må gjennom for å fullføre utdanningen, men ikke alle læringsmål tilbys på alle sykehusene i Helse Nord. Dette gjør at en LIS som f.eks. tar utdanningen sin i Bodø er nødt til å reise til f.eks. Tromsø eller Oslo for å fullføre læringsmålene som ikke var mulig å få gjennomført i Bodø. Dette medfører at mange velger å flytte sørover for å fullføre de siste læringsmålene mot slutten av utdanningen, og flere blir da værende sørpå uten å vende tilbake som praktiserende radiolog på sykehuset i nord. Resultatet er at det er mangel på radiologer i Helse Nord. (Merk at det også er andre årsaker enn utdanningsmuligheter som fører til at radiologer velger å forlate landsdelen, og denne problemstillingen er ikke tatt hensyn til i dette tiltaket).

Dette tiltaket går derfor ut på å opprette et utdanningsprogram for LIS som gjør det mulig å gjennomføre hele LIS-utdanningen innad i Helse nord, samtidig som man beholder en «base» på sitt lokale sykehus og blir fast ansatt som praktiserende radiolog der etter endt utdanning. Dette kan sammenlignes med en såkalt «gjennomstrømningsstilling» hvor en ansettes midlertidig på et annet sykehus for å gjennomføre gruppe 1-tjeneste (læringsmål som ikke tilbys på alle sykehus). Det finnes allerede en oversikt over hvilke sykehus som tilbyr ulike læringsmål, det eksisterer verktøy for å planlegge utdanningsløpet og koordinatorene på sykehusene som en kan ta utgangspunkt i når dette tiltaket settes i gang. Tiltaket går ut på å designe utdanningsløpet i form av logistikk (bosted, tid på lokasjon osv.) samt behov for overleger og utdanningskoordinatorene som er nødvendig for å kunne tilby alle læringsmålene til alle LIS i Helse Nord. Etter at ordningen er ferdig designet kan den testes på 1-2 sykehus før det rulles ut til resten av Helse Nord.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Flere fullfører LIS-utdanningen innad i Helse Nord
- Flere overleger blir værende på sykehuset der de gjennomførte LIS-utdanningen
- Behovet for å rekruttere overleger eksternt reduseres ved at overlegene utdannes i Helse Nord
- LIS'er får flere overleger tilgjengelig for opplæring og tilbakemeldinger i utdanningsløpet



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Etablere en arbeidsgruppe som kan bistå i utarbeidelse og design av ordningen
2. Etablere en regional utdanningskoordinator med ansvar for ordningen
3. Gjennomføre workshops for å utarbeide og designe ordningen
4. Definere evalueringskriterier for å vurdere om ordningen er en suksess
5. Rekruttere et antall LIS som kan tenke seg å teste ut ordningen
6. Gjennomføre test av ordningen og innhente tilbakemeldinger
7. Justere ordningen ut fra tilbakemeldingene en har fått
8. Rulle ut ordningen til resten av foretakene/sykehusene i Helse Nord



Sentralisere rekruttering innen radiologi for hele Helse Nord

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Funnene fra analysene viser at en av de største utfordringene på radiologi i Helse Nord er at det er mange radiologer som flytter fra landsdelen og at det er utfordrende å rekruttere nye radiologer. Mangelen på radiologer fører til lange ventelister, mye overtid og det bidrar også til utfordringer når det gjelder kompetanseutvikling og utdanningsløp. Årsakene til at folk slutter handler stort sett om familie og manglende fagmiljø og muligheter for spesialisering.

Det virker heller ikke å eksistere en definert rekrutteringsstrategi som ser på hvordan en kan rekruttere og beholde radiologer i regionen. Da dette ble presentert i møte 29.juni ble det imidlertid informert om at en strategi eksisterer, men innspill fra intervjuer tilsier at denne ikke er kjent rundt i Helse Nord blant de som er involvert i rekruttering.

I tillegg til en manglende/ikke utbredt rekrutteringsstrategi har funnene fra analysene vist at det også er utfordringer rundt å skape et godt arbeidsmiljø som kan bidra til å beholde radiologene i nord. Vi har blant annet blitt informert om at det ikke eksisterer en medarbeiderundersøkelse, dette er noe en bør ta tak i videre.

Tiltaket går derfor ut på å sentralisere rekrutteringen til alle helseforetakene i Helse Nord samt å etablere en rekrutteringsstrategi for hele regionen. Dette vil innebære en sentral HR-funksjon med ansvar for rekruttering av både LIS og overleger på radiologi slik at ikke ansvaret faller på de ulike avdelingene hos sykehusene. Gjennomgangen av strategi innebærer en gjennomgang av (økonomiske) insentiver, markedsføringsmateriell etc. som en del av rekrutteringen. I tillegg bør strategien si noe om hvordan en skal beholde radiologene og hvordan en kan gjøre Helse Nord til en attraktiv arbeidsplass.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Tiltrekker og ansetter flere kandidater
- Ansetter riktige kandidater som er motiverte til å bli i Helse Nord etter endt utdanning
- Mer fornøyde ansatte
- Flere vakter som dekkes og mindre overtid
- Mer tid blant LIS'er til å gjennomføre aktiviteter i utdanningsløpet



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Innlede et samarbeid med HR-funksjonen i de fire helseforetakene
2. Opprette en arbeidsgruppe som er ansvarlig for rekruttering + en rekrutteringskoordinator for hele regionen
3. Workshop: Utarbeide rekrutteringsaktiviteter og tiltak, vurdere hvilke som kan gjøres sentralt og lokalt
4. Etablere KPI'er og målekort for rekruttering
5. Iverksette rekrutteringsaktiviteter sentralt og lokalt
6. Oppfølging av måltall og vurdere behov for flere tiltak



Kartlegge muligheten for å gi hjemmel for flere stillinger til UNN/Bodø

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Funn fra analysene viser at det er mange ledige stillinger totalt sett i Helse Nord, men det er ikke lagt ut nok stillinger til å dekke disse. I tillegg vet en ut fra historikk at det er ganske høy turnover og at det derfor hadde vært hensiktsmessig å ansette flere for å sikre seg mot dette.

Tiltaket går derfor ut på å få hjemmel til å lyse ut flere stillinger på radiologi til UNN/Bodø. Gjennom innføring av tiltaket tar en utgangspunkt i at et visst antall radiologer kommer til å slutte i løpet av noen år, men gjennom å ansette mange er en sikret at en vil sitte igjen med nok ansatte i stillingene.

Dette tiltaket må ses i sammenheng med tiltak 6 som omhandler sentralisering av rekruttering.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Lavere risiko for å ha stillinger som ikke er bemannet
- Mindre overtid
- Mindre tid på vakt og mer tid til å gjennomføre utdanningsaktiviteter i LIS-utdanningen



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Kartlegge hvor mange stillinger det er behov for
2. Presentere forslaget til Hilde Roland
3. Beslutte at flere stillinger skal lyses ut
4. Lyse ut stillinger



Tilpasse, forankre og implementere «Operasjonsplanleggeren» på foretakene, samt etablere koordinatorene på hvert HF med ansvar for planlegging av operasjonsstuekapasitet og koordinering internt og på tvers av helseforetak

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Kartleggingen har vist at det er manglende definering av hvordan kapasitet på operasjonsstue skal måles og at det er ulik bruk av stilling og kompetanse for planlegging av operasjonsstuekapasitet. I tillegg opplever en stor forskjell i effektivitet på preoperativ, noe som gjør det vanskelig å planlegge. Gjennom intervjuer og kartlegging har vi fått innsikt i at det eksisterer et rammeverk og styringsverktøy for planlegging av operasjonsstuekapasitet på UNN som har tatt tak i noen av disse utfordringene og forsøkt å sette dette inn i et system. Dette styringssystemet finnes foreløpig i Excel-format, og benyttes på UNN i dag for planlegging. I tillegg til et rammeverk for planlegging inneholder også dette styringssystemet målekort som viser hvor godt en leverer på ulike måleparametere. Rammeverket og styringssystemet har fortsatt rom for forbedring og bør videreutvikles, men det er likevel gjort en vurdering at det er godt nok i dag til å kunne testes og tas i bruk på de resterende foretakene i Helse Nord. For å gjennomføre dette vil det være hensiktsmessig å innføre en koordinator per HF for planlegging av operasjonsstuekapasitet.

Tiltaket går derfor ut på å innføre en koordinator for planlegging av operasjonsstuekapasitet per HF som kan lede en videreføring og tilpasning av rammeverket og styringssystemet for planlegging av operasjonsstuekapasitet, kalt «Operasjonsplanleggeren». Rammeverket og styringsverktøyet må så testes på alle foretakene, evalueres og justeres før det implementeres i sin helhet.

Det anbefales at det opprettes en koordinator per HF som arbeider kontinuerlig med planlegging og måling av kapasitet basert på rammeverket. Disse koordinatorene har som formål å jobbe sammen for å identifisere tiltak for å bedre effektiviteten og sikre god pasientbehandling. Andre prosjekter som kan være nyttig å hente innspill fra er Ø-hjelp, fra dag til poliklinisk og effektivisering av pasientforløp – verktøykassa.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Høyere utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet
- Høyere gjennomføringsgrad
- Kortere ventelister
- Generelt bedre resultater på indikatorene i målekortet:
 - Tilgjengelighet
 - Effektiv drift
 - Kvalitet og pasientsikkerhet



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Definere rollebeskrivelse og ansvar for koordinator-rollen
2. Ansette koordinatorene for planlegging av operasjonsstuekapasitet på hvert HF
3. Gjennomgå eksisterende KPI'er og sette en nullpunktsmåling for alle foretak
4. Workshop: Presentasjon av rammeverket og kartlegging av hvilke elementer som må justeres/tilpasses for det enkelte sykehus
5. Justering og tilpassing av rammeverket til hvert sykehus og klargjøring til bruk
6. Definere roller og ansvar for daglig bruk, forvaltning og drift av styringssystemet
7. Implementere rammeverket og styringssystemet på hvert foretak/sykehus, inkludert målekort
8. Måle, intervju, evaluere og justere ved behov



Videreutvikling og digitalisering av styringsverktøyet for planlegging av operasjonsstuekapasitet (fyrtårnsprosjekt innovasjon)

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

I tillegg til å tilpasse og implementere rammeverket og styringssystemet («Operasjonsplanleggeren») som allerede eksisterer til resten av Helse Nord, vil dette tiltaket kartlegge muligheten for å videreutvikle og digitalisere styringsverktøyet. Dette vil si å se på muligheten for å benytte andre verktøy enn Excel som er det som benyttes i dag. Det er allerede satt i gang et prosjekt på OUS som omhandler dette, og her er det mulig å hente erfaringer.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Høyere utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet
- Høyere gjennomføringsgrad
- Kortere ventelister
- Generelt bedre resultater på indikatorene i målekortet:
 - Tilgjengelighet
 - Effektiv drift
 - Kvalitet og pasientsikkerhet



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Iverksette dialog med OUS for å innhente status og erfaringer på deres prosjekt
2. Utarbeide en kravspesifikasjon til ønsket system basert på egne behov og erfaringer fra OUS
3. Undersøke prosess for anskaffelse av nytt system
4. Anskaffe nytt system



Utarbeide standardiserte pasientforløp for behandlinger på operasjonsstue

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Funnene fra analysene viser at det finnes flere pasientforløp som forekommer ofte, dette kan eksempelvis være hoftebrudd eller hjerneslag. Disse pasientforløpene kunne i teorien vært gjennomført på akkurat samme måte hver gang, men de følger likevel samme rutiner som alle andre typer undersøkelser og pasientforløp. Dette fører til unødvendig mye venting og tid på sengepost i stedet for at pasienten automatisk kunne vært booket inn på neste avtale i pasientforløpet ettersom stegene i pasientforløpet vil være det samme i alle tilfeller.

Det pågår allerede et arbeid på UNN om å effektivisere pasientløp som blant annet ledes av Kristin Sjøvik. Verktøykassa skal være en måte å jobbe med pasientforløp hvor de involverer flere personer som vurderer hvordan man kan jobbe smartere og mer effektivt. De har testet ut denne metoden ved å gjennomgå pasientforløpet knyttet til hofteproteser hvor de nå har klart å effektivisere prosessen slik at man har gått fra å gjennomføre 2 til nå gjennomføre 3 operasjoner på samme tid. For designfasen kan det være nyttig å innhente innspill fra denne gruppen for å se om det kan utvides til andre områder i RHF'et.

Dette tiltaket går derfor ut på å kartlegge et antall standardiserte pasientforløp som skal gjennomføres på samme måte hver gang de forekommer. Hver gang en pasient kommer inn med hoftebrudd f.eks., så skal det være tydelig definert hvilke undersøkelser og steg pasienten skal gjennom før de forlater sykehuset. På den måten kan en oppnå mer effektiv håndtering av pasientforløp.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Mer effektiv håndtering av pasientforløp som forekommer ofte
- Lik behandling uansett hvor du bor og hvilket sykehus du kommer til
- Mindre tid på sengepost
- Mindre ventetid
- Bidrar til styrket fagmiljø for radiologi gjennom opprettelse av arbeidsgruppe og ansvarsområder



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Utnevne en arbeidsgruppe som er ansvarlig for tiltaket
2. Velge ut 2-3 pasientforløp som kan kartlegges til å begynne med som har hyppige forekomster
3. Kartlegge de valgte pasientforløpene og utarbeide standardisert prosess
4. Gjøre en vurdering av hvordan prosessen kan gjennomføres i støtteverktøy for planlegging
5. Pilotere på 1-2 sykehus, gjennomføre nullpunktsmåling, måle over tid og evaluere
6. Rulle ut på resterende sykehus i Helse Nord
7. Opprette en plan for å kontinuerlig fortsette arbeidet med å kartlegge flere pasientforløp fremover



Oppdatering av koder og rutiner for operasjonsstryk for å redusere antall operasjonsstryk og oppnå høyere effektivitet

Detaljert beskrivelse av tiltak



Beskrivelse av tiltak

Funnene fra analysene viser at det er en svært høy andel operasjonsstryk i Helse Nord. Operasjonene blir strøket av ulike årsaker og disse blir dokumentert i ulike kategorier eller koder. Flere av kodene gir høyt utslag, men det er ikke gjort noen analyser rundt hva som er rotårsaken til disse. Noen av kodene er heller ikke enkle å forstå og gir ikke mye verdi i seg selv. Det er derfor et behov for å oppdatere disse kodene slik at de er mer forståelige og målbare.

I tillegg til å oppdatere selve kodene, ser vi også et behov for å innføre en prosess og rutiner som kan bidra til å forebygge at operasjoner strykes. Det eksisterer i dag ingen rutiner for å ringe, sende sms eller gjennomføre andre tiltak i forkant av operasjonen for å forsikre seg om at operasjonen vil finnes sted. Dette tiltaket vil dermed også innebære å definere roller og ansvar for denne prosessen. Gjennom å utføre en kvalitetssjekk i forkant av operasjonen kan en ombooke eller avbestille flere i forkant slik at en oppnår færre operasjonsstryk og har mer forutsigbare planer.

Dette tiltaket går derfor ut på å oppdatere kodene for operasjonsstryk og innføre en prosess og rutiner for å forebygge operasjonsstryk.

Innføringen av tiltaket kan medføre følgende effekter:

- Høyere utnyttelsesgrad av operasjonsstuekapasitet
- Høyere gjennomføringsgrad
- Lavere antall operasjonsstryk
- Mindre ventetid



Aktiviteter

Innføringen av tiltaket vil innebære følgende aktiviteter:

1. Definere KPI'er for operasjonsstryk og sette nullpunktsmålning
2. Starte dialog med prosjektet som ser på dette allerede for å dra nytte av erfaringene der
3. Workshop: Redefinering av alle operasjonsstryk-kodene
4. Etablere rutiner og retningslinjer for hvordan kodene skal brukes
5. Workshop: Kartlegge og definere en prosess for oppfølging i forkant av operasjonen for å avdekke tidligere når det er behov for operasjonsstryk
6. Definere roller og ansvar for oppfølging av timer og forebygging av operasjonsstryk
7. Lansere nye koder og rutiner



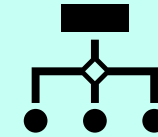
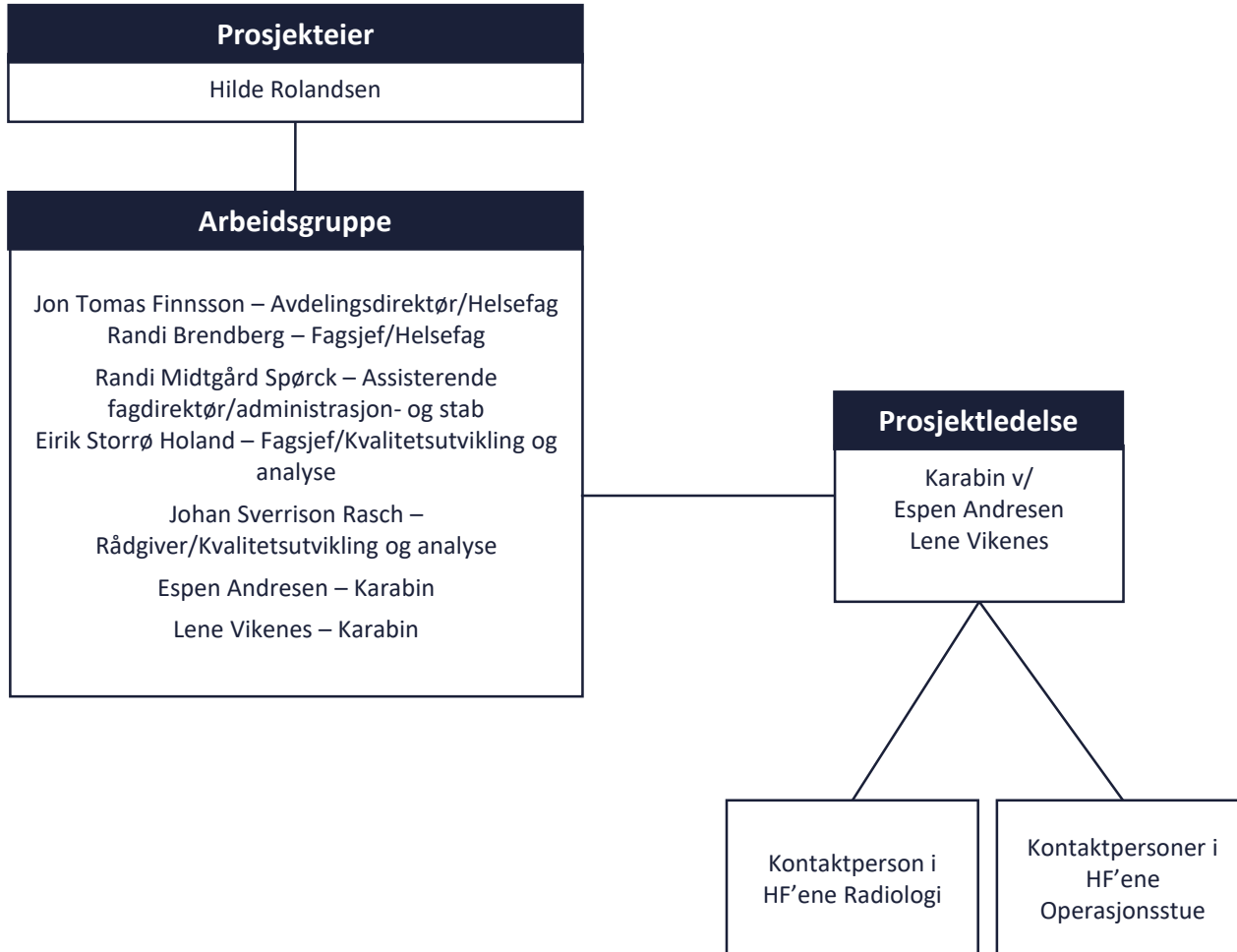
APPENDIKS

Prosjektorganisering



Prosjektet har vært organisert med prosjekteier fra Helse Nord, prosjektledelse fra Karabin og en tverrfaglig arbeidsgruppe

Appendiks



Helse Nord hadde fra før prosjektets oppstart etablert en arbeidsgruppe med Hilde Rolandsen som prosjekteier. Arbeidsgruppen vurderte det ikke nødvendig å etablere en styringsgruppe for denne fasen av prosjektet. Karabin har vært fungerende prosjektleder og bindeleddet mellom arbeidsgruppen og interessenter fra de ulike helseforetakene.



APPENDIKS

Oversikt over vedlegg



Oversikt over vedlegg

Appendiks

- Rapport: Gjennomgang av ø-hjelp kapasiteten i Anestesi- og operasjonsavdelingen i UNN Tromsø
- Rapport: Poliklinisk kirurgi i UNN – nåværende status og fremtidig potensial
- Oversikt over personer som har bidratt i prosjektet
- Verktøykasse til gjennomgang av arbeidsflyt - Operasjon
- Svar fra spørreundersøkelse om operasjonsstuekapasitet