



## Utviklingsprosjekt:

*”Prioritering og fordeling av kirurgisk operasjonskapasitet i UNN HF”*

Nasjonalt topplederprogram

Snorre Manskow Sollid  
Avdelingsleder  
Anestesi- og operasjonsavdelingen  
Operasjons- og intensivklinikken  
Universitetssykehuset Nord Norge HF

Tromsø, 27. oktober 2014

## Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Anestesi- og operasjonsavdelingen ved Universitetssykehuset Nord Norge HF er en sentral operasjonsenhet for hele sykehuset i UNN Breivika. Avdelingen fordeler operasjonskapasitet til alle de kirurgiske avdelingene bortsett fra den øyekirurgiske virksomheten og plastikk- og håndkirurgisk poliklinisk kirurgi. Avdelingen gjennomfører ca. 15 000 prosedyrer per år. 30% av prosedyrene er øyeblikkelig hjelp. I tillegg tilbys anestesi til diagnostiske prosedyrer og som støtte til annen type behandling utenfor operasjonsstuen.

Optimal utnyttelse av ressurser til kirurgisk operasjonsvirksomhet krever prioritering innenfor og mellom de kirurgiske fagområdene. Dagens fordeling av ressursene tar i liten grad høyde for at det kirurgiske behovet i befolkningen har endret seg. Økt sentralisering og utvikling av nye behandlingsmodaliteter er viktige drivere i denne endringen. Funksjonsfordeling av kirurgisk aktivitet mellom sykehusene i foretaket er i liten grad tatt inn i diskusjonen om fordeling av operasjonskapasiteten. Nye krav til ventetider for utvalgte pasientgrupper og behandlingsfrister iht de nye prioriteringsforskriftene vil i den nærmeste fremtid kreve en forbedring av dagens system for fordeling av kirurgisk operasjonskapasitet.

Omfordeling av den historisk tildelte operasjonskapasiteten er vanskelig i dagens system. Svakt beslutningsgrunnlag i form av en begrenset beskrivelse av det reelle behovet, faglig proteksjonisme og utydelig beslutningsmyndighet i fordeling av kapasitet er de viktigste årsakene. Det foreligger i dag ikke et standardiserte verktøy for å analysere og prioritere fordeling av ressursene innenfor hvert fagområde eller mellom fagområdene.

Systematiske endringer i fremgangsmåten for fordeling av kirurgisk operasjonskapasitet er derfor nødvendig. Denne må forankres i foretakets ledelse og i de kirurgiske klinikkene.

Prosjektet er forankret hos klinikkens sjef i Operasjons- og intensivklinikken, Universitetssykehuset Nord Norge HF.

## Problemstilling og målsetting

Å forbedre virksomhetsplanlegging og bedre kapasitetsutnyttelse av kirurgisk operasjonskapasitet krever flere delprosjekter. Sammen inngår de i et helhetlig system med mål om å utnytte de totale operasjonsressursene ved UNN HF best mulig. Systemet har som mål å ta utgangspunkt i populasjonens prioriterte behov for kirurgiske operasjoner og optimert planlegging av de tilgjengelige ressursene ved alle tre sykehusene i foretaket. Vedlagt flytdiagram viser prosjektet inn i denne helheten (vedlegg 1). Prosjektet har fokus på den strategiske fasen i planlegging av kirurgisk operasjonsvirksomhet. De øvrige fasene skal ivaretas i det allerede etablerte systemet for kalenderplanlegging og aktivitetsbassert bemanningsplanlegging.

Effekt mål:

Tilgjengelig operasjonskapasitet ved UNN HF skal fordeles i tråd med det prioriterte behovet for kirurgiske prosedyrer, og slik at ressursene blir optimalt utnyttet.

Resultat mål:

1. Beskrive datakilder og analyse for å beregne det forventede årlige behovet for kirurgisk prosedyrer innenfor utvalgte pasientgrupper for hver av de tre kirurgiske klinikkene på en ensartet måte, slik at slik at prioritert virksomhetsplanlegging er mulig.
2. Foreslå beslutningsprosess for fordeling og omfordeling av operasjonskapasitet ved UNN HF med utgangspunkt i prioritering.
3. Utvikle system for ressurskategorisering av personellbehov til ulike kirurgiske prosedyrer. Kategoriseringen skal brukes for optimering av operasjonsressursene knyttet til planlegging av operasjonskapasitet for pasientgruppene under punkt 1. Ressurskategoriseringen skal danne grunnlag for aktivitetsbassert bemanningsplanlegging.

## Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Optimal utnyttelse av begrensede ressurser til kirurgiske operasjoner har vært tema for flere rapporter ved UNN HF. Den siste store gjennomgangen ble presentert i rapporten "Optimal ressursutnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN" i 2008<sup>1</sup>. De mest sentrale konklusjonene i rapporten var;

*Årsaken til lav ressursutnyttelse er multifaktoriell. UNN HF mangler et overordnet system for fordeling av operasjonskapasitet, det er mangelfull preoperativ planlegging og koordinering, det er for sein oppstart og lang skiftetid mellom inngrepene, det er dårlig skjerming av elektiv virksomhet fra øyeblikkelig hjelp, pasientforløp for store pasientgrupper er for lange, det er liten grad av standardisering i planlegging og bruk av tildelt operasjonskapasitet, bemanningsplanleggingen er i liten grad styrt av den planlagte aktiviteten.*

I årene etter 2008 er flere tiltak iverksatt for å bedre ressursutnyttelsen. Fra 2011 ble det innført et nytt system for håndtering og prioritering av øyeblikkelig hjelp<sup>2</sup>. Det ble innført medisinske hastegrader og etablert en overordnet koordinerings- og prioriteringsmyndighet hos bakvakt anestesi. Øyeblikkelig hjelp utgjør ca. 30% av all kirurgi, og systemet medførte en klar bedring av ressursutnyttelsen og skjerming av elektiv virksomhet<sup>3</sup>. Det er gjennomført en bred LEAN-prosess for å bedre de kirurgiske pasientforløpene. Ut av denne prosessen utløper nå prosjekter knyttet til den preoperative planleggingen i form av preoperativ anestesipoliklinikk og forbedret system for operasjonsplanlegging i den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Et viktig tiltak som så langt ikke er iverksatt, er ønsket om å etablere standardiserte operasjonsteam. For å etablere slike team, er det viktig at disse er faglig og driftsmessig forankret. En slik forankring foreligger ikke i dag. Et system for langsiktig strategisk planlegging og virksomhetsdimensjonering er avgjørende for å få til en taktisk og operasjonell aktivitetsbassert bemanningsplanlegging.

Uløste utfordringer avdekket i tidligere analyser er at de overordnede systemene for prioritering og fordeling av operasjonskapasitet er for lite dynamiske. Utfordringene forsøkes i dag løst basert på historisk fordeling. Justering av utdelt kapasitet håndteres i dag i et eget organ – *overordnet planleggings- og koordineringsgruppe*. Organet har besluttende myndighet, men ved dissens har ingen i gruppen myndighet til å beslutte i slike situasjoner. Utfordrende fordelingsproblemer løftes derfor ofte til Direktøren. På dette nivået møter Direktøren argumenter fra de involverte klinikkjefene som ofte har ulike kilde og presentasjonsform. Beslutningsgrunnlaget for Direktøren er da usikkert/svakt, og nødvendige prioriteringer blir forskjøvet i tid.

På regionalt nivå (Helse Nord RHF) foreligger det ikke en helhetlig strategisk plan for funksjonsfordeling av kirurgi. Det foreligger avgrensede fagplaner for Intensivbehandling<sup>4</sup>, Traumebehandling<sup>5</sup>, plastikkirurgi<sup>6</sup> og en regional kreftplan<sup>7</sup>. Planene funksjonsfordeler mellom foretakene og sykehusene. Denne funksjonsfordelingen sentraliserer virksomhet i stor grad, men viser ikke løsninger for desentralisering for andre deler.

## Fremdriftsplan med milepæler

Fremdriftsplanen med milepæler er vedlagt (vedlegg 2). Prosjektet har 3 hoveddeler (*analyse, beslutning om fordeling av operasjonskapasitet og optimering av tilgjengelige ressurser*). Analyse og beslutning om fordeling av operasjonskapasitet følger etter hverandre i angitte rekkefølge, mens optimering av tilgjengelige ressurser løper parallelt i hele prosjektperioden. Avslutning på de tre hoveddelene er markert som milepæler. Før prosjektet samles over de siste 5 ukene, skal hvert delprosjekt sammenfattes med en anbefaling. Disse anbefalingene skrives sammen til et helhetlig saksfremlegg til direktørens ledergruppe. Hele prosjektperioden er på 16 uker.

## Prosjektorganisering - Budsjett – nøkkeltall

Prosjektet er omfattende, krever ulike typer kompetanse og er sammensatt av flere arbeidsgrupper. Det anbefales at det etableres en prosjektorganisasjon som ledes av en prosjektleder. Forslag til prosjektorganiseringen vedlegges (vedlegg 3). Forslag til budsjett inngår i vedlegget. Totalt gir dette et budsjett på 810.000,- kroner, hvorav 700.000,- kr er lønnsmidler, 50.000 kr er reisekostnader, 10.000,- kr er utgifter til IKT og telefon, og 50.000 er utgifter til gjennomføring av møter (leie av lokaler). Det er ikke foreslått kjøp av eksterne tjenester, men det foreslås bruk av foretaksinterne ressurser fra SKDE, HR, E-helse og IKT sikkerhet og ØAS.

## Risikoanalyse

Gjennomført risikoanalyse er vedlagt (vedlegg 4). Det mest kritiske forholdet som krever tidlig avklaring er behovet for prosjektorganisering og ressurser knyttet til prosjektledelse. Prosjektet er avhengig av kompetanse i form av IKT og matematikk (optimering). Avklaring omkring tilgang på slik kompetanse er også en kritisk faktor for gjennomføring av prosjektet. Risikoreduserende tiltak er foreslått og beskrevet i vedlegget

## Konklusjoner og anbefalinger

Dagens system for fordeling av kirurgisk operasjonskapasitet mellom de tre sykehusene i UNN HF og mellom de ulike kirurgiske fagområdene er lite tilpasset de endringene som er i behov for kirurgiske tjenester og utviklingen over tid. Det anbefales at direktøren beslutter gjennomføring av det foreslåtte prosjektet og at prosjektet organiseres med en egen prosjektorganisasjon. Prosjektet anbefales for oppstart fra 1. januar 2015.

## Vedlegg

1. Figur "Behovsbasert aktivitets- og bemanningsplanlegging av operasjonskapasitet"
2. Fremdriftsplan med milepæler
3. Prosjektorganisering
4. Risikoanalyse
5. Kommunikasjonsplan

## Referanser

1. Rapport fra prosjektet "Optimal ressursutnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN" – 2008
2. Ø-hjelp rapporten 1103101
3. Statistikk 2 års evaluering ø-hj prosjektet
4. Handlingsplan i Intensivmedisin
5. Regionalt traumesystem for Helse Nord
6. Regional plan for plastikkirurgi i Helse Nord
7. Regional kreftplan 2014-2021