



## **Budsjettoppfølging 2017**

### **PROSJEKT DØGN UTGREIING**

- Samlokalisering/samanslåing
- Elektiv sengepost
- Observasjon
- Feriestengning av sengeposter
- Justering av sengetal og bemanning

**til styret i Helse Førde**

**INFORMASJON****Namn**

2017 Budsjettoppfølging – Prosjekt Døgn utgreiing

**Prosjektleiar**

Signe Nordvik

**Deltakarar i utgreiinga**

- Døgn prosjekt arbeidsutval:
- Døgn arbeidsgruppe, Døgn kompetanse og bemanning arbeidsgruppe, Døgn utvida prosjektgruppe.
- Døgn og akuttmottak saksflyt arbeidsgruppe
- Utgreiinga er forankra i Klinikkråd (kir/medisinsk) og arbeidsmiljøutval

**Oppstarttidspunkt**

25.3.2017

**Sluttidspunkt**

15.6. 2017

**Dato****Sign**

## 1 Innholdsfortegnelse

2	Oppsummering.....	6
2.1	Kva er gjort .....	6
2.2	Oppsummering.....	7
1	Tilrådingar.....	7
1.1	Samlokalisering/samanslåing av sengeposter - tilråding .....	7
1.1.1	Samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost - tilråding .....	7
1.1.2	Samanslåing av Kreftsengepost med andre sengeposter - tilråding.....	7
1.1.3	Samanslåing av medisinske sengeposter - tilråding.....	8
1.1.4	Samanslåing av Kvinneklubben og Barneavdelinga - tilråding.....	8
1.2	Etablering av elektiv 5-døgns sengepost - tilråding .....	8
1.3	Etablering av observasjonpost (i/nær akuttmottak).....	9
1.4	Feriestengning av sengeposter - tilråding.....	10
1.5	Bruk av samla kapasitet i sengeposter i Helse Førde .....	10
1.6	Auke bruk av Pasienthotellet - tilråding.....	10
1.7	Sengetal og bemanning i sengeposter i FSS - tilråding.....	11
1.8	Andre tiltak i Døgn prosjektet som kan gi innsparingar .....	11
2	Bakgrunn .....	12
3	Organisering .....	12
3.1	Organisering av arbeidet.....	12
3.1.1	Arbeidsgrupper.....	12
3.1.2	Forankring og kvalitetssikring av utgreiing.....	13
4	Oppsummert om Døgn tenester i FSS.....	14
5	Problemstillinger i utgreiinga .....	16
5.1	Utgreie samlokalisering/samanslåing av sengeposter .....	17
5.1.1	Beskriving: Samlokalisering eller samanslåing av sengeposter i FSS.....	17
5.1.2	Samlokalisering/samanslåing av ortopedisk og kirurgisk sengepost .....	21
5.1.3	Volum .....	21
5.1.4	Vurdering og konklusjon.....	21
5.1.5	Samanslåing av Kreftsengepost med andre sengeposter .....	22
5.1.6	Vurdering og konklusjon.....	23
5.1.7	Samanslåing av Kvinneklubben og Barneavdeling .....	25

5.1.8	Hypoteser .....	25
5.1.9	Samanslåing av medisinske sengeposter .....	26
5.1.10	Hypoteser .....	27
5.1.11	Volum .....	27
5.1.12	Vurdering og konklusjon.....	27
5.2	Utgreie etablering av elektiv 5-døgns sengepost.....	28
5.2.1	Beskriving: Eigen sengepost eller del av sengepost for pasientar som får elektiv behandling av varigheit 1-5 døgn ved FSS.....	28
5.2.2	Formål:.....	28
5.2.3	Utfordring i dag .....	28
5.2.4	Hypoteser .....	29
5.2.5	Volum .....	29
5.2.6	Vurdering og konklusjon.....	30
5.3	Utgreie etablering av observasjonpost (i/nær akuttmottak) .....	32
5.3.1	Observasjonspost eller observasjonsenger/stoler i akuttmottak, for observasjonspasientar som skal opphalde seg mellombels i sjukehuset .....	32
5.3.2	Føremål.....	33
5.3.3	Hypoteser .....	33
5.3.4	Akuttmottak – volum.....	33
5.3.5	Vurdering og konklusjon.....	33
5.3.6	Utnytte fristilt areal i akuttmottak til kvilerom for LIS på medisin, kirurgi og ortopedi	35
5.4	Utgreie feriestenging av sengeposter .....	36
5.4.1	Stenging av sengeposter eller deler av sengeposter i ferier .....	36
5.4.2	Hypoteser .....	36
5.4.3	Vurdering og konklusjon.....	36
5.1	Bruk av samla kapasitet i sengeposter i Helse Førde .....	37
5.2	Auke bruk av pasienthotellet .....	37
5.3	Sengetal og bemanning utifrå belegg.....	38
5.3.1	Formål.....	39
5.3.2	Hypoteser om bemanning av sengeposter .....	39
5.3.1	Volum .....	39
5.3.2	Retningslinjer og bemanningsmodell.....	39
5.3.3	Vurdering og konklusjon.....	40
5.3.4	Bemanning - innsparinger i Ortopedisk/kirurgisk sengepost.....	42

5.3.5	Bemanning – innsparinger ved kreftsengepost samlokalisert/samdrift med medisinske sengeposter .....	43
5.3.6	Bemanning – innsparinger ved samarbeid/samdrift KK og Barneavdeling.....	45
5.3.7	Andre tiltak i Døgn prosjektet som kan gi innsparingar .....	45
6	Tilrådingar.....	47
6.1	Samlokalisering/samanslåing av sengeposter.....	47
6.1.1	Samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost - tilråding .....	47
6.1.2	Samanslåing av Kreftsengepost med andre sengeposter - tilråding.....	47
6.1.3	Samanslåing av medisinske sengeposter - tilråding.....	47
6.1.4	Samanslåing av Kvinneklubben og Barneavdelinga - tilråding.....	47
6.2	Etablering av elektiv 5-døgns sengepost.....	48
6.2.1	Tilråding.....	48
6.3	Etablering av observasjonpost (i/nær akuttmottak) - tilråding .....	48
6.4	Feriestengning av sengeposter - tilråding .....	48
6.1	Bruk av samla kapasitet i sengeposter i Helse Førde .....	49
6.2	Auke bruk av Pasienthotellet - tilråding.....	49
6.3	Sengetal og bemanning i sengeposter i FSS - tilråding.....	49
6.4	Andre tiltak i Døgn prosjektet som kan gi innsparingar - tilråding .....	49
7	Vedlegg .....	50

## 2 Oppsummering

### 2.1 Kva er gjort

Kva	Kven	Periode	Kommentar
Oppstart av arbeid	Døgn arbeidsgruppe med representasjon frå døgnposter, tillitsvalde, verneombod	Mars 2017	
<b>Kartlegging av nosituasjon per døgnpost:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasientgrupper</li><li>• Rom type og tal</li><li>• Stillinger – type/tal</li><li>• Bemanning per vakt</li><li>• Hovedutfordringer</li><li>• Styrker – «dette er vi knallgode på»</li></ul>	Alle døgnposter	Gjennomgang av kartlegging: April 2017	Kartlegging frå des 2016 er gjennomgått og kvalitetssikra/opdatert.
Innhenting og kvalitetssikring av talgrunnlag: bemanning, aktivitet, dagens og framskriving	Stab og støtte v/strategisk controller og GAT ressurs, sengepostleiarar, Døgn arbeidsgruppe	Mars – juni 2017	Controller og GAT ressurs har bistått i utgreiinga
<b>Kartlegging/analyse/design av pasient- og arbeidsflyt</b> på tvers av funksjoner (akuttmottak, røntgen/lab og sengeposter): <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasient med akutt abdomen</li><li>• Pasient med lårhalsbrot</li></ul>	Leiargruppe i medisinsk og kirurgisk klinikk, akuttmottak, ergo/fysio, deler av Døgn arbeidsgruppe	Mars/april 2017	Kartlagt saksflyt, analyse og forslag til forbetring i framtidig pasient- og arbeidsflyt er teke med i utgreiinga som underlag
<b>Involvering</b> av døgnposter, tillitsvalde/verneteneste og brukarrepresentant	Døgn arbeidsgruppe (leiarar i døgnposter og akuttmottak, tillitsvalde, verneteneste og brukerrepr).	Mars – juni 2017	
<b>Utgreiing</b> av innsparingstiltak i døgnposter Inkludert kvalitetssikring av utgreiingsrapport	Døgn arb.gruppe og Kompetanse/bemanning arbeidsgruppe med representasjon frå døgnposter, tillitsvalde, verneombod. Døgn Prosjektgruppe, Døgn arbeidsutval.	Mars – juni 2017	Utgreiing vert presentert for arbeidsmiljøutvalet primo juni.
<b>Forankring og kvalitetssikring</b> av utgreiing	Utvida Døgn Prosjektgruppe, klinikkleiing i medisinsk og kirurgisk klinikk, klinikkråd, klinikk arbeidsmiljøutval, og PH programleiing.	Mars – juni 2017	

## 2.2 Oppsummering

### 1 Tiltrådingar

#### 1.1 Samlokalisering/samanslåing av sengeposter - tilråding

##### 1.1.1 Samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost - tilråding

Samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost			
Tiltråding	Beskriving	2017	2018
Det er tilrådd samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost i 6. etasje og Føde/gyn poliklinikk vert flytta til 7. etasje i FSS.	ØNH/augepasientar får fortsatt sitt døgntilbod i kirurgisk sengepost og skal ha sitt undersøkelsesrom med spesialutstyr der det er no. Det må finnast areal til søvnlab og lagerplass i 7. etasje eller i 2. etasje. Føde/gyn sitt smitterom i 6. etasje vert vidareført eller flytta til einerom i 4 etasje.		
Det er tilrådd innsparing på nedtrekk i budsjett/rammer for sengepostane	Kr 750 000 per sengepost og kr 600 000 (sekretær)	750 000 300 000	1 500 000 600 000
Ombygging/flytting investering	1 mill i 2017		
Innsparing i ANRR	1 stilling frå 1.9.2017	375 000	750 000
Totalt	= pr år	1 425 000	2, 850 mill

##### 1.1.2 Samanslåing av Kreftsengepost med andre sengeposter - tilråding

Samanslåing av kreft sengepost med andre sengeposter			
Tiltråding	Beskriving	2017	2018
Vidareføring av Kreftsengepost som eigen sengepost, samlokalisert med medisinske sengeposter. Tettare samarbeid om pleiepersonalet , og reduksjon i samla budsjett/ramme for dei tre sengepostane (Kreftsengepost, Med 1 og Med 2)	Døgn prosjekt går inn for at Kreftsengepost framleis vert eigen sengepost, samlokalisert med medisinske sengeposter. I staden for samanslåing vert det tilrådd eit endå tettare samarbeid om pleiepersonalet, og reduksjon i samla budsjett/ramme for sengepostane (for Kreft, Med 1 og Med 2). Det er tilrådd innsparing i samla budsjett/ramme samla for sengepostane (Kreft, Med 1 og Med 2) med kr 750 000 (sjukepleier) og kr 600 000 (sekretær)	375 000 300 000	750 000 600 000

Ombygging/flytting investering			
Totalt	Ca 1,350 000 mill	675 000	1 350 000

### 1.1.3 Samanslåing av medisinske sengeposter - tilråding

Samanslåing av medisinske sengeposter		
Tilråding	Beskriving	Kommentar
Utgreiing organisering av medisinske sengeposter som del av utgreiing om etablering av tverrprofesjonell sengepost	Det vert tilrådd at Døgn prosjektet ser framtidig organisering av medisinske sengeposter og kreft sengepost i samanheng med etablering av tverrprofesjonell sengepost som prosjektet skal svare ut til forprosjektet innan 31.10.17. Sjå vurdering og konklusjon om samanslåing av medisinske sengeposter i avsnitt 1.1.2	
Innsparing	Sjå punkt om kreftsengepost	
Totalt		

### 1.1.4 Samanslåing av Kvinneklubben og Barneavdelinga - tilråding

Samanslåing av Kvinneklubben og barneavdelinga			
Tilråding	Beskriving	2017	2018
Det vert tilrådd å ferdigstille utgreiing av moglege innsparingar i framtidig tenestetilbod til barn 0-18, som del av Døgnprosjektet, tentativt til 31.10.2017	Det er vurdert som ikkje rette tidspunktet å konkludere om samanslåing av avdelingane før tenesteutviklingsarbeidet i Døgn prosjektet og samlokalisering/samarbeid med PHV er ferdigstilt		
Det er tilrådd innsparing i samla budsjett/ramme for sengepostane	Det er tilrådd reduksjon i samla budsjett/ramme med kr 750 000 per sengepost og ca kr 600 000 (ein sekretær)	375 000 300 000	750 000 600 000
Ombygging/flytting investering			
Totalt	Kr 1,350 000 mill	675 000	1, 350 000
Totalt innsparingsforslag	Totalt 8 stillinger	2,775 000	5,55 mill

## 1.2 Etablering av elektiv 5-døgn sengepost - tilråding

Etablering av elektiv sengepost – tilråding		
Tilråding	Beskriving	Kommentar



Utprøving av samling av elektive pasientar som ein del av ortopedisk og kirurgisk sengepost	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ut frå pasientvolum/bemanning vert det ikkje tilrådd å etablere ein eigen sengepost for elektive pasientar ved FSS</li> <li>• Prosjekt Døgn tilrår ei utprøving av samling av elektive pasientar som ein del av kirurgisk og ortopedisk sengepost innan for det sengetalet/bemanning som er i dag</li> <li>• Pilotperiode: frå oppstart av samlokalisert ort/kir sengepost og 6 - 8mnd varigheit. Pilotering må planleggast og organiserast i tett samarbeid medoperasjon, anestesi og oppvaking/intensiv avdelinga</li> </ul>	
Innsparing:	(Spesifisert i tabell over som gjeld ortopedisk og kirurgisk sengepost)	
Ombygging/flytting investering		
Totalt		

### 1.3 Etablering av observasjonspost (i/nær akuttmottak)

Etablering av observasjonspost i akuttmottak		
Tilråding	Beskriving	Kommentar
Utprøving av observasjon senger/stoler i akuttmottak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosjekt Døgn tilrår å prøve ut observasjon senger/stoler i akuttmottak for 3 liggande og 3 sittande pasientar ved på ta i bruk dagens venteareal</li> <li>• Foreslått piloteringsperiode: august 2017 – vår 2018</li> <li>• Ut frå pasientvolum/bemanning vert det ikkje tilrådd å organisere tilbodet som ein eigen observasjonspost</li> </ul>	
Areal/ombygging investering	Tiltaket er ikkje sett å trenge areal tilpasning/ombygging	
Innsparing	Vert spesifisert i piloteringsperiode	
Det vert tilrådd ei enklare ombygging av akuttmottak til overnatting/kontor for LIS legar og smitterom	Ombyggingskostnad er stipulert til kr 250 000 LIS rom/kontor kr 50 000 til smitterom	
Totalt		

## 1.4 Feriestengning av sengeposter - tilråding

Feriestengning av sengeposter		
Tilråding	Beskriving	Kommentar
Det vert tilrådd å sjå tiltaket i samanheng med bemanning av «lågaktivitetsperioder» som inkluderer ferier	Det vert tilrådd at Døgn prosjektet, evt i samarbeid med HR, leverer ei utgreiing av «Bemanning av lågaktivitetsperioder» innan 31.10.17	
Det er ikkje tilrådd å feriestenge fleire sengepostar enn i Lærdal i sommar.	Det er heller ikkje tilbod prosjektet ser at kan reduserast eller takast vekk i sommarvekene då dei fleste innleggingar er øyeblikkeleg hjelp	
Innsparing ved feriestenging av 1 sengepost	Vert spesifisert til 31.10.17	
Totalt	Sjå over	

## 1.5 Bruk av samla kapasitet i sengeposter i Helse Førde

Bruk av samla kapasitet i Helse Førde		
Tilråding	Beskriving	Kommentar
Innføre delvis konferanseplikt for innleggingar i medisinsk sengepost FSS	Dagleg vurdering i iht å kontinuere tiltaket: Sentralbord ruter telefoner fra alle innleggende leger fra Sogndal, Vik, Luster og Leikanger – styring av pasientene til Lærdal sjukehus ( der har vi ledig kapasitet og folk på jobb). Det samme gjeld Eid for pasientar som vert ringt om frå områder i Nordfjord	
Innsparing/gevinst	Unngå korridorpasienter ved FSS	
Investering		
Totalt		

## 1.6 Auke bruk av Pasienthotellet - tilråding

Auke bruk av Pasienthotellet		
Tilråding	Beskriving	Kommentar
Utgreie og tilrå auka bruk av Pasienthotellet – presentere tilråding 31.10.17	Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med utgreiing av auka bruk av Pasienthotellet/Sjukehotell som vil gje gevinster og innsparinger i sengeposter. Utgreiingsperiode: 15.6 - 31.10.17	
Innsparing	Vert spesifisert til 31.10.17	
Investering	Vert spesifisert til 31.10.17	

Totalt	Sjå over	
--------	----------	--

## 1.7 Sengetal og bemanning i sengeposter i FSS - tilråding

Sengetal og bemanning i sengeposter i FSS		
Tilråding	Beskriving	Kommentar
Innsparing i budsjett/rammer for sengeposter ved FSS (reduksjon i bemanning) med samla om lag kr 5,2 mill	Det vert tilrådd innsparing i budsjett/rammer for sengeposter ved FSS (reduksjon i bemanning) med samla om lag kr 5, 2 mill	
Døgn prosjekt tiltaksliste	<p>Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med tiltaksliste som vil gje gevinster og innsparinger i sengeposter – (jfr tilråding i avsnitt 7.7) .</p> <p>Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med modell for bemanningsplanlegging evt i samarbeid med HR</p> <p>Det vert tilrådd å formalisere strukturer for bemanningsplanlegging og ressursallokering/bistand på tvers av sengepostar.</p> <p>Det vert tilrådd å vidareføre ressursallokering/bistand på tvers av sengeposter. Det er i dag etablert fast samarbeid mellom fleirtalet av sengeposter i FSS via Lync morgonmøter</p>	
Innsparing	Vert spesifisert	
Ombygging/flytting investering	Vert spesifisert	
Totalt		

## 1.8 Andre tiltak i Døgn prosjektet som kan gi innsparingar

Døgn prosjektet tilrår å arbeide vidare med opplista områda/tiltak som på kort og lang sikt er vurdert å kunne gje betre drift i sengepostane og gje innsparingar (liste i avsnitt 6.5.7)

## 2 Bakgrunn

Bakgrunnen for utgreiinga er vedtak i styret i Helse Førde 24.3:

Prosjekt Døgn døgn skal innan 1. juni 2017 legge fram forslag til framtidig modell for døgntilbod i Førde der følgjande er utgreidd:

- samanslåing/samløkalisering av sengepostar
- etablering av elektiv sengepost (5-døgn)
- etablering av observasjonspost
- vurdere utviding av feriestenging av døgntilbod

I tillegg skal tal senger og bemanning reviderast utifrå belegg, jf. mandatet for døgnprosjektet.

## 3 Organisering

### 3.1 Organisering av arbeidet

Utgreiinga er utarbeidd i Døgn arbeidsgruppe, og Kompetanse og bemanning arbeidsgruppe som allereie er etablert i Døgn prosjektet. Begge arbeidsgrupper er samansett av leiarar frå døgnposter, tillitsvalde, verneombod. Utgreiinga er forankra i møter med og vert kvalitetssikra i utvida Døgn Prosjektgruppe/Utvida prosjektgruppe, klinikkleiing i medisinsk og kirurgisk klinikk, klinikkråd, og PH programleiing. Møteplan er vedlagt

#### 3.1.1 Arbeidsgrupper

Utgreiing og tilråding om organisering av døgntenester er utarbeidd i Døgn arbeidsgruppe med leiarar frå døgnposter, tillitsvalde, og verneombod.

### Utvikle Døgntilboda – Døgntenester arbeidsgruppe

Namn	Rolle/funksjon	Eining	Kommentar
Signe Nordvik	Prosjektleder og arbeidsgruppeleder	ANRR	
Tone Undertun	Prosjektstøtte	Stab og støtte	
Wenche Vallestad	Seksjonsleder	Sengepost Intensiv	
Sølvi Torset	Seksjonsleder	Sengepost Barn	
Evelyn Stavang	Seksjonsleder	Sengepost Kirurgi	
Helga Brenne	Seksjonsleder	Sengepost Ortopedi	
Randi Hove	Seksjonsleder	Sengepost Medisin	
Marit Slettevold	Fagperson	Psykiatrisk klinikk FSS	
Kari Anita Tillerflaten	Verneombod	Ortopedisk avdeling	
Ellinor Sunde	Tillitsvald	Fagforbundet	
Kerima Førde	Prosjektstøtte	Stab og støtte	
Joar Halbrend	Controller	Stab og støtte	
	Brakarrepresentant		
	Kommunerepresentant		
	Kommunerepresentant		

Versjon:17.03.17 - TU

Utgreiing og tilråding av bemanning og kompetanse knytt til utgreiinga er utarbeidd av Døgn Kompetanse og bemanning arbeidsgruppe. Arbeidsgruppa er samansett av leiarar frå døgnposter, tillitsvalde, og verneombod.

### Utvikle Døgntilboda – Kompetanse og bemanning arbeidsgruppe

Namn	Rolle/funksjon	Eining	Kommentar
Inghild Mowatt	Arbeidsgruppeleder	Seksjonsleder medisinsk sengepost 2	
Tone Undertun	Prosjektstøtte	Stab og støtte	
Irene Hjorthol	Seksjonsleder	ANRR	
Sølvi Torset	Seksjonsleder	Sengepost Barn	
Joar Halbrend	Controller		
Randi Aven	Tillitsvald	FTV Fagforbundet	
Lena Thorsnes	Tillitsvald	Sjukepleierforbundet	
Arthur Norevik (vara)	Tillitsvald		
Renate Berg	Verneombod		
	Brakarrepresentant		
	Kommunerepresentant		
	Kommunerepresentant		

Versjon:17.03.17 - TU

### 3.1.2 Forankring og kvalitetssikring av utgreiing

Utgreiinga er forankra og kvalitetssikra i utvida Døgn Prosjektgruppe, klinikkleiing i medisinsk og kirurgisk klinikk, klinikkråd, klinikk arbeidsmiljøutval, og PH programleiing.

## Utvikle Døgntilboda – Prosjektgruppe

Namn	Rolle/funksjon	Eining	Kommentar
Signe Nordvik	Prosjektleiar		
Tone Undertun	Prosjekttilretteleggar	Stab og støtte	
Tom Ole Dyrstad	Seksjonsleiar	Sengepost Akuttmtottak	
Wenche Vallestad	Seksjonsleiar	Sengepost Intensiv	
Sølvi Torset	Seksjonsleiar	Sengepost Barn	
Evelyn Stavang	Seksjonsleiar	Sengepost Kirurgi	
Helga Brenne	Seksjonsleiar	Sengepost Ortopedi	
Kjellaug Fredly	Seksjonsleiar	Sengepost Føde/gyn	
Randi Hove	Seksjonsleiar	Sengepost Medisin	
Ingunn Terøy	Seksjonsleiar	Sengepost Kreft	
Jocelyn Astbury	Seksjonsleiar	Fysio/ergoterapi tenesta	
Irene Hjorthol	Seksjonsleiar	Nevro/Revma/Rehab	
Inghild Mowatt	Seksjonsleiar	Medisinsk sengepost 2	
Jorunn Sollid	Seksjonsleiar	Nyfødd, barneavdelinga	
Laila Haugland	Seksjonsleiar	Medisinsk seksjon NSH	
Bente Rekve	Seksjonsleiar	Medisinsk seksjon LSH	
Arnstein Ivesdal	Enhetsleiar	Medisinsk sengepost NSH	
Holli, Julie M Plessl	Enhetsleiar	Medisinsk sengepost LSH	
Lysne, Kåre Mentz	Controller	Medisinsk klinikk	
Silje Øren	Tillitsvald	Jordmorforeninga	
Jeanette Svarstad	Føretakstillitsvald	Fysioterapiforbundet	
Berit Hornnes	FHVO		
Solfrid Fossberg	Brukarrepresentant		

Versjon:17.03.17 - TU

## Utvikle døgntilboda – utvida prosjektgruppe

Namn	Rolle/funksjon	Eining	Kommentar
I utvida prosjektgruppe deltek i tillegg til Prosjektgruppa:			
Tom Guldhav	Avdelingssjef	KK	
Geir Andvik	Avdelingssjef	Kreft	
Trine Vingsnes	Avdelingssjef	Medisin	
Solveig Berget	Avdelingssjef	Barn	
Nils Sletteskog	Avdelingssjef	Kirurgi	
Lasse Lesto	Rådgjevar	Kirurgisk klinikk stab	
Robert Brennersted	Avdelingssjef	Avdeling for akuttmedisin	



Versjon:17.03.17 - TU

## 4 Oppsummert om Døgntenester i FSS

Døgntilboda er lokalisert i 5 etasjar i høgblokka i FSS:

**4 etasje:** Felles sengepostar for nevrologi, revmatologi og rehabilitering. 22 senger. I denne etasje er også nevrologisk poliklinikk og Dialyseavdelinga.

**5 etasje:** Barneavdelinga sin sengepost med 6 kuvøseplassar og 8 plassar til store barn og Føde/barsel og gyn sengepost med 18 sengeplassar.

**6 etasje:** Kirurgisk sengepost med ØNH og Auge har 28 sengeplassar i to korridorar. I dei to andre korridorane er det Føde/gyn poliklinikk, Føde/barsel/gyn sitt smitterom og 4 poliklinikkrom til ØNH.

**7. etasje:** Ortopedisk sengepost med 31 sengeplassar er samlokalisert med Pasienthotell

**8. etasje:** To medisinsk sengepostar med 26 + 15 sengeplassar og kreftsengepost, inkludert plassar til palliasjon, i alt 13 sengeplassar.

#### **Om dei ulike sengepostane:**

**Sengeposten i 4 etasje for nevrologi, revmatologi og rehabilitering** har døgntilbod til pasientar med hjerneslag, andre nevrologiske sjukdommar, pasientar til rehabilitering og pasientar med revmatologisk sjukdom. Enkelte hudpasientar kan verte innlagt i avdelinga (nevro) etter avtale med hudpoliklinikk (som har ansvar for pasientane). Fram til 2008 var dette tre ulike sengepostar der sengetalet vart redusert, dei vart samlokalisert og samanslått til ein sengepost med ein seksjonsleiar. I sengeposten er Helse Førde si slageining, organisert etter Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag.

Medisinsk avdeling nyttar ledige senger på ANRR (nevro) og kirurgisk avdeling til utgreiingspasientar, pakkeforløp for lungekreft og andre pasientar med avklart utgreiingsforløp og lavt observasjonsbehov. Medisinsk sengepost tek imot hudpasientar med uttalt indremedisinske problemstillingar.

Sengeposten har 10 einerom, 3 tresengsrom og 2 firesengsrom. Gjennomsnitt belegg dei tre siste åra er 18 pasientar som tilsvarar ein beleggsprosent på 80. Det er 27 sengeplassar i 4 etasje og såleis « 5 ledige ». Desse vert i dag brukt til utgreiingspasientar frå med sengepost og når det er meir enn 22 pasientar.

Personale: ein seksjonsleiar og ein fagutviklingssjukepleiar

Sjukepleiarstillingar: 26,6 (35 personar) og 2, 7 hjelpepleiarstillingar(4 personar). I alt 29 personar

#### **Sengepostane i 5 etasje for Barn og KK**

Det er to sengepostar som er samlokalisert i denne etasjen; fellespost for Barn(nyfødt og store barn) og Føde/Gyn sengepost. Barnesengeposten har to korridorar og Føde/Gyn har to.

#### **Barnesengeposten:**

Nyfødd delen av sengeposten har 6 kuvøseplassar på eit lite areal som ikkje tilfredstiller krav til nyfødtpost. Borna, premature/sjukenyfødde er innlagt medan mora/foreldra er på Føde/gyn eller pasienthotellet. Foreldra til nyfødde bruker også rom på barnsengepost. Foreldra får barna med seg ut på rom når det lar seg gjere. Vidare er det 8 sengeplassar til store barn som har ulike diagnoser: medisinske, onkologi, kirurgi, ortopedi, nevrologi, psykiatri og ØNH /Auge.

Sengeposten har i tillegg til kuvøsearealet, 6 einerom (eit av desse romma er eit overvåkingsrom ), 3 tosengsrom (1 rom blir brukt til pol.pas som blir behandla i avd. ca 50 pr. mnd) og 1 firesengsrom. Gjennomsnitt belegg er 8 pasientar /beleggsprosent

Personale: To seksjonsleiarar, Sjukepleiar/spesialsjukepleiarar/ fagutviklings sj.pl stillingar: 26 (34 personar) og 1 hjelpepleiarstilling(3 personar). I alt 37 tilsette.

**Føde /gyn sengepost** har 18 sengeplassar, 3 einerom og 4 firesengsrom. Sengeposten er på to korridorar og tek i mot alle fødande i Helse Førde området og gynekologiske pasientar. Avdelinga har også God start senger i NSH og LSH med eiga bemanning.

Personale: Seksjonsleiar i 80 % stilling. 5, 5 sjukepleiarstillingar( Inkl. 60 % einingsleiar, 10 % til

fagutv.sjukepl- 7 personar) Hjelpepleiarar/barnepleiarar 9,1 stillingar ( 10 personar). Jordmorstillingar 18,2 ( Inkl. 60% einingsleiar, , 20 % sexologisk rådgiver, 50 % til fagutv.jordmor og 100 % til følgjeteneste.)

**Sengepost i 6 etasje er kirurgisk sengepost med døgntilbod til kirurgi, ØNH/Kjeve og auge**

med 28 sengeplassar i to korridorar. I dei to andre korridorane i etasjen held Føde/gyn poliklinikk og søvnlab (ØNH) til. Sengeposten har 6 einerom og 7 firesengsrom. Det er kafe i 6. etasje.

Dei tre siste åra er det i snitt 24 pasientar innlagt i sengeposten som tilsvarar ein beleggsprosent på 85. Medisinske utgreiingspasientar innan mage tarm brukar sengar i kirurgisk sengepost.

Personale: Ein seksjonsleiar og ein fagutviklingssjukepleiar, 23,7 ( 30 personar) sjukepleiarstillingar, 7,95 hjelpepleiarstillingar( 8 personar). I alt 38 tilsette.

**Sengepost i 7. etasje er ortopedisk sengepost** med døgntilbod til ortopediske pasientar. Enkelte hudpasientar kan verte innlagt i avdelinga etter avtale med hudpoliklinikk (som har ansvar for pasientane). Det er 31 sengeplassar med 11 einerom og 5 firemannsrom i to korridorar + to rom i dei to korridorane som utgjør Pasienthotellet. De siste tre åra er det i snitt frå 30 til 26 inneliggande pasientar, som tilsvarer ein beleggsprosent på 82. Sengeposten har ansvaret på natt for dei som er innlagt på Pasienthotellet.

Personale: ein seksjonsleiar. 24,20( 35 personar) sjukepleiarstillingar, 9 (14 personar) hjelpepleiarstillingar. I alt 49 tilsette

**Sengepostane i 8. etasje** er to medisinske sengepostar, Med 1 og Med 2 og Kreftsengeposten.

Med 1 og Med 2 var før 8.11.15 ein sengepost med 41 senger og 51,08 stillingar og mellom 65 -70 tilsette med. Det er to seksjonsleiarar og ein felles fagutviklingssjukepleiar.

**Medisin 1** har 26 senger på 2 korridorar. Har 6 einerom og 5 firesengsrom

Personale: ein seksjonsleiar. 19,60 (25 personar) sjukepleiarstillingar og 7,68 (9 personar) hjelpepleiarstillingar. I alt 34 tilsette.

**Medisin 2** har ein korridor med 3 einerom, 1 tomannsrom (luftisolat ), 1 einmannsrom med plass til 2 pasientar og 1 firesengsrom og 1 tresengsrom med plass til 4 pasientar.

Personale: ein seksjonsleiar + 1 fagutviklar som er på både med post 1 og 2.

Sjukepleiarstillingar 15,05 (16 personar),hjelpepleiarstillingar 3,90(4 personar).

Begge sengepostane har 89 % belegg.

**Kreftsengeposten** har 13 sengeplassar fordelt på områda onkologi, hematologi og palliasjon, og gjev tilbod til alle kreftpasientar med behov for innlegging, utanom lungekreft som får behandling i

medisinsk sengepost og hjernekreft som er innlagt på nevrologisk sengepost. Sengeposten har 5 einerom og 2 firesengsrom. I snitt har sengeposten 11 pasientar og ca 90 % belegg

Personale: Ein seksjonsleiar, 15, 7 ( 21 personar) sjukepleiarstillingar og 1, 5 hjelpepleiarstillingar (2 personar). I alt 23 tilsette.

Kreftavdelinga har fagutviklingsjukepleiar som dekker både poliklinikk og sengepost.

Det er pasientkafear i 6 og 8. etasje

## 5 Problemstillinger i utgreiinga

Hovedutfordringer i dag:

- Store fagfelt eller mange fagfelt – mange arbeidsoppgaver
- Varierende pasientbelegg – vanskeleg å forutsjå personalbehov



- Utfordrande å bemanne døgnpostane i helger og høgtider
- Komplekse pleieoppgåver – auka behov for sjukepleiarar vs tidlegare
- Eldre pasienter med samansette problemstillingar
- Mange nye innføringer (t.d Meona) og stort uttak av ressurser i prosjekt i tillegg til ordinært pasientretta arbeid
- Romutfordring i høve til pasientdialog – smitte...
  - Behov for einerom – medfører flytting rundt av pasientar – vanskar med samtaler

Mål for framtidig organisering av døgntenester:

- Fleksibel organisering som raskt kan endrast til etterspurnad og planlagt aktivitet
- Robuste og fleksible sengeposter med omstillingskapasitet
- Aktivitetsstyrt driftskonsept som sikrar god pasientflyt-/tryggleik og effektiv drift
- Driftsnivået redusert med 25 mill ift 2016-nivået, herav 7 millioner kroner i 2017

## 5.1 Utgreie samlokalisering/samanslåing av sengeposter

### 5.1.1 Beskriving: Samlokalisering eller samanslåing av sengeposter i FSS

Prosjektgruppa har valgt å vurdere samlokalisering/samanslåing av alle sengepostar i FSS.

ANRR, felles sengepost for nevrologi, slageining, revmatologi og rehabilitering i 4. etasje vart samlokalisert og samanslått i 2008. Arealmessig er det ledige sengerom, slik at eit mindre fagområde, td ØNH /auge sine døgnpasientar, kan få tilbod i denne sengeposten utan auke i bemanninga. I dag vert ledige plassar nytta som utgreiingspost for lungepasientar i medisinsk avdeling. ØNH avdeling ynskjer å halde fram med å ha sitt døgntilbod i Kirurgisk sengepost pga opparbeida kompetanse. Samlokalisering/samanslåing av fleire døgntilbod i 4. etasje vert ikkje vurdert vidare i denne saka.

Kirurgisk og ortopedisk sengepost er i kvar sin etasje, samlokalisert med Føde /gyn poliklinikk og Pasienthotellet og vi ser at det kan vere fleire gevinstar med å samlokalisere dei to sengepostane.

Medisinsk sengepost 1 og 2 i 8. etasje var før 2015 ein sengepost med 41 senger og ein leiar . Sengepostane er samlokalisert med kreft sengeposten (13 senger)og vi vurderer å slå saman att dei to sengepostane eller å slå saman Kreftsengeposten med Medisin 2 (15 + 13 senger). Vi vurderer også å legge ned kreftsengeposten slik at pasientaen får kreftbehandling i medisin, kirurgisk, Gyn og nevrologisk sengepost.

I vår vurdering har vi ikkje teke med Faggruppene/føringar i pasienten si helseteneste sin vurderingar om geriatrisk sengepost og evt andre typar sengepostar enn det vi har i dag.

### 5.1.1.1 Hypoteser

- Samlokaliserte og samdrifta sengeposter vil absorbere variasjon i aktivitet og pasiental betre
- Samlokalisering av døgnposter vil kunne gjere det enklare å hjelpe kvarandre
- Samlokalisering og samdrift av døgnposter vil kunne forenkle bemanningsplanlegging knytt til variasjon i pasienttal og «kvardagskriser»
- HF kan oppretthalde kvalitativt gode tenester til pasientane, eks kreftpasientar i anna organisering enn eigen sengepost
- Omstilling og innsparing kan nåast ved eit generelt kutt i rammer/bemannning i sengeposter som endringssteg 1 og implementering av tilrådde tiltak som eit endringssteg 2
  - Samlokalisering til færre/samdrifta sengeposter, samling av elektive pasientar i sengeposter, utprøving av observasjon i akuttmottak og tilpassa modell for bemanningsplanlegging

### 5.1.1.2 Volum

Barn sengeposten med 14 plassar til nyfødt intensiv/kuvøse og KK med døgn tilbud til Føde/ barsel/ gynekologi med 18 plassar, er samlokalisert i 5 etasje.

Det er forventa ein nedgang i tal liggedøgn i sengepostane perioden frå 2015 til 2030 med 5209 liggedøgn. Det utgjør 7,6 % av liggedøgna i Helse Førde. Pasienthotell vil kunne overta ein del av dette.

Framskriving av liggedøgn Helse Førde:

Helse Føde	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2030minus2015	% endring
SSB	68 720	72 401	76 321	80 497	84 948	89 694	11 777	17,1
Med utvikling		-452	-905	-1 361	-1 822	-2 287	-1 361	-2,0
Overført kommune		-1 597	-3 155	-4 687	-6 204	-7 719	-4 687	-6,8
Overført pasienthotell		-1 105	-2 133	-3 093	-3 996	-4 848	-3 093	-4,5
Overført dagbehandling		-1 548	-2 941	-4 203	-5 351	-6 403	-4 203	-6,1
Overført OBS-post		-733	-1 387	-1 974	-2 506	-2 993	-1 974	-2,9
Ikkje spesifisert		-230	-791	-1 668	-2 852	-4 336	-1 668	-2,4
	<b>68 720</b>	<b>66 737</b>	<b>65 009</b>	<b>63 511</b>	<b>62 217</b>	<b>61 109</b>	<b>-5 209</b>	<b>-7,6</b>

Framskriving av liggedøgn FSS:

Helse Føde	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2030minus2015	% endring
SSB	52 900	55 716	58 716	61 913	65 321	68 956	9 013	17,0
Med utvikling		-377	-753	-1 131	-1 510	-1 892	-1 131	-2,1
Overført kommune		-1 185	-2 343	-3 484	-4 617	-5 750	-3 484	-6,6
Overført pasienthotell		-932	-1 796	-2 599	-3 350	-4 054	-2 599	-4,9
Overført dagbehandling		-1 169	-2 223	-3 181	-4 054	-4 856	-3 181	-6,0
Overført OBS-post		-491	-932	-1 331	-1 697	-2 036	-1 331	-2,5
Ikkje spesifisert		-171	-589	-1 243	-2 126	-3 236	-1 243	-2,3
	<b>52 900</b>	<b>51 392</b>	<b>50 080</b>	<b>48 945</b>	<b>47 967</b>	<b>47 132</b>	<b>-3 955</b>	<b>-7,5</b>

Liggedøgn Kirurgisk sengepost:

10000 - Kirurgu	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2030minus2015	% endring
SSB	7 921	8 401	8 912	9 455	10 032	10 646	1 534	19,4
Med utvikling		-67	-133	-200	-266	-331	-200	-2,5
Overført kommune		-168	-332	-491	-648	-803	-491	-6,2
Overført pasienthotell		-152	-295	-429	-555	-676	-429	-5,4
Overført dagbehandling		-269	-511	-731	-931	-1 114	-731	-9,2
Overført OBS-post		-39	-71	-98	-119	-137	-98	-1,2
Ikkje spesifisert		-34	-118	-249	-426	-649	-249	-3,1
<b>Totalsum</b>	<b>7 921</b>	<b>7 671</b>	<b>7 451</b>	<b>7 257</b>	<b>7 087</b>	<b>6 936</b>	<b>-664</b>	<b>-8,4</b>

Tal pasientar mellom 16-18 år i 2016 samla og per sengepost i Helse Førde. Oversikta indikerer tal ungdomspasienter som vert overført frå andre sengeposter til barne-/ungdomsavd ved FSS i 2017/18 i regi av Ungdomsmedisinprosjektet.

### Døgnopphold 2016

Sengepost	Antall innleggelser 16-17 år	Andel av alle innleggelser	Antall liggedøgn 16-17 år	Andel av alle liggedøgn
FØAKM - Akuttmottak Førde	1	9,1 %	1	8,3 %
FØBAR - Barn felles sengepost Førde	41	4,4 %	105	3,8 %
FØFØD - Føde/gyn sengepost Førde	5	0,4 %	14	0,4 %
FØINT - Intensivsengepost Førde	3	1,6 %	3	0,5 %
FØKIR - Kirurgi/ØNH/Auge felles Førde	23	1,0 %	44	0,5 %
FØKRE - Kreft sengepost Førde	1	0,2 %	4	0,1 %
FØME1 - Medisinsk sengepost 1 Førde	9	0,5 %	31	0,5 %
FØME2 - Medisinsk sengepost 2 Førde	6	0,5 %	10	0,2 %
FØNRR - Nevro/revma/rehab fellespost	15	1,2 %	38	0,6 %
FØORT - Ortopedisk sengepost Førde	21	1,1 %	87	0,9 %
LÆMED - Medisinsk sengepost Lærdal	8	0,7 %	11	0,3 %
LÆEORT - Ortopedi/Kir sengepost Lærdal	3	0,9 %	7	0,9 %
NOMED - Medisinsk sengepost Nordfjord	4	0,3 %	4	0,1 %
<b>Sum</b>	<b>140</b>	<b>1,0 %</b>	<b>359</b>	<b>0,7 %</b>

Endring hvis alle medisinske, kirurgiske og ortopediske 16 og 17-åringar flyttes til barneposten

FØBAR - Barn felles sengepost Førde	FØR	ETTER	Endring
Antall innleggelser	927	1001	8 %
Antall liggedøgn	2771	2965	7 %

Endring hvis alle medisinske 16 og 17-åringar flyttes til barneposten

FØBAR - Barn felles sengepost Førde	FØR	ETTER	Endring
Antall innleggelser	927	954	3 %
Antall liggedøgn	2771	2827	2 %

## Dagopphold 2016

Avdeling	Antall dagkirurgi 16-17 år	Andel av all dagkirurgi
ØNH-HFD	18	4,1 %
AUGE-HFD	1	0,1 %
BARN-HFD	4	4,4 %
HUD-HFD	1	3,4 %
KIR-HFD	17	1,6 %
KJEVE-HFD	2	5,7 %
KK-HFD	1	0,1 %
MED-HFD	9	1,0 %
NEVRO-HFD	1	2,4 %
ORT-HFD	21	1,9 %
<b>Sum</b>	<b>75</b>	<b>1,2 %</b>

Som dagopphold er regnet de som har 'dagkirurgi' = 1. Det tilsvarer omtrentlig innlagte pasienter med 0 døgn, samt polikliniske pasienter med kirurgisk DRG. Det er ekskludert dialysepasienter. Til info så var 26 av disse registrert som innleggelse. Herav 10 på barn sengepost.

## Poliklinikk 2016 (kun medisinsk klinikk)

Avdeling	Antall poliklinikk 16-17 år	Andel av alle poliklinikk
BARN-HFD	400	7,2 %
FMR-HFD	17	0,8 %
HUD-HFD	558	2,8 %
KREFT-HFD	4	0,1 %
MED-HFD	203	0,9 %
NEVRO-HFD	58	1,1 %
REVMA-HFD	37	0,5 %
<b>Sum</b>	<b>1277</b>	<b>1,9 %</b>

Endring hvis alle medisinske 16 og 17-åring flyttes til barneavdelingen, unntatt hud- og revmapasienter.

<b>Barn-HFD</b>	FØR	ETTER	Endring
Antall polikliniske konsultasjoner	5570	5852	5 %
Antall dagopphold	91	101	11 %

Tala ovanfor er til bruk i 'her og no'-vurdering av auke av aldersgrensa. Med tanke på Pasientens helsetjeneste og framskrivning av aktivitet fram mot år 2015, så kan det hende at litt andre tal vert nytta. (men det er forventa minimale endringar for barn- og ungdom)

### 5.1.2 Samlokalisering/samanslåing av ortopedisk og kirurgisk sengepost

Det er utgreidd samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost i same etasje, ved at ein av sengepostane flyttar til ny etasje.

Dei to sengepostane ynskjer samlokalisering for å lettare kunne samarbeide om bemanning.

Ortopedisk og kirurgisk sengepost held til i kvar sin etasje, der ortopedisk sengepost er samlokalisert med Pasienthotellet. Kirurgisk sengepost, inkludert senger til ØNH og auge er i same etasje som Føde/gyn poliklinikk.

### 5.1.3 Volum

Sengetalet i ortopedisk sengepost er 31 og i kirurgisk sengepost er 28, samla 59 sengeplassar og 67,85 stillinger. Ved samlokalisering i 6 etasje vil det bli 58 sengeplassar, men færre einerom enn det ortopediske sengepost har i dag.

### 5.1.4 Vurdering og konklusjon

Vurdering og konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Samlokalisering av ortopedisk/kirurgisk sengepost i 6.etasje	
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dei to sengepostane ynskjer samlokalisering for å lettare kunne samarbeide om bemanning</li><li>• Det er ein fordel at sengepostane har tilgang til kafè, som er positivt både for mobilisering av pasientar, næringsmessig og fordi det avlastar pleiepersonalet i arbeidet med matservering.</li><li>• Samlokalisering kir/ort, med beredskapsordning (sjukepleier), kan gi innsparing på bemanning</li><li>• Samlokalisering vil gi moglegheit til meir fleksibel bruk av ressurser</li><li>• Kafetilbod også til ortopediske pasientar</li><li>• Flyttinga vil frigjere nokre ledige rom som kan nyttast av pasienthotellet og gje dei utvida kapasitet. Kor mange er avhengig av om ØNH må ha sin søvnlab i 7. etasje</li><li>• I 6 etasje er det kafè, som vil føre til at kjøkkenfunksjonen i 7. etasje kan takast vekk og flytting av personalet til kafeen i 6 etasje.</li><li>• Det vil i 6 etasje vere mogleg å sambruke ein felles sekretær slik at det vert behov for ein sekretær færre enn no.</li></ul>
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"><li>• Færre einerom er ein klar ulempe</li><li>• Om ØNH sitt undersøkingsrom skal vere der det er, so kan det bli konflikt med kvar ein skal ha vaktromma.</li><li>• Kan ikkje ta ned personalet på natt so lenge ein skal ha ringeklokka frå pasienthotellet. Må då ha den nattevaktbemanninga som er.</li><li>• Ein må finne alternativt areal til føde/gyn poliklinikk fram til dei kan flytte inn i 7. etasje. Har ikkje funnet eigna rokadeareal enno.</li><li>• Bør kartlegge høva for å utnytte meir av areala som blir brukt til kontor i dag, til dømes korridor i 2. etasje.</li><li>• Søvnlab må ein finne rom til i 7. etasje, eller i 2.etasje</li><li>• Det kan kome fleire korridorpatientar, då nokre av sengene ein har som buffer i dag vil forsvinne ved ei samlokalisering</li><li>• Felles lager/medisinrom for spesielle medisinar i 6 etasje, i den grad ein skal vidareføre må det flyttast til 7. etasje</li></ul>
Risiko	<ul style="list-style-type: none"><li>• Om begge poster er kronisk underbemanna vil det kunne gje høgare kostnader.</li><li>• Utfordring i NSF avtaler etc</li><li>• Stor variasjon i belegg i sengepostane i dag</li></ul>

Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirurgiske og ortopediske pasientar</li> </ul>
Føresetnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At Gyn/Føde sitt areal i 6. etasje vert bygt om til ort sengepost.</li> <li>• At Gyn/Føde pol får tilsvarende areal som dei har i 6 etasje ved flytting til i 7. etasje</li> <li>• Føde/Gyn sitt smitterom i 6 etasje må vere der det er eller få eit rom i 4. etasje.</li> <li>• Ort/kir sengepost har nattevaktfunksjon/alarmsystem til Pasienthotellet.</li> <li>• ØNH må få 3 poliklinikkrom+ lager samlokalisert med ØNH pol eller i 7. etasje</li> <li>• Ved samlokaliseringa av dei to sengepostane i 6 etasje vil det ikkje vere nattevakt i 7 etasje. Det vert mogleg å etablere ei elektronisk varsling til sengeposten i 6. etasje ila 2017</li> </ul>
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegge samlokaliseringa</li> <li>• Flytte Føde/gyn til annan stad under ombygginga av begge etasjane</li> </ul>
Pasienthotellet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vert der det er i dag og får ta i bruk rom som Føde/gyn pol eller ØNH ikkje skal bruke</li> <li>• Nattevakt/alarmsystem til 6 etasje, evt til 8. etasje</li> </ul>
Innsparing/Gevinst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduksjon i bemanning med 1 tilsett per sengepost eller 1-2 tilsette samla på dagvakt. Bortfall av behov for 1 sekretær. Innsparing i lønnskostnader ca kr 750 000 x 2 + kr 600 000 (sekretær) = ca 2,1 mill pr år.</li> </ul>
Kostnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostnad med samlokalisering av dei to sengepostane er vurdert til at den rimelegaste og mest praktiske løysinga er å samlokalisere sengepostane i 6 etasje. Der vil det då bli ca 58 sengeplassar. Føde/gyn har i dag eit smitterom i 6 etasje, som ikkje kan etablerast i Føde/gyn sengepost i 5. etasje. Dersom det ikkje kan etablerast i 6 etasje kan det flyttast til 4 etasje. ØNH har tre søvnlaboratorier med lagerplass i 6. etasje som det då må finnast areal til i anna etasje. Det er ynskjeleg med samlokalisering med resten av ØNH poliklinikken, eventuelt i 7. etasje eller 2. etasje.</li> <li>• Føde/gyn poliklinikken kan flyttast til 2. etasje. Deira arealbehov er som dagens i 6 etasje.</li> <li>• Kostnad ved ombygging/flytting: ca 1mill + kostnad med flytting</li> </ul>
Vurdering og konklusjon	<p>Vurdering: Det er tilrådd å samlokalisere sengepostane i 6. etasje. Alternativet med å samlokalisere sengepostane til 7. etasje vil gje større behov for ombygging.</p> <p>Konklusjon: Døgn prosjektet går inn for at ortopedisk og kirurgisk sengepost vert samlokalisert i 6. etasje og Føde/gyn poliklinikk vert flytta til 7. etasje. ØNH/augepaseintar får fortsatt sitt døgnstilbod i kirurgisk sengepost og skal ha sitt undersøkelsesrom med spesialutstyr der det er no. Det må finnast areal til søvnlab og lagerplass i 7. etasje eller i 2. etasje. Føde/gyn sitt smitterommet i 6. etasje vert fortsatt i 6 etasje eller flytta til ein rom i 4 etasje.</p>

### 5.1.5 Samanslåing av Kreftsengepost med andre sengeposter

Det er utgreidd om døgnstilbodet til kreftpasientar organisert på annan måte enn som eigen sengepost kan gi innsparingar. Kreftsengepost er i dag samlokalisert med Medisin 1 og Medisin 2 i 8. etasje. Det er difor utgreidd samanslåing av kreftpst med Medisin 1 og 2, i kombinasjon med omorganisering av dei to sengepostane. Det er også utgreidd om det kan vere aktuelt å kombinere ei samanslåing med fordeling av enkelte kreftpasientgrupper etter fagområder.

Det er sett på moglegheiter for å behalde eit samla kreft fagmiljø, i ei omorganisering.

Dei tre sengepostane samarbeider i dag både om bruk av pasientrom og pleiebemanning. Kreftsengeposten har 13 senger og har eit gjennomsnitt belegg på 11 pasientar. Sengeposten var oppretta som eigen post i november 2008. Før den tid fekk pasientar med kreftsjukdom medikamentell kreftretta behandling ved kreft poliklinikken, på Haukeland universitetssjukehus og i nokon grad medisinsk avdeling v/FSS. Sengeposten er ein del av kreftavdelinga saman med kreftpoliklinikken og palliativ eining. Avdeling for kreft, hematologi og lindrande behandling har det faglege ansvaret for all medikamentell kreftbehandling i Sogn og Fjordane.

Hovudgruppa av sjukdom hos pasientar innlagt ved sengeposten er alle kreftformer innan

onkologi/hematologi med unnatak lunge og hjernetumorar, som får kreftbehandling ved medisinsk avdeling og ANRR. Pasientar med kreft i område ØNH vert innlagt ved kreftavdelinga eller evt kirurgisk avdeling. Pasientar med hematologisk kreftsjukdom vart tidlegare i stor grad behandla v/HUS og vi har i fleire år sett ei aukande gruppe av hematologiske pasientar med svært kompleks sjukdom, som skal fylgjast opp.

### 5.1.5.1 Hypoteser

- HF kan oppretthalde kvalitativt gode tenester til pasientane, eks kreftpasientar i anna organisering enn som eigen sengepost

### 5.1.6 Vurdering og konklusjon

Kreftsengeposten har sidan den vart etablert for snart 10 år sidan heva kvaliteten på kreftbehandlinga for innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Fleire pasientar enn tidlegare får si kreftbehandling i Helse Førde i staden for å reise til Bergen. Når ein har ein kreftsjukdom, både i behandling og ved palliasjon er det viktig med nærheit både for pasientar og pårørande.

I tabellen under er vurdering og utgreiing av alternativet oppsummert:

Samanslåing av Kreftsengepost og Medisinsk sengepost – kombinert med omorganisering av Med 1 og Med 2 sengepost (kreftpasienter vert fordelt i sengeposter etter fagområder)	
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er mulig – døgntilbodet til kreftpasienter var organisert slik tidlegare</li> <li>• Evt. ta vekk ei leiarstilling</li> <li>• Spare administrative kostnader – fagfelt høyrer saman</li> <li>• Innsparingsmoglegheit</li> <li>• Fagorganisering kan identifisere helsekomplikasjoner tidlegare</li> <li>• Innsparing - kan spare ei avdelingssjef ved samlokalisering – ein leiar for medisin a og b.</li> </ul>
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetanse og arbeidsmåte – arbeider i stor grad tverrfagleg</li> <li>• Pulveriserer godt fagmiljø som er bygd opp over tid</li> <li>• Redusert fagleg kvalitet til kreftpasientar i forhold til i dag</li> <li>• Bemanningsauke i dei respektive postane som får kreftpasienter (kreftpasientar treng høgare bemanning enn andre pasientar</li> <li>• Kreftsengeposten og Medisinsk sengepost vert ein stor sengepost med 28 senger med 90 % belegg</li> <li>• 35 stillingar/43 personar + å vere leiar for</li> <li>• Vil ikkje kunne vere utdanningsinstitusjon for legar ?</li> <li>• Kompetanse på kreft vil smuldre opp</li> <li>• Redusere punktmessig fagkunnskap</li> <li>• Budsjettet vil øke på dei respektive postane som får kreftpasienter</li> <li>• Pasientar vil få redusert opplevinga av tryggleik som det er i å møte sjukepleiarar som dei kjenner både frå poliklinikk og sengepost. Nokre av sjukepleiarane arbeider både på sengepost og poliklinikk som gjev god kunnskap og kontinuitet i pasientbehandlinga. Mange av pasientane som går i poliklinisk behandling vert innlagt i løpet av sitt behandlingsforløp, grunna forverring av sjukdom, biverknader mm.</li> <li>• Samanslåing med Medisinsk sengepost 2: Kreftposten og medisinsk sengepost 2 ligg ikkje «rett» i høve til deling av midtrom. Dersom samanslåing må ein flytte /bytte om på fagspesialitetane på dei ulike korridorane slik at Medisin 1 har begge korridorane på sørsida og Medisin 2 og Kreft har dei to korridorane vis a vi kvarandre på nordsida, Kreftpasientar på ein korridor og mage/tarm og lunge/infeksjon på den andre. Luftisolatet ligg på medisinsk sengepost 2 og infeksjonspasientane bør vere på den korridoren.</li> <li>• Dersom kreftsengeposten og medisinsk sengepost 2, slik dei er plassert i dag, skal vere ein sengepost vert det to korridorar etter kvarandre og store gåavstandar for personalet.</li> <li>• Det positive kan vere at lungekreft vert då samla med dei andre kreftpasientane, men pasientgrupper med lavt immunforsvar lyt då vere ilag med infeksjonspasientar. Sengeposten vil få 28 sengeplassar med mange ulike pasientgrupper.</li> </ul>

Risiko  (konsekvenser for dei to medisinske sengepostane)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientgruppene i dei to sengepostane vil vekse i framtida, pga. demografisk utvikling, - sjølv om fleire blir behandla i kommunane. Det er stort behov for utvida areal til eksisterande greinspesialitetar. I tillegg er det behov for akuttgeriatriiske senger.</li> <li>• Har for lite plass i dag, er for fullt i 8.etg</li> <li>• Å ta over hematologifeltet vil skape enno større press som er uheldig både fagleg og arealmessig.</li> <li>• Kompetansen må aukast i heile lege- og sjukepleiegruppa pga komplekse behandlingar innan kreft og hematologi. Det har i tidlegare vurderingar vore peika på at det medisinsk fagområdet i framtida vil trenge ein heil etasje</li> </ul>
Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreftpasientar og pasientar med indremedisinske problemstillingar innan lunge, gastro, nefro, endokrinologi, infeksjon, intox og hjertesjudomar</li> <li>• Kreft fordeles på organer som før</li> <li>• Fordeling av kreftpasientgrupper etter fagområder; medisin, nevrologi, kirurgi og Føde/Gyn</li> <li>• Tumor cerebri og lungekreft får si behandling i Nevrologisk sengepost og Medisinsk sengepost 2 og for dei pasientane vil det då ikkje bli endring frå i dag</li> <li>• Det er vurdert om pasientar med tumor cerebri som i dag vert behandla i nevrologisk sengepost kan få si behandling i kreftsengeposten. Desse pasientane har ofte kognitive og adferdsmessige symptom som personalet på nevrologen er vane med, det same vil gjelde epilepsi og td trykksenkande behandling. Ordninga med interne tilsyn frå palliativt team har fungert godt, også i høve til samarbeidet ut til kommunane. Nevrologane ynskjer at pasientgruppa, ca 10 nye tilfeller kvart år, får si behandling i ANRR.</li> </ul>
Føresetnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisere krefteam som går tilsyn på dei ulike postane</li> <li>• Må sy sammen behandlersteam på avd</li> <li>• Barn med kreft får si behandling i Barneavdelinga og slik må det fortsatt vere</li> <li>• Kirurgisk og Føde/gyn sengepost kan overta sine egne kreftpasientar, men vil ha behov for kreftsjukepleiarar og generell auke i kompetansen hos personalet dersom dette skal skje</li> <li>• Om lungekreft skal gå til kreftposten, vil likevel undersøkingar / mykje av arbeidet bli gjort av lungelege og medisinsk poliklinikk. Det er svært komplekse undersøkingar og behandlingar. Arbeidet med lungepasientar er i stor grad tverrfagleg. Avdelinga har god pasientflyt gjennom opplegga i «virtuell utgreiingspost», medisinsk poliklinikk. og medisinsk sengepost 2. Lungespesialistane ynskjer å halde fram med dagens organisering</li> </ul>
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intern omorganisering i dei to medisinske sengeposten pga pasientsamansetting/luftsmitteisolat og kreftpasientar som ikkje kan dele rom/personale med pasientar som har infeksjonar</li> </ul>
Innsparing/Gevinster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei samanslåing er vurdert å kunne gi bortfall av 1 leiarstilling med om lag kr 750 000 pr år og evt ein sekretærstilling a kr 600 000 pr år, totalt ca 1 350 000 pr år</li> <li>• Bemanning: Kreftavdelinga har 17,2 pleiestillingar og medisin 2 har 18,95. Totalt 36,15 stillingar. Det er vurdert om stillingstalet kan reduserast ved samanslåing, men vi ser ikkje at det er muleg med dagens oppgåver og pasienttypar i sengepostane. Vi kan spare ei leiarstilling, men vedkomande vil då vere leiar for ca 45 personar( + dei som er i permisjon).</li> <li>• I staden for samanslåing vert det tilrådd eit endå tettare samarbeid om pleiepersonalet. Estimert innsparing er kr 750 000 i bemanning pr år og kr 600 000 (sækretær).</li> </ul>
Kostnader/investering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omorganisering – nye arbeidsfordeling/arbeidsplaner/prosessgjennomgang og forbetring, tid til opplæring/trening på nye arbeidsprosesser</li> <li>• Tiltaket krever ikkje ombygging av lokaler eller areal</li> </ul>



<p>Vurdering og konklusjon</p>	<p>Vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det krevst god fagleg kompetanse til å handtere problemstillingar kring langtkomen kreftsjukdom, smerteproblematikk, verknad/ biverknader av medikamentell kreftbehandling mm. Forekomst av kreft har utvikla seg, så har også medikamentell kreftbehandling. Fleire får medikamentell behandling og kurane er mange og komplekse. Fleire av pasientane får lengre kurar og går lengre i behandling. Det er ved lange og komplekse kurar ofte behov for innlegging ved sengepost.</li> <li>• Kreftpasientar er svekka både av sjukdom og som biverknader av behandling. Å løyse opp kreft sengepost vil redusere tryggleik for pasientar, pårørande og pleiepersonale. Det er dei dårlegaste av pasientar med kreftsjukdom som vert innlagt. Pasientar kjenner seg i varetekte og trygge på at dei møter personale med kompetanse innan kreft og behandling retta mot dette</li> <li>• Det er også vurdert samanslåing av kreft sengepost og medisinske sengepostar, der kreft sengepost kan fortsette som eit samla fagmiljø i eine korridoren - og med pasient fag/organ fordeling som er etablert i dag. Alternativet medfører at medisinske sengeposter må omorganiseras, i tillegg til omorganisering ifb med etablering av ein tverrprofesjonell sengepost i 2017/18, noko som er lite ynskjeleg.</li> <li>• I ei kost/nytte –vurdering, er det tvilsamt om nedlegging av kreftsengeposten vil bety innsparing totalt sett, sidan krefttilbodet uansett må ha kontinuitet og kompetanse av høg kvalitet. Det er trong for samling av kompetanse, ikkje spreiding på mange sengepostar</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Døgn prosjekt går inn for at kreftsengeposten fortsatt vert eigen sengepost, samlokalisert med medisinske sengeposter. I staden for samanslåing vert det tilrådd eit endå tettare samarbeid om pleiepersonalet</li> <li>• Det vert tilrådd at Døgn prosjektet ser framtidig organisering av medisinske sengeposter og kreft sengepost i samheng med etablering av tverrprofesjonell sengepost som prosjektet skal svare ut til forprosjektet innan 31.10.17. Sjå vurdering og konklusjon om samanslåing av medisinske sengeposter i avsnitt 6.2.7.2</li> </ul>
--------------------------------	--

### 5.1.7 Samanslåing av Kvinneklirikken og Barneavdeling

Barneavdelinga sin sengepost og KK er samlokalisert i 5 etasje. Pga det ikkje er areal til at foreldra kan vere saman med borna sine 24/7, må foreldre vere på barsel eller eventuelt på Pasienthotellet. Barneavd og Føde/Gyn har 34 senger (+ 7 kuvøser) og 64,4 stillinger totalt.

Barneavdelinga er lokalisert i del av sjukehusbygg som har fredningskrav på fysisk utforming, m.a på gangareal.

### 5.1.8 Hypoteser

- Tilgang til pasientrom som oppfyller krava til at borna skal kunne vere innlagt saman med foreldra 24/7, vil redusere ekstraarbeid og belastning på tilsette og foreldre/barn
- Føde/barsel sengepost og nyfødte intensiv/kuvøsen har nærleiksbehov
- Tettare samarbeid mellom Barneavdelinga og KK, og samarbeid/samlokalisering med BUP kan gi innsparingar på innleige av ekstravakt/overtid
- Det er mogleg å oppnå synergieffektar ved samlokalisering av sengepost, nyfødte intensiv, fødeavdeling og poliklinikkar til kvinner og barn i eit eige bygg
- Samlokalisering/samarbeid med BUP kan mogleggjere gevinster i areal-/personalbruk (eks. sambruk av samtale-/grupperom, trenings- og uteareal)

### 5.1.8.1 Volum

Volum: Tal pasientar/bemannings/belegg samla og gjennomsnitt pr mnd for Barneavd og KK?  
Ventetider for barneavd og (Føde/Gyn sengepost KK)? Tal pasienter som venter?

### 5.1.8.2 Vurdering og konklusjon

Vurdering og konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Samanslåing av KK og Barne-/Ungdomsavdeling	
Fordele	<ul style="list-style-type: none"> <li>Felles bruk av personale, spesielt mellom KK og nyfødt intensiv</li> <li>Begge fagområda krev høg grad av spesialkompetanse som nyfødt intensiv og jordmor</li> <li>Samarbeider godt i dag</li> <li>Innsparing på lønsutgifter</li> <li>Å flytte ut barneavd og KK ut av høgblokka vil frigjere areal til andre</li> </ul>
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er ikkje spesifisert - sjå vurdering og konklusjon nedst i tabellen</li> </ul>
Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>Er ikkje spesifisert - sjå vurdering og konklusjon nedst i tabellen</li> </ul>
Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 – 18 år og fødande + gynekologiske pasientar</li> </ul>
Føresetnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>Felles leiar for Barn og KK</li> <li>Føde/barsel sengepost og nyfødt intensiv/kuvøsen har nærleiksbehov</li> <li>Avd treng familierom der borna kan vere saman m/ foreldre 24/7 (familiesentrert nyføddomsorg).</li> </ul>
Innsparing/Gevinster	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei samanslåing er vurdert å kunne gi ei innsparing på 1 leiarstilling med ca kr 750 000 + 1 sekretærstilling med om lag kr 600 000 pr år, totalt kr 1 350 000 pr år</li> <li>Det er tilrådd som innsparingstiltak å redusere budsjett/ramme for sengepostane med samla kr 1 350 000 per år frå 1.9.2017 (også utan samanslåing). For 2017 er innsparing vurdert til kr 400 000 og kr 200 000, samla kr 600 000.</li> </ul>
Kostnader/investering	
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ferdigstille utgreiing av tettare samarbeid mellom KK og Barneavdelinga og BUP og organisering av tilbodet i Barn 0-18 arbeidsgruppe i Døgnprosjektet (i samarbeid med PHV prosjekt)</li> <li>Ferdigstille utgreiinga av samarbeid mellom KK og Nyfødt intensiv og organisering av dei to avdelingane</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdering og konklusjon</li> </ul>	<p>Vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det er etablert Døgn arbeidsgruppe som vurderer organisering av tenester til Barn og unge 0 – 18, inkludert å sjå på løysingar for tettare samarbeid mellom Barneavdelinga og KK, og samarbeid/samløslisering med BUP. Samarbeidet som er starta opp kan spare inn på innleige av ekstravakt/overtid utan at prosjektet har talfesta dette. Arbeidet bør ferdigstillast før konklusjon.</li> <li>Ei eiga arbeidsgruppe vurderer tettare samarbeid mellom KK og nyfødt intensiv og organisering av dei to avdelingane. Ein vil også sjå på synergieffektar ved samløslisering av sengepost, nyfødt intensiv, fødeavdeling og poliklinikkar til kvinner og barn i eit eige bygg. Der ser ein for seg gevinstar i form av areal- og personalbruk. Arbeidet bør ferdigstillast før konklusjon</li> <li>Barneavdelinga skal endre aldersgrensa frå 0- 16 til 0 - 18 år i løpet av neste år. Innfasingsplan og konsekvens-/gevinstanalyse vert utarbeidd av Ungdomsmedisin prosjektet i PHV.</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det vert tilrådd å ferdigstille utgreiing av moglege innsparingar i framtidig tenestetilbod til barn 0-18, som del av Døgnprosjektet – tentativt til 31.10.2017</li> <li>Det er vurdert som ikkje rette tidspunktet å konkludere om samanslåing av avdelingane før tenesteutviklingsarbeidet i Døgn prosjektet og samløslisering/samarbeid med PHV er ferdigstilt.</li> </ul>

### 5.1.9 Samanslåing av medisinske sengeposter

Sengepostane Medisin 1 og Medisin 2 med 26 og 15 sengeplassar, var inntil i 8.11 2015 ein sengepost med 41 sengeplassar, 51 stillingar og 65 – 70 tilsette. Pasientgruppene i dei to sengepostane er lungesjukdommar, inkludert lungekreft, gastroenterologiske sjukdommar, infeksjonssjukdommar, hjarteinfarkt, hjertesvikt, fimmer og arytmiar, diabetes og nyresvikt, intox og dialyse. Ca 90 % er øyeblikkeleg hjelp. I 2016 var gjennomsnitt tal pasientar 32, og hittil i 2017 er gj.snittet 36, 5.

### 5.1.10 Hypoteser

- Organisering av medisinske sengeposter bør sjåast i samanheng med etablering av sengepost for eldre/pasientar med behov for tverrfagleg utgreiing og behandling innan somatikk og psykiatri
  - Det er venteleg naudsynt med ei omorganisering av dei to medisinske sengepostane for å organisere døgnstenester til ovannemde pasientgrupper

### 5.1.11 Volum

Medisinske sengeposter har i dag 41 senger og 49,23 stillinger totalt.

### 5.1.12 Vurdering og konklusjon

Vurdering og konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Samanslåing av medisinske sengeposter (Med 1 og Med 2)	
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enklare samdrift av medisinsk sengepost – èitt budsjett/ramme</li> <li>• Auka fleksibilitet til ressursallokering på tvers av pasientgrupper/korridorar</li> </ul>
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samanslåing vil gje for stort leiarspenn og personalansvar for eit for stort tal tilsette</li> <li>• Det vil vere vanskeleg å rekruttere leiingar til ein så stor sengepost.</li> <li>• Medisinsk avdeling er delt av grunnen over – var samanslått tidlegare. Dersom vi slær saman sengepostane igjen ,vil det bli ein like stor sengepost som før oppdelinga.</li> <li>• Leiar for sengepostar har det faglege ansvaret, har personalansvar for alle tilsette i sengeposten og økonomisk ansvar for drifta. Med ansvar for 66-70 tilsette vert det lita tid oppfølging av faget i sengeposten sjølvom om det er fagutviklingssjukepleiar og ein har sjukepleiarar som har ansvar for ulike diagnosegruppene. Med så mange fagområdet og utvikling innan utgreiing og behandling må leiar til ei kvar tid vere oppdatert og vere i forkant av utviklinga</li> <li>• For leiar i sengepost er det viktig å kunne vere ute i sengeposten, sjå og høyre kva som skjer. Dette for å kunne lettare ta tak i det som må gjerast noko med og lettare kunne vurdere behovet for innleige ved fråvær og når kompleksiteten i sjukepleien krev ekstra ressursar. Leiar har ansvaret for å organisere drifta innan for dei økonomiske rammene , arbeidsmiljøet, for samarbeid med andre sengepostar/avdelingar og kommunane. Leiaren er også ein del av leiargruppa i avdelinga/klinikken.</li> <li>• For dei tilsette er det viktig å bli sett av leiaren sin og få tilbakemeldingar. Leiar må vere tilgjengeleg. Men ei så stor personalgruppe vert det mest administrative oppgåver og lite tid til leiing</li> </ul>
Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samme som over – storleik på leiarspenn og personalansvar</li> <li>• Risiko for auke i sjukefråvær – redusert kvalitet på arbeidsmiljø</li> <li>• Risiko for auka turnover</li> <li>• Rekrutteringsutfordringar – auka utfordringar i bemanningsplanlegging</li> </ul>
Pasientgrupper	Sjå vurdering og konklusjon under
Føresetnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompensere med fleire stillingar i leiarstruktur for å handtere storleik på personellgruppe</li> </ul>

Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utreie etablering av eigen sengepost for eldre/pasientar med behov for tverrfagleg utgreiing og behandling innan somatikk og psykiatri</li> <li>• Sjå organisering av medisinske sengeposter i samanheng med etablering av sengepost for tverrfagleg utgreiing</li> </ul>
Gevinster/innsparing	Det er tilrådd reduksjon i samla ramme med ca kr 750 000 og evt 1 sekretær ca kr 600 000, samla ca kr 1 350 000. For 2017 er mogleg innsparing vurdert til kr 400 000 og kr 200 000, samla kr 600 000. Sjå vurdering og konklusjon under
Kostnader/investering	Sjå vurdering og konklusjon under
Vurdering og konklusjon	<p>Vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Døgn prosjektet skal utgreie etablering av eigen sengepost for eldre/pasientar med behov for tverrfagleg utgreiing og behandling innan somatikk og psykiatri. Dette er pasientar som i dag får tilbod i dei medisinske sengepostane og ortopedisk sengepost. For å få dette til vert det venteleg naudsynt med ei omorganisering av dei to medisinske sengepostane og/eller etablerast ein eigen sengepost for pasientgruppa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dei komplekse behandlingsbehova vil krevje ei tverrfageleg samansett personalgruppe, som tek tid å bygge opp kompetanse på</li> </ul> </li> <li>• Det vil etter prosjektets vurdering vere feil å slå saman medisinske sengepostar for å så dele opp att</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det vert tilrådd at Døgn prosjektet ser organisering av medisinske sengeposter i samanheng med etablering av sengepost for tverrfagleg utgreiing og behandling innan somatikk og psykiatri og gir ei samla tilråding om organisering av desse døgntenestene <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utreiingsperiode: juni 2017 – 31.10.17</li> </ul> </li> <li>• Det vert tilrådd reduksjon i samla budsjett/ramme for sengepostane (Kreft, Med 1 og Med 2)</li> </ul>

## 5.2 Utreie etablering av elektiv 5-døgns sengepost

### 5.2.1 Beskriving: Eigen sengepost eller del av sengepost for pasientar som får elektiv behandling av varigheit 1-5 døgn ved FSS

#### 5.2.2 Formål:

Oppnå ei meir fleksibel organisering av elektive døgntenester som kan tilpassast til aktivitetsnivå. Redusere variasjon i kvalitet- og effektivitet i elektiv pasientbehandling.

#### 5.2.3 Utfordring i dag

- Blanding av elektive og ØH pasientar i alle sengeposter
- Uroleg for elektive pasientar å vere i avdeling med øyeblikkeleg hjelp pasientar
- Store svingningar og variasjon i sengebelegg på øyeblikkeleg hjelp
- Vanskeleg/krevande å planlegge og tilpasse bemanning til elektivt aktivitetsnivå i ein blanda sengepost

Tenesteområde	Man/Tir	Tir/Ons	Ons/Tor	Tor/Fre
10000 - Kirurgu	4,8	5,5	4,8	3,1
14000 - Ortopedi	2,2	3,1	3,8	2,3
21000 - Øyre Nase Hals	4,2	5,4	4,8	4,2
22000 - Auge	0,1	0,5	0,1	0,0
24000 - Kvinneklubben	0,8	2,2	2,2	1,3
30000 - Medisin	2,5	4,0	5,6	3,8
36000 - Kreft	1,5	2,3	2,3	1,3
43000 - Nevrologi	1,2	1,5	1,5	0,9
44000 - Barn	0,3	0,7	0,4	0,3
45000 - Revnatologi	0,2	0,2	0,2	0,1
52000 - Fysikalsk medisi	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>TOTALT</b>	<b>17,8</b>	<b>25,3</b>	<b>25,7</b>	<b>17,3</b>

### 5.2.4 Hypoteser

1. Samling av elektive pasientar i eigen del av sengepost(ar) kan gje pasientane eit kvalitativt rolegare/betre opphald og auke pasienttilfredsheit/opplevd pasienttryggleik
2. Pasientvolum kan vere for lågt til å etablere ein eigen elektiv sengepost – det kan vere meir føremålstenleg å prøve ut samling av elektive pasientar som del av sengepost(ar)
3. Ved å samle i del av sengepost kan ressurser sambrukast på tvers av elektive pasientar og øyeblikkeleg hjelp
4. Samling kan mogleggjere standardisering av fleire arbeidsprosessar og ei meir effektiv pasientbehandling på sikt
5. Samling av pasientgruppa kan gjere det enklare å tilpasse/justere bemanning (bemanningsplanlegge) til planlagt aktivitetsnivå

### 5.2.5 Volum

Tabellen under syner tal innleggingar av pasientar som har overnatta 1- 4 døgn ved FSS i 2015. Det er teke utgangspunkt i alle planlagde episodar som har medført innleggingar i 2015. Det er føresett at dei som er planlagt innlagd er lagt inn etter kl. 07:00.

Pasienter	Man/Tir	Tir/Ons	Ons/Tor	Tor/Fre
Mandag	818	387	214	110
Tirsdag		778	283	121
Onsdag			686	220
Torsdag				346
Fredag				
	818	1165	1183	797
46	17,8	25,3	25,7	17,3

#### Inn og utskrivingar.

Oppstillingar viser kor mange inn og utskrivingar det vert dei enkelte dagane. Gult felt viser kor mange det vert kvar enkelt dag gitt at ein har opent 46 veker i året.

Innskriving	Man	Tir	Ons	Tor	Fre
	818	778	686	346	
46	17,8	16,9	14,9	7,5	

Utskriving	Man	Tir	Ons	Tor	Fre
		431	668	732	797
46	-	9,4	14,5	15,9	17,3

Tilsvarande tal for 2016 visar lågare tal liggedøgn planlagde liggedøgn.

Pasienter	Man/Tir	Tir/Ons	Ons/Tor	Tor/Fre
Mandag	663	419	267	138
Tirsdag		533	273	124
Onsdag			446	199
Torsdag				192
Fredag				
	663	952	986	653
46	14,4	20,7	21,4	14,2

Største nedgangen er for eininga øyre nase hals.

#### Føresetnader (berekning tala for 2015):

Oppstillinga viser kor mange som ligg ved FSS dei enkelte nettene. Det gule feltet nedst viser kor mange pasientar det vert kvar natt, gitt at vi har ein elektiv sengepost oppe 46 veker (ikkje sommar, jul, påske). Oppstillinga viser at talet pasientar vil variere mykje over veka.

Eksempel vil ein sengepost natt frå måndag til tysdag ha alle pasientar som kjem inn på måndag liggande inne, dvs 818. Natta tysdag til onsdag vil dei pasientane som kom inn på måndag som ligg 2, 3 og 4 døgn ligge i seng. (+173+104+110=387) pluss alle som kom inn på tysdag som skal ligg i 1,2,3 døgn (+495+162+121=778). Totalt i seng frå tysdag til onsdag vert 1165. Det gir 25,3 pasientar snitt året.

### 5.2.6 Vurdering og konklusjon

Allereie før uttrekk av pasientgrupper som ikkje er aktuelle for ein elektiv sengepost (eks. barn 0-18) viser tala at det er marginalt pasientgrunnlag for å etablere ein eigen 5 døgns elektiv sengepost.

Kirurgisk, ortopedisk og medisinsk er dei sengepostane som har flest elektive pasientar. Dei medisinske pasientane er utgreiingspasientar, i hovudsak lunge og mage/tarm problem som vert lagt inn i ledige senger i ANRR eller i kirurgiske sengepost. Dei andre er pasientar som er aktuelle for infusjonspoliklinikk/observasjonseining/pasienthotellet eller pasientar som kan få transfusjonsbehandling på sjukeheimane. Innan kirurgi og ortopedis er det i hovudsak pasientar som vert lagt inn til operasjon og vi ser at det er muleg å organisere eit elektivt tilbod i som ein del av Ortopedisk/kirurgiske sengepostar.

Kreftposten sine elektive pasientar er gjerne pasientar som vert lagt inn for cytostatikakur. Det kan

vere komplekse kurar som går over lang tid/heile døgnet og som skal observerast i høve verknad og biverknader. Enkelte pasientar som skal ha kurar der det er stor risiko for infusjonsreaksjonar, vert innlagt og får kur på sengeposten. Det kan også vere pasientane er svekka av sjukdom/behandling og ikkje klarar å gå poliklinisk for behandling.

Innan fagområda nevrologi, revmamatologi og auge er det få, men spesielle pasientar som vert lagt inn til utgreiing/behandling fordi dei også er pleietrengande at dei ikkje kan vere polikliniske. Td ALS, MS og Parkinson. Dei krev spesiell sjukepleiarkompetanse og tverrfagleg vurdering. Ved administrering av kreftbehandling må det vere kreftsjukepleiar/sjukepleiar med opplæring og erfaring innan kreft og kreftbehandling. Bemanningmessig vil det bli ei utfordring, ved etablering av 5 døgnspost, at vi treng spesiell kompetanse både i 5 døgnspost og dei fagspesielle sengepostane. FSS treng også kompetansen på poliklinikkane. Det vil vere utfordrande å oppretthalde spesialkompetanse i sengepostane, poliklinikkane og i ein 5 døgnspost.

Fleire av fagområda, også Gyn planlegg dei elektive pasientane inn mandag til fredag og bemannar opp dei dagane dei har flest planlagte operasjonar/undersøksar.

ØNH hadde i 2015, som tabellen side 30 er henta frå, syner 4- 6 aktuelle 5 døgnpasientar per dag. Frå 2016 vart nesten alle desse søvnpasientar for utgreiing overført til poliklinisk utgreiing.

Vurdering og konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Etablere 5-døgns elektiv sengepost	
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økonomi</li> <li>• Betre kvalitet på opphaldet til dei elektive pasientane</li> <li>• Variert - lett post å jobbe i – eigna også for personell på omplassering/tilrettelegging</li> <li>• Færre personer å forhalde seg til for pasientane</li> <li>• Færre overliggarar - planlagt pasientforløp med inn- og utdato</li> <li>• Mogleg å gjennomføre hofteproteseprojekt</li> <li>• Pasientforløp kan verte arbeidd vidare med (Har vi?/Er alle pasientforløp gode nok/korte nok? Jfr nasjonale/internasjonale (OPR/KIR))</li> <li>• Meir ro for pasientar og tilsette – avklara pasientforløp</li> <li>• Enklare å bemanne og redusere variasjon i sengebelegg</li> <li>• Enklare å planlegge aktivitetsstyrt bemanning</li> <li>• Oversikt over planlagte utskrivningar meir samla enn i dag – betre grunnlag for å planlegge utskrivningar (bruk av taxi/ambulanser og informasjon/samarbeid med kommuner)</li> </ul>
Ulemper	<p>Vurderingar frå arbeidsgruppe/Prosjektgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarer vi å fylle opp ein eigen sengepost? For lite volum eigne pasientar?</li> <li>• Økonomi – dersom få pasienter - personale</li> <li>• Behov for flytting av pasient – ved lenger opphald enn planlagt/helg</li> <li>• Behov for reorganisering av operasjonskapasitet/drift på intensiv/oppvåk./dagkir.senter</li> <li>• Redusert kvalitet – t.d på grunn av ulike pasienttilstander på same rom</li> <li>• Press på ressurser/helg</li> </ul>
Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enda mindre fleksibilitet</li> <li>• Behov for legevissitt frå alle fagfelt og organisering av legevissitt totalt</li> <li>• For få pasientar til effektiv drift</li> <li>• Redusert kvalitet på tenestene</li> </ul>
Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primært innan ortopedi og kirurgi (Hofte- og kneproteser - proteser)</li> </ul>
Føresetnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operasjon måndag/tysdag og utskrivning torsdag/fredag (ved eigen elektiv sengepost)</li> <li>• Tilpassa organisering av legetenester (ved etablering av eigen lektiv sengepost)</li> <li>• Dagens system er tilpassa Intensiv og operasjon (etablering av eigen elektiv sengepost)</li> </ul>

Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføring med god info og samkøyring i alle ledd (alle legar, pol.kl og sengepostpersonale)</li> <li>Tilpasse system for operasjon og intensiv</li> <li>Å lage fleire pasientforløp kan være hensiktsmessig</li> </ul>
Gevinster	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auka pasienttilfredsheit – auka grad av «opplevd pasienttryggleik» fordi pasientane får eit «rolegare» og meir føreseieleg opphald i ein rolegare del av sengepost</li> <li>Redusert ressursbruk/bemannning på sikt pga meir standardiserte arbeidsprosesser som gir meir effektiv pasientpleie – pilotering med redusert bemanning på dagtid vekedagar</li> <li>Betre oversikt over ressursbruk knytt til elektiv pasientgruppe og ressursstyring på sikt – fordi pasientgruppa og ressursbruk kan skiljast frå ressursbruk på ØH</li> </ul>
Innsparing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bemannning tilpassa aktivitet – redusert bemanningsbehov dagtid i forbetra pasientforløp</li> <li>Sjå tilråding om reduksjon i samla budsjett/ramme ved samlokalisering av kir/ortopedisk sengepost</li> </ul>
Kostnader/investering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lokalisert som del av sengepost (samlokalisert Ort/Kir sengepost) vert det ikkje utløyst behov for investeringer/ombygging</li> </ul>
Vurdering og konklusjon	<p><b>Konklusjon:</b></p> <p>Det vert tilrådd utprøving av samling av elektive pasienter i del av ein samlokalisert ort/kir sengepost (pilot). Periode: frå oppstart av samlokalisert ort/kir sengepost og 6 mnd varigheit. Vi ynskjer å prøve ut elektive post som ein del av kirurgisk og ortopedisk sengepost innan for det sengetalet/bemannning som er i dag. Dette må planleggast og organiserast i tett samarbeid medoperasjon, anestesi og oppvaking/intensiv avdelinga.</p>

## 5.3 Utgreie etablering av observasjonspost (i/nær akuttmottak)

### 5.3.1 Observasjonspost eller observasjonsenger/stoler i akuttmottak, for observasjonspasientar som skal opphalde seg mellombels i sjukehuset

Hausten 2017 flyttar legevakta SYS-IKL og dei kommunale ø.h. sengene ut av sitt noverande areal i/ved akuttmottak. Akuttmottaket har ulike arealmessige utfordringar og behov for modernisering. Mellom anna treng ein triage-areal for sittande og liggande pasientar, venteplass for pasientar som skal avklarast med t.d. blodprøver, venteplass for pårørande, samtalerom, smitterom, hensiktsmessige arbeidstilhøve for tilsette ( sjukepleiarar og legar).

For at det raskast mogleg skal verte peika på bruk av det ledige arealet og få vurdert om tilpassingar/ mindre ombyggingar kan løyse nokre arealutfordringar mellombels eller permanent, har ei Akuttmottak arbeidsgruppe utarbeidd forslag til arealmessige «strakstiltak»:

- Utgreie etablering av observasjonspost
- Etablere observasjon senger/stoler som del av akuttmottaket
- Utnytte fristilt areal i akuttmottak (kvilerom for LIS på medisin, kirurgi og ortopedi)

Observasjonssenger/stolar i Akuttmottak: Arealet som i dag blir nytta som venteareal for pasientar og pårørande, kan i beredskapsituasjonar klargjerast for bruk av opp til 5 liggande pasientar. Pr i dag er det plassert stolar, bord og sofa der og det er installert uttak for oksygen og luft.



### 5.3.2 Føremål

Endringar i akuttmottak skal passe med retninga i programmet «Pasientens helseteneste», dvs. føringane nemnd over og planar lagt for seinare utviding og modernisering av akuttmottaket jmf. Konseptfaserapporten. Kostnader og tekniske moglegheiter/tilhøve må vere innafør rammer.

### 5.3.3 Hypoteser

- Observasjon i akuttmottak kan gje meir avklara pasientar til innlegging og ei meir presis/effektiv pasientbehandling og eit meir avklara pasientforløp
- Auka pasienttilfredsheit og opplevd pasienttryggleik for pasientar og pårørnde
- Pasientvolum kan vere for lågt til å etablere ein eigen observasjonspost – det kan vere meir føremålstenleg å prøve ut observasjon som del av akuttmottak

Hypoteser om andre strakstiltak for Akuttmottak:

- Utvalde pasientgrupper bør verte prioritert for triagering og rask avklaring av vidare behandling (eks eldre pasientar med lårhalsbrot og akutt abdomen)
- Akuttmottak bør skallsikrast/«stengast» for gjennomgangstrafikk for å skjerme pasientar og pårørnde i sårbare situasjonar og gje meir arbeidsrom/ro til personalet

### 5.3.4 Akuttmottak – volum

Akuttmottak har 17,2 årsverk inkl. seksjonsleiar og fagutviklingsjukepleiar (50%).

Bemanningsmessig så er grunnbemanning 3 personar på dagtid (ofte 4 på jobb grunna turnus) 4-5 personar på kveld, 2 personar på natt. På helg er det 2 personar på dagtid og 3 personar på kveldstid.

### 5.3.5 Vurdering og konklusjon

I tabellen under er vurdering og konklusjon oppsummert:

Observasjon(senger/stoler) i akuttmottak	
Fordeler	<p>Etablering av observasjonspost og observasjonssenger/stoler i akuttmottak:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Unngå unødig innlegging i sengepost</li><li>• Innlegging til rett sengepost – frre flyttingar og redusert bruk av portørtenester</li><li>• Få rimeleg sikker diagnose før pasient går til rett post</li><li>• Økonomi</li><li>• Unngå å «flytte» pasientane inn i sjukehuset</li><li>• Enklare logistikk</li><li>• Kanskje 2-3 pasientar færre på sengeposter 1-2 dg per veke?</li><li>• Sambruk av ressurser på tvers av obs.senger, akuttmottak, /pol?</li><li>• Auke fleksibilitet</li><li>• Vert kortare innlegging</li><li>• Pasientane vert samla/skjerma ein stad</li><li>• Det vert lettare å observere dei</li><li>• Legene kan i større grad være nær pasienten, om det skulle vere trong for meir avklaring eller iverksetjing av tiltak/behandling (kan gjennomføre liggjande triage</li><li>• Etablering av observasjon senger/stoler krev inga ombygging</li></ul>

Ulemper	<p>Etablering av observasjonspost:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ny eiga eining</li> <li>• Dyre løysingar!</li> <li>• Om vi får 2-3 pasientar mindre , kan vi ikkje redusere personalet på sein og natt.</li> <li>• Dette er ofte lette pasientar</li> <li>• Kostnader</li> <li>• Lite volum eigne pasientar</li> </ul> <p>Observasjon senger/stoler, som del av akuttmottak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meir belastning for personalet i akuttmottak med omsyn til: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dekke basale behov til pasientane (toalettbesøk, mat og drikke)</li> <li>○ Behov for å kunne gje faste medisinar</li> <li>○ Kan bli mange pårørande saman med pasientane</li> <li>○ Behov for informasjon</li> <li>○ Særskild utfordrande når det er elles høg pasientstraum i avdelinga, og når det er redusert bemanning</li> <li>○ Lengre liggetid</li> <li>○ Dei polikliniske pasientane som skal ta opp journalopptak (elektive), må handterast i andre lokale. Dette er pasientar som kjem frå ort/kir poliklinikk</li> </ul> </li> </ul>
Risiko	<p>Etablere observasjonspost:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For få aktuelle pasienter</li> <li>• Lite fleksibelt</li> </ul> <p>Observasjonspost OG observasjonsenger/stoler, som del av akuttmottak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oversjå risiko om ikkje tilstrekkeleg bemanning</li> </ul>
Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirurgi – noen – en del? Ortopedi: Noen? – en del? Commotio?</li> <li>• Det kan vere utfordrande å finne pasientar som vil passe på ein observasjonspost. I utgangspunktet skal dette vere pasientar som klarar seg sjølv og som ikkje treng overvaking via monitor. Innanfor kirurgi og ortopedi ser ein få pasientar som kan nytte seg av dette tilbodet. LIS legane i arbeidsgruppa meiner at dette er pasientar som ein i dag handterer som poliklinisk (etter god undersøkjing i Akuttmottak) eller som blir innlagt og som får eit godt tilbod på avdelinga. Det er ikkje gjort formell kartlegging av pasientkategoriar. Innanfor det medisinske fagfeltet vil det vere nokre fleire kandidatar, men truleg ikkje veldig mange</li> </ul>
Føresetnader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Areal</li> <li>• Bemanning</li> <li>• Tilstrekkeleg volum til å unngå auka kostnader</li> </ul> <p>Observasjon senger/stoler som del av akuttmottak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Venteareal må flyttast til anna eigna stad.</li> <li>• Pasientar som i dag kjem til ort/kir. poliklinikk og som skal ta opp journalopptak, må flyttast til anna eigna areal</li> <li>• Ved å innføre ordning med sengeplass og stolar, vil ein truleg ikkje få vesentleg fleire polikliniske pasientar</li> </ul>
Tiltak	
Innsparing/Gevinster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meir avklara pasientar til sengepostane, som kan starte på vidare pasientforløp.</li> <li>• Rolegare og meir føreseieleg for pasientane – færre spørsmål til personalet og frigjort tid til andre oppgåver</li> <li>• Redusert ventetid på avklaring i sengeposten for personalet</li> <li>• Færre flyttingar av pasientar og redusert bruk av portørtenester</li> <li>• Meir effektivt pasientforløp, som er innom færre ressurser</li> <li>• Redusert tal unødige innleggingar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akuttmottak har i dag om lag 7 % polikliniske pasientar som blir meldt til innlegging og som blir sendt heim. Dette utgjer om lag 1,5 pas. pr. dag. Desse pasientane går som regel gjennom full undersøking både med omsyn til triage, blodprøver og evt. radiologiske undersøkingar</li> </ul> </li> </ul>
Kostnader/investering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av dette arealet til sittande pasientar, krev investering i eigna stolar. Dette bør vere stolar som er mogleg å legge ned (slik som eks. blir nytta ved dagkirurgi)</li> <li>• Investering er stipulert til er 300 000 til ei enklare ombygging av akuttmottak til overnatting/kontor for LIS legar og smitterom, samt areal til observasjon <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smitterom er ikkje teke med i prisen på 250.000, som er stipulert i vedlegg</li> </ul> </li> </ul>

Vurdering og konklusjon	<p>Vurdering – observasjonspost i akuttmottak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ut frå pasientvolum/bemanning vert det ikkje tilrådd å organisere tilbodet som ein eigen observasjonspost: Bemanning ved etablering av ein eigen observasjonspost. Det må påreknast at 1 sjukepleiar skal ha ansvar for desse pasientane. Med arbeid kvar 3 helg, vil det medføre eit behov for 9 personar. Totalt vil det utgjere om lag 5 årsverk. Kostnadene vil vere uforholdsmessig høge med relativt få sengetal</li> <li>• SYS IKL har i dag om lag 45% belegg. Det er i dag 2 rom med 2 sengar på kvart rom. Når ein tek omsyn til at det ikkje skal ligge pasientar av same kjønn på rommet, er det lita grunn til å tru at beleggsprosenten vil vere vesentleg høgare enn det den er i dag på SYS IKL.</li> <li>• Oppretting av 7 sengar + 1 rus seng hos SYS IKL i bygg aust, vil truleg redusere tal innleggingar. Ein del av dei pasientane som kjem til å ligge der, vil truleg vere dei same pasientane som er kandidat for ein evt. observasjonspost. Såleis vil det vere viktig å evaluere denne tenesta, med omsyn til å sjå kva konsekvensar dette vil få for FSS.</li> </ul> <p>Observasjonsenger/stoler som del av akuttmottak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsgruppa vurderer at observasjonsareal i større grad kan nyttast dagleg til å ha både liggande og sittande pasientar</li> <li>• Arbeidsgruppa vurderer at det kan vere plass til inntil 3 liggande pasientar og 3 sittande pasientar ved på ta i bruk dagens ventearal. Dette kan vere pasientar som er ferdig undersøkte eller som ventar på å bli triagert.</li> <li>• Det pågår ein pilot i Stavanger på m.a om ein kan skrive ut igjen pasientar til ØHD-senger. Bør få ei god avklaring kring dette i prosjektet.</li> <li>• Trur det er ei god løysing med observasjonssenger/stolar i mottak</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det vert tilrådd ei utprøving av observasjon i akuttmottak for eiga pasientgruppe. Basert på erfaringer frå pilotering kan tilbodet aukast til andre pasientgrupper.</li> <li>• Det vert tilrådd ei enklare ombygging av akuttmottak til overnatting/kontor for LIS legar og smitterom. Dette er endringer i samsvar med konseptfaseplaner (der det vart teikna areal til observasjon med 12 senger i akuttmottak)</li> <li>• Piloteringsperiode: August 2017 – juni 2018</li> </ul>
-------------------------	--

### 5.3.6 Utnytte fristilt areal i akuttmottak til kvilerom for LIS på medisin, kirurgi og ortopedi

Observasjon(senger/stoler) i akuttmottak	
Innsparing/Gevinster	
Kostnader/investering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kr 250 000 til ei enklare ombygging av akuttmottak til overnatting/kontor for LIS legar og smitterom, samt areal til observasjon (Kostnadsoversikt levert av Jens Otto Hestad)</li> </ul>
Vurdering og konklusjon	<p>Vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Med omsyn til at arbeidsgruppa ikkje ser for seg at gamle AMK bygget skal brukast til pasientretta aktivitet, vert det foreslått at dette bygget vert gjort om til eit fleifunksjonelt areal med kvilerom/vaktrom/møterom/kjøkken og kontor.</li> <li>• Teknisk avdeling har teikna inn eit forslag med 4 soverom. (sjå vedlegg). Behovet i kartlegginga er på 6 soverom, men ein ser ikkje for seg at ein får plass til alle. Det er mest presserande å tilby kvilerom for LIS på medisin, kirurgi og ortopedi, då desse i dag er lokalisert i dårlege lokale i brakka.</li> <li>• Det 4. soverommet ønskjer ikkje arbeidsgruppa å forfordele.</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det vert tilrådd ei enklare ombygging av akuttmottak til overnatting/kontor for LIS legar og smitterom</li> </ul>

## 5.4 Utgreie feriestenging av sengeposter

### 5.4.1 Stenging av sengeposter eller deler av sengeposter i ferier

Per i dag det det berre ortopedisk sengepost i Lærdal som har feriestengt Helse Førde. ANRR har mindre rehabiliteringstilbod i 8 veker om sommaren og i høgtidene, enn det som er elles i året. Bemanninga i sengeposten vert såleis litt redusert.

Dei to medisinske sengepostane har om lag same bemanning då dei har høgare pasienttal om sommaren enn elles i året( 5 fleire i 2016). Kirurgiske og ortopedisk sengepost har kvar 2- 3 færre pasientar om sommaren enn elles i året og reduserer bemanninga med 2 på dagvakt og 2 seinvakt måndag til fredag og 1 på dagvakt laurdag. I mange av sengepostane er sjukepleiarar erstatta med sjukepleiar og medisinstudentar. Barneavdelinga og Føde/barsel må ha ope som vanleg, også God start einingane i LSH og NSH. Som elles i året har seksjonsleiarane Lyncmøte kl 8.30 for evt å kunne hjelpe kvarandre med bemanninga komande døgnet.

### 5.4.2 Hypoteser

- Feriestenging av sengeposter bør sjåast i samanheng med bemanning av «lågaktivitetsperioder»
- Feriestenging kan gi innsparingar og mindre behov for ferievikarar, men kan akkumulere restanser og påverkar behandlingstider for HF
  - Ved betre planlegging av lågaktivitetsperioder kan det oppretthaldast betre og jevnare kvalitet i sengeposter gjennom året

*Ta med utgreiing av ferieplanlegging i inn i utgreiinga og som vedlegg*

### 5.4.3 Vurdering og konklusjon

Vurdering og konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Feriestenging av sengeposter	
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mindre innleige /vikarar</li><li>• Fellesferie</li><li>• Lågare lønnskostnader</li></ul>
Ulemper	<ul style="list-style-type: none"><li>• Redusert fagleg kvalitet</li><li>• Korridorpasienter</li><li>• Flytting av pasienter</li><li>• Pasientar må fraktast til Bergen - pasientane og pårørnde får lengre reiseveg</li><li>• 75% (95) under ferie av liggedøgn vert brukt på ØH</li><li>• <b>Ved feriestenging av ortopedisk sengepost i FFS måtte alle pasientane få eit tilbod ved eit anna sjukehus, med store konsekvensar for ambulansetenesta (gjestepasientutgifter, høgare løns- og driftsutgifter i ambulansetenesta og i Pasientreiser)</b></li><li>• Vi må betale gjestepasientutgifter til andre sjukehus</li></ul>

Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Får ikkje tak i ekstravakter v/behov</li> <li>• Manglande tilbod</li> <li>• Redusert kvalitet på tenestene</li> <li>• Redusert pasienttryggleik</li> <li>• Lenger liggetid pga redusert kvalitet</li> <li>• Redusert kontinuitet i tenesta</li> <li>• Samanslåing av ortopedi og kirurgi, med eit snitt tal på 45 pasientar i ferieperioden i 2016 vil bli ein stor sengepost å drifte i to etasjar</li> <li>• Samanslåing av dei to medisinske sengepostane i 8 etasje, vil krevje god planlegging og hospitering/opplæring og det vil vere ei utfordring å drifte/leie ein så stor sengepost i 8 veke. Sengepostane hadde 37 pasientar i snitt i 2016</li> </ul>
Pasientgrupper	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har alt stengt ort.avd Lærdal 4 veke kvar sommar</li> <li>• Slageininga kan ikkje stenge om sommaren</li> </ul>
Føresetnader	<p>Må vere avklart i god tid kva pasientgrupper vi ikkje skal gje tilbod til</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avtale med Helse Bergen eller Helse Møre</li> <li>• Tilgjengeleg volum på ambulanser</li> <li>• Dersom vi skal slå saman sengepostar i ferien må det vere sengepostar som er i same etasje.</li> </ul>
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjå tiltaket i samanheng med bemanning av «lågaktivitetsperioder» som inkluderer ferier</li> <li>• Utgreie «Bemanning av lågaktivitetsperioder»</li> </ul>
Gevinster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjå vurdering og konklusjon under</li> </ul>
Innsparing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjå vurdering og konklusjon under</li> </ul>
Kostnader/investering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjå punktet under</li> </ul>
Vurdering og konklusjon	<p>Vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved feriestenging av ortopedisk sengepost i FFS måtte alle pasientane få eit tilbod ved eit anna sjukehus, med store konsekvensar for ambulansetenesta (gjestepasientutgifter, høgare løns- og driftsutgifter i ambulansetenesta og i Pasientreiser)</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er ikkje tilrådd å feriestenge fleire/slå saman sengepostar i sommar. Det er heller ikkje tilbod prosjektet ser at kan reduserast eller takast vekk i sommarveke då dei fleste innleggingar er øyeblikkeleg hjelp.</li> <li>• Det vert tilrådd å sjå tiltaket i samanheng med bemanning av «lågaktivitetsperioder» som inkluderer ferier.</li> <li>• Det vert tilrådd at Døgn prosjektet, i samarbeid med HR, leverer ei utgreiing av «Bemanning av lågaktivitetsperioder» innan 30.11.17</li> <li>•</li> </ul>

## 5.1 Bruk av samla kapasitet i sengeposter i Helse Førde

Døgn prosjekt tilrår å innføre delvis konferanseplikt for innleggingar i medisinsk sengepost FSS.

Dagleg vurdering i iht å kontinuere tiltaket:

Sentralbordet vert bede om å sette over telefoner fra alle innleggende leger fra Sogndal, Vik, Luster og Leikanger, slik at vi får styrt pasientene til Lærdal sjukehus ( der har vi ledig kapasitet og folk på jobb). Sentralbordet må spørje kor legene ringer frå. Det samme gjeld Eid for pasientar som vert ringt om frå områder i Nordfjord

## 5.2 Auke bruk av pasienthotellet

Vurderinger og førebels konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Auke bruk av Pasienthotellet	
Fordeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frigjort tid og ressurser i sengepostar</li> <li>• Opplevast positivt for pasientar</li> </ul>
Ulemper	
Risiko	
Pasientgrupper	
Føresetnader	
Tiltak	
Gevinster	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frigjort tid og ressurser i sengeposter</li> <li>• Større grad av sjølvbetjening for pasientane og HF – auka pasienttilfredsheit</li> </ul>
Innsparing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduserte driftskostnader</li> <li>• Redusert tidsbruk/bemanning i sengeposter</li> </ul>
Kostnader/investering	
Konklusjon	<p>Vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienthotellet kan nyttast meir enn det som skjer pr i dag. Det er pasientar som kan flyttast til hotellet, men som i dag ikkje er plass til. Sengepostane vurderer dei elektive pasientane forløpande om dei kan vere på hotellet eller ikkje. Pasientar som kjem inn som øhj vil alltid vere på post inntil tilstand er avklara og kan deretter vere på hotellet om det er trong for lengre opphald</li> <li>• På medisin post 2 er det tavlemøter kvar dag der eit av punkta er korvidt inneliggande pasientar kan flyttast til hotellet eller andre avdelingar om det vert fullt. Dette for å unngå korridorpatientar.</li> <li>• Flyttinga til andre postar skjer etter ei matrise som ligg i EK handboka. Og den gjeld for alle sengepostane. Pasienthotellet administrerer flytting mellom sengepostane ved overbelegg og har oversikten over kva sengepost som har ledige senger</li> <li>• Konsekvens for liggetid bør utgreiast vidare</li> <li>• Når det gjeld medisinske sengepostar er snitt liggetid 2-3 dagar</li> <li>• Bruken av pasienthotellet i dag er vurdert å vere i samsvar med intensjonen, men kan aukast</li> </ul> <p>Konklusjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienthotellet kan nyttast meir enn det som skjer pr i dag. Det vert difor tilrådd å utgreie auka bruk av Pasienthotellet i Døgn prosjektet og andre prosjekt som har aktuelle pasientgrupper.</li> <li>• Utgreiingsperiode kan vere : juni – 31.10 2017</li> </ul>

### 5.3 Sengetal og bemanning utifrå belegg

Døgn prosjektet har i dette kapitlet oppsummert vurderinger og konklusjoner knytt til:

- a) Bemanningsplanlegging ut frå retningslinjer og bruk av bemanningsmodell
- b) Bemanning av tilrådde tiltak i utgreiinga

Sengetalet i ortopedisk, kirurgisk, ANRR og KK er redusert i samsvar med gjennomsnitt tal pasientar dei tre siste år og i samsvar med bemanning i sengepostane.

Medisin 1 og 2 har same tal som før samanslåinga. I 2015 var det færre innleggingar på medisinsk sengepost enn tidlegare år, men i år aukar talet innleggingar og sengetalet kan ikkje reduserast. Det er ikkje ledige sengerom i 8 etasje og dei to medisinske sengepostane og kreft samarbeider om dei sengeplassane dei har. Kreftposten og palliasjon vert frå 1. 6.2017 ein sengepost, med 13 senger

som før.

Barn sengepost med 6 kuvøseplassar og 8 til større barn har same talet som før. Gjennomsnitt tal pasientar dei siste åra er 7 – 8 pasientar, men sengeposten har ein god del dagpasientar.

### 5.3.1 Formål

Føremålet med ei retningslinja er å gi alle klinikker/avdelinger/einingar tilnærma like føresetnader for drift og bemanning av sengeposter, sikre pasientar fagleg forsvarlige tenester og ivareta dei tilsette/ sjukehuset sitt behov for fagutvikling. Det er eit mål å forenkle bemanningsplanlegging og samstemme sengetal/bemanning til endring i pasienttal og aktivitet.

### 5.3.2 Hypoteser om bemanning av sengeposter

- Samlokaliserte og samdrifta sengeposter vil absorbere variasjon i aktivitet og pasiental betre
- Samlokalisering av døgnposter vil kunne gjere det enklare å hjelpe kvarandre
- Samlokalisering og samdrift av døgnposter vil kunne forenkle bemanningsplanlegging knytt til variasjon i pasienttal og «kvardagskriser»
- Samling av elektive pasientar og ØH pasientar i sengepostane mogleggjer fleire standardiserte pasientforløp, effektivisering og redusert bemanningsbehov på sikt
- Utprøving av observasjon i mottak kan gje meir avklara pasientar til sengeposter og mogleggjere meir effektiv pasientbehandling og redusert ressursbruk i sengepostane
- Observasjonsenger/stolar i mottak kan også føre til at, i staden for innlegging får pasienten eit poliklinisk tilbod, reiser heim eller vert innlagt i ØHD seng
- Auka bruk av ØHD sengene i nyelokale/ 8 einerom frå 1september kan redusere tal innleggingar i sengeposter og redusere behov for senger og bemanning i døgnposter på sikt
- Utvida kapasitet/bruk av Pasienthotellet vil gje redusert liggetid i døgnpostar og fleire døgnpasientar kan få eit dagtilbod med opphald i pasienthotellet
- Utvikling i pasienttal og rammer/økonomi, og tiltaka i Døgn- og Poliklinikkprosjekt, gir grunnlag for reduksjon av sengetal og bemanning i dagens sengeposter ved FSS
- Innsparing kan nåast ved eit nedtrekk i rammer/bemanning i sengeposter og implementering av tilrådde tiltak
  - Samlokalisering til større/færre sengeposter, samling av elektive pasientar i sengeposter, utprøving av observasjon i akuttmottak og tilpassa modell for bemanningsplanlegging
- Auka dagtilbod vil redusere pasienttal til sengeposter
- Overføring av ungdomspasienter mellom 16-18 år til barne-/ungd.avd vil redusere tal senger og bemanning i sengeposter
- Bemanningsplanlegging kan forenklast og verte meir treffsikker ved etablering av ein felles tilnærming/modell for HF

### 5.3.1 Volum

Det vert vist til oversikter over framskriving av aktivitet i avsnitt over.

### 5.3.2 Retningslinjer og bemanningsmodell

Helse Førde har retningslinjer som gjeld for døgnrytmeplanar og bemanning. Unntak er pasientgruppene som har nasjonale føringar på kva bemanning som er naudsynt t.d hjerneslagpasientar. Retningslinja til Helse Førde knyt døgnrytmeplanen og bemanningsplanen ilag.

Definisjoner: Døgnrytmeplanen er ein oversikt over dei forutsigbare aktivitetane som finn stad i avdelinga i løpet av døgnet.

Ein bemanningsplan er ein oversikt over kor mange personar og kva slags kompetanse ein treng på dei ulike vaktene, dei ulike dagane i veka gjennom året.

Bemanningsplanane skal utarbeidast på bakgrunn av avdelinga sin normale aktivitet/døgnrytme og drift kvar dag i heile kalenderåret. Det vil seie at dersom det er varierende aktivitet i løpet av året, skal bemanningsplanane tilpassast denne variasjonen. Med varierende aktivitet meinast evt høg- og lågaktive periodar, ferie og høgtider. Bemanningsplanane skal vise kva bemanning som skal til for å utføre direkte pasientretta arbeid og vere spesifikke m.o.t. kva kompetanse det til ei kvar tid er behov for i avdelinga. Når bemanningsplanane er ferdig utarbeidd skal det leggjast til tid til fagutvikling tilsvarande 2% av arbeidstida til den enkelte arbeidstakar.

### 5.3.3 Vurdering og konklusjon

I arbeidet med å kartlegge om andre sjukehus har bemanningsmodellar som kunne nyttast som utgangspunkt eller tilpassast, har Døgn prosjektet sett til Helse Fonna, Oslo Universitetssykehus (OUS), Ålesund/Møre og Romsdal ...

OUS (Aker sykehus) følgjer i hovudsak ein bemanningsmodell som vart vedtatt i 2011. Det er laga lokale justeringar p.g.a tillagte oppgåver. Prinsippet som er brukt i Oslo for å finne nødvendig bemanning sengeposter bygger på tal pasientar pr pleier. Det er same nøkkeltal som Helse Førde bruker for å sjå effektivitet i sengepostane.

OUS syner tal pasientar pr tilsett i høve direkte pleie, medan det som går på indirekte pleie blir lagt til.

Overordna kan ein pleiar ha ansvar for mellom 3 og 10 pasientar. For vurdering av behov for tal stillingar er brukt ei «normalveke» ved berekning av kor tal årsverk. Vidare er det sett at ein pleiar arbeidar 35,5 timar veke. I tillegg kjem maksimalt 20% for administrative årsverk. Det er administrasjon av eininga samt møter, fagleg oppdatering og andre administrative timar.

OUS definerer leiar og fagutviklar som ein del av indirekte pleie og er rekna med i bemanningstalet.

OUS modellen skil mellom direkte og indirekte oppgåver og definert slik:

Direkte sykepleie	Direkte sykepleie er arbeid knyttet til behandling, pleie og omsorg for pasienter og ivaretagelse av pårørende i fysisk, mental og sosial forstand.
Indirekte sykepleie	Indirekte sykepleie er oppgaver som ikke har direkte tilknytning til pasientene, men som er nødvendige for den totale omsorgen. Eksempel på indirekte sykepleie er ledelse og drift, tid til faglig fordypning og utvikling og veiledning av studenter (grunn- og videreutdanning).



Vurdering og konklusjon er oppsummert i tabellen under:

Retningslinjer for bemanning av sengeposter og bruk av bemanningsmodell	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fordeler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan gi grunnlag for refleksjon over bemanningsbehov/oppgåver</li> <li>• Kan forenkle bemanningsplanlegging</li> <li>• Modell kan beskrive moment for å differensiere bemanningsbehov for innleggingsperioden – t.d oversikt over pleieoppgaver. Pleieoppgåver vil vere ulike i høve til døgnopphald lengde, og er ofte mest arbeidskrevande i starten på opphald (prinsipp for bemanningsplanlegging – perspektiv)</li> <li>• I retningslinjer ved OUS er det sagt at også dei som arbeider på poliklinikk skal arbeide turnus, som gir ein større fleksibilitet på tvers av einingane enn det Helse Førde praktiserer i dag</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulemper</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei fast norm kan vere lite eigna som grunnlag for aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging</li> <li>• Ei norm vil måtte tilpassast individuelt til sengepost og tidsperiode og har risiko for å verte meir arbeidskrevande og mindre føreseieleg enn dagens ordning</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risiko</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei fast norm har risiko for å kunne verte lite fleksibel og lite hensiktsmessig som grunnlag for å tilpasse bemanning og ressursbruk til faktisk aktivitet og pasientgrunnlag</li> <li>• Vidareføre 100% stillinger som eit mål for HF: Det kan vere ei utfordring ved bemanning av helger å få talet årsverk lågt nok om alle skal gå 100%</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientgrupper</li> <li>• Føresetnader</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei bemanningsnorm vil måtte differensierast og tilpassast individuelt og justerast kontinuerleg i samsvar med behovsendringer</li> <li>• Ein mal for ei bemanningsnorm kan vere eit nyttig arbeidsredskap, men då er det viktig at ein skil mellom direkte og indirekte sjukepleie. Den direkte sjukepleie vil vere lik på sengepostane, men den indirekte sjukepleien kan vere svært ulik. Ved å skille og definere direkte og indirekte sjukepleie vil bemanning bli tilpassa den aktiviteten sengeposten har.</li> <li>• I Rapport «Ledige senger» er det 32 senger i FSS som ikkje kan brukast til andre pasientar anna enn i ein krisesituasjon (6 kuvøseplassar/nyfødt intensiv, 8 til barn og 18 plassar til Føde/barsel/gyn pasientar. I NSH og LSH er det med 3 + 2 God start senger)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vidareføre dagens ordning med Lync morgonmøter mellom sengeposter – for bistand/ressursallokering på tvers av sengeposter</li> <li>• Forsterke dagens ordning – og auke samarbeid på tvers av sengeposter - formalisere bemanningsplanlegging og –erfaringsdeling på tvers av sengeposter</li> <li>• Dersom det skal takast utgangspunkt i OUS modellen, må denne vidareutviklast og tilpassast med:</li> <li>• Ta høgde for og differensiere for pleietyngde pasientane har (mangler i Oslo modellen)</li> <li>• Ivareta tilpassing av arbeida timar for pleiarar som arbeidar 24/7 – inkludere snitt arbeidstid for eininga ved utrekning av tal årsverk (mengler i Oslo modellen)</li> <li>• Omsynte pasienttal variasjon - legge til grunn snitt arbeida timer pr veke (mangler i Oslo)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevinster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreføring av bistand på tvers av sengeposter sjåast å medverke til effektivisering av ressursbruk og eit likare nivå på ressursbruk i sengeposter og ein likare praksis på bemanningsplanlegging</li> <li>• Pga behov for individuell tilpassing og kontinuerleg vurdering/justering, sjåast bruk av ei fast bemanningsnorm for sengeposter ikkje å gje gevinster mot redusert ressursbruk eller tid på bemanningsplanlegging</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innsparing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meir tilpassa bemanningsnivå til aktivitet i sengeposter</li> <li>• Likare praksis på bemanningsplanlegging og ressursbruk i sengeposter</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostnader/investering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vidareføring av planleggingsstrukturer og evt formalisere som fast del av årsplanprosess og evalueringprosesser – medfører enkeltmøter og tid sett av til evaluering og planlegging.</li> <li>• Tidsinvestering er estimert til å vere innanfor dagens ressursbruk på bemanningsplanlegging og evalueringprosesser</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdering/Konklusjon:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurdering:</li> <li>Det er ikkje funne at andre helseforetak har ein bemanningsmodell som kan tas i bruk i HF utan vesentleg tilpassning og vidareutvikling</li> <li>Modellen frå OUS vert nytta på eit universitetssjukehus med oppgåver som er meir omfattande, på ulike områder, enn det drift på eit sentralsjukehus. Den direkte pleien vil stort sett vere lik uansett sjukehus, men den indirekte pleien vil vere ulik. Gruppa har difor henta inn kva indirekte pleie sengepostane på FSS har. (sjå vedlegg nr...)</li> <li>Ei bemanningsnorm mal kan nyttast som eit utgangspunkt, men den indirekte pleien som dei ulike sengepostane har, som må tilpassast, vil vere avgjerande for kor stor del av bemanninga den skal utgjere. I malen frå OUS er den indirekte pleien sett til 20% dvs at det på årsverk skal reknast til 20% som skal fordelast på dagvakter og seinvakter. Norma er frå 2011 og oppgåver knytt til indirekte pleie har auka betrakteleg sidan, t.d m/meir omfattande dokumentasjonssystem og det er kome til oppgåver knytt til Pasientsikkerhetskampanjen som utløyser ein arbeid. Det er også etablert meir samhandling/undervisning/opplæring ut mot kommunehelsetenesta/pårørande og pasientane</li> <li>Helse Førde retningslinja skil ikkje mellom direkte og indirekte pleie slik OUS har gjort. Det er ikkje lagt inn noko auke i bemanninga på indirekte pleie, noko som utgjør ein vesentleg del av arbeidstida/arbeidsoppgåvene til dei tilsette i sengepostane. Til dømes vil A-vakt funksjonen, der sjukepleiar på seinvakt, nattevakt og helgevakt, har fått eit delegert ansvar for drift og oppfølging av sjukepleiarstudentar/helsefagarbeidarar, vere teljande på indirekte pleie. Retningslinja i Helse Førde spesifiserer bemanningsplanen til å vise bemanning som skal til for å utføre direkte pasientretta arbeid. Indirekte pasientretta arbeidet er ikkje nevnt og på dei fleste sengepostane er det ein vesentleg del av arbeidsoppgåvene</li> <li>I dag har sengepostane ei minimumsbemanning som skal dekke inn naudsynt kompetanse på alle vakter inkl helg og høgtid. Bemanningsplanen er laga utifrå dei direkte sjukepleieoppgåvene som sengeposten har. Bemanningsplanen har ingen buffer for fråvær og tek heller ikkje høgde for dei ulike indirekte oppgåvene som alle sengepostane har. Desse oppgåvene er viktige for å kunne ivarta «heile» pasienten i tråd med pasientens helseteneste.</li> <li>Ein mal for ei bemanningsnorm kan vere eit nyttig arbeidsredskap, men må tilpassast individuelt til kvar sengepost og må skilje mellom direkte og indirekte sjukepleie</li> </ul> <p>Konklusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Det vert tilrådd reduksjon i bemanning i sengeposter som spesifisert i oversikt under, med samla om lag kr 5,05 mill</li> <li>Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med tiltaksliste som vil gje gevinster og innsparinger i sengeposter – (jfr liste i siste avsnitt i rapport)</li> <li>Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med modell for bemanningsplanlegging evt i samarbeid med HR</li> <li>Det vert tilrådd å formalisere strukturer for bemanningsplanlegging og ressursallokering/bistand på tvers av</li> <li>Det vert tilrådd å vidareføre Lync morgonmøter for ressursallokering/bistand på tvers av sengeposter. Det er i dag etablert fast samarbeid mellom fleirtalet av sengeposter i FSS via Lync morgonmøter</li> </ul>
---	---

### 5.3.4 Bemanning - innsparinger i Ortopedisk/kirurgisk sengepost

Ortopedisk og kirurgisk sengepost	Tiltak	Forventa effekt av tiltak	Endring i bemanning	Innsparing kroner	Kommentar
	Samlokalisering av ort/kir sengepost	Auka og tettare samarbeid om bruk av personale/kapasitet	- 2 tilsette dagtid - 1 sekretær	Kr 750 000 per sengepost  kr 600 000	Evt 1 tilsett per sengepost i budsjett/ramme

	Samling av elektive pasientar i del av sengeposter	Moglegheit for kontinuerleg forbetring av pasientflyt og ressursbruk og frigjort tid til andre oppgåver. Rolegare del av sengepost med meir føreseieleg pasientpleie og god oversikt kan mogleggjere redusert ressursbruk. Auka bruk av pasienthotell kan mogleggjere kortare innleggingstider i sengepost og redusert ressursbruk og tid frigjort til andre oppgåver	-1 tilsett dagtid	Om lag kr 750 000	½ tilsett per sengepost i budsjett/ramme
	Observasjon i akuttmottak og auka bruk av ØHD senger	Meir avklara pasientar frå akuttmottak, bortfall av ventetid på medisinsk avklaring, færre flyttingar av pasientar fordi dei kjem til rett sengepost, meir føreseielege for pasientar og færre henvendinger/spørsmål frå pasientar vil frigjere tid til andre oppgåver. Meir avklara og effektive pasientforløp for sengepostane. Påregneleg færre unødvendige innleggingar			
Samla innsparing Ort/Kir				Ca kr 2 100 000	Innsparingskrav for to sengeposter totalt. Samanlikna med Intensiv som skal spare 2 mill aleine i 2017

### 5.3.5 Bemanning - innsparinger ved kreftsengepost samlokalisert/samdrift med medisinske sengeposter

Kreftsengepost og	Tiltak	Forventa effekt av tiltak	Endring i bemanning	Innsparing kroner	Kommentar
-------------------	--------	---------------------------	---------------------	-------------------	-----------

Med 1+2 sengepost	Auka samarbeid og samdrift på bruk av personale og kapasitet	Auka fleksibilitet på utnytting av rom/senger og personal. Høg utnytting av kapasitet på senger og personale. Jevnt høgt sengebelegg. Høg fleksibilitet på ressursutnytting	-1 tilsett dagtid - 1 sekretær	Ca kr 750 000 Ca kr 600 000	Evt redusere budsjett/ramme med 1/3 tilsett og sekretær per sengepost
	Samling av elektive pasientar i del av sengepost	Kan vurderast for medisinske sengeposter også. Moglegheit for kontinuerleg forbetring av pasientflyt og ressursbruk og frigjort tid til andre oppgåver. Del av sengepost med meir ro og føreseieleg pasientpleie og god oversikt kan mogleggjere redusert ressursbruk. Auka bruk av pasienthotell kan mogleggjere kortare innleggingstider i sengepost og redusert ressursbruk og tid frigjort til andre oppgåver			
	Observasjon i akuttmottak og auka bruk av ØHD senger	Meir avklara pasientar frå akuttmottak, bortfall av ventetid på medisinsk avklaring, færre flyttingar av pasientar fordi dei kjem til rett sengepost, meir føreseielege for pasientar og færre henvendinger/spørsmål frå pasientar vil frigjere tid til andre oppgåver. Meir avklara og effektive pasientforløp for sengepostane. Påregneleg færre unødvendige innleggingar			
	Nytte kapasitet i Lærdal ved behov	Auka utnytting av samla kapasitet i HF. Tiltaket vil redusere belastning på medisinske sengeposter og redusere risiko totalt			
Samla innsparing Med 1 + 2/Kreft				Ca kr 1 350 000	Innsparingskrav for tre sengeposter totalt. Samanlikna med Intensiv som skal spare 2 mill aleine i 2017

### 5.3.6 Bemanning – innsparinger ved samarbeid/samdrift KK og Barneavdeling

Kvinneklubben og Barneavd.	Tiltak	Forventa effekt av tiltak	Bemanningsendring	Innsparing i kroner	Kommentar
	Auka samarbeid og samdrift på bruk av personale og kapasitet	Auka fleksibilitet på utnytting av rom/senger og personal. Høg utnytting av kapasitet på senger og personale. Jevnt høgt sengebelegg. Høg fleksibilitet på ressursutnytting	-1 tilsett dagtid - 1 sekretær	Ca kr 750 000 Ca kr 600 000	Evt redusere budsjett/ ramme med 1/3 tilsett og sekretær per sengepost
ANRR			1 stilling frå 1.9.17	Kr 375 000 i 2017 Kr 750 000 frå 2018	
Samla innsparing i KK og Barneavdeling				Om lag kr 1 350 000	Innsparingskrav for to sengeposter totalt. Samanlikna med Intensiv som skal spare 2 mill aleine i 2017
Samla innsparing i alle tiltak				kr 5 550 000	Innsparingskrav gjeld for sju sengeposter. Samanlikna med Intensiv som skal spare 2 mill aleine i 2017

### 5.3.7 Andre tiltak i Døgn prosjektet som kan gi innsparingar

Døgnprosjektet fekk i oppgåve å samlokalisere/slå saman sengepostar, utgreie observasjonspost, 5 døgnpost, feriestenge sengepostar og justere tal senger og bemanning.

Døgn prosjektet har utgreidd og tilrådd ei samla tiltakspakke for å nå innsparingane, som ligg i bestillinga. Prosjektet vil i tillegg peike på områder/tiltak som på kort og lang sikt vil kunne gje betre drift i sengepostane og gje innsparingar:

Tema	Tiltak
------	--------

System/Teknologi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meona, ny elektronisk kurve vert innført i alle avdelingar i løpet av hausten og utvikla vidare</li> <li>- Tavlemøter/elektronisk tavle</li> <li>- Bruke tverrfaglegnotat i Dips der det er naturleg</li> </ul>
Areal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruk av Bygg aust frå 1.9</li> <li>- Smitterom i akuttmottak</li> <li>- Vaktrom til LIS legar i akuttmottak</li> <li>- Tilbod om pasientkafè også til ortopediske pasientar</li> </ul>
Oppgavedeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ØHD tilbodet ved sjukehuset utvida frå 4 senger i to rom til 8 einerom og smitterom frå 1. september</li> <li>- Aldersgrense 0 – 18 år i Barneavdelinga</li> <li>- Betre samhandling med kommunane om inn og utskrivning</li> <li>- Fleire oppgåver til kommunane</li> <li>- Retningslinjer for blodtransfusjon ved lokalsjukehusa, SMS og kommunane</li> <li>- Meir overføring frå døgn til dag/poliklinikk</li> <li>- Felles lager/vedlikehald av hjelpemiddel som rullestolar, preikestolar</li> <li>- Aktiv forsyning av pasienttøy i sengepostane</li> <li>- Infusjonspoliklinikk – pilot frå i haust</li> </ul>
Behandling, medikament og endring i arbeidsmåter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vidareutvikling av arbeidsprosesser/arbeidsmåtar/pasientflyt</li> <li>- Inn- og utskrivning</li> <li>- Betre mulegheit for triagering i mottak som vil påverke og forbetre pasientflyt</li> <li>- Nye behandlingsmåtar og nye medikament</li> <li>- Stille rapport – pilot på Medisinsk sengepost</li> <li>- Meir ambulant verksemd</li> <li>- Prosjekt i tverrprofesjonell læring i medisin og ANRR</li> <li>- Vurdere vask av senger på einerom</li> <li>- Endringar i legevisitt</li> <li>- Trygg pleie</li> </ul>
Retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retningslinjer for ferieavvikling</li> <li>- Nasjonal faglege retninglinger for behandling av hjerneslag og rehabilitering, multippel sklerose m. fl</li> <li>- Nye rutiner for bestilling av fysio, ergo, sosionom og logoped</li> </ul>
Bemanning	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avtale med 3-års sjukepleiarstudentar om arbeid 3. kvar helg og arbeid i ferien</li> <li>- Scoringsverktøy for tidlege oppdaging av forverra tilstand</li> <li>- Bemanningsenteret er i drift</li> <li>- Samlokalisering av kirurgisk og ortopedisk sengepost</li> <li>- Utgreie auka bruk av og kapasitet i Pasienthotellet – får fleire rom</li> <li>- Utprøving av observasjonssenger/stolar i akutt mottak</li> <li>- Overlapp i vaktordning</li> </ul>

## 6 Tilrådingar

### 6.1 Samlokalisering/samanslåing av sengeposter

#### 6.1.1 Samlokalisering av ortopedisk og kirurgisk sengepost - tilråding

Døgn prosjektet går inn for at ortopedisk og kirurgisk sengepost vert samlokalisert i 6. etasje og Føde/gyn poliklinikk vert flytta til 7. etasje. Ombygging investering er berekna til 1 mill.

ØNH/augepaseintar får fortsatt sitt døgnstilbod i kirurgisk sengepost og skal ha sitt undersøkelsesrom med spesialutstyr der det er no.

Det må finnast areal til søvnlab og lagerplass i 7. etasje eller i 2. etasje. Føde/gyn sitt smitterommet i 6. etasje vert fortsatt i 6 etasje eller flytta til einerom i 4 etasje.

#### 6.1.2 Samanslåing av Kreftsengepost med andre sengeposter - tilråding

Døgn prosjekt går inn for at kreftsengeposten fortsatt vert eigen sengepost, samlokalisert med medisinske sengeposter. I staden for samanslåing vert det tilrådd eit endå tettare samarbeid om pleiepersonalet, og reduksjon i samla budsjett/ramme for sengepostane ( sjå tilråding avsnitt 6.6.1)

Det vert tilrådd at Døgn prosjektet ser framtidig organisering av medisinske sengeposter og kreft sengepost i samanheng med etablering av tverrprofesjonell sengepost som prosjektet skal svare ut til forprosjektet innan 31.10.17. Sjå vurdering og konklusjon om samanslåing av medisinske sengeposter i avsnitt 6.2.7.2

#### 6.1.3 Samanslåing av medisinske sengeposter - tilråding

Det vert tilrådd at Døgn prosjektet ser organisering av medisinske sengeposter i samanheng med etablering av sengepost for tverrfagleg utgreiing og behandling innan somatikk og psykiatri og gir ei samla tilråding om organisering av desse døgntenestene.

Døgn prosjektet skal arbeide med utgreiinga i perioden juni 2017 – 31.10.17.

Det er tilrådd reduksjon i budsjett/rammer for Kreft-, Med 1 og Med 2 sengepost samla.

#### 6.1.4 Samanslåing av Kvinneklinikken og Barneavdelinga - tilråding

Det vert tilrådd å ferdigstille utgreiing av moglege innsparingar i framtidig tenestetilbod til barn 0-18,

som del av Døgnprosjektet – tentativt til 31.10.2017.

Det er vurdert som ikkje rette tidspunktet å konkludere om samanslåing av avdelingane før tenesteutviklingsarbeidet i Døgn prosjektet og samlokalisering/samarbeid med PHV er ferdigstilt.

Det er tilrådd reduksjon i samla budsjett/rammer for sengepostane.

## **6.2 Etablering av elektiv 5-døgns sengepost**

### **6.2.1 Tilråding**

Prosjekt Døgn tilrår ei utprøving av samling av elektive pasientar som ein del av kirurgisk og ortopedisk sengepost innan for det sengetalet/bemanning som er i dag.

Ut frå pasientvolum/bemanning vert det ikkje tilrådd å etablere ein eigen sengepost for elektive pasientar ved FSS.

Pilotperiode: frå oppstart av samlokalisert ort/kir sengepost og 6 - 8mnd varigheit. Pilotering må planleggast og organiserast i tett samarbeid medoperasjon, anestesi og oppvaking/intensiv avdelinga.

## **6.3 Etablering av observasjonspost (i/nær akuttmottak) - tilråding**

Prosjekt Døgn tilrår å prøve ut observasjon senger/stoler i akuttmottak for 3 liggande og 3 sittande pasientar ved på ta i bruk dagens ventearal. Foreslått piloteringsperiode: august 2017 – vår 2018. Tiltaket er ikkje sett å trenge areal tilpasning/ombygging

Ut frå pasientvolum/bemanning vert det ikkje tilrådd å organisere tilbodet som ein eigen observasjonspost.

Det vert tilrådd ei enklare ombygging av akuttmottak til overnatting/kontor for LIS legar og smitterom.

Ombygging/investeringskostnad er stipulert til kr 250 000, plauss smitterom kr 50 000, samla kr 300 000.

## **6.4 Feriestengning av sengeposter - tilråding**

Det vert tilrådd å sjå tiltaket i samanheng med bemanning av «lågaktivitetsperioder» som inkluderer ferier.

Det vert tilrådd at Døgn prosjektet, evt i samarbeid med HR, leverer ei utgreiing av «Bemanning av lågaktivitetsperioder» innan 30.11.17

Det er ikkje tilrådd å feriestenge fleire sengepostar i sommar. Det er heller ikkje tilbod prosjektet ser at kan reduserast eller takast vekk i sommarvekene då dei fleste innleggingar er øyeblikkeleg hjelp



## 6.1 Bruk av samla kapasitet i sengeposter i Helse Førde

Døgn prosjekt tilrår å innføre delvis konferanseplikt for innleggingar i medisinsk sengepost FSS.

Dagleg vurdering i iht å kontinuere tiltaket: Sentralbordet vert bede om å sette over telefoner fra alle innleggende leger fra Sogndal, Vik, Luster og Leikanger, slik at vi får styrt pasientene til Lærdal sjukehus ( der har vi ledig kapasitet og folk på jobb). Sentralbordet må spørje kor legene ringer frå. Det samme gjeld Eid for pasientar som vert ringt om frå områder i Nordfjord

## 6.2 Auke bruk av Pasienthotellet - tilråding

Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med utgreiing av auka bruk av Pasienthotellet i perioden fram til 31.10.17 (svare ut arealbestilling til Forprosjekt Nye Førde Sjukehus) som vil gje gevinster og innsparinger i sengeposter – (jfr tilråding i avsnitt 7.7)

## 6.3 Sengetal og bemanning i sengeposter i FSS - tilråding

Det vert tilrådd innsparing i budsjett/rammer for sengeposter ved FSS (reduksjon i bemanning) med samla om lag kr 5,2 mill årleg frå 1.9.2017 og om lag kr 3, 4 mill i 2017. Ombygging investering er berekna til 1 mill.

Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med tiltaksliste som vil gje gevinster og innsparinger i sengeposter – (jfr tilråding i avsnitt 7.7)

Det vert tilrådd at Døgn prosjektet arbeider vidare med modell for bemanningsplanlegging evt i samarbeid med HR

Det vert tilrådd å formalisere strukturer for bemanningsplanlegging og ressursallokering/bistand på tvers av

Det vert tilrådd å vidareføre Lync morgonmøter for ressursallokering/bistand på tvers av sengeposter. Det er i dag etablert fast samarbeid mellom fleirtalet av sengeposter i FSS via Lync morgonmøter.

## 6.4 Andre tiltak i Døgn prosjektet som kan gi innsparingar - tilråding

Døgn prosjektet tilrår å arbeide vidare med opplista områda/tiltak som på kort og lang sikt er vurdert å kunne gje betre drift i sengepostane og gje innsparingar (liste i avsnitt 6.5.7)

## 7 Vedlegg

1. Kartlegging frå Døgnposter (oppsummert i Excel)
2. Dokumentasjon frå arbeidsgrupper/-møter
3. Notat om elektiv sengepost – talgrunnlag
4. Akuttmottak - observasjon
5. Notat om samlokalisering av sengeposter – talgrunnlag
6. Notat om framtidig sengetall og bemanning – talgrunnlag
7. Notat om feriestengning av sengeposter – talgrunnlag?
8. Framskrivingar – PPT og notat
9. Utreiing Exceloversikt
10. Utreiing oppsummert (PPT)