

OMORGANISERING – TILTAKSPLAN MOSJØEN

LEDERGRUPPENS VEDTAK

Vedtatt ledermøte Mosjøen 23.06.09

Bakgrunn

Helgelandssykehuset Mosjøen har hatt store utfordringer med det økonomiske balansekravet etter omstillingen i 2006. Før implementeringen av omstillingsvedtaket ble det anslått at Mosjøen ville miste om lag 10 millioner kroner i aktivitetsbaserte inntekter. Dette på grunn av fjerning av akuttkirurgi og omlegging fra elektiv døgnbasert kirurgi til dagkirurgisk plattform. Kirurgisk sengepost ble lagt ned 01.11.06. Fra samme tid ble også det forsterkede fødestuetilbudet tatt bort (beredskap for keisersnitt) og ren jordmorstyrt fødestue etablert. Antall fødende ble markant redusert. Anslaget for inntektstap har i årene fra 2006 vist seg å stemme ganske godt. Endringen fra 2005 til 2008 utgjør 11,6 millioner, basert på DRG-pris i 2008.

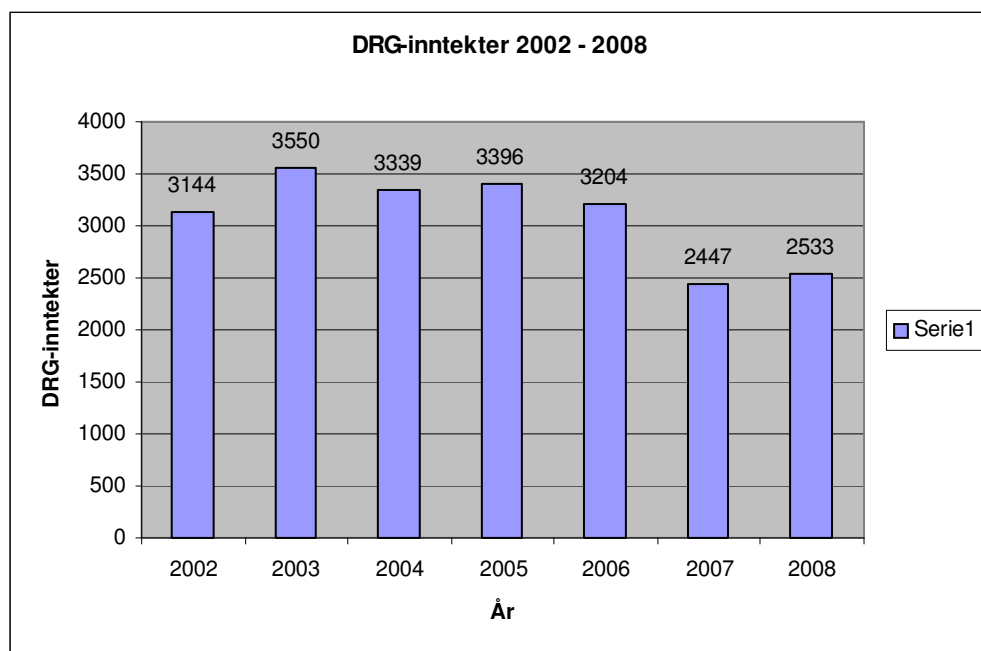


Fig 1: ISF inntekter Mosjøen 2002 – 2008

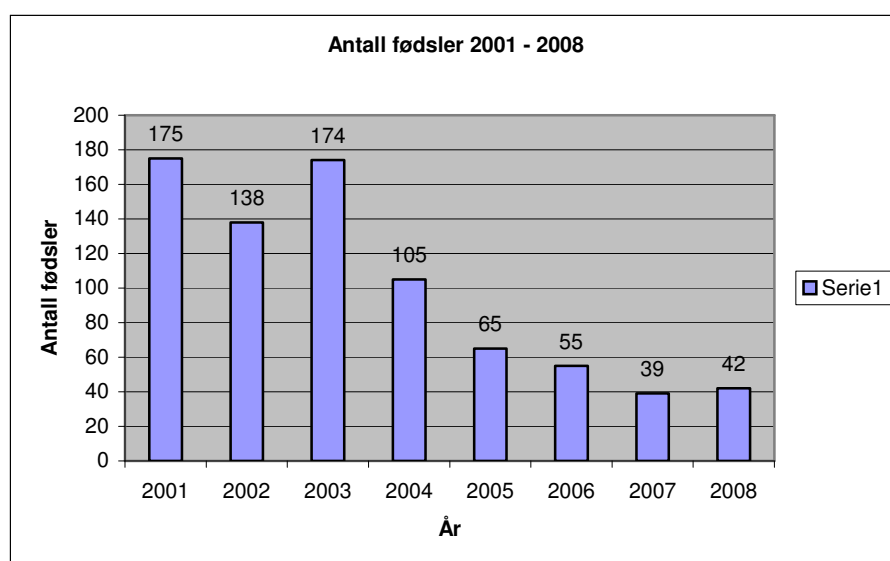


Fig 2: Antall fødsler Mosjøen 2001 – 2008

Som en følge av den forventede tilpasningsproblematikken ble Mosjøen tillatt et underskudd på 10 millioner i 2007, mens tillatt underskudd for 2008 var på 5 millioner (eksklusive tillatt underskudd for KLP). Reduksjon i tillatt underskudd fra 2007 til 2008 var knyttet til forventninger om et internt tilpasningsarbeid til den nye sykehusplattformen, herunder etablering av dagkirurgisk plattform.

Etter justering av omstillingsvedtaket hos Helse-Nord, ble det besluttet at den kirurgiske vaktberedskapen skulle videreføres. Dette ble begrunnet i nødvendig kirurgisk vurdering av inneliggende medisinske pasienter. Videre for å betjene skadestue på døgnbasis og yte bistand til stabilisering av akutte kirurgiske pasienter før transport til annet sykehus. Det ble ansett som hensiktsmessig at alle kirurgiske pasienter som ikke hadde behov for innleggelse i sykehus skulle behandles i Mosjøen, for å unngå mange transporter og gi et best mulig tilbud til ”lette akuttkirurgiske” pasienter. Dermed har ikke sykehuset kunne redusere kostnader til kirurgisk vaktberedskap, selv om den akuttkirurgiske funksjonen ble borte.

Samtidig med omstillingen og nedleggelse av kirurgisk avdeling ble det opprettet en ny avdeling i sykehuset – FAM (Felles akuttmottak). Denne avdelingen er mottaksavdeling for pasienter til sykehuset og samhandler med legevakten i Vefsn Kommune kveld, natt og helg. Herunder betjenes tre observasjonssenger som disponeres både av legevakten og sykehuset. I tillegg betjener avdelingen legevaktstelefonen for Vefsn, Grane og Hattfjelldal. Det ble opprettet et stabiliseringsteam tilnyttet FAM som skal bistå med stabilisering av hardt skadde pasienter før transport til mottakende sykehus. Det måtte også opprettes beredskap av spesialsykepleier for følgetjeneste med ambulanse. FAM har rundt 10 årsverk. Stabiliseringsteam og følgetjeneste er ressurskrevende ordninger.

Et hovedelement for den nye sykehusplattformen i Mosjøen er omlegging til dagkirurgisk plattform. Mens det før omstillingen var tyngre akutt og elektiv kirurgi, er det etter 01.11.06 en elektiv dagkirurgisk profil. Sykehuset har fire senger for overliggere etter dagkirurgi. Selv om dette er en helsepolitisk ønsket utvikling, har en slik omlegging betydelige økonomiske utfordringer i seg. De dagkirurgiske inngrepene har en lettere DRG vektning enn tyngre kirurgi og gir en mye lavere inntekt. Selv med en plan for relativ høy dagkirurgisk aktivitet vil inntektsbortfallet i fht ”sengekrevende” kirurgi være betydelig (som vist på forrige side). Dette er en viktig del av de utfordringer Mosjøen står overfor.

Årsverk	År							Endring 2002 - 2008	Endr. i %
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Mosjøen somatikk	181	184	185	194	192	199	202	21	12 %
Mosjøen psykiatri	53	55	74	81	86	89	91	38	72 %
Pasienttransport			4,5	5,0	6	6	7	7	
Sum	234	239	264	280	284	294	300	66	28 %

Fig 5: Årsverk Mosjøen 2002 – 2008 (faste årsverk, ansatte).

Etter omleggingen ble det stilt spørsmål rundt opprettholdelsen av de kirurgiske turnuskandidatene. Denne prosessen endte med at hver kandidat har seks uker av turnustjenesten ved St. Olavs hospital i Trondheim. Dette medførte at sykehuset måtte øke fra åtte til ni turnusleger etter omstillingen. Kostnadene med den nye ordningen er om lag 1 million høyere enn før omstillingen.

For fødevirksomheten er bemanningen opprettholdt på det tidligere nivået, for å dekke beredskap på fødestuen, polikliniske tjenester og tilbud om barsel for kvinner som har født for eksempel i Sandnessjøen. Igjen er kostnadene beholdt, mens inntektsgrunnlaget er endret.

Problemstillingen for sykehuset i Mosjøen er en for tung kostnadsstruktur i forhold til det inntektspotensialet som sykehuset har. Dette er tydeliggjort gjennom erfaringer de første årene etter omstillingen. Skal sykehuset klare å tilnærme seg et balansekrav, må det gjøres endringer i sykehusstrukturen, først og fremst knyttet til større fleksibilitet. Organisering, pasientlogistikk og bemanning må tilpasses den plattformen som sykehuset skal hvile på i årene fremover. Dette er en krevende utfordring. Når tjenestetilbudet skal opprettholdes på det nivå som forutsatt, ville tilførsel av omstillingsmidler (kompensasjon) ikke være unaturlig. I stedet er sykehuset utfordret på å gjøre tilpasninger innefor de ordinære budsjettammer. Internt i helseforetaket har imidlertid sykehuset fått drahjelp gjennom tilføring av strukturtillegg i fordelingsmodellen mellom enhetene. Imidlertid løser ikke dette de utfordringer som foreligger.

Tiltaksarbeidet

Etter relativt dårlige erfaringer med nettoeffekten av tiltaksplaner, var det ledergruppens vurdering at det var behov for en strukturendring. I alle fall dersom man skulle møte de økonomiske krav innenfor de gitte forutsetningene. Vurderingene ble forsterket av en dårlig økonomisk utvikling sommeren 2008 og sterke krav fra Helse-Nord om å intensivere tiltaksarbeidet i helseforetaket for å nå de økonomiske målsettingene. Utfordringen er et stort gap mellom det man er nødt til å ta inn av kostnader og de effekter de tidligere tiltaksplaner har gitt.

Ledergruppen drøftet strukturproblematikken i sykehuset og utarbeidet forslag til en tiltaksplan som i realiteten betydde et omfattende omstillingsarbeid innenfor hele den somatiske delen av sykehuset. Prosessen kom svært skjevt ut i fht måten man ønsker å gjennomføre endringsprosesser på i sykehuset (strakstiltak uten nødvendig tid til involvering og medvirkning). Dette må tilskrives de tidsfrister og krav som ble stilt fra Helse-Nord knyttet til forventninger om raske effekter i 2008.

Sykehuset gjorde en stor innsats med strakstiltak utover høsten og klarte å snu den negative økonomiske utviklingen. Resultatet for 2008 ble bedre enn forventet. Mangel på medvirkning innledningsvis (grunnet tidskrav) medførte stor motstand fra tillitsvalgte. Utover høsten 2008 har man i samspill med de tillitsvalgte klart å få prosessen på rett spor igjen.

Arbeidet fortsatte frem til mars 2009 hvor høringsdokumentet ble sendt ut. Som følge av høringsinnspill ble det besluttet å gjennomføre en ekstern vurdering før endelig vedtak.

Proessen

Fase 1 - innledningen

Følgende tiltak / omstillinger ble definert som aktuelle for vurdering i fht effektiviseringstiltak:

- Midlertidig tilpasning bemanning medisinsk avdeling fra 21 til 17 senger
- Effektivisering bemanning fødestuo
- Omorganisering av beredskap for følgetjeneste med ambulanse
- Sammenslåing av avdelingene FAM og Intensiv
- Tilrettelegging og bedre utnyttelse dagkirurgi
- Effektivisering av medisinsk skrivetjeneste
- Etablering av vikarbank for å ta ned kostnader knyttet til variabel lønn
- Vurdering av avdelingsstruktur og organisering i fht pasientlogistikk og ressursutnyttelse

I tillegg ble følgende tiltak vurdert opp i mot den totale logistikk, kvalitet og service i sykehuset:

- Etablering av felles ekspedisjon (effektivisere ekspedisjonstjenesten og bedre service – ved betjent hovedinngang)
- Bedre tilpassede lokaler for dialyse og dagmedisin (for dårlige pasient- og arbeidsforhold i dag – følgeeffekt av tilrettelegging dagkirurgi)
- Bedre tilpassede lokaler for rehabilitering, LMS og nevrologi (uegnede lokaler i dag – for dårlige pasient og arbeidsforhold – kronikertilbud som ikke kan iverksettes pga lokaler)
- Kontorutfordringer – behov for å samle alle kontorer under samme tak, minimum etablere nye kontorarealer til pasientreiser (tilføring av 11 nye årsverk til sykehuset)

For å sikre god involvering og eierforhold til endringsarbeidet, samt sikre å få med de erfaringer som organisasjonen sitter på, ble det opprettet arbeidsgrupper som skulle utrede alle tiltaksforslagene. Hver arbeidsgruppe fikk sitt mandat og tidsfrist, mal for hva som skulle inngå i utredningen og ble sammensatt med ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte og andre ansatte.

Utredningene ble gjennomført i løpet av høsten 2008. Prosessen har vært dynamisk og undervegs har det kommet frem nye problemstillinger og momenter som har vært nødvendig å ta stilling til. Det har vært et meget stort engasjement i endringsarbeidet fra hele organisasjonen, og mange konstruktive vurderinger er lagt på bordet fra de ansatte. Dette til tross for at situasjonen i seg selv skaper usikkerhet og frustrasjoner med trussel om nedbemanning og endringer.

Etter at alle arbeidsgruppene hadde levert sine rapporter har ledergruppen tatt arbeidet videre og sett ulike problemstillinger i sammenheng. Det ble gjennomført felles oppsummeringsmøte med alle arbeidsgrupper og møter med ulike grupper i organisasjonen (tillitsvalgte, vernetjeneste, leger, AMU og andre).

Ledergruppen satte opp alternative muligheter, forslag til løsninger, investeringsbehov og driftsmessige effekter ved de ulike løsninger. Realisme i gjennomføring og målsetting om å

legge til rette for en god pasientlogistikk og kvalitet har vært sterke føringer i vurderingene. Som en del av disse vurderingene ble det foreslått å legge bort noen av de endringsforslag som har vært utredet. Alle forslag som er kommet inn er nøye vurdert. For eksempel er anbefalingene fra arbeidsgruppe hud/øye tatt til etterretning. Dette på grunn av mangel på gode alternative lokaler og antatt dyre ombyggingsløsninger. I tillegg viste det seg at FAM/Intensiv i gamle foajé (som i utgangspunktet ble utredet) ikke tilfredstilte bygningstekniske krav (areal rundt senger i sykehus mv).

Det ble lagt frem et forslag 05.03.09 – høringsdokument – med høringsfrist 27.03.09.

Fase 2 - vurderingsfase

Det kom inn en rekke høringskommentarer. Disse er samlet i eget dokument som er tilgjengelige for interesserte. Et hovedtrekk i tilbakemeldingene var en skepsis til Fam/Intensiv i nytt bygg. Dette på grunn av isolert drift ifht øvrige avdelinger som man faglig og bemanningsmessig skulle samhandles med. Et annet moment trukket fram av mange var ønske om samlokalisering i 2 etg mellom Fam/Intensiv og Dagkirurgi. Dette var en løsning som først og fremst ville gi mer fleksible bemanningsmessige løsninger. Utfordringene ved de alternative løsninger var blant annet forholdet til samlokalisering FAM/legevakt i Vefsn Kommune.

Videre var det knyttet en viss usikkerhet til forholdet mellom investering og vedlikehold/ombygging i den finansieringsløsning som lå til grunn. I den grad det var mulig å løse utfordringene uten eksternt bygg var dette ønskelig.

Fase 3 - kvalitetssikring

Ut i fra de alternativer som forelå etter høringsrunden og for å skape større trygghet omkring det endelige valget av løsning var det ønskelig å be om eksternt bistand for å kvalitetssikre vurderingene. Det er viktig at den løsning som velges er tuftet på riktige og fremtidsrettede forutsetninger og at man ikke går i fallgruver på grunn av momenter man internt har sett seg blind på. Også sett fra foretaksledelsen var det ønskelig å gjennomføre kvalitetssikring.

I samråd med Helse-Nord ble derfor Sintef engasjert til å vurdere de løsninger som forelå og evt komme med innspill til forbedringer av løsningene. Noe senere ble MedPlan engasjert som arkitekt for å tegne ut aktuelle løsninger.

Følgende hovedføringer er lagt til grunn for omstillingen:

- Det er nødvendig for sykehuset i Mosjøen å tilpasse seg gitte økonomiske rammer.
- Hovedmålet er å finne effektive driftsformer, uten å ta bort pasientrettede tilbud, samt å ivareta krav til kvalitet i pasientbehandlingen.
- Det er brukt god tid på prosessen; løsningen som velges må være kvalitetssikret i fht effekt og kvalitet og må gi et godt driftsgrunnlag de neste årene.
- Omstillingen må legge til rette for tre hovedpilarer:
 - Fullverdig indremedisinsk drift, inklusive akuttfunksjoner
 - Et bredt dag- og poliklinisk tilbud – særlig ifht kronikkergrupper som kreft, dialyse, diabetes, nevrologi
 - En solid dagkirurgisk plattform, med god utnyttelse av 4 senger for overliggere. Funksjoner som plastikk kirurgi og urologi tilpasses

sentralfunksjonen på Helgeland. Øvrig; ortopedi, gynekologi og generell kirurgi

- ✚ Omstillingsarbeidet skal prioritere disse tre satsingsområdene. Organisering og arealbruk tilknyttet direkte pasientrettet virksomhet prioriteres – øvrig aktiviteter løses innenfor tilgjengelige muligheter.

Det forslag som legges frem har vurderinger og anbefalinger fra Sintef og MedPlan som del av grunnlagsmateriale, i tillegg til den prosess og de innspill som er arbeidet frem internt. Basert på Sintefs foreløpige tilrådning med tilhørende skisse er det definert noen gevinster i form av innsparing på driftskostnader, ut over de gevinster som lå i 2-egte løsningen fremkommet i den interne prosessen. Ledergruppen gir sin tilrådning med utgangspunkt i to føringer;

- 1) Optimalisere den driftsmessige gevinsten
- 2) Minimalisere ombyggingskostnader og fysiske endringer som ikke gir driftsgevinster

Ledergruppens forslag til løsning

Følgende gjennomføring av omstilling ved sykehuset i Mosjøen tilrådes:

1. Det gjennomføres en arealmessig samlokalisering av Dagkirurgi, Intensiv og Fam i 2 egt. fløy D og A. Arealene tilrettelegges slik at det er felles bemanning for alle aktiviteter på kveld, natt og helg.
2. Legevakten for Vefsn Kommune beholdes i fløy F og legevakt / mottak sykehus separeres arealmessig, men det legges til rette for samhandling.
3. Medisinsk avdeling tilpasses bemanning til 17 senger, med beredskap for periodisk høyere belegg. Rehabilitering gis arealer i medisinsk avdeling.
4. Fødestuo gis nytt areal i 1 egt, fløy D (gamle foajé og nærliggende rom). Fødestuo nedbemannes med inntil to årsverk barnepleier.
5. Øye gis nye lokaler i fløy F ("gamle" FAM).
6. Medisinsk poliklinikk disponerer ledige lokaler i fløy F ("gamle" FAM).
7. Det opprettes en felles ekspedisjon for alle poliklinikker i hovedinngangen. Arbeidsplasser tilrettelegges innover mot fløy F. Ansvar for felles ekspedisjon / kirurgisk skrivejeneste legges til røntgenavdelingen. Det nedbemannes med to årsverk ved skrivejenesten.
8. Dialyse og dagmedisin gis nye felles arealer i u egt, fløy A. Funksjonene fortsetter som del av medisinsk poliklinikk.
9. Nevrologisk poliklinikk ombygges i u egt, fløy A for å tilpasse funksjoner og tilfredsstillende miljømessige krav.
10. Postkjøkken i medisinsk avdeling må utvides for å tilfredsstillende forskrifter til arbeid med næringsmidler.
11. Helse-Nord IKT flytter lokaler til u egt. Fløy B. Lokalene her må ombygges.
12. PO flytter inn i fløy E.
13. Pasientreiser gis kontorlokaler i Industrivegen 9.
14. Bemanningsplaner i hht vedlagte tabeller. Det skal tilstrebes en fleksibilitet i bemanning / bruk av resurser.
15. Øvrige avdelinger berøres ikke, men det kan bli aktuelt å justere areal, flytte eller ta bort enkelte rom osv i fht endelig detaljplanlegging av løsningen.
16. Det innføres talegjenkjenning i sykehuset. Dette tiltaket gjennomføres som del av helhetlig plan i Helse-Nord. Tiltaket vil bety nedbemanning. Gjennomføres ikke i 2009.

Løsningen pkt. 1 – 16 vedtas som arealdisponering og driftsløsning for sykehuset. Detaljløsning, detaljtegninger osv avklares i neste fase – detaljplanlegging. Rekkefølge på gjennomføring må skje i fht mest hensiktsmessige logistikk for gjennomføring. Her vil arkitekt og tekniske rådgivere gi råd om mest effektive gjennomføringsplan. Tidsplan for gjennomføring må skje i forhold til tilgjengelige ombyggingsmidler.

Kirurgisk område

Dagkirurgisk avdeling vil omfatte dagkirurgisk virksomhet, poliklinikker for hud, øye, kirurgi og gynekologi. På dagtid mandag til fredag vil avdelingen håndtere egen drift i samarbeid med Intensiv/Fam, operasjon og anestesi. På kveld og natt er det felles personale med Intensiv/Fam. Avdelingen lokaliseres i 2 egt. Fløy D og A – egne og felles arealer med Intensiv/Fam.

Fødestuo; lokaliseres i 1 egt, fløy D (gamle foajé med tilhørende rom). Avdelingen har fødsler, svangerskapsomsorg, barsel og polikliniske oppgaver. Det gjennomføres en reduksjon av 1.9 årsverk barnepleiere ved fødestuo.

Røntgenavdelingen lokaliseres som i dag. Driver fullverdig røntgen og vil få ansvar for felles ekspedisjon.

Operasjon/anestesi avdelingen lokaliseres som i dag. Avdelingen vil ha nær samhandling med dagkirurgisk avdeling og Intensiv/Fam.

Kirurgiske leger Kirurgiske leger dekker kirurgisk poliklinikk og dagkirurgisk virksomhet.

Positive konsekvenser med forslaget:

- Bedre samarbeid/samhandling i mellom avdelingene.
- Bedre utnyttelse av ressurser og sambruk av personale med bedre arealmessig tilrettelegning.
- Bedre helhetlig pasientlogistikk basert på bedre arealmessig tilrettelegging.
- Tydeligere fokus og bedre tilrettelegging for dagkirurgisk virksomhet.

Konsekvensvurderinger av tiltakene

Dagkirurgisk avdeling

Pasienter

Positive konsekvenser:

God pasient logistikk ved arealmessig samordning av alle enheter som inngår i dagkirurgisk drift.

Pasienten får mer stabilitet, ro i oppholdet når de unngår å bli flyttet til ”annen avdeling”.

Plassering i fløy A/D gir mulighet til god skjerming og oppfølging av pasientene.

Et nært samarbeid mellom spesialutdannet personell fra anestesi, intensiv og akutt vil gi god kompetanse i pasientbehandlingen.

Ansatte:

Positive konsekvenser:

Bedre arbeidsforhold for sykepleier og leger når de får en bedre skjerming i nye lokaler.

Personell opparbeider god kompetanse innenfor dagkirurgiske pasienter, som de hovedsakelig arbeider med.

Nærhet til operasjon/anestesi gir mulighet for sambruk av personell og tilført økt kompetanse. Bedre mulighet for kvalitetssikring av arbeidet ved gjensidig ressursutnyttelse.

Mulighet for felles internundervisning.

Større kontinuitet og fleksibilitet siden personalet må dekke alle funksjoner/vakter i avdelingen.

Mulighet for sambruk av personalet på dagkirurgi og kirurgisk poliklinikk slik at det beholdes fleksibilitet og kontinuitet i begge funksjoner, og det hindrer at personalet får reduserte stillinger.

Negative konsekvenser:

Ansatte kan bli overtallige.

Noen av ansatte på dag kir avd vil fortsatt ha lave stillingsstørrelser når akutt-enheten dekker deler av recovery.

Mange ansatte som skal ivareta dagkirurgiske pasienter når også personalet på akutt-enheten ivaretar overliggere.

Annet:

Ny plassering av dagkirurgisk avdeling gir bedre logistikk og mer hensiktsmessige avdeling.

Mulighet for sambruk av personalet når dagkir ligger sammen med akutt-enheten.

Mulighet for å ha sykepleiestudenter.

Får dekket behov for minimum 13-15 dagkirurgiske pasienter (ønsket kapasitet ifht inntekter).

Egnede lokaler som gir mulighet for evt senere utvidelser.

Flytting av dagkirurgisk avdeling vil kreve innkjøp av noe nytt utstyr.

Fødestuo

Foreslått reduksjon av 1.9 årsverk barnepleier.

Pasienter

Positive konsekvenser:

Målet er at pasientene skal få et like godt tilbud som tidligere.

Negative konsekvenser:

Mulig nedsatt tilbud ammepoliklinikk.

Ansatte:

Positive konsekvenser:

Ved å redusere bemanningen i Fødestuo vil hver enkelt ansatt få flere aktive vakter og færre hjemmevakter.

Mindre utkalling på vakt når jordmor er mer i aktiv vakt.

Negativ konsekvens:

Barnepleiere overtallig.

Økt belastning på personalet ved færre personer å dele innleie på, fare for økt sykefravær?

Annet

Mindre årsverk behøver ikke å gi høyere sykefravær, jf. andre fødestuer.

Viktig å arbeide med arbeidsmiljø for å forebygge sykefravær.

Reduksjon i årsverk gir positiv økonomisk gevinst, men samtidig risiko for mer bruk av variabel lønn.

Røntgenavdelingen

Målet er at pasientene skal få like god service som før.

Røntgen blir en noe større avdeling å lede med flere funksjoner tillagt.

Det vurderes liten sannsynlighet for negative konsekvenser som følge av omorganiseringen.

Leder vil imidlertid få større personalgruppe å forholde seg til.

Det opprettes felles ekspedisjon i hovedinngangen. Målet er at sykehuset skal gi et bedre tilbud til pasienter og besøkende.

Risikoanalyser

Dagkirurgisk avdeling med poliklinikk

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med **rødt**, **gult** eller **grønt** for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.

Risiko for hvilken hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
1 Fortsatt lave stillings størrelser på dagkir avd og mange ansatte til å ivareta recovery gir en mulighet for dårlig ivaretagelse av pasienten	Middels	Dårligere kontinuitet i pasientbehandlingen, kan medføre dårligere oppfølging av pasient. Utfordringer i samhandling blant personalet. Mulighet for dårlig omdømme.	Sambruk av årsverk på kirurgisk poliklinikk og kirdag avd gir god mulighet for at ansatte kan få opp større stillinger Gode rutiner/prosedyrer og god opplæring Tett oppfølging av personalet. Kun noen ansatte fra akuttenheten som arbeider på recovery Regelmessig internundervisning God planlegging/ samarbeid mellom avd ledere i forhold til turnuser, ferieavvikling/avsp/fravær for å tilstrebe kjent personell.		Avd leder
2 Ansatte kan bli overtallige	Stor	Ansatte blir uten jobb	Tilsetning i ledige vikariater / vikarbank. Følge prosedyre for nedbemanning, god ivaretagelse av oppsagte.		Avd sjef/ Avd leder

Fødestuo

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og/eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med rødt , gult eller grønt for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.					
Risiko for hvilken hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
1. Overtallighet ved nedbemanning av barnepleiere	Stor	Ansatte mister arbeid / evt omplassering annen avdeling. Mer belastning på resterende personal. Når færre ansatte, vanskeligere å få tak i personell ved fravær Mer utgifter på variabel lønn Fare for økt sykefravær? Mer turnover blant personalet?	Tilsetning i ledige vikariater / vikarbank. Følge prosedyre for nedbemanning, god ivaretagelse av oppsagte. Personalgruppen involveres i turnusskriving – ”ønsketurnus” Prøve å utvide vikarkorpset slik at avd får flere vikarer Nærere samarbeid /samhandling med kommune jordmor Godt arbeidsmiljø Gi mulighet for avspasering		Avd leder
2. Kan bli nedsatt tilbud på amme poliklinikk	Stor	Hvis en reduksjon av barnepleiere med amme videreutdanning så vil det medføre et svekket tilbud i ammeveiledning.	Kurs/internundervisning slik at gjenværende personell får bedre kompetanse i ammeveiledning Gi god informasjon til damene om amming.		Avd leder

Felles ekspedisjon

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med rødt , gult eller grønt for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.					
Risiko for hvilken hendelse?	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
1 1,5 årsverk til timebestilling for lite	Middels/stor	Overtid Fare for feilregistrering	Evaluerer etter 6 mnd. Drift God kommunikasjon og tilpasning underveis		Ansatte og leder
2 Fare for ensidig arbeid, belastning	Stor	Sykefravær Mistrivsel	Rullering av personalet		Ansatte og avd.leder
3 Fare for ensidig arbeid for ”postsekretærer”	Stor	Sykefravær Mistrivsel	Små avbrekk i løpet av arbeidsdagen		Den ansatte
4 Sårbar bemanning for de som jobber med timebestilling	Stor	Mangel på folk ved sykefravær	Opplæring av noen andre i ekspedisjonen. Sykepleiere i avd. er også reserve.		Ansatte og avd.leder
5 Truende pasienter/besøkende når ansatte er alene på jobb på kveld/helg	Liten/middels	Utrygghet blant personalet	Alarm Sperring av kasse		Avd.leder

6 Overgang til turnus – innleie på kveld og helg ved fravær	Stor	Økte innleie- /overtidskostnader	Ledige vakter må leies inn. God tilgang til vikarer Sykefraværsoppfølging og arbeidsmiljøfremmede tiltak.		
7 Talegjenkjenning innføres	Stor	Hyppigere aften- og lørdagsvakter pga færre ansatte.	Informasjon til ansatte		Leder og tillitsvalgte

Medisinsk område

Medisinsk avdeling Avdelingen vil få ansvar for medisinsk sengepost som tidligere, men det skjer en midlertidig tilpasning av bemanningen til 17 senger (med høyde for enkelte beleggstopper). Bemanningen har sitt utgangspunkt i gjennomsnittlig belegg de siste år. Det foreslås at bemanningen er fordelt mellom sykepleier/hjelpepleier i forhold 80/20 (av 18,87 årsverk i medisinsk avdeling). Dette for bedre å ivareta de oppgaver avdelingen skal utføre. Det vil være positivt for arbeidsmiljøet i medisinsk avdeling, sannsynlig redusere innleiekostnader, og kan også frigi ressurser til prosedyrearbeid, kvalitetssikring og internopplæring.

Medisinsk avdeling lokaliseres som før i fløy C 2.etg.

Nevrologisk poliklinikk

Avdelingen vil ha nevrologer, nevrofysiologtekniker (NFT) og kontorpersonell. Fordeling av personell kontortjeneste/NFT må ses i sammenheng med felles ekspedisjon, talegjenkjenning og utdanning/rekruttering av NFT.

Avdelingen lokaliseres i u.etg. fløy A. I fht dagens standard er det et stort behov for opprusting av lokaler i fht forsvarlig arbeidsmiljø og egnede pasientlokaler. Deler av planlagt virksomhet for oppfølging av pasienter m/kronisk sykdom, kan ikke starte opp før nye lokaler er tilrettelagt.

Medisinsk poliklinikk med dialyse og dagmedisin. Avdelingen lokaliseres som i dag (med pol) med tilleggsareal i fløy F for diabetes og ernæring. Dialyse og dagmedisin gjennomfører samdrift i u egt, fløy A. Det legges inn en buffer på bemanning i tilfelle dialyse 4 d/uke istedfor 3 d/uke.

Laboratoriet organiseres og lokaliseres som i dag.

Rehabilitering lokaliseres i fløy C (pasientaktiviteter). Viderefører arbeids- og ansvarsområder som før.

Positive konsekvenser ved forslaget:

- Sambruk av ressurser
- Avdelingene er fysisk nærmere hverandre (enklere å lede, større mulighet for sambruk av personell).

Negative konsekvenser ved forslaget:

- Kan bli trangt om plassen enkelte dager

Konsekvensvurderinger av tiltakene

Medisinsk avdeling

Pasienter:

Positive konsekvenser:

17 senger, men fortsatt mulighet til utvidelse for 21 senger og enkelt utvide med mer hvis behov senere. Rehabilitering i samme fløy som de inneliggende pasienter de skal betjene.

Negative konsekvenser:

Ved nedbemanning av medisinsk avdeling vil det bli færre personer på arbeid på hver vakt og dermed mindre tid til alle oppgaver avdelingen skal ivareta.

Ansatte:

Positive konsekvenser:

Fordeling av sykepleier/hjelpepleier i et forhold 80/20 vil gi en balansert fordeling av sykepleier/hjelpepleier i fht. oppgaver avdelingen har.

Negative konsekvenser:

Det er fare for oppsigelse av ansatte i forbindelse m/nedbemanning og det vil gi store konsekvenser for den enkelte hvis oppsigelse. Grunnet færre personer på arbeid på hver vakt kan det medføre mindre tid til faglig oppdatering, stressituasjoner og stor turnover / stort sykefravær i avdelingen.

Annet:

Positive konsekvenser:

Økning av sykepleieandel i medisinsk avdeling vil redusere innleiekostnader.

Negative konsekvenser:

Konsekvenser for andre avdelinger internt:

- FAM/Intensiv må om mulig ta hensyn ved overflytting av pasienter, avklare mottakstidspunkt som også passer medisinsk avdeling. Ofte kommer de med pasienten midt i visitten eller under rapporten.
- FAM/Intensiv må gjøre ferdig alle pasientene med veiing.
- Overlege må vurdere pasient før innleggelse for å få ned unødvendig sykehusforbruk.
- Effektivisere legevisitten ved å starte tidligere på morgenen, unngå lange avbrudd med andre oppgaver.
- Dersom utreise er klarert dagen før, må utreise forberedes.

Konsekvenser for eksterne samarbeidspartnere:

- Nøyere vurdering av pasientene før de legges inn i medisinsk avdeling. Kan ha konsekvenser for FAM/Intensiv eller for legevakten.
- Bør vurdere om søknader til rehab./sykehjem/avlastning etc. kan søkes av kommunen selv som kjenner pasienten best og/eller i et samarbeid.

Med.pol./Dialyse/Dagmedisin

Pasienter Dagmedisin/dialyse:

Positive konsekvenser:

- Bedre lokaler og dermed bedre forhold for pasientene i fht. dagens areal. Plass til Telestudio og oppkobling mot NLSH, vil bedre tilbudet til pasientene med regelmessig oppfølging og kontakt med nefrolog i fht. Dialyse og onkolog i fht. kreftpasienter.
- Sambruk av personell dialyse og dagmedisin (hjelp hverandre) v/behov

Negative konsekvenser:

Ansatte:

Positive konsekvenser:

- Bemanning ved lav aktivitet kan medføre ledige personellressurser, og ansatte kan da benyttes i annen avdeling.
- Telestudiokontakt m/NLSH vil være faglig positivt for personalet.
- Ansatte vil ha anledning til faglig fordypning.

Negative konsekvenser:

- Fortsatt noe fleksing for ansatte ved Dagmed./dialyse/pol.kl. Kan være negativt for noen å må flekse inn til medisinsk avdeling.
- Hvis reduksjon av fleksing kan dette medføre lavere lønn grunnet bortfall av vakttillegg. Mindre fleksing der ansatte ønsker å fortsatt flekse.

Annet:

Positive konsekvenser:

Nye lokaler og bedre plass er positivt for alle.

Negative konsekvenser:

Dialyse/dagmed. og poliklinikk ikke samlokalisert.

Konsekvenser for andre avdelinger internt:

Må ha fleksing til medisinsk avdeling for å dekke helg.

Konsekvenser for eksterne samarbeidspartnere:

Merarbeid for dialyseavdeling/nefrolog ved NLSH samt onkolog/kreftavd. ved UNN dersom de må etablere telestudiokontakt med vår dialyseenhet/dagmed.avd..

Nevrologi

Pasienter:

Positive konsekvenser:

- Bedre tilbud med bedre areal og bedre ressurser til nevrologiske pasienter
- Tatt høyde for vekst innen nev.pol.kl.tilbud.

Negative konsekvenser:

- Litt langt unna resterende poliklinikkaktiviteter i sykehuset

Ansatte:

Positive konsekvenser:

- Bedre arbeidsforhold for ansatte
- Faglig mer utfordring ved vekst/utvidet tilbud ved avdelingen

Negative konsekvenser:

- Ikke mulig å ha samdrift med personell med annen avd. grunnet fysisk avstand

Annet:

Positive konsekvenser:

Negative konsekvenser:

- Gjennomgang i poliklinikkareal for å komme til sykehjem (som i dag)

Konsekvenser for andre avdelinger internt i sykehuset

Kontortjenesten må ha kontorplass når de flytter ut av dagens skrivejeneste.

Fysisk plassering må ivaretas dersom sykehuset skal ha LMS

Diabetessykepleier må flytte og få kontor i fløy F (LV-legekontoret). Samme for KEF.

Konsekvenser for eksterne samarbeidspartnere:

Palliativ dagavdeling får evt. nytt kontaktpunkt.

Risikoanalyser

Medisinsk avdeling

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med rødt , gult eller grønt for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.					
Risiko for hvilken hendelse?	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
1. Overbelegg i perioder	Stor	Færre sengeplasser i med. avdeling. Økt transport av akuttmedisinske pasienter.	Overlege vurdere innleggelses. Bruk av obs senger i akutenheten Bedre rutiner for utskrivelser Utskrivningsklare pasienter ut		Avdelingsleder Avdelingssjef
2. Oppsigelse av ansatte	Stor	For den enkelte ansatt er det store konsekvenser hvis noen sies opp	Flere deltidsstillinger Fortsette fleksing Må ses i sammenheng m/nedbemanning for øvrig. 1. Ansettes i ledige vikariater/vakanser og eller vikarbank 2. Følge nedbemanningsprosedyrene 4. Ivareta de eventuelle oppsagte		Avd.sjef/avd.leder
3. Økt sykefravær	Middels	Økte kostnader v/innleie Økt belastning på resterende personell	Bedre organisering av driften Utarbeide ny døgnrutimeplan og se på arbeidsoppgaver og		1. Avd.leder 2. Avd.sjef

			fordeling av disse mellom vaktene og mellom hj.pl /sykepl. Vikarbank Innleie ved høyt fravær Samarbeid av personell mellom dialyse og med.avd. Bruk av buffer/vikarpool		
4. Ved færre årsverk fare for økt arbeidspress /stress	Middels	Økt turnover for ansatte. Økt sykefravær.	Sosiale tiltak og arbeidsmiljørettede tiltak Innleie v/topper aktivitet Medarbeidersamtale Samarbeid om pasientflyt lege/spl. Positiv organisasjonskultur	Tiltak i fht. den evt. Skade som oppstår	1. avd.leder 2. avd.sjef
5. Mindre tid til ivaretagelse av pasienten.	Stor	Dårligere kvalitet på tjenestene.	Fokus på god info til pas./pårørende utarbeide rutiner i fht. dette. Innleie av fastvakt til terminale pas. Bevisstgjøring av god prioritering av oppgaver Utarbeide prioriteringsliste over MÅ/SKAL gjøre – BØR gjøre – KAN VENTE som anvendes når det er travelt i avdelingen	Avviksbehandling dersom avvik er skjedd i fht. kvalitetskrav	Avd.leder Avd.sjef
6. Dårligere tid til å lære prosedyrer og gjennomføre dem	Middels	Dårligere kvalitet på tjenesten	Holde seg oppdatert på prosedyrer Kompetansehevende tiltak	Avviksbehandling dersom avvik er skjedd	Avd.leder Avd.sjef

Dagmedisin/pol.kl. dialyse

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med **rødt**, **gult** eller **grønt** for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.

Risiko for hvilken hendelse?	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
1. Lite plasser (uttak for dialysepasienter) ved bare 4 plasser	stor	Må sette inn a-vakt og økte kostnader	Legge opp for ekstra uttak til dialyseplasser		Avd.sjef/avd. leder/bygg
2. Kan risikere at det blir urolig for dagmedisinske pasienter.	Middels	Kan bli eksponert for medpasienter der de ønsker å bli skjermet av hensyn til egne behov.	Tilrettelegge slik at det blir mulighet for skjerming. Eller bruk av enerom/isolatet		Sykepleier
3. Matlukt for dagmedisinske pasienter som fra før av er ømfintlig for lukter mens de har cytostatika- behandling	Middels	Økte plager i forhold til kvalme / ubehag	Mulighet for skjerming God ventilasjon.		Avdelingsleder

Nevrologi

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med **rodt**, **gult** eller **grønt** for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.

Risiko for hvilken hendelse?	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
1. Reduserer mulig samarbeid med annen avdeling		Liten	Ha klare rutiner for samarbeid med annen avd. (skrivetjenesten)		
2. Gjennomtrekk i pol.kl. grunnet utgang til sykehjem	stor	liten	Skjerme aktivitetene i us.rom. Ha skjermet ventesone for pas.		

FAM/INTENSIV

FAMIntensiv vil være en samlokalisering av Intensiv, FAM og dagkirurgisk avdeling. Enheten vil være en avdeling som innehar den indremedisinske intensivbehandling, mottaksavdeling for sykehuset og samhandler med Vefsn Kommune bl.a. ved hjelp av legevaktstelefonen. Avdelingen lokaliseres i 2 egt, fløy D.

Positive konsekvenser med nytt forslag

- Bedre utnyttelse av ressurser (personell, lokaler og utstyr)
- Muligheter for innsparing spesielt med tanke på variabel lønn
- Samlokalisering av akuttfunksjoner

Negative konsekvenser med ny organisering

- Stort fagområde

Konsekvensvurderinger av tiltaket

Pasienter;

Fordeler;

Samling av kompetanse = bedre kvalitet

Ulemper;

Flere ansatte å forholde seg til

Ansatte;

Fordeler;

Mer mengdetrening på akutte tilfeller – to akuttavdelinger samles til en

Bedre arbeidsforhold for sykepleiere, leger og legevakt

Bredere fagfelt og større faglige utfordring

Bedre mulighet til opparbeidelse av kompetanse

Mulighet for felles internundervisning/ praktiske øvelser

Konsentrasjon av kompetanse (spesialsykepleiere samlet)

Større arbeidsmiljø

Ulemper;

Mulige oppsigelser av ansatte

Lavere bemanning på aften og natt

Annet;

Fordeler;

Stor effektiviseringsgevinst i fht personalkostnader(faste og variable)

Fellesbruk av arealer

Fellesbruk av utstyr vil gi årlige besparelser

Risikoanalyse

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med **rødt**, **gult** eller **grønt** for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.

Risiko for hvilken hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	
1. Mulige oppsigelser	Stor	Enkelte av personalet blir uten jobb	Tilsetting i ledige vikariater/ vikarbank Følge prosedyre for nedbemanning. Ivaretagelse av oppsagte		Avd. sjef
2. Redusert bemanning på natt – sårbart i fht beredskap følgetjeneste	Liten	Samtidighetskonflikt	Kall ut stabiliseringsteam		Avd.sjef
3. Marginal bemanning	Stor	Mulighet for økte variable lønnskostander	Innleie eller vikarbank		Avd.sjef
4. Stor avd. med mange ansatte	Stor	Dårligere oppfølging og ivaretagelse av ansatte.	Ass.avd.leder fortrinnsvis på dagtid.		Avd.sjef

Stab- og støtte

I stab og støtte omorganiseres pasientreiser, som samles under en ansvarlig leder. Avdelingen vil ha ansvar for pasientreiser, enkeltoppgjør og direkteoppgjør samt rapportering av egenandeler til NAV.

PO foretak flytter inn i administrasjonen (brakka) og kan utnytte ressurser med lokal funksjon i Mosjøen best mulig. Pasientreiser gis hovedlokasjon i Industrivegen 9, i påvente av økt kontorkapasitet i sykehuset.

For Intern Service foreslås ingen organisasjonsmessige endringer. Området er organisert i to avdelinger, med to avd.ledere. Det er innført fagansvar for spesifikke områder.

Helse-Nord IKT gis nye lokaler sammen med Intern Service i underegt fløy B.

Konsekvensvurderinger av tiltaket – Intern Service

Pasienter: Ingen konsekvens

Ansatte:

Positive konsekvenser:

Kontorløsningene for de to avd.lederne blir bedre. I tillegg får man et driftskontor i nærhet av avd. lederkontorene. Dette gir bedre arbeidsmiljø, da man unngår støy fra MR. Dette er meldt som AMU-sak tidligere.

Det blir bedre plass/kontorløsning for MTA.

Det blir bedre arbeidsplass for elektriker (driftskontor) og blir mer skjermet fra annen støy fra driftsdiskusjoner etc.

Det blir bedre arbeidsforhold med tilgang til kontorfasiliteter. Man får ett samlet personalrom og kontor for hele IS.

Får nye og oppdaterte garderobeforhold.

Ansatte ved HNIKT:

HNIKT blir flyttet inn i dagens snekkerverksted. De får et stort rom med plass for to kontorplasser + arb.benk og evt hyller/skap. De får også nærhet og tilgang til en begrenset lagerplass i samme korridor, samt at det er enkelt å flytte/trille maskiner og utstyr rundt. I dag er dette tungvint med arb.plass i brakka. Totalt mener jeg dette gir en bedring for HNIKT.

Øvrige mannlige ansatte:

Får nye og oppdaterte garderobeforhold.

Negative konsekvenser:

De mannlige ansatte på teknisk avdeling må flytte garderobe til u-etg fløy F. Litt mindre nærhet til garderobeforhold. Ulempen vurderes som liten.

Ansatte ved HNIKT:

Må dele kontor. Ikke sikkert dette oppfattes som en ulempe.

Øvrige mannlige ansatte:

Øvrige menn på huset må også bytte garderobe. Dette utgjør et begrenset antall personer, og vurderes som liten ulempe. Garderobeforholdene i U-etg fløy F er gode, og pr i dag minimalt utnyttet. Ved opptelling er det ca 40 mannlige ansatte som *kan* ha behov for garderobeplass. I praksis er det mellom 10-20 som benytter seg av felles garderobe. Øvrige har garderobemulighet på kontor eller ikke behov for garderobe.

Øvrige kommentarer til konsekvensvurderingen:

Snekkerverksted flyttes inn til dagens driftskontor. Dette medfører ingen stor forskjell fra dagens drift. Noe større arbeider blir det dårligere plass til, men dette forutsettes at man etter hvert vil få plass til i garasje på utsiden (fjerning av gammelt aggregat). Dette medfører også at man kan flytte det utstyret som i dag står i kjeller adm.brakke ut i garasje. På lengre sikt kan det vurderes ny garasje (evt tilbygg) m/grovarealer for evt lager/snekker/mekanisk.

Det vurderes en mindre arealendring på renhold for evt å ivareta behov for skille mellom rene/urene vogner.

Tøyutlevering flyttes til dagens kontor for husøkonomen.

Tøylager/arb.plass for tøy/søm flyttes innover i avd. (Tar av tøyutlevering). Skilles med vegg. Lager overtar arealet mot trappehus. Dette medfører noe mindre areal for tøy, men forutsettes løst med bedre reol/hyllesystem. Det tilrettelegges bedre arbeidsforhold på tøy.

Arealfordelingen må tilpasses behov.

Forutsetter også gode reolløsninger for lager.

Det kan også på sikt vurderes endringer i søppelrom/kjølelager for å optimalisere søppelhåndtering og arealbruk. Pga kostnad tas ikke dette med i denne omgang.

Endringer ved postkjøkken:

Postkjøkken har dårlige arbeidsforhold. Lokalene har en begrenset godkjenning fra mattilsyn. Økning i areal gir mulighet for bedre arbeidsforhold, bedre kvalitet på tjenesten, og mulighet for større fleksibilitet vedr . kveldsvakter/helgevakter. Ikke detaljplanlagt enda. Muligens mulighet for endring av arbeidsplan/turnus.

Risikoanalyse

Risiko som kan medføre brudd på lov og forskrift og / eller risiko som kan medføre at mål ikke nås eller forskyves i tid, er markert med **rødt**, **gult** eller **grønt** for stor, middels eller liten konsekvens. Identifisert risiko er vurdert og prioritert i forhold til tiltak og ansvar.

Risiko for hvilken hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens	Forebyggende tiltak	Skadebegrensende tiltak	Ansvarlig for tiltak
Behov for tilgang til dusj for teknisk personell. Forårsaket av kjemikaliesøl, kloakk, evt andre væsker som en følge av utført arbeid	Liten	Må evt bevege seg gjennom større arealer (pasientarealer) i sykehuset for å komme til dusj. Spredning av urenheter/bakterier/kjemikalier.	.	Ved behov, går personellet raskeste vei til garderobe FAM, og om mulig gjennom teknisk kjeller/fyrrom. I helt spesielle nødsituasjoner kan personell bytte klær i søppelrom/rampe for deretter å bevege seg til garderobe. Bistand fra annet personell	Ansatte involvert.

Investerings- /ombyggingsbehov

Berørte areal	Kommentarer	Vedlikehold	Investering
FAM/Intensiv/Dagkirugi	2 egt fløy A og D	U/avklaring	
Dialyse/Dagmedisin	U egt, fløy A	U/avklaring	
Nevrologisk avdeling	U egt, fløy A	U/avklaring	
"Gml" FAM	Kontorer med pol Kontorplasser eksp Øye	U/avklaring	
Fødestue	1 egt, fløy D	U/avklaring	
Teknisk	U egt, fløy B		
Pasientreiser	Industrivegen 9, økt leie		
SUM		Kr. XX	

Rekkefølge må skje i fht økonomiske og praktiske forutsetninger. Endelig kostnadsbehov er under beregning. Vil foreligge medio juli 2009.

Økonomiske effekter – samlet matrise

Bemanningseffekter – bemanningsreduksjon:

Bemanning 010108 sammenlignet med ny bemanning etter omstillingen

	01.01.2008	Ny mod	Diff	
	årsverk	årsverk		
Direktør/ekspedisjon	2,70	2,70		
Stab/støtte:				
Planlegger/forskning	0,40	0,40		
Byggprosjektleder	1,00	1,00		
Økonomi	2,00	2,00		
Personal	7,50	7,50		
Intern service:				
Almenteknisk	8,10	8,10		
Tøy/renhold	7,18	7,18		
Postkjøkken/kantine	3,84	3,84		bruker 0,4 mer enn bemanningsplan bla pga lokaliteter
Pasienttransport:	7,00	7,00		nye stillinger jfr. nye oppgaver fra NAV er ikke tatt med
Sum	39,72	39,72		
Kirurgisk område:				
Avd.sjef kirurgi	1,00	1,00		
Kir.leger	10,25	10,25		4,25 overleger inkl. 0,25 ortoped, 1 LUS, 5 TL
Gynekolog	1,00	1,00		
Fødestue	10,10	8,20	-1,90	red. barnepleiere
Kir dagavd/pol/øye/hud/skriv	15,31	0,00	-15,31	
Kir pol/øye/hud/skriv		10,91	10,91	
Operasjon	11,01	11,01		
Anestesi	7,00	6,10	-0,90	red. følgetjenesten
Anestesilege	2,00	2,00		
Røntgenleger	2,00	2,00		
Røntgen	8,50	8,50		
Sum kirurgisk område	68,17	60,97	-7,20	Kir dagenhet flyttet nederst sammen med intensiv og FAM
Medisinsk område:				
Avd.sjef medisin	1,00	1,00		
Medisinsk avdeling	24,45	19,87	-4,58	
Med.pol. inkl avd.leder	4,40	5,18	0,78	inkl økn diaspl 0,45
Dagmed./dialyse	5,90	4,73	-1,17	red. i hht Sintefberegning for aktivitet + overf. Holter til med.pol
Skrivetjeneste	6,50	4,50	-2,00	Årsverksreduksjon gjelder skrevetjeneste totalt.
Rehabiliteringsavd.	6,15	6,75	0,60	inkl. ny still rehabplan, reduksj turnusfys, aktivis vak. fysiot
Nevro.pol	5,00	5,00		2008:inkl vik ifht utd KNF-tekniker. Ny mod: 2 nevrologer
Palliativ	0,60	0,4	-0,20	
Med leger	12,60	12,60		5,6 overleger - 3 LUS - 4 TL
Laboratorium	8,80	8,80		
Sum medisinsk område	75,40	68,83	-6,57	
FAM	10,65		-10,65	
Intensiv	16,10		-16,10	
Dagkir/int/FAM		24,85	24,85	
Sum somatikk	210,04	194,37	-15,67	

Totale økonomiske effekter:

Tiltaksplanen tar sikte både på å gjennomføre direkte effektiviseringstiltak og tilrettelegging for bedre kvalitet og logistikk i sykehuset. Helheten i dette er nødvendig for fullt ut å gjennomføre den nye sykehusplattformen og forberede for god faglig drift i Mosjøen.

Netto nedbemanning er 15,67 årsverk og netto økonomisk effekt pr. år er ca 8 millioner kroner.

Det kan vurderes å opprette for eksempel 2 x 75% stilling i vikarpool (for delvis langtidsfravær).

Det skal utarbeides rutiner og prosedyrer for fleksibel bruk av bemanning, restarbeidsevne og lignende der dette er mulig.

Bemanningsplaner

Med.pol m/dagenhet													9,91
Med.pol.	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk	
Dagvakt	0800-1530	2	2	2	2	2,5			7,5	78,75	35,5	2,22	
Dagvakt	0800-1530	1	1	1	1				7,5	30	37,5	0,80	
Holterspl	0800-1530			1					7,5	7,5	35,5	0,21	
Diabetesspl.											37,5	0,75	
Hygienespl.											35,5	0,20	
Sum med.pol.												4,18	
Avd.leder												1	
Dagmed/cyt.4 plasser													
Dagvakt	0730-1530	2	2	2	2	0			8	64	35,5	1,80	
Dialyse 4 plasser													
Personell	0730-1530	3	2	3	2	3			8	104	35,5	2,93	
Sum dagenhet												4,73	
Totalt med.pol og dagenhet												9,91	

Buffer dialyse inkl over			2		2				8	32	35,5	0,90	
--------------------------	--	--	---	--	---	--	--	--	---	----	------	------	--

Dagens drift tilsier dialyse 3 dager pr uke, men den medisinske trenden er hyppigere dialyse, samt en økning av pasienter.

Inntil dette skjer kan 3. person på dialyse man/ons/fre være noe hjelpelig på dagmedisin.

Tirsdag og torsdag vil personellet på dialysen kunne være buffer innen medisinsk område.

Psykiatrisk sykepleier

1 hører til psykiatrisk bemanning

Kir.pol.med Gyn/Øye/Hud													3,81
		Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk	
Kir.pol. m/gyn	0800-1530	3	2	3	3	2			7,5	97,5	35,5	2,75	
Hud	0800-1530	1	1	1	1	1			7,5			1,06	
Øye. Årsvek er tatt med i opr.avd. sine årsverk	0,2												
Sum kir.pol.												3,81	
Nevrologisk poliklinikk uten leger													3,00
KNFT m/leder												1	
Kontorpersonell (inkl.ex. KNFT)												2	
Sum nev.pol. Uten leger m/kontor												3	
Laboratoriet													8,80
Rtg													6,50
Skrivetjeneste rtg.													2,50
Med.kontortj inkl. postsekretær			Er i dag 6,5 årsverk og overtallig.										4,5
Kir.skrivetjeneste inkl. ekspedisjon													5,30

Med.avd. (17 senger)													19,87
	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	ant vakt	vakt lengde	Timer	Årsverk	
Dagvakt	0730-1530	7	7	6	6	6	4	4	40	8	320		
Aftenvakt	1500-2230	4	4	4	4	4	4	4	28	7,5	210		
Natt	2200-0800	2	2	2	2	2	2	2	14	10	140		
Sum											670	18,87	
Avd.leder											37,5	1,00	
Sum årsverk												19,87	
Bemanningsfaktor											1,11		
Buffer?											?	1,5	

SUM Intensiv/FAM/Recovery/Dagkirurgi hver for seg **25,83**

Intensi/FAM	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk
Dag	0730 - 1530	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	4	4	8	204,00	35,5	5,75
Aften	1515 - 2230	4	4	4	4	4	4	4	7,25	203,00	35,5	5,72
Natt	2215 - 0800	3	3	3	3	3	3	3	9,75	204,75	35,5	5,77
1 leder												1
Sum inkl. 1 leder												18,23

Recovery	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk
Dag	0730 - 1530	1	1	1	1	1			8	40	35,5	1,13
Aften	1515 - 2230	1	1	1	1				7,25	29	35,5	0,82
Natt	2215 - 0745	1	1	1	1				9,5	38	35,5	1,07
Sum												3,05

Dagkir	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk
Dag	0730 - 1515	1,5	2	2	2	2			7,75	73,63	35,5	2,07
Dag Inntak	0730-1515	1	1		1				7,75	23,25	35,5	0,65
Aften	1500 - 2215	1	1	1	1				7,25	29,00	35,5	0,82
Leder												1,00
Sum												4,55

Bemanning Dagkirurgi/intensiv/FAM med "felles" personale

Ledergruppens forslag

	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk
Dag	0730 - 1515	6	6,5	6,5	6,5	6,5	4	4	7,75	310,00	35,5	8,73
Inntak dagkir.	0800-1500	1	1		1				7	21,00	35,5	0,59
Aften	1500 - 2215	5	5	5	5	4	4	4	7,25	232,00	35,5	6,54
Natt	2200 - 0800	3	3	3	3	3	3	3	10	210,00	35,5	5,92
Natt	2215-0745	1	1	1	1				9,5	38,00	35,5	1,07
Leder		2	2	2	2	2					37,5	2,00
Sum												24,85

Buffer? redusert 1 person på aftener fra 6 til 5

0,82

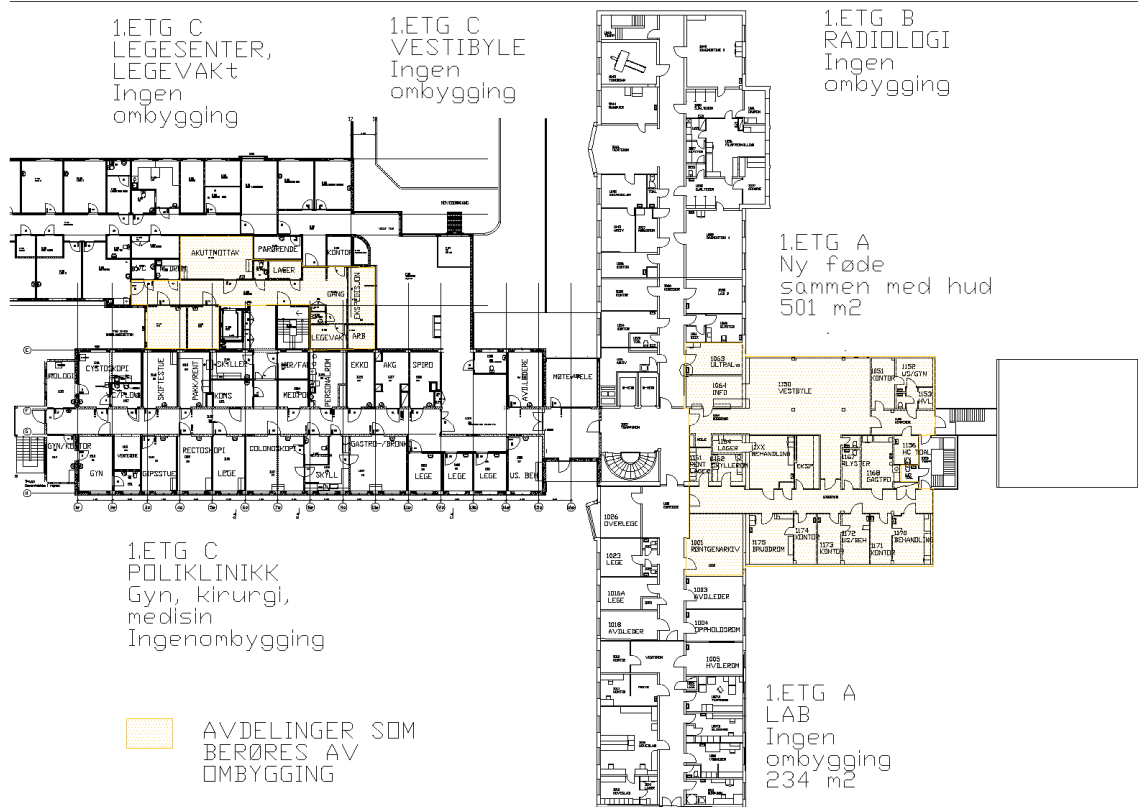
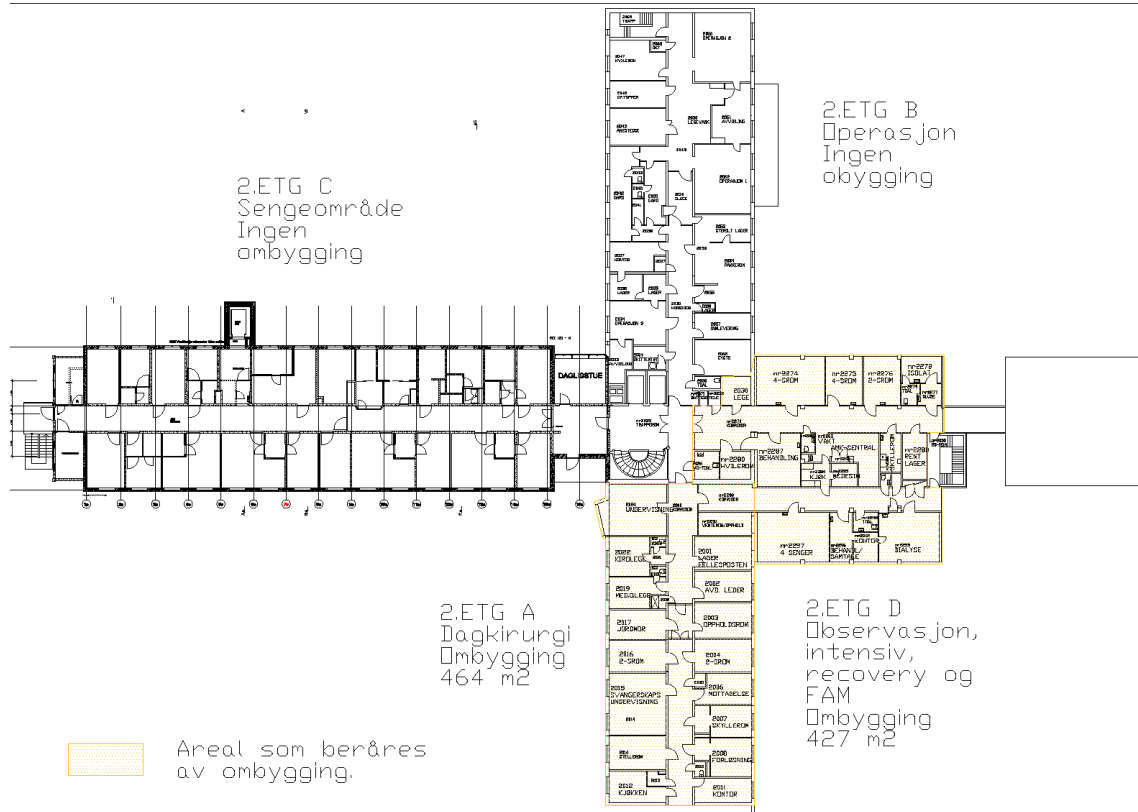
Fødestuo	Arbeidstid	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	t/vakt	Sum t/u	Uketimetall	Årsverk	8,20
Dag Jm	0745-1515	2	2	2	2	1	1	1	7,50	82,5	35,5	2,32	
Dag Bpl	0745-1515		1			1			7,50	15	35,5	0,42	
Dag kort Bpl	0745-1300			1					5,25	5,25	35,5	0,15	
Aften Jm	1500-2215		1	1	1	1	1	1	7,25	43,5	35,5	1,23	
Aften Bpl	1500-2215	1							7,25	7,25	35,5	0,20	
Natt Jm	2200-0800	1						1	10	30	35,5	0,85	
Natt Bpl	2200-0800		1	1	1	1			10	40	35,5	1,13	

Bakvakt Jm	timer										53,00	35,5	1,49
													7,79
jordmor 45%	selges til kommunen												0,45
totalsum inkl jordmor												8,20	

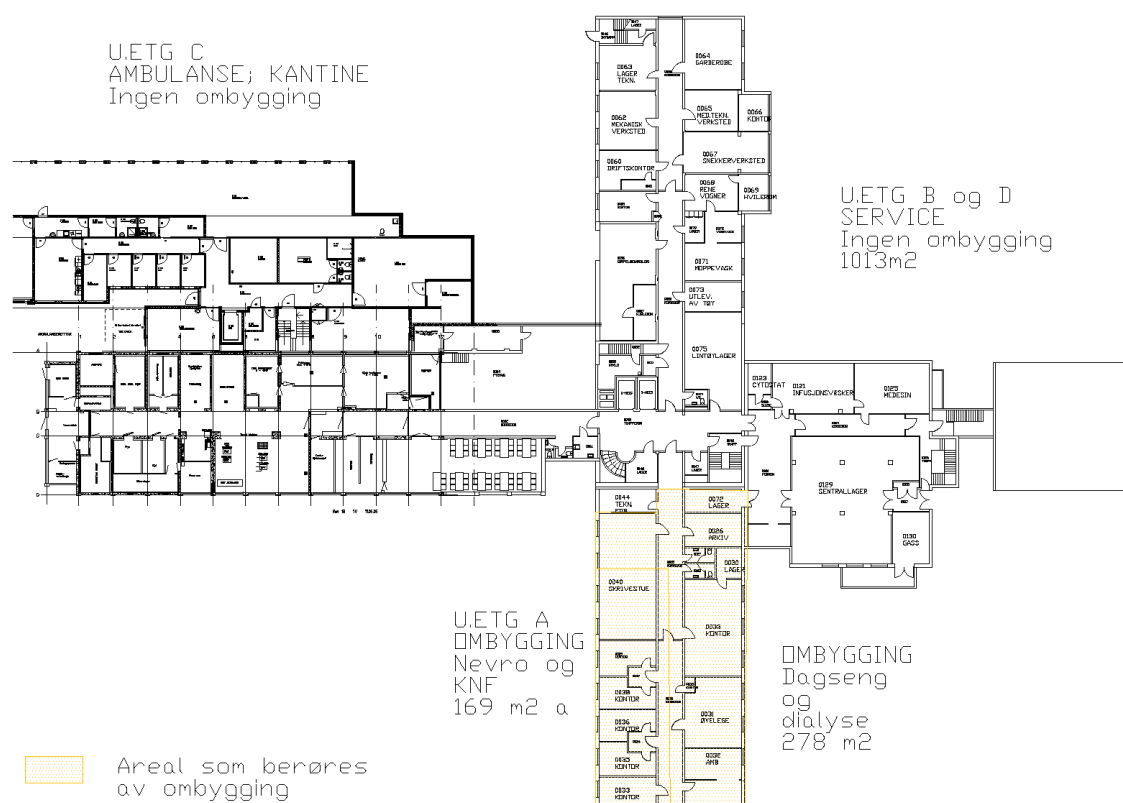
Oppsettet for fødestuo er ikke endelig og er til bearbeiding hos avdelingsjordmor.

Det er tatt hensyn til innspill fra vikarbankgruppen og sett på mulighet for å knytte ”bufferressurser” til den enkelte avdeling / område. Detaljer rundt dette må beskrives nærmere senere.

SKISSE TEGNINGER



NB: u egt fløy B må bygges om.



Arealoversikter (med forbehold om justering/feil):

Etasje / avdeling	brutto areal m2	brutto areal m2
2etg		896
A, observasjon, intensiv, recovery og FAM	427	
C, Dagkirurgi (indre del trenger kanskje ikke ombygging for kontorbruk)	469	
1.etg		665
C, Øye	164	
D, Føde og hud	501	
U.etg		447
A, Dagsenger og dialyse	278	
A, Nevro med KNF	169	
Totalt		2008

Oppsummering – prosessen videre

Det fremlagte dokumentet er et forslag til løsning for sykehuset i Mosjøen. Forslaget er ment å ivareta god pasientfokus med så høy kvalitet som mulig. Samtidig har det vært en intensjon, og en nødvendighet, å effektivisere driften, uten å ta bort pasienttilbud.

Forslaget legges frem på bakgrunn av de mange innspill, kommentarer og arbeider som ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjeneste har gjort gjennom mange måneder. I tillegg er dette arbeidet supplert av eksterne vurderinger. Ledergruppen har gjort en totalvurdering av helheten i arbeidet.

Forslaget skal drøftes med tillitsvalgte den 22.06.09 og behandles i AMU 23.06.09. Videre skal ledergruppen ta endelig stilling til løsningen 23.06.09 – og helseforetaket den 25.-26.06.09.

Jan Inge Pettersen
Avd direktør