



Evaluering av organiseringen av  
Akershus universitetssykehus HFs  
Divisjon for sykepleie, Medisinsk og  
Kirurgisk divisjon

 **ERNST & YOUNG**

*Denne rapporten skal kun benyttes av Ahus internt og skal ikke distribueres til andre parter uten vårt skriftlige samtykke. Rapporten er en oppsummering av vårt arbeid med evalueringen av organisasjonsmodellen. Ernst & Young er kun ansvarlig for rapportens innhold ovenfor Ahus. Vi viser for øvrig til avtalte ansvarsbegrensninger.*

# Innhold

	Side
Forord .....	0
Sammendrag.....	1
Bakgrunn og formål med evalueringen.....	3
Metode og gjennomføring .....	4
Valg av metode .....	4
Resultater .....	6
Økonomi og insentivmodell.....	7
Ansvar, styring og ledelse.....	9
Ressursutnyttelse og effektivisering .....	11
Kunnskap og kompetanse .....	21
Arbeidsforhold og arbeidsmiljø .....	22
Andre forhold som påvirker de ansattes hverdag.....	24
Konklusjon .....	25

## Vedlegg

Vedlegg 1 Dokumentoversikt

# Figuroversikt

Figur 1: Illustrasjon av rapporteringslinjer i divisjonene og samarbeidslinjer mellom divisjonene .....	9
Figur 2: Fordeling av pasientene fra 1. januar til og med september 2009 .....	12
Figur 3: Månedlig utvikling i antall ansatte leger (2008-2009) .....	13
Figur 4: Månedlig utvikling i antall ansatte pleieressurser (inkl sykepleiere, hjelpepleiere, jordmødre og vernepleiere (2008-2009) .....	13
Figur 5: Månedlig utvikling i antall merkantil ansatte (2008-2009) .....	14
Figur 6: Månedlig utvikling i innleiekostnader for alle ansatte kategorier, Kirurgisk divisjon .....	14
Figur 7: Månedlig utvikling i innleiekostnader for alle ansatte kategorier, DFS .....	14
Figur 8: Rullerende 12 mnd for innleiekostnader for alle ansatte kategorier, Kirurgisk divisjon .....	15
Figur 9: Rullerende 12 mnd for innleiekostnader for alle ansatte kategorier, DFS .....	15
Figur 10: Antall stengte sengedøgn (apr 08 - des 09) .....	16
Figur 11: Pasientbelegg normerte senger og senger i drift (apr 08 - des 09) (eks BUK og Barsel) .....	16
Figur 12: Gjennomsnittlig overbelegg/korridorpasienter (okt 08 - des 09) .....	16
Figur 13: Utvikling i gjennomsnittlig liggetid per mnd, Medisinsk divisjon (2008-2009) .....	18
Figur 14: Utvikling i gjennomsnittlig liggetid per mnd, Kirurgisk divisjon (2008-2009) .....	18
Figur 15: Antall polikliniske konsultasjoner per mnd i Kirurgisk divisjon (2008-2009) .....	19
Figur 16: Antall polikliniske konsultasjoner per mnd i Medisinsk divisjon (2008-2009) .....	19
Figur 17: Kostnadsoversikt DFS, Kirurgisk- og Medisinsk divisjon. ....	20
Figur 18: Månedlig utvikling i sykefravær per divisjon (2008-2009) .....	22
Figur 19: Oppsummering av Puls-måler'n 2008 og 2009 .....	23

# Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for Akershus Universitetssykehus HF (Ahus) og inneholder en evaluering av etableringen av ny organisasjonsmodell med Divisjon for sykepleie (heretter DFS), Medisinisk divisjon og Kirurgisk divisjon.

Evalueringen er utført av Ernst & Young AS ved følgende personer:

- Finn Holm
- Lars H. Hegrenæs
- Anette Haug
- Willy Eidissen

Evalueringen er gjennomført i løpet av januar 2010.

Vi vil benytte anledningen til å takke alle som velvillig har medvirket i intervjuene og gitt innspill på e-post, samt sekretariatsleder og andre medarbeidere ved foretaket for bistand til den praktiske gjennomføringen av intervjuer og innsamling av data.

ERNST & YOUNG ADVISORY  
Oslo, 4. februar 2010



Willy Eidissen  
Ansvarlig Partner



Finn Holm  
Senior Manager, prosjektleder

# Sammendrag

I forbindelse med bygging og innflytting i nye Ahus ble det blant annet besluttet å innføre en divisjonsmodell med etablering av en egen divisjon for sykepleie (DFS). DFS ble etablert 1/1-2008.

Styret ved Ahus besluttet høsten 2009 at de ønsket gjennomført en evaluering av organiseringen av DFS, Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon. Evalueringen skulle vurdere intensjons- og måloppnåelse knyttet til endringene i disse tre enhetene, samt komme med konkrete forslag til forbedringer. Mandatet for evalueringen var å belyse følgende spørsmål:

1. Hvilke utfordringer innebærer dagens modell i forhold til arbeidsprosesser, pasientflyt, teknologi og systemer, samt arbeidsmiljø og kultur?
2. I hvilken grad intensjon - og måloppnåelse ved dagens organisering er realisert?
3. I hvilken grad den nye organisasjonsmodellen er hensiktsmessig?
4. Hvilke forbedringspunkter eksisterer i forhold til å justere eller endre modellen?

Ernst & Young ble engasjert til å gjennomføre evalueringen, som ble utført i løpet av januar 2010. Evalueringen er basert på gjennomgang av dokumenter vedrørende saken, gjennomføring av 32 intervjuer, analyse av økonomi- kvalitets- og aktivitetsdata, samt synspunkter og innspill mottatt på e-post fra ansatte ved Ahus. Resultatene av evalueringen må ses i lys av den korte gjennomføringsperioden og de begrensede rammene som ble satt for evalueringen.

Evalueringens overordnede konklusjon er at dagens organisering med en egen divisjon for sykepleie ikke fungerer fullt ut etter intensjonen. Det er ikke dokumentert at målene med den nye organisering er realisert og den nye modellen anses ikke som hensiktsmessig per i dag. Hovedårsaken til dette er at arbeidsprosessene, samhandlingsprosessene internt i sykehuset og styringsmodellen ikke er tilstrekkelig tilpasset og ikke fullt ut implementert. Det er uenighet internt i sykehuset om modellen er hensiktsmessig og det er vår vurdering at det ikke er tilstrekkelig bredt nok eierskap i organisasjonen til at modellen kan fungere som forutsatt.

Med utgangspunkt i at dagens organisering ikke fungerer som forutsatt, er det behov for å gjøre justeringer i modellen i retning av en større organisatorisk og ledelsesmessig tilknytning av også pleiepersonell til medisinske fagdivisjoner.

Resultatene fra intervjuene viser at det er ulike synspunkter på hvor store justeringer i modellen det er behov for. Vi har fått opplyst at det allerede er gjort noen endringer i modellen i forhold til det opprinnelige utgangspunktet.

Det anbefales at det etableres en arbeidsgruppe bestående av sentrale personer i Medisinsk divisjon, Kirurgisk divisjon og DFS som vurderer hvilke justeringer som bør gjøres og hvordan dette skal gjennomføres. Denne arbeidsgruppen bør spesielt fokusere på organisering, arbeidsprosesser, samhandling og styringsmodell.

Det må også vurderes hvilke av de positive elementene i dagens modell som kan videreføres. Det er kritisk at nøkkelressurser innen hver av disse enhetene, både leger, pleieressurser og andre faggrupper, aktivt bidrar i dette arbeidet slik at den løsning som velges får tilstrekkelig bredt eierskap i organisasjonen.

# Bakgrunn og formål med evalueringen

Byggingen av nye Ahus ble godkjent på styremøte i tidligere Helse Øst 18. desember 2003 (sak 163-2003 Nye Ahus - endelig godkjenning). I 2005 ble det startet en rekke prosjekter på Ahus. Disse skulle fokusere på effektivisering av driften og nødvendige tilpasninger i det nye bygget. Utnyttelse av den totale sengekapasiteten var et sentralt mål for arbeidet og det ble besluttet at en ny organisasjonsstruktur skulle implementeres fra 1.januar 2007.

Prosjekt standard sengeområde var et av organisasjonsutviklingsprosjektene som ble igangsatt for å forberede organisasjonen i forhold til innflytting i nytt bygg. Divisjonsmodellen med etablering av en egen divisjon for sykepleie ble vedtatt i styret for Akershus Universitetssykehus HF 8.juni 2007, i tråd med vedtak fattet i styringsgruppen for organisasjonsutvikling 16. mai 2007. Det ble presisert i styrevedtaket at modellen skulle være i drift fra 1.januar 2008.

Styret ved Ahus besluttet høsten 2009 at de ønsket gjennomført en evaluering av organiseringen av DFS, Medisinsk divisjon og Kirurgisk divisjon. Evalueringen skulle vurdere intensjons- og måloppnåelse knytte til endringene i disse tre enhetene, samt komme med konkrete forslag til forbedringer.

Mandatet for oppdraget er å belyse følgende spørsmål:

1. Hvilke utfordringer innebærer dagens modell i forhold til arbeidsprosesser, pasientflyt, teknologi og systemer samt arbeidsmiljø og kultur?
2. I hvilken grad intensjon - og måloppnåelse ved dagens organisering er realisert?
3. I hvilken grad den nye organisasjonsmodellen er hensiktsmessig?

I tillegg ønsker Ahus gjennom evalueringen å få innspill på:

4. Hvilke forbedringspunkter eksisterer i forhold til å justere eller endre modellen

# Metode og gjennomføring

I dette kapitlet beskrives prinsippene som er lagt til grunn for evalueringen og hvordan den praktiske gjennomføringen har foregått.

## Valg av metode

Ut fra at evalueringen skulle gjennomføres i løpet av en kalendermåned er den utført på et overordnet nivå. Evalueringen er basert på gjennomgang av dokumenter vedrørende saken (se vedlegg), gjennomføring av 32 intervjuer med utvalgte interessenter, analyse av økonomi- kvalitets- og aktivitetsdata, samt synspunkter og innspill mottatt på e-post fra ansatte ved Ahus.

Gjennomføringsmetodikken og omfanget av intervjuer og analyser ble tilpasset den tidsperioden og -rammen som var satt av til evalueringen. Resultatene av evalueringen må ses i lys av den korte gjennomføringsperioden og de begrensede rammene som ble satt for evalueringen.

En begrenset evaluering, som den som er gjennomført her, vil være beheftet med en del usikkerhet og begrensninger. Den viktigste usikkerheten er at man ikke kan være sikker på om det er de rette personene som er intervjuet, eller om det er gjennomført intervjuer i et stort nok og tilstrekkelig representativt omfang. Risikoen for dette i denne evalueringen er imidlertid forsøkt redusert gjennom å åpne opp for at alle ansatte kunne komme med synspunkter og innspill gjennom e-post. Det er ikke gjort noen analyse av hvem som har sendt inn innspill per e-post eller om enkelte syn er over- eller underrepresentert blant innspillene som er mottatt via denne kanalen. Ved tolkning og vurdering av evalueringen må dette tas hensyn til.

Alle intervjuene ble gjennomført av en intervjuer og en referent. Det ble benyttet en strukturert intervjuguide for å sikre at de samme temaene ble diskutert med alle intervjuobjektene. Hvert intervju varte i en til en og en halv time.

Intervjuobjektene ble valgt ut i samråd med administrasjonen.



For å sikre at alle i organisasjonen skulle ha en mulighet til å komme med synspunkter og innspill, ble det også åpnet opp for at alle ansatte kunne sende sine tilbakemeldinger til Ernst & Young per e-post. Nedenfor vises hva som ble kommunisert fra sykehusledelsen til alle ansatte i forbindelse med dette.

*Evaluering av Ahus.*

*Styret har vedtatt at det skal gjøres en evaluering av Ahus hvor formålet er;*

*Evalueringsprosessen er gitt som et oppdrag fra styret og skal avdekke og komme med konkrete løsningsforslag knyttet til:*

- 1. Utfordringer i den kliniske sykehushverdagen (herunder arbeidsprosesser, tekniske utfordringer og arbeidsmiljø)*
- 2. Vurdere intensjon- og måloppnåelse knyttet til den endrede organisering av Divisjon for sykepleie, Medisinsk og Kirurgisk divisjon.*

*Formålet med prosessen er å vurdere om organiseringen er hensiktsmessig og finne forbedringspunkter for å kunne gjøre justering/endringer som sikrer en optimal driftsform. Dette skal innebære god og effektiv pasientbehandling og pasientflyt, gode arbeidsprosesser for ansatte inklusive opplæring av utdanningskandidater og studenter og tilrettelegging for forskningsaktivitet på alle enheter*

*Etter en anbudsrunde, har Ernst & Young AS fått i oppdrag at gjennomføre evalueringen.*

*Som en del av evalueringen vil det bli foretatt intervjuer av tillitsvalgte (6 stk) og representanter for de forskjellige ledernivåene i Divisjon for sykepleie, Kirurgisk divisjon og Medisinsk divisjon (ca 20 stk).*

*Dessuten kan alle ansatte sende inn sine ytringer, meninger og forslag til forbedringer.*

*Dette skal sendes til;*

*Ernst & Young ved Finn Holm, epost; [finn.holm@no.ev.com](mailto:finn.holm@no.ev.com)*

*Frist; 15. januar.*

*Evalueringsrapporten avleveres 29. januar.*

*Øyvind Graadal*

Ernst & Young mottok totalt 141 e-poster med til sammen ca. 170 A4 sider med tekst. Alle e-postene er gjennomgått, systematisert og vurdert.

Totalt sett representerer e-postene synspunkter fra et høyere antall ansatte enn 141 fordi flere av e-postene hadde mer enn en avsender. Flere på samme avdeling har gått sammen om å svare, og en del organisasjoner og faggrupper har gått sammen om å komme med innspill.

# Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjuer, mottatte e-post innspill, dokumentgjennomgang og dataanalyser.

Gjennom en innledende gjennomgang av bakgrunnsdokumentasjon i forhold til organisasjonsutviklingsprosjektet, standard sengeområde og forutsetningene for den nye organisasjonsmodellen valgte vi å dele inn kartleggingen og vurderingen i følgende områder:

- Økonomi og insentivmodell
- Ansvar, styring, og ledelse
- Ressursutnyttelse og effektivisering
- Kunnskap og kompetanse
- Arbeidsforhold og arbeidsmiljø
- Andre forhold

## Økonomi og incentivmodell

I detaljeringen av divisjonsmodellen (dok. datert 16.5.07) ble tre økonomimodeller vurdert, hvorav en kombinasjonsmodell (en blanding av stykkpris- og rammemodell) ble rangert høyest.

Kombinasjonsmodellen skulle i utgangspunktet blitt implementert fra 1.1.2008 (ref. styrevedtak 8. juni 2007). Modellen beskriver blant annet en incentivordning der rammefinansieringen skulle kunne justeres med +/- 5 prosent ved økt eller redusert aktivitet. Hensikten med denne incentivordningen var å sikre riktig bemanning i DFS, som ikke har egen stykkprisfinansiering.

Gjennom intervjuene fremkommer det at avtalen som stadfester en slik fordeling aldri har blitt signert og det har derfor vært en del diskusjoner og uenigheter i forhold til inntekts- og kostnadsfordeling ved endringer i plantall. Kirurgisk- og Medisinsk divisjon har økonomiske incentiver til å øke produksjonen og behandle så mange pasienter de har kapasitet til og dermed generere økte ISF inntekter. DFS på sin side er rammefinansiert og har økonomiske incentiver til å holde seg innenfor planlagt aktivitet. En overskridelse av planlagt aktivitet vil medføre merkostnader i form av økte lønnskostnader og økt innleie dersom det ikke er ledige ressurser i divisjonen. I en situasjon med presset økonomi for alle divisjonene er det flere av de intervjuede som påpeker at dette har ført til flere utfordringer og diskusjoner i forhold til hvem som skal bære kostnadene ved økt aktivitet.

Aktivitetsplanlegging er en viktig forutsetning i kombinasjonsmodellen og det er således viktig at divisjonene samarbeider tett i utarbeidelsen av budsjett og plantall. I intervjuene ble det trukket frem at et slikt samarbeid ikke er etablert, eller at det ikke fungerer godt nok.

Det fremkommer også gjennom intervjuene at det innenfor de ulike divisjonene er eksempler på motstridende incentiver hvor for eksempel:

- Inntektene føres på divisjonsnivå
- Kostnadene tilordnes avdelingsnivået

Dette fører til at:

- Det er risiko for at avdelingsleder ikke ser helhetsbildet og derfor ikke har mulighet til å ta fullt ansvar for avdelingens økonomi
- Det er risiko for suboptimalisering innenfor de ulike avdelingene innad i divisjonene

Grunnet sterkt fokus på kostnader og den pressede økonomiske situasjonen Ahus er i, er det naturlig at de enkelte avdelingslederne må bidra til bedre budsjettbalanse gjennom å redusere avdelingens kostnader. Flere trekker frem at det er risiko for at ledere på dette nivået blir så fokusert på at deres avdeling skal imøtekomme kravene om innsparing, at de ikke ser hvilke konsekvenser dette får for andre avdelinger.

Dersom slike utfall ikke får noen konsekvenser, kan det være utfordrende å få til en god samhandling. Det fremkom i intervjuene at en del leger oppfatter at pleieressursene ikke føler tilstrekkelig ansvar for produksjonen som Kirurgisk- og Medisinsk divisjon legger opp til. Pleieressursene mener derimot at de kun følger opp de overordnede beslutningene som ligger til grunn for den nye organisasjonsmodellen.

### **Oppsummering:**

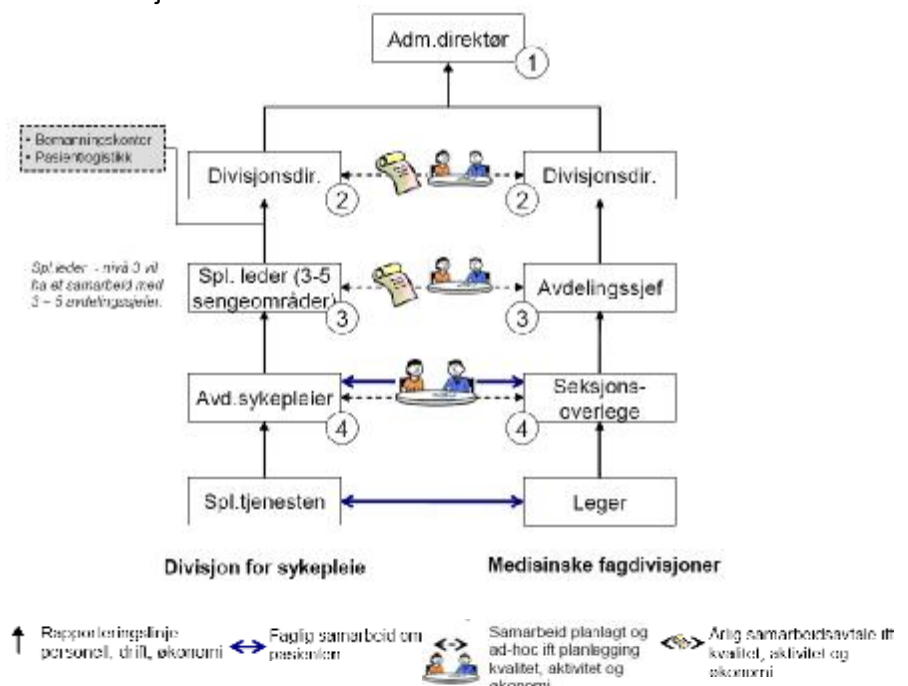
- Økonomimodellen med insentivordning for å justere rammefinansieringen er ikke implementert
- Det er tilsynelatende begrenset samhandling om budsjett, plantall, felles mål og strategier og problemløsning på tvers av divisjonene

## Ansvar, styring og ledelse

En av forutsetningene for den nye modellen var at ledelsen ved Ahus skulle ha stort fokus på gjennomføring. I intervjuene har flere gitt uttrykk for en opplevelse av at gjennomføringsevnen ikke har vært slik den var forutsatt og at beslutninger ikke har blitt tilstrekkelig fulgt opp. Det vises gjennom intervjuer og e-post til eksempler hvor informasjon er blitt feiltolket og at mål og visjoner ikke i tilstrekkelig grad er oppfattet på samme måte av ledere og ansatte. Det er fortsatt uenighet om de beslutningene som ligger til grunn for modellen faktisk er fulgt opp og gjennomført, og hvem som har ansvaret.

I intervjuene trekkes det også frem at prosessene for å løse opp i eventuelle uenigheter på tvers av avdelinger og divisjoner ikke er hensiktsmessige, og at denne typen utfordringer ofte først løses på administrerende direktørs nivå. Flere av de intervjuede ser på dagens modell som todelt ledelse med lange beslutningsveier og unødvendig bruk av tid på relativt enkle beslutninger. I relasjon til dette har det kommet frem i intervjuene at det er en tradisjon for omkamper i organisasjonen, og at slike kamper ofte vinner frem.

I detaljeringen av divisjonsmodellen (styringsgruppesak 16.5.07) er ansvarsforhold og hovedoppgaver på hvert ledernivå skissert. Horisontalt samarbeid er beskrevet som en del av detaljeringen på hvert ledernivå. Samarbeid er en kritisk forutsetning for at den valgte organisering skal kunne implementeres og fungere i daglig drift. En slik organisering forutsetter klare oppgave- og funksjonsfordelinger, samt gjensidig respekt. Det fremkommer i beskrivelsen av modellen en illustrasjon av rapporteringslinjer i divisjonene og samarbeidslinjer mellom divisjonene.



Figur 1: Illustrasjon av rapporteringslinjer i divisjonene og samarbeidslinjer mellom divisjonene

Gjennom intervjuene og innspill på e-post fremkommer det at det er relativt uklare linjer mellom divisjonene og til dels dårlig kommunikasjon på tvers av DFS, Kirurgisk- og Medisinsk divisjon på nivåene under divisjonsdirektørene.

En samarbeidsavtale mellom divisjonene skulle regulere møtevirksomhet og øvrige samarbeidsfora, men denne ble aldri signert. I stedet gis det flere tilbakemeldinger på at DFS har utarbeidet modeller for blant annet kvalitets- og arbeidsmiljømøter (KAM møter), men at det ikke er enighet om hvem som eier møtene, hvem som kaller inn og hvem som bør delta. Resultatet er dårlig oppmøte og liten grad av samhandling på tvers.

De fleste synspunktene vi har fått vedrørende samhandling på tvers, sier at modellen i svært liten grad har fungert etter intensjonene. I stedet har det utviklet seg en voksende "vi-de" mentalitet som preger organisasjonen og som av mange oppfattes som negativ for den videre utviklingen av Ahus.

### **Oppsummering:**

- Det synes å være vanskelig å enes mellom divisjonene om operative problemstillinger på tvers. Dette har ført til eskalering av beslutninger og økt tid på møtevirksomhet.
- Samarbeidsavtalen det var lagt opp til at skulle regulere møtevirksomhet og andre samarbeidsfora har ikke blitt implementert. Dette har medført utfordringer mht. å få til et godt samarbeid mellom divisjonene.

## Ressursutnyttelse og effektivisering

Et av hovedmålene med byggingen av nytt sykehus var å oppnå en betydelig effektivisering av sykehusdriften. Dette henger tett sammen med delmålene fra divisjonsmodellen (ref. styringsgruppesak 16.5.07):

- Sikre god utnyttelse av sengekapasiteten ved økt sambruk
- Sikre optimal bruk av løsninger i standard sengeområde
- Sikre hensiktsmessig bruk av ressurser på sengeområdet
- Sikre vellykket ibrukttagelse av sengeområdene

Modellen bygger på prinsippet om at alle senger er like, ingen skal "eie" sengene og at pleieressursene har grunnkunnskapen nødvendig for å behandle pasienter uavhengig av fagområde. Det nye bygget er delt inn i ulike sengeområder og tun etter fagspesialitet og pasientene skulle bli plassert der det var en ledig seng. Det vil si at pasientene i første omgang blir vurdert plassert på primærområdet og deretter på sekundær- og tertiærområdene. En annen forutsetning som lå til grunn for dette var at ca 50 % av oppgavene kunne utføres av alle pleieressurser, mens de resterende krevde spesiell kompetanse. I tillegg var det viktig å beholde en viss andel av den fagspesifikke sykepleiekompetansen knyttet til fagområdene.

### Plassering av pasienter i nytt bygg

Et forhold som har vært fremtredende i intervjuene og i de innspill som er kommet på e-post er plassering av pasienter i nytt bygg. Mange har inntrykk av at pasienter har blitt lagt der det var en ledig seng uavhengig av fagområde, og at dette skapte store problemer for legene sin oversikt over pasientene. Flere opplever at det er vanskelig å få oversikt over de ulike pasientene og at pasientlister til en viss grad er ufullstendig på grunn av at enkelte pasienter ikke ble registrert på sine primærområder. Ovenstående utfordring medførte at sykehuset valgte å endre prinsipp for pasientplassering og fra 23.november 2009 gikk sykehuset over til en fagspesifikk pasientplassering. Enhet for pasientlogistikk ble formelt lagt ned 4.januar 2010.

Tallene i tabellen nedenfor viser hvor pasientene faktisk ble plassert i perioden fra innflytting til og med september 2009. Oversikten viser at det til dels er store variasjoner i dette bildet. I intervjuene har det blitt trukket frem at enkelte avdelinger fikk problemer med å opprettholde normal produksjon da legene der opplevde å bruke mye av tiden på å forflytte seg mellom avdelinger og lete opp pasientene sine. Enkelte opplever imidlertid at problemet er mye mindre enn det gis uttrykk for og at en del av denne forflytningen skyldes byggets arkitektur, funksjoner som er plassert på nye steder og at man ikke har tatt tak i årsakene til at pasientene faktisk ble lagt på "feil" sted.

## Fordeling av pasientene tom sep 09

Avdeling – antall avdelingsopphold	Primær-område	Samarbeids-område	Akutt poster*	Intermediær	Annet**
Infeksjon	86 %	2 %	6 %	1 %	5 %
Hjerte	90 %	1 %	6 %	1 %	2 %
Onko/Hema	87 %	2 %	8 %	1 %	2 %
Nyre	84 %	2 %	7 %	4 %	3 %
Gastromedisin	39 %	0 %	47 %	2 %	12 %
Lunge	91 %	0 %	3 %	2 %	4 %
Gastrokirurgi	48 %	3 %	37 %	0 %	12 %
Urologi	75 %	3 %	17 %	0 %	5 %
Kar/thorax	84 %	0 %	7 %	1 %	8 %
Nevrologi	78 %	2 %	18 %	2 %	0 %
Ortopedi	61 %	0 %	20 %	0 %	19 %
ØNH	61 %	0 %	8 %	0 %	39 %
Kvinnekliniken	Føde: 100 % Gyn: 81 %	Føde: 0 % Gyn: 0 %	Føde: 0 % Gyn: 18 %	Føde: 0 % Gyn: 0 %	Føde: 0 % Gyn: 1 %

\*Inklusive Akutt 72 og Akutt 24

\*\*Inklusive BUK

Figur 2: Fordeling av pasientene fra 1. januar til og med september 2009

Det fremkommer av tabellen ovenfor at mange av fagområdene i stor grad har hatt pasienter med en sykdom innen aktuelt fagområde, men at utfordringene har vært store spesielt for gastrofagene og til dels ortopedi og ØNH. Dette må ses i sammenheng med plassering av barn og ungdom på BUK.

### 80-20 prinsippet

Et annet viktig prinsipp for organisasjonsutviklingen var at pleieressursene skulle ha hovedtilhørighet til et primærområde/sengeområde 80 prosent av tiden, mens inntil 20 prosent skulle brukes på samarbeidende sengeområder. Dette har forårsaket frustrasjon hos enkelte i organisasjonen, og den har to forskjellige fortegn. Noen er misfornøyd med dette fordi de følte usikkerhet ved å jobbe på flere steder, mens andre er positive fordi de hadde sett frem til denne modellen som et middel til kompetanseheving. 80-20 prinsippet ble i praksis aldri innført fordi det opplevdes økt press på ressurser og fordi den ønskede fleksibiliteten ikke ble oppnådd.

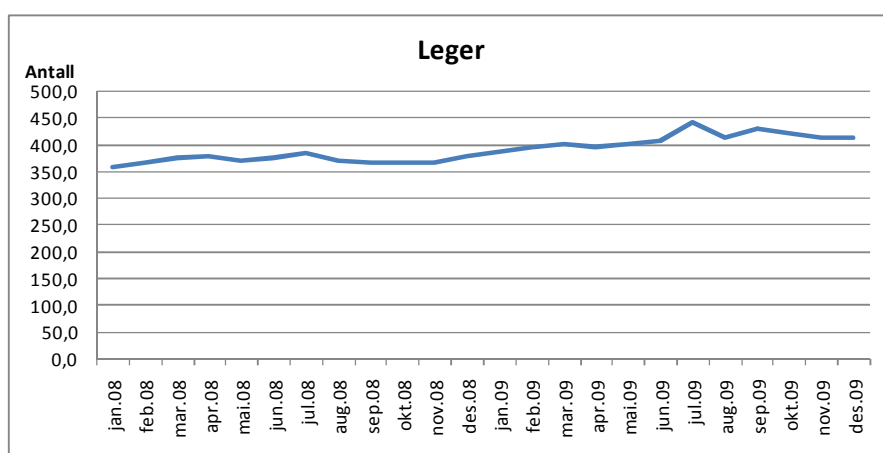
Blant legene som ble intervjuet synes de fleste å være uenig i organiseringen av pleieressursene fordi legene ønsker et helhetlig ansvar for pasientene sine. Av flere leger ble det trukket frem at det er nødvendig å ha ansvar også for sykepleietjenesten for å kunne ta et slikt helhetlig ansvar.



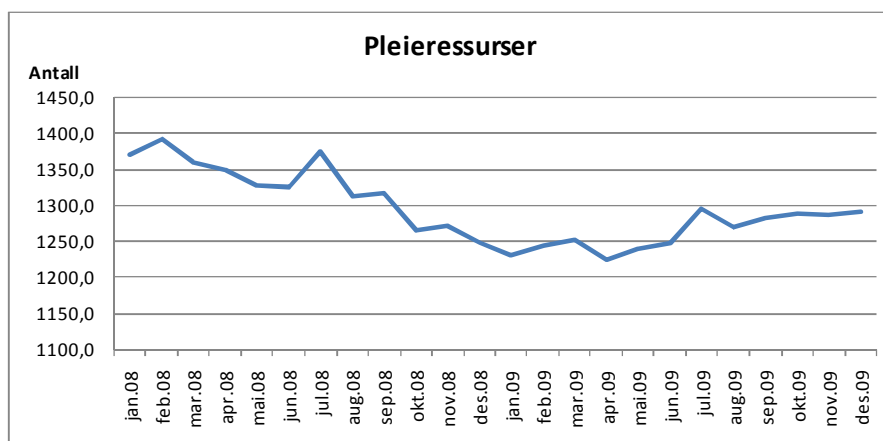
## Uttak av gevinster

Sykehuset forventet at ny organisering og prinsipper for drift, samt innovativ teknologi, skulle resultere i vesentlige gevinster. Disse gevinstene ble planlagt realisert i forbindelse med innflytting. Gjennom intervjuene og e-postene er det blitt uttrykt en del frustrasjon over at disse gevinstene ble tatt ut gjennom redusert bemanning før modellen var fullt ut implementert.

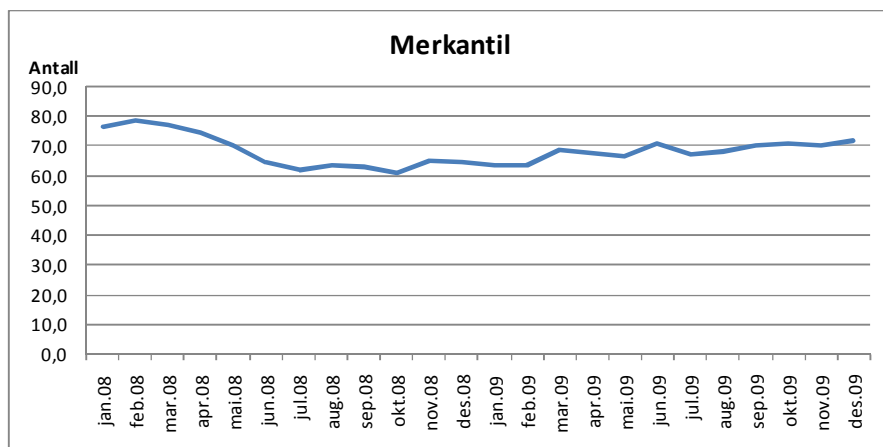
Grafene under viser hvordan bemanningsutviklingen har vært i 2008 og 2009 for personellgruppene leger, pleieressurser og merkantil innenfor de tre divisjonene. Bemanningsutviklingen skyldes både reduksjon på grunn av nedbemanning og frivillig avgang.



Figur 3: Månedlig utvikling i antall ansatte leger (2008-2009)

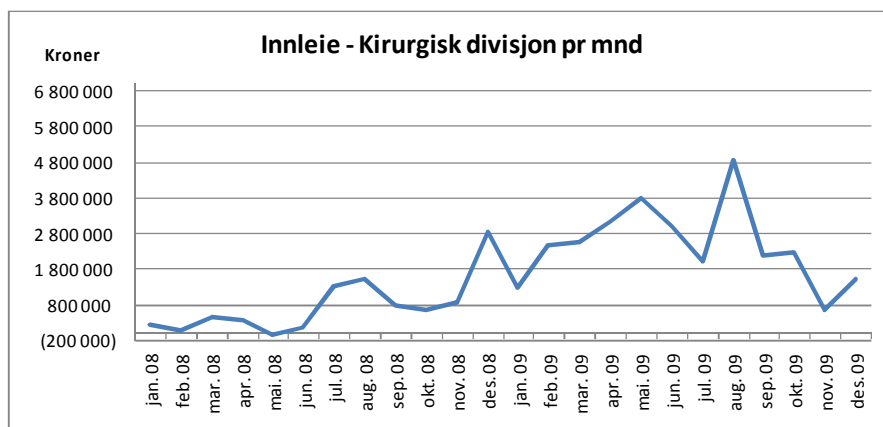


Figur 4: Månedlig utvikling i antall ansatte pleieressurser (inkl sykepleiere, hjelpepleiere, jordmødre og vernepleiere) (2008-2009)

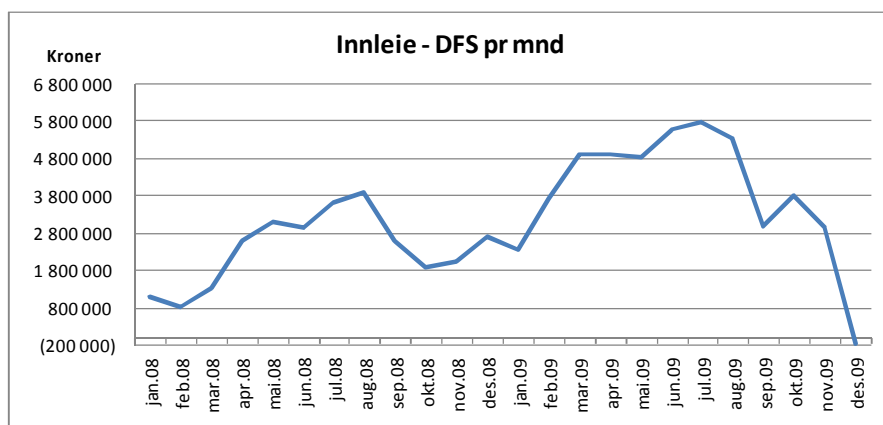


Figur 5: Månedlig utvikling i antall merkantil ansatte (2008-2009)

Gjennom intervjuene ble det også gitt uttrykk for en oppfatning av at omfanget av innleide ressurser i perioden etter innflytting hadde økt. Endringen i omfanget av innleide ressurser per måned viser at dette til en viss grad stemmer, men at denne utviklingen også fortsatte utover i 2009. Figurene under illustrerer månedlig utvikling i innleiekostnader ved henholdsvis Kirurgisk divisjon og DFS, og omfatter alle ansatte kategorier.

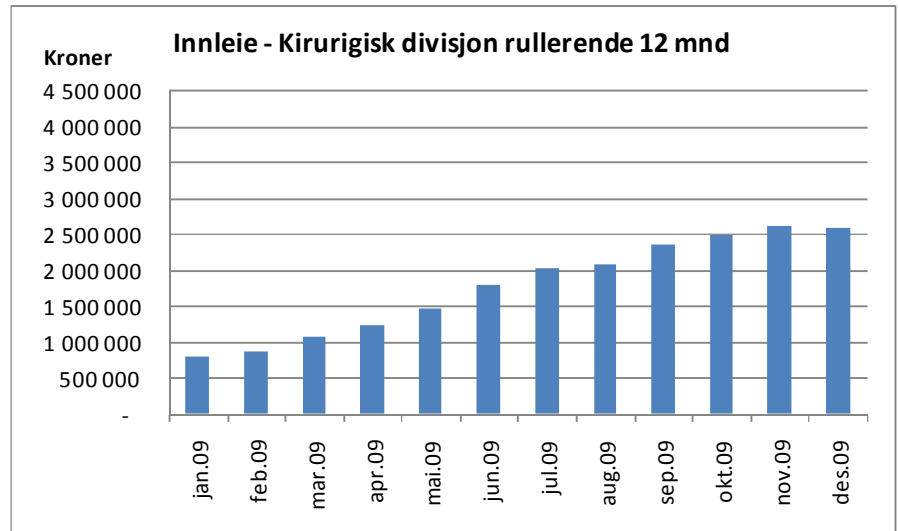


Figur 6: Månedlig utvikling i innleiekostnader for alle ansatte kategorier, Kirurgisk divisjon

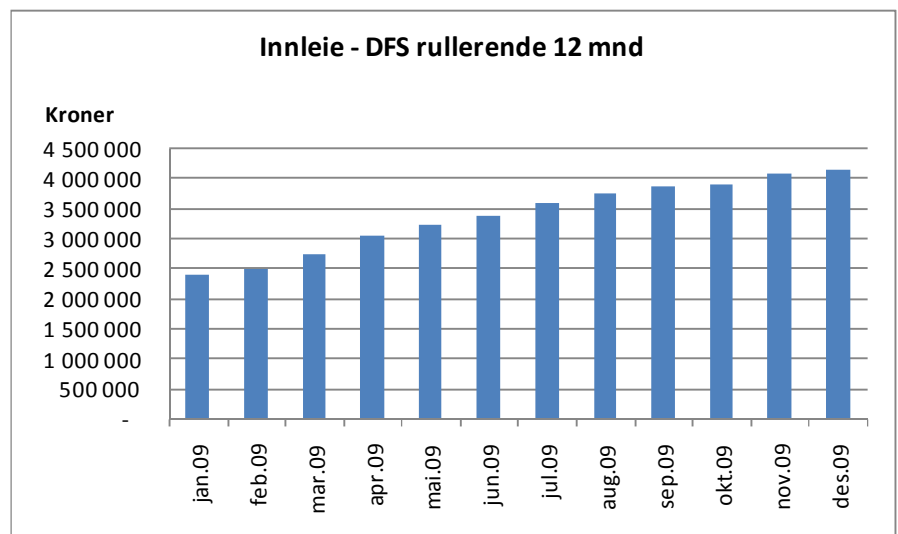


Figur 7: Månedlig utvikling i innleiekostnader for alle ansatte kategorier, DFS

Ved å se på trendutviklingen for innleiekostnadene gjennom en rullerende 12-måneders syklus viser figuren under at innleiekostnadene har hatt en økende trend. Det virker som at denne utviklingen har stabilisert seg (Medisinsk divisjon er utelatt fordi den har en svært liten andel innleiekostnader).



Figur 8: Rullerende 12 mnd for innleiekostnader for alle ansatte kategorier, Kirurgisk divisjon

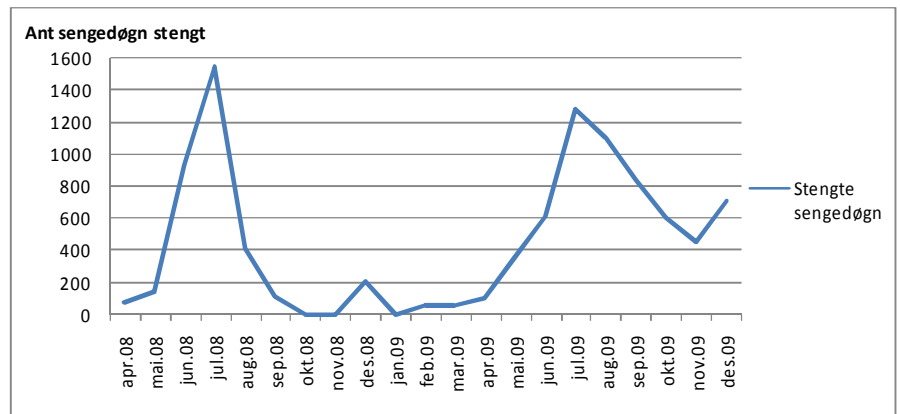


Figur 9: Rullerende 12 mnd for innleiekostnader for alle ansatte kategorier, DFS

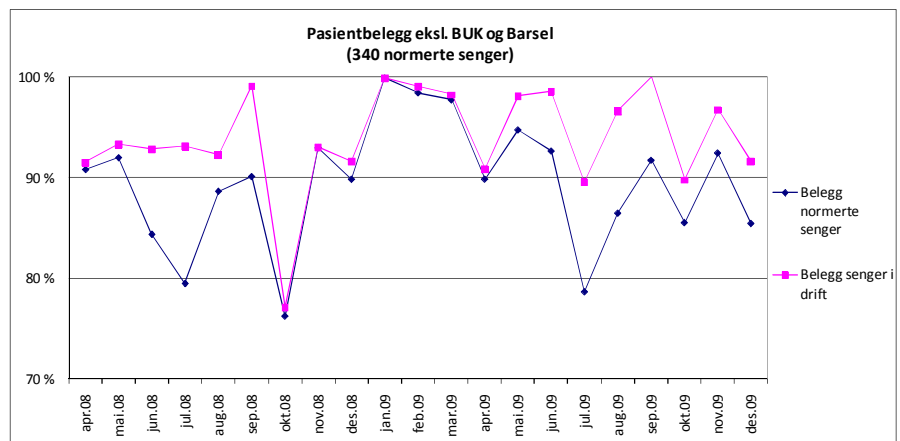
Det fremkommer av intervjuene og innspillene per e-post at enheten for bemanning ikke har fungert helt etter intensjonene, og at pleieressursene fortsatt må bidra aktivt i blant annet turnusplanleggingen. I fasen etter innflytting var behovet for ressurser så stort at bemanningsenheten ikke hadde nok ressurser til å dekke behovet. Det trekkes imidlertid frem at arbeidet med å skaffe vikarer og andre ansatte har blitt lettere. Enkelte oppfatter det slik at det har blitt så enkelt å innkalle vikarer (også eksterne) at det i seg selv har vært en kostnadsdriver.

## Stengte senger og tun

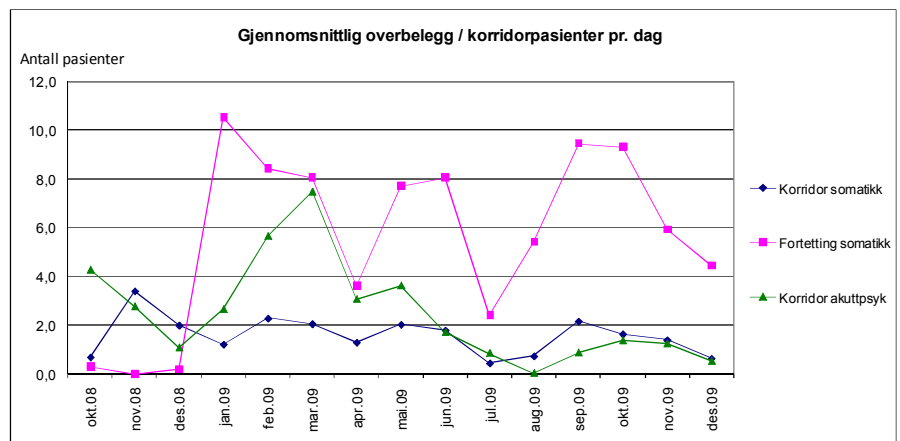
For å redusere kostnadene arbeider DFS aktivt med å stenge enkelte senger og tun i helgene. Det fremkommer av tallene at antall stengte sengedøgn har vært høyere i 2009 enn 2008. Disse tallene må også sees i sammenheng med pasientbelegget, korridorpasienter og fortetting for å gi et fullgodt bilde av om dette har gått ut over pasientaktiviteten. Nedenfor vises utviklingen i disse forholdene i deler av 2008 og 2009.



Figur 10: Antall stengte sengedøgn (apr 08 - des 09)



Figur 11: Pasientbelegg normerte senger og senger i drift (apr 08 - des 09) (eks BUK og Barsel)



Figur 12: Gjennomsnittlig overbelegg/korridorpasienter (okt 08 - des 09)

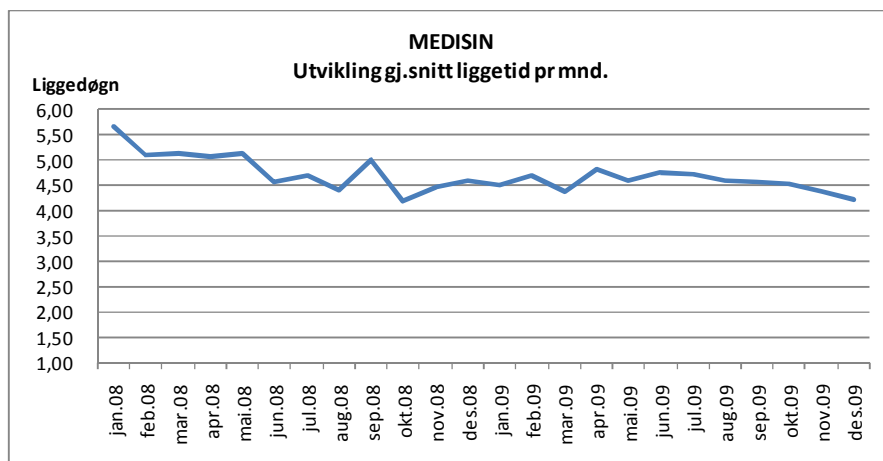
I intervjuene ble det av flere gitt uttrykk for en viss misnøye med at tun blir stengt uten at legene blir tilstrekkelig informert. En felles konsensus om hvilke senger og tun som skal stenges virker å ha vært svært vanskelig å få til, og en del av de intervjuede opplever at legenes sterke eierforhold til sine sengeområder har vanskeliggjort arbeidet. Det er fortsatt diskusjoner om den totale fordelingen av senger i det nye bygget er rettferdig fordelt mellom fagområder og spesialiteter.

### **Redusert liggetid**

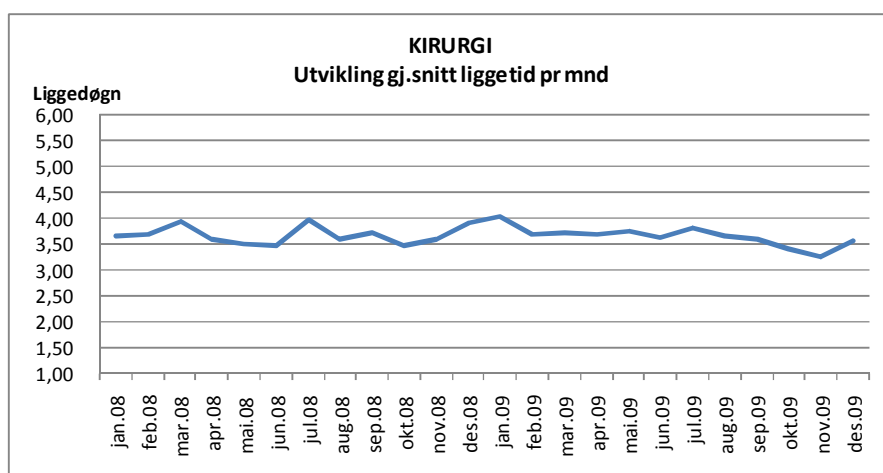
Redusert liggetid var en av målsettingene med den nye organiseringen med de standardiserte sengeområdene. Fleksibel bruk av senger var et tiltak som skulle bidra til at pasienter kunne bli behandlet raskere, samtidig som man ønsket å oppnå bedre ressursutnyttelse av sengeområdene. Det fremkommer imidlertid i intervjuene at en del leger mener dette har hatt motsatt effekt da det tok lenger tid å finne pasientene de skulle behandle. Noen av de intervjuede oppfatter at dette har ført til at leger heller lar pasienter ligge en dag ekstra for å holde av plass til elektive pasienter de vet kommer neste dag, enn at sengen ble ledig og eventuelt skulle bli belagt av en pasient tilhørende et annet fagområde.

Som et resultat av dette ble det, som tidligere beskrevet, høsten 2009 besluttet at sykehuset skulle gå tilbake på den fleksible bruken av sengene og i stedet plassere pasientene fagspesifikt ved hjelp av fortetting.

Nedenfor vises utviklingen i gjennomsnittlig antall liggedøgn for 2008 og 2009 gjengitt pr. divisjon. Gjennomsnittsberegningene baserer seg på antall liggedøgn og avdelingsopphold (grunnlagsdata mottatt fra analyseavdelingen på Ahus) på de to ulike divisjonene. For Medisinsk divisjon viser den en jevn nedgang siden januar 2008. Unntakene er en kort periode før innflytting i nytt bygg, og en svak oppgang de første åtte månedene etter innflytting. Deretter har den sunket gjennom andre halvår 2009. I Kirurgisk divisjon oppleves en noe jevnere kurve men med samme tendens rundt og etter innflytting. For Kirurgisk divisjon stiger også tallene litt mot slutten av 2009.



Figur 13: Utvikling i gjennomsnittlig liggetid per mnd, Medisinsk divisjon (2008-2009)



Figur 14: Utvikling i gjennomsnittlig liggetid per mnd, Kirurgisk divisjon (2008-2009<sup>1</sup>)

## Aktivitet i poliklinikkene

I forbindelse med den nye organiseringen ble de merkantilt ansatte organisert under DFS. En konsekvens av den endrede organiseringen har vært at det i større grad enn tidligere har kunnet variere hvilket merkantilt personell som har bemannet de ulike poliklinikkene. Gjennom intervjuene fremkom det en viss misnøye blant legene over at merkantilt ansatte ikke i tilstrekkelig grad klarer å fylle pasientlistene.

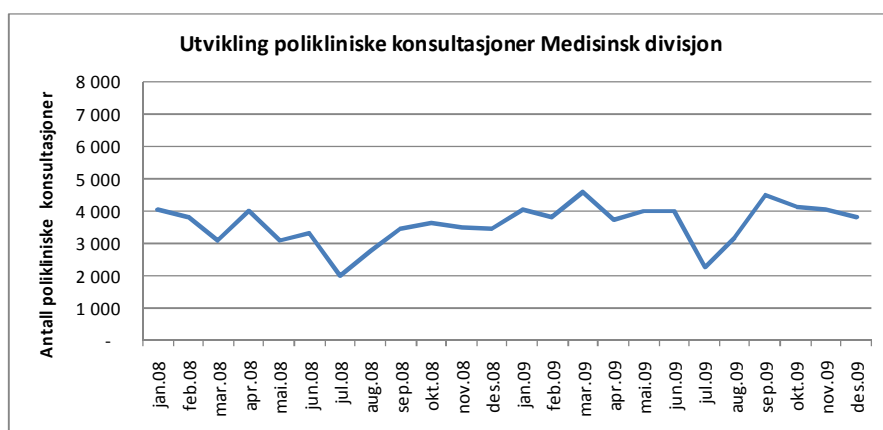
De merkantilt ansatte på sin side opplever at det i enkelte avdelinger er problematisk at legene ikke gir de oversikt over listene sine tilstrekkelig langt nok frem i tid. Igjen trekkes manglende samhandling og mulighet til å treffe beslutninger på lavest mulig nivå frem som en utfordring.

Utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i Kirurgisk- og Medisinsk divisjon er vist nedenfor. Oversikten viser at antall konsultasjoner ikke har endret seg vesentlig etter innflytting.

<sup>1</sup> Det er knyttet noe usikkerhet til tallene for desember 2009. Sykehuset er i prosess med å kvalitetssikre disse.



Figur 15: Antall polikliniske konsultasjoner per mnd i Kirurgisk divisjon (2008-2009)



Figur 16: Antall polikliniske konsultasjoner per mnd i Medisinsk divisjon (2008-2009)

Det er i intervjuene også trukket frem at legene savner spesifikk fag- og prosesskompetanse hos de merkantilt ansatte. De opplever at det brukes mer tid enn tidligere på å sette nye inn i arbeidsrutiner på den enkelte avdeling. Tilbakemeldingene i intervjuene og på e-post tyder imidlertid på at merkantilt ansatte er fornøyde med at arbeidsoppgavene deres nå er blitt standardiserte slik at rulling og fleksibilitet er lettere enn før. Flere merkantilt ansatte gir pr. e-post uttrykk for at det er en fordel for kompetanseutviklingen at de er organisert i en enhet, og at dette bidrar til styrkning av eget fag og felles tilhørighet. Samtidig har flere gitt uttrykk for at merkantilt personell kan være tilknyttet feil enhet, da deres tjenester i svært stor grad benyttes av legene.

### Kostnadsutvikling

Det var budsjettert med at kostnadene på de ulike divisjonene skulle gå ned som følge av effektivisering og bedre utnyttelse av ressursene i det nye sykehuset. Som det fremkommer av tabellen nedenfor har det vært en økning i de samlede kostnadene for alle de tre divisjonene. Økningene i de samlede kostnadene har vært størst i Kirurgisk divisjon hvor økningen har vært på ca. 25 %.

	Kirurgisk divisjon		Medisinsk divisjon		DFS	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Varekostnad	99 470 149	150 214 740	56 144 529	81 725 957	77 631 659	94 458 658
Lønnskostnad	403 096 774	481 579 560	182 838 187	190 679 711	475 491 461	524 464 462
Annen driftskostnad, av- og nedskrivning*	12 314 431	10 861 734	5 939 984	4 479 199	9 986 690	6 263 940
Sum Kostnader	514 881 355	642 656 034	244 922 700	276 884 867	563 109 810	625 187 059

\* Inkluderer kostnadssted 6 og 7

Figur 17: Kostnadsoversikt DFS, Kirurgisk- og Medisinsk divisjon.

Overordnet viser tabellen at det har vært en betydelig økning i varekostnader og lønnskostnader. Det gjøres oppmerksom på at de økte innleiekostnadene inngår som en del av varekostnadene.

Det har innenfor rammene av denne evaluering ikke vært anledning til å foreta noen detaljert analyse av årsakene til den negative kostnadsutviklingen. Det gjøres imidlertid spesielt oppmerksom på at fra 1. oktober 2008 ble det etablert en egen intermedieenhet i Kirurgisk divisjon. Denne enheten behandler pasienter som tidligere ble behandlet i ordinære sengeposter (divisjon for sykepleie). Merkostnaden for full års drift av denne enheten utgjør i 2009 ca 35 mill kr sammenlignet med 2008.

### Oppsummering:

- Ny organisering av sengeområdene har skapt frustrasjon i forhold til hvor pasientene har blitt plassert
- Prinsippet om at pleieressursene skulle variere 80-20 prosent mellom primær og sekundærområde ble aldri fullt ut innført
- Kostnaden ved innleie av personell har økt betydelig etter innflytting i det nye sykehuset



## Kunnskap og kompetanse

Et av hovedmålene med å bygge nytt sykehus var å oppnå en betydelig kvalitetsheving for pasientene. Den nye organisasjonsmodellen skulle understøtte dette. Et av elementene var at det skulle etableres en kompetansetrapp<sup>2</sup> og individuelle kompetanseplaner for hver enkelt ansatt i DFS.

En del av intervjuobjektene trekker frem at utstrakt bruk av innleieressurser har gått ut over den planlagte kompetansehevingen. Flere av legene som ble intervjuet mener at sykepleie ikke bare kan betraktes som et generelt fag, men at det kreves spesialisering iht. den fagspesialiteten pasientene faller inn under. De var dermed ikke tilfreds med situasjonen da de opplevde en reduksjon i kompetanse på de ulike postene ved innflytting i nytt bygg. Gjennom intervjuene har enkelte pleieressurser uttrykt en viss usikkerhet i å håndtere pasienter fra andre fagområder enn de har spesifikk kompetanse på og erfaring fra.

Det fremkommer av intervjuene og i innspill mottatt på e-post at DFS i stor grad har lyktes med å etablere en felles strategi for fag- og kompetansearbeid i sykepleietjenesten. Det har imidlertid også kommet mange innspill på e-post der jordmødrene fremmer et syn om at de ikke er tilfredse med å være underlagt DFS da de oppfatter sin synlighet i organisasjonen som svekket.

Det er gjennomført et opplærings- og kursprogram for ansatte i DFS som det ble uttrykt en positiv holdning til gjennom intervjuer og tilbakemeldinger på e-post. Alle på sykehuset har gjennomgått opplæring før flytting inn i nytt sykehus, i tillegg har DFS i 2009 hatt 25 pleieressurser i ulike utdanningsløp.

### Oppsummering:

- Prinsippet om grunnleggende pleiekompetanse har ført til manglende opplevelse av kompetanseheving sett fra flere av de intervjuede legenes side. Disse synes i hovedsak å ha den oppfatning at pleieressursene burde være spesialisert til området de jobber på
- Pleieressursene har definert felles mål og strategier for fag- og kompetansearbeid i pleietjenesten
- Alle ansatte fikk opplæring i nytt utstyr før innflytting i nytt sykehus

---

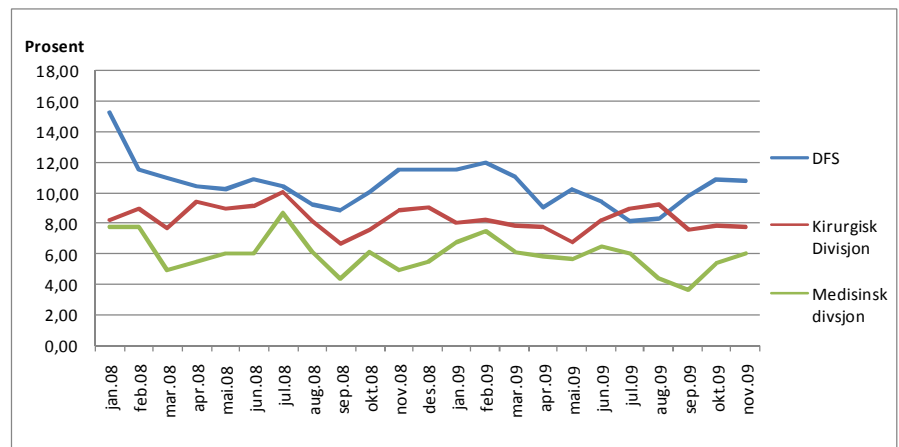
<sup>2</sup> Alle pleieressurser skal ha den grunnleggende kompetansen i tillegg til fagkompetanse på sitt primærrområde. De to neste trinnene representerer kompetanseheving på sekundær- og tertiær områdene.

## Arbeidsforhold og arbeidsmiljø

De ansattes arbeidsforhold var et sentralt kriterium for byggingen av nye Ahus. Et av hovedmålene ved byggingen av nytt sykehus var modernisering og bedring av arbeidssituasjonen for de ansatte og organisasjonsmodellen skulle understøtte dette.

Gjennom intervjuene og innspill på e-post har det kommet frem elementer som virker inn på arbeidsforholdene i begge retninger, og som kan ha innvirkning på hvor vellykket den nye organisasjonsmodellen fremkommer.

Formålet med modellen var at det skulle bli mer fleksibilitet i form av standardiserte sengeområder og rotering av pleieressurser mellom ulike fagområder. Dette innebærer bl.a. at pleieressurser som tidligere kun jobbet på poliklinikk nå kan få vakt i helgene på post. Dette passer ikke for alle i forhold til livssituasjon, fysiske forhold og de opprinnelige forventningene, og enkelte av de som ble intervjuet oppfattet at misnøyen relatert til dette har vært en medvirkende årsak til noe sykefravær. Nedenfor vises utviklingen i sykefravær på de ulike divisjonene i 2008 og 2009. Denne viser at sykefraværet har hatt svingninger i løpet av perioden etter innflytting, men ikke betydelig mer enn tidligere.



Figur 18: Månedlig utvikling i sykefravær per divisjon (2008-2009)

Utformingen av de standardiserte sengeområdene har også vært en løsning det har vært uttrykt noe misnøye med da det blant annet er økt støynivå rundt arbeidsstasjonene som følge av et mer åpent miljø. Dette fører blant annet til at det brukes en del tid på å flytte pasienter inn og ut av rom for å kunne holde fortrolige samtaler. Noen opplever at samtaler mellom leger og pleieressurser som ikke er ment for andre er krevende å utføre. Disse forholdene har større sammenheng med byggets utforming enn med organisasjonsmodellen, men de ansatte opplever dette som en samlet utfordring.

Det er både i 2008 og 2009 gjennomført en medarbeiderundersøkelse, "Puls-måler'n". Denne måler de ansattes tilfredshet på arbeidsplassen og viser at de ansatte jevnt over er mer fornøyde i 2009 sammenlignet med 2008. Poengscorene sammenlagt (for hele Ahus) og fordelt på de ulike divisjonene er vist nedenfor.

Puls-måler'n	2009	2008
Totalt	75	72
Kirurgisk divisjon	74	71
Medisinsk divisjon	77	73
Divisjon for sykepleie	74	70

Figur 19: Oppsummering av Puls-måler'n 2008 og 2009

### Oppsummering:

- Det oppleves økt støynivå rundt arbeidsstasjonene som følge av et mer åpent landskap.
- Det oppleves som unødig arbeidskrevende å legge til rette for fortrolige samtaler med pasienter
- Til tross for alle frustrasjoner og uenigheter er medarbeidertilfredsheten høyere i 2009 enn i 2008

## Andre forhold som påvirker de ansattes hverdag

Gjennom intervjuene og tilbakemeldinger på e-post fremkommer det en del forhold som bidrar til at arbeidsdagen for ansatte i de tre divisjonene oppleves som mer tungvindt enn tidligere. Mye av dette er tekniske og praktiske utfordringer som ikke nødvendigvis har en direkte sammenheng med organisering, men som er viktige innspill til ledelsen.

Noen områder som er trukket frem i intervjuer og på e-post er:

- Tøyautomatene forårsaker kø ved tøyutleveringen. I tillegg sammenfaller tidspunktet AGVene (roboter som frakter traller med utstyr) kommer med vaktskifte så opplevelsen av kaos kan forekomme på disse tidspunktene.
- Tungvindt pålogging med nye innloggingsrutiner på hver PC.
- For få printere og tungvindt prosess med pålogging. I tillegg oppleves veien de må gå som unødvendig bruk av tid.
- Makuleringsmaskiner rommer mindre enn maskinene i gammelt bygg, og tilbakemeldingene hevder disse ofte er fulle.
- Det fremkommer at det har vært et irritasjonsmoment at IP telefonene piper hver gang en pasient drar i snoren. I tillegg får ikke de som ringer beskjed når batteriet er gått ut, det bare fortsetter å ringe på linjen.
- Ønsket om bedre kobling av DIPS mot føde-, lab-, og røntgen systemene
- Store frustrasjoner i forhold til varebestillingssystem blant merkantilt personale
- Organisering i kantine skaper lange køer og mye av lunsjtiden går bort (gjør at de som har tilhold langt unna ikke bruker kantinen)

# Konklusjon

I dette kapitlet vil vi svare på de fire spørsmålsstillingene som er definert i mandatet. Våre vurderinger og vår anbefaling er basert på resultatene vi presenterte i forrige kapittel.

Vi vil imidlertid presisere at vi ikke har fått noen indikasjoner på at de organisatoriske utfordringene vi trekker frem har gått ut over kvaliteten i pasientbehandlingen på en slik måte at det har vært til fare for liv og helse.

## ***Hvilke utfordringer innebærer dagens modell i forhold til arbeidsprosesser, pasientflyt, teknologi og systemer samt arbeidsmiljø og kultur?***

Som det fremkommer i forrige kapittel har vi identifisert en rekke utfordringer med dagens modell.

Utfordringer knyttet til pasientflyt og arbeidsprosesser kan i hovedsak relateres til organisasjonsmodellen, men bildet er mer nyansert. En rekke av de forutsetningene og prinsippene som lå til grunn for at modellen skulle fungere etter intensjonene er ikke implementert. I denne forbindelse vil vi spesielt vil vi trekke frem økonomimodell, samhandlingsarenaer og forutsetningene for drift av et standard sengeområde.

Arbeidsmiljøet ved Ahus viser seg relativt stabilt, med en liten stigning siste år – det viser resultatene fra "Puls-måler'n" gjennomført i 2009. Det har likevel gjennom intervjuene fremkommet at det har utviklet seg en enda tydeligere kultur som er preget av "vi – de" gjennom det siste året.

Det fremkommer også at det har vært en rekke utfordringer knyttet til teknologiske løsninger i sykehuset, spesielt ved overgang til nytt sykehusbygg. De fleste av disse er uavhengig av valgte modell, men de har skapt frustrasjoner og misnøye som har hatt påvirkning på de ansattes totalopplevelse av hverdagen.

## ***I hvilken grad intensjon - og måloppnåelse ved dagens organisering er realisert?***

Den overordnede konklusjonen på dette spørsmålet er at intensjon- og måloppnåelsen med den nye organiseringen *ikke* er realisert slik den er beskrevet i grunnlagsdokumentene. Sykehuset har lyktes på en god del områder i forhold til fagutvikling og strategiarbeid, spesielt innenfor sykepleie, men for den totale driften er konklusjonen at det potensialet som lå til grunn for valget i liten grad er realisert.

### ***I hvilken grad den nye organisasjonsmodellen er hensiktsmessig?***

Med utgangspunkt i våre vurderinger på de to foregående spørsmålene, og sett ut fra den korte tidshorizonten som denne evalueringen er gjennomført på, er det ikke mulig og sikkert konkludere på om den nye organisasjonsmodellen i prinsippet kunne være hensiktsmessig. Til det er det for mange av de grunnleggende forutsetninger og prinsipper for modellen som ikke er implementert. Vi anser således ikke modellen som tilstrekkelig utprøvd til å kunne konkludere på dette spørsmålet.

### ***Hvilke forbedringspunkter eksisterer i forhold til å justere eller endre modellen?***

Når vi har konkludert med at sentrale forutsetninger for dagens modell ikke er på plass, finner vi at sykehuset har to mulige alternativer videre:

1. Beholde den nye modellen og jobbe for at alle nødvendige forutsetninger kommer på plass
2. Revurdere modellen og gjennomføre større eller mindre justeringer av den i retning av en større organisatorisk og ledelsesmessig tilknytning av også pleiepersonell til medisinske fagdivisjoner.

Vi vurderer det slik at det er stor risiko forbundet med alternativ 1 på grunn av at:

- Ahus i så liten grad har lyktes med å realisere modellen så langt
- Det er ulike syn i organisasjonen på modellen
- Sykehuset opplever en rekke andre større endringer i rammebetingelser og drift
- Det er fortsatt uløste utfordringer når det gjelder teknologi (medisinhåndtering og talegjenkjenning spesielt)
- Ahus står foran vesentlige økonomiske innsparinger i 2010
- Ahus må være godt rustet til å ivareta utvidet opptaksområde i 2011
- Åpning av den siste sengepiren krever ytterligere endringer i driften.

I tillegg er det helt nødvendig å skape ro i organisasjonen slik at Ahus kan komme videre i utviklingen av sykehuset.

Vår hovedkonklusjon er at Ahus da står igjen med alternativ 2 – revurdere modellen og gjennomføre større eller mindre justeringer av den i retning av en større organisatorisk og ledelsesmessig tilknytning av også pleiepersonell til medisinske fagdivisjoner.

Det er allerede gjort noen endringer i forhold til den opprinnelige modellen, og vi kan ikke, basert på vårt begrensede grunnlag, gi noe klart svar på hvor store justeringer i modellen det er behov for.

Den viktigste suksessfaktoren knytter seg til hvordan den videre prosessen håndteres. Vi mener at man må tilbake til det grunnleggende i sykehusdriften og fokusere mye tydeligere på pasientflyt og arbeid med samhandlingen på tvers av organisatoriske enheter. Det er viktig at det gjennomføres målrettede og kontrollerte endringer slik at effektene av de tiltakene som besluttes gjennomført synliggjøres.

Det er også viktig å presisere betydningen av å beholde de positive elementene den nye organisasjonsmodellen har ført med seg, men faggruppene må samles for å skape en konsensus om hva som faktisk fungerer og hva man bør endre på, og i hvilken grad. Åhus er helt avhengig av at meningsbærerne i organisasjonen og representanter fra alle yrkesgruppene deltar i dette arbeidet og at man får tilbake et felles eierskap om prosessene og den videre utviklingen.

## Vedlegg 1 Dokumentoversikt

Navn på dokument	Mottatt dato
<b>Tertialrapporter 2004-dd</b>	
Sak_31-04_Rapport_1.tertiat_2004.doc	21.12.2009
Sak_46-04_rapport 2 tertial 2004.doc	21.12.2009
Sak_09-05_årsrapport_2004.doc	21.12.2009
Sak_21-05_rapport 1. tertial 2005.doc	21.12.2009
Sak_43-05_Rapportering_2._tertiat 2005.doc	21.12.2009
Sak_02-06_Rapport_3. tertial 2005.doc	21.12.2009
Sak_21-05_Rapport_pr._1. tertiall_2006.doc	21.12.2009
sak_38-06_Rapport_pr._2._tertiat 2006.doc	21.12.2009
Sak 02-07 Rapport pr. 3. tertial 2006.pdf	21.12.2009
sak 35-07 Rapport pr. 1. tertial 2007.pdf	21.12.2009
Sak 53-07 Rapport pr 2. tertial 2007.pdf	21.12.2009
Vedlegg sak 53-07 Rapport pr 2. tertial 2007.pdf	21.12.2009
Vedlegg 2 sak 53-07 Rapport pr 2. tertial 2007.pdf	21.12.2009
Sak 03-08 Rapport pr. 3 tertial 2007.pdf	21.12.2009
Vedlegg sak 03-08 rapport pr 3 tertial 2007.pdf	21.12.2009
Sak 34-08 rapport pr 1. tertial 2008.pdf	21.12.2009
Vedlegg sak 34-08 rapport pr 1. tertial 2008.pdf	21.12.2009
Sak 57-08 Rapport pr 2. tertial 2008.pdf	21.12.2009
Vedlegg sak 57-08 rapport pr 2. tertial 2008.pdf	21.12.2009
Sak 05-09 Rapport pr 3. tertial 2008.pdf	21.12.2009
Vedlegg sak 05-09 Rapport pr 3. tertial 2008.pdf	21.12.2009
Sak 37-09 Rapport pr 1. tertial 2009.pdf	21.12.2009
Sak 74-09 Rapport pr 2. tertial 2009.pdf	21.12.2009
Sak 02-10 Rapport pr 3 tertial 2009.doc	27.01.2010
<b>Årsrapporter</b>	
Årsrapport 2006	
Årsrapport 2007	
Årsrapport 2008	
<b>Andre aktuelle dok inkl delrapporter fra prosjekt Div for sykepleie og høringslogg fra prosjektrapporten</b>	
20060620_SG_sak_Oppgave-funksjonsfordeling_endelig.ppt og	22.12.2009
20061219 SG-sak_Tilleggsmandatet_ENDELIG.doc	22.12.2009
20061222_Vedlegg Høringslogg.xls	22.12.2009
Delleveranse 1 Orientering til styringsgruppen delmål 1 1.0.ppt	22.12.2009
Hovedleveranse 1 Hovedprinsipper og nåsituasjon til styringsgruppen.ppt	22.12.2009
Rapport_delmål 1_Sengeorganisering.doc	22.12.2009
Rapport_SS_delmål 2_Arbeidsflyt og rutiner.doc	22.12.2009
Rapport_SS_delmål 2_MP6_Bemanning og kompetanse.doc	22.12.2009
Rapport_SS_delmål 2_Nåsit_Hovedprinsipper.doc	22.12.2009
Rapport_SS_Delmål2_Oppgaveog funksjonsfordeling.doc	22.12.2009
Vedlegg_eksterne_erfaringer.ppt	22.12.2009
Vedlegg_Rapport_SS_M5.ppt	22.12.2009
<b>Dokumentasjon fra OU-prosjektet på Barne- og ungdomsklinikken</b>	
Forslag organisasjonskart BUK desember 2009 (2).doc	28.12.2009
Sluttrapport prosjekt Barnesenter 22.11.06.doc	28.12.2009
Organisasjonsutvikling sluttrapport 05.doc	28.12.2009



Sak 108-09 Sluttrapport, Prosjekt nytt sykehus.doc	28.12.2009
sluttrapporten Organisering (3).doc	05.01.2010
sluttrapporten Møtestruktur, komitèer og råd 2008.doc	05.01.2010
20071106_LG_sak Økonomiprinsipper_endelig.doc	05.01.2010
20071106_LG_sak Vedlegg_Økonomiprinsipper.doc	05.01.2010
20071205 sluttrapport	05.01.2010
Notat LMS 2 25.04.2008.pdf	05.01.2010
Notat prosjektledere 23.11.2007.pdf	05.01.2010
Notat standard sengeområde09.11.2007.pdf	05.01.2010
Notat tillitsvalgte 15.04.2008.pdf	05.01.2010
Rapport linjeledere 140308.pdf	05.01.2010
Notat int Ahus vinter 2006-07.doc	05.01.2010
AFI rapporten	07.01.2010
Pasientplassering pr sept 09_LG sak.ppt	12.01.2010
Hvordan DFS har justert ant senger i drift.xls	12.01.2010
<b>Data etterspurt ifm sluttrapporten</b>	
aktivitet til ernst&young.xls	14.01.2010
Indikatorer jan08_des09.xls	14.01.2010
Aktivitet med plantall.xls	15.01.2010
Totale kostnader drift jan 08 til des 09(inkl avskrivninger).xls	15.01.2010
forbruk lønn-mndverk 30-40-80 2008 og 2009.xls	15.01.2010
Innleie pr jan 08 til des 09.xls	15.01.2010
Fraværsoversikt jan 08 til des 09.xls	15.01.2010
Fraværsoversikt jan 08 til des 09 med faggrupper.xls	15.01.2010
Antall stengte senger 2008_2009.xls	15.01.2010
Turnover-okt 2009.doc	15.01.2010
Liggetid og DRG poeng per mnd	22.01.2010
Pulsmåleren per div 2008 og 2009	26.01.2010
Bakgrunnsdata rapport 3.tertial 09_liggetid desember.xls	26.01.2010

Ernst & Young

Assurance | Tax | Transactions | Advisory

Om Ernst & Young

Ernst & Young er en ledende global aktør innen revisjon, skatt og avgift, transaksjoner og rådgivning. Våre 144 000 ansatte verden over - 1 500 i Norge - har et sterkt fellesskap bygget på felles verdier og et kontinuerlig fokus på kvalitet. Vi bidrar til at våre medarbeidere, kunder og samfunnet rundt oss realiserer sitt potensial.

[www.ey.no](http://www.ey.no)

© 2010 Ernst & Young AS

All Rights Reserved

