

REDUKSJON AV ÅRSVERK - BEMANNINGSFAKTOR

Som en del av tiltakspakke 4 skal det ses på hvordan vi kan redusere årsverk gjennom å:

- Endre/harmonisere av bemanningsfaktor
- *Tilpasning av sengetall sett opp mot blant annet referansetall for pr. 1000 innbyggere (denne tas på et senere tidspunkt)*

Det foreslås å gjøre videre utredninger før det besluttes en generell reduksjon av senger. Medisinsk klinikk er kommet lengere i utredningen og denne klinikken kan eventuelt være pilot for oppstart med noe redusert antall senger, dersom det ligger til rette for dette og etter at det er drøftet på et senere tidspunkt.

Harmonisering av bemanningsfaktor

I forbindelse med bemanningsprosjektet skal bemanningsfaktor på sengeposter harmoniseres. I sykehusledelsen er det diskutert at følgende sengeposter/enheter skal starte med å planlegge sin bemanning og etablerer kalenderplaner for 2023 med en bemanningsfaktor på 1,30:

- Medisinsk sengepost MIR, MSJ og SSJ
- Kirurgisk sengepost MIR og SSJ

Justering av bemanning skal som utgangspunkt skje gjennom bortfall av vakante stillinger og ved naturlig avgang.

Bakgrunnen for forslaget er at sammenligning med utvalgte øvrige helseforetak viser at Helgelandssykehuset har høyere normert bemanningsfaktor enn flere andre. Samtidig viser benchmarkingsrapporten fra 2020 at Helgelandssykehuset har høyere personellindeks innen spesielt tre grupper enn de utvalgte foretak i rapporten og landsnittet. De tre gruppene utgjøre 1) sykepleiere, 2) omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere, samt 3) annet.

Med bemanningsfaktor menes budsjetterte pleieårsverk i fast grunnbemanning per seng, og med personellindeks menes avtalte årsverk per døgnopphold, liggedøgn og DRG-poeng. De medisinske sengepostene har en høyere budsjettert bemanningsfaktor enn hva sykehusene i Hammerfest, Gjøvik og Lillehammer har normert og hva sykehuset i Harstad har reelt (målt ved antall ansatte hver dag i GAT arbeidsvakter), mens de kirurgiske sengepostene har en høyere budsjettert bemanningsfaktor enn hva sykehusene i Kirkenes, Gjøvik og Lillehammer har normert og hva sykehuset i Harstad har reelt. Sammenligning av normert bemanningsfaktor internt i Helgelandssykehuset viser også store variasjoner. Den sengeposten i Helgelandssykehuset som ligger lavest har en normert bemanningsfaktor på 1,31. Det anses dermed ikke som en risiko å redusere øvrige sengeposter til dette nivået.

Det er viktig å merke seg at bemanningsfaktor er et måltall som er komplisert å sammenligne med andre enheter, både internt og på tvers av helseforetak. Årsaken er blant annet at postene vil ofte ha ulike forutsetninger og ulik tilgang på andre ressurser, samt at faktoren ofte måles noe ulikt på tvers av helseforetak.

Når det måles pleieressurser per seng, vil også enhetene ofte ha ulikt nivå av gjennomsnittlig belegg for disse sengene, som gjør at dersom en måler pleieressurser per belegg (se tabell) vil indikatoren vise andre tall. I tillegg har man ikke kunnskap om enhetene i andre helseforetak sitt nivå av variable årsverk/lønn som eventuelt vil komme i tillegg til budsjettert personell. Det er også slik at flere av enhetene ved HSYK fikk tilført faste årsverk ved opprettelse av kalenderplan, for å redusere variabel lønn, som vil øke budsjettert bemanningsfaktor. Vi har per nå ikke sett en slik reduksjon i variabel lønn. Likevel vil reduksjon av normert bemanningsfaktor til 1,30 fremdeles være på et høyere nivå enn de fleste av de vi har sammenlignet oss med har oppgitt at de har normert (reelt for Harstad – har per nå ikke tall for normert). I tillegg understøtter vår egen benchmarkingsrapport fra 2020 at vi har høyere personellindeks innen både sykepleiere og omsorgs-, hjelpe- og helsefagarbeidere.

Fremdriftsplanen er at de aktuelle enhetenes bemanningsplaner skal planlegges med bemanningsfaktor 1,3 fra og med neste års kalenderplan i 2023. Det presiseres at endringen av bemanningsfaktor skal skje ved naturlig avgang og ved bortfall av vakante stillinger, dermed vil i starten bemanningsplanene planlegges med faktor 1,3 og resterende personell foreløpig på topp før naturlig avgang skjer.

I det videre arbeidet er det en forutsetning at arbeidet som allerede er påbegynt i forbindelse med prosjekt aktivitetsbasert ressursplanlegging (bemanningsprosjektet) videreføres. Herunder forbedre arbeidsprosesser i enhetene, fjerne flaskehals i driften og ha god dag-til-dag styring av ressurser slik at vi sikrer at alle arbeidsoppgaver blir utført med det personellet vi har. Det skal jobbes videre med å gi lederne verktøy for god personellstyring og har til nå vært avholdt fellesmøte med enhetsledere for å begynne med dette. I tillegg er samarbeid med kommunene viktig, slik at vi sikrer at utskrivningsklare pasienter tas imot av kommunene og ikke opptar kapasitet i sykehuset.

Prosjektet medfører altså en endring i driften som er mer bærekraftig. Dvs at man klarer å løse oppgavene med den arbeidsstokken som er tilgjengelig, uten at det skal bety dårligere kvalitet eller arbeidshverdager. Det krever betydelig innsats fra nærmeste ledelse og forståelse av at arbeidet endres hos ansatte. Det er vist at det ikke er nok med tilstrekkelig grunnbemanning for å få dette til, men det er nødvendig å legge om arbeidsprosesser og rutinene gjennom døgnet.

En siste faktor som spiller inn er liggetid. Kortere liggetid stiller høyere krav til godt strukturert arbeid og effektive pasientforløp. Dette kan gi en lavere beleggprosent så lenge ikke antall innleggelser øker, men stiller også krav til effektiv drift på sengepostene. Effektiv drift påvirkes både av rutiner, tilgjengelig utstyr og kompetanse og arealutforming. Kortere liggetid behøver ikke medføre lavere kvalitet, men det er risiko dersom man ikke har gode rutiner for utskrivelser både internt og opp mot samarbeidende instanser.

Tallgrunnlag bemanningsfaktor:

Post	Normerte senger	Snittbelegg 2021-2022	Snittbeleggsprosent 2021-2022	Budsjetterte årsverk 2022 fast grunnbemanning*	Fordeler personell på antall senger	Fordeler personell på snittbelegg	Potensiale endring budsjetterte årsverk HSYK til bemanningsfaktor 1,3
					Bemanningsfaktor budsjettert/normert, ekskl for UNN reell**	Pleiefaktor budsjettert fast grunnbemanning	
Medisinsk post Mo i Rana (inkl 3 ortoger. senger)	26	23,95	92 %	40,01	1,54	1,67	6,21
Medisinsk post Mo i Rana (ekskl. ortogeriatreri)	23	20,95	91 %	35,51	1,54	1,69	5,61
Medisinsk post Mosjøen (inkl 1 neurologisk seng)	13	9,85	76 %	17,00	1,31	1,73	0,10
Medisinsk post Mosjøen (ekskl neurologi)	12	8,85	74 %	15,50	1,29	1,75	-0,10
Medisinsk post Sandnessjøen	20	17,45	87 %	29,70	1,49	1,70	3,70
Medisinsk post Kirkenes					1,39		
Medisinsk post Hammerfest					1,28		
Medisinsk post Harstad A****	16				1,26	1,45	
Medisinsk post Harstad B****	16				1,20	1,40	
Gjøvik sykehus (medisin)					1,15		
Lillehammer sykehus (medisin)					1,17		
Kirurgisk post Mo i Rana	22	18,7	85 %	31,18	1,42	1,67	2,58
Kirurgisk post Sandnessjøen	17	14,1	83 %	22,95	1,35	1,63	0,85
Kirurgisk post Kirkenes					1,30		
Kirurgisk post Hammerfest					1,63		
Kirurgisk post Harstad****	14				1,24		
Ort-kir. post Narvik**** (5-dagerspost)	15				1,17		
Gjøvik sykehus (kir)					1,15		
Lillehammer sykehus (kir)					1,20		
						Sum potensiale endring årsverk (når inkl orto- og neurosenger)	13,44

*Fra budsjettark, deretter manuelt trukket ut årsverk ekskl pleien (tilsendt separat fra ledere, f.eks. ledere, portør, postvert, fagdager)

**Bemanningsfaktor målt ulikt: Måler budsjettert bemanningsfaktor for HSYK, for Finnmark, Gjøvik og Lillehammer normert bemanningsfaktor fra Finnmarks benchmarkingsrapport, mens for UNN brukes reell bemanningsfaktor

****UNN teller faktisk antall ansatte på jobb hver dag, ved hjelp av GAT arbeidsvakter

NB: Når estimert belegg og bemanning for ekskluderer ortogeriatreri og neurologi: hhv 3 senger og 1,5 personell per seng og 1 seng og 1,5 personell per seng.

Tilpasning av sengetall ift pr. 1000 innbyggere (skal tas på et senere tidspunkt)

Post	Normerte senger	Snittbelegg 2021-2022	Snittbeleggsprosent 2021-2022	Normerte senger per 1000 innbygger	Sengebehov hvis 0,7 senger per 1000 innbygger	Potensiale sengeendring hvis 0,7 per 1000	Antall innbyggere *ekskl Bindal
Medisinsk post Mo i Rana (inkl 3 ortoger. senger)	26	23,95	92 %	0,73	23	2,6	33363
Medisinsk post Mo i Rana (ekskl. ortogeriatreri)	23	20,95	91 %	0,69	23	-0,4	33363
Medisinsk post Mosjøen (inkl 1 neurologisk seng)	13	9,85	76 %	0,76	11	1,8	15967
Medisinsk post Mosjøen (ekskl neurologi)	12	8,85	74 %	0,75	11	0,8	15967
Medisinsk post Sandnessjøen	20	17,45	87 %	0,75	19	1,5	26498
Medisinsk post Kirkenes				0,98			
Medisinsk post Hammerfest				0,80			
Medisinsk post Harstad A****	16				Sum Harstad		35059
Medisinsk post Harstad B****	16				0,91		35059
Medisinsk post Narvik A****	12				Sum Narvik		26991
Medisinsk post Narvik B****	8				0,74		26991
Helse Førde (medisin)				0,60			
Helse Fonna (medisin)				0,64			
Haraldsplass diakonale sykehus (medisin)				0,73			
Ringerike sykehus (medisin)				0,71			
Gjøvik sykehus (medisin)				0,61			
Lillehammer sykehus (medisin)				0,61			

Sammenligning av antall senger per 1000 innbygger for medisinske sengeposter viser at vi, sammenlignet med noen av de utvalgte postene, har høyere rate. Også her er det usikkerhetsmomenter, fordi det kan være underliggende årsaker til at postene ikke er direkte sammenlignbare og postene kan ha ulike funksjoner inkludert i det sengeantallet som er oppgitt. I tillegg har enhetene ulik grad av belegg i disse sengene, ulik rate for antall døgnopphold per 1000 innbygger i opptaksområdet, noe som antyder forskjeller i eksterne eller interne faktorer. I tillegg kan det være ulike demografiske forskjeller.

Tilgjengelig tallmateriale viser at noen av de medisinske sengeposter i HSYK har høyere rate enn medisinske sengeposter ved andre sykehus. Av sykehusene som er målt har de med lavest

faktor mellom 0,60-0,64 i rate, tre har mellom 0,71-0,74, og de høyeste har mellom 0,80-0,98. Finnmark som har av de høyeste ratene har nylig vedtatt reduksjon i senger som ikke fremkommer i disse tallene. Den medisinske sengeposten i Helgelandssykehuset med lavest rate, har 0,69 i rate per 1000 innbygger, når 3 ortogeriatriske senger er fratrukket.

På grunn av at det er mange usikkerhetsmomenter, foreslås det å gjøre videre utredninger, før det besluttet en generell reduksjon av senger. Medisinsk klinikk er kommet lengere i utredningen og denne klinikken kan eventuelt være pilot for oppstart med noe redusert antall senger.