

Jan Erik Karlsen, Terje Lie og Ståle Opedal

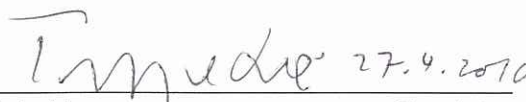
Slik skapes en ny sykehusenhet

Evaluering av MOBA-enheten ved Stavanger Universitetssykehus

Rapport IRIS - 2010/068

Prosjektnummer: 7202065
Prosjektets tittel: Evaluering av ny mottaks-, observasjons- og behandlingsavdeling (MOBA) ved Stavanger Universitetssykehus
Oppdragsgiver: Stavanger Universitetssykehus
Forskningsprogram:
ISBN: 978-82-490-0685-4
Gradering: Åpen


Stavanger, 29.04.2010


Terje Lie
Prosjektleder

Sign.dato


Svanaug Fjær
Kvalitetssikrer

Sign.dato


Gottfried Heinzerlig
Senterleder
(Samfunns- og næringsutvikling)

Sign.dato

Sammendrag

Om MOBAs innhold og organisering

Rapporten er en evaluering av en ny korttidspost ved Stavanger Universitetssykehus kalt MOBA (Mottak-, Observasjons- og Behandlingsavdeling). MOBA ble vedtatt 6.september 2005 av styret i Helse Vest, og startet opp april 2008. Gjennom nytt bygg har mottaket fått utvidet kapasitet og inneholder system for sykepleiefaglig TRIAGERING av pasientene etter hastegrad og legefaglig vurdering av diagnose og hvor pasienten skal sendes i SUS-systemet. OBA består i dag av 24 observasjons- og behandlingssenger. Legerressurser tilkalles til OBA etter behov ut fra stilt pasientdiagnose, mens sykepleierne er fast ansatt i OBA. Ved at ingen avdeling/divisjon "eier sengene" skal legerressurser kunne brukes på tvers av avdelings-/divisjonsgrenser.

Den administrative og faglige ledelsen er ansatt i MOBA og har vært tilknyttet SUS-linjeorganisasjonen ved et toårig prosjekt under administrerende direktør. Samarbeidsavtaler er inngått med ulike divisjoner og avdelinger. Et MOBA-råd er opprettet med medlemmer fra divisjonene som har pasienter i MOBA (Akutt, Medisinsk, Kirurgisk-ortopedisk, Spesialmedisin, vernetjenesten og en representant for de ansatte). MOBA kan ses som et «sykehus i sykehuset», dvs. den er en relativt autonom enhet som innehar mange av de viktigste funksjoner et vanlig sykehus utfører, når det gjelder akutte innleggelser.

Målene for mottaket (M) og OBA

Det er formulert mål for både det nye Mottaket (M) og for observasjons- og behandlingsavdelingen (OBA). Mottaket (M) skal håndtere økt pasientpågang, mens riktig bruk av kompetanse skal sikre en rask vurdering av pasientens behov. En kompetent og treffsikker vurdering skal sikre at pasienten enten blir snudd i mottaket, får tilbud om dagbehandling, blir sendt til OBA eller en av de ordinære sengepostene ved SUS. Forutsetningen er at det er tilstrekkelig kapasitet i form av legefaglig og sykepleiefaglig kompetanse og at pasientflytkoordinator aktivt bidrar til god pasientflyt.

Målet for OBA er å tilstrebe helhetsbehandling av pasienter på tvers av avdelingsgrenser, samt å behandle pasientene raskt og effektivt for å kunne skrive disse ut etter maksimum 2-3 døgn. Det er også et mål å utvikle spesialkompetanse innenfor utredning og behandling av nærmere definerte tilstander. Pasientene skal primært være nyinnleggelser (unntatt intermediær-pasienter). OBA skal også utvikle spesialkompetanse innen utredning og behandling, og tilstrebe raskere diagnostikk for egnede pasientgrupper. Videre skal også OBA bidra til å skjerme de ordinære sengepostene slik at de kan konsentrere seg om pasienter med behov for lengre sykehusopphold.

Evalueringens siktemål har vært å etterprøve om MOBA oppfyller de mål som begrunner denne organisatoriske nyskapningen og evt. peke på manglende eller utilsiktede virkninger. Sentrale spørsmål i evalueringen har vært: Iverksettes MOBA på en vellykket måte? Hva slags utilsiktede og eventuelt utilsiktede effekter har MOBA sett i forhold til målene? Foruten en vurdering av måloppnåelsen, er det gjennomført en forstudie og en følgeevaluering av det første driftsåret.

Endringer i driftskonseptet for MOBA

I løpet av planleggingsperioden og iverksettingen av MOBA er det foretatt flere justeringer i det opprinnelige konseptet:

- Driftsstarten ble noe forsinket (fra 2006 til 7. april 2008 med gradvis full opptrapping)
- Kapasiteten i OBA ble redusert til 40 prosent av opprinnelig planlagt kapasitet:
 - Fra døgkontinuerlig aktiv behandling (tre fulle skift) til redusert kapasitet etter kl. 22. Dette var en vurdering som ble foretatt på et tidlig tidspunkt.
 - Fra først 60 planlagte senger – så nedskalert til 48 senger – og så til sist 24 senger i drift i OBA.
 - Pasienthotellet er blitt mindre brukt enn de måltall som først ble satt for bruken.
- Det ble planlagt en klinikktilknytning (akuttklinikken som ”nøytral” grunn), men dette ble endret slik at MOBA ble et prosjekt i 2 år (fra april 2008)
- Det ble først planlagt med økt sengekapasitet (pluss-sum) som følge av OBA, men på grunn av forverrede økonomiske rammevilkår ble det lagt opp til nullsum-regnskap, det vil si at nye senger i OBA skulle bety nedtrekk av senger i de øvrige sengepostene.

Disse justeringene og tilpasningene under planlegging og iverksetting betyr at OBA ikke har den kapasitet og styrke den opprinnelig ble tiltenkt. Det innebærer også at måloppnåelsen nødvendigvis blir påvirket. Virkemidlet, OBA, er blitt mindre enn forutsatt, mens det ikke er foretatt en reformulering og nedjustering av målene for OBA.

A) Vurdering av måloppnåelse i forhold til nytt mottak (M)

- Det ble pr 31.12.08 registrert 26 180 pasienter som kom inn til mottak og observasjon. Av disse ble 3 844 skrevet ut til hjemmet fra samme enhet. Dette utgjør ca 15 prosent. Konseptet gir altså en markant gevinst, da de fleste pasienter i tidligere år, ble skrevet inn til avdelingene/sengepostene ved SUS før de evt. ble sendt hjem igjen.
- Stort sett alle informanter (ansatte på sykehuset) vi har intervjuet omtaler mottaket som vellykket. Utskilling av korttidspasienter til OBA har ført til en bedre sortering av pasientstrømmen. Uten MOBA ville sykehusets kapasitet vært sprengt som følge av den økte pasientpågangen.
- Pasientdiagnostisering og –behandling av pasienter med sammensatte lidelser er blitt mer tverrfaglig fundert, det vil si har gitt tydeligere fremskutt kompetanseprofil.
- I den grad det er uttalt motforestillinger, skyldes det at leger av og til må vente på sykepleierne. Det aktualiserer et spørsmål om sykepleierkapasiteten god nok.
- Informantene er noe uenige om hva som er den beste bruken av legekompentanse i mottaket: Skal det være erfarne og spesialiserte overleger eller faglig oppdaterte assistentleger? Et synspunkt er at behovet for medisinsk generalistkompetanse kan være stort i forbindelse med akutte situasjoner.
- Enkelte av informantene peker på at kontortjenesten, journalskrivingen, i en del tilfeller er på etterskudd.

- Mange av informantene peker på det avgjørende at pasientflytkoordinatorer er operative. Det gjelder ikke bare på dagtid, men også andre deler av døgnet.

B) Vurdering av måloppnåelse i forhold til OBA

- I prosjektperioden har gjennomsnittlig liggetid i OBA, målt i timer pr. pasientinnleggelse økt fra 29.2 timer til 39.4 timer. Det betyr en gjennomsnittlig liggetid på 1,6 døgn. Målet for OBA har vært en liggetid på maksimum 3 døgn.
- OBA har utviklet seg til å bli en arena for tverrfaglig samhandling rundt den enkelte pasient. Mange av informantene trekker fram dette som en av de viktigste effektene av OBA. Spesialister innkalles etter behov og det skjer en seriell samhandling, via journal, det vil si ikke nødvendigvis en simultan interaksjon mellom legene (blant annet i traumeteam).
- Et stort flertall av informantene mener at det har skjedd en oppbygging av spesialkompetanse gjennom etableringen og driften av OBA. Det blir i den forbindelse pekt på diagnoser som er hyppig representert (blant annet rus), men også i form av oppbygging av generalistkompetanse som et tillegg til spesialiseringen ved SUS.
- OBA har tilgang til alle faggrupper på sykehuset. Selv om synspunktene på OBA kan variere i legestanden, er det ikke noen som aktivt blokkerer ideen om at leger skal møte opp i OBA om en bestemt kompetanse kreves.
- Læringseffekt for legene skjer blant annet gjennom læring via elektronisk journal, logistikk, være tilgjengelig, tenke og handle tverrfaglig i traumeteam og behandlingsteam, "Volvo-organisering", selvstyrte grupper og ved oppbygging av styrket generalistkompetanse.
- Læringseffekt for sykepleiere ligger blant annet i ulike former for teamjobbing, triagering, samt et dedikert opplæringsprogram, jf. egen kompetanseplan.

C) Vurdering av måloppnåelse i forhold til øvrige sengeposter ved SUS

OBA har også enkelte virkninger for sengepostene ved SUS. Ut fra intervjuene og tilgjengelig statistikk kan de sammenfattes på denne måten:

- Flere av informantene peker på at de ordinære sengepostene nå får de mest "pleieintensive pasientene". De mener dette krever økt kapasitet/personell på de ordinære sengepostene.
- En annen påstand er imidlertid at OBA har liten effekt: Den har "liten betydning for postene", pasienttilgangen er fortsatt høy og OBA har ikke løst korridorpatientproblematikken.
- Nok en påstand er at "legene må løpe mer" fordi de også må dekke pasienter innlagt i OBA. Det betyr at mer tid går med til å løpe i gangene mellom ulike pasienter.
- Statistikk fra SUS for 2007 og 2009 indikerer at OBA har ført til økt liggetid ved Medisinske sengeposter, men statistikken er mangelfull slik at det er for tidlig å konkludere. Moderate konsekvenser for liggetiden ved ordinære sengeposter ved SUS kan ha sammenheng med at OBAs kapasitet er mindre enn opprinnelig planlagt.

- En nedgang i andelen øyeblikkelig hjelp pasienter ved Medisin, Kirurgi og Nevrologi fra 2007 til 2009 betyr bedre skjerming av elektiv behandling. Det var i 2009 fortsatt et stort overbelegg ved Medisin og til dels Kirurgi, men antallet korridorpasienter er blitt noe redusert fra 2007 til 2009.

Konkluderende vil vi hevde at MOBA har ført til;

- 1) økt kapasitet i mottak som sikrer en mer kompetent og effektiv pasientsortering,
- 2) liggetider ved OBA godt under maksimumsgrensen på tre døgn,
- 3) bedre samarbeid mellom fagpersoner og ulike funksjoner og tjenester ved sykehuset,
- 4) at diagnostisering og behandling er blitt mer tverrfaglig og
- 5) at det er i ferd med å bli bygget opp en type kompetanse (generalistkompetanse/ruskompetanse) som representerer en motvekt til spesialiseringstrenden ved SUS.

Støtten til OBA i divisjonene ved SUS er noe varierende, men avdelingen oppfattes å være vellykket av et flertall av informantene. Utprøving og drift av OBA har ført til en mer positiv vurdering av avdelingen sammenlignet med forventningene og synspunktene før oppstart. På grunnlag av evalueringens resultater mener vi at OBA har demonstrert at det er behov for avdelingen og at den i stor grad løser de pålagte oppgavene.

Fire spørsmål krever nærmere avklaring med hensyn til videre drift av MOBA:

- Bør OBAs sengekapasitet beholdes som nå, bør den økes eller bør den reduseres? Et flertall av informantene er positive til en utvidelse.
- Hvilken divisjon bør OBA ledelsesmessig tilhøre når perioden som prosjekt under administrerende direktør er slutt?
- Hva bør skje med MIO-A (3G) om tiden går uten at tredje etasjen i MOBA-bygget innredes? Begrunnelsen for å flytte 3G til andreetasjen av MOBA-bygget var nettopp at tredje etasjen ble innredet som planlagt.
- Bør MIO-B omgjøres til et fjerde sengetun i OBA?

Forord

Denne rapporten er et oppdrag gitt av Helse Stavanger til IRIS og UiS. Rapporten er en evaluering av en ny sykehusenhet med akuttmottak, observasjons- og behandlingsenhet, kalt MOBA. Mandatet for studien er nærmere angitt i en prosjektbeskrivelse som redegjør for tema, problemstillinger og metoder i evalueringen. Det er gjennomført en forstudie, en følgeevaluering og en resultatevaluering på grunnlag av det første driftsåret.

Prosjektgruppen vil takke de mange intervjupersoner ved Stavanger universitetssykehus og Helse Vest RHF som har stilt tid og innsikt til rådighet for denne evalueringen. Det skjønn som er utvist i forbindelse med evalueringen, er forfatterne helt og holdent ansvarlige for.

Stavanger, 29.04.2010

Terje Lie

prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	11
1.1	Problembakgrunn	11
1.2	Sykehusets utfordring.....	11
1.3	Intern organisering – arbeidsdeling og spesialisering	13
1.4	Forventninger til MOBA.....	15
1.5	Mål for MOBA som organisasjonsprosjekt	16
1.6	Hensikten med studien	17
2	TEORETISK HOVEDPERSPEKTIV.....	18
2.1	Analytisk modell	18
3	DESIGN, METODE OG DATA	20
3.1	Empiriens omfang og art.....	20
3.2	Design av evalueringen	21
3.3	Dokumentanalysen	21
3.4	Intervjuundersøkelsene.....	23
3.5	Datainnsamlingens fokus	24
3.5.1	Forskningsetiske aspekter	24
4	ORGANISASJONSKARTETS MASKERADE.....	25
4.1	MOBA-prosjektets formelle struktur	26
4.2	MOBAs «ballkort»	26
4.3	Hvor fører organisasjonskartet oss hen?	27
4.4	MOBAs flytdiagram.....	29
4.5	MOBAs beslutningsarena: Initiativ, planlegging og endring.....	30
4.5.1	Behov for å øke sengetallet	30
4.5.2	Utredning og beslutning om nytt akuttinntak	30
4.5.3	Utprøving av konseptet	31
4.5.4	Ledelse og organisatorisk tilknytning	32
4.5.5	Endringer i konseptet	33
4.5.6	Oppsummering – et modifisert MOBA-konsept.....	34
5	EFFEKTER AV MOBA-DRIFTEN	35
5.1	Pasientstrømmene.....	35
5.2	Pasientoversikter	36
5.3	Effektivitetsparametere	37

5.3.1	Triage i akuttmottaket	37
5.3.2	Korttidspostens effektivitetstall	40
5.3.3	Hjemsendelse av pasienter	40
5.4	Sammenligninger	42
5.5	Konsekvenser for SUS øvrige sengeposter	42
5.6	Intervjuundersøkelsen	45
5.7	Prosser og måloppnåelse i MOBA.....	47
5.7.1	Avklaring av pasientforløp og pasientdiagnostisering.....	47
5.7.2	Triagering.....	47
5.8	MOBA – arena for samhandling og læring.....	48
5.8.1	Kompetanse i akuttmottak.....	48
5.8.2	Samhandling.....	48
5.8.3	Hotellet.....	49
5.9	Måloppnåelse	50
6	HOVEDFUNN OG DISKUSJON.....	51
6.1	Oppsummering av de viktigste funn	51
6.1.1	Utfordringer forbundet med å etablere en ny sykehusenhet	54
6.2	Organisasjonsmessige implikasjoner	61
6.3	Vegen videre for MOBA:.....	62
7	REFERANSER.....	63
	VEDLEGG - INTERVJUGUIDER.....	65

TABELLER

Tabell 1. På hvilken måte tror du MOBA kan bidra positivt? Prosentvis fordeling. N=73-80. Prosent andel ”enige”. Kilde: Langlo & Nilsen (2007).	15
Tabell 2. Pasienttilgang til Akuttmottaket 2008 - 2009.....	36
Tabell 3. Innleggelser på OBA 2008 – 2009.	37
Tabell 4. Akuttmottaket. Gjennomsnittlig liggetid/timer per kvartal 2008 – 2009.	38
Tabell 5. Akuttmottaket. Gjennomsnittlig liggetid (oppholdstid)/timer etter hastegrad* 2008 – 2009.	39
Tabell 6. OBA – Gjennomsnittlig liggetid/timer per kvartal 2008 – 2009.....	40
Tabell 7. Pasienter hjemsendt direkte fra akuttmottaket 2008 – 2009.	41
Tabell 8. Oppholdstid/timer for pasienter hjemsendt direkte fra akuttmottaket i 2009.	41
Tabell 9. Utskrevne pasienter fra MIO-B og OBA i 2009.	42
Tabell 10. Gjennomsnittlig liggetid ved sengeposter i antall døgn, ØBH*-pasienter i 2007 og 2009. Pasienter innlagt på 1A i 2007 og OBA i 2009 er ikke inkludert i tallene.....	43
Tabell 11. Brukere av OBA i 2009. Sengeandel av de 24 OBA-sengene.	43
Tabell 12. Avdelingenes andel av sengene i OBA. Prosent.	44
Tabell 13. Andel pasienter med øyeblikkelig hjelp ved avdelingene i 2007 og 2009....	44
Tabell 14. Svar fra informanter om MOBA. Totale tall.....	46
Tabell 15. På hvilken måte kan MOBA være en trussel? (N=73-80). Prosent.....	56

BEGREPER

SUS	STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS
MOBA	NY SYKEHUSENHET SOM OMFATTER AKUTTMOTTAK, OBSERVASJONS- OG BEHANDLINGSAVDELING (NYTT BYGG I TO ETASJER). PROSJEKT UNDER ADM. DIR.
AKUTTMOTTAK	MOTTAK OG SORTERING AV ALLE "ØYEBLIKkelig- HJELP-PASIENTER"
ELEKTIV	PLANLAGT BEHANDLING
OBA (24 SENGER)	OBSERVASJONS- OG BEHANDLINGSAVDELING.
MIO-A (16 SENGER)	MEDISINSK INTENSIV OBSERVASJONSENHET, LENGRE OBSERVASJON AV HJERTEPASIENTER (DEL AV MEDISINSK DIVISJON)
MIO-B (8 SENGER)	MEDISINSK INTENSIV OBSERVASJONSENHET, OBSERVASJON AV HJERTEPASIENTER, KORTERE OBSERVASJONSTID ENN MIO-A (DEL MEDISINSK DIVISJON)
1 A	DEN "GAMLE" OBSERVASJONS- OG BEHANDLINGSPOSTEN I AKUTTMOTTAKET. PRØVEMODELL FOR OBA.
3 G, SENGEPOST	KARDIOLOGISK INTENSIV/INTERMEDIÆR FUNKSJON (HJERTEPASIENTER)
TRIAGERING	REGISTRERING, DIAGNOSTISERING OG PRIORITERING AV INNKOMNE PASIENTER ETTER FEM HASTEGRADER
AMK	AKUTTMEDISINSK KOMMUNIKASJONSSENTRAL
LV	LEGEVAKT

1 Innledning

1.1 Problembakgrunn

Spesialisthelsetjenesten, i sær sykehusene er en av de mest ressurskrevende sektorer i vårt samfunn. Sykehusene er komplekse, høyteknologiske og kunnskapskrevende organisasjoner med nøkkelfunksjoner i et velferdssamfunn. I NPM-regimets tidsalder katalyseres stadige forsøk på å redusere kostnader, øke effektivitet og pasientgjennomstrømning i sykehusene. Hittil synes ingen sykehus å ha funnet optimale måter å oppnå NPM-idealene på (se f.eks. Abernathy & Stoelwinder 1990; Busch m.fl. 2005; Harrison & McDonald 2003; Hildebrandt m.fl. 2003; Johannesen & Olaisen 2004; Kjekshus 2005; Opedal & Stigen 2005). Dilemmaet med økende pasientbehov og begrenset ressurstilgang består; helsemarkedet er i en permanent ustabilitet. Sykehusene leter derfor etter en oppskrift på intern effektivisering i en situasjon hvor behovene hos pasientene øker sterkere enn tilgangen på eksterne ressurser.

1.2 Sykehusets utfordring

Det ankommer og oppholder seg nå flere akuttpasienter ved norske sykehus enn de klarer å håndtere samtidig. Det betyr at pasientene må sorteres og sykehuset må velge hvilken pasient som skal få behandling først. De sentrale spørsmålene er knyttet til hva som styrer prioriteringen og behandlingsvalgene i en slik ubalansert situasjon.

Sykehussektoren forsøker derfor å ta i bruk ulike konsepter for mer effektiv drift, herunder «Lean management», digital diktering, e-handel, behovsdrevet innovasjon osv. Noen drister seg også til å konsipere fremtidens sykehus, slik som ved Molde sykehus, hvor man sier (Mauseth 2007); ”Vi tar utgangspunkt i dagens funksjoner og ser sammen med brukere og ansatte på hvordan disse funksjonene kan løses i framtiden. Enkelt sagt skal vi lage oppskriften for det vi tror vil bli framtidens lokalsykehus”.

Andre er litt mer beskjedne men forsøker å utvikle nye driftskonsepter, særlig knyttet til hvordan akutt og kritisk syke skal håndteres. For sykehussektoren kan slike oppskrifter utvikles både ute i det store folkekjøkkenet (les: i hele sykehussektoren) eller på et prøvekjøkken (les: i et helseforetak) hos utvalgte aktører. I vår sammenheng går vi inn på et av sykehussektorens prøvekjøkkener, nærmere bestemt på Stavanger Universitetssykehus (SUS). SUS har et primæransvar for 320 000 innbyggere i Rogaland. Målt i antall opphold er SUS landets femte største sykehus - og aktiviteten på SUS øker for hvert år i takt med en rask befolkningsvekst. Sykehuset har ca. 6500 ansatte og har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, forskning, opplæring av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. I 2008 ble det gitt behandling og pleie for ca 45.000 inneliggende pasienter, om lag det samme antall som ble behandlet året før (Årsrapport 2008:3). I 2007 ble det foretatt over 340.000 dagbehandlinger/polikliniske konsultasjoner, hvor pasienten blir utredet eller behandlet og drar hjem samme dag. Den største veksten i pasientbehandling ser en ved poliklinisk

behandling. Over 70 prosent av helsehjelpen som ytes er øyeblikkelig hjelp (<http://www.helse-vest.no/sw1157.asp>, lastet ned 11.10.09).

Ved SUS prøves det ut en ny modell (MOBA) for å reorganisere behandlingsskjeden for pasienter som må gis diagnostisk status og behandling raskt eller umiddelbart. Denne nye modellen er kalt MOBA, siden både Mottaksavdelingen som tar i mot og prioriterer innkommende pasienter, og Observasjons- og Behandlingsavdelingen utgjør en helhet. En omtale av MOBA er gitt i tablået under.

Det nye akuttmottaket vil gjøre det mulig å ta imot øyeblikkelig-hjelp-pasienter på en faglig forsvarlig og effektiv måte i perioden fram mot 2015. Akuttmottaket har allerede omorganisert og endret arbeidsformen i forkant av innflyttingen, og bygget er skreddersydd for god pasientflyt. Mottaket har innført et nytt system for prioritering av pasienter (triage) og kontinuerlig observasjon av pasienter mens de venter på videre behandling. MOBA har også et stort og flott akuttrom for behandling av store og kompliserte skader. For de pårørende blir det mye bedre forhold også, med to flunkende nye samtalerom. I tillegg blir det et visningsrom for de tilfellene hvor pasienten er død ved ankomst eller dør i mottak.

Utstyrsparken blir også oppdatert og oppgradert. Det betyr at man får lik standard på alle behandlingsrom. Siden det er svært mange ansatte som vil komme til å jobbe i MOBA, er det spesielt viktig at behandlingsrommene er likt utstyrt slik at det er enkelt å finne det man trenger raskt i en akutt situasjon. Observasjons- og behandlingssenheten (OBA) inneholder 6 sengetun i andre etasje av MOBA-bygget. Hver av sengetunene er organisert med 8 senger rundt en arbeidsstasjon. Fire av sengene står på enerom, og i tillegg har hvert sengetun en firemannstue. Denne organiseringen gjør det lettere å holde oversikt over pasientene, og gjør at personalet har alt som trengs av utstyr og materiell samlet rundt arbeidsstasjonen.

Målet for OBA er å tilstrebe helhetsbehandling av pasienter på tvers av klinikktilhørighet, samt å behandle pasientene raskt og effektivt for så å kunne skrive disse ut etter maksimum 2-3 døgn. Det er også et mål å utvikle spesialkompetanse innenfor utredning og behandling av nærmere definerte tilstander. Pasientene skal i all hovedsak være nyinnleggelser (unntatt intermediær-pasienter). OBA skal også utvikle spesialkompetanse innen utredning og behandling, og tilstrebe raskere diagnostikk og for egnede pasientgrupper.

Kilde: SUS interne nettsider 26.3.08

Siktemålet med MOBA er å lukke gapet mellom begrensede ressurser og akutte behandlingsbehov. Ingen divisjon/avdeling skal "eie" sengene i OBA i den forstand at de er forbeholdt en bestemt divisjon/avdeling. Diagnosene kan variere sterkt, men det skal være mulig å gi behandling i løpet av kort tid slik at pasientene kan skrives ut etter 2-3 dager. Den enkelte pasients diagnose bestemmer hva slags legeressurser som trengs for å gi effektiv behandling. Det skal derfor være et "sømløst" system som sikrer tverrfaglig og effektiv pasientbehandling.

Bakgrunnen for MOBA er derfor at SUS (liksom de

fleste sykehus) opplever en stadig større underkapasitet, mange korridorpatienter og lange ventelister. Etableringen av en korttidspost skal avhjelpe dette. En ser for seg at man gjennom en ny organisering vil få en mer effektiv utnyttelse av ressurser og dermed redusere antallet innleggelser i klinikkene. Poenget for SUS er nå å få denne modellen dokumentert, dvs. utforme en «organisasjonsoppskrift» som i neste omgang i validert form kan raffineres og spres videre som en «superstandard» (Røvik 1998, 2007).

MOBA vil kunne skape strukturendringer i SUS-organisasjonen fordi den trekker på ressurser fra andre enheter. Dette forutsetter også et skift i den rådende organisasjonskulturen (Alvesson 2004). Arbeidsprosessene ved korttidsposten utføres på en annen måte enn ved tradisjonelle sengeposter fordi de er tettere koblet til pasientens samlede behov (Orton & Weick 1990). Slike endringer vil påvirke store deler av organisasjonen på flere plan. Tilpasningene skal implementeres raskt og er å betrakte som en radikal endring for sykehusorganisasjonen. Men vil modellen fungere, overleve

og kunne spres? SUS-ledelsen har i starten anlagt et «verktøyperspektiv» (Røvik 1998:31-32), dvs. søker etter en praktisk utforming av MOBA som gjør at den blir både funksjonell, effektiv, legitim og attraktiv. Ledelsen har erklært tro på at modellen kan bidra til å løse sykehusets viktigste flaskehals, akuttpasientene (Skavoll 2008). Så får tiden vise om den kan fungere også for andre sykehus, dvs. at den kan omfatte både en problembeskrivelse (f. eks. organisatoriske/kulturelle hindringer for økt effektivitet; jf. Argyris 1990) og en løsning (f.eks. optimal pasientflyt) på disse.

For SUS er de institusjonelle omgivelser (særlig helseforetak og pasientorganisasjoner) karakterisert av at det settes krav og forventninger som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå støtte og legitimitet. MOBA og triageringen må levere varene, dvs. vise at dette er mer effektivt enn noen annen oppskrift for at modellen skal oppnå tilstrekkelig legitimitet. Det er altså ikke nok å erklære en suksess, den må demonstreres, dokumenteres og historien må spres. Først da vil det være mulig å utvikle modellen til det Røvik (1998:22) kaller en superstandard. Sykehussektoren er så viktig i alle land at om det vil lykkes å demonstrere modellens fortreffelighet, vil det også være en mulighet for å kunne vise den frem også for andre deler av helsesektoren, både private og offentlige institusjoner i inn- og utland.

MOBA vil også kunne bryte et faglig hegemoni hos sterke helsefaglige profesjoner og organiserer pasienthåndteringen etter uvante måter i sykehussammenheng, noe som kan tenkes å skape intern motstand. Særlig kan man forvente at sykehuslegenes profesjonelle identitet, forankret som den er i ulike spesialiteter og kostbart teknisk utstyr og med basis i objektiv diagnostikk (Berg 1991), kan komme på motkurs til den logistiske hovedideen i triageringen, nemlig å hurtigsortere og prioritere pasienter etter prelimnære undersøkelser og diagnostisk skjønn. Tilslutningen fra legenes side kan påvirke MOBA-modellens legitimitet og institusjonalisering, og dermed også påvirke spredningen i hele sykehussektoren.

1.3 Intern organisering – arbeidsdeling og spesialisering

Det er ikke noe nytt at sykehusene har hatt vansker med å møte pasienttilstrømmingen, at de har hatt korridorpasienter, flaskehals i kritiske funksjoner, ventelister, osv. Likeens er det stadige rapporter om trusler mot pasientenes sikkerhet; sykehusinfeksjoner, uventede skader og dødsfall, etc. I utredningen "Pasienten først" (NOU 1997:2) beskrev man utfordringene som et krysspress mellom pasientens behov, de ansattes arbeidsmiljø og kravet om effektivitet. I dette triangelet skulle sykehusene finne sin nye form for organisering og ledelse. Hensynet til pasientene må settes i høysetet, men dette kommer lett på kollisjonskurs både med kravene til et forsvarlig arbeidsmiljø og hensynet til effektivitet, hevdes det. Slik er situasjonen også i dag; ressurstilgangen er nok økende, men likevel begrenset i forhold til befolkningens behov. Sykehusene må finne interne løsninger som høyner effektiviteten i behandling og pleie. Ikke desto mindre er det akkurat dette som er dilemmaet; sykehuset er til for pasientens beste. Logistikken må være slik at ventelister reduseres og kvaliteten av de tjenester som ytes reduserer behovet for avbrutt eller gjentatt behandling. Derfor må de løsninger sykehusene velger for å imøtekomme pasientens behov avspeile dette.

Sykehuset er en såkalt «høypålitelighets-/høyeffektivitetsorganisasjon»(HP-HE organisasjon), dvs. en institusjon som skal levere både effektive, fullstendig sikre og pålitelige resultater (Reason 1997, Weick et al. 1999). Den generelle utfordring i slike organisasjoner er å gjøre driften så robust som mulig, dvs. både sikre at man kan dra fordeler av utstrakt arbeidsdeling og spesialisering, og samtidig unngå at den tette og kompliserte koblingen mellom ulike funksjoner og oppgaver gjør pasienten sårbar overfor feilbehandling. Arbeidsdeling og oppgaveavhengighet gir behov for koordinering av oppgaver. For pasienten vil behandlingen normalt avhenge av et samvirke mellom mange fagpersoner, spesialiteter og avdelinger. Dette gir en høy grad av gjensidig avhengighet. Arbeidsdeling og spesialisering innebærer at kompetansen går i dybden, dvs. man oppnår ekspertise på de valgte områder. Samtidig øker utfordringene med å samordne alle spesialitetenes og domeneses særkompetanser slik at behandlingsskjeden dekker alle elementene i pasientdiagnosen. Integrasjonsbehovet er derfor den største interne organisasjonsutfordringen i en slik HP-HE organisasjon.

I neste omgang vil denne samordningsutfordringen føre til at to tilhørende utfordringer må løses; flaskehalsproblemet og ansvarsproblemet (NOU 1997:2). Fordi helhetlig oppgaveløsning er preget av gjensidig avhengighet mellom ulike personer og avdelinger som inngår i oppgaveløsningen, kan det lett oppstå flaskehals. Slike flaskehals som en gjerne kan finne på røntgenavdelinger, operasjonsavdelinger, intensiv- eller oppvåkningsavdelinger kan oppstå både på grunn av intern organisering og av mangel på personell. Dessuten vil arbeidsoppgaver som har en innbyrdes tett kobling kunne føre til flaskehalsproblemer hvis man har suboptimal kapasitet i ett av leddene i behandlingsskjeden. Faren for dette øker jo større den gjensidige avhengigheten er. Et sykehus med mange avdelinger, som hver for seg skal planlegge og drive sin spesialitet, vil lett kunne gi flaskehalsproblemer. Flyten i systemet vil aldri bli bedre enn den er i det svakeste leddet. Dette medfører at bemanningsproblemer på ett nivå får virkning gjennom hele behandlingsskjeden. I et slikt system vil en oppleve overkapasitet alle andre steder enn der flaskehalsen befinner seg. Logistikken i hele behandlingsskjeden må altså samstemmes.

For pasientene fører dette til økte ventetider både i og utenfor sykehus. Pasientene ser ikke nødvendigvis disse flaskehalsene, men de opplever problemene ved dårlig planlegging, venting og usikkerhet. Dessuten vil det når en helhetlig oppgave (f.eks. flerleddet pasientbehandling) utføres med en høy grad av arbeidsdeling og involvering av mange forskjellige personer og avdelinger, kunne oppstå problemer med å ivareta et helhetlig ansvar. Ansvarer kan fortone seg som fragmentert fordi det normalt ikke følger selve behandlingsskjeden som pasienten gjennomgår, men er knyttet til avdelinger og fag.

Summerer vi opp de interne organisatoriske utfordringer et sykehus har på dette feltet kan vi si følgende: *Spesialisering* er nødvendig for å møte de vanskeligste medisinske tilfellene som legges inn. *Koordinering* er nødvendig for å kunne tilby pasientene behandlingselementer i riktig rekkefølge. *Flaskehals* som oppstår må ryddes vekk for å øke effektivitet og pasientgjennomstrømming. Ansvarer for helheten må avklares for å sikre riktig ressursprioritering og kvalitet i behandlingen. Føy så til at sykehusene har komplekse og særpregete profesjons-subkulturer og et nesten umettelig behov for kompetanse. Alle utfordringene skal løses innenfor begrensede budsjetter og med

tidskritiske utfordringer. MOBA-konseptet er ment å løse noe av dette ventetids- og flaskehalsproblemet ved å fokusere på mottak og tidligbehandling av akuttprosienter.

1.4 Forventninger til MOBA

Langlo og Nilsen (2007) har gjort en forstudie av MOBA-prosessen fra initiativ til vedtak. I forbindelse med deres felles masteroppgave foretok de en kartlegging av hvilke forventninger ulike aktører i SUS hadde til MOBA-konseptet. De sendte i den forbindelse spørreskjema til toppledere, mellomledere, leger og sykepleiere i Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, Kirurgisk-ortopedisk klinikk og Klinikk for spesialmedisin. De sendte ut 124 spørreskjema og fikk 83 i retur noe som innebærer en svarprosent på 67. Denne undersøkelsen gir en verdifull baseline for vurderingen av hvilke effekter MOBA har ført til. Vi har derfor gjengitt noen av deres funn og benyttet deres forventningskartlegging i forbindelse med vår egen effektstudie.

Forfatterne stilte blant annet et spørsmål om hvilken legitimitet MOBA har blant ledere og ansatte. Svarene viste at nesten 80 prosent av ledere, leger og sykepleiere mente at ideen om MOBA var svært god eller god. Dette var synspunkter de fant igjen i 11 intervjuer de foretok blant nøkkelinformanter knyttet til utviklingen av MOBA-konseptet.

Et annet viktig spørsmål de stilte, var hvorvidt ideen om MOBA hadde forankring i fagmiljøene. Også på dette spørsmålet var responsen positiv. Nesten 70 prosent av respondentene svarte at MOBA var forankret i fagmiljøene i svært stor grad eller i noen grad. Blant legene var det imidlertid 29 prosent som uttalte at de i liten grad syntes MOBA hadde en faglig forankring. Litt mer tvil var respondentene i spørsmålet om det var enighet mellom klinikkene om å etablere MOBA. Ca. 60 prosent av alle de spurte uttalte at det var enighet mellom klinikkene, mens en fjerdedel mente det ikke var det.

I studien til Langlo og Nilsen ble det også stilt en rekke spørsmål om på hvilke områder det kunne forventes forbedringer som følge av MOBA. Vi har valgt å gjengi en tabell som ble benyttet i denne studien fordi den viser hvilke forventninger ledere, leger og sykepleiere i ulike klinikker hadde til MOBA allerede i 2006.

Tabell 1. På hvilken måte tror du MOBA kan bidra positivt? Prosentvis fordeling. N=73-80. Prosent andel "enige". Kilde: Langlo & Nilsen (2007).

	Redusere antall korridorprosienter	Bedre kostnads-kontrollen	Bedre pasient-behandlingen	Bedre pasient-forløpet	Bedre arbeids-forholdene	Bedre samhand-lingen mellom ulike fag-grupper	Bedre læringsmiljøet	MOBA vil ikke ha noen positive effekter
Legene	57	14	25	61	25	43	7	4
Sykepleierne	69	-	40	73	20	38	1	4
Lederne	59	8	29	67	22	37	1	4
Topplederne	80	-	50	80	25	50	1	-
Alle	61	5	35	68	23	40	9	4

Størst forventninger var i 2006 knyttet til MOBAs evne til å redusere antallet korridorpasienter og å bedre pasientforløpet (pasientflyten). Svært få hadde imidlertid forventninger om at MOBA ville bedre kostnadskontrollen og læringsmiljøet. Det siste er noe overraskende sett i lys av at MOBA i stor grad er begrunnet med de læringsmuligheter som ligger i å etablere en faglig samhandlingsarena for ulike fagdisipliner. Vi legger imidlertid merke til at 40 prosent mener at MOBA vil bedre samhandlingen mellom ulike faggrupper. Tabellen viser også at respondentene, og da spesielt legene, hadde begrenset tiltro til at MOBA ville bedre pasientbehandlingen. Det er en tendens til at legene er mindre optimistiske enn topplederne.

Både i forbindelse med SUS 2008 delprosjekt 07-01 og i et eget OBA-notat (oktober 2009), er det foretatt en sammenligning mellom den tidligere korttids observasjons- og behandlingseenheten 1A og nåværende OBA-organisering. Et viktig premiss for OBA er at enheten ikke bare skulle være en videreføring av 1A i et noe større omfang. Sammenlignet med den tidligere korttidsposten 1A skal dagens OBA tilby raskere diagnostikk og behandling. Pasienter med flere lidelser skal få en tverrfaglig vurdering for å avklare videre pasientforløp. Med kort liggetid og aktiv behandling fram til kl. 22 skal det sikres en høy turnover på pasientsiden. Målet er utskrivning av pasienten senest innen 3 døgn, men enheten tar også i mot en del ruspasienter som kan ha behov for skjerming i lengre perioder. OBA vil til en hver tid ta imot øyeblikkelig hjelp, dvs. at stor del av pasientene kan sendes til OBA og dermed i noen grad avlaste andre ordinære sengeposter. Ved at leger fra ulike fagmiljøer samles i OBA vil det bli mindre bruk av skriftlige henvisninger og økt liggetid i påvente av tilsyn. Det spares dermed liggetid. Oppholdsrom m.m. for leger er lagt til i dette området for å spare unødig tid. Vaktleger som har mye tid bundet i Akuttmottak, vil ha kort vei til oppfølging av pasienter i OBA, det vil at det oppnås geografiske samlokaliseringsgevinster.

1.5 Mål for MOBA som organisasjonsprosjekt

Målene for MOBA har vært diskutert og blitt presisert gjennom debatten om MOBA-konseptet helt fra initiativet ble tatt i 2001 fram til det prosjektdirektiv som er laget for ledelse og drift av MOBA. I følge dette direktivet per februar 2009, er målene for OBA og Mottaket følgende:

Målene for OBA er disse:

- Sørge for at klinikkene utvikler et positivt eierforhold til OBA
- Tilstrebe en helhetsbehandling av pasienter på tvers av klinikktilhørighet
- Behandle pasientene raskt og effektivt for så å kunne skrive disse ut etter maksimum 2-3 døgn.
- Utvikle spesialkompetanse innenfor utredning og behandling av nærmere definerte tilstander
- Pasienter skal i all hovedsak skal være nyinnleggelser, og ikke pasienter fra andre sengeposter på sykehuset med unntak av Intermediær pasienter

- OBA skal utvikle spesialkompetanse innen utredning og behandling og tilstrebe raskere diagnostikk og for egnede pasientgrupper
- Aktiv behandling og utredning skal foregå frem til kl. 22.00
- Skjerme de ordinære sengepostene slik at de faglig kan konsentrere seg om pasienter med behov for lengre sykehusopphold.

Målene for Akuttmottaket er følgende:

- Opprettholde en faglig forsvarlig drift
- Gjennomføre initial Triage på alle pasienter etter den (til enhver tid) gjeldene triage prosedyre
- Tidlig undersøkelse og rask oppstart av behandling
- Etablering av arbeidsrutiner som reduserer unødvendig ventetid og som gir best mulig ressursutnyttelse
- Redusere antall unødvendige innleggelser til resten av sykehuset
- Være en tverrfaglig arena for kompetanseutvikling innen mottak og behandling av øyeblikkelig hjelp- og akuttkritisk syke/skadede pasienter
- Samarbeide tett med prehospital seksjon, primærhelsetjenesten og resten av SUS

MOBA kan ses som et «sykehus i sykehuset», dvs. den er en relativt autonom enhet som innehar mange av de viktigste funksjoner et vanlig sykehus utfører. Moderorganisasjonen, Stavanger Universitetssykehus (SUS), var tidligere inndelt i ti klinikker og to stabs-, støtte- og serviceenheter. Fra 1. september 2008 ble klinikkene omgjort til fem nye divisjoner: Kirurgisk -, Medisinsk -, Psykiatrisk -, Medisinsk service - og Intern servicedivisjon. MOBA-enheten ble til i denne reorganiseringsfasen, og målene må ses i sammenheng med de krav og muligheter som følger selve restruktureringsprosessen.

1.6 Hensikten med studien

Evalueringsens siktemål er å etterprøve om MOBA oppfyller de mål som begrunner denne organisatoriske nyskapningen og evt. peke på manglende eller utilsiktede virkninger av reformen. Sentrale spørsmål i evalueringen har vært: Iverksettes MOBA på en vellykket måte? Hva slags tilsiktede og evt. utilsiktede effekter har MOBA sett i forhold til målene? Foruten en vurdering av måloppnåelsen, er det gjennomført en forstudie (kartlegge baseline) og en følgeevaluering av iverksettingen.

Fokus i denne studien er først og fremst på det nye akuttmottaket med observasjons- og behandlingsenhet (kalt "MOBA") ved SUS og dets relasjoner både til sin overordnede eier (Helse Vest RHF) og til sine utførende enheter ved SUS, med vekt på å spore hvilken utvikling den nye enheten har gjennomgått i planleggings- og prøvfasen, men med hovedvekt på oppstarten i 2008 og driften i 2009. Mest oppmerksomhet er viet den

nye Observasjons- og behandlingsavdelingen (OBA). Datainnsamlingen ble avsluttet 15. oktober 2009.

2 Teoretisk perspektiv

Vi oppfatter MOBA som en organisasjon med en distinkt utforming og identifiserbare omgivelser. Med et åpent systemperspektiv på organisasjonen vil det likevel være nødvendig å kunne angi systemets opphav, grenser, struktur og prosesser. Hovedproblemstillingen for evalueringen ble derfor formulert slik:

Hvilken vurdering gjør ledelsen i SUS og MOBA av den valgte organisasjonsmodellens styrke og svakheter ift. til de opprinnelig fastsatte målsettinger om bedre kapasitet og effekt, økt brukertilfredshet, tettere integrasjon og bedre samarbeidsrelasjoner av de særlige spesialisttjenester den nye enheten omfatter?

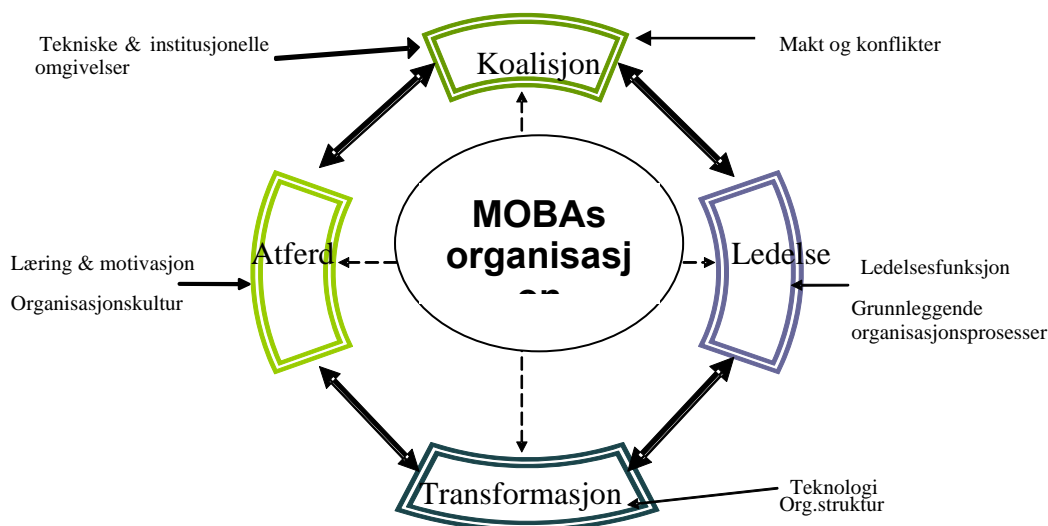
I den forbindelse tenker vi på MOBA som en koalisjon av grupper og interesser, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom samhandling med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål. Tilstrekkelig fokus på interessentene, deres preferanser, bidrag og belønninger er viktig i evalueringen. Likevel, med et åpent systemperspektiv på organisasjonen vil det også være viktig å kunne angi systemets grenser, struktur og prosesser. Koalisjonen har både teknisk-økonomiske (regulert gjennom markeder for arbeid, kapital, leverandører, kunder) og institusjonelle (ordnet gjennom regulative, normative, kognitive mekanismer) omgivelser.

MOBAs omgivelser er således karakterisert av at det settes krav og forventninger som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå støtte og legitimitet. Legitimitet er en generalisert antagelse om at spesielle handlinger er ønskelig og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner. Legitimitet er viktig for en organisasjons relasjon til sine omgivelser. For MOBA vil legitimiteten antagelig motsvare de institusjonelle mekanismene, med hovedvekt på legal (regulativ) legitimitet som både stammer fra det lov- og regelverket eieren (Helse Stavanger), utførende enheter og brukere tilpasser seg.

2.1 Analytisk modell

Modellen (jf. figur under) henter sin forankring fra fagfeltet «Endringsledelse» (jf. Busch et al, 2005, 2007; Jacobsen 2004), og fokuserer på «organisasjon» som bestående av fire ulike delsystemer; koalisjons-, ledelses-, atferds- og transformasjonssystemet.

Teoretisk analysemodell



Innen hvert av delsystemene vektlegges ulike grunnleggende elementer hos en organisasjon i endring. Stikkord for disse elementene er angitt i modellen og skal adresseres i selve analysen av det samlede materialet. En slik modell kan gi mulighet både til å sjekke hvilke prosesser som fant sted i selve konsiperingen og utformingen av organisasjonsmodellen, etablering og implementering av modellen, samt endringer og justeringer som har skjedd underveis.

I datainnsamlingen er det vektlagt informasjon både om prosesser og beveggrunner knyttet til selve valget av den spesifikke modell med en egen avdeling, til oppbyggingen og operasjonen i den korte driftsperioden man har erfaring med så langt, og til i hvilken grad det er bestemte trusler og konfliktområder som bør iakttas i tiden som kommer.

I relasjon til de enkelte delsystemene har det vært aktuelt å sjekke følgende aspekter:

1. Koalisjonssystemet

- Etablerte relasjoner med definerte interessenter
- Sammensetning av interessentmatrisen
- Makt- og innflytelsesstrukturer

2. Atferdssystemet

- Kompetanse hos MOBA-ansatte
- Servicenivå overfor SUS
- Motivasjon

3. Transformasjonssystemet

- Organisasjonsplan
- Teknologisk/organisatorisk løsning
- Leveransestrukturen

4. Ledelsessystemet

- Ledelsesprosesser
 - målutvikling/måloppnåelse
 - kommunikasjon
 - problemløsning/beslutninger

I evalueringen har denne modellen gitt anvisning til hvilke av de strukturelle sidene ved MOBA det har vært viktig å skaffe innsikt om. Organisasjonskulturelle sider, herunder også forekomsten av subkulturer (f.eks. i de ulike produksjonsenhetene) er av kapasitetshensyn ikke studert. Organisasjonsteoretisk forskning anser dessuten som oftest de kulturelle sidene som forholdsvis svakere enn de rent strukturelle organisasjonsgrepene som iverksettes. Spesielt gjelder det ved organisatoriske nyskapinge der mye av innholdet er nytt: bygg, utstyr, folk. Organisasjonskulturen antas å gi et visst «dekningsbidrag», men ikke nødvendigvis være avgjørende for hvordan en reform eller organisasjonsendring vil kunne gjennomføres.

Det har også vært et hovedpoeng å få tydeliggjort beskrivelser av de strategier som er benyttet og som vil bli benyttet ved en eventuell videreføring av den valgte modellen. Likeens har evalueringen av selve organisasjonsformen vektlagt hvordan foretaket oppfyller målsettingene om bedre og økte helseleveranser til regionen.

3 Design, metode og data

3.1 Empiriens omfang og art

Evalueringen av organisasjonsmodellen er basert på to hovedkilder til informasjon; innsamling og analyse av utvalgte deler av dokumentmassen som berører MOBA fra vedtaksbeslutning til dags dato, og intervjuer med nøkkelinformanter og ledelse fra de strategisk viktigste interessentene i MOBAs aksjonsradius.

Utvelgelsen av dokumenter er gjort slik at både strategiske, operative og administrative beslutninger, prosedyrer og resultater skulle kunne gjenfinnes i materialet. Ingen deler av dokumentmassen som er anmodet fra prosjektet er blitt tilbakeholdt eller unndratt analyse.

Som en viktig del av datainnsamlingen har vi gjennomført intervjuer med representanter for ledelse og ansatte i ulike deler av helseforetaksorganisasjonen. Det ble ikke krevd noen spesiell forberedelse fra den som ble intervjuet i forkant av intervjuet. Intervjuene ble dels foretatt i forbindelse med kartlegging av baseline (forstudien), i forbindelse med følgeevalueringen av iverksettingen av MOBA og etter ca. ett års drift av MOBA.

Intervjuene fulgte en (halvåpen) intervjuguide og ble både gjort skriftlig og tatt opp på bånd. Båndene vil slettes etter at prosjektet er avsluttet. Informasjonen fra intervjuene er behandlet på en slik måte at ingen utsagn skal kunne peke direkte tilbake på den enkelte som blir intervjuet.

3.2 Design av evalueringen

Evalueringen av MOBA er en eksempelstudie, med et fokus på organisering og prosesser. Kvalitativt orienterte casestudier kan gi god innsikt i prosesser og lokale strategier. Ved å bruke en eksempelstudie kan man trekke ut essensen av komplekse sammenhenger, noe som gir en mer helhetlig forståelse av spesifikke lokale betingelser og den betydning de har for aktørenes handlinger.

Utvelgelsen av eksempler på organisasjonsmodeller for sammenligning gjøres ikke først og fremst for å generalisere, men for analytiske formål. Om man velger eksempler som er «unike» eller «idealtypiske» avhenger av evalueringens problemstilling. Når det gjelder organisasjonsformen til MOBA er den enn så lenge unik blant de regionale helseforetakene i Norge når det gjelder organiseringen av pasientstrømmene.

Fordi en eksempelstudie skal trekke ut essensen av et komplekst fenomen, bør man benytte et mangeartet evalueringsdesign. Det betyr at man må kunne kombinere ulike metoder, og gi rom for å tilpasse opplegget til de resultater man finner underveis. Siktemålet vil være å gi en intensiv beskrivelse av et organisatorisk system og å utvikle en helhetsforståelse (Halvorsen 1993).

Det ligger i eksempelstudiens natur at man ikke nødvendigvis skal generalisere til en hel populasjon. Men de funn som gjøres kan stimulere ideer og tanker om lignende modeller brukt andre steder. Dessuten kan en slik studie gi basis for analytisk generalisering, hvor teorier og antagelser utvikles eller etablerte forklaringer og modeller gis en ny vurdering. Dette er også håpet i denne evalueringen.

3.3 Dokumentanalysen

Et viktig grunnlag for denne evalueringen er det utvalg av dokumenter fra Helse Stavanger og SUS som er gjort til gjenstand for analyse. Dokumentanalyse er en betegnelse for en systematisk analyse av skrevne (eller audiovisuelle) beretninger som ikke er produsert eller generert av forskeren selv. Dokumentanalysens premisser er at vi lever i kulturer som i vesentlig grad baserer seg på skrevet materiale og andre former for dokumenter. I de fleste organisasjoner er fremstilling, behandling og lagring av dokumenter en hovedaktivitet. Dokumentene representerer organisasjonenes kollektive minne, deres fremste middel til systematisering av erfaringer og en av de viktigste formene for selvpresentasjon. En analyse som ikke forholder seg til hvordan organisasjoner fremstiller seg selv dokumentarisk, står i fare for å bli mangelfull.

Ved en sammenligning av intensjoner og realiteter er dokumenter derfor et utgangspunkt for å finne frem til de mål og intensjoner prosjektledelsen hadde i starten, og for en rekonstruksjon av forløpet for beslutningen om opprettelse av MOBA. Dessuten er implementering og drift i prøveperioden også dokumentert på ulike måter. Dokumentene blir dermed et hjelpemiddel til å fylle ut informasjonshull som kan oppstå i evalueringen. Helt «tette» blir selvsagt ikke disse hullene da dokumenter vanligvis ikke formidler de ulike aktørers erfaring, meningsutveksling og intensjoner verken i startfasen eller i driftsfasen. Derfor er det i dette tilfellet nødvendig å supplere dokumentinformasjonen ved hjelp av informantintervjuer.

Ved dokumentanalyse skaffer man til veie data gjennom analyse av foreliggende kildemateriale. En kilde er et dokument som er forfattet med en bestemt hensikt og innenfor en gitt kontekst. Det betyr at kilden gjenspeiler ikke bare den forståelse og kunnskap som var rådende i opphavssituasjonen, men også den hensikt kilden var ment å tjene. Når man analyserer skriftlige kilder er det derfor viktig å ha klart for seg hva slags dokumenter man har med å gjøre. Holme & Solvang (1996) skiller for det første mellom kognitive (berettende) og normative (vurderende) kilder. Kognitive og normative utsagn kan imidlertid være tett sammenvevd, og forekomme side om side i samme setning. Likeledes kan en tilsynelatende kognitiv fremstilling være et forsøk på å hevde normative synspunkter. Videre skilles det også mellom fortidsrettede og fremtidsrettede kilder.

Ved å sette de to dimensjonene sammen kommer man frem til fire hovedformer for dokumentasjonskilder:

	Fortidsrettet	Fremtidsrettet
Kognitiv	Berettende	Forutsiende
Normativ	Vurderende	Programmatisk

Figur 2. Dokumentasjonskildenes hovedformer

Dokumentasjonen fra MOBA dekker alle fire kategorier; både kognitive og normative kilder om det som har hendt og om det som planlegges innen en bestemt tidshorison. Det materiale som er stilt til rådighet faller dessuten i kategorien institusjonell dokumentasjon. En slik kilde vil normalt være formell og preget av en «institusjonell» sjargong, dette gjelder også materialet fra MOBA.

Det er også slik at ulike dokumenter vanligvis ikke er oppstått som respons på selve evalueringen (eller forskningsprosjektet) og derfor er upåvirket av dette. Datamaterialet kan derfor gi innblikk i forhold som de intervjuede informanter har glemt, fortrenget eller ikke ønsker å diskutere. På den annen side advares det mot å lese dokumentene som en nedskrevet optegnelse av hva som faktisk har funnet sted (Yin 1994:81).

Dokumenter har ulik validitet avhengig av hvem som har skrevet dem og i hvilken hensikt de er forfattet. Offentlige dokumenter tillegges gjerne større validitet enn avisinnlegg, men det er viktig å huske at begge deler er innlegg i en pågående diskurs, slik at ordbruken kan være overdreven. Forskningsrapporter og ulike former for statistikk regnes å ha høy validitet. I evalueringen er det ikke brukt mediekilder, kun dokumentasjon fremstilt av MOBA eller av dets eier til interne (gjelder særlig møtereferater, styringsdokumenter, prosedyrer etc.) eller eksterne formål (f.eks. brosjyrer, langtidsplaner, etc.).

Av enkelte organisasjonsteoretikere anses imidlertid «planer» å være dokumenter som egentlig ikke får noen signifikant betydning for hva som kommer til å skje. Noen ser planer som symboler, spill, påskudd for samhandling, eller som profilering og reklame (Cohen & March 1974), eller mener at sammenhengen mellom planer og resultater mer er et fantasiprodukt enn et godt kontrollert utfall av en beslutning (Mintzberg 1994).

Både forut for iverksettingen av prøveordningen og i driftsperioden (2008-2009) er det gjennomført flere utredninger, utarbeidet planer, og inngått avtaler mellom ulike samarbeidende instanser. Det er også laget referater fra en rekke møter, seminarer og konferanser. Alt dette er dokumentasjon som har vært relevant for denne evalueringen.

I tillegg er det brukt dokumentasjon om MOBA som finnes i form av statistikk og data i det kvalitetssystemet som er under utvikling i Helse Vest RHF.

3.4 Intervjuundersøkelsene

Evalueringen ønsker gjennom kvalitative intervju med representanter fra relevante instanser og interessenter å få nødvendige data om erfaringer disse har med den valgte organisasjonsmodellen og den arbeidspraksis som har utviklet seg innenfor denne. Av særlig interesse er de vurderinger som gjøres av hvordan MOBA har utviklet seg i driftsperioden, og hvilken fremtidig modell og praksis som de ulike instansene og interessentene mener bør velges. Den delen av evalueringsoppdraget som rapporteres i denne publikasjonen har derfor valgt ut informanter ut fra to hensyn:

1. **Funksjoner**, dvs. informanter som dekker *ledelsesfunksjoner* (herunder; administrative og faglige ledere (både leger og sykepleiere) og rådgivere, støttefunksjoner, tjenesteytere (saksbehandlere/behandlere) i SUS organisasjonen). Også personer med en nøkkelrolle i forbindelse med initiativet og utformingen av MOBA er intervjuet, selv om disse per i dag har andre funksjoner og roller. De aktuelle avdelinger/klinikker og instanser er: Medisinsk klinikk, Kirurgisk/ortopedisk klinikk, MOBA og tillitsvalgte.
2. **Instanser**, dvs. informanter fra Helse Vest RHF.

Intervjuguiden er bygd på en analysemodell egnet for å forstå MOBA som organisasjon, dvs. som selvstendig enhet med en særlig organisatorisk utforming. Intervjuguiden tok derfor sikte på å dekke informantens syn og erfaringer på alle elementene i behandlingskjeden, der hvor det var relevant og aktuelt i forhold til den enkelte informants posisjon og erfaring (jf. vedlegg).

Intervjuene ble gjennomført i to puljer i 2008 og 2009 og fokuserer hovedsakelig på organisering og driftserfaring fra oppstart i april 2008 til dagens situasjon, herunder; «i hvilken grad har en med dagens organisasjonsmodell oppnådd»:

1. de generelle målsettingene om bedre kapasitet, kvalitet og samhandling internt innen de spesialiserte funksjonene MOBA skal utføre og
2. de spesifikke målsettingene om å oppnå kortere liggetid og høyere «snuprosent» i gruppen av innkommende akuttprosienter.

Intervjuene dekker også hvilke (antatte) endringer i organisering eller arbeidsmåter som kan være aktuelle for å videreføre eller forsterke de fordeler og redusere de ulemper den valgte modellen har medført.

3.5 Datainnsamlingens fokus

I evalueringen er søkelyset i hovedsak satt på de strukturelle sider ved organiseringen av MOBA som del av helseforetakets samlede organisasjonsform. Derfor har det vært viktig å samle inn informasjon som kan svare på de overordnede målsettinger det regionale helseforetaket satte for en effektiv organiseringsform om kapasitetsutforming, kvalitet, virkning, brukertilfredshet, integrasjon og samarbeidsrelasjoner.

Både disse opprinnelige målene og de nevnte fokusområdene gjelder som undersøkelsesområde for hele evalueringen. Derfor blir intervjumaterialet brukt som «speil» for dokumentasjonsmaterialet som anvendes. Begge kilder skal altså belyse de samme sider ved organisasjonsformen selv om dataene er samlet inn ved hjelp av ulike metoder, har sitt eget rasjonale, styrke og svakheter som vist foran.

Evalueringer kan ses på som læringsprosesser hvor informasjon fra evalueringen skal føres tilbake til mål og planer for et program eller tiltak (Rossi og Friedman 1993; Lie 1999). I litteraturen om strategier for iverksetting er det vanlig å skille mellom to tilnærminger for å forklare hvordan offentlig politikk blir satt ut i livet.

«Top down»- modellene gjør spørsmålet om «vellykket» iverksetting til et spørsmål om graden av samsvar mellom sentralt utformede mål og måten disse blir gjennomført i praksis på det lokale plan. «Bottom up» modellene betrakter iverksetting mer nedenfra og legger vekt på å studere samspillet mellom de ulike aktørene. Spørsmålet om vellykket iverksetting blir her bl.a. et spørsmål om delmålene til aktører på et underordnet nivå blir realisert (Offerdal 1992, Kjellberg og Reitan 1995).

I evalueringen skal vi gjøre bruk av begge perspektiver som basis for datainnsamling. Vi fokuserer både på de strukturelle sidene ved den valgte modellen, med et perspektiv på organisasjon og styring, og på hvordan den nasjonale helsereformen er implementert innenfor den valgte organisasjonsmodellen og hvilke funksjonelle konsekvenser modellen synes å ha fått.

3.5.1 Forskningsetiske aspekter

Grunnlaget for denne rapporten bygger på ulike plandokumenter fra SUS, statistikk over pasientstrømmer ved sykehuset, ansikt til ansikt intervjuer med utvalgte informanter og en mindre spørreskjemaundersøkelse blant informantene. Prosjektet følger forskningsetiske retningslinjer for anonymitet. Informanter er valgt strategisk ut fra posisjoner de har i forhold til MOBA og har kjennskap til MOBA i kraft av ledende stillinger i sykehuset og representanter for fagforeninger. Informanter har gitt sitt informerte samtykke til å delta, og ingen personer kan bli gjenkjent i rapporten ved direkte eller indirekte identifiserende opplysninger.

Vårt bestemte inntrykk er at alle informanter har vært åpne i intervjuene og har gjort sine vurderinger etter beste evne. Svarene vil kunne være preget av ulike interesser de enkelte har knyttet til MOBA-prosjektet.

4 Organisasjonskartets maskerade

Målene om rask og treffsikker pasientsortering i Mottaket og effektiv og tverrfaglig pasientbehandling i OBA, skal realiseres i en organisasjon med følgende ledelsesmessige og organisatoriske byggesteiner (per februar 2010):

Et mottak i første etasje av MOBA-bygget med utvidet mottakskapasitet, system for sykepleiefaglig TRIAGERING av pasientene etter hastegrad og legefaglig vurdering av diagnose og hvor pasienten skal sendes i SUS-systemet. I mottaket er det utstyr og rom for å håndtere spesielt akutte tilfeller og observasjonssenger.

Opprinnelig ble OBA planlagt med en sengekapasitet for 60 pasienter. OBA består i dag av 24 observasjons- og behandlingssenger organisert i tre såkalte sengetun i andre etasje i MOBA-bygget. Det er halvparten av den sengekapasiteten planlagt igangsatt fra 2008 (48 senger). Avdelingen bygger på den tidligere korttidsposten i det gamle mottaket, 1A. Den er oppskalert med noen senger, men ikke så mye som først planlagt.

- Legerressurser tilkalles til OBA etter behov ut fra stilt pasientdiagnose, mens sykepleierne er fast ansatt i OBA. Dette gjelder også medisinsk fagsjef i OBA. Krever diagnosen flere typer kompetanser, skal OBA fungere som en arena for tverrfaglig kommunikasjon i behandlingen. OBA-sengene er såkalte ”tekniske” senger. Ideen er at pasientene skal bli observert og behandlet på ”nøytral” grunn. Ved at ingen avdeling/divisjon ”eier senga”, er forhåpningen at det skal bli enklere å bruke legerressurser på tvers av avdelings- og divisjonsgrensene.
- Den administrative og faglige ledelsen er ansatt i MOBA og er tilknyttet SUS-organisasjonen ved et toårig prosjekt under administrerende direktør. Samarbeidsavtaler er inngått med ulike divisjoner og avdelinger. Et MOBA-råd er opprettet med medlemmer fra divisjonene som har pasienter i MOBA (Akutt, Medisinsk, Kirurgisk-ortopedisk, Spesialmedisin, vernetjenesten og en representant for de ansatte).
- Totalt er det 48 senger i andre etasje i MOBA-bygget. 24 av disse sengene disponeres av Medisinsk divisjon. 16 av disse, det vil si to sengetun, kalles MIO-A (Medisinsk Intensiv Observasjon) og benyttes til hjertepasienter med behov for lengre overvåking. Disse to sengetunene utgjør den tidligere 3G posten (kardiologisk intensiv/intermediær funksjon) ved SUS som ble flyttet over i andre etasjen i MOBA-bygget. MIO-A tar ikke bare i mot akuttpasienter fra mottaket, men også fra sengepostene på SUS. Funksjonen avviker dermed noe fra konseptet i OBA. I tillegg disponerer Medisinsk divisjon 8 senger, eller ett sengetun, kalt MIO-B som er et sengetun for medisinske (OBA-)pasienter med behov for kortere opphold. Medisinsk fikk høsten 2008 redusert antallet senger ved øvrige sengeposter ved SUS. Ved sammenslåing av sengepostene 6E og 4H ble antallet senger redusert med 14, men dette ble delvis kompensert gjennom åpning av fem enerom ved 3F. Netto betyr det likevel at Medisinsk har mistet 9 senger.

- MOBA-bygget inneholder en tredje etasje som ikke er ferdig innredet (per februar 2010). Planen var opprinnelig å innrede denne etasjen med invasiv kardiologi og intensivfunksjon. Dette var en viktig begrunnelse for å flytte 3G til MIO. Realiseres planen kan det tas ut samlokaliseringsgevinster og tilrettelegges for mer tverrfaglig samarbeid mellom MIO-funksjonene i andre etasjen av MOBA-bygget og de planlagte funksjonene i tredje etasjen.

4.1 MOBA-prosjektets formelle struktur

I avgrensningen av evalueringen er det som startpunkt brukt tilgjengelig skriftlig dokumentasjon, herunder organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, åpne publikasjoner, samt utvalgte møtetreferater. Dette dokumentasjonsgrunnlaget er viktig for å forstå den struktur som er bygd opp rundt MOBA, herunder formelle funksjoner og posisjoner, kommunikasjonslinjer og beslutningsorganer. I organisasjonsteoretisk forstand er oppgaven først å klargjøre hvilken typologi som best beskriver den valgte prosjektmodellen. Fra en bestemt typologi vil det være mulig å utlede de konsekvenser strukturen vil ha, både som ramme for planlagte handlinger men også som arena for ønskede utviklingsprosesser.

Dette kapitlet forsøker på denne bakgrunn å *typebestemme* MOBA samt å analysere hvilke handlingsvalg som er (teoretisk) optimale innen den valgte modellen, men også å klargjøre hvilke begrensninger, flaskehalsar og potensialer modellen innebærer. Drøftingen er gjort i en organisasjonsteoretisk ramme med vekt på at MOBA (som del av et offentlig sykehus) har en åpen løsning mot sine omgivelser, men at det samtidig er del av den tenkemåten som preger ”moderne” løsninger (jf. New Public Management).

4.2 MOBAs «ballkort»

Gjennom lang tid har vi vent oss til å tegne og tolke organisasjonskart, såkalte organigrammer. De er organisasjonenes «ballkort». Disse har en logisk struktur bygd på enkle prinsipper som angir ordre- og kommunikasjonslinjer, stabs- og støttefunksjoner så vel som linjefunksjoner, alt pent pakket inn i et hierarkisk ordnende prinsipp om over- og underordning. Et slikt hjelpemiddel skal sikre oss en oversikt over hvordan stillinger er utformet og gruppert i større enheter, så vel som å vise hvordan aktivitetene våre kan styres og samordnes, og ikke minst hvordan beslutningsmyndigheten fordeles. Det kan altså si oss i hvilken grad beslutninger er sentralisert eller desentralisert.

Men organigrammene dekker også over mange viktige organisatoriske aspekter; først og fremst de som er knyttet til organisatoriske prosesser, kultur, makt og uformell samhandling. Det er lite sannsynlig at en bestemt organisasjonsstruktur vil vedvare over lang tid, spesielt ikke i et tidsbegrenset prosjekt slik MOBA er definert. Snarere er det å forvente at det oppstår stadige tilpasninger og justeringer, samt at det tidvis vil være behov for radikale endringer i strukturen. På bakgrunn av ulike prinsipper for utforming og gruppering av funksjoner får vi vanligvis en organisasjonsform som antas å være tilpasset organisasjonens oppgaver og utfordringer. Hovedhensikten er selvsagt å finne en struktur som både gir høy effektivitet og en god legitimitet. Innen helsefeltet har det

ikke utviklet seg noen standardløsninger for hvordan helsetilbudet best skal organiseres. En organisasjonsform må imidlertid baseres på forutsetninger om likhet i tjenestetilbudet (les: behovsprioritering), kunne svare til sammensetningen av helsetjenestebrukere (les: pasienter) og til institusjonelle forventninger fra viktige interessenter (les: myndigheter, helseforetak).

4.3 Hvor fører organisasjonskartet oss hen?

Ved utbygging og etablering av nytt akuttmottak etablerte SUS også en korttidspost. Akuttmottaket og korttidsposten ble organisert i en enhet; Mottak, Observasjon og Behandlingsavdeling (MOBA). Før MOBA var Akuttmottaket og opprinnelig korttidspost 1A en del av Akuttklinikken, men dette ble endret:

MOBA ble i 2008 skilt ut fra Akuttklinikken og organisert som eget prosjekt under administrerende direktør. Akuttklinikken består nå av anestesi legetjeneste, anesthesiavdeling, operasjonsavdeling, intensivavdeling med postoperativ, prehospitale tjenester med ambulansetjenesten, pasientreisekontoret, AMK/LV, regional AMK samt kontortjeneste (Årsberetning 2008:13).

Det ble tidlig utarbeidet et prinsipielt organisasjonskart som var ment å gjelde hele prosjektperioden for MOBA, dvs. fra oppstart i april 2008 og inntil to år. MOBA ble benevnt som en organisasjon hvor personer fra forskjellige klinikker jobber i aktivt samarbeid for å oppnå felles mål og resultater – en *organisatorisk nettverksbygging*.

Et organisasjonskart er et flytskjema som ledelsen utarbeider for å vise:

- Hvordan arbeids- og ansvarsoppgavene i organisasjonen er fordelt
- Hvordan de ulike enhetene skal kommunisere med hverandre

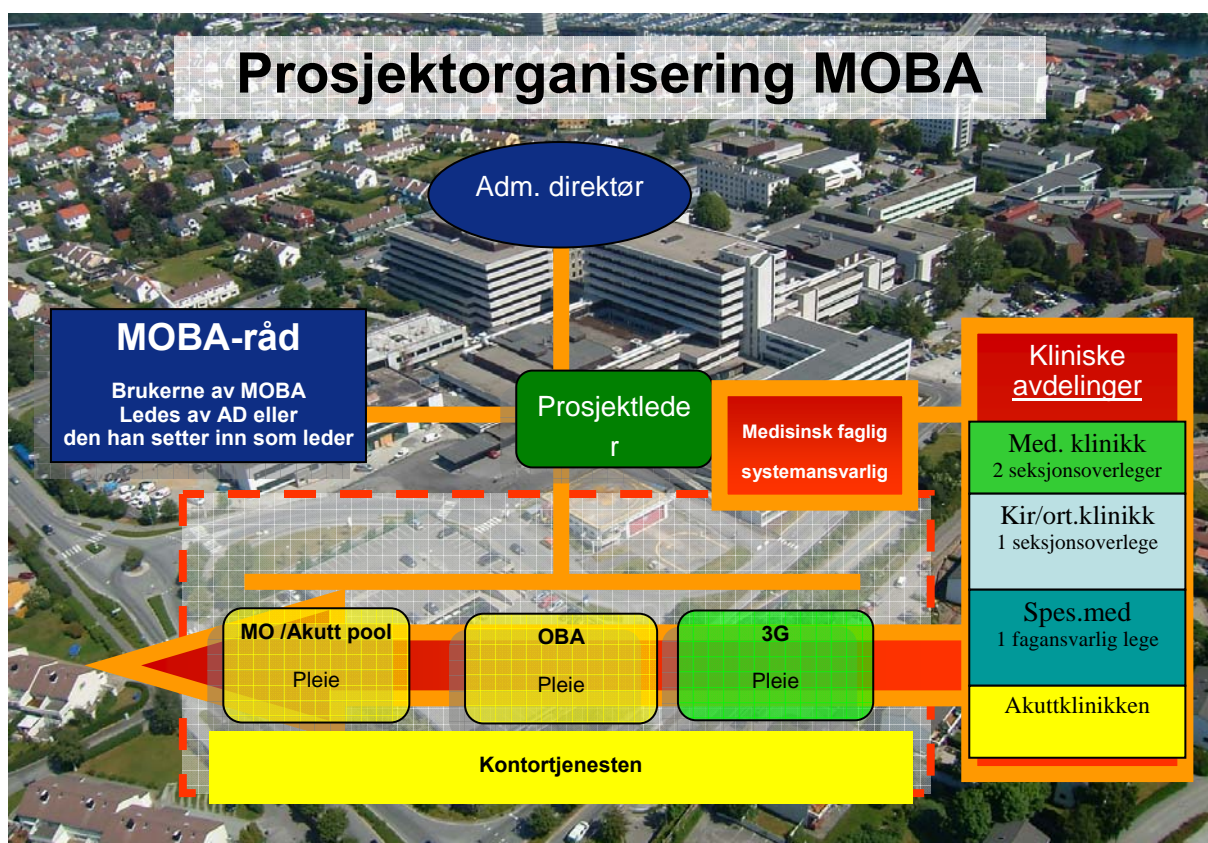
Organisasjonskartet viser med andre ord fordelingen av ansvarsområdene og kommandolinjene i organisasjonen. De fleste organisasjonskart er organisert etter linje-/stabsprinsippet eller funksjonsprinsippet. I den førstnevnte er det klare linjer for ansvar og myndighet. Ingen ansatte har mer enn en leder, og organisasjonen er hierarkisk oppbygget. Samtidig gir strukturen anledning til å spesialisere ulike deler av organisasjonen. Funksjonsprinsippet bygger på at den enkelte leder får myndighet og ansvar i kraft av en bestemt fagkunnskap som de innehar.

Med en slik nettverksorganisering som MOBA ble modellert etter ble det antatt at det ville spille en mindre rolle hvor i SUS-organisasjonen de ulike ansatte hadde sin primærtilknytning (Prosjektdirektiv revidert februar 2009: 5). Som grunnlag for den planlagte prosjektorganisasjonen ble det derfor anført følgende prinsipper:

- Styring av prosjektet med klare mål og oppgaver vil være avgjørende
- Beslutningsansvar og myndighet for prosjektleder tydeliggjøres på forhånd og uenigheter tas opp i MOBA-rådet.
- Prosjekt MOBA organiseres med prosjektleder i linje under Adm. direktør.
- Kontorstillinger og pleiestillinger OBA er direkte underlagt prosjekt

- Pleiestillinger i 3G-funksjonen er underlagt Medisinsk klinikk, men inngår i prosjektet i forhold til samhandling om drift.
- Pasientflytkoordinator er ansvarlig for at pasientene så raskt som mulig sendes rett sted og at videre pasientflyt i systemet skjer på en mest mulig effektiv måte etter konferanse med legen. Legen har vetorett på faglig grunnlag.

Disse prinsippene ga opphav til følgende organisasjonskart for prosjektperioden:



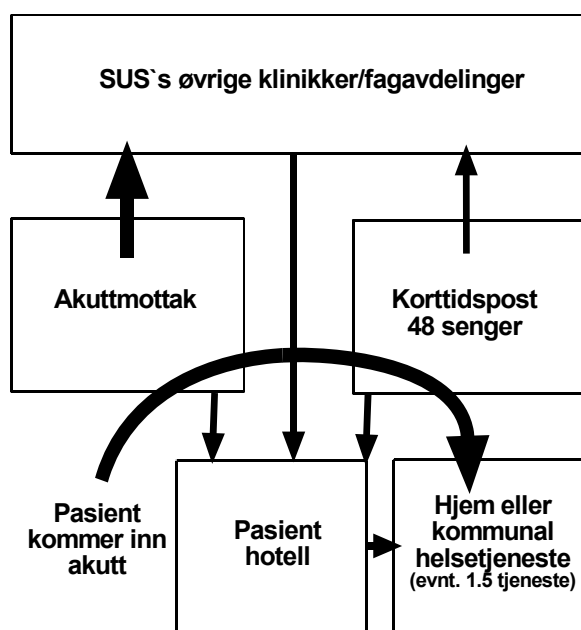
Figur 3. MOBA-prosjektet

Organisjonskartet viser en ganske kompleks struktur med en blanding av linje-, stabs- og rådsenheter. MOBA er lagt inn som et tidsbegrenset utviklings- og utprøvningsprosjekt, direkte ledet av administrerende direktør, og med en operativ linjeorganisasjon fra en prosjektleder som opprinnelig skulle lede tre avdelinger. Disse tre avdelingene er i organisasjonskartet koblet sammen i en behandlingsskjede som tilsynelatende springer ut fra de tidligere kliniske avdelingene, med serielle enheter (3G ->OBA->MO/Akutt->) som utfører ulike ledd i pasienters behandling og pleie. Dessuten er det koblet på en ressursstrøm fra ulike klinikker etter hva behovet måtte tilsi, alt samordnet og styrt av en medisinsk faglig systemansvarlig. Den medisinske fagsjefen skal, i samarbeid med Prosjektlederen sikre at MOBA blir integrert i Helse Stavanger. En rådsgruppe som skal gi innspill til prosjektdirektøren er i tillegg med i prosjektorganisasjonen. Som stabsfunksjon er så kontortjenesten tegnet inn.

4.4 MOBAs flytdiagram

Pasientstrømmen utgjør den viktigste innsatsfaktoren i MOBAs behandlingsskjede og vil i MOBA prinsipielt se ut som i neste figur. Akuttpasienten som kommer inn til akuttmottaket vil ha flere ulike veier i sin behandlingsskjede, herunder sengeposter og fagavdelinger utenom MOBA. Akuttmottaket vil sortere pasienten inn i riktige veier, herunder i korttidsposten OBA. Den brede pilen representerer hovedveien for pasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp pasienter, det vil si de sendes til andre sengeposter ved SUS enn OBA. Inngangsporten er akuttmottaket og triagering er inngangsprinsippet der, og dette prinsippet søkes anvendt i hele den videre behandlingsskjeden. Til OBA sendes pasienter med forventet behov for korttids observasjon og behandling. Som før nevnt ble ikke kapasiteten på 48 senger (som vist i figuren) realisert ved oppstarten av prosjektperioden (jf. Årsberetningen 2008:2):

Det nye akuttmottakbygget (MOBA) ble åpnet i april med et tidsmessig og flott akuttmottak og en 24 sengers observasjons- og behandlingspost for pasienter med forventet kort liggetid. Her skal spesialiteter komme til pasienten og legge til rette for gode, effektive og korte sykehusopphold. Det er positivt at sykehuset nå har et stort, og etter noen innkjøringsproblemer, meget velfungerende akuttmottak/MOBA.



Når pasienter er ferdigbehandlet ved OBA er hovedregelen at de skal utskrives til hjemmet eller et kommunalt tilbud. Alternativene som vist i figuren, er at de overføres til pasienthotellet eller, om det behov for videre behandling, sendes til en av SUS øvrige sengeposter. OBA-konseptet er basert på inntak av "nye" øyeblikkelig-hjelp-pasienter fra mottaket, det vil si at pasientflyten fra SUS øvrige sengeposter til OBA skal være minst mulig.

Figur 4. Pasientstrømmer knyttet til MOBA

Idéen om det som i 2008 ble til MOBA ble første gang beskrevet i en konsulentrapport i 2001 (Young 2001). Her omtales etablering av en felles mottaks- og behandlingsavdeling som vil være en nyskaping i norsk sammenheng. SUS-ledelsen hevdet da at modellen er unik i Norge, kanskje også i Norden og at den vil omforme tradisjonell sykehusdrift om den lykkes. Den skal være det lille akuttsykehuset i det store universitetssykehuset. Denne modellen har tidligere bare vært forsøkt i mindre skala ved Karolinska (sykehus) i Stockholm og i Lund, hvor SUS også har hentet sin opprinnelige inspirasjon til å forsøke det i oppskalert utgave (Skavoll 2008:14).

4.5 MOBAs beslutningsarena: Initiativ, planlegging og endring

4.5.1 Behov for å øke sengetallet

Initiativet til å etablere MOBA ble tatt allerede i 2001. I forbindelse med utarbeidelse av Hovedfunksjonsprogrammet for Sentralsjukehuset i Rogaland (Cap Gemini Ernst & Young 2001) konkluderte styringsgruppen med at det var behov for å øke antall senger ved SiR fra 781 inkl. 85 tekniske senger (føde- og intensivsenger), til 900 senger, herunder 60 senger i en egen akuttbehandlingsenhet (som siden ble MOBA), samt 130 senger i et pasienthotell¹. Etableringen av en akuttbehandlingsenhet ble den gang betegnet som det mest radikale forslaget. Den var ment å gi sykehuset økt bufferkapasitet som skulle skjerme de øvrige sengepostene. Gjennom en raskere avklaring av øyeblikkelig-hjelp pasienter skulle en både redusere antall innleggelses (snus i mottaket) og å korte ned på liggetiden for de som ble sendt inn i sykehuset.

4.5.2 Utredning og beslutning om nytt akuttmottak

I løpet av 2003 foretok konsulentselskapet Hospitalitet AS en driftsøkonomisk analyse av et nytt akuttmottak og en ny korttidspost (Hospitalitet AS 2003). Utredningen fastslo at underkapasiteten ved sykehuset kunne dekkes gjennom etablering av korttidsposten, pasienthotell og utvidet dagbehandling. Det ble i utredningen framholdt at et viktig suksesskriterium var at det ble ”foretatt en raskere og bedre sortering av pasienter for videre utredning og behandling, enten de skal til observasjonsenheten, eller rett til en ordinær sengepost”. Fra før hadde sykehuset en korttidspost (1A) på ni senger i akuttmottaket. Med en ny enhet ville kapasiteten bli økt til 60 senger noe som ville avlaste alle de ordinære sengepostene på sykehuset. Sammen med nytt pasienthotell og økt dagkirurgisk aktivitet, ble det samlede sengetilskuddet beregnet til 120-130 senger (Hospitalitet AS 2004). Det ble i utredningen pekt på som et viktig premiss at enheten skulle være et internt ”akuttsykehus” 24 timer i døgnet, og at den ville kreve større bemanning enn en ordinær sengepost. Som nevnt gikk en tidlig bort fra planen om døgndrift ved OBA. Det ble også lagt til grunn at ledelsen skulle være ”fagnøytral”. I rapporten til Hospitalitet AS ble bemanningsbehovet anslått til 160 årsverk. Den nye enheten skulle ha så stor kapasitet at den kunne ta bort overbelegget/korridorpatientene (den gang anslått å utgjøre 30-45 plasser). På den måten kunne en del ressurser tas fra de ordinære sengepostene, men som rapporten påpeker ”Det vil være behov for rundt 100 årsverk ekstra for å sette enheten i drift”.

Styret for Helse Stavanger vedtok 13. mai 2003 å bygge nytt akuttmottak med observasjonspost (også kalt korttidspost) og utbygging av et nytt pasienthotell. Styret fastholdt i 2003 at det skulle bygges en observasjonspost i tilknytning til akuttmottaket på 56 senger, nedjustert fra opprinnelig 60 senger. Av de 56 sengene var åtte planlagt som luftisolatsenger. Observasjonsposten ble først planlagt satt i drift fra 2006, og

i Jf. også ”Hovedfunksjonsprogram for Sentralsjukehuset i Rogaland: Styringsgruppens oppsummering og tilråding”, datert 13.11.2001

merkostnaden for Helse Stavanger ved å sette den i full drift uten å endre tilbudet andre steder i sykehuset, ble anslått til 62 mill. kroner i økte lønnskostnader. Beleggsprosenten på pasienthotellet ble av konsultentselskapet anslått til 70-80 prosent når hotellet kom i drift i ved årsskiftet 2005/2006.

I forbindelse med en redegjørelse for styret 11. november 2004 ble det presisert at MOBA primært ville rette seg mot øyeblikkelig-hjelp-pasienter. Det ble igjen presisert at driften skulle være på døgnbasis med aktiv diagnostikk og behandling 24 timer i døgnet. Det ble imidlertid tidlig klart at dette ikke ville være hensiktsmessig blant annet fordi pasienter som er innlagt og sover i seng bør slippe å reise hjem midt på natta. Fire kriterier ble satt for hvilke pasienter som var aktuelle for korttidsposten: 1) akutt innleggelse, 2) forventet kort liggetid 3) pasienter med behov for tverrfaglig samhandling, og 4) at pasienten kunne skrives ut etter endt behandling. De mest aktuelle pasientgruppene ble uttalt å være pasienter med akutte problemstillinger knyttet til hjerte- og lungesykdommer, magesmerter, infeksjoner, enkel ortopedi og kirurgi (styresak 086/04 B). Om lag 35 prosent av oppholdene ved sykehuset var i 2002 under 3 dager. Ut fra det ble ca. 10 000 innleggelser satt som norm for MOBA.

Helse Vest behandlet utbyggingsprogrammet for Helse Stavanger ved flere anledninger i 2005 og 2006. 14.februar 2007 vedtok styret i Helse Vest framtidig utbyggingsstrategi for Helse Stavanger, herunder bygging av en observasjons- og behandlingsenhet (OBA) på 48 senger og 5 luftsmitteisolat (jf. omtale i styresak 040/08 B). Det ble forutsatt at MOBA-bygget kunne tas i bruk innenfor tildelt ressursramme til Helse Stavanger. Helse Vest har imidlertid gått i mot Helse Stavanger sitt ønske om å innrede tredje etasjen i MOBA-bygget bestående av intensivavdeling med isolat og kardiologisk intervensjonsenhet. Styret i Helse Stavanger gikk inn for bygging av en tredje etasje 8.desember 2006 på bakgrunn av et tidligere vedtak i styret om at flytting og bygging av nytt sykehus ikke var aktuelt i overskuelig framtid. Helse Vest uttrykte i et styrevedtak 7. mai 2008 at de var positive til innredning av tredjeetasjen, men at Helse Stavanger i praksis måtte vise at de hadde økonomisk kontroll over sykehusdriften før det ble aktuelt. Med fortsatte underskudd har ikke Helse Vest akseptert at etasjen innredes.

4.5.3 Utprøving av konseptet

Utprøvingen av OBA-konseptet ble foretatt med utgangspunkt i den bestående observasjonsposten i Helse Stavanger, kalt 1A. Denne enheten, som i 2006 var økt til 18 senger, med 9 senger i drift i helgene, ble fra september 2006 kjørt som pilot for den framtidige OBA-enheten. I forbindelse med pilottestingen ble følgende observasjoner gjort (jf. omtale i Rapport, SUS 2008 – forberedelse til omstillingen, inkl. vedlegg):

- 15 prosent av totalt pasientvolum fra akuttmottaket gikk gjennom 1A.
- 85 prosent reiste hjem etter endt diagnostikk og behandling i 1A.
- 15 prosent av pasientene ble forflyttet til andre sengeposter i sykehuset.
- Gjennomsnittlig liggetid i perioden 1.1.2007 til 30.04.2007 ble beregnet til 1,3 døgn basert på 988 opphold på 1A. .

- Ca. to tredeler av 1A pasientene var medisinske, ca. 30 prosent kirurgisk-ortopediske, mens om lag fire prosent var nevrologiske pasienter. Samme fordeling ble antatt å gjelde for de planlagte 48 OBA-sengene.

Ut fra disse erfaringene med 1A ble det laget tre scenarier for hvilke effektiviseringsgevinster som var mulig å ta ut ved å innføre OBA med 48 senger. I følge Rapport SUS 2008 (datert 08.06.2007, s. 22) ble det lagt til grunn en gjennomsnittlig liggetid på 3 døgn: ”Estimert gjennomsnittlig liggetid for diagnoser som vil være brukere av OBA (sykdomsbilder i dagens 1A, samt pasienter fra kirurgisk, ortopedisk, medisinsk og nevrolog klinikker) er ved dagens organisering vurdert til 3 døgn”. Scenariene la opp til følgende reduksjon i denne estimerte liggetiden:

1. I et pessimistisk scenario ble det anslått at OBA ville føre til redusert liggetid på 0,15 døgn (økonomisk besparelse på 2 mill. kroner), tilsvarende ny liggetid på 2,85 dager.
2. I et realistisk scenario ble reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid anslått til 0,8 dager, tilsvarende ny gjennomsnittlig liggetid på 2,2 dager.
3. I et optimistisk scenario ble reduksjonen i liggetid anslått til 1,25 dager, noe som ville tilsvare en ny gjennomsnittlig liggetid på 1,75 dager (økonomisk besparelse på 17 mill. kroner).

Med initiativet til omstillingsprogrammet SUS 2008, ble MOBA ett av flere tiltak som skulle videreutvikle Stavanger Universitetssykehus til et moderne og effektivt sykehus (Stavanger Universitetssykehus 2007). Med årlige økonomiske underskudd og krav fra Helse Vest om å få driften i balanse, stilte ledelsen ved SUS krav om ”nullsum-regnskap” i forbindelse med den videre utviklingen av OBA. I praksis betydde dette at oppbyggingen av OBA (som omtales som det lille akutt sykehuset i det store sykehuset) måtte skje gjennom tilsvarende nedtrekk i aktiviteten ved de ordinære sengepostene. For å nå de samlede effektiviseringsambisjonene måtte etableringen av OBA tilsvare en reduksjon i liggetid med minst ett liggedøgn, og at minst 48 senger ble trukket ut i de ordinære sengepostene.

4.5.4 Ledelse og organisatorisk tilknytning

I forbindelse med SUS 2008 ble det i 2007 nedsatt flere grupper som utredet organisering, drift og ledelse av MOBA.ⁱⁱ Ett av de spørsmål som ble utredet, var MOBAs ledelsesmessige tilknytning. I rapporten fra delprosjekt 07-01 ble det anbefalt at MOBA ble organisert under Akutt klinikken noe som var i tråd med tidligere utredninger av ledelsesmodellen. Ved å organisere MOBA som enhet innenfor Akutt klinikken ville pasientene bli observert og behandlet på ”nøytral” grunn noe som kunne gjøre det lettere å behandle et bredt spekter av diagnoser. En slik løsning var

ii Jf. delprosjekt 07-01, organisering og utvikling av medisin faglige ressurser ved idriftsetting av MOBA, delprosjekt 07-02, organisering og bemanning og idriftsetting av MOBA og delprosjekt 09-01, konsekvenser for bruk av ny teknologi og IKT ved idriftsetting av MOBA.

imidlertid sterkt omdiskutert der flere av de større klinikkene (spesielt Medisinsk klinikk) ønsket sterkere eierskap og kontroll med sengene. Det ble også oppfattet som noe spesielt at Akuttklinikken skulle etablere en egen sengepost langt større enn 1A i den forstand at de da beveget seg inn på de ordinære klinikkens banehalvdeler.

Parallelt med diskusjonen rundt valg av ledelsesmodell, ble det i september 2007 nedsatt et hurtigarbeidende utvalg som utredet flytting av de 14 sengene i 3G, kardiologisk intensiv/intermediærfunksjon, til OBA. Utvalget ble ledet av Eldar Søreide, avd. overlege, Akuttklinikken, og bestod av representanter fra Medisinsk klinikk og Akuttklinikken. Utvalget ble nedsatt fordi det etter at SUS 2008 delprosjekt 07-01 hadde levert sin innstilling, ble innvilget bygging av tredje etasjen av MOBA. Det forelå da planer om å innrede denne etasjen med invasiv kardiologi og intensivfunksjon. Diskusjonen i utvalget viste klare interessemotsetninger mellom representantene for Medisinsk klinikk og Akuttklinikken. Førstnevnte ville kun flytte 3G til andre etasje i OBA om tredje etasjen ble innredet. Da kunne det som før nevnt tas ut samlokaliseringsgevinster og tilrettelegges for mer tverrfaglig samarbeid.

Akuttklinikken representanter ønsket 3G inn i OBA på samme måte og med samme begrunnelse som etableringen av en korttids observasjons- og behandlingsenhet med et bredt tilfang av pasientkategorier der ingen klinikk har fortrinn. 3G i sin opprinnelige form tar ikke bare i mot ø-hjelp pasienter fra akuttmottak, men også fra sengepostene på SUS. Funksjonen avviker dermed noe fra grunnkonseptet i OBA. I utvalget var det forskjellig syn mellom Akuttklinikken og Medisinsk klinikk om hva slags organisasjonsmessig tilknytning 3G skulle ha om den ble flyttet (jf. Rapport arbeidsgruppe 3G- MOBA 2007). Forutsetningen gruppa stilte for flytting av 3G var at tredje etasjen ble innredet innen et halvt år etter flytting av 3G. Slik har det ikke gått i og med at tredje etasjen fortsatt ikke er innredet (per november 2009).

Avklaring av organisasjonsmessig tilknytning overlot Søreide-utvalget til ledergruppen. En løsning som omgikk spørsmålet om hvilken klinikk som skulle "eie" MOBA, gikk ut på å etablere MOBA som et prosjekt lagt direkte under administrerende direktør. 30 oktober 2007 gikk ledergruppen inn for en slik løsning. Den gikk dermed bort fra tidligere vedtak om tilknytning under en klinikk (jf. sak 248/07). Styringsgruppen for SUS 2008 hadde noen uker tidligere (29.september 2007) bekreftet at MOBA skulle organiseres under en klinikk, noe ledergruppen på ny stadfestet 1.oktober 2007. Dette ble gjort etter vedtak i ekstraordinært styringsgruppemøte i SUS 2008 samme dag. Prosjektorganisering ble vedtatt av administrerende direktør 18.12.07. Valget av prosjekttilknytning ble begrunnet med at det er en organisasjonsform som gjør det lettere å få folk fra ulike klinikker til å jobbe sammen.

4.5.5 Endringer i konseptet

MOBA-bygget stod ferdig i mars 2008 og innflytting i bygget skjedde 1.april (akuttmottak) med påfølgende gradvis oppstart av driften. I løpet av driftsperioden fra april 2008 fram til høsten 2009 ble det foretatt noen justeringer i organiseringen og ledelsen av OBA og 3G funksjonen. Fra før var det vedtatt at tre sengetun skulle organiseres under Medisinsk klinikk, 16 senger for å ivareta 3G (to sengetun) og et sengetun for medisinske OBA-pasienter under ledelse av Medisinsk klinikk.

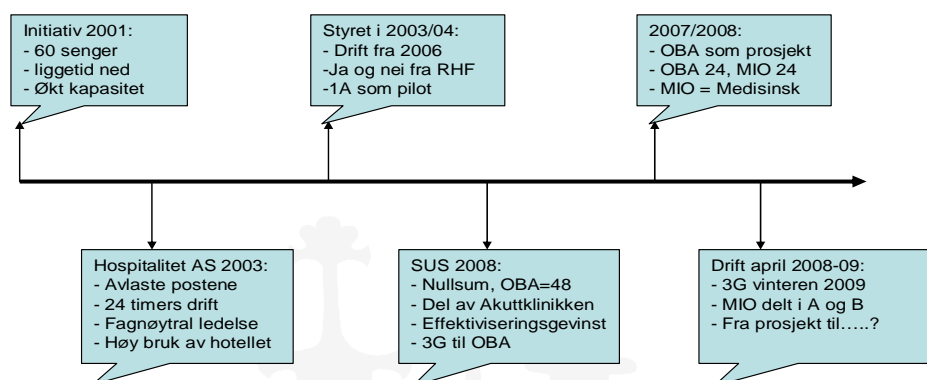
3G funksjonen ble flyttet over i MOBA-byggets andre etasje i mars 2009. To av sengetunene ble avsatt til 3G, altså 16 senger. I OBA var det et ønske om å inkludere det fjerde og siste sengetunet i prosjektet OBA, mens Medisinsk klinikk hadde behov mer plass på grunn av overbelegg og reduksjon i antall senger på ordinære sengeposter. Det fjerde tunet ble derfor lagt til Medisinsk. Planlagt åpning av det fjerde sengetunet høsten 2008, ble imidlertid utsatt på grunn av usikre budsjettforutsetninger. Tunet ble først åpnet i september 2009 under ledelse av Medisinsk. Sengetunet er forbeholdt medisinske pasienter, men disse skal ellers følge OBA-konseptets prinsipp om kort liggetid (maks 3 døgn). 3G funksjonen hadde på et tidligere

På et møte i MOBA-rådet 20. februar 2009 ble pasientene inndelt i tre kategorier etter forslag fra Medisinsk klinikk: OBA (24 senger), MIO-A (tidligere 3G, 16 senger) og MIO-B (det fjerde sengetunet i OBA, 8 senger). Åpningen av det fjerde sengetunet, MIO-B, ble utsatt til mars 2009 på grunn av Klebsiellasmitte på prematuravdelingen.

4.5.6 Oppsummering – et modifisert MOBA-konsept

Vi kan sammenfatte noen av de viktigste hendelsene under utviklingen av MOBA ved hjelp av et flyttdiagram:

Tilpasninger & beslutninger



Mer detaljert kan vi oppsummere disse justeringer og tiltak på følgende måte:

- Forsinket driftsstart av MOBA. Forsinkelsen sammenlignet med planlagt oppstart i 2006, skyldes blant annet planleggingen og byggingen av tredje etasjen i MOBA-bygget.

- Gått bort fra planen om døgnkontinuerlig behandling. OBA ble planlagt som et lite akutt sykehus med 24 timers behandling, men det ble tidlig klart at det ikke ville være hensiktsmessig å drive OBA på døgnbasis. OBA har nå behandling fram til kl. 22.
- Redusert sengekapasiteten. Antallet OBA-senger tiltenkt pasienter med behov for korttidsbehandling på tvers av klinikktilhørighet, er redusert fra først 60 senger, deretter til 48 senger, og så til 24 senger. Færre senger og ikke døgnkontinuerlig behandling, betyr at behandlingsskapasiteten er lavere enn opprinnelig planlagt.
- Redusert OBA betyr også en mindre arena for tverrfaglig samhandling. I rapporten fra SUS 2008 delprosjekt 07-01 ble det konstatert at ”1A er i dag for liten til virkelig å få testet ut samhandlingsutfordringen” i forhold til ulike legegrupper ved sykehuset. Når antallet OBA-senger beregnet for ulike typer pasienter bare er halvparten av opprinnelig planlagt kapasitet, reduseres også mulighetene for å oppøve tverrfaglig teamsamarbeid om pasientene på tvers av klinikk-/avdelingstilhørighet.
- Gått bort fra ideen om å knytte OBA ledelsesmessig til en klinikk. Den opprinnelige planen om å plassere OBA i Akutt klinikken ble forlatt til fordel for prosjektorganisering. På den måten er ideen om fagnøytral ledelse ivaretatt, men den fagnøytrale ledelseslinjen omfatter bare halvparten av antallet planlagte OBA-senger.
- Mindre bruk av pasienthotellet enn forutsatt. Sykehusets bruk av pasienthotellet har vært klart lavere enn den beleggprosent på 70-80 prosent som ble anslått av konsulentselskapet Hospitalitet AS i 2003.
- Fra planer om økt sengekapasitet til nullsumregnskap. Etableringen av OBA og økt bruk av pasienthotellet skulle opprinnelig øke sengekapasiteten med 60 senger (120-130 om økt dagbehandling tas med i regnestykket). Denne kapasitetsøkningen skulle avlaste de ordinære sengepostene og gjøre det mulig å redusere overbelegget og antallet korridorpasienter. Forutsetningen i effektiviseringsprogrammet ”SUS 2008” om nedtrekk i de ordinære sengepostene for å kunne bygge opp kapasiteten i OBA, har gjort det mer krevende å få løst korridorpasientproblematikken.

De justeringer som er foretatt i OBA-konseptet innebærer en avdeling med lavere kapasitet enn opprinnelig planlagt (jf. Figur 4). Det betyr at OBAs viktighet som organisatorisk ”endringsimpuls” er mindre enn forutsatt, noe som gjør at det ikke kan forventes at effektene er så sterke som planlagt. Det gjelder både OBA som arena for tverrfaglig samhandling, for liggetider ved SUS totalt, for økonomien ved sykehuset og for evnen til å få gjort noe med korridorpasientproblematikken. Nedenfor undersøker vi effektene av MOBA.

5 Effekter av MOBA-driften

5.1 Pasientstrømmene

Årsrapporten for SUS 2008 viser at pasientstrømmen inn i akuttavdeling (mottak + poliklinikk) har en liten økning fra 2007 til 2008, fra 39505 til 40429 pasienter. I 2007

var ikke MOBA dannet, men funksjonene fantes ved SUS. I 2008 ble MOBA opprettet og fysisk samlokalisert med virkning fra 7. april. Pasientstrømmene ble dermed endret i tråd med flytdiagrammet vist i kap. 4.4.

I dette avsnittet skal vi belyse noen av de viktigste pasientstrømmene ved hjelp av kvantitative nøkkelindikatorer. MOBA-strømmene vil i omfang være noe mindre enn det som tidligere er rapportert som innkomne pasienter i akuttavdelingen, siden Akuttklinikken nå ikke er del av MOBA-modellen (SUS årsrapport 2008:13):

MOBA ble i 2008 skilt ut fra Akuttklinikken og organisert som eget prosjekt under administrerende direktør. Akuttklinikken består nå av anesthesi legetjeneste, anesthesiavdeling, operasjonsavdeling, intensivavdeling med postoperativ, prehospitale tjenester med ambulansetjenesten, pasientreisekontoret, AMK/LV, regional AMK samt kontortjeneste.

Tallmaterialet som gjengis i de neste avsnittene er hentet fra internstatistikk for MOBA/Akuttmottaket for månedene april 2008 - september 2009.

5.2 Pasientoversikter

Nøkkeltallene for pasientstrømmen inn i Akuttmottaket er gjengitt i tabellen under. Her er det registrert antall innkomne pasienter pr. kvartal. Underliggende månedsvise svingninger er ikke tatt med i denne oversikten.

Tabell 2. Pasienttilgang til Akuttmottaket 2008 - 2009.

Pasientinngang til Akuttmottaket 2008-2009					
År/kvartal	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	Totalt
2008	6485	6762	6200	6733	26180
2009	6733	6864	6783	-	-

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedssrapporter, MOBA, Akuttmottak

Tallene viser at antall pasienter som tas i mot ikke varierer mye gjennom året. Det gjennomsnittlige mottaket er drøyt 2000 pasienter pr. måned, dvs. ca. 6500 pasienter pr. kvartal i 2008, og ca. 6.800 pasienter i 2009. Økningen fra 2008 til 2009 ligger i størrelsesordenen 4-5 %.

Denne økningen kan ikke uten videre tilskrives endret mottaks- og behandlingsskapasitet i MOBA-enheten siden vi ikke har tall som viser endringen i andre pasientstrømmer inn til sykehusets øvrige enheter.

Antall innleggelser på korttidsposten (OBA) er en annen viktig indikator på den MOBA-tilknyttede pasientstrømmen. I oversikten under er gjengitt antall pasientinnleggelser fra oppstarten i 2. kvartal 2009 til og med 3. kvartal 2009.

Tabell 3. Innleggelser på OBA 2008 – 2009.

OBA innleggelser				
År	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv
2008	i. a.*	1032	1419	1385
2009	1242	1237	1251	-

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedsrapporter, MOBA, Akuttmottak

OBA-innleggelsene varierer noe i denne perioden. I oppstartskvartalet var det ikke full kapasitet i OBA før fra midten av juni 2008, så tallene for første kvartal 2008 farges noe av det. Deretter er det en økning til ca. 1400 innleggelser pr. kvartal for resten av 2008. Tallene for 2009 viser derimot et ca 10 % lavere nivå enn andre halvår 2008, med snaut 1250 pasientinnleggelser pr. kvartal.

5.3 Effektivitetsparametere

5.3.1 Triage i akuttmottaket

De aller fleste MOBA-pasienter kommer inn via Akuttmottak. Her foregår triagearbeidet, dvs. registrering, diagnostisering og prioritering av videre behandling. Innkomne pasienter sorteres etter fem hastegrader, alle normert etter hvor lang tid som kan brukes før den innledende behandlingen er igangsatt.

Utfordringen er altså å være i stand til å skille ut pasienter som har et tidskritisk behov for medisinsk assistanse, dvs. å prioritere først pasienter med størst behov. Dermed vil ikke pasienter prioriteres i et vanlig køsystem hvor de behandles i den rekkefølge de kommer inn, men etter vurdert behov og nytte. Slik vil man sikre styring av ressurskapasiteten for at de pasientene som har størst nytte av umiddelbar behandling får denne foran andre pasienter med mindre nytte, selv om den sistnevnte er ankommet tidligere enn den førstnevnte til akuttmottaket.

Antatte fordeler med triagering er at ventetiden reduseres for slike pasienter som kan risikere å få sin situasjon forverret om de må vente på behandlingstilbudet. Dessuten vil en kontinuerlig overvåkning av pasientens tilstand kunne gi en bedre behandling og kortere liggetid, en forbedret kommunikasjon mellom de relevante faggrupper og en rask evaluering av utfallet av sorteringen og det tilpassede behandlingstilbudet. Antatte gjeninnleggelser reduseres også.

Triage er derfor starten på behandlingsskjeden for akuttpasienter. Gjøres triageringen riktig vil det effektivisere selve logistikken og ressursbruken i denne kjeden. Imidlertid viser studier at det skjer både over- og undertriagering, dvs. at noen gis for høy og andre for lav prioritet (Göransson 2006; Burnstein & Hogan 2007). Feiltriagering svekker behandlingsskjeden og skaper ny flaskehals. Et databasert ekspertsystem, slik MOBA har, kan derfor hjelpe til med å redusere feilsortering og diagnostisering (Ryltenius 2006). I tabellen under er vist liggetid for pasienter i Akuttmottaket.

Tabell 4. Akuttmottaket. Gjennomsnittlig liggetid/timer per kvartal 2008 – 2009.

Akuttmottaket – gjennomsnittlig liggetid/timer pr. kvartal					
År/kvartal	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	Totalt
2008	-	-	-	-	3.29
2009	3.67	3.56	3.31	-	

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedrappporter, MOBA, Akuttmottak

Tabellen viser at den gjennomsnittlige liggetiden i Akuttmottaket har økt noe fra 2008 til midten av 2009, dvs. vel 3,5 timer (økningen skyldes ventetid på nøkkelpersonale). Imidlertid er liggetiden det tredje kvartalet i 2009 nede på det samme nivået som for hele 2008.

Den triageskalaen MOBA benytter er bygd på «Emergency Triage, Manchester Triage Group» og er femdelt; prioritet 1-2 er rød, 3 er gul og 4-5 er grønn. Rød prioritet er «akutt eller øyeblikkelig hjelp», dvs. det skal ikke være noen ventetid på sykepleier og leger. Disse pasientene krever øyeblikkelig tilsyn og kontinuerlig retriage. Gul prioritet betyr «haster» og ventetiden på sykepleier og lege skal være mindre enn 30 minutter, det samme gjelder retriageringen. Grønn prioritet betyr «haster mindre/haster ikke», her kan ventetiden være fra 1 til 2 timer på sykepleier og lege, og like lenge før retriagering gjennomføres.

I tabellen under er det angitt gjennomsnittlig liggetid pr. hastegrad for innkomne pasienter i Akuttmottaket i 2009 sammenlignet med årsgjennomsnittene for 2008 og 2007.

Tabell 5. Akuttmottaket. Gjennomsnittlig liggetid (oppholdstid)/timer etter hastegrad* 2008 – 2009.

Hastegrad**/ pasienter	1. kvartal 2009	2. kvartal 2009	3. kvartal 2009	Gj.snitt 2008	Gj.snitt 2007
Gj.sn hastegrad 1	2.00	2.46	1.66	2.12	1.90
Ant. pas h.grad 1	71	69	37	202	218
Gj.sn hastegrad 2	2.08	2.12	2.12	2.19	1.68
Ant. pas h.grad 2	745	720	700	2,626	2,978
Gj.sn hastegrad 3	3.85	3.69	3.76	3.34	3.07
Ant. pas h.grad 3	4,044	4,126	4,035	15,752	13,739
Gj.sn hastegrad 4	4.03	3.90	4.04	3.62	3.48
Ant. pas h.grad 4	1754	1826	1892	7,171	3,523
Gj.sn hastegrad 5	3.66	3.23	3.69	3.29	3.24
Ant. pas h.grad 5	116	116	108	396	74

*) I tabellen er hastegrad knyttet til oppholdstid. **)Sortering av hastegrader er knyttet til tid før legetilsyn.

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedrapporter, MOBA, Akuttmottak

Denne tabellen viser flere interessante trekk ved pasientsorteringen i det nye Akuttmottaket sammenlignet med tidligere løsninger. For det første ser vi at de fleste innkomne pasienter blir sortert inn i hastegrad 3, dvs. «haster» og i kategori 4, dvs. «haster mindre ». For det andre er liggetiden (oppholdstiden) for alle hastegrader lavere i 2007 enn tilsvarende i 2008. For det tredje viser 2009-tallene så langt at pasienter med hastegrad 1 og 2 oppnår en mulig forbedring i liggetid sammenlignet med 2008, men etter alt å dømme er blir årsgjennomsnittet likevel dårligere enn i 2007. For hastegrad 3 og 4-5 er liggetidene lengre enn både i 2008 og 2007. For det fjerde er det et slående trekk alle år at hastegrad 5 har kortere liggetid enn hastegrad 4. Faktisk kan det se ut som om triageskalaen i praksis ikke er femdelt, men todelt. For hastegrad 1-2 er liggetiden 1-2 timer, mens det for hastegrad 3-5 er 3-4 timer.

Selv om man muligens får kortere oppholdstid for den høyprioriterte pasient, er det ikke dermed gitt at oppholdstiden samlet for alle pasientene blir redusert. Det kan nemlig bli lengre oppholdstid for den lavere prioriterte pasient. En utfordring er derfor å kunne bedre innfasingen i behandlingsskjeden også for pasienten som er plassert bak i køen. Oppholdstid kan sees på som bortkastede ressurser, først og fremst tidsressurser, men den vil også kunne binde andre ressurser knyttet til køadministrasjonen.

Det er derfor viktig å sikre at den normerte liggetiden pr. hastegrad overholdes i størst mulig grad slik at logistikken i diagnostisering og tidligbehandling av de innkomne pasientene sikres best mulig. De underliggende månedrapporter viser at oppholdstiden før legetilsyn tidvis har vært en kritisk faktor, hvilket krever økt fokus på triageringen og de tidskritiske oppgaver som knytter seg til ulike hastegrader.

Man har imidlertid også som mål å behandle de friskeste (som krever minst ressurser og som ofte kan reise hjem) relativt raskt for å skaffe plass til nye pasienter.

5.3.2 Korttidspostens effektivitetstall

Et av de viktigste målene med MOBA-konseptet var å redusere liggetiden på et økende antall innskrevne pasienter. Korttidsposten (OBA) hadde som mål at pasientene der ikke skulle ha en liggetid over et maksimum på 3 døgn, dvs. 72 timer. I tabellen under gjengis gjennomsnittlig liggetid, målt i timer pr. kvartal for hele prosjektperioden.

Tabell 6. OBA – Gjennomsnittlig liggetid/timer per kvartal 2008 – 2009.

OBA – gjennomsnittlig liggetid/timer pr. Kvartal				
År\kvartal	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv
2008	i. a.	29.2	36.3	32.8
2009	37.2	33.8	39.4	-

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedrappporter, MOBA, Akuttmottak

I prosjektperioden har gjennomsnittlig liggetid, målt i timer pr. pasientinnleggelse økt fra 29.2 timer til 39.4 timer. Tallene fra oppstartskvartalet i 2008 kan neppe anses som en mal for den mer normale gjennomstrømmingen i resten av perioden. Fra oppstarten i første uke i april 2008 frem til andre uke i juni, var kapasiteten redusert. Først fra midten av juni 2008 har enheten hatt 24 senger til disposisjon, og det vil derfor være mest naturlig å se på tallene fra tredje kvartal 2008 som referansepunkt. I den etterfølgende tid har nivået vært høyere enn i oppstarten, men med betydelige variasjoner mellom de ulike kvartalstallene.

Tallene viser imidlertid at liggetiden er langt lavere enn den opprinnelige målsatte tredøgnsfristen. De underliggende tallene viser dessuten en variasjon mellom klinikktyper; lengst liggetid finner vi vanligvis ved de medisinske og ortopediske klinikker, noe kortere ved kirurgisk klinikk og kortest ved nevrologisk klinikk. Ingen av disse klinikkene har imidlertid en OBA-liggetid ut over to døgn.

5.3.3 Hjemsendelse av pasienter

Et annet viktig målområde var knyttet til behovet for å kunne behandle innkomne pasienter på stedet slik at de kunne sendes hjem (eller til Pasienthotellet) uten å måtte legges inn på korttidsposten eller andre avdelinger på sykehuset. I tabellen under gjengis tallene for antall direkte hjemsendelser, dvs. etter forutgående undersøkelse og behandling.

Tabell 7. Pasienter hjemsendt direkte fra akuttmottaket 2008 – 2009.

Pasienter hjemsendt direkte fra Akuttmottaket					
År/kvartal	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	Total
2008*	i. a.	-	-	-	3844*
2009	1009	1177	1189		

Kilde:

Stavanger Universitetssykehus. Månedssrapporter, MOBA, Akuttmottak

Tallmaterialet for 2008 lar seg ikke direkte henføre til de aktuelle driftskvartaler for MOBA fordi det ikke finnes tilgjengelige måneds-/kvartalstatistikk på dette feltet for 2008. Derimot viser tallene for 2009 en økning fra første til og med tredje kvartal, fra 1000 til snaut 1200 hjemsendelser.

Underlagsmaterialet viser at 12-15 pasienter blir snudd i Akuttmottaket hvert døgn. Under er vist den gjennomsnittlige oppholdstid blant de pasientene som blir utskrevet til "hjem" for 2009.

To av tre pasienter som blir innskrevet ved Akuttmottaket har en oppholdstid på inntil fem timer. Underlagsmaterialet viser at de kirurgiske og medisinske klinikker har flest pasienter med mindre enn fem timers oppholdstid, mens nevrologisk klinikk og HOA har størst andel av sine pasienter med mer enn fem timers oppholdstid, og da blir talt som inneliggende pasienter.

Tabell 8. Oppholdstid/timer for pasienter hjemsendt direkte fra akuttmottaket i 2009.

Oppholdstid for pasienter hjemsendt direkte fra Akuttmottaket, N (%) i 2009					
Kvartal	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	Total
≤ 5 timer	5 662 (68)	736 (61)	751 (68)		
> 5 timer	5 306 (32)	354 (39)	357 (32)		

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedssrapporter, MOBA, Akuttmottak

5.4 Sammenligninger

Noen avdelinger og funksjoner i den øvrige SUS-organisasjonen lar seg sammenligne med OBA, særlig gjelder det medisinsk-intensiv-overvåkning B. Denne posten har til 8 senger i drift fra mai 2009, og skal være drevet etter de samme prinsipper som OBA. Imidlertid har MIO-B et langt lavere, relativt utskrivningstall enn de vi finner for OBA som vist i tabellen under.

Tabell 9. Utskrevne pasienter fra MIO-B og OBA i 2009.

MIO B** vs. OBA* – utskrevne pasienter 2009				
Årkvartal	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv
MIO-B 2009	i.a.	107	124	-
OBA 2009	1202	1221	1224	-

* hele 2009 ** fra mai 2009

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Månedrapporter, MOBA, Akuttmottak

Ved MIO-B er det bare innlagt hjertepasienter, dvs. at pasientkategorien er langt mer ensartet enn de som blir innlagt på OBA. Det innebærer også at behandling og pleie kan spesialiseres i større grad enn ved OBA. Forholdstallet mellom sengekapasiteten ved OBA og MIO-B er 3:1, mens forholdstallet for utskrevne pasienter er 10:1. OBA-pasientene skrives altså ut langt hyppigere pr. sengeenhet enn tilsvarende ved MIO-B.

Da MIO-B ble etablert, ble det argumentert med at de åtte sengene skulle følge OBA kriterier. MIO-B har noe større andel utskrivninger enn MIO-A, og dette kan tyde på en større pasientgjennomgang. Intervjupersoner har fått det inntrykket at rundt halvparten av MIO-B sengene blir brukt etter MOBAs kriterier, men dette er ikke dokumentert.

5.5 Konsekvenser for SUS øvrige sengeposter

Ved hjelp av statistikk tilrettelagt av SUS, kan vi etterprøve om OBA har tilsiktede konsekvenser for øvrige sengeposter ved SUS. Utgangspunktet er statistikk om de divisjoner/avdelinger som er brukere av OBA. Den er imidlertid mangelfull på noen punkter, slik at endelige konklusjoner ikke kan trekkes på basis av materialet.

Tabell 10. Gjennomsnittlig liggetid ved sengeposter i antall døgn, ØBH*-pasienter i 2007 og 2009. Pasienter innlagt på 1A i 2007 og OBA i 2009 er ikke inkludert i tallene.

Avdeling	Gjennomsnittlig liggetid, døgn	
	2007	2009
Medisin	4,6	4,7
Kirurgi	4,8	4,8
Ortopedi	5,1	5,3
Nevrologi	4,0	3,8

*ØBH: Øyeblikkelig hjelp.

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Upublisert materiale.

Tabellen viser at Medisin og Ortopedi fikk økt liggetid fra 2007 (da 1A var korttidspost) til 2009 (da OBA var operativ). Kirurgi preges av stabilitet, mens nevrologi har en nedgang i liggetid. Hvis vi inkluderer OBA-pasientene i statistikken for Medisin, blir den gjennomsnittlige liggetiden redusert til 4,4 døgn i 2009, altså en nedgang fra 2007. For de øvrige brukerne av OBA har vi ikke tilgang på data om liggetid når OBA-pasientene "deres" inkluderes.

Tabell 11. Brukere av OBA i 2009. Sengeandel av de 24 OBA-sengene.

Avdeling	Andel senger
	Totale tall
	2009
Medisin	14,1*
Kirurgen	6,9
Ortopeden	1,8
Nevrologen	1,1

*) Gjennomsnittlig liggetid for sengene var 1,8 døgn for Medisinske pasienter. Tilsvarende tall for de andre avdelingene er ikke tilgjengelig, men liggetiden er under 1,8 døgn jf tabell 6 i rapporten. Sistnevnte tabell viser at gjennomsnittlig liggetid i OBA var 1,6 døgn.

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Upublisert materiale.

Tabell 12. Avdelingenes andel av sengene i OBA. Prosent.

Avdeling	Andel senger i prosent 2009
Medisin	58,9
Kirurgi	28,7
Ortopedi	7,5
Nevrologi	4,6
Ubrukt kapasitet	0,3

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Upublisert materiale.

Tallene viser at Medisin og Kirurgi var de klart største brukerne av OBA i 2009. Etter åpningen av MIO-B i september 2009 har Medisinsk redusert sin bruk av OBA kraftig. Statistikken viser at Medisinsk sin bruk av OBA før MIO-B opptok 75,5 prosent av sengene i OBA i perioden 1.1.2009 - 31.08.2009 med en gjennomsnittlig liggetid på 1,9 døgn. Etter at Medisinsk tok i bruk sengetunet MIO-B (med åtte senger) sank bruken av OBA senger til 27,6 prosent. Liggetiden har gått noe ned for medisinske pasienter i OBA til et gjennomsnitt på 1,6 døgn.

Tabell 13. Andel pasienter med øyeblikkelig hjelp ved avdelingene i 2007 og 2009.

Avdeling	Andel ØH pasienter*		Beleggsprosent	
	2007	2009	2007	2009
Medisin	80,3	78,3	124,1	122
Kirurgi	68,8	66,8	111,1	110
Ortopedi	69,4	72,1	101,5	99
Nevrologi	75,8	68,3	107	103,1

*OBA-, MIO-A og MIO-B pasienter er ikke medtatt.

Kilde: Stavanger Universitetssykehus. Upublisert materiale.

Nedgang i andelen ØH-pasienter innebærer at avdelingene får plass til behandling av flere elektive pasienter. Vi ser av statistikken at Medisin, Kirurgi og Nevrologi hadde nedgang i ØH-andelen fra 2007 til 2009. Det impliserer at flere pasienter kan tas inn fra ventelistene eller at overbelegget (korridorpatienter) ved sykehuset reduseres. Vi ser at alle de fire brukerne av OBA hadde en viss nedgang i beleggsprosent fra 2007 til 2009, men både Medisinsk, Kirurgi og Nevrologi hadde fortsatt en beleggsprosent på over 100.

Oppsummert har vi en indikasjon på at OBA har ført til økt liggetid ved Medisinske sengeposter. MIO-B har ført til at Medisin har redusert sin bruk av OBA. Andelen

medisinske pasienter har gått kraftig ned. Nedgangen i andelen øyeblikkelig hjelp ved Medisin, Kirurgi og Nevrologi fra 2007 til 2009 betyr bedre skjerming av elektiv behandling. Fortsatt er det stort overbelegg ved Medisin og til dels Kirurgi, men antallet korridorpasienter har gått noe ned.

5.6 Intervjuundersøkelsen

Ved intervjuing høsten 2009, svarte informantene på et kort spørreskjema om noen sentrale spørsmål knyttet til resultater fra driften av MOBA. Vi gjengir her svarfordelingene fra denne delen av evalueringen.

Svarene viser at et flertall ser positivt på resultatene av driften av OBA (personer som svarer ”ja” og ”delvis” på skjemaet, se Tabell 14). Det er en overvekt av personer som svarer ”delvis”, noe som tyder på at mål og intensjoner med MOBA ikke er fullt ut innfridd.

I alt er det avgitt 37 ”Ja” svar/avkryssninger (32 prosent), 47 ”Delvis” (41 prosent) og 14 (14 prosent) ”Nei” svar. En andel på 14 prosent svarte ”Vet ikke”. Totalt antall avkryssninger er 115.

Tabell 14. Svar fra informanter om MOBA. Totale tall

Spørsmål	J a	Del- vis	Nei	Vet ikke	Tenden- s
Er pasientbehandlingen blitt raskere og derav ført til kortere liggetid?	2	4		2	Svakt positiv
Har OBA ført til et bedre samarbeid mellom personer og funksjoner?	4	4			Positiv
Er pasientdiagnostisering og – behandling av pasienter med sammensatte lidelser blitt mer tverrfaglig (såkalt fremskutt kompetanse)	5	2		1	Positiv
Har det skjedd en oppbygging av spesialkompetanse i OBA?	3	4		1	Positiv
Lykkes ledelsen for OBA å samordne virksomheten (bemanning/pasientfordeling) overfor andre klinikker/avdelinger ved SUS?	1	5	1	1	Svakt positiv
Har utskillingen av såkalte korttidspasienter til OBA ført til en bedre sortering av pasientstrømmen (dagbehandlingspasienter, korttidsdøgnopphold, langtidsopphold)?	4	3	1		Positiv
Har utskillingen av kortids-OBA-pasienter gjort det mulig for de øvrige SUS klinikkene i større grad å konsentrere seg om langtidspasienter?	2	3	2	2	Svakt positiv, usikker
Har OBA ført til færre korridorpasienter?	3		4	2	Negativ
Har bruken av pasienthotellet økt mht. pasienter fra OBA?		2	4	3	Negativ
Har bruken av pasienthotellet økt mht. pasienter fra SUS for øvrig?		4		3	Svakt positiv, usikker
Er legene lojale overfor både egen klinikk og OBA		6	2	1	Svakt positiv
Har OBA-konseptet støtte i toppledelsen?	7	1			Positiv
Har OBA-konseptet støtte blant de ansatte på SUS?	1	6	1		Svakt positiv
Har OBA vært vellykket etter din mening?	5	3	1		Positiv
I alt	37	47	15	16	115
Prosent	32	41	13	14	100

Positiv vurdering

- Bedre samarbeid
- Diagnostisering og behandling mer tverrfaglig
- Oppbygging av spesialkompetanse på OBA
- Utskilling av korttidspasienter har ført til bedre sortering av pasienter
- Støtte i toppledelsen
- OBA er vellykket

Svakt positiv vurdering (stor andel svarer ”delvis”)

- Kortere liggetid
- Samordning av OBA virksomheten overfor andre klinikker
- Hvorvidt OBA har gjort det mulig for de andre klinikkene å konsentrere seg om langtidspasienter
- Bruken av pasienthotell økt utenom MOBA (stor andel ”vet ikke” svar)
- Leger lojale overfor OBA og egenklinikk
- OBA har støtte blant ansatte på SUS

Dominerende negativ vurdering

- Færre korridorpasienter
- Bruk av pasienthotell av pasienter fra OBA

5.7 Prosesser og måloppnåelse i MOBA

I intervjuundersøkelsen (se avsnitt om metode 3.4) har vi stilt spørsmål om ulike sider ved drift og måloppnåelse ved MOBA (Intervjuguide, se Vedlegg).

5.7.1 Avklaring av pasientforløp og pasientdiagnostisering

I mottak blir det først foretatt en triagering av pasienter foretatt av sykepleiere. Vakthavende leger oppretter journal (prejournal) og foretar vurdering av det videre pasientforløp. Pasientflytkoordinator tar avgjørelser om henvisninger innen sjukehuset etter konferanse med lege (som har vetorett på faglig grunnlag). Medisinsk klinikk har en stor andel av pasientene som overføres til OBA.

Korttidspasienter fra akuttmottaket til OBA omfatter en rekke diagnoser innen medisin, kirurgi, ortopedi og nevrologi. Vurderingen for overføring til OBA skjer etter nærmere definerte diagnoser og med en forventet liggetid på tre døgn eller mindre. Medisinske diagnoser representerer den største pasientgruppen. Pasienten kan snus i mottak og sendes hjem (Tabell 7), overføres til ordinære sykehusposter, til OBA (Tabell 3), MIO eller til pasienthotellet. En akuttdatabase gir oversikt over hvor pasientene ligger, hvor de er flyttet osv.

5.7.2 Triagering

Det er stor enighet blant de intervjuede personene om at mottaket og triageringen av pasienter fungerer godt. Det hevdes at akuttmottak har fått en tryggere situasjon etter innflytting i de nye lokalene. Triageringen foretas av sykepleiere som sorterer pasienter

etter hastegrad, dvs. prioriterer pasienter etter behandlingsbehovⁱⁱⁱ. Triageringen bidrar til en rask avklaring av pasientens tilstand og av det videre behandlingsforløpet. Vaktstående leger tar opp journalopplysninger (prejournal) og foreslår det videre forløp. Det er imidlertid pasientflytkoordinator (vaktleder når pasientflytkoordinator ikke er tilstede) sammen med legetjenesten som tar de endelige beslutningene og plassering av pasienter.

5.8 MOBA – arena for samhandling og læring

5.8.1 Kompetanse i akuttmottak

Kompetanseoppbygging skjer kontinuerlig, spesielt for sykepleiere. MOBA har utarbeidet en egen kompetanseplan for denne gruppen ansatte. På sykepleiersiden foregår det en kontinuerlig kompetanseheving i form av uformell læring, samt formalisert læring gjennom fagdager og gjennom moduler i kompetanseplanen.

Leger har ikke noe spesielt kompetanseprogram knyttet til MOBA. Kompetanse dekkes gjennom praksis ved at personell deltar i arbeidsoperasjoner. En stor andel av legene på medisinsk klinikk er under utdanning. Opplæring mellom spesialitetene er uformell, utfordringen ligger i kommunikasjonslinjene mellom legene.

OBA som en faglig læringsarena er antakelig viktigere for sykepleierne enn for de etablerte spesialistene. For medisinske kandidater vil OBA også være en læringsarena.

Enkelte informanter gir uttrykk for at det er ønskelig med høyere kompetanse fra leger i akuttmottaket. Det er en tradisjon at de yngste og mest uerfarne er i mottaket, mens de mer erfarne er på klinikkene, sies det. Legenes kompetanse kan ha betydning for liggetider og det er derfor viktig å ha de mest erfarne på mottaket, er ett synspunkt.

Andre mener at det er en fordel at legene på mottaket ikke er så spesialiserte som overleger på sengepostene, og det påpekes at de erfarne assistentlegene gjør den beste jobben i mottaket. Ikke minst i akuttsituasjoner kan det være vel så stort behov for generalistkompetanse som mer spesialisert kompetanse. Oppfatningene om legekompetanse i akuttmottaket er altså delte.

5.8.2 Samhandling

Et av målene med OBA var å skape en samhandlingsarena hvor forholdene ble lagt til rette for å skape bedre koordinering mellom fag og organisatoriske enheter (poster/avdelinger) gjennom pasientforløpet. MOBA skulle bli et sted der legespesialister fra ulike klinikker kunne møtes, gjøre raske avklaringer og ta

³ Triagering er en metode for å kartlegge hvor raskt en enkelte pasient, på bakgrunn av nærmere definerte symptomer og funn, trenger videre undersøkelse og behandling. Prioritering går fra gradvis fra behov for øyeblikkelig hjelp uten ventetid til tilsyn av lege innen 120 minutter

beslutninger om behandling og pasientforløp. En av forutsetningene for å kunne behandle pasientene mer effektivt, var å redusere ”byråkratiske” ordninger, skjære ned på ventetider og å gjøre flytting av pasienter enklere.

Et spørsmål knyttet til OBA som arena for kompetanseutvikling er om avdelingen fungerer som en tverrfaglig læringsarena og om dette bidrar til å skape raske avklaringer av pasientens situasjon, slik det var forventet.

Mange diagnosegrupper henvises til OBA, og dette krever kompetanse fra ulike disipliner. På OBA legges det til rette for en tverrfaglig arena rundt den enkelte pasient. I praksis organiseres dette slik at den enkelte spesialist innkalles etter behov. Legene sitter ikke sammen og diskuterer pasientene, men opplysninger legges inn i journalen/database. Sykepleiere deltar i vurderingene.

Leger fra ulike enheter, psykiatri, medisin, kirurgi og fra nevrologi møter daglig på OBA. I tillegg har OBA tilgang til rus-koordinator (fra Rogaland a-senter) som bidrar i vesentlig grad når det gjelder ruspasienter med et behandlingsbehov. Avtale med en konsulent på rusfeltet er blitt en suksess, hevder informanter.

MOBA legger til rette for kortere kommunikasjonslinjer (som kan bli enda kortere), gjennom ansikt- til ansikt-kommunikasjon og større innslag av uformell informasjonsflyt. Samhandling mellom legespesialister fra klinikkene er på denne måten nøkkelen til å oppnå målene om raskere avklaringer og kortere ligge tider. Det er likevel et forbedringspotensial for alle kategorier personell spesielt i vanskelige tilfeller, hevder informanter. Standard dokumentasjonskrav blir imidlertid ivaretatt, så som opplysninger om den enkelte pasient, diagnostisering, behandling og utskriving (DIPS). Dette bidrar til å organisere effektive opphold og økt sikkerhet i diagnostisering og behandling, men representerer også tidkrevende arbeid for legene (PCer trege å hente opp nødvendige opplysninger). Samlet sett representerer MOBA en arena for samhandling som ser ut til å være unik for sykehuset. Det er enkelt å få tilgang til de ulike spesialitetene, det skapes raske avklaringer, man trenger ikke skriftlige henvisninger og derved oppnås en raskere beslutninger. MOBA får til god samhandling ved å utnytte uformelle kanaler og muligheter. En informant påpeker imidlertid at potensialet for å bli en god faglig samhandlingsarena delvis blir svekket fordi det blir svært mange fagfolk fra medisinsk klinikk og lite fra de andre klinikkene.

5.8.3 Hotellet

Informantene mener at pasienthotellet blir mindre nyttet enn forutsatt. Målsettingen for 2008 ble satt til 100 rom per døgn, mens måltallet ble satt til 70 rom per døgn i 2009. I følge flere av informantene lå bruken av hotellrom i 2008 klart lavere enn måltallet. Forbruket har imidlertid vært økende, og med justeringen av måltallet for 2009 har avviket mellom måltall og forbruk vært mindre for dette året enn året før. Misforholdet mellom måltall og bruk kan forklares på flere måter. Et forhold er at pasienter som bor i nærområdene foretrekker å dra hjem fremfor å ta inn på hotellet. Et annet forhold er at det ikke har vært tilstrekkelig medisinsk tilsyn for pasienter på hotellet og de enkelte sengeposter har beholdt pasientene på sine avdelinger. Det er nå etablert en tilsynspost (sykepleier på hotellpost), hvor pasienter kan henvende seg. Dette har antakelig ikke

vært tilstrekkelig for å øke bruken av hotellet. Til dette kreves bedre samarbeidsordning mellom sengepostene og hotellet, hevder en intervjuperson. Det reelle behovet ved sengepostene kan også ha vært mindre enn det som ble lagt til grunn for måltallene.

5.9 Måloppnåelse

MOBA har vært fungert godt innenfor de rammene som til slutt ble vedtatt, men MOBA konseptet blir ikke fullt utnyttet på grunn av den reduserte kapasiteten i forhold til planene. Endringer som er foretatt går ut over pasientflyten, blir det hevdet. Andre utfordringer er økonomi, hvor MOBA ligger etter budsjettkrav.

En begrunnelse for etablering av MOBA var å oppnå kortere liggetid enn i den opprinnelige observasjons- og behandlingsenheten (1A), og på den måten skape innsparing for sykehuset. Den estimerte liggetiden for OBA ble utfra erfaringene med 1A satt til tre døgn, mens den faktiske liggetiden ble halvert i forhold til den estimerte gjennomsnittlige liggetiden, jf tabell 6 (jf. Rapport SUS 2008 – Forberedelse til omstillingen, 2007: s. 22). Som vi har sett, ble imidlertid den faktiske liggetiden i 1A målt til 1,3 døgn i gjennomsnitt (jf. vedlegg i samme rapport).

Flertallet av intervjupersonene mener at dette målet bare i begrenset grad er oppnådd. Imidlertid kan en ikke påvise tydelige effekter i samme retning for resten av SUS. En begrunnelse for at man ikke har oppnådd kortere liggetid for SUS som helhet, kan skyldes at det opprinnelige MOBA konseptet ikke er realisert. Av de 48 planlagte sengene, er 24 i drift som OBA senger. Det hevdes at OBA uten problem kunne fylt opp 48 senger. Pasienter som kan korttidsbehandles og som ikke trenger overvåking, sendes til OBA. Trenger pasientene overvåking, går de til MIO-A eller B. Det hevdes fra intervjupersoner at det er en fordel for OBA at kardiologiske overvåkingsposter er i nærheten. Nok et forhold som kan forklare manglende effekt for SUS er knyttet til at de øvrige sengepostene i større grad beholder langtidspasienter. Korttidspasienter blir i større grad hjemsendt fra akuttmottak eller blir ferdigbehandlet i OBA.

Den opprinnelige MOBA-ambisjonen er blitt nedskalert. Medisinsk divisjon har overtatt halvparten av de planlagte OBA sengene. Kampen om sengene og om organisatoriske løsninger har i for stor grad preget driften av MOBA, mener enkelte av informantene. Linjeledelse og beslutninger om drift av MOBA har heller ikke vært tilfredsstillende, men har vært preget av interessemotsetninger og stridigheter om disponering av sengeplasser, hevdes det.

Ideen om MOBA er god og velbegrunnet, men dersom MOBA ikke får de rammevilkår som lå i det opprinnelige konseptet, er det lite gevinst i å opprettholde MOBA, hevdes av enkelte. Et synspunkt for å få MOBA-modellen til å virke etter sin opprinnelige hensikt og effekt på liggetid i SUS generelt, er å øke antallet senger i OBA. Slik situasjonen er nå, er driften under en kritisk kapasitet, et syn som deles av flere informanter. MOBA som samhandlingsarena blir dels hemmet fordi det ikke er lagt til rette for samhandling med andre poster på MIO.

MOBA har vært vellykket først og fremst fordi en her har skapt en ny samhandlingsarena mellom OBA og sengeposter ved SUS ellers. Raske avklaringer sparer pasientens tid.

6 Hovedfunn og diskusjon

6.1 Oppsummering av de viktigste funn

Vi har først foretatt en kortfattet oppsummering av hva som er de viktigste funnene fra evalueringen. Disse funnene er sett i lys av målene for MOBA. Målene kan oppsummeres på denne måten:

- Rask vurdering og treffsikker pasientsortering i mottaket
- Sende ø-hjelp pasienter til OBA på tvers av klinikktilhørighet
- Disse har forventet kort liggetid, maksimum 2-3 dager
- Til OBA sendes også pasienter med behov for tverrfaglig samhandling
- Det skal utvikles spesialkompetanse i OBA
- Pasientbehandlingen skal være effektiv, kort liggetid
- Utskriving etter endt behandling
- OBA skal gjøre det lettere å skjerme de ordinære sengepostene
- Færre korridorpasienter

Oppnåelse av disse målsettingene bygger på en del ledelsesmessige og organisatoriske forutsetninger. Disse forutsetningene kan vi sammenfatte på denne måten:

- Økt mottakskapasitet
- Riktig kompetanse i mottak
- Aktiv bruk av pasientflytkoordinator
- Kapasitet i OBA til å kunne ta imot de som trenger korttidsbehandling
- Styrket bruk av pasienthotellet
- Økning i dagbaserte behandlingstilbud
- Vilje i enhetene til å bruke OBA
- Vilje til å samhandle på tvers av fag

I løpet av planleggingsperioden og iverksettingen av MOBA er det foretatt flere justeringer i det opprinnelige konseptet. Som vi har sett ble:

- Driftsstarten noe forsinket (fra 2006 til 7. april 2008)

- Kapasiteten i OBA kraftig redusert, det vil si til 40 prosent av opprinnelig planlagt kapasitet:
 - Fra døgkontinuerlig aktiv behandling (tre fulle skift) til redusert kapasitet etter kl. 22.
 - Fra først 60 planlagte senger – så nedskalert til 48 senger – og så til sist 24 senger i drift i OBA
 - Pasienthotellet mindre brukt enn forutsatt (forutsatt at 70-80 prosent av sengekapasiteten skulle benyttes av SUS - en viktig brikke for å oppfylle de økonomiske sparemålene)
- Det ble planlagt klinikktilknytning (akuttklinikken som ”nøytral” grunn), men dette ble endret slik at MOBA i første omgang ble prosjekt i 2 år (fra april 2008)
- Det ble planlagt med økt sengekapasitet (pluss-sum), men på grunn av forverrede økonomiske rammevilkår ble det lagt opp til nullsum-regnskap, det vil si nye senger i OBA betydde nedtrekk av senger i øvrige sengeposter

Disse justeringene og tilpasningene under marsjen betyr at OBA ikke har den kapasitet og styrke den opprinnelig ble tiltenkt. Det betyr at måloppnåelsen også vil bli påvirket. Virkemidlet, OBA, er blitt mindre enn forutsatt, mens det ikke er foretatt en reformulering og nedjustering av målene for OBA. Dermed må OBA løpe etter målsettinger som OBA-organisasjonen per i dag trolig har problemer med å oppfylle.

Etableringen av MOBA har som nevnt vært et sentralt element i SUS sitt moderniserings- og effektiviseringsprogram, ”SUS 2008”. I saksframlegget i forbindelse med Helse Vests vedtak om MOBA (jf. styresak 76/05B 2005), ble det forutsatt en gevinstrealisering på 37 mill. kr. Dette skulle oppnås ved nedtrekk i antallet ordinære senger ved SUS som følge av etableringen av OBA. Som vi har sett, er imidlertid forutsetningene endret for OBA fordi driften kom senere i gang enn planlagt og fordi sengekapasiteten er blitt mindre. Det som også gjør det krevende med hensyn til å vurdere den økonomiske gevinsten av OBA, er at det ikke foreligger en samlet ”prislapp” på OBA. Legene er ”gjestearbeidere i OBA og har ikke sin lønn derfra. I tillegg tilfaller inntektene fra behandlingen den behandlende lege, altså den divisjon/avdeling som legen tilhører. Usikkerhet omkring den totale ”prislappen” gjør det også vanskelig å imøtegå påstander om at en høy bemanningsfaktor ved OBA går med til å behandle de friskeste pasientene.

Det evalueringen har registrert det første driftsåret er at MOBA har hatt et merforbruk i forhold til budsjett og at månedsresultatene har variert en god del. Dette har blant annet med sesong- og beleggrelatert innleie av vikarer og overtidsbruk å gjøre. Det er også usikkerhet om hvor realistisk budsjettet er. Den økonomiske driften ved MOBA og de økonomiske konsekvensene for SUS samlet, er noe SUS i samarbeid med PwC har foretatt en evaluering av (Rapport SUS 2010).

Justeringene i det opprinnelige MOBA-konseptet er viktig å ha in mente når effektene skal vurderes. Den delen av MOBA som er minst påvirket av justeringer, er det nye mottaket. Observasjonene relatert til mottaket kan sammenfattes slik:

A) Mottaksfunksjonen

- Det ble pr 31.12.08 registrert 26 180 pasienter som kom inn til mottak og observasjon. Av disse ble 3 844 skrevet ut til hjemmet fra samme enhet. Dette utgjør ca 15 prosent. Konseptet gir altså en markant gevinst, da de fleste pasienter i tidligere år, ble skrevet inn til avdelingene/sengepostene ved SUS.
- Stort sett alle vi har snakket omtaler mottaket som vellykket. Utskilling av korttidspasienter til OBA har ført til en bedre sortering av pasientstrømmen.
- Pasientdiagnostisering og –behandling av pasienter med sammensatte lidelser er blitt mer tverrfaglig fundert, det vil si har gitt tydeligere fremskutt kompetanseprofil.
- I den grad det er motforestillinger har det med at leger av og til må vente på sykepleierne. Det aktualiserer et spørsmål om sykepleierkapasiteten god nok.
- Informantene er noe uenige om hva som er den beste bruken av legekompentanse i mottaket; skal det være erfarne overleger eller faglig oppdaterte assistentleger?
- Et synspunkt er at erfarne overleger blir for mye spesialister på et lite felt og dårlige som generalister i akuttsituasjoner. Erfarne assistentleger og unge overleger i akuttmottak har erfaringsmessig best kompetanse til å ta seg av akutt syke pasienter.
- Enkelte av informantene peker på at kontortjenesten, journalskrivingen, i en del tilfeller er på etterskudd.
- Mange av informantene peker på det avgjørende at pasientflytkoordinatorer er operative. Det gjelder ikke bare på dagtid, men også andre deler av døgnet.

Funksjonsmåten til OBA kan oppsummeres i følgende observasjoner:

B) Observasjons- og behandlingsavdelingen (OBA)

- I prosjektperioden har gjennomsnittlig liggetid i OBA, målt i timer pr. pasientinnleggelse økt fra 29.2 timer til 39.4 timer. Det betyr en gjennomsnittlig liggetid på 1,6 døgn. Målet for OBA har vært en liggetid på maksimum 3 døgn.
- OBA har utviklet seg til å bli en arena for tverrfaglig samhandling rundt den enkelte pasient. Mange av informantene trekker fram dette som en av de viktigste effektene av OBA. Spesialister innkalles etter behov og det skjer en seriell samhandling, via journal, ikke nødvendigvis simultan interaksjon mellom legene (blant annet i traumeteam).
- Et stort flertall av informantene mener at det har skjedd en oppbygging av spesialkompetanse gjennom etableringen og driften av OBA. Det blir i den forbindelse pekt på diagnoser som er hyppig representert (blant annet rus), men også i form av oppbygging av generalistkompetanse som en motvekt til spesialiseringen ved SUS
- OBA har tilgang til alle faggrupper på sykehuset. Selv om synspunktene på OBA kan variere i legestanden, er det ikke noen som aktivt blokkerer ideen om at leger skal møte opp i OBA om en bestemt kompetanse kreves.
- Det som begrenser den tverrfaglige samhandlingseffekten foruten færre OBA-senger enn opprinnelig planlagt, er sammensetningen av innlagte pasienter med en overvekt av

medisinske pasienter. Slike pasienter er i overvekt i kategorien øyeblikkelig-hjelp-pasienter og krever ikke leger fra mange ulike avdelinger.

- Læringseffekt for legene skjer blant annet gjennom:
 - Læring via elektronisk journal
 - Logistikk, være tilgjengelig
 - Tenke og handle tverrfaglig i traumeteam og behandlingsteam
 - ”Volvo-organisering”, selvstyrte grupper
 - Oppbygging av styrket generalistkompetanse
- Læringseffekt for sykepleiere ligger blant annet i ulike former for teamjobbing, triagering, samt et dedikert opplæringsprogram, jf. egen kompetanseplan.

C) Konsekvenser for andre sengeposter ved SUS

OBA har også virkninger for sengepostene ved SUS. Ut fra intervjuene kan de sammenfattes på denne måten:

- Flere av informantene peker på at sengepostene får de mest ”pleieintensive pasienter”. De mener dette krever økt kapasitet/personell på de ordinære sengepostene.
- En annen påstand er at OBA har liten effekt: Den har ”liten betydning for postene”, pasienttilgangen er fortsatt høy og OBA har ikke løst korridorpasientproblematikken.
- Nok en påstand er at ”legene må løpe mer” fordi de også må dekke OBA. Det betyr mer tid til å løpe i gangene mellom ulike pasienter.
- Informantene har ikke noe entydig syn på hvorvidt OBA har ført til en reduksjon i antall korridorpasienter eller hvorvidt de øvrige sengepostene kan konsentrere seg om langtidspasienter.

Konkluderende vil vi hevde at MOBA har ført til; 1) en mer effektiv pasientsortering som sikrer liggetider ved OBA godt under maksimumsgrensen på tre døgn, 2) bedre samarbeid mellom fagpersoner og -funksjoner, 3) at diagnostisering og behandling er blitt mer tverrfaglig og 4) at det er i ferd med å bli bygget opp en spesialkompetanse (generalist/rus) som ikke finnes andre steder ved SUS. OBA har varierende støtte i divisjonene ved SUS, men tiltaket bedømmes å være vellykket av et flertall av informantene. MOBA bedømmes til å ha klar støtte i toppledelsen, mens støtten blant de ansatte ansees som mer varierende.

6.1.1 utfordringer forbundet med å etablere en ny sykehusenhet

MOBA føyer seg inn i rekken av forsøk på å løse flaskehals og levere kritisk kompetanse og kapasitet til enhver (og riktig) tid. Rask klarering av pasientene betyr kortere liggetid og fremskyndet behandling. Avdelingen anvender i prinsippet ingen ny medisinsk teknologi eller ny helsemessig kompetanse. Det nye ligger i selve organisasjonskonseptet som prøves ut, dvs. en form vi skal betegne som «organisatorisk

triagering». Ny medisinsk teknologi og nye behandlingsmåter har endret rammene for hvordan sykehus skal bygge og drives. MOBA er skreddersydd for fart og effektivitet uten at pasientens sikkerhet og velferd settes i fare.

Effektiviseringsgevinst i form av kortere liggetid bygger på flere forutsetninger: Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i mottaket er nødvendig for å sikre en rask avklaring av det videre pasientforløpet (pasienten snus, sendes til OBA eller en av de ordinære sengepostene eller tilbys dagbehandling). Når et valg er truffet, trengs det rutiner og koordinering av den videre pasientflyten slik at pasienten havner på riktig sted til riktig tid. I denne fasen spiller pasientkoordinatoren en viktig rolle. Når pasienten får behandling, er liggetid og behandlingskvalitet betinget av legenes og pleiernes kompetanse. Kan pasienten tilbys rask og kvalitativ god behandling på dagen eller i OBA, vil liggetiden kunne kortes ned sammenlignet med om pasienten tilbys et lengre opphold ved en av sengepostene. Viktig for liggetiden er det også om pasienten kan sendes til et kommunalt tilbud når vedkommende er utskrivningsklar. Prismessig er det også billigere å ha pasienter på pasienthotellet enn i sykehusets senger.

Vi skal i dette avsnittet beskrive hvilke utfordringer som har gjort seg gjeldende i forbindelse med planleggingen og driften av MOBA. Vi har delt potensielle utfordringer inn i seks kategorier:

- 1) Fysiske,
- 2) Kompetansemessige,
- 3) Organisatoriske,
- 4) Ledelsesmessige,
- 5) Kulturelle, og til sist
- 6) Økonomiske og ressursmessige utfordringer.

En eller flere av disse utfordringene har relevans for de fire delsystemene som inngår i dannelsen av en ny sykehusorganisasjon, og som følgelig påvirker mulighetene for at organisasjonen skal fungere som intendert. Utfordringene kan relatere seg til:

1) koalisjonssystemet (aktørenes interesser, samarbeidsrelasjoner og fordelingen av makt og innflytelse), 2) atferdssystemet (kompetanse, holdninger til MOBA/motivasjon) 3) transformasjonssystemet (valg av organisatorisk løsning, samarbeidsavtaler, formelt avvikssystem) ledelsessystemet (planlegging, målformulering (målforskyvning), informasjon til brukerne av OBA, beslutninger underveis mv.).

Først av alt skal vi kort beskrive hva slags utfordringer som sykepleiere, leger, toppledere og mellomledere forventet før oppstart av MOBA våren 2008. En slik kartlegging ble foretatt av Langlo og Nilsen (2007) i forbindelse med en spørreskjemaundersøkelse blant et bredt utvalg av respondenter ved SUS. Denne forventningskartleggingen kan i stor grad brukes som en "baseline" for vår egen intervjuundersøkelse der vi har spurt om hvilke utfordringer som faktisk har gjort seg

gjeldene. Vi har valgt å gjengi noen av resultatene til Langlo og Nilsen. Blant annet stilte de flere spørsmål om på hvilke måter MOBA kan utgjøre en trussel.

Tabell 15. På hvilken måte kan MOBA være en trussel? (N=73-80). Prosent

	Redusere kvaliteten på pasientbehandlingen	Nedbygging av andre velfungerende avdelinger, kan føre til "A" og "B"lag	Redusert kvalitet på det faglige miljø	Endringer i maktbalansen på SUS	Tyngre eller vanskelige arbeidsforhold hos de ansatte	MOBA representerer ikke noen trussel
Leger	18	54	7	18	32	25
Sykepleiere	7	62	18	33	27	27
Ledere	12	63	14	25	24	25
Toppledere	10	55	15	30	40	30
Alle	10	56	14	25	26	28

Kilde: Langlo & Nilsen (2007).

I 2006 var det særlig frykten for at MOBA skulle føre til et A og B-lag som gjorde seg gjeldene. Også topplederne fryktet en slik utvikling. Dette kan forstås ut fra kravet fra SUS 2008 om at MOBA ikke skulle føre til økte kostnader, men basere seg på en ressursomfordeling internt på sykehuset. Flere av informantene reiste spørsmålet om hva som ville skje med resten av sykehuset. Nytt bygg, nytt utstyr og høy bemanningsfaktor i MOBA, ble av enkelte sett som de første skrittene i retning av å bygge et topp moderne "akuttisykehus" internt i det store sykehuset som etter hvert ville trekke økonomiske og personellmessige ressurser fra de ordinære sengepostene. Et interessant funn i Langlo og Nilsen (2007) studie (ikke vist i tabellen) er at motstanden mot MOBA i planleggingsfasen primært knyttet seg til kravet fra SUS 2008 om "nullsum-regnskap", og ikke faglig eller profesjonsbetinget motstand mot OBA-konseptets idè. Det var imidlertid en tendens i deres undersøkelse til at legene var litt mer skeptiske til MOBA enn sykepleierne, men denne tendensen var relativt svak.

I 2006 var det også en viss frykt for at de ansatte skulle få tyngre eller vanskeligere arbeidsforhold som følge av MOBA. Tabellen over viser at en fjerdedel av de spurte, og topplederne mer enn de øvrige gruppene (40 %), mente at MOBA kunne gi vanskeligere arbeidsforhold for de ansatte. Mange av de som Langlo og Nilsen intervjuet fremhevet at sykehusets økonomiske situasjon var den viktigste kilden til konflikt mellom de daværende klinikkene.

Sykehuset står overfor en rekke faglige og organisatoriske utfordringer fremover med tanke på ressursfordeling mellom avdelinger og divisjoner. Hvem får hva? Av hvem?

Og: Hvordan skal MOBA styres? Slike spørsmål vil være naturlige når utgangspunktet for etableringen av MOBA var et "nullsum-spill". Sykehuset er en kunnskapsbedrift med sterke fagprofesjoner som vil hevde sin rett til medbestemmelse, for å sikre sine økonomiske ressurser som grunnlag for medisinsk-faglig høy kvalitet på behandlingen.

Flytter "gammel" kultur og praksis over i nytt bygg og en ny formell organisasjon, vil det kunne oppstå utfordringer i forhold til å realisere de mål som er satt for MOBA. En faglig forankret og informert omstillingsprosess er i så måte viktig. Vi har tidligere vist i rapporten at mye tid og krefter ved SUS gjennom flere år er nedlagt i å utrede og planlegge MOBA. En rekke personer, fagfolk og administrativ ledelse, har deltatt i utviklingen av selve konseptet og forberedelser til iverksetting og drift av OBA. Når den er kommet i drift, er det også grunn til å vente at det tar noe tid før virksomheten i MOBA og SUS sine øvrige sengeposter tilpasser seg hverandre og finner fram til hensiktsmessige samarbeidsrutiner.

Alle disse faktorene utgjør de formelle byggesteinene for å bygge opp og sikre god og effektiv drift ved OBA (effektiv pasientgjennomstrømning og kvalitativ god diagnostisering og behandling). I intervjuene i september og oktober 2009 fokuserte vi blant annet på hvilke utfordringer som har oppstått i forhold til driften av OBA de første 18 månedene. Spørsmålet de fikk var hvilke barrierer/flaskehalsen som har gjort seg gjeldende i forhold til OBA-målet om å effektivisere pasientflyten og behandlingen? Vi har sammenfattet synspunktene på måten:

1) Fysiske utfordringer (knyttet til lokalisering av funksjoner, romløsninger mv.).

- *Løping mellom OBA og de ordinære sengepostene.* Siden OBA baserer seg på at legene tilkalles etter behov, oppstår det en del løping for leger tilhørende sengeposter som ligger et stykke unna MOBA-bygningen. Denne løpingen kommer i tillegg til den legene allerede har i forhold til pasienter fordelt på ulike sengeposter andre steder ved SUS.
- *Ingen samlokalisering av MIO-A (3G) og innredet tredje etasje med medisinske funksjoner.* Flyttingen av 3G til andre etasjen i MOBA-bygget forutsatte at tredje etasjen ble innredet med invasiv kardiologi og intensivfunksjon. Så lenge tredje etasjen ikke innredes vil ikke MIO-A kunne realisere de gevinster som ligger i å plassere disse medisinske funksjonene fysisk i nærheten av hverandre.

Enkelte informanter har også pekt på enkelte utfordringer forbundet med romløsninger i MOBA-bygget, mangel på plass for enkelte funksjoner mv., men det generelle inntrykket er at MOBA-bygget er funksjonelt for dem som jobber der.

2) Kompetansemessige utfordringer (relatert til bemanning og kompetanse).

- *Bruk av legerressurser i mottaket.* Det er en viss uenighet blant de fagfolkene vi har snakket med, både blant legene og sykepleierne, om hva som er riktig bruk av kompetanse i mottaket. Noen peker på at det mest hensiktsmessige er å benytte erfarne assistentleger/unge overleger sammen med nyutdannede leger som er oppdatert faglig fra utdanningen. Andre igjen mener at erfarne overleger bør benyttes i mottaket for å sikre en best mulig legefaglig vurdering. Erfarne overleger kan bli for mye spesialister på et lite felt og dårlige som generalister i akutt situasjoner, hevder

noen. Det hører også med at enkelte leger er bekymret for at den sykepleiefaglige triageringen kan overstyre den legefaglige noe de sterkt advarer mot.

- *Bemanning i forbindelse med ferieavvikling og stort overbelegg ved sykehuset.* I likhet med mange av de ordinære sengepostene ved SUS har OBA i perioder slitt med å skaffe nok personale, enten det er forbindelse med ferieavvikling eller stor pasienttilstrømning i pressede situasjoner for sykehuset. Det tok også noe tid fra driftsoppstart i april 2008 til OBA var i full drift (juni 2008), bl.a. fordi det tok tid å få alt personellet på plass. Stor døgnvariasjon i tilstrømningen av pasienter til OBA utfordrer også OBAs evne til å sikre tilstrekkelige legeressurser når pågangen er som størst.
- *Generalistkompetanse i et spesialisert sykehussystem.* Enkelte av informantene peker på at det er utfordrende å få aksept for behovet for legefaglig generalistkompetanse i et stadig mer spesialisert sykehussystem. OBA baserer seg på en idé om et holistisk perspektiv på pasienten noe som utfordrer en trend der legene kan stadig mer om en stadig mindre del av pasienten. Karriereveier og status blant legene er forbundet med spesialisering. Enkelte av legene peker derfor på nødvendigheten av at det lages karriereveier som styrker utviklingen av generalistkompetanse som en motvekt til all spesialiseringen ved sykehuset.

Vårt generelle inntrykk av de utfordringer som er trukket fram i forbindelse med bemanning og bruk av riktig kompetanse, er at disse utfordringene ikke har vært av et slikt omfang at de på en kritisk måte har påvirket driften ved OBA på en negativ måte. OBA har hatt relativt bra tilgang på pleie- og legefaglige ressurser.

3) Organisatoriske utfordringer (forbundet med kapasitet og organisasjonsløsning)

- *Forholdet mellom målsettinger med OBA og valgt organisasjonsmodell.* Med redusert kapasitet i OBA på grunn av færre senger enn planlagt og ikke døgnkontinuerlig behandling, er det mer utfordrende for OBA å realisere de mål som ble formulert, spesielt i forhold til effektiviseringsgevinster. Ifølge noen av informantene er det behov for å skape bedre samsvar mellom mål og den faktiske utforming som OBA nå har.
- *Oppsplitting av medisinsk-faglige miljø ved de ordinære sengepostene.* Blant en del av legene var det en frykt for at arbeidstid ved OBA ville gå utover fagmiljøet ved sengepostene. Denne frykten gjorde seg først og fremst gjeldene før oppstart av OBA, og i den siste intervjurunden i september 2009 er det få som peker på denne utfordringen.
- *”OBA er alltid full”.* En påstand fra flere av brukerne av OBA er at OBA-sengene alltid er opptatt. Dels blir utnyttelsen av kapasiteten knyttet til for få senger. Som en informant sa: ”Vi kunne uten problem fullt opp 48 OBA-senger utfra den pasientpågangen vi ser i mottaket”. Dels blir også problemet knyttet til at noen av brukerne - divisjonene og avdelingene - er flinkere enn andre til å fylle opp OBA med ”sine” pasienter.
- *”OBA-drift i perioder med normal tilgang på pasienter, buffer for SUS ved overbelegg”.* En kommentar fra mange av informantene, er at de organisatoriske

forutsetningene for OBA ivaretas best i perioder med ”normal” pågang av pasienter, mens det er verre å ivareta prinsippene om akuttpasienter og kort liggetid i perioder med overbelegg. Da er det en tendens til at flyten av pasienter fra SUS til OBA øker, mens sammensetningen av OBA-pasienter blir mer ensartet, noe som begrenser mulighetene for tverrfaglighet.

- *Problem med pasientflyten på kveld.* Mange av informantene peker på at pasientflytkoordinatorer fungerer bra på dagtid, men at ordningen har fungert dårligere på kveldstid. De peker også på behovet for vikarer ved sykdom.
- *Samarbeidet mellom OBA og MIO.* Enkelte av informantene peker på at det er vel tette skott mellom OBA og MIO, og at det burde være en mer sømløs flyt av pasienter, spesielt mellom OBA og MIO-B. Disse etterlyser en formalisering av samarbeidet.

Mange av utfordringene som kan relateres til den valgte organisasjonsløsningen for OBA, er relatert til OBAs kapasitet. Det er få av informantene som mener at løsningene med sengetun, bruk av legeressurser fra ordinære sengeposter og MOBA som prosjekt, har skapt noen store utfordringer. Det er i tillegg flere av informantene som peker på at MOBAs driftsråd har virket avklarende på en rekke av de spørsmål som har dukket opp i forbindelse med driften av OBA.

4) Ledelsesmessige utfordringer (ledelsesmessig tilknytning, forutsigbarhet mv.).

- *MOBA delt i to ledelseslinjer.* Noen av informantene, men langt fra alle, synes det har vært utfordrende at aktiviteten i MOBA-byggets andre etasje er delt mellom Medisinsk og prosjektledelse under administrerende direktør. Som før nevnt ble planen om å plassere OBA i Akuttklinikken forlatt til fordel for prosjekttilknytning. På den måten er ideen om fagnøytral ledelse ivaretatt, men den fagnøytrale ledelseslinjen omfatter bare halvparten av opprinnelig planlagte OBA-senger. Sett fra Medisinsk side, er det logisk at MIO ledes av Medisinsk all den tid det er snakk om medisinske pasienter og funksjoner.
- *”Ledelse for vær og vind”.* Mange av informantene mener det har vært for mange tilpasninger og justeringer i det opprinnelige MOBA-konseptet, og at dette har bakgrunn i for liten vilje fra toppledelsens side til å holde fast på ideen. (kan gjentas mot slutten, sånn e det med iverksetting/ er vi enig? Er det en ledelse for vær og vind? Hvorfor kunne ike grunnideen forsvares? Kem e forsvarere for at dette skal gjennomføres/er vi for snille, hvorfor ikke mer om årsaker til endringer og at en ide bli omdanna/ ”kamp/tautrekking kan tautrekking mer fram i rapporten/vi er litt forsiktig med aktørene i rapporten, kan tåle å være litt hardere i klype/ Spesielt gjelder dette den fasen da OBA-konseptet skulle konkretiseres og gjøres klar for iverksetting og drift. Samtidig peker informantene også på at ledelsen ikke alene kan lastes for alle endringene underveis, all den tid også rammevilkårene for MOBA endret seg kraftig (forverret sykehusøkonomi, nei fra Helse Vest til å innrede tredje etasjen, reduksjon i antall ordinære senger og perioder med stort overbelegg ved SUS). Men flere mener ledelsen i større grad burde ha ”bundet seg masten” slik at MOBA-konseptet ble testet ut på en fullverdig måte.

Vårt generelle inntrykk fra intervjuene er at ledelsesutfordringene i liten grad har forbindelse til den ledelsesmodell som er valgt for MOBA i den toårige prosjektperioden (administrativ prosjektledelse, medisinsk-faglig ledelse og bredt sammensatt driftsråd). De relaterer seg i større grad til de ledelsesmessige rammevilkårene som MOBA-ledelsen tidligere har forholdt seg til.

5) Kulturelle utfordringer (normer og insentiver som utfordrer den formelle organiseringen)

- *”Gammel praksis i nytt bygg”*. En frykt i forkant av OBAs driftsfase, var at praksisen i den tidligere korttidsposten 1A ville sette et sterkt preg på driften av OBA og gjøre det vanskelig å få til endringer. Enkelte av informantene pekte også på (i 2008) at så lenge OBA skulle basere seg på leger som ”gjestearbeidere” i OBA ville de først og fremst ta med seg innarbeidde normer fra de ordinære sengepostene, og dermed forhindre en praksisomlegging i tråd med den helhetlige samhandlingsmodell OBA bygger på. I løpet av driftsfasen er som før nevnt også 3G blitt flyttet over i MOBA-bygget og utgjør dermed en del av ”innmaten”. Intervjuene i september 2009 tyder ikke på at ”gammel” kultur har gjort drift i tråd med OBA-konseptet så besværlig som noen fryktet på et tidligere tidspunkt. Det er mer slik at driften av OBA forener innarbeid praksis med nye måter å samarbeide på.
- Nevrologiske og kirurgiske pasienter kan bli flyttet videre fra OBA til de respektive klinikkene, for å gi plass til medisinske pasienter i OBA. Det hevdes at kirurgisk og nevrologisk avdeling har interesse av å fylle opp egne senger først, før de bruker OBA. Dette har hatt den konsekvens at kirurger og nevrologer hittil har vist mindre interesse for OBA.
- *Insentiver ved stort overbelegg*. I løpet av driftsperioden til MOBA har det vært perioder med stor pågang i akuttmottaket og overbelegg ved flere av de ordinære sengepostene, særlig i Medisinsk. I tillegg har en del av kapasiteten ved OBA i en periode vært benyttet av Prematuravdelingen på grunn av basiller og behov for isolering. Intervjuene viser at den kampen om sengene som oppstår i perioder med overbelegg, også har konsekvenser for driften av OBA. For det første kan det være økonomisk gunstig for andre brukere av OBA enn Medisinsk, å fylle opp sine ordinære sengeposter først, også om det er snakk om korttidspasienter, for å unngå eventuelle ”uteliggere” fra Medisinsk. Disse får de ikke stykkpris for, samtidig som de krever pleieressurser. For det andre kan det være fordel for disse brukerne å beholde innlagte pasienter lengre, heller enn å skrive dem ut eller å sende dem på pasienthotellet, om alternativet er å få overbeleggspasienter fra Medisinsk. For Medisinsk blir det prekære hvordan de skal håndtere overbelegget. Det blir et spørsmål om å finne ledig sengekapasitet der den finnes. Da kan det være snakk om å sende pasienter fra de ordinære sengepostene (f. eks. korridorpasienter) til OBA. I tilfeller der de øvrige brukerne av OBA velger å sende ”sine” pasienter direkte på sengepostene, vil OBA kunne fylles opp med medisinske pasienter, både fra mottak og fra sengepostene. I denne type situasjoner blir det vanskelig å etterleve OBA-konseptets prinsipper, og kanskje er det heller ikke ønskelig slik noen informanter er inne på, all den tid det dreier seg om pasienter som trenger behandling og som ikke ønsker å bli ”kasteball” mellom ulike enheter.

6) Økonomiske og ressursmessige utfordringer (penger, personell mv.)

- *A og B lag mellom det lille sykehuset og det store.* Med krav til nedtrekk av tilsvarende antall senger i de ordinære sengepostene som antallet i OBA, oppstod det en klar skepsis til OBA ved mange av de ordinære sengepostene. Denne holdningsmessige utfordringen preget av de økonomiske effektiviseringskravene, har likevel ikke blitt så negativ for driften av OBA som noen av informantene fryktet våren 2008. Det har sammenheng dels med at OBA har blitt mindre enn planlagt, og dels at mange av legene har opplevd det som positivt å jobbe i OBA uten at de har opplevd et slags "klasseskille" mellom OBA og sengepostene.
- *"Uten å kjenne prislappen på OBA, hvordan skal da effektiviseringsgevinsten måles?"*. Flere av informantene har bemerket at innsalget og legitimeringen av OBA-konseptet innad i SUS preges av at det er vanskelig å identifisere og synliggjøre effektiviseringsgevinstene. Så lenge slike gevinster ikke er tallfestet, kan det oppstå holdninger blant de ansatte preget av at mye pleie- og legeressurser brukes i OBA for å behandle de friskeste pasientene.

6.2 Organisasjonsmessige implikasjoner

Organisasjonsstrukturen i MOBA-prosjektet er ikke den en opprinnelig skulle forventet, en typisk prosjektorganisasjon med matriseform, snarere er den i hovedsak bygd opp i en tradisjonell hierarkisk form. Prosjektlederen fungerer som operativ leder for alle områdene og de ansatte der. Denne posisjonen er også tegnet inn som direkte underordnet direktøren, og som overordnet leder for tre driftsenheter. Derimot er de kliniske avdelingenes kapasitet sideordnet, ikke underordnet prosjektlederen.

Den strukturelle formen gir altså inntrykk av en klar orientering mot *drift*, og ikke som vi kunne forventet i en prosjektorganisasjon – mer fokus på *nyskaping* med tversgående forbindelser mellom innsatsområdene. Organisasjonskartet for MOBA, som illustrert i tablået, viser heller ingen vertikale relasjoner mellom de kliniske hovedfunksjonene og de øvrige driftsfunksjonene. Alle bindes formelt sett sammen av prosjektlederen.

En matriseorganisasjon ville vanligvis vært bygget opp både langs kompetansegrupper og langs prosjekter eller programområder. En slik struktur øker fleksibiliteten sammenlignet med en tradisjonell funksjons- eller divisjonsorganisering. Nye prosjekter kan utvikles og iverksettes, og gamle kan legges ned uten særlige bindinger. Prosjekt- og matriseorganisasjonen bygges jo nettopp for å håndtere vedvarende endring og komplekse omgivelser, men innebærer at en ansatt vil tilhøre flere grupper i organisasjonen samtidig. I MOBA synes dette bare å gjelde personalet fra divisjonene, som her blir en slags «Tordenskjolds soldater» som utkalles når det trenges. Sett i relasjon til hvordan organisasjonskartet ser ut, blir prosjektet derfor å regne som en funksjonsorganisasjon med sentralisert struktur og hvor styringen gjøres hierarkisk (snarere enn lateralt som i matriseorganisasjonen), og hvor man er avhengig av et kontrollsystem for å overvåke fremdriften.

Også flyttdiagrammet bygger på klare forutsetninger. En utfordring ved en slik organisering er å avklare selve behandlingkjedens ulike ledd, deres innbyrdes

sammenheng, kapasitetstilpasning og eventuelle flaskehalser. For MOBA må en slik behandlingsskjede kunne garantere å dekke alle viktige sider ved akutt- og tidligbehandlingen for alle pasienter som i mot ved Akuttavdelingen. Derfor blir det også viktig å avklare hvilke oppgaver og funksjoner som ligger *utenfor* denne behandlingsskjeden; herunder forebyggende tiltak, eller behandling hvor akutt diagnosen utgjør en liten del av selve sykdomsbildet.

Helse Stavanger er tydelig bevisst på at MOBA skal gis en annerledes organisasjonsform enn de øvrige SUS-enheter, dvs. en tversgående organisering (Prosjektdirektiv, febr. 2009). Når man først har valgt en slik modell, må fordeler og ulemper kunne veies mot hverandre, herunder:

Fordeler med tversgående organisering:

- Større oppmerksomhet på og synliggjøring av faget og oppgaven
- Samling av kompetanse
- Ressursutnyttelse og styring
- Muliggjør organisering spesielt tilpasset oppgaven
 - F.eks. beredskapsfunksjonen i klinikkene

Utfordringer:

- Beskrive pasientforløp slik at det ikke oppleves som mindre helhetlig
- Samhandling mellom fagområdene
- Krever ryddighet i forhold til avtaler mellom avdelinger og klinikker
 - Utfordringene øker jo mer integrert tjenesten er
- Kan skape eller forsterke oppfatning av særbehandling for enkeltgrupper
 - Ta del i samordningsgevinstene på støttetjenester

Tversgående organisering er best egnet der pasientgruppene er atskilte og tjenestetilbudet har liten overlappning mellom fagfeltene. For MOBA er det altså tilsynelatende vurdert slik at utfordringene kan aktivt møtes og fordelene best aktualiseres til fordel for pasienter i Rogaland gjennom en slik organisasjonsmodell.

6.3 Veggen videre for MOBA:

Det reiser seg fire spørsmål som krever avklaring for den videre drift av MOBA:

- Bør OBAs sengekapasitet beholdes som nå, bør den økes eller bør den reduseres? Et flertall av informantene ønsker utvidelse.
- Hvilken divisjon bør OBA ledelsesmessig tilhøre når perioden som prosjekt under administrerende direktør er slutt?
- Hva bør skje med MIO-A (3G) om tiden går uten at tredje etasjen i MOBA-bygget innredes? Begrunnelsen for å flytte 3G til MOBA-bygget var nettopp at tredje etasjen ble innredet som planlagt.
- Bør MIO-B omgjøres til et fjerde sengetun i OBA?

Vi har foretatt en evaluering av hva som er oppnådd med MOBA og konkluderer med at mottaket og OBA i stor grad leverer som forutsatt. Vi har imidlertid også pekt på enkelte utfordringer forbundet med avdelingen.

7 Referanser

Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1990) The relationship between organisation structure and management control in hospitals: An elaboration and test of Mintzberg's professional bureaucracy model. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 3(3).

Alvesson, M. (2004) *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Argyris, C. (1990) *Overcoming organizational defences: Facilitating organizational learning*: Prentice Hall.

Berg, O. (1991) Medikrati, hierarki og marked., i D. Album & G. Midré (red.) *Mellom idealer og realiteter*. Studier i medisinsk sosiologi. Oslo: ad Notam.

Burnstein, J. L. & Hogan, D. E. (2007). *Disaster Medicine* (2nd ed.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K., & Vanebo, J. O. (Eds.). (2005) *Modernisering av offentlig sektor: Utfordringer, metoder og dilemmaer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S. J., & Vanebo, J. O. (2007) *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Cohen, M. and J.G. March (1974) *Leadership and Ambiguity*. New York: McGraw-Hill.

Göransson, K. (2006). Registered nurse-led emergency department triage: organisation, allocation of acuity ratings and triage decision making. Doktoravhandling, Örebro universitet. Harrison, S., & McDonald, R. (2003) Science, consumerism and bureaucracy: New legitimations of medical professionalism. *The International Journal of Public Sector Management*, 16(2), 110-121.

Harrison, Michael, I. (2004) *Implementing Change in Health Systems. Marked Reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*. Sage Publications.

Hall Skavoll, G. (2008) *Åpner flaskehalsen - setter pasienten i sentrum*. Intervju i Mediaplanet, September/oktober 2008:14.

Halvorsen, K. (1993): *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Bedriftsøkonomens forlag.

Hildebrandt, S., Klausen, K. K., & Nielsen, S. (2003) *Sygehusledelse*. København: Munksgaard, Danmark.

- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1996) *Metodevalg og metodebruk*. 3. utgave. Oslo: TANO.
- Jacobsen, D. I. (2004) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Johannessen, J. A., & Olaisen, J. (2004) *Strategisk helseledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannesen, J. A. & J. Olaisen (2009) *Styring av helseforetak. Hvorfor er sykehus så vanskelige å styre?* Oslo: Fagbokforlaget.
- Kjekshus, L. E. (2005) Vil reformer med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? Hva sier aktuelle teorier og erfaringer så langt? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 21, 53- 76.
- Langlo & Nilsen (2007) Profesjonsmotstand og ledelsesstrategier i en radikal organisasjonsendring. En analyse av etablering av nytt MOBA (mottaks-, observasjons- og behandlingsavdeling) ved Stavanger Universitetssykehus. Masteroppgave: Universitetet i Stavanger.
- Mauseth, R. (2007) Lager oppskriften for framtidens sykehus i høst. <http://www.helsenr.no>.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977) Institutionalized organizations: Formal structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83:340-363.
- Mintzberg, H. (1994): *The Rise and Fall of Strategic Planning*. London: Prentice Hall.
- NOU 1997: 2 Pasienten først. *Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Opedal, S., & Stigen, I. M. (Eds.). (2005) *Helse-norge i støpeskjeen: Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Orton, J. D. & Weick, K. E. (1990) Loosely coupled systems: A reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15, 203-223.
- Reason, J. (1997) *Managing the Risk of Organizational Accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing Limited.
- Ryltenius, J. (2006) Akutmottagningarnas sjuksköterskor måste få hjälp att fatta beslut. *Omvårdnadsmagasinet* , 5.
- Røvik, K. A. (1998) *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Yin, R.K. (1994) *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage.

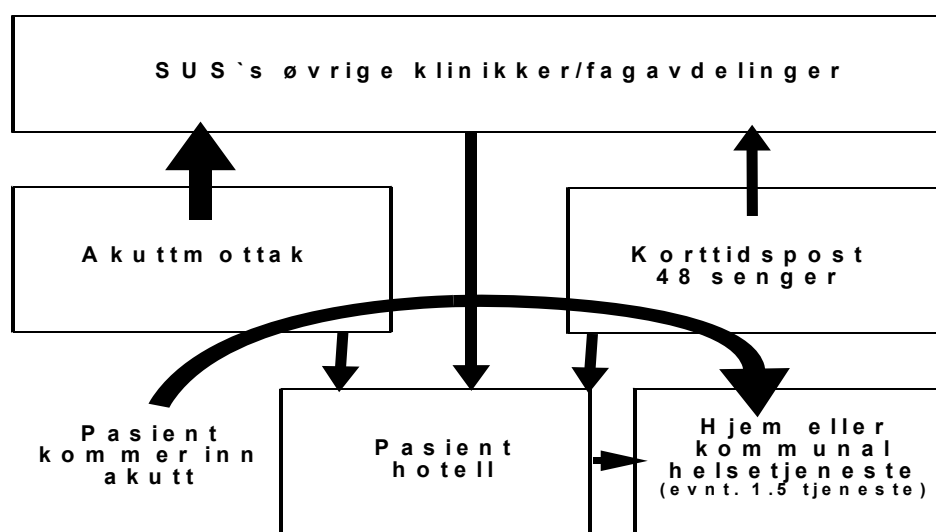
Vedlegg - intervjuguider

Intervjuguide brukt høsten 2009 – evaluering av MOBA

Respondentgrupper: Brukere av MOBA i øvrige klinikker/avdelinger, faglig og administrativt ansvarlige for (M) OBA. Utgangspunkt i supplert informantliste.

A) Kartlegging av mottak og pasientstrømmer

1. Et hovedmål med MOBA er å behandle pasientene raskere og mer effektivt. Ut fra din erfaring med pasientstrømmene etter etableringen av MOBA i april i fjor, vil du si at pasientflyten følger pilene i modellen nedenfor?
2. Er det evt. avvik fra flytdiagrammet?
3. Hvis avvik, hvorfor er det slik?



4. Et mål med det nye Mottaket (M) er å foreta en rask og faglig treffsikker vurdering av innkomne pasienter. Vil du si at systemet for TRIAGERING av pasientene fungerer som intendert?
5. Er sorteringen av pasienter på basis av TRIAGERING treffsikker?

- a. Havner de "rette" pasientgruppene i OBA (korttidspasienter inntil 3 dager) utfra TRIAGERINGEN – dvs at sorteringen av pasientene er treffsikker?
 - b. Kommer det en strøm av pasienter fra andre klinikker på SUS til OBA? Hvilke og hvorfra kommer disse pasientene?
 - c. Berører disse pasientene både de 24 OBA sengene og de 24 MiO-sengene?
6. **MiO-sengene.** Hva betyr det at MiO har 24 av OBA sengene? Følger de MiO prinsipper for driften av disse sengene eller MOBA-prinsippene?
7. **Døgnvariasjoner.** Er OBA godt egnet til å håndtere de tidsmessige skjevheter det er i den akutte pasienttilstrømningen i løpet av et døgn?
- a. Hvorfor er OBA bra eller dårlig til å håndtere døgnvariasjoner?

B) Organisering av M og OBA

8. Foreligger det **instrukser/arbeidsbeskrivelser** som beskriver oppgaver og bemanning av følgende enheter/personer?
- a. Mottaksavdeling/avdelingssykepleier
 - b. Akuttrommet
 - c. Ledelsen av OBA
 - d. Organisering av bemanning av medisinsk og kirurgisk arbeidsstasjon i OBA
- (OBS! FÅ MED EVT: SKRIFTLIG MATERIALE)
9. Hvordan rapporteres **avvik** fra instrukser eller arbeidsbeskrivelser?
- a. Hvor oppstår de fleste avvikene?
 - b. Hvem rapporteres det til?
 - c. Hvem følger avvikene opp?

10. **Kompetanseoppbygging.** Et mål med OBA er å utvikle spesialisert kompetanse og legge til rette for tverrfaglighet i diagnostisering og pasientbehandling.
- Er det gitt tilstrekkelig **formell opplæring** for å sikre at denne intensjonen nås?
 - Fungerer OBA som en tverrfaglig læringsarena?
 - Hva slags effekt har det at leger fra ulike klinikker samarbeider om diagnostisering og behandling av OBA-pasienter? Eller foregår samarbeidet i OBA som i andre klinikker?

C) Måloppnåelser med OBA

11. I hvilken grad vil du si følgende effekter er oppnådd i løpet av det drøye året OBA har eksistert i sin nåværende form?
- Er pasientbehandlingen blitt raskere og derav ført til kortere liggetid?
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Har OBA ført til et bedre samarbeid mellom personer og funksjoner?
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Er pasientdiagnostisering og –behandling av pasienter med sammensatte lidelser blitt mer **tverrfaglig** (såkalt fremskutt kompetanse)
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Har det skjedd en oppbygging av spesialkompetanse i OBA?
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Lykkes ledelsen for OBA å samordne virksomheten (bemanning/pasientfordeling) overfor andre klinikker/avdelinger ved SUS?
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Har utskillingen av såkalte korttidspasienter til OBA ført til en bedre sortering av pasientstrømmen (dagbehandlingspasienter, korttidsdøgnopphold, langtidsopphold)?
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Har utskillingen av kortids-OBA-pasienter gjort det mulig for de øvrige SUS klinikkene i større grad å konsentrere seg om langtidspasienter?
 Ja Delvis Nei Vet ikke
 - Har OBA ført til færre korridorpasienter?

- Ja Delvis Nei Vet ikke
- Har bruken av pasienthotellet økt mht. pasienter fra OBA?
- Ja Delvis Nei Vet ikke
- Har bruken av pasienthotellet økt mht. pasienter fra SUS for øvrig?
- Ja Delvis Nei Vet ikke
- Er legene lojale overfor både egen klinikk og OBA?
- Ja Delvis Nei Vet ikke
- Har OBA-konseptet støtte i toppledelsen?
- Ja Delvis Nei Vet ikke
- Har OBA-konseptet støtte blant de ansatte på SUS?
- Ja Delvis Nei Vet ikke
- Har OBA vært vellykket etter din mening?
- Ja Delvis Nei Vet ikke

12. Hvis OBA'en enten har vært vellykket (ja) eller mislykket (nei):

- a. Hvorfor har det evt. vært vellykket?
- b. Hvorfor har det evt. vært mislykket?

13. Hvis du mener at OBA har vært mislykket?

- a. Er OBA mislykket fordi enheten bare har halv kapasitet
- b. Eller er OBA mislykket fordi konseptet/ideen ikke fungerer?

14. **Målforskyvninger**, hvorfor har det gått som det har gått med MOBA?

- a. Hvorfor er OBA bare halvparten av opprinnelig modell?
- b. Er det slik at OBA har blitt en buffer for de andre klinikkene, det vil si at den brukes for plassere såkalte "hoppepasienter"/ korridorpasienter?

15. **Flaskehalsar.** Hvilke av følgende mulige barrierer/ flaskehalsar vil du si gjør seg gjeldende i forhold til OBA-målet om å effektivisere pasientflyten og behandlingen?

- a. **Fysiske barrierer.** Er det utfordringer knyttet til fysisk lokalisering av funksjoner, romløsningar i M og OBA?
- b. **Kompetansemessige barrierer.** Er det utfordringer sett i lys av målet med OBA om å få til en mer effektiv og tverrfaglig vurdering og behandling av pasientene?
- c. **Organisatoriske flaskehalsar.** Er det noe med den valgte organisasjonsmodellen for OBA som skapar utfordringer?
- d. **Ledelsesmessige flaskehalsar.** Er det utfordringer forbundet med valget av prosjektorganisering av OBA og et bredt sammensatt driftsråd og ordningen med prosjektleder/avdelingsleder?
- e. **Kulturelle barrierer.** Er det slik at "gammel kultur" er blitt med flyttelasset, at tidligere arbeidsmåtar i for eksempel 1A lever vidare i OBA fordi legene bare er på "besøk"/ gjestearbeidere i OBA? Hva betyr i så fall det for driften av OBA?
- f. **Økonomiske flaskehalsar.** Er det utfordringer forbundet med ressursituasjonen for OBA? Hvordan vite hva som er det økonomiske behovet når det ikke fins tall som sier hvor mye OBA koster?

16. **Veien vidare,** hva mener du bør skje med OBA?

- a. Bør OBA fortsette som nå?
- b. Bør OBA utvides?
- c. Bør OBA konseptet avvikles?

17. **Til økonomifolk.** Hva slags tall foreligger for å beskrive kostnadene ved å drive OBA sammenlignet med andre klinikker/avdelinger? Hvis det ikke foreligger tall, hvordan skal SUS finne ut om målet om en mer økonomisk effektiv drift gjennom MOBA er blitt realisert?

Intervjuguide brukt våren/høsten 2008 – evaluering av MOBA

Intervjuguide om planlegging, organisering og drift av MOBA Intervjuer:

Dato:	Tid:	Sted
Informant:	Posisjon:	Alder/Kjønn:

Innledning

Litt om prosjektet: Fokus er først og fremst på det nye akuttmottaket med observasjons- og behandlingsenhet (i intervjuene kalt "MOBA") ved SUS og dets relasjoner både til sin overordnede eier (i intervjuene kalt "Helse Vest") og til sine utførende enheter ved SUS, med vekt på å spore hvilken utvikling den nye enheten har gjennomgått i planleggingsfasen, men med hovedvekt på oppstarten i 2008.

Hovedproblemstilling og tematiske stikkord for lederintervjuene:

"Hvilken vurdering gjør ledelsen i SUS og MOBA av den valgte organisasjonsmodellens styrke og svakheter ift. til de opprinnelig fastsatte målsettinger om bedre kapasitet og effekt, økt brukertilfredshet, tettere integrasjon og bedre samarbeidsrelasjoner av de særlige spesialisttjenester den nye enheten omfatter?"

Intervjumodus:

1. Rundtur om hovedfeltene i undersøkelsen og om målene med kartleggingen
2. Stikkordmessig oppfølging iht. hovedtemaer, med vekt på kontraster, kategorier, spesielle hendelser og prosesser

Premiss for intervjuene: Vi oppfatter MOBA som en organisasjon med en distinkt utforming og identifiserbare omgivelser. I den forbindelse tenker vi på "Organisasjonen" som en **koalisjon** av grupper og interesser, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom samhandling med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål. Tilstrekkelig fokus på interessentene, deres **preferanser, bidrag og belønninger** blir viktig i intervjuet. Med et åpent systemperspektiv på organisasjonen vil det likevel være nødvendig å kunne angi systemets grenser, struktur og prosesser.

Koalisjonen antas å ha både teknisk-økonomiske (regulert gjennom markeder for arbeid, kapital, leverandør, kunder) og institusjonelle (ordnet gjennom regulative, normative, kognitive mekanismer) omgivelser.

De institusjonelle omgivelsene kan antas å være viktigst for MOBA og er karakterisert av at det settes krav og forventninger som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå støtte og legitimitet. Legitimitet er en generalisert antagelse om at spesielle handlinger er ønskelig og akseptable innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, tro og definisjoner. Legitimitet er viktig for en organisasjons relasjon til sine omgivelser. For MOBA vil legitimiteten antagelig være motsvarende til de institusjonelle mekanismene, kanskje med vekt

på både legal (regulativ), pragmatisk (nytten) og normativ (konsekvenser, teknikker/prosedyrer) legitimitet.

Temaer som dekkes i intervjuet

A. Endringsimpulsen (Genesen)

A.1 Hvordan **oppsto** ideen om en egen MOBA-enhet ved SUS?

A.2 Hva var **motiver** for den valgte MOBA-modellen?

Probe: kostnader, kvalitet, tilgjengelighet, kompetanse, flaskehals, etc

B. Koalisjonssystemet

Generelle kontrakter og relasjoner:

B.1 Hvordan vil du beskrive forholdet mellom SUS (adm/ledelse) og følgende grupperinger for MOBA? (vis organisasjonskartet)

Beslutningsenhet	Karakteristikk
MOBA-leder	
MOBA-råd	
"Avdelingsoverlege" MOBA	
Kliniske avdelingsledere	
Pleieavdelingenes ledere	

Probe: Er styringen gjennom styringsdokumenter/avtaler tilstrekkelig? Er det behov for utfyllende stabsdialog (direktørmøter/uformelle rådslag), eller kan slik dialog gjøre den formelle styringslinjen mer klar? Er styringen preget av dialog og samarbeid, eller konflikt og påbud? Blir MOBA for lite involvert når Helse Stavanger HF treffer sine beslutninger?

B.2 Følger rapportering og kommunikasjonen mellom Adm.dir. v/SUS og MOBA-aktørene likeartede prosedyrer, og hva særpreger disse?

B.3 Hvordan vil du beskrive forholdet mellom det lille og det store sykehuset, dvs. mellom SUS som helhet og MOBA som del av dette?

B.4 Hvordan vil du karakterisere ledelsesprosessen hittil rundt MOBA

Samarbeidsrelasjoner Helse Vest RHF og SUS:

B.5 Hvordan vil du karakterisere samarbeidsrelasjonene mellom Helse Vest og den nye MOBA-enheten ved SUS?

Interessentmatrisen:

Fokuser på: Hvordan ulike aktører i organisasjonens omgivelser vil kunne påvirke måten man nå organiserer tjenesteytingen på, hvordan enheten skal ledes, hvilke mål og verdier som er ønskelige osv. , samt hvordan dette kan påvirke enhetens legitimitet.

B.6 Hvem er de viktigste interessentene for MOBA ved oppstarten av enheten?

- (På en skala fra 1-5 (1= liten, 5= stor): Hvilken innflytelse har hver av disse interessentene i dag på MOBA i dag på feltene under;
 - **måloppnåelse** (kapasitet, kvalitet, effektivitet, brukertilfredshet, integrasjon, samarbeidsrelasjoner)
 - **autonomi** (handlefrihet ift. arbeidsmåte, valgte tiltak, måter å adressere målgruppen på, etc.)
 - **økonomiske rammevilkår** (totalramme og prioritering av budsjettposter)
 - **strategiske hovedvalg** (logistikk, effektiv pasientflyt, ventelisteordninger, samlokalisering, korridorpasienter...)

B.7 Hvordan ble endringsprosessen forankret i ledelsen hos de viktigste interessentene?

Probe: Ble det inngått avtaler/kontrakter, gjennomført dialoger, etc.

B.8 Hva tror du hovedfasene i utviklingen av den valgte organisasjonsmodellen i implementeringsperioden i 2008-2009 blir?

Autonomi:

B.9 Hvordan vil du karakterisere handlefriheten MOBA vil få på;

Tema	Karakteristikk
Disponering av tildelt budsjett	
Personalforvaltning	
Arbeids- og funksjonsfordeling innad i MOBA	
Planlegging av MOBAs samlede tjenestetilbud	
Påvirke kvaliteten av helsetjenestene som leveres	

B.9 Hvor/hvordan fattes de reelle beslutningene i disse spørsmålene?

C. Atferdssystemet:

Bemanning

C.1 Hvordan vurderer du *bemanningskapasiteten* på MOBA i forhold til behov (vurdering av antall ansatte og deres kompetansemengde)?

Probe: Skiller MOBA seg fra de øvrige enhetene ved SUS, og skiller enkelte funksjoner/poster innen MOBA seg ut?

C.2 Hvordan foregår MOBAs *kompetanse- og kapasitetsoppbyggingen* (tiltak, planer, rekruttering av spesialister, kvalitet på klinisk forskning) i dag?

Probe: Skiller MOBA seg fra de øvrige enhetene ved SUS, og skiller enkelte funksjoner/poster innen MOBA seg ut på dette feltet?

C.3 Hvordan skal man sikre *optimalt servicenivå og tjenestekvalitet* fra de ansatte i MOBAs utførende enheter?

Probe: Skiller MOBA seg fra de øvrige enhetene ved SUS, og skiller enkelte funksjoner/poster innen MOBA seg ut?

C.4 Er det iverksatt noen tiltak for å øke *motivasjonen* hos de ansatte for å realisere potensialene i den nye organisasjonsmodellen?

Probe: Skiller MOBA seg fra de øvrige enhetene ved SUS, og skiller enkelte funksjoner/poster innen MOBA seg ut?

D. Transformasjonssystemet:

Organisasjonsplanen:

D.1 Her ser du organisasjonskartet for MOBA. Hva tror du er sterke og svake elementer i denne modellen slik den er avbildet her?

D.2 Etter din mening, hvordan burde den ideelt se ut?

D.3 Er det i praksis noen ulikheter i hvordan de forskjellige funksjoner/poster i MOBA opererer, dvs. hvordan de er organisert og styres ift. SUS-ledelsen?

Leveransestrukturen:

D.4 Hvilke prinsipper/modeller har MOBA for å styre pasientflyten i behandlingsskjeden sin?

Probe: Hvor ligger det etter din mening forbedringsmuligheter?

D.5 Har den nye organisasjonsmodellen noen tydelige flaskehalsar i samordningen av behandlingstilbudet, evt. Hvilke?

Økonomi og teknologisk løsning:

Resultatmål

D.6 Hvordan **prioriterer** SUS behandlingstiltak for denne enheten økonomisk, sammenlignet med andre avdelinger ved sykehuset?

E. Ledelsessystemet:

Målutvikling:

E.1 Hvordan ble målene for MOBA utviklet (formulert) og hvilken **type** mål ble vektlagt?

Utviklingsmål; dvs. slike som er rettet mot interessentene (HV-RHF/egne enheter ved SUS/lokale institusjoner, etc)

Tilpasningsmål: dvs. knyttet til nødvendige endringer pga endrede rammevilkår ("øyeblikkelig-hjelp-pasienter i sentrum", økonomisk rasjonalisering.....)

Driftsmål: dvs. slike som knyttes til driftsformen og dens effektivitet og ressursutnyttelse (kortere ventetid/liggetid, større kapasitet)

E.2 Hvilken type mål var viktigst?

E.3 Har organisasjonsmodellen for MOBA de egenskaper som samsvarer med de generelle målsettingene om; bedre helhetsbehandling, spesialkompetanse.

Mål	Grad av måloppnåelse, bruk/vurdering av virkemidler
Helhetsbehandling på tvers av klinikktilhørighet	
Spesialkompetanse (utredning, behandling, diagnostikk)	
Bedre samhandling internt ??????	
Bedre samhandling eksternt	

E.5 I hvilken grad vil MOBA-modellen kunne møte de spesifikke målsettingene om;

Bare å betjene nyinnleggelser, aktiv behandling frem til kl. 2200, rask behandling, utskrivning etter 2-3 døgn?

Mål	Grad av måloppnåelse, bruk/vurdering av virkemidler
Bare nyinnleggelser	

Utvidet dagåpent (kl. 2200)	
Ekspedit behandling	
Kort liggetid (2-3 dager)	
Pasientfordeling (Triage)	

Problemløsning:

E. 6 Hva slags strategier og virkemidler tas i bruk for å realisere de valgte målene?

Probe: Tre vanlige typer strategier ift tekniske omgivelser, hvilke(n) valgte SUS:

- 1) Strategier rettet mot **organisasjonen**
 - Etablering av buffere - kapasitetsreserver, likviditetsreserver,...
 - Utvikling av fleksibilitet – kompetanseutvikling,
- 2) Strategier rettet mot **overføringene**
 - Utjevning av overføringene – justering/endring av betingelser
 - Prioritering – prioritere bestemte interessenter
- 3) Strategier rettet mot **interessentene**
 - Kontraktsutforming – etablering av langsiktige avtaler
 - Samarbeidsstrategier – knytte interessentene sterkere til organisasjonen
 - Maktstrategier – skaffe organisasjonen større makt

Endringsstrategier og motstand

E.7 Hvordan vil du karakterisere den endringsprosessen dere iverksatte for å etablere den nye organisasjonsenheten, og hva vil du kalle den?

Probe: for eksempel proaktiv eller reaktiv, strategisk eller inkrementell

	Inkrementell	Strategisk
Proaktiv	Harmonisering	Nyorientering
Reaktiv	Tilpasning	Gjenskaping

Ulike endringsstrategier kan også være; humanistisk (OU/kultur), teknisk-rasjonell (organisasjonsstruktur), politisk (forhandling), eksplorativ (løse koblinger), etc.

E.8 Har det vært motstand mot den foreslåtte organisasjonsmodellen for MOBA, og har den endret seg over tid? (apati/likegyldighet, passiv, aktiv, aggressiv). Hvem ytte motstanden?

E.9 Hva har årsakene til motstanden vært?

E.10 Hvordan ble motstanden håndtert i de aktuelle situasjoner?

F. Oppsummering

F.1 Hva kan sies – stikkordsmessig – om de viktigste fordeler og ulemper som knytter seg til den organisasjonsmodellen vi har snakket om i forhold til MOBA?

F.2 Er hovedinntrykket av den valgte modellen for organisering av akuttjenester i hovedsak positiv, negativ eller nøytral?

Probe: Hva peker sterkest i den valgte retningen?

F.4 Andre temaer du ønsker å ta opp?

Takk for intervjuet!