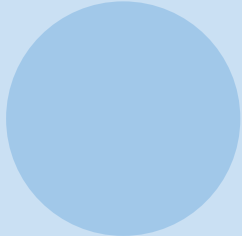


Utredninger Utviklingsplan 2040 Til styremøte 14.6.23



Per Qvarnstrøm
Kristiansand , 07.06.23

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement



«Kunnskapsgrunnlaget spesialiserte sentre»



Per Qvarnstrøm
Kristiansand , 07.06.23

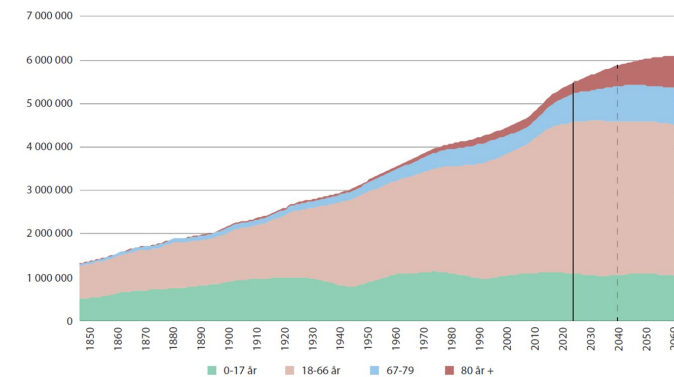
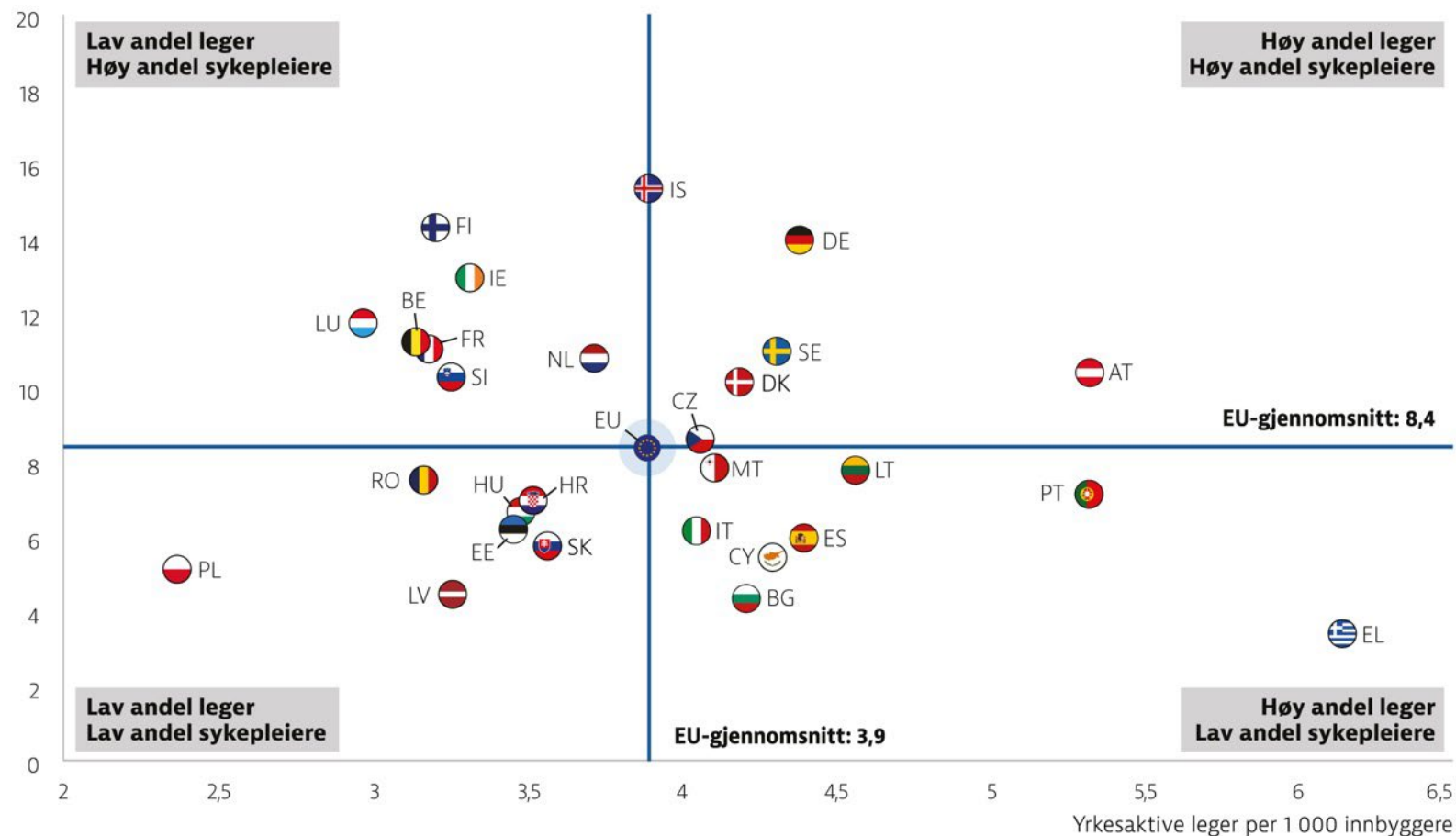
Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

«Dette er kunnskapsgrunnlaget - spesialiserte sentere»

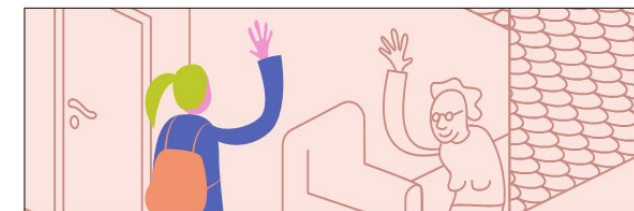
- Bakgrunn: Helsepersonellkommisjonen , spesialiststruktur for leger mm.
- Kriterier for vurdering / valg av utredningsområder
- Innhold i kunnskapsgrunnlaget
- Funn i kunnskapsgrunnlaget

Andre land: Praktiserende leger og sykepleiere pr. 1 000 innbyggere

Yrkesaktive sykepleiere per 1 000 innbyggere

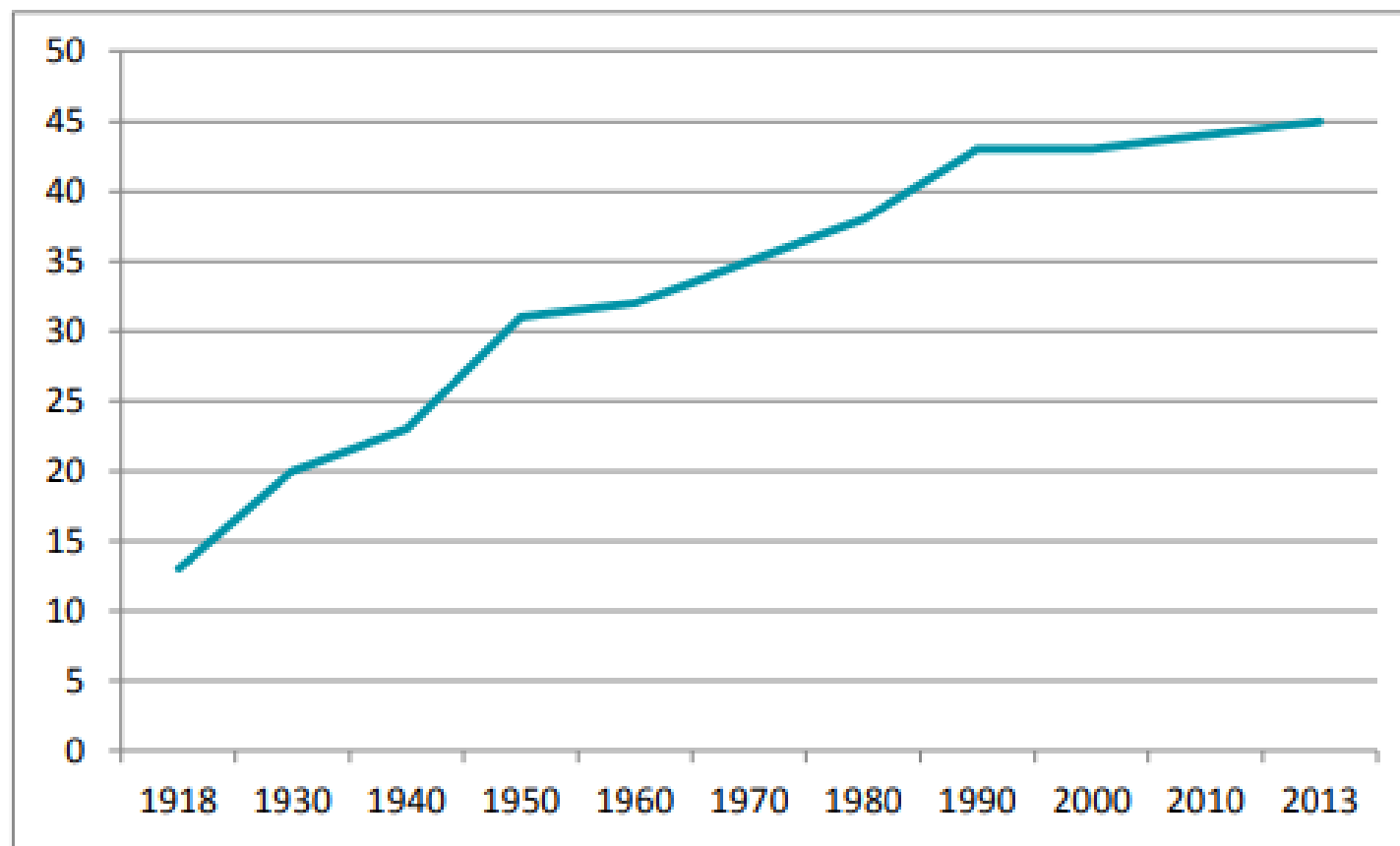


Det blir færre ansatte per pasient



Kilde: Eurostat Database, *State of the Health in the EU*. Landhelseprofil Norge 2021 (2019-tall eller seneste tilgjengelige tall)

Utvikling i antall legespesialiteter



Eldjarn utredningen i 1973 –
retningslinjer for spesialiteter

Indremedisin med 5 grener i 1975

Inndeling kirurgi i 1977 med 5 grener

Ortopedi egen spesialitet i 1997
1996 utredning anbefalte at grenene
skulle bli hovedspesialiteter

2002 rådet foreslo å avvikle generell kirurgi
Som spesialitet, 2003 ble mamma/endo
egen spesialitet

Kilde: Per Have; «I Medisinens sentrum» og Ole Berg : «Spesialisering og profesjonalisering».

Kriterier for valg av utredningsområder

Anbefalt kriteriesett for valg ev videre utredninger:

- Rekruttering – robuste fagmiljø
- Beholde god kvalitet og pasientsikkerhet
- Avhengigheter andre fag og støttefunksjoner
- Samarbeid med kommunene og hjemmene
- Økonomi
- Vaktordninger
- Pasientvolum
- Arealutnyttelse
- Utnyttelse av dyrt utstyr

Presentasjon av funn og kunnskap innhentet ift kriterisettet anbefalt:

	Vurderingskriterier	Hva foreligger pt	Må avklares med
1a	Rekruttering av framtidens medarbeidere - robuste fagmiljø	Antall ubesatte stillinger Framskrivninger på behov Alder på ansatte behandlerstillinger pr fag Vikarbruk Antall søkere pr stilling (HSØ) Fastlegesituasjonen Nasjonal situasjon på rekruttering Vaktordninger/ vaktbelastning Rekrutteringssvake fag	NF
1b	Beholde god kvalitet og pasientsikkerhet	Sammenheng med pkt 1a over Størrelse på pasientvolum (lavvolumsfag?) Spørsmål videre arbeid: Hvilke nasjonale kvalitetsindikatorer er relevante å ta med for å belyse hva vi må beholde for å opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet i de ulike fagområdene som skal utredes? Er det andre indikatorer som bør beskrives her?	SSH
1c	Avhengighet og sammenheng med andre fagområder og støttefunksjoner	Sengekapasitet/forbruk pr fag PTSS – sammenheng ø-hjelp må vurderes ift hver enkelt kandidat. Sammenheng og krav til fag tilstede ift. knyttet til traume og beredskap. Beskrive hvilke funksjoner som må inngå pr sykehus for å opprettholde traume og beredskap. Beskrive avhengigheter for fagområdene opp mot støttefunksjoner. Sammenhenger pr fag opp mot andre fag. Behov/konsekvens må utredes i forbindelse med de enkelte områder som foreslås spesialisert/samlet.	SSH
1d	Samarbeid med kommunene/ hjemmene	Ikke funnet relevant kunnskapsgrunnlag så langt, men: Prinsipp: Høyt volum/forbruk av tjenester -> nærhet til tilbud -> nærhet til kommunene legges til grunn for vurdering av de enkelte kandidater Dette må utredes videre pr fagområde som foreslås spesialisert/samlet	SSH

2a	Økonomisk effekt	Vaktordninger Innleiekostnader Avdelinger med bruk av mye «dyr tid» Må beskrives for hver forslåtte kandidat: Kapasitetskostnader ved endring Ressursutnyttelse Pasienttransportkostnader	
2b	Vaktordninger	Belyst under 1a og 2 a	
2c	Pasientvolum	Aktivitet somatikk fordelt på aktivitet døgn, dag, poliklinikk, elektiv/øhjelp, tidspunkt på dag/ uke Må vurderes nærmere for hver enkelt kandidat Digitale pasientforløp nå og fremover	
2 d		Kartlegging gjort av alle bygg fordelt på klinikker og avdelinger. Kartlagt ledige arealer, inkl. etterbruksplan Eg, frigjøring arealer SSA legevakt mm. Utnyttelse sengekapasiteter Utnyttelse operasjonsstuer Må utredes for aktuelle kandidater: Optimal arealutnyttelse Sammenheng med akuttbyggprosjekt SSK (Har sammenheng med egen utredning) Mulighet for digitale løsninger for pasientoppfølging? Framskrivninger av aktivitet?	Ståle S PT/Ståle S PT KN/GD SSH/PQ
2e	Utnyttelse dyrt utstyr	Rapport fra MSK, Radiologi – STRAB, kunnskap om utnyttelse utstyr MR, CT, PET, Roboter, PCI, Strålekapasitet Akuttbygg-prosjekt (CT)	ST
Ikke prioritert	Pasients reisevei		
Ikke prioritert	Betydning for utdanning av helsepersonell		
Ikke prioritert	Betydning for pasienttransport ifht nærhet		

Innhold – kunnskapsinnhenting spesialiserte sentere

1. Spesialiserte sentere i dag og ikke spesialiserte funksjoner
2. Legestillinger – lokasjon, antall, ledige stillinger
3. Vaktordninger leger – lokasjon, fag, antall, kostnader
4. Bruk av innleie – lokasjon, seksjon, utvikling over tid
5. Pensjonsutvikling/rekrutteringsbehov 2030-2040
6. Rekrutteringssvake fag (leger)
7. Sykepleiere
8. Helseatlas/kvalitet
9. Avhengigheter mellom fagområder
10. Aktivitet - lokasjon, tid, omsorgsnivå
11. Sengekapasiteter – pr lokasjon og fag
12. Operasjonsaktivitet/kapasitet
13. Arealsituasjonen
14. Dyrt utstyr (radiologi samt roboter og strålemaskiner)
15. Forbruksmønster i Agder (HSØ analyse)
16. Framskrivninger
17. Sammenhenger med andre utredninger

Funksjonsfordelte områder i 2023 – over 30 ‘spesialiserte sentere’ i SSHF idag:

- **Arendal:**
Øye, PCI, regionalt kompetansesenter for barn med medfødte ruskkader, overvektskirurgi, plastikkirurgi, kjevekirurgi, flere spesialbehandlinger barn
- **Kristiansand:**
Senter for kreftbehandling inkl. strålesenter, kreftkirurgi, endokrin kirurgi, karkirurgi, nyfødtintensiv, flere spesialbehandlinger barn, fysikalsk medisin, rehabilitering hodeskader, smertepoliklinikk, ICD(hjertestartere), revmatologi, nevrologi, trombektomi, øre-nese-hals, immunologi, medisinsk mikrobiologi, patologi, nukleær radiologi, invasiv radiologi, PET-scan,
- **Klinikk for psykisk helse og rusbehandling:**
spiseforstyrrelser, poliklinikk for psykosomatikk og traumer
- **Andre spesialfunksjoner:**
Nasjonalt kompetansesenter for flåttbårne sykdommer
«Barns beste» – nasjonalt kompetansesenter
Regionalt kompetansesenter for førskolebarn med hjerneskade/funksjonsnedsettelse
Regionalt kompetansesenter for pasient- og pårørendeopplæring

Det er vel 30 funksjoner i dag som ikke er samlet på 1 av lokalisasjonene

Utfordring overleger

Antall overlegeårsverk (dagens ansatte):

Lokalisasjon	Budsjett	2023	2030	2040	2050	
SSA	133	112	86	59	10	
SSF	29	22	12	8	0	
SSK	222	194	140	88	16	
MSK	66	50	40	21	4	
KPH	93	73	48	26	5	

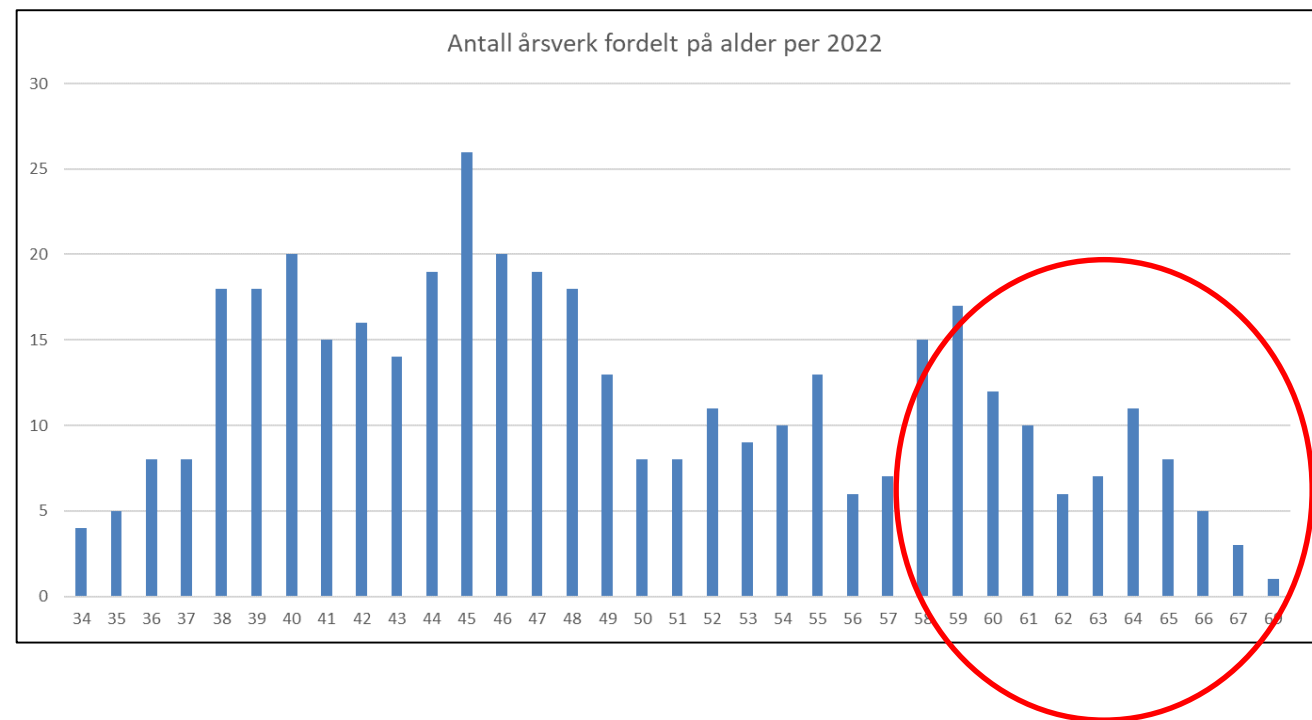
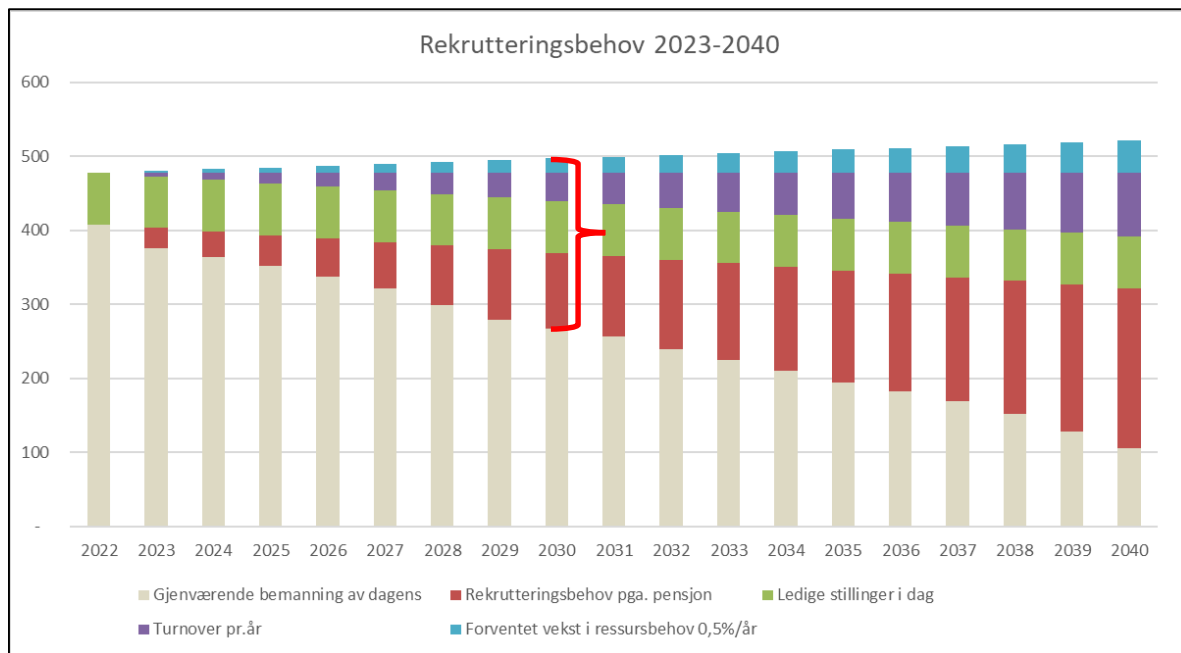
SUM	542	451	326	202	35	
-----	-----	-----	-----	-----	----	--

Spørsmål til refleksjon:

1. Når forventer dere at opprettholdelse av postdrift og vakt blir vanskelig?
2. Hvilke vurderinger gjør dere ?
3. Hvilke tiltak bør igangsettes?

Aktivitet forventes å øke med 20 % til 2040 - poliklinisk enda mer, i alle klinikker – gir ytterligere behov for legeårsverk !
Vi trenger å rekruttere rundt 400 overleger frem til 2040 – og 240 av de allerede frem til 2030.

5. Overleger – samlet SSHF. Rekrutteringsbehov og aldersprofil



Om lag 70 ledige OL stillinger i dag, samt om lag 25 omgjort/besatt av LIS3.
102 forventes å pensjoneres frem til 2030 og ytterligere 145 frem til 2040.
En 1% turnover årlig øker behovet med 86, og en 0,5% vekst med 43 stillinger.
Sum rekrutteringsbehov overleger til 2030 ca 230 hvis dagens 70 ledige skal besettes
Dette betyr over 30 overlegeansettelser pr år.
I 2040 forventes kun 105 av dagens 408 ansatte overleger å være i SSHF.

Legesituasjonen somatikk

	BUD 23	feb.23	feb.23		BUD 23	feb.23		BUD 23	feb.23
	Overleger	årsverk OL	antall		LIS2/3	årsverk LIS2/3		LIS 1	årsverk LIS 1
→ Kir	61,1	48	38		27,3	31		14,8	15
Orto	31	27	27		19,8	15		0	4
Gyn	32,4	29	30		13,1	16		0	0
→ Anestesi	47,5	46	40		11,9	15		0	0
Øye	12	11	12		7,7	7			
ØNH	13	11	11		5,8	8			
AKM	1	1	3		1,3	1		17,6	14
Med	99	89	73		51,9	63		18,9	24
Onko	16	13	16		4,1	5		0	0
Nevro	16	18	24		13	15		0	2
Revma	7	4	5		1,9	4		0	0
AFR	12	10	13		3,9	2		0	0
Barn	29	28	26		13,7	15		0	2
→ radiologi	45,1	32,5	36		20,2	16			
→ laboratoriefag	21	15,2	17		6,9	3			
PTSS (anestesileger	6,8	5,3	0		0	0			
fag/forskning	48,7	43	43		0	0			
vridning i budsjett	-16				16				
SUM	482,6	431	414		218,5	216		51,3	61

- Betydelig ledighet i kirurgiske fag alle lokalisasjoner
- Flekkefjord spesielt utfordrende
- Belastende vaktordninger-mange med få leger involvert
- Arbeid pågår i regi av org.avd på å kartlegge rekrutteringssvake fag, men andre sykehus og legeforeninger har beskrevet deler av dette bildet allerede
- Hva betyr dette fremover i tid ift drift , vaktordninger , samt for rekruttering og robusthet?
- Bør det ha konsekvenser for organisering av tilbudet i SSHF ?

3. Vaktbelastning og kalkulert vaktkostnad leger – 400 mill.kr.

Andel legetid i til vakt / vaktbelastning																
Budsjett 2023																
Andel tid i %:	Anestesi	Barn	Gynokologi	Overgrepsm	Kirurgi	Ortopedi	Medisin	Revma	Nevrologi	Onkologi	Radiologi	Fysmed/reh.	ØNH	Øye	Imtra	SUM
Arendal	47 %	54 %	56 %			47 %	47 %	39 %			43 %		21 %	30 %		
Flekkefjord	60 %		50 %			51 %	43 %									
Kristiansand	49 %	47 %	55 %	97 %		46 %	50 %	41 %	33 %	22 %	36 %	16 %	37 %		12 %	
Vaktkostnad i mill.kr.																
Arendal	15	9	12			24	14	36			14		1	7		132
Flekkefjord	5		5			14	14									38
Kristiansand	22	16	19	5	36	18	43		12	5	21	2	9		1	209
SUM	42	25	36	5	74	32	93	0	12	5	35	2	10	7	1	379
KPH sine 4 vaktordninger kommer i tillegg (2 overlegeordninger og 2 LIS-ordninger). Dette utgjør i sum ca 20 mill.kr.																

Luftambulansen med om lag 5 årsverk kommer i tillegg (er særfinansiert i inntektsmodell prehospitaltjenester)

Høy vaktbelastning kombinert med ledighet og innleiebruk gir høy vaktkostnad og lite tilgjengelig dagtid for behandlere i en rekke fag.
Videre arbeid ser på reell vaktbelastning/uttrykning på vakt.

3. Vaktordninger for leger på ulike lokasjoner des.2019, oppdatert des.22 for SSHF.

Antall av Vaktordning		Koloni															Total sum
Radetiketter		ANE	BUA	GYN	KIR	ORT	MED	NEV	ONK	RAD	REHAB	REVMA	ØNH	Øye	IMM		
SI HF		10	4	6	14	7	16	2		9	1		4	4	2	79	
Dombås		1														1	
Elverum		2	2	2	1	2	4			1			2	2		18	
Gjøvik		2		2	3	2	3			2			2			16	
Hamar		2			5		3			2						12	
Lillehammer		2	2	2	3	2	5	2		2				2		22	
Tynset		1			2	1	1			2						7	
Ottestad											1					1	
Tverrgående															2	2	
SIV		2	3	2	5	2	8	2	2	2	2		2	2		34	
Tønsberg		2	3	2	5	2	8	2	2	2	2		2	2		34	
SSHF		9	5	4	13	5	18	2	1	5	1	1	3	2	2	71	
Tverrgående SSK/SSA		1					1									2	
Arendal		2	2	1	5	2	7			2			1	2		24	
Flekkefjord		1		1	2	1	3									8	
Kristiansand		5	3	2	6	2	7	2	1	3	1	1	2		2	37	
Revmatismesykehuset Lillehammer												2				2	
Lillehammer												2				2	
VV		7	2	9	11	10	17	2		7		1	2	2		70	
Bærum		2		2	2	2	7			2						17	
Drammen		2	2	4	6	2	4	2		3		1	2	2		30	
HSS		1														1	
Kongsberg		1		1		3	3									8	
Ringerike		1		2	3	3	3			2						14	
Total sum		28	14	21	43	24	59	8	3	23	4	4	11	10	4	256	

Des.22:

67+9

4
23+4
8
32+5

Det er 20 ordninger av 76 med 5 eller færre leger involvert - i stor grad innen kirurgiske fagområder.
Ut fra legeforenings «standard» på minimum 8 leger i vaktordning er hele 28 av 76 ordninger under dette

4. Innleiekostnader 2022

Beløp					År							
KlinikkNr	Kto#type	Klinikk tekst	Kto	Kto#tekst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1SK	Lønn	Klinikk for somatikk Kristiansand	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	5 114	6 137	6 309	6 953	11 385	4 914	6 592	6 645
			4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	2 905	2 549	3 323	2 481	2 938	2 735	1 915	6 863
			4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	85	-	347	169	181	-	-	32
		Klinikk for somatikk Kristiansand Totalt		8 104	8 686	9 979	9 603	14 503	7 649	8 508	13 541	
	Lønn Totalt		8 104	8 686	9 979	9 603	14 503	7 649	8 508	13 541		
1SK Totalt					8 104	8 686	9 979	9 603	14 503	7 649	8 508	13 541
2SA	Lønn	Klinikk for somatikk Arendal	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	6 038	5 055	6 930	4 876	4 941	3 938	1 881	3 760
			4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	1 978	807	422	644	510	2 555	1 637	2 995
			4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	-25	-	81	114	-	-	111	-
		Klinikk for somatikk Arendal Totalt		7 990	5 862	7 433	5 634	5 450	6 493	3 629	6 754	
	Lønn Totalt		7 990	5 862	7 433	5 634	5 450	6 493	3 629	6 754		
2SA Totalt					7 990	5 862	7 433	5 634	5 450	6 493	3 629	6 754
3SF	Lønn	Klinikk for somatikk Flekkefjord	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	847	2 937	2 686	304	3 276	4 684	2 918	11 934
			4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	2 000	4 267	1 258	5 628	8 965	11 677	6 913	9 381
			4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	94	-	67	-	-	173	-	37
		Klinikk for somatikk Flekkefjord Totalt		2 941	7 204	4 010	5 932	12 241	16 534	9 831	21 352	
	Lønn Totalt		2 941	7 204	4 010	5 932	12 241	16 534	9 831	21 352		
3SF Totalt					2 941	7 204	4 010	5 932	12 241	16 534	9 831	21 352
5	Lønn	Klinikk for psykisk helse	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	3	130	-	-	7	-	-	14
			4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	3 641	8 110	7 409	15 023	23 018	38 077	30 046	36 751
			4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	-	-	115	-	455	229	58	3
		Klinikk for psykisk helse Totalt		3 644	8 240	7 525	15 023	23 481	38 306	30 104	36 768	
	Lønn Totalt		3 644	8 240	7 525	15 023	23 481	38 306	30 104	36 768		
5 Totalt					3 644	8 240	7 525	15 023	23 481	38 306	30 104	36 768
6	Lønn	Medisinsk serviceklinikk	4680	Innleid pleiepersonell fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	-	-	-	-	24	80	-	0
			4681	Innleide leger fra vikarbyrå (inkl opphold og reise)	2 841	1 579	6 730	6 585	8 631	8 829	10 009	8 894
			4682	Innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå	0	-	-	-	-	-	-	-
		Medisinsk serviceklinikk Totalt		2 841	1 579	6 730	6 585	8 654	8 909	10 009	8 894	
	Lønn Totalt		2 841	1 579	6 730	6 585	8 654	8 909	10 009	8 894		
6 Totalt					2 841	1 579	6 730	6 585	8 654	8 909	10 009	8 894
Totalsum					25 520	31 571	35 678	42 777	64 329	77 891	62 081	87 309

Sum somatikk (eks.KPH) mill.kr:

22''23282841393251''

Spesielt utfordrende i KPH og SSF, men økende nivå også i SSK og SSA.

Overtidsbruk også økende på ansatt personell (egen analyse)

Innhold – kunnskapsinnhenting spesialiserte sentere, og oppsummering funn:

1. Spesialiserte sentere i dag og ikke spesialiserte funksjoner
2. Legestillinger – lokasjon, antall, ledige stillinger
3. Vaktordninger leger – lokasjon, fag, antall, kostnader
4. Bruk av innleie – lokasjon, seksjon, utvikling over tid
5. Pensjonsutvikling/rekrutteringsbehov 2030-2040
6. Rekrutteringssvake fag (leger)
7. Sykepleiere
8. Helseatlas
9. Avhengigheter mellom fagområder
10. Aktivitet - lokasjon, tid, omsorgsnivå
11. Sengekapasiteter – pr lokasjon og fag
12. Operasjonsaktivitet/kapasitet
13. Arealsituasjonen
14. Dyrt utstyr (radiologi samt roboter og strålemaskiner)
15. Forbruksmønster i Agder (HSØ analyse)
16. Framskrivninger
17. Sammenhenger med andre utredninger

Oppsummering funn så langt:

- 30+ spesialiserte sentere i dag – men om lag 30 funksjoner som ikke er samlet et sted idag
- Om lag 50 overlegestillinger ledige i somatikk, samt 40 behandlerstillinger i psykiatri/rusbehandling
- Vi har 76 vaktordninger for leger, hvor ca 1/3 har mindre enn 8 leger i ordningen.
- Betydelig bruk av innleie i Flekkefjord og psykiatrisk klinikk (55 mnok/år+)
- Vi må rekruttere minst 1500 nye medarbeidere frem til 2030 pga pensjonsavgang. Turnover kommer i tillegg. Herav om lag 230 overleger.
- Det er om lag 75 ledige spesialsykepleierstillinger ledig i dag – intensiv-, operasjons- og psykiatriske sykepleiere med videreutdanning.
- De tre lokasjonene har høy utnyttelse av sengeposter, særlig inne medisinske fag og ortopedi, noe lavere på barn og føde.
- Operasjonsstuer utnyttes noe lavt i Flekkefjord og ØNH-SSA, men alle tre lokalisasjoner har potensialer for økt aktivitet – operasjonsteam synes å være reell kapasitetsutfordring
- Noe ledig kapasitet på robotkirurgi SSA,SSK planlagt full utnyttelse
- Radiologikapasitet utfordrende fremover-spesielt SSK

Utredning arbeidsmiljø

Utviklingsplan -2040



Anne Grethe Vhile

7.6.2023

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement



Arbeidsmiljø handler om arbeidet



**Arbeidsmiljø handler om
hvordan vi organiserer,
planlegger og gjennomfører
arbeidet."**

Oppgaver som skal gjøres i utredningen

- Kontrollspenn for ledere
 - Ledelse vs administrasjon
 - Rekruttering av fremtiden medarbeidere
-
- **Organisering**- hvordan påvirker måten vi er organisert på, hvordan vi planlegger og hvordan vi gjennomfører arbeidet, arbeidsmiljøet?
 - **Leder** – hvordan påvirker ‘kontrollspenn’ arbeidsmiljøet? Viktighet av «tid til å gjøre lederoppgaver», herunder forholdet mellom administrasjons oppgaver og ledelse. Tid til egen faglig utvikling, samt handlingsrom for å legge til rette for utvikling blant medarbeidere. I tillegg til dette bør 2023 benyttes til å evaluere SSHF sine verktøy som brukes i det systematiske arbeidet med arbeidsmiljø. Det bør derfor vurderes om dagens verktøy er hensiktsmessige og fungerer som gode hjelpemidler for å oppfylle eller gjøre prioriterte oppgaver og om ledere får god og tilstrekkelig lederstøtte.
 - **Medarbeider og ‘fremtidens medarbeidere’** – hva kjennetegner fremtidens medarbeidere og hvordan må SSHF tilpasse seg for å skape attraktive arbeidsplasser for å kunne rekruttere de best kvalifiserte, og stimulere både eldre og yngre medarbeidere til å ville bli i SSHF?

Organisering og involvering

- Et team/ en administrativ arbeidsgruppe bestående av repr. fra HR, BHT, Fagavdelingen, Tillitsvalgte og verneombud og KOM.
- Repr fra klinikk vil delta på utvidete arbeidsgruppemøter
- Styringsgruppe



SØRLANDET SYKEHUS

EKWeb Min SP TRIO Søk...

A til Å Linjeområder Kvalitetsportalen Meld uønsket hendelse Kliniske verktøy

Nedetid MetaVision. MetaVision er utilgjengelig fra kl 18:00 - ca 21:00 i dag. Bruk manuelle rutiner. Les mer...

Forside > UP 2040 - Utredning arbeidsmiljø > Utredning av arbeidsmiljø

Utredning av arbeidsmiljø

Utredning av arbeidsmiljø er en av syv ulike utredninger som skal gjennomføres som en del av utviklingsplan 2040.

Arbeidsmiljø handler om hvordan vi organiserer, planlegger og gjennomfører arbeidet."

Aktuelle dokumenter

Vedtak fra foretaksledelsen

Prosjektgruppe

Anne Grethe Vhile
Spesialrådgiver - HR Organisasjonsavd stab
Prosjektleder
Tlf: 95120004



Kunnskapsgrunnlag – beskrivelse av nåsituasjonen i SSHF

- Situasjonsanalyse - utvidet
- Lederspenn/ Adm. og lederoppgaver
 - Forskning på lederspenn
 - Tall på lederspenn for SSHF og andre foretak
 - Utarbeidet utkast til kartleggingsundersøkelse til ledere
 - Lederstøtte/ Verktøy som leder må forholde seg til
- Generasjon Z
 - Forskning
 - Fokusgruppeintervjuer/ Dialog med studenter





I-2/2013 Lederansvaret i sykehus -Spesialisthelsetjenesteloven § 3-9

Førstelinjelederen vil i praksis utøve lederoppgaver som er sentrale for å sikre god pasientbehandling. Det er derfor viktig at virksomheten organiseres slik at denne lederen får rammebetingelser som gjør det mulig å ivareta sine oppgaver på en god måte.

«§ 3-9. Ledelse i sykehus

Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer.

Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.»

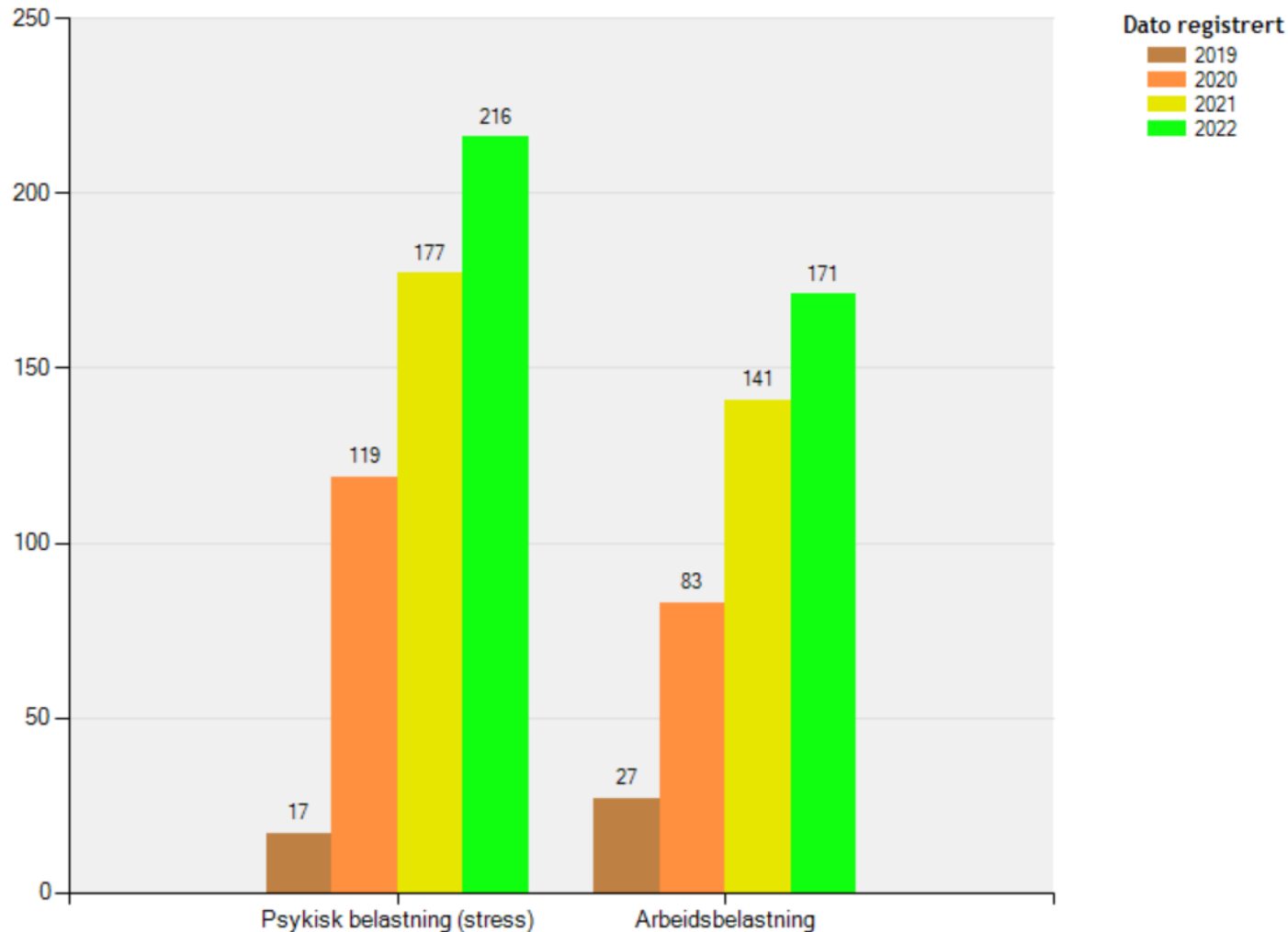
NOU - Fellesskapets sykehus

Nærhet til egen leder er en viktig og ønsket kvalitet ved enhver organisasjon og arbeidsplass. Dette innebærer at lederspenn ideelt sett helst ikke bør være for stort, og at leder bør være tilgjengelig for sine medarbeidere.



Eksempler - Utvikling psykisk belastning og arbeidsbelastning

HMS - antall pr kategori

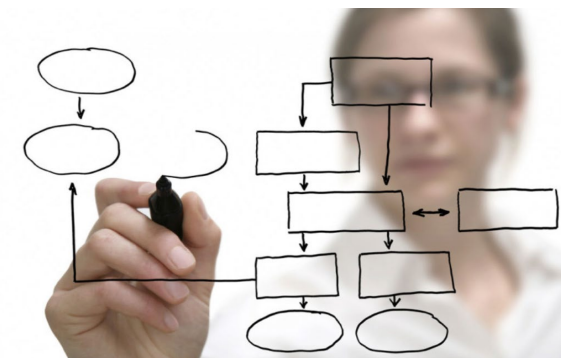




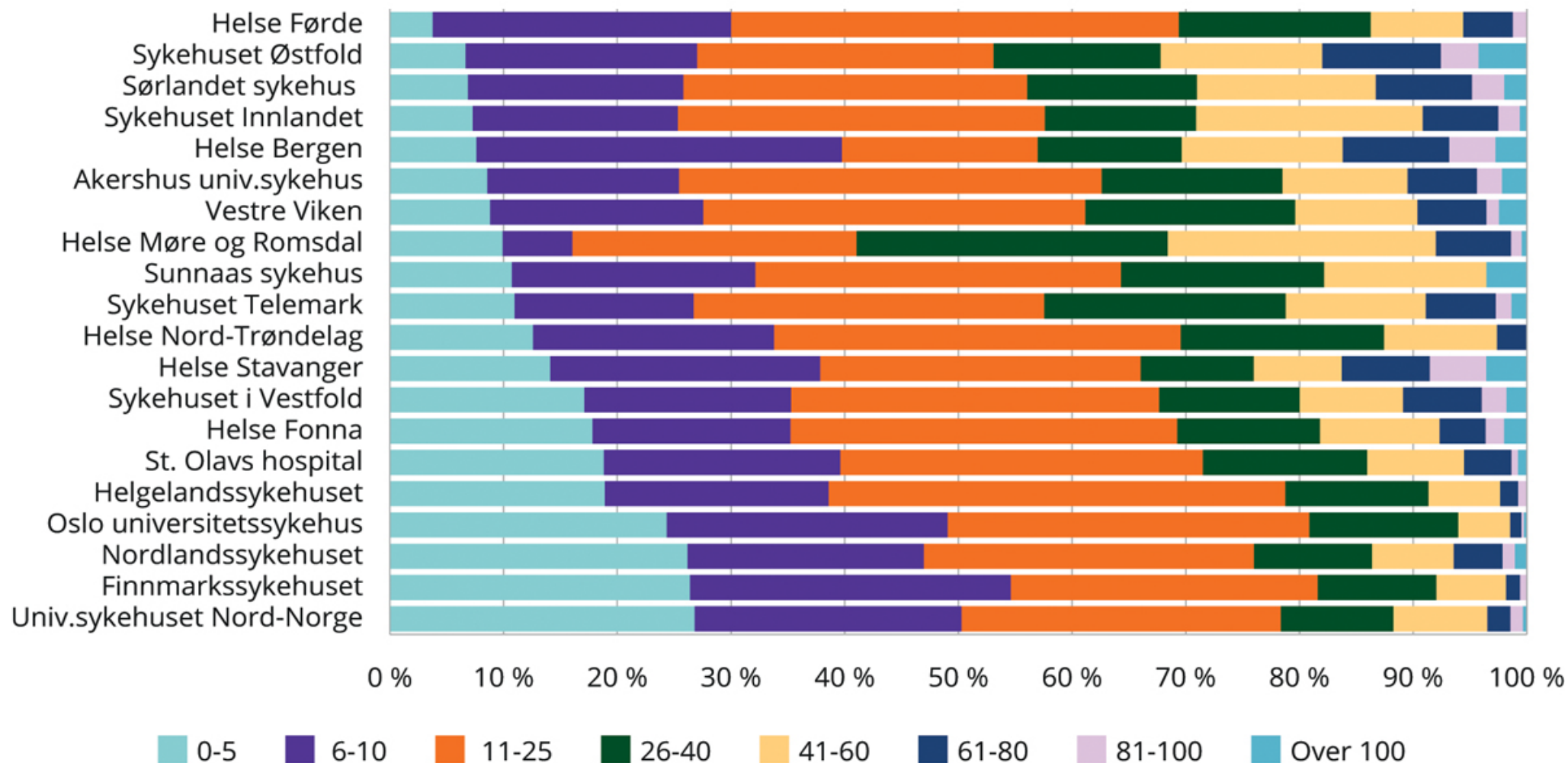
Eksempler – Lederspenn, tallet på medarbeidere en leder har personalansvar for eller hvor mange som rapporterer til en leder»

- Oversikt utarbeidet i SAS-løsningen (kartlegging første kvartal 2023)

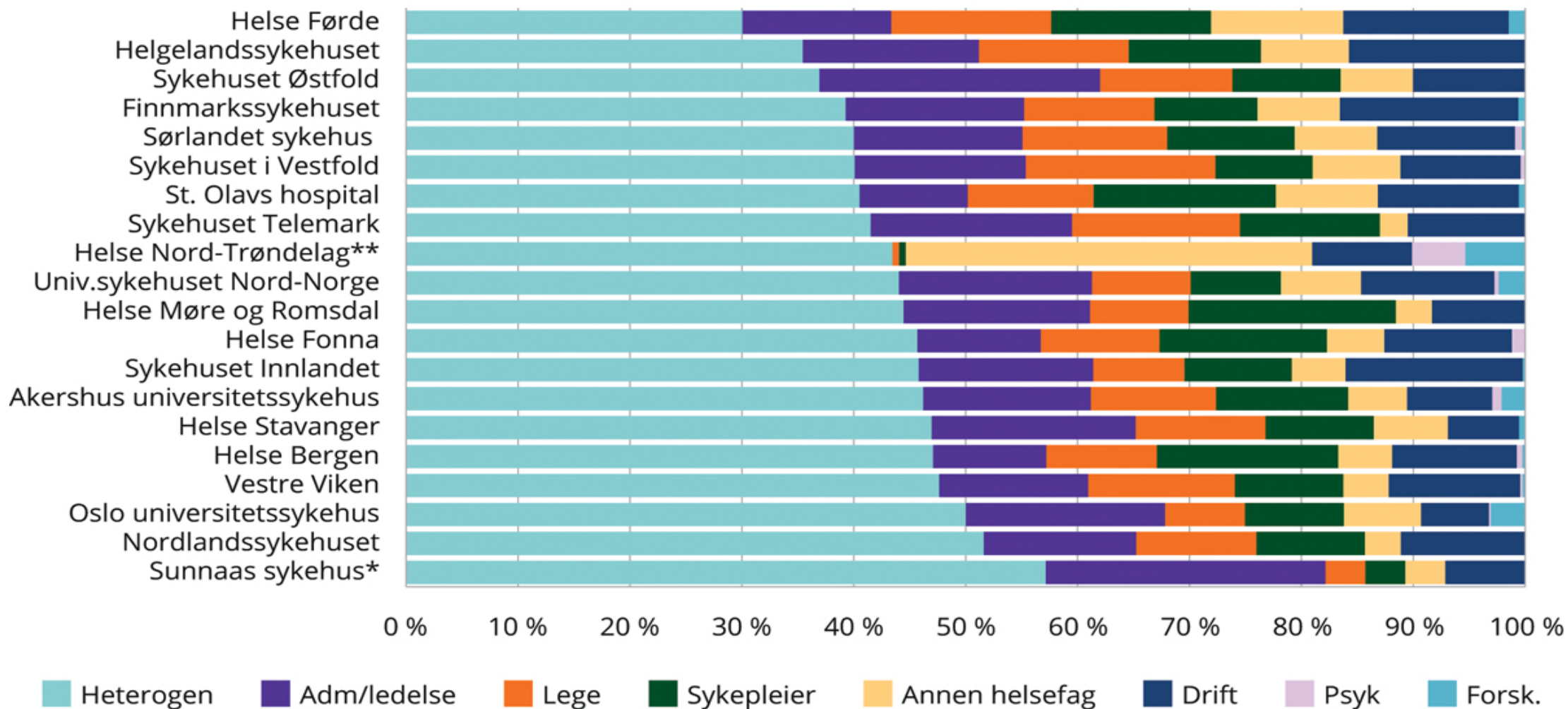
Foretak	Lederspenn	Antall ledere
Sørlandet sykehus HF	1. 1-9 ansatte	72
Sørlandet sykehus HF	2. 10-19 ansatte	58
Sørlandet sykehus HF	3. 20-29 ansatte	43
Sørlandet sykehus HF	4. 30-39 ansatte	23
Sørlandet sykehus HF	5. 40-49 ansatte	17
Sørlandet sykehus HF	6. 50-59 ansatte	21
Sørlandet sykehus HF	7. 60-69 ansatte	11
Sørlandet sykehus HF	8. 70-79 ansatte	12
Sørlandet sykehus HF	9. 80-89 ansatte	2
Sørlandet sykehus HF	10. 90-99 ansatte	2
Sørlandet sykehus HF	11. 100+ ansatte	3



Horisontalt lederspenn, virksomhetsstørrelse HSØ



Bredden i lederspennet - Horisontalt lederspenn, stillingsgruppesammensetning



Lederspenn og organisering

- Kunnskapen om hva strukturelle forhold som lederspenn betyr for arbeidsmiljøet i sykehus er begrenset, men den forskningen som foreligger tilsier at dette er en viktig variabel.



Leiarspenn og organisering

Samanhengar med sjukefråvær og turnover

Kari Anne Holte, Tor Helge Holmås, Karin Monstad og Olaug Øygarden



RAPPORT 33 – 2019 NORCE Samfunn
ISBN: 978-82-8408-054-3

Prosjektet er utført for  FoU



MASTEROPPGAVE

Å stå i det

En studie om hvordan lederspenn påvirker leders oppfølging av medarbeiderne.

Nina-Merete Flater Alveberg
15. mai 2020

Masterstudium i organisasjon og ledelse
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag

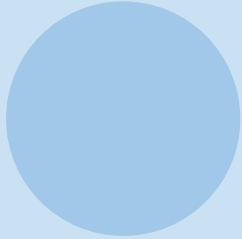


KONTROLLSPENN I SYKEHUS -

Har antall ansatte per leder betydning for de ansattes arbeidsmiljø?



Merete Norheim Morken
Masteroppgave i Erfaringsbasert helseadministrasjon
Våren 2015
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Planer videre utredningsarbeid 2023-2024

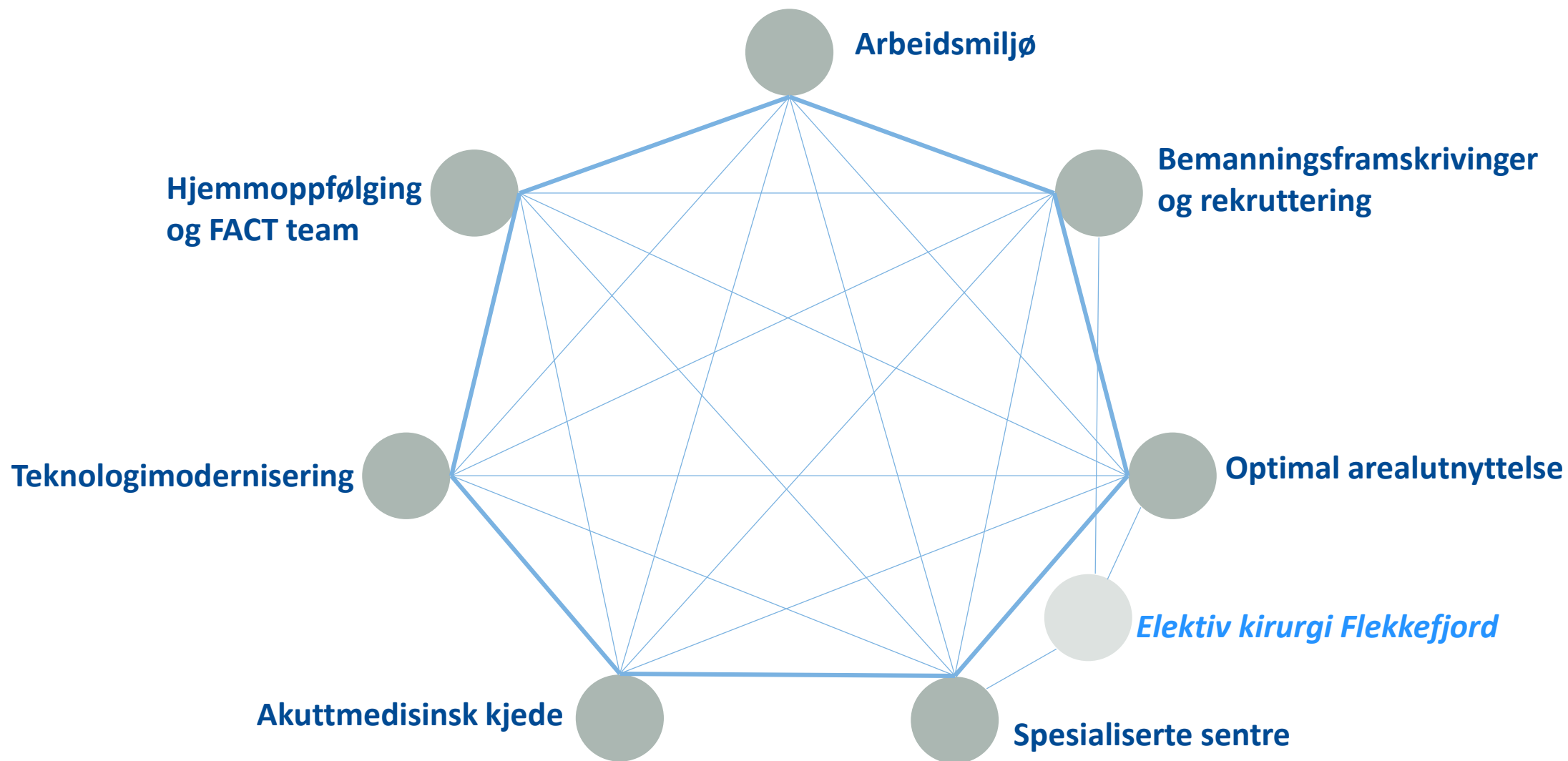
Per Qvarnstrøm
Kristiansand , 01.06.23

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Planer for videre utredningsarbeid 2023-2024

- Sammenhenger
- Tidsplan 2023-2024
- Arbeidsmiljø
- Elektiv kirurgi Flekkefjord
- Spesialiserte sentere
- Andre utredninger

Sammenhenger Utredninger UP2040



Utredning av et senter for elektiv kirurgi SSF sommeren-høsten 2023



Arbeidet med å utarbeide mandat er påbegynt med å tydeliggjøre hensikt, premisser, oppgaver, involvering og medvirkning, organisering og fremdriftsplan

Premisser for arbeidet

- Modellen skal sikre god kvalitet, pasientsikkerhet og faglig robusthet
- Modellen må bidra til å rekruttere og beholde legespesialister i hele SSHF
- Det må gjennomføres en risikovurdering av alternativ modell.
- Mandatet må beskrive sammenheng opp mot utredning spesialiserte sentre
- Med kirurgisk virksomhet menes generell kirurgi, ortopedi, gynekologi og tilhørende fag som anestesi

**Styrebehandles
desember 2023**

Utredning arbeidsmiljø

- Det er utarbeidet en plan for rekruttere, utvikle og beholde medarbeidere i regi av organisasjonsavdelingen (2021) – fokus på faglig utvikling som tiltak.
- Det pågår et arbeid med å revitalisere arbeidsmiljøutvalgenes rolle/funksjon
- Det er etablert en rekke gode verktøy for oppfølging sv HMS og arbeidsmiljø – disse vil bli evaluert i 2023.
- Det er besluttet å gjennomføre videre utredninger innen følgende områder:
 - Kontrollspenn for ledere
 - Ledelse vs administrasjon
 - Rekruttering av fremtidens medarbeidere
- Utredningene vil gjennomføres i løpet av 2023
Utredningen ledes av Anne Grethe Vhile, arbeidsgruppen er i gang med arbeidet.

Fremdriftsplan																																																						
Prosjekt: Utredning Arbeidsmiljø																																																						
Dato oppdatert:																																																						
AKTIVITETER	Ansvarlig	Status	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52										
[Hovedaktivitet]																																																						
Mandat utarbeidet og godkjennes	Anne Grethe	Ferdig																																																				
Organisering og ressurstilgang	Anne Grethe / Trond	Ferdig																																																				
Avklare konkrete mål for utredningen/ A3	Arbeidsgruppen	Ferdig																																																				
Utarbeide gevinstrealiseringsplan	Ingeborg																																																					
Prosjektorganisering av valgte områder	Anne Grethe	Pågår																																																				
Skaffe kunnskapsgrunnlag	Alle	Pågår																																																				
Sammenstilling av kunnskapsgrunnlag	Anne Grethe / Trond																																																					
Utredning av valgte områder																																																						
Beslutningsgrunnlag for valgte områder																																																						
Iverksette korrigerende tiltak																																																						

Spesialiserte sentre – videre arbeid høsten 2023

- Forsterke kunnskapsgrunnlag (mai-august 23)
- Gjennomgang av forbruk Agderbefolkningen 2022/23.(mai-september 23)
- Framskrivning av aktivitet, kapasiteter og personellbehov 2030 – 2040 (juni- november 23)
- Bidra i utredning elektiv kirurgi Flekkefjord (mai – november 2023)
- I parallell starte utredning kirurgi på tvers i SSHF (september 23-april 24)
- Eventuelt starte nye utredninger spesialiserte sentere fra november 2023

Andre utredninger

- «Akuttmedisinsk kjede» – pågår prosjekt i samarbeid med kommunene i Agder, plan til sommeren 24.
- Starte utredning «optimal arealutnyttelse» august 2023.
 - Etterbruksplan Eg – ferdigstille planarbeid og mulighetsstudie høsten 2023.
 - «ompakking SSK» som forberedelse til nytt akuttbygg mm.
- Mandat og oppstart av utredninger «Hjemmeoppfølging og FACT» og «Teknologimodernisering» august-september 2023.
- Mandat og oppstart utredning «Bemanningsbehov og rekruttering» i oktober 2023 – basert på arbeidet med framskrivninger i regi av spesialiserte senter utredningen.



Vedlegg fra kunnskapsinnhentingene spesialiserte sentre til utsendelse styret

Per Qvarnstrøm
Kristiansand , 07.06.23

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Presentasjon av funn og kunnskap innhentet ift kriterisettet anbefalt:

	Vurderingskriterier	Hva foreligger pt	Må avklares med
1a	Rekruttering av framtidens medarbeidere - robuste fagmiljø	Antall ubesatte stillinger Framskrivninger på behov Alder på ansatte behandlerstillinger pr fag Vikarbruk Antall søkere pr stilling (HSØ) Fastlegesituasjonen Nasjonal situasjon på rekruttering Vaktordninger/ vaktbelastning Rekrutteringssvake fag	NF
1b	Beholde god kvalitet og pasientsikkerhet	Sammenheng med pkt 1a over Størrelse på pasientvolum (lavvolumsfag?) Spørsmål videre arbeid: Hvilke nasjonale kvalitetsindikatorer er relevante å ta med for å belyse hva vi må beholde for å opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet i de ulike fagområdene som skal utredes? Er det andre indikatorer som bør beskrives her?	SSH
1c	Avhengighet og sammenheng med andre fagområder og støttefunksjoner	Sengekapasitet/forbruk pr fag PTSS – sammenheng ø- hjelp må vurderes ift hver enkelt kandidat. Sammenheng og krav til fag tilstede ift. knyttet til traume og beredskap. Beskrive hvilke funksjoner som må inngå pr sykehus for å opprettholde traume og beredskap. Beskrive avhengigheter for fagområdene opp mot støttefunksjoner. Sammenhenger pr fag opp mot andre fag. Behov/konsekvens må utredes i forbindelse med de enkelte områder som foreslås spesialisert/samlet.	SSH
1d	Samarbeid med kommunene/ hjemmene	Ikke funnet relevant kunnskapsgrunnlag så langt, men: Prinsipp: Høyt volum/forbruk av tjenester -> nærhet til tilbud -> nærhet til kommunene legges til grunn for vurdering av de enkelte kandidater Dette må utredes videre pr fagområde som foreslås spesialisert/samlet	SSH

2a	Økonomisk effekt	Vaktordninger Innleiekostnader Avdelinger med bruk av mye «dyr tid» Må beskrives for hver forslåtte kandidat: Kapasitetskostnader ved endring Ressursutnyttelse Pasienttransportkostnader	
2b	Vaktordninger	Belyst under 1a og 2 a	
2c	Pasientvolum	Aktivitet somatikk fordelt på aktivitet døgn, dag, poliklinikk, elektiv/øhjelp, tidspunkt på dag/ uke Må vurderes nærmere for hver enkelt kandidat Digitale pasientforløp nå og fremover	
2 d		Kartlegging gjort av alle bygg fordelt på klinikker og avdelinger. Kartlagt ledige arealer, inkl. etterbruksplan Eg, frigjøring arealer SSA legevakt mm. Utnyttelse sengekapasiteter Utnyttelse operasjonsstuer Må utredes for aktuelle kandidater: Optimal arealutnyttelse (Har sammenheng med egen utredning)	Ståle S PT/Ståle S PT KN/GD SSH/PQ
2e	Utnyttelse dyrt utstyr	Rapport fra MSK, Radiologi – STRAB, kunnskap om utnyttelse utstyr MR, CT, PET, Roboter, PCI, Strålekapasitet Akuttbygg-prosjekt (CT)	ST
Ikke prioritert	Pasients reisevei		
Ikke prioritert	Betydning for utdanning av helsepersonell		
Ikke prioritert	Betydning for pasienttransport ifht nærhet		

Oppsummering kriterie 1a – rekruttering og robuste fagmiljøer

- Ledighet i en rekke behandlerstillinger – spesielt i kirurgiske fag, og i KPH, samt i enkelte medisinske fagområder.
- Utfordringer innen radiologi og laboratoriefag.
- En rekke vaktordninger som involverer relativt få leger – ikke rekrutterende?
- Alderssammensetning gir økt utfordring frem mot 2030/2040, både for leger og spesialsykepleiere
- Ikke nok LIS2/3-leger i dag til å fylle ledige stillinger fremover

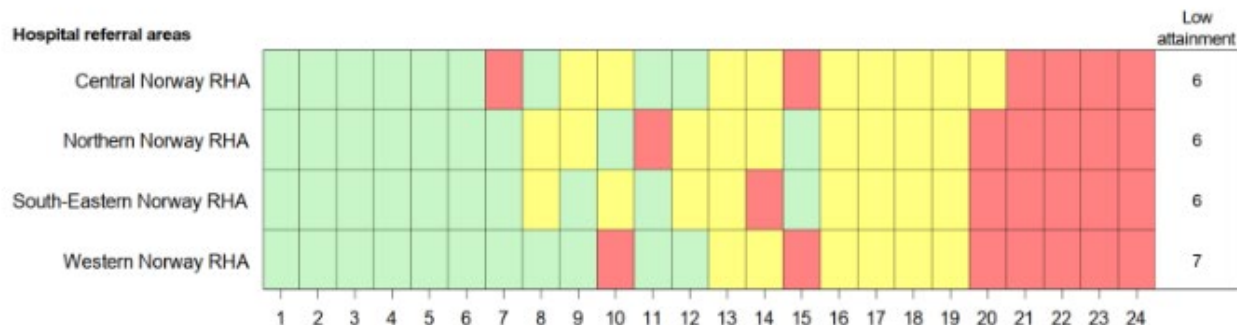
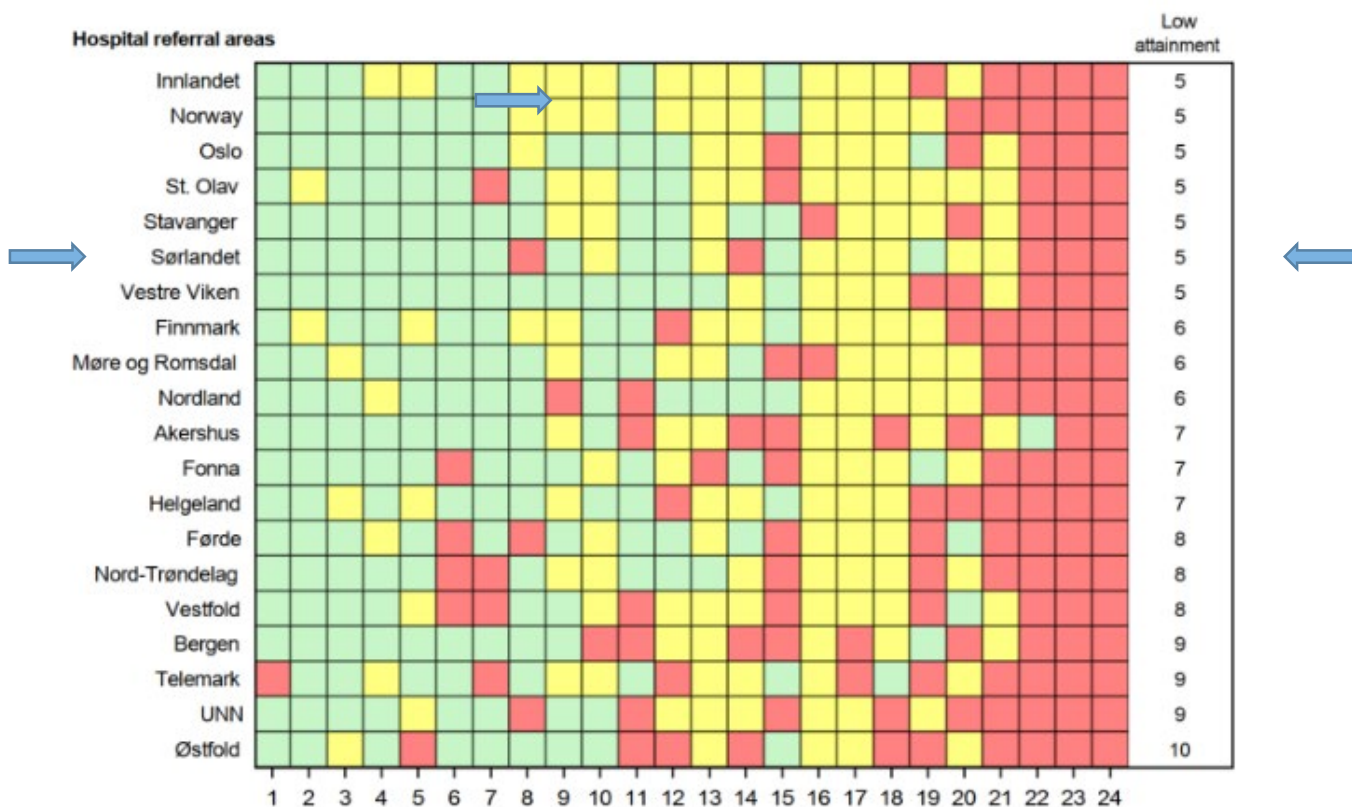
Vi kan dele dette opp i noen grupperinger av utfordringer:

- a) Flekkefjord - kirurgiske fag og støttefunksjoner
- b) Kirurgiske fag Arendal og Kristiansand
- c) Mindre fagområder innen medisinske fag
- d) En rekke små enheter innen KPH med svak rekruttering/innleiebruk
- e) Andre spesialfunksjoner med få behandlere

Oppsummering kriterie 1 b – god kvalitet og pasientsikkerhet

- God kvalitet og pasientsikkerhet er førende prinsipp for all behandling i foretaket, og det må legges til grunn at dette er tilstede både i dagens funksjoner og i fremtiden.
- Det er ikke funnet konkret faktagrunnlag på generell basis for å kunne vurdere kvalitet og pasientsikkerhet. I en vurdering av ytterligere spesialisering av sentere innen ulike fag må dette vurderes spesifikt for det ulike fagområdet. Her vil både elementene under kriterie 1a – rekruttering og robuste fagmiljø, få betydning, men også hvorvidt det er et lavvolumsfag som krever spesialtrening av behandlerpersonellet.
- Det kan også være grunn til å se nærmere på det enkelte fags nasjonale kvalitetssindikatorer der hvor dette finnes, når en skal vurdere eventuell spesialisering av sentere. Herunder også pasientopplevd kvalitet.
- Helseatlas bør være del av denne vurderingen
- De muligheter/begrensninger som ligger i arealutnyttelse og kapasitetsutnyttelse av dyrt utstyr vil også kunne få betydning for ulike kandidater hva gjelder god kvalitet og pasientsikkerhet.

8. Helseatlas



Indikator		
1. Colon cancer, survival ++	9. Prostate cancer, clear surgical margin	17. Diabetes in children, HbA1c < 53 mmol
2. Stroke, thrombolysis	10. Vascular surgery, carotid stenosis	18. Hip fractures, surgery 48 h.
3. Breast cancer, primary surgery	11. Rectal cancer, without relapse ++	19. Lung cancer, survival
4. Lung cancer, curative therapy	12. Diabetes in adults, HbA1c < 75 mmol	20. Diabetes in children, HbA1c < 75 mmol
5. Diabetes in adults, HbA1c <= 53 mmol	13. Breast cancer, breast-conserving surgery	21. Heart attack STEMI, reperfusion
6. Rectal cancer, laparoscopy ++	14. Kidney, hemodialysis	22. Kidney, home dialysis ++
7. Prostate cancer, radical treatment ++	15. Colon cancer, laparoscopy ++	23. Invasive cardiology, pressure measurement ++
8. Hip fractures, cemented stem	16. Heart attack non-STEMI, examined 72 h.	24. Kidney, BP < 130/80

Oppsummering kriterie 1c – avhengigheter fag og støttefunksjoner

- Ved vurdering av mulige kandidater for spesialisert senter, vil en måtte gjøre avsjekk av konkrete avhengigheter, samt betydning for kapasitetsutnyttelse i de berørte støttefunksjonene.
F. eks. er dagens sengepostutnyttelse svært høy og kan gi utfordringer ved flytting av eventuelle pasientvolum.
- Utnyttelse operasjonsstuer og reel kapasitet på operasjonsteam inkl. anestesileger vil også være en vesentlig vurdering for eventuell flytting av pasientvolumer
- Utnyttelsen av radiologikapasitet i Kristiansand vil også kunne være vesentlig å vurdere.
- Konsekvens for PTSS vil også måtte vurderes for hver enkelt kandidat mhp volum og forbruksmønster av prehospitaltjenester ved eventuelle flyttinger.
- Tabell utarbeides som viser fag-fag avhengigheter, fagavdelingen jobber med denne.

Oppsummering kriterie 1d – samarbeid med kommuner og hjem

- Dette kriteriet egner seg lite for en generell vurdering utover at det bør legges noen enkle prinsipper til grunn i vurderingen ift aktuelle kandidater for spesialiserte sentere.
- Vi har ikke funnet relevant kunnskapsgrunnlag for å belyse området så langt.
- Sykehuset har allerede en rekke funksjonsfordelinger som gjør at kommunene og sykehusets lokalisasjoner samarbeider på tvers i fylket, understøttet av elektroniske samhandlingsløsninger.
- Som overordnet prinsipp vil et høyt pasientvolum, målt i fysisk antall pasienter pr år og eller der antall besøk pr pasient pr år er høy, tilsi at tjenesten om mulig tilbys nær pasientenes bosted.
- Dette vil kommunene være opptatt av i samarbeidet mellom sykehjem, fastleger og sykehus, og pasientene vil se det som ønskelig i forhold til reisevei/tidsbruk.
- Der tjenesten benyttes sjelden av pasienten, typisk operasjoner, vil spesialiserte sentere som har et pasientvolum innen en type behandlinger, samt et robust tilbud, være å foretrekke sett i pasientperspektivet.
- Utredningen av digital hjemmeoppfølging fremover vil også være vesentlig i forhold til kriteriet samarbeid med kommuner/hjem, og i forhold til spesialisert senter tankegang/muligheter.
- Dette kriteriet samt mulighet for digitale oppfølgingsløsninger bør drøftes og redegjøres for i hvert enkelt case som vurderes ift spesialiserte sentere

Oppsummering kriterie 2a – økonomiske effekter

- Det har så langt vært lagt mindre vekt på konkrete vurderinger av økonomi i kandidater til spesialiserte senter utredning. Noen vesentlige punkter som hver kandidat bør vurderes opp mot er:
 - Mulig å samle vaktordninger færre steder
 - Mulig å frigi mer legetid til poliklinikk/dagtid
 - Mulig å unngå/reducere bruk av innleie
 - Mulig å samle sengepostdrift i færre enheter/mer rasjonelle størrelser
 - Mulig å forbedre operasjonsproduktivitet ved å samle aktivitet
- Under dette punktet vil en raskt komme i konflikt med vedtatte strukturer og tilbud som i dag finnes ved flere enn 1 lokalisasjon.
- Dette kriteriet vil også ha sammenheng med optimalarealutnyttelse og utnyttelse av dyrt utstyr, samt med kriterie 1a- rekruttering av robuste fagmiljø.

Oppsummering kriterie 2a – økonomiske effekter (2)

Noen eksempler på kandidater som vil score på økonomi vil være:

- Samle døgntilbudet for barn et sted
- øke operasjonsutnyttelse på ØNH ved SSA og frigi stuetid i Kristiansand til andre fagområder
- Frigjøre sengerom i SSK som i dag benyttes til kontorer/poliklinikkrom ifm etterbruksplan Eg – vil kunne gi økt aktivitetssinntekt.
- Driftsform og innhold i Flekkefjord vil også være et klart eksempel som vil ha betydelig økonomisk betydning.

Hver enkelt kandidat må beregnes konkret ift økonomiske konsekvenser, inkl. betydning for pasientreiser og for PTSS kapasitetskostnader.

Det vil være sammenhenger mellom økonomikriteriet og samtlige andre utredninger og andre kriterier nevnt i rapporten.

Oppsummering kriterie 2 b - pasientvolum

- Gjennomgått aktivitet med fokus på de tre somatiske lokalisasjonene.
- Sett på aktivitetstall øhjelp og elektivt, pr omsorgsnivå og på tidspunkt (dag, kveld/natt og helg)
- 85% av innleggelser er øhjelp, >90% av elektiv aktivitet foregår på dagtid mandag-fredag.
- Sett på lavvolum og høyvolums-fagområder, se foiler i vedlegget.
- Sett på operasjonsvirksomheten ved alle tre lokalisasjoner, det meste utføres planlagt på dagtid, ikke som øhjelp. Ortopedi er det faget som benytter mest av ettermiddag/kveld og helg, og av stuer samlet sett.
- Oppsummert – få elementer som gir klar indikasjon på samling i spesialiserte sentere, utover at Flekkefjord generelt har lave volum med unntak av ortopedi.
- En rekke fag har relativt lave operasjonsvolum fordelt på mange leger – dette bør kanskje ses nærmere på i videre utredning av kirurgisk aktivitet – i sammenheng med vaktordninger og rekrutteringssvake fag

Oppsummering kriterie 2 d – optimal arealutnyttelse

- Nesten ingen ledige arealer i dagens drift- kun noen få m2 i Arendal etter tannhelsetjenesten.
- Etterbruksplan Eg gir ca 4000 m2 egnet til kontorer i hovedsak, evt lett poliklinisk aktivitet uten behov for tyngre utstyr. Det er 40 behov som er meldt inn i dette prosjektet. Dette vil kreve betydelige investeringer før arealene kan benyttes. Kommunens utflytting av legevakt i SSA vil også gi noe areal.
- Nytt akuttbygg SSK vil gi utfordringer for driften slik den er i dag – en «ompakking» av funksjoner kan bli nødvendig
- Gjennomgang av sengekapasiteter viser høy utnyttelse medisinske poster ved alle lokalisasjoner, lav utnyttelse orto/kir i SSF og generellt lav utnyttelse føde/barsel og barn.)(mulighetsrom?)
Venter på tall fra HSØ om sengekapasitet ved andre sykehus for å se om vi bør justere kapasitet noe i SSHF.
Dette er viktig for framskrivningsarbeidet ifm nytt akuttbygg også. Idag driftes 455 senger i ukedager og 397 i helg i somatikk – hvor nok helgekapasitet kan tas noe ned ift behovene.
- Det er mulig å frigjøre mer kapasitet til senger i hovedbyggene, men det forutsetter at behandlerkontorer kan etableres i bygg i rimelig nærhet. De lokale arealutvalgene bør engasjeres i et videre planarbeid for å optimalisere arealene på hver lokalisasjon – dette bør gjøres som del av utredningen optimal arealutnyttelse i løpet av 2023.
- Det er så langt ikke sett på sengekapasitet/utnyttelse i KPH. Dette bør gjøres i sammenheng med etableringen i nytt PSA og ABUP bygg i Kristiansand, samt videre utredning av samlokalisering av tilbudene i Lister.
- Operasjonsvirksomheten viser lav utnyttelse ØNH-SSA, lav utnyttelse SSF og høy utnyttelse øye-SSA.
Videre viser utredningen at operasjonsstuene i liten grad benyttes planlagt på ettermiddager/kvelder eller helger. Endret driftsform kan gi betydelig økt kapasitet hvis behov fremover. Ressursene blir utfordringen
(krit.1.a.)

12. Operasjoner og stueutnyttelse 2022

	Operasjoner 2022						Operasjoner 2022						Operasjoner 2022				
	SSA						SSF						SSK				
	Operasjoner						Operasjoner						Operasjoner				
	døgn	dag	poliklinisk	SUM SSA	dagandel		døgn	dag	poliklinisk	SUM SSF	dagandel		døgn	dag	poliklinisk	SUM SSF	dagandel
Føde	174	20	5	199	13 %	Føde	62	3	3	68	9 %	Føde	322	9	13	344	6 %
Gastrokirurgi	823	716	15	1554	47 %	Gastrokirurgi	110	116	3	229	52 %	Gastrokirurgi	1203	310	6	1519	21 %
Gynekologi	255	435	25	715	64 %	Gynekologi	93	164	5	262	65 %	Gynekologi	297	427	17	741	60 %
Kar	38	9	1	48	21 %	Kar	2			2	0 %	Kar	290	9	3	302	4 %
Mamma/Endo	14	63		77	82 %	Mamma/Endo				0		Mamma/Endo	191	222		413	54 %
Ortopedi	1706	545	48	2299	26 %	Ortopedi	565	367	22	954	41 %	Ortopedi	2081	484	26	2591	20 %
Øye	13	2083	82	2178	99 %	Øye				0		Øye				0	
Plastikk	67	131	1	199	66 %	Plastikk	2	20		22	91 %	Plastikk	2	53		55	96 %
Urologi	436	357	23	816	47 %	Urologi	4	3	2	9	56 %	Urologi	433	550	3	986	56 %
ØNH		292		292	100 %	ØNH		3	1	4	100 %	ØNH	302	537	12	851	65 %
Kjeve	40	139	10	189	79 %												
SUM	3566	4790	210	8566	58 %	SUM	838	676	36	1550	46 %	SUM	5121	2601	80	7802	34 %
Ortopedi	48 %	11 %	23 %	27 %		Ortopedi	67 %	54 %	61 %	62 %		Ortopedi	41 %	19 %	33 %	33 %	
Kirurgi	39 %	27 %	19 %	31 %		Kirurgi	14 %	21 %	14 %	17 %		Kirurgi	41 %	44 %	15 %	42 %	
ØNH	1 %	9 %	5 %	6 %		ØNH	0 %	0 %	3 %	0 %		ØNH	6 %	21 %	15 %	11 %	
Øye	0 %	43 %	39 %	25 %		Øye	0 %	0 %	0 %	0 %		Øye	0 %	0 %	0 %	0 %	
Gynekologi	12 %	9 %	14 %	11 %		Gynekologi	18 %	25 %	22 %	21 %		Gynekologi	12 %	17 %	38 %	14 %	
Ordinære stuer (10)	3513	2276	118	5907	41 %	Ordinære stuer (5)	838	676	36	1550	46 %	Ordinære stuer (13)	5121	2601	80	7802	34 %
	10 stuer øvrige fag	oper/stue/år		591		5 stuer alle fag		oper/stue/år		310		13 stuer alle fag		oper/stue		600	
		oper/stue/dag		2,47		(4 i drift ift team)		oper/stue/dag		1,49		(12 i drift samt seksiostue)				2,44	
	øye 2 egne stuer			4,84													
	ØNH 2 stuer (12 og 13)			241													
				0,53													

Tallene pr dag reflekterer rom-utnyttelsen og hensyntar ikke antall tilgjengelige operasjonsteam.
 Kan se ut som lav utnyttelse ØNH ved SSA og SSF generellt. Alle lokalisasjoner har potensialer for økt aktivitet

Oppsummering av kriterie 2e – dyrt utstyr

- Gjennomgang gjort i regi av medisinsk serviceklinikk av radiologisk utstyr (MR, CT, røntgen, PET-scan). Behov for kapasitetsøkninger fremover- i tillegg til utskiftninger av dagens utstyrspark. Forbruksmønsteret av radiologiske tjenester har tidligere vist at Agderbefolkningen benytter under landssnittet av slike tjenester.
- Hva gjelder PET-scan arbeides det med å få på plass en noe mer permanent løsning enn dagens buss-innleie av kapasitet. Dette tilbudet er allerede samlet i Kristiansand.
- Dagens utnyttelse av radiologisk utstyr er svært høy i Kristiansand, som nesten kun gjør øhjelps-oppgaver knyttet til driften av sykehuset, i Arendal og Flekkefjord er det noe mer elektiv kapasitet. De private aktørene i Kristiansand og Lillesand dekker i stor grad de elektive behovene for befolkningen i kommunene i gamle Vestagder.
- Betraktning på robotkirurgi, hvor den nye roboten i Kristiansand er planlagt fullt utnyttet fremover mens roboten i Arendal har omlag 40% ledig kapasitet. Dette viser et potensiale som kan utnyttes i en spesialisert senter tankegang, men må sees i sammenheng med drift og rekruttering mm i de aktuelle fagene for robotkirurgi.
- PCI kapasitet - pågår en egen utredning på dette i regi av somatikk Arendal - en 3.lab planlegges i Arendal
- Strålekapasiteten er nær fullt utnyttet i dagens 2 laber i Kristiansand. Det er ikke planlagt utvidelse av denne kapasiteten i nær fremtid, men behovet for dette bør sees på i sammenheng med utredning av framskrivninger.

En strategisk MTU plan må baseres på og hensynta framskrivningene av aktivitet som vil bli gjennomgått høsten 2023