

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE311E

Navn: Eirin Olsen og Anne-Berit Winther

---

*«For pasienten er det viktigere å bli operert enn å stå på venteliste» -*

En studie av operasjonskapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge

---

Dato: 13.06.22

Totalt antall sider: 72

## **Forord**

Høsten 2020 startet vi som studenter på Master i helseledelse (MBA) ved Nord universitet.

Årene har gått fort og tiden som student har vært lærerik og spennende. Studiet har gitt oss ny kunnskap om spesialisthelsetjenesten og vi mener selv å ha fått utviklet vår lederkompetanse.

Å være student parallelt med lederjobb er krevende. Vi ønsker å takke vår arbeidsgiver og våre ledere for god tilrettelegging slik at vi har fått gjennomført studiet. En stor takk også til våre personalgrupper for tålmodighet og støtte! Våre medstudenter på kull 2020 har beriket studietiden vår! Takk for at dere har delt kunnskap, sang, limericker, hatter og erfaring med oss, det er av stor verdi.

Videre vil vi takke informanter som stilte opp til intervju samt god hjelp fra rådgivere i økonomi- og analysesenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Til slutt en stor takk til mentor og veileder Pål Andreas Pedersen for all hjelp, konstruktive tilbakemeldinger, tålmodighet og stødig navigering gjennom arbeidet med denne masteroppgaven.

Juni 2022, Eirin og Anne-Berit.

## **Sammendrag**

Økonomien i helsevesenet er stram og ventelistene for pasienter som venter på behandling øker. Ett av oppdragene fra Helse- og Omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er å drifte hensiktsmessig for å kunne gi pasientene rask tilgang til behandling og sørge for gode pasientforløp.

Denne studien er basert på planlagte aktivitetstall for kirurgiske fagområder i UNN over en treårsperiode (2018-2020) og kostnader knyttet til gjennomføring av to dagkirurgiske inngrep. Vi har intervjuet ledere i UNN som er involvert i kirurgisk virksomhet for å se på hvordan man utnytter tilgjengelig operasjonskapasitet i eget foretak og hva lederne tenker om dette. Studiens hovedfunn viser til at foretakets organisering som matriseorganisasjon ikke legger til rette for godt strategisk- og praktisk samarbeid mellom klinikker involvert i kirurgisk virksomhet. Dette kan føre til at organisasjonen ikke når sine mål. Dette gjelder både foretakets økonomi og det å sikre pasienten rask tilgang til helsetjenester, slik det er beskrevet i oppdragsdokumentet fra Helse- og Omsorgsdepartementet. Samlet sett kan dette også ha en betydning for samfunnsøkonomien.

Ved intervju av ledere angir de foretakets operasjonskapasitet som for liten. Det pekes også på at det finnes rom for bedre utnyttelse av eksisterende tilgjengelig kapasitet. Gjennom intervjuene kommer det også frem at det er rom for forbedring ved koordinering av det kirurgiske tjenestetilbudet i UNN.

**Abstract**

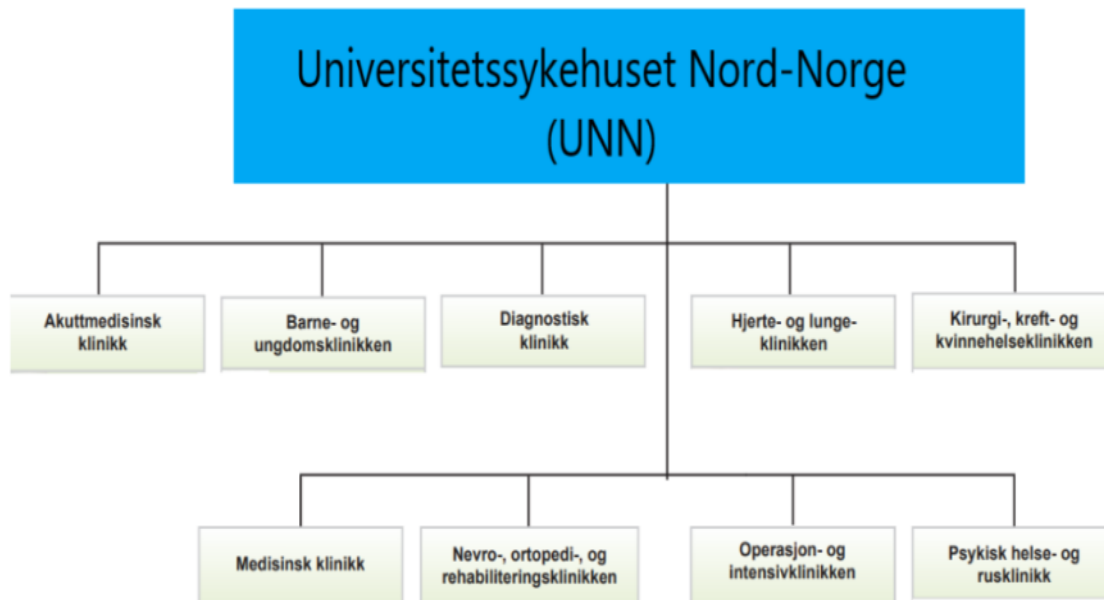
The economy in the health care system is tight and the waiting lists for patients waiting for treatment are increasing. One of the assignments from the Ministry of Health and Care Services to the regional health authorities is to operate appropriately to give patients quick access to treatment and ensure good patient care.

This study is based on planned activity figures for surgical disciplines at UNN during a three-year period (2018-2020) and costs associated with two outpatient surgeries. We have interviewed managers at UNN involved in surgical activities to look at how UNN make use of available capacity in their company and what the managers think about this matter. The main findings of this study indicate that the company's organization as a matrix organisation does not facilitate good strategic and practical collaboration between clinics involved in surgical activities. This can lead to the organization not reaching its goals. This applies both to the company's finances and ensuring the patient's quick access to health care, as described in the assignment paper from the Ministry of Health and Care Services. Overall, this can have impact on the national economy.

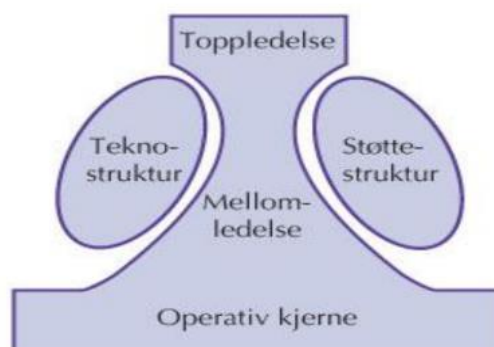
In interviews, managers indicate that the company's surgical capacity is too low. It is also pointed out that there is room for better utilization of the existing available capacity. Through the interviews, it also emerges that it is room for improvement in coordination of the surgical services offered at UNN.

## Figurer og tabeller

*Figur 1: UNNs organisasjonskart:*



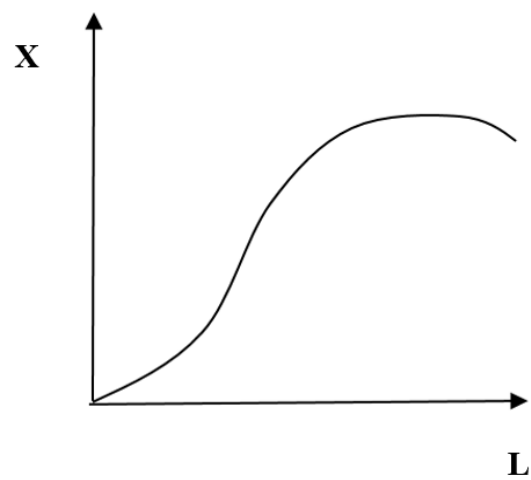
*Figur 2: Mintzbergs organigram (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 81):*



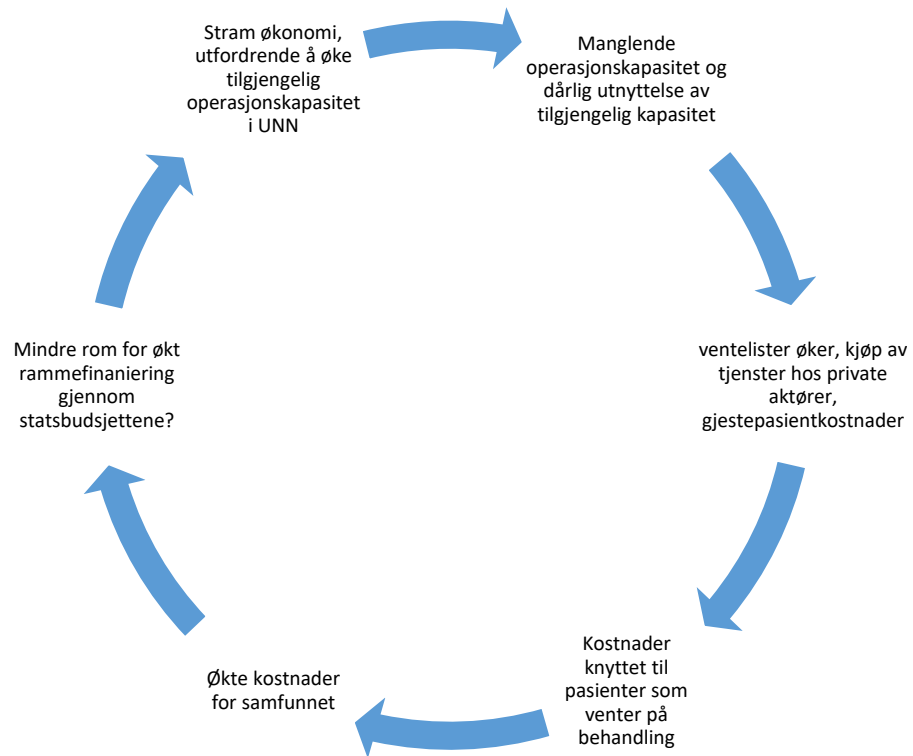
*Figur 3: Illustrasjon av produksjonsprosess (Olsen, 2007, s. 24):*



*Figur 4: Illustrasjon av en produktfunksjon (Olsen, 2006, s. 25):*



**Figur 5: Negative konsekvenser av dårlig kapasitetsutnyttelse og lav operasjonskapasitet:**



Tabell 1: Dagkirurgi Tromsø: Behov mot kapasitet – elektivt:

## Dagkirurgi: Behov mot kapasitet – elektivt

Tromsø – 2018 totalt \*

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Barn	127	100	79 %
Gastro	601	920	153 %
Gyn	308	520	169 %
HUD	54	50	92 %
HÅND	383	370	97 %
NKIR	184	233	127 %
ORT	441	504	114 %
PLAST	244	248	102 %
UroEndo	527	530	101 %
ØNH	570	617	108 %
<b>Totalsum</b>	<b>3 439</b>	<b>4 092</b>	<b>119 %</b>

Tromsø – 2019 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Barn	30	100	333 %
Brendo	235	349	149 %
Gastro	691	1 271	184 %
Gyn	389	572	147 %
HUD	56	61	110 %
HÅND	384	624	163 %
NKIR	204	292	143 %
ORT	452	792	175 %
PLAST	356	677	190 %
URO	336	413	123 %
ØNH	543	803	148 %
<b>Totalsum</b>	<b>3 675</b>	<b>5 954</b>	<b>162 %</b>

Tromsø – 2020 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Barn	31	100	325 %
Brendo	240	365	152 %
Gastro	701	1 143	163 %
Gyn	394	453	115 %
HUD	57	58	102 %
HÅND	389	588	151 %
NKIR	207	387	187 %
ORT	462	895	194 %
PLAST	360	712	198 %
URO	336	257	76 %
ØNH	549	867	158 %
<b>Totalsum</b>	<b>3 725</b>	<b>5 825</b>	<b>156 %</b>

Tabell 2: Dagkirurgi Harstad og Narvik: Behov mot kapasitet – elektivt:

## Dagkirurgi: Behov mot kapasitet – elektivt

Harstad – 2018 totalt \*

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	388	294	76 %
Gyn	353	263	75 %
ORT	284	516	182 %
UroEndo	233	167	72 %
ØNH	602	370	61 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 859</b>	<b>1 610</b>	<b>87 %</b>

Harstad – 2019 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	378	542	143 %
Gyn	360	340	94 %
ORT	470	718	153 %
URO	227	186	82 %
ØNH	445	468	105 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 880</b>	<b>2 254</b>	<b>120 %</b>

Harstad – 2020 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	386	624	162 %
Gyn	367	406	111 %
ORT	477	758	159 %
URO	230	250	109 %
ØNH	456	431	94 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 916</b>	<b>2 469</b>	<b>129 %</b>

Narvik – 2018 totalt \*

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	160	151	94 %
Gyn	155	225	145 %
ORT	386	500	130 %
UroEndo	245	191	78 %
ØNH	138	236	171 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 084</b>	<b>1 303</b>	<b>120 %</b>

Narvik – 2019 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	235	134	57 %
Gyn	349	242	69 %
ORT	633	633	100 %
URO	190	232	122 %
ØNH	79	206	262 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 486</b>	<b>1 447</b>	<b>97 %</b>

Narvik – 2020 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	235	232	99 %
Gyn	553	365	66 %
ORT	685	629	92 %
URO	191	190	100 %
ØNH	171	136	80 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 834</b>	<b>1 552</b>	<b>85 %</b>



**Tabell 3: Kostnader ved gjennomføring av operasjon innad i UNN:**

	Kostnad utstyr	Kostnad lønn	Totale kostnader per inngrep
Galleblærefjerning laparoskopisk	14960,-	14 731,-	29 691,-
Skulderartroskopi	14 530,-	7 778,-	22 307,-

**Tabell 4: Kostnader ved gjennomføring av operasjon med pasient som gjestepasient, annet foretak:**

Type inngrep	Gjestepasientkostnad	Total kostnad (Gjestepasientkostnad-ISF-refusjon, Circa 50 %)
Galleblærefjerning laparoskopisk	32608,-	16304,-
Skulderartroskopi	27929,-	13965,-

**Tabell 5: Kostnader ved gjennomføring av operasjon ved leie av operasjonskapasitet hos privat aktør (eksempelvis Aleris):**

Type inngrep	Kostnad leie av operasjonskapasitet (1dag)	Antall inngrep som kan gjennomføres pr dag på denne kapasiteten	Kostnad per inngrep for UNN ved gjennomføring hos privat aktør
Galleblærefjerning laparoskopisk	Ca 90 000	3	Ca 30 000
Skulderartroskopi	Ca 90 000	3	Ca 30 000

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	i
Sammendrag .....	ii
Abstract .....	iii
Figurer og tabeller .....	iv
Innholdsfortegnelse .....	ix
1.0 Innledning .....	1
1.1 Valg av problemstilling .....	1
1.2 Bakgrunn for studien .....	2
1.3 Avgrensning .....	3
2.0 Teoretisk rammeverk .....	4
2.1 UNN som organisasjonOppbygging av organisasjonen .....	4
2.2 Ledelse i organisasjoner .....	5
2.2.1 Ledelse i ekspertorganisasjonen .....	6
2.3 Operasjonskapasitet og operasjonsplanlegging .....	8
2.4 Journalsystem og IKT .....	9
2.5 Pasientens rettigheter og fristbrudd .....	9
2.6 Mål og beslutninger .....	10
2.7 Finansiering av helseforetakene .....	10
2.9 Oppsummering teoretisk rammeverk .....	14
3.0 Metode .....	15
3.1 Bakgrunn for forskningsprosjektet .....	16
3.2 Godkjenninger og personvern .....	16
3.3 Metodevalg: Mixed Method design .....	16
3.4 Reliabilitet og validitet .....	17
3.5 Datainnsamling .....	17
3.5.1 Kvantitative data .....	17
3.5.2 Kvalitativt datamateriale og utvelgelse av informanter .....	18
3.5.3 Gjennomgang av kvalitative data .....	19
3.6 Metodekritikk .....	19
4.0 Empiri .....	21
4.1 Kvantitativ data .....	21
4.2 Kvalitativ data .....	24
4.2.1 Organisasjon og samarbeid .....	25
4.2.2 Ledelse .....	26
4.2.3 Operasjonskapasitet: Strategi og planlegging .....	28
4.2.4 Beslutningsprosesser .....	30
4.2.5 Konsekvenser .....	31
4.2.6 Økonomiske konsekvenser for foretaket .....	31
4.2.7 Konsekvenser for pasienten .....	32
5.0 Diskusjon og analyse .....	34
5.1 Innledning organisasjonsstruktur .....	34
5.1.1 Hva påvirker samarbeid i organisasjonen? .....	34

5.2.2 Lokalsykehuset.....	39
5.2.5 Ledelse og styringsverktøy, budsjetter.....	41
5.3 Utnyttelse av operasjonskapasitet i UNN.....	42
5.4 Konsekvenser for hvem – høna eller egget? .....	44
5.4.1. Konsekvenser for foretaket .....	45
5.4.3 Konsekvenser for pasientene.....	47
5.4.2 Kostnader for samfunnet .....	47
5.4.3 Oppsummering konsekvenser .....	48
6.0 Konklusjon .....	50
Referanseliste .....	52
Vedlegg .....	55
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD godkjenning.....	55
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informanter.....	57
Vedlegg 3: intervjuguide.....	60

## **1.0 Innledning**

I skrivende stund er økonomien i Norsk Helsevesen verre enn noen gang. Foretaksøkonomien og helsevesenet generelt har ett økonomisk etterslep fra pandemien. Ventelistene for pasienter som venter på behandling, både innenfor somatikk og psykiatri, vokser. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD, 2022) til Helse Nord er ett oppdragene til RHF-ene å innrette sin virksomhet for å gi “Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp” (HOD, 2022, s. 2). Dette målet er videreført i oppdragsdokumentet fra Helse-Nord (HN) til helseforetakene (HN, 2022, s. 4). For å nå disse målene må helseforetakene benytte seg av alle tilgjengelige ressurser innenfor de rammene de har. Lang ventetid fra henvisning til behandling kan ha uheldige konsekvenser for pasientene, men også uheldig økonomisk konsekvens for foretaket. Dette fordi finanseringen av foretakene delvis er aktivitetsstyrt. Forenklet sagt; mindre utført behandling og mindre aktivitet, gir mindre inntekt.

### ***1.1 Valg av problemstilling***

Vi som har jobbet med denne oppgaven er begge ansatt i mellomledere- sjiktet ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Narvik. Som ledere får vi jevnlig tilsendt rapporter som viser økonomisk status for våre enheter. Vi kjenner på ett samfunnsansvar for hvordan vi skal forvalte tilgjengelige ressurser og økonomi i vår daglige ledergjerning. Disse oppgavene skal utføres i tråd med gjeldende lovverk. Som leder skal man også være tro mot beslutninger tatt i organisasjonen. Det føles nesten unødvendig å si at dette er krevende oppgaver som medfører en nærmest konstant øvelse i balansekunst for å tilfredsstille forventninger fra samfunnet og arbeidsgiver.

I denne oppgaven ønsker vi å se på tilgjengelighet og kapasitet for behandling innenfor det kirurgiske fagfeltet i eget foretak. Videre forsøker vi å kartlegge lederutfordringer og krav til ledelse for de som planlegger for gjennomføring av kirurgisk behandling i UNN.

Avslutningsvis diskuterer vi mulige konsekvenser av dårlig kapasitetsutnyttelse og/eller lav operasjonskapasitet i foretaket. På bakgrunn av vår erfaring og vår tilnærming til temaet har vi valgt å formulere følgende problemstilling:

*Hvordan utnytter UNN tilgjengelig operasjonskapasitet og hva tenker ledere om operasjonskapasiteten i eget foretak?*

I lys av problemstillingen har vi formulert følgende forskningsspørsmål som vi vil forsøke å besvare i denne oppgaven:

- Hvilke faktorer påvirker utnyttelsen av tilgjengelig operasjonskapasitet?
- Hvordan kan ledere påvirke utnyttelsen av tilgjengelig operasjonskapasitet i eget foretak?
- Hvilke konsekvenser kan det få dersom UNN ikke klarer å gjennomføre planlagt aktivitet innenfor kirurgisk virksomhet?

Vi håper vi klarer å vise ett nyansert bilde av utfordringene knyttet til operasjonskapasitet og planlegging av kirurgisk virksomhet i UNN. Alt dette med mål om å kunne gi pasientene som henvises til behandling i vårt foretak ett tilbud innenfor tidsrammen de har krav på.

Gjennom oppgaven vil vi presentere relevant teori som har dannet bakteppe for vår undersøkelse, kapittel 2. I kapittel 3 gjør vi rede for metodevalg, datainnsamling og metodekritikk. Videre presenterer vi vår empiri i kapittel 4. I kapittel 5 diskuterer og drøfter vi empirien opp mot relevant teori, mens vi i kapittel 6 presenterer oppgavens konklusjon og implikasjoner for studien.

### ***1.2 Bakgrunn for studien***

Tilnærmingen til studien vår startet med en fornemmelse om at operasjonskapasiteten i UNN ikke var godt nok utnyttet. Som ledere på lokalsykehus har vi erfaringer med planlegging og gjennomføring av kirurgisk virksomhet. I innledningen viste vi til oppdragsdokumentene som angir at foretakene skal sikre rask tilgang til helsetjenester for pasienter i sitt opptaksområde. Vi stilte oss spørsmål i forhold til om UNN har tilstrekkelig operasjonskapasitet for å ivareta dette samfunnsoppdraget og om dette utnyttes godt nok i eget foretak. I svarbrev fra UNN til Helse Nord (UNN, 2019) i forbindelse med byggingen av Nye Narvik sykehus (NUN) pekes det på manglende operasjonskapasitet i UNN.

Vi undret oss over om det kunne være forskjell mellom lokasjoner i UNN når det kom til planlegging og gjennomføring av kirurgisk behandling. Hvilke konsekvenser kunne det medføre dersom det var mangelfull utnyttelse og planlegging for kirurgisk behandling i UNN? Og da både for UNN som foretak, men også for pasientene? Hvordan kan ledere innenfor kirurgiske fagområder medvirke til god planlegging og gjennomføring av kirurgisk virksomhet i UNN? Dette var noen av tankene som ledet oss til innhenting av tallmateriale

som vi anså som relevante for å kunne belyse vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i empirikapitelet under avsnittene kvantitativ- og kvalitativt datamateriale.

### ***1.3 Avgrensning***

Vi har innhentet tallmateriale med bakgrunn i del en av problemstillingen og våre forskningsspørsmål. Disse tallene er ikke en presis økonomisk analyse, men ment som grunnlag for empiri og diskusjon til del to av vår problemstilling og videre analyse i oppgaven.

Vi belyser temaet ledelse i vår studie, men da knyttet direkte til våre forskningsspørsmål som omhandler utnyttelse av operasjonskapasitet i UNN. Vår studie er ikke en undersøkelse knyttet til generelle lederoppgaver i organisasjoner.

Drift av kirurgisk virksomhet i sykehus er komplekst. Vi vil underveis i oppgaven berøre flere temaer som alene kunne ha vært diskutert og analysert i forhold operasjonsdrift i UNN. Vi har trukket ut elementer av disse temaene for å svare på våre forskningsspørsmål.

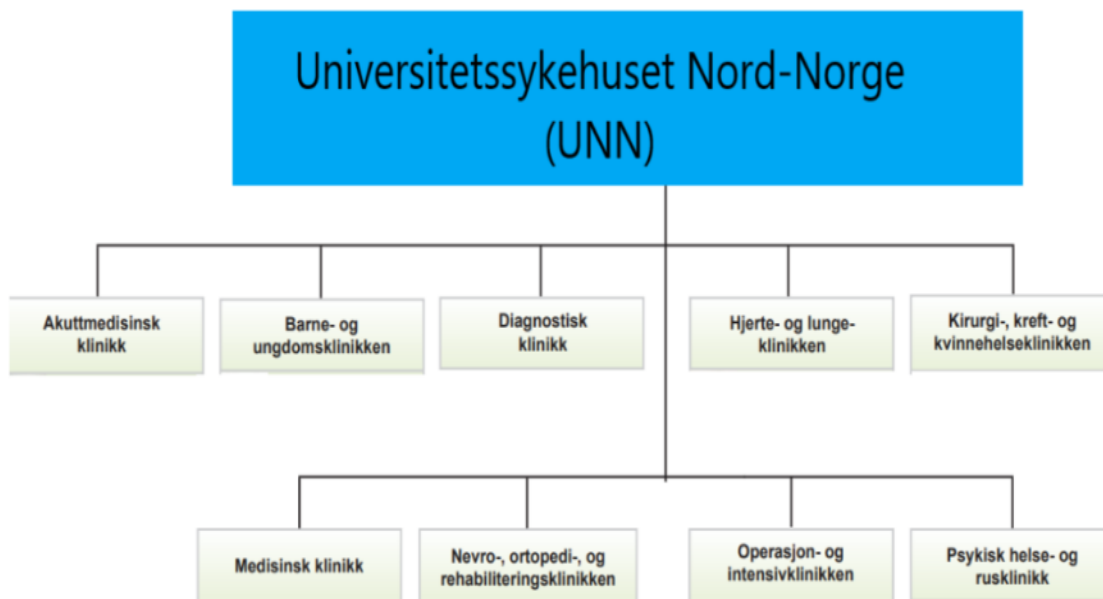
## 2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil vi presentere noen teoretiske perspektiver som danner grunnlaget for vår empiri og diskusjonsdel. Innledningsvis vil gi en beskrivelse av UNN som organisasjon (3.1). Vi er inspirert av Jacobsen & Thorsvik (2021) og har lagt deres teoretiske rammeverk til grunn for hvordan vi beskriver UNN som organisasjon. Vi vil videre gjøre rede for ledelse i organisasjoner, med fokus på ekspertorganisasjoner. I avsnitt 3.3 gjør vi rede for begrepet operasjonskapasitet ut i fra vår kontekst for oppgaven og hvordan organisasjonen planlegger sin kirurgiske virksomhet. Vi går deretter videre til journalsystem og IKT i avsnitt 3.4, da dette er viktige verktøy i forbindelse med operasjonsplanlegging. Avsnitt 3.5 omhandler pasientens rettigheter i forbindelse med henvisning til spesialisthelsetjenesten. I avsnitt 3.6 omtaler vi organisasjonens mål og beslutninger. Avslutningsvis i teoridelen vil vi gjøre rede for finansiering av helseforetakene og begreper knyttet til helseøkonomi under henholdsvis avsnitt 3.7 og 3.8. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av vårt teoretiske rammeverk.

### 2.1 UNN som organisasjon *Oppbygging av organisasjonen*

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) er strukturert i 9 ulike klinikker i tillegg til ulike sentre. Disse klinikkene har fordelt sin virksomhet på tre lokasjoner: Tromsø (regionsfunksjon), Harstad og Narvik (lokalsykehusfunksjon). Dette er fremstilt i figuren under.

**Figur 1: organisasjonskart, UNN**



Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2021, s. 16) defineres en organisasjon som: «(...) ett sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål.» Setter vi denne definisjonen inn i vår kontekst for oppgaven, vil det å se på hvordan UNN jobber for å utnytte sin operasjonskapasitet være en slik spesiell oppgave. Videre vil målet være det å kunne tilby behandling til flest mulig pasienter som henvises til kirurgi.

UNNs klinikkstruktur går på tvers av lokasjonene og det er 3 klinikker som i hovedsak tilbyr kirurgisk behandling: Nevro-, ortopedi-, og rehabiliteringsklinikken (NOR), Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) og hjerte- og lungeklinikken (HLK). Noen av behandlingene tilbys på alle tre lokasjoner (som for eksempel innsetting av primær hofteprotese), mens andre type behandlinger er funksjonsgruppert og gjøres kun på en lokasjon (for eksempel hjerte/kar-kirurgi). Denne måten å organisere en virksomhet på kalles matriseorganisering, hvor man kombinerer funksjonsbasert- og markedsbasert gruppering. Funksjonsbasert gruppering, også kalt funksjonsfordeling, innebærer at man samler like oppgaver innenfor samme enhet, mens markedsbasert gruppering innebærer at like typer oppgaver blir spredt over flere enheter (Jacobsen & Thorsvik, s. 71-74).

Kirurgisk virksomhet i UNN koordineres av Overordnet planlegging- og koordineringsgruppe (OPK). Gruppen ledes av Operasjon- og intensivklinikken (OPIN) og består av medlemmer fra de kirurgiske klinikkene. Sammen planlegger de hvordan operasjonsvirksomheten i UNN skal driftes, dette vil vi omtale nærmere i avsnittet «operasjonsplanlegging». Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2021, s. 78) er denne måten å strukturere planleggingen på ett kjennetegn for organisasjoner som jobber prosjektorientert. Slike prosjekter kjennetegnes ved at aktører fra ulike enheter i organisasjonen jobber sammen for å løse en spesifikk oppgave. Sett ut ifra vår kontekst, vil denne oppgaven være å tilby pasienten kirurgisk behandling. Strukturen for UNN som organisasjon blir på denne måten flerdimensjonal da den består av flere ulike måter å gruppere og strukturere virksomheten på (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 78).

## **2.2 Ledelse i organisasjoner**

Strand (2007, s.28) har presentert fire organisasjonstyper som defineres som grunnleggende og som gir grunnlag for kartlegging av forskjellige ledertyper, roller, organisasjons- eller ledelsesfunksjoner og kulturer. De fire typene er: Byråkrati, Ekspertorganisasjonen, Entreprenørorganisasjonen og Gruppeorganisasjonen (Strand, 2007, s. 28). Det er ikke sånn at



man mener noen av disse framstår som rendyrkede i sin form, - tvert imot er blandingsformer helt vanlig, - men i en bestemt formell organisasjon kan en av formene dominere. Sykehusene er sammensatte og komplekse organisasjoner og domineres av autonome faggrupper som jobber spesialisert med sine pasienter ut ifra egen kompetanse. I ekspertorganisasjonen er naturlig nok den erfarne og vel ansatte fagpersonen leder, altså produsenten. Med bakgrunn i egen organisasjon definerer vi organisasjonen UNN under ekspertorganisasjonen. Vi har valgt å fokusere på denne og vil dermed ikke gå nærmere inn på de andre tre kategoriene.

Ekspertorganisasjonen har færre nivåer enn for eksempel byråkratier, og posisjonen i organisasjonen er i stor grad basert på yrkesmessig status og erfaring. En stor del av arbeidstakerne er rekruttert på grunnlag av sin dokumenterte fagkompetanse. Arbeid og samordning styres av deltakernes ekspertkunnskap og de faglige normene de er opplært til å akseptere. Ledelse utover det som bygger på faglig autoritet, har liten plass (Strand, 2007, s.29). Sykehusorganisasjonene preges av hierarki. Det betyr at det i stor grad er behandlende leger som står øverst her. De har i sin profesjon sterk faglig autoritet knyttet til arbeidsprosesser, og blir gjerne vurdert ut ifra de faglige resultatene de oppnår og status fordi de har behandlingsansvar for pasientene (Strand, 2007, s. 270).

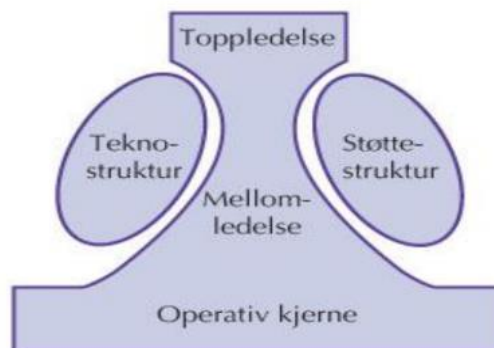
### ***2.2.1 Ledelse i ekspertorganisasjonen***

Profesjonelle er selvgående med hensyn til mål og midler, og de trenger generelt lite instruksjoner, mål eller oppgaver fra andre, deriblant ledelsen. De får rask respons på arbeidet sitt gjennom klienter, kunder og kollegaer eller ved egen bedømmelse av resultat. Kunnskap om hva som er riktig befinner seg hos den som utfører de faglige tjenestene. Ifølge Strand (2007, s. 271) utfører den autonome profesjonslederen i organisasjonen en ledelse som kan være utfordrende, fordi de er særlig bundet opp til det faglige. Deres vurderinger vil være preget av egen profesjon. Innenfor sykehusorganisasjonene gjelder det særlig legene, men også til en viss grad autonome sykepleieledere.

Videre sier Strand (2007, s. 271) at ekspertorganisasjoner som sykehus og universiteter er i økende grad underlagt administrative styringssystemer gjennom hierarki, utenpå eller på siden av "produksjonsenhetene". Budsjettrammer og målstyring er to forhold som fagfolk legger merke til, sammen med administrative prosjekter som total kvalitetsledelse, kontinuerlig forbedring og internkontroll.

De fleste organisasjoner har et hierarki. Det angir hvem i organisasjonen som har beslutningsmyndighet, altså hvem som bestemmer hva. Når de ansatte på samme nivå ikke blir enige vil saken bli behandlet høyere i hierarkiet av en leder, og avgjørelsen kan tas der. Hierarkiet utgjør en rett linje mellom toppleder og de ansatte via mellomledere, og kalles en linjeorganisasjon.

**Figur 2 Mintzbergs organigram (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 81), viser denne organiseringen som består av 5 deler**



Denne linjeorganisasjonen kan deles i tre nivåer:

1. *Operativ kjerne* hvor produksjonen foregår. På ett sykehus vil det være i klinikkene der pasientene er, og i vår kontekst operasjonsstuene.
2. *Mellomledelse* som følger opp og koordinerer arbeidet i den operative kjernen, og sørger for at de har ressurser.
3. *Toppleidelse* som følger med på utviklingen i organisasjonens omgivelser, og bestemmer organisasjonens strategi og eventuelle endringer i organisasjonen.

Teknostrukturen skisserer den delen av organisasjonen som inneholder alle støttefunksjoner i sykehuset i vid betydning; tjenesteytere internt inkludert innkjøpte tjenester. I stabsfunksjonen finner vi rådgivere, personaladministrasjonen, økonomi- og analyse avdelingen. Jo flere hierarkiske nivåer en organisasjon har, desto sterkere *vertikal differensiert* sier vi at organisasjonen er (Jacobsen & Thorsvik, s, 80-81).

### 2.3 Operasjonskapasitet og operasjonsplanlegging

Operasjonskapasitet er ett komplekst begrep, og det er utfordrende å finne en eksakt og dekkende definisjon som vil være gyldig uansett hvilket kirurgisk inngrep man snakker om. For å gjennomføre ett kirurgisk inngrep må både utstyr og personalressurser være på plass. Disse faktorene vil kunne variere ut fra inngrepets art, men også internt innad i samme organisasjon. I det daglige omtales begrepet *operasjonsteam* som operasjonssykepleiere, anesthesisykepleier og kirurg som alle er nødvendig for å gjennomføre en operasjon. Begrepet operasjonskapasitet er mer omfattende. Ut i fra egne erfaringer og ut ifra konteksten vi jobber i, har vi i denne oppgaven valgt å definere en operasjonskapasitet som følgende: arealet (operasjonsstuen), materialet og personalressurser (operasjonssykepleier, anesthesisykepleier, kirurg og øvrige ressurser) som er nødvendig for å kunne utføre en gitt type kirurgisk inngrep (UNN, 2021).

UNN har kirurgisk virksomhet ved alle sine lokasjoner, og det er ulik operasjonskapasitet ved hver lokasjon. Det OPIN som er leverandør og tilbyder av de kirurgiske tjenestene i UNN. Videre er det tre klinikker som i hovedsak tilbyr behandling innenfor kirurgiske fagområder og som er mottakere av disse tjenestene: NOR, K3K og HLK.

Planlegging av kirurgisk virksomhet i UNN starter med innmelding av ett kvantitativt *teoretisk behov* fra de kirurgiske klinikkene. Det teoretiske behovet beregnes ut fra forrige års aktivitet, antall pasienter på venteliste, og en forventning om en eventuell økning av behov for gjennomføring av kirurgisk behandling innenfor ett gitt fagområde. Videre beregner OPIN hvor mye operasjonskapasitet de kan frigi til de kirurgiske klinikkene. Denne *teoretiske kapasiteten* beregnes ut ifra driftsplankalender, tilgang til fysiske operasjonsstuer (operasjonskapasiteter) og hvor mange operasjoner man teoretisk forventer operert hver dag. På denne måten kommer man frem til en teoretisk aktivitet, ett *plantall*, som er det antallet operasjoner som planlegges gjennomført innenfor hvert fagområde i løpet av kommende kalenderår (UNN, 2021).

$$(\text{Planlagt})\text{kapasitetsutnyttelse (i \%)} = \frac{\text{Teoretisk behov}}{\text{Teoretisk kapasitet}} \times 100 \%$$

Planlegging av kirurgisk virksomhet i sykehus er komplekst og utfordrende. Hvordan man ser på gjennomføring og planlegging vil variere ut ifra hvor i organisasjonen man befinner seg. I artikkelen “Predicting the unpredictable” peker forfatterne på denne kompleksiteten som medfører med at de som planlegger og gjennomfører kirurgisk virksomhet har mange faktorer som det må tas hensyn til. Over halvparten av pasientene som legges inn på sykehus vil i løpet av sitt opphold få behandling på en operasjonsstue. Dette medfører at kirurgi –både inntekter og utgifter - er en stor del av sykehusenes budsjetter, og følgelig vil det være av avgjørende betydning at sykehusene klarer å planlegge for god utnyttelse av sin operasjonskapasitet (Eijkemans et al., 2010, s. 41).

#### **2.4 Journalsystem og IKT**

Ett verktøy som anvendes i planlegging av kirurgisk virksomhet er UNNs elektroniske journalløsning (EPJ), DIPS<sup>1</sup> arena. Journalløsningen er felles for Helse Nord, men det foreligger sperre mellom de ulike helseforetakene for å ivareta lovverk (Hauge, 2017). Mellom UNNs lokasjoner er det felles journaltekst for den enkelte pasient, mens deler av systemet, som for eksempel ventelister, er sortert under hver lokasjon. Når pasienten henvises til behandling i UNN opprettes det en elektronisk kontakt i pasientens journal. Fra denne kontakten planlegges pasientens videre forløp og behandling. Ifølge Jacobsen & Thorsvik (2021, s. 112) kan velfungerende informasjonsteknologi (IKT) bidra til at koordinering av oppgaver i organisasjonen går lettere.

#### **2.5 Pasientens rettigheter og fristbrudd**

Når en pasient blir henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten har han krav på å få helsetilstanden sin vurdert innen 10 virkedager (2 uker). Vurderingen skal angi en frist for når pasienten senest skal motta nødvendig helsehjelp, som vil si en tidsfrist for når behandlingen skal starte (Molven, 2019, s. 141). Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan starte behandlingen innen tidsfristen har de varslingsplikt til Helfo<sup>2</sup>. Helfo vil da forsøke å finne ett behandlingstilbud til pasienten hos en annen aktør. Denne aktøren kan være ett annet offentlig helseforetak, eller privat aktør. Spesialisthelsetjenesten hvor pasienten ble henvist til er da

---

<sup>1</sup> DIPS: Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem.

<sup>2</sup> Helfo: Helsedirektoratets ytre etat. Helfos samfunnsoppdrag er å ivareta brukernes rettigheter og yte profesjonell service til behandlere og innbyggere gjennom veiledning og informasjon om helsetjenesten. Helfo skal forvalte rettigheter gitt gjennom bl.a. folketrygdlovens kapittel 5 (stønad ved helsetjenester) og bidra til god etterlevelse (Helfo, 2022).

ansvarlig for alle utgifter i forbindelse med behandlingen, dette inkluderer også reise for pasienten (Helfo, 2021).

## **2.6 Mål og beslutninger**

Organisasjonens mål, strukturer og strategier er ett resultat av prosesser som har ledet frem til beslutninger. Dette omtales i Jacobsen og Thorsvik (2021, s. 298) som beslutningsprosesser. Selv om beslutninger er avgjørelser som er gjort i fellesskap med henblikk på felles mål, kan implementeringen av beslutningen være utfordrende. Kunnskapsmangel hos aktører, for dårlig eller feil tilgang på ressurser, samt motstand fra samarbeidende aktører, kan være eksempler på faktorer som kompliserer gjennomføring av en vedtatt beslutning (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 332).

Som en offentlig organisasjon har UNN ett ansvar for å utvikle og arbeide etter mål som ivaretar behovet i befolkningen. I tillegg er det en forventning om at UNN skal drifte økonomisk ved å forvalte tildelte økonomiske ressurser på en mest mulig effektiv måte. Slike hensyn kan være motstridende og det kan derfor være utfordrende å tilfredsstille disse kravene uten at det går på bekostning av noe annet. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2021, s. 58) er denne utfordringen større for offentlige enn private organisasjoner.

## **2.7 Finansiering av helseforetakene**

Finansieringen av de regionale helseforetakene (RHF-ene) i Norge gjøres over statsbudsjettet. Ressursene som fordeles mellom dem påvirker adferd i helseforetakene. Det finnes flere modeller for hvordan denne fordelingen kan gjøres (Nyland & Pettersen, 2018, s. 142). Finansieringssystemet har endret seg over år ut ifra hvilke målsettinger som har vært prioritert av staten. En utfordring har vært at målsettingene er ulike. Systemet som understøtter lik tilgang til helsetjenester bidrar ikke nødvendigvis til god effektiv ressursutnyttelse, god kvalitet eller økonomisk kontroll. Systemet har endret seg gjennom årene mellom staten og RHF-ene i forhold til hvilke målsettinger som har vært prioritert (Nyland & Pettersen, 2018, s. 142). Finansieringen er todelt og består av en aktivitetsuavhengig basisfinansiering og en innsatsstyrt finansiering (ISF). Ved finansiering gjennom ISF har Norge lagt til grunn sykehusoppholdet hos pasienten. Dette fordi det helhetlige pasientforløpet har vært utfordrende å ha som grunnlag for å lage meningsfulle beskrivelser og priser på disse. Finansieringen av helseforetakene i Norge har variert historiske sett og i dag er ISF-

refusjonen 50 % av finansieringen. Målet med denne finansieringsmodellen har vært å gi insentiver til høy aktivitet og mer effektiv ressursutnyttelse.

Den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) brukes i kombinasjon med rammefinansiering til helseforetakene. Dette kan bety høyere risiko for økt aktivitet, og vridning mot krevende pasienter vil fordeles mellom staten og foretakene (Nyland & Pettersen, 2018, s. 145). Finansieringsmodellen utgjør dermed et insentiv for at foretakene skal ha høy produksjon. Dette for å oppnå høyest mulig inntjening fra den innsattsstyrte finansieringen.

Rammefinansieringen er en årlig grunnbevilgning og utgjør i dag 50 % av foretakenes inntekter. Denne skal legge til rette for mest mulig like helsetjenester i hele landet. Disse fordeles mellom helseforetakene etter en modell som tar hensyn til regionale forskjeller, både når det gjelder behov, kostnader for tjenesten og levering av den (Regjeringen, 2021). De fire regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i egen region. Finansieringen fra staten skal understøtte dette ansvaret. Tilskuddene utbetales til de regionale helseforetakene som leverer spesialisthelsetjenester som er basert på lokal kunnskap om kostnadsforhold, pasientsammensetning og kostnadsstruktur. De regionale foretakene kan også inngå avtaler med private virksomheter og behandlere som inngår i den offentlige finansierte spesialisthelsetjenesten (Regjeringen, 2021).

Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper, som er medisinsk meningsfulle og resursmessig tilnærmet homogen. Det er på bakgrunn av denne klassifiseringen helseforetakene får sin ISF-finansiering. Denne gir en oversiktlig beskrivelse av aktiviteten på sykehusene og antall DRG-poeng brukes som et aktivitetsmål (Helsedirektoratet, 2022).

## ***2.8 Effektivitet og Produksjon - begreper innenfor helseøkonomi***

Effektivitet dreier seg om forholdet mellom ressursbruk og måloppnåelse, mens produktivitet dreier seg om ressursbruk og produksjonsvolum (Olsen 2006, s 23). Produktivitet kan sies å være et teknisk begrep, mens effektivitet er knyttet til målsetting for virksomheten. Produksjon er omforming av innsatsfaktorer («input») som produksjonsfaktorer og ressurser til ferdige produkter («output»). Innsatsfaktorer kan være arbeidskraft (L), kapital (K) som bygninger og maskiner, og råvarer (R). Disse kan

spesifiseres nærmere, for eksempel ulike typer arbeidskraft avhengig av kompetanse. Produksjonsprosessen kan illustreres som en boks der innsatsfaktorer går inn og ferdige produkter kommer ut (X):

*Figur 3: Illustrasjon av produksjonsprosess (Olsen, 2007, s. 24)*

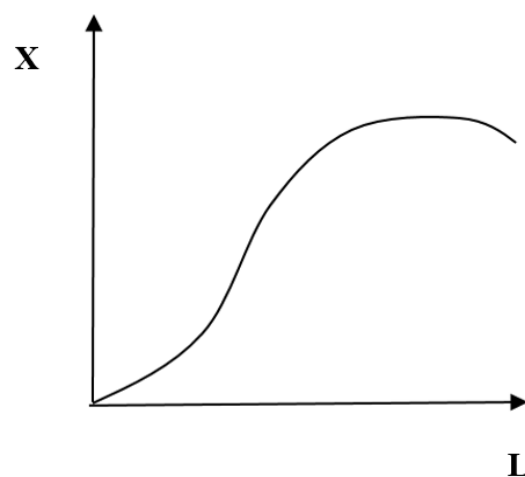


Ifølge Olsen (2006, s. 24) er typiske innsatsfaktorer i helsevesenet arbeidskraft, og spesifikt for operasjonsstuer vil dette gjelde spesialsykepleiere, anestesileger og kirurger. I tillegg kreves det spesialrenholdere til klargjøring av stuer. Alle disse vil regnes som input. Det vil ut ifra vår kontekst bety at innsatsfaktorene er sammensatte team i en operasjonsstue. Output vil da bli pasienten som har fått gjennomført sin kirurgiske behandling.

Ifølge Olsen (2006, s. 24) utgjør personalkostnader cirka 70 % av driftskostnadene. De resterende kostnadene er medikamenter, forbruksmateriell, strøm, bygningskostnader og så videre. I tillegg kommer kapitalkostnader som renter og avskrivninger. Operasjonsdrift er en del av produksjonen i helsevesenet. Disse helsetjenestene består av omformingen av helsevesenets innsatsfaktorer til ferdige tjenester. Det kan for eksempel være en skulderoperasjon eller en galleoperasjon. Man kan si at helsetjenester produserer helse ved at disse tjenestene har til hensikt å forberede folks helse (Olsen, 2006, s. 24).

Man skiller mellom faste og variable innsatsfaktorer. Eksempler på faste innsatsfaktorer er bygninger, maskiner og nødvendig utstyr. Dette er «låste» faktorer. Det vil si at de er anskaffet og varierer ikke med produksjonen. Hvor låst de er, vil variere med tidshorizonten man har for anvendelsen. De variable innsatsfaktorene som for eksempel arbeidskraft, vil variere med produsert mengde. Når alle innsatsfaktorene bortsett fra en holdes fast og man studerer sammenhengen mellom hvor mye som brukes av denne variable faktoren og hvor mye man får ut av det, produksjonsmengden, vil som regel en generell sammenheng vise seg: Først stiger produksjonen svakt, deretter blir den sterkere og etter hver avtar den og man kan ikke øke produksjonen mer. Det betyr at for å kunne øke produksjonen så må man sette inn flere innsatsfaktorer, som for eksempel større lokaler eller mer utstyr. Hvis man ytterligere øker innsatsfaktorene, som for eksempel arbeidskraften, vil produksjonen gå ned fordi de blir for mange og innsatsfaktorene vil gå i veien for hverandre. Den eneste muligheten å øke produksjonen utover dette metningspunktet, er å sette inn andre produksjonsfaktorer. For eksempel må man investere i mer areal eller maskiner for å øke arbeidskraftens produktivitet (Olsen, 2006, s. 25). Dette illustreres i figur 4 der vi ser sammenhengen mellom hvor mange innsatsfaktorer vi har og produsert mengde.

**Figur 4: Illustrasjon av en produktfunksjon (Olsen, 2006, s. 25)**





Kostnadene ved å produsere helsetjenester er omfattende og krever kompliserte analyser. Det innebærer de forskjellige innsatsfaktorene som beskrevet i foregående avsnitt.

En foretaksanalyse er snevert opptatt av kostnader og inntekter for foretaket slik som de kommer fram i foretakets regnskaper. Når man ser på en samfunnsøkonomisk analyse, er den bredere orientert mot samfunnets ressurser og verdisetting. Ut ifra en samfunnsøkonomisk kostnadsvurdering tas det også hensyn til kostnader som påføres andre offentlige sektorer og institusjoner, som for eksempel syketransport. Videre kan man se på kostnader for private bedrifter, og når ansatte er borte fra jobb vil det sannsynligvis bety produksjonstap for bedriften. Når en pasient skal til behandling vil det nødvendigvis være en tidsbruk på dette, som også i mange tilfeller vil involvere pårørende. Man kan da si at i den grad både pasient og pårørende skulle vært i arbeid i gitte tidsrom, vil det bety produksjonstap. Dersom noen ikke er i lønnet arbeid vil det likevel kunne beregnes en samfunnsøkonomisk verdi på tjenester som alternativt kunne ha vært utført (Olsen, 2006, s.122).

Samfunnsøkonomiske analyser av kostnader skal ta hensyn til all ressursbruk. Det kan være utfordrende å se hvilke priser som blir riktige. Beregninger av kostnader kan være utfordrende når markedsprisene ikke gjenspeiler kostnader i samfunnet. Dette kan føre til at det blir vanskelig å gjøre kostnadsberegninger. Olsen (2006, s. 122) uttrykker at selv om en «(...) kostnad er en kostnad, og ei krone er ei krone (...)», betyr ikke dette nødvendigvis at man må ta hensyn til alle kostnadene. Dette spørsmålet vil komme igjen: hvordan kunne denne ressursen ha vært brukt i stedet? Alternative kostnader vil vise hvordan den tapte helseforbedringen vil være i anvendelsen av de samme ressursene. Tidskostnader for pasient og pårørende tenker man sjelden kan anvendes for å gi helseforbedring til andre. Det betyr at mens helsekostnader må tas hensyn til, er det ikke like sikkert at alle kostnader utenfor helsevesenet bør være en del av en økonomisk evaluering når man også er opptatt av fordelinger. Man kan imidlertid ikke ignorere dette heller. For eksempel kan noen typer kostnader i helsevesenet bidra til en overføring av kostnader på andre. Det kan igjen føre til at en arbeidsgiver får en stor kostnad og produksjonstap på grunn av et fravær fra en ansatt som er i et forløp i helsetjenesten (Olsen, 2006, s. 123).

## **2.9 Oppsummering teoretisk rammeverk**

I dette kapitlet har vi beskrevet UNN som organisasjon og hvordan foretaket er strukturert i forhold til de forskjellige fagområdene og inndelingen i klinikkene. Videre har vi beskrevet

noen lederperspektiver for å kunne diskutere disse opp mot problemstillingen vår og forskningsspørsmålene. Teorien beskriver forskjellige modeller for organisering og vi har plassert UNN som en ekspertorganisasjon. Vi har sett på hvordan organiseringen av foretaket og klinikkene eventuelt kan påvirke driften. Videre har vi beskrevet operasjonsplanlegging og begreper knyttet til dette. Avslutningsvis i kapitlet har vi presentert teori vedrørende budsjetter, og finansiering av helseforetakene som styringsverktøy.

### **3.0 Metode**

I dette kapittelet gjør vi rede for metode og begreper knyttet til vår studie. I første avsnitt (3.1) gjør vi kort rede for bakgrunnen for valg av forskningsprosjektet. I neste avsnitt redegjør vi for forhold knyttet til formelle godkjenninger og personvern (3.2). Deretter følger en redegjørelse for vår forskningsmetode og begrunnelse for valg av metode (3.3). I avsnitt 3.4 kommenterer vi innsamlet data i forhold til begrepene reliabilitet og validitet. Vi gjør deretter rede for datainnsamling, herunder kvantitativt og kvalitativt datamateriale og gjennomgang av kvalitative data (3.5). Kapittelet avsluttes med metodekritikk (3.6).

### ***3.1 Bakgrunn for forskningsprosjektet***

Tilnærmingen til studien vår startet med en fornemmelse om at operasjonskapasiteten i UNN ikke var godt nok utnyttet. Dette med bakgrunn i personlige erfaringer i forbindelse med planlegging og gjennomføring av kirurgisk virksomhet på lokalsykehuset. Vi stilte oss noen spørsmål om hvordan UNN planlegger og drifter sin kirurgiske virksomhet. Dette var noen av tankene som ledet oss til innhenting av tallmateriale som vi anså som relevante for å kunne belyse vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i empirikapitelet under avsnittene kvantitativ- og kvalitativt datamateriale.

### ***3.2 Godkjenninger og personvern***

Gjennomføring av studiet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg 1. Informantene fikk forespørsel via e-post med vedlagt informasjonsskriv til å delta i prosjektet hvorpå de som takket ja til å delta signerte samtykkeerklæringsskjema for deltagelse i studien, se vedlegg 2. Transkribert tekst, båndopptaker med lydfiler og samtykkeskjema fra informantene er oppbevart adskilt fra hverandre.

Noen av sitatene som presenteres i empiridelen er skrevet om og/eller deler av sitatet er utelatt. Dette for å ivareta informantenes anonymitet.

### ***3.3 Metodevalg: Mixed Method design***

Vår fremgangsmåte for datainnsamling tar utgangspunkt i det litteraturen kaller for *mixed method research*. Johannessen et al., 2020, s. 256) beskriver mixed methods research som: «(...) forskning der forskeren samler, analyserer, tolker og trekker konklusjoner på bakgrunn av både kvalitative og kvantitative data». Som første del av datainnsamlingen innhentet vi kvantitative data som var av betydning for å belyse vår problemstilling. Den videre datainnsamlingen bestod av innhenting av kvalitative data i form av gjennomføring av

intervjuer. Vårt valg av metode ble gjort med bakgrunn i ønske om en dypere forståelse av hvordan man planlegger og gjennomfører kirurgisk virksomhet i UNN.

### **3.4 Reliabilitet og validitet**

Reliabilitet viser til datainnsamlingens grad av pålitelighet, mens validitet handler om hvor representativt empiriske funn er for det fenomenet som forskeren ønsker å undersøke (Johannessen, et al., 2020). Datainnsamlingen og økonomiske beregninger i den kvantitative delen er innhentet fra Helse Nord-LIS (HN-LIS) og med hjelp av økonomi-analyse senteret i UNN. HN-LIS er ett felles styringssystem for ledere i UNN hvor man blant annet kan finne informasjon knyttet til klinisk virksomhet og økonomi, i tillegg til både fremtidsrettet og historisk aktivitet (Espejord & Krogh, 2021). Dette er viktige ledelsesverktøy som anvendes daglig i UNN for å legge strategier og ta beslutninger, og vi tenker derfor at dette datamaterialet kan ansees som reliabelt.

Flere av våre informanter gav uttrykk for de samme utfordringene da de skulle beskrive utnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN. Disse utfordringene er beskrevet i organisasjonsteorien og også i teori vedrørende operasjonsplanlegging. Det var også utsagn fra informantene som vi kunne kjenne igjen fra vår egen hverdag som ledere. Disse sammenfallende funnene mener vi kan styrke validiteten i vår oppgave.

### **3.5 Datainnsamling**

#### **3.5.1 Kvantitative data**

Ved hjelp av rådgiver i økonomi- og analysesenteret i UNN fikk vi innhentet oversikt over teoretisk innmeldt behov for kirurgiske fagområder i UNN for 2018, 2019, 2020 og planlagt teoretisk operasjonskapasitet fra OPIN i samme tidsrom. Dette er fremstilt i Tabell 1- og 2 i empirikapittelet. Disse tallene sett opp mot hverandre gav en oversikt over planlagt kapasitetsutnyttelse for kirurgisk virksomhet på alle lokasjoner i UNN.

I det videre arbeidet med studien fikk vi innhentet tallmateriale fra HN-LIS knyttet til gjennomføring av to dagkirurgiske inngrep, både på personal- og materiellsiden (Tabell 3). Vi fikk også tilsendt oversikt over kostnader knyttet til manglende gjennomføring av de samme inngrepene. Dette tenkte vi var relevant da vi så for oss økonomiske konsekvenser dersom man *ikke* kunne gjennomføre disse inngrepene innad i foretaket. Det vil si dersom pasientene måtte sendes til behandling i ett annet foretak (Tabell 4), eller fordi UNN måtte kjøpe

tjenester hos private aktører (Tabell 5) for å få gjennomført inngrepet pasienten var henvist til, måtte det betales for disse operasjonene. Dette fordi at UNN ikke hadde kapasitet til å gjennomføre inngrepet. Tallmaterialet ble innhentet med god hjelp fra økonomirådgivere i Økonomi- og analysesenteret i UNN.

### **3.5.2 Kvalitativt datamateriale og utvelgelse av informanter**

I den kvalitative delen ønsket vi å intervju ledere på ulike nivåer som var involvert i kirurgisk virksomhet i UNN. Dette for å forsøke å få svar på hva ledere tenkte om tilgjengelig operasjonskapasitet i eget foretak. Vi utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 3) som baserte seg på våre forskningsspørsmål og det tallmaterialet som vi hadde fått innhentet i den kvantitative delen av studien. Vi gjennomførte individuelle intervju. I noen tilfeller ble det naturlige å avvike fra intervjuguiden, eller endre på rekkefølgen av spørsmålene. Noen av informantene svarte mer utfyllende enn andre.

Som nevnt ovenfor valgte vi å gjennomføre individuelle intervjuer. Dette for å begrense muligheten for at informantene ble påvirket av hverandre. Vi hadde i utgangspunktet sett for oss 2-3 informanter, men sendte ut invitasjon til å delta i studiet til 4 ledere. Dette i tilfelle vi ikke fikk antall svar fra informanter som vi ønsket. Vi fikk svar fra alle fire. To av disse gav tilbakemelding på at de ikke følte seg kvalifisert til rollen som informant. Dette på bakgrunn av sine arbeidsoppgaver i forhold til det vi ønsket å undersøke. Disse informantene ble derfor ikke tatt med i utvalget.

Vi gjennomførte deretter intervju med de to andre som hadde takket ja til å stille til intervju. I løpet av disse intervjuene fikk vi tips om andre aktuelle informanter i forhold til vår problemstilling. Eksempelvis ble enkelte svar på spørsmålene vi stilte avsluttet med: «men det kan nok h\*n svare bedre/mer utfyllende på». På bakgrunn av tanker vi gjorde oss om svarene vi fikk og slike direkte uttalelser vedrørende tips til andre informanter, valgte vi å utvide antallet informanter. Vi endte da opp med å sende ut invitasjon til å delta i studien til ytterligere fire ledere hvorav alle fire takket ja til å delta. Dette gav oss en større datamengde enn hva vi tidligere hadde sett for oss, og bearbeidelsen av datainnsamlingen ble følgelig mer omfattende. Vi er likevel glade for at vi fulgte dette «sporet», da utvidelsen førte til en berikelse av vår datainnsamling med flere interessante funn. Vi har intervjuet henholdsvis 2 og 4 informanter hver, og begge var til stede under hvert intervju. Intervjuene ble tatt opp på ekstern båndopptaker kjøpt inn til formålet.

### **3.5.3 Gjennomgang av kvalitative data**

Transkriberingen av datamaterialet ble gjort fortløpende etter at intervjuene var gjennomført mens de enda var ferskt i minnet. Vi gjennomførte transkriberingen selv, da vi tenkt at dette var en fin måte å få bli kjent med og repetert det kvalitative materialet. Da transkriberingen var ferdig leste vi gjennom intervjuene flere ganger for å danne oss ett dypt og helhetlig bilde av materialet. I denne delen av analysen forsøkte vi å se om vi klarte å finne fellesnevner og «kode» utsagn fra informantene. Dette gjorde at vi kunne sortere utsagn som vi anså å være innenfor samme kategori. Vi gjorde så en utvelgelse av det vi anså som relevante funn for å kunne belyse vår problemstilling. Sett i lys av pensumlitteratur og våre forskningsspørsmål, bestemte vi oss for 3 kategorier med underpunkter som vi ønsket å gå i dybden på. Disse kategoriene var bakgrunnen for gjennomføring av kodingen av det kvalitative datamaterialet. Disse kategoriene var:

- Organisasjonsstruktur (underpunkter: organisatorisk samarbeid, lederperspektiv, verktøy for ledelse, IKT).
- Operasjonskapasitet (underpunkter: operasjonsplanlegging, beslutninger og strategier i organisasjoner)
- Konsekvenser for hvordan UNN planlegger og utnytter sin operasjonskapasitet (underpunkter: foretaksøkonomi, samfunnsøkonomi, konsekvenser for pasienten)

### **3.6 Metodekritikk**

Ifølge Johannessen et. al., (2020, s. 174) må forskeren være bevisst sin forforståelse i møtet med fenomenet som undersøkes. Ved å være åpen i tilnærmingen til innsamlet data og ikke la egne erfaringer prege tilnærmingen til datamaterialet, kan man øke muligheten for å finne svar på problemstillingen som vi ønsker å undersøke. Vi har forsøkt å legge til side våre erfaringer fra klinisk praksis knyttet til forskningstemaet. Dog kan det ikke utelukkes at nettopp disse erfaringene og vår forforståelse kan ha preget tilnærmingen til innsamlet data, både i den kvantitative- og den kvalitative delen av oppgaven.

Tallene fra Tabell 1 og 2 er fra tidsintervallet fra 2018-2020. Vi ser at det kunne ha vært anvendt nyere tallmateriale. Imidlertid er de nyeste tallene påvirket av pandemien, og vi fant derfor det mest hensiktsmessig å bruke tall forut for pandemien.

Sammensetningen av informanter består av ledere på ulike nivåer. Vi kunne ha valgt informanter på samme ledernivå for å få belyst problemstillingen fra samme ledelsesnivå i organisasjonen. Imidlertid tenkte vi det var viktig med informanter fra ulike nivåer for å få en mer nyansert og bredere datainnsamling. Noen av svarene fra informantene er basert på tallmateriale som er tilbake i tid. Det kan ha vært utfordrende for informantene å legge dagsaktuelle utfordringer til side og se retrospektivt på dette materialet. Imidlertid var vi tydelig på hvilket tidsintervall tallene var hentet fra og hensikten med denne fremstillingen. Som nevnt tidligere fikk vi underveis i forskningsprosjektet tips til andre aktuelle informanter for vår oppgave. Dette medførte en utvidelse av antall informanter og kan ha vært retningsledende i forhold til hvilke funn vi har kommet frem til i vårt forskningsprosjekt. Ingen av oss har tidligere gjennomført intervju av informanter i forbindelse med oppgaveskriving. Dette kan naturlig nok ha påvirket gjennomføringen av intervjuene. Selv kjente vi begge på at vi ble tryggere i rollen for hvert intervju som ble gjennomført.

To av intervjuene ble gjennomført i samme fysiske rom, ansikt til ansikt. Fire intervjuer ble gjennomført online ved hjelp av den digitale plattformen Teams. Vi har, spesielt siden pandemiens inntog, blitt svært vant med å håndtere møter på digitale plattformer og tenker derfor at svarene på intervjuene ikke preges av på hvilken måte de har blitt gjennomført. Dette støttes av erfaringer beskrevet i litteratur (Johannessen et al. 2020, s.127).

Intervjuguiden var utgangspunktet for samtalene. I noen tilfeller ble det naturlig å avvike fra intervjuguiden, da informantene hadde en tendens til å prate fritt og rekkefølgen og spørsmålene endret seg naturlig underveis. På den ene siden gav dette informanten mulighet til å snakke og dialogen fløt lett. Samtidig gav dette oss en god del informasjon som ikke var relevant for vår studie. Antall intervjuer ble økt fra to til seks underveis i studien. Vi kunne ha latt være å utvide gruppen med informanter, da utvidelsen av antall informanter gav oss betydelig merarbeid i forhold til bearbeidelse av data. I stedet tok vi et aktivt valg om å gjøre det motsatte, og da med håp om at datamaterialet ville berikes av svar som kunne bidra til å svare på vårt forskningsprosjekt. Dette mener vi vitner om en dynamisk forskningsprosess hvor vi har vært bevisst på å gjøre slike strategiske bevisste valg underveis.

## 4.0 Empiri

I dette kapitlet vil vi presentere funn fra vår empiri. Empirien vi presenterer er delt i en kvantitativ- og en kvalitativ del. Den kvantitative delen presenteres gjennom tabeller som viser planlagt kirurgisk aktivitet og kostnader knyttet til kirurgiske inngrep (4.1). Den kvalitative delen er basert på intervjuer med ledere innenfor kirurgisk virksomhet i UNN for å belyse vår problemstilling i del to av oppgaven 4.2). Funn fra intervjuene presenteres som direkte sitater og/eller omformulering av sitater for å ivareta informantens anonymitet. Vi presenterer disse funnene ut fra hvordan vi kodet utsagn fra informantene under arbeidet med analysen av den kvalitative empirien.

### 4.1 Kvantitativ data

Den kvantitative delen av vår studie var utgangspunktet for valg av problemstilling. Vi innhentet tall for teoretisk meldt behov, teoretisk meldt kapasitet og planlagt kapasitetsutnyttelse for de kirurgiske fagområdene i UNN for årene 2018, 2019 og 2020. Disse tallene er fremstilt i tabell 1 og 2, for henholdsvis lokasjonene Tromsø, Harstad og Narvik. Vi valgte å konsentrere oss om dagkirurgiske inngrep i UNN. Fagområdene er forkortet og er angitt i kolonnen «fag». Tabellen for Tromsø viser flere fagområder enn det man ser for Harstad og Narvik. Dette fordi kirurgien innenfor noen fagområder er funksjonsfordelt til Tromsø. Tallene er hentet ut fra HN-LIS.

Tabell 1: Dagkirurgi Tromsø: Behov mot kapasitet - elektivt

## Dagkirurgi: Behov mot kapasitet – elektivt

Tromsø – 2018 totalt *				Tromsø – 2019 totalt				Tromsø – 2020 totalt						
Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode				Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode				Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode						
Fag	-	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitetsutnyttelse	Fag	-	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitetsutnyttelse	Fag	-	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitetsutnyttelse
Barn		127	100	79 %	Barn		30	100	333 %	Barn		31	100	325 %
Gastro		601	920	153 %	Brendo		235	349	149 %	Brendo		240	365	152 %
Gyn		308	520	169 %	Gastro		691	1 271	184 %	Gastro		701	1 143	163 %
HUD		54	50	92 %	Gyn		389	572	147 %	Gyn		394	453	115 %
HÅND		383	370	97 %	HUD		56	61	110 %	HUD		57	58	102 %
NKIR		184	233	127 %	HÅND		384	624	163 %	HÅND		389	588	151 %
ORT		441	504	114 %	NKIR		204	292	143 %	NKIR		207	387	187 %
PLAST		244	248	102 %	ORT		452	792	175 %	ORT		462	895	194 %
UroEndo		527	530	101 %	PLAST		356	677	190 %	PLAST		360	712	198 %
ØNH		570	617	108 %	URO		336	413	123 %	URO		336	257	76 %
<b>Totalsum</b>		<b>3 439</b>	<b>4 092</b>	<b>119 %</b>	<b>Totalsum</b>		<b>3 675</b>	<b>5 954</b>	<b>162 %</b>	<b>Totalsum</b>		<b>3 725</b>	<b>5 825</b>	<b>156 %</b>



Tabell 2: Dagkirurgi Harstad og Narvik: Behov mot kapasitet - elektivt

## Dagkirurgi: Behov mot kapasitet – elektivt

Harstad – 2018 totalt \*

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	388	294	76 %
Gyn	353	263	75 %
ORT	284	516	182 %
UroEndo	233	167	72 %
ØNH	602	370	61 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 859</b>	<b>1 610</b>	<b>87 %</b>

Harstad – 2019 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	378	542	143 %
Gyn	360	340	94 %
ORT	470	718	153 %
URO	227	186	82 %
ØNH	445	468	105 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 880</b>	<b>2 254</b>	<b>120 %</b>

Harstad – 2020 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	386	624	162 %
Gyn	367	406	111 %
ORT	477	758	159 %
URO	230	250	109 %
ØNH	456	431	94 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 916</b>	<b>2 469</b>	<b>129 %</b>

Narvik – 2018 totalt \*

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	160	151	94 %
Gyn	155	225	145 %
ORT	386	500	130 %
UroEndo	245	191	78 %
ØNH	138	236	171 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 084</b>	<b>1 303</b>	<b>120 %</b>

Narvik – 2019 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	235	134	57 %
Gyn	349	242	69 %
ORT	633	633	100 %
URO	190	232	122 %
ØNH	79	206	262 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 486</b>	<b>1 447</b>	<b>97 %</b>

Narvik – 2020 totalt

Planlagt aktivitet i antall inngrep per fagområde for valgt periode			
Fag	Kapasitet elektiv	Behov elektiv	Planlagt kapasitets-utnyttelse
Gastro	235	232	99 %
Gyn	553	365	66 %
ORT	685	629	92 %
URO	191	190	100 %
ØNH	171	136	80 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 834</b>	<b>1 552</b>	<b>85 %</b>

Hensikten med denne tabellfremvisningen var å se på eventuelle forskjeller i planlagt kapasitetsutnyttelse ved UNNs lokasjoner.

I Tabell 1 ser vi at planlagt kapasitetsutnyttelse for dagkirurgiske inngrep i Tromsø øker fra 119 % i 2018 til 156 % i 2020. I Harstad ser man en økning fra 87 % i 2018 til 129 % i 2020. For Narvik er det en reduksjon i planlagt kapasitetsutnyttelse fra 120 % i 2018 til 85 % i 2020.

Dette dannet grunnlaget for videre analyse av kostnader for operasjonsinngrep, da vi tenkte at en planlagt kapasitetsutnyttelse på over 100 % ikke ville være gjennomførbart. Følgelig tenkte vi at dette kunne få noen konsekvenser. For å danne oss ett bilde av dette, henvendte vi oss til økonomirådgiver i økonomi- og analyseavdelingen i UNN og ba om hjelp til å lage en oversiktstabell over kostnader ved å operere 2 dagkirurgiske inngrep ved UNN (Tabell 3). Av rådgiver fikk vi også bistand til å beregne kostnader dersom de samme inngrepene ble operert utenfor UNN sitt helseforetak enten ved leie av operasjonskapasitet på privat klinikk (Tabell 4) eller som gjestepasienter eller fristbrudd (Tabell 5). Vi valgte å se på kostnader knyttet til et

dagkirurgisk inngrep hvor man fjerner galleblæren laparoskopisk<sup>3</sup> og ett ortopedisk skulderinngrep som gjøres artroskopisk<sup>4</sup>.

**Tabell 3: Kostnader ved gjennomføring av operasjon innad i UNN**

	Kostnad utstyr	Kostnad lønn	Totale kostnader per inngrep
Galleblærefjerning laparoskopisk	14960,-	14 731,-	29 691,-
Skulderartroskopi	14 530,-	7 778,-	22 307,-

I kostnadene for gjennomføring av inngrep innad i UNN er det ikke tatt med kostnader knyttet til administrasjon og drift, da dette er faste kostnader for foretaket.

**Tabell 4: Kostnader ved gjennomføring av operasjon ved leie av operasjonskapasitet hos privat aktør eksempelvis Aleris)**

Type inngrep	Kostnad leie av operasjonskapasitet (1 dag)	Antall inngrep som kan gjennomføres pr dag på denne kapasiteten	Kostnad per inngrep for UNN ved gjennomføring hos privat aktør
Galleblærefjerning laparoskopisk	Ca 90 000	3	Ca 30 000
Skulderartroskopi	Ca 90 000	3	Ca 30 000

<sup>3</sup> Laparoskopi: kirurgisk inngrep som foregår ved at man fører instrumenter inn i bukhulen via smale rør. Teknikken brukes i forbindelse med kikhullskirurgi. Operasjonsmetoden brukes i forbindelse med kikhullskirurgi (SML, 2018).

<sup>4</sup> Artroskopi: undersøkelse av ett ledd ved å kike inn i en leddhule, med ett kikkertinstrument (artroskop) med muligheter for kikhullskirurgi (SML, 2021).

Tabell 4 viser kostnader dersom UNN leier operasjonskapasitet hos privat aktør for å få gjennomført inngrep. I kostnaden er det medberegnet alle kostnader knyttet til gjennomføring av inngrepet, samt kostnader til administrasjon og drift av den private klinikken. UNN stiller da med kirurg, mens øvrig personell er ansatt og lønnes av Aleris. Kostnadene til dette personalet er inkludert i det som UNN betaler for å leie en operasjonskapasitet.

**Tabell 5 Kostnader ved gjennomføring av operasjon med pasient som gjestepasient eller fristbrudd, annet foretak:**

Type inngrep	Gjestepasientkostnad
Galleblærefjerning laparoskopisk	32608,-
Skulderartroskopi	27929,-

Kostnaden som er angitt i Tabell 5 inneholder alle kostnader knyttet til gjennomføring av inngrep i annet foretak på bakgrunn manglende kapasitet og/eller fristbrudd. Disse kostnadene omfatter materiale, utstyr, driftskostnader og lønn til personale.

#### **4.2 Kvalitativ data**

Gjennom vår analyse og vurderinger av den kvantitative empirien ble det tydelig for oss at vi ønsket å få fram flere data til studien. Dette tenkte vi at vi kunne få fram ved å intervju involverte ledere som er involvert i kirurgisk virksomhet i UNN.

I intervjuguiden hadde vi 9 spørsmål hvor de 2 første spørsmålene var innledende. Her fikk lederne presentere seg, og vi fikk plassert informantene organisatorisk i klinikkene og på ledernivå. Spørsmålene hadde til hensikt å kartlegge deres erfaringer, ansenitet og faglige bakgrunn. De to første spørsmålene valgte vi som en innledning til intervjuet. Formålet med innledningen var å skape en åpen og trygg kommunikasjon mellom oss og informantene. Vi fikk også gjennom disse spørsmålene informasjon om beslutningsnivået lederne hadde.

Under bearbeidingen og kodingen av dataene som ble innsamlet gjennom intervjuene, utpekte det seg tre hovedkategorier som vi valgte å legge til grunn for vår kvalitative empiri. Alle tre kategorier med underpunkter har utspring i vår intervjuguide og sitatene er blitt kodet ut ifra

disse kategoriene. Vi presenterer de kvalitative dataene kategorisert under de tre respektive hovedtemaene, og noen undertema.

#### **4.2.1 Organisasjon og samarbeid**

Hva sa informantene om foretakets organisering og påvirket dette samarbeidet mellom klinikkene i forhold til mål og ledelse?

Informant A sa:

*«Så vi har ikke noe felles mål. Budsjetttrammene og tiltakene i en klinikk rammer tiltakene og økonomien i en andre klinikk. De kirurgiske klinikkene må øke aktiviteten for å tjene mer, det påfører utgifter til OPIN i form av økt overtid og mer personalkostnader. Så det er jo helt sykt at den ene får lov til å ha tiltak på bekostning av den andre. Det skulle vært slått sammen.»*

I intervjuene kommenterer flere informanter organiseringen.

Informant B uttalte:

*«På overordnet nivå så er det jo disse tingene, altså samhandling på tvers for å planlegge og få til ting.»*

Videre sa informant D:

*«... det er også mangelfullt, i hvert fall ikke systematisk strukturert samarbeide rundt ventelistene mellom de tre sykehusene.»*

Informant C pekte også på utfordringer ved organisasjonens struktur:

*«Det er gjennomgående faglige ledelse innenfor noen av de kirurgiske fagområdene, mens andre har det ikke. Da blir det litt sånn forskjellig organisatorisk struktur.»*

Klinikkstrukturen på UNN med faglig gjennomgående ledelse og den geografiske inndelingen i tre forskjellige lokasjoner, i tillegg til at det er komplekst, gir noen utfordringer for samarbeid på tvers av klinikkene. Informantene kom inn på hvordan organisasjonsstrukturen var utfordrende for planlegging og samarbeid vedrørende kirurgisk virksomhet.

Informant E uttalte:

*«Det virker veldig statisk og litt vanskelig og på en måte komme i dialog rundt fordelingen av kapasitet for de kirurgiske fagområdene.»*

Videre sa informant A:

*«... klinikkstrukturen er ikke god for å gjennomføre operasjonsplanlegging fordi vi ikke har felles mål og økonomitiltakene står i veien.»*

Informant D sa:

*«Etter min erfaring ..., så bør det være mye større fleksibilitet for å bufre for resten. Det synes jeg ikke vi har klart å få godt nok til.»*

Ventelister til de tre lokasjonene er forskjellig, og det er en diskrepans mellom dem. Informant C sa blant annet i intervjuet da han svarte på forskjellen på behovsmeldinger i tabell 1, at IKT og DIPS som verktøy ikke var godt nok tilrettelagt for dette:

*«Det er jo noen utfordringer i DIPS at du er nødt til å plassere pasienten knyttet til en lokasjon i ventelisten. Slik at i DIPS er det vanskelig å få en venteliste som man bare plukker pasienter uavhengig av hva slags sykehus man behandler pasienten på. DIPS har ikke vært et godt verktøy for å få det til ...»*

Sitatene i dette avsnittet ble kodet ut ifra hovedkategori organisasjonsstruktur med underpunkter organisatorisk samarbeid, lederperspektiv, verktøy for ledelse.

#### **4.2.2 Ledelse**

Hvordan informantene tenkte om ledelse var ikke det direkte spørsmål i intervjuet, men gjennom svarene kom informantene innom viktige poenger som berørte ledelse. Noe av det som kom fram presenterer vi i sitatene her:

Informant E sier om lederrollen:

*«Jeg har en overordnet strategisk rolle. Jeg er fast representant i OPK og det er jo helhetlig og strategisk planlegging av den operative driften i UNN, på et overordnet nivå.»*

Informant A sa dette om lederrollen:

*« ..en overordnet rolle, vi legger til rette for og sørger for at det er systemer som gjør det mulig å planlegge innenfor og drive kirurgi. Som ledere er vi opptatt mer av resultater, i form av indikatorer, andel strykninger og så videre og som er viktige for sykehusledelsen.»*

Informant A uttalte også:

*«... det er et lederansvar å sørge for at de ressursene man har blir utnyttet rett.»*

Informant B sa følgende:

*«Og da er min oppgave da og ha både “gulrot og pisk”, he,he, slik at vi får gjort det vi skal.»*

Informant D sa noe om rekrutteringsutfordringer nå og framover og jobbglidning som utfordringer:

*«... hvordan vi skal ha personell og hvordan vi klarer å drifte slik at det blir bærekraftig drift.»*

Informant C uttalte om ventelistene og vurderinger av dem:

*«Så er det dette spriket mellom teoretisk behov og meldt teoretisk kapasitet, det har blitt større og større, uten at de egentlig ... hvor er disse pasienten blitt av da?»*

Videre sa informant C:

*«Det er ikke en gjengående god nok funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene.»*

Informant C sa blant annet dette om kapasitetsutfordringer og bemanning:

*«Hvis vi ser totalt på UNN så har vi ett overskudd på operasjonsstuer, men vi har ikke tilstrekkelig bemanning for å ta i bruk disse operasjonsstuene på dagtid da?»*

Informant D uttalte:

*«... å ansette et operasjonsteam på vanlig lønn, ved normal aktivitet uten overtid, det har vi gjort beregninger på og det er ikke noe minus-spill. Men det forutsetter noe da – at alle må ville det ...»*

Videre sa informant D:

*«... da ligger det på at det må bygges opp flere team, og det er jo det som hele tiden blir bremsen slik jeg ser det.»*

Informantene peker her på bemanningsutfordringer og planlegging vedrørende bemanning.

I sitatene over sier lederne litt om kompleksiteten og bredden i ledelse. Flere av lederne kommenterte blant annet egen rolle som overordnet, ansvar for ressurser og personell, og ansvar for en bærekraftig drift.

### **4.2.3 Operasjonskapasitet: Strategi og planlegging**

Hva sier informantene om strategi og planlegging når det gjelder operasjonskapasiteten i UNN? Og hva tenkte de om foretakets totale operasjonskapasitet? Informantene kom her inn på både planlegging, koordinering av kirurgisk virksomhet. De hadde også en formening og vurdering om den totale operasjonskapasiteten i foretaket.

Informant A sa blant annet dette om kapasitetsutnyttelsen av operasjoner:

*«Det er for dårlig oppfølging og vasking og kvalitetssjekk av ventelistene og det er også planlegging når man ikke klarer å utnytte den kapasiteten som måtte være ledig når man har så store ventelister.»*

*«Når dere snakker om operasjonskapasitet, så må dere jo også snakke om ikke bare planlegging, det er et viktig element, men gjennomføring av planene er de neste. Der er det jo like mye “skjær i sjøen” i det å sørge for at det blir gjennomført det vi har planlagt og det vi har lovet pasientene.»*

Informant B sa:

*«Det har i for liten grad tror jeg vært satsset på å flytte inngrep ... Og så har det i for liten grad vært gjort for liten innsats for å få til noe.»*

Informant C sa blant annet:

*«Det er ikke gjennomgående god nok funksjonsfordeling mellom de tre sykehusene.» “Det er et skjevt fokus i UNN.” “Det er et eller annet med at vi ikke får en god flyt, vi får ikke en god totalutnyttelse av kapasiteten.»*

*«Og totalt sett så har vi for lav kapasitet for å dekke behovet som er for anestesi og operasjoner for UNN per dags dato. Selv om vi hadde utnyttet den kapasiteten vi har optimalt, så ser vi i hvert fall ut fra våre analyser at kapasiteten er for lav.»*

Informant D sa dette:

*«.. Systemene for plantall, for hvordan vi setter opp program, hvordan vi avgir kapasitet, så ligger det at vi kan bli bedre i forhold til behovstall.»*

*«Det ene er å dokumentere i forhold til å vise at ting kan være hensiktsmessig å gjøre og også vise utfordringsbildet hva det faktisk er.»*

Videre kommenterte informant E:

*«Og som jeg sier, det har vært en underdekning over tid, mens modellen for beregning og behov stadig endrer seg.»*

*«Så sånn overordnet så er det slik at vi vet at det meldes ett større behov fra fagområdene enn UNN har operasjonsstuer og personell til å gjennomføre. Og det gjelder vel egentlig, jeg har forstått at det gjelder alle tre lokasjonene.»*

Informant F uttalte følgende:

*«Det er en årelang diskusjon som har pågått i ... vi har jo gitt beskjed om at vi har for liten total kapasitet ... det gjenspeiler seg også i ventelistene våre ... slik at vi ønsker å ha mer operasjonsstuekapasitet tildelt til alle overleger som jobber her ... »*

Da vi spurte om muligheter for å kunne øke operasjonskapasiteten eller muligheter for økning og eventuelt flytting av pasienter og operasjonsinngrep sa informant B:

*«Vi er under sterkt press fra direktøren på dette for tida og blir bedt om å lage en plan ... »*

Informant E uttalte følgende i forhold til utnyttelse av tilgjengelige arealer i foretaket:

*«... mulighet for å utvidere ett team eller to i ... fordi der er det areal tilgjengelig ...»*

*«Så jeg tror til og med at det er litt restareal også i ..., både på innsuset og dagkirurgen, altså det er ett potensiale for å kunne ha gjort mer, men det er ikke folk i OPIN-systemet til å bekle det.»*

Informant A mente:

*«Det er liksom litt feil bruk av språket, "kapasitet blir utnyttet", men det rette er å sørge for at pasientene med lidelser og smertetilstander får behandling, det er jo dem det handler om.»*

Flere av informantene snakket om ressurser i form av bemanning som de mest begrensede faktorene i forhold til operasjonskapasitet og informant C sa blant annet:

*«En ting er å telle fysiske operasjonsstuer, det er jo en måte å definere det på, men det er mye mer riktig å definere det ut ifra den mest begrensede faktor for hva som må være på plass for at du skal kunne gjennomføre prosedyrer. Normalt sett er det bemanningen.»*



Informant A angav at operasjonskapasiteten i UNN er stor nok, men at ressursene anvendes feil:

*«Hvis du ser på ventelistene og fristbrudd, så er kapasiteten for liten. Hvis du ser på potensialet med de stuen vi har, så er kapasiteten stor nok. Hvis du ser på det personalet og teamene vi har, så er jeg ikke sikker på at vi har nok folk til å dekke opp det vi trenger av kapasitet.»*

Videre uttalte informant A:

*«Ressursene er på plass, de brukes feil.»*

Noen av informantene kom naturlig inn på muligheter for hvordan man kan jobbe strategisk for å utnytte tilgjengelig kapasitet og eventuelt øke operasjonskapasiteten i UNN for å tilfredsstille behovet ut ifra ventelister.

Informant C sa følgende om dette:

*«... jeg kan ikke helt se for meg at noe ekstra kapasitet kan etableres uten at man bemanner opp virksomheten.»*

Videre sa informant C:

*«Vi har brukt private aktører for enklere dagkirurgi, men det som foregår der kunne ha vært tatt på lokalsykehusene på ett poliklinisk nivå dersom man hadde hatt kapasitet til det. Da må man etablere en poliklinisk kapasitet slik at dette ikke tas inn på veldig dyre operasjonsteam.»*

#### **4.2.4 Beslutningsprosesser**

Noen av informantene kom inn på beslutninger i intervjuet. Beslutningsprosesser er noe som foregår hver dag i enhver organisasjon og som kan ha stor eller liten betydning. I intervjuet var siste spørsmål direkte angående beslutningen om at det skal økes med en ekstra operasjonsstue i NUN (Nye Narvik Sykehus) og hvorvidt informantene hadde kjennskap til dette. For eksempel sa informant A dette:

*«... som leder har jeg lovet en lojalitet til direktør og styret og HN og gjennomføre det som er bestemt.»*

Informant B uttalte:

*«... der er jo styrevedtak om å bygge NUN er tydelig på at de da får en ekstra operasjonsstue godkjent av Helse Nord fordi vi trenger den ekstra kapasiteten. Så dette er jo veldig nødvendig å få gjort noe med og få forberedt hvordan vi skal få det til.»*

*«Så er det helt klart bestillinger fra Helse Nord og fra direktøren på UNN og fra meg at vi skal utnytte operasjonskapasiteten i Narvik og sørge for å flytte pasienter dit.»*

I sitatene over ser vi at lederne er kjent med beslutningen om økt arealer for operasjon i NUN. Utover dette kom de ikke i særlig grad inn på beslutninger.

#### **4.2.5 Konsekvenser**

Hvilke konsekvenser kan det få dersom UNN ikke har tilstrekkelig med operasjonskapasitet for å gi ett tilbud til pasientene som henvises til behandling? Utnytter UNN tilgjengelig operasjonskapasitet på alle sine lokasjoner? I en stor organisasjon som UNN vil det meste som skjer ha konsekvenser for noe eller noen. Det kan være konsekvenser for pasienten eller for foretaket. Det kan også ha konsekvenser for samfunnet. Vi spurte informantene om dette på bakgrunn av tallene som var utgangspunktet for studien vår og som er presentert i den kvantitative empirien.

#### **4.2.6 Økonomiske konsekvenser for foretaket**

Informant A beskrev at som ledere er man opptatt av resultater i form av indikatorer, andel strykninger og så videre:

*«... altså plantallene og plantallsbegrepet, beregner jo antallet inngrep sånn cirka hver dag, enten det er dagkirurgi eller det er innlagt kirurgi. Så er det jo det med på å lage inntektsforventninger som gjenspeiler seg i budsjett. Så bommer vi på det og havner med færre inngrep enn det vi planlegger, så får vi lavere inntekt enn det vi har budsjettert med og så kommer vi i minus. Så på det nivået er det veldig viktig at man klarer å planlegge operasjonskapasiteten og inngrepene riktig.»*

Informant A sa også:

*«Altså det man risikerer er at det blir personalkostnader som blir gjort om til omstillinger, slik at den overflødige kapasiteten tar man bort, for det blir ikke brukt. Og man får justert ned permanent den kapasiteten. ... så får man jo da totalt sett i UNN mindre kapasitet, det betyr at*

*det bli verre å få gjort noe med ventelistesituasjonen, når man justerer ned kapasiteten fordi den ikke blir brukt.»*

*«UNN driver i minus og pasientene lekker ut av HN og ut av regionen ...»*

Informant B sa:

*«Det er kjempedårlig økonomi og ikke få utnyttet kapasiteten vår. Hvis vi ikke får operert pasientene selv, hvis de eger seg for det, da må vi til syvende og sist sende pasientene ut av regionen, gjeste-pasient opplegg. Konsekvensene ved å sende pasienter fra oss til private tilbydere eller HF-er, betyr at vi får mindre inntekt og trenger pengene og kanskje må redusere ansatte og driften.»*

Informant F uttalte:

*«Konsekvensene når man har valgt å gå inn på private løsninger ved å kjøpe operasjonsstuekapasitet for noen pasientgrupper, og de beløpene er jo betydelige i den driftssituasjonen ...»*

Videre sa informant C:

*«Det kommer også an på tilgjengelig kompetanse på kirurgsiden på lokasjonene og om det er mulig å flytte pasienter uten å flytte kirurgen, da blir det straks dyrere. Å oppbemanne for å gjøre det, er nok betydelig dyrere enn inntektssiden som denne typen inngrep har. De har relativt lav ISF-inntekt på det som foregår på private klinikker, det er at kun kirurgen og pasienten drar så betaler vi for resten av personalet og operasjonsstuen. Det er et null-sum-spill.»*

Lederne viser i sitatene over at de er kjent med at operasjonskapasiteten er for lav i forhold til de behovene som de kirurgiske miljøene melder inn. Vi ser at noen peker på konsekvenser dette har for foretaket sin økonomi i forhold til inntjeningen og risiko for endring i driften og nedbemanninger. Det pekes også på at ISF-inntektene på disse inngrepene som det kan allokere på, ikke er stor inntjening på for foretaket.

#### **4.2.7 Konsekvenser for pasienten**

Informant A sa følgende om konsekvenser for pasientene:

*«Det er en lidelse hos en pasient som vi ikke respekterer. Det handler om medmennesker som ikke får den behandlingen vi har lovet dem!»*

Videre sa informant A:

*«For pasienten er det viktigere å bli operert enn å stå på venteliste.»*

Informant E omtalte bieffekter for enkelte pasientgrupper når operasjonskapasiteten er for lav og den ikke endres fra år til år:

*«... vi vet det får en del vridningseffekter, det blir lang ventetid for de pasientene som ikke har kreft. Og sånn vil det jo bli når operasjonskapasiteten er for liten.»*

Sitatene ovenfor viser at lederne mener at for lav operasjonskapasitet og lange ventelister betyr noe for pasienten. Det pekes også på at det er lidelser og at ventelistene øker også fordi alvorlig kreftkirurgi må prioriteres foran andre medisinske lidelser og benign kirurgi.

#### **4.2.8 Konsekvenser for samfunnet**

Informant D sa dette i forhold til sykehus som har en døgnberedskap som bør operere på dagtid når de ikke er i vakt:

*«Det er det at det er flere kirurger på plass ved lokalsykehus for å klare vaktlagene, da blir det et ønske om mer kirurgi og det flyttet virksomheten til type kirurgi og sånn.»*

Videre sa informant D:

*“Når det er for mange kirurger, men for få operasjonsteam tilgjengelig, så tenker jeg det er uhensiktsmessig drift, det blir mye lediggang for dem.”*

Sitatene viser til noen konsekvenser for samfunnet dersom UNN ikke har tilstrekkelig med operasjonskapasitet, eller ikke utnytter tilgjengelig kapasitet i eget foretak.

## **5.0 Diskusjon og analyse**

I denne delen vil vi diskutere funn fra empirien opp mot de teoretiske rammeverk som vi har presentert i teorikapittelet. Vi har i vår empiri presentert et kvantitativt innsamlet datamateriale med tabeller fra Helse Nord LIS, og kostnadsoversikter som vi har fått tilgang til igjennom økonomirådgiver ved økonomi og analyse senteret i UNN. Disse har vi, som nevnt innledningsvis i studien vår, brukt som et bakteppe for den kvalitative empirien. Denne delen av empirien ble innhentet gjennom intervjuer med ledere som var involverte i planlegging av kirurgisk virksomhet i UNN. Vi har deretter sortert informantene sine svar rundt noen begreper som ble fremtredende igjennom kodingen av empirien. I avsnitt 5.1 diskuterer vi hvordan organiseringen i UNN kan påvirke planlegging og drift av kirurgisk virksomhet i foretaket. Deretter vil vi diskutere vi lederutfordringer knyttet til utnyttelse av operasjonskapasitet (5.2). I avsnitt 5.3 diskuterer hvilke faktorer som kan påvirke planlegging og gjennomføring av kirurgisk virksomhet. Avslutningsvis vil vi i avsnitt 5.4 diskutere hvilke konsekvenser manglende operasjonskapasitet eller manglende utnyttelse av kapasitet i UNN kan føre til.

### **5.1 Innledning organisasjonsstruktur**

«Kjernen i enhver organisasjon er oppgaveløsning ut ifra et ønske om at oppgaven løses på best mulig måte (kvalitet) og med minst mulige ressurser» (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s.17). Oppgavene som er fokusert på i denne studien er operasjonskapasiteten i UNN og hvordan den anvendes. Samarbeid er nødvendig for at organisasjonen skal oppnå mål, og mangel på samarbeide kan begrense organisasjonen i å nå dem. I Jacobsen & Thorsvik (2021, s. 59) omtales en slik avgrenset oppmerksomhet rundt egne delmål som *målforskyvning*.

I de følgende avsnitt vil vi diskutere empiriske funn som ble merket under kategorien «organisasjon og samarbeid». Funnene sees opp mot relevant teori fra teorikapittelet, og vi vil forsøke å gjøre rede for hva som kan påvirke utnyttelsen av tilgjengelig operasjonskapasitet i UNN ut ifra organisasjonens oppbygging.

#### **5.1.1 Hva påvirker samarbeid i organisasjonen?**

Som presentert i empiridelen, var det flere av informantene som kommenterte utfordringer i forhold til samarbeid og tilnærming til felles mål i organisasjonen. Dette med bakgrunn i UNNs organisasjonsstruktur. Som mellomledere på lokalsykehus har vi også kjent på utfordringen i det å skulle ivareta egen klinikks prioriteringer og drift, samtidig som man skal legge til rette

for å ivareta samarbeidet med våre kollegaer som kanskje er organisert i en annen klinikk. Dette kan eksempelvis oppstå i situasjoner hvor man ikke kommer til enighet om hvem som skal betale for utstyr, personalressurser med mer. Eksempelvis har vi jobbet med prosjekter som involverte flere klinikker, og hvorpå man ikke er blitt enig om hvilken klinikk som skal betale for kostnader knyttet til prosjektet. På denne måten tenker vi at strukturen kan forsinke og i verste fall stoppe progresjon og gjennomføring av prosjekter i organisasjonen. En av informantene pekte direkte på en slik utfordring ved at budsjettene som ligger til grunnlag for planlegging og gjennomføring av operasjonskapasiteten i UNN, ikke er godt nok koordinert eller har en felles plattform. Informanten pekte også på utfordringer vedrørende klinikkstrukturen i UNN, og uttalte at den ikke var god i forhold til å kunne gjennomføre god planlegging av kirurgisk virksomhet.

Som vi nevnte innledningsvis i oppgaven, er økonomien i norsk helsevesen svært stram. Ledere er under sterkt press for å imøtekomme krav fra toppledelsen for å komme i budsjettbalanse. Budsjettene til de kirurgiske klinikkene baseres i stor grad på gjennomføring av kirurgiske inngrep, og er følgelig avhengig av gjennomføring av planlagt aktivitet for å nå mål om budsjettert inntjening. Dette vil vi komme tilbake til i avsnitt hvor vi diskuterer økonomiske konsekvenser for foretaket (avsnitt 6.4.1). Når OPIN - som er tilbydere av tilgjengelig operasjonskapasitet - må kutte i sitt tilbud på bakgrunn av den samme dårlige økonomien, får dette en konsekvens for mulig inntjening i de kirurgiske klinikkene. Det kan bli utfordrende for klinikkene å ivareta eget budsjett innenfor de rammene de har, samtidig som de skal forholde seg til hvordan endringer i egen klinikk kan påvirke andre klinikker. En av informantene kommuniserte denne utfordringen svært tydelig:

*«... det er jo helt sykt at den ene får lov til å ha tiltak på bekostning av den andre».*

Vi tenker at dette kan føre til at det blir en «ond spiral» av klinikkinterne prioriteringer, som igjen får negative konsekvenser for andre klinikker. Dette på bakgrunn av manglende oppmerksomhet mot felles mål for organisasjonen. Ut ifra dette tenker vi at organisasjonsstrukturen i UNN kan føre til målforskyvning. Vi vil ikke påstå at denne manglende oppmerksomheten mot felles mål er knyttet til bevisste valg som gjøres av den enkelte leder. Som leder skal man ivareta mange krav og har begrensede rammer for utøvelse av ledelse. Dette vil vi diskutere nærmere i avsnittet som omhandler lederpåvirkning i ekspertorganisasjoner i avsnitt 6.2.

### **5.1.2 IKT-systemer**

I tidligere avsnitt har vi omtalt manglende koordinering i organisasjonene som en faktor som påvirker samarbeid mellom klinikkene. UNN har sin kirurgiske virksomhet fordelt på sine tre lokasjoner. I oversikt over planlagt kapasitetsutnyttelse for kirurgisk virksomhet (tabell 1 og 2) ser vi at planlagt kapasitetsutnyttelse er ulik for Tromsø, Harstad og Narvik. Vi stilte informantene spørsmål om hva de tenkte kunne være årsak til dette. En av informantene pekte på «*manglende strukturert samarbeide rundt ventelistene mellom de tre sykehusene*» som årsak til dette. Videre ble det pekt på at DIPS ikke er ett godt verktøy for å koordinere kirurgisk virksomhet på tvers av lokasjonene. Dette fordi ventelistene som pasientene blir stående på er knyttet til lokasjon, og ikke fagområdet de skal behandles under. Sekretærer på inntakskontoret ved en lokasjon får ikke automatisk oversikt over antall pasienter som står på venteliste innenfor samme fagområde ved en annen lokasjon. Dette fordi det ikke er felles ventelistesystem i UNN. Dette medfører at dersom en pasient henvises til behandling i Tromsø, mens det for eksempel er ledig kapasitet i Harstad, må pasienten flyttes over til annen lokasjon i journalsystemet manuelt. En slik manuell overføring koster både tid og ressurser, og vi tenker at IKT-systemene burde ha lagt til rette for at en slik overføring kunne ha blitt gjort automatisk, på bakgrunn av tilgjengelig kapasitet på de ulike lokasjonene.

Ut ifra dette ser vi at dagens løsning med hensyn til separate ventelister for lokasjonene ikke gir ett godt verktøy for planlegging av kirurgisk virksomhet. Dette med mål om å få utnyttet tilgjengelig kapasitet på alle lokasjoner. Med henblikk på IKT mener vi at dette kan forsinke og hemme prosessen for det tidsvinduet som oppstår fra pasienten blir henvist til spesialisthelsetjenesten, og til pasienten har fått gjennomført sin behandling. Dette kan igjen få konsekvenser for foretaket og pasienten. Dette diskuterer vi senere i oppgaven i avsnittet som omhandler konsekvenser av manglende operasjonskapasitet tilgjengelig innenfor eget foretak.

### **5.2 Ledelse: en kombinasjon av gulrot og pisk**

Begrepet ledelse er omfattende og sammensatt, og lederoppgaver vil variere ut ifra ulike organisasjoner og nivå. Blant annet betyr ledelse at man deltar i grupper og strategiske møter for å representere egen klinikk eller avdeling å være delaktig, og å kunne påvirke diverse prosesser (Strand, 2007, s. 120). Dette vil avhenge av hvilken organisasjon man er leder i, og i vår studie har vi valgt å ha fokus på leder i en ekspertorganisasjon.

### **5.2.1 Ledelse i ekspertorganisasjoner: autoritet og kyndighet**

Informantene våre beskrev i intervjuene innledningsvis eget ståsted i organisasjonen sitt hierarki og plasserte seg ut ifra dette på nivå i forhold til innflytelse og beslutninger. Alle lederne hadde relativt lang klinisk erfaring og bakgrunn i egen profesjon, noe som bidrar til at de plasseres i ekspertorganisasjonen. Ifølge Strand (2007, s. 270) er det i sykehus som en ekspertorganisasjon, ofte ledere med sterk faglig autoritet som er knyttet til arbeidsprosesser og gjerne blir vurdert ut ifra de faglige resultatene de oppnår. Det kan for eksempel være leger eller sykepleiere med autonomi og kyndighet som gir prestisje og autoritet som leder.

Erfaringen vår støtter dette. Vi har deltatt på interne planleggingsmøter i egen lokasjon, samt vært representert både i klinkkvise planleggings- og diskusjonsforum og også konstituert i OPK møter. Vår erfaring tilsier at lege-lederne, som her blir ekspertledere, sin profesjon og kunnskap naturligvis er tungtveiende i planlegging og beslutninger. Noen av lederne beskrev sin rolle som overordnet og en av informantene sa:

*«Jeg har en overordnet strategisk rolle. Jeg er fast representant i OPK og det er jo helhetlig og strategisk planlegging av den operative driften i UNN, på et overordnet nivå».*

Ekspertlederne sitter på viktig kapital i organisasjonen, det vil si fagkompetansen i kraft av egen profesjon. Disse lederne er også ledere for eksperter som har lite behov for støtte og veiledning fra lederne, de støtter seg gjerne på likestilte kollegaer og i mindre grad på lederne. Dette forteller at lederrollen kan være krevende. Støttet av Strand (2007, s. 271) kan vi si at profesjonelle ansatte ofte er selvgående og de trenger lite instruksjoner for å kunne utføre sine oppgaver.

Informantene våre beskrev blant annet sitt eget lederskap som overordnet i tillegg til sin egen rolle inn i de strategiske planene for den kirurgiske driften. Plasseringen i hierarkiet tilsier at informantene har muligheter til å påvirke driften av operasjoner og utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Samtidig ser vi at teorien sier noe om utfordringer som ledere i ekspertorganisasjoner kan oppleve. Den sier det er mange krav til lederne, og det kan være en utfordrende øvelse å balansere lederskapet mellom «myndighet og kyndighet». Hierarkiet i ledelsen er også underlagt styringsorganer og andre administrative kontrollorganer, eller ett styre som krever mål og resultater (Strand 2007, s. 274). Selv om lederne har en strategisk overordnet rolle i kraft av sin lederposisjon, er de også underlagt organer høyere i hierarkiet som de må forholde seg til. Vi tenker da særlig på styringskrav i forhold til pasientbehandlinger, økonomi og strategiske



mål som styret i organisasjonen har satt. Sett ut ifra dette, tenker vi at operasjonskapasitet i eget foretak burde være enkelt å prioritere. På den andre siden har vi som mellomledere med erfaring innenfor både kirurgisk planlegging og gjennomføring, sett at dette ikke er enkelt. Planleggingen og de strategiske valgene blir gjort på forhånd, som beskrevet tidligere i teorikapittelet. Her blir plantallene for neste års kirurgiske virksomhet lagt til grunn for organisering av neste års kirurgiske virksomhet i foretaket. Dette følges opp videre via klinikkledere til mellomledere og ned til de operative nivåene. Erfaringen vår har vist at det kanskje særlig på det operative nivået, nærmest pasientbehandlingen, dukker opp hindringer eller utfordringer som får betydning for produksjonen. Det kan for eksempel være uforutsette ting som sykefravær som reduserer antall tilgjengelig operasjonsteam, eller det kan være sykdom hos kirurger som fører til at operasjoner må strykes eller blir flyttet på. Dette påvirker resultatene for avdelingen, også for UNN totalt sett. Strykninger av pasienter på operasjon er kostnadskrevende og vil bli drøftet under avsnittet om konsekvenser.

En av informantene beskrev sin rolle som overordnet hvor de som ledere legger til rette for gjennomføring av kirurgisk virksomhet. Videre pekte lederne på at de sørger for at det er systemer som gjør det mulig å planlegge og drive med kirurgi. Gjennom intervjuene var det flere informanter som understreket at lederne var opptatt av resultater i form av indikatorer og strykninger, altså viktige styringsmål for sykehusledelsen. Det bekrefter at lederne er opptatt av at organisasjonens mål er viktig. Dette støttes av teorien som sier at lederne i ekspertorganisasjoner er autonome ledere knyttet til egen profesjon, altså de kan faget og gjør vurderinger forankret i dette (Strand, 2007, s. 271). De er også bundet av sin lojalitet til foretaket og det oppdraget de er satt til å utføre.

Som tidligere beskrevet i teorikapittelet er Kirurgisk virksomhet er en av de mest inntektsbringende aktivitetene i sykehuset. De har de største inntektene basert på produksjon og inntekter fra ISF- og DRG-systemene, og er sentrale i helseforetakenes inntektsgrunnlag. Vi har tidligere i oppgaven pekt på begrensninger for utnyttelse av operasjonskapasitet knyttet til organisasjonens struktur. Utfordringer i organisasjonens struktur ser ut til å begrense lederne i å utnytte ressursene godt nok. Noen av informantene våre var faste representanter i OPK og organisert geografisk i Tromsø. Lokalsykehusene har også representanter der, og her er det en arena for samarbeid og felles planlegging for foretaket. Det er lang distanse imellom lokasjonene, og vi ser ikke bort fra at det kan ha betydning når operasjonskapasiteten planlegges.

### **5.2.2 Lokalsykehuset**

Ledelse i sykehus og med geografisk avstand mellom lokasjonene, kan gi noen utfordringer. For å kunne utføre kirurgi må nødvendig kompetanse være til stede. Det er forskjeller mellom de tre sykehusene hvor lokalsykehusene har færre fagområder, færre kirurger, og vi tenker at kompetansen vil være mest sårbar der. Kapasiteten på operasjonsstuene på lokalsykehusene er mindre enn ved universitetssykehuset i Tromsø, og de er muligens mer sårbare i forhold til ytre påvirkninger som fravær og mangel på kompetanse innenfor de forskjellige fagområdene.

Lokalsykehusene har kompetanse på spesifikke fagområder innenfor kirurgi på bakgrunn av en kirurgisk funksjonsfordeling i foretaket. Når det strategisk planlegges hvor mange og hvilke typer operasjoner som står på venteliste, gjøres det vurderinger totalt sett for UNN med bakgrunn i dette, både i forhold til type operasjon og om det er et stort eller lite inngrep. Vi mener at lokal- og klinikkintern kjennskap til ressurser som kompetanse og bemanning kan påvirke planleggingen av hvordan UNN skal utnytte operasjonskapasitet. Dette fordi det er lederne som kjenner sin egen klinikk best og vet hvilken kompetanse de har tilgjengelig på ulike lokasjonene.

Lederne på de strategiske nivåene har autoritet i kraft av plasseringen i hierarkiet. De har som sitt lederoppdrag å lede best mulig etter krav som er lagt til organisasjonen om produksjon og økonomi. Vi ser at for å løse dette bør planleggingen være så realistisk som mulig. Det kan for eksempel bety at hvis en av avdelingene har utfordringer i forhold til kompetanse innenfor et spesifikt fagområde, kan man se for seg at planlegging for gitt type operasjon må styres mot en annen avdeling eller lokasjon. Vi mener ut ifra dette at det er ett lederansvar å benytte den tilgjengelige operasjonskapasiteten i foretaket. Allokeringer av ressurser vil kunne være en spesifikk lederoppgave i forbindelse med dette. Ressursene bør benyttes i størst mulig grad, og ledere på strategiske nivå i organisasjonen, må planlegge i tråd med det.

Ifølge Strand (2007, s. 270) er sykehusene som ekspertorganisasjon styrt av de ekspertkunnskapene som lederne har i kraft av sin profesjon. Den faglige autoriteten gir lederne et fortrinn når planleggingen gjøres og har på denne måten en påvirkning direkte til operasjonsdriften på det strategiske nivået. I datamaterialet vårt viser en av informantene til at det er lederne sitt ansvar å sørge for at ressursene i organisasjonen blir brukt riktig. Vi kan se dette fra flere sider. Blant annet vil det være viktig at lederne som kjenner egen avdeling og klinikk sørger for at pasientene på ventelistene innenfor klinikkens fagområder blir operert.

### **5.2.3 Ressurser og bemanning**

Utgangspunktet for analysen vår var først og fremst en tanke om ulik utnyttelse av operasjonskapasitet på UNN sine lokasjoner, som vi har vist i tabell 1- og 2 i empirikapitlet. Datamaterialet vi samlet inn gjennom informantene understøtter lederes utfordringer som ekspertledere i UNN. De beskriver ansvaret de har for planlegging og drift for å få resultater for helseforetaket, og oppdraget som er gitt fra helse -og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. I intervjuet ble det blant annet ytret at det å sørge for personell for å håndtere de oppgavene man har ansvar for, og samtidig kunne drifte bærekraftig, var noe som informantene opplevde som krevende. Dette tenker vi støttes av framskrivningen i forhold til demografien i Nord Norge og beskrivelsen av framtidig mangel på kompetente medarbeidere, spesielt innenfor helse. Ifølge nasjonal Helse- og sykehusplan ser vi at Statistisk Sentralbyrå (SSB) anslår at antall årsverk innenfor helse- og omsorgstjenester må øke betraktelig i framtiden for å kunne imøtekomme behovet. SSB anslår en økning på 35%, noe som betyr at helse –og omsorgstjenesten vil legge beslag på opp mot halvparten av veksten i arbeidsstyrken fram mot 2035 (Meld. St.7(2020-2023), s.14).

### **5.2.4 Å lede autonome faggrupper**

Noen av informantene våre var ledere på det strategiske nivået i organisasjonen. I teorikapitlet beskrev vi Henry Mintzbergs organisasjonsmodell, figur 2. Nyland og Pettersen (2018, s. 196) omtaler også denne. Ved bruk av modellen kan vi se hvordan virksomheten er strukturert; de kliniske avdelingene, og støtte -stabsfunksjonene med lederne i midten og på toppen. Den operative kjernen skisserer det kliniske miljøet eller avdelingene og vil i vår kontekst representere operasjonsavdelingene. Det er her produksjonen skjer og her arbeider fagpersonene, de som er nærmest pasientene. Vi ser at leder -hierarkiet er beskrevet med mellomledere i midten og toppledelsen øverst. Mellomlederne er de som er nærmest det operative nivået og som skal rapportere til topplerne (Nyland & Pettersen, 2018, s. 196).

Vi har tidligere beskrevet at man kan se på sykehusene som ekspertorganisasjoner og tjenestene utføres av autonome fagpersoner med høy kompetanse. Modellen som teorien beskriver, skisserer den operative kjerne bredt og beskriver hvor i hovedsak produksjonen og dermed inntjeningen i organisasjonen skjer. Her befinner kompetansen seg, og de autonome fagfolkene som er bevisst sin egen verdi og i stor grad styrer seg selv. Teorien beskriver sykehusorganisasjonene historisk som et «medikrati». Det vil si at tidligere ble sykehusene styrt

av leger, noe som har endret seg i takt med økt kompleksitet og har gradvis endret disse lederposisjonene. Til tross for dette beskriver teorien fortsatt stor grad av selvledelse nært pasienten og lederne kan møte utfordringer her. Informantene vi intervjuet hadde relevant faglig utdanning og erfaring, og kan plasseres under betegnelsen hybridleder (Nyland og Pettersen 2018, s. 199-200). Når vi tenker på planlegging av operasjonskapasitet UNN sine tre lokasjoner med ujevn ressursfordeling, gjør vi noen refleksjoner rundt dette. Fagpersonen på det operative nivået har stor grad av selvledelse og styres og motiveres av egen profesjon.

Lederne beskriver det som utfordrende å få utnyttet operasjonskapasiteten, og vi opplever at en del av dette er knyttet til overordnet planlegging. Vi ser for oss både med bakgrunn i hva informantene snakket om, og egen erfaring, at allokering av ressurser for å kunne utnytte produksjonen på best mulig måte vil kunne medføre motstand i det kirurgiske miljøet. Allokering av ressurser for å benytte kapasiteten best mulig, kan for eksempel bety omfordeling av budsjetter fra en avdeling eller lokasjon til en annen. Dette for å kunne utnytte for eksempel ledig stuekapasitet, altså lokaler. En sån omfordeling kan bli oppfattet som kontroversiell i fagmiljøene og vil sannsynligvis kunne føre til misnøye fra de som må avgi ressurser.

Andre måter å gjøre omfordelinger på kan være å flytte eller pålegge for eksempel kirurger en ambulerings mellom de tre lokasjonene, for på den måten omrokere og omfordele muligheter for en bedre utnyttelse og også prioritering av fagområder. Ved for eksempel å flytte enkel kirurgi til lokalsykehusene ut ifra en god funksjonsfordeling, kunne man ha frigitt kapasitet til større kirurgiske inngrep på UNN Tromsø sin lokasjon. I dette landskapet er det lederne skal styre og beslutte, og vi ser at dette er utfordrende og komplekst. Vi tenker at på dette området har lederne et handlingsrom for å gjøre noen endringer med operasjonsdriften. Når informantene snakket om utnyttelse av operasjonskapasitet utalte de at den var for liten, og som vi ser i empirien pekte de på flere medvirkende faktorer. Men vi oppfattet at alle mente det var utfordrende og komplekst. I forbindelse med dette beskriver en informant at en av lederoppgavene var «Å ha både gulrot og pisk».

### **5.2.5 Ledelse og styringsverktøy, budsjetter**

Det er vanskelig å forsøke og beskrive informantene sine utfordringer uten å komme inn på budsjett. Som presentert i teoridelen er budsjettene et styringsverktøy for lederne som utarbeides for å blant annet å konkretisere målene organisasjonen skal styre mot, og for å holde kontroll på økonomien (Nyland & Pettersen, 2018, s. 65).

Slik vi oppfattet noen av informantene, var det liten tvil om UNN sine behov for større operasjonskapasitet. Dette med bakgrunn i ventelistene til de ulike fagområdene. Sitatene viser at de også pekte på den økonomiske situasjonen til UNN. Dette var vi innledningsvis inne på, og her ser vi at det er samsvar i empirien vår. I teorien ser vi at budsjetter ofte har utgangspunkt i forrige års budsjett (Nyland & Pettersen, 20018, s. 69). Som ledere med budsjettansvar og erfaring i budsjettprosesser, har vi sett at spørsmål om budsjett ofte blir forklart som historisk. Videre har vi erfart at det å gjøre endringer i budsjettet kan være en langvarig prosess. At budsjettene tar utgangspunkt i forrige års budsjett, betyr blant annet at det er få endringer som gjøres fra år til år. Ofte er det mindre endringer det fokuseres på. Det kan for eksempel være om avdelingen skal få tilført en ny stilling eller det kan være reduksjon i økonomiske rammer for kommende år og lignende.

Det gjøres også justeringer i forhold til generell prisstigning samfunnet. Dette har vi beskrevet i teorien som inkrementell budsjettering, og utfordringene her kan være at det ikke blir fokusert på systematiske skjevheter og at prioriteringer ikke kommer tydelig fram. Flere av informantene understreker at for å kunne øke operasjonskapasiteten, er det behov for flere ansatte for å kunne øke antall operasjonsteam. For å kunne øke kapasitetsutnyttelsen er det behov for nyansettelser, og vi har gjennom informantene og teorien sett at det kan være tunge prosesser å få gjennomslag for økninger i budsjett. Teorien sier det kan være vanskelig å få gjennomslag for endringer dersom en skjev ressursbruk har festet seg. Budsjettene kan på denne måten være et hinder for å utnytte og/eller øke til den kapasiteten man har behov for. En av informantene mente at slik det lå an, måtte det økes til flere operasjonsteam, og at det var det som hele tiden ble «bremsen.»

### ***5.3 Utnyttelse av operasjonskapasitet i UNN***

I teoridelen har vi beskrevet hvordan den kirurgiske virksomheten i UNN koordineres gjennom foretaksorganet OPK på overordnet nivå. Våre informanter var samstemte vedrørende tilgjengelig operasjonskapasitet i eget foretak og pekte på at kapasiteten var for liten. I tillegg var det noen av informantene som anslo at totalutnyttelsen av kapasiteten i foretaket ikke var godt nok utnyttet, og pekte på ulike årsaker til dette. Blant annet ble det vist til manglende god funksjonsfordeling mellom UNNs tre lokasjoner, og at det var utfordrende å flytte inngrep fra en lokasjon til en annen.

Ved gjennomgang av Tabell 1 og 2 ser vi at det ble meldt inn større behov enn det som OPIN kunne avgi av operasjonskapasitet til, i Tromsø og Harstad. Samtidig så vi at Narvik hadde en planlagt kapasitetsutnyttelse på mindre enn 100 %. Disse tallene sett opp mot hverandre har fått oss til å stille spørsmål for hvordan UNN planlegger utnyttelse av foretakets operasjonskapasitet. Dette kom også frem i intervjuene. En av informantene pekte på dårlig planlegging når UNN ikke klarer å nyttiggjøre seg operasjonskapasiteten.

Operasjonsplanlegging gjennomføres på flere nivåer i UNN. På overordnet nivå planlegges det for gjennomføring av neste års kirurgiske aktivitet. I teorikapittelet gjorde vi rede for hvordan prosessen på overordnet nivå foregår ved at man gjør beregninger ut ifra meldte behov fra kirurgiske klinikker sett opp mot meldt tilgjengelig kapasitet fra OPIN. I det daglige skjer planleggingen og gjennomføring av operasjonsprogram i den operative kjernen i organisasjonen. I denne planleggingen utvides antall faktorer som man må ta hensyn til og flere av disse faktorene er menneskestyrt. Når pasienten settes opp på operasjonsprogrammet vil kirurgien som skal gjennomføre inngrepet måtte estimere hvor lang tid han kommer til å bruke på selve inngrepet. Det tas også individuelle hensyn på bakgrunn av pasientens ASA-klassifisering<sup>5</sup>. I tillegg må det tas hensyn til tidsbruk i forbindelse med å få pasienten inn på stuen, leiring<sup>6</sup> av pasienten på operasjonsbordet, og forflytning av pasienten ut av operasjonsstuen når inngrepet er ferdig. Dersom man estimerer feil tidsbruk for en operasjon, kan dette medføre at programmet blir forsinket og i verste fall klarer man ikke å gjennomføre det operasjonsprogrammet som blir satt opp for den aktuelle dagen. På denne måten ser vi hvordan dårlig planlegging og hvordan operasjonsprogrammet koordineres, kan medføre dårlig utnyttelse av foretakets operasjonskapasitet.

### **5.3.1 Operasjonskapasitet: stuer og bemanning**

Flere av informantene kom inn på faktorer som kunne være årsaker til hvorfor man ikke klarte å gjennomføre operasjonsaktivitet i forhold til det som var planlagt på overordnet nivå. Noen av faktorene som ble nevnt var tilgang på bemanning/ressurser og fysiske operasjonsstuer. Vi som skriver denne oppgaven, er begge ansatt som mellomledere for ansatte i den operative

---

<sup>5</sup> ASA-klassifisering: system for gradering av risiko i forbindelse med anestesi. Systemet er utarbeidet av den amerikanske foreningen for anestesileger (American Society of Anesthesiologists, ASA). På grunnlag av faktorer som blant annet tilleggssykdommer og allmenntilstand, graderes pasienten i fem risikogrupper, hvorav grad 1 betegner en minimal risiko og grad 5 en betydelig risiko (SML, 2021).

<sup>6</sup> Leiring av pasient: plassering av pasient på operasjonsbord med mål om å opprettholde optimal sirkulasjon og beskytte muskler, nerver og trykkutsatte områder for skade (Helsebiblioteket, 2020).

kjernen i lokalsykehuset, og har erfaring fra planlegging av operasjonsvirksomhet i eget sykehus. Tidligere skjedde alle kirurgiske inngrep inne på operasjonsavdelingen. De senere år har man flyttet mindre kirurgiske inngrep til operasjonsstuer på kirurgisk poliklinikk og disse inngrepene krever mindre ressurser enn større kirurgiske inngrep. Den tyngre kirurgien har gjerne høyere DRG-vekt enn mindre kirurgiske inngrep og kan derfor være mer inntektsbringende for foretaket.

En av informantene pekte på at arbeidet vedrørende flytting av inngrep ikke var godt nok i varetatt av ledere i foretaket. En slik allokering av inngrep tenker vi kunne ha frigjort operasjonskapasitet for større kirurgiske inngrep. Imidlertid er det ikke alltid like lett å få til en slik omorganisering. Ved lokalsykehuset er poliklinikken organisert i en klinikk, mens noen av de kirurgiske fagområdene er organisert i en annen. Det kan derfor bli utfordrende å komme til enighet om hvem som skal betale for utstyr og økt bemanning i forbindelse med flytting av kirurgiske inngrep fra operasjonsavdelingen til poliklinikken.

En annen informant angav at operasjonskapasiteten i UNN var for lav uavhengig av om UNN klarte å benytte seg av den kapasiteten som er i foretaket eller ikke. Dette tenker vi kan medføre ett redusert tilbud til pasientene som blir henvist til behandling i UNN. Pasienter som blir henvist til behandling i spesialisthelsetjenesten får sin henvisning vurdert. Dersom de har krav på behandling blir det satt en frist for behandling som foretaket er pliktig til å holde seg innenfor. Årsaker til slike fristbrudd kan være mange. Mangel på tilgjengelig operasjonskapasitet for å gjennomføre behandlingen kan være en av dem. Vi tenker derfor at planlegging av kirurgisk virksomhet blir av betydning for om pasientene får den behandlingen de har blitt henvist til, og som de har krav på.

#### ***5.4 Konsekvenser for hvem – høna eller egget?***

Helse- og omsorgstjeneste står overfor store utfordringer i dag og videre framover. Dette blant annet på grunn av en aldrende befolkning, ny medisinsk teknologi, og ifølge OECD<sup>7</sup> forklarer dette opp mot halvparten av kostnadsveksten i sykehusene. Det betyr at sykehusene i enda større grad framover må prioritere og effektivisere (Meld. St. 7 (2019 – 2020), s. 15). Økonomien i foretakene er sentral og styrende, og alt henger sammen med alt. Vi vil i dette kapitlet diskutere konsekvenser dersom UNN ikke utnytter muligheter for å benytte operasjonskapasiteten som ligger i foretaket.

---

<sup>7</sup> OECD: organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling (SNL, 2021).

#### **5.4.1. Konsekvenser for foretaket**

I den kvantitative presentasjonen av empirien viser vi til kostnader for foretaket ved to enkle dagkirurgisk inngrep i UNN. Bakgrunnen for at vi valgte å eksemplifisere med data basert på dette, var Tabell 1 i empirien som viste en forskjell på planlagt kapasitetsutnyttelse mellom de tre lokasjonene for årene 2018, 2019 og 2020. Ut ifra vår egen erfaring kjenner vi til faktorer som kan hemme produktiviteten på egen lokasjon. Vi tenkte derfor på hva dette kunne bety for foretaket. Vi var også kjent med at foretaket benyttet private aktører for å få gjennomført denne typen inngrep på bakgrunn av for liten operasjonskapasitet i UNN.

Tabell 4 og 5 beskriver disse kostnadene. Et av spørsmålene vi stilte oss var om det ville være høyere kostnader for UNN å benytte private aktører i stedet for den kapasiteten som man har i «eget hus»? Når man ser på tallene skjematisk, viser tabellene at ved å operere disse pasientene på egne operasjonsstuer kontra det å leie operasjonskapasitet hos privat aktør, omtrent er like. Det betyr at kostnadmessig vil det ikke bli mye dyrere å flytte disse inngrepene ut av egen lokasjon.

Begge lokalsykehusene i UNN har akuttberedskap som betinger en viss form for bemanning gjennom hele døgnet. Det er forskjell på de to lokasjonene, hvor Harstad er størst og har flest ansatte, både innenfor kirurgi- og operasjonspersonell. Dette vises også i Tabell 1 og 2 i forhold til meldt teoretisk behov for ulike fagområder. Harstad har 25 operasjonsteam i uken og Narvik har 12 operasjonsteam i uken (UNN, 2021, s. 3). Som nevnt tidligere, er det en funksjonsfordeling mellom sykehusene og pasientene fordels til en viss grad ut ifra dette. Å ivareta en døgnberedskap hvor det er bemannet med kompetanse for å kunne ta imot akutt kirurgi er kostnadskrevende. Det er også resurskrevende i form av antall personer som må være ansatt for å kunne dekke disse vaktene, og samtidig bør de ikke få for høy vaktbelastning. Det er ikke bra helsemessig, og i tillegg vet vi av erfaring at det kan være vanskelig å rekruttere og beholde kompetanse om vaktbelastningen blir for krevende. Dette tilsier at man har en kapasitet i foretaket som er tilgjengelig og ligger til grunn for de kirurgiske klinikkene og OPIN sine plantall.

Lønnskostnader for å ivareta beredskap er faste kostnader for UNN. Dette er ansatte som får sin lønn. Spørsmålet er om kostnadene ved å øke bemanning internt i UNN - for å utnytte kapasiteten innenfor eget «hus» - vil være lønnsomt på lengere sikt? Vi tenker da spesielt på



personell for å kunne øke antall operasjonsteam og på bakgrunn av dette øke produksjonen. En av informantene forteller at plantallene viser beregnet antall inngrep cirka hver dag, både for dagkirurgi og innlagt kirurgi, og at dette er med på å lage inntektsforventninger som gjenspeiler seg i budsjettet. Om det feilberegnes, blir inntektene lavere enn det er budsjettet med, og man får et negativt budsjett. Hvis dette stemmer, vil det bety at UNN taper viktige inntekter. Tallene over ventelister og uttalelser fra informantene viser at UNN sannsynligvis har for lav operasjonskapasitet, og at en del kirurgi som ikke gjøres i «eget hus», er noe fordyrende. Alternativt - for å imøtekomme behovet og uten å gå inn på kompliserte økonomiske analyser - tenker vi at det burde lønne seg å øke bemanningen i UNN sine lokasjoner der man har ledige arealer. På denne måten kunne man hatt mulighet til å øke foretakets operasjonskapasitet.

Ifølge Olsen (2007, s.24) dreier effektiv drift seg om ressursbruk og produksjonsvolum. Dette har vi tidligere beskrevet i teorikapittelet under avsnitt 2.8, effektivitet og produksjon, figur 3. UNN har noen ledige arealer som ikke benyttes eller utnyttes dårlig. Dette bekreftet også informantene. Arbeidskraften er en variabel innsatsfaktor i produksjonen, og operasjonsstuer og fast utstyr er noe som foretaket allerede eier og betaler for. Olsen (2006, s. 24) beskriver at hvis man holder alle utenom en innsatsfaktor fast, vil man ved å øke den variable faktoren – personell, først kunne se en svak økning av produksjonen. Deretter vil man se en sterk økning før den vil avta, inntil produksjonen ikke øker mer. Når man er kommet dit, må man utvide de faste innsatsfaktorene for å få en produksjonsøkning, altså sette inn andre produksjonsfaktorer, som for eksempel operasjonsstuer og eventuelt skaffe mer fast utstyr (Olsen 2006, s. 25). Denne modellen er en enkel framstilling, og det krever langt mer omfattende økonomiske analyser for å få presise beregninger, den viser imidlertid skjematisk at det er et krysningspunkt for hvor mye eller lite som skal til for å effektivisere operasjonsdriften.

Informantene mente at man utnytter kapasiteten for dårlig, og at det var nødvendig med økt bemanning for å kunne øke antall operasjonsteam. Dette er en kostnad for foretaket, og det kan være en risiko for at kostnadene blir større på grunn av tapte inntekter når pasientene blir operert utenfor foretaket. Dette understrekes av informantene sine uttalelser:

*«UNN driver i minus og pasientene lekker ut av HN og ut av regionen ...»*

Vi ser at operasjonsdrift er kostbart, men samtidig er det en viktig del av inntektsgrunnlaget for foretaket. Det er viktig at produksjonen blir mest mulig effektiv slik at foretaket får operert

pasientene, og dermed ikke taper inntekt. Dette har betydning for foretakets økonomi. Men kostnadene er ikke isolert sett helseforetaket sine, det kan også gi konsekvenser for pasientene og for samfunnet.

### ***5.4.3 Konsekvenser for pasientene***

Dårlig utnyttelse og mangel på operasjonskapasitet kan få konsekvenser for pasienten. Det er pasienten som står i kø og som må vente på operasjon. Når kapasiteten er for lav må det gjøres prioriteringer som betyr at det som haster mest må opereres først. Vi vet at dette gjelder særlig kreftkirurgi og det bekreftes i intervjuene. En av informantene forteller at UNN har ganske dårlig måloppnåelse på den kirurgiske delen av kreftpakkeforløpene<sup>8</sup>. Videre fortalte informanten at det jobbes med å finne mekanismer for å prioritere på kort- og mellomlag sikt. Dette for å utnytte kapasitet på tvers av klinikkene for å få en bedre måloppnåelse, både for kreftpasientene og annen høyt prioritert kirurgi. De prioriteringene som sykehusene gjør kontinuerlig, fører blant annet til at de pasientene som har plager som ikke vil ha en alvorlig utgang, må vente. Det er nødvendigvis ikke lidelser som pasientene vil dø av, men som kan føre til forverring av smerter, en tyngre hverdag og kanskje lengre sykefravær. Informantene sa også at det er en lidelse hos pasienten, et medmenneske, som vi ikke respekterer og som ikke får den behandlingen vi har lovet dem når de blir stående på venteliste. Vridningseffekter fører til lang ventetid for de pasientene som ikke har kreft, og sånn er det når operasjonskapasiteten er for liten.

I dette avsnittet har vi sett på noen konsekvenser som følge av UNN sin operasjonskapasitet som blant annet informantene sier er for liten. Vi har sett på disse og vi ser at noen konsekvenser får det for både UNN som foretak, og ikke minst for pasienten. En av informantene oppsummerte betydningen for pasienten på denne måten:

*«For pasienten er det viktigere å bli operert enn å stå på venteliste».*

### ***5.4.2 Kostnader for samfunnet***

Vi har nå sett at ventelistene i UNN har en konsekvens for både foretaket og pasientene. I forlengelse av dette vil det også få en konsekvens for samfunnet. Det kan være kostnader for

---

<sup>8</sup> Pakkeforløp: nasjonale standardiserte pasientforløp, der målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart uten nødvendig ventetid (Helsenorge, 2020).

andre offentlige institusjoner, for eksempel sykefravær eller opphold på andre former for rehabilitering etter operasjoner. Det kan være produksjonstap for andre bedrifter på grunn av sykefravær. Ventelister som forlenger sykefraværet til pasienten kan bety et langvarig fravær som fører til at bedriften har produksjonstap, eventuelt i tillegg til kostnader ved sykefraværet til den ansatte. Disse kostnadene må sees i sammenheng med den beste alternativ anvendelsen av denne ressursen. Hvis det er involvert pårørende som må være med på sykehus, eller som transporterer pasienten, er det også en kostnad som i det gitte tidspunktet kan bety produksjonstap. Å gjøre samfunnsøkonomiske analyser kan være krevende. Å skaffe oversikt over alle kostnader og markedspriser som kanskje av ulike grunner ikke gjenspeiler markedsprisene, kan gjøre det vanskelig å kostnadsberegne dette (Olsen 2007, s. 122).

UNN har fordelt sin kirurgiske virksomhet på tre lokasjoner som inkluderer operasjonsstuen og kompetent personell. Hvis man har lav produksjon fordi det er usymmetrisk fordeling mellom antall tilgjengelige operasjonsteam og antall kirurger som kan operere, virker det som spill av ressurser. En av informantene tenkte dette måtte bety mye lediggang for tilgjengelige kirurger og ikke minst at de ikke fikk en tilfredsstillende arbeidshverdag. Kostnader for samfunnet kan bli at disse ansatte velger å jobbe andre steder, og på denne måten kan UNN miste kompetent arbeidskraft. Dette kan føre til at ytterligere flere pasienter må stå på venteliste og på den måten øke samfunnet sine kostnader.

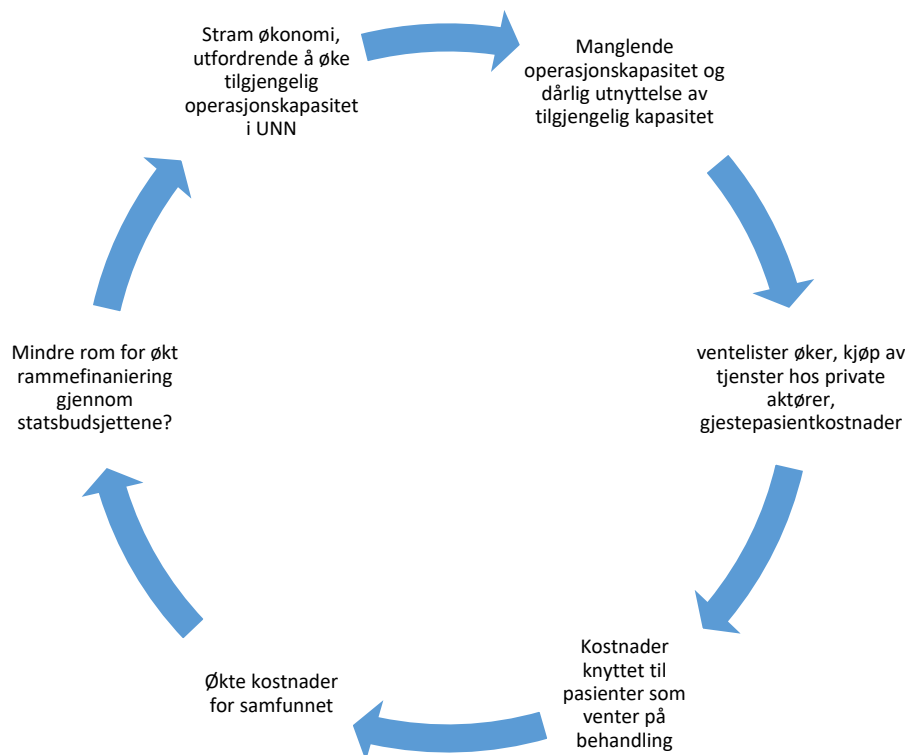
Lange ventetider kan forverre pasienten sin helsetilstand og kan føre til at pasienten ikke kommer seg i arbeid igjen, og i verste fall blir ufør. Dette er også store kostnader for samfunnet og innhogg i helsebudsjettene. I disse tilleggskostnadene ved sykefravær og lange ventetider kan det også beregnes transportutgifter og bytte av kollektiv transport, eller utgifter til drivstoff. Kostnadene til pårørende som for eksempel foreldre, ektefeller eller andre omsorgspersoner, kan være nevneverdige beløp og også en del av kostnadene for samfunnet (Sloan & Hsien, 2012, s. 95).

#### ***5.4.3 Oppsummering konsekvenser***

Vi har i dette avsnittet diskutert noen av de konsekvensene som manglende eller dårlig utnyttelse av operasjonskapasitet i UNN kan føre til. Dårlig utnyttelse kan få innvirkning både på økonomi og ressursutnyttelse. Informantene pekte på økende ventelister som en konsekvens når UNN ikke har nok tilgjengelig operasjonskapasitet. På denne måten kan pasienten bli lidende med de ringvirkninger som dette kan føre til. Pasienter som ikke får den

behandlingen de er henvist til i spesialisthelsetjenesten er fordyrende for samfunnet. Økte kostnader for samfunnet kan igjen føre til at det blir mindre rom for å øke budsjettene til helseforetakene fra statsbudsjettet. På denne måten tenker vi at det blir en vond sirkel som det kan være utfordrende å komme ut av. Som en oppsummering har vi forsøkt å illustrere dette i figuren under. Figur 5 illustrerer at manglende operasjonskapasitet og dårlig utnyttelse av tilgjengelig kapasitet (inntegnet med start oppe til høyre i figuren) gir økte ventelister og/eller kjøp av tjenester fra private leverandører som igjen gir kostnader knyttet til pasienten i form av redusert helsetilstand for pasienten og/eller økte kostnader for å finansiere den private behandlingen. I neste omgang kan dette, om omfanget er stort nok, reduserte inntekter til sykehuset som igjen betyr strammere økonomi for både samfunn og sykehus, som til slutt igjen kan svekke operasjonskapasiteten. Dette har vi illustrert i figur 5.

**Figur 5: Negative konsekvenser av dårlig kapasitetsutnyttelse og lav operasjonskapasitet.**



## 6.0 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å se på hvordan UNN utnytter operasjonskapasitet i eget foretak og hva ledere som er involvert i kirurgisk virksomhet tenker om den totale operasjonskapasiteten. Studien er gjennomført ved hjelp av kvantitative og kvalitative data. Det kvantitative datamaterialet ble benyttet for å danne ett bilde av planlegging og utnyttelse av operasjonskapasiteten, samt kostnader knyttet til to dagkirurgiske inngrep. Det kvalitative materialet er basert på intervju av aktuelle ledere i UNN, ut ifra vår problemstilling. Studien viser at foretakets organisasjonsstruktur ikke legger til rette for god utnyttelse og planlegging av kirurgisk virksomhet. Matriseorganiseringen fører til at samarbeid mellom de involverte klinikkene blir utfordrende på grunn av hierarkiske lederlinjer internt i klinikkene. Samtidig har man lederlinjer som strekker seg over flere lokasjoner og på tvers av fagområder. Dette gir en dobbel matriseorganisering som kan være kompliserende for operasjonsplanlegging og utnyttelse av foretakets operasjonskapasitet. Videre fremkommer det at organisasjonens struktur ser ut til å være begrensende for ett slikt samarbeid. I studien kommer det også frem at foretakets IKT-systemer ikke er godt nok utnyttet for fordeling og felles tilnærming til pasienter som står på venteliste til kirurgisk behandling. Dette gjør det utfordrende å koordinere for planlegging av utnyttelse av operasjonskapasitet på tvers av lokasjonene.

Lederne har både en strategisk- og operativ rolle i forhold til utnyttelse av operasjonskapasitet. Lederne må se foretakets kirurgiske drift på tvers av lokasjonene slik at tilgjengelig kapasitet i foretaket blir utnyttet. Å lede autonome faggrupper kan være utfordrende. En lederoppgave vil i den forbindelse være å manøvrere mellom myndighet og kyndighet for å nå organisasjonenes felles mål.

Ledere involvert i kirurgisk virksomhet i UNN, angir foretakets operasjonskapasitet som for liten. De angir også at det finnes rom for bedre utnyttelse av eksisterende tilgjengelig kapasitet. Dette kan gjøres ved å utnytte den eksisterende kapasiteten bedre, men også ved å ta i bruk tilgjengelig arealer som ikke benyttes i dag.

Manglende utnyttelse av operasjonskapasitet eller for lite tilgjengelig kapasitet, kan gi konsekvenser for foretaket. Kirurgisk virksomhet er viktig for foretakets økonomi og inntjening gjennom ISF-finansiering. Videre blir pasientene lidende når de blir stående på

venteliste for behandling. Dersom ventetiden til pasienten innebærer fravær fra jobb eller nedsatt funksjonsevne, kan dette blant annet bli fordyrende for samfunnsøkonomien.

Bearbeidingen av datamaterialet var krevende, og i ettertid ser vi at vi burde ha begrenset antall informanter i forhold til oppgavens størrelse. Ved gjennomgang av materialet forsøkte vi å være selektive i forhold til de kategorier vi hadde satt opp for analyse. Dette medfører naturlig nok til at det er en del materiale som ikke er anvendt i oppgaven.

Basert på funnene i denne studien tenker vi at UNN burde fremstå som mer helhetlig ved planlegging og gjennomføring med tanke på foretakets operasjonskapasitet. Videre ser vi at verktøy for planlegging vedrørende ventelistesamarbeid, som IKT, burde utvikles for å kunne anvendes på tvers av lokasjonene. Ett godt planverktøy vil kunne bidra til bedre utnyttelse av operasjonskapasiteten og sannsynligvis også redusere pasientens ventetid til behandling. Ventetid for pasienten kan medføre økte kostnader for samfunnet. En interessant oppgave for videre forskning kunne være å se mer inngående på økonomiske konsekvenser både for foretaket, pasientene og andre, ved bedre utnyttelse av operasjonskapasiteten i UNN. Dette basert på ett mer fullstendig og realistisk kostnadsbilde både for sykehuset, pasienter og andre berørte. Dette tenker vi kan være til forslag og inspirasjon for kommende masterstudenter i helseledelse.

## Referanseliste

Eijkemans, M. J. C, Houdenhoven, M. V., Nguyen, T., Boersma, M. E. B., Steyerberg, E. W. & Kazemier, G. (2010). Predicting the Unpredictable: A New Prediction Model for Operating Room Times Using Individual Characteristics and the Surgeon`s Estimate. *Anesthesiology*, 2010(112), 41-49.

<https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181c294c2>

Espejord, M. & Krogh, T. *Ledelsesinformasjonssystemet HN-LIS*. (2021, 5. januar).

<https://unn.no/ledelses-informasjonssystemet-hn-lis>

Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag.

Helfo (2021, 20. April). *Fristbruddordningen – generell*

*informasjon*. <https://www.helfo.no/fristbrudd/fristbruddordningen-generell-informasjon>

Helfo. (2022, 12. April). *Helfos organisasjon*. <https://www.helfo.no/om-helfo/helfos-organisasjon>

Helsebiblioteket. (2020, 10. Oktober). *Trendelenburgleie: Leiring av kirurgipasienten i trendelenburgsleie*.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/pabegynte/trendelenburgsleie-leiring-av-kirurgipasienten-i-trendelenburgsleie>

Helsedirektoratet. (2022, 20. januar). *Innsatsstyrt finansiering og DRG-*

*systemet*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/drg-systemet>

Helse- og omsorgsdepartementet (2022, 10. Januar). *Oppdragsdokument 2022: Helse Nord RHF*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2022-hn-endelig-10jan.pdf>

Helse-Nord (2022, 2. februar). *Oppdragsdokument 2022: Fra Helse Nord RHF til helseforetakene*. <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument%202022%20fra%20Helse%20Nord%20RHF%20til%20helseforetakene.pdf>

Helsenorge. (2020, 25. November). *Pakkeforløp for kreft*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2021). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. Utg). Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (4. utg). Abstrakt Forlag.

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9. Utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018). *Penger og helse: Fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*. Fagbokforlaget.

Olsen, J. A. (2006). *Helseøkonomi: Effektivitet og rettferdighet*. Cappelens Forlag AS.

Regjeringen. (2021, 30. November). *Statlig finansiering av de statlige helseforetak*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/statlig-finansiering-av-de-regionale-hel/id227797/>

Sloan, F. A. & Hsieh, C-R. (2012). *Health Economics. (Second Edition)*. The MIT Press.

Store norske leksikon (SNL). (2021, 3. juni). <https://snl.no/OECD>



Store medisinske leksikon (SML). (2018, 3. september). <https://sml.snl.no/laparoskopi>

Store medisinske leksikon (SML). 2021, 28. April). <https://sml.snl.no/artroskopi>

Store medisinske leksikon (SML). 2021, 28. September). [https://sml.snl.no/ASA-  
klassifisering](https://sml.snl.no/ASA-<br/>klassifisering)

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). (2019). *Svarbrev: Nye UNN Narvik sykehus – avklaringer i forhold til kapasitet*. Internt dokument, Tromsø.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). (2021). *Årlig melding – Operasjonsvirksomheten i UNN HF 2021*. Internt dokument, Tromsø.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD godkjenning



## Vurdering

**Referansenummer**

114356

**Prosjekttittel**

MBA helseledelse

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Nord Universitet / Handelshøgskolen / Økonomisk analyse og regnskap

**Prosjektansvarlig**

Pål Andreas Pedersen

**Student**

Anne-Berit Winther

**Prosjektperiode**

28.02.2022 - 17.06.2022

[Meldeskjema](#)

**Dato**

21.03.2022

**Type**

Standard

**Kommentar****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER**

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaløser, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>  
Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”Utnyttelse av operasjonskapasitet ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)”.***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på utnyttelsesgraden av operasjonskapasitet ved UNNs lokalisasjoner og forsøke å finne forklaringer på eventuelle avvik og manglende grad av utnyttelse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Mastergradsoppgave ved Nord Universitet, 30 studiepoeng.

Formålet med oppgaven er å belyse i hvilken grad UNN utnytter sin totale operasjonskapasitet, det vil si operasjonskapasitet ved alle sine lokalisasjoner. I første del av oppgaven vil innhente tallmateriale fra Helse Nord LIS om kan bidra til å studere vår problemstilling. I andre del ønsker vi å intervju ledere som er involvert i kirurgisk virksomhet i UNN.

#### *Aktuelle forskningsspørsmål:*

- *Hvordan utnytter UNN tilgjengelig operasjonskapasitet i eget foretak for å oppnå høyest mulig utnyttelsesgrad?*
- *Er det forskjell mellom utnyttelsesgrad på ulike lokasjoner i UNN?*
- *Hvilke økonomiske konsekvenser kan det ha dersom UNN ikke oppnår høy utnyttelsesgrad av operasjonskapasitet?*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å intervju ledere som er involvert i kirurgisk virksomhet i UNN, enten direkte eller indirekte. På bakgrunn av UNNs organisasjonskart ser vi at du innehar et slikt virke og er derfor aktuell kandidat for våre intervju. Din kontaktinformasjon er funnet ved hjelp av UNNs adressebok i outlook.

5 ledere i kategorien som beskrevet over, mottar denne henvendelsen. Vi ønsker minimum 3 informanter. Dersom vi mottar positivt svar fra flere enn tre, vil utvelgelsen skje tilfeldig.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta vil vi ta kontakt med deg for å avtale tidspunkt. Tid til gjennomføring av intervju er satt fra 30-45 min. Intervjuet består av ca 10 spørsmål. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon og lagret for transkribering. Lydopptaket slettes når oppgaven er levert og resultatet foreligger, senest innen utgangen av juli 2022.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Ved transkribering anonymiseres informantene. I oppgaven vil vi bruke allmenne begreper som for eksempel «ledere i UNN» for å forhindre at informanter gjenkjennes ved publisering av oppgaven. Innhentet data oppbevares innlåst.

## **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2022. Alle data som er innhentet i forbindelse med prosjektet vil bli slettet når sensur foreligger i midten av juli 2022

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord Universitet, ved Pål Andreas Pedersen. Telefon: 41575625. Vårt personvernombud Toril Irene Kringen. Mail: [personvernombud@nord.no](mailto:personvernombud@nord.no) Telefon: Telefon 74 02 27 50

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anne-Berit Winther

Eirin M. Olsen

Pål Andreas Pedersen (veileder, Nord Universitet)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet utnyttelse av operasjonskapasitet i UNN og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 3: intervjuguide

#### Intervjuguide

Intro: kort presentasjon av oss selv.  
Kort presentasjon om hva vi skriver om:  
I første del av oppgaven har vi innhentet tallmateriale fra Helse Nord LIS som er knyttet til to dagkirurgiske inngrep. Vi har også fått hjelp til å beregne kostnader for gjennomføring av disse inngrepene (både personal- og materiell kostnad) og inntekt for foretaket. Vi har og sett på kostnader knyttet til manglende gjennomføring av inngrep og/eller dersom pasientene benytter seg av fritt sykehusvalg og sendes ut av foretaket. I andre del ønsker vi å intervju ledere som er involvert i kirurgisk virksomhet i UNN på ulike nivåer.

Nummer	Spørsmål	Hjelpeord/støtteord
1	På hvilket nivå er du leder i UNN, hvor lenge har du vært leder og hva er din formelle utdanning?	
2	Har du noen rolle i planlegging og gjennomføring av kirurgisk virksomhet i UNN? Hvis ja, hvilken?	Strategisk involvert? Operativt involvert? Eksempler på type oppgaver/ansvar/beslutningsmyndighet/kjennskap til ventelister innenfor ditt fag/ansvarsområde etc. Evt: kan du utdype dette.
3	Hvordan vurderer du UNNs totale operasjonskapasitet, både innenfor egen klinikk og overordnet for UNN som organisasjon?	
Intro spørsmål 4: Vi har sett på behovsmeldinger hva gjelder kirurgisk kapasitet for Tromsø, Harstad og Narvik i 2018, 2019 og 2020. For Tromsøs del ser vi en økning av meldt behov og følgelig planlagt kapasitetsutnyttelse fra 119 % i 2018, til 156 % i 2020. I samme tidsrom ser vi en nedgang i samme tallmateriale for UNN Narvik fra 120 % i 2018 (planlagt kapasitetsutnyttelse) til 85 % i 2020.		
4	Hva tenker du om det?	Muligheter til å planlegge på annen måte?
5	Hva tror du påvirker denne utviklingen?	
6	Hvis denne trenden fortsetter, hva tenker du at utkommet/konsekvensen kan bli?	Økonomi, økte ventelister, tenker du at det kan ha noen økonomiske konsekvenser? I såfall, på hvilken måte?

Intro spørsmål 7:

I byggingen av NUN er det planlagt og besluttet med etablering av en 6. operasjonsstue. Dette vil kunne øke operasjonskapasiteten i UNN forutsatt nødvendige tilgjengelige ressurser.

7	Er du kjent med dette?	
8	Har du noen tanker om hvordan UNN som helseforetak kan benytte seg av en slik økning i operasjonskapasitet?	
9	Kan du som leder påvirke dette, og i såfall på hvilken måte?	Hva må ligge til grunn for at man skal klare å "fille" stueene? «Hvordan kan dette gjøres»?