



PROSJEKTRAPPORT

Lettpost på pasienthotellet

Innhold

Sammendrag og anbefaling.....	2
1. Bakgrunn.....	3
2. Planlegging og organisering.....	3
2.1. Prosjektorganisering.....	3
2.2. Kommunikasjonsplan	5
2.3. Driftsmessig organisering	6
2.4. Reforhandlet avtale med Norlandia Care.....	6
3. Gjennomføring	6
3.1. Prosjekt møter	6
3.2. Bemanning.....	6
3.3. Pasientgrupper og kriterier	10
3.4. Dimensjonering og drift.....	13
3.5. Samarbeid med Hotell St. Olav.....	15
3.6. Fasiliteter og infrastruktur.....	15
4. Økonomi	16
5. Evaluering	17
5.1. Pasientenes evaluering.....	17
5.2. Evaluering fra personell på lettposten	19
5.3. Evaluering fra klinikkene	20
5.4. Evaluering fra Hotell St. Olav.....	21
6. Kapasitet ved pasienthotellet i prosjektperioden.....	21
7. Konklusjon	25
Vedlegg 1. Anbefalte utbedringer av rom på lettposten	26
Vedlegg 2. Online bookingløsning, redegjørelse fra daglig leder ved Hotell St. Olav	27
Vedlegg 3. En vurdering av de økonomiske konsekvensene av lettposten	29
Vedlegg 4. Evaluering av lettposten fra daglig leder ved Hotell St. Olav	36

Sammendrag og anbefaling

Det er gjennomført prosjekt med lettpost på pasienthotellet fra 5. november 2018 til skrivende stund. Prosjektet avsluttes 15. juni 2019, og denne rapporten danner grunnlag for beslutning om hvorvidt lettposten skal videreføres etter prosjektets slutt.

Lettposten har utgjort en økning av sykehusets samlede kapasitet i perioden, og utnyttelsen har vært høy. Sammenlignet med tradisjonelle sengeposter er en lettpost en rimelig måte å øke sengekapasiteten på sykehuset. Nå som lettposten allerede er opprettet og satt i drift medfører det lav risiko ved å drive posten videre. Dersom utnyttelsen på sikt viser seg å være lavere enn i prosjektperioden kan posten når som helst legges ned.

Driftsmodellen er grundig testet gjennom 4 uker pilot i 2018 og 5 måneder drift i forbindelse med dette prosjektet. Man har dannet seg et godt bilde av hvilke pasientgrupper som egner seg for lettposten, og kartlagt hvilke justeringer som bør gjøres for å optimalisere driften. Prosjektgruppen anbefaler derfor at man ser seg ferdig med testing av modellen og at lettposten videreføres som en permanent løsning med et begrenset antall klinikker og pasientgrupper.

1. Bakgrunn

Det har ved St. Olavs hospital foregått utredninger av bruken av pasienthotellet siden 2015. I «Mottaksprosjektet»¹ i 2015/2016 og den påfølgende prosjektrapporten «Dagens bruk og fremtidig behov for pasienthotell»² ble ulike aspekter av pasienthotell belyst. Dette arbeidet ble videreført i et utredningsoppdrag «Bruk av pasienthotell koblet opp mot drift av senger i sykehuset»³ i 2016/2017. Slik disse prosjektene vurderte det er pasienthotellet godt utnyttet innenfor dagens driftsmodell, og det er trolig lite restpotensial. For å oppnå en bedre bruk av pasienthotellet må dermed driftsmodellen endres. I utredningsprosjektet ble det derfor utarbeidet en plan for pilotutprøving av en driftsmodell med bemanning som en lettpost i deler av pasienthotellet. En slik pilot ble gjennomført uke 4-7 i 2018. I sluttrapporten etter piloten anbefalte prosjektgruppen at man viderefører denne driftsmodellen. I styremøte 20.06.18, sak 55/18, ble det vedtatt å gjennomføre et større prosjekt med lettpost på pasienthotellet, denne gangen av 7,5 måneders varighet og med flere deltakende klinikker.

Formålet med prosjektet har vært å gjennomføre en grundigere testing av om det er hensiktsmessig å drive en lettpost på pasienthotellet. Ønsket effekt av lettposten er å gi et bedre tilbud til utvalgte pasientgrupper samt å bidra til en bedring i sykehusets beleggssituasjon.

Prosjektet hadde følgende resultatmål:

- Redusere andel utlokaliserte pasienter i sykehuset
- Identifisere aktuelle pasientgrupper for tilbudet
- Levere en god løsning når det gjelder videreformidling av pasienter fra pasienthotellet til andre hotell som det samarbeides med
- Avklare behov for oppskalering av tilbudet (fra 1 til 2 etasjer)
- Bidra til å håndtere/bedre beleggssituasjonen i sykehuset

Deltakende klinikker har vært Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, Kirurgisk klinikk, Klinikk for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer, Kreftklinikken, Medisinsk klinikk, Kvinneklinikken, Klinikk for hjertemedisin, Nevroklinikken, Klinikk for lunge- og arbeidsmedisin og Klinikk for akutt- og mottaksmedisin.

2. Planlegging og organisering

2.1. Prosjektorganisering

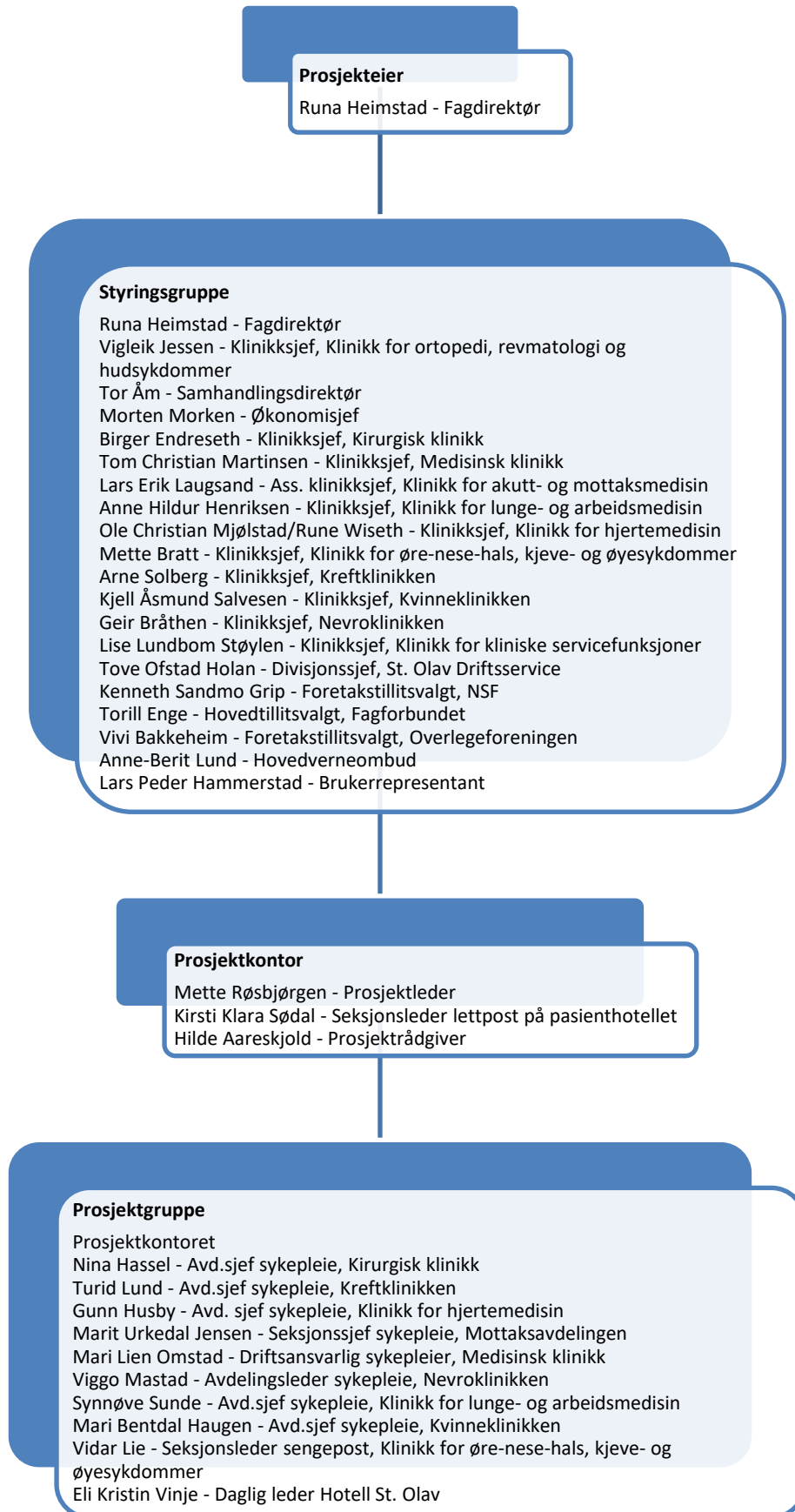
Det ble etablert en **prosjektgruppe** bestående av avdelingssjef sykepleie i deltakende klinikker samt daglig leder på Hotell St. Olav. Bemanningssenteret deltok i prosjektgruppemøter ved behov.

Styringsgruppen besto av klinikkssjefer for deltakende klinikker samt fagdirektør, samhandlingsdirektør og økonomisjef, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant. Det ble i tillegg opprettet et **prosjektkontor**, som sørget for effektiv fremdrift i prosjektet.

¹ [Prosjektrapport "Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital"](#)

² [Prosjektrapport "Dagens bruk og fremtidig bruk av pasienthotell"](#)

³ [Prosjektrapport "Utredningsoppdrag. Bruk av pasienthotell koblet opp mot drift av senger i sykehuset"](#)



Figur 1. Prosjektorganisering

2.2. Kommunikasjonsplan

Prosjektkontoret hadde et stort fokus på å informere godt og bredt i organisasjonen om prosjektet:

- Klinikkrunde – informasjonsmøter i deltakende klinikker
- Informasjonsskriv:
 - Til leger og andre interessenter i deltakende klinikker
 - Til personell på lettposten
 - Til pasienter som skulle flyttes fra sykehuset til lettposten
 - Til pasienter på lettposten (ark på alle pasientrom med praktisk informasjon)
- Informasjonsmøter med:
 - Hotell St. Olav
 - Driftsservice
 - Klinik for kliniske servicefunksjoner
 - Hovedbrannvernleder
 - Seksjon for smittevern
 - Resusciteringsutvalget
 - Recovery AHL
 - Recovery BVS
 - Intakskontor Kirurgisk klinikk
 - Intakskontor Ortopedisk avdeling
 - Seksjonsledere gastroenterologisk kirurgi
 - Vardesenteret
- Erfaringsmøte om bruk av pasienthotell 28.11.18 med deltakere fra sykehus og hotell i Trondheim, Oslo, Stavanger og Tromsø
- Introduksjonsmøte med de ansatte på lettposten
- Medieoppslag:
 - Kilden og Stolav.no 02.11.18
 - Adresseavisen 12.11.18



Figur 2. Oppslag på stolav.no og Adresseavisen

2.3. Driftsmessig organisering

Lettposten er organisert som en seksjon i Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, Ortopedisk avdeling sykepleie. Prosjektgruppen anbefaler at lettposten fortsetter å være organisert under én klinikk som i dag, fortrinnsvis Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer som har driftet lettposten både under piloten og under dette prosjektet. Det vil medføre mye merarbeid å flytte denne organiseringen til en annen klinikk.

2.4. Reforhandlet avtale med Norlandia Care

Det ble avholdt forhandlingsmøte med Norlandia Care⁴ 9. oktober 2018. Tema for forhandlingene var prolongering av driftsavtale med følgende endringer⁵:

- Redusert pris per rom på lettpost og på øvrige hotellrom (inkl. barsel)
- Investering i nye møbler i hotellets 1., 2., 3. og 5. etasje, finansiert av Norlandia
- Ny prosedyre for overflytting av pasienter til samarbeidende hotell

Forhandlingsutvalget så seg fornøyd med resultatet av forhandlingene, og avtalen med Norlandia Care om drift av pasienthotellet ble prolongert ut 2021.

3. Gjennomføring

3.1. Prosjektmøter

Følgende prosjektmøter har vært avholdt:

- 5 styringsgruppemøter i perioden oktober 2018 til mai 2019.
- Prosjektgruppemøter to ganger per måned i perioden september-desember 2018 og én gang i måneden i perioden januar-april 2019.
- Daglige Skype-møter gjennom hele prosjektperioden. Disse ble i løpet av perioden slått sammen med det sykehusovergrepene beleggsmøtet, men deltakelsen i disse møtene har vært lav og prosjektgruppen har ikke opplevd møtene som hensiktsmessige.

3.2. Bemanning

Lettposten har hatt følgende bemanning i prosjektperioden:

- Seksjonsleder
- Assisterende seksjonsleder i 50 % stilling fra 03.12.18
- 0,3 årsverk klinisk ernæringsfysiolog
- 13,3 årsverk sykepleiere
- 2,8 årsverk helsefagarbeidere

Lettposten har en bemanningsfaktor på 0,89.

⁴ Norlandia Care A/S er leverandør av drift på Hotell St. Olav

⁵ Den reforhandlede avtalen finnes i arkivsystemet ESA under saksnummer 10/4303

Sykepleiere og helsefagarbeidere

Ansettelse av sykepleiere og helsefagarbeidere til lettposten startet i september 2018, og ved åpning av lettposten i november var alle 25 ansatte på plass. Tillitsvalgte fra Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet deltok i ansettelsesprosessen, samt i drøftinger og godkjenning av turnus.

Følgende bemanningsplan ble benyttet frem til februar 2019:

Tabell 1. Bemanningsplan nov. 2018 til feb. 2019

Vakt	Tid	Man.	Tir.	Ons.	Tor.	Fre.	Lør.	Søn.
Leder	07.00-15.15	1	1	1	1	1	0	0
Ass. leder/fagsykepleier	07.15-15.15	1	0	1	0	1 (hv. 2. uke)	0	0
Dagvakt sykepleier	07.15-15.15	4	4	4	4	4	1	1
Dagvakt helsefagarbeider	07.15-15.15	1	1	1	1	1	0	0
Mellomvakt sykepleier	12.00-20.00	1	1	1	1	1	0	0
Senvakt sykepleier	15.00-22.15	2	2	2	2	2	1	1
Senvakt helsefagarbeider	15.00-22.15	1	1	1	1	1	0	0
12-timers sykepleier	07.15-19.30	0	0	0	0	0	1	1
12-timers helsefagarbeider	07.15-19.15	0	0	0	0	0	1	1
Nattevakt sykepleier	22.00-07.30	2	2	2	2	2	1	1
12-timers nattevakt sykepleier	19.15-07.30	0	0	0	0	0	1	1

Underveis i prosjektet så man behov for noen justeringer på bemanningsplanen. Mellomvakten ble endret til senvakt fra februar 2019 grunnet behov for styrking av personell på senvakter:

Tabell 2. Bemanningsplan feb.-jun. 2019

Vakt	Tid	Man.	Tir.	Ons.	Tor.	Fre.	Lør.	Søn.
Leder	07.00-15.15	1	1	1	1	1	0	0
Ass. leder/fagsykepleier	07.15-15.15	1	0	1	0	1 (hv. 2. uke)	0	0
Dagvakt sykepleier	07.15-15.15	4	4	4	4	4	1	1
Dagvakt helsefagarbeider	07.15-15.15	1	1	1	1	1	1	1
Senvakt sykepleier	15.00-22.15	3	3	3	3	3	1	1
Senvakt helsefagarbeider	15.00-22.15	1	1	1	1	1	0	0
12-timers sykepleier	07.15-19.30	0	0	0	0	0	1	1
12-timers helsefagarbeider	07.15-19.15	0	0	0	0	0	1	1
Nattevakt sykepleier	22.00-07.30	2	2	2	2	2	1	1
12-timers nattevakt sykepleier	19.15-07.30	0	0	0	0	0	1	1

Antall årsverk helsefagarbeidere ser ut til å være passelig, men det finnes et potensiale med tanke på hvilke arbeidsoppgaver de skal utføre. Sykepleierne bruker mye tid på å koordinere legevisitter, pasientreiser og telefonsamtaler, noe som går utover tiden som ideelt sett skulle ha vært brukt til pasientkontakt. Med ytterligere opplæring og sertifisering kan blant annet disse arbeidsoppgavene utføres av helsefagarbeiderne.

Det er behov for å styrke sykepleierbemanningen med 1 årsverk. Det er stor aktivitet på lettposten mellom klokken 13.00 og 21.00. De fleste pasienter får sein visittgang, og avklaring om utskriving og videre behandling blir ofte avgjort seint på dagen. Dette forsinker utskrivinger og mottak av nye pasienter til og fra lettposten. På kvelden kommer også en del pasienter som skal klargjøres til neste

dags operasjon, undersøkelse eller behandling. På vaktene i helgene genereres mye jobb rundt visittgang, inn- og utskrivning av pasienter, medisinerer, pleie og omsorg, og oppfølging av pasienter. Den ene sykepleieren på jobb har ansvar for drift/koordinering av avdelingen, noe som ofte er en tidkrevende jobb og er utfordrende når man har mange andre oppgaver.

Anbefalinger:

Det anbefales en styrkning med 1 årsverk⁶ dersom lettposten videreføres. Seksjonsleder på lettposten har utarbeidet en anbefalt bemanningsplan. På mandag morgen er pasientantallet fortsatt 16, så dagvakt kan eventuelt endres til en mellomvakt for å styrke ettermiddag og kveld. Dette innebærer en styrkning av 1 sykepleier på mellomvakt mandag til og med torsdag. På fredag er det ikke samme behov for mellomvakt ettersom antall pasienter er redusert til 16. Det anbefales også å styrke lørdag og søndag med 1 sykepleier på dagvakt.

Tabell 3. Anbefalt bemanningsplan ved videreføring av lettposten

Vakt	Tid	Man.	Tir.	Ons.	Tor.	Fre.	Lør.	Søn.
Leder	07.00-15.30	1	1	1	1	1	0	0
Ass. leder/fagsykepleier	07.15-15.15	0	1	1	0	1 (hv. 2. uke)	0	0
Dagvakt sykepleier	07.15-15.15	4	4	4	4	4	2	2
Dagvakt helsefagarbeider	07.15-15.15	1	1	1	1	1	0	0
Mellomvakt sykepleier	12.00-20.00	1	1	1	1	0	0	0
Senvakt sykepleier	15.00-22.15	3	3	3	3	3	1	1
Senvakt helsefagarbeider	15.00-22.15	1	1	1	1	1	0	0
12-timers sykepl.	07.15-19.30	0	0	0	0	0	1	1
12-timers helsefagarbeider	07.15-19.15	0	0	0	0	0	1	1
Nattevakt sykepleier	22.00-07.30	2	2	2	2	2	1	1
12-timers nattevakt sykepleier	19.15-07.30	0	0	0	0	0	1	1

Prosjektgruppen anbefaler også at det opprettes kombinasjonsstillinger for helsepersonell, innenfor den klinikken som blir ansvarlig for drift av lettposten.

Helsefagarbeiderne sertifiseres til flere arbeidsoppgaver enn de har i dag for å bistå sykepleierne i større grad.

Legeressurs

Klinikkene ble før prosjektstart informert om at visittgang kunne legges opp på den måten som passer best for den enkelte avdeling. Flere muligheter har vært tilgjengelig:

- Pasienten møter på moderavdeling for visitt
- Lege møter på lettposten for visitt
- Visitt via telefon
- Visitt via videosamtale (Skype)

⁶ Det bemerkes også at det må påberegnes ytterligere årsverk om Spekters avtale med NSF om vekting av F3-vaktene av 14.04.2018 trer i kraft. Vi har etterspurt hva dette innebærer for oss, men har ikke fått svar på dette.

Av disse alternativene er det de to første som har vært benyttet. Legetjenesten fra flere klinikker har gitt tilbakemeldinger om at det er tidkrevende og upraktisk for dem å gå visitt på lettposten, på grunn av avstand mellom moderavdeling og pasienthotellet. Enkelte har også opplevd det som upraktisk å vente på pasienter når disse skal komme til visitt på moderavdeling. Mye av dette kunne ha vært unngått om man hadde benyttet seg av mulighetene som finnes for visitt via telefon og videosamtale. Lettpostens ansatte har opplevd at det har vært en del uklarheter omkring visitt og at dette har ført til mange telefonsamtaler. Det har hendt at pasienter på lettposten har blitt glemt av lege på moderavdeling.

Dersom det var en egen legeressurs tilknyttet lettposten ville det avlaste leger på moderavdelingene. En lege på lettposten kunne gå visitt, gjøre forordninger, justering av væskebehandlinger mm. Personellet på lettposten ville kunne få svar og avklaringer fortløpende uten å måtte henvende seg til moderavdeling til stadighet. Dette ville lette arbeidet både for personellet på lettposten og for sykepleiere på moderavdelinger. En legeressurs på lettposten kan utgjøre en økt trygghet og kvalitet for pasientene, samtidig som raskere avklaringer vil kunne gi en reduksjon i liggetid.

Anbefalinger:

- Det tilknyttet en erfaren LIS-lege til lettposten som går visitt 2,5 timer per dag i hverdager og 1,5 timer per dag på helg
- Visitt via telefon og videosamtale tas i bruk.

Klinisk ernæringsfysiolog

Lettposten har hatt en klinisk ernæringsfysiolog i 30 % stilling i prosjektperioden.

Ernæringsfysiologen har i januar-mars 2019 hatt 15-18 pasientkonsultasjoner per måned, noe færre i 2018. Pasientkonsultasjonene har hovedsakelig bestått av tett oppfølging av ernæringsssituasjonen til langliggere, samt noen enkeltkonsultasjoner om sykdomsrelatert underernæring og gastrokirurgiske inngrep. I tillegg til pasientkonsultasjoner har ernæringsfysiologen gjennomført opplæring i og oppfølging av ernæringscreeninger, samt opplæring til pleiepersonell om ernæringsbehandling ved ulike tilstander og ulike ernæringsprodukter. Hun har også fulgt opp lagerstatus på næringsdrikker og sondeernæring, samt hatt samarbeidsmøter med kjøkkenpersonell.

Dette er en kapasitet som ikke hadde eksistert dersom lettposten ikke hadde hatt en egen klinisk ernæringsfysiolog. Klinikken for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer bekrefter at strålepasienter som har ligget på lettposten har blitt fanget opp tidligere enn før ved redusert matlyst/vektreduksjon og at dette har gjort det lettere å sette inn tiltak.

Seksjonsleder på lettposten ser denne ressursen som verdifull, men vurderer stillingen til å være noe høyere enn nødvendig. Med den pasientsammensetningen lettposten har i dag kan man redusere fra 0,3 årsverk til 0,2 årsverk klinisk ernæringsfysiolog. Dette vil dekke 1,5 timer tilstedeværelse av klinisk ernæringsfysiolog per uke.

Fysioterapi

Lettposten har ikke hatt egen fysioterapeut, men Klinikken for kliniske servicefunksjoner har levert fysioterapitjenester til pasienter på lettposten etter henvisninger. I hovedsak gjelder dette ortopediske pasienter. For fysioterapitjenesten har det vært en utfordring å betjene lettposten fordi de allerede er bundet opp i mange pasientforløp både ved sengeposter og poliklinikker.

Anbefalinger:

- Stilling til klinisk ernæringsfysiolog reduseres fra 30 % til 20 %
- Det opprettes en 20 % stilling til fysioterapeut på lettposten

3.3. Pasientgrupper og kriterier

Det ble tidlig i prosjektperioden utarbeidet en EQS-prosedyre⁷ som beskriver inklusjons- og eksklusjonskriterier for pasienter til lettposten samt fremgangsmåte for overføring av pasient til lettposten. Følgende kriterier skal være oppfylt for at en pasient betraktes som egnet for lettposten:

- Er medisinsk avklart eller har en avklart plan for utredning.
- Har en dokumentert behandlingsplan (journalnotat lege) i DocuLive.
- Er orientert for tid og sted.
- Tilhører en somatisk avdeling og er over 16/18 år (dvs. oppfyller moderavdelings definisjon av «voksen»).
- Pasienten må kunne gå til toalettet selv med eller uten hjelpemidler.
- Dersom pasienten ikke er i stand til å spise i hotellets restaurant, må dette avklares med ansvarshavende på lettposten.
- NEWS-score under 3.
- Smittebærende pasienter med ESBL eller pseudomonas som er kolonisert kan vurderes: egne retningslinjer er utarbeidet fra smittevern.
- Pågående kontrollert infeksjon og ab-iv.

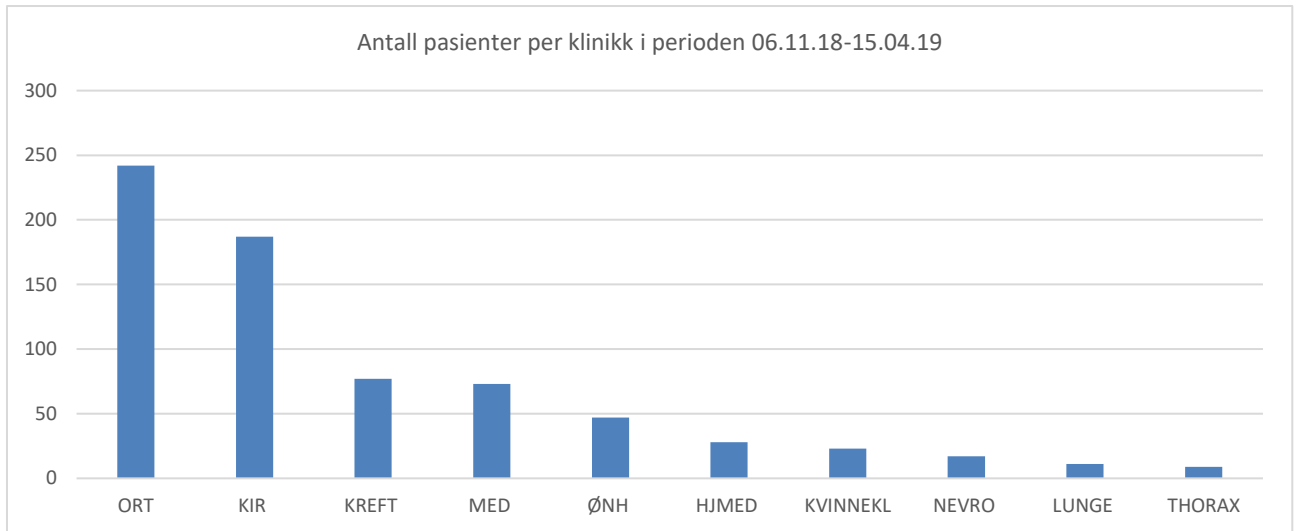
Følgende punkt ekskluderer pasient fra å kunne overføres til lettposten:

- Rus og psykiatriske utfordringer.
- Kontinuerlig surstoff i vegg (har kun kolbe).
- Ukontrollert siv i bandasje fra operasjonssår.
- Pasienten har kontakt- og dråpesmitte.
- Pasienten trenger scop-overvåkning.
- NEWS-score på 3 eller høyere.

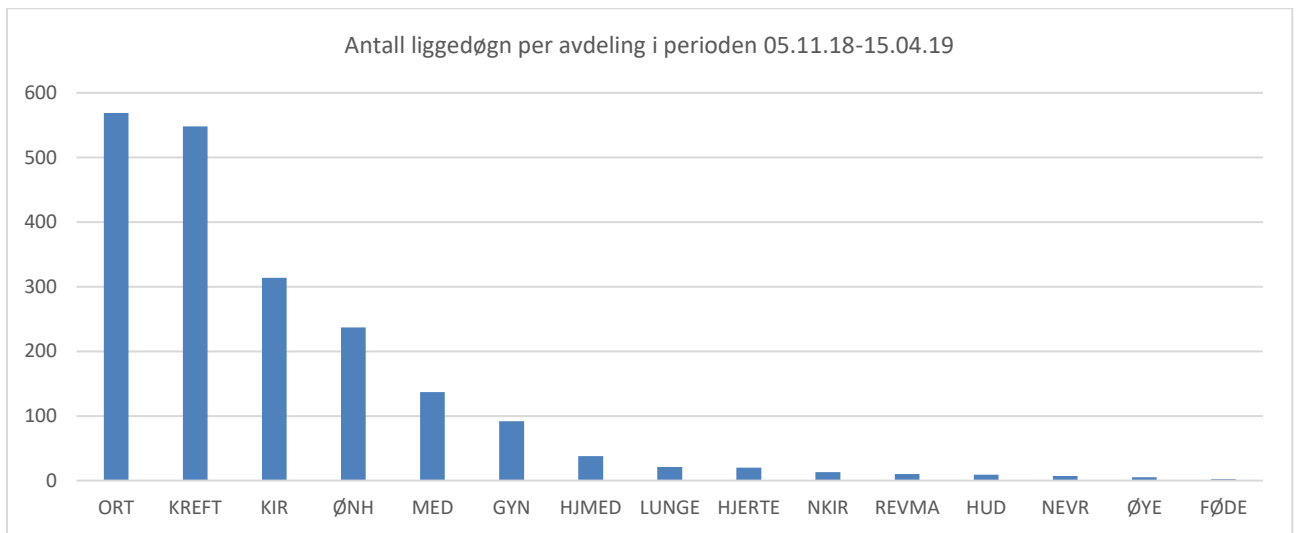
01-registerte pasienter på lettposten har fungert bra så lenge øvrige kriterier er oppfylt.

Figur 3 og 4 viser hvordan antall pasienter og liggedøgn på lettposten har fordelt seg per klinikk/avdeling, og gir et bilde av hvilke avdelinger som har benyttet lettposten mest.

⁷ [EQS-prosedyre 39607 «Felles lettpost på pasienthotellet – bestilling og bruk»](#)



Figur 3. Antall pasienter per klinikk i perioden 06.11.18-15.04.19. Kilde: manuelle tellinger fra seksjonsleder på lettposten



Figur 4. Antall liggedøgn per avdeling i perioden 05.11.18-15.04.19. Kilde: Korpas-rapporten, korrigert med manuelle tellinger fra seksjonsleder på lettposten

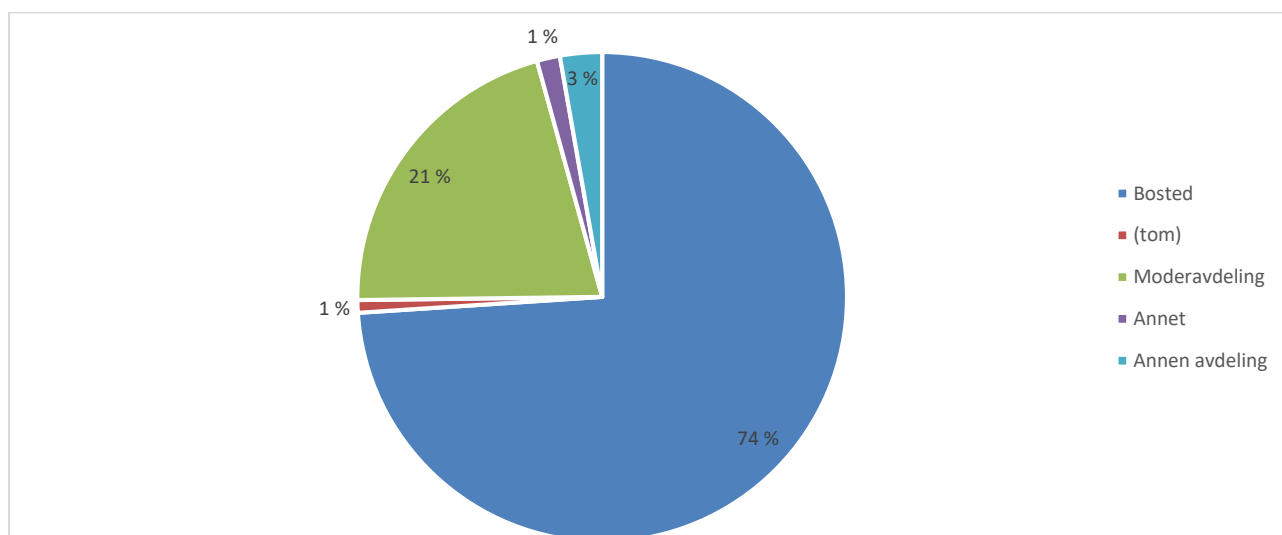
Tilbakemeldinger fra avdelingene sier at kriteriene oppleves som for strenge, og dermed ekskluderer mange pasienter som avdelingene selv vurderer til å egne seg godt for lettposten. De ansatte på lettposten har derimot opplevd at de i perioder har hatt pasienter med større pleiebehov enn lettposten er bemannet for. I tillegg har de opplevd at avdelingene har underkommunisert pasienters pleiebehov og at det viser seg etter overflytting at disse pasientene ikke var egnet for lettposten.

Det har vært én hendelse hvor stansteam har rykket ut til pasient på lettposten.

Prosjektgruppen har jobbet kontinuerlig med å identifisere aktuelle pasientgrupper til lettposten. Medisinsk klinikk, Klinikk for hjertemedisin og Klinikk for lunge- og arbeidsmedisin mener at de har tatt ut sitt potensiale i pasientgrunnlag til lettposten i prosjektperioden innenfor de kriterier som er satt. Kreftklinikken, Klinikk for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer og Kirurgisk klinikk ser at det fortsatt kan være noe mer å hente. Mye av dette handler om å få en større andel av legetjenesten med på tanken om å overføre pasienter til lettposten.

Prosjektet har foreslått at friske, ASA1 appendisitter kan ligge på lettposten postoperativt, for å frigjøre senger på obs-enheten, men dette har ikke blitt gjennomført. Man har også tenkt seg at egnede pasienter kunne overføres direkte til lettposten med portør (i stedet for sykepleier) fra Recovery AHL, heller ikke dette har blitt gjennomført. Prosjektgruppen mener fortsatt at foreslått praksis er gjennomførbart og forsvarlig, selv om det ikke har blitt gjennomført i prosjektet.

Klinikk for hjertemedisin mente ved oppstart av prosjektet at pasientgrunnlaget for å overføre til lettposten ville være langt større dersom det var muligheter for telemetriovervåking. En investering i 6 telemetrienheter ble anslått til å koste om lag kr. 550 000 ekskl. MVA. Det ble besluttet at man ikke skulle gjøre denne investeringen for prosjektperioden, men at Klinikk for hjertemedisin skulle holde en løpende oversikt over hvor mange pasienter per dag som kunne vært på lettposten i perioden dersom det hadde vært telemetri der. På grunnlag av dette skulle man kunne gi en anbefaling om hvorvidt man burde investere i telemetri ved en eventuell videreføring av lettposten. Når klinikken blir bedt om å evaluere dette i slutten av april 2019 svarer de at de ikke mener det er grunnlag for å investere i telemetri, da dette ikke vil påvirke deres bruk av lettposten i vesentlig grad. Dette i hovedsak fordi lettpostens beliggenhet er for langt unna klinikkens arealer i AHL. Potensialet for antall pasienter som kunne ha egnet seg for lettposten med telemetriovervåking er ikke kartlagt.



Figur 5. Destinasjon etter opphold på lettposten. Kilde: manuell registrering gjennomført av seksjonsleder på lettposten

Figur 5 gir en oversikt over hvordan utreisedestinasjon fordeler seg for pasienter som har vært på lettposten. 74 % av pasientene reiser hjem. En stor andel, 21 %, overføres tilbake til avdelingen de kom fra. Mange av disse overføringene dreier seg om at pasienter som skal til operasjon må innom sengepost før og etter operasjon. I fremtiden kan turen via sengepost preoperativt unngås ved at personell på lettposten bringer pasienten til operasjon. Dette forutsetter at antallet klinikker som benytter lettposten begrenses, og at det i deltakende klinikker med kirurgisk virksomhet så langt som mulig utarbeides felles preoperative forberedelser.

Anbefaling:

- Antall deltakende klinikker/pasientgrupper som kan overføres til lettposten begrenses.
- Kompetansen blant de ansatte på lettposten konsentreres om utvalgte pasientgrupper.

- Inklusjons- og eksklusjonskriteriene spisses og tydeliggjøres i samarbeid med aktuelle klinikker/avdelinger.
- Lettpostens personell bringer pasienter til operasjon direkte fra lettposten, dette forutsetter at det utarbeides felles preoperative forberedelser for deltakende klinikker med kirurgisk virksomhet.

3.4. Dimensjonering og drift

Lettposten er etablert i 3. etasje ved Hotell St. Olav. Denne etasjen består av 24 hotellrom, 1 lite vaskerom og 1 lite rom for oppbevaring av sengetøy. 5 rom benyttes som støtterom, og 19 rom benyttes som pasientrom. På helg og i høytider (jul og påske) reduseres sengetallet til 16.

Da lettposten åpnet 5. november 2018 startet man med å åpne 10 senger, og sengetallet ble gradvis trappet opp til full drift i løpet av de første 10 dagene. Dette fordi det tok mer tid enn planlagt å få alt av utstyr og tilganger på plass, og personellet hadde behov for noe tid til å bli kjent med posten og pasientgruppene.

I prosjektperioden har posten vært drevet som 7-døgnspost og hatt åpent jul og påske. Det er vedtatt å stenge posten i en periode på 8 uker sommeren 2019 uavhengig av eventuell beslutning om videreføring⁸. Dette fordi det ikke er besluttet hvorvidt lettposten skal videreføres etter 15. juni, samtidig som det er en mangel på tilgang på ferievikarer generelt på sykehuset. De fleste av de ansatte på lettposten vil i denne perioden gå inn i sykehusets sengeposter som ferievikarer. Dette gir en verdifull kapasitet til avdelingene samtidig som det gir de ansatte på lettposten et fint faglig påfyll å jobbe en periode på sengepostene.

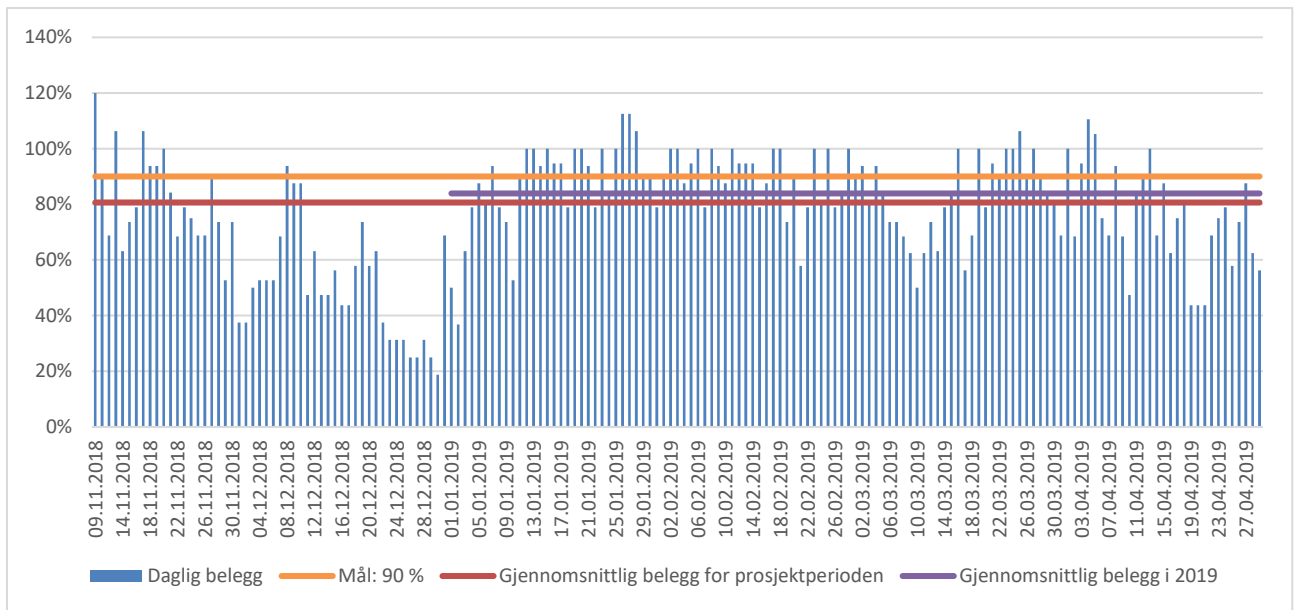
Belegget på lettposten har gjennomgående vært rimelig høyt, med en del svingninger som ikke er helt ulike de svingninger man ser på belegget innenfor somatiske sengeposter ved St. Olav. Dette kan tyde på at lettposten blir benyttet mer i perioder hvor det er fullt på sengepostene⁹. I 2019 har gjennomsnittlig belegg vært på 84 %, ikke langt under målet på 90 %¹⁰.

Driftsstatistikken viser dermed at det finnes pasientgrunnlag for lettposten. Vi bør utvise noe forsiktighet når vi trekker konklusjoner, da prosjektet har vært gjennomført i en høysesong og det er vanskelig å si om man kan generalisere til hele året. Det er også vanskelig å tallfeste lettpostens innvirkning på sykehusets belegg, men det er rimelig å anta at sykehusbelegget hadde vært verre i perioden dersom lettposten ikke eksisterte. Både Ortopedisk avdeling og Kreftklinikken har bekreftet at de har vært avhengige av lettposten, og at de måtte ha utlokalisert flere pasienter i perioden om lettposten ikke hadde eksistert.

⁸ Vedtak finnes i arkivsystemet ESA under saksnummer 17/11862-26

⁹ Kilde: [Elektronisk KORPAS-rapport](#)

¹⁰ Kilde: Tall fra KORPAS-rapporten korrigert med manuelle tellinger fra seksjonsleder på lettposten



Figur 6. Belegg på lettposten nov. 2018 - apr. 2019. Kilde: Tall fra KORPAS-rapporten korrigert med manuelle tellinger fra seksjonsleder på lettposten

I tillegg til at lettposten skulle forbedre sykehusets beleggssituasjon, har et viktig mål vært å bidra til å redusere antall utlokaliserte pasienter. Det finnes dessverre ikke datagrunnlag til å måle effekten på dette området, men rent teoretisk er det rimelig å anta at en kapasitetsøkning som lettposten utgjør bør ha en positiv virkning.

Prosjektgruppen har gjort en løpende vurdering av hvorvidt lettposten er dimensjonert med et tilstrekkelig antall rom, eller om lettposten burde utvides til en ekstra etasje. I løpet av prosjektperioden har avdelingene meldt inn 63 pasienter som kunne ha vært på lettposten, men som ikke fikk plass fordi det var fullt. Av dette konkluderer vi at én etasje er tilstrekkelig og at det ikke er grunnlag for å utvide til en ekstra etasje.

Anbefaling:

Det anbefales at lettposten fortsetter med 7-døgnsdrift. Mange av pasientene på lettposten har lang liggetid, og det er ikke ønskelig å måtte flytte disse til sengepost i helgene. Dette av hensyn til både pasientene selv, og til sengepostene som ofte er fulle i utgangspunktet. 7-døgnsmodellen vil gi en mer forutsigbar drift både for lettposten og for sykehuset for øvrig. Helgebelegget i prosjektperioden viser også at det er grunnlag for å holde lettposten åpen på helg.

Dersom lettposten videreføres på permanent basis bør det gjøres en vurdering av åpning i jul og påske. Belegget var lavt julen 2018, men på dette tidspunktet var lettposten i en innkjøringsfase. Det er vanskelig å konkludere hvorvidt belegget skyldes at lettposten var så ny, om det skyldtes lavt sengebehov eller om det skyldtes helt andre faktorer. Man bør derfor være forsiktig med å generalisere ut fra denne ene julen. Belegget var høyere påsken 2019, men også her anbefaler vi at det gjøres en vurdering basert på flere års erfaringer.

Det anbefales å stenge lettposten i sommerferier for å avhjelpe sykehusets avdelinger med ferievikarer og for å gi de ansatte på lettposten en god fagutvikling.

3.5. Samarbeid med Hotell St. Olav

Prosjektkontoret har hatt et svært godt samarbeid med daglig leder ved pasienthotellet gjennom hele prosjektet.

Personellet på lettposten er meget fornøyd med samarbeidet med hotellets renholdere og resepsjon. Samarbeidet med kjøkkenpersonell på pasienthotellet har vært spesielt viktig med tanke på tilrettelegging av kost til pasienter med ernæringsproblematikk. I det store og hele har dette fungert bra. Kjøkkenpersonalet er positive til å lage spesialkost, men trenger litt forvarsel. De har derimot ikke noe næringsberegning på maten de lager, noe som gjør det vanskelig å sikre mest mulig riktig sammensatt kost til pasientene med behov for spesialkost. Vi bør jobbe for et enda bedre samarbeid mellom kjøkkenet på hotellet, avdelingen og sykehuskjøkkenet.

3.6. Fasiliteter og infrastruktur

Teknisk infrastruktur

Mye teknisk infrastruktur/IKT-systemer skulle på plass i forbindelse med opprettelse av lettposten:

- PAS-enhet
- RESH-id
- Klinisk arbeidsflate/MyWay2PAS
- DocuLive-tilgang og andre IT-tilganger
- Imatis
- IP-telefoni
- Rørpost
- Pc-er med Puls Standard (det var planlagt å bruke Puls Sprint, men på grunn av at talegjenkjenning ikke fungerte på Sprint ble Puls Standard tatt i bruk i stedet)

Det var en svært krevende prosess å få alle disse systemene på plass, og problemer vedvarte flere uker etter oppstart av lettposten. Ustabilitet på telefonlinjene har vedvart gjennom hele prosjektperioden, selv etter at IP-telefonene ble byttet til ny modell.

Pasientrom og støtterom

19 rom ble brukt til pasientrom. Alle pasientrom har blitt utstyrt med hev- og senkbare sykehussenger, hanskeholdere og spritdispensorer. I tillegg har rommene fått nye møbler og gardiner i forbindelse med prosjektet¹¹.

5 rom ble benyttet til støtterom:

- 1 låsbart medikamentrom
- 1 lagerrom
- 1 dokumentasjonsrom
- 1 kontor/lager
- 1 pauserom

Disse rommene er innredet for bruk i prosjektperioden, men ikke optimalisert for permanent drift.

¹¹ Finansiert av Norlandia, etter avtale i forhandlingsmøte 09.10.18

Anbefalinger:

Ved permanent drift av lettposten er det nødvendig med utbedringer av både pasientrom og støtterom. Dette er spesifisert i vedlegg 1.

4. Økonomi

Tabell 4 viser budsjett og regnskap for lettposten til og med mars 2019, og summerer kostnader for lettposten både med og uten leiepris og fullpensjon.

Tabell 4. Regnskap november 2018 – mars 2019

	Faktisk 2018	Faktisk jan- mars 2019	Budsjett jan- mars 2019	Avvik jan- mars 2019	Faktisk TOTALT
Legemidler	- 17 700	- 76 905	- 32 965	- 43 940	- 94 606
Instrumenter	- 292				- 292
Laboratorierekvisita	- 10 215	- 5 828		- 5 828	- 16 044
Infusjons- og skyllevæsker	- 4 106	- 9 788	- 32 965	23 177	- 13 895
Andre medisinske forbruksvarer	- 104 547	- 81 428	- 87 905	6 477	- 185 975
Tekstiler	- 867	- 832		- 832	- 1 699
Frakt, toll og spedisjon	- 7 755	- 160		- 160	- 7 915
Diverse andre forbruksvarer	- 16 919	- 16 537	- 65 928	49 391	- 33 456
Lønnskostnad	- 3 073 860	- 4 285 241	- 4 167 395	- 117 846	- 7 359 101
Leie MTU, maskiner, inventar o.l.	- 594	- 534		- 534	- 1 128
Utstyr og driftsmaterialer	- 646 237	- 846	- 70 658	69 813	- 647 083
Andre driftskostnader	- 14 242	- 5 391		- 5 391	- 19 632
Bemanningscenter	- 18 506	- 255 641		- 255 641	- 274 147
Kundesenteret	- 109 944	- 179 573	- 270 532	90 959	- 289 517
Logistikk og Forsyning	- 12 077	- 56 696		- 56 696	- 68 772
Mat og Cafe	- 17 943	- 21 371		- 21 371	- 39 314
Medisin Teknisk	- 26 061				- 26 061
Resultat ekskl. Norlandia	- 4 081 866	- 4 996 771	- 4 728 349	- 268 422	- 9 078 636
Norlandia (Mat- og drikkevarer)	- 476 391	- 699 250	- 697 680	- 1 570	- 1 175 641
Norlandia (Leie lokaler)	- 1 435 098	- 2 115 022	- 2 115 072	50	- 3 550 120
Resultat inkl. Norlandia	- 5 993 355	- 7 811 043	- 7 541 101	- 269 942	- 13 804 398

Jon Magnussen ved RSHU har gjennomført en vurdering av økonomiske konsekvenser av lettposten. Rapport for dette arbeidet finnes i sin helhet i vedlegg 3, og oppsummeres her:

Generelt vil en lettpost representere en økonomisk innsparing *relativt til å ha den samme pasienten på en ordinær sengepost* grunnet forskjeller i bemanning mellom de to formene for drift. En driftsmodell hvor et pasientforløp kan deles mellom ulike behandlingsnivå innen sykehuset vil derfor kunne forventes å være økonomisk gunstig *per se*. Regnskap og aktivitetstall for perioden januar-mars 2019 gir en gjennomsnittlig kostnad pr oppholdsdøgn på ca. 5 200 kroner. Dette er ikke mye høyere enn den kommunale betalingen for ferdigbehandlede pasienter, og godt under kostnadene ved sengeavdelingene.

Det er også forskjell på gevinster i form av endret *kostnadsnivå* og gevinster i form av reduserte *totale kostnader*. De samlede økonomiske konsekvensene av en lettpost vil avhenge av om lettposten *erstatte* eller *kommer i tillegg til* eksisterende sengekapasitet. I det første tilfellet vil man forvente en netto økonomisk gevinst fordi den samme pasientbehandlingen kan gjennomføres med mindre bruk av arbeidskraft, og dermed lavere kostnader. I det andre tilfellet vil man få økte kostnader knyttet til lettposten, og spørsmålet er om disse motsvares av reduserte kostnader i de ordinære sengeavdelingene.

For de avdelingene som avgir pasienter til en lettpost vil det bli en (eller flere) ledige senger. Disse kan fylles med nye, potensielt mer ressurskrevende pasienter. For avdelingen (og sykehuset) vil dette dermed kunne innebære økte kostnader. Dette vil være en kostnadsøkning som skyldes økt aktivitet, som igjen skyldes økt kapasitet. En slik kostnadsøkning er dermed ikke et resultat av lettpost *som driftsform*, men av at sykehuset øker sin samlede behandlingsskapasitet.

Den budsjettmessige effekten for sykehuset vil også avhenge av inntektsøkninger som følge av en eventuell økt aktivitet. Hvor stor den samlede budsjetteffekten vil være vil også avhenge av forholdet mellom marginalkostnaden ved økt aktivitet og ISF satsen. Vi har ikke data som gjør det mulig å vurdere verken marginalkostnader eller endring i ISF inntekter som følge av innføring av lettposten. Vi har benyttet data for månedene januar til mars (fram til påske) for årene 2016-2019. I tillegg er det sendt ut spørreskjema til seksjonsledere sykepleie og seksjonsoverleger. Vi har vurdert om det har skjedd endringer i beleggspersent, fravær og bruk av ekstrahjelp/vikarer etter innføring av lettpost. Vi trekker følgende konklusjoner:

- Det er ikke mulig å se endring i beleggspersent, fravær eller bruk av overtid/ekstrahjelp som kan henføres til bruk av lettposten.
- Vurderinger fra seksjonsledere for sykepleie gir ikke grunnlag for å si at lettposten har ført til mindre bruk av overtid eller ekstrahjelp ved sengeavdelingene.
- Verken sykepleieledere eller seksjonsoverleger er entydige i vurderingen av om lettposten har gitt merarbeid eller ikke.
- Seksjonsoverleger vurderer i større grad enn seksjonsleder sykepleie at lettposten har gitt bedre pasientflyt og sengekapasitet.
- Kostnaden pr liggedøgn ved lettposten er på rundt 5200 kroner, betydelig lavere enn gjennomsnittlig kostnad pr liggedøgn ved sykehuset og ikke langt unna satsen for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Finansiering ved en eventuell videreføring

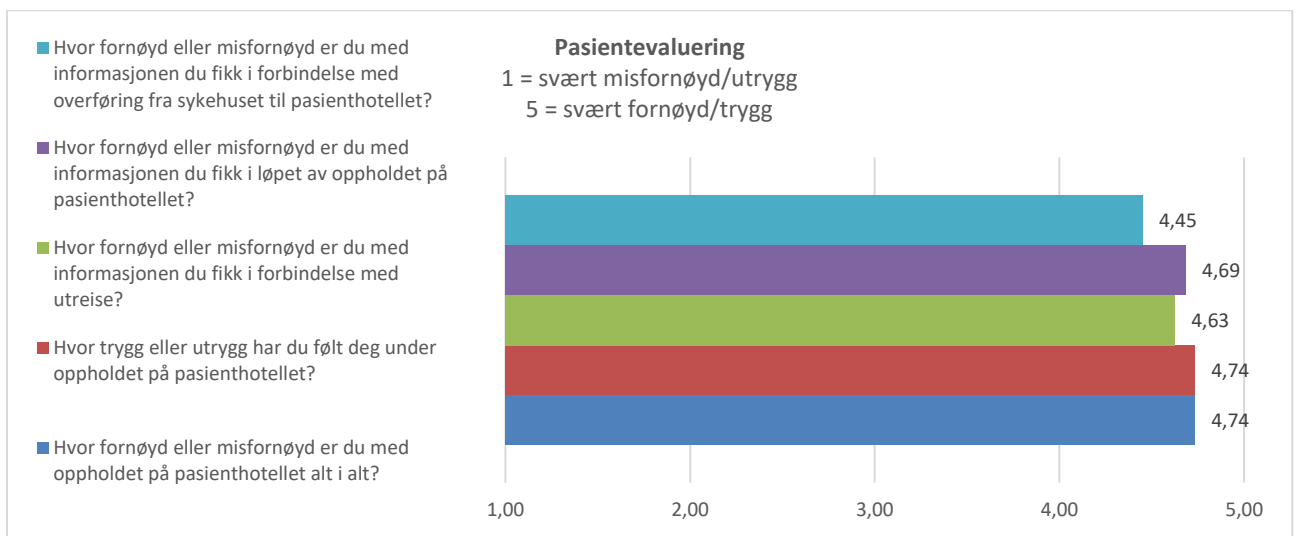
Hvordan lettposten skal finansieres ved en eventuell videreføring er et spørsmål som det må tas stilling til. Både prosjekt- og styringsgruppen er entydig på at dagens modell, med sentral finansiering, må videreføres.

5. Evaluering

5.1. Pasientenes evaluering

Alle pasientene som lå på lettposten i prosjektperioden ble bedt om å fylle ut et evalueringsskjema ved utreise. Av totalt 722 pasienter som hadde blitt utskrevet fra lettposten per 15. april var det 268 som hadde levert evaluering, noe som gir en svarprosent på 37 %.

Spørsmålene var formulert som vist i figur 5, med en svarskala fra 1 til 5, der 1 indikerte svært misfornøyd/svært utrygg og 5 indikerte svært fornøyd/svært trygg. Figur 7 viser gjennomsnittverdier for hvert spørsmål.



Figur 7. Pasientevaluering (n=268)

Pasientene evaluerer lettposten svært positivt; for alle spørsmålene ligger gjennomsnittverdien mellom 4 og 5 på en skala fra 1 til 5 der 5 er mest positivt. Dette illustreres av flere kommentarer notert i evalueringsskjemaets fritekst-felt:

«Har vært på denne lettposten i ca. 14 dager. En alle tiders plass å være på. Serviceinnstilte og kyndig personale/sykepleiere. Har hatt et flott opphold her. Så bra at jeg kommer til å savne mange av dem. Tusen takk for meg.»

«Her er en fin kombinasjon av faglig ekspertise og et tilnærmet normalt levesett. Trivdes godt her.»

«Synes at sykepleierne har vært utrolig snille og hjelpsomme. Første gang det nesten er litt trist å forlate et sykehus. Takk for meg!».

«Dette oppholdet har vært gull verdt for meg. Sykepleierne og hjelpepleierne har vært helt unike! Hjelpsomme, veldig serviceinnstilte og med et strålende godt humør til alle. Takk for at jeg var så heldig å få oppleve dette flotte lettpostprosjektet. La oss håpe at dere kan fortsette med dette til flere pasienter. Kjempegod mat!»

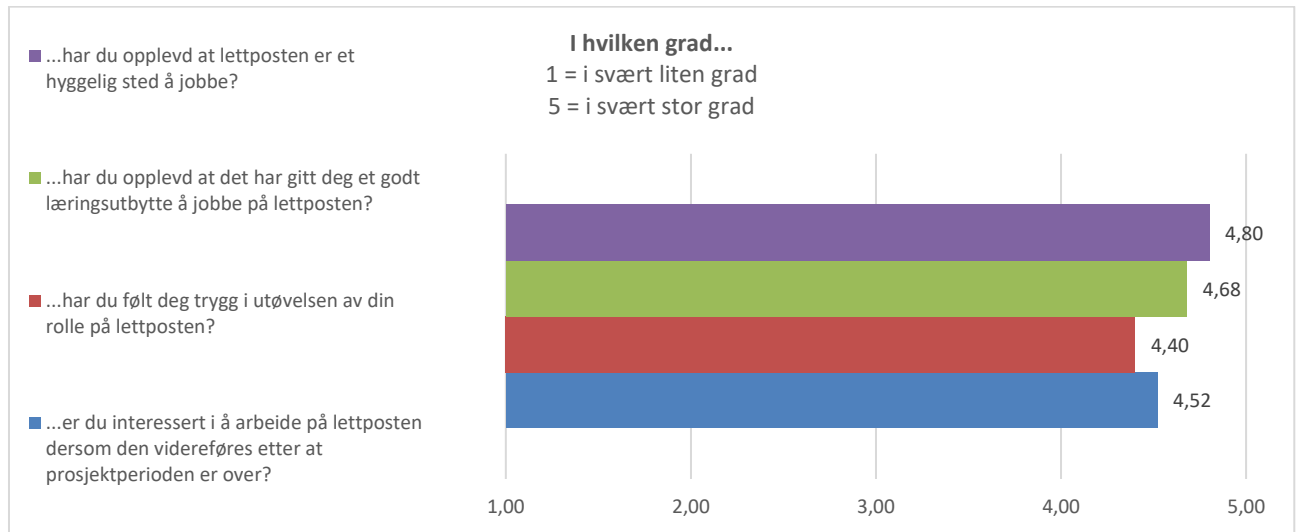
«Jeg håper St. Olavs hospital fortsetter med denne ordningen i fremtiden. Det var en kjempegod opplevelse for meg å bli flyttet fra ortopedisk sengepost til lettposten på hotellet. Veldig god kommunikasjon med sykepleiere da disse kunne fokusere på pasient i stedet for å gjøre masse annet som stjeler fokus. Høyt profesjonelt nivå på de som jobber her.»

«Denne posten må ALDRI bli nedlagt! Min mor har følt seg så trygg og ivaretatt og det har vært viktig i hennes rekonvalesens etter kreftoperasjon. Alle pleierne er så positive, dyktige, så veldig på tilbudssiden! TAKK!»

Samtidig har pasientene gitt tilbakemeldinger på noen områder som kan forbedres. Noen mener at kommunikasjonen fra moderavdeling til lettposten og til pasientene kunne vært bedre. Flere savner mer lys på rommet samt flyttbart nattbord ved sengen. Enkelte mener også at sengen er vond på grunn av dårlig madrass.

5.2. Evaluering fra personell på lettposten

Det har blitt gjennomført en evaluering blant de ansatte på lettposten, med 100 % svarprosent.



Figur 8. Medarbeidernes opplevelse av å jobbe på lettposten (n=25)

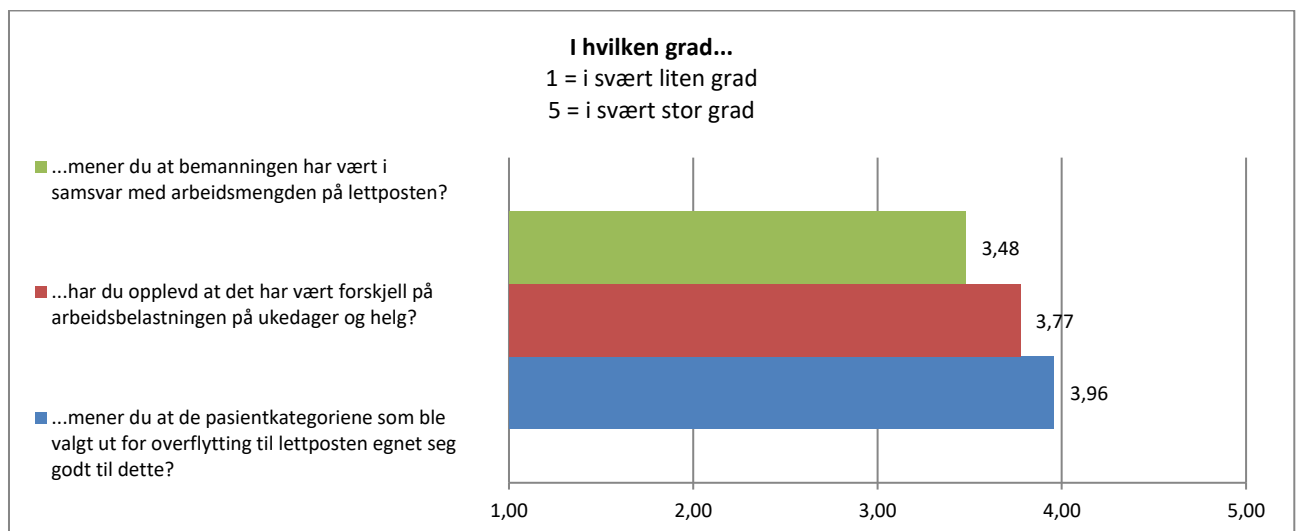
De ansatte er svært fornøyd med arbeidsmiljøet, og beskriver lettposten som en trivelig arbeidsplass:

«Flotte ledere som prøver å se sine ansatte. Hyggelige kolleger, som er med å løfte avdelingen.»

«Hyggelige medarbeidere. God og vennlig tone mellom kollegene. Mye humor. Lett å be om hjelp fra kollegene.»

«Flott med ernæringsfysiolog på posten.»

De fleste ønsker å fortsette å jobbe på lettposten dersom den videreføres.



Figur 9. Bemanning, drift og lokaliteter (n=25)

Figur 9 viser at de ansatte på lettposten ikke fullt ut mener at bemanningen har vært i samsvar med arbeidsmengden på lettposten, og at det har vært ulik arbeidsbelastning på ukedager og helg.

5.3. Evaluering fra klinikkene

Kliniksjefer i deltakende klinikker ble bedt om å evaluere lettposten via skjema sendt ut per epost. Følgende spørsmål skulle svares ut:

- Mener du at denne typen pasientbehandling og organisering er fremtiden i din klinikk?
- Har din klinikk egnet pasientgrunnlag for å opprette permanente senger på pasienthotellet?
- Har din klinikk/inntakskontor hatt utfordringer med booking av rom på pasienthotellet for øvrig i løpet av prosjektperioden?

Kreftklinikken

Kreftklinikken mener i høy grad at denne typen pasientbehandling og organisering er fremtiden for deres klinikk. De har til enhver tid eldre litt skrøpelige pasienter som får langvarig strålebehandling og som trenger mer tilrettelegging enn det de får på pasienthotellet. Lettposten er et ideelt tilbud til disse og avlaster presset på klinikkens 36 ordinære senger. Dette bidrar til kortere liggetid og gjør at klinikken i stor grad unngår utlokaliserte pasienter. Klinikken har til enhver tid pasientgrunnlag til å opprette permanente senger på lettposten til en viss andel av pasientene. Til tross for bruk av lettpost og rekordlav liggetid hittil i år har klinikken et belegg på over 100 %. Uten lettposten ville dette medført et høyt antall utlokaliserte pasienter. Lettposten har følgelig vært svært viktig for Kreftklinikken.

Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer har brukt lettposten mye gjennom prosjektperioden. Spesielt ortopedisk avdeling har hatt mange pasienter liggende på lettposten. Gjennom vinteren har dette lettet pasientlogistikken og frigjort senger til øyeblikkelig hjelp, slik at det har vært minimalt med strykninger av elektive pasienter denne vinteren.

Klinikk for hjertemedisin

Lettposten har hatt liten verdi for Klinikk for hjertemedisin. Beleggsstatistikken viser også at lettposten har vært lite benyttet til hjertemedisinske pasienter. Det er stor avstand fra AHL og oppfølging av pasientene er krevende og tungvint. Klinikken ønsker å løse utfordringer knyttet til beleggproblematikk i AHL-senteret og mener at en lettpost i stor avstand til resten av avdelingen ikke er noe godt alternativ for dem.

Nevroklinikken

Nevroklinikken har i liten grad pasientgrunnlag for å opprette permanente senger på lettposten. Noen nevrokirurgiske pasienter kan ha nytte av tilbudet, mens nevrologiske pasienter som er så friske at de kan ligge på en lettpost normalt blir utskrevet.

Klinikk for akutt- og mottaksmedisin

For akuttmottaket har ikke lettposten hatt noen betydning når det gjelder å avlaste akuttmottaket ved fullt sykehus. Det er vanskelig å finne egnede pasienter til lettposten av de pasientene som kommer til akuttmottak da pasientene som innlegges fra mottaket er uavklarte.

Kvinneklinikken

Kvinneklinikken opplever at lettposten er litt for «lett». Kriteriene for overflytting er litt for strenge til å avlaste sengeposten, og klinikken har opplevd at pasienter de mener kunne egne seg for lettposten blir avvist. Gapet mellom dagkirurgi og innliggende pasienter er for smalt. De mener likevel å ha noe

grunnlag til å opprette permanente senger på lettposten. Tilbudet er godt egnet for pasienter til strålebehandling for gynekologisk kreft og noen få hyperemesispasienter som det i perioder ikke er plass til på sengeposten.

Medisinsk klinikk

Behovet for lettpost for pasienter ved Medisinsk klinikk er begrenset og relativt lite sammenlignet med størrelsen på klinikken, mye på grunn av at klinikken har få elektive forløp som innebærer døgnopphold. Dette gjenspeiles også i driftsstatistikken. Likevel er det enkelte pasientkategorier og pasientforløp som kan egne seg. Det har vært jobbet en del med å identifisere egnede pasientkategorier, men potensialet er ikke tatt helt ut. Generelt oppleves det fra Medisinsk klinikk at det er vanskelig å identifisere pasienter som er tilstrekkelig selvhjulpne til å aksepteres for lettposten slik den så langt er drevet. Større betydning har nok den indirekte effekten for Medisinsk klinikk ved at andre klinikker avlaster sitt pasientbelegg slik at utlokalisering til Medisinsk klinikk reduseres og dermed også presset på pasientlogistikken totalt på sykehuset. Det er flere tilbakemeldinger fra leger i klinikken som opplever det å ha pasienter på lettposten som utfordrende, da lettposten så langt har vært organisert uten egen legeressurs. Det har også vært tilfeller hvor pasienter har vært lagt direkte fra akuttmottaket til lettposten uten at moderavdeling ved Medisinsk klinikk er informert. Dette har vært uheldig.

Klinikk for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer, Klinikk for lunge- og arbeidsmedisin og Kirurgisk klinikk har ikke levert svar på evalueringen.

5.4. Evaluering fra Hotell St. Olav

Daglig leder ved Hotell St. Olav har skrevet en utfyllende evaluering av prosjektet, som finnes i sin helhet i vedlegg 4. Følgende sitat gir en oppsummert evaluering av samarbeidet mellom pasienthotellet og lettposten:

«Vi opplevde en gjennomgående god dialog med seksjonsleder, prosjektgruppen og ikke minst ansatte ved lettpost i forkant av og gjennom hele perioden.

Rutiner ble oppfattet som velfungerende etter innkjøring og arbeidsfordelingen mellom avdeling og hotell som svært velfungerende.

Ansatte ved lettpost deltok velvillig på brannkurs via hotellet og viste generell forståelse for retningslinjer gitt i henhold til øvrig drift.

Norlandia Care Hotell St. Olav er svært positive til å videreføre lettpost som fast ordning, vi mener det er et godt tilbud for pasienter og ser stor verdi i økt benyttelse fra St. Olavs hospital, da dette er hva vårt konsept er utarbeidet og tilrettelagt for.»

6. Kapasitet ved pasienthotellet i prosjektperioden

Lettposten opptar en hel etasje på pasienthotellet, og reduserer hotellets disponible kapasitet med 24 rom. I prosjektets planleggingsfase innså man derfor at det var nødvendig å sette inn noen tiltak for å unngå at opprettelse av lettposten ville føre til at sykehusavdelingene får vanskeligheter med å bestille rom på pasienthotellet. Viktige tiltak har vært å gjennomføre en kritisk gjennomgang av

dagens rekvisisjonspraksis, forsøke å få på plass en elektronisk bookingløsning samt å sikre en effektiv løsning for formidling av pasienter og andre gjester til samarbeidshotell¹².

Rekvisisjonspraksis

Booking av rom på pasienthotellet foregår ved at avdeling fyller ut rekvisisjonsskjema i papirformat, som sendes via fax til Hotell St. Olav. Hotellet bekrefter bestilling og gjør nødvendige avklaringer med avdeling per telefon. En gjennomgang av utfylte rekvisisjonsskjema i forbindelse med «Mottaksprosjektet» i 2015¹³ avdekket flere problemer med dagens rekvisisjonspraksis:

- Det brukes flere ulike versjoner av rekvisisjonsskjema for utfylling.
- Skjema fylles ut på ulike måter av ulike personer.
- Det fylles av og til inn diagnoser på skjemaet.
- By/tettsted blir svært ofte skrevet i stedet for kommune.
- Det er behov for klarere retningslinjer for hvordan pårørende/ledsager skal registreres.
- Mange benytter feil navn på avdeling/sengepost.

Gjennom samtaler med både Hotell St. Olav og ulike avdelinger på sykehuset i forbindelse med etablering av lettpost på pasienthotellet har prosjektkontoret avdekket flere problemer med dagens rekvisisjonspraksis:

- Spørsmål om hvorvidt pasienten kan overflyttes til samarbeidshotell svares ut i varierende grad. På mange rekvisisjonsskjema er det verken krysset av for «ja» eller «nei». Det er heller ikke uvanlig at det krysses av for at pasient med status innlagt kan flyttes til samarbeidshotell, til tross for at kun pasienthotellet er godkjent for innlagte pasienter¹⁴. Tall fra Hotell St. Olav viser at det bare i januar 2019 ble overflyttet 77 pasienter med status innlagt til samarbeidshotell i sentrum. Hotellet overstyrer ikke det som krysses av på rekvisisjonsskjema her.
- det rekvireres rom på pasienthotellet til pasienter som har lang reisevei, ved at man krysser av for «medisinsk grunn», noe som medfører at avdeling faktureres for hotelloppholdet. Slike opphold skal i henhold til lovverket dekkes enten av pasienten selv, eller av Pasientreiser (avhengig av hvor tidlig på døgnet reisen starter)¹⁵. Disse gjestene skal i de fleste tilfeller også kunne flyttes til samarbeidshotell.

Hotell St. Olav har i forbindelse med prosjektet arbeidet med å få på plass en elektronisk bookingløsning. En slik løsning skulle ha en sanntidsoversikt over ledig kapasitet på hotellet både samme dag og frem i tid, og skulle utgjøre en enkel og korrekt måte å bestille rom på hotellet. Løsningen skulle utformes på en måte som legger opp til korrekt utfylling av bestillingen, og ved alle bestillinger ville man bli nødt til å ta stilling til hvorvidt pasienten/gjesten kunne flyttes til samarbeidshotell.

¹² Hotell St. Olav har anledning til å omdirigere gjester til andre hotell i nærheten, som de har samarbeidsavtaler med. For øyeblikket er dette Comfort Hotel Park og Quality Hotel Augustin. Omdirigering av pasienter med status innlagt er ikke tillatt.

¹³ [Prosjektrapport "Dagens bruk og fremtidig bruk av pasienthotell"](#)

¹⁴ HOD 2001: I-24/2001 Informasjonsskriv om pasienthotell/sykehotell

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-242001/id108948/>

¹⁵ [EQS-prosedyre 2644 «Pasienthotellet Hotell St. Olav – rekvirering og bruk»](#)

Løsningen som er foreslått av leverandøren Techotel våren 2019 er knyttet direkte opp mot faktiske ledige rom i hotellets system, noe som medfører at hotellet raskt vil fremstå som fullbooket i bestillingsøyeblikket. Hotellet foretar fortløpende en manuell prioritering av pasienter/gjester, noe et sanntidssystem ikke tar høyde for. Man vil derfor måtte ha en parallell ventelisteløsning ved siden av den elektroniske bookingløsningen, noe som vil medføre merarbeid sammenlignet med dagens løsning. Se vedlegg 2 for en grundigere redegjørelse fra daglig leder ved Hotell St. Olav. Både prosjekt- og styringsgruppen og hotellet selv anser dette som u hensiktsmessig, og det er ikke ønskelig at man går videre med denne løsningen.

Rutiner for videreformidling til samarbeidshotell

Hotell St. Olav har anledning til å omdirigere gjester til andre hotell i nærheten, som de har samarbeidsavtaler med. For øyeblikket er dette Comfort Hotel Park og Quality Hotel Augustin. Før prosjektets oppstart var praksis at hotellet via telefon informerte pasientens moderavdeling (inntakskontor) om at pasienten hadde fått plass på samarbeidshotell, og avdelingen måtte selv informere pasienten om dette. I planleggingsfasen av prosjektet så man at omfanget av videreformidling til samarbeid ville øke fordi lettposten opptar en stor andel av hotellets disponible kapasitet, og at dette ville gi merarbeid for inntakskontorene. Det ble derfor avtalt med Hotell St. Olav en ny ordning der hotellet tar seg av all kommunikasjon med pasienter/gjester som får plass på samarbeidshotell. Hotellet sendte i tillegg ut et informasjonsskriv til inntakskontor og ansvarlige bestillere i avdelingene der de redegjorde for at nedgangen i hotellets disponible kapasitet ville føre til at flere pasienter/gjester måtte forventes å settes på venteliste, at det er viktig at bestillere markerer i rekvisisjon hvorvidt pasienten kan flyttes til samarbeidshotell, og at pasienthotellet til enhver tid gjør sitt ytterste for å unngå å måtte avvise bestillinger.

I evalueringsskjema som ble sendt ut til klinikkjefene i deltakende klinikker var det spørsmål om inntakskontor/bestillere hadde opplevd problemer med å få plass til pasienter på pasienthotellet i løpet av prosjektperioden. Ingen klinikker har meldt fra om slike problemer, og man kan derfor anta at de forhåndsregler som er tatt for å veie opp for pasienthotellets reduserte disponible kapasitet i perioden har hatt ønsket effekt.

Allotment-ordning

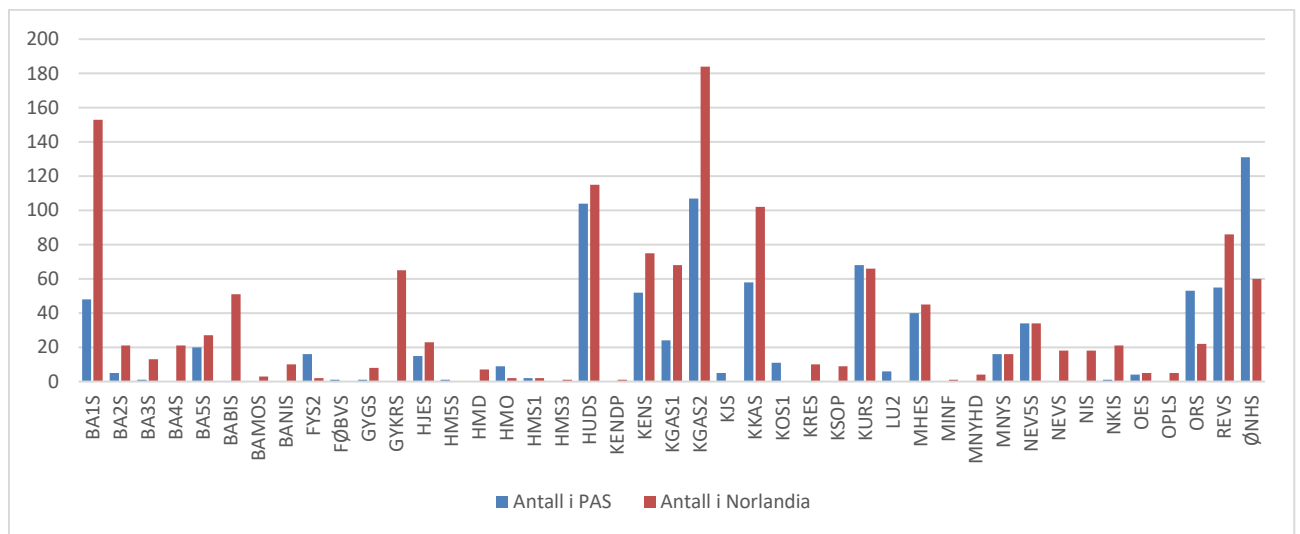
Det eksisterte frem til lettpostens oppstart en såkalt allotment-ordning¹⁶ ved pasienthotellet som innebar at flere av sykehusets avdelinger hadde et fast antall rom som var avsatt frem til kl. 12.00 hver dag. Rom som ikke ble fylt eller booket av den aktuelle avdeling innen kl. 12.00, ble frigjort til bruk av andre avdelinger. I prosjektkontorets møter med klinikkene i forbindelse med oppstart av lettposten ble det avdekket at denne ordningen var ukjent for mange av avdelingene som hadde slike avsatte rom. Tall fra Hotell St. Olav viste at utnyttelsen av avsatte rom var lav for mange avdelinger. En konsekvens av dette var at oversikten over faktisk tilgjengelige senger ved pasienthotellet i sanntid ikke var god. Prosjektgruppen og styringsgruppen har vurdert allotment-ordningen som u hensiktsmessig, og mener at en bedre måte å sikre mest mulig effektiv fordeling av hotellrommene er å få på plass en bedre bookingløsning samt en effektiv ordning for videreformidling av egnede pasienter til samarbeidende hotell. Ordningen ble derfor avviklet i forbindelse med oppstart av lettposten.

¹⁶ Allotment er et begrep innen reiselivet som beskriver en avtale mellom en tjenestetilbyder og en kunde eller agent om forhåndsrett til et gitt antall utleieobjekter. Kilde: [Wikipedia](#)

Registreringer av hotellopphold i PAS

I utredningsoppdraget «Bruk av pasienthotell koblet opp mot drift av senger i sykehuset» i 2016¹⁷ ble det avdekket en diskrepans mellom registreringer i PAS og i hotellets system av inneliggende pasienter som oppholder seg på pasienthotellet. I løpet av lettpostens prosjektperiode har prosjektkontoret gjennomført en ny analyse av denne problemstillingen, ved å sammenligne tall fra PAS og fra pasienthotellets registreringer for perioden januar-mars 2019.

Pasienter med status innlagt som oppholder seg på pasienthotellet skal være registrert i PAS som inneliggende tilknyttet sin moderavdeling, med oppholdstype P (pasienthotell)¹⁸. Figur 10 viser summert antall av slike pasienter i perioden, registrert i PAS og i hotellets systemer. En korrekt registrering hos begge parter ville gitt samsvarende antall for hver avdeling, noe vi ser ikke er tilfelle. Diskrepansen går begge veier, det vil si at noen avdelinger har et høyere antall pasienter registrert av hotellet, mens andre avdelinger har et høyere antall registrert i PAS. Det er vanskelig å si sikkert hvilke tall som er mest korrekte, men i og med at hotellets registreringer bygger på rekvisisjoner fra avdelingene samt danner fakturagrunnlag for hotelloppholdene er det grunn til å tro at disse er korrekte. Dette tyder på at mange avdelinger har en mangelfull registreringspraksis i PAS når innlagte pasienter befinner seg på pasienthotellet. Dette bekreftes også i møter som prosjektkontoret har hatt med flere avdelinger, hvor det viser seg at prosedyren for hvordan dette skal gjøres er ukjent for mange.



Figur 10. Diskrepans mellom registreringer i PAS og Norlandia, summert januar-mars 2019

En konsekvens av at disse pasientene ikke registreres med oppholdstype P (pasienthotell) i PAS er at det i beleggstillene vil se ut som om de opptar senger i sengepostene. Dette vil gi et unaturlig høyt beleggstill for avdelingene. Mer alvorlig er at det ikke er registrert hvor pasienten faktisk befinner seg. Om det skulle oppstå beredskapssituasjoner som for eksempel brann, er det viktig at sykehusets systemer har korrekte registreringer av hvor pasientene befinner seg.

Dette funnet er presentert for prosjektets styringsgruppe, som vedtok at det må gjennomføres en grundig gjennomgang av PAS-registreringer sammenlignet med hotellets registreringer, for å avdekke

¹⁷ [Prosjektrapport "Utredningsoppdrag. Bruk av pasienthotell koblet opp mot drift av senger i sykehuset"](#)

¹⁸ [EQS-prosedyre 2644 «Pasienthotellet Hotell St. Olav – rekvirering og bruk»](#)

hvor svikten i registreringsrutinene ligger (på sykehuset eller på pasienthotellet, eller begge deler). Dette oppdraget er gitt av styringsgruppen til økonomisjefen.

Anbefalinger:

- Man bør videreføre arbeidet for å sikre en god elektronisk bookingløsning som forenkler bookingprosessen og minimerer risikoen for feilutfylling av rekvisisjonsskjema
- Årsaker til diskrepans mellom registreringer i PAS og hotellets system må utredes videre
- Prosedyren «Pasienthotellet Hotell St. Olav – rekvirering og bruk» bør oppdateres og tydeliggjøres, og gjøres kjent for alle som overflytter pasienter til pasienthotellet. Det bør gjennomføres et omfattende opplæringsarbeid på sykehusnivå om prosedyre- og regelverk knyttet til bruk av pasienthotellet spesielt med tanke på pasienter med status innlagt, booking av rom på pasienthotellet og korrekt registrering i PAS
- Antall bestillere av hotellopphold per avdeling bør reduseres.

7. Konklusjon

Lettposten har utgjort en økning av sykehusets samlede kapasitet i perioden, og utnyttelsen har vært høy. Sammenlignet med tradisjonelle sengeposter er en lettpost en rimelig måte å øke sengekapasiteten på sykehuset. Nå som lettposten allerede er opprettet og satt i drift medfører det lav risiko ved å drive posten videre. Dersom utnyttelsen på sikt viser seg å være lavere enn i prosjektperioden kan posten når som helst legges ned.

Driftsmodellen er grundig testet gjennom 4 uker pilot i 2018 og 5 måneder drift i forbindelse med dette prosjektet. Man har dannet seg et godt bilde av hvilke pasientgrupper som egner seg for lettposten, og kartlagt hvilke justeringer som bør gjøres for å optimalisere driften. Prosjektgruppen anbefaler derfor at man ser seg ferdig med testing av modellen og at lettposten videreføres som en permanent løsning med et begrenset antall klinikker og pasientgrupper.

Vedlegg 1. Anbefalte utbedringer av rom på lettposten

Pasientrom

- Bedre belysning
- Større og flyttbare nattbord, gjerne av den typen som brukes på sengeposter på sykehuset.
- Vindu som kan låses i åpen posisjon
- Dørkarm på toalett er upraktisk for pasienter med rullator/prekestol, og utgjør en fallrisiko.
- Utvidelse av døråpning i én fløy. Man antar at dette vil ha en kostnad på om lag kr. 50 000 + MVA per dør¹⁹.

Støtterom

- Medikamentrom:
 - Ombygging av rom til godkjent standard
 - Avtrekksvifte
 - Ekstra skuffeseksjon
 - Flere typer legemidler kan være nødvendig
- Lagerrom:
 - Bedre system med lukkede skap
- Dokumentasjonsrom:
 - Nye møbler som tar mindre plass
- Kontor/lager:
 - Ombygging så kontor og lager blir atskilt
- Pauserom:
 - Nye møbler som tar mindre plass
 - Ombygging av bad
 - Fryseskap til personell
- Generelt:
 - Mer skjermet personaltoalett
 - Postkjøkken
 - Bedre skyllerom med benker, Vernacare, avfallshåndtering
 - Skap i gangen for lagring av utstyr som brukes ofte og mye.

Utstyr

- u-stix-maskin
- Flere infusjonsstativ
- Et ekstra blodsukkerapparat
- Dekontaminator
- Vernacare
- Kopimaskin
- Isbitmaskin/vanndispensor

¹⁹ Kilde: personlig meddelelse per epost fra Otto Koch

Vedlegg 2. Online bookingløsning, redegjørelse fra daglig leder ved Hotell St. Olav

Som ett ledd i det pågående prosjektet, er online booking løsning som en erstatning for dagens rekvisisjonsskjema et av forbedringspunktene.

Det skulle være mulig å se hvorvidt det var ledig kapasitet på hotellet både samme dag og frem i tid. Videre skulle det være mulig å utføre reservasjoner å få bekreftelse tilsendt på bestilt rom.

Techotel er i disse dager i gang med å slutføre oppsett av online booking løsning, som vil være bygd på eksisterende rekvisisjonsskjema, noe som sikrer at all relevant informasjonen som registreres i dag også vil kunne medbringes videre - det er forventet at ferdigstilling er innen uker.

Hotellet har informert prosjektgruppen at vi ser en del utfordringer med benyttelse av direkte booking inn i bookingsystem. Dette bygget på at siden online løsningen er direkte knyttet opp mot faktiske ledige rom i systemet, så vil dette føre til at hotellet raskt vil fremstå som fullbooket - selv om dette ikke er en reel situasjon i henhold til prioritering av inneliggende.

Vi har ett begrenset antall rom, og jobber kontinuerlig med å sikre rom på hotellet til de som behøver det mest i henhold til prioriteringsliste, pasienter som kan flyttes re-lokaliserer vi og sikrer de rom på utvalgte samarbeidshotell.

Avdelinger med behov for rom til inneliggende pasient vil kunne ved reservasjon en uke før ankomst bli møtt med at hotellet er fullbooket, samtidig kan det da være at 10 ankomster den aktuelle dagen er flyttbare pasienter, så selv om hotellet fremkommer fullt vil den inneliggende få tilbudt rom.

Vi har derfor stort behov for å videreføre «venteliste» ordningen vi har i dag, slik at vi får full utnyttelse av hotellet i best henseende for St. Olavs hospital. Det er ikke mulig å sette seg på en «venteliste» i booking systemet (siden det er knyttet mot faktisk antall rom), noe som tilsier at en parallell rutine for dette må være på plass, enten i form av dagens løsning eller ett alternativ.

Bookinger via online løsning vil måtte bli behandlet på samme måte som øvrige bookinger som havner på «venteliste», og de som flyttes kan, vil måtte bli flyttet om det er behov for rom for inneliggende pasienter kommer inn.

Når online booking er på plass er det av stor viktighet at det er forståelse for at selv når det fremkommer «fullt hotell» på booking løsning, så skal og må avdelinger fortsatt sendes oss rekvisisjonere for venteliste, frem til at vi får ryddet booking bildet for kanselleringer, tidlige avreiser, flyttbare pasienter etc., dette er arbeid som pågår kontinuerlig og som ikke er avklart før den aktuelle dagens ankomster er klarmeldt med avdeling.

Vi ser på det som lite heldig at det skal være to veier inn med reservasjoner, og frykter at dette kan lede til misforståelser og feilkilder.

Som ett forslag ser vi for oss at en enklere løsning og ikke minst sikrere i henhold til GDPR enn dagens faks løsning, ville vært en elektronisk rekvisisjon, via hvite sider. Hvor man ved bestilling hadde fått en e-post tilsendt til avdelingens e-post samt til hotellet, noe som gjør det lett også for avdeling å holde kontroll på utførte reservasjoner.

Dette fordrer at hotellet får en pc på sykehus nettet og får hentet ut bookinger direkte fra denne pc-en uten å måtte ta utskrift.

Dette vil ikke gi noen daglig oversikt frem i tid på hvor mange rom som er tilgjengelige, men dette er ikke noe klinikken skal behøve å ha oversikt over for å utføre en bestilling.

Vi anser en helhetlig løsning som sikrere for begge parter enn å måtte kjøre parallelle løsninger.

Derimot ved videreføring av ønsket online bookingløsning utprøving/utrulling ønsker vi at opplæring i benyttelse samt informasjon omkring bestillinger utføres av hotellet til inntakskontor og øvrige de ulike klinikker utpeker. Vi ønsker også at en klinikk tester løsningen før den implementeres til sykehuset som helhet.

Ser frem til videre samarbeid om en god løsning.

Vedlegg 3. En vurdering av de økonomiske konsekvensene av lettposten

Jon Magnussen, RSHU, 28/4-2019

1. Innledning

Formålet med dette notatet er å vurdere eventuelle økonomiske konsekvenser som følge av innføring av en lettpost. I utgangspunktet vil en pasient som ligger på en lettpost *i stedet for* på en vanlig sengepost være mindre ressurskrevende grunnet forskjeller i bemanning. En driftsmodell hvor et pasientforløp kan deles mellom ulike behandlingsnivå innen sykehuset vil derfor kunne forventes å være økonomisk gunstig *per se*²⁰. Regnskap og aktivitetstall for perioden januar-mars 2019 gir en gjennomsnittlig kostnad pr oppholdsdøgn på ca. 5 200 kroner. Dette er ikke mye høyere enn den kommunale betalingen for ferdigbehandlede pasienter, og godt under kostnadene ved sengeavdelingene. Det er allikevel noen forbehold man må være oppmerksomme på.

For det første må det, fra et behandlingssynspunkt, være klinisk meningsfullt å dele forløpet mellom ulike behandlingsnivå.

For det andre bør ikke et slik delt pasientforløp føre til at den samlede lengden på oppholdet øker.

For det tredje må logistikken knyttet til et delt forløp være så enkel at lavere bemanning på f.eks. en lettpost ikke motsvares av økt ressursbruk til å koordinere og administrere pasientforløpene.

Det også forskjell på gevinster i form av endret *kostnadsnivå* og gevinster i form av reduserte *totale kostnader*. De samlede økonomiske konsekvensene av en lettpost vil avhenge av om lettposten *erstatte* eller *kommer i tillegg til* eksisterende sengekapasitet. I det første tilfellet vil man forvente en netto økonomisk gevinst fordi den samme pasientbehandlingen kan gjennomføres med mindre bruk av arbeidskraft, og dermed lavere kostnader. I det andre tilfellet vil man få økte kostnader knyttet til lettposten, og spørsmålet er om disse motsvares av reduserte kostnader i de ordinære sengeavdelingene.

For de avdelingene som avgir pasienter til en lettpost vil det bli en (eller flere) ledige senger. Disse kan fylles med nye, potensielt mer ressurskrevende pasienter. For avdelingen (og sykehuset) vil dette dermed kunne innebære økte kostnader. Dette vil være en kostnadsøkning som skyldes økt aktivitet, som igjen skyldes økt kapasitet. En slik kostnadsøkning er dermed ikke et resultat av lettpost *som driftsform*, men av sykehuset øker sin samlede behandlingsskapasitet.

Den budsjettmessige effekten for sykehuset vil også avhenge av inntektsøkninger som følge av en eventuell økt aktivitet. Hvor stor den samlede budsjetteffekten vil være vil også avhenge av forholdet mellom marginalkostnaden ved økt aktivitet og ISF satsen. Vi har ikke data som gjør det mulig å vurdere verken marginalkostnader eller endring i ISF inntekter som følge av innføring av lettposten.

²⁰ Se f.eks. Prin & Wunch: The role of stepdown beds in hospitals. [Am J Respir Crit Care Med](#). 2014 Dec 1; 190(11): 1210–1216. For norske forhold er også forsøkene med halvannenlinjetjenester eksempler på organisering av pasientforløp etter grad av ressursbehov.

Dette notatet baseres på opplysninger om drift av lettposten i perioden januar til mars 2019. Lettposten representerer en økning i sengekapasiteten ved St Olavs hospital. Vi vurderer om det etter innføring av lettposten...

- ... kan observeres endringer i belegget, med andre ord om de sengene som frigjøres blir stående tomme eller fylles med nye pasienter
- ... kan observeres endringer i bemanningen ved sengepostene...
 - ...ved redusert fravær
 - ...ved mindre bruk av ekstrahjelp/vikarer

Lettposten utgjør en liten andel av den samlede sengekapasiteten ved St Olavs hospital. Det er dermed lite sannsynlig at man vil se store utslag på klinikknivå. Vurderingene i dette notatet er derfor dels basert på sammenlikning av driftsdata, dels på spørreskjemabaserte opplysninger fra seksjonsledere sykepleie og seksjonsoverleger.

Det understrekes at en fullstendig økonomisk evaluering av lettpost som driftsform vil kreve en betydelig lengre observasjonsperiode, og et forskningsdesign det ikke har vært mulig å implementere her.

2. Tilnærming og datagrunnlag

Vi sammenlikner driften ved sengeavdelingene før og etter innføring av lettpost. Det vil være naturlige variasjoner mellom år, og for å unngå å trekke konklusjoner på galt grunnlag benytter vi data for perioden 2016-2018 for å beskrive «før». Vi tar utgangspunkt i drift utenom helgene (mandag-fredag) for de 10 første ukene hver år. Antallet uker er valgt for å unngå utfordringer med endret drift grunnet påskeavvikling. Det er hentet opplysninger fra følgende enheter:

- Klinikk for øre-neste-hals, kjeve og øyesykdommer (ØNH)
- Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer (ORTO)
- Kreftklinikken (KREFT)
- Klinikk for hjertemedisin (HJMED)
- Medisinsk klinikk (MED)
- Kirurgisk klinikk (KIR)
- Kvinneklinikken (GYN)
- Klinikk for lunge og arbeidsmedisin (LUNGE)
- Nevroklinikken (NEVR)

Følgende variable benyttes:

- *Beleggsprosent* beregnes som gjennomsnitt over uken (mandag-fredag)
- *Fravær (Fr)* beregnes som sum dag-, ettermiddags- og nattvakter med fravær over uken (mandag-fredag)
- *Ekstrahjelp/vikarer (Ev)* beregnes som sum dag-, ettermiddags- og nattvakter over uken som er bemannet med ekstrahjelp og/eller vikarer (mandag-fredag)
- *Dager lettpost:* Sum dager på lettposten/uke for pasienter fra denne sengeposten for perioden 1/1-15/3.

Tabell 1 viser bruk av lettposten fordelt på klinikker i perioden 1/1-15/3 2019. Bruk av lettposten omfatter hele uken.

Tabell 1. Pasienter og liggedøgn på lettpost 11 første uker 2019

	Pasienter på lettpost	Liggedager på lettpost	Egen kapasitet	Bruk av lettpost i % av egen kapasitet
ØNH	68	146	1096	13,3 %
ORTO	188	383	3271	11,7 %
KREFT	71	246	2654	9,3 %
KIR	142	208	5802	3,6 %
GYN	26	35	1240	2,8 %
MED	50	54	7622	0,7 %
NEVR	13	14	2777	0,5 %
LUNGE	9	12	3012	0,4 %
HJMED	11	11	4459	0,2 %

Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer (ORTO) har den høyeste bruken av lettposten, både i form av pasienter og liggedager. Klinikk for øre-neste-hals, kjeve og øyesykdommer (ØNH) har den høyeste bruken sett i forhold til egen kapasitet. Også kreftklinikken (KREFT) har relativt høyt bruk sett i forhold til egen kapasitet. I en vurdering av eventuelle konsekvenser for belegg, fravær og ekstrahjelp/vikarer er det derfor særlig disse tre klinikkene det er interessant å se på.

3. Belegg, fravær og ekstrahjelp/vikarer

Vi baserer oss altså på bruk av lettposten i perioden januar – medio mars. Spørsmålet er om man kan observere forskjeller i belegg, fravær og bruk av ekstrahjelp/vikarer ved avdelingene i denne perioden for 2019 i forhold til tidligere år. Teoretisk vil redusert belegg kunne indikere at ledige senger ikke fylles med nye pasienter. Redusert fravær kan indikere at arbeidsbelastningen reduseres som følge av lettposten. Redusert bruk av ekstrahjelp/vikarer kan også indikere lavere arbeidsbelastning. Vi har hentet inn data for tilsvarende perioder for de tre årene 2016, 2017 og 2018. Disse presenteres for hvert år, og som et gjennomsnitt.

Kan vi se endringer i belegget etter innføring av lettposten?

Tabell 2 viser beleggsprosent på klinikknivå (mandag-fredag) i de første hele 10 ukene for perioden 2016-2019. Vi så over at det er tre klinikker (ORTO, ØNH, KREFT) som har en bruk av lettposten som tilsvarer mer enn 5 % av egen sengekapasitet. Det følger av tabell 2 at:

- Kun én av de tre klinikkene med høy relativ bruk av lettposten har en nedgang i belegget i 2019 i forhold til gjennomsnittet for 2016-18. Denne er også svært liten. Klinikker med stort bruk skiller seg lite fra klinikker med mindre bruk av lettposten.
- Belegget svinger over år, og det er ikke mulig å se noe som tyder på forskjeller mellom klinikker med høyt og klinikker med lavt bruk av lettposten. Med unntak av nevrokirurgisk og ortopedisk klinikk er det gjennomgående høyere belegg i 2019 enn i perioden 2016-2018.

Tabell 2. Beleggsprosent – 10 første hele uker 2016-2019

	2016	2017	2018	2016-18	2019	Forskjell 2016-18 vs 2019
ØNH	88,0	90,4	84,8	87,7	91,2	3,5 %
ORTO	88,2	86,8	81,6	85,6	84,7	-0,9 %
KREFT	95,2	96,9	100,1	97,4	98,1	0,7 %
KIR	99,9	99,6	99,8	99,8	101,3	1,5 %
GYN	89,4	88,3	89,8	89,2	89,1	-0,1 %
MED	99,4	99,2	99,0	99,2	99,4	0,2 %
NEVRO	89,6	93,4	85,4	89,5	88,0	-1,5 %
LUNGE	98,2	98,4	98,0	98,2	98,8	0,6 %
HJMED	99,1	98,3	100,7	99,4	102,8	3,4 %

Kan vi se endring i andelen fraværsvakter etter innføring av lettposten?

Tabell 3 viser vakter med registrert fravær (mandag-fredag) i prosent av planlagte vakter. Vi ser:

- Klinikker med stort bruk av lettposten har alle redusert andel vakter med fravær i 2019 i forhold til perioden 2016-2018.
- Også flere klinikker som ikke benytter lettposten i vesentlig grad har nedgang i andel vakter med fravær i 2019. Det er dermed ikke noe mønster hvor høyt bruk av lettposten ser ut til føre til reduksjon i andel vakter med fravær.
- Det er variasjoner mellom år, noe som gjør det ytterligere vanskelig å konkludere ift effekt av lettposten.

Tabell 3. Vakter med fravær i prosent av planlagte vakter – 10 første hele uker 2016-2019

	2016	2017	2018	2016-18	2019	Forskjell 2016-18 vs 2019
ØNH	28,8	26,7	16,2	23,9	18,1	-5,8 %
ORTO	24,7	22,5	26,6	24,6	22,8	-1,8 %
KREFT	22,4	21,9	23,8	22,7	18,8	-3,9 %
KIR	19,4	17,7	19,9	19,0	18,3	-0,7 %
GYN	20,8	16,8	18,4	18,7	19,0	0,4 %
MED	17,0	19,3	17,3	17,9	18,5	0,6 %
NEVRO	24,2	25,3	21,6	23,7	18,6	-5,1 %
LUNGE	20,9	27,5	20,2	22,9	22,6	-0,3 %
HJMED	17,7	23,1	21,5	20,7	18,5	-2,3 %

Ser vi redusert bruk av ekstrahjelp/vikarer?

Tabell 4 viser andel av de registrerte fraværsvaktene som er erstattet. Vi ser:

- Det er stor variasjon mellom klinikkene i forhold til hvor stor andel av fraværsvaktene som erstattes
- Det er ikke noen systematiske forskjeller i utviklingen i perioden 2016-18 og 2019 mellom klinikker mer høyt/lavt bruk av lettposten.
- Det er forskjeller i utviklingen fra 2016-18 til 2019 mellom de klinikkene som benytter lettposten.

Tabell 4. Andel vakter med fravær som er erstattet – prosent. 10 første hele uker 2016-2019

	2016	2017	2018	2016-18	2019	Forskjell 2016-18 vs 2019
ØNH	81,4	70,0	61,5	71,0	49,8	-21,2 %
ORTO	50,9	65,4	52,6	56,3	52,6	-3,7 %
KREFT	78,2	91,0	79,9	83,0	102,0	19,0 %
KIR	61,5	64,7	63,5	63,2	62,1	-1,2 %
GYN	75,8	82,6	63,6	74,0	58,1	-15,9 %
MED	81,0	63,7	63,8	69,5	41,1	-28,3 %
NEVRO	30,4	32,2	40,3	34,3	51,3	17 %
LUNGE	80,6	67,3	67,5	71,8	68,7	-3,1 %
HJMED	45,5	45,1	48,9	46,5	62,0	15,4 %

Kan man trekke konklusjoner om effekten av lettposten på belegg og bemanning ved sengeavdelingene?

Ikke overraskende er det vanskelig å lese noen effekter av lettposten ut fra relativt aggregerte data over belegg og bemanning. Lettposten er en svært liten del av den samlede aktiviteten, og det vil kreve store effekter av denne, dersom det skal kunne gjenfinnes i aggregerte tall.

For å supplere tallmaterialet er det derfor også gjennomført en spørreundersøkelse hos seksjonsoverleger og sykepleieledere. Denne beskrives i neste avsnitt.

4. Spørreskjema

Det er sendt ut spørreskjema til 30 seksjonsledere sykepleie og 35 seksjonsledere for legetjenesten. Skjema er sendt ut med to ukers mellomrom, 28/1, 11/2, 25/2, 11/3 og 25/3. Tabell 5 viser antall svar for de enkelte utsendingene.

Tabell 5. Antall svar spørreskjema

	28/1	11/2	25/2	11/3	25/3
Sykepleiere	20	19	20	16	15
Leger	16	14	11	8	9

Samlet svarprosent for seksjonsledere sykepleie er 60 %, og faller gjennom perioden fra 63 % til 50 %. For seksjonsoverleger er den 33 %, og faller i perioden fra 40 % til 25 %. For begge gruppene er den også fallende over perioden.

Spørreskjema inneholdt fem spørsmål med svaralternativ fra 1 (svært liten grad) til 5 (svært stor grad). Tre av spørsmålene var identiske for leger og sykepleierne.

- I hvilken grad har det ikke være mulig å flytte pasienter til lettposten grunnet kapasitetsproblemer?
- I hvilken grad har lettposten ført til merarbeid?
- I hvilken grad har lettposten gitt bedre flyt/sengekapasitet?

I tillegg ble seksjonsleder sykepleie spurt:

- I hvilken grad har lettposten medført redusert bruk av overtid eller redusert innleie av personell?

I tillegg ble seksjonsoverlegene spurt:

- I hvilken grad har overflyttinger til lettposten skjedd uten at dette har blitt besluttet på riktig nivå i legetjenesten?

I en vurdering av de økonomiske konsekvensene er spørsmålet om redusert bruk av overtid eller redusert innleie sentralt. Tabell 6 viser dette samlet, og for de fem klinikkene med høyest bruk av lettposten. Vi har her slått sammen svaralternativene svært liten/liten og stor/svært stor.

Tabell 6. I hvilken grad har lettposten medført redusert bruk av overtid eller redusert innleie av personell? Prosent

	Svært liten/liten	Verken eller	Stor/Svært stor	N
Samlet	78	18	4	55
ØNH	100			5
ORT	58	42		12
KREFT	100			8
KIR	45	36	18	11
GYN	50	50		2

Hovedinntrykket er at seksjonsledere sykepleie ikke ser noen effekt av lettposten på bruk av overtid eller innleie. Med unntak av to poster på klinikk for kirurgi er det ingen av seksjonslederne for sykepleie som mener at lettposten har medført redusert bruk av overtid eller redusert innleie.

Tabell 7a. I hvilken grad har lettposten ført til merarbeid? Prosent. Seksjonsledere sykepleie

	Svært liten/liten	Verken eller	Stor/Svært stor	N
Samlet	41	19	40	58
ØNH			100	5
ORT	50	14	28	14
KREFT	75		25	8
KIR	40	60		10
GYN	33		67	3

Tabell 7b. I hvilken grad har lettposten ført til merarbeid? Prosent. Seksjonsledere leger

	Svært liten/liten	Verken eller	Stor/Svært stor	N
Samlet	27	30	43	37
ØNH				
ORT	21	21	57	14
KREFT	66	33		3
KIR	36	27	36	11
GYN				

Dersom vi ser bort fra dem som ikke har besvart spørsmålet eller vurdert det som ikke relevant er det en relativt stor andel av de som har svart mener at lettposten har gitt merarbeid. Det er imidlertid variasjoner mellom avdelingene. Mens sykepleielederne ved ØNH har vurderer at lettposten i «stor eller svært stor grad» har gitt merarbeid ved samtlige registreringer, er vurderingen «i svært liten eller liten» grad i tre fjerdedeler av registreringene ved kreftavdelingen. For legene er

skiller også kreftavdelingen seg ut gjennom en klar vurdering ved at lettposten ikke har gitt merarbeid.

Det siste spørsmålet som tas med her er hvorvidt lettposten oppleves å ha gitt bedre flyt/sengekapasitet.

Tabell 8a. I hvilken grad har lettposten gitt bedre flyt/sengekapasitet? Prosent. Seksjonsledere sykepleie

	Svært liten/liten	Verken eller	Stor/Svært stor	N
Samlet	60	17	23	60
ØNH	80	20		5
ORT	43	21	36	14
KREFT	88	13		8
KIR	30		70	10
GYN	33		67	3

Her er det også tydelige forskjeller mellom klinikkene. Mens de som har svart ved øre-nese-hals og kreftklinikken i mindre grad vurderer positive effekter av lettposten, er det motsatte tilfellet for kirurgisk klinikk og kvinneklinikken.

Tabell 8b. I hvilken grad har lettposten gitt bedre flyt/sengekapasitet? Prosent. Seksjonsledere leger

	Svært liten/liten	Verken eller	Stor/Svært stor	N
Samlet	19	22	58	36
ØNH				
ORT	8	17	75	12
KREFT			100	3
KIR	17	25	58	12
GYN				

Gjennomgående mener de fleste legene som har svart at lettposten har ført til bedre pasientflyt. Det er interessant å legge merke til at andelen leger som svarer i stor/svært stor grad er betydelig høyere enn andelen sykepleiere. Forskjellen er særlig tydelig på kreftklinikken og klinikk for ortopedi.

5. Oppsummering

Vi trekker følgende konklusjoner:

- Det er ikke mulig å se endring i beleggspersent, fravær eller bruk av overtid/ekstrahjelp som kan henføres til bruk av lettposten.
- Vurderinger fra seksjonsledere for sykepleie gir ikke grunnlag for å si at lettposten har ført til mindre bruk av overtid eller ekstrahjelp ved sengeavdelingene.
- Både sykepleieledere og seksjonsoverleger er delt i vurderingen av om lettposten har gitt merarbeid.
- Seksjonsoverleger vurderer i større grad enn seksjonsleder sykepleie at lettposten har gitt bedre pasientflyt og sengekapasitet.
- Kostnaden pr liggedøgn ved lettposten er på rundt 5200 kroner, betydelig lavere enn gjennomsnittlig kostnad pr liggedøgn ved sykehuset og ikke langt unna satsen for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Vedlegg 4. Evaluering av lettposten fra daglig leder ved Hotell St. Olav

Evaluering av prosjekt Lettpost med bakgrunn i periode 05.11.18 – 29.04.19.

Statistikk og tallmaterialet basert på perioden 01.01.2019 til og med 31.03.2019.

Referanser trukket til innlevert evaluerings rapport - Lettpost pilot 2018

1. Driftsendringer/tilpasninger

Resepsjonen

Resepsjonen bygget videre på erfaringer og endringer tilegnet ved pilotperiode, vi sikret raskt tilstrekkelig kapasitet eksternt og la til rette for rutiner ved overflytting og beleggshåndtering, alt for å sikre ivaretagelse av St. Olavs hospital som helhet, og integrering av lettpost.

Videreføring og videre utarbeidelse av prosedyrer tilknyttet inn- og utsjekk, fokus på sikkerhet og kommunikasjon.

Problemstillinger ble tatt løpende, og det var et gjennomgående godt samarbeid med ansatte ved lettposten. Langt bedre kommunikasjon med inntak og avdelinger enn ved pilot.

Renhold

Videreføring av rutiner utarbeidet i forkant av pilot, med økt fokus på smittevern – med bakgrunn i at noe kjent smitte ville bli godtatt ved lettpost, noe som ikke er tillatt ved øvrig benyttelse av hotellet.

Økt andel av smitterenhold fører til noe økt tidsforbruk og belastning, men omfanget under prosjekt var ikke for krevende og ble oppfattet som i trygge rammer av de ansatte.

Ved inngang av prosjektet ble det inngått en avtale mellom St. Olavs hospital og Norlandia, i henhold til utbytting av eksisterende møbler og innkjøp av møbler som tåler nedspriting i henhold til smittevern. Alle stoler og bord ble byttet i tillegg til nye gardiner, smitterenhold av møbler på rom i henhold til retningslinjer.

Det ble designert 1 renholdsansvarlig for lettpost hver dag som fortløpende tok rommene ved avreise, tidsrom for renhold ble utvidet frem til 20.00. For renhold fungerte dette svært godt og de opplevde en god dialog med sykepleiere i etasjen og ingen større problematikk ved driftsmodell.

Restaurant

Dialog med ernæringsfysiolog ved oppstart, og kartlegging av behov og muligheter.

Samarbeid med ernæringsfysiolog som skulle være behjelpelig i etasje for utforming av dietter og formidling via diett skjema og lignende til kjøkken av øvrige ansatte.

Vi har ikke opplevd at behovet for tilpasninger i henhold til pasienter ved lettpost er noe større enn øvrige pasienter.

Personer med kjent smitte fikk ikke benytte restaurant, i henhold til retningslinjer utformet av smittevern. Sykepleiere hentet opp mat til pasient, bestikk og asjetter ble behandlet i henhold til smittevern ved oppbevaring og vask.

Godt samarbeid med de ansatte i lettpost og gode tilbakemeldinger fra boende pasienter.

Pasienter

Hotellet opplevde at pasienter var svært fleksible og løsningsorientert, vi opplevde ingen problemer ved flytting såfremt de var tilstrekkelig informert.

Boende pasienter ved lettpost utmerket seg ikke blant øvrige gjester. Pasienter tilknyttet lettpost uttrykte i all hovedsak positivitet i henhold til benyttelse av hotellet og ga uttrykk for at dette var noe de håpet ble videreført.

2. Kommunikasjon

Ved pilot opplevde vi mye frustrasjon knyttet til manglende kommunikasjon og kjennskap til pilot, dette har vi i langt mindre grad opplevd ved prosjekt.

Det har vært en mer positiv holdning og ingen større avvik har oppstått.

Den daglige kommunikasjonen mellom inntak/bestillere og booking ved hotellet, har sikret en god flyt og tilstrebet daglig gunstig benyttelse, et samarbeid som anses viktig å bevare for begge parter.

Vi opplevde også mindre frustrasjon omkring «venteliste», noe som kan tyde på at det oppfattes en større trygghet omkring håndtering.

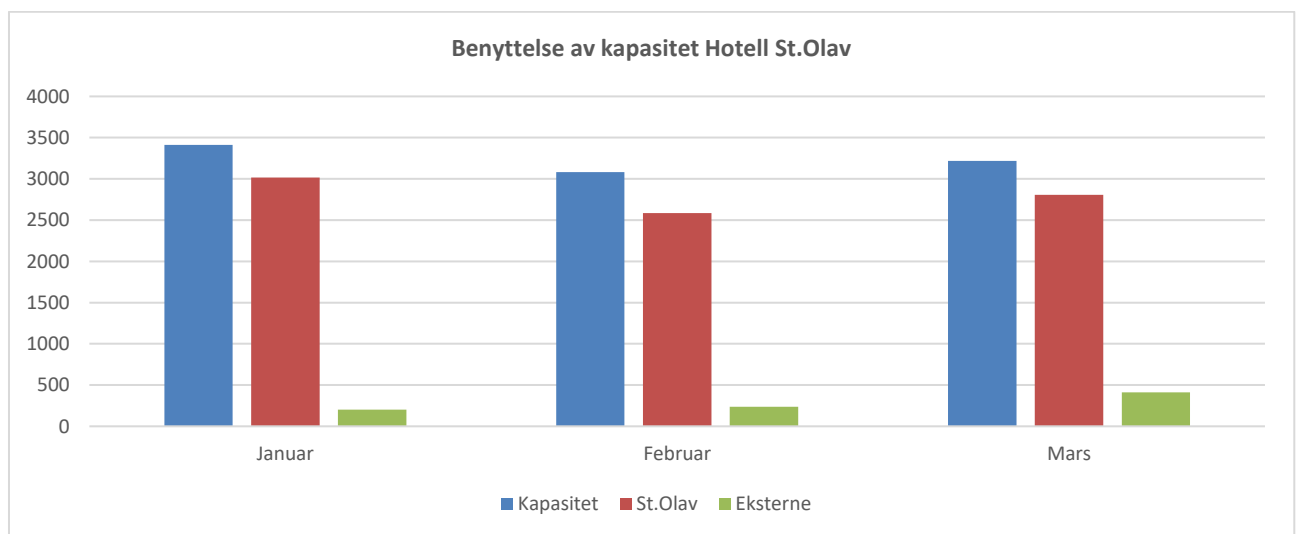
3. Kapasitet og benyttelse

Benyttelse av Hotell St. Olav

Ved iverksettelse av prosjekt ble en hel etasje – 24 rom, tatt ut av ordinær drift, dette utgjør 26 % av kapasitet (unntatt barseletasje).

Som et ledd under prosjekt ble tidligere allotment-ordning avskaffet, dette har fungert svært bra - uten noen større hendelser.

Hotellet opererte med belegg på over 94% enkelte måneder, hvor benyttelse fra St. Olavs hospital utgjorde opp mot over 88 % av totalt belegg, betydelig lavere benyttelse på helg og helligdager.



Figur 1. Tilgjengelig kapasitet, benyttelse fra St. Olavs hospital og øvrige eksterne/selvbetalende

Beleggshåndtering er av svært stor betydning for å sikre optimal benyttelse, hvor vi ivaretar både boende, ankomster og ikke minst de som vi ikke har kapasitet til å ta inn, fokus på tidlig avklaring og tidlige flytter påser en fin flyt.

Benyttelse av samarbeidshotell

Ved inngang av pilotprosjektet gikk både hotellet og prosjektgruppen ut med en anmodning om at bestillere måtte vurdere hvem som kan flyttes og ikke til eksterne hotell, dette ble oppfattet som en kilde til frustrasjon ved pilot, men noe som forløp langt bedre ved prosjekt.

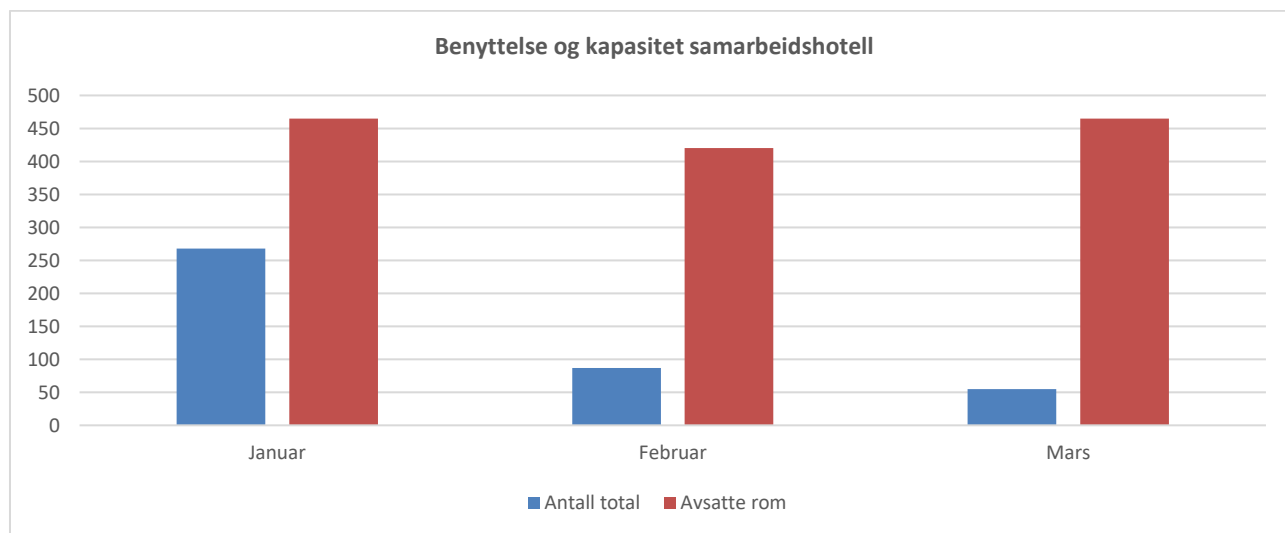
Fortsatt er klargjøring om egnethet og retningslinjer på hvem som skal kunne flyttes og ikke, noe som med fordel ytterligere kan spesifiseres, da det fremkommer ulike praksiser og forståelse mellom avdelinger.

I henhold til avtale har hotellet tatt seg av alt av kommunikasjon til pasienter som har måtte blitt flyttet til samarbeidshotell, dette har forløpt uproblematisk.

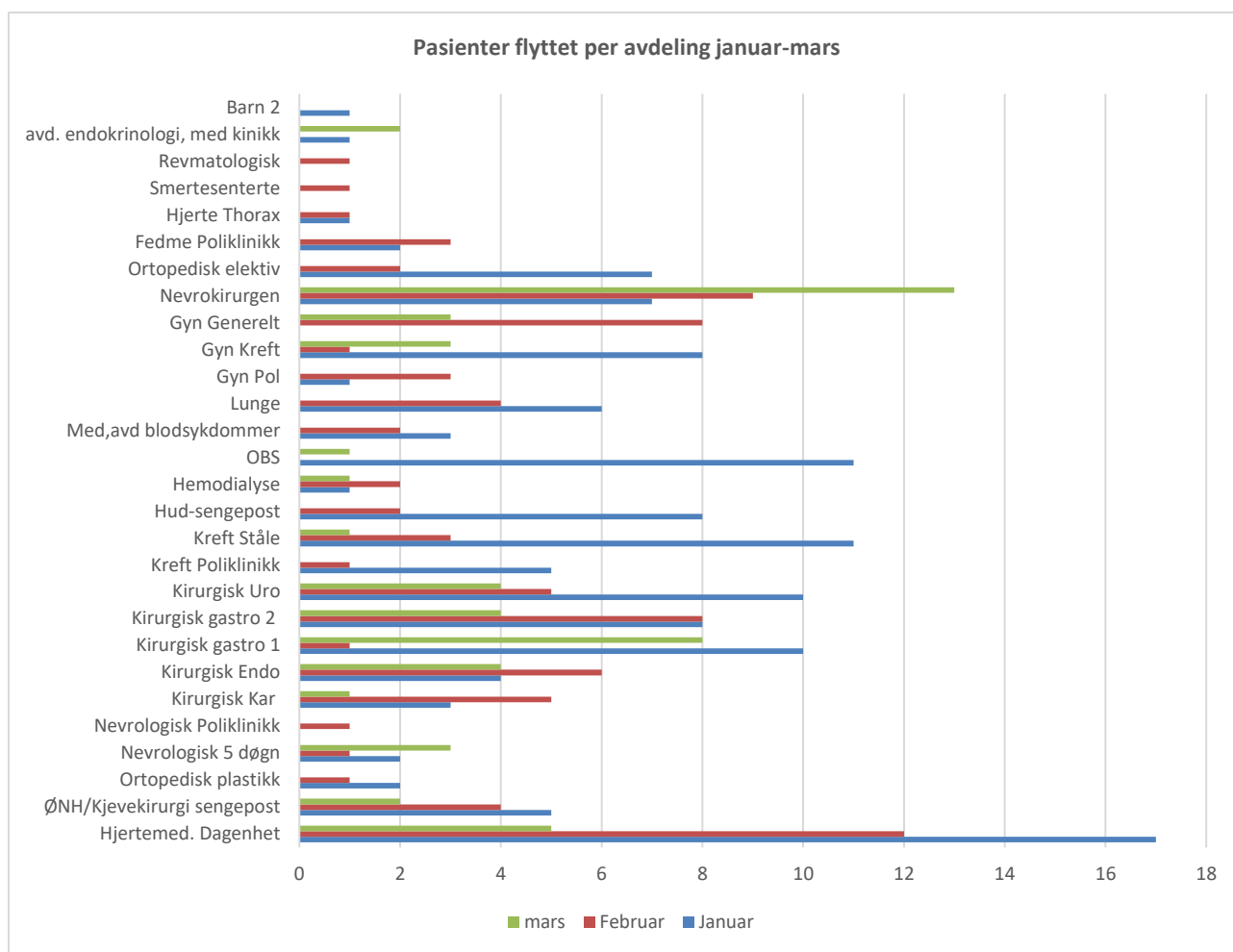
Ved ankomst på samarbeidshotell har vi påsett at alle tilknyttet St. Olavs hospital har fått utdelt et informasjonsbrev. Informasjonsbrevet gir grunnleggende kunnskap om måltider, avstander, transport etc., inneholder kart og oppfordring om å kontakte oss ved evt. spørsmål eller problemstillinger.

For å sikre tilstrekkelig kapasitet for St. Olavs hospital, utvidet vi vår avtale med Comfort Hotell Park og hadde gjennom hele perioden god kapasitet, samarbeidshotell la føringer om hvor lenge rom kunne bli holdt, anmodning om bestilling innen frister ble sendt ut fra hotellet i forkant av prosjekt.

Hotell St. Olav har en daglig oppfølging av samarbeidshotell og en løpende dialog om både boende pasienter og kapasitet.



Figur 2. Benyttet romdøgn pasienter v. samarbeidshotell, rom avsatt på samarbeidshotell



Figur 3. Fordeling av flyttede romdøgn per avdeling

Under pilot var det stilt spørsmålstegn vedrørende å flytte pasienter/pårørende tilknyttet barneavdelinger, ved prosjekt ble denne pasientgruppen skånet i henhold til å flytte, kun ett tilfelle av opphold for ledsager på samarbeidshotell oppsto grunnet tidspunkt for bestilling kl. 18.35 og fullt hotell. Utover dette ble det påsett at alle tilknyttet barneavdelingen ble ivaretatt i første rekke.

Benyttelse av samarbeidshotell - øvrige gjester

For å ivareta øvrige eksterne bestillere (påørende/polikliniske etc.) opprettet vi en egen samarbeidsavtale på tilegnet hotell. Dette både for å påse et tilbud og samtidig sikre at eksisterende samarbeidsavtale ble forbeholdt gjester via St. Olavs hospital.

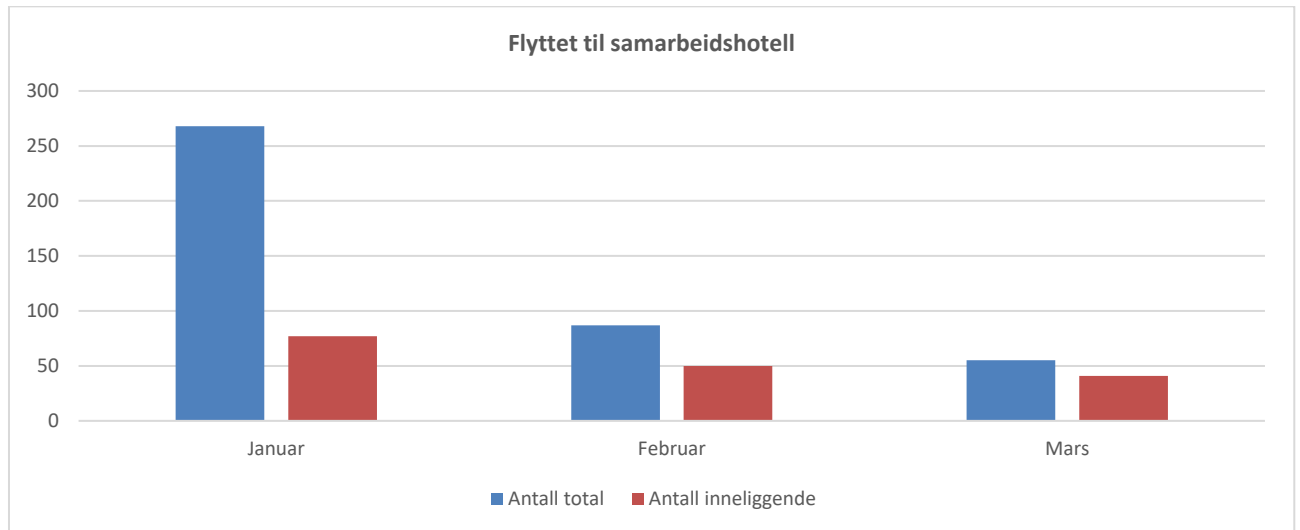
Vi valgte å opprette avtale med Quality Hotell Augustin, i denne avtalen hadde vi fri tilgang på å booke frem i tid, avhengig av deres kapasitet, samt at vi fast avholdte 5 rom til samme dag, som ville kunne avhjelpe ved stort behov fra St. Olav og sikre mulig flytting av pasienter også til dette hotellet.

Flytting av inneliggende

I henhold til reglement skal ikke inneliggende pasienter flyttes ut fra sykehus området. Vi opplevde derimot raskt at svært mange med klassifiseringen «inneliggende» ble meldt som «kan flyttes». Flere av disse pasientene er personer som f.eks. kommer en dag før operasjon og settes som inneliggende i starten på forløpet i henhold til utredning og prøvetaking.

Vi gikk ut med denne informasjonen til prosjektgruppe, med en forespørsel om hvorvidt dette burde blitt sett nærmere på og hvorvidt retningslinjer burde bli lagt i henhold til hvilke pasientgrupper som kan vurderes flyttet til tross for status inneliggende.

Om disse pasientene ble vurdert til «ikke flyttes» av avdeling, ville tilsvarende færre øvrige kunne blitt tatt inn ved hotellet.



Figur 4. Totalt antall flyttede pasienter, andel av flyttede pasienter klassifisert som inneliggende

5. Statistikk

Ved gjennomgang av bestillinger har det vist seg at det har vært en manglende korrelasjon mellom hvor mange pasienter som har status inneliggende ved hotellet, og hva som er registrert i PAS som boende på hotellet, dette kan gi mange ringvirkninger både i henhold til økonomi, belegg og sikkerhet – problemstilling er drøftet i prosjektgruppe og statistikk utformet.

6. Evaluering

Vi opplevde en gjennomgående god dialog med seksjonsleder, prosjektgruppen og ikke minst ansatte ved lettpost i forkant av og gjennom hele perioden.

Rutiner ble oppfattet som velfungerende etter innkjøring og arbeidsfordelingen mellom avdeling og hotell som svært velfungerende.

Ansatte ved lettpost deltok velvillig på brannkurs via hotellet og viste generell forståelse for retningslinjer gitt i henhold til øvrig drift.

Norlandia Care Hotell St. Olav er svært positive til å videreføre lettpost som fast ordning, vi mener det er et godt tilbud for pasienter og ser stor verdi i økt benyttelse fra St. Olavs hospital, da dette er hva vårt konsept er utarbeidet og tilrettelagt for.