



Klinikkvise gjennomganger St. Olav HF 2014 og 2015: Bakgrunn, metode og resultater.

Rapport fra analysegruppen

Innhold:

Forord - fra administrerende direktør	3
Bakgrunn	4
Beskrivelse av metode.....	4
Erfaringer og resultater – oppsummert av analysegruppen	7
Rapportering og tilbakemelding fra klinikkene	12
Sluttkommentar	14
1: Barne- og ungdomsklinikken (BUK)	15
2. Kirurgisk klinikk	15
3: Klinikkk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer	16
4: Klinikkk for hjertemedisin.....	16
5: Kreftklinikken	17
6: Kvinneklinikken.....	17
7: Divisjon psykisk helsevern.....	18
8: Klinikkk for akutt og mottaksmedisin	18
9: Klinikkk for anestesi- og intensivmedisin	19
10: Klinikkk for fysikalsk medisin og rehabilitering.....	19
11: Klinikkk for lunge og arbeidsmedisin	20
12: Klinikkk for rus og avhengighetsmedisin.....	21
13: Klinikkk for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer	22
14: Medisinsk klinikk.....	22
15: Nevroklinikken.....	23
16: Klinikkk for kliniske servicefunksjoner	23
17: Laboratoriemedisinsk klinikk	24
18: St Olavs driftsservice.....	24
Vedlegg I: Komplette sjekklister	25
Vedlegg II: Om produktivetsindikatorer - metode	26

Forord - fra administrerende direktør

«Klinikkvise gjennomganger» ved St. Olav ble initiert i januar 2014. Det ble etablert en analysegruppe ledet av daglig leder ved Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU), som fikk i oppgave å utføre oppdraget. Formålet med klinikkgjennomgangen har vært å bidra til

- Bedret kvalitet
- Bedret styring og ledelse
- Økt effektivitet, bedre ressursutnyttelse
- Bedre planlegging av aktivitet og budsjett

For alle klinikker har det vært et mål at de skulle identifisere tiltak som på kort eller lang sikt skal bidra til måloppnåelse. Mer konkret har det vært et mål å legge grunnlag for økt behandlingsaktivitet fremover. For klinikkene som deltok i første del av 2014 var det et eksplisitt mål å bidra til at budsjettmålene for 2014 ble nådd.

Denne rapporten er analysegruppens oppsummering av klinikkvise gjennomganger. Den beskriver både metodikk, gjennomføring, resultater og ikke minst klinikkjefenes vurdering av hva nytteverdien har vært, sett fra deres side. Og det hører med at det er gjort både gode og mindre gode erfaringer. Forhåpentligvis kan rapporten være til nytte på i hvert fall to måter: For det første som en samling av eksempler på mulige små og store tiltak - og for det andre som en beskrivelse av erfaringer med selve den metodiske tilnærmingen.

Jeg vil rette en spesiell takk til alle de som har bidratt fra klinikkenes side - det har vært en grunnleggende positiv og konstruktiv innstilling til gjennomgangene. Og så vil jeg rette en takk til analysegruppen og prosjektleder Johan F Skomsvoll, daglig leder RSHU. Det er et betydelig arbeid som er utført – som både har vært og som vil komme til nytte.

Trondheim, februar 2016



Nils Kvernmo

Administrerende direktør

Bakgrunn

Formålet med klinikkgjennomgangen har vært å bidra til

- Bedret kvalitet
- Bedret styring og ledelse
- Økt effektivitet, bedre ressursutnyttelse
- Bedre planlegging av aktivitet og budsjett

Målet med gjennomgangene har vært at hver klinikk skulle komme frem til et antall forpliktende tiltak enten av typen «gjennomføre» eller av typen «utrede». I begge tilfeller skulle det fastsettes dato for oppstart og for fullføring. Klinikkvise gjennomganger har hatt både kortsiktige og langsiktige mål. Klinikkene har selv hatt ansvar for å komme frem til tiltak, mens analysegruppen har lagt til rette for prosessen.

Beskrivelse av metode

Klinikkgjennomgangene har bestått av en møteserie mellom klinikkjef og utvalgte medarbeidere fra klinikken – og analysegruppen. Møteseriene har hatt tre hovedelementer:

- En gjennomgang av utvalgte nøkkeltall
- Samtale om drift med utgangspunkt i en sjekkliste for organisering, planlegging og dagsrutiner
- Identifisere områder av driften som kan forbedres og hvor det kan konkretiseres tiltak.

Klinikkgjennomgangene har handlet om hvordan effektiv drift og aktivitetsøkning kan gjennomføres, med utgangspunkt i følgende **sjekkliste**:

Organisering - organisasjonskart:

- Hvem har ansvar?
- Hva består dette i? (Ledelse, personell, fag, annet)
- Hvordan følges dette opp? (Aktivitet, bemanning, kostnader)

Årsplan/månedspaner/ukeplaner:

- Er det forutsigbar og realistisk driftsplanlegging i forhold til budsjett?
- Vet man når hvilket personell er til stede, i hvilken funksjon og med tilstrekkelig planleggingshorisont (> 6mnd)?

Dagsrutiner:

- Hvordan er dagsflyt/ dagsprogram (leger, sykepleiere, annet personale)?
- Åpningstider på alle aktiviteter(planlagt sammenlignet med faktisk)?
- Hvordan er møte og internundervisningsvirksomheten lagt opp? (aktivitet, antall tilstede, og varighet)
- Hva gjøres av tiltak for å redusere antall strykninger på operasjonsprogrammet,

poliklinikk eller innen annen aktivitet?

For komplett sjekklister, se vedlegg I.

Nøkkeltall ble laget for å ha en overordnet beskrivelse av klinikkenes utvikling siste tre år med hensyn til ressursinnsats og aktivitet. Ressursinnsats dekket personell (herunder innleie), legemiddelkostnader og kostnader til medisinske forbruksvarer spesielt. Aktivitet dekket både polikliniske konsultasjoner med refusjon, avdelingsopphold og liggedager. Tabellen nedenfor viser et eksempel fra Barne- og ungdomsklinikken (BUK).

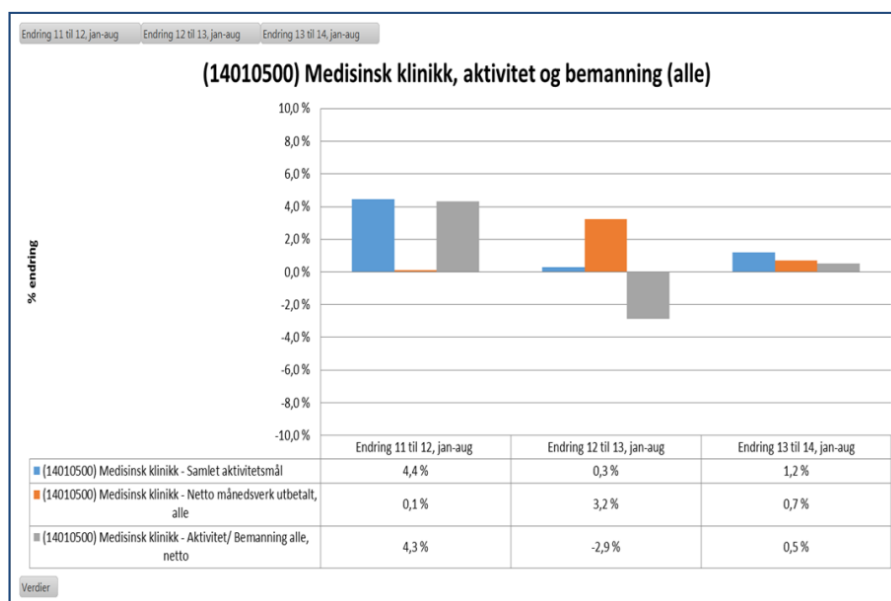
Figur 1: Standard nøkkeltall brukt i klinikkvise gjennomganger. Eksempel fra barne- og ungdomsklinikken.

	St Olav	St Olav	BUK	BUK
	Prosent endring	Prosent endring	Prosent endring	Prosent endring
	2011-12	2012-13	2011-12	2012-13
Personell				
- netto årsverk (utbetalt)	1,0 %	1,8 %	1,6 %	3,0 %
- innleie eksternt (kr)	18 %	7,0 %	11 %	-18 %
- innleie bem.senteret	174 %	157 %		
Aktivitet				
- poliklinikk (ISF-inntekt)	4,3 %	-0,7 %	4 %	5,0 %
- dagopphold	7,8 %	-0,3 %	1,7 %	-15 %
- avdelingsopphold	1,8 %	1,5 %	-1,1 %	2,1 %
- liggedøgn	-3,9 %	-1,9 %	3,4 %	-1,8 %
- gj.sn. liggetid	-5,5 %	-3,3 %	4,5 %	-3,8 %
Varekostnader				
- legemidler	8,2 %	10,5 %	37 %	12,3 %
- med. forbruksvarer	9,8 %	2,8 %	28 %	-3,7 %

I tillegg til dette standardiserte settet med nøkkeltall, har klinikkene også i noen grad lagt frem eget tallmateriale. Og som et ytterligere supplement har det blitt utarbeidet sammenlignbare **produktivitetsindikatorer** for hver enkelt klinikk. Det siste har vært et *utviklingsarbeid* som også er relevant bakgrunnsmateriale i den ordinære budsjettprosessen ved St. Olav.

Utvikling i aktivitet (samlemål for avdelingsopphold og polikliniske konsultasjoner) og netto månedsverk (med enkelte nødvendige korreksjoner) har dannet grunnlag for indikatoren «prosentvis endring i aktivitet per månedsverk». Figuren nedenfor viser et eksempel for medisinsk klinikk.

Figur 2: Standard produktivitetstall brukt i klinikkvise gjennomganger. Eksempel fra Medisinsk klinikk.



For en nærmere beskrivelse av metode og resultater for produktivitet, se eget avsnitt nedenfor under «Erfaringer og resultater - oppsummert» samt vedlegg II.

Møteserien skulle bidra til å identifisere områder av driften som kan forbedres og hvor det kan konkretiseres tiltak. I tillegg til analysegruppen har også en klinikkssjef fra en *annen* klinikk deltatt som *referee*. Referee'ens oppgave har vært å stille kritiske spørsmål og utfordre klinikken – på klinikkens egen hjemmebane.

Det har i utgangspunktet vært lagt opp til **tre møter per klinikk**, samt at det har vært åpnet for et avsluttende møte mellom klinikkssjef og direktøren. Formålet med det første møtet er å få en felles forståelse for prosessen, gjennomgå nøkkeltallene og deretter ha en første drøfting med utgangspunkt i sjekklisten.

Mellom møte nummer en og to har klinikkssjefen sammen med sine medarbeidere gått i gjennom sjekklisten og eventuelt andre forhold som har vært påpekt. Klinikkssjefen har vært ansvarlig for å gjøre egne vurderinger og svare ut spørsmålene som har vært stilt i møte to. Målet med møte nummer to har vært å konkretisere forslag til tiltak som så legges frem til endelig drøfting i møte tre.

Det har vært en tydelig ansvarsdeling i gjennomgangene ved at analysegruppen har bistått med å legge til rette for prosessen og møtene, herunder skrive møtereferat og oppsummeringer, samt å utarbeide nøkkeltall og produktivitetsindikatorer. Divisjons- og klinikkssjefer har på sin side vært ansvarlig for å ferdigstille tiltak - samt *gjennomføre* disse.

«Klinikkvise gjennomganger» ble drøftet med hovedtillitsvalgte 14. januar 2014 og det var en positiv holdning til at arbeidet ble satt i gang. Det har også vært lagt til grunn at tiltak skulle drøftes formelt med divisjons- og klinikktiltitsvalgte, for så avslutningsvis å legges frem for direktør. I prinsippet skal med andre ord endelig beslutning om tiltak tas av direktør i

samråd med klinikkledelse.

Det har med andre ord vært en *mal* for gjennomføring av klinikkvise gjennomgangene, og den har i stor grad blitt brukt. Det har likevel vært både ønskelig og formålstjenlig med individuelle tilpasninger og en fleksibilitet

Erfaringer og resultater – oppsummert av analysegruppen

I perioden januar 2014 til og med januar 2016 har analysegruppen hatt gjennomgang av til sammen 20 klinikker pluss fire stabsavdelinger under sentral stab. Til sammen har klinikkene konkretisert 78 tiltak. Basert på en enkel kategorisering er 40 % av disse tiltakene relatert til pasientforløp og økt aktivitet, mens 28 % var relatert til bemanningsplanlegging.

Type tiltak	Antall	I prosent
A Pasientforløp, økt aktivitet, poliklinikk, ventelister	31	40 %
B Innkjøp, inntekt, koding	4	5 %
C Medikamenthåndtering	3	4 %
D Bemanningsplanlegging	22	28 %
E Organisering, administrasjon og ledelse	9	12 %
F Annet	9	12 %
Alle tiltak	78	100 %

Flertallet av de 78 tiltakene er utredningstiltak, i alt 41. For disse tiltakene vil en tallfestet effektivisering komme som en del av utredningsarbeidet. For de øvrige 37 tiltakene som er av typen «gjennomføre», er det for en del av tiltakene estimert en årlig effektivisering. Dette beløper seg samlet sett til mellom 11 og 12 millioner kroner.

Det har vært et mål å bidra til prosesser som kan lede til mer effektiv ressursbruk, og mange av utredningstiltakene har potensiale for både bedre kvalitet og mer effektiv ressursbruk. Og i tillegg er mange av tiltakene *varige* og med potensiell effekt over flere år.

Bemanningsplanlegging har pekt seg ut som et spesielt viktig tiltaksområde, jfr. Brasseprosjektet på Klinik for Ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, og aktivitetsbasert bemanningsplanlegging på Klinik for rus og avhengighetsmedisin.

Gjennomgangene har også avdekket tiltak av felles interesse på tvers av klinikkene og som krever oppfølging på St. Olav-nivå. Dette gjelder blant annet følgende:

- Kapasitet anestesi og intensiv: Behov for å styrke overordnet planlegging og samordnet bruk av anestesiresurser og intensivressurser.
- Innkjøp: Økt kapasitet innkjøp og mer effektiv gjennomføring av anbudsprosesser og etablering av nye avtaler, samt systematisk oppfølging av eksisterende avtaler.
- Systematisk kartlegging av medisinsk teknisk utstyr og tilhørende risiko- og sårbarhetsanalyse. Stikkord: Langtidsplanlegging for investering i inventar og utstyr 2014-2020.
- Effektivisere klinikkenes månedlige rapportering

- Felles retningslinjer/prosedyrer: Gjelder spesielt søknad og gjennomføring av overlegepermisjon, bruk av timebank og bruk av «kveldspoliklinikk»

Erfaringer fra arbeidet:

Om gjennomføring

Klinikkvise gjennomganger har vært ressurskrevende i den forstand at det har vært mange møter med til dels mange deltagere. Forberedelse og etterarbeid har også tatt tid.

For å unngå dobbeltarbeid har det vært et løpende behov for å «plassere» klinikkvise gjennomganger i forhold til andre prosesser og initiativ, f.eks. budsjettarbeidet. Analysegruppens inntrykk er imidlertid at klinikkvise gjennomganger har funnet sin plass og således vært et *supplement*, uten å overlape. Hovedinntrykket er også at gjennomgangene har vært positivt mottatt i klinikkene, og bidratt til å sette fokus på viktige driftsmessige forhold. Det har imidlertid ikke fungert like godt for alle klinikker og det har således vært en betydelig variasjon med hensyn til utbytte av møtene.

Om tiltak: «Gjennomføre» versus «utrede» og tiltak oppsummert

Klinikkvise gjennomganger har hatt et sterkt fokus på at klinikkene selv skal komme frem til tiltak, og da enten tiltak av en slik art at de kan gjennomføres uten nærmere utredning eller tiltak som må utredes nærmere før en eventuell gjennomføring kan bli aktuell. Alle klinikker ble bedt om å konkretisere sine tiltak i enkle standard skjema.

«Gjennomføre» innebærer for det første at tiltaket som sådan kan konkretiseres, at målet kan konkretiseres og grad av måloppnåelse dokumenteres. Og dernest at gevinst kan konkretiseres, herunder mer-/mindrekostnader og mer-/mindreinntekter. «Utredning» innebærer på den annen side at det trengs å gjøres et stykke utrednings- eller planleggingsarbeid før beslutning om gjennomføring tas.

Samlet sett er det litt flere tiltak av typen «utredning» (41), mot 37 «gjennomføre». Klinikkerne som har foreslått tiltak som kan gjennomføres, ble i stor grad involvert i gjennomganger allerede våren 2014. På høsten ble det mer naturlig å ta gjennomføringstiltak direkte inn i budsjettprosessen.

Det er generelt en utfordring å beskrive effektivisering i kroner og øre. Det gjelder for det første det å tallfeste kronebeløpene som sådan, hvor både utgifts- og inntektssiden tas i betraktning. Dernest det å tydeliggjøre om tiltakene allerede er innarbeidet i budsjettet eller ikke, samt å spesifisere om det er helårseffekt eller delårseffekt. I tillegg kan tiltak ha ringvirkninger for andre klinikker som igjen kan være vanskelig å tallfeste. Det er viktig å være mest mulig presis på felles forutsetninger for tallfesting av effektivisering. I ettertid ser vi at analysegruppen godt kunne vært enda tydeligere i sine «bestillinger» til klinikkene på dette punktet.

Erfaringsoverføring

Klinikkene har vært gode til å fremheve tidligere gjennomførte tiltak som har vært vellykket og likeledes presentere metodikk som har vært brukt med god erfaring. Klinikkvise gjennomganger har bidratt til erfaringsoverføring til andre klinikker.

Tiltak på St. Olav-nivå versus klinikk

Flere klinikker tok opp problemstillinger som var avhengig av tiltak på St. Olav-nivå. Dette gjaldt både tiltak som var avhengig av koordinering mellom flere klinikker (herunder tilgang på ressurser som andre klinikker disponerte) og tiltak som var avhengig av oppfølging fra sentral stab (se liste over).

Møter med stabsavdelinger

Det har vært avholdt klinikkvis gjennomgang også med deler av sentral stab: Økonomiavdelingen, organisasjonsavdelingen, samhandlingsavdelingen og forskningsavdelingen. I disse møtene har spesielt tiltak på St. Olav-nivå blitt tatt opp, samt at det har vært fokus på hvordan stabsavdelinger best kan understøtte klinikkens virksomhet.

Møter med direktør

Intensjonen var at klinikkens forslag til tiltak skulle legges frem for administrerende direktør og dermed få «go» eller ikke. Dette har fungert for en del klinikker, men har vist seg vanskelig å gjennomføre for alle av ulike grunner. Og delvis har kanskje heller ikke behovet vært til stede.

Behov for oppfølging

Å følge opp klinikkens tiltak er helt avgjørende for at klinikkvise gjennomganger skal ha en betydning. Det gjelder både gjennomføre og utrede. Det er lagt opp til en egen prosess med rapportering i regi av analysegruppen.

Produktivetsindikatorer

I tillegg til det standardiserte settet med nøkkeltall, har det blitt utarbeidet **produktivetsindikatorer** for hver enkelt klinikk. Nedenfor presenterer vi tre samletabeller som viser tall for et utvalg av klinikker: Utvikling i aktivitet, bemanning og aktivitet dividert på bemanning – det vil si produktivitet. Vi starter imidlertid med en kort beskrivelse av metodikken og tilrettelegging av datagrunnlaget.

Metodisk tilnærming

Teoretisk sett er produktivitet et enkelt mål der aktivitet deles på ressursbruk. For eksempel aktivitet delt på bemanning. I en stor organisasjon med mangeartet aktivitet er det ikke så lett å finne et felles samlet aktivitetsmål som samtidig er knyttet til avdelingen der aktiviteten utføres. Bemanning har vi bedre oversikt over i sykehuset, både på netto og brutto månedsverk utbetalt. I denne sammenhengen var vi interessert i innsatsen til de som faktisk var på jobb, så vi har brukt netto månedsverk.

En mulig løsning for aktivitetsmålet er å bruke DRG-poeng, der aktiviteten er regnet om til et felles mål. Men DRG-poeng beregnes for sykehusopphold som igjen kan bestå av flere avdelingsopphold, så allerede der kan vi ha fjernet oss fra avdelingen(e) som faktisk utførte aktiviteten. Det ble tidlig klart at det var behov for å måle aktiviteten på avdelingsnivå. Spørsmålet er hvordan måle eller vekte en poliklinisk konsultasjon mot et dagopphold eller et heldøgnsopphold? Og skal det vektet likt på tvers av alle fag?

Løsningen som ble valgt var å bruke såkalt «Nimes-korrigert vekt» som er DRG-poeng før finansieringslogikken kommer inn og grupperer i sykehusopphold. *Nimes-korrigert vekt* benyttes til å regne om poliklinikk og dagbehandling til heldøgns avdelingsopphold. Som en illustrasjon ble aktivitetsgrunnlaget for somatikken totalt i de 8 første månedene av 2014 som følger:

Heldøgnsopphold: 39 617
 Dagopphold: 623 (omregnet fra 8988 dagopphold, indeks 0,091)
 Poliklinikk: 11 203 (omregnet fra 205 341 poliklinikk-kontakter, indeks 0,059)
 Samlet aktivitetsmål: 51 443

Se vedlegg II for nærmere drøfting av fordeler og ulemper ved aktivitetsmålet.

Produktivitetsutvikling for St. Olavs klinikker 2011 til 2014

Figurene nedenfor viser relativ utvikling for de fleste somatiske klinikkene. Tallene for hvert år gjelder de åtte første månedene av året.

For ordens skyld: Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ikke med i dette oppsettet, men kan bli inkludert på et senere tidspunkt. Det er her mulig å bruke de felles aktivitetsmålene som allerede brukes på regionalt nivå (PH-aktivitet og TSB-aktivitet). For laboratoriemedisin ble klinikkens egne aktivitetstall (antall undersøkelser) per avdeling sammenstilt og sett i lys av bemanning.

Figur 3: Aktivitetsutvikling 2011-2014, prosent endring

Radetiketter	Kolonnetiketter			
	Endring 11 til 12, jan-aug	Endring 12 til 13, jan-aug	Endring 13 til 14, jan-aug	Endring 11-14, jan-aug
	Samlet aktivitetsmål	Samlet aktivitetsmål	Samlet aktivitetsmål	Samlet aktivitetsmål
(14010300) Klinikk for hjertemedisin	1,8 %	1,4 %	4,0 %	7,4 %
(14010400) Klinikk for thoraxkirurgi	5,6 %	1,6 %	-6,3 %	0,6 %
(14010500) Medisinsk klinikk	4,4 %	0,3 %	1,2 %	6,0 %
(14010600) Kreftklinikken	-3,0 %	8,8 %	2,4 %	8,0 %
(14010700) Klinikk for ØNH, kjeve og øyesykdommer	0,3 %	-9,6 %	4,8 %	-4,9 %
(14010800) Nevroklinikken	2,5 %	-2,8 %	3,9 %	3,5 %
(14010900) Klinikk for lunge og arbeidsmedisin	3,9 %	5,4 %	-3,8 %	5,4 %
(14011000) Kirurgisk klinikk	3,0 %	7,5 %	2,1 %	13,0 %
(14011100) Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer	1,7 %	4,4 %	6,4 %	13,0 %
(14011200) Barne- og ungdomsklinikken	0,1 %	5,7 %	3,4 %	9,5 %
(14011300) Kvinneklinikken	2,2 %	2,3 %	3,0 %	7,6 %
(14011500) Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering	-8,2 %	19,4 %	-5,0 %	4,1 %
(14011700) Røros	-6,8 %	-5,6 %	2,8 %	-9,6 %

Figur 4: Bemanningsutvikling 2011-2014, prosent endring

Radetiketter	Kolonnetiketter			
	Endring 11 til 12, jan-aug	Endring 12 til 13, jan-aug	Endring 13 til 14, jan-aug	Endring 11-14, jan-aug
	Netto månedsverk utbetalt, alle	Netto månedsverk utbetalt, alle	Netto månedsverk utbetalt, alle	Netto månedsverk utbetalt, alle
(14010300) Klinikk for hjertemedisin	2,7 %	2,1 %	1,1 %	6,0 %
(14010400) Klinikk for thoraxkirurgi	-4,4 %	4,3 %	-3,8 %	-4,0 %
(14010500) Medisinsk klinikk	0,1 %	3,2 %	0,7 %	4,1 %
(14010600) Kreftklinikken	-2,4 %	4,9 %	3,8 %	6,3 %
(14010700) Klinikk for ØNH, kjeve og øyesykdommer	1,5 %	1,5 %	3,1 %	6,2 %
(14010800) Nevroklinikken	0,6 %	3,9 %	2,8 %	7,4 %
(14010900) Klinikk for lunge og arbeidsmedisin	0,2 %	3,6 %	2,2 %	6,1 %
(14011000) Kirurgisk klinikk	3,8 %	5,8 %	3,3 %	13,4 %
(14011100) Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer	3,7 %	-1,1 %	3,2 %	5,9 %
(14011200) Barne- og ungdomsklinikken	-1,1 %	4,9 %	0,5 %	4,3 %
(14011300) Kvinneklinikken	-3,9 %	-2,3 %	0,7 %	-5,4 %
(14011500) Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering	0,8 %	3,1 %	-4,0 %	-0,3 %
(14011700) Røros	2,8 %	8,9 %	-0,2 %	11,8 %

Figur 5: Produktivitetsutvikling 2011-2014, prosent endring

Radetiketter	Kolonnetiketter			
	Endring 11 til 12, jan-aug	Endring 12 til 13, jan-aug	Endring 13 til 14, jan-aug	Endring 11-14, jan-aug
	Aktivitet/ Bemanning	Aktivitet/ Bemanning	Aktivitet/ Bemanning	Aktivitet/ Bemanning
	alle, netto	alle, netto	alle, netto	alle, netto
(14010300) Klinikk for hjertemedisin	-0,9 %	-0,7 %	3,0 %	1,3 %
(14010400) Klinikk for thoraxkirurgi	10,4 %	-2,6 %	-2,6 %	4,8 %
(14010500) Medisinsk klinikk	4,3 %	-2,9 %	0,5 %	1,8 %
(14010600) Kreftklinikken	-0,6 %	3,7 %	-1,4 %	1,7 %
(14010700) Klinikk for ØNH, kjeve og øyesykdommer	-1,1 %	-10,9 %	1,6 %	-10,5 %
(14010800) Nevroklinikken	1,9 %	-6,5 %	1,1 %	-3,6 %
(14010900) Klinikk for lunge og arbeidsmedisin	3,7 %	1,7 %	-5,9 %	-0,7 %
(14011000) Kirurgisk klinikk	-0,7 %	1,6 %	-1,2 %	-0,3 %
(14011100) Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer	-1,9 %	5,5 %	3,1 %	6,7 %
(14011200) Barne- og ungdomsklinikken	1,2 %	0,8 %	2,9 %	5,0 %
(14011300) Kvinneklinikken	6,3 %	4,7 %	2,2 %	13,8 %
(14011500) Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering	-8,9 %	15,9 %	-1,0 %	4,5 %
(14011700) Røros	-9,3 %	-13,3 %	2,9 %	-19,1 %

Med «effektivitet» som overskrift, beskriver produktivetsindikatoren i figur 5 klinikkenes *relative utvikling*. Produktivetsindikatoren, sammen med aktivitetsutvikling og bemanningsutvikling gir imidlertid et begrenset bilde av klinikkens driftssituasjon. Ved en videreføring av dette indikatorarbeidet kan andre indikatorer tenkes utfylle bildet og beskrive andre sider ved klinikkens drift. Noen eksempler:

- Produktivitet – nivå: *DRG-poeng per netto månedsverk*
- Lønn: *Lønnskostnad per netto månedsverk*
- Medisinske forbruksvarer: *Varekostnad per avdelingsopphold*
- Legemidler: *Medikamentkostnader per avdelingsopphold*

For alle disse kan både relativ utvikling de siste årene eller nivået siste år være aktuelle som indikatorer. Og det finnes en rekke *andre* indikatorer som også kan tenkes brukt. Det avgjørende er selvsagt å finne den eller de indikatorene som er best egnet til å beskrive de aspektene ved driftene - eller de spørsmålene - som er av størst interesse.

Som en del av klinikkvise gjennomganger var oppgaven å etablere et samlet aktivitetsmål for klinikkene - som både ble forstått og akseptert av klinikkjefene og medarbeidere, samt av direktørgruppen. Det samme gjaldt for ressursinnsats. I den avsluttende runden med hver klinikk har produktivetsindikatorerne i figur 3, 4 og 5 blitt drøftet. Indikatorerne har i all hovedsak blitt forstått og akseptert. Det gir både et godt grunnlag for videre bruk innad i den enkelte klinikk, for å følge med på «blir vi mer effektive?», og som styrings- og beslutningsinformasjon på St. Olav-nivå, for eksempel i budsjettprosessene.

På St. Olav-nivå er det spesielt ønskelig å sette sammen et *bredere* sett av indikatorer for å dekke flere aspekter ved driftene. Hvilke indikatorer som skal velges bør for det første sees i sammenheng med hvilke driftsmessige spørsmål som skal belyses, og dernest kan man med fordel vurdere gjenbruk av indikatorer som har vært benyttet tidligere år. Ledelsesmessig forankring både med hensyn til valg av indikatorer og det å faktisk bruke det samme settet over noe tid, er svært viktig. Det har ligget utenfor rammen av klinikkvise gjennomganger å etablere et bredt sett av indikatorer knyttet til effektivitet. I forlengelsen av gjennomgangene kan imidlertid en slik oppgave med fordel løses gjennom et eget avgrenset

prosjekt.

Avsluttende kommentar:

I alt 17 klinikker har skriftlige levert tiltak. Disse er kort presentert klinikkvis på de neste sidene. I tillegg er alle opplysninger om tiltak elektronisk samlet i en egen oversikt med tanke på senere bruk.

To klinikker har av ulike grunner ikke levert tiltak selv om ordinær møteserie har vært avholdt. Det gjelder klinikk for thoraxkirurgi og klinikk for bildediagnostikk.

Rapportering og tilbakemelding fra klinikkene

Klinikkene fikk i mars/april 2015 tilsendt et enkelt rapporteringsskjema som inneholdt spørsmål om status og effekt av tiltak, pluss spørsmål om prosessen med klinikkvise gjennomganger som sådan og nytteverdien. Oppsummeringen nedenfor er basert på svar fra 13 klinikker.

Følgende mal ble benyttet for spørsmål knyttet til tiltak:

<Tiltakets navn>	Rapportering av status/resultat:
Fremdrift: Er tiltaket gjennomført?	(Hvis nei, eller bare delvis gjennomført, gi en kort forklaring)
Hvilke effekter har tiltaket gitt? Beskriv eventuelt effekter på kort og lengre sikt.	
Hvilke økonomiske konsekvenser har tiltaket gitt?	
Andre kommentarer	

Kort oppsummering:

Av i alt 54 tiltak er 47 enten gjennomført eller pågår. Fem tiltak venter på igangsettelse, mens to tiltak er utsatt. Når det gjelder tiltak som venter så har dette delvis sin årsak i forhold utenfor klinikken, som for eksempel bistand fra innkjøp eller ønske om bistand til særskilte analyser.

En høy andel av tiltakene er gjennomført eller pågår, men mange klinikker gjør samtidig oppmerksom på at mange av disse ville blitt gjennomført uavhengig av klinikkvise gjennomganger. Kun *en* klinikk rapporterer om faktisk effekt i kroner.

Følgende spørsmål om prosessen med klinikkvise gjennomganger og nytteverdi ble benyttet, og det ble bedt om klinikk sjefens vurdering:

Spørsmål	Vurdering
Er de innmeldte tiltak fortsatt relevant?	
Gir tiltakene positiv effekt på klinikkens drift	

fremover?	
Hvorfor har man lyktes/ikke lyktes med å gjennomføre tiltakene?	
Generell kommentar om prosjektet «Klinikkvis gjennomgang» <ul style="list-style-type: none"> • Generelt • Hva var bra • Hva kunne vært bedre 	

Klinikksjefene har gitt tydelig tilbakemeldinger. Noen hovedpunkter:

- Flere klinikksjefer synes klinikkvis gjennomgang har vært nyttig, mens andre synes det har vært kommet lite *ekstra* ut av det.
- De som synes det har vært nyttig legger vekt på nytten av at noen «utenfra» stiller spørsmål ved egen drift.
- Mange påpeker at tidsbruken samlet sett var stor, med mange møter og mange deltagere.
- Enkelte hadde forventninger om bistand til mer spesifikke analyser fra analysegruppens side.
- Klinikkvise gjennomganger anbefales ikke videreført i samme omfang, men noen foreslår mer spissede og slik sett mer avgrenset «gjennomganger», både med hensyn til tema og tidsbruk.

Noen utvalgte sitater fra besvarelsene:

«Jeg hadde ikke vesentlig utbytte av dette. Mye tidsbruk for svært mange personer.»

«Den klinikkvise gjennomgangen for vår klinikk har ikke bidratt i noen vesentlig grad til nye tiltak. Alle tiltak som er presentert her var tiltak som var skissert på et tidligere tidspunkt og delvis innarbeidet i budsjettet for 2014. Hvis vi skulle ha kommet opp med nye tiltak burde det blitt stilt spørsmål som vi ikke hadde stilt oss selv på forhånd.»

«Prosjektet «Klinikkvis gjennomgang» var et meget godt tiltak som helt sikkert har gitt en god oversikt over de utfordringer de enkelte klinikker og sykehuset samlet står overfor. For egen klinikk vedkommende var det en god anledning til å definere viktige tiltakspunkter i forhold til forbedring.

Dette er et konsept som helt sikkert kan videreføres, eventuelt med noen justeringer, for eksempel ved å vurdere kritisk antall møter. Prosjektet ble godt ledet.»

«Det viktigste var å få en ekstern vurdering/drøfting av klinikkens virksomhet, påpekning av styrke/mangler/muligheter.»

«Prosesen er positiv for klinikkene. Så spør det bare om målsettingen er omforent når det gjelder hva man vil oppnå. Hvis målsettingen er innsparing er gjennomføring svært tidkrevende og gevinsten ikke nødvendigvis så stor. Hvis målsetting på sikt er bedre tjenester er konseptet meget godt.»

«Ble resultatene hensynstatt i budsjettprosessen sentralt?»

«Man kunne vurdere å erstatte møtene med en melding fra klinikkene hvor det beskrives hovedfokus for kommende år på gitte områder.»

«God arena mht. utvikling av nye ideer/tiltak. Høyere grad/mer spesifikk kompetanse/støtte fra gruppe og inn mot klinikken kunne vært gunstig.»

«Prosjektet medvirket til å gi bedre innsikt i egen drift og å identifisere/tydeliggjøre forbedringsområder. Slik analysene foregikk, var de antageligvis ikke detaljerte nok til virkelig å fange opp effektiviserings potensiale i den kliniske enden. Jeg mener konseptet er bra og bør kontinueres – kanskje med virkelige dybdedykk innenfor deler av en klinikk i stedet for å skrape i overflaten på en hel klinikk.»

Sluttkommentar

Analysegruppens avsluttende vurdering er som følger:

Klinikkvise gjennomganger, med den metodikk, møtefrekvens og omfang som er beskrevet i denne rapporten, er det *ikke* hensiktsmessig å videreføre som en regulær aktivitet i form av for eksempel årlige gjennomganger. Til det er metodikken for tidsmessig krevende. I fortsettelsen kan imidlertid metodikken brukes på utvalgte klinikker ved behov, og ikke minst kan det foretas mer tematisk avgrensede gjennomganger av enkeltklinikker, avdelinger eller seksjoner.

1: Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Fire uker <i>lenger</i> sammenslåing sengeposter sommer 2014	Gjennomføring	28.05.2014	31.08.2014
Reduksjon i bemanning "Barn pasientmottak" sommer 2014	Gjennomføring	21.06.2014	24.08.2014
Redusere grunnbemanning "Nyfødt intensiv" - permanent	Gjennomføring	09.06.2014	31.12.2014
Reduksjon innleie fra vikarbyrå ved intensivhetene	Gjennomføring	01.01.2014	31.12.2014
Samlokalisere/flytte virksomheten på Trondsletten til Øya	Utredning	01.06.2014	01.09.2014
Redusert innleie ved sykefravær, og holde stillinger vakante hvis mulig	Gjennomføring	01.02.2014	31.12.2014

Utover det som ligger i budsjettet for 2014, utgjør tallfestet innsparing knyttet til tiltakene i tabellen over til sammen 2.256 millioner for barne- og ungdomsklinikken.

BUK har i tillegg gjennomført en prosess med omorganisering i 2014, og ny organisering er iverksatt fra 01.01.2015.

2. Kirurgisk klinikk

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Økning antall senger - tung overvåking (TOV) samles i en enhet	Gjennomføring	01.05.2014	30.09.2014
Økt tilgjengelig areal - til preoperativ poliklinikk	Utredning	01.09.2014	30.09.2014
Gastrokirurgisk bakvakt brukt til ØH. Færre ØH-innleggelse - økt elektiv kapasitet	Gjennomføring	01.09.2014	30.09.2014
Bedre samordning - økt poliklinisk aktivitet	Gjennomføring	01.09.2014	30.09.2014

Utover det som ligger i budsjettet for 2014, utgjør tiltakene en økt innsparing for 2014 på en million kroner for kirurgisk klinikk – for 2014.

3: Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Omorganisering ortopedisk ledelse	Utredning	01.04.2014	01.06.2014
Organisering av legetjenesten i tråd med driftsorganisering	Utredning	01.04.2014	
Ventelister og ventetider - ledelses oppfølging, møter hver 14. dag	Utredning	Pågående	
Økning av plastiskkirurgisk aktivitet - omdisponering av operasjonsstuer	Gjennomføring	01.03.2014	
Varekostnader operasjonsmateriell: E-handel, standardisere	Gjennomføring	Pågående	
Oppfølging kostnader medikamenter: Xiaplex - følge opp via prosjekt. Remicade-remsima - utnytte Hina-avtale	Gjennomføring	Remicade: Pågående for nye pasienter. Bytte fra 1. mai. Xiapex: Pågående	
Bedre ressursstyring - Brasseprosjekt	Utredning	Pågår per mars 2014	31.12.2014

Utover det som ligger i budsjettet for 2014, kan både økt plastikkirurgisk aktivitet og oppfølging av medikamentbruk medføre henholdsvis økt inntekt og lavere kostnader, til sammen i størrelsesorden 1-3 millioner. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til estimatene. For varekostnader er innsparing allerede innarbeidet i budsjettet for 2014.

4: Klinikk for hjertemedisin

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Langtidsplanlegging - tre måneder for leger	Utredning	01.04.2014	31.05.14
Redusere ventetider på poliklinikk - felles rutiner for hyppighet kontroll, mer ressurs til poliklinikk. Ablasjonsbehandling - utrede en tredje elfys-lab	Utredning	01.04.2014	31.05.14
Bedre innkjøpsavtaler - sammen med innkjøpsavdelingen	Gjennomføring	01.04.2014	31.05.14

Klinikk for hjertemedisin har allerede lagt innsparing knyttet til bedre innkjøpsavtaler i budsjettet. Utover dette er det ikke tallfestede innsparinger siden de andre to tiltakene er utredninger.

5: Kreftklinikken

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Redusert press på sengepostene: Ø-hjelpspasienter til akuttmottak, prosedyrer innleggelse, samarbeid kommune	Utredning	01.06.2014	31.12.2014
Fleksibel bruk av pleieressurser innen klinikken	Gjennomføring	01.05.2014	30.04.2015
Medikamentkontroll - rutinemessig fremskaffe oversikter over bruk	Gjennomføring	01.06.2014	31.05.2015

Ingen tallfestet innsparing for 2014 i kroner.

Tiltak for gjennomføring er ment å styrke klinikkens evne til å holde budsjettet.

6: Kvinneklinikken

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Vaktkoordinator (jordmødre) på fødeavdelingen fordeler og prioriterer ressurser mellom enheter	Gjennomføring	01.12.2013	Permanent ordning
Personal- og pasientlogistikk, utrede alternativ organisering SO-team	Utredning	01.06.2014	01.11.2014
Langtidsinvestering inventar og utstyr 2014-2020 - utrede behov for utskifting	Utredning	01.04.2014	01.10.2014

Tallfestet innsparing knyttet til «vaktkoordinator» for 2014 beløp seg til 2.016 millioner kroner.

Tiltaket var imidlertid planlagt og igangsatt før nyttår og innsparingen var innarbeidet i budsjettet.

7: Divisjon psykisk helsevern

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Implementering av pasientforløp for psykose, monitorere effekt	Gjennomføre	15.09.2014	15.09.2015
Ambulant akutteams (AAT) rolle i pasientforløp psykose	Utrede	15.09.2014	01.02.2015
Utvikle og etablere tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser.	Gjennomføre	01.10.2014	01.01.2016
Overtagelse av foretaksplassene for sikkerhetspsykiatri for HNT og HMR.	Gjennomføre	15.09.2014	01.01.2016
Vurdere videre plassering av OCD-tilbud mht. behandlingsnivå	Gjennomføre	15.09.2014	01.02.2015
Forbedre modell for aktivitetsmåling i PH	Utrede	15.09.2014	01.02.2015

Utvikling av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser er ventet å medføre opplæringskostnader og bygningsmessige tilpasninger i størrelsesorden 1 million kroner. På sikt vil tilbudet gi noe økte poliklinikkinntekter.

8: Klinikk for akutt og mottaksmedisin

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Bedre utnyttelse av mottaksdrift mellom Orkdal Sjukehus og Øya	Utrede	01.12.2014	xx.xx.2015
Bedre differensiering av traumemottak	Utrede	01.01.2015	xx.xx.2015
Kvalitetsøkning på tjenesten i akuttmottak - implementering av overlegegruppe	Utrede	01.11.2014	xx.xx.2015
Økt antall undersøkelsesrom i akuttmottaket	Utrede	01.11.2014	xx.xx.2015
Økt tilgang på bildediagnostikk /lab.tjenster	Utrede	01.01.2015	xx.xx.2015
Tilrettelegge akuttmottaket for økt kirurgisk intervensjon	Utrede	01.01.2015	xx.xx.2015
Smittehandtering i akuttmottaket	Utrede	01.01.2014	30.06.2015

Klinikken har planlagt flere tiltak for utredning, men ingen for gjennomføring så langt.

9: Klinikk for anestesi- og intensivmedisin

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Jobbgledning - venfiontjeneste - utført av personell i andre klinikker	Utrede	-	--
Overligger Kirurgisk klinikk - registrere	Utrede	05.01.2015	30.06.2015
Økt kapasitet på smerteklinikken - evaluere ny dags- og ukerytme	Utrede	05.01.2015	30.06.2015

Klinikken har planlagt flere tiltak for utredning, men ingen for gjennomføring så langt.

10: Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, men ikke eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Oppfølging av pasientforløp - etablere måleparametre/kvalitetsindikatorer	Utredning	01.12.2014	01.12.2015
Samhandling med kommunen om oppfølging etter endt rehabilitering. Hvordan få til en god dialog?	Utredning	Intiert	Snarest
Bemanningsplanlegging ved avdeling for ryggmargsskader - bruk av årsplan?	Utredning	01.01.2015	?
Koding og bruk av takster - utrede inntektsgrunnlag med adekvat koding	Utredning	01.01.2015	01.06.2015
Evaluering av gjennomførte innsparingstiltak 2014	Gjennomføring	18.12.2014	31.12.2014

Ett av fem tiltak er bestemt gjennomført, de øvrige skal utredes nærmere. Ingen tallfestet innsparing for 2014 eller 2015.

11: Klinikk for lunge og arbeidsmedisin

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Lunge og arbeidsmedisin:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Slutt dato
Systematisk gjennomgang av retningslinjer, revidere rutiner for kontroller, mål - å redusere antall polikliniske kontroller	Utrede/gjennomføre	01.09.2014	01.09.2016
Etablere kontrollrutiner for dyre medikamenter	Utrede/gjennomføre	01.09.2014	01.09.2016
Bedre ressursutnytting i lunge poliklinikk, flere konsultasjoner	Gjennomføre	01.09.2014	01.09.2015

Tallfestet innsparing for 2014 beløp seg til 275 000, knyttet til økt poliklinisk aktivitet.

Medisin Orkdal:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Slutt dato
Merkevarebygging/rekruttering av sykepleiere	Utrede	01.09.2014	01.09.2016
Utrede behov for indremedisinske sub-spesialiteter	Utrede	01.09.2014	01.09.2016
Karlegge behov for senger til kreftpasienter	Utrede	01.09.2014	01.09.2015
Poliklinisk aktivitet – analyse og avdekking av flaskehals	Utrede	20.06.2014	?

Kun tiltak for utredning, ingen for gjennomføring så langt.

12: Klinikk for rus og avhengighetsmedisin

Status for gjennomgangen:

Standard møtteserie er avholdt, men ikke eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Utvikling av TSB-langtidsplan 2016-2010.	Utrede	01.01.2015	31.12.2015
Forbedre budsjettprosessen for 2016.	Gjennomføre	01.05.2015	30.11.2015
Styrket bemanningsplanlegging og bemanningsstyring: Videreutvikle aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Metodikk og arbeidsprosesser evalueres og forbedres.	Gjennomføre	07.11.2014	30.11.2015
Rekruttere og beholde spesialistkompetanse: Jobbe sammen med legegruppen om strategi for rekruttering av LIS-leger og overleger.	Utrede	01.09.2015	31.12.2016
Anvendelse av personalressurser på tvers av avdelingene.	Gjennomføre	01.01.2015	31.12.2016
Oppfølging av AMUS 2014: Ferdigstille handlingsplaner	Gjennomføre	01.11.2014	01.08.2017
Gjennomføre årlig vernerunde.	Gjennomføre	10.04.2015	01.10.2015
Standardiserte pasientforløp lokalt: Evaluere standardisert pasientforløp rusakutt i St. Olav.	Gjennomføre	28.04.2015	01.06.2015
Pasientsikkerhet: Gjennomføre tiltakspakke fra "trygge hender", registrere pasientskader, redusere antall medikamentavvik	Gjennomføre	01.12.2014	31.12.2017
Kvalitetsarbeid	Gjennomføre	01.04.2014	31.12.2015

Ingen tallfestet innsparing.

13: Klinikk for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Slutt dato
Innkjøp av Excimerlaser - videreutvikle tilbud i dag gitt av avtalespesialist	Utrede	01.11.2014	?
Planlegge med en tidshorison på 6 mnd	Utrede	01.01.2015	?
Standardiserte pasientforløp - implementering og oppfølging	Gjennomføre	Fortløpende	?
Jobbglidning: Helsesekretær - sykepleier - lege	Utrede	Uavklart - under bearbeiding	?

Ingen innsparing er særskilt tallfestet.

14: Medisinsk klinikk

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Slutt dato
Utrede TOV	Utrede	01.02.2015	01.05.2015
Redusere ventetid på Endo og Gastro	Gjennomføre	01.05.2015	?
Cancerforløpstider colorektal cancer - Gastro	Gjennomføre	01.05.2015	?
Bemanningsplanlegging for sommerferien - redusere variabel lønn	Gjennomføre	01.01.2015	31.08.2015

Tallfestet innsparing for 2015 beløper seg til 3 millioner og er knyttet til bedre bemanningsplanlegging og reduksjon i bruk av innleid personell og vikarer knyttet til avvikling av sommerferie.

15: Nevroklinikken

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktøren.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
Forberedt planlegging av operasjoner: Alle kirurger må selv synliggjøre forventet operasjonstid i Operasjonsplanleggeren	Gjennomføre	01.03.2015	31.12.2015
Bruk av operasjonskapasitet: Utrede muligheter for å operere "gule" pasienter samme kveld i stedet for å forskyve elektivt program dagen etter.	Utrede	01.03.2015	31.12.2015
Registrering av alle telefonkonsultasjoner i PAS: Dokumentere økt bruk av telefonkontakt med pasienter	Utrede	01.03.2015	31.12.2015
Utvidelse av kapasitet på Nevrointensiv	Utrede	01.03.2015	31.12.2015

Tallfestet innsparing (netto merinntekt) for 2015 beløp seg til 350 000 kr.

16: Klinik for kliniske servicefunksjoner

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt, i tillegg til eget møte med direktørgruppen.

Kort beskrivelse av tiltak:

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
«Kundemøter» med kliniske klinikker	Gjennomføre	01.01.2015	31.05.2014
Synliggjøre klinikkens tilbud i spesialisthelsetjenesten	Utrede/gjennomføre	01.12.2014	31.12.2015
Kan vi jobbe smartere? Undersøke tidbruk, møtestruktur og vurdere intern omfordeling	Utrede/gjennomføre	01.12.2014	30.04.2015 og 31.7.2015
Gjennomgå klinikkens tjenester i standardiserte pasientforløp	Gjennomføre	01.12.2014	31.12.2014 og 2015-2016
Etablere to kvalitetsmål for rutinemessig oppfølging	Utrede/gjennomføre	01. 2015 Mål 2: 01. 01. 2015	31.3.2015 og 30.6.2015
Bruke timebestilling i PAS for poliklinikkpasienter	Gjennomføre	01.08.2015	?

Ingen tallfestet innsparing knyttet til tiltakene så langt.

17: Laboratoriemedisinsk klinikk

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie er avholdt.

Tiltak	Gjennomføring eller utredning	Tidspunkt oppstart	Sluttdato
LEAN - hvordan bidra til at andre klinikker kan komme i gang?	Utrede	01.05.2015	31.12.2015
Månedlig detaljert internhandelsstatistikk: Utarbeide system for automatisk uttrekk, tilrettelegge statistikk for klinikker	Gjennomføre	01.05.2015	30.04.2016
Rutiner for etablering av nye, kostbare analysemetoder	Gjennomføre	01.05.2015	01.10.2015

Kort beskrivelse av tiltak:

Ingen tallfestet innsparing knyttet til tiltakene.

18: St Olavs driftsservice

Status for gjennomgangen:

Standard møteserie med tre møter er avholdt. Etter første møte ble det fokusert på følgende problemstillinger:

- Planer for bemanningssenteret – hvordan møte signaler/bestillinger fra hovedledelsen?
- Medisinsk teknikk – utfordringer og videre planer?
- Internhandel – videreutvikling og praksisforståelse generelt på St Olav
- Hvordan møte ny konkurransemessig situasjonen med «nøytral moms»?

Hver problemstilling ble drøftet i møte men det ble ikke utarbeidet tiltak ut fra en vurdering av hensiktsmessighet.

Vedlegg I: Komplette sjekklister

Sjekklister organisering

- Hvem har ansvar?
- Hva består dette i? (ledelse, personell, fag, annet)
- Hvordan følges dette opp? (aktivitet, bemanning, kostnader). Her må det spesifiseres på nivå og person (mange steder todelt ledelse, hvem sitter da med sluttansvaret for avd./enhet?)
- Er ledere på alle nivå involvert i utarbeidingen av budsjett- både mht drift, aktivitet og bemanning ?
- Har de med ansvar en lettere tilgang til eget budsjett og til nøkkeltall, som hjelp til løpende oppfølging og styring? (med nøkkeltall menes kostnader, aktivitet, forbrukte vs budsjetterte stillinger)
- Hvordan utføres styring og ledelse?

Sjekklister – årsplan/månedspaner/ukeplaner

- Er det forutsigbar og realistisk driftspanlegging ift budsjett?
- Vet man når hvilket personell er tilstede, i hvilken funksjon og med tilstrekkelig planleggingshorisont (> 6mnd)?
- Planlegges og budsjettføres kostnader til uforutsette hendelser basert på tidligere års erfaring (for eksempel "overtid", innleie, fastvakt og lignende)
- Er poliklinikk-, sengepost- og operasjonsstueaktivitet planlagt med minst 6 mnd. tidshorisont? (Evt. andre sentrale aktiviteter for den spesielle klinikken)
- Er det god samkjøring og pasientflyt mellom alle aktiviteter (operasjonsstueaktivitet, sengepostdrift og poliklinikk)? Dette gjelder både bruk av personalet og pasientflyt.
- Er det god samkjøring med klinikker man er avhengig av for egen drift/produksjon ?

Sjekklister – dagsrutiner

- Hvordan er dagsflyt/ dagsprogram (leger, sykepleiere, annet personale)? Spesifiser med dags/time nivå for en normal uke
- Fins det en mal for poliklinikk, sengepostdrift, operasjonsstueaktivitet etc.? (Her menes hva den enkelte ansatt gjør innen den aktuelle aktivitet iht. dagsplanen, spesifiser på time nivå)
- Åpningstider på alle aktiviteter(planlagt sammenlignet med faktisk)?
- Når kommer og går personalet og når kommer første og siste pasient?
- Hvordan er møte- og internundervisningsvirksomheten lagt opp? (aktivitet, antall tilstede, og varighet)
- Hva gjøres av tiltak for å redusere antall strykninger på operasjonsprogrammet, poliklinikk eller innen annen aktivitet?
- Hvilke tiltak gjøres for å redusere liggetid?

Vedlegg II: Om produktivitetsindikatorer - metode

Teoretisk sett er produktivitet et enkelt mål der aktivitet deles på ressursbruk. For eksempel aktivitet delt på bemanning. I en stor organisasjon med mangeartet aktivitet er det ikke så lett å finne et felles samlet aktivitetsmål som samtidig er knyttet til avdelingen der aktiviteten utføres. Bemanning har vi derimot god oversikt over i sykehuset. Både på netto og brutto månedsverk utbetalt. I denne sammenhengen var vi interessert i innsatsen til de som var på jobb, så vi har brukt netto månedsverk.

En mulig løsning på aktivitetsmålet er å bruke DRG-poeng, der aktiviteten er regnet om til et felles mål. Men DRG-poeng beregnes for sykehusopphold. Og sykehusopphold kan bestå av flere avdelingsopphold, så allerede der kan vi ha fjernet oss fra avdelingen(e) som faktisk utførte aktiviteten. Det ble dermed tidlig klart at det var behov for å måle aktiviteten på avdelingsnivå og antall opphold ble valgt som den grunnleggende enheten. Men hvordan måler eller vekter man en poliklinikk-konsultasjon mot et dagopphold eller et heldøgnsopphold? Og skal det vektet likt på tvers av alle fag? I aktivitetsdatabasen Nimes finnes verdien «Nimes-korrigert vekt» som er DRG-poeng for hvert enkelt avdelingsopphold *før* finansieringslogikken kommer inn og grupperer sykehusopphold. *Nimes-korrigert vekt* gir oss dermed et felles aktivitetsmål som summerer opp all somatisk aktivitet registrert i Nimes.

Nimes korrigert vekt er et heller ukjent mål, så vi har i stedet valgt å regne om poliklinikk og dagbehandling til heldøgnsopphold, som er et mer kjent begrep. For somatikken totalt i de 8 første månedene av 2014 betyr det at aktivitetsgrunnlaget totalt ble:

Heldøgnsopphold: 39 617
Dagopphold: 623 (omregnet fra 8988 dagopphold, indeks 0,091)
Poliklinikk: 11 203 (omregnet fra 205 341 poliklinikk-kontakter, indeks 0,059)
Samlet aktivitetsmål: 51 443

Se tabell også tabell nedenfor.

Noe av styrken ved et slikt omregnet aktivitetsmål ligger i at vi teller all registrert aktivitet der det faktisk skjedde. Vi har også DRG-indeks for hvert enkelt fag for hvert enkelt år. Men det er også noen svakheter ved en slik omregnet aktivitet. For det første endrer DRG-satsen seg fra år til år, noe som kan gi store utslag. Av og til er det uttrykk bare for endret DRG-logikk, og av og til er det i sammenheng med endret aktivitet. Det mest fremtredende eksempelet vi fant var for klinikk for ØNH, kjeve og øyesykdommer, hvor AMD-behandling i 2013 ble flyttet til private tilbydere. Klinikken erstattet AMD-behandlingen med annen poliklinikk, men med aktivitet som på langt nær ga like mange DRG-poeng som AMD-behandling. Og det ga store (negative) utslag i produktivitet målt på denne måten.

En annen svakhet er at mange DRG-poeng kan være uttrykk for mange typer ressursinnsats. Det kan være bemanning, men kan også være dyrt utstyr eller dyre medikamenter (som i tilfellet med AMD-behandling). Til sist underestimerer metoden systematisk poliklinisk behandling som i tillegg til DRG-finansiering også delvis er finansiert gjennom takster. DRG-satsene for poliklinikk er med andre ord systematisk noe lav.

For psykiatri og Rus ble det brukt produktivitetstallene som allerede brukes i regionen (V-konsultasjoner). For laboratoriemedisin ble klinikkens egne aktivitetstall (antall undersøkelser) per avdeling sammenstilt og sett i lys av bemanning.

Radetiketter	2011, jan-aug		2012, jan-aug		2013, jan-aug		2014, jan-aug		Endring 11 til 12	Endring 12 til 13	Endring 13 til 14	Endring 11-14
Avd. opphold, Dag	8 155	8 945	8 886	8 988	9,7%	-0,7%	1,1%	10,2%				
Avd. opphold, Døgn	37 694	38 420	39 434	39 617	1,9%	2,6%	0,5%	5,1%				
Poliklinikk, antall totalt	220 725	227 529	234 351	250 341	3,1%	3,0%	6,8%	13,4%				
Nimes korr. vekt, Dag	1 114	875	893	822	-21,5%	2,1%	-8,0%	-26,2%				
Nimes korr. vekt, Døgn	48 656	50 544	51 836	52 233	3,9%	2,6%	0,8%	7,4%				
Nimes korr. vekt, Poliklinikk	11 889	12 699	13 365	14 770	6,8%	5,2%	10,5%	24,2%				
Nimes korr. vekt samlet	61 659	64 118	66 094	67 824	4,0%	3,1%	2,6%	10,0%				
Indeks Dag	0,137	0,098	0,101	0,091	-28,4%	2,8%	-9,0%	-33,1%				
Indeks Døgn	1,291	1,316	1,314	1,318	1,9%	-0,1%	0,3%	2,1%				
Indeks poliklinikk	0,054	0,056	0,057	0,059	3,6%	2,2%	3,5%	9,5%				
Forhold Dag/ Døgn	0,106	0,074	0,076	0,069	-29,8%	2,8%	-9,3%	-34,5%				
Forhold Poliklinikk/ Døgn	0,042	0,042	0,043	0,045	1,7%	2,3%	3,1%	7,2%				
Dag omregnet til Døgn	863	665	679	623	-23,0%	2,2%	-8,3%	-27,8%				
Poliklinikk omregnet til Døgn	9 210	9 653	10 168	11 203	4,8%	5,3%	10,2%	21,6%				
Samlet aktivitetstall	47 767	48 738	50 281	51 443	2,0%	3,2%	2,3%	7,7%				
Netto månedsværk utbetalt, alle	21 514	21 637	22 239	22 600	0,6%	2,8%	1,6%	5,1%				
Netto månedsværk utbetalt, leger	4 041	4 141	4 372	4 498	2,5%	5,6%	2,9%	11,3%				
Netto månedsværk utbetalt, sykepleiere	11 854	11 877	12 201	12 571	0,2%	2,7%	3,0%	6,0%				
Brutto månedsværk utbetalt, alle	27 741	27 933	28 595	28 846	0,7%	2,4%	0,9%	4,0%				
Brutto månedsværk utbetalt, leger	5 042	5 102	5 383	5 515	1,2%	5,5%	2,5%	9,4%				
Brutto månedsværk utbetalt, sykepleiere	15 475	15 545	15 948	16 165	0,5%	2,6%	1,4%	4,5%				
Aktivitet/ Bemanning alle, netto	2,22	2,25	2,26	2,28	1,5%	0,4%	0,7%	2,5%				
Aktivitet/ leger, netto	11,82	11,77	11,50	11,44	-0,4%	-2,3%	-0,5%	-3,2%				
Aktivitet/ Bemanning sykepleiere, netto	4,03	4,10	4,12	4,09	1,8%	0,4%	-0,7%	1,6%				
Aktivitet/ Bemanning alle, brt	1,72	1,74	1,76	1,78	1,3%	0,8%	1,4%	3,6%				
Aktivitet/ Bemanning leger, brutto	9,47	9,55	9,34	9,33	0,8%	-2,2%	-0,1%	-1,6%				
Aktivitet/ Bemanning sykepleiere, brutto	3,09	3,14	3,15	3,18	1,6%	0,6%	0,9%	3,1%				
Netto/ Brutto	77,6%	77,5%	77,8%	78,3%	-0,1%	0,4%	0,7%	1,0%				
Personalkostnader	1 241 751 082	1 287 601 681	1 383 439 611	1 453 014 163	3,7%	7,4%	5,0%	17,0%				
Pasientrelaterte inntekter, 32xx	-973 295 496	-1 030 244 886	-1 105 118 561	-1 149 787 317	5,9%	7,3%	28,5%	45,9%				
Pasientrelaterte inntekter, 32xx, korrigert for 50% ISF	-1 196 705 390	-1 263 298 085	-1 354 213 423	-1 419 787 317	5,6%	7,2%	4,8%	18,6%				
Varekost i % av pasientrelaterte inntekter	26,2%	28,6%	28,3%	29,0%	9,1%	-1,0%	2,6%	10,7%				
4 Varekostnad jan-aug umnatt 458x, 460x og 468x	313 477 102	360 991 818	382 976 660	411 890 345	15,2%	6,1%	7,5%	31,4%				
Inntekter, korrigert 50% ISF	-1 269 714 215	-1 336 789 443	-1 450 295 517	-1 516 838 171	5,3%	8,5%	4,6%	19,5%				
Kostnadsandel av inntekter	154%	154%	151%	153%	0,0%	-1,7%	0,8%	-0,9%				
Nimes korr. vekt samlet/ bemanning (alle, netto)	27 770	28 464	29 233	29 797	2,5%	2,7%	1,9%	7,3%				