

HELGELANDSSYKEHUSET HF

PROSJEKT: ØKONOMISK BALANSE 2008



VURDERING AV FORESLÅTTE INNSPARINGSTILTAK
BESKREVET I GJELDENDE TILTAKSPLAN

FORSLAG TIL YTTERLIGERE FORBEDRINGSTILTAK

10.07.2008

INNHold

1	FORORD.....	6
2	INNLEDNING	7
2.1	BAKGRUNNEN FOR OPPDRAGET	7
2.2	MANDATET	8
2.3	ARBEIDSFORM.....	8
2.4	DOKUMENTASJONSUNDERLAG	9
2.5	OPPBYGGING AV DENNE RAPPORTEN.....	10
3	SAMMENDRAG	11
3.1	PROSESSPARTNERS VURDERING AV DE FORESLÅTTE TILTAKENE.....	11
3.1.1	<i>Fellesområdet</i>	11
3.1.2	<i>Mo i Rana (MiR)</i>	11
3.1.3	<i>Mosjøen (Msj)</i>	11
3.1.4	<i>Sandnessjøen (Ssj)</i>	12
3.2	VÅRE FORSLAG TIL SUPPLERENDE TILTAK.....	12
4	FORETAKSPERSPEKTIVET.....	13
4.1	INNLEDNING	13
4.2	ØKONOMISK SITUASJON.....	14
4.3	ØKONOMISK STYRING I FORETAKET.....	14
4.4	BUDSJETTFORDELINGSMODELLEN OG RAMMETILDELING	15
4.5	FUNKSJONSFORDELINGEN I FORETAKET.....	15
4.5.1.1	”Helgelandsansvaret ”	15
4.5.1.2	Generell betraktning om årseffekt og periodisering.....	15
4.5.1.3	Videre oppfølging av forbedringsarbeidet	16
4.6	SAMARBEIDSFORHOLD.....	16
5	FELLESOMRÅDET	17
5.1	INNLEDNING	17
5.2	ØKONOMISK SITUASJON.....	17
5.3	VURDERING AV FORESLÅTTE TILTAK.....	17
5.3.1	<i>Innledning</i>	17
5.3.2	<i>Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert</i>	17
5.3.3	<i>Ambulansetjenesten</i>	18
5.3.4	<i>Transportkontor</i>	19
5.3.5	<i>Behandlinghjelpemidler</i>	19
5.3.6	<i>Gjestepasienter</i>	19
5.4	ANBEFALINGER OM SUPPLERENDE TILTAK	20
5.4.1	<i>Mulige supplerende tiltak</i>	20
5.4.1.1	Samorganisering og lokalisering av transport og AMK.....	20
5.4.1.2	Bedre bruk av aktiv tid for ambulansespersonell	20
5.4.1.3	Vurdere Bil 2 – Sandnessjøen	20
5.4.2	<i>Vurdering av effekt av supplerende tiltak</i>	20

5.5	OPPSUMMERING.....	21
6	MO I RANA (MIR)	22
6.1	INNLEDNING	22
6.2	ØKONOMISK SITUASJON.....	22
6.3	VURDERING AV FORESLÅTTE TILTAK.....	22
6.3.1	<i>Innledning.....</i>	22
6.3.2	<i>Vår vurdering av enkelttiltak og forbedringsområder.....</i>	23
6.3.3	<i>Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert.....</i>	23
6.4	BESKRIVELSE AV DAGENS SITUASJON.....	23
6.4.1	<i>Personalsituasjonen ved sykehuset.....</i>	23
6.4.2	<i>Sykefravær</i>	24
6.4.3	<i>Rekruttering og kompetanse</i>	24
6.4.4	<i>Kapasitet og utnyttelsesgrad.....</i>	24
6.4.4.1	<i>Utskrivningsklare pasienter.....</i>	25
6.4.5	<i>Akuttområdet.....</i>	26
6.4.5.1	<i>Intensivhet; ressursforbruk – pleiefaktor.....</i>	26
6.4.5.2	<i>Liggetidsprofil.....</i>	27
6.4.5.3	<i>Inn- og utskrivning av pasienter.....</i>	27
6.4.6	<i>N2 medisinsk sengepost.....</i>	28
6.4.6.1	<i>Ressursforbruk – pleiefaktor</i>	28
6.4.6.2	<i>Pasientbelegg og utskrivningsklare pasienter.....</i>	29
6.4.6.3	<i>Liggetidsprofil.....</i>	29
6.4.6.4	<i>Inn- og utskrivning av pasienter ved N2</i>	30
6.4.7	<i>Ø4 kirurgisk sengepost.....</i>	31
6.4.7.1	<i>Ressursforbruk – pleiefaktor</i>	31
6.4.7.2	<i>Pasientbelegg.....</i>	31
6.4.7.3	<i>Liggetidsprofil.....</i>	32
6.4.7.4	<i>Inn- og utskrivning av pasienter ved Ø4.....</i>	32
6.5	ANBEFALINGER OM SPESIFIKKE SUPPLERENDE TILTAK FOR MIR.....	33
6.5.1	<i>Mulige supplerende tiltak.....</i>	33
6.5.2	<i>Vurdering av effekt av supplerende tiltak.....</i>	33
6.6	OPPSUMMERING.....	33
7	MOSJØEN	34
7.1	INNLEDNING	34
7.2	ØKONOMISK SITUASJON.....	34
7.3	VURDERING AV FORESLÅTTE TILTAK.....	34
7.3.1	<i>Innledning.....</i>	34
7.3.2	<i>Vår vurdering av enkelttiltak og forbedringsområder.....</i>	34
7.3.2.1	<i>Reduksjon av antall senger ved medisinsk avdeling.....</i>	35
7.3.2.2	<i>Samlokalisering av FAM og intensiv.....</i>	35
7.3.2.3	<i>Økning av dagkirurgisk aktivitet</i>	35
7.3.3	<i>Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert.....</i>	36
7.4	BESKRIVELSE AV DAGENS SITUASJON.....	37
7.4.1	<i>Personalsituasjonen for sykehuset.....</i>	37
7.4.2	<i>Sykefravær</i>	37
7.4.3	<i>Behandling og aktivitet.....</i>	38
7.4.4	<i>Rekruttering og kompetanse.....</i>	38

7.4.5	<i>Kapasitet og utnyttelsesgrad</i>	38
7.4.6	<i>Belegg</i>	38
7.4.7	<i>Beredskap</i>	39
7.4.8	<i>FAM</i>	40
7.4.8.1	Ressursforbruk	40
7.4.8.2	Belegg.....	40
7.4.8.3	Liggetidsprofil	41
7.4.8.4	Inn og utskrivning av pasienter i FAM	41
7.4.9	<i>Intensiv</i>	42
7.4.9.1	Ressursforbruk	42
7.4.9.2	Belegg.....	42
7.4.10	<i>Medisinsk sengepost</i>	43
7.4.10.1	Ressursforbruk.....	43
7.4.10.2	Belegg.....	43
7.4.10.3	Liggetidsprofil	44
7.4.10.4	Inn- og utskrivning av pasienter i medisinsk avdeling.....	45
7.4.11	<i>Kirurgisk dagavdeling med poliklinikk</i>	46
7.4.11.1	Liggetidsprofil	46
7.4.11.2	Inn- og utskrivning av pasienter i medisinsk avdeling.....	46
7.4.12	<i>Fødestue</i>	47
7.5	ANBEFALINGER OM SUPPLERENDE TILTAK	49
7.5.1	<i>Mulige supplerende tiltak</i>	49
7.5.2	<i>Vurdering av effekt av supplerende tiltak</i>	49
7.5.2.1	Endring av beredskap	49
7.5.2.2	Endret avdelings- og seksjonsstruktur.....	49
7.5.2.3	Reduksjon av antall senger.....	49
7.5.2.4	Reduksjon av bemanning.....	50
7.5.2.5	Organisering av fødselsomsorgen	50
7.6	OPPSUMMERING	50

8 SANDNESSJØEN 51

8.1	INNLEDNING	51
8.2	ØKONOMISK SITUASJON	51
8.3	VURDERING AV FORESLÅTTE TILTAK	51
8.3.1	<i>Innledning</i>	51
8.3.2	<i>Vår vurdering av enkelttiltak og forbedringsområder</i>	51
8.3.3	<i>Oppfølging av tiltak og risikovurdering av tiltak</i>	52
8.3.4	<i>Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert</i>	52
8.4	BESKRIVELSE AV DAGENS SITUASJON	52
8.4.1	<i>Personalsituasjonen for sykehuset</i>	52
8.4.2	<i>Sykefravær</i>	53
8.4.3	<i>Behandling og aktivitet</i>	53
8.4.4	<i>Rekruttering og kompetanse</i>	53
8.4.5	<i>Kapasitet og utnyttelsesgrad</i>	53
8.4.6	<i>Akuttmottak</i>	54
8.4.7	<i>Intensiv/AMK</i>	55
8.4.7.1	Ressursforbruk.....	55
8.4.7.2	Belegg.....	55
8.4.7.3	Liggetidsprofil	56
8.4.7.4	Inn- og utskrivning av pasienter i intensiv-enheten	56
8.4.7.5	AMK.....	57

8.4.8	<i>Medisinsk sengepost</i>	57
8.4.8.1	Ressursforbruk.....	57
8.4.8.2	Belegg.....	58
8.4.8.3	Liggetidsprofil.....	58
8.4.8.4	Inn- og utskrivning av pasienter.....	59
8.4.9	<i>Kirurgisk sengepost</i>	60
8.4.9.1	Ressursforbruk.....	60
8.4.9.2	Belegg.....	61
8.4.9.3	Liggetidsprofil.....	61
8.4.9.4	Inn- og utskrivning av pasienter.....	62
8.4.10	<i>Lettpost medisin og rehab</i>	62
8.4.10.1	Belegg.....	63
8.4.10.2	Aktivitet og tilgjengelige sengerressurser.....	63
8.5	ANBEFALINGER OM SUPPLERENDE TILTAK.....	64
8.5.1	<i>Mulige supplerende tiltak</i>	64
8.5.2	<i>Vurdering av effekt av supplerende tiltak</i>	64
8.6	OPPSUMMERING.....	64
9	LABORATORIE- OG BILLEDDIAGNOSTIKK.....	66
9.1	LABORATORIESERVICE.....	66
9.2	BILLEDDIAGNOSTIKK.....	66
10	GENERELLE SUPPLERENDE TILTAK.....	68
10.1	ENDRING AV INTERNE RUTINER.....	68
10.1.1	<i>Døgnrytmeplan</i>	68
10.1.1.1	Møter og visitter.....	68
10.1.1.2	Bedret samhandling internt.....	69
10.1.1.2.1	Pasientforløp – kompetanse i mottak, diagnostikk og behandling.....	69
10.1.1.2.2	Mobilitet mellom enheter.....	70
10.1.1.2.3	Planleggingshorisont.....	70
10.1.1.2.4	Tidligere oppstart av operasjon og fleksibel arbeidstid.....	70
10.1.2	<i>Mulige effekter av endret døgnrytmeplan - oppsummert</i>	71
10.1.2.1	Fokus på liggetid.....	71
10.1.3	<i>Pasienttransport</i>	72
10.1.3.1	Samorganisering og samokalisering av transportkontoret og AMK.....	72
10.1.4	<i>Talegjenkjenning</i>	73
10.2	EN AVSLUTTENDE BETRAKTNING KNYTTET TIL PRIORITERING.....	73
10.3	VIDERE OPPFØLGING AV FORBEDRINGSARBEIDET.....	73
10.4	OVERSIKT OVER PLEIEFAKTOR OG KOSTNAD PER SENG OG ÅRSVERK VED ET UTVALG ENHETER I OG UTENFOR HELSE NORD.....	74
11	VEDLEGG.....	75

1 Forord

Prosess Partner AS (heretter benevnt ProsessPartner) har i løpet av knappe to måneder gjennomgått og vurdert de somatiske sykehusene i Helgelandssykehuset HF (HS) i tråd med mandatet for oppdraget (pkt. 2.2). Arbeidet har omfattet analyse av utlevert grunnlagsdokumentasjon og møter med ledelse, representanter for tillitsvalgte og vernetjenesten, og øvrige ansatte.

Det er grunn til å berømme alle for stor imøtekommenhet, villighet til å stille i intervjuer på kort varsel, og til å sende oss etterspurt informasjon. Vi har opplevd et ekte engasjement for om mulig å bedre driften, og dermed økonomien, ved de ulike enhetene.

Det har vist seg at noe av datagrunnlaget har vært vanskelig å fremskaffe, for eksempel har vi mottatt pasientdata til og med 30.06.08. Det har vist seg å være en utfordring å gjøre de ønskede datauttrekk fra DIPS, men etter at Helse Nord IKT ensagsjerte eksternt konsulent Håvard Ballo, er det etablert muligheter for datauttrekk som så langt har frembrakt noe av det etterspurte postoppholds- og pasientdatamaterialet. Denne type datauttrekk bør kunne være nyttige for de ulike kliniske enheter og foretak i foretaksgruppen Helse Nord, i deres videre arbeid med forbedring av pasientforløp og ressursinnsats.

Prosjektets ramme har medført at det ikke vært mulig å utrede aktuelle problemstillinger i den utstrekning man kunne ønske, og vi har valgt å prioritere de kliniske enhetene med støttefunksjoner. Innenfor de områder der vi mener Helgelandssykehuset HF har ytterligere forbedringsmuligheter, kan det være behov for videre analyser som grunnlag for konkrete forbedringstiltak.

Et utkast til rapporten er forelagt og diskutert med foretaksledelsen i Helgelandssykehuset HF, og deres kommentarer og endringsforslag er hensyntatt i den endelige rapporten.

Bergen 7. juli 2008

Per Gunnar Johnsen
Prosjektleder

2 Innledning

2.1 Bakgrunnen for oppdraget

Helse Nord RHF har et økonomisk tilpasningsutfordring i 2008 på anslagsvis NOK 300 mill. Samtlige fire sykehusforetak har slike tilpasningsproblemer, og hvert av foretakene har i forbindelse med budsjettarbeidet for 2008 utarbeidet tiltaksplaner med sikte på å komme i økonomisk balanse, men har i varierende grad vært i stand til å dokumentere tiltak med en samlet effekt som faktisk gir balanse i 2008. Helse Nord RHF har derfor valgt å engasjere ekstern kompetanse for å gjennomføre et tidsavgrenset prosjekt for å oppnå økonomisk balanse ved Helgelandssykehuset HF.

Helgelandssykehuset HF har en økonomisk utfordring i 2008 i størrelsesorden 15-20 millioner kroner (ref. budsjettokumentet 2008). Ved årsskiftet forelå avdelingsvise forslag til tiltak med årseffekt for 2008 på nærmere 22 millioner kroner.

Det er fra eier stilt krav til økonomisk balanse i 2008, og aktiviteten innenfor somatikk skal planlegges på samme nivå som i 2007. Styret i Helse Nord RHF er inneforstått med at økonomiske omstillingskrav for 2008 vil kunne få konsekvenser for pasienttilbud og ansatte.

2.2 Mandatet

Helse Nord RHF har engasjert Prosess Partner AS (heretter benevnt ProsessPartner) for å gjennomføre et prosjekt ved Helgelandssykehuset HF, med følgende oppgavemessige avgrensning:

- Foreta en gjennomgang og kvalitetssikring av eksisterende tiltaksplaner (vil bli utdelt ved tildeling av oppdrag), både i forhold til gjennomførbarhet/risiko og beregnet periodisert økonomisk effekt i 2008
- Foreta en vurdering av muligheten for å forsterke eksisterende tiltak, slik at de eventuelt kan gi større økonomisk effekt i 2008
- Komme med konkretiserte/spesifiserte forslag om supplerende tiltak som kan bidra til å oppnå målet om økonomisk balanse i 2008
- Det bør rettes et særlig fokus mot de avdelingene som har de største omstillingsutfordringene
- Vurdere og kvalitetssikre forutsetninger og strategier/teknikker for oppfølging og iverksetting/gjennomføring av tiltak
- Bidra til å fremme tiltak for å oppnå økonomisk balanse som i størst mulig grad opprettholder aktivitetsnivået/ISF inntekter, og som tilpasser og innretter aktiviteten slik at prioriteringsforskriften ivaretas.

Oppdraget skal utføres i nært samarbeid og samspill med Helgelandssykehuset HF sin ledelse, og gjennomføres i perioden primo mai – ultimo juni 2008. Oppdraget skal derfor koples tett opp til foretakets eget arbeid med å utvikle og gjennomføre tiltak for å oppnå økonomisk balanse, og fremstå som en integrert del av dette arbeidet. Arbeidet skal videre gjennomføres på grunnlag av forståelse for det kliniske arbeidets egenart, men med samtidig fokus på å ta i bruk moderne og kostnadseffektive arbeidsformer. Arbeidet skal sluttrapporteres gjennom en analytisk og handlingsrettet rapport, men med krav om løpende kontakt med og støtte til sykehusledelsen underveis i prosessen”.

2.3 Arbeidsform

Representanter fra ProsessPartner har hatt totalt 30 arbeidsdager ved Helgelandssykehuset HF. Arbeidet har omfattet intervju av ledelsen ved sykehusene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen, ledelsen ved samtlige somatiske avdelinger og støtte-/driftsavdelinger, møter og samtaler med foretaksledelsen og ledergruppen, tillitsvalgte og vernetjenesten, samt enkeltpersoner og grupper av medarbeidere ved ulike avdelinger og poster ved alle sykehusenhetene.

I tillegg er arbeidet basert på analyser av tilgjengelig skriftlig dokumentasjon, og erfaringsbasert kunnskap fra tidligere gjennomførte prosjekter i sykehussektoren.

Analysearbeidet er utført av Benedicte Bakke, Per Gunnar Johnsen, Reidar Kind og Harald Lie.

2.4 Dokumentasjonsunderlag

ProsessPartner har hatt tilgang til følgende dokumentasjon:

- Oppdragsdokument Helse Nord RHF 2008
- Oppdragsdokument Helgelandssykehuset HF 2008
- Budsjett 2008 – oppfølging og konsekvensanalyse
- Tiltaksplan, siste pr mai 2008
- Styreprotokoller for 2007 og 2008
- NOU 2008:2
- Stortingsproposisjon nr. 59 (2007-2008)
- Ventetidsoversikt på <http://www.helgelandssykehuset.no>
- Resultatrapporter
- Interne dokumenter:
 - Tiltaksplaner for fellesområdet, Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen
 - Aktivitetsdata
 - Budsjett- og regnskapsdata
 - Organisasjonskart
 - Lønnsuttrekk
 - Oversikt over antall årsverk
 - <http://www.shdir.no> – NPR-kube
 - DIPS uttrekk fra eksternt konsulent Håvard Ballo
 - DIPS rapporter 5845
 - DIPS rapporter 2141
 - Sykefraværstatistikker
 - Oversikt over sengeantall
 - Oversikt over utskrivningsklare pasienter
 - Oversikt over innleggelser per kommune
 - Fødselstall på Helgeland
 - Oversikt over antall røntgenundersøkelser
 - Bemanningsberegninger og pleiefaktor for utvalgte avdelinger
 - Oversikt over vakanser i operasjonsprogram for Mosjøen
 - Prosjekt bemanning kirurgisk avdeling 2007/2008 for Sandnessjøen
 - Avtale mellom Nordland fylkeskommune og Helgelandssykehuset ifht bruk av lokaler i Sandnessjøen sykehus til tannhelsetjeneste
 - Presentasjon ifht seminar om pasienttransport
 - Oversikt over flytugifter 4. kvartal 2006 og 2007
 - Aktivitet for sykehusambulansene fordelt over døgnet for 2007
 - Dokument angående presistering av regler for honorering av ambulanseoppdrag og syketransport i Helgelandssykehuset
 - Oversikt over transport totalt for Helge Nord for 2007
 - Oversikt over forskningsaktivitet ved Helgelandssykehuset
 - Oversikt over forbruk av cytostatika for 1. tertial 2007 og 2008

2.5 Oppbygging av denne rapporten

Rapporten er delt i ti kapitler, der kapittel tre gir et kortfattet sammendrag av ProsessPartners vurdering av de foreliggende tiltak, samt forslag til mulige supplerende tiltak med forventet positiv økonomisk effekt, hensyntatt at man i størst mulig grad opprettholder aktivitetsnivået i tråd med gjeldende prioriteringsforskrift.

Kapittel fire gir en beskrivelse av noen hovedtrekk ved dagens situasjon og utfordringer i et foretaksperspektiv.

Kapittel fem til åtte omfatter fellesområdet og de tre sykehusene i Mo i Rana (MiR), Mosjøen (Msj) og Sandnessjøen (Ssj). Disse kapitlene har lik struktur; gjennomgang av foreslåtte tiltak, beskrivelse av dagens situasjon (som ProsessPartner mener er av betydning både for å kunne forstå forskjeller ved sammenlikninger (benchmarking) og for å identifisere potensialer for forbedring), og anbefalinger om supplerende tiltak. Kapittel ni omhandler laboratorie- og billeddiagnostikk.

Kapittel ti omhandler andre generelle supplerende tiltak. Avslutningsvis er tiltaksplanene med våre kommentarer vedlagt.

3 Sammendrag

3.1 ProsessPartners vurdering av de foreslåtte tiltakene

Helgelandssykehuset HF (HS) er i en krevende budsjettsituasjon, med krav om et resultat før ekstraordinære kostnader på 5 millioner kroner. Dette innebærer et beregnet behov (budsjett prosessen 2008) for omstillingstiltak med en effekt i 2008 på totalt på ca 15-20 millioner kroner.

Det er gjennom en omfattende prosess rundt siste årsskifte identifisert en rekke innsparingstiltak og forbedringsområder, med forventet økonomisk effekt i 2008 på ca. 22 millioner kroner.

I løpet av 2008 har rammebetingelsene til HS forverret seg ved et lønnoppgjør som ble dyrere enn forutsatt, samt uforutsette kostnader i forbindelse med bygningsskade i Sandnessjøen.

Basert på den foreliggende tiltakspakken og statusrapport per utgangen av mai, mangler det tiltak for ca. 5,5 millioner kroner, under forutsetning av at andre kostnader holder seg på budsjett.

De enkelte enhetene i innsparingsprogrammet står overfor ulike grader av utfordringer per utgangen av mai måned.

3.1.1 Fellesområdet

Det har vært høyere kostnader enn det som er budsjettet og stillt som resultatkrav for en rekke områder, blant annet gjelder dette ambulansetjenesten, gje stepasienter, høykostmedisin og laboratorie prøver. Mange av kostnadskomponentene er utenfor foretakets kontroll, og HS opplyser at reserver avsatt under fellesområdet er kraftig redusert. Uten at det settes inn ekstra sparetiltak er det foretaksledelsens og vår vurdering at *fellesområdet* ikke vil klare å nå den etablerte målsettingen om et resultat på pluss 10 millioner kroner.

3.1.2 Mo i Rana (MiR)

Sykehuset har god kontroll over kostnadsutviklingen. Per utgangen av mai hadde sykehuset et overskudd på mer enn 6 millioner kroner. ProsessPartners vurdering er at ledelsen ved sykehuset har god kontroll og styring. Tiltakene som er iverksatt gir resultater, sykehuset arbeider etter en omforent fornuftig strategi som over tid ytterligere vil styrke driften og kvaliteten ved sykehuset.

3.1.3 Mosjøen (Msj)

Sykehuset har vært gjennom en større omlegging de siste årene, med reduksjon i aktivitet innenfor fødselsomsorg og kirurgi. Enheten har ikke redusert bemanningen tilsvarende aktivitetsendringen. Per utgangen av mai ligger Msj marginalt etter budsjett. Omleggingen har ikke resultert i ønsket aktivitetsøkning innen dagkirurgi og poliklinikk. ProsessPartners vurdering er at ledelsen ved sykehuset har rimelig god kontroll og styring. Selv om tiltakene som er iverksatt så langt ikke har gitt resultater som forventet, er det vår vurdering at sykehuset vil nå budsjettkravene for 2008.

3.1.4 Sandnessjøen (Ssj)

Ssj fremstår som den enheten med størst utfordring i forhold til å nå resultatkravet. Enheten driver med for høye kostnader og for lav aktivitet i forhold til plantall og budsjett.

Pr utgangen av mai ligger Ssj 4,7 millioner kroner etter budsjett. Ledelsen ved sykehuset har en betydelig utfordring knyttet til økonomi-, aktivitets- og tiltakskontroll. Avskrivningskostnader på ca 12 millioner kroner er ikke saldert i budsjettet, og fra sykehusledelsens side forutsatt dekket inn avdelingsvis som ekstra innsparingstiltak. Dette er imidlertid ikke hensyntatt i den avdelingsvise økonomirapportering, som således ikke gir et riktig bilde av den økonomiske situasjonen ved sykehuset totalt. Tiltakene som er iverksatt så langt vil neppe gi resultater som forventet, og det er derfor vår vurdering at sykehuset mest sannsynlig ikke vil nå budsjettkravene i 2008.

Ssj har et noe annet forbruksmønster, med både høyere sengekapasitet og delvis høyere belegg enn de andre sykehusene i HS. Ledelsen forventer også et høyt aktivitetsnivå gjennom sommeren, som vil øke kostnadene ytterligere i forhold til budsjett.

3.2 Våre forslag til supplerende tiltak

Det er vår vurdering at Helgelandssykehuset HF har et forbedringspotensial knyttet til:

- i) Transportkostnader gjennom ytterligere fokus på å utnytte rammeavtaler ifm transport av pasienter, samt bedre logistikk-løsninger gjennom samorganisering og samlokalisering av transportkontoret og AMK
- ii) Lavere sykehusforbruk gjennom bedre rutiner, med konsekvenser for innleggelser og utskrivning av pasienter
- iii) Lavere beredskap i perioder med lav aktivitet, og stengning av poster/avdelinger i perioder for å redusere kostnader

Det bør være et mål å utvikle enda bedre pasientforløp og organisering av tjenestetilbud på bakgrunn av det aktuelle pasienttilfang og disponible ressurser ved sykehusene i Mo, Mosjøen og Sandnessjøen.

Forbedringstiltakene kan for øvrig stikkordsmessig oppsummeres slik;

- ytterligere bedret pasientmottaksfunksjon og økt differensiering ut fra omsorgsnivå
- fortsatt fokus på muligheter for å gjennomføre planlagt behandling som dagbehandling i stedet for innleggelse
- endrede rutiner for visittgang og utskrivning
- kritisk gjennomgang av det somatiske tjenestetilbudet i foretaket for å forbedre dette ut fra en samlet vurdering av faglige, beredskapsmessige og ressursmessige hensyn
- i større grad styre pasientstrøm mellom sykehusene for å utnytte ledig kapasitet innenfor det enkelte fagområde
- bedre bruk av aktiv tid for ambulanspersonell

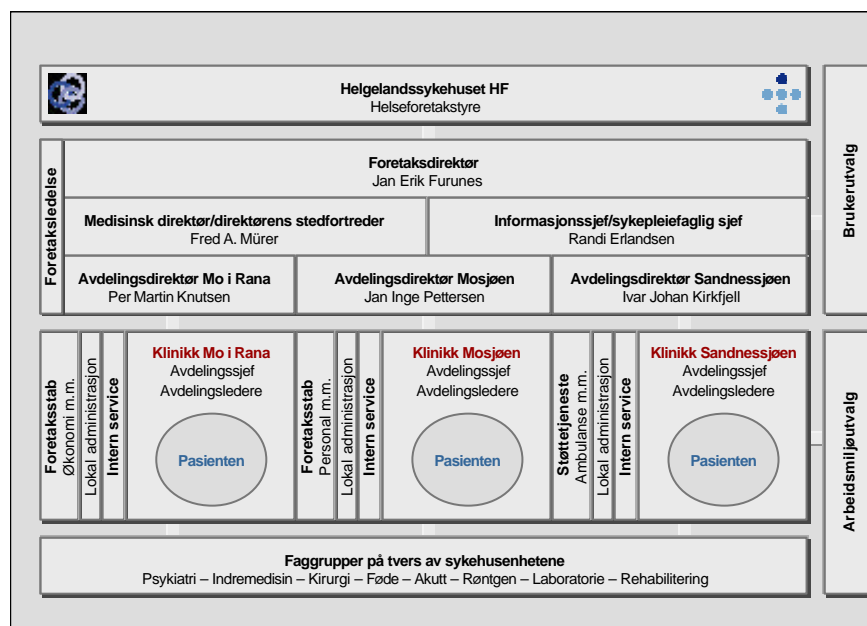
Den økonomiske effekten av disse tiltakene vil for en stor del være indirekte. Den mest målbare og åpenbare effekten vil knytte seg til bedre samordnet og mer effektiv pasienttransport, som må forventes å kunne gi en besparelse i størrelsesorden fem millioner kroner.

4 Foretaksperspektivet

4.1 Innledning

Helgelandssykehuset HF består av tre lokalsykehus i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. Sykehusenhetene har både somatiske og psykiatriske avdelinger. I tillegg har foretaket rehabiliteringsenhet i Sømna, fødestue samt somatisk og psykiatriske poliklinikker i Brønnøysund.

Organisering



Helgelandssykehuset ledes av foretaksdirektør Jan Erik Furnes. Foretaksledelsen består i tillegg av medisinsk direktør, informasjonssjef/sykepleiefaglig sjef samt avdelingsdirektørene fra de tre sykehusene.

Foretaksledelsen er lokalisert i Mo i Rana, men fellestjenester er fordelt på de ulike sykehusene, og disse er også tildelt Helgelandsansvaret for enkelte tjenestetilbud.

Sykehuset i Mosjøen har gjennomført en større omlegging av tjenestetilbudet ved overgang fra døgkontinuerlig til tilpasset kirurgi med svært begrensede akuttfunksjoner, nedleggelse av kirurgisk sengeavdeling, samt overgang til en rent jordmorstyrt fødeavdeling.

ProsessPartner har ikke vurdert overordnet struktur ved Helgelandssykehuset HF, da dette ligger utenfor vårt mandat. Det er imidlertid naturlig å reise spørsmålet om hensiktsmessigheten i å ha tre små sykehus for å betjene en befolkning på ca 75 000, både i et kvalitetsmessig og økonomisk perspektiv. En eventuell omlegging vil kreve en grundig analyse av befolkningsstruktur, infrastrukturelle forhold, regularitet for ulike transportbærere, transportkostnader etc. Dette representerer en vedvarende utfordring i et lokalsykehus-perspektiv, og samtidig avgrensede dagsaktuelle utfordringer som for eksempel organisering av intensivmedisinen.

4.2 Økonomisk situasjon

Helgelandssykehuset HF (HS) er i en krevende budsjettsituasjon, med krav om et resultat før ekstraordinære kostnader på 5 millioner kroner. Dette innebærer et beregnet behov (budsjett prosessen 2008) for omstillingstiltak med en effekt i 2008 på totalt på ca 15-20 millioner kroner.

Det er gjennom en omfattende prosess rundt siste årsskifte identifisert en rekke innsparingstiltak og forbedringsområder, med forventet økonomisk effekt i 2008 på ca. 22 millioner kroner.

I løpet av 2008 har rammebetingelsene forverret seg gjennom et lønnsoppgjør som ble dyrere enn forutsatt (5 mill), kostnader ifm bygningsskade ved Sandnessjøen, samt forskriftsendring som representerer økte kostnader for Luftambulansen. I budsjettene er det forutsatt at HS får kompensert alle ekstraordinære pensjonskostnader krone for krone. Dersom lønnsoppgjøret endrer på dette, vil utfordringene for HS øke tilsvarende.

Regnskapstallene for mai var skuffende etter meget gode tall for april. Ved utgangen av mai var status et negativt resultat på 0,3 millioner kroner. Det forholdsvis positive resultatet skyldes et overskudd på 6,3 millioner kroner i MiR. MiR har omfattende planer for virksomheten utover høsten og styrer mot et nullresultat. *Det reelle resultatet er derfor nærmere minus 7 millioner kroner.*

4.3 Økonomisk styring i foretaket

HS har fokus på økonomistyring og oppfølging av resultater. Ledelsen ved de enkelte sykehus møter klare forventinger og krav om å levere i forhold til angitte budsjettkrav. Økonomioppfølgingen virker god, hvor alle tall, rapporter og avviksanalyser foreligger 10 dager inn i ny måned.

Enkelte ledere har imidlertid etterlyst bedre prognoseverktøy for å få enda tidligere indikasjoner om hvordan økonomien utvikler seg. Det opplyses også at manglende kompetanse medfører at en del kostnader og inntekter feilføres, noe som gir feil informasjon til ledelsen.

Totalt i HS er det presentert tiltak for nærmere 22 millioner kroner. Tiltakene er forholdsvis konkrete, men likevel vanskelig å måle da en kun estimerer elementer av totalbildet for hver enkelt enhet/avdeling. For eksempel har Msj gjennomført flere tiltak som viser positive resultater. Totale inntekter per 05/2008 viser likevel et langt lavere nivå enn budsjettet. Det er derfor viktig for ledelsen å ha fokus på helheten, og ikke fokusere for mye på enkelttiltak.

Flere av sykehusene har en strategi om at økt aktivitet og dermed inntekter skal bedre den økonomiske situasjonen for foretaket. DRG inntekter dekker i utgangspunktet kun 40% av reelle kostnader for foretaket. *Sykehuset kan derfor kun bedre økonomien dersom produktiviteten øker samtidig som det er tilgang på pasienter.*

4.4 Budsjettfordelingsmodellen og rammetildeling

HS har tre mindre sykehus som betjener relativt få personer i en stort geografisk område med til dels utfordrende geografiske og klimatiske forhold, og tilsvarende infrastrukturelle utfordringer med store avstander og en langstrakt kyst med svært mange tynt befolkede øyer.

Budsjettmodellen er bygget opp i forhold til hvor mange pasienter som betjenes (befolkningsgrunnlag) og aktivitet (DRG-poeng) ved sykehusene.

Først tildeles midler til fellesområdet i henhold til gitte kriterier og deretter fordeles basisramme etter den nevnte fordelingsnøkkel. Modellen tar utgangspunkt i datagrunnlag to år tilbake, det vil si at rammene for 2008 ble bestemt basert på aktiviteten i 2006.

4.5 Funksjonsfordelingen i foretaket

HS har innført en viss arbeidsdeling og funksjonsfordeling av både administrative og medisinske funksjoner. Arbeidsdelingen innen stab/støtte/administrasjon beskrives i kapittel fem.

4.5.1.1 ”Helgelandsansvaret ”

Noen av tjenestetilbudene i Helgelandssykehuset er gitt til ett av sykehusene

- Mo i Rana: ortopedi
- Mosjøen: plastikkirurgi, delvis urologi, hud.
- Sandnessjøen: ØNH

Det er vår vurdering at det gjennomgående i HS råder nøkternhet i forhold til bruk av økonomiske midler. Ett unntak kan være de områdene der sykehusene er gitt Helgelandsansvaret. Her kan det synes som sykehusene raskt ønsker å bygge opp en god faglig kapasitet for å møte et forventet behov. Både Msj og Ssj har erfart utfordringer knyttet til å rekruttere nye legespesialister som også kan møte forventninger i forhold til aktivitet.

Det anbefales at en videre funksjonsfordeling følges tett opp i forhold til ressursbruk og produktivitet/kvalitet. Gitt de økonomiske utfordringer HS står ovenfor, bør en vurdere å redusere eller utsette videre oppbygging av ressurser og kapasitet innenfor de områdene der det enkelte sykehus har Helgelandsansvar.

4.5.1.2 Generell betraktning om årseffekt og periodisering

Effekten av tiltakene er oppgitt som årseffekt, og effekten som oppgis må justeres i forhold til virkningstidspunkt. Dette er for flere av tiltakene langt ut i året. Det anbefales at tiltakene periodiseres for en effektiv oppfølging underveis. Periodiseringen bør vises spesifikt, og dette kan redusere effekten for 2008. Dette punktet gjelder generelt for alle enhetene og belyses ikke nærmere i denne rapporten.

4.5.1.3 Videre oppfølging av forbedringsarbeidet

Det er vår vurdering at det er nødvendig å etablere et system for regnskapsmessig oppfølging av de skisserte tiltakene, både de opprinnelige og foreslåtte nye. De sistnevnte vil for en del kreve en organisasjonsmessig behandling, og effekten vil være avhengig av forankring i organisasjonen og tidspunkt for iverksetting. Slik oppfølging og rapportering, periodisert på kontonivå per enhet, vil hjelpe foretaksledelsen til å vurdere hvor langt man er kommet i forhold til opprinnelig plan. Samtidig vil man på et tidlig stadium kunne avdekke manglende virkning av tiltak og iverksette korrektive tiltak, for eksempel i form av støtte til den lokale ledelse.

Vi ønsker å minne om risikoen for suboptimalisering; at noen tiltak kan ha negativ effekt på andre områder som i utgangspunktet gjerne ikke er gjenstand for tilsvarende måling og oppfølging. Endringer kan gi uønskede resultater i form av et forringet arbeidsmiljø, økt turnover, lengre liggetider, økt antall reinnleggelser, flere pasientreiser osv. Det er derfor viktig med fortløpende grundige vurderinger for å sikre at nettoeffekten faktisk blir som ønsket. Dette kan vise seg å være kompliserte øvelser fordi sammenhengene ikke alltid er åpenbare.

4.6 Samarbeidsforhold

Det er vårt inntrykk at samarbeidsklimaet er godt innen HS. Naturlig nok har de fleste et fokus på hvordan "mitt" sykehus kommer ut av kampen om ressurser og aktiviteter, men likevel er enhetene i stand til å se foretaksperspektivet.

5 Fellesområdet

5.1 Innledning

Fellesområdet består av foretaksledelsen lokalisert i Mo i Rana, og stab/støtte/ administrasjon lokalisert ved de ulike sykehusene.

5.2 Økonomisk situasjon

Basisrammen til fellesområdet som tildeles fra Helse Nord RHF, er basert på overslagsbevilgning til gjestepasienter, ambulanser, syke transport samt fellesfunksjoner som styre og foretaksledelse. Kostnad på foretaks-overgripende stabsfunksjoner beregnes og fordeles. Det er avsatt midler som skal dekke inn forventet lønnsøkning, underskudd i Mosjøen og overskudd for HS.

Fellesområdet hadde et resultat på pluss 0,6 millioner ved utgangen av mai. I følge egne analyser er reservene i fellesområdet i ferd med å bli spist opp, og det forventes heller ikke at en vil nå budsjettet på 10 millioner kroner.

5.3 Vurdering av foreslåtte tiltak

5.3.1 Innledning

Det er gjort et strukturert arbeid internt i foretaket med å identifisere ulike innsparingstiltak og forbedringsområder innen fellesområdet. Vi har i vår vurdering av disse valgt å ikke omtale tiltak med forventet effekt under kr. 100 000 samt tiltak som det ikke er estimert økonomisk effekt på i 2008, og disse er derfor tatt ut av den vedlagte tiltaksplanen (kapittel 11).

Det er generelt vanskelig å estimere effekten av disse tiltakene. Kostnader for fellesområdet har ofte sin opprinnelse ved det enkelte sykehuset eller som følge av aktiviteter utenfor HS sin kontroll. Eksempler rekvirering av transport fra primærhelsetjenesten, alvorlige hendelser, bruk av helikopter og antall pasienter på høykostmedisin. I tillegg er andre store kostnadsposter delvis utenfor HS egen kontroll. Dette gjelder blant annet laboratorieprøver utenfor regionen og gjestepasienter. Et godt tjenestetilbud i HS vil imidlertid kunne redusere noen av disse kostnadene.

5.3.2 Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert

Vår vurdering av tiltak og forventet estimert økonomisk effekt ved årsslutt, er beskrevet i vedlegg til rapporten. HS har selv vurdert effekten av sine tiltak til ca 2,6 millioner kroner. Flere av tiltakene har hatt positiv økonomisk effekt, mens andre budsjettområdet viser svakere tall enn budsjett. *ProsessPartners vurdering av tiltakens netto årseffekt er derfor tilnærmet lik null.*

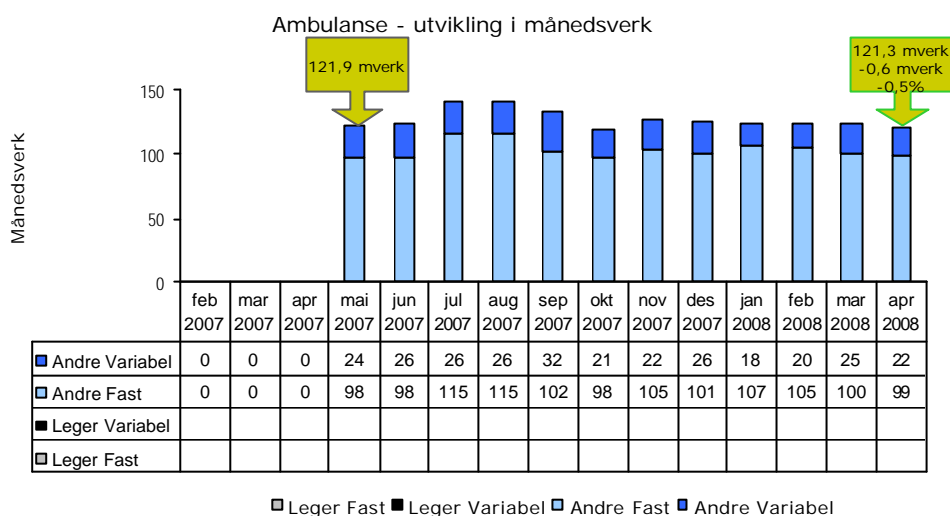
Kostnader er høyere enn budsjett i forhold til ambulanse, gjestepasienter, høykostmedisin og laboratorieprøver. Mange av kostnadskomponentene er utenfor foretakets kontroll. Uten at det settes inn ekstraordinære sparetiltak, er det vår vurdering at *fellesområdet* ikke vil klare å nå den etablerte målsettingen om et resultat på pluss 10 millioner kroner.

5.3.3 Ambulansetjenesten

Nye forskrifter, statlig overtakelse og overgang fra ”dugnad inspirert” dekning av behov til fast ansatte med definerte tariffier, arbeidstidsbestemmelser, krav til personell etc har medført en kraftig kostnadsvekst for ambulansedrift spesielt i Nord-Norge.

Ambulansetjenesten i HS er organisert under fellesområdet. Bemanning av de ulike områdene er i følge ledelsen av området, holdt på et minimum ift nasjonale standarder. Som det fremgår av figuren under utgjør bemanningen inkludert variabellønn rundt 100 fast ansatte og 20 som følge av overtid og innleie.

Utvikling i antall månedsverk



Ambulansetjenesten har satt i gang en rekke tiltak som samlet forventes i redusere kostnadene med 1,7 millioner kroner (kfr. evaluering av tiltaksplaner som er presentert i vedlegg, kap. 11). De aktuelle effektiviserings- og innsparingstiltakene synes realistiske, men fordi ambulansetjenesten er underbudsjettet vil resultatet bli negativt. Bakgrunnen for underbudsjetteringen er at HS ønsker å synliggjøre at overslagsbevilgningen ikke dekker de reelle kostnadene.

Enheten vil derfor vise et negativt resultat selv om kostnadene reduseres. Dette oppleves som negativt blant medarbeiderne i ambulansetjenesten, og det anbefales at det utarbeides realistisk busjett som enheten kan måles mot. Ambulansepersonellet er en ressurs som HS bør kunne utnytte bedre., kfr pkt. 5.4.1.

Helgelandsykehuset vurderer å skifte ut båtambulansene som betjener foretaket i dag. Det er et behov for mer moderne båter som skal kunne betjene kysten på en mer effektiv og bedre måte. Det arbeides konkret med å få til en avtale med berørte kommuner om et samarbeid. Investeringskostnadene er betydelige. Tiltaket vil eventuelt få effekt etter 2008, og omtales ikke videre i denne rapporten. Det er imidlertid viktig i en investeringsanalyse at alle kostnadsforhold kartlegges, herunder eventuelle økte mannskaps- og beredskaps-kostnader.

5.3.4 Transportkontor

Transportkontoret har et budsjett på 93 millioner kroner for 2008. I tabellen nedenfor har vi vist på hvilke strekninger som påfører HS de største kostnadene.

HS dekker alle kostnader i forbindelse med transport, men har i utgangspunktet mindre kontroll over transport som rekvireres av primærleger/NAV. Transportkontoret har nylig igangsatt et samarbeidet med NAV rettet mot primærhelsetjenesten, i den hensikt å redusere kostnader til transport.

Det er generelt stor oppmerksomhet rundt transport i HS. De fleste avdelinger er opptatt av å planlegge avtaler og utskrivning i forhold til offentlige kommunikasjonsmidler.

Helse Nord har inngått rammeavtaler med flyselskaper som forventes å redusere kostnadene spesielt på enkeltreiser. Kostnadsutviklingen hittil i år har imidlertid vært på linje med budsjett.

Bedre koordinering mellom AMK og transport for å koordinere transport både på dag og kveld, og bedre utnyttelse av inn- og utgående transport vil kunne redusere kostnadene ytterligere. Dette er behandlet nærmere under supplerende tiltak.

Transportkostnader, 2007	Til									Totalt
	Bodø	Brønnøysund	Mo i Rana	Mosjøen	Oslo	Sandnessjøen	Tromsø	Andre		
Bodø	26 310		1 025 308	769 962	95 018	865 093	511 512	45 146	3 338 348	
Brønnøysund		75 518	128 838	5 924	502 934	10 442	983 064	427 252	2 133 971	
Mo i Rana	1 074 020	142 197	68 750	24 657	953 986	4 842	2 249 027	541 739	5 059 218	
Mosjøen	919 853		1 950	54 563	492 927	-650	1 389 948	247 476	3 106 065	
Oslo	57 368	468 917	874 313	452 074	10 067	459 225	12 161	43 871	2 377 995	
Sandnessjøen	1 169 405	17 721	7 224	16 768	504 105	21 738	1 094 760	236 323	3 068 042	
Tromsø	758 846	1 087 238	2 357 261	1 503 804	10 418	1 201 765	27 630	78 152	7 025 112	
Andre	83 941	411 679	508 158	291 926	75 966	217 611	86 603	99 832	1 775 715	
Totalt	4 005 801	1 791 590	4 463 644	2 827 751	2 569 453	2 562 454	6 268 101	1 619 958	27 884 465	

- ▶ Transport på enkeltstrekninger som er belastet Helgelandssykehuset.
- ▶ I matrisen er de destinasjoner det er knyttet høyest kostnader til tatt med

5.3.5 Behandlinghjelpemidler

Pasientrettighetsstyrte ordninger har økt i omfang. HS har liten kontroll over utviklingen da faglige ansvarlige for hjelpemidlene er frikoblet fra det økonomiske ansvaret. Fra 1. januar 2003 ble ansvaret for, og finansieringen av nærmere angitte behandlingshjelpemidler, overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

5.3.6 Gjestepasienter

HS mener at området har landets mest kostbare gjestepasientforbruk på grunn av beliggenhet, infrastrukturelle forhold og tjenestetilbud. Det er også beskrevet i NOU 2008:2 "Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak" at kostnader til transport øker med økende avstander. HS har jobbet bevisst de siste årene for å stoppe strømmen av pasienter ut av eget område, og tallene for 2007 viste en markant nedgang. Per 05/2008 er kostnadene likevel 3,6 millioner kroner høyere enn budsjett.

5.4 Anbefalinger om supplerende tiltak

5.4.1 Mulige supplerende tiltak

5.4.1.1 Samorganisering- og lokalisering av transport og AMK

Basert på intervjuer og samtaler med medarbeidere ved transportkontoret, AMK og kliniske avdelinger samt vår egen erfaring fra andre foretak, vurderer vi at det foreligger et ikke ubetydelig potensial for å spare kostnader ved å samorganisere og -lokalisere transportkontoret og AMK.

Det finnes et ytterligere potensial til reduserte kostnader gjennom bedre pasientflyt, dette blir behandlet under generelle forbedringstiltak.

5.4.1.2 Bedre bruk av aktiv tid for ambulanspersonell

HS har en arbeidsstyrke på 100 personer innen ambulansetjenesten som ikke brukes optimalt. Gjennom intervjuer har vi fått opplyst at transport inn til sykehusene ofte starter unødvendig tidlig, eller på andre ugunstige tidspunkter.

Det bør vurderes endrede rutiner ifht om rekvirering av ambulanser skal godkjennes av vakthavende bakvakt i tilfeller hvor AMK mener dette kan være unødvendig, og ikke av en ofte uerfaren turneslege.

Det anbefales at Vegamodellen utvides også til andre områder. Vi har fått opplyst at dette arbeidet vil fortsette, men det forventes ingen effekt for 2008.

5.4.1.3 Vurdere Bil 2 – Sandnessjøen

Aktivitetstall vi har mottatt viser at bil nr. 2 stasjonert i Ssj sjelden er i bruk om natten. Det bør vurderes nærmere behovet for denne bilen og om andre mindre kostnadskrevende løsninger kan finnes.

5.4.2 Vurdering av effekt av supplerende tiltak

20% reduksjon i bruk av drosje vil redusere kostnader med nærmere 5 millioner kroner

Effekten av samorganisering og -lokalisering av transportkontor og AMK fremkommer som følger:

- Bedre oversikt og mulighet for å koordinere transportbehov 24/7
- Koordinere planlagt- og øyeblikkelig hjelp transport inn og ut av sykehuset
- Styrking av AMK/transportkontor innenfor kontorarbeidstid
- Bemanning av transportkontor ved hjelp av AMK ressurser etter kl 1530
- Vurdere mer aktiv bruk av AMK-lege
- Bruk av ambulanser og drosje som ellers ville gått tom tilbake til opprinnelsesstedet

Effekten av endring av rutiner knyttet til rekvirering av ambulanse:

- Redusere overtidsbetaling og avspasering
- Redusere antall "unødvendige" øyeblikkelig-hjelp innleggelsler ved at indikasjon kan diskuteres med AMK-lege.

5.5 Oppsummering

Kostnader for fellesområdet oppstår ofte som følge av aktiviteter utenfor HS sin kontroll. Kostnadsutviklingen hittil i år tyder på at fellesområdet ikke vil klare å levere et budsjettert resultat på 10 millioner kroner.

HS har et potensial for ytterligere å redusere kostnader til transport gjennom bedre samordning av transportkontoret og AMK. Det anbefales at HS vurderer slik samorganisering og -lokalisering av disse tjenestene så raskt som mulig.

6 Mo i Rana (MiR)

6.1 Innledning

MiR arbeider etter en langsiktig omforent strategi som innebærer å videreutvikle sykehuset som et fremtidsrettet lokalsykehus. Selskapets ledelse er godt samkjørt, og avdelinger og fagmiljøer gir uttrykk for å støtte de strategier som er iverksatt.

6.2 Økonomisk situasjon

Sykehuset har god kontroll over kostnadsutviklingen. Per utgangen av mai hadde sykehuset et positivt budsjettavvik på mer enn 6 millioner kroner. ProsessPartners vurdering er at ledelsen ved sykehuset har god kontroll og styring. MiR har omfattende planer for høsten 2007. Det forventes at MiR vil være i resultatmessig balanse ved utgangen av året.

6.3 Vurdering av foreslåtte tiltak

6.3.1 Innledning

Det er gjort et omfattende arbeid internt i foretaket med å identifisere ulike innsparingstiltak og forbedringsområder ved MiR.

Det er verdt å bemerke at selv om det er naturlig at de enkelte enhetene fokuserer innen eget ansvarsområde, kan dette representere en begrensning i forhold til den totale ressursutnyttelse og effektivitet.

MiR har under arbeid en rekke prosjekter for å bedre kvalitet, redusere sykehusforbruk, bedre logistikk og øke produktivitet ved foretaket. Sykehuset har analysert hvor veksten i etterspørsel etter behandling ved lokalsykehus vil skje, og planlagt økt aktivitet innenfor disse områdene. Noen av tiltakene spesielt rettet mot kreftbehandling, vil kunne påføre MiR negative resultater gitt dagens finansieringsmodeller. Under har vi kort kommentert noen av prosjektene.

Prosjekter – (ikke uttømmende):

- Helsepark – samarbeidsprosjekt med Rana kommune om tilbud til pasienter med behov for rehabilitering, opp trening og palliativt tilbud. Et prosjekt som forventes å ville redusere langliggere og utskrivningsklare pasienter fra sykehuset.
- Vikarpool – Etablere faste vikarer, koordinere inndeckning av vakter på tvers av kliniske avdelinger. Letter på arbeid for avdelingsledere som kan bruke tiden mot avdelingen og ikke på å dekke inn åpne vakter, lavere kostnader med overtid og innleid personell.
- Funksjonsplan – Arealplaner i et fem års perspektiv. Bedre struktur og logistikk for mer effektiv pasientbehandling

- Ny dagenhet – Sammenslåing av medisinsk poliklinikk, kreftpoliklinikk og ergo fysio. Bedre pasientbehandling, forbedret logistikk og lavere kostander.

6.3.2 Vår vurdering av enkelttiltak og forbedringsområder

Vår vurdering av de aktuelle tiltakene er omtalt i kapittel 11.

6.3.3 Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert

MiR har selv vurdert årseffekten av sine tiltak til kr. 3 590 000.

ProsessPartners estimat er kr. 1 450 000.

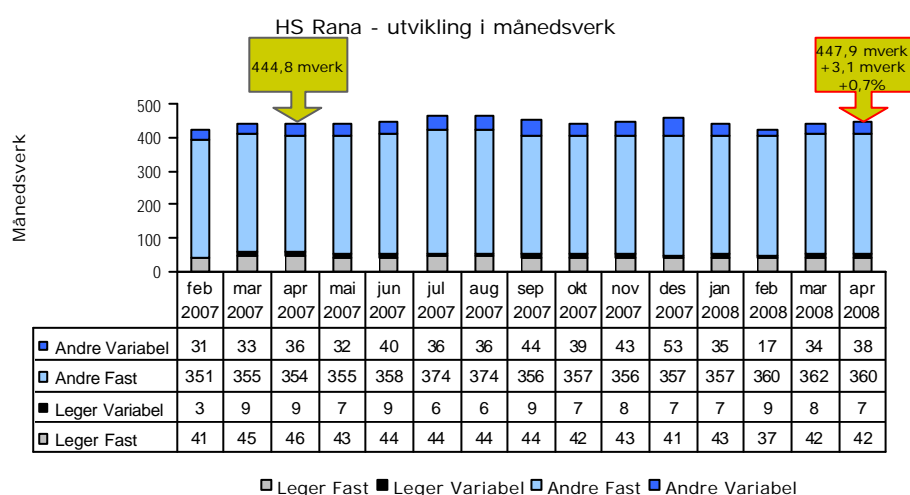
Viktigere er imidlertid at dette sykehuset viser et overskudd på 6,3 mill per utgangen av mai. De fleste avdelinger har meget god oversikt og kontroll over egen økonomisk utvikling.

6.4 Beskrivelse av dagens situasjon

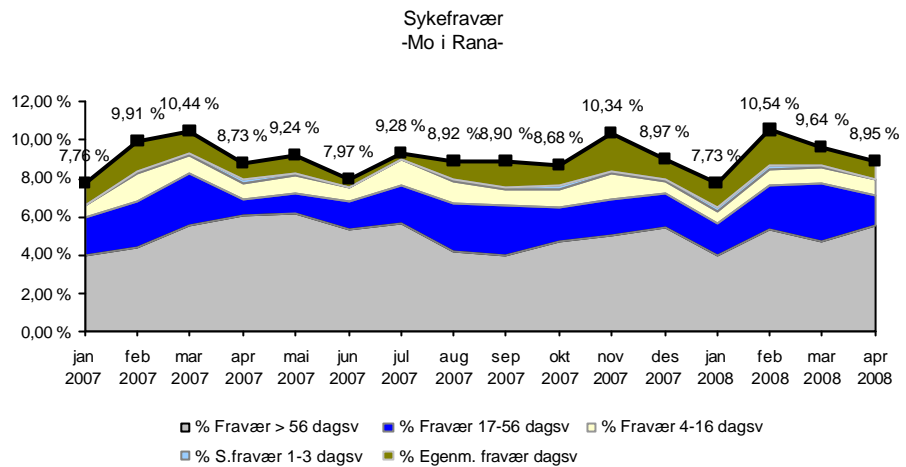
I dette kapitlet beskrives utvikling i personellsituasjonen (kvantitativt) i 2007, sykefravær, behandling og aktivitet, rekruttering og kompetanse, kapasitet og utnyttelsesgrad, beredskap, pasientbelegg, ressursforbruk og liggetidsprofiler, samt til slutt en nærmere omtale av enkelte avdelinger.

6.4.1 Personalsituasjonen ved sykehuset

Utvikling i antall månedsverk ved HS Mo i Rana i perioden februar 2007 til april 2008.



6.4.2 Sykefravær



MiR har et gjennomgående høyere sykefravær enn Msj og Ssj, og et vedvarende høyt langtidssykefravær. Til tross for fokus både i sykehusledelsen og på avdelingsnivå, er sykefraværet ikke redusert det siste året.

6.4.3 Rekruttering og kompetanse

Sykehuset i Mo i Rana har ifølge ledelsen, ikke hatt problemer med å rekruttere personell innenfor de ulike kompetanseområdene. Foretaket har rekruttert mange nye leger med effekt fra 10.2008, ref. tiltaksplan.

6.4.4 Kapasitet og utnyttelsesgrad

Sykehuset i Mo i Rana har totalt 81 somatiske senger fordelt avdelingsvis som vist i tabellen under.

Generell indremedisin	34
Generell kirurgi 7-dag	22
Generell kirurgi 5-dag	16
Føde	9
Sum somatikk	81
Psykatri	8
Sum	89

Intensivsenger	
Intensiv	1
Intermediær	4
Recovery	6
Sum	11

Obs. senger	1
--------------------	----------

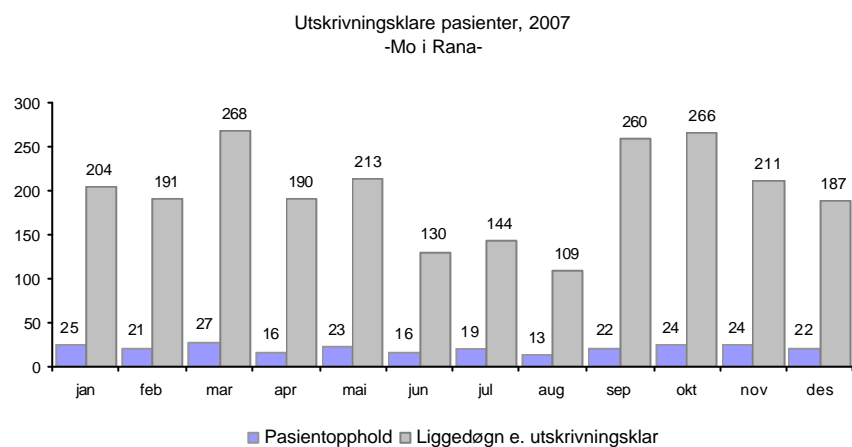
Tabellen under viser en oversikt over tilgjengelige liggedøgn, totalt antall liggedager og beleggsprosent for noen utvalgte poster ved sykehuset i Mo i perioden 2006, 2007 og 1.tertial 2008.

	2006			2007			200801-05		
	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%
N2									
Heldøgn	12410	27	0 %	12410	44	0 %	5168	24	0 %
Dagopphold	12410	11522	93 %	12410	10931	88 %	5168	4803	93 %
Ø4									
Heldøgn	8030	2	0 %	8030	2	0 %	3344	2	0 %
Dagopphold	8030	7907	98 %	8030	6753	84 %	3344	3254	97 %

Variasjon i tilgjengelig sengedøgn ifm. ferieavvikling og andre lavbemenningsperioder representerer en usikkerhet ved beregning av beleggsprosent. Dette gjelder alle tilsvarende beregninger i denne rapporten.

6.4.4.1 Utskrivningsklare pasienter

Sykehuset i Mo i Rana er den enheten i Helgelandssykehuset som har den største utfordringen knytte til utskrivningsklare pasienter, og sykehusets erfaring er at vertskommunen Rana representerer den største utfordringen i denne sammenheng.. Fordelingen for de ulike månedene i 2007 er angitt i figuren nedenfor.



Antall langliggere og utskrivningsklare pasienter forventes å bli redusert ved etablering av Helseparken, kfr pkt 6.3.

6.4.5 Akuttområdet

Akuttområdet består av akuttmottak, intensiv- og anestesivdelingen.

Nøkkeltall

Antall årsverk: 42,5 (omfatter både akuttmottak, intensiv og anesthesi)

Antall årsverk intensiv: 21

Antall personer: 26

Antall senger intensiv: 11 (6 postoperativ, 4 intensiv og 1 akuttseng)

Pleiefaktor: 1,86

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 1,94

6.4.5.1 Intensivenhet; ressursforbruk – pleiefaktor

Basert på oppgitt bemanningsplan (normalbemanning) ved intensivenheten (her også inklusive de administrative stillingene), kan man som en enkel tilnærming beregne pleiefaktor og kostnad pr. seng og årsverk.

For intensivenheten er da resultatet som vist i tabellen under.

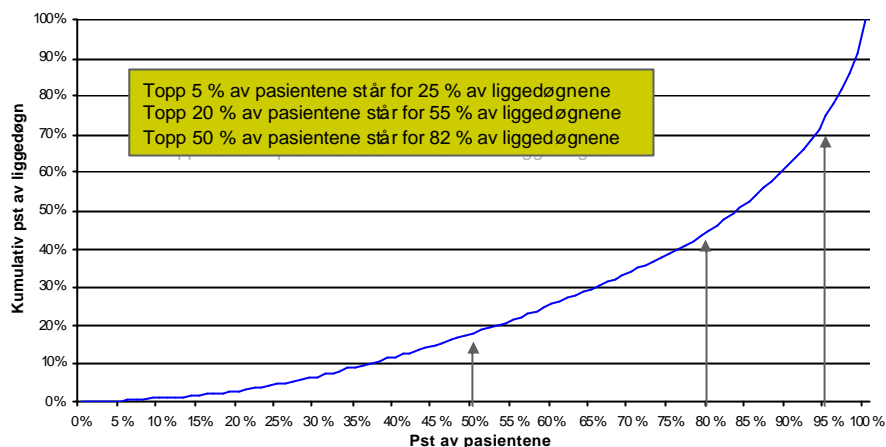
Enhet		Antall senger	Bemanning												Pleiefaktor	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk		
		Administrative stillinger	Bemanningsplan										Antall ordinære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35.5)		Totalt	Per. seng			
Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Totalt Uke	Lør	Søn	Totalt Helg	Aktive timer per person								
			Type vakt	Antall personer per dag					Timer	Antall personer	Timer									
Intensiv	11	EL	35,5	D	6	6	6	6	6	240	3	3	48	8	725	20,42	1,86	19 000 000	1 727 273	930 345
		AEL	0	D1	0	0	0	0	0	0	0	0	7,5							
		FAG	0	D2	0	0	0	0	0	0	0	0	8							
		SEKR	0	A	5	5	5	5	5	200	3	3	48	8						
		Klass	0	N	3	3	3	3	3	135	3	3	54	9						
		TOTAL	35,5							575			150							
Beregninger med administrative stillinger inkludert:													760,5	21,37	1,94			889 130		

Det er utarbeidet forslag om sammenslåing av akuttmottak- og intensivavdelingen. Dette forventes å kunne gi rom for reduksjon i bemanningen, men det vil da være utfordringer i forhold til å få turnusen til å gå opp.

Akuttmottaket håndterer i gjennomsnitt ca 20 pasienter i døgnet. Bemanningen her håndterer legevaktstelefonen i tidsrommet 15:00 til 08:00. Personalet i akuttmottaket har vakt hver tredje helg i tillegg til ”hinke-helg”.

6.4.5.2 Liggetidsprofil

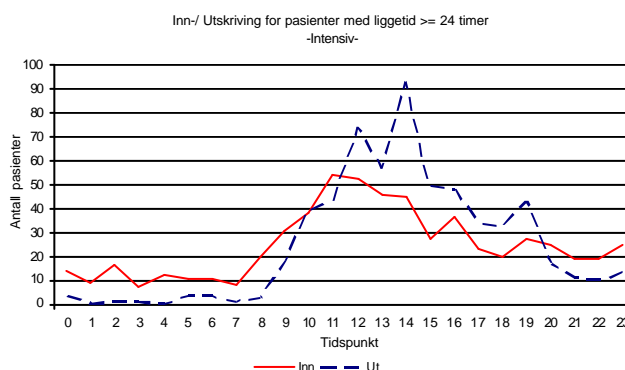
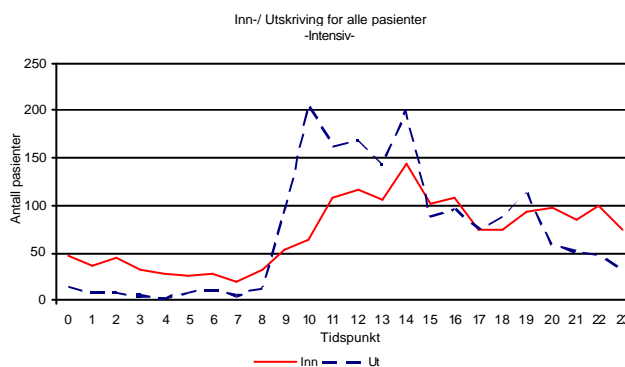
Liggetidsprofilene viser hvor stor andel av pasientene som legger beslag på en %-andel av liggedøgnene. Dersom sykehuset klarer å redusere antall langliggere og deres forbruk av (senge)ressurser, vil dette forventes å medføre redusert belastning ved den aktuelle enhet.



95-percentil: 3,87 døgn, median liggetid er 0,80 døgn, gj.snitt 1,18 døgn.

6.4.5.3 Inn- og utskrivning av pasienter

Ved uttrekk fra DIPS fremkommer tidspunkt for inn- og utskrivning for alle pasienter ved intensiv avdelingen, som illustrert i figuren under.



6.4.6 N2 medisinsk sengepost

Nøkkeltall

Antall årsverk: 33

Antall personer: 40

Antall senger: 34

Beleggsprosent: 93 %

Pleiefaktor: 0,91

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 0,97

6.4.6.1 Ressursforbruk – pleiefaktor

For N2 Medisinsk sengepost er pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk som vist i tabellen under.

Enhet		Antall senger		Bemanning													Pleiefaktor	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk
		Administrative stillinger		Bemanningsplan										Antall ordinære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35.5)	Totalt		Per. seng		
		Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Totalt Uke	Lør	Søn	Totalt Helg						Aktive timer per person	
					Antall personer per dag					Timer	Antall personer		Timer							
Med N2	34	EL	37,5	D	1	1	1	1	1	40	0	0	0	8	1103	31,07	0,91	15 712 562	462 134	505 708
		AEL	37,5	D1	9	8	8	8	8	328	6	6	96	8						
		Grupper	G3	G3	3	3	3	3	3	112,5	0	0		7,5						
		SEKR	0	A	6	6	6	6	6	240	6	6	96	8						
		Klass	0	N	3	3	3	3	3	135	3	3	55,5	9						
		TOTAL	75								855,5			247,5						
Beregninger med administrative stillinger inkludert:															1178	33,07	0,97			475 124

Enhetsleder og assisterende enhetsleder utfører kun administrative oppgaver. Enhetsleder har ansvar for personal og budsjettoppgaver, mens assisterende enhetsleder planlegger turnus- og ukeplan i tillegg til å ha kontakt med kommunene.

Avdelingen er organisert i 3 grupper, isolat er fordelt på 2 grupper. I tillegg er det en slagenhet og en hjerteenhet. Gastro og revma er fordelt på de ulike gruppene. Hver gruppe ledes av en gruppeleder. Ansvaret som gruppeleder roterer. I bemanningstabellen er disse angitt som G3.

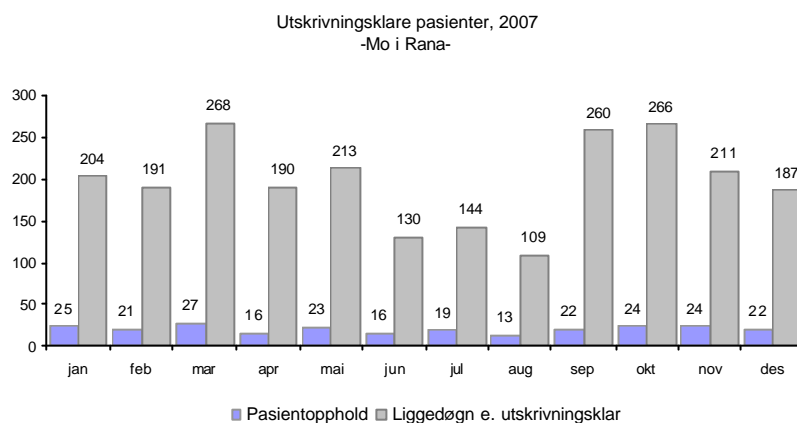
Avdelingen har i løpet av en 3-års periode hatt 11 hjelpepleiere som er gått av med pensjon. Samtlige hjelpepleiere er erstattet med nye hjelpepleiere.

Avdelingen har et høyt sykefravær som medfører en betydelig ressursbruk ift. innleie. Ressursbanken oppleves imidlertid som avlastende i forhold til behov for innleie.

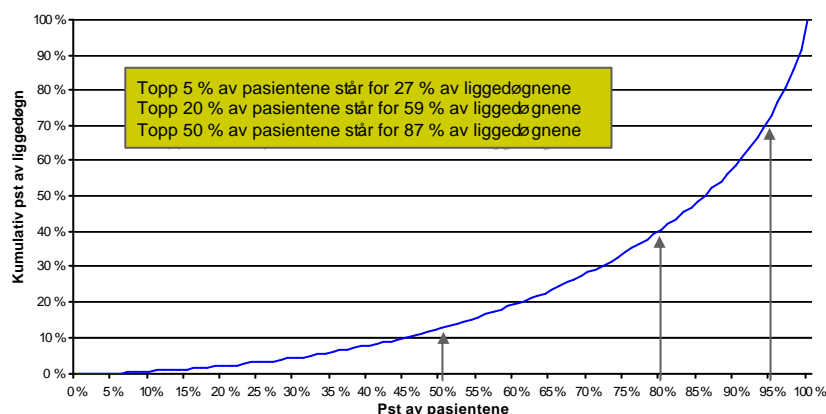
6.4.6.2 Pasientbelegg og utskrivingsklare pasienter

	2006			2007			200801-05		
	Tilgjengelige senge-døgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige senge-døgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige senge-døgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%
N2									
Heldøgn	12410	27	0 %	12410	44	0 %	5168	24	0 %
Dagopphold	12410	11522	93 %	12410	10931	88 %	5168	4803	93 %

Avdelingen har til enhver tid noen utskrivingsklare pasienter som kommunene ikke er i stand til å ta i mot. Mange av disse pasientene ligger mer en 10 dager på ”overtid”, og erfaringen er at utfordringene er størst i forhold til vertskommunen Rana.



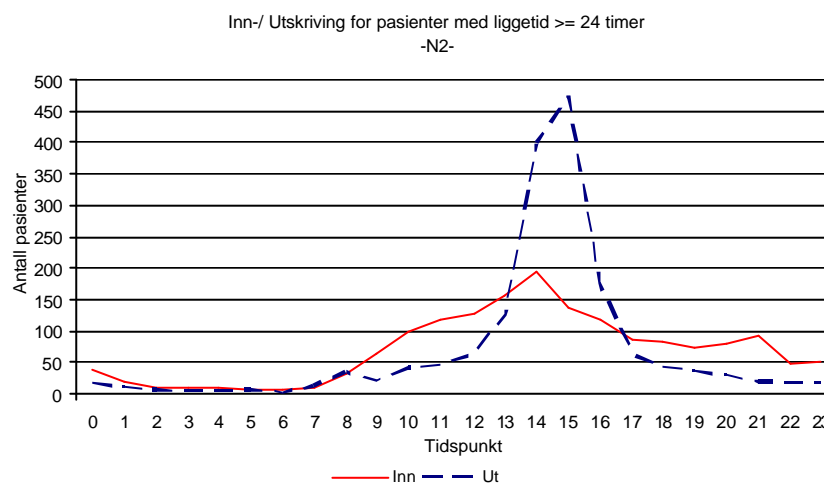
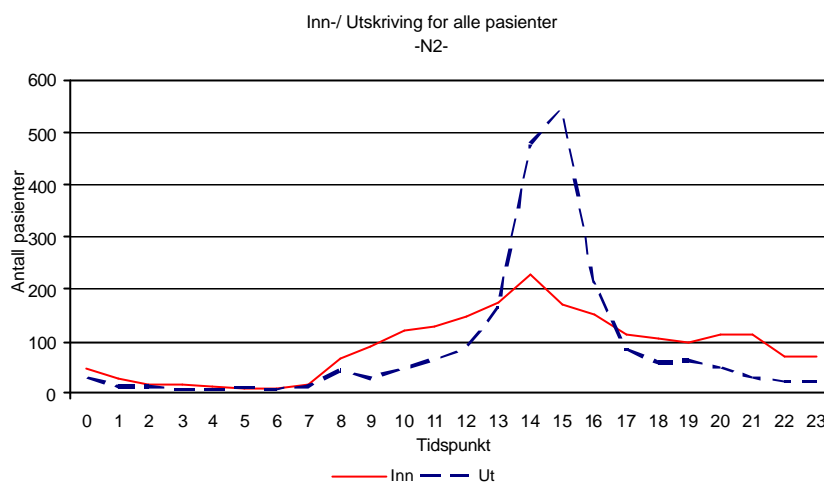
6.4.6.3 Liggetidsprofil



95-percentil: 18,05 døgn, median liggetid er 2,97 døgn, gj.snitt 5,13 døgn.

6.4.6.4 Inn- og utskrivning av pasienter ved N2

Ved uttrekk fra DIPS fremkommer tidspunkt for inn- og utskrivning for alle pasienter ved N2, som illustrert i figuren under. Avdelingens gjeldende døgnrytme og rutiner, med utskrivning av pasienter etter lunch, gir opphoping av pasienter midt på dagen, og kan representere utfordringer i forhold til hjemtransport.



6.4.7 Ø4 kirurgisk sengepost

Nøkkeltall

Antall årsverk: 23,5 (med tillegg av ett engasjements-årsverk ut 2008)

Antall "hoder": 32, i tillegg til ett engasjement ut 2008

Antall senger: 22

Beleggsprosent: 97%

Pleiefaktor: 1,19

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 1,25

6.4.7.1 Ressursforbruk – pleiefaktor

For Ø4 kirurgisk sengepost er pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk som vist i tabellen under.

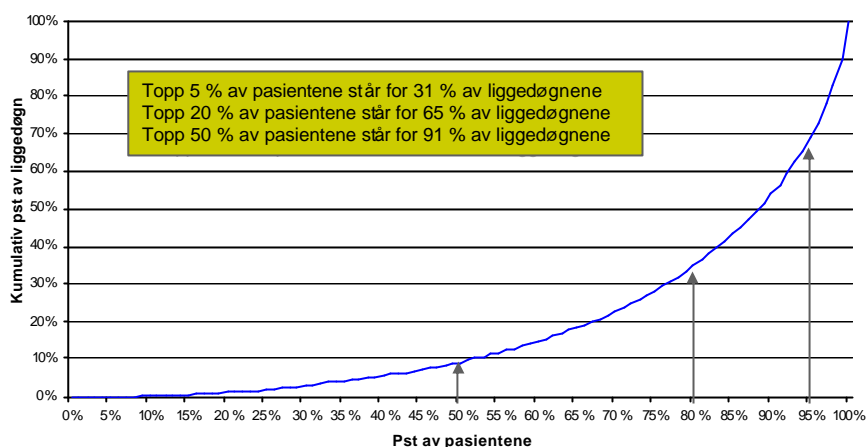
Enhetens totalbudsjett:													13 392 018							
Total pleiekostnad (total lønnskostnad (fast og variabel lønn) inkl sos. kostnader, redusert for refusjon ved sykdom og svangerskap:													13 334 450							
Vikarbyrå av total pleiekostnad													89 505							
Enhet	Antall senger	Bemanning													Pleiefaktor	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk		
		Administrative stillinger		Bemanningsplan										Antall ordinære timer per uke		Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35,5)	Totalt		Per. seng	
		Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Totalt Uke	Lør	Søn	Totalt Helg							Aktive timer per person
Kir Ø4	22	EL	37,6	D	9	9	9	9	9	360	6	6	96	8	931	26,23	1,19	13 334 450	606 111	508 456
		AEL	10,6	AEL	0	0	0	0	0	27	0	0								
		FAG	0	D2	0	0	0	0	0		0	0								
		SEKR	0	A	6	6	6	6	6	240	6	6	96	8						
		Ki.ass	0	N	2	2	2	2	2	80	2	2	32	8						
		TOTAL	48							707			224							
Beregninger med administrative stillinger inkludert:													979	27,51	1,25			484 795		

Antall årsverk beregnet ut fra bemanningsplan (27,51) er høyere enn oppgitt antall årsverk (24,5). Vi har ikke mottatt tilbakemelding fra enheten som kan avklare dette.

6.4.7.2 Pasientbelegg

	2006			2007			200801-05		
	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%
Ø4									
Heldøgn	8030	2	0 %	8030	2	0 %	3344	2	0 %
Dagopphold	8030	7907	98 %	8030	6753	84 %	3344	3254	97 %

6.4.7.3 Liggetidsprofil

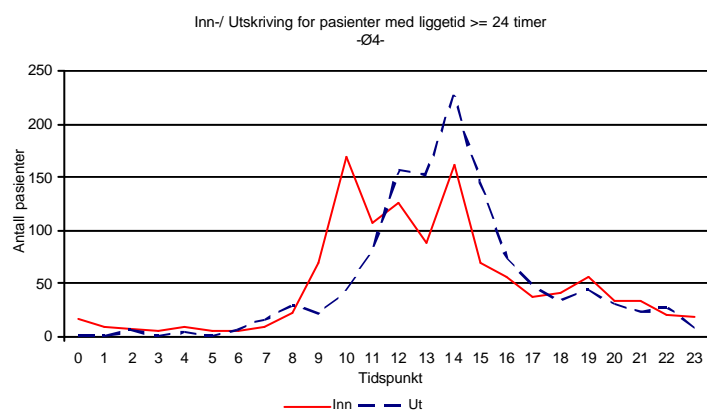
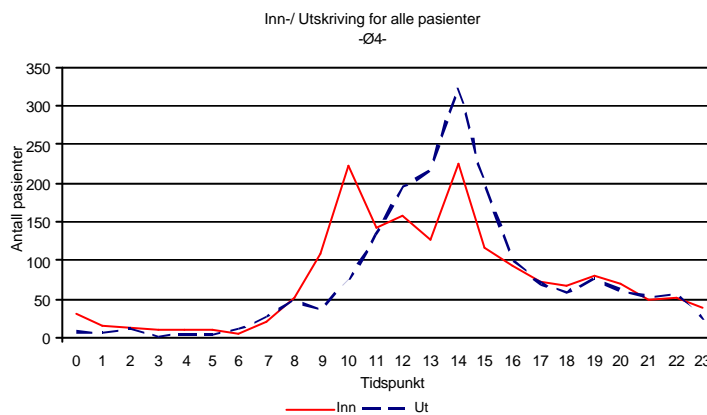


95-percentil: 14,40 døgn, median liggetid 1,79 døgn, gj.snitt 3,83 døgn.

6.4.7.4 Inn- og utskrivning av pasienter ved Ø4

Ved uttrekk fra DIPS fremkommer tidspunkt for inn- og utskrivning for alle pasienter ved Ø4, som illustrert i figuren under.

Også ved denne avdelingen skjer det vesentligste av utskrivinger etter lunch, hvilket gir opphoping av pasienter midt på dagen, og kan representere utfordringer i forhold til organisering av hjemtransport.



6.5 Anbefalinger om spesifikke supplerende tiltak for MiR

6.5.1 Mulige supplerende tiltak

- Effektivisering av rutiner (beskrives utfyllende i kapittel 9 og 10):
 - Endret døgnrytmeplan med frigjort kapasitet og tidligere utskrivning
 - Talegjenkjenning og reduksjon av skrivejeteneste

6.5.2 Vurdering av effekt av supplerende tiltak

MiR-organisasjonen uttrykker et sterkt ønske om å videreutvikle sykehuset. Enheten er inne i en positiv utvikling, der *positive resultater og kontroll over økonomien gir muligheter og frihet til å investere og videreutvikle sykehuset*. Gitt et uendret regime hvor det er mulig å bruke overskuddet internt, tror vi at MiR vil ta ut effekten av de tiltak som iverksettes. Det forutsettes også at sykehusene tillates å nedbemanne når ny teknologi tas i bruk.

6.6 Oppsummering

Sykehuset har god kontroll over kostnadsutviklingen. Per utgangen av mai hadde sykehuset et overskudd på mer enn 6 millioner kroner. ProsessPartners vurdering er at ledelsen ved sykehuset har god kontroll og styring. Tiltakene som er iverksatt gir resultater, sykehuset arbeider etter en omforent fornuftig strategi som over tid ytterligere vil styrke driften og kvaliteten ved sykehuset.

7 Mosjøen

7.1 Innledning

Sykehuset i Mosjøen har gjennomført en større omlegging av tjenestetilbudet med overgang fra døgkontinuerlig til tilpasset kirurgi med svært begrensede akutfunksjoner, nedleggelse av kirurgisk sengeavdeling, samt overgang til en jordmorstyrt fødeavdeling.

Msj har arbeidet systematisk for å etablere en ny plattform med elektiv dagkirurgi og poliklinikk. Foretaket har klart å rekruttere utenlandske leger, men sliter med å få opp nødvendig produktivitet.

Msj har fått beholde basistilskudd i forhold til aktivitetsnivå fra 2006 samt tillatelse til å gå med 5 millioner kroner i underskudd for 2008.

Ledelsen ved Msj virker godt samkjørt, men det er et observandum at Msj er det eneste sykehuset i HS uten leger representert i ledelsen.

7.2 Økonomisk situasjon

Per utgangen av mai ligger Msj marginalt etter budsjett. Foretaket har fokus på den økonomiske situasjonen, og ledelsen er opptatt av å skape et grunnlag for videre utvikling av sykehuset.

Dersom ikke inntektene øker har ledelsen utarbeidet konkrete forslag til hvor besparelse kan oppnås ved behov for strakstiltak.

7.3 Vurdering av foreslåtte tiltak

7.3.1 Innledning

Det er gjort et omfattende arbeid internt i foretaket med å indentifisere ulike innsparingstiltak og forbedringsområder ved HS Mosjøen. Felles for disse tiltakene er at de i stor grad tar utgangspunkt i dagens funksjonsdeling og organisasjonsstruktur.

7.3.2 Vår vurdering av enkelttiltak og forbedringsområder

Det er tre tiltak som er gjenstand for spesifikk omtale i rapporten; reduksjon i antall senger ved medisinsk avdeling, samlokalisering av FAM og intensiv, samt økning i dag-kirurgisk aktivitet. Øvrige tiltak er kommentert i den vedlagte tiltaksplanen.

Generelt er det vår vurdering at mange av tiltakene som er skissert ved sykehuset synes velbegrunnede og realistiske, og som på sikt må kunne forventes å kunne gi økonomisk effekt.

7.3.2.1 Reduksjon av antall senger ved medisinsk avdeling

Reduksjon av senger ved medisinsk avdeling fra 21 til 17 senger, og en midlertid reduksjon av bemanningen, er et tiltak som iverksettes i forbindelse med ferieavviklingen. Avdelingen har generelt en lav beleggprosent, og dette tiltaket synes derfor fornuftig å videreføre også utenom ferieavviklingen. Ved en videreføring av dette tiltaket vil man oppnå kostnadsbesparelser som forventes å være nødvendige også i det neste året.

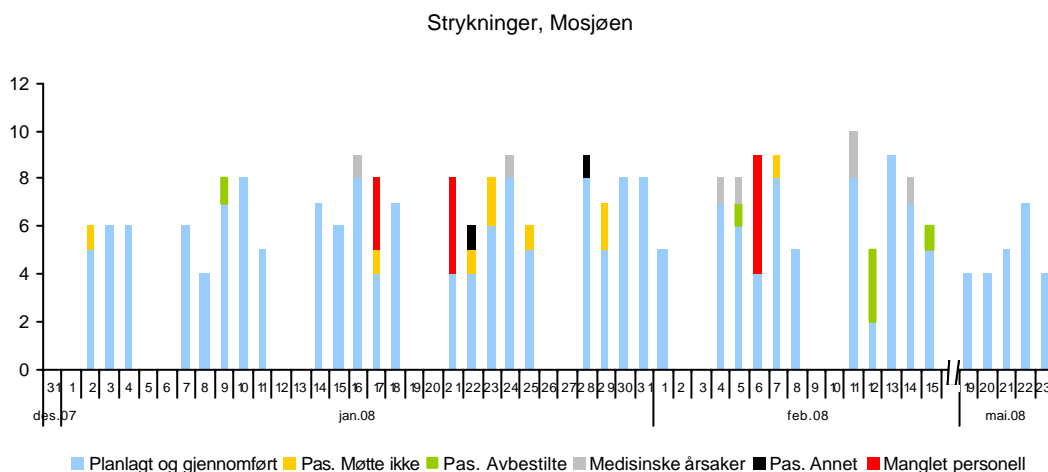
7.3.2.2 Samlokalisering av FAM og intensiv

FAM og intensiv er i dag ugunstig lokalisert i forhold til hverandre. Dette forhindrer sambruk av personale, og medfører en unødvendig høy bemanning på natt. En permanent samlokalisering vil kunne åpne for bemannings- og kostnadsreduksjoner.

7.3.2.3 Økning av dagkirurgisk aktivitet

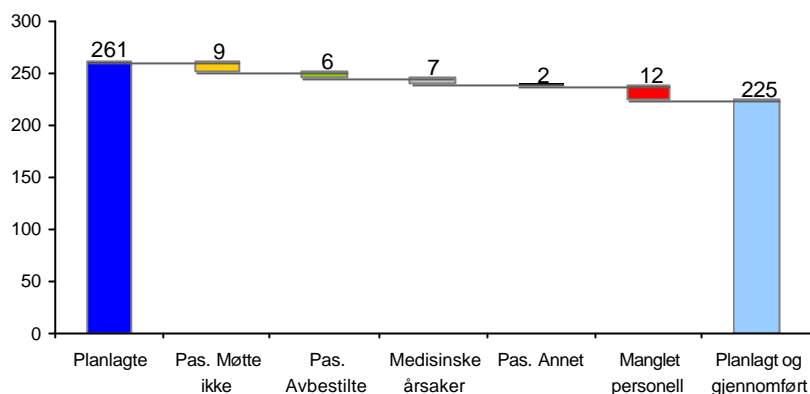
Det er i tiltakslisten oppgitt at sykehuset skulle øke den dagkirurgiske aktiviteten med 550 pasienter, med plantall 50 pasienter per uke. P.t. er dette tiltaket betydelig etter plantall. Noe av årsaken er lavere produktivitet enn forventet knyttet til nyrekrutterte utenlandske leger. Ressurskrevende plastikkirurgi bidrar også til at produktiviteten ikke er som planlagt.

Sykehuset peker også på strykninger i operasjonsprogrammet, dels forårsaket av vacanser og manglende fremmøte, som illustrert i figuren under.



Totalt 225 av 261 operasjoner er gjennomført. Dette tilsvarer 86,2% av planlagte operasjoner. Som vi ser av figuren er man spesielt sårbar i forbindelse med sykdom hos personale, og da i særlig grad hos operatør.

Strykninger, oppsummert uke 1-7, 21
-Mosjøen-



Manglende pasient-fremmøte bør medføre en gjennomgang av rutine for informasjon til pasienten; timetildeling og eventuell påminnelse pr brev eller sms.

Det er for liten tilgang på urologipasiener, og ventelistene for de ulike inngrep ved sykehusene i Mosjøen og Sandnessjøen er gjengitt i tabellen under.

Urologi:	Mosjøen			Sandnessjøen		
	Utredning	Innleggelse	Dagkirurgi	Utredning	Innleggelse	Dagkirurgi
Prostatainngrep (TUR-P)	4		2	16	6	
Sterilisering (Vasectomi)			24	10		6
Trang forhud (Fimose)	4		6	4		6
Blærebrenning TUR-B	4		2	12	6	
Laserreseksjon prostata	4	2	2			
Blæreundersøkelse (Cystoscopi)	4		6	16		

Som det fremgår av tabellen er det i praksis ingen ventetid i Mosjøen, og således bør det være rom for å kanalisere urologipasienter fra Sandnessjøen til Mosjøen.

7.3.3 Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert

Sykehuset har selv vurdert effekten av sine tiltak til kr 2 500 000. ProsessPartners estimat er kr 685 000. Det er imidlertid utarbeidet en strakstiltaksliste som ikke er innarbeidet i budsjettet. Vår vurdering av økonomisk effekt for denne tiltakspakken er kr 1 350 000. Sykehusledelsen kan også peke på andre mulige områder for ytterligere kostnadsutt ved behov.

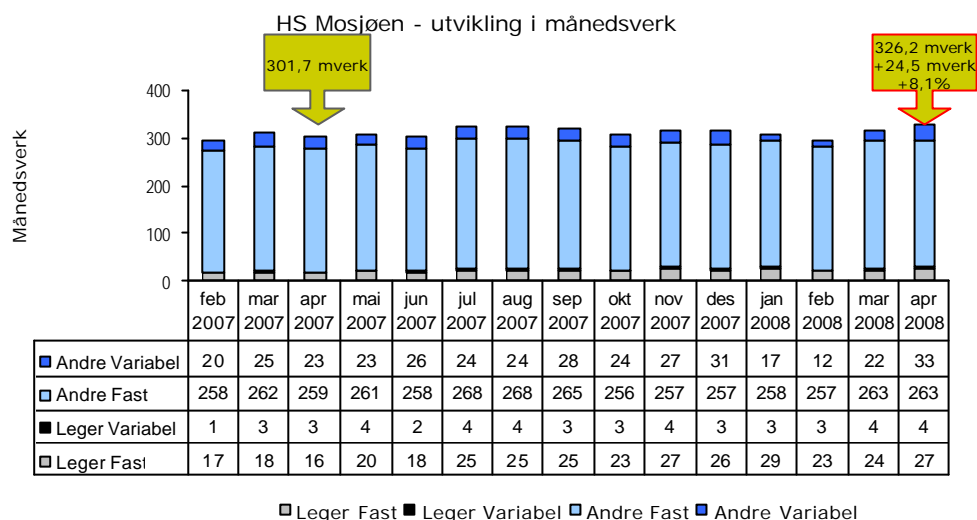
Vår forventning er at sykehuset med sannsynligesovervekt vil klare de resultatkravene som er stillt fra foretaket.

7.4 Beskrivelse av dagens situasjon

I dette kapitlet beskrives utvikling i personellsituasjonen (kvantitativt) i 2007, sykefravær, behandling og aktivitet, rekruttering og kompetanse, kapasitet og utnyttelsesgrad, beredskap, pasientbelegg, ressursforbruk, liggetidsprofiler samt til slutt en nærmere omtale av enkelte avdelinger.

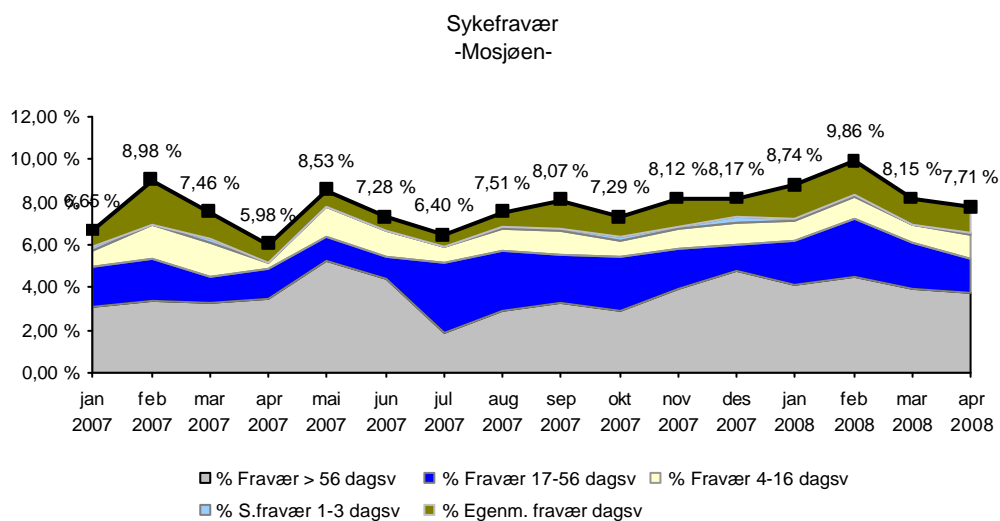
7.4.1 Personalsituasjonen for sykehuset

Utvikling i antall månedsverk ved HS Mosjøen i perioden februar 2007 til april 2008.



Det er et observandum at sykehuset har en økning i antall månedsverk til tross for redusert aktivitet.

7.4.2 Sykefravær



7.4.3 Behandling og aktivitet

Mosjøen har et redusert medisinsk tilbud etter omleggingen av kirurgi i november 2006. Plastikkirurgi og urologi er områder hvor sykehuset har Helgelandsfunksjon. I tillegg har sykehuset tilbud innenfor gynekologi, øyesykdommer, hudsykdommer og nevrologi.

7.4.4 Rekruttering og kompetanse

Mosjøen har en del utfordringer i forhold til rekruttering og kompetanse. Generelt er det vanskelig å rekruttere norske leger til Mosjøen. Det er rekruttert mange utenlandske leger, og dette vil få en produksjonsmessig negativ effekt i tiden da disse har språkundervisning. De fleste har noe språkundervisning før de ankommer Mosjøen, og etter ankomst har de erfaringsmessig omtrent 50% produksjon frem til språket er tilfredsstillende. Varigheten av denne perioden er varierende, men kan være fra seks til ni måneder. Fulle lønnskostnader, og lavere produksjon i denne perioden vil gjøre at dette vil være kostnadsdrivende. Med et begrenset kirurgisk tilbud kan det etter hvert bli en betydelig utfordring å rekruttere og beholde kompetente kirurger.

Det er også utfordringer knyttet til rekruttering av sykepleiere, og da i særlig grad spesialsykepleiere.

Det begrensede tjeneste tilbudet innenfor kirurgi medfører at turnusleger i Mosjøen må reise til andre sykehus for å få godkjent tjenesten. Dette representerer ekstra kostnader for sykehuset.

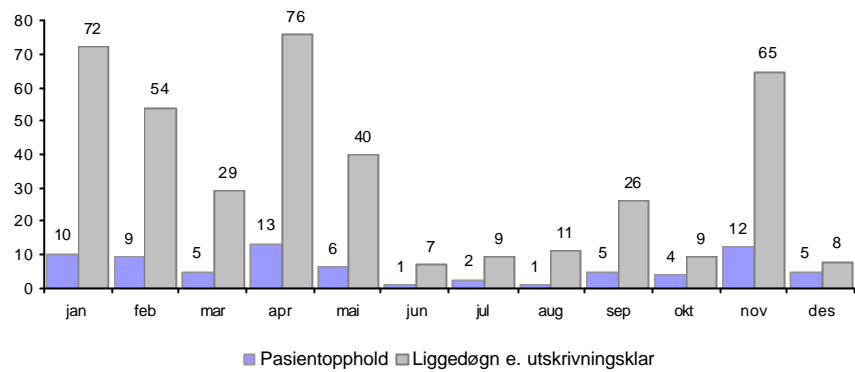
7.4.5 Kapasitet og utnyttelsesgrad

Mosjøen har totalt 30 senger fordelt på 21 senger på medisinsk sengepost, 4 senger på kirurgisk dagavdeling og 5 senger på fødestuen. Sengene på dagkirurgisk avdeling er for overliggere etter dagkirurgi.

7.4.6 Belegg

Medisinsk avdeling, Mosjøen	2006			2007			200801-05		
	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%
Heldøgn	7665	5096	66,5 %	7665	5530	72,1 %	3192	2445	76,6 %
Dagopphold	7665	78	1,0 %	7665	16	0,2 %	-	-	-

Utskrivningsklare pasienter, 2007
-Mosjøen-



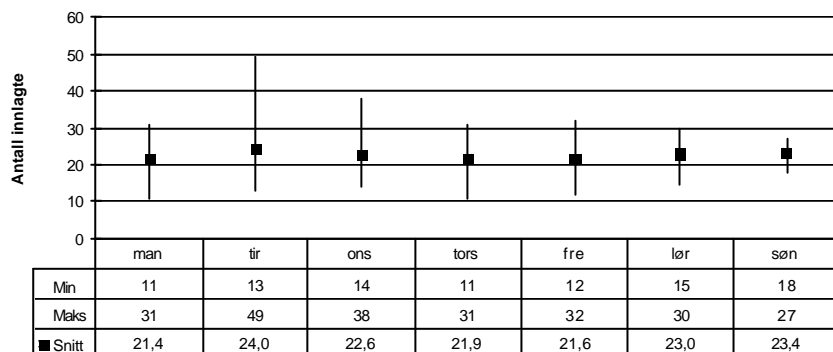
7.4.7 Beredskap

Sykehuset i Mosjøen har ikke kirurgisk akuttberedskap, men gjør livreddende tiltak og stabilisering før eventuell transport til annet sykehus. I tillegg bemannes en skadestue.

Gjennom registrering av antall innlagte pasienter kl 08:00 på utvalgte dager i året 2007, har vi gjort analyser av hvor mange pasienter som er innlagt totalt, og hvor mange pasienter som er innlagt ved de enkelte avdelingene. Dette gir muligheten til å vurdere bemanningen totalt i Mosjøen i forhold til belegget ved de enkelte avdelingene.

Figuren illustrerer antall innlagte pasienter kl 0800 fordelt på ukedager totalt for Mosjøen. Tilsvarende analyser er gjort for enkelte avdelinger.

Belegg - max, min og gjennomsnittlig antall innlagte kl 0800
-Totalt for alle poster (FAM, Føden, Gyn, Intensiv, Kir, Med)-



Av figuren ser vi at gjennomsnittlig antall innlagte pasienter varierer fra 21 til 24 for de ulike ukedagene.

Dette bør sees i sammenheng med totalbemanningen ved sykehuset på kveld og natt, presentert i tabellen under.

Avdeling	FAM	Intensiv	Med	Føde	Totalt
Tilstedevakt	2	3	3	1	9
Hjemmevakt				1	1
Totalt i vakt					10

7.4.8 FAM

Nøkkeltall

Antall årsverk: 10,61

Antall personer: 16

Antall senger: 3 observasjonssenger

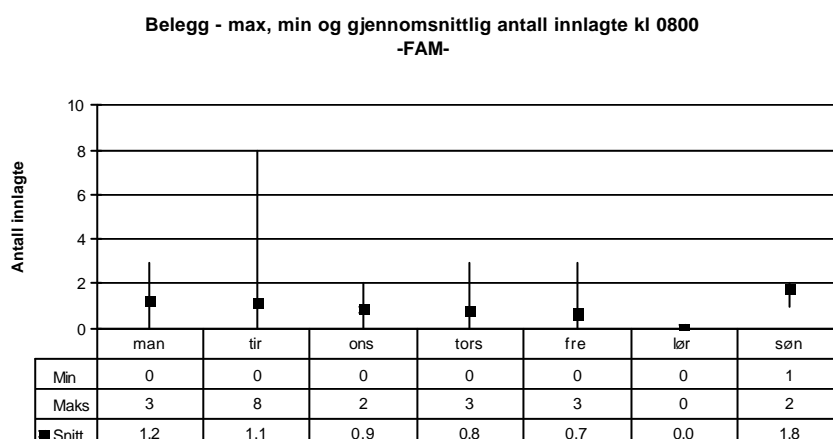
7.4.8.1 Ressursforbruk

Felles akuttmottak (FAM) disponerer 10,61 årsverk fordelt på 16 personer, i tillegg til leder. Mange av personene er "flexere" som jobber både på FAM og intensiv. I tillegg er det en del av bemanningen på dagkirurgi og og medisinsk side som arbeider helg ved FAM i 25 % stilling. "Flexere" skal i utgangspunktet arbeide fleksibelt på tvers av avdelinger, men fordi de er involvert i mange avdelinger er det store utfordringer knyttet til turnusplanlegging for denne type bemanning.

Vaktbelastningen er 3 helger av 8 uker. Dette er tilsvarende som før omstilling av kirurgien. På ettermiddag og kveld har denne avdelingen ansvar for legevaktstelefonen. Kommunen betaler for de direkte kostnadene knyttet til telefonutgiftene. Bemanningen på natt i FAM er 2 personer.

7.4.8.2 Belegg

Figuren viser antall pasienter kl 08:00 i FAM.

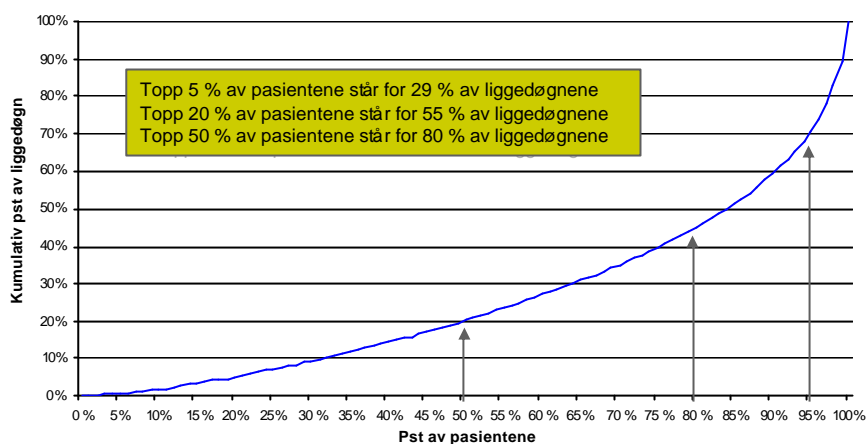


Det foreligger konkrete planer knyttet til samlokalisering av FAM og intensivheten. Disse enhetene er per i dag lokalisert ugunstig i forhold til hverandre. Samlokalisering vil gi mulighet for bedre utnyttelse av

personalet, og en ved det en mulighet til å oppnå en bemannings- og kostnadsreduksjon. Dette er omtalt under avsnittet om supplerende tiltak for Mosjøen.

7.4.8.3 Liggetidsprofil

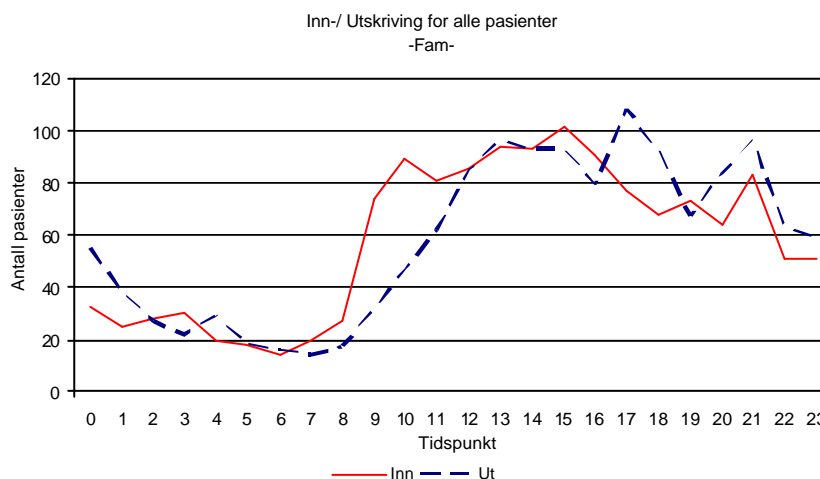
Nedenstående figur viser prosentandel av pasientene som representerer prosent liggedøgn kumulativt.



95-percentil: 8,4 timer,
median liggetid ca 2 timer,
gj.snitt liggetid 2,9 timer.

7.4.8.4 Inn og utskrivning av pasienter i FAM

Figuren viser tidspunkt for inn og utskrivning for alle pasientene.



7.4.9 Intensiv

Nøkkeltall

Antall årsverk: 16,10

Antall personer: 24

Pleiefaktor: 3,77

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 4,02

7.4.9.1 Ressursforbruk

For intensivsenheten er pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk som vist i tabellen under.

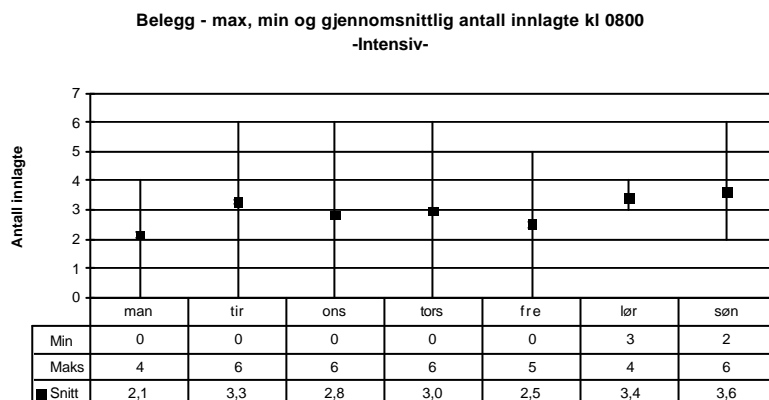
Enhetens totalbudsjett:												8 539 619							
Total pleiekostnad (total lønnskostnad (fast og variabel lønn) inkl sos. kostnader, redusert for refusjon ved sykdom og svangerskap)												7 893 315							
Vikarbyrå av totalpleiekostnad												97 168							
Antall senger	Bemanning											Antall ordnære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35,5)	PLEIEFAKTOR	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk		
	Administrative stillinger		Bemanningsplan							Totalt Helg	Aktive timer per person				Totalt	Per. seng			
	Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Totalt Uke									Lør	Søn
	Type vakt	Antall personer per dag	Timer	Antall personer			Timer	Timer											
4	EL	37,5	D	3	3	3	3	3	120	3	3	48	8	535,5	15,08	3,77	7 893 315	1 973 329	523 273
AEL		D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,5						
FAG	0	D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8						
SEKR	0	A	3	3	3	3	3	112,5	3	3	45	8							
Kj.ass	0	N	3	3	3	3	3	150	3	3	60	9							
TOTAL	37,5							382,5			153								
Beregninger med administrative stillinger inkludert:												573	16,08	4,02			490 740		

7.4.9.2 Belegg

Fordelingen på type pasienter som er innlagt på intensivavdelingen i Mosjøen for 2007 er angitt i tabellen under.

Innleggelser på intensiv i 2007	
med innleggelser < 24 timer	303
med innleggelser > 24 timer	236
kir overliggere	144
øvrig dagkir	640
Totalt	1323

Figuren under viser oversikt over antall innlagte pasienter på intensiv.



7.4.10 Medisinsk sengepost

Nøkkeltall

Antall årsverk: 24,4

Antall personer: 37

Antall senger: 21

Beleggsprosent: 76,6%

Pleiefaktor: 1,12

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 1,21

7.4.10.1 Ressursforbruk

For medisinsk sengepost er pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk som vist i tabellen under.

Enhetens totalbudsjett:		13 867 872
Total pleiekostnad (total lønnskostnad (fast og variabel lønn) inkl sos. kostnader, redusert for refusjon ved sykdom og svangerskap):		12 073 394
Andel vikar av totale pleiekostnad		81 547

Enhet	Antall senger	Bemanning												Antall ordinære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35.5)	PLEIEFAKTOR	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk	
		Administrative stillinger		Bemanningsplan													Totalt	Per. seng		
		Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Totalt Uke	Lør	Søn	Totalt Helg							Aktive timer per person
Med.avd	21	EL	37,5	D	7	7	6	7	7	272	6	6	96	8	832,6	23,45	1,12	12 073 394	574 924	514 780
		AEL	37,5	D1	1	0	0	0	0	7	0	0	0	7						
		FAG	0	D2	0	1	0	1	0	10,6	0	0	0	5,3						
		SEKR	0	A	5	5	5	5	5	187,5	4	4	60	7,5						
		Klass	0	N	3	3	3	3	3	142,5	3	3	57	9,5						
		TOTAL	75							619,6			213							
Beregninger med administrative stillinger inkludert:												907,6	25,45	1,21			474 331			

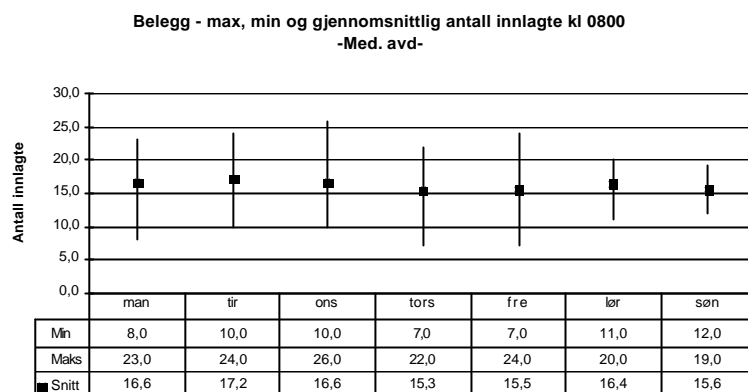
Antall årsverk beregnet utfra bemanningsplan (25,45) er høyere enn oppgitt antall årsverk (24,4). Vi har ikke mottatt tilbakemelding fra enheten som kan avklare dette.

7.4.10.2 Belegg

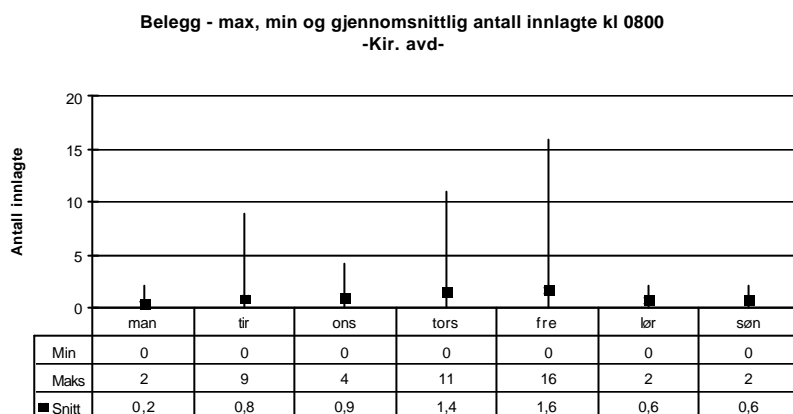
Oversikt over tilgjengelige sengedøgn, totalt antall liggedager og beleggsprosenten for medisinsk avdeling for 2006, 2007 og første tertial 2008, er vist i tabell under.

Medisinsk avdeling, Mosjøen	2006			2007			200801-05		
	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%	Tilgjengelige sengedøgn	Totalt antall liggedager	Beleggs%
Heldøgn	7665	5096	66,5 %	7665	5530	72,1 %	3192	2445	76,6 %
Dagopphold	7665	78	1,0 %	7665	16	0,2 %	-	-	-

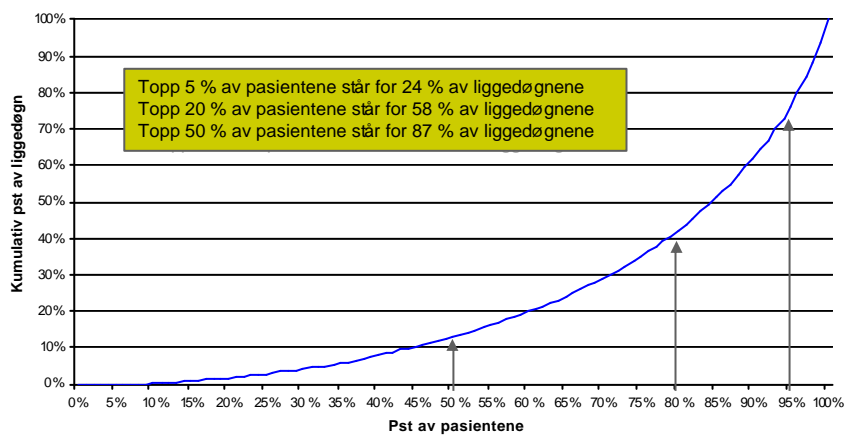
Figuren under viser oversikt over antall innlagte pasienter i medisinsk avdeling.



Bemanningsplan og pleiefaktor må vurderes under hensyntagen til at medisinsk sengepost har tilsyn med overliggere fra dagkirurgisk avdeling, som vist i figuren under.



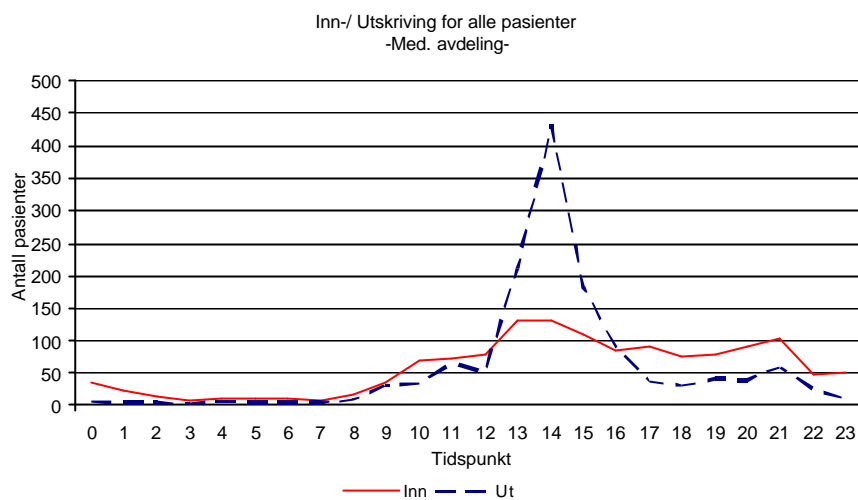
7.4.10.3 Liggetidsprofil



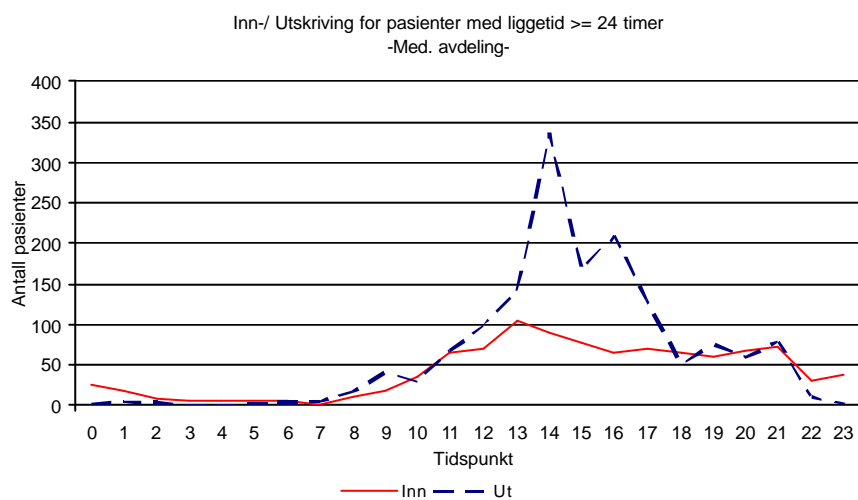
95-percentil: 13,85 døgn, median liggetid 2,15 døgn, gj.snitt 3,89 døgn.

7.4.10.4 Inn- og utskrivning av pasienter i medisinsk avdeling

Figuren under viser inn- og utskrivning for alle pasienter i medisinsk avdeling, basert på uttrekk fra DIPS.



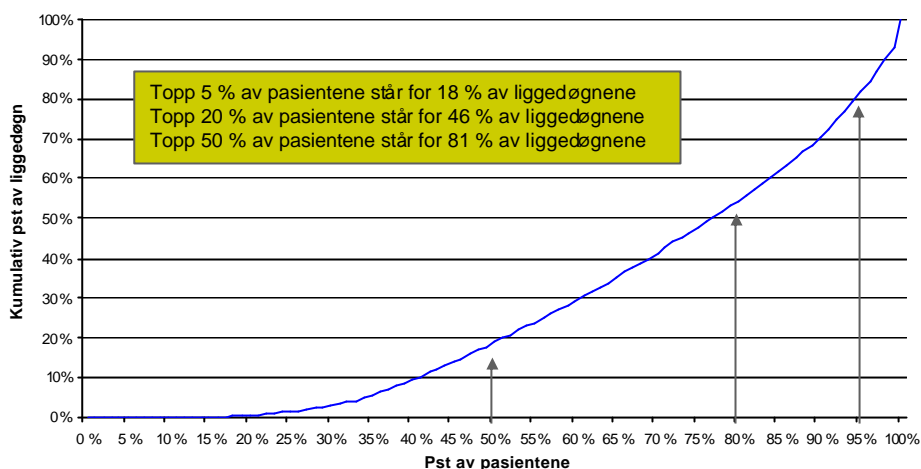
Figuren viser ut og inn skrivning for pasienter med liggetid mer enn 24 timer.



Av figurene ser vi at hovedtyngden av utskrivningen foregår i tidspunktet mellom 12 og 16. Dette er i en periode med høy aktivitet i avdelingen, i tillegg til poliklinikkaktivitet. Utskrivning så sent på dagen kan også gi utfordringer i forhold til hjemtransport.

7.4.11 Kirurgisk dagavdeling med poliklinikk

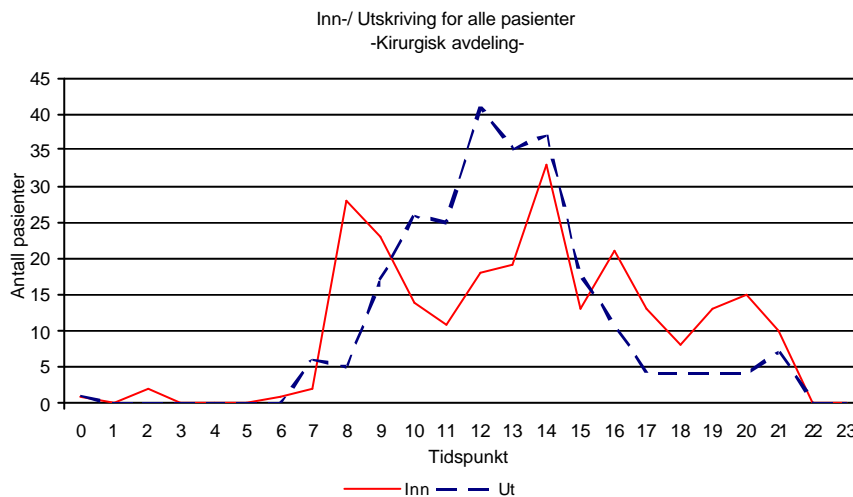
7.4.11.1 Liggetidsprofil



. 95-percentil: 1,96 døgn, median liggetid 0,77 døgn, gj.snitt 0,76 døgn.

7.4.11.2 Inn- og utskrivning av pasienter i medisinsk avdeling

Figuren under viser tidspunkt for inn- og utskrivning for alle pasienter i kirurgisk avdeling, basert på uttrekk fra DIPS.



Av figuren ser vi at det er to topper med innskrivning gjennom dagen. Den første er i perioden 07:00 til 09:00 og den siste er i tidsrommet 13:00 til 14:00. De aller fleste pasientene er skrevet ut frem til 16:00, mens et lite antall pasienter skrives ut i løpet av kveldsvakten.

7.4.12 Fødestue

Nøkkeltall

Antall årsverk: 10,2

Antall personer: 12

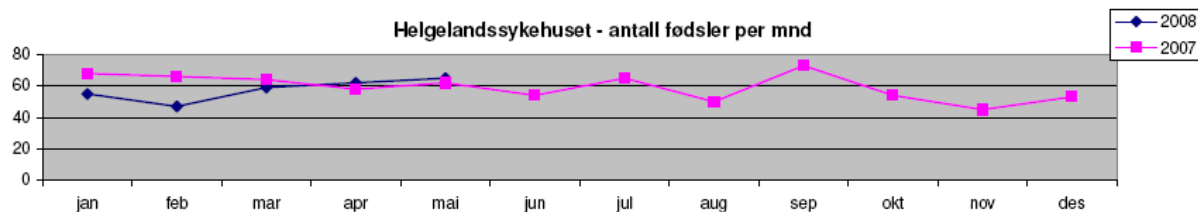
Antall senger: 5

Budsjett 2007: ca 5,6 mill kr

Fødestuen i Mosjøen er jordmordrevet. De hadde 39 fødsler i 2007 hvorav ca 1/3 er førstegangsfødende. For 2008 er det estimert 40 til 45 fødsler, av dem ca 1/3 som førstegangsfødende.

Fødselstallene for Helgeland har gått kraftig ned, og forventes fortsatt å være synkende. I 2007 var det 712 fødsler mot 900 fødsler i 1999.

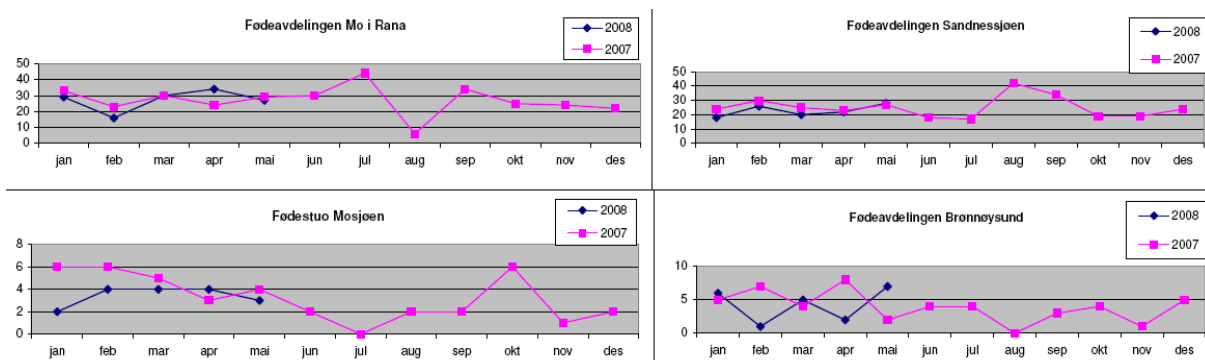
Figuren nedenfor viser totalt antall fødsler per måned totalt for Helgeland.



Oppstillingen under viser akkumulert antall fødsler på de ulike sykehusene i årene 2006, 2007 og 2008.

	Mo i Rana						Mosjøen						Sandnessjøen						Brønnøysund						HSYK					
	2008	2008 akk	2007	2007 akk	2006	2006 akk	2008	2008 akk	2007	2007 akk	2006	2006 akk	2008	2008 akk	2007	2007 akk	2006	2006 akk	2008	2008 akk	2007	2007 akk	2006	2006 akk	2008	2008 akk	2007	2007 akk	2006	2006 akk
jan	29	29	33	33	22	22	2	2	6	6	5	5	18	18	24	24	26	26	6	6	5	5	5	5	55	55	68	68	58	58
feb	16	45	23	56	21	43	4	6	6	12	5	10	26	44	30	54	24	50	1	7	7	12	1	6	47	102	66	134	51	109
mar	30	75	30	86	23	66	4	10	5	17	2	12	20	64	25	79	24	74	5	12	4	16	2	8	59	161	64	198	51	160
apr	34	109	24	110	31	97	4	14	3	20	10	22	22	86	23	102	28	102	2	14	8	24	2	10	62	223	58	256	71	231
mai	27	136	29	139	30	127	3	17	4	24	5	27	28	114	27	129	34	136	7	21	2	26	4	14	65	288	62	318	73	304
jun	136	30	169	36	163	17	2	26	3	30	114	18	147	29	165	21	4	30	2	16	288	54	372	70	374					
jul	136	44	213	30	193	17	0	26	3	33	114	17	164	29	194	21	4	34	1	17	288	65	437	63	437					
aug	136	6	219	34	227	17	2	28	4	37	114	42	206	25	219	21	0	34	2	19	288	50	487	65	502					
sep	136	34	253	24	251	17	2	30	4	41	114	34	240	27	246	21	3	37	5	24	288	73	560	60	562					
okt	136	25	278	21	272	17	6	36	10	51	114	19	259	25	271	21	4	41	5	29	288	54	614	61	623					
nov	136	24	302	32	304	17	1	37	2	53	114	19	278	21	292	21	1	42	1	30	288	45	659	56	679					
des	136	22	324	23	327	17	2	39	2	55	114	24	302	14	306	21	5	47	0	30	288	53	712	39	718					
Totalt	136	324	327	17	39	55	114	302	306	21	47	30	288	712	718															

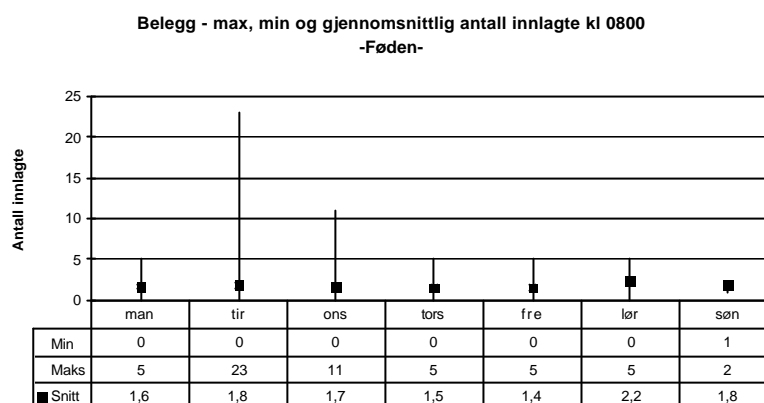
Oppstillingen nedenfor viser antall fødsler for de ulike sykehusene i 2007 og til og med mai 2008



Det benyttes vanlige seleksjonskriterier for vurdering i forhold til videresending. Det er ikke mulighet for hasteseccio ved fødestuen. En eventuell overflytning i forbindelse med fødsel tar erfaringsmessig 2 timer i klargjørings-/transporttid med ambulans. Nærmeste helikopterbase er Brønnøysund.

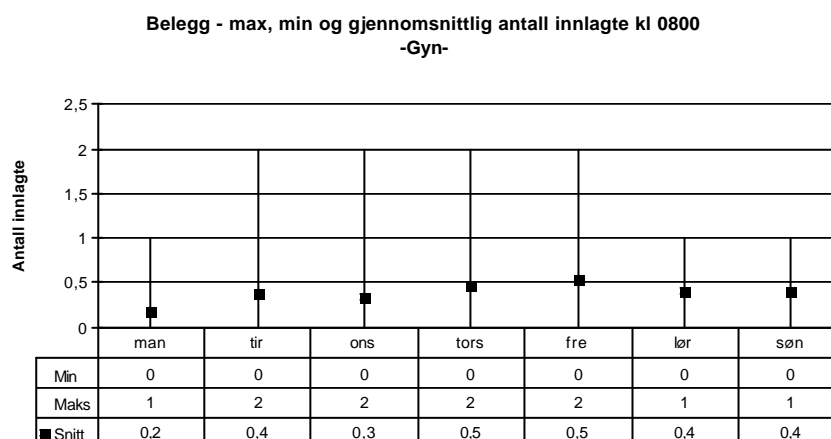
Fødestuen har også poliklinikk for gravide; ultralydscreening, svangerskapskontroll, amnepoliklinikk og barseletterkontroller. Det er også et gynekologisk poliklinisk tilbud, i tillegg til at fødestuen har etablert en praksis med å tilordne senger til elektive gynekologiske pasienter som egentlig var forutsatt å være kirurgiske dagpasienter, alternativt skulle motta behandling ved et annet sykehus.

Figuren under viser antall innlagte pasienter kveld og natt for fødestuen.



Den store spredningen på tirsdag skyldes en mulig feilregistrering 22.05.07. Denne dagen ble det registrert 23 inneliggende pasienter.

Kvinner fra Mosjøen som føder ved andre sykehus, reiser tilbake til Mosjøen for sitt barselopphold.



Med bakgrunn i det totale antall fødsler i Helgelandssykehusets tilfangsområde, er det nærliggende å reise spørsmålet om fødselsomsorgen er optimalt organisert i dagens modell. Dette er kommentert i avsnittet om supplerende tiltak for Mosjøen.

7.5 Anbefalinger om supplerende tiltak

Under har vi stikkordsmessig beskrevet mulige supplerende tiltak.

7.5.1 Mulige supplerende tiltak

- Sammenslåing av FAM og intensivheten som muliggjør en reduksjon i bemanningsplan.
- Permanent reduksjon av sengeantallet ved medisinsk sengepost fra 21 til 17, reduksjon av bemanning.
- Vurdere et utvidet dagkirurgisk tilbud, med mulighet for at pasienter kan bli ligende >24 timer. En forutsetning for tiltaket er at det må gjennomføres uten økte kostnader.
 - Overta noe mer urologi fra Ssj, forutsatt ledig kapasitet
- Effektivisering av rutiner (beskrives utfyllende i kapittel 9 og 10):
 - Endret døgnrytmeplan med frigjort kapasitet og tidligere utskrivning
 - Vurdere fjern-billeddiagnostikk som vil kunne vil gi redusert ventetid for undersøkelse og gransking.
 - Talegjenkjenning og reduksjon av skrivetjeneste
- Bedre ressursutnyttelse innen HS
 - Vurdere mulighet for nedleggelse av blodbank
 - Vurdere en videre nedbemanning av fødestuen.

7.5.2 Vurdering av effekt av supplerende tiltak

Hovedutfordringene for Msj er todelte:

- Øke produktiviteten gjennom bedre utnyttelse av foretakets ressurser
- Tilpasse kostnadsnivå i forhold til aktivitet

Foretaket har ikke redusert kostnadene som følge av omstillingen i 2006, og har behov for å tilpasse kostnader i forhold til aktivitet.

7.5.2.1 Endring av beredskap

Sykehuset binder fortsatt opp ressurser i vaktberedskap innen både medisin og kirurgi. Skal Msj lykkes å utvikle seg til en effektiv kirurgisk enhet for elektive pasienter, vil det være nødvendig å bruke ressursene mest mulig effektivt utenfor vaktssystem.

7.5.2.2 Endret avdelings- og seksjonsstruktur

En endret avdelings- og seksjonsstruktur forusettes å gi en bedre ressursutnyttelse på tvers av tidligere organisatoriske grenser. Opprettelse av et felles FAM og intensiv forutsettes å representere en viss avlastning for postene, og det bør da være naturlig at gjeldende bemanningsplaner undergis en ny vurdering.

7.5.2.3 Reduksjon av antall senger

Forslaget om reduksjon av antall senger i medisinsk sengepost omfatter en reduksjon med totalt 4 senger.

7.5.2.4 Reduksjon av bemanning

Besparelse knyttet til reduksjon i sengetall er naturlig knyttet opp mot redusert behov for bemanning. For medisinsk sengepost er årlig pleiekostnad pr seng beregnet til ca 514 000 kroner i 2007. En reduksjon på totalt 4 senger kan da innebære en innsparing i størrelsesorden 2 mill kroner som årseffekt.

7.5.2.5 Organisering av fødselsomsorgen

Fødestuen i Mosjøen (og tilsvarende i Brønnøysund) har et lite antall fødsler i året, og binder betydelige ressurser. Det vil være naturlig å se fødselsomsorgen på Helgeland under ett, i tråd med de nye nasjonale retningslinjene som er under utarbeidelse.

7.6 Oppsummering

Sykehuset har vært gjennom en større omlegging de siste årene, med reduksjon i aktivitet innenfor føde og kirurgi. Enheten har ikke redusert bemanningen tilsvarende aktivitetsendringen. Per utgangen av mai ligger Msj marginalt etter budsjett. Omlegginger har ikke resultert i ønsket aktivitetsøkning innen dagkirurgi og poliklinikk.

ProsessPartners vurdering er at ledelsen ved sykehuset har rimelig god kontroll og styring. Selv om tiltakene som er iverksatt så langt ikke har gitt resultater som forventet, er det vår vurdering at sykehuset vil nå budsjettkravene for 2008.

8 Sandnessjøen

8.1 Innledning

Ssj har et noe annet forbruksmønster, med både høyere sengekapasitet og delvis høyere belegg enn de andre sykehusene i HS. Sykehuset hadde det største underskuddet i 2007 (13,3 millioner kroner) og dermed også de største utfordringene med å tilpasse aktiviteten til en gitt inntektsramme.

Ssj opplevde økt aktivitet etter omlegging i Msj. I startfasen fikk Ssj nærmere to pasienter ekstra per dag. Dette er nå redusert til i gj.snitt en pasient per dag i uken, med gj.snittlig liggetid 4,7 dager.

Ssj fremstår som den enheten med størst utfordring i forhold til å nå resultatkravet. Enheten driver med for høye kostnader i forhold til plantall og budsjett.

Ledelsen ved Ssj oppleves som genuint opptatt av å utvikle sykehuset videre, både hva angår tjenestetilbud og ressursutnyting.

8.2 Økonomisk situasjon

Pr utgangen av mai ligger Ssj 4,7 millioner kroner etter budsjett. Ledelsen ved sykehuset har en betydelig utfordring knyttet til økonomi-, aktivitets- og tiltakskontroll. Avskrivningskostnader på ca 12 millioner kroner er ikke saldert i budsjettet, og fra sykehusledelsens side forutsatt dekket inn avdelingsvis som ekstra innsparingstiltak. Dette er imidlertid ikke hensyntatt i den avdelingsvise økonomirapportering, som således ikke gir et riktig bilde av den økonomiske situasjonen ved sykehuset totalt. Tiltakene som er iverksatt så langt vil neppe gi resultater som forventet, og det er derfor vår vurdering at sykehuset mest sannsynlig ikke vil nå budsjettkravene i 2008.

Ledelsen forventer også et høyt aktivitetsnivå gjennom sommeren, som vil øke kostnadene ytterligere i forhold til budsjett.

8.3 Vurdering av foreslåtte tiltak

8.3.1 Innledning

Det er gjort et omfattende arbeid internt i foretaket med å identifisere ulike innsparingstiltak og forbedringsområder ved sykehuset i Sandnessjøen. Det har vært noen utfordringer knyttet til å få informasjon om status for de enkelte tiltakene.

8.3.2 Vår vurdering av enkelttiltak og forbedringsområder

Det er ett tiltak som er gjenstand for spesifikk omtale i rapporten, vikarpoolen. Dette synes å være et fornuftig tiltak som det anbefales at sykehuset arbeider videre med. Sykehuset har generelt mye overtid og

innleie, og faste vikarer kan bidra til reduksjon av slike kostnader. Det bør også vurderes hvorvidt det skal være faste eller prosjektstillinger, det siste for å bedre rekrutteringen.

8.3.3 Oppfølging av tiltak og risikovurdering av tiltak

Det er generelt et høyt fokus på tiltakene ved sykehuset, men samtidig oppleves det å være noe uklarhet knyttet til oppfølging av disse. For en rekke av tiltakene er det vanskelig å måle direkte effekt, blant annet fordi de involverer flere avdelinger.

8.3.4 Vurdering av de presenterte tiltak – oppsummert

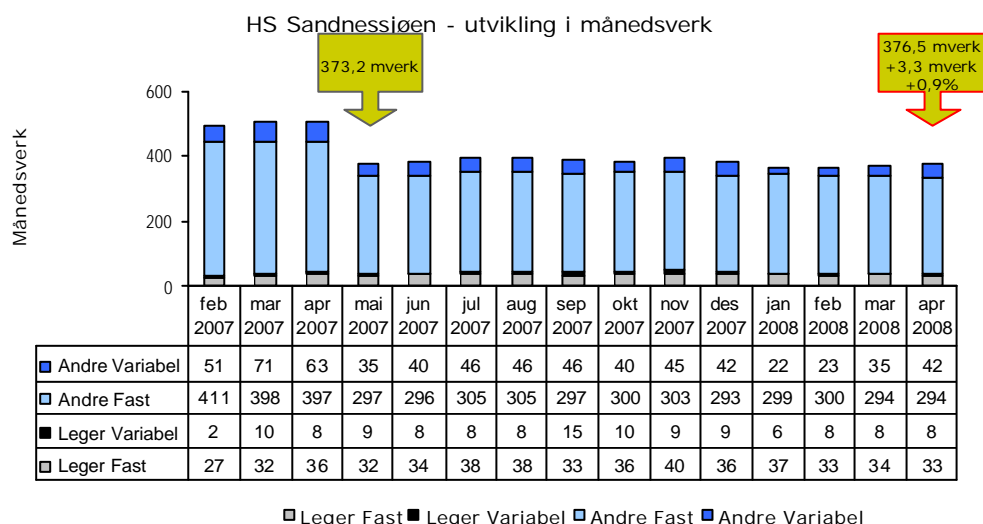
Sykehuset har selv vurdert årseffekten av sine tiltak til kr. 3 010 000. ProcessPartners estimat er en kostnadsøkning på kr. 600 000. Selv om sykehuset eventuelt etablerer strakstiltak, vurderer vi det som lite sannsynlig at effekten vil være høy nok til å nå målet om balanse for 2008.

8.4 Beskrivelse av dagens situasjon

I dette kapitlet beskrives utvikling i personellsituasjonen (kvantitativt) i 2007, sykefravær, behandling og aktivitet, rekruttering og kompetanse, kapasitet og utnyttelsesgrad, beredskap, pasientbelegg, ressursforbruk, liggetidsprofiler samt til slutt en nærmere omtale av enkelte avdelinger.

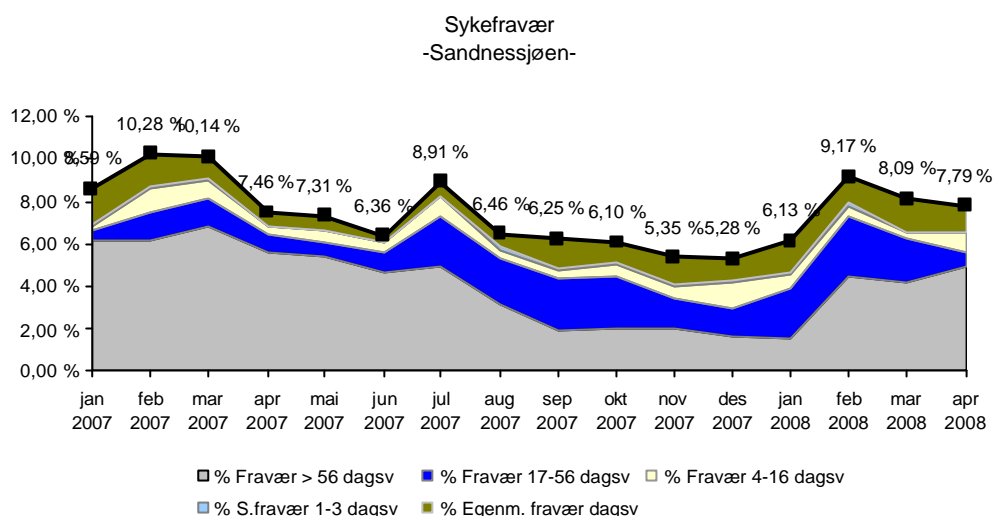
8.4.1 Personalsituasjonen for sykehuset

Utvikling i antall månedsverk ved HS Sandnessjøen i perioden februar 2007 til april 2008.



Som vi ser av illustrasjonen er det en marginal økning av antall månedsverk i den perioden sykehuset har hatt økt aktivitet som følge av omstillingen i Mosjøen.

8.4.2 Sykefravær



8.4.3 Behandling og aktivitet

Sandnessjøen har fått økt aktivitet som følge av omlegging i Mosjøen. Enheten har Helgelandsfunksjon for ØNH, og i tillegg har man ansvar for spesialistpoliklinikken i Brønnøysund. Sandnessjøen er eneste enhet i Helgelandssykehuset med ambulerende virksomhet.

Sykehuset viser et betydelig omfang av utredningsmessige prosedyrer og billeddiagnostikk på inneliggende pasienter, som med andre infrastrukturelle betingelser kunne vært utført poliklinisk. Av samme grunn er det også innenfor billeddiagnostikk en betydelig andel pasienter som får utført flere undersøkelser ved ett fremmøte, samt forsøkt samordnet med poliklinikk der dette er aktuelt. Disse forhold har også en økonomisk side knyttet til tapt refusjon og egenandel.

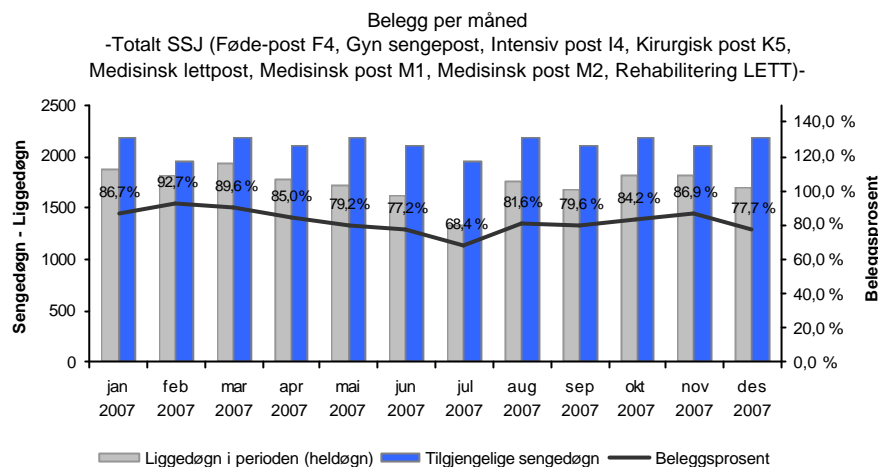
8.4.4 Rekruttering og kompetanse

Sandnessjøen har erfart god tilgang på søkere til legestillinger, dog kan det være noen utfordringer i forhold til å få norske leger til sykehuset. Det er spesielt på sykepleiersiden sykehuset opplever noen utfordringer i forhold til rekruttering og kompetanse, og man vil i nær fremtid ha behov for rekruttering av en del spesialsykepleiere, spesielt operasjonssykepleiere.

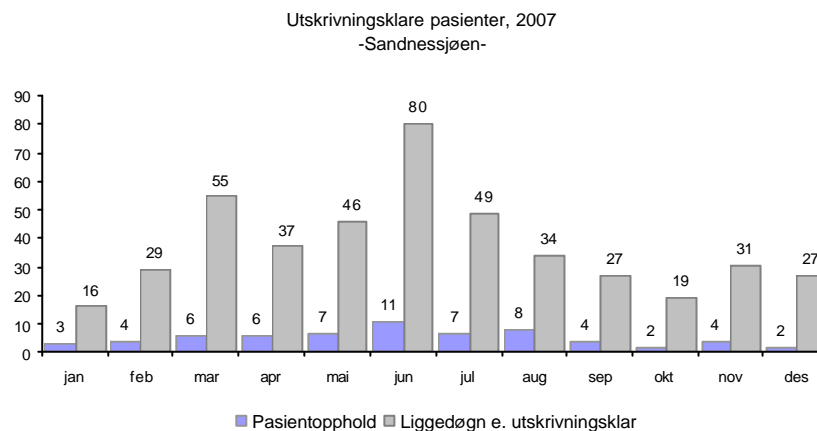
8.4.5 Kapasitet og utnyttelsesgrad

Sandnessjøen har totalt 92 somatiske senger. Disse inkluderer 12 senger på ved Helgeland rehab Sømna, samt to senger ved fødestuen i Brønnøysund. Aktuelle sengetall fremkommer i de avdelingsvise presentasjonene.

Figuren under viser antall liggedøgn og beleggprosent ved sykehuset i Sandnessjøen per i 2007.



Figuren under viser antall pasientopphold og liggedøgn etter at pasienten ble vurdert som utskrivningsklar, ved sykehuset i Sandnessjøen i 2007.



8.4.6 Akuttmottak

I Sandnessjøen er det ingen separat mottaksenhet. Pasientene tas direkte opp på den enkelte avdeling, eventuelt på intensiv dersom behov. Det er iverksatt et internt prosjekt for å vurdere muligheten av å etablere akuttmottak i tilknytning til intensiv. På indremedisin er det en oppfatning at en del faktiske innleggelser ikke er nødvendig ut i fra en rent medisinsk faglig vurdering. Det arbeides nå med å registrere innleggelser og behov for slike innleggelser.

8.4.7 Intensiv/AMK

Nøkkeltall

Antall årsverk totalt: 29,7

Antall årsverk intensiv: 20,2

Antall årsverk AMK: 4,5

Antall årsverk: 0,5

Antall årsverk ressurskoordinator: 4,5

Antall personer AMK/intensiv: 31

Antall personer ressurskoordinator: 6

Antall senger: 12, 4 medisinske og 8 kirurgiske senger

Pleiefaktor: 1,44

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 1,54

8.4.7.1 Ressursforbruk

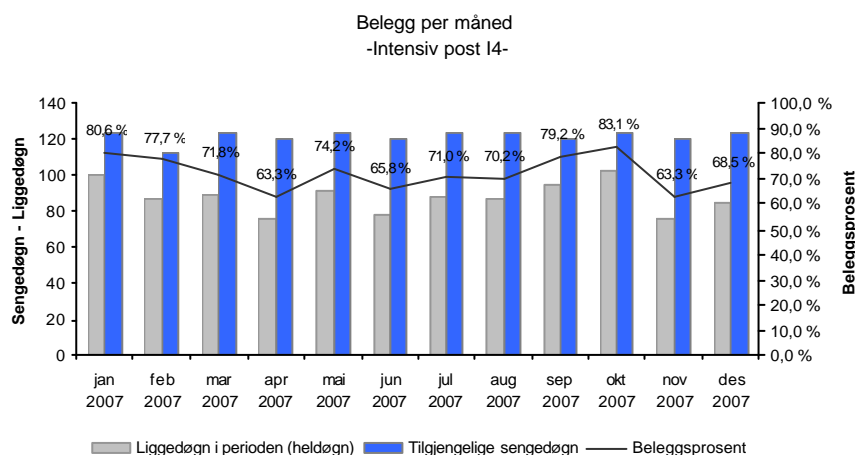
For intensivheten er pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk som vist i tabellen under.

Enhet		Antall senger		Bemanning											Pleiefaktor	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk
Funksjon	Timer	Type vakt	Antall personer per dag					Totalt Uke Timer	Antall personer		Totalt Helg Timer	Aktive timer per person	Antall ordinære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35.5)		Totalt	Per. seng	
			D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors		Fre	Lør								
EL	37,5	D	5	5	5	5	5	200	3	3	48	8	615,5	17,34	1,44	11 809 201	984 100	681 116
AEL	7,1	D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,5						
FAG	0	D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8						
SEKR	0	A	3	3	3	3	3	127,5	3	3	51	8						
Kj.ass	0	N	3	3	3	3	3	135	3	3	54	9						
TOTAL	44,6						462,5			153								
Beregninger med administrative stillinger inkludert:												660,1	18,53	1,54			637 392	

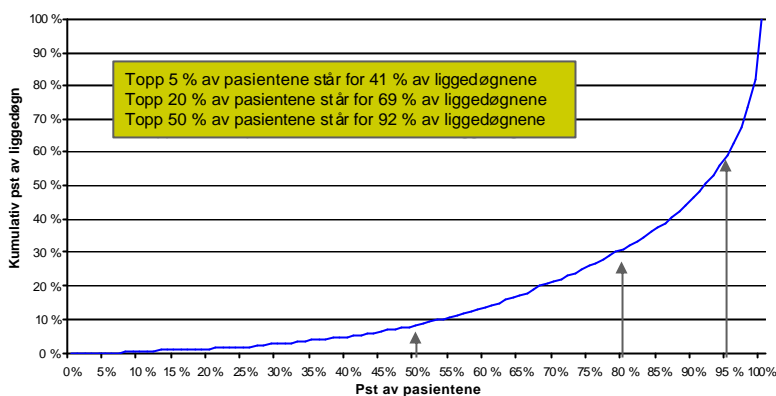
Antall årsverk beregnet utfra bemanningsplan (18,53) er lavere enn oppgitt antall årsverk (20,2). Vi har ikke mottatt tilbakemelding fra enheten som kan avklare dette.

8.4.7.2 Belegg

Figuren under viser antall liggedøgn og beleggprosent ved intensivheten måned for måned i 2007.



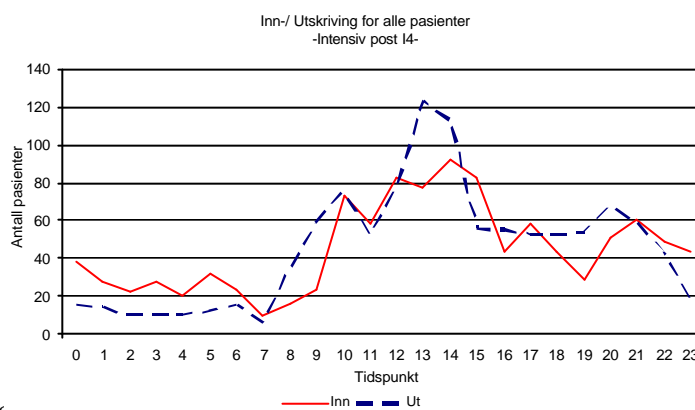
8.4.7.3 Liggetidsprofil



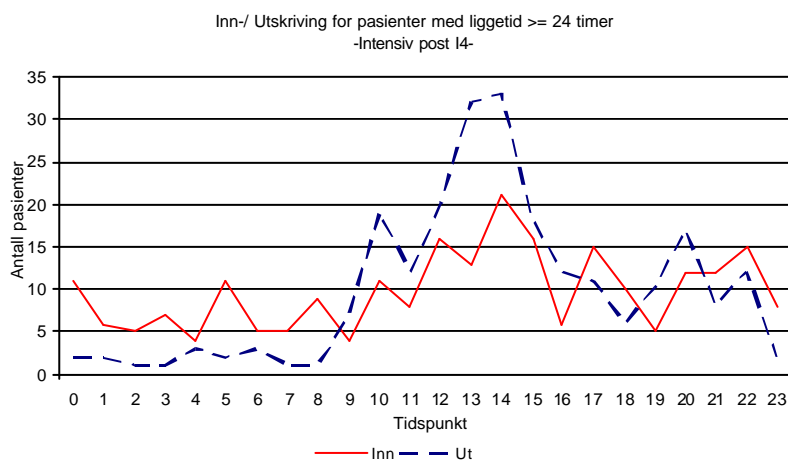
95-percentil: 3,17 døgn, median liggetid 0,40 døgn, gj.snitt 0,94 døgn.

8.4.7.4 Inn- og utskrivning av pasienter i intensiv-enheten

Figuren under viser tidspunkt for inn- og utskrivning for alle pasienter på kirugisk avdeling, basert på uttrekk fra DIPS



Figuren på for skryves ut fra intensiv-enheten sent på dagen. Dette samsvarer med opplysninger om at operasjoner ofte kommer sent i gang, noe som igjen gir oppvåkning sent på dagen, hvilket igjen genererer overtid.



8.4.7.5 AMK

AMK har 2 personer på vakt 24/7, og har også en AMK-lege tilknyttet som kan kontaktes ved behov. Det eksisterer begrenset samarbeid mellom AMK og transportkontoret, og det synes å være potensiale for bedre styring og utnytting av transportkapasitetene, kfr pkt. 5.3.3.

8.4.8 Medisinsk sengepost

Nøkkeltall

Antall årsverk: 26,4

Antall personer: 38

Antall senger: 28 hvorav 2 er barnesenger

Beleggsprosent: 86,5 samlet sett for M1 og M2

Pleiefaktor: 0,91

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 0,96

8.4.8.1 Ressursforbruk

For medisinsk sengepost er pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk, som vist i tabellen på neste side.

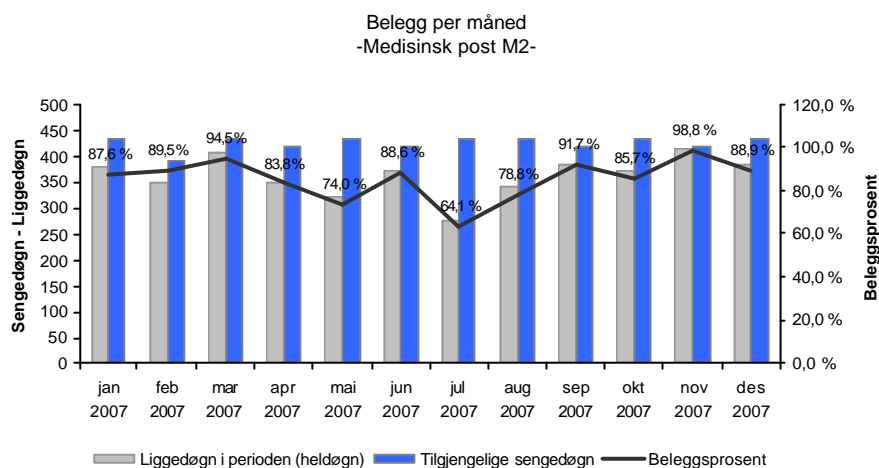
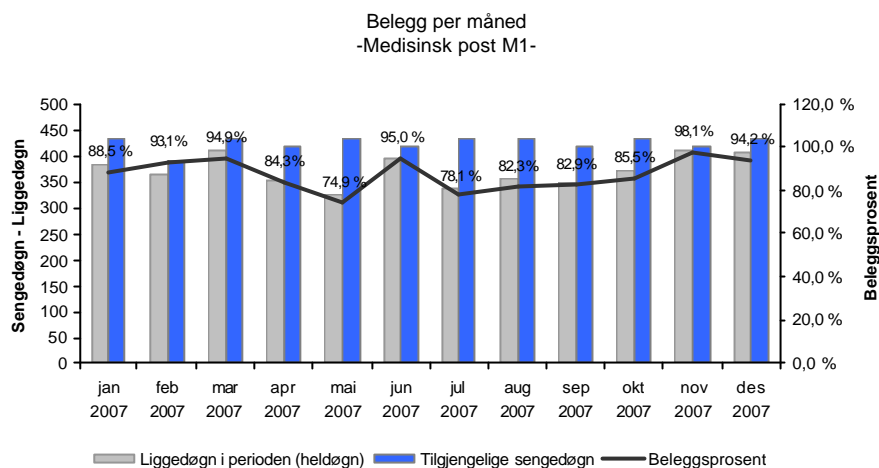
Postoppholdene i medisinsk sengepost er i DIPS-uttrekket registrert som M1 og M2.

Enhet		Antall senger		Bemanning												Pleiefaktor	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk		
		Administrative stillinger		Bemanningsplan										Antall ordinære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35.5)		Totalt	Per. seng			
		Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Totalt Uke	Lør	Søn	Totalt Helg							Aktive timer per person	
Med.avn	28	EL	37,5	D	8	8	8	8	8	320	6	6	96	8	902,5	25,42	0,91	13 888 470	496 017	546 305	
		AEL	3,55	D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,5							
		FAG	0	D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8							
		SEKR	18,75	A	5	5	5	5	5	212,5	5	5	85	8							
		Klass	0	N	3	3	3	3	3	135	3	3	54	9							
		TOTAL	59,8								667,5			235							
Beregninger med administrative stillinger inkludert:																962,3	27,02	0,96			514 060

Antall årsverk beregnet utfra bemanningsplan (27,02) er høyere enn oppgitt antall årsverk (26,4). Vi har ikke mottatt tilbakemelding fra enheten som kan avklare dette.

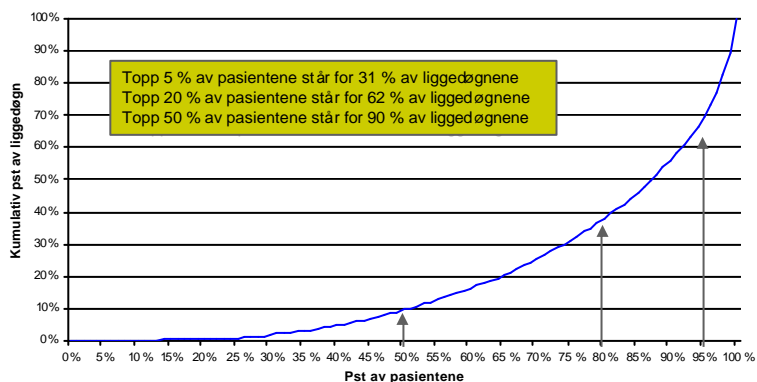
8.4.8.2 Belegg

Medisinsk sengepost har et gjennomsnittlig belegg i 2007 på 86,5 %. I DIPS-uttrekket fremkommer medisinsk sengepost som M1 og M2, og begge er illustrert i figurene under:



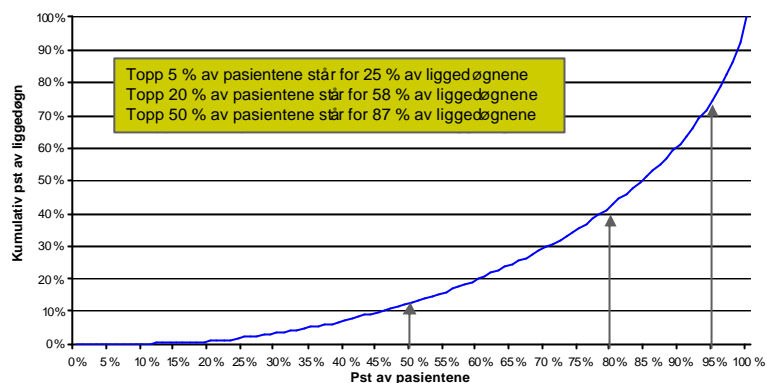
8.4.8.3 Liggetidsprofil

M1:



95-percentil: 10,89 døgn, median liggetid 1,94 døgn, gj.snitt 3,28 døgn.

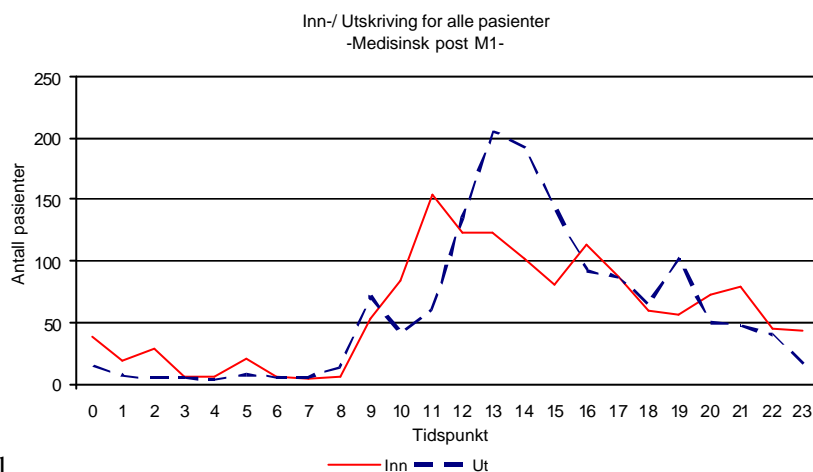
M2:



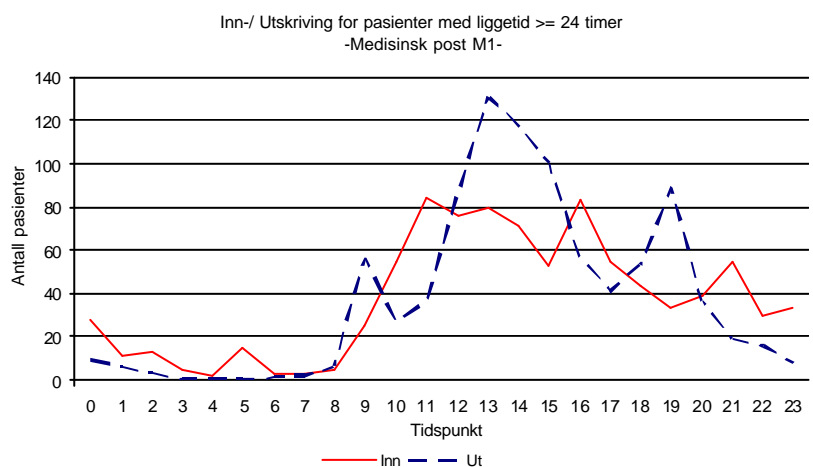
95-percentil: 11,78 døgn, median liggetid 2,13 døgn, gj.snitt 3,5 døgn.

8.4.8.4 Inn- og utskrivning av pasienter

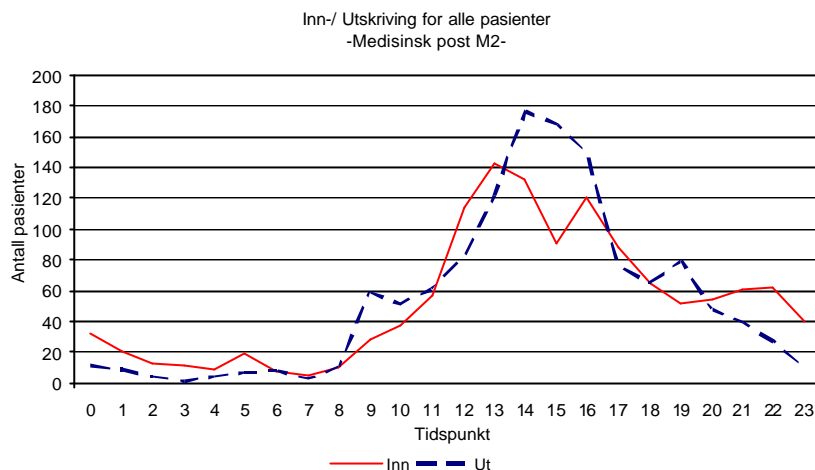
Inn- og utskrivning for i medisinsk post (M1), basert på uttrekk fra DIPS:



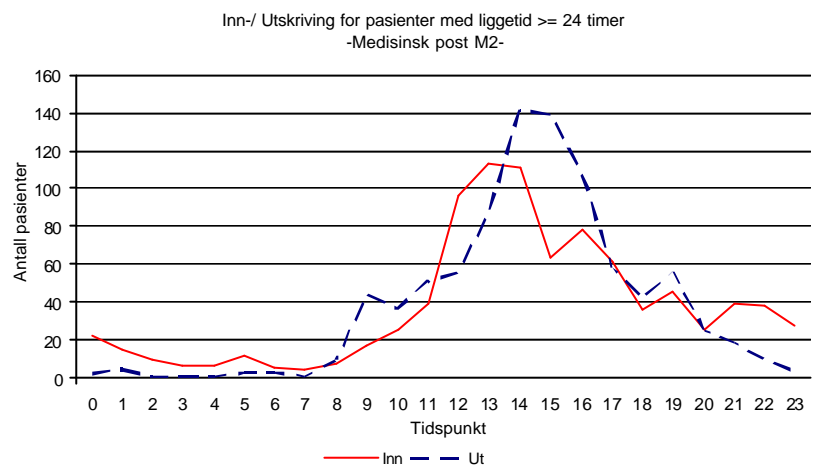
Til



Inn- og utskrivning for i medisinsk post (M2), basert på uttrekk fra DIPS:



Tilsvarende for pasienter med liggetid mer eller lik 24 timer (M2):



8.4.9 Kirurgisk sengepost

Nøkkeltall

Antall årsverk: 20

Antall senger: 20

Beleggsprosent: 113,2%

Pleiefaktor: 0,93

Pleiefaktor inkl. administrative stillinger: 1,00

8.4.9.1 Ressursforbruk

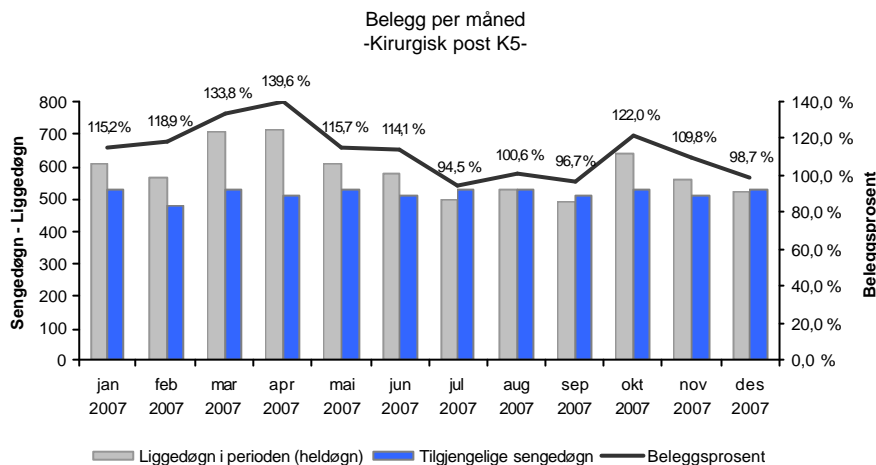
Bemanningen ved kirurgisk sengepost ivaretar i utgangspunktet 17 kirurgiske pasienter - men har også ansvar for 3 rehabiliteringssenger som i stor grad er belagt med kirurgiske pasienter – hvorfor antall senger er satt til 20 i den nedenstående tabell. Det samme personalet, med tillegg av 1,9 årsverk, ivaretar også Lettposten (pkt. 8.4.10).

Enhets totalbudsjett:	12 941 013
Total pleiekostnad (total lønnskostnad (fast og variabel lønn) inkl sos. kostnader, redusert for refusjon ved sykdom og svangerskap):	11 717 756
Innleie av fagpersonell av total pleiekostnad	248 018

Enhet	Antall senger	Bemanningsplan													Antall ordinære timer per uke	Antall ÅRSVERK (ordinære timer per uke / 35.5)	PLEIEFAKTOR	Pleiekostnad		Kostnad per årsverk	
		Administrative stillinger		Bemanningsplan							Totalt Uke	Lør	Søn	Totalt Helg				Aktive timer per person	Totalt		Per. seng
		Funksjon	Timer	D/A/N	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Antall personer per dag											
Kir.avd	20	EL	37,6	D	6	6	6	6	5,6	236,8	4	4	64	8	657,8	18,53	0,93	11 717 756	585 888	632 381	
		AEL	7,1	D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7,5							
		FAG	0	D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8							
		SEKR	12	A	4	4	4	4	4	160	4	4	64	8							
		Kjass	0	N	2	2	2	2	2	95	2	2	38	9,5							
		TOTAL	56,6							491,8			166								
Beregninger med administrative stillinger inkludert:													714,4	20,04	1,00			584 750			

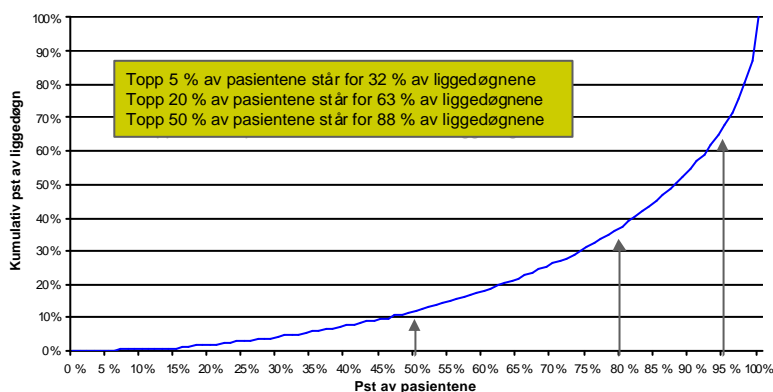
8.4.9.2 Belegg

Kirurgisk sengepost har et generelt høyt belegg. Gjennomsnittlig belegg for året 2007 er 113,2%. Beleggsprosenten måned for måned gjennom året 2007 er illustrert i figuren under.



Sykehuset opplyser at ferieavviklingen krever betydelig innleie og vikarbruk.

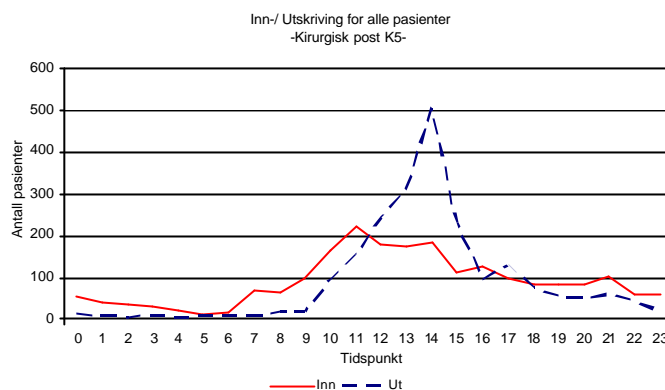
8.4.9.3 Liggetidsprofil



95-percentil: 11,12 døgn, median liggetid 1,88 døgn, gj.snitt 3,44 døgn.

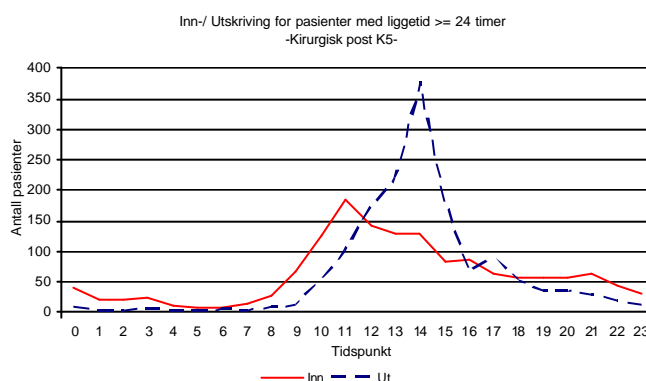
8.4.9.4 Inn- og utskrivning av pasienter

Inn- og utskrivning i kirurgisk post, basert på uttrekk fra DIPS:



Figuren viser at tidspunktet for utskrivning hovedsakelig er i tidsrommet 12:00 til 15:00. Ved noe endring av rutine internt i avdelingen vil det være potensiale for blant annet tidligere utskrivning, og derved reduksjon av beleggspersent og mulighet for bedre planlegging og koordinering av hjem-transport.

Tilsvarende for pasienter med liggetid mer eller lik 24 timer:

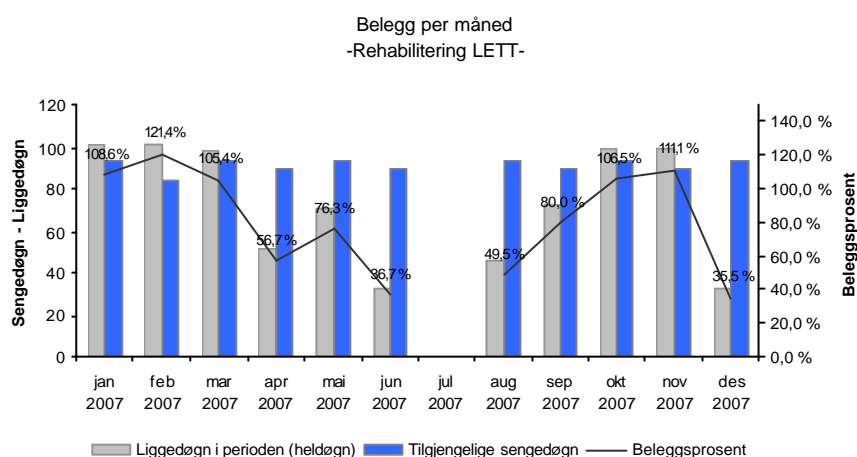
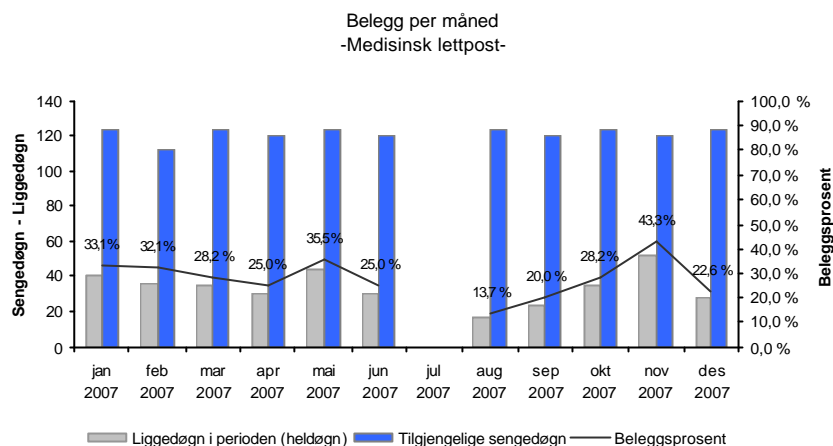


8.4.10 Lettpost medisin og rehab

Lettposten består av 3 medisinske senger og 3 rehabiliteringssenger, med tillegg av 14 senger for dagkirurgiske pasienter.

Lettposten betjenes av personalet ved kirurgisk post, med tillegg av 1,9 årsverk (1 sykepleier og 0,9 hjelpepleier-årsverk). I tillegg er kreftsykepleier organisatorisk tilknyttet posten.

8.4.10.1 Belegg



Figurene viser at postene er stengt i juli. Dette kan ha betydning for andre sengeposter i ferieavviklingen.

8.4.10.2 Aktivitet og tilgjengelige sengeressurser

Kirurgisk post og lettposten omfatter totalt 40 senger. Normalbemanningen består av bemanningen ved kirurgisk post med tillegg av 1,9 årsverk.

Utfordringen kan være at høy aktivitet i kirurgisk avdeling medfører bruk av tilgjengelige sengeressurser utover de 20 som finnes i kirurgisk post, med ditto behov for innleie av pleiepersonell og tilsvarende kostnadsøkning. Det kan være det er dette som reflekteres i en høy kostnad per pleieårsverk i i kirurgisk post 2007 (pkt. 10.4).

8.5 Anbefalinger om supplerende tiltak

Sykehuset i Sandnessjøen har behov for iverksetting av strakstiltak for å bedre den økonomiske situasjonen man befinner seg i.

En hovedutfordring synes å være å tilpasse aktivitetsnivået innenfor gjeldende budsjettramme.

8.5.1 Mulige supplerende tiltak

Tiltak utover det som er beskrevet foran, kan punktvis oppsummeres slik:

- Vurdere å redusere elektiv aktivitet for å optimalisere drift i forhold til kostnader og mål om balanse for 2008. Dette vil gi redusert beleggsprosent og ditto redusert behov for overtid og innleie av både leger og pleiepersonell.
 - Redusere antall tilgjengelige senger i lettposten
- Tilstrebe økt andel dagkirurgisk behandling innenfor det elektive tilbudet
- Bedre ressursutnyttelse innen HS
 - Vurdere overføring av kirurgiske pasienter til nabosykehusene, forutsatt kapasitet
- Effektivisering av rutiner (beskrives utfyllende i kapittel 9 og 10):
 - Endret døgnrytmeplan med frigjort kapasitet og tidligere utskrivning
 - Talegjenkjenning og reduksjon av skrivejeneste
- Vurdere blodbankfunksjon i forhold til totalbehov på Helgeland.

8.5.2 Vurdering av effekt av supplerende tiltak

Hovedutfordringen for Sandnessjøen er først og fremst å tilpasse aktivitetsnivået innenfor gjeldende budsjettramme.

Hovedposten i regnskapet er lønnskostnader. I 2007 utgjorde overtid og variabel lønn 30% av de totale lønnskostnadene og utgjorde mer enn 61 millioner kroner. Ti prosent reduksjon i overtid og variabel lønn vil redusere kostnader med nødvendige 6 millioner kroner. Dette bør være et naturlig og overkommelig mål for sykehusledelsen.

8.6 Oppsummering

Sykehuset i Sandnessjøen fremstår som den enheten med størst utfordring i forhold til å nå resultatkravet. Enheten driver med for høye kostnader i forhold til plantall og budsjett.

Pr utgangen av mai ligger Ssj 4,7 millioner kroner etter budsjett. Ledelsen ved sykehuset har en betydelig utfordring knyttet til økonomi-, aktivitets- og tiltakskontroll. Avskrivningskostnader på ca 12 millioner kroner er ikke saldert i budsjettet, og fra sykehusledelsens side forutsatt dekket inn avdelingsvis som ekstra innsparingstiltak. Dette er imidlertid ikke hensyntatt i den avdelingsvise økonomirapportering, som således ikke gir et riktig bilde av den økonomiske situasjonen ved sykehuset totalt.

Tiltakene som er iverksatt så langt vil neppe gi resultater som forventet, og det er derfor vår vurdering at sykehuset mest sannsynlig ikke vil nå budsjettkravene i 2008.

Ssj har et noe annet forbruksmønster, med både høyere sengekapasitet og delvis høyere belegg enn de andre sykehusene i HS. Ledelsen forventer også et høyt aktivitetsnivå gjennom sommeren, noe som vil øke kostnadene ytterligere i forhold til budsjett.

9 Laboratorie- og billeddiagnostikk

9.1 Laboratorieservice

Laboratorievirksomheten kan vise til en betydelig vekst i antall analyser de senere år, og betjener en stor gruppe eksterne rekvisiter i tillegg til intern poliklinikk og inneliggende pasienter.

Analysereporttoaret hensyntar både volum/behov og kostnadssiden. Det eksisterer et godt samarbeid med større laboratorier innenfor- og utenfor regionen, og det er vårt inntrykk at det i enhetene er en betydelig kostnadsbevissthet knyttet til den videre analysegangen.

Bemanningen synes fornuftig dimensjonert, hensyntatt at laboratorie- servicen skal omfatte de fleste av døgnetts timer i aktiv vakt, og det forhold at man til en viss grad må ha kompetanse og kapasitet til å utføre vedlikehold av analyseutstyr og dokumentasjons- /kommunikasjonsløsninger.

Dersom man velger å gjennomføre endringer i interne rutiner i retning av å gjennomføre *nyvisitt* og *utskrivingsvisitt* tidligere på dagen, vil dette medføre krav om at resultatene av laboratoriediagnostikken foreligger noe tidligere om morgenen enn det som er tilfellet i dag. Dette vil forutsette endringer i laboratorienes rutiner for prøverunder, med konsekvenser for arbeidstid og bemanningsplan.

9.2 Billeddiagnostikk

Reiseavstand og –tid i Helgelandssykehusets tilfangsområde er slik at en del billeddiagnostiske undersøkelser som man isolert sett kunne utført poliklinisk, blir utført mens pasienten er inneliggende. Dette vil kunne gjøre seg gjeldende i noe ulik grad ved de tre sykehusene, noe som igjen har betydning for inntektsbildet. For øvrig forsøker man i størst mulig utstrekning å samordne billeddiagnostikk med annen poliklinisk- eller dagbehandling, både av hensyn til pasienten og transportkostnadene.

Sandnessjøen har ikke MR-tilbud, men er den eneste enheten med mamma-diagnostikk. For øvrig disponerer enhetene alle modaliteter.

Antall billeddiagnostiske undersøkelser utført i perioden 01.01–31.12.07:

UNDERSØKELSER																		
	Konv. radiologi			Ultralyd			MR			CT			Mamma-diagnostikk			Totalt		
	2007	2006	Endring	2007	2006	Endring	2007	2006	Endring	2007	2006	Endring	2007	2006	Endring	2007	2006	Endring
MIR	16167	16189	-22	2777	2767	10	5114	5067	47	5020	5695	-675			0	29078	29718	-640
SSJ	11386	10961	425	5153	5310	-157			0	6989	5929	1060	938	826	112	24466	23026	1440
MSJ	8170	9380	-1210	1370	1273	97	2481	1846	635	2794	2407	387			0	14815	14906	-91
Totalt	35723	36530	-807	9300	9350	-50	7595	6913	682	14803	14031	772	938	826	112	68359	67650	709

Det er et observandum at Sandnessjøen utfører 24% flere ultralydsundersøkelser enn enhetene i Mo i Rana og Mosjøen til sammen.

Bemanning billeddiagnostikk ved de ulike sykehusene:

	MIR	SSJ	MSJ
Radiologer	4	2	2
Radiografer	14	6,5	7
Skrive		1,85	2,5

Ventetider billeddiagnostikk pr. 03.06.08:

	VENTETID ANTALL UKER		
	MIR	SSJ	MSJ
	oppdat. 03.06.08	oppdat. 03.06.08	oppdat. 02.05.08
Røntgen:	Utredning	Utredning	Utredning
Thorax (lunge)	2	2	1
Skjelett	8	2	14
Mage-/tarmundersøkelse	3	4	3
Urinveier	3	4	2
CT	4	4	7
MR	15		6
Ultralyd	6	10	7
Mammografi		12	

Variasjon i ventetid indikerer at det kan være grunnlag for å vurdere og tilby pasientene undersøkelsen utført ved "nabosykehuset".

Det er beskrevet utfordringer knyttet til rekruttering av radiologer, og et betydelig "underskudd" på granskningskapasitet.

Et mulig tiltak kan da være å vurdere samarbeid med kommersielle miljøer for billeddiagnostikk, som kan avhjelpe situasjonen i form av "fjern-granskning".

Dersom man velger å gjennomføre endringer i interne rutiner i retning av å gjennomføre *nyvisitt* og *utskrivingsvisitt* tidligere på dagen, med et kort "røntgenmøte" på morgenen og en mer omfattende billeddiagnostisk demonstrasjon mot slutten av dagen, vil dette kunne frigjøre verdifull produksjonstid for radiologene tidlig på dagen. Samtidig vil de kunne møte et økt krav om "avklarende" undersøkelser, for eksempel av potensielt utreiseklare pasienter. Tilbakemelingen fra forespurte radiologer i forhold til et slikt tiltak, er klart positiv.

10 Generelle supplerende tiltak

10.1 Endring av interne rutiner

10.1.1 Døgnrytmeplan

Stikkordsmessig kan fokusområdene og mulige konsekvenser av endrede rutiner beskrives slik:

- Morgenmøter
- Billeddiagnostisk demonstrasjon – kan flyttes til ettermiddag for medisinene
- Pre-visit
- Ny-visit
- Utskrivningsvisit

Endrer døgnrytme – mulige konsekvenser:

- Gunstig for den billeddiagnostiske produksjon
- Gunstig for poliklinisk produksjon – økt kapasitet for tidlig avklaring
- Legger beslag på mindre sykepleier-ressurser på post
- Tidlig klargjøring av sengearealer
- Gunstig i forhold til koordinering av hjemtransport
- Sannsynlig bedre opplevelse av kvalitet og service for pasienten

Endret døgnrytme – forutsetninger:

- Villighet og etterlevelse i legegruppen
- Nødvendig samarbeid og service fra laboratorium og billeddiagnostikk
- Transitt-arealer i sykehuset

10.1.1.1 Møter og visitter

De fleste kliniske avdelinger starter med morgenmøte der de sist innlagte pasienter refereres og diskuteres. Dette er en viktig arena for fag og ressurskoordinering, men bør kanskje søkes ytterligere avgrenset i tid. Den vanligvis etterfølgende billeddiagnostiske demonstrasjon, ”røntgenmøtet” vil i mange tilfeller kunne gjøres kort og behovsprøvd om morgenen, og så gjennomføres i ”full bredde” ved slutten av arbeidsdagen, slik at også utdanningsaspektet ivaretas. En slik rutine vil kunne gi radiologene mer tid til undersøkelser og granskning i de viktige morgentimene, med blant annet økt kapasitet til billeddiagnostisk avklaring av potensielt utreiseklare pasienter.

Raskt gjennomført morgenmøte og billeddiagnostisk demonstrasjon på ettermiddag, muliggjør tidlig previsit og tidlig gjennomført *nyvisit*. Det foreligger da et innkomstnotat og en viss observasjonstid, og det fortsettes at resultater av laboratorieundersøkelser og eventuelt billeddiagnostikk foreligger til nyvisitten, der hensikten er å beslutte videre utredning og behandling. Dette setter krav til laboratoriets rutiner, slik at man eventuelt må endre arbeidsplan med tidligere oppstart og prøvetaking om morgenen. Alternativt kan det etableres rutiner der andre enn bioingeniører foretar selve prøvetakingen.

Tilgjengelighet til laboratorie- og billeddiagnostisk service på kveld og natt må sees i forhold til frekvens og fordeling av pasientinnleggelsene.

Endret rutine for visittgang og utskrivning

Stramme rutiner for morgenmøter og visitt muliggjør også tidlig *utskrivingsvisitt*. En alternativ løsning er at utskrivingsvisitt foretas på ettermiddagen, der man vurderer og gjør de aktuelle pasienter klar for utskrivning neste morgen. Dette forutsetter en rask morgenvisitt den påfølgende dag for å endelig ”godkjenne” de pasienter som ved visitten dagen før ble vurdert som potensielt utskrivingsklare.

Den tradisjonelle visittgangen binder legeressurser og sykepleierressurser (én per gruppe) i en høy-produktiv tid på dagen. En endret rutine som søkt beskrevet her, vil kunne frigjøre sykepleier- og legeressurser på formiddagen, med mulighet for økt ressursbruk i poliklinikk og dagbehandling. I tillegg vil utskrivning av pasienter tidlig på dagen frigjøre senger og redusere det beleggsmessige ”pukkel-fenomenet” midt på dagen. En slik ordning forutsetter at det etableres et skjermet transitt-område i sykehuset, der reiseklare oppegående pasienter tilbys gode stoler der man kan innta et måltid, lese aviser og være under et visst tilsyn. Transportører og pårørende vil da også ha et fast sted å henvende seg for å møte den utreiseklare pasienten.

Utskriving tidligere på dagen gir også større handlingsrom for transportkontor og AMK for koordinering av hjemtransporten, og vil i større grad muliggjøre bruk av rutegående transport

En begrensende faktor, også ved endrede utskrivingsrutiner, vil være ferdigbehandlede pasienter som venter på et tilpasset pleie-/omsorgstilbud i kommunene. Standardiserte forløp og større forutsigbarhet vil innebære mulighet for tidlig varsling av hjemkommunen, og i noen grad kunne bidra til å redusere liggetiden for ferdigbehandlede.

10.1.1.2 Bedret samhandling internt

Basert på informasjon fra de tre sykehusene mener vi det er sannsynlighetsovervekt for at det også her er potensial for kvalitetsmessig bedre og mer effektive rutiner for samhandling generelt og knyttet til enkelte pasientforløp og prosedyrer spesielt. En konkret anbefaling forutsetter prosesskartlegging og –analyse som ligger utenfor rammen av dette forprosjektet.

Som et tiltak for å bedre effektivitet og kvalitet i pasientforløpene, uttrykker legegruppen gjennomgående et ønske om lettere tilgang til pasientjournaldata via EPJ på tvers av institusjonegrensene innen foretaket. Slik tilgang har vært gitt i perioder med sommerstengning, men oppgis for øvrig å være begrenset av konsesjonsvilkår.

10.1.1.2.1 Pasientforløp – kompetanse i mottak, diagnostikk og behandling

Et kjennetegn ved norske sykehus er at det ofte er de minst erfarne legene som arbeider i mottaksfunksjonen. Dette kan føre til unødvendige undersøkelsesprosedyrer og at diagnostikken forsinkes, med et ikke-optimalt pasientforløp og mer-forbruk av ressurser som resultat. Med bred faglig kompetanse i mottaksfunksjonen i sykehusene vil man lettere kunne iverksette velfunderte utrednings- og behandlingsprosedyrer og kanalisere pasienten til rett omsorgsnivå.

Ved mindre sykehus vil det på grunn av et begrenset antall seniorressurser, nødvendigvis være slik at de mer uerfarne legene arbeider i mottaksfunksjonen, og da blir betydningen av ny-visitten enda større.

10.1.1.2.2 Mobilitet mellom enheter

Endret organisering eller "ressurspool" kan gjøre det mulig å bruke ressursene bedre

Mange sykehus erfarer lite mobilitet i arbeidsstokken både innenfor og på tvers av organisatoriske enheter, og vi har brakt i erfaring at dette også til en viss grad gjelder ved sykehusene på Helgeland. Dersom dette gjelder pleiepersonalet, har en ikke mulighet til å bruke ressursene der behovet til enhver tid er størst. For eksempel kan pleiepersonalet ved en poliklinikk være vanskelig tilgjengelig for en sengepost innenfor samme fagområde som har dagsakutte utfordringer knyttet til personellmangel. Det samme kan selvsagt gjøre seg gjeldende mellom sengeposter.

Etablering av en ressurspool av erfarne sykepleiere vil kunne gi bedre fleksibilitet i forhold til dag-til-dag endringer i behov. Det forutsettes da at ressursene styres på overordnet nivå i sykehuset.

10.1.1.2.3 Planleggingshorisont

Lengre planleggingshorisont for legene

For å få effektiv diagnostikk og behandling er det viktig at alle involverte ressurser er tilgjengelige og i størst mulig utstrekning skjermet i forhold til den aktiviteten de skal delta i.

Konkret har det vist seg nyttig at legeressursene omfattes av mer langsiktig planlegging, for eksempel knyttet til poliklinisk aktivitet. Stor andel av vikarer i legegruppen kan naturlig nok vanskeliggjøre slik langtidsplanlegging, men dersom man har en fast vikar-stafett bør dette være fullt mulig. Dersom planleggingshorisonten er tre til seks måneder, vil man kunne spare betydelig administrativt arbeid knyttet til innkalling av pasienter (forutsatt nødvendig funksjonalitet i det pasientadministrative systemet) og erfare redusert mengde henvendelser fra pasientene når estimert ventetid begynner å nærme seg slutten.

Rasjonelle rutiner for timetildeling og innkalling

Det bør være et mål at en stor andel av pasientene skal kunne tilskives med tilbud om timeavtale allerede i første tilbakemelding fra sykehuset, og at timetildelingen hensyntar det kollektive reisetilbudet. Dette vil i så fall være arbeids-besparende for sekretær-ressursene, og kan bidra til økt pasientopplevd kvalitet.

Et tiltak for å øke fremmøte-prosentsen til poliklinikken (og andre elektive tilbud) kan være å etablere system for varsling/ påminning via SMS. Dette forutsetter imidlertid at mobil-nummer er oppgitt på henvisningen.

10.1.1.2.4 Tidligere oppstart av operasjon og fleksibel arbeidstid

Erfaringer fra andre sykehus indikerer at det kan være et forbedringspotensial knyttet til å fremskynde oppstart av de første operative inngrep, og videre sørge for at pasientene kommer til ulike tider utover morgenen for å unngå kø i innslusingen. Det kan likeledes ofte være hensiktsmessig å strekke virksomheten noe ut over vanlig dagarbeidstid, og dette nødvendiggjør en ordning med fleksibel arbeidstid hos det involverte personellet.

10.1.2 Mulige effekter av endret døgnrytmeplan - oppsummert

Som beskrevet i pkt 10.1.1 vil tidligere utskriving (innenfor samme dag), som følge av endrede rutiner knyttet til møter og visittgang, forventes å medføre en merkbar reduksjon i antall pasienter på post på formiddag, med ditto redusert forbruk av pleieressurser og en viss frigjøring av senger. Utover dette forventes endrede rutiner for visittgang å kunne frigjøre legeressurser til poliklinikk på formiddagen.

10.1.2.1 Fokus på liggetid

I tabellen nedenfor er det presentert oppholdstider ved et utvalg sengeposter.

<i>Data om postopphold påbegynt i 2007</i>						Pasienter som representerer 20% av totalt antall liggedøgn		Liggedøgn brukt av langliggere (øverste 20 %)	
Postnavn	Antall post-opphold	Sum ligge-døgn	Gj.snitt liggetid (døgn)	Median Liggetid (døgn)	95% persentil	Antall	l %	Antall døgn	Andel av totalen
MiR									
Intensiv	1 689	1 989	1,18	0,80	3,87	59	3,5 %	1 099	55 %
N2	2 110	10 816	5,13	2,97	18,05	67	3,2 %	6 420	59 %
Ø4	1 790	6 848	3,83	1,79	14,40	46	2,6 %	4 462	65 %
MSJ									
FAM	1 390	166	0,12	0,08	0,35	36	2,6 %	91	55 %
Med. Avd	1 384	5 379	3,89	2,15	13,85	56	4,0 %	3 112	58 %
Kir. Avd	245	187	0,76	0,77	1,96	15	6,1 %	86	46 %
SSJ									
Intensiv post I4	1 083	1 023	0,94	0,40	3,17	14	1,3 %	704	69 %
Kirurgisk post K5	2 170	7 466	3,44	1,88	11,12	46	2,1 %	4 693	63 %
Medisinsk post M1	1 411	4 634	3,28	1,94	10,89	34	2,4 %	2 886	62 %
Medisinsk post M2	1 266	4 432	3,50	2,13	11,78	46	3,6 %	2 550	58 %

Som illustrert i tabellen under, er det klart største sengeforbruket representert ved de pasientene som er innlagt >72 timer. En reduksjon i liggetid i denne gruppen, enten som følge av ytterligere forbedrede diagnostiske- og behandlingsmessige prosedyrer i pasientforløpet, og/eller endrede rutiner knyttet til møter og visittgang, må forventes å kunne gi en merkbar reduksjon i forbruk av senger – og da forutsetningsvis også pleieressurser. Effekten er imidlertid vanskelig å estimere uten bruk av simulerings-metodikk, noe som er utenfor rammen av dette prosjektet.

<i>Data om postopphold påbegynt i 2007</i>									
Postnavn	Liggetid (døgn)				Gjennomsnittlig sengeforbruk				
	< 24 timer	>= 24 timer < 48 timer	>= 48 timer < 72 timer	>= 72 timer	< 24 timer	>= 24 timer < 48 timer	>= 48 timer < 72 timer	>= 72 timer	
MiR									
Intensiv	583	471	305	631	1,6	1,3	0,8	1,7	
N2	240	488	687	9 401	0,7	1,3	1,9	25,8	
Ø4	272	470	505	5 601	0,7	1,3	1,4	15,3	
MSJ									
FAM	151	11	3	-	0,4	0,0	0,0	-	
Med. Avd	166	395	502	4 315	0,5	1,1	1,4	11,8	
Kir. Avd	86	67	22	11	0,2	0,2	0,1	0,0	
SSJ									
Intensiv post I4	300	173	113	436	0,8	0,5	0,3	1,2	
Kirurgisk post K5	326	701	760	5 678	0,9	1,9	2,1	15,6	
Medisinsk post M1	163	318	473	3 679	0,4	0,9	1,3	10,1	
Medisinsk post M2	139	339	437	3 517	0,4	0,9	1,2	9,6	

10.1.3 Pasienttransport

Også for Helgelandssykehuset HF er spredt bosetting, store avstander og lang reisetid en sentral utfordring, både hva angår logistikk og kostnader. Utgiftene til pasienttransport er betydelige, og en effektivisering innenfor dette området vil kunne frigjøre midler til pasientbehandling.

Utfordringsbildet er kjent, og er beskrevet i pkt. 3.4.1.4 i Oppdragsdokument 2008 til Helgelandssykehuset HF:

”Pasienttransport innebærer dekning av pasienters kostnader til reiser til undersøkelse og behandling. Kostnadene skal dekkes etter billigste, rutegående reise måte, dersom ikke medisinske behov eller manglende transporttilbud krever dyrere transportmiddel. Pasienttransport skal organiseres og drives på en slik måte at pasientens behov for hensiktsmessig transport ivaretas, og behandling og transport skal ses i sammenheng. Gjennom effektiv pasienttransport og fokus på desentralisering av tjenester hvor dette er faglig og økonomisk formålstjenlig skal midler frigjøres og gi økte ressurser til pasientbehandling. Det er viktig å tilrettelegge for at tilreisende pasienter som må vente på behandling og på felles transport hjem fra utført behandling, får tilgang til egnet opphold. Dette kan f.eks. være behagelige stoler, TV, tilgang til kaffe og forfriskninger i områder som er skjermet fra inngangspartiet eller liknende.”

Bruk av drosje er naturlig nok betydelig i omfang, men utnyttingsgraden (samordning; snitt pasienter pr tur) er ikke kjent. Det bør vurderes om bruk av egen ”helse-buss” kan være et egnet tiltak mellom noen faste destinasjoner, og her kan man trekke vekslere på erfaringene fra andre helseforetak.

Rekvirering av drosje fra primærhelsetjenesten til sykehuset utenfor transportkontorets åpningstid, bør vurderes lagt til AMK, en funksjon som vi foreslår samorganisert og –lokalisert med transportkontoret.

10.1.3.1 Samorganisering og samlokalisering av transportkontoret og AMK

Personellet ved transportkontoret og AMK har delvis overlappende kompetanse knyttet til detaljert kunnskap om transportmuligheter og potensielle utfordringer og hindringer, samt effektiv bruk av tilgjengelige transportmidler (flåtestyring). En begrensende faktor er at transportkontoret kun er bemannet innenfor vanlig arbeidstid.

En samorganisering og –lokalisering av transportkontoret vil kunne ha følgende ønskede effekter:

- Bedre oversikt og mulighet for å koordinere transportbehov 24/7
- Koordinere planlagt- og øyeblikkelig hjelp transport inn og ut av sykehuset
- Styrking av AMK/transportkontor innenfor kontorarbeidstid
- Bemanning av transportkontor ved hjelp av AMK ressurser etter kl 1530
- Mulighet for mer aktiv bruk av AMK-leger ved transportforespørsler
- Samlet flåtestyring av ambulanser og drosje; spesielt utnytting av returkapasitet

10.1.4 Talegjenkjenning

Talegjenkjenning har i noen år vært benyttet i radiologiske avdelinger, og den senere tid også i store kliniske avdelinger, som for eksempel medisinsk klinikk i Sykehuset Telemak og Sykehuset Buskerud. Erfaringene herfra er i det alt overveiende meget gode, og tiltaket har vist seg å kunne redusere skrivejtenesten med inntil 2/3.

10.2 En avsluttende betraktning knyttet til prioritering

Prioritering betyr å omfordele ressurser eller forfordele noen pasient(grupp)er på bekostning av andre, og vil bare finne aksept i befolkningen dersom det er åpenhet om valg av kriterier.

”Prioriteringsforskriften” §2 setter opp tre kriterier for “..rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven...”

- I) ..et visst prognosetap med hensyn til livs lengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes..
- II) ..kan ha forventet nytte av helsehjelpen...
- III) ..de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt...

I tråd med innholdet i Oppdragsdokumentet er det av betydning at prioriteringsforskriften håndheves slik at de disponible ressurser kommer ”rettighetspasientene” til gode.

Et hjelpemiddel og mulig tiltak i så måte, kan være å etablere registreringsrutiner i det pasientadministrative systemet der den enkelte pasient ved vurdering av henvisningen blir kategorisert utfra I) –III) over, eventuelt med ”rett til annen offentlig helsehjelp”.

10.3 Videre oppfølging av forbedringsarbeidet

Vi ønsker å minne om risikoen for at noen tiltak kan ha negativ effekt på andre områder som i utgangspunktet gjerne ikke er gjenstand for tilsvarende måling og oppfølging. Endringer kan gi uønskede resultater i form av et forringet arbeidsmiljø, økt turnover, lengre liggetider, økt antall reinnleggelser, flere pasientreiser osv.

Det er derfor viktig med fortløpende grundige vurderinger for å sikre at nettoeffekten faktisk blir som ønsket. Dette kan vise seg å være komplisert fordi sammenhengene ikke alltid er åpenbare.

10.4 Oversikt over pleiefaktor og kostnad per seng og årsverk ved et utvalg enheter i og utenfor Helse Nord

	Antall..		Pleie..		Kostnad per..	
	senger	pleieårsverk	kostnad	faktor	seng	pleieårsverk
Helse Finnmark HF						
Hammerfest						
Barn	14	21,6	12 380 820	1,54	884 344	572 663
Føde-Gyn	16	25,4	13 336 064	1,59	833 504	525 158
KIR - OT	30	30,5	16 399 752	1,02	546 658	538 069
Medisin C	23	24,5	13 265 870	1,06	576 777	541 931
Medisin D	19	20,4	11 352 904	1,08	597 521	555 365
Kirkenes						
Føde-Gyn	11	15,7	10 495 622	1,43	954 147	669 231
Indremedisin	24	29,0	15 965 481	1,21	665 228	550 801
Kirurgi	18	18,2	9 344 537	1,01	519 141	512 326
Nordlandssykehuset HF						
Bodø						
Med. avd ekskl. OVA-hjerte (B3)	61	86,7	52 132 000	1,42	854 623	601 165
Kir	59	58,7	34 362 044	0,99	582 408	585 342
OT	29	27,8	16 526 551	0,96	569 881	595 551
Helgelandssykehuset HF						
Mo i Rana						
Kir Ø4	22	26,2	13 334 450	1,19	606 111	508 456
Med N2	34	31,1	15 712 562	0,91	462 134	505 708
Mosjøen						
Med.avd	21	23,5	12 073 394	1,12	574 924	514 780
Sandnessjøen						
Kir.avd	20	18,5 1	11 717 756	0,93	585 888	632 381
Med.avd	28	25,4 1	13 888 470	0,91	496 017	546 305
Helse Fonna HF						
Kirurgisk Klinikk	147	155,0	78 545 550	1,05	534 323	506 621
Kvinne/ Barn Klinikk	74	107,2	63 979 989	1,45	864 594	597 079
Medisinsk Klinikk	145	172,6	93 444 743	1,19	644 447	541 421

Datagrunnlaget er fra 2007 og 2008.

En del av forskjellene som fremkommer i den tabellariske oversikten over, kan forklares med ulikt omsorgsnivå, pasientsammensetning og pleietyngde, samt enhetsstørrelse.

Samtidig er det klare mønster og likheter når det gjelder pleiefaktor og kostnad per seng, slik at oversikten til en viss grad bør kunne tjene som sammenlikningsgrunnlag

Bemanningsplan for indremedisin i Kirkenes omfatter dialyse, og den reelle pleiefaktor i sengeposten er da 1,12 (og ikke 1,21 som ført i tabellen).

11 Vedlegg

Tiltaksplan 2008 – Helgelandssykehuset fellesområdet

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Fellessområde Ambulanse							
Vegamodellen	A1: Samarbeid med kommuner om felles bruk av ambulansepersonell A2: Deling av kostnader med kommunene A3: Endelig avtale med kommune A4: Svein Arne Monsen A5: 01.09.07	-800 000		B1: Startet i Vega 2007. Videreført i 2008. Plan for spredning til flere kommuner/ambulansestasjoner.	0	Fornuftig tanke og en har fått en viss økonomisk effekt av dette. Imidlertid viser resultatet en negativ utvikling for Vega-området.	0
Kompetansesarbeid	A1: Plan for opplæring og sertifisering i ambulansetjenesten A2: Økt kvalitet til lavere kostnad. A3: Mer intern undervisning. Samarbeid med kommunehelsetjenesten. A4: Arne Finseth A5: Oppstart 01.09.07	-100 000		B1: Arbeidet er påbegynt og vil vedvare i 2008. B2: Innsparinger oppnådd. Nye mål fastsettes.	0	Vi har generelt behandlet alle tiltakene under ett når det gjelder ambulanse. Resultatet viser negativ utvikling og det synes å være bevisst underbudsjettering for ambulanse. Se våre kommentarer vedrørende bedre samordning av transport og AMK.	0
Returavtale medikamenter	A1: Unngå utdatering av dyre medikamenter A2: Økt kvalitet A3: Løpende oppfølging fra opplæringsleder A4: Arne Finseth A5: Fortløpende	-100 000		B1: Er oppstartet i 2007. Videreføres i 2008.	0	Ref kommentarer over.	0
Innkjøp	A1: Redusere kostnader A2: Planlagte innkjøp forskyves frem i tid A3: Ingen A4: Ledere A5: Igangsatt og videreføres i 2008.	-100 000		B1: Gjennomføres fortløpende	0	Ref kommentarer over.	0
Overtid ansatte	A1: Redusert kostnad med 20 % A2: Bedre arbeidsmiljø – mindre overtid A3: Bedre organisering av aktivitet innenfor aktiv tid for ambulansepersonellet samt aktiv bruk av flåtestyring. Bedre tilgang på vikarer A4: Ledere A5: 01.09.07	-600 000		B1: Vikaropplæring gjennomføres fortløpende. B2: 180 000 (gjennomgås)	0	Ref kommentarer over.	0

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Fellesområde Behandlingshjelpemidler							
Ny ambudsrunde utstyr	A1: Redusere pris og varespekter A2: Rekvirenter får mindre utvalg av varemærker/leverandører. A3: Disiplinering av rekvirenter. A4: Avdelingsleder Morten Andersen A5: 01.11.07	-200 000		B1: Innkjøpsavdeling er ukjent med beløp. Avdelingsleder mener behandlingshjelpemidler er underbudsjettet.	0	Sannsynligheten er høyere for negativt avvik enn måloppnåelse.	0
Intern reparasjon og ettersyn av utstyr	A1: Redusere reparasjonskostnader A2: Øke dagens omfang av reparasjoner utført ved internt verksted A3: Opprettholde bemanning på dagens nivå (1,6 stillinger). A4: Avdelingsleder Morten Andersen A5: Fortløpende	- 100 000		B1: Leder er ukjent med beløp.	0	Sannsynligheten er høyere for negativt avvik enn måloppnåelse.	0
Fellesområde Fødestue							
Økte inntekter poliklinikk/jordmor.	A1: Økt poliklikkaktivitet (ultralyd, amme-poliklinikk m.v.) A2: Noe omdisponering av personalet. A3: Reguleringer mellom poliklinikk og fødestue. Kurs/utdanning. A4: Avdelingsleder Ann Åse Baustad A5: 01.01.08	+100 000		B1: Det er ikke mottatt status for dette tiltaket.	Ingen kommentar		Ingen kommentar
Reduksjon i husleie fra Brønnøy kommune 2008	A1: Innsparinger Forhandlinger innledet A4: Avdelingsdirektør Ivar J. Kirkfjell A5: innen 01.10.07	- 250 000		B1: Det er ikke mottatt status for dette tiltaket.	Ingen kommentar		Ingen kommentar
Netto økonomisk effekt 2008		2 575 000					0

Fellesområdet skal ha en resultatforventning på 10 mill kroner. Vi har ikke mottatt budsjett eller tiltaksplan som underbygger dette. En av de største kostnadskomponentene for Helgelandssykehuset er pasienttransport. Foretaket har store forventninger til reduksjon av kostnader innenfor dette området, men det er ikke estimert noe beløp. Mulige tiltak for dette området vil bli behandlet i hovedrapporten.

Tiltaksplan Helgelandssykehuset Mo i Rana

Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Økonomi Planlagt Årseffekt	Årsverk Planlagt årseffekt	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/ri siko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
A1: Bedre pasienttilbud A2: Kortere liggetid A3: Kompetanseheving og vedvarende fokus på prosjektet A4: Ranveig A5: Fortløpende	- 150.000		B1: Iverksatt. Godt innarbeidet ved alle tarmingrep. Planen videre er "ERAS for alle". B2: Kan ikke peke på direkte regnskapsmessige effekter. Vanskelig å estimere i kroner, men opplyses om noe færre innleggelse. Effekt økonomisk er angitt under kvalitet på pasientbehandling.	0	Tiltakene har mest sannsynlig en positiv effekt på liggetid, men det er umulig å estimere effekter av dette. Regnskapet viser dog positiv utvikling i kostnader for kirurgisk sengepost.	0
A1: Bedre kvalitet på pasientbehandling, etterleve pasientkrav A2: Redusere liggetid A3: Investering nytt utstyr, kompetanseutvikling A4: Ranveig A5: Frist	- 120.000		B1: Iverksatt Kommet godt i gang. Siste del av utstyret er nylig montertdvs- ekstra skjerm på stue 1 monteret i taket for at 2 operatører skal kunne se på hver sin skjerm, ergonomisk god løsning både for operatører og opr. personalet. B2: Kan ikke peke på direkte regnskapsmessige effekter. Vanskelig å estimere i kroner, men opplyses om noe færre innleggelse.	50%	Se over	- 60 000
A1: Forbedre kvalitet A2: Fornøyde pasienter, redusert liggetid, bedre behandlings resultat A3: Gjennomgående fokus og arbeide på	- 500.000		B1: Vanskelig å dokumentere direkte effekter på dette, men det er generelt fokus på dette hos ledelsen som vil gi positiv	0	Se over	0

Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Økonomi Planlagt Årseffekt	Årsverk Planlagt årseffekt	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/ri siko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
dette ut fra behandlingsforløp. Utsjekk og oppfølging på kompetanse A4: Per Martin/Ranveig A5: Fortløpende			effekt både i forhold til pasienttilfredshet, kvalitet på behandling og redusert liggetid. B2:			
A1: Samordning av skrivejtenesten i en avdeling/under en ledelse. A2: Vurdere mulighetene for mer optimal bemanning. Redusere egen bemanning. A3: Bruk av ekstern leverandør eller mer effektiv intern drift A4: Ny Avd.leder/Per Martin A5: 01.10.08	- 140.000	- 0,50	B1: Iverksatt Ny leder ansatt. 0.5 stilling alloktert til DRG. B2:	80%	Ifø ledelsen er prosjektet i rute. Se også kommentarer under mht økte inntekter	- 110 000
A1: Redusere overtid, innleie og sykefravær Bedre personellplanlegging og flyt av personell mellom avdelinger. Strukturert oppfølging av sykemeldte (IA -tiltak). A2: Faste vikarer, koordinering på tvers av kliniske avdelinger. Mindre tilfeldig innleie. Raskere tilbake etter sykemelding. A3: Engasjement av koordinator. A4: Avdelingsleder (under ansettelse) A5: 01.01.08	- 50 000	- 1,50	B1: B: Vikarpoolen er startet opp og avdelingene har positiv effekt av dette tiltaket. B2: B3:	100%	Ifø ledelsen er prosjektet i rute.	-50 000
A1: Bedre planlegging av innleie, drift poliklinikk A2: Reduserte kostnader, bedre oversikt, og bedre pasienttilbud A3: Strukturert planlegging og tidlig planlegging. A4: Avdelingsjefer A5: 15.12.07	- 130.000		B1: Det lages plan for et helt år når alle faste leger er på plass. B2:	100%	Regnskapstill viser positiv kostnadsutvikling.	-130 000
A1: Bedre arbeidsmiljø A2: Lavere sykefravær A3: Strukturert jobbing og oppfølging A4: Alle ledere alle nivå A5: Fortløpende og langsiktig	- 200.000		B1: Hele ledelsen ved MiR har fokus på sykefravær. MiR har det høyeste fraværet i HF. Alle avd.ledere måles speielt på dette området B2: Noe lavere tall i mars	50%	Tiltakene har mest sannsynlig en positiv effekt, men det er umulig å estimere effekter av dette. Regnskapet viser dog positiv utvikling.	-100 000

Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Økonomi Planlagt Årseffekt	Årsverk Planlagt årseffekt	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/ri siko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
					Fortsatt generelt høyt sykefravær.	
A1: Gjennomgang av behandlingkoder/DRG. A2: Korrekt koding og satser. Estimert potensial 0,5% A3: Merkantil etterkontroll og informasjon. A4: Avd.leder Gerd Larsen/Vilgunn Monsen A5: Fortløpende	+ 250.000		B1: Iverksatt B2: 300.000 B3: 0	100%	Jobbet bevisst med dette. Koding er nå riktig og gir effekt ift inntjening.	+250 000
A1: Redusere reisekostnadene innen psykiatri og somatikk. A2: Strengere styring av billettyper som benyttes. A3: Kontroll og informasjon A4: Avdelingssjefer A5: Fortløpende	- 250.000		B1: Iverksatt Alle skal reise på billigste måte. Kontakt med VIA om månedlige oppfølgingsrapporter. B2: 217.000 reisekost B2: 35.000 diettkost Harald B3: 0	100%	Styres av hver avdeling avdeling, ift 2007 mer enn 300' lavere forbruk.	-250 000
A1: Bedre kvalitet på billeddiagnostikk, bedre arbeidsforhold (strålevern) ansatte og pasienter. A2: Full digitalisere røntgenavdelingen Redusere fra drift på 5 laboratorier til 4. A3: Nyinvesteringer 10,2 mill, inklusive ombygginger. Bemanningsreduksjon 1,75 stilling. Gode og involverende prosesser i forhold til personale. Godkjenning av Investeringsplanen for 2008. A4: Avd.sjef Paul Jonny (med ledergruppen) A5: 01.11.07	- 500.000	1,75	B1: Iverksatt Ferdigstilles i juni. B2: 78.000 B3: 1,75	100%	Gjennomført i henhold til samtale med Per Martin Knutsen	- 500 000
A1: Evaluering av ferieavvikling 2007. Planlegging basert på erfaring. A2: Tidlig avklaring av aktivitet, driftsorganisering og vikarbehov. A3: Kommunikasjon på tvers av sykehusene. Problems tillinger avklares	-500.000		B1: Iverksatt Samme bemanning som i fjor, men planlagt elektiv høyere aktivitet	100%	Ferieavvikling planlagt. Eventuell økning i aktivitet kan gi økte kostnader i forhold til overtid og innleie.	- 500 000

Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Økonomi Planlagt Årseffekt	Årsverk Planlagt årseffekt	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/ri siko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
underveis. A4: Avd.sjefer/Per Martin. A5: Oppstart august slutføres 01.11.07.						
Netto effekt	3.590.000					1 450 000

2,140 mill kroner bak budsjett for tiltak.

Tiltak under 100 000 og tiltak som ikke er estimert økonomisk effekt er tatt ut av tiltaksplanen.

Dersom man summerer tiltak under 100 000 vil en muligens få noe øket effekt. Vår estimering av netto effekt er derfor konservativt estimert.

Det er generelt vanskelig å estimere effekten av disse tiltakene. Mange avdelinger og kostnadssteder er involvert, og det er derfor vanskelig å peke på spesifikke regnskapsmessige effekter.

Regnskapene for Mo i Rana viser et overskudd på 6,3 mill per utgangen av mai. Sykehuset synes å ha god kontroll over kostnadsutviklingen og ser effekten av de kortsiktige og langsiktige tiltakene som er iverksatt. Vi forventer derfor at sykehuset vil klare de resultatkravene som er stilt.

Tiltaksplan 2008 - Helgelandssykehuset Mosjøen

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Sykehusforbruk							
Nytt tilbud: CPAP-tilpasning for pas. På Helgeland	A1: Øke inntjening A2: Øke aktivitet dag og pol.kl. (75/år) A3: Øke stilling m/ 20 % v/med.pol. A4: Avd.sjef medisin. A5: 1.januar 2008 (startet 19.feb.)	250 000		B1: 2 mnd sen oppstart. Aktivitet lavere enn planlagt. Starter opp igjen i august med mål om 6-7 pasienter i måneden ut året. B2: 60 000 per mai.	50%	Aktivitet avhengig av 1 person. Eventuelt fravær vil redusere gjennomførbarhet for tiltaket.	125 000
Øke dag kir aktivitet med 550 flere pas	A1: Økt inntjening DRG A2: øke den dagkirurgisk aktiviteten A3: øke årsverk opr avd flytte dagkir avd i lokaliteter ved Int. avd og sambruk av personell A4: Avd sjef kirurgi A5: 01.03.08	900 000		B1: Drift fra 01.04, en mnd forsinket. (utstyr levert 13.03) Red effekt økonomisk pga svikt i pas henvisninger, sykemeldt kirurg, mangler ass lege. Tar sikte på full drift fra 01.09, da skal ass. lege og opr spl skal være på plass. Per i dag på ca 60% av planlagt aktivitet. B2: Kan ikke estimere regnskapsmessige effekter B3: Ikke effekt årsverk, har kun 2 opr team pga vakant 80%opr sykepl og sykem.	0	Ligger langt bak budsjett i forhold til DRG- inntekter	0

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Screening av pas. mht. ernæring	A1: Økt inntjening A2: Øke tilbudet/aktivitet A3: Øke stilling ernæringsfys. 50 % A4: Avd.sjef medisin A5: Fra 1.01.08	500 000		B1: Oppstartet uke 9. Initiert for å finansiere stillingsøkning av ernæringsfysiolog. Har per i dag ikke aktiviteten som forventet. Utfordringer i forhold til kapasitet på medisinsk avdeling til å utføre deler av prsjektet. B2: Opplyst om inntekt per april ca kr. 45 000.	0	Problemer med gjennomføring av prosjektet da store deler av arbeidet skal foregå i medisinsk sengepost. Pga høy aktivitet kan merarbeid redusert fokus på dette, og eventuelt økt forbruk av overtid og innleie.	0
Arsverksforbruk	Ingen konkrete målbare tiltak						
Innkjøp							
Vaporis til urologipas	A1: Gi pas en god og rask urologisk beh A2: Besparelse på kr 4500 pr beh A3:Innkjøp av nødvendig utstyr A4: Avd overlege/ avd sjef kirurgi A5: 01.03.08	-170 000		B1: Tatt i bruk fra 01.04 B2: Per medio juni 12 pasienter. Effekt: - 54 000.	100%	Tilgang på pasienter.	- 170 000
Kutt	Ingen konkrete målbare tiltak						
Prosjektene							
Palliativ Dagenhet	A1 Redusere innleggelses/økt inntjening A2 Øke inntekter A3 Reforhandle avtale m/kommunen/reducere utgifter A4 Avd.sjef medisin A5 fortløpende oppfølging hv. mnd./heleåret	- 220 000		B1: Ny avtale inngått Effekt i 2008 sammenlignet m/2007 = kr. 220 000 B2: Nettofortjeneste 77 518,- (pr april) Overskudd deles 50/50 i henhold til avtale med Vefsn kommune.	100%	Eventuelt tilgang på pasienter.	- 220 000
Pusteprobe	A1 Redusere ventelister A2 Øke inntekter A3 20 % prosjektstilling 75 000,- + prøvemateriell kr. 30 000,- A4 Avd.sjef medisin A5 1.01.08	+173 000		B1: Iverksatt og fokusert på måloppnåelse B2: HIÅ.april nettoinntj. Kr.58 026,-	100%	Lavere totalaktivitet for Mosjøen. Dette er belyst i rapporten.	+ 170 000
Feriestenging	Ingen konkrete målbare tiltak						
Netto effekt		2 500 000					685 000

1,75 mill kroner bak budsjett for tiltak.

Tiltak under 100 000 og tiltak som ikke er estimert økonomisk effekt er tatt ut av tiltaksplanen.

Dersom man summerer tiltak under 100 000 vil en muligens få noe øket effekt. Vår estimering av netto effekt er derfor konservativt estimert.

Det er generelt vanskelig å estimere effekten av disse tiltakene. Mange avdelinger og kostnadssteder er involvert, og det er derfor vanskelig å peke på spesifikke regnskapsmessige effekter. For Mosjøen viser tabellen over økte inntekter i størrelsesorden 300 000 mens ISF refusjon per utgangen av mai er -2,8 mill kroner.

Tiltaksplan II strakstiltak 2008 - Helgelandssykehuset Mosjøen

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Sykehusforbruk (1)							
Oppheve pakkeberedskap og blødningskontroll	A1: Kutte kostnader A2: Lavere akutt tilbud og stabilisering A3: A4: Avd.sjef kirurgi A5:	200 000		B1: Pakkeberedskap blir opphevet fra 23.06. B2: Får frigjort en 90%stilling fra vakt til dagtid, sparer aften og natt tillegg. B3: frigjort 0,9årsverk	100%	Risiko i forhold til sikkerhet og omdømme dersom mangdene beredskap medfører uønskede hendelser.	200 000
Vurdering av reduksjon fra 21 til 17 senger v/ med. avdeling – Ta ned bemanningen midlertidig	A1: Kutte kostnader A2: Lavere kapasitet medisin og nevro A3: A4: Avd.sjef medisin A5:	400 000	6,15 årsverk i 2 mnd	B1: Planlagt reduksjon av antall senger. Redusert feriebemanning med 6,15 årsverk i 2 måneder B2: 0	100%	Økt aktivitet kan medføre behov for innleie og overtid.	400 000
Samlokalisere FAM / intensiv i ferieavvikling (8 uker)	A1: Redusere bemanning A2: A3: A4: Avd.sjef medisin A5:	400 000		B1: Redusert bemanning på ferieturnus; 2 på natt, 1 på ettermiddag og 1 på dag. B2: 0	100%	Økt aktivitet kan medføre behov for innleie og overtid.	400 000
Arsverksforbruk(2)							
Ved fravær på dagvakt går avd. leder inn for å slippe innleie. Gjelder intensiv, FAM, med. avd. og med. pol	A1: Redusere variabel lønnsutgifter A2: Legge til side andre oppgaver. Travelt for avd.leder A3: At det ikke går ut over lederjobben for mye. A4: Avd.sjef kir. / med./ FAM A5: Fra d.d.	Planlagt årseffekt: kr. 2500,- /vakt Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Telle vakter som avd.leder går inn og avd. slipper innleie: Status April: 23 vakter B2: Status effekt økonomi: April: Kr. 57500,-	100%	Ingen spesiell risiko.	100 000

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Rehab holder 1 stilling 75% vakant	A1: Få ned lønnskostnader A2: Mer sårbart tilbud innen fysioterapi A3: Evt. At de andre fysiot. Er friske og tilstede A4: Avd.sjef medisin A5: Startet 1.1.08	Planlagt årseffekt: 252 000,-	Planlagt årseffekt: 0,75 Årsverk	Kommentar: B1: Stilling er fortsatt vakant. B2: Pr.mars spart lønn kr. 118106,- B3: Realisert effekt årsverk 0,75	100%		250 000
Dialyse pasienter fra Mo tilbakeføres til Rana, frigjør 0,6 årsverk	A1: Spare 0,6 årsverk I lønnsmidler A2: Har allerede hatt utgifter for 3 u A3: At Mo tar pasienten A4: Avd.sjef medisin A5: Frist 1.mai	208 000,-	0,6 årsv.	B1: Har dialysepasienter per i dag og kan ikke få noe effekt av dette tiltaket	0		0
Netto effekt utover budsjett							1 350 000

Strakstiltaksplan II reflekterer tiltak utover budsjett.

Tiltaksplan 2008 – Helgelandssykehuset Sandnessjøen sykehus

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
Sykehusforbruk	Ingen konkrete målbare tiltak						
Årsverksforbruk							
Vikarpool og IA -tiltak, prøveordning	A1: Redusere overtid, innleie og sykefravær Bedre personellplanlegging og kapasitetsutnyttning. Strukturert oppfølging av sykemeldte (IA-tiltak). A2: Faste vikarer, koordinering på tvers av kliniske avdelinger. Mindre tilfeldig innleie. Raskere tilbake etter sykemelding. A3: Engasjement av koordinator. A4: Prosjektleder Åse Senning A5: 01.01.08	- 600 000	Tilsvarende - 1,5 stilling overtid/ variabel lønn	B1: Vikarstillinger utlyst i flere omganger. Tilsatt en sykepleier men vedkommende er i vikariat som driftssykepleier. Første mulige oppstart 010908. B2: 0	0	Det er lite marked for sykepleiere spesielt i prosjektstillinger, og det er derfor liten sannsynlighet for måloppnåelse. Kan eventuelt vurdere opprettelse av faste stillinger i vikarpool og dermed redusere overtid og innleie (MiR-modell).	0
Redusert innleie leger og psykologer	A1: Dra nytte av faste tilsetninger. Rekruttering til ledige hjemler. A2: Lavere utgifter. A3: Bedre driftsplanlegging A4: Avdelingssjefene A5: Umiddelbart	- 400 000		B1: Rekruttering 2 nye psykologer. Effekteres over sommeren. Fortsatt behov for mye innleie av leger spesielt på kirurgi B2: 140 000 per april angitt fra ledelsen	50%	Redusert sannsynlighet for måloppnåelse om planlagt årseffekt fordi behov for mye innleie på legesiden spesielt innenfor kirurgi.	- 200 000
Strammere styring av den akuttmedisinske linjen	A1: Strammere personellstyring og integrasjon mellom operasjon, anestesi, intensiv. Bedre logistikk og kapasitetsutnyttning A2: Samordning av oppgaver/personell, synkronisering. Redusert overtid. A3: Ressurskoordinering på tvers av enheter. Bedre planlegging av operativ virksomhet, bl.a. tidligere oppstart av tunge operasjoner. A4: Svein Arne Monsen/Marit Hermstad A5: Plan klar til gjennomføring 01.06.08	- 100 000		B1: Har fokus på tidligere oppstart av operasjon og kapasitetsutnyttelse. Har behov for bedring av logistikkfunksjonen, og bør se spesielt nærmere på dette. B2: Eventuell effekt av arbeid kan ikke ses i regnskapet.	Liten	Viktig tiltak, men vanskelig å måle direkte effekt av slike tiltak.	0
Utvidet samhandling og planlegging mellom ledere ved sengeposter.	A1: Felles planlegging og personellflyt over avdelingsgrenser. Redusert overtid og innleie. A2: Utvidet samarbeid om drift mellom medisinsk og kirurgisk sengepost (personell, kompetanse m.v.) Oppfølging av tiltak utviklet i forb. med ferieavviklingen. A3: Ingen spesielle forutsetninger.	- 100 000		B1: Samarbeid organisert i forb. med ferieavviklingen 2007. Det bygges videre på dette. B2: 0	Liten	Avdelingene gir uttrykk for høyt aktivitetsnivå, og liten/ingen mulighet for personalflyt over avdelingsgrenser. Avdelingen har behov for ekstra innleie i forbindelse med ferieavvikling.	0

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
	A4: Avdelingslederne Grete Svines og Birgit Johansen. A5: Fortløpende.						
Intern service: Overtidsreduksjon og rasjonalisering	A1: Mer fleksibelt og rasjonelt bruk av personell, uten påløpt overtid. Bedre flyt i arbeidet. Vurdering av eksternt kjøp av tjenester, alternative arbeidstider m.v. A2: Eventuelle organisasjons- og arbeidstidsendringer. A3: Ingen stillingsøkninger. A4: Avd.sjef Tor Robert Barth- Heyerdahl A5: Etter avtale.	-100 000		B1: Ikke fått opplyst om status for dette tiltaket. B2: Kan ikke kommentere økonomisk effekt av dette tiltaket.	Liten	Kan ikke kommentere dette på grunn av manglende informasjon.	0
Innkjøp							
Kodeforbedring	A1: Gjennomgang av behandlingskoder/DRG. A2: Korrekt koding og satser. Estimert potensial 0,5% A3: Merkantil etterkontroll og informasjon. A4: Avd.leder Øyvind Kvale A5: Fortløpende	+ 200 000		B1: Status for dette tiltaket er uavklart. B2: Evalueres.	Ingen kommentar	Det er vanskelig å kommentere dette tiltaket da vi ikke har fått tilgang til informasjon vedrørende dette tiltaket.	Ingen kommentar
Styring av medikamentinnkjøp	A1: Rasjonalisering av innkjøp. A2: Mindre lager, mindre svinn (utgått på dato). Bedre planlegging. A3: Kontroll og informasjon A4: Sykehusfarmasøyt Karin Celius A5: Fortløpende	- 100 000		B1: Ansvarlig for tiltak ikke informert om størrelsesorden på tiltak. Vedkommende følger med på rabatter fra grossist, lagerbeholdning og destruksjon av medikamenter men kan ikke estimere effekt. B2: Ikke opplyst om realisert effekt per i dag.	Liten	Generelt vanskelig å estimere dette, da årseffekter varierer mye i forbindelse med oppstart av dyre preparater. Foretaket opplyser om spesielt høye medisinkostnader i forbindelse med kreftbehandling.	0
Fellesutgifter tannhelse. Helårseffekt 2008. Halvårseffekt 2007.	A1: Netto inntekter for tjenesteleveranser i henhold til avtale med Nordland fylkeskommune. A2: Effektiv utnyttning av ressurser A3: Kontroll og oppfølging A4: Avd.sjef Tor Robert Barth-Heyerdahl A5: Fra 01.01.08	+ 100 000		B1: Det er usikkerhet rundt status for dette tiltaket. Angir at en ligger bak fakturering på enkelt tjenester. B2: Uklart størrelsesorden realisert effekt.	Ingen kommentar	Avtale som ligger til grunn er mottatt, men vanskelig å kommentere da vi ikke har mottatt informasjon.	Ingen kommentar
Kutt	Ingen konkrete målbare tiltak						
Prosjektene							
Fysikalsk medisin og rehabilitering	A1: Kapasitetsøkning og faglig styrking A2: Innplassering av 12 senger, samt økt aktivitet. Balansering av drift mellom	Forventet økte inntekter		B1: Ikke inntekter per i dag. B2: Ingen besparelser hittil. Inntektsøkning forventes pr.			0

Tiltak	Kommentar: A1: Mål A2: Konsekvenser A3: Evt. forutsetninger A4: Ansvarlig A5: Frist	Planlagt årseffekt: Økonomi	Planlagt årseffekt: Årsverk	Kommentar: B1: Status B2: Realisert effekt økonomi B3: Realisert effekt årsverk	Sannsynlighet for måloppnåelse	Gjennomførbarhet/risiko	ProsessPartner sin vurdering av økonomisk årseffekt per 30.06.2008
	eksisterende enheter (S.sj. og Sømna) A3: Under utredning A4: Avdelingsdirektør IJK og avd.sjef Einar Einarsen A5: Fortløpende			juni 2008.			
Raskere tilbake	A1: Oppfylging av Helse Nord's bestilling A2: Etablering av tverrfaglig vurderingspoliklinikk og portal inn i Helgelandssykehuset. A3: Tilsetting av 6 medarbeidere på prosjektbasis, basis inntektsanslag 2.6 mill. og tilskudd Helse Nord på resten. A4: Prosjektleder Sidsel Haraldsen A5: Fortløpende	Inntjening: + 2.6 mill Tilskudd: 0.5 mill. Balansekrav.	+ 6	B1: Etablert 1.1. 2008. Full bemanning fra 1.3 og full drift fra 1.5. Toppfinansiering fra Helse Nord medfører at prosjektet går i balanse. B2: 0	Ingen kommentar	På grunn av prosjektets finansieringsordning er det liten risiko med dette tiltaket i 2008.	0
Spesialistpoliklinikken i Brønnøysund	A1: Økt aktivitet og bredere tilbud i 2008. A2: Tjenesteforbedring og unngå pasientlekkasje til Helse Midt. A3: Koordinering fra S.sj.: Fast telfonnr. Administrasjon og praktisk tilrettelegging for ambulerer. Lokal tilrettelegging i Br.sund: Samordning med fødestue. A4: Prosjektleder Sidsel Haraldsen A5: Fortløpende	+ 200 000		B1: Tilbudet har fungert bra. Fått til bredere tilbud, og kan se redusert lekkasje mot sør og lavere kostnader til transport. Samtidig reduseres kapasiteten ved Sandnessjøen når ressurser ambulerer. Effekten kommer som resultat av 0.5 stilling som holdes vakant. B2: + 98 000 per mai i inntekter.	100%	Profesjonalisering av tjenesten og utvidelse av tilbud er nødvendig for tillit hos primærhelsetjenesten og hos pasienter på Sør-Helgeland.	+ 200 000 i økte inntekter og vakant stilling.
Feriestenging							
Ferieplanlegging 2008	A1: Evaluering av ferieavvikling 2007. Planlegging basert på erfaring. A2: Tidlig avklaring av aktivitet, driftsorganisering og vikarbehov. A3: Kommunikasjon på tvers av sykehusene. Problemstillinger avklares underveis. A4: Avd.sjef Dag Stefansen, Marit Hermstad Margit Steinholt og Svein Arne Monsen. A5: Oppstart september.	+1 000 000		B1: Planlegging gjennomført. Se generelle kommentarer i rapporten. B2:0	100%	Innleie av ressurser avtalt. Vanskelig arbeidsmarked medfører flere avdelinger må benytte byrå for å dekke turnusbehov.	Minimum + 1000 000 i økte kostnader.
Netto økonomisk effekt 2008		3 010 000					- 600 000 (kostnadsøkning)