



Styremøte i Helse Finnmark HF

Dato. 15. juni 2011

Møtedato: 22. juni 2010

Saksbehandler: Ass. dir. Jan-Erik Hansen

Sak nr:	33/2011
Navn på sak:	Tiltaksplan 2011 – Kvalitet og økonomi

Tilråkning:

1. Styret i Helse Finnmark HF erkjenner at foretaket er i en vanskelig økonomisk situasjon. Styret er tilfreds med det arbeidet som hittil er gjort for å konkretisere tiltak for å snu situasjonen.
2. Styret forutsetter at adm. direktør gjennomfører en tett oppfølging av disse nye tiltakene.
3. Styret ber om rapportering av status på neste styremøte den 27. september.

Vedlegg:

1. Saksfremlegg

Hans Petter Fundingsrud

Adm. dir.



Styresak 33/2011 Tiltak 2011 for resultater innen økonomi og kvalitet

Bakgrunn

Styret behandlet i mai sak 26/2011 der resultater pr. 1.tertial ble rapportert. Styret ba i vedtaket om at det ble utdypet hvilke tiltak som var eller skulle bli iverksatt innenfor områdene som viste avvik. Denne saken inneholder direktørens plan for å lukke avvikene.

Tiltak innen kvalitet

1. Strykprosent – Hammerfest

Klinikken har hittil i år en strykprosent på **13,8**. Klinikken arbeider med å redusere antall stryk, men har ikke klart å etablere praksis som bidrar til synlig jevn reduksjon. Det er gjort en nøye kartlegging av årsak til stryk i årets 4 første måneder, som viser følgende:

Årsaker til stryk

Årsak	Prosentandel	Mulig reduksjon
Pasient møter ikke (vær/personl)	14%	Nei
Ikke fanget opp endring i progr	20%	Ja
Sykdom, øyebl.hjelp	25%	Nei
Pasient ikke møtt av ukjent årsak	13%	Lite
Manglende indikasjon/utredning	28%	Ja
Totalt	100%	

Klinikkens gjennomgang viser at vi kan påvirke minst halvparten av antallet pasienter som strykes. Strykene skyldes manglende kvalitetssikring av innkallingsrutiner og å jour-føring av operasjonsprogrammet, manglende avklaring av grunnlaget for operasjon. Ved bedre preoperative vurderinger og forberedelser vil stryk innen denne kategori kunne reduseres betydelig. Dette vil klinikken jobbe med. I tillegg vil det bli bedre oversikt når operasjonsmodul i DIPS følger operasjonsforløpet. Strykprosent for mai måned viser 12 %, noe som fortsatt er høyt, men en liten forbedring. Nasjonalt måltall er 5 % som klinikken arbeider mot.

Det gjøres oppmerksom på at stryk registreres som avvik fra den planen som er satt kl. 15.00 dagen før. Mye av operasjonstiden blir allikevel benyttet fordi andre pasienter kan settes opp.

2. Ventetid somatikk Hammerfest

Da klinikken i oktober 2010 startet med ventelistryddingen hadde vi ca 20 000 pasienter som vi måtte rydde i, mange sto i DIPS uten videre kontakt, dvs. at pasientene ikke kom på vanlig venteliste. Ekstra ressurs ble brukt til å rydde i denne gruppen. Pasienter som var ferdigbehandlet ble avsluttet, det ble registrert lokalisasjon og seksjon på alle pasienter og pasienter med behov for videre oppfølging ble videresendt til aktuell avdeling.

Vi har gjennomført:

- a. Opprydding
- b. Opplæring/introduksjon i bruk av rapporter i Dips
- c. Gjennomgang av den generelle delen av prioriteringsveilederne
- d. Oppfølging av de enkelte avdelingene i forhold til problemstillinger som er avdekket
- e. Flere avdelinger har innført arbeidsrutiner (ikke prosedyre) for oppfølging av venteliste
- f. Fortløpende rettet opp utilstrekkelig praksis i forhold til ventelister

Det gjenstår:

- a. Utarbeidelse av introduksjonsplaner for Dips-brukere
- b. Prosedyre for å sikre gode arbeidsrutiner for oppfølging av ventelister
- c. Etablere gode tverrfaglige arbeidsrutiner for å kvalitetssikre ventelisteoversikter

Vi startet med gjennomsnittlig ventetid på 680 dager pr oktober 2010 (inkludert alle disse feilene), Pr mars var den 84 dager, og pr mai er den redusert til 59 dager. Alle disse tallene er NPR-ventelistetall over ventetid avviklede pasienter. Arbeidet har gått fremover og vi antar at de iverksatte tiltak er tilstrekkelige .

3. Kortere ventetid psykisk helsevern

Det er i styresak 22/2011 redegjort for tiltak for å redusere ventetiden i Barne- og ungdomspsykiatrien. For nærmere detaljer henvises til denne saken. Noen interne variasjoner mellom DPS-ene ba styret om at det ble gjort noe med.

Gjennomsnittlig ventetid er pr. 31. mai **70,75** dager (BUP Hammerfest = 58 dager) som er en forbedring fra forrige mnd. Det har vært gjort et godt forbedringsarbeid i Karasjok. Det er BUP Kirkenes som henger etter. Ny midlertidig organisering er ventet å bidra positivt i dette arbeidet.

Klinikk Psykisk Helsevern og Rus er også bedt om å justere sine plantall idet antall behandlede pasienter i år på voksensiden allerede ligger godt over plantall 2011.

	BUP Karasjok	BUP Kirkenes	BUP Alta
Venteliste	27	36	30
Gj. snittlig ventetid	53 dager	99 dager	73 dager
Maks ventetid	125 dager	237 dager	? dager
Fristbrudd	5	25	17

Tiltak innen økonomi

Det har vært vurdert en rekke mulige tiltak. Som første trinn i forbedringsprosessen foreslår adm. dir. å konsentrere innsatsen om følgende aktiviteter:

1. Det foreslås å innføre stillingsstopp på alle typer dagstillinger. Antall månedsverk må ned. Adm. dir. godkjenner hvilke stillinger som kan lyses ut. Dette foreslås ikke gjennomført for turnusstillinger, siden vakans i slike vil medføre økt overtid og innleie. HR etablerer en egen organisasjon for å håndtere overtallighet.
2. HMS midler – midlene settes inn i sykefraværarbeidet. Alle midler på området samles hos direktør. Det må gjøres en ”sentralisering” av midler slik at disse øremerkes de

største utfordringene innen saksområdet. Vi må prioritere de prosjektene i forhold til hverandre.

3. Intermediære senger bør brukes for å avlaste sykehusenes medisinske avdelinger. Det må avtales med kommunene hvordan dette kan løses. Kontakt med Alta, Hammerfest og Sør-Varanger målrettes i sommermånedene for å se hvordan dette kan løses. Fristen for å vurdere avtalene er 1. september då.. Målet er mindre press på våre medisinske avdelinger som igjen vil føre til mindre overtid og innleie.
4. Innstramming av fullmakter. Det er viktig at alle som bruker ressurser er lojale til de rammene som vi har fått. Lederne har en sentral rolle i dette. For å understøtte ledelsen, må vi ha en styrket oppfølging av resultater både innen økonomiske resultater og kvalitet. Det vil medføre konsekvenser å unnlate å følge opp styringssignaler.
5. Vurdere sammenslåing av 5. etg. (Gyn/Føde/Barn) på Hammerfest sykehus – felles personalforvaltning og faglig samarbeid på tvers skal utredes. Adm. dir. lager mandat.
6. Pasientreiser – ta opp igjen ulike tiltak og arbeidsmåter som har vært foreslått tidligere og har kommet i bakgrunnen i forbindelse med andre saker. Pasientreiser har forslag til forbedring av innkallingspraksis på dagbehandling for pasienter fra Karasjok og Alta. Det er nødvendig med ytterligere tiltak innen Pasientreiser. I tillegg til arbeidet med å desentralisere polikliniske kontroller (eget prosjekt) må det gjøres grundigere analyser av reisemønster og forbruk for å identifisere arbeidsområder for pasientreise-gruppa. Sammenlignet med de andre foretakene ser det ut til at vi har noe å lære av dem på dette området.
7. Konkurrans utsetting/effektivisering – kjøkken – Oppfølging av mulighetstudiene. Det må lages en konkret forespørsel ut i markedet og til institusjoner som kan tenkes å være leverandør. Driftsavdelingen har undersøkt mulighetene i Hammerfest. Avdelingens konklusjon er at dette ikke er interessant for oss, siden vi ikke kan opprette et felles selskap som unngår mva. belastning. Dette kan vanskelig bli lønnsomt. Hammerfest kommune er interessert i å levere til foretaket. Det er foreslått en utredning for kjøkkendriften i Kirkenes.
8. Reduksjon av foretakets mobil – kostnader gjennom en innskjerpet praksis, klarere retningslinjer for hvem som skal ha hva og en sentral godkjenner av alle slike ordninger.
9. Innen psykisk helsevern er det foreslått en rekke tiltak for å sikre budsjettoppnåelse. Det gjelder gjennomgang av legeavtaler, prioriteringsavklaringer for ruspasienter, fordeling av pasienter mellom enhetene og harmonisering av driftskonsept mellom døgnenhetene (se vedlegg).
10. Økonomioppfølging. En forsterket økonomioppfølging er også nødvendig. Direktørens styringsoppdrag fra styret er avhengig av at signaler går ut i alle områder av organisasjonen. Lederne våre er de som kan bringe dette ut i virksomheten. En vesentlig oppgave for ledere er ressursstyring. Med ressursstyring menes ikke her bare penger, men like mye plan for og reell bruk av personalet, styring av aktivitetsnivå osv. Avvik i kostnader måles i kroner, men oppstår hovedsakelig i bruken av timer i driften. Overordnede retningslinjer for økonomioppfølgingen i Helse Finnmark er:
 - Økonomioppfølgingsmøter tilrettelegges av økonomiavdelingen
 - Klinikksjef møter i sin klinikk
 - Møtet må ha et klart operativt siktemål, der avvik fra styringsmål skal belyses og arbeidet med løsning påbegynnes.
 - Økonomiavdelingens analyse, der øk.avd kan hente innspill fra Personalavd og controller, skal foreligge i forkant
 - Øk avd foreslår kritiske punkt som skal følges opp

- Viktig at noen "henger på" lederne og følger opp i hverdagen det som er blitt bestemt
- Controller kan gjerne bringes tettere inn i tiltaksoppfølging etter klinikksjefs ønske

Mulighets- og risikoanalyse

Hvordan kan vi se muligheter og ikke bare risiko - også i den situasjonen vi er i nå. Det er innført mulighetsanalyse (SWOT-analyse, på norsk Styrker, Svakheter, Muligheter og Trusler). Et slikt verktøy setter risikovurderingen inn i en helhetlig ramme, der mulighetene for organisasjonen står i fokus. Dette vil ikke umiddelbart ha noen effekter, men er viktig med tanke på å utvikle organisasjonen.

Sammenfattende vurdering

Helse Finnmark har utfordringer innen flere områder. Foretaket foreslår å starte opp noen nye aktiviteter, samt å forbedre gjennomføringen av noen andre. Det er en balansegang mellom å foreta nødvendige tiltak og samtidig ikke lage unødig uro i organisasjonen.