

Åtgärdsplaner med utgångspunkt i resultaten av Helseplan jämförelsen

Bakgrund

Den förändrade sjukvårdstrukturen inom Stockholms län som har genomförts innebar att Danderyds sjukhus skulle överta akuta volymer från Karolinska eftersom akutmottagningen i Solna fick ett ändrat uppdrag.

De tillkommande volymerna från Karolinska innebar tillskott i budgeten som förutsatte att vården skulle utföras till marginalkostnad. I samband med övertagande av akuta volymer från Karolinska Solna så erbjöds sig DS AB att lämna rabatter på 40 %. Avtalen 2004 och 2005 innebar istället att DS AB fick lämna hela 60 % i rabatt. Detta lyckades väl under 2005. Ingen ny vårdavdelning öppnades utan alla möjligheter till utökade platser på redan befintliga vårdavdelningar utnyttjades. På samma sätt kunde kapacitetsökningarna inom service specialiteterna (anestesi/TVA, rtg etc) ske med minsta möjliga resursökning. Detta ledde till att DS AB hade den högsta produktivitetensutvecklingen i landstinget över de två åren med 4,1 % trots att DS AB hade en viss "överbemanning" under första kvartalet 2005 som förberedelse inför överföringen som skedde 1 april.

Under de sista månaderna av 2005 ökade trycket ytterligare på framförallt akutmottagningen och medicinkliniken. Under våren 2006 ökade trycket även på ortopedi och kirurgi, och i och med detta på samtliga servicespecialiteter. Detta innebar att ytterligare förstärkningar blev oundvikliga. En ny medicinavdelning öppnades under våren, under hösten tillkom vårdplatser inom ortopedi och förstärkningar har skett på kirurg- och akutklinikerna, liksom på serviceklinikerna vilket tillsammans har givit en tydlig tröskeeffekt. Dessa kostnadsökningar har varit omöjliga att finansiera med bakgrund av att vårdavtalet för 2006, som förutom den kraftiga rabatten, inte heller innehöll någon löne- och priskompensation utan dessa ökningarna skulle finansieras inom befintlig ram.

I mars 2006 begärde Danderyds Sjukhus omförhandling av gällande avtal med bakgrund av ovanstående. Beställarna avslög begäran om omförhandling och hänsköt frågan till Ägarna. Ägarna som i detta fall representerades av Bitr. landstingsdirektören beslöt att genomföra en benchmarkingstudie i syfte att försöka avgöra hur effektiva Danderyd, St:Göran och Södersjukhuset var i förhållande till varandra och sjukhus i övriga landet. Studien genomfördes av Helseplan.

Resultat av Helseplanjämförelsen och självkostnaderna

Studien genomfördes under hård tidspress vilket innebar att en hel del felaktigheter smogs in i resultatet på grund av oklara definitioner. Vissa av dessa felaktigheter är inte



upprättade i den slutliga versionen vilket gör att man bör tolka siffrorna med en viss försiktighet, vilket också Helseplan tydligt anger både i rapporten och vid alla muntliga presentationer (Dag Gjestebj). Felaktigheterna gäller framförallt antalet öppenvårdsbesök och medelvårdtider.

För att få en mer komplett bedömning har Danderyds Sjukhus även använt självkostnaderna som ett komplement till Helseplansstudien för att få en så heltäckande bild som möjligt. Självkostnaderna har genomförts under många år, och framförallt i jämförelserna mellan SÖS och DS AB har vi betydande erfarenhet att klassificeringar sker på likartat sätt och att verksamheterna är jämförbara. Risken för felaktiga uppgifter i detta material bedöms som betydligt mindre, men täcker å andra sidan inte alla de områden som Helseplan gör. I vårt arbete med av en åtgärdsplan för 2007 och 2008 har därför självkostnaderna använts som ett komplement till Helseplansuppgifterna. Enkelt sammanfattat har tolkningen varit den att om Helseplan och självkostnaderna pekat åt samma håll så har slutsatserna i Helseplan bedömts som huvudsakligen korrekta. Om de två analyserna har pekat åt olika håll så har fördjupade analyser gjorts för att se vari skillnaderna finns och vilka åtgärder som bör göras utifrån denna analys. Det är i detta sammanhang mycket olyckligt att självkostnader sedan flera år tillbaka inte finns tillgängliga för St Görans.

Nedan redovisas en sammanfattad rangordning av sjukhusen baserad på kostnads och produktivitetsdata utifrån Helseplansrapporten:

	DS	Sös	STG
Medicin (inkl. njur)	9	4	3
Kirurgi (inkl. urologi)	4	6	4
Ortopedi	4	8	1
KK	6	6	-
Röntgen	7	7	4
Akuten+ITA	6	7	3
Anestesi	6	4	2
Operation	2	8	9

1= bäst , 10= sämst

Självkostnaderna 2005 pris per poäng

	DS	SÖS	%
Medicin (inkl. njur)	33 725	31 832	5,9
Kirurgi	28 753	31 217	-7,9
Ortopedi	32 622	33 389	-2,3
KK	32 820	33 374	-1,7
Röntgen	1 678	1 763	-4,8
Akuten+ITA	1 641	1 884	-12,9
Anestesi	2 889	3 035	-4,8
Operation	1 634	1 807	-9,6

Slutsatsen som sjukhuset dragit med hänsyn till ovanstående är det framförallt inom medicin som fokus skall läggas. Även röntgen, anestesi/IVA och akuten behöver belysas eftersom självkostnadsjämförelsen med SÖS visserligen utfaller till DS ABs fördel, men Helseplans data indikerar en större effektivitet vid St Görän, och även en del andra jämförbara sjukhus i landet. För Kvinnokliniken gäller att gynekologidelen vid DS AB visade bra effektivitet i Helseplan och även har de lägsta självkostnaderna i SLL, medan förlossningsverksamheten för både SÖS och DS har ett högre resursutnyttjande än förlossningar ute i landet, vilket gav den lägre rangordningen i Helseplan. Vad gäller DS AB:s övriga kliniker visar båda analyserna en god kostnadseffektivitet jämfört med S:t Görän och/eller landet.

Analys/Åtgärder

Röntgen

Utvärderingen baseras till största delen på så kallade röntgenpoäng. Röntgenpoängen är ett försök att skatta hur svår genomförd/tidskrävande en undersökning är.

Röntgenpoängen tar inte hänsyn till:

- När på dygnet undersökningen görs (detta missgynnar Stockholmsjukhusen som har en större andel av sin verksamhet nattetid).
- I vilken utsträckning patienten själv kan medverka vid undersökningen (dvs om patienten är rullstolsbunden, sängliggande etc).
- I vilken utsträckning sjukhuset bedriver utbildning (utbildning av kandidater kostar läkartid utan att generera röntgenpoäng).
- I vilken utsträckning undersökningar dubbelgranskas (exempelvis dubbelgranskas enbart 25-50% av undersökningarna i Västerås.).

När man istället jämför produktivitet som antal undersökningar per anställd förändras bilden, och skillnaden mot S:t Görän försvinner helt. Detta indikerar att S:t Görän, liksom en del andra kliniker i landet, har väsentligt fler röntgenpoäng per undersökning. Detta kan bero på att kliniken har en annorlunda patientmix med svårare sjuka patienter. Det kan också bero på att kliniken väljer mer avancerade, dyrare undersökningsmetoder för samma typ av patientmix. Vi har inte kunna finna några data som tyder på det förstnämnda. Vi har dock kunnat finna en del data som tyder på att valet/blandningen av undersökningar skiljer sig åt. Till exempel gör Södersjukhuset i genomsnitt en CT respektive en MR per patient medan siffrorna för S:t Görän och Västerås är 1,25 och 1,14, respektive 1,45 och 1,12.

Sammanfattningsvis kan sägas att produktiviteten vad gäller antal undersökningar per satsad resurs är god på DS AB jmf med S:t Görän och landet. Den skillnad som föreligger i resursutnyttjande per röntgenpoäng förefaller huvudsakligen bero på val av andra undersökningsmetoder där det för oss inte är uppenbart att ökad medicinsk nytta följer. En förändring i samma riktning på DS AB skulle således förbättra produktivitetssiffrorna, men leda till ökade kostnader för SLL. Dock skall kliniken under 2007 fortsätta den rationalisering som inletts i samband med digitalisering av verksamheten. . Detta har redan under 2006 lett till ökat antal undersökningar per anställd.

Anestesi/IVA

Det är svårt att dra några entydiga slutsatser när det gäller anestesi/IVA. Enligt självkostnadsberäkningarna är DS mer kostnadseffektiv än SöS men enligt Helseplan ser bilden delvis annorlunda ut. Vid en genomgång har följande iakttagelser gjorts:

Generella

Kliniken är drivande i den regionala och nationella utvecklingen både på sköterske- och läkarsidan, t ex har kliniken två stycken SPESAK, 1 Läksak och sektionschefen på IVA har centralt uppdrag i SIR. Detta ersätts visserligen från centralt håll, men läkarna/sköterskorna ingår i Helseplans nämndare. I självkostnaderna justeras dock för detta, vilket kan bidra till att de två analyserna utfaller åt motsatt håll.

Efter strukturförändringarna -96 tom april -05 har DS AB haft en viss överkapacitet på IVA och varit landstingets buffert. Detta har varit gynnsamt för SLL systemet men har bidragit till en historiskt något högre bemanning på vår IVA. Strukturförändringen 3S, innebar dock ökade patientvolym till DS from april -05, vilket lett till produktivitetsförbättringar fr o m april 2005. Produktiviteten på IVA, mätt i antal VTL-poäng per personalkostnad (vårdpersonal) har förbättrats med hela 21 %. Detta indikerar att en stor del av skillnaden gentemot SÖS och även övriga landet sannolikt inhämtats redan under 2006.

I Helseplansanalysen var nyckeltalen: personalkostnad övrig personal per timme, omhändertagande anestesi och per vårdtimme postop/IVA sämre hos DS AB. Produktiviteten på Anestesiverksamheten (inkl UVA) har ökat med ca 6 % jan-aug 2006 vilket tyder på att vi i redan under 2006 hämtat hem en del av differensen i motsvarande jämförelse. Samtidigt har produktiviteten för läkare förbättrats med ca 14% jan-aug 2006 .

Vi har alltså redan under 2006 genomfört en väsentlig produktivitesförbättring inom anestesi/IVA, en effekt som skall bibehållas under 2007.

Akuten

Eftersom kliniken vid omläggningens start var den mest kostnadseffektiva av akutmottagningarna i Stockholm i självkostnadsanalysen var förväntningen att marginaleffekten inte skulle kunna utnyttjas i någon högre grad, utan att en resursökning skulle vara nödvändig i ungefär samma takt som patientökningen. Under första kvartalet 2005 var akuten uppbyggd för att möta det utökade uppdraget (inskolning mm) (se ovan) vilket bidragit till de sämre värdena för 2005 i Helseplan. Likafullt utföll självkostnadsjämförelsen samma år till DS AB:s fördel.

En oväntat hög fortsatt efterfrågeökning under våren 2006 har dock inneburit ökade övertidsuttag med en åtföljande produktivitetsförsämring. Omfattande förbättringsarbete har inletts med mottagande team, diagnosrelaterade processer mm. Dessa åtgärder har börjat få positiva effekter på väntetider etc, men måste fortsätta och förstärkas under 2007.

Under 2007 kommer (liksom på övriga större SLL akutmottagningar) ett nytt, strukturerat mottagande att införas (METTS). Därigenom stärks patientsäkerheten och akutprocessen blir smidigare vilket ger bättre resursutnyttjande. Målet är att fortsätta att i självkostnaderna vara SLLs mest kostnadseffektiva akutmottagning.

Medicin

Både självkostnaderna och Helseplan visar att det finns ett betydande rationaliseringsbehov inom kliniken.

De data som avviker mest negativt mot medianen i Helseplan är:

- Personalkostnad övrig personal/vårddag
- Personalkostnader läkare/läkarbesök
- Antal övrig personal/ disponibel vårdplats
- Antal vtf/årsarbetare (läkare)
- Antal läkarbesök / årsarbetare (läkare)

Jämför man självkostnaderna med medicinkliniken på SöS utfaller även de negativt, och man ser även där att det är kostnaderna för läkare/ poäng och vårdpersonal/poäng som har störst avvikelse negativt.

Med utgångspunkt i ovanstående är följande åtgärder beslutade, initierade och planeras att genomföras för att skapa förutsättningar för snabbare uppföljning, ökad kostnadseffektivitet och ökad delaktighet:

Generella åtgärder

- Dela kliniken i två delar
- Eliminera ett chefslager
- Tillsätta två nya verksamhetschefer
- Nyrekrytera några av första linjens chefer

Dessa stora och drastiska organisatoriska förändringar är inte i sig själva en besparingsåtgärd, men skapar nödvändiga förutsättningar till nytänkande, närmre och tätare uppföljning (av ekonomi, resursförbrukning och att vårdkvaliteten upprätthålls), mer delaktighet och bättre översyn.

Åtgärder läkare

- Förlägga arbetstiden fram till kl. 21
- Minska arbetad tid på helger
- Anpassa arbetstids- och jourschema enligt detta
- Anpassa bemanningen därefter
- Balansen specialister/ andra läkare åter till 50%

Åtgärder övrig personal

- Se över bemanningen relaterat till antalet sängar på samtliga avdelningar
- Minska överlappningstiden
- Minska oövertidsuttaget genom tydligare gränser och adekvat basbemanning
- Överväga att minska en del av våra servicefunktioner (dietister, kuratorer)

Målsättningen med åtgärderna är att minska kostnaderna per DRG-poäng med 5 % med full effekt under 2008. En sådan minskning för DS AB till SÖS självkostnadsnivå och utifrån Helseplans analys också nära S:t Görans resursanvändningsnivå. Detta innebär

att medicinkliniken skall sänka sina totala kostnader med 20 mkr. Under 2007 beräknas effekten av kostnadsreduceringarna till 10 mkr.

Avslutning

I det budgetunderlag som utarbetats och godkänts av bolagets styrelse förutsätts att de orealistiska förutsättningar som bolaget har fått inför 2006 korrigeras inför nästa år. Om detta inte sker så måste de åtgärdsplaner som togs fram i maj/juni 2006, och som då inte genomfördes på grund av ägarnas önskemål/direktiv att avvakta, att genomföras. Dessa innebär en begränsning av vårdutbudet. I budgetförslaget är rationaliseringar inlagda på samtliga kliniker.

Som framgår av ovan kommer rationaliseringskraven på anestesi, akuten och röntgen att vara fortsatt höga, men här finns redan åtgärder vidtagna under 2006 som bör påverka läget gynnsamt, vilket redan inarbetats i budgetunderlaget. DS AB:s effektiviseringsfokus ligger därför under 2007 främst på medicinkliniken där genomgripande förändringar genomförs för att uppnå det uppsatta effektiviseringsmålet.

I dagsläget har förhandlingarna med beställarna i princip strandat och det skiljer 133 mkr mellan parterna. En av de största meningsskiljaktigheterna gäller ökade beställningar för elektiv vård och indexuppräknningen av vårdavtalet med 2%.

I DS AB:s budgetunderlag utgår vi ifrån att de elektiva volymer som vi utför idag utökas i avtal 2007 med anledning av förändringen av akutmottagningen. Vid en analys av vårdkonsumtionen vid sjukhuset har historiskt sett patienterna vid Danderyds sjukhus genererat 4,4 elektiva besök för varje vårdtillfälle, en förhållandevis låg siffra inom länet (vilket också till viss del syns i Helseplansanalysen). I den beställning som lades inför 2006 har förutsatts att enbart 1,9 elektivt besök genereras i förhållande till den beställda slutenvården. Detta förutsätter med andra ord att när man skall göra uppföljande besök efter en akut vistelse på Danderyds sjukhus så skall detta ske på Karolinska Solna. Detta innebär också att patienter med kroniska sjukdomar skall vara akut sjuka på DS AB men kroniskt och planerat sjuka på Karolinska i Solna. Vi har redan haft några tillbud där denna konstruktion riskerat leda till skada för patienterna. Detta förfaringsätt motverkar dessutom den av SLL starkt eftersträlvade kontinuiteten i kontakten med patienterna och är oerhört förvirrande för patienterna och för remittenterna. DS AB vill med eftertyck betona vikten av att elektiva beställningar som på ett relevant sätt motsvarar de akuta volymerna överförs till DS AB under 2007.