



Hovedprogram for forbedring 2011-2016

Handlingsplan

1. INNLEDNING.....	4
2. PASIENTBEHANDLING	4
2.1 <i>Bedre internt pasientforløp</i>	5
2.2 <i>Pasienterfaringsundersøkelse som grunnlag for forbedringsarbeid.....</i>	6
2.3 <i>Nye metoder i pasientsikkerhetsarbeidet.....</i>	6
2.4 <i>Etablering av nasjonale og lokale kvalitetsregistre</i>	7
2.5 <i>Kvalitetsindikatorer i direkte pasientrettet arbeid.....</i>	8
2.6 <i>Mulighetsstudie med tanke på etablering av PET scan som et diagnostisk tilbud til pasienter i Midt-Norge</i>	8
3. OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE.....	9
3.1 <i>Styrke Lærings- og Mestringsarbeidet (LMS) i St. Olavs Hospital.....</i>	9
4. FORSKNING	10
4.1 <i>Implementering av utvalgte elementer i rapporten: Det integrerte universitetssykehus.....</i>	10
4.2 <i>Etablere et nasjonalt nettverk for klinisk forskning med senter koordinering i Trondheim.....</i>	10
4.3 <i>Oppbygging av infrastruktur for klinisk forskning.....</i>	11
4.4 <i>Forskningsproduksjon.....</i>	11
4.5 <i>Forbedring av rutiner for forskning – anvendelse av prosedyrer – oppfølging av Helseforskningsloven.....</i>	12
4.6 <i>Mulighetsstudie for etablering av et fullverdig simulatorsenter ved St. Olavs Hospital.....</i>	12
4.7 <i>Styrking av forskningsaktivitet og rekruttering ved fagområdet Patologi/Anatomi/Rettsmedisin i samarbeid med NTNU</i>	13
5. UTDANNING AV HELSEPERSONELL	14
5.1 <i>Overordnet strategisk kompetanseplan for St. Olavs Hospital</i>	14
5.2 <i>Praksisstudier av god kvalitet for et økende antall helsefaglige studenter og lærlinger. Implementering og evaluering av tiltak fra Praksisprosjektet våren 2010</i>	14
6. ORGANISASJONEN, RESSURSENE OG SAMFUNNET.....	15
6.1 <i>Ledelsesforankret kvalitetsforbedring som kontinuerlig prosess i St. Olavs Hospital.....</i>	15
6.2 <i>Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT).....</i>	16
6.3 <i>Bygningsmessig utvikling i Psykisk Helsevern.....</i>	16
6.4 <i>Aktivitets- og bemanningsplanlegging (aktivitetsbasert årsplanlegging).....</i>	17
6.5 <i>Ledelses- og organisasjonsstruktur.....</i>	17
6.6 <i>Lederutvikling</i>	18
6.7 <i>Organisering av pleietjenesten</i>	18
6.8 <i>Gjennomføring av samhandlingsreformen.....</i>	19
6.9 <i>Samhandlingskjede for kronisk syke</i>	19
6.10 <i>Benchmarking Helse Bergen HF</i>	20
7. NØKKELTALL OG OMSTILLINGSHISTORIE	20
8. UTFORDRINGER SOM KREVER ØKTE RESSURSER	21
9. BESKRIVELSE AV TILGJENGELIG ØKONOMI I 4-ÅRS-PERIODEN.....	21
10. OMSTILLINGSSTRATEGI.....	22

1. INNLEDNING

Dette dokumentet er en rullering av Faglig strategi og langtidsbudsjett 2010-2016 (sak 56/09), utformet som en mer konkret handlingsplan, heretter kalt Hovedprogram for forbedring 2011-2016-handlingsplan.

Handlingsplanen er forankret i Overordnet strategi for St. Olavs Hospital vedtatt av styret i mars 2009 (sak 16/09), Oppdragsdokument, Foretaksprotokoll, Langtidsbudsjett og Helse Midt-Norges oppdrag til St. Olavs Hospital i Strategi 2020, vil en i denne handlingsplanen gjøre rede for forbedringstiltak innenfor områdene:

Pasientbehandling
Opplæring av pasienter og pårørende
Forskning
Utdanning av helsepersonell
Organisasjonen, ressursene og samfunnet

Dokumentet bygger på vedtatt verdigrunnlag; helhet, likeverd, respekt og medbestemmelse.

St. Olavs Hospital har som ambisjon å få mest og best mulig tjenester for befolkningen igjen for de ressurser som stilles til disposisjon. Derfor ønsker vi hele tiden å forbedre våre arbeidsprosesser for å redusere og ta bort aktiviteter som i dag ikke tjener denne ambisjonen.

Vår hovedstrategi i forbedringsarbeidet er pasientsikkerhet, standardiserte pasientforløp og kvalitetsregistre.

Handlingsplanen prioriterer de områdene fra overordnet strategiplan hvor behovet for forbedringstiltak er størst.

Gjennomføringen av forbedringstiltakene forutsettes å være en del av driften og innebærer omlegging av arbeidsprosesser i klinikkene.

Gjennomføring følges opp av administrerende direktør og rapporteres tertialvis til styret.

Eventuell justering av kursen for å sikre måloppnåelse, vil bli lagt frem for styret i forbindelse med årlig rullering av forbedringsprogrammet.

2. PASIENTBEHANDLING

Overordnet mål:

St. Olavs Hospital skal tilby spesialisthelsetjenester av høy kvalitet, til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov.

Som viktigste virkemiddel velger foretaket å standardisere flest mulig av sine pasientforløp og i størst mulig grad involvere også andre foretak i regionen, avtalespesialister og primærhelsetjenesten i standardiseringsarbeidet.

Standardiserte pasientforløp er i denne sammenheng et verktøy som benytter på forhånd etablerte kliniske standarder (basert på den beste tilgjengelige dokumentasjon) for behandling av spesifikke grupper av pasienter. Utgjør hele eller del av pasientens journal, brukes av hele teamet og dokumenterer prosess og

resultat. Avvik fra standardisert forløp dokumenteres. Analyse av data tillater kontinuerlig evaluering av effekt og revisjon av standardisert forløp.

Standardisering er vist å kunne gjennomføres for opptil 80 % av en pasientpopulasjon i et sykehus, gir forbedret behandlingsresultat, reduserer medisinske feil, gir bedre pasientflyt og bedre pasientfornøydhets, og er i flere studier også beskrevet å gi bedre effektivitet og dermed positiv effekt på økonomisk resultat. Standardisert forløp vil for den enkelte pasient bety trygghet og forutsigbarhet og vil fungere som en uformell kontrakt mellom foretaket og pasienten.

Å standardisere pasientforløpene har effekt på alle elementer i foretakets virksomhet og kan brukes som styringsverktøy i hele organisasjonen samtidig som pasienten hele tiden er i sentrum

2.1 Bedre internt pasientforløp

Problemstilling	Mangelfull koordinering av pasientens behandlingsskjede internt i sykehuset og oppfølging i kommunene.
Mål	Økt kvalitet, effektivitet og sikkerhet for pasienter og ansatte i St. Olavs hospital gjennom bedre planlegging og logistikk. Standardiserte pasientforløp for alle større pasientgrupper.
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none">• Undersøkelse og klargjøring av alle pasienter poliklinisk før operasjon. Er implementert på alle opererende avdelinger. Prosjektet skal evalueres og korrigerende tiltak iverksettes. <i>Avsluttet evaluering 15.06.2011.</i>• Samle alle akutte operasjoner til dedikerte operasjonsstuer i AHL-senteret. Prosjektet er delvis implementert, men utredning og implementering av nevrokirurgi, ØNH-operasjoner og gynekologi gjenstår. <i>Prosjektstart 1.12.2010, sluttrapport 01.05.2011. Ferdig implementert iht vedtatt plan 01.12.2011.</i>• Forbedret operasjonsstuelogistikk. Implementering av tidsmatrise, driftsoppfølgingsmøter, operasjonsplanlegging og informasjonsfyllt. <i>Ferdigstilles innen 31.01.2011.</i>• Akselererende operasjonsforløp. Utprøvd og gjennomført på ortopedisk avdeling. Bredding til flere operative enheter planlegges. <i>Plan ferdig innen 01.05.2011.</i>• Sykehusintern samordning av behandlingstider og pasientreiser. <i>Tidsfrist 06.12.2010 for levering av prosjektrapport.</i>• Kvalitet, effektivitet og sikkerhet gjennom samhandling på Akuttavdelingen. Forprosjekt avsluttes uke 42. <i>Beslutning om videreføring innen 01.12.2010.</i>• Visualisering av pasientforløp med akutte operasjoner. Forskningsprosjekt i samarbeid med dansk firma (Cetrea og Nasjonalt senter for elektronisk pasientjournal). <i>Evaluering klar desember 2011.</i>• Psykisk Helsevern: Avtalefestet samhandling med kommunene for å sikre koordinerte tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse. <i>03.12.2011.</i>

2.2 Pasienterfaringsundersøkelse som grunnlag for forbedringsarbeid

Problemstilling	Analyseresultat fra pasienterfaringsundersøkelser angis å være en av de sterkeste motivasjonsfaktorer for kvalitetsforbedring i sykehus.
Mål	Utvikle en metode for å måle pasienterfaringer som kan komme til nytte i kvalitetsforbedringen av tjenestene.
Milepælsplan	<ol style="list-style-type: none">1. Pilotprosjekt høsten 2010<ul style="list-style-type: none">• Spørreskjema/måleinstrument for pasienterfaringsundersøkelsen utarbeides med utgangspunkt i validerte pasienterfaringsundersøkelser fra Kunnskapssenteret og erfaringer fra lignende undersøkelser ved St. Olavs Hospital. Kjerneverdiene vil bli forsøkt operasjonalisert i spørsmål. <i>Avsluttet 01.11.2010.</i>• Samarbeid med Kunnskapssenteret vedrørende vitenskapelig holdbarhet, metode for gjennomføring og vurdering av resultater.• Avklaring om datatekniske forhold rundt utprøving av pasientterminaler til pasienterfaringsundersøkelsen, samt vurdering av tilgjengelig programvare. Kostnadsberegning og budsjettering. <i>Avsluttet 15.11.2010.</i>• Kontakt med regional Etisk Komité. <i>Avsluttet medio desember 2010.</i>• Barneklubben og Kirurgisk klinikk bidrar som pilotavdelinger med to seksjoner hver. Piloten vil inkludere inneliggende pasienter.• Pilotavdelingene tester ut en papirversjon og en elektronisk versjon, det siste ved bruk av pasientterminalene i nytt sykehus.• <i>Piloten vil bli gjennomført i januar 2011 og oppsummert innen februar 2011.</i>2. Bredding av pasienterfaringsundersøkelser våren 2011. <i>Evalueres innen 31.06.2011.</i>3. Piloten prøves ut i Psykisk Helsevern. <i>Avsluttet 31.12.2011.</i>4. Psykisk Helsevern skal sørge for systematisk tilbakemelding fra pasienter om deres erfaringer med behandlingstilbudene, bl.a. ved bruk av metoden Bruker spør Bruker. <i>Avsluttet 31.12.2011.</i>

2.3 Nye metoder i pasientsikkerhetsarbeidet

Problemstilling	Noen pasienter å bli utsatt for skader og uønskede hendelser i forbindelse med behandling på St. Olavs Hospital. Pasientsikkerhet får stadig større oppmerksomhet både internasjonalt og nasjonalt. Det skal gjennomføres en nasjonal kampanje for pasientsikkerhet med start i 2011. St. Olavs Hospital vil utvikle og implementere metoder og verktøy for å hindre at pasienter utsettes for unødig skade som følge av ytelse eller mangel på ytelse av helsehjelp ved foretaket.
Mål	St. Olavs Hospital skal ved systematisk arbeid minimalisere sannsynligheten for pasientskader og uønskede hendelser. St. Olavs Hospital skal bygge en god pasientsikkerhetskultur basert på kommunikasjon, tillit og en felles oppfatning av betydningen av sikkerhet.

Milepælsplan	<p>St. Olavs Hospital skal sikre gode meldesystemer og en kultur som sikrer at uønskede hendelser blir dokumentert og meldt. Kunnskap om uønskede hendelser skal legges til grunn for læring og rutineendring i hele organisasjonen.</p> <p><i>Arbeidet foregår kontinuerlig og rapporteres tertialvis</i></p> <p>Pasientskader skal måles ved strukturert journalgjennomgang ved bruk av verktøyet Global Trigger Tool. Ved en retrospektiv analyse av et tilfeldig utvalg av pasientjournaler søker man systematisk etter nøkkelinformasjon etter definerte kriterier som kan indikere avvik fra det normale behandlingsforløpet. Resultater fra pilotprosjekt gjennomført ved Klinikk for øre-nese-hals, kjeve og øye i 2010 legges til grunn for opplæring og implementering av metodikken i hele organisasjonen. <i>Rapport pilotprosjekt 1.05.2011.</i> <i>Implementering ØNH 1.10.2011.</i> <i>Planlegging av eventuell bredding 1.01.2012.</i></p> <p>St. Olavs Hospital HF (StOH) og Safetec Nordic AS (Safetec) har med støtte fra Statens Helsetilsyn gjennomført et forprosjekt med mål å utvikle metodikk som gir større innsikt i pasientsikkerhetsproblematikken. Prosjektet vil overføre en nyutviklet metodikk fra offshorebransjen som fokuserer på <i>bakenforliggende systemforhold</i> rundt sikkerhet. Ved å bruke metoden for Pre-Incidental-Investigation, PII, kan man avdekke uønskede hendelser før de inntreffer. På bakgrunn av gjennomført pilot i 2010 ønsker man å utvikle et styringsverktøy for pasientsikkerhet. <i>Beslutning om videreføring innen 1.02.2011.</i></p> <p>Resultatene fra forprosjektet er presentert for Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Kunnskapssentret, Innomed og Helse Midt-Norge, som ga støtte til videre arbeid Det er opprettet et OFU prosjekt med støtte fra Innovasjon Norge for å utvikle metodikken videre for helsetjenesten Det er opprettet nasjonal referansegruppe med representasjon fra Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge, Statens helsetilsyn og Kunnskapssentret.</p>
--------------	---

2.4 Etablering av nasjonale og lokale kvalitetsregistre

Problemstilling	Gode kvalitetsregistre er en forutsetning for systematisk kontroll av klinisk virksomhet.
Mål	<p>St. Olavs Hospital HF skal utvikle flere lokale og regionale kvalitetsregistre etter en standardisert nasjonal modell. Det skal etableres minst 10 nye kvalitetsregistre ved St. Olavs Hospital i 2011-2012. St. Olavs Hospital HF skal i løpet av perioden søke om nasjonal godkjenning</p>

	for minst to registre. Alle klinikkene skal foreslå minst to indikatorer for måling av faglig kvalitet som det kan rapporteres på til adm. direktør og styret.
Milepælsplan	Etablering av arbeidsgrupper i klinikkene. Ferdig <i>mars 2011</i> . <i>Prosjektplaner ferdige juni 2011</i> <i>Registreringsoppstart primo november 2011</i> <i>Faglige indikatorer ferdig innen 1.03.2011.</i>

2.5. Kvalitetsindikatorer i direkte pasientrettet arbeid

Problemstilling	St. Olavs Hospital har som mål å tilby spesialisthelsetjenester av høy kvalitet. Det skal også fokuseres på kvalitet i omsorg og pleie. Feilmedisinering utgjør en vesentlig del av innrapporterte avvik. Automatisk legemiddelforsyning skal sikre bedre kvalitet innen dette området, men det er flere ledd i arbeidsprosessen som kan være utsatt for kvalitetssvikt: Medisin til rett pasient, til rett tid, på riktig måte, dobbelkontroll (som i dag utføres ulikt), samt observasjon og rapportering av virkning og bivirkning.
Mål	Utvikle interne kvalitetsindikatorer og metoder som bidrar til å sikre og dokumentere at pasienter ved St. Olavs Hospital får et likeverdig sykepleietilbud av god kvalitet. Med indikator menes i denne sammenheng: <i>"Målbare variabler som anvendes i det praksisnære feltet for å registrere om de oppfyller tjenesteytneres egendefinerte kvalitetsmål"</i> (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none"> Etablere forprosjekt høsten 2010 for å utvikle metoder for å overvåke medikamenthåndtering. <i>Avsluttet 01.03.2011.</i> Etablere et pilotprosjekt våren 2011 for å teste indikatorer og velge ut noen få områder som bør studeres nærmere når det gjelder årsakssammenhenger og muligheter for forbedring. Nevrologisk avdeling, Barne- og ungdomsklinikken, Kirurgisk klinikk, Observasjonsposten og Kreftklinikken er aktuelle pilotavdelinger. <i>Avsluttet 31.08.2011.</i> Benytt erfaringer fra pilotprosjektet til bredding til flere avdelinger. <i>Avsluttet 31.12.2011.</i> Psykisk Helsevern skal i løpet av perioden etablere et system for fullstendig registrering og oversikt over bruken av tvang. <i>Avsluttet 31.12.2012..</i>

2.6 Mulighetsstudie med tanke på etablering av PET scan som et diagnostisk tilbud til pasienter i Midt-Norge

Problemstilling	PET scan er etablert som del av anbefalt prosedyre i utredningen av flere typer kreft og i rask utvikling innen andre fagfelt i høyspesialisert medisin. Forskningspotensialet er meget stort. I Norge er for tiden etterspørselen etter denne type utredning større enn tilbudet og det bygger seg opp ventelister, - også for pasienter fra Midt-Norge. Helsedirektoratet anbefaler etablering av minst fire PET senter i Norge, - ett ved hvert
-----------------	--

	universitetssykehus.
Mål	Gjennomføre en mulighetsstudie med tanke på etablering av PET scan som et diagnostisk tilbud til pasienter i Midt-Norge.
Milepælsplan	<i>Ferdigstilles som sak til styret ved St. Olavs Hospital i marsmotet 2011.</i>

3. OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE

Overordnet mål:

St. Olavs Hospital skal ivareta pasienter og pårørendes rett til medvirkning, informasjon og samtykke, og bidra til økt kunnskap og mestring.

3.1 Styrke Lærings- og Mestringsarbeidet (LMS) i St. Olavs Hospital

Problemstilling	<p>Lærings- og mestringssentrene (LMS) skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gi opplæring til pasienter og pårørende • Styrke pasienters medvirkning i egen behandling gjennom hele pasientforløpet <p>Gi helsepedagogisk veiledning til kommunene i henhold til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.</p>
Mål	<p>Sikre at all aktivitet som pågår i samarbeid med, eller i regi av LMS- St. Olavs Hospital skjer med en felles faglig plattform som inneholder tre typer kunnskap:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kunnskap om helse</u> Målet med opplæringstiltak er at disse skal påvirke den enkeltes helsesituasjon positivt; mål av helseeffekt blir derfor viktig. • <u>Kunnskap om læring</u> Pedagogikken er en sentral nøkkel for å øke kvaliteten på opplæringstiltakene • <u>Kunnskap om samhandling</u> Samhandlingen mellom LMS, kliniske avdelinger, bruker-organisasjoner og kommuner skal styrkes <p>Det er et mål at all pasientopplæring ved sykehuset (jfr. ulike pasientskoler i regi av kliniske avdelinger) kan gjennomføres med basis i den helsepedagogiske kunnskap som eksisterer i sykehusets LMS-sentra.</p>
Milepælsplan	<p>Sikre nødvendig ressurs for koordinering av LMS - St. Olavs Hospital <i>Frist 31.12.2010</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre gode henvisningsrutiner, bl.a. etablering av postkasser i DocuLive/ EPJ-henvisninger. <ul style="list-style-type: none"> - Etablere system for koordinering av interne og eksterne henvendelser. <i>Frist 31.05. 2011</i> - Etablere felles rapportsystem gjeldende LMS-aktiviteter. Systematisk evaluering av tilbudet – PAM (NTNU). <i>Frist 31.11. 2011</i> • Faglig kvalitet og aktivitet <ul style="list-style-type: none"> - Strukturere all opplæring etter samme Kunnskapsmal, jfr. mål over. Elementer er bl.a. etablering av Mal for opplæringstiltak, EQS

	<ul style="list-style-type: none"> - Utvikle en plan for å styrke helsepedagogisk kompetanse hos alle som driver og skal drive opplæringstilbud i St. Olavs Hospital. - Opprette en felles opplæringsdatabase for all LMS-virksomhet i St. Olavs Hospital. <i>Frist 31.11.2011</i> <ul style="list-style-type: none"> • Samhandlingsreformen - økt samhandling med primærhelsetjenesten og frivillige organisasjoner.. <i>Plan med tiltak for samhandling må utarbeides innen september 2011.</i> • Forskning Utvikle en Strategi for videre forskning innenfor området for den neste 5-årsperioden. <i>Frist 31.09. 2011.</i> • En integrert del av pasientforløpet Opplæring, veiledning og trening legger grunnlaget for aktiv deltakelse og mestring ved flere ulike sykdommer og skader. Slik bør opplæringen få en naturlig plass i samhandlingskjeden / pasientforløpet. <i>Frist 31.11.2011.</i>
--	--

4. FORSKNING

Overordnet mål:

St. Olavs Hospital skal gi forskning høy prioritet, og skal som universitetssykehus styrke forskningen i hele regionen.

4.1 Implementering av utvalgte elementer i rapporten: Det integrerte universitetssykehus

Problemstilling	Et utvalg nedsatt av adm.dir. ved St. Olav Hospital og dekanus ved det medisinske fakultet har i 2010 utarbeidet en handlingsplan for bedre integrering av de to organisasjonene for å forbedre forskning, undervisning og pasientbehandling. Planen har vært igjennom en foreløpig behandling i styret ved St. Olavs Hospital.
Mål	Utarbeide en implementeringsplan for utvalgte elementer i rapporten. Planen gjøres fleksibel og tilpasses lokale behov.
Milepælsplan	<i>Ferdigstilles 01.03.2011.</i>

4.2 Etablere et nasjonalt nettverk for klinisk forskning med senter koordinering i Trondheim

Problemstilling	<p>Helse og omsorgsdepartementet har oppfordret universitetssykehusene i de regionale helseforetakene, om å danne et nasjonalt nettverk for klinisk forskning NORCRIN.</p> <p>Fra oppdraget: <i>NORCRIN is a national project within the Norwegian Clinical research network and comprises four clinical research centres in the four health regions in Norway. Central Norway Health Authority is the national hub. NORCRIN will facilitate European collaboration in the conduct of clinical research and provide the following services:</i></p>
-----------------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realisation of joint strategy of the development of education and scientific research according to the commitments adopted by the Bologna declaration 2. Exchange of experience and training activities 3. Expertise in clinical trials GCP (Good Clinical Practice) 4. Co-participation in national and international clinical research projects 5. Overview over clinical research facilities and services in Norway 6. Expertise in Norwegian medical research legislation and organisation of finances for medical research
Mål	Helse Midt-Norge skal være nasjonalt koordineringscenter for et nettverk for klinisk forskning – NORCRIN. Dette nettverket skal søke om opptak i europeisk nettverk for klinisk forskning – ECRIN.
Milepælsplan	Søknad til Forskningsrådet om midler til utvikling og oppbygging av NORCRIN <i>sendt 13. oktober 2010</i> Sende søknad til ECRIN om medlemskap i samarbeid med representanter for universitetssykehusene/helseregionene. <i>Søknad sendt 31.12.2010.</i>

4.3 Oppbygging av infrastruktur for klinisk forskning

Problemstilling	St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim skal delta i nasjonalt nettverk for klinisk forskning og ha funksjon som nasjonal hub for det europeiske nettverket ECRIN. St. Olavs mangler deler av nødvendig infrastruktur for klinisk forskning. Denne må bygges opp og all forskningsinfrastruktur må synliggjøres for ansatte i foretaket og for andre.
Mål	St. Olavs Hospital skal ha en velutviklet infrastruktur for klinisk forskning. Informasjon om infrastruktur for forskning skal være synlig og lett tilgjengelig internt og for lokale, regionale, nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere.
Milepælsplan	Oppbygging av lokal infrastruktur for forskning, som er en forutsetning for deltakelse i nasjonalt nettverk og funksjon som nasjonal hub: <ul style="list-style-type: none"> - videreutvikling av Enhet for anvendt klinisk forskning til å kunne ivareta funksjon som nasjonal hub for ECRIN oppbygging av og fastsetting av organisatorisk ansvar for Forskningsposten. Fastsetting av organisatorisk ansvar for Regional forskningsbiobank. - fastsetting av organisatorisk ansvar for nasjonale kvalitetsregistre. - synliggjøring av infrastruktur for forskning via nettsider (Kilden og St. Olavs). - informasjon ut til klinikker og institutt ved DMF. <i>Frist for ferdigstilling for alle tiltak 31.12.2010.</i>

4.4 Forskningsproduksjon

Problemstilling	St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge har lavere andel publikasjonspoeng enn ønskelig.
Mål	St. Olavs Hospital skal øke sin forskningsproduksjon med 10 % fra 2009 til 2011.
Milepælsplan	Utlysning og tildeling av interne midler for forskning og stimulere til søknader om ekstern finansiering. <i>Desember 2010</i>

	<p>Prioritering og iverksetting av tiltak beskrevet i rapport ”Det integrerte universitetssykehuset” <i>mai 2011</i></p> <p>Bidra inn i Trondheim helseklynge – felles søknad til Regionalt forskningsfond oktober 2010. <i>Felles søknad NFR desember 2010</i></p> <p>Delta i større søknader om midler bl.a. til Forskningsrådet (storskala forskningsinfrastruktur), SFI osv. – Storskala søknad til NFR i samarbeid med SINTEF, NTNU, Oslo Universitetssykehus. <i>01.11.2010</i></p> <p>Forbedring av rutiner for rapportering av forskning – publikasjoner – implementering av CRISTIN (nasjonalt system for registrering av forskningsproduksjon). <i>01.01.2012.</i></p>
--	--

4.5 Forbedring av rutiner for forskning – anvendelse av prosedyrer – oppfølging av Helseforskningsloven

Problemstilling	St. Olavs Hospital har ansvar for at all forskning ved sykehuset følger lover og regelverk. Helseforskningsloven medfører at enkelte prosedyrer i EQS må endres og prosedyrer må gjøres kjent og implementeres.
Mål	St. Olavs Hospital skal ha prosedyrer som sikrer at forskningen følger lover og regelverk.
Milepælsplan	<p>Utarbeide maler for avtaler om forskningssamarbeid osv.. <i>1. November 2010</i></p> <p>Synliggjøre prosedyrer og sikre implementering. <i>31.12.2010.</i></p> <p>Arrangere GCP ”Good Clinical Practise” kurs. <i>01.06.2011.</i></p> <p>Sikre samlet oversikt over forskningsprosjekter ved St. Olavs Hospital i en prosjektdatabase tilpasset denne typen registrering. <i>31.11.2010.</i></p>

4.6 Mulighetsstudie for etablering av et fullverdig simulatorsenter ved St. Olavs Hospital

Problemstilling	<p>Nåværende simulatorsenter har for liten kapasitet til å ivareta fremtiden utfordring når det gjelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasjon overfor brukerne. Få av fremtidens pasienter vil akseptere at helsepersonell ikke har simulert og trent på aktuelle prosedyrer og inngrep • Opplæring og fremtidig sertifisering og resertifisering av eget personell • Myndighetskrav til simulatortrening for prosedyrer, inngrep, samhandling i akuttsituasjoner osv. • Ivareta forpliktelser i en ny organisering av spesialistutdanningen for leger • Ivareta våre samarbeidsforpliktelser med HIST og NTNU • Ønske om opplæring og simulering fra næringsliv, forsvar og private organisasjoner.
Mål	Lage en mulighetsstudie for etablering av et fullverdig simulatorsenter ved St.

	Olavs Hospital
Milepælsplan	<p>Prosjektet skal belyse</p> <ul style="list-style-type: none"> • faglig innhold, - både kvalitativt og kvantitativt, - hva skal senteret tilby? • mulig lokalisering og arealdimensjonering • organisasjonsform <ul style="list-style-type: none"> ○ i egen organisasjon ○ som frittstående enhet, - aksjeselskap eller liknende ○ finansiering av investering ○ finansiering av drift, - inkludert salg av tjenester til eksterne (kurs osv.) <p><i>Mulighetsstudien ferdigstilles i løpet av februar 2011</i></p>

4.7 Styrking av forskningsaktivitet og rekruttering ved fagområdet Patologi/Anatomi/Rettsmedisin i samarbeid med NTNU

Problemstilling	<p>Det har gjennom mange år vært vanskelig å rekruttere leger til fagområdene patologi/anatomi/rettsmedisin i Norge, både til sykehusstillinger og til akademiske stillinger.</p> <p>I løpet av få år er det derfor nødvendig å rekruttere et betydelig antall leger med akademisk kompetanse.</p>
Mål	<p>Styrking av forskningsaktivitet og rekruttering innen fagområdet Patologi/ Anatomi/Rettsmedisin</p>
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter fra ledelsen av LMK, LBK og IKM. Gruppen får som mandat å utrede mulighetene for fastere samarbeid om felles rekruttering og forskningsaktivitet – både betreffende utdanningskandidater og ferdige spesialister innen fagområdene patologi/anatomi/rettsmedisin. <i>Avsluttet 01.02.2011.</i> • Gruppen leverer en rapport med konkrete forslag til mer hensiktsmessig utnyttelse av stillingsporteføljen samt rekrutterings- og forskningsfremmende tiltak. <i>Avsluttet 30.06.2011.</i> • Rapport sendes på høring til berørte fagmiljøer. <i>Avsluttet 01.10.2011.</i> • Ferdigstillelse av rapport. <i>Avsluttet 15.11.2011</i> • Utforme stillings- og samarbeidsinstrukser. <i>Avsluttet 31.12.2011</i> • Ferdigstille og sende evt. søknader om økonomisk stimuleringsbistand (Samarbeidsorganet o.a.) ihht søknadsfrister. <i>Forventet avsluttet 15.09.2012.</i> • I første omgang tar en for seg fagområdene patologi/anatomi/rettsmedisin. Tilsvarende rekrutteringsproblemer finnes også på andre fagområder innen laboratoriefagene, bl.a. mikrobiologi og immunologi/transfusjonsmedisin. På litt lengre sikt kan det derfor være aktuelt å utvide forslagene til å omfatte også disse og andre aktuelle fagområder. <i>Påbegynnes våren 2012.</i>

5. UTDANNING AV HELSEPERSONELL

Overordnet mål:

St. Olavs Hospital skal være en aktiv undervisningsarena for studenter, lærlinger, turnuskandidater og medarbeidere, og levere helsefaglig kompetanse av høy kvalitet.

5.1 Overordnet strategisk kompetanseplan for St. Olavs Hospital

Problemstilling	Det forventes at alle helseforetak i foretaksgruppen utarbeider en overordnet og langsiktig kompetanseplan innen 2010 (5-årsperspektiv), og at denne rulleres årlig. Kompetanseplanen skal gi grunnlag for langsiktige samarbeidsplaner med universitet og høyskoler og planlegging av egne etterutdanningstiltak og rekrutteringstiltak. Samhandlingsperspektivet skal fokuseres spesielt i kompetanseplanen. (Jfr. Foretaksmøteprotokoll St. Olavs Hospital februar 2009).
Mål	Klinikkvise kompetanseplaner skal danne grunnlaget for en strategisk helhetlig kompetanseplan på overordnet nivå. (Jfr. Overordnet strategi for St. Olavs Hospital)
Milepælsplan	Med utgangspunkt i klinikkenes oppdaterte kompetanseplaner foreslå: <ul style="list-style-type: none">• en hensiktsmessig andel spesialsykepleiere og jordmødre, samt personell med master- og PhD-grad.• en hensiktsmessig fordeling mellom hjelpepleiere/barnepleiere, helsefagarbeidere og sykepleiere ved sengeområder• Beskriv og begrunn hvilken type kompetanse som er kritisk• Foreslå aktuelle rekrutterings- og kompetanseutviklingstiltak <i>Ferdigstilles mars 2011</i> <ul style="list-style-type: none">• På bakgrunn av de klinikkvise planene og anbefalinger fra delprosjektet lages et forslag til en overordnet kompetanseplan for alle yrkesgrupper ved St. Olavs Hospital. <i>November 2011.</i>

5.2 Praksisstudier av god kvalitet for et økende antall helsefaglige studenter og lærlinger. Implementering og evaluering av tiltak fra Praksisprosjektet våren 2010

Problemstilling	Endringer innen helseforetaket og utdanningene var bakgrunnen for et praksisprosjekt i samarbeid med HiST våren 2010. Prosjektet foreslo tiltak som innebærer en utvidelse av praksisarenaene og nye veiledningsmodeller. Sluttrapporten beskrev også kombinerte stillinger som et viktig tiltak for å følge opp prosjektet og forbedre utdanningene.
Mål	<ul style="list-style-type: none">• St. Olav tilbyr et økt antall praksisplasser av god kvalitet for helsefaglige studenter og lærlinger.• Bedre integrasjon mellom teori og praksis i de helsefaglige utdanningene, kunnskapsbasert yrkesutøvelse og tettere samarbeid mellom høgskole og helseforetak gjennom kombinerte stillinger.
Milepæl	<ul style="list-style-type: none">• Implementere og evaluere hovedtiltakene fra praksisprosjektet i samarbeid med HiST (styrt turnus, rotasjonsordninger og nye veiledningsmodeller). <i>Evaluering sluttføres april 2011.</i>• Utarbeide kriterier og prosjektsøknad til kombinerte stillinger i samarbeid med HiST. <i>Innen desember 2010.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Opprette stillinger og tilsette inntil fem medarbeidere i kombinerte stillinger <i>innen april 2011</i>. • Rapportere og evaluere <i>innen desember 2011</i>.
--	--

6. ORGANISASJONEN, RESSURSENE OG SAMFUNNET

Overordnet mål:

St. Olavs Hospital skal ha en synlig og ansvarlig ledelse

St. Olavs Hospital skal være det mest veldrevne universitetssykehuset i landet

St. Olavs Hospital skal fremstå som et trygt og tilgjengelig tilbud overfor befolkningen

6.1 Ledelsesforankret kvalitetsforbedring som kontinuerlig prosess i St. Olavs Hospital

Problemstilling	St. Olavs Hospital har ikke en omforent forståelse av begrepet kvalitet og hvordan man skal håndtere alle faktorer som påvirker kvaliteten på tjenestene og organisasjonen.
Mål	Etablere et helhetlig system for å kommunisere og styre kvalitets- og forbedringsarbeidet. Etablere et hensiktsmessig kvalitetsstyringssystem som understøtter kvalitets- og forbedringsarbeidet ved foretaket. Utvikle en organisasjonskultur som setter tydelige krav til systematisk kvalitets- og forbedringsarbeid.
Milepælsplan	<p>Sørge for et oppdatert og helhetlig kvalitetssystem ved St. Olavs Hospital. <i>Beskrivelse ferdigstilles innen 31.3.2011</i></p> <p>Brukervennligheten av kvalitetsstyringsverktøyet EQS skal økes. <i>Frist 31.3.2011.</i></p> <p>Nye føringer for form og innhold i de styrende dokumenter ved foretaket. <i>Frist 31.12.2011.</i></p> <p>Implementering og oppfølging av det helhetlig kvalitetssystemet både på foretaks- og klinikk-/divisjonsnivå skal følges kontinuerlig.</p> <p>Ved systematisk risikostyring skal faktorer som innebærer risiko for måloppnåelse identifiseres og korrigerende tiltak iverksettes kontinuerlig.</p> <p>Metodikk for systematiske årsaks- og hendelsesanalyse av uønskede hendelser skal implementeres. Bakenforliggende systemårsaker til uønskede hendelser skal kartlegges kontinuerlig.</p> <p><i>Rapportering kvartalsvis.</i></p> <p>Kunnskap om og statistikk over avvik og uønskede hendelser skal brukes til systematisk oppfølging og styring av forbedringsarbeidet i hele organisasjonen. Rapporterings- og analysefunksjonen skal styrkes. Rapport og statistikkverktøy skal forbedres. <i>Frist 31.3.2011.</i></p> <p>Det skal legges til rette for erfaringsoverføring og læring på tvers i organisasjonen.</p> <p><i>Rapporteres tertialvis.</i></p>

6.2 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Problemstilling	Alle deler av virksomheten ved St. Olavs Hospital er avhengig av IKT. Beslutningsgrunnlag for videreutvikling og nyanskaffelser er ikke godt nok forankret i det aktuelle brukermiljøet. Problemer med tilgjengelighet og funksjonalitet knyttet til IKT-systemene, skaper utfordringer for driften. IKT-avhengigheten er også en utfordring i beredskapssammenheng.
Mål	IKT-systemene skal oppleves som nyttige verktøy som understøtter den faglige aktiviteten. Gode rutiner for IKT-beredskap skal sikre trygghet for pasienter og ansatte.
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none">• Serviceerklæring fra Hemit utarbeides og gjøres kjent i organisasjonen innen 31.12.2010.• Den tette dialogen mellom sykehusledelsen og ledelsen i Hemit videreføres gjennom halvårlige møter, og behovet for kompetanseutvikling i Kundesenteret formidles til Hemit.• Talegjenkjenning følges opp som anbefalt i sluttrapporten fra innføringsprosjektet.• Systemeirollen styrkes, og deltakelse av klinikere i utforming av beslutningsgrunnlag for videreutvikling og nyanskaffelser sikres. Nye rutinebeskrivelser innen 31.12.2010• Beredskapsrutiner ved bortfall av IKT-tjenester gjennomgås i henhold til egen plan og kommuniseres både sentralt og på klinikknivå innen 31.12.2010.• Videreutvikling av "MayWay2PAS" for å imøtekomme de krav til rapportering som Psykisk Helsevern har. 31.12.2011. Tiltak gjennomført i 2010 følges opp gjennom tertialvis statusrapportering til Hovedledelsen.

6.3 Bygningsmessig utvikling i Psykisk Helsevern

Problemstilling	<p>I 1993 gjorde STK vedtak om samling av det psykiatriske sykehustilbudet i Sør-Trøndelag på ett sted. Fylkestinget så behovet for en umiddelbar utvikling av eiendomsmassen innenfor Psykisk helsevern og gjorde vedtak om å investere i bygningsmassen på Østmarka før utbyggingen på Øya.</p> <p>I 1996 ble vedtaket om samling på ett sted endret til samling på to steder, der et psykiatrisenter for allmennpsykiatri skulle inngå i utbyggingsprosjektet på Øya under forutsetning av at det ble bygd i byggefase 1, og de øvrige langtids- og spesialfunksjoner skulle samles på Østmarka.</p> <p>De kliniske sentra i byggefase 1 stod ferdig i 2005, og byggefase 2 i 2009. Psykiatrisenteret har imidlertid ennå ikke byggevedtak og er så langt heller ikke finansiert. Manglende igangsetting av psykiatrisenteret båndlegger også utvikling av bygningsmassen på Østmarka. En stor del av bygningene her er fra 1918 og sykehusets lokaler tilfredsstillende på langt nær dagens krav til sykehusdrift.</p> <p>Den bygningsmessige situasjon på Østmarka og Tiller DPS er nå så prekær at det løsninger på hvordan bygningsmassen her kan oppgraderes i etapper bygg for bygg selv om bygging av psykiatrisenter og sikkerhetsavdeling ennå ikke er igangsatt, må utredes. Tilpasninger må gjennomføres slik at de i størst mulig grad har varig verdi i forhold til en helhetlig generalplan for eiendomsmassen</p>
-----------------	---

	som disponeres av Psykisk Helsevern.
Mål	<ol style="list-style-type: none"> 1. Det utarbeides en utviklingsplan innen Psykisk Helsevern for et brukerrettet tjenestetilbud som fremmer riktig og effektiv behandling og som er i tråd med nasjonale føringer. Planen fremskrives til 2020. 2. Det utarbeides en generalplan for en bygningsmasse som støtter opp om et fremtidsrettet tjenestetilbud i tråd med utviklingsplanen. Den bygningsmessige utvikling må være økonomisk bærekraftig.
Milepælsplan	<p>Prosjektet skal vurdere/belyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behovskartlegging • Aktivitet-/tjenestetilbud • Det utarbeides en Utviklingsplan som fremskrives til 2020 • Arealrammer/ -behov • Bygg - kartlegging eksisterende • Driftsmodeller / driftsøkonomiske konsekvenser • Det utarbeides en bygningsmessig utviklingsplan/ generalplan for bygningsmassen som disponeres av Psykisk Helsevern som understøtter utviklingsplanen. • Investeringsbehov • Alternative løsninger • Finansieringsmodeller • Det utarbeides handlingsplan på kort sikt <p><i>Prosjektet skal ferdigstilles mars 2011.</i></p>

6.4 Aktivitets- og bemanningsplanlegging (aktivitetsbasert årsplanlegging)

Problemstilling	<p>Oppdrag 2010: ”Foretaksmøtet forutsetter at arbeidet med å etablere faste rutiner for aktivitets- og bemanningsplanlegging (aktivitetsbasert årsplanlegging) fullføres.”</p> <p>St. Olavs Hospital dimensjonerer bemanningen ut fra planlagt aktivitet også i dag, men det er behov for å forbedre og systematisere dette arbeidet i foretaket.</p> <p>For å lykkes med aktivitets- og bemanningsplanlegging (aktivitetsbasert årsplanlegging), er det avgjørende å sikre deltakelse fra alle yrkesgruppene. Avgjørende for planlegging av den kliniske aktiviteten, er å ha oversikt over legenes tilstedeværelse. Det derfor viktig å starte med planlegging av legenes aktivitet.</p>
Mål	<p>I tillegg til optimal ressursbruk, er målet å utvikle aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging på en måte som sikrer en forutsigbar arbeidsplan og gode arbeidsforhold for de ansatte. Dette innebærer</p> <ul style="list-style-type: none"> • å redusere overtid, mertid og uforutsette vakter. • å sikre at enhetens bemanning er koordinert på tvers av yrkesgruppene og står i forhold til planlagt aktivitet.
Milepælsplan	<p>Rutinebeskrivelse og plansystem på plass <i>innen 1.3.2011.</i></p> <p>Utprøving av systemet fra og med <i>1.4.2011.</i></p> <p>Evaluering av prosjektet innen <i>1.12.2011.</i></p> <p><i>Tilbakerapportering til Hovedledelsen i mars, juni, september og desember 2011.</i></p>

6.5 Ledelses- og organisasjonsstruktur

Problemstilling	<p>Vedtatte prinsipper for ledelses- og organisasjonsstruktur er ikke implementert i hele organisasjonen. Dette må gjøres på en måte som hensyntar mangfoldet og ulikheten mellom virksomhetsområdene.</p>
-----------------	--

Mål	St. Olavs Hospital skal ha en tydelig, enhetlig ledelsesstruktur med samsvar mellom ansvar og myndighet som beskrives i lederavtaler på alle fire ledelsesnivå.
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Statusgjennomgang med hver enkelt klinikk innen 01.02.2011. • Lage en felles mal i EQS for organisasjonskart som beskriver alle ledelsesnivå i hele organisasjonen. Beskrive og implementere rutiner for vedlikehold av organisasjonskartene innen 01.02.2011 • Beskrive årshjulet for inngåelse og oppfølging av lederavtaler på alle fire ledelsesnivå. • Tiltak gjennomført i 2010 følges opp gjennom tertialvis statusrapportering til Hovedledelsen. <p><i>Erfaringene oppsummeres i løpet av november 2011</i></p>

6.6 Lederutvikling

Problemstilling	Ledelsen ved St. Olavs Hospital skal være synlig og ansvarlig og sikre effektiv organisering og ressursbruk. Lederrollen på alle nivå i organisasjonen er krevende, og lederutviklingsarbeidet skal gi lederne kunnskap, redskap og personlig mot for å ivareta lederrollen på en best mulig måte. Lederutviklingsarbeidet skal også bidra til å utvide søkergrunnlaget til lederstillinger.
Mål	<ul style="list-style-type: none"> • Legge grunnlaget for en felles lederkultur. • Gi kunnskap, verktøy og motivasjon til å ivareta rollen på best mulig måte. • Tydeliggjøre forventninger, ansvar og myndighet knyttet til rollen som leder. • Sikre rekruttering av ledere.
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Basisprogram for ledere på nivå 3 og 4 arrangeres årlig. • Verktøykurs for ledere på alle nivå arrangeres kontinuerlig. • Dagsamling for alle ledere på alle nivå i juni hvert år. • Tilbud om individuell lederveiledning med bruk av interne ressurser i perioden 2010 - 2012. • Tilbud om veiledning til ledergrupper på nivå 2 - 4 med bruk av interne ressurser i perioden 2010 - 2012. • Utviklingsprogram for Hovedledelsen gjennomføres i perioden november 2010 – juni 2012. • Hovedledelsen deltar i regionalt lederutviklingsprogram som gjennomføres i perioden oktober 2010 – juni 2012. • Rekruttering av deltakere til Nasjonalt topplederprogram som avholdes to ganger pr. år. • Videreutvikle ledernetverket på Virksomhetsportalen kontinuerlig. • Lederutviklingsarbeidet evalueres med tanke på behov for nye aktiviteter, <i>senest oktober 2012.</i>

6.7 Organisering av pleietjenesten

Problemstilling	Flere analyser viser at pleiefaktoren ved St. Olavs Hospital er høyere enn ved andre sykehus i Helse Midt-Norge og ved mange sammenlignbare universitetssykehus. Det pekes ofte på fysiske forhold og størrelsen på organisatoriske enheter som delforklaring. Det er allikevel interne ulikheter i pleietyngde og kompetansebehov. Pleiefaktoren i distriktpsykiatriske sentrene i Psykisk Helsevern er betydelig lavere enn landsgjennomsnittet.
Mål	<ul style="list-style-type: none"> • Pleietjenesten skal organiseres på en måte som gir optimal ressursbruk og

	<p>rett kompetanse på rett plass.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produktiviteten i pleiepersonellgruppen skal være på nivå med sammenlignbare sykehus.
Milepælsplan	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgå kompetanseprofil, arbeidsflyt og ressursdisponering av pleietjenesten i utvalgte klinikker/senter <i>innen 31.12.2010.</i> • Gjennomføre forsøk med organisering av pleietjenesten i større enheter i utvalgte klinikker/senter i perioden <i>1.1. – 31.12.2011.</i> • Avklare beslutningsgrunnlaget i forhold til eventuell anskaffelse av pleietyngdemålingsverktøy <i>senest 1.3.2011.</i> • Det gjennomføres en følgeevaluering av forsøket. <i>Evalueringsrapporten skal foreligge senest 30.09.2010 for å være en del av beslutningsgrunnlaget i forhold til eventuell videreføring og spredning av resultatene til andre klinikker/senter.</i>

6.8 Gjennomføring av samhandlingsreformen

Problemstilling	Stortinget gjorde med grunnlag i St. melding 47 2009 – 2010 i april vedtak om å gjennomføre Samhandlingsreformen fra 2012.
Mål	Prosjektet skal sikre at St. Olav gjennomfører reformen i tett samarbeid med kommunene og med et resultat som realiserer visjonen for samhandlingsstrategi i St. Olavs Hospital om at St. Olavs Hospital skal være det beste helseforetaket på samhandling med kommunene.
Milepælsplan	Utarbeide handlingsplaner for nødvendige endringer i ledelse, organisering og drift ved St. Olavs Hospital som følge av reformen. <i>Ferdigstilles 31.08.2011.</i>

6.9 Samhandlingskjede for kronisk syke

Problemstilling	Befolknings- og sykdomsutvikling innebærer at det blir flere som lever med kronisk sykdom som ved forverring kan kreve særskilt oppfølging. Manglende informasjon fra sykehus til fastlege etter sykehusopphold reduserer muligheten disse har til å iverksette tiltak lokalt.
Mål	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisk oppfølging av kronisk syke etter sykehusinnleggelse med en målsetting å gi en bedre oppfølging fra kommunehelsetjenesten inkl. fastlege slik at antall kontroller og innleggelser i sykehus reduseres. • Integre elektroniske løsninger utviklet gjennom Meldingsløftet og ELIN-k (fase 2).
Milepælsplan	Gjennomføre prosjektet i samsvar med protokollene og iverksette nødvendige faglige og organisatoriske endringer som kreves i prosjektet. Brekke "samhandlingskjeden" som en standard for samarbeidet mellom St. Olav og kommunene om kronisk syke. Integre elektroniske meldinger Meldingsløftet og ELIN-k. <i>Ansluttes 31.12.2011.</i>

6.10 Benchmarking Helse Bergen HF

Problemstilling	Gjennom analyser foretatt blant annet i Helse Midt-Norge RHF og Samdata, fastslås at Helse Bergen er det mest effektive universitetssykehus i Norge. St. Olavs Hospital har som mål å være minst på høyde med Helse Bergen når det gjelder effektivitet og faglig kvalitet. I det arbeid som hittil er gjennomført er det avdekket store forskjeller i de to foretakenes interne struktur og organisering, og dette svekker presisjonsnivået ved sammenligninger mellom foretakene. Det er nødvendig med et betydelig arbeid for å fremskaffe data som er reelt sammenligningsbare.
Mål	Gjennom benchmarking og øvrige analyser i samarbeid med Helse Bergen fremskaffe bedre grunnlag for fremtidig omstillingsarbeid.
Milepælsplan	<ol style="list-style-type: none">1. Inngå samarbeidsavtale med Helse Bergen, hvor begge parter gjensidig forplikter seg til å bidra til utvikling av gode analyser og parametere for sammenligning av effektivitet, produktivitet og faglig kvalitet. Frist: 1. februar 2011.2. Fremskaffe analyser pr klinikk som gir et tilstrekkelig presist uttrykk for våre klinikkers effektivitet og produktivitet målt mot tilsvarende i Helse Bergen. Frist 31.august 2011.3. I samarbeid med Helse Bergen utvikle relevante parametere og datagrunnlag for sammenligning av faglig kvalitet. Frist 31.12.2012.4. I samarbeid med Helse Bergen løpende videreutvikle analyser og grunnlagsdata for å forbedre kvalitet og utsagnskraft i sammenligningsdata.

7. NØKKELTALL OG OMSTILLINGSHISTORIE

St. Olavs Hospital omstiller stadig virksomheten, og de viktigste grepene har vært å forbedre pasientforløpene, og flytte aktivitet fra innleggelse til mer dagbehandling og poliklinikk. Liggetiden har gått ned og antall senger er redusert med om lag 200 de siste årene. St. Olavs Hospital i har i dag 400 færre årsverk enn i desember 2005. Det fant sted en stor resultatforbedring i 2007 i forhold til året før da økonomien var rekordsvak, en liten forbedring i 2008 i forhold til året før, og en liten forbedring i 2009. I 2010 anslås at det blir ytterligere en liten forbedring.

Lønn og pensjonskostnader utgjør 59 % av sykehusets budsjetterte kostnader i 2010, og det antas at fokus for videre omstilling og resultatforbedring først og fremst må rettes mot lønnskostnader.

St. Olavs Hospital har et brutto budsjett på 7,0 milliarder kroner, og har om lag 8000 ansatte, 720 medisinerstudenter og 1230 øvrige helsefagstudenter. Knappt 60 000 pasienter innlegges hvert år, mens om lag 370 000 pasienter får poliklinisk behandling årlig.

8. UTFORDRINGER SOM KREVER ØKTE RESSURSER

Våren 2010 utarbeidet St. Olavs Hospital et langtidsbudsjett for perioden 2011-2016, basert på føringer fra Helse Midt-Norge. I langtidsbudsjettet er også interne utfordringer som krever økt ressurser omtalt. Disse er:

Gevinst ved salg av eiendom ligger i budsjett 2010 med 123 mill kr. I og med at det i langtidsbudsjettperioden ikke er lagt inn gevinst ved salg, blir konsekvensen en tilsvarende resultatforverring i 2011.

For å følge opp tidligere vedtak om økt midler til vedlikehold, forskning, utvidelse av observasjonspost og økt bemanning av anestesi og intensiv i nytt sykehus, er det intensjon om å legge inn midler til dette i budsjett 2011. Dette utgjør til sammen 40 mill kr.

For å følge opp føringer i Styringsdokumentet, må det legges inn økte midler til etablering av utenlandsteam, rehabilitering av pasienter med hodeskade, ablasjonsbehandling av hjerteflimmer og økt tilbud til pasienter med kronisk smerte. Til sammen utgjør dette 20 mill kr.

Det vil de kommende år bli nødvendig å øke kostnader til vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr (MTU). Videre er deler av MTU som ble anskaffet i byggefase 1 i ferd med å bli utslitt og det vil de kommende år være nødvendig å reinvestere dette. Som følge av at MTU i nytt sykehus var delvis kontantfinansiert vil dette medføre en netto kostnadsøkning.

Kapitalkostnader (finans og avskrivninger) antas å øke med om lag 10 mill kr i 2011 målt mot budsjett i 2010 og 40 mill kr målt mot prognose 2010. Fra 2013 vil kapitalkostnader gå noe ned. Rente og størrelse på langsiktige lån er beregnet i tråd med Helse Midt-Norge RHF sitt oppsett/estimat. Det er ikke lagt inn reduksjon av kassekreditt i perioden, den er estimert til et gjennomsnittlig nivå på 1,75 mrd kr.

IKT-kostnader viser en betydelig økning. De årlige kostnadsøkninger er for det vesentlige knyttet til påregnelig økning i tjenesteavtalen med Hemit, som har fremkommet gjennom samtaler med Hemit. Dette må gjennomgås med et regionalt perspektiv, og er foreløpig anslått til 26 mill kr. Avskrivningskostnadene for IKT og medisinsk-teknisk utstyr vil øke med 14 mill kr dersom 75 % av verdiene blir reinvestert.

9. BESKRIVELSE AV TILGJENGELIG ØKONOMI I 4-ÅRS-PERIODEN

Helse Midt-Norge står foran store utfordringer knyttet til økonomi og investeringer i årene fremover, blant annet som følge av ambisjon om bygging av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Midler til ordinær drift synes derfor å bli redusert for hele regionen. Helse Midt-Norge har bedt St. Olav om å redegjøre for angrepsvinkel for å tilpasse seg en reduksjon i inntektsrammen på 1 – 4 %, tilsvarende 61 – 244 mill kr.

Tilpasning til redusert inntektsramme må skje gjennom reduksjon i kostnader (varekostnader, lønnskostnader og andre driftskostnader). Dette vil måtte gjennomføres ved:

Strukturelle endringer

Reduksjon varekostnader og andre driftskostnader

Reduksjon forbruk av månedsverk

Gjennom de kartlegginger som er gjort knyttet til driftsendringer ved våre enheter i Orkdal og Røros, er det avdekket at de økonomiske konsekvenser av betydelige endringer er relativt små. Dette vil bli gjennomført først etter eiers beslutning og det er nødvendig med ytterligere utredninger for å kunne

konkretisere de økonomiske konsekvenser. Vi antar at dette ikke gir stor samlet effekt i langtidsbudsjettperioden.

Øvrige strukturelle endringer kan være avvikling av deler av vår virksomhet. Så lenge disse virksomhetsområder omfattes HMNs ”sørge for”-ansvar, antas at denne avviklingen vil måtte kompenseres gjennom kjøp av tjenester fra andre regioner. Dette vil med overveiende sannsynlighet medføre kostnadsøkninger, og betraktes ikke som et reelt alternativ.

Gjennom forbedrede innkjøpsavtaler er det mulig å oppnå en viss reduksjon i varekostnader og andre driftskostnader. Vi antar at potensialet her er ca 5 mill kr årlig. Imidlertid medfører ny teknologi/nye metoder økte kostnader til medikamenter, implantater og medisinske forbruksvarer. Netto blir det derfor med stor sannsynlighet ikke kostnadsreduksjon her.

Dette innebærer at tilnærmet all nødvendig tilpasning vil måtte skje gjennom reduksjon i forbruk av personalressurser.

10. OMSTILLINGSSTRATEGI

Organisasjonen har vært gjennom store omstillinger de senere år, noe som blant annet har medført at vi i dag er ca 450 færre ansatte enn i 2005. Omstillingskravene har i stor grad vært fordelt noenlunde jevnt mellom de enkelte deler av foretaket, men arbeidet med budsjett 2011 har tydeliggjort at vi nå er i ferd med å nå grensen for hva som er mulig å oppnå av omstilling med denne metoden å fordele innsparingskravene på.

Dette dokumentet inneholder et hovedprogram for forbedring i St. Olavs Hospital. Programmet spenner over et bredt spekter av tiltak. Hovedtanken er at forbedringstiltakene gir bedre kvalitet, bedre logistikk og bedre ressursutnyttelse. Klinikkene vil gjennom dette arbeidet også bedre kunne tilpasse seg fremtidige eierkrav om effektivisering uten å sette faglig kvalitet og arbeidsmiljø i fare.

Det er sannsynligvis potensial for ytterligere omstilling, men framtidige tiltak må i langt større grad enn i dag være adressert til enkeltområder i organisasjonen og da basert på dokumentert svakere drift enn sammenlignbare enheter/foretak. Slik dokumentasjon krever et helt annet analysegrunnlag enn det har vi i dag. Fram mot budsjettarbeidet for 2012 må det derfor fremskaffes vesentlige mer detaljerte økonomiske sammenligninger med Helse Bergen og andre foretak, slik at vi er i stand til objektivt å vurdere den enkelte klinikks drift.

Det er videre nødvendig å fortsatt arbeide med utvikling av objektive parametere for evaluering av faglig kvalitet. Dette kan også påvirke vår evne til ytterligere omstilling.

11. IMPLEMENTERING OG RESULTATOPPFØLGING

Gjennomføring av forbedringsprogrammet rapporteres tertialvis til styret iht vedtatt milepølsplan.

Det foreslås ikke særskilt resultatmåling knyttet til det enkelte forbedringsområde. Målsettingen er en balansert resultatrapportering på klinikk og sykehusnivå. Denne rapporteringen vil inneholde rapportering på indikatorer for faglig kvalitet (behandlingsskvalitet), brukertilfredshet og kostnadseffektivitet. Resultateffekten av det samlede forbedringsarbeid vil således på sikt kunne leses fra den generelle resultatutviklingen i hver enkelt klinikk.

Ansvar for gjennomføring av Hovedprogram forbedring fordeles i lederavtalene.