

Arbejdet med effektiviseringskravet på Aarhus Universitetshospital - Status pr. 4. kvartal 2013

05.02.2014

1. Proces og tidsplan for effektiviseringsarbejdet på AUH

Effektiviseringsarbejdet på AUH kan kort skitses med nedenstående tids- og procesplan:

Anders Ryelund

Tlf.: 7846 2342

Tid	Nøglebegivenheder
Efteråret 2012	I efteråret 2012 blev der på AUH igangsat et arbejde med identificering af effektiviseringsforslag med udgangspunkt i de nye muligheder skabt af DNU projektet. Arbejdet med identificering af effektiviseringsforslag blev forankret i 5 arbejdsgrupper: <ol style="list-style-type: none"> 1. Senge, ambulatorium og akutområdet 2. Laboratorier og billeddiagnostikken 3. drift, logistik og vedligehold 4. Operation, anæstesi og intensiv 5. Samling af AUH), som involverede medarbejdere på alle niveauer på hospitalet
10. dec. 2012	Arbejdsgrupper afleverer 52 effektiviseringsforslag til hospitalsledelsen
Vinter-forår 2013	<p>Hen over foråret 2013 blev der arbejdet med en kvalificering af de 52 forslag samt en ledelsesmæssig evaluering af forslagene. Nogle af forslagene blev vurderet ikke at kunne gennemføres mens de resterende forslag blev ledelsesmæssigt godkendt som effektiviseringstiltag.</p> <p>For hvert enkelt tiltag er der truffet beslutning om beløbsstørrelse for effektiviseringen samt en implementeringstidsplan. Vedlagte bilag viser en oversigt over de besluttede effektiviseringstiltag, det tilhørende effektiviseringspotentiale, samt hvornår det enkelte tiltag implementeres.</p> <p>I løbet af foråret og sommeren 2013 blev der ydermere truffet beslutning om den ledelsesmæssige forankring af de enkelte</p>

	tiltag.
18. juni 2013	De 52 forslag reduceres til 42 effektiviseringstiltag
Efterår 2013	Projektejere (primært centerchefer) og projektledere overtager ansvaret for opgaven med de enkelte tiltag den 3. september 2013. Fra centralt hold på hospitalet arbejdes der med organisering af opfølgning på de enkelte tiltag herunder en tilpasning af den nationale skabelon til de konkrete behov på AUH.
2014 og fremad	<p>I januar og februar 2014 gennemføres første runde med opfølgning på status på hvert enkelt effektiviseringstiltag. Opfølgningen sker på den måde, at projektejeren for det enkelte tiltag mødes med en repræsentant fra administrationen, og de enkelte tiltag drøftes.</p> <p>De nationale skabeloner anvendes som opfølgningsværktøj, og på opfølgningsskabelonerne tilføjes informationer i skabelonerne, hvor det er aktuelt. Der planlægges foreløbigt med kvartalsvise opfølgningsskabeloner for hvert tiltag. Det forventes dog, at der ikke er behov for opfølgning så ofte for enkelte af tiltagene. Blandt andet fordi nogle af effektiviseringstiltagene først kan implementeres om nogle år. Fokus er derfor i første omgang primært rettet mod de effektiviseringstiltag, hvor implementeringen kan starte op i løbet af de næste par år.</p> <p>Ultimo februar er der en udfyldt opfølgningsskabelon for samtlige effektiviseringstiltag, og de udfyldte skabeloner vil herefter udgøre basis for rapporteringen til regionsrådet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.</p> <p>Der er vedlagt to eksempler på anvendelsen af skabelonerne for konkrete tiltag. Indholdet i skabelonerne forventes at blive yderligere detaljeret med tiden.</p>

2. De 42 effektiviseringstiltag

Nedenstående skema viser de 42 effektiviseringstiltag, som der arbejdes med på AUH. Tiltagene er opdelt på de 3 overordnede effektiviseringskategorier, og summerer samlet set til effektiviseringskravet fra Staten. Som nævnt ovenfor ses implementeringstidsplanerne pr. tiltag i vedlagte bilag 1. Også som nævnt ovenfor vil projektejeren og administrationen i samarbejde have udarbejdet en aktuell beskrivelse og status af hvert tiltag i en fælles opfølgningsskabelon ultimo februar 2014.

Kategori	Nr.	Effektiviseringstiltag	Varig effekt i alt (PL13)
Bygningsrelateret effektivisering	4	Transporttid på blodforsyning i KIA	2.820.000
	10	Transport (Hastetransport og Shuttlebus)	2.800.000
	31	Lejemålsreduktion	3.700.000
	32	Ejendomsskat	0
	34	Transport (Patienttransport)	8.000.000
Total bygningsrelateret effektivisering			17.320.000
Organisatorisk effektivisering	2	Blodprøvetagning model B (KBA)	2.800.000
	3	Effektiviseringer vedr. EKG optagelse	500.000
	5	Synergier ved samling af apparatur, funktioner, matrikler - LAB	2.700.000
	6	Synergier ved fælles vagt, metoder, teknologi - LAB	2.100.000
	7	Centralisering af laboratoriefunktioner i de kliniske afdelinger - LAB	4.600.000
	8	Hjælpemidler (drift og vedligehold)	2.000.000
	9	Sterilområdet: Samling af sterilenhederne samt sterilcentralens fremtidige omfang	3.200.000
	18	Varelogistik	8.000.000
	19	Nyt syn på tilsyn	0
	20	Operation - stordriftsfordele og rationalisering	24.590.000
	21	Skopi - stordriftsfordele og rationalisering	4.560.000
	22	Anæstesi/Intensiv - stordriftsfordele og rationalisering	4.550.000
	23	Fysioterapi- og ergoterapiafdelingerne i nye rammer	4.000.000
	24	Dagkirurgi - stordriftsfordele og rationalisering	5.280.000
	25	Administrative arbejdsgange	4.000.000
	26	Ledelsessystemet på de billeddiagnostiske afdelinger	3.300.000
	27	Fremtidens ambulante enheder	0
	28	Optimering af patientflow på det billeddiagnostiske område	8.480.000
	29	Vagtstruktur på de billeddiagnostiske afdelinger	4.300.000
	30	Effekten ved nye rammer for hospitalets ambulante enheder	0
	33	Nye elektroniske muligheder	23.700.000
	36	Samling af Patologisk afdeling	2.100.000
	40	Sengeafsnit i ny-byggeri	13.000.000
	41	Senge i eksisterende byggeri	0
	42	Samling af NUK/PET	6.500.000
	43	Reduktion i vagtlag for læger	15.000.000
	44A	Sengereduktion ekskl. FAA - Abdominalcentret	20.800.000
	44B	Sengereduktion ekskl. FAA - Abdominalcentret	22.100.000
	44C	Sengereduktion ekskl. FAA - Hjertecentret	59.150.000
	44D	Sengereduktion ekskl. FAA - Hoved-Neuro-Centret	11.700.000
	44E	Sengereduktion ekskl. FAA - Kræft og Inflammationscentret	31.200.000
	45	Patienthotellet	2.500.000
46	Meraktivitet	134.370.000	
Total organisatorisk effektivisering			431.080.000
Strukturelle	14	Sengevask	2.000.000

effektivisering		Medicinforbrug på sengeafdelingerne + medicinkonceptet inkl. apotek og medicin klar til brug	13.000.000
	35		
	38	Køkkendrift	12.000.000
	39	Serviceområdet	0
Total strukturelle effektiviseringer			27.000.000
Total effektivisering			475.400.000

Antallet af tiltag og effektiviseringsbeløbet pr. tiltag vil sandsynligvis ændre sig over tid i takt med arbejdet med tiltagene og i takt med den faktiske udvikling på hospitalsområdet. Nogle af tiltagene står til 0 kr. i ovenstående tabel. Dette dækker over, at det konkrete effektiviseringspotentiale pt er under udredning.

3. Skabelon og proces omkring løbende opfølgning på effektiviseringstiltag

Ud over det procesmæssige fokus på anvendelse af skabeloner og strukturering af afrapportering på effektiviseringsprojekterne, er der hen over efteråret også arbejdet med centrale beslutninger og nødvendige organisatoriske tiltag for flere af projekterne. Disse milepæle og beslutninger kommer til at fremgå af de enkelte udfyldte skabeloner. Af centrale organisatoriske beslutninger i efteråret 2013 kan nævnes:

- Hospitalsledelsens beslutning omkring sengetilpasning og tidsplan for lukning af senge i perioden frem til fuld indflytning i nye rammer (tiltag 44a-e)
- Hospitalsledelsens beslutning om ledelsesmæssig og organisatorisk fusion af 2 radiologiske afdelinger, som er trådt i kraft per 1. januar 2014. (tiltag 26)
- Hospitalsledelsens beslutning omkring organisatorisk og ledelsesmæssig fusion af 2 dagkirurgiske enheder (tiltag 24)

Mere detaljerede tidsplaner og milepæle forbundet med de enkelte tiltag vil - hvor det er aktuelt - kunne findes i skabelonerne for de enkelte tiltag, når disse er bragt i anvendelse i løbet af januar og februar måned 2014.

Der er vedlagt et eksempel på arbejdet med effektiviseringskravet på AUH. Eksemplet vedrører laboratorieområdet. Statusnotatet vedrørende laboratorieområdet er udarbejdet som en del af den opfølgning, der sker på effektiviseringsarbejdet. Notatet indeholder både en status og en risikovurdering. Indholdet i statusnotatet vil i løbet af januar og februar blive indarbejdet i den aftalte opfølgningsskabelon.

4. Risikovurdering

Som en del af opfølgningen på effektiviseringstiltagene, er der i opfølgningsskabelonerne inkluderet en sektion omkring risikovurdering (feltet: særlige risici for potentiale).

Risikovurderingen af effektiviseringstiltagene tager udgangspunkt i modellen for risikovurderingen af byggeprojektet. I forbindelse med den kvartalsvise DNU risikorapport til regionen gennemføres en opsamling og en overordnet risikovurdering af det samlede effektiviseringsprojekt baseret på risikovurderingerne for hvert enkelt effektiviseringstiltag.

Risikovurderingen for de enkelte effektiviseringstiltag indeholder en vurdering af sandsynligheden for, at det enkelte effektiviseringstiltag kan gennemføres som planlagt, indenfor den planlagte tidsramme og give den forudsatte effektiviseringsgevinst. Derudover indeholder risikovurderingen for det enkelte tiltag en vurdering af, hvilke konsekvenser en manglende gennemførelse af projektet vil have for andre effektiviseringsprojekter.

Eksempelvis kan patientflowet på det billeddiagnostiske område have betydning for mulighederne for effektivisering af det overordnede patientflow og dermed have betydning for muligheden for sengereduktioner.

For at styrke en ensartet risikovurdering af de enkelte effektiviseringstiltag, er der fra administrations side på AUH udarbejdet et notat med retningslinjer til hvordan de enkelte projektere skal arbejde med risikovurdering. Nedenstående tekstboks indeholder uddraget fra notatet omkring risikovurdering.

Risiko og styringsmål

For at operationalisere risikostyringen opstilles der tre overordnede styringsmål i overensstemmelse med ProjektEksekveringsManualen(PEM) for DNU. Der benyttes tilnærmelsesvist samme metode som for byggeprojektet til risikorapporteringen, således at der ensartethed i de kvartalsvise afrapporteringer til Regionsrådet.

Af PEM fremgår det at formålet med styringsprocessen er, at identificere og reducere/eliminere risici i med henblik på at opnå de overordnede styringsmål økonomi, tid og kvalitet. Disse styringsmål er de samme for effektiviseringsprocessen, om end definitionerne er tilpasset AUHs egne behov.

Styringsmål:

- ❖ *Økonomi:* Effektiviseringstiltag skal gennemføres svarende til 475 mio. kr. Der er indgået aftale mellem Hospitalsledelsen og projektejerne om løbende effektivering af økonomien frem mod 2019. Målopfylde baserer sig således på hvorvidt den aftalte økonomi kan indfries, eller at der er iværksat risikoreducerende tiltag.
- ❖ *Tid:* Styringsmålet for tid er, at driftsbudgettet skal kunne reduceres med 8 % i 2019. Målopfylde baserer sig på hvorvidt projekterne kan implementeres som aftalt med Hospitalsledelsen, eller at der er iværksat risikoreducerende tiltag, så målet nås senest 2019, et år efter samling af AUH under fælles tag.
- ❖ *Kvalitet:* Effektiviseringstiltag skal understøtte AUH's virksomhedsgrundlag og de styrende principper for effektiviseringen og DNU projektets vision. Endvidere er der i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse fokus på, hvorvidt effektiviseringsgevinsterne kan henføres til investeringer i byggeprojektet og perioden efter byggeriets igangsættelse (Baseline året). Herudover skal det kunne sandsynliggøres, at der er tale om effektiviseringer, der ligger udover det generelle produktivitetskrav på sygehusområdet. Det betyder at målopfylde baserer sig på en samlet vurdering af tiltagets kvalitet i forhold til disse elementer.

Der kan i løbet af de enkelte projekter opstå hændelser der forringer muligheden for at opnå disse styringsmål. Risikostyringen indgår derfor som en central del i den interne opfølgning på effektiviseringsprojekterne.

Der foretages en kvalitativ risikovurdering af de identificerede hændelser, hvilket består i at vurdere sandsynlighed og konsekvens ved at de indtræffer. Hertil anvendes en 4*5 risikomatrix til at estimere efter samme princip som er gældende for byggeprojekt. Matrix illustreret nedenfor.

Matrixen anvendes til at værdisætte risikoen i forhold til styringsmålene økonomi og tid. Risikoniveauet er for økonomi og tid lig med

sandsynligheden for indfrielse af målsætningerne. Som eksempelvis, hvad er sandsynligheden for at projekt X når målopfyldelse på økonomien og hvad er konsekvensen i det tilfælde målet ikke nås.

Risikomatrix			Konsekvens				
			Meget lav	Lav	Middel	Høj	Meget høj
			1	2	3	4	5
Sandsynlighed for målopfyldelse	Meget usandsynlig	4	4	8	12	16	20
	Usandsynlig	3	3	6	9	12	15
	Sandsynlig	2	2	4	6	8	10
	Meget sandsynlig	1	1	2	3	4	5

Konsekvensen er afhængig af projektets størrelsesorden og tværgående karakter. Er der f.eks. ressourcesammenhænge med andre effektiviseringsprojekter vil konsekvensen af en manglende indfrielse på tid og økonomi være høj, og risikoen dermed større.

Ved målopfyldelse vil der kvartalsvis skulle vurderes på følgende væsentlige faktorer:

Tid

Sandsynlighed

- ❖ Hvad er sandsynligheden for at tidsplanen for tiltaget overholdes?

Konsekvens

- ❖ Hvad er konsekvensen for effektiviseringstiltagets gennemførelse såfremt tidsplanen ikke overholdes?

Økonomi

Sandsynlighed

- ❖ Hvad er sandsynligheden for at økonomien(økonomimålet) for tiltaget overholdes?

Konsekvens

- ❖ Hvad er konsekvensen for effektiviseringstiltaget såfremt det økonomiske mål ikke opnås? (Tiltagets størrelse og afhængighed til andre tiltag skal også tages med i betragtningen)

Kvalitet

- ❖ Er tiltaget en reel effektivisering i henhold til ministeriets ønske om, at tiltagene kan henføres til enten organisatoriske, strukturelle eller bygningsrelaterede ændring afledt af det nye sygehusbyggeri?

Risikovurderingen af styringsmålet kvalitet beror sig i højere grad på et skøn fra den enkelte projekter.

5. Meraktivitetstiltag

Nedenstående er en kort uddybning af arbejdet med meraktivitetstiltaget (tiltag nr. 46).

Efter aftale mellem regionen og AUH udlader regionen i en periode at videresende den årlige budgetmæssige realvækst, der forventes at følge af det relevante års finanslovsaftale. Midlerne bliver opsparet i regionen og anvendes af regionen i perioden ind til år 1 efter ibrugtagning til engangsbevillinger.

Selv om budgetløftet til AUH ikke udmøntes men i stedet opspares i regionen, er AUH fortsat forpligtiget på de aktivitetskrav, der normalt følger med budgetløftet. Det betyder at AUH skal gennemføre effektiviseringstiltag for at kunne skabe aktivitetsløftet uden at få tilført de afsatte ressourcer til dette aktivitetsløft.

I tilfælde af, at der i et eller flere år fra 2014-2019 ikke er tilstrækkelig realvækst til at finansiere produktivetskravet, bliver produktivetskravet realiseret via en budgetreduktion, som naturligvis også er baseret på effektiviseringstiltag.

DNU-projektet med både nye fysiske og organisatoriske rammer betyder, at afdelinger og behandlingsfunktioner får nye muligheder for at gennemføre diagnostik og behandling. De nye rammer giver mulighed for en mere effektiv ressourceudnyttelse. Samtidig med at der opnås besparelser i form af mindre personale giver effektiviseringerne også mulighed for at skabe det krævede aktivitetsløft uden de øgede bevillinger. Med andre ord er DNU byggeriet med nye bygningsmæssige og organisatoriske rammer en ressource der tilføres AUH. Overgangen til DNU-rammer giver mulighed for at skabe den forventede aktivitetsvækst uden de årlige budgetløft.

Et eksempel på hvordan en effektivisering både skaber mindre ressourceforbrug og meraktivitet kan findes indenfor det radiologiske område. I DNU-projektet er der indarbejdet forberedelsesrum. Konsekvensen af forberedelsesrummene er, at patienterne kan klargøres til scanninger/undersøgelser udenfor selve scannerrummet/undersøgelsesrummet. Dermed optager patienterne kun tid i scannerrummet/undersøgelsesrummet til selve scanningen. Dette tiltag betyder at det er muligt at udføre diagnostik på flere patienter i et undersøgelsesrum/scannerrum i forhold til hvad der tidligere var muligt. Der er mindre ventetid, i forbindelse med skifte af patienterne, for de medarbejdere, der arbejder omkring scannerrummet. Effektiviseringen omkring meraktivitetstiltaget kan med andre ord beskrives ud fra den optik, at AUH, i forbindelse med udflytningen til DNU-rammer, kan gennemføre flere undersøgelser og dermed mere aktivitet med færre ressourcer. Der effektiviseres med andre ord både i form af meraktivitet og færre ressourcer.

Et andet eksempel på et effektiviseringstiltag, som kan knyttes sammen med meraktivitetsområdet, er oprettelsen af de perioperative afsnit og de nye arbejdsgange og workflows forbundet med aktiviteten på de perioperative afsnit. På samme måde som forberedelses rummene på det radiologiske område giver mulighed for et hurtigere workflow i skannerrummene, giver de perioperative afsnit mulighed for et bedre og hurtigere workflow på operationsstuerne. Dermed mindskes ventetiden, og der kan behandles flere patienter med færre ressourcer.

Der arbejdes på AUH med at få indarbejdet meraktivitetstiltagene i den samme skabelon, som de øvrige effektiviseringstiltag. I forbindelse med den seneste rapportering til ministeriet blev det oplyst, at AUH fremlægger de konkrete effektiviseringstiltag bag meraktiviteten medio 2014. Denne tidsplan fastholdes.

Bilag:

1. Oversigt med besluttede effektiviseringstiltag, effektiviseringsbeløb samt tidsplan
2. To konkrete eksempler på anvendelsen af opfølgningsskabelonen
 - a. Tiltag nr. 10 Transport, Shuttlebus og hastetransporter
 - b. Tiltag nr. 38 Køkkendrift
3. Eksempel på arbejdet med effektiviseringskravet (Laboratorieområdet)
 - a. Status på laboratorieområdet
 - b. Statusnotat vedrørende laboratorieområdet
 - c. Implementeringsplan på laboratorieområdet