

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte
Dato møte:	26. mai 2011
Møtetid:	Kl. 08.00-16.30 Forskningsbygget, Radiumhospitalet Seminarrom 1 og 2, 1 etg.

SAKLISTE

- SAK 44/2011: Godkjenning av innkalling og sakliste
- SAK 45/2011: Godkjenning av protokoll styremøte 28.04.2011
- SAK 46/2011: Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 28.04.2011
- SAK 47/2011: Beslutningssak:
Ledelsens gjennomgang 1 tertial
- SAK 48/2011: Beslutningssak:
Økonomi- og aktivitetsrapport per april
- SAK 49/2011: Beslutningssak:
Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011
- SAK 50/2011: Temasak:
 - Redesign, kapasitetstilpasning og forventninger/muligheter med Aker som samhandlingsarena. Perspektiver fra Medisinsk klinikk.
 - Aker som samhandlingsarena – arealdisponering
- SAK 51/2011: Beslutningssak:
Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan
- SAK 52/2011: Beslutningssak:
Salg av eiendommer
- SAK 53/2011: Beslutningssak:
Sluttrapport av byggeprosjekter med investeringsmidler fra regjeringens tiltakspakke
- SAK 54/2011: Beslutningssak:
Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus HF
- SAK 55/2011: Beslutningssak:
Brukerutvalget: nye retningslinjer inkludert mandat
- SAK 56/2011: Brukerutvalget: oppnevning av nytt utvalg
- SAK 57/2011: Orienteringssak:
Administrerende direktørs orienteringer
- SAK 58/2011: Orienteringssak:
Årsplan for styresaker – justert
Göran Stiernstedt
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Utkast til protokoll fra styremøte
28. april 2011

SAK 45/2011: GODKJENNING AV PROTOKOLL

Vedlagt er utkast til protokoll fra styremøte 28. april 2011.

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner protokollen fra styremøte 28. april 2011.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn: **Styremøte**
28. april 2011
kl. 10.00 – 17.45.
Forskningsbygget, Radiumhospitalet
Referent: Randi Borgen

Til stede:

Göran Stiernstedt, leder
Odd Christopher Hansen, nestleder
Gro Balas
Marianne Borgen
Barbro Lill Hætta
Tor Ingebrigtsen
Anders Utne

Asmund Magnus Bredeli, ansattvalgt
Rita von der Fehr, ansattvalgt
Merete Norheim Morken, ansattvalgt
Svein Erik Urstrømmen, ansattvalgt
Bjørn Wølsted-Knudsen, ansattvalgt

Forfall: Guro Fjellanger, Ellen Christine Christiansen

Til stede fra Konsernrevisjon i Helse Sør-Øst RHF: Karl Helge Storhaug

Til stede fra Brukerutvalget:

Stine Strømsø, Nina Adolfsen

Til stede fra administrasjon og klinikk: Siri Hatlen, Jan Eirik Thoresen, Morten Reymert, Selva Kosiander, Bjørn Tiller, Eva Bjørstad, Jørgen Jansen, Tove Strand, Erik Omland, Erik Carlsen, Einar Hysing, Anne Karlsen, Inger Heiberg, Kenneth Solstrand, Cathrine Lofthus, Geir Teigstad, Siri Vedeld Hammer, Eli Marie Sager m.fl.

Sak 33/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 34/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 31.03. 2011

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokollen fra styremøtet 31. mars 2011.

**Sak 35/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling
styremøte 31.03. 2011**

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

**Sak 36/2011 Beslutningssak:
Klinisk arbeidsflate – lukket behandling**

Behandlet i lukket møte jfr. offentleglova § 23.

**Sak 37/2011 Temasak:
Møte med Brukerutvalget**

Brukerutvalget er et rådgivende organ for styret og administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF. Representanter fra Brukerutvalget stiller i styremøtene som observatør. I tillegg gjennomføres det årlige møter mellom Brukerutvalget og styret der Brukerutvalget nærmere kan ta opp sin rolle og funksjon og andre spørsmål. Et slikt møte var temasak denne gang. Representanter fra Brukerutvalget holdt en presentasjon som grunnlag for meningsutveksling.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

**Sak 38/2011 Beslutningssak:
Økonomi- og aktivitetsrapport per mars**

Saken framstiller rapportering av aktivitet i virksomheten for mars med årsaksanalyse med utgangspunkt i mål og krav for virksomheten innen pasientbehandling og aktivitetsdata, økonomisk resultat og ressursbruk, bemanning og sykefravær samt investeringer og likviditet.

I tillegg beskrives situasjonen ut fra utvalgte styringsparametre som korridorpasienter, utskrivningsklare pasienter, sykehusinfeksjoner, ventelisteutvikling og fristbrudd.

Aktiviteten innen somatikk er lavere enn budsjettet og med en positiv utvikling sammenlignet med februar. Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne er forholdsvis lav, mens det innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og rusområdet har utviklet seg som forventet.

Det er fortsatt negativt økonomisk resultat som viser at foretaket ikke har lyktes med å ta ned kostnadene i takt med aktivitet og gjennomføre effektivisering som budsjettkravene for 2011 forutsetter. Regnskapet viser et negativt avvik på 145 mill kroner og 162 mill kroner hvis en legger korrigeret budsjett til grunn. Bemanningsutviklingen viser nedgang i brutto årsverk sammenlignet med gjennomsnittet for 2010, derav skyldes 650-700 årsverk virksomhetsoverdragelse. Bemanningen har vært stabil de siste månedene og er ikke redusert som forutsatt. Sykefraværet hittil i år er på 7.9 pst.

Det ble gitt en presentasjon av viseadministrerende direktør økonomi og finans.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per mars til orientering og viser til vedtak i sak 39/2011.

**Sak 39/2011 Beslutningssak:
Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011**

Det er vurdert å foreligge resultatrisiko på antatt 500 mill kroner i forhold til godkjent budsjett for 2011. Siden styremøte 31. mars og styrets vedtak har det vært arbeidet med tiltak for å redusere resultatrisikoen og for å styrke foretakets likviditet. Det er vurdert nye tiltak og reduksjon i kostnadene for samtlige klinikker og stab. Saken presenterer en tiltakspakke bestående av nye tiltak i klinikkene, Oslo sykehusservice og sentral stab i kombinasjon med innsparinger innenfor IKT, programkontoret samt forskyving i investeringer. Målet er å få til en tiltakspakke som sikrer at foretaket kan nå styringsmålet for 2011 som samtidig sikrer god drift, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet samt unngår fristbrudd.

Det ble gitt en presentasjon av viseadministrerende direktør finans og økonomi.

Det ble lagt fram protokoll fra møte 26. april mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden for drøfting av saken i henhold til hovedavtalen. Protokollen hadde protokolltilførsler fra Den norske legeförening, Fagforbundet, Delta, Norsk sykepleierforbund, Nito og Vernetjenesten.

Synspunkter fra ansattevalgte styrerepresentanter om at saken ikke har vært formelt drøftet ble imøtekommet.

Vedtak:

1. Styret konstaterer at i henhold til styrevedtak i styremøte 31. mars (sak 30/2011) har styreleder og nestleder sammen med tre av de ansattevalgte representantene i styret og administrerende direktør gjennomført møte med Helse Sør-Øst RHF om den økonomiske utfordringen for Oslo universitetssykehus HF. Styringsmålet for 2011 om 400 mill kroner ble understreket. Styret bekrefter styringsmålet. Det samme gjelder hovedmålet om å gjennomføre fusjonsvedtaket.
2. Styret vil berømme organisasjonen for grundigheten i arbeidet som er lagt ned i å komme fram til tiltakene som legges fram i saken på svært kort tid. Styret merker seg at det har vært for kort tid til at saken har vært formelt drøftet med de ansattes organisasjoner.
3. Saken er svært krevende. Styret konstaterer at det er utfordringer relatert til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I det videre arbeid må tiltakene kvalitetssikres ytterligere. Det bes spesielt vurdert konsekvensene for trygghet for pasientene og ansattes motivasjon og arbeidsmiljø. Likeledes bes ledelsen vurdere ytterligere tiltak for å nå budsjett 2011.
4. Styret understreker viktigheten av at de kortsiktige tiltak så vidt mulig ikke kommer i konflikt med de langsiktige mål.
5. Ledelsen bes videre vurdere muligheter for å forsere arbeidet med ytterligere inntekter fra salg av eiendommer.
6. I det langsiktige perspektiv er tiltak som gjelder Aker en sentral faktor. Styret mener det trengs ytterligere konkretisering av hva slags aktivitet, både innhold og organisering, som skal gjennomføres på Aker i videre framtid knyttet til samhandlingsreformen.
7. Styret ser det som avgjørende at kontakt og samarbeid med Helse Sør-Øst RHF om resultatutviklingen og nødvendige investeringer og rekkefølgeproblematikk fortsetter.
8. Styret ber om at saken fremmes for videre behandling i neste møte.

Det ble stemt over vedtaket; 7 representanter stemte for og de 5 ansatterepresentantene stemte mot.

Følgende protokolltilførsel fra ansatterepresentantene ble lagt fram:

”De ansattes representanter har siden fusjonen startet problematisert manglende finansiering av integrasjonsprosessen.

Viser til tidligere protokolltilførsel til foretaksmøte 24.06.09: *De viktigste anmerkningene er at Helse Sør-Øst RHF gjennom sine styrevedtak ikke har avsatt omstillingsmidler til prosessen...*

Viser til protokolltilførsel sak 10 og 33/2010: *Aktivitetsnivået i 2010 er høyt og det er stor risiko at OUS ikke klarer å innfri dette mht. store omstillingsutfordringer...*

I oppdragsdokumentet for OUS 2011 er følgende hovedprioritering: *Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen...*

De ansattes representanter kan ikke se at innsparingsforslagene har vært underlagt tilstrekkelig risikoanalyse og behandling med de antattes organisasjoner og i sykehusets arbeidsmiljøutvalg.

Ansattes representanter ser svært alvorlig på den økonomiske situasjonen i OUS. Ansattes representanter kan ikke akseptere at det settes i gang innsparingstiltak som går utover lovfestede pasientrettigheter, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø eller forsvarlig drift.

De ansattes representanter i OUS mener at styret ved styreleder må be om møte med styret i Helse Sør-Øst RHF for å finne en forsvarlig løsning på den alvorlige økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus.

En betydelig reduksjon av rammefinansieringen i år, manglende omstillingsmidler, manglende investeringsmidler og ny endret finansieringsmodell vanskeliggjør realisering av vedtak 108-2008 på en god og forsvarlig måte.

Ansattes representanter vil understreke viktigheten av at prosessen videreføres for å gi en mer optimal driftssituasjon slik at de langsiktige målene kan nås.

Ansattes representanter vil videre henvise til de ansattes organisasjoner og vernetjenestens kommentarer til styresak 39/2011.

Ansattes representant Bjørn Wølsted-Knudsen går i mot helt eller delvis salg av tomten på Aker.”

Sak 40/2011 Orienteringssak: Inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF

Ny inntektsmodell behandlet av styret i Helse Sør-Øst RHF vil medføre inntektsreduksjon for Oslo sykehusområde (Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus) på i alt 510 mill kroner sammenlignet med inntektsrammen for 2011, og 600 mill kroner når det tas hensyn til det som allerede er gjennomført i inntektsfordeling i 2011. Vedtaket vil innebære at ressursbruken i Oslo universitetssykehus HF må reduseres med om lag 500 mill kroner over 2-3 år. Det er samtidig signalisert at det vil bli arbeidet videre med modellene for finansiering av lands- og regionfunksjonene, utdanning av medisinerstudenter og prehospitale tjenester.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om ny inntektsmodell for Helse Sør-Øst RHF til orientering.

**Sak 41/2011 Orienteringssak:
Strategi for samhandling 2011-2015**

Saken presenterer en strategi for samhandling som reflekterer intensjonene i Regjeringens samhandlingsreform. Det legges opp til fortsatt samarbeid med Oslo kommune sentralt og med bydelene i sykehusets opptaksområde. Det er også under arbeid samarbeid og arbeidsdeling med de andre sykehusene som betjener Oslos befolkning; Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF.

Viseadministrerende direktør samhandling og internasjonalt arbeid gav en kort presentasjon av strategien, og spesielt Aker som samhandlingsarena.

Enstemmig vedtak:

Styret slutter seg til strategi for samhandling 2011-2015.

Det ble lagt fram en protokolltilførsel fra ansattevalgte styrerepresentanter:

”Ansattrepresentantene ved Oslo universitetssykehus HF imøtekommer strategien for Samhandling 2011-2015, men etterspør en avklaring, når det gjelder å sikre finansieringen.”

**Sak 42/2011 Orienteringssak:
Årsplan**

Det er utarbeidet en plan for saker og tema som skal behandles for året. Oppdatert plan vil fortløpende forelegges styret ved endringer.

Enstemmig vedtak:

Styret tar årsplan for styresaker til orientering.

**Sak 43/2011 Orienteringssak:
Administrerende direktørs orienteringer**

Administrerende direktørs orienteringer inneholder presentasjon av forskjellige saker og tema som gjelder drift og utvikling av sykehusets brede virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Göran Stiernstedt
Styreleder

Odd Christopher Hansen
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Gro Balas

Guro Fjellanger

Tor Ingebrigtsen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato dok.:	15. mai 2011
Dato møte:	26. mai 2011
Saksbehandler:	Direktør fag og pasientsikkerhet
Vedlegg:	1. Risikovurdering 1. tertial 2011 2. Utdypende kommentarer til Ledelsens gjennomgang 1.tertial 2011

**SAK 47/2011: BESLUTNINGSSAK
 LEDELSENS GJENNOMGANG 1. TERTIAL 2011**

FORSLAG TIL VEDTAK:

- 1. Styret tar ledelsens gjennomgang for 1. tertial 2011 til etterretning.*
- 2. Styret merker seg at det fortsatt rapporteres ubalanse mellom ressurser og oppgaver og at det rapporteres om stor belastning knyttet til HMS/arbeidsmiljø.*

Oslo den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1 Sammendrag

Ledelsens gjennomgang er gjennomgående mellom ledernivåene. Hensikten er å støtte opp under god styring og intern kontroll. Med styring og intern kontroll menes her prosesser, systemer og rutiner som er iverksatt av ledelsen for at Oslo universitetssykehus HF skal ha målrettet og effektiv drift, rapportere pålitelig styringsinformasjon, og etterleve lover og regler. Et sentralt element i dette arbeidet er å gjennomføre prosesser for å identifisere, prioritere og redusere risiko.

Ledelsens gjennomgang er en del av den tertialvise tilbakemeldingen til styret og må ses i sammenheng med styresak 48/2011 og 49/2011.

2 Tidligere styrevedtak

Styremøtet 17. februar 2011 sak 4/2011 Ledelsens gjennomgang 3. tertial 2010.

Enstemmig vedtak:

1. *Styret tar ledelsens gjennomgang til etterretning.*
2. *Styret sier seg tilfreds med utviklingen av det helhetlige arbeidet med god virksomhetsstyring og intern kontroll.*
3. *Styret merker seg at det fortsatt rapporteres ubalanse mellom ressurser og oppgaver og at det rapporteres om stor belastning knyttet til HMS/arbeidsmiljø.*

3 Administrerende direktørs vurdering

Oslo universitetssykehus HF har i løpet av første tertial 2011 arbeidet videre med å forbedre systemer og rutiner for god virksomhetsstyring. Dette er et kontinuerlig arbeid med mange aktiviteter og prosesser som til sammen skal sikre at virksomheten drives forsvarlig og i henhold til overordnede føringer og lovpålagte krav. De viktigste systemer er nå på plass for det integrerte foretaket, men det gjenstår mye arbeid for å sikre fullstendighet da det på mange områder må etableres helt nye systemer og prosedyrer. Administrerende direktør mener at både de interne og eksterne risikoanalyser som er initiert fra ledelsen, og analyser relatert til hendelser, prosjekter og øvrige intern-kontrollaktiviteter, gir et godt faktagrunnlag for videre styring og prioriteringer i det integrerte foretaket.

Administrerende direktør mener at ledelsens gjennomgang per 1. tertial bekrefter at det jobbes målrettet i klinikkene med å løse oppgaver og utfordringer. Oppdrag og bestilling for driften og tiltak for å gjennomføre budsjett i 2011 samt forberedelser og planer for gjennomføring av vedtak 108/2008 fra Helse Sør-Øst RHF er fokus i klinikkens arbeid og rapportering. Risiko er identifisert og det jobbes systematisk med tiltak.

Administrerende direktør konstaterer at fokus i økende grad er flyttet mot kortsiktig drift og kostnadsreduksjoner grunnet det omfattende økonomiske utfordringsbilde etter overføringen. Det er nødvendig, men innebærer samtidig en risiko for redusert motivasjon i fagmiljøene og mindre tro på at de langsiktige mål for fusjonen lar seg gjennomføre.

Administrerende direktør konstaterer at det samlede risikobildet viser svært høy risiko knyttet til økonomisk resultat i 2011, men også for den samlede økonomiske bærekraft for foretaket. Det jobbes systematisk med å redusere denne, og det henvises til styresak 49/2011.

Omstilling og utvikling av Oslo universitetssykehus HF i tråd med oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF er et omfattende og flerårig arbeid med mange avhengigheter og stor kompleksitet. Sammen med en økt økonomisk utfordring i driften etter overføringen vurderer administrerende direktør den samlede gjennomføringsrisiko å være høy. God planlegging og videre dialog med eier knyttet til økonomisk langtidsplan vurderes som viktige tiltak.

Risiko knyttet til arbeidsmiljø og omstilling er fortsatt høy, med noe økt sannsynlighet grunnet pågående prosesser for bemanningsreduksjoner. Administrerende direktør vil videre påpeke risiko knyttet til manglende IKT integrasjon på viktige områder, samt kapasitets- og leveranseproblemer hos IKT tjenesteleverandør. Det blir vektlagt å jobbe med tiltak som kan avhjelpe situasjonen og redusere risiko både på kort og lengre sikt, i nært samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner.

4 Faktabeskrivelse

Klinikkene har i 1. tertial mottatt oppdragsdokumenter for 2011. Det er i oppdragene satt mål- og resultatkrav. I de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene og ledelsens gjennomgang hvert tertial gjennomgås både resultater og systemer for å følge opp at virksomheten oppfyller kravene.

Oppfølgingsmøtene med klinikkene har tatt utgangspunkt i innhentet dokumentasjon fra klinikkene i forkant og resultatrapporteringen for tertialet.

Standardiserte rutiner og metodikk for risikostyring, avvikshåndtering, et integrert ledelses- og informasjonssystem, samt dokumentasjonssystem er grunnleggende for god styring og kontroll. Disse systemene er etablert med tilhørende rutiner og arbeidsprosesser. Spesielt innen ledelses- og informasjonssystemet har det pågått kontinuerlig kvalitetssikring og forbedringer i 1.tertial 2011. Det er mindre usikkerhet og større tiltro til registreringer og resultater i første tertial enn det var i 2010.

Fokus i gjennomgangen av 1. tertial har vært tredelt:

1. Status og framdrift på klinikkens oppdrag for 2011
2. Klinikkens risikovurdering etter 1. tertial
3. Tiltak for å sikre økonomisk resultat i tråd med fastsatte styringsmål

I første tertial 2011 har arbeidet i klinikkene vært preget av å sikre overføring av pasienter til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, tilpasse virksomheten nye rammebetingelser, planlegge samlokalisering og flyttinger. I tillegg har hovedfokus vært på etablering, konsekvensvurdering og gjennomføring av tiltak for budsjettbalanse.

Gjennomganger av oppdraget for 2011 viser først og fremst betydelig risiko for ikke å oppnå kravet til økonomisk resultat i 2011. For høye lønnskostnader er en viktig forklaring. Klinikkene arbeider videre med å definere oppgaver som kan eller bør overføres til andre aktører i tråd med målsettinger fra Helse Sør-Øst RHF om at flere oppgaver skal utføres i de enkelte sykehusområder. Fagmiljøene i Oslo universitetssykehus HF har også, som det største sykehuset, kultur og tradisjon for å ta på seg behandlingskrevende og ofte kostbare oppgaver også for

pasienter fra andre regioner eller sykehusområder uten at dette er en del av sykehusets formelle ansvar. En bedre korrigering av pasientstrømmene i henhold til endret finansiering og ønsket oppgavedeling mellom sykehusområdene vil bidra til å tilpasse oppgavene til de økonomiske betingelsene.

Standardisering av behandlingsprotokoller og prosedyrer pågår i alle klinikker. Flere klinikker kan rapportere om mer robuste fagmiljøer som følge av fusjonen. Utviklingen i ventetider for pasienter med og uten behandlingsfrist er tilfredsstillende og tyder på mer korrekte prioriteringer. Utvikling av antall nyhenviste pasienter etter endret opptaksområde per 1. januar 2011 ser ut til å endre seg i positiv retning mot slutten av tertialet.

Det er fortsatt en økende trend i antall registrerte avvik sammenlignet med 2010. Dette er en positiv og ønsket trend da avvikhåndtering er et viktig element i sykehusets internkontroll, samtidig som det fremmer åpenhet og kultur for læring og forbedring.

Sykehusets risikobilde 1. tertial 2011:

På bakgrunn av resultater 2010 og oppdrag for 2011 har avdelinger og klinikker gjort gjennomgående risikovurderinger etter etablerte standarder. Klinikkenes risikobilde er oppsummert i ledermøte og danner grunnlag for samlet risikovurdering for foretaket.

Som det fremgår av styresak 48/2011 og 49/2011 har Oslo universitetssykehus HF en negativ økonomisk resultatutvikling som foruten å sette stort press på den daglige drift, pasientbehandling og de ansattes arbeidsmiljø også innvirker på økonomisk bærekraft både på kort og mellomlang sikt. Dette er et gjennomgående bilde i alle klinikker, men i noe ulik grad.

Reduksjon i antall årsverk etter overføring til Akershus universitetssykehus HF, og Vestre Viken HF er så langt vesentlig lavere enn hva de reduserte budsjettammer krever. Krav til forsvarlig pasientbehandling og usikkerhet i forhold til hvor raskt endrete pasientstrømmer ble etablert gjør at nedbemanning er faseforskjøvet i forhold til overføringstidspunktet. Videre nedbemanning binder opp mye ledertid og medfører arbeidskrevende prosesser på alle nivå som igjen gir høy risiko for ubalanse mellom oppgaver og ressurser.

Bemannings situasjonen etter overføringen 1. januar 2011 forverrer både det økonomiske utfordringsbilde, de ansattes arbeidsmiljø og kan svekke sykehusets omdømme. Det er i 1. tertial registrert et økt antall avvik der arbeidspress, personellmangel, tidsnød, forsinkelser og manglende opplæring i systemer er medvirkende årsaker. Arbeidsbelastningen over tid er høy for mange grupper ansatte. Arbeidsmiljø og omstilling vurderes derfor fortsatt som et høyrisikoområde. Det vises for øvrig til status i pasientsikkerhetsarbeidet og om arbeidsmiljø i vedlegg 2.

Investeringer til bygg og utstyr er ikke tilstrekkelig og vurderes å ha høy risiko relatert til slitasje og sammenbrudd samt HMS avvik.

Det rapporteres gjennomgående fra klinikkene om problemstillinger relatert til for liten kapasitet på radiologiske tjenester. Dette gjelder spesielt MR og CT ved flere av lokalisasjonene. En potensiell konsekvens er økt risiko for økte ventetider og fristbrudd.

Manglende integrasjon mellom elektroniske systemer som kompenseres med midlertidige og til dels manuelle løsninger medfører redusert effektivitet i klinikkene. Dette i kombinasjon med til dels svært lange responstider og mangel på kapasitet hos sykehusets tjenesteleverandør gjør at IKT drift og integrasjon vurderes med høy risiko.

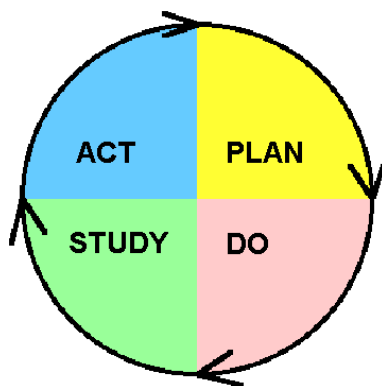
Samtidigetskonflikter og økt etterspørsel via sykehusets AMK-sentral er også i 1. tertial 2011 et potensielt risikoområde med fare for økte responstider. Etter overføringen av pasienter og endret opptaksområde er dette ytterligere forverret. Kompenserende tiltak er iverksatt med økt antall ambulanser og personell. Dette har en negativ kostnadskonsekvens for Oslo universitetssykehus HF som forsterkes i mangel av avklart økonomisk risikodeling mot de nærliggende sykehusområder.

Det er for første gang etter fusjonen rapportert økt risiko for redusert forskningsaktivitet sammenlignet med 2010. Til tross for god forskningsaktivitet så langt rapporteres det nå at tid til forskning står i fare for å bli nedprioritert. Forskningsaktiviteten blir også påvirket av endringer ved flyttinger og arealomdisponeringer. Redusert forskningsaktivitet vil ha uheldige konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF på lengre sikt.

Det vises for øvrig til risikokart og handlingsplan i vedlegg 1.

Ledelsens gjennomgang

Risikovurdering Vedlegg 1



**Oslo
universitetssykehus**

**1. Tertial 2011
Vedlegg til styresak 47/2011**

KONSEKVENNS	Svært alvorlig						Økonomisk resultat 2011
	Alvorlig			AMK-kapasitet	Fristbrudd ventetider	Arbeidsmiljø/omstilling	Økonomisk bærekraft
	Moderat	Pasientbehandl. aktivitet/kvalitet		Forskningsaktivitet	IKT-integrasjon IKT drift	Med. tek. utstyr MR/CT Bygg	
	Lav			Kapasitetsutnyttelse	Sikre drift av Aker 2011-2012		
	Ubetydelig				Etterlevelse av krav / tilsyn		
		Megte liten	Liten	Moderat	Stor	Svært stor	
1. tertial 2011	SANNSYNLIGHET						

Forankret i ledermøtet 18.05.11.

Risikovurdering 1. tertial 2011 - Handlingsplan

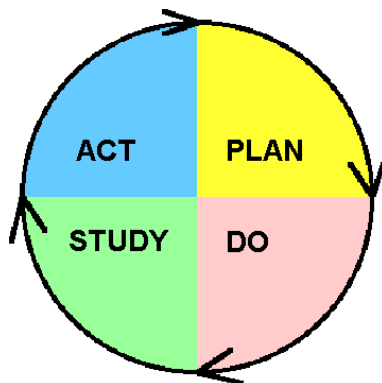
Risiko	Fakta grunnlag	Tiltak
Økonomisk resultat 2011	<ul style="list-style-type: none"> Regnskapet etter 1.tertial viser betydelig økonomiske avvik. Opprinnelige planer manglet tilstrekkelige tiltak for økonomisk balanse. 	<ul style="list-style-type: none"> Styret har bedt om å finne og iverksette korrigerende tiltak med økonomisk effekt for å nå budsjettmål for 2011. Dette effektueres med omfattende og målrettet arbeid i alle klinikker (P 500).
Økonomisk bærekraft	<ul style="list-style-type: none"> Manglende omstillingsmidler og langsiktighet for investeringsmidler Ny inntekstmodell medfører behov for å redusere kostnader betydelig de nærmeste 2-3 årene 	<ul style="list-style-type: none"> Innspill til økonomisk langtidsplan. Konsekvensutredninger. Sikre god forståelse hos eier om utfordringene og omforente tiltak for løsning Arbeidet med å lage en treårig utviklingsplan er påbegynt. Nødvendige avklaringer for å sikre rett dimensjonering av oppgaver og utføring av disse.
Fristbrudd, ventetider	<ul style="list-style-type: none"> Mangelfull kapasitet på radiologiske tjenester, som MR/ CT og UL og senger/operasjonsstuer kompliserer planlegging av drift. Fare for fristbrudd i enkelte klinikker. Manglende elektronisk samhandling vanskeliggjør utnyttelse av radiologisk kapasitet på andre lokalisasjoner (Aker). Sen diagnostikk med lang ventetid på utredning og prøvesvar, for lav radiologisk service. Behov for bedre koordinering av pasientforløp innen kreftbehandling, jf. Helsetilsynets rapport 4/2010 . For lav behandlingsskapasitet i enkelte klinikker 	<ul style="list-style-type: none"> Følges opp i dialog mellom sykehusledelsen og klinikker. Implementering av prosedyrer vedr. registrering av henvisninger og tiltak for avvikling av fristbrudd. Opplæring i PasDoc. Venteliste gjennomgang mot standard og sjekklister i klinikkene, tilstrebe felles forståelse og aktiv bruk av prioriteringsveilederne. Løpende monitorering av kapasitet, beredskap for å kunne bruke døgnplasser på andre avdelinger. Samarbeid med VV og Ahus på aktuelle områder. Intensivere samarbeidet med de private.
IKT drift	<ul style="list-style-type: none"> Det er ikke kommet til enighet rundt de økonomiske forholdene rundt IKT-driftsavtalen med Sykehuspartner. Det oppleves ustabilitet rundt drift i flere kritiske systemer, for eksempel telefoni, PACS OUS opplever manglende kapasitet fra Sykehuspartner til å kunne levere bestilte tjenester Stort etterslep av saker på brukerstøtte 	<ul style="list-style-type: none"> OUS ber på ny om forhandlingsmøter med Sykehuspartner. Fokuserer på driftsstabilitet, senke endringstakt. OUS prioriterer sine bestillinger og økt leveranseevne hos Sykehuspartner. Følge tett opp Sykehuspartner på leveranseevne. Etablert samarbeidsmøter på ledelsesnivå mellom OUS og Sykehuspartner.
IKT-integrasjon	<ul style="list-style-type: none"> Stansing av prosjektet Klinisk Arbeidsflate. Manglende elektronisk samhandling, integrasjon av RIS/PACS-data og LAB-data mot andre systemer. Mangelfull opplæring i forhold til enkelte systemer. 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre samarbeid i prosjekter relatert til Klinisk arbeidsflate. Fremdriftplan avklares og følges. Plan for gjennomgående integrasjon av PAS/EPJ på alle lokalisasjoner. Gjennomføre planlagte tiltak og samhandling. Sikre bedre opplæring.

Risiko	Faktagrunnlag	Tiltak
Arbeidsmiljø / omstilling	<ul style="list-style-type: none"> Løpende omstillinger og flyttinger medfører usikkerhet, resignasjon og ledertretthet. Lite tilgjengelige ledere som følge av manglende samlokalisering og stor aktivitet. Tap av kompetanse og nøkkelpersonell. Misforhold mellom oppgaver og ressurser. Avvikshendelser, trusler og skader på ansatte (særlig psykisk helse og rus) Manglende ressurser til gode oppstartsprosesser for nye avdelinger/ kulturintegrasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre god og kontinuerlig informasjon for å trygge klinikkens medarbeidere Lederstøtte, tett dialog og involvering med ansatte, tilsvalgte og verneombud. Informasjonsmøter. Raskere og mer effektiv prosesser for innplassering og ansettelse. Planlegging og ressursutnyttelse. Prosessforbedring gjennom lokale prosjekter og tiltak. Fokus på godt arbeidsmiljø og kulturbygging i enhetene som skal samlokaliseres. Synlige ledere. Systematisk oppfølging av avviksmeldinger. Opplæring og trening på å håndtere/forebygge farlige situasjoner. Tett oppfølging av HMS systemet Rapportering og dialog i AMU og klinikk AMU.
Med.tek.utstyr Radiologi Bygg	<ul style="list-style-type: none"> Lave investeringsrammer over flere år har medført økt gjennomsnittsalderen på utstyr og lav utskiftningstakt. Minimalt med nyanskaffelser. Økt aktivitet og teknologisk utvikling har økt etterspørselen etter medisinsk-teknologiske tjenester. Ikke tilstrekkelig kapasitet MR/ CT Dårlig bygningsmasse som ikke tilfredstiller dagens standard på flere områder. Tungvinte løsninger for de ansatte og utrivelige fasiliteter for pasientene. Utilstrekkelige og manglende arealer for en del aktiviteter. 	<ul style="list-style-type: none"> Igangsatt utskriftning av utstyr for 190 mill kr. Informere klinikkene om ansvaret for at alt utstyr skal være forskriftsmessig godkjent og tilby spesialopplæring. Optimalisere tilgjengelige ressurser og rekruttere nødvendig kompetanse. Legge til rette for å finne løsninger innen eksisterende bygningsmasse, planlegge nødvendige nybygg innen realistiske rammer. Bedre kobling mellom avvik og riktig prioritering av investeringsmidler. Samarbeid mellom klinikkene og klinikk for diagnostikk og intervensjon for bedre prioriteringer av pasientgrupper. Investeringer, omprioriteringer?
Sikre drift av Aker 2011-12	<ul style="list-style-type: none"> Tap av nøkkelpersonell/kompetanse. Stor usikkerhet om fremtidig jobb i OUS. Tilbud om jobb andre steder. 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre raskere innplasseringsprosess. Mer effektiv og hurtig ansettelses prosesser, raskere avklaring. Planlegging og ressursutnyttelse. Sikre god informasjon.
Forskningsaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Omstilling og krav til høy aktivitet i mange parallelle prosesser gjør at det er fare for nedprioritering av forskning. Utilstrekkelige arealer til forskning, manglende ressurser til oppgradering. 	<ul style="list-style-type: none"> Planlegge forskningsaktivitet i turnus. Egen arbeidsgruppe med UiO for å utarbeide avtaler om arealer til FoU og undervisning i regi av UiO.
Etterlevelse av krav/tilsyn	<ul style="list-style-type: none"> Fortsatt korridorpatienter i perioder. Ulike hindringer i rømningsveier og tekniske rom. Betydelige mangler ved en rekke bygg, manglende brann- og el-sikkerhet, sikkerhetsproblematikk 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre overholdelse av fastsatte retningslinjer for sengeplasser og lagerplass. Benytte ledige senger på tvers av avdelinger. Fokus på legevisitt, redusere liggetider, planlegge tidlig utskrivelser, vurdere mer dagbehandling.

Risiko	Fakta grunnlag	Tiltak
		<ul style="list-style-type: none"> Planlegging og iverksetting av utbedringer av bygg og tekniske installasjoner innen tildelte rammer.
Kapasitets-utnyttelse	<ul style="list-style-type: none"> Ubalanse mellom oppgaver, kompetanse og ressurser i enkelte enheter. Stor grad av kompleksitet gjør at utnyttelsesgrad ikke nødvendigvis er optimal alle steder. 	<ul style="list-style-type: none"> Utvikling av behandlingslinjer, pasientforløp. Løpende monitorering av kapasitet, bruke døgnplasser på andre avdelinger. Nær kontakt med VV og Ahus ift. pasientstrømmer og kapasitet på døgn. Etablere nye rapporteringer/ analyser
AMK-kapasitet	<ul style="list-style-type: none"> Antall henvendelser og triage av pasienter har økt,, gir økt responstid. 	<ul style="list-style-type: none"> Iverksetter økning i bemanning AMK slik at vi får både øket betjening og operativ ledelse som fristilles slik at kan veilede og følge opp personellet.

Ledelsens gjennomgang

Indikatorer og kommentarer
Vedlegg 2

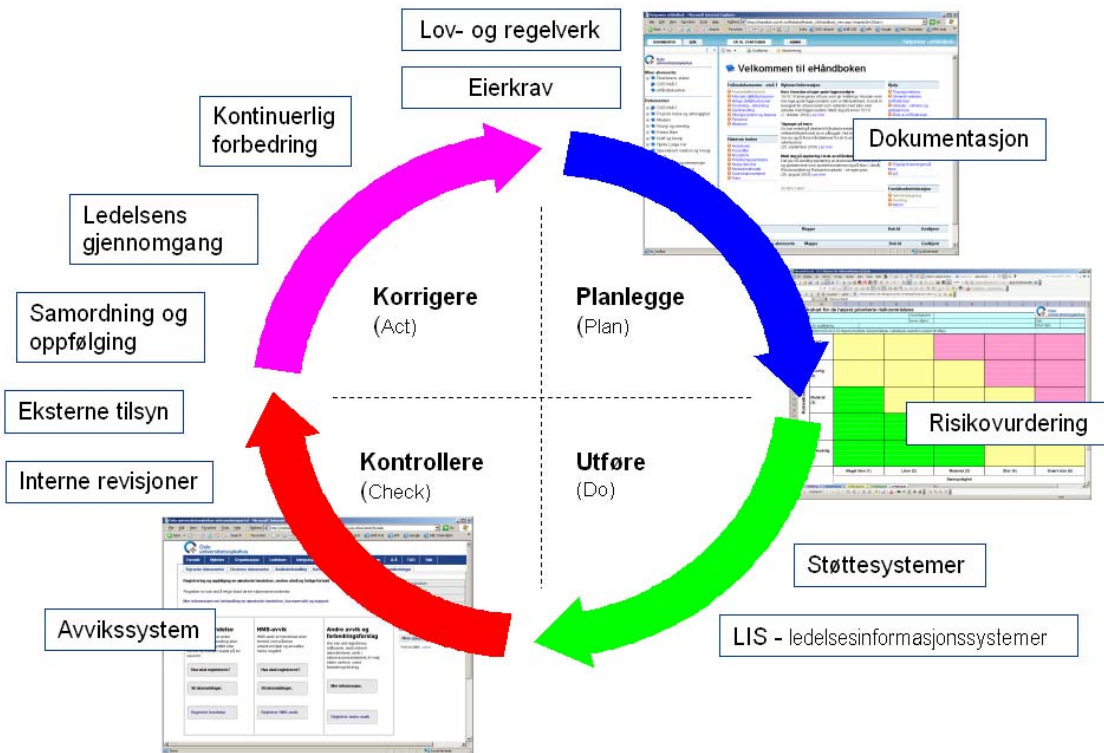


1. Tertial 2011
Vedlegg til styresak 47/2011

Innholdsfortegnelse

1	Helhetlig system i Oslo universitetssykehus HF - god virksomhetsstyring og internkontroll.....	3
2	Revisjoner og tilsyn.....	5
2.1	Interne revisjoner og samarbeide med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF.	5
2.2	Eksterne tilsyn 1. tertial	6
2.2.1	Nye eksterne tilsyn 1. tertial 2011.....	6
2.2.2	Avsluttede eksterne tilsyn 1. tertial 2011	7
2.2.3	Tidligere eksterne tilsyn som fortsatt ikke er lukket	8
2.3	Juridiske forhold	10
3	Pasientsikkerhet og avviksbehandling.....	11
3.1	Avviksbehandling generelt	11
3.2	Pasientrelaterte avvik.....	14
3.2.1	Generelt.....	14
3.2.2	Pasientrelaterte hendelser.....	14
3.2.3	Konsekvenser	15
3.2.4	Død / betydelig skade.....	17
3.2.5	Diagnostikk, behandling og pleie.....	17
3.2.6	Legemidler og blodprodukter.....	17
3.2.7	Pasientadministrasjon/samhandling	18
3.2.8	Fall og andre ulykker.....	18
3.2.9	Dokumentasjon	19
3.2.10	Medisinsk utstyr	19
3.2.11	Pasientadferd	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.2.12	Sykehusinfeksjoner.....	20
4	Klagesaker.....	22
5	NPE-vedtak	22
6	Pasientforløp.....	24
7	Ansatte relaterte avvik/ arbeidsmiljø.....	25
7.1	Registrerte HMS-avvik	25
7.2	De hyppigst meldte HMS-avvikene	28
7.3	Klinikkvis meldeprofil	29
7.4	Forbedringstiltak	30
7.5	Restanser HMS-avvik	30
7.6	Alvorlige enkeltavvik.....	31
8	Andre typer avvik	32
9	Brudd på arbeidsmiljøloven.....	33
10	Forskning og innovasjon	35
10.1	Antall publiserte vitenskaplige artikler	35
10.2	Antall publikasjonspoeng.....	35
10.3	Doktorgrader	36
10.4	Innovasjon.....	37
11	Kommunikasjon og omdømme	39
11.1	Sykehusets økonomiske situasjon.....	39
11.2	Mediebildet	39
11.3	Fordeling på medier	39
11.4	Bok til barn som pårørende.....	40
11.5	Pasientinformasjon på nett.....	40

1 Helhetlig system i Oslo universitetssykehus HF - god virksomhetsstyring og internkontroll



Oslo universitetssykehus har i løpet av første tertial 2011 arbeidet systematisk videre med å forbedre systemer og rutiner for god virksomhetsstyring. Det er svært mange pågående aktiviteter og prosesser som til sammen skal sikre at virksomheten drives forsvarlig og i henhold til overordnede føringer og lovpålagte krav.

Standardisering av rutiner og metodikk for risikostyring, avvikshåndtering, et integrert ledelses- og informasjonssystem (LIS) samt dokumentasjonssystem er grunnleggende for god styring og kontroll. Disse systemene er etablert med tilhørende rutiner og arbeidsprosesser og spesielt innen ledelses- og informasjonssystemet (LIS) har det pågått kontinuerlig kvalitetssikring og forbedringer i 1.tertial. Det er positivt at det er noe mindre usikkerhet og større tiltro til registreringer og resultater etter første tertial enn i 2010.

Alle klinikker i Oslo universitetssykehus har i 1.tertial fått sine oppdragsdokumenter for 2011 og avdelinger og klinikker har gjort risikovurderinger på bakgrunn av resultater 2010 og oppdrag 2011. Sykehusledelsen setter krav til tydelig mål- og resultater. Ved månedlige oppfølgingsmøter og ledelsens gjennomgang hvert tertial sikres gjennomgang av både resultater og systemer slik at nødvendige korrigeringer kan gjøres.

Status for oppdrag 2011 er avrapportert fra alle klinikker og viser først og fremst avvik vedrørende økonomisk balanse, ikke tilstrekkelig nedtrekk i antall årsverk og at det etter første tertial ikke er tydelig definert hvilke oppgaver som anbefales overført til andre aktører enn Oslo universitetssykehus. Dette arbeidet fortsetter gjennom 2.tertial med ny rapportering fra klinikkene.

Det er dog gledelig å merke seg at standardisering av behandlingsprotokoller og prosedyrer pågår i alle klinikker og at flere fagmiljøer kan rapportere bedre behandlingstilbud til ulike pasientgrupper som begrunnes i mer robuste fagmiljøer som følge av fusjonen.

I 1. tertial fortsetter en økende trend i antall registrerte avvik sammenlignet med 2010. Dette er positivt da avvikshåndtering er et viktig element i sykehusets internkontroll, samtidig som det fremmer åpenhet og kultur for læring og forbedring.

Totalt sett er de viktigste delene av helseforetakets internkontroll systemer godt etablert. Videreutvikling er et kontinuerlig arbeid både for å sikre god samordning og for å oppnå forbedring av systemer og tjenester.

2 Revisjoner og tilsyn

2.1 Interne revisjoner og samarbeide med Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF har et formalisert samarbeid. Fastlagte møter og samarbeid har bidratt til større fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målene for sykehuset. Den jevnlige kontakten har bidratt til planlagte, løpende og proaktive tiltak. Det har vært felles revisjonsplanprosess og vurdering av hvor felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter har vært hensiktsmessige.

Oslo universitetssykehus HF har anmodet konsernrevisjonen om utførelse av konkrete revisjonsoppdrag. Samarbeidet har resultert i en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

Det har ikke vært utført interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus HF 1. tertial 2011. Det er påstartet forberedelser for kontroll av medisinsk koding av pasientrettet aktivitet med planlagt start i mai.

Følgende interne revisjoner er i planleggingsfase:

1. Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system og melde- og avvikssystem (herunder også henvisningsrutiner og ventelistehåndtering). Denne revisjonen er et samarbeidsprosjekt med konsernrevisjonen.
2. Arbeidsmiljø/HMS området
3. Legemiddelhåndtering
4. Brannvern

Arbeid med oppfølging av observasjoner og avvik fra revisjoner i 2010 er tilfredsstillende.

Det har vært utført egenrevisjoner i flere klinikker/avdelinger 1. tertial 2011. Noen klinikker har mange egenrevisjoner, mens andre klinikker har valgt annen type oppfølging for å sikre at iverksatte tiltak for å ha styring og kontroll fungerer hensiktsmessig og betryggende. Flere klinikker har hatt tilsyn fra tilsynsmyndigheter og prioritert sin innsats i forbindelse med disse for å lukke avvik.

Sykehuset kjøper farmasøytiske tilsynstjenester fra Sykehusapotekene A/S. I 1. tertial 2011 har det vært to legemiddelrevisjoner som ikke avdekket noen avvik.

Konsernrevisjonen har utført følgende revisjoner med slutføring i 1. tertial 2011:

- Revisjon av lønnsprosessen ved Oslo universitetssykehus HF (styrebehandlet 31.3.2011). Organisasjonen arbeider videre med foreslått tiltaksplan i dialog med ansattes organisasjoner og legger ny status frem for styret innen utgangen av 2011.
- Behandlingsreiser til utlandet ved Oslo universitetssykehus HF. Revisjonen er i slutfasen å styrebehandles på styremøtet i juni 2011. Det gis en orientering på status i styresak 57/2011, 7.
- Under utførelse er revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (nasjonal revisjon utgått fra Helsedirektoratet – utføres av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst). Oslo universitetssykehus HF er første revisjonsenhet i det nasjonale prosjektet.

Under planlegging:

- System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (vurdere god virksomhetsstyring)

- Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system og melde- og avvikssystem (herunder også henvisningsrutiner og ventelistebehandling)
- Oppfølging av revisjoner innenfor innkjøpsområdet (utført på tidligere Ullevål- og Aker universitetssykehus)

2.2 Eksterne tilsyn 1. tertial

I årets første tertial har sykehuset gjennomført 10 tilsynsbesøk fra Mattilsynet, Arbeidstilsynet, Statens legemiddelverk, Luftfartsverket, Hafslund (Det lokale elektrisitetstilsyn), Helseforetakenes senter for pasientreiser og lokalt brannvesen. Allerede er fire av disse tilsynene avsluttet. I tillegg har sykehuset restoppgaver i forbindelse med 11 tidligere tilsyn hvor oppfølging av tiltak pågår. Hittil i år er fem tidligere tilsyn blitt avsluttet.

Alle eksterne tilsyn følges opp i henhold til fastsatt prosedyre der sentral tilsynsadministrator koordinerer gjennomføringen av tilsynsbesøkene og sikrer kommunikasjon, forankring og oppfølging i linjeledelsen.

Ingen av de nye tilsynene 1.tertial har medført avvik som vurderes med høy risiko i pasientbehandlingen, for de ansatte eller for sykehusets omdømme.

Eksterne tilsynsbesøk bidrar til fokus og framdrift i sykehusets interne forbedringsarbeid noe som oppleves som positivt.

Rutiner for systematisk oppfølging og rapportering fungerer etter hensikten.

2.2.1 Nye eksterne tilsyn 1. tertial 2011

Dato for tilsyn	Tilsynsmyndighet	Klinikk	Avdeling	Tema	Avvik	Frist lukking	Status for oppfølging
17.01.	Mattilsynet	Klinikk for kirurgi og nevrofag	SSE sengepost C/D	Driftshygiene og temp.kontroll	0	-	Avsluttet
		Oslo sykehusservice	Interne tjenester, Kjøkken, SSE	Driftshygiene og temp.kontroll	1	21.02.11	Avsluttet
20.01.	Arbeidstilsynet	Klinikk for psykisk helse og avheng	Regional sikkerhetsavdeling. Dikemark	Oppfølging etter 2 alvorlige hendelser	2	15.04.11	All dokumentasjon oversendt innen fristen. Ikke mottatt svar.
08.02.11	Statens legemiddelverk	Klinikk for diagnostikk og intervensjon	Blodbanken i Oslo	Blodbankens tilvirkning av blod og blodprodukter	7	31.12.11 lukkes siste avvik	2 avvik lukket tidl. Handlingsplan innlevert 11.04.11 Oppfølging pågår.
09.02.11	Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Akutt klinikken	Prehospital senter	Internkontroll ved pasientreisekontor	-		Ennå ikke mottatt rapport
02.03.11	Arbeidstilsynet	Kvinne-/barn klinikken	Føde A/B Ullevål	Arbeidsbelastning ved fødeavdeling A og B, Ullevål	0	-	Oppfølgingsmøte planlagt til

Dato for tilsyn	Tilsynsmyndighet	Klinikk	Avdeling	Tema	Avvik	Frist lukking	Status for oppfølging
							14.06.11
16.03.11	Asker og Bærum brannvesen IKS	Klinikk for psykisk helse og avheng	Dikemark sykehus	Risikovurdering	0	-	Rapport mottatt 04.05.11. Avsluttet
31.03.11	Asker og Bærum brannvesen IKS	Oslo sykehuservice (Transittmottak - driftes av Norsk Folkehjelp)	Bygningene eies av Oslo universitetssykehus	Risikovurdering	0	-	Rapport mottatt 31.03.2011. Avsluttet
13.04.11	Luftfartstilsynet	Oslo sykehuservice	Interne tjenester, Sikkerhetsavdelingen	Helikopterplassens utforming, bakke-, plass-, brann og redningstjeneste	-	-	Ennå ikke mottatt rapport
14.04.11	Oslo brann- og redningsetat	Legevakta, Storgata 40. Eies av Oslo kommune. Flere klinikker er involvert i driften			-	-	Oslo kommune er eier og OUS drifter deler av virksomheten. Ennå ikke mottatt rapport
Juni 2011	Hafslund DLE (Det lokal eltilsyn) utføres av Infratek	Oslo Sykehuservice	Eiendom, Drift og vedlikehold	Verifisere tilstand på el-anleggene til OUS HF	-	-	Formøte 26.04.11 Tilsynet kommer i juni evt. i aug 2011

2.2.2 [Avsluttede eksterne tilsyn 1. tertial 2011](#)

Dato for tilsyn	Tilsynsmyndighet	Klinikk	Avdeling	Tema	Frist lukking	Status for oppfølging
2008	Arbeidstilsynet	God vakt	Hele helseforetaket	Balanse arbeidsoppgaver ressurser	31.12.10	Rapport 08.02.11 Avsluttet
19.02.10	Datatisynet	Klinikk diagnostikk og intervensjon	Dopinglab. Aker	Data-behandling dopingprøver	-	Rapport 11.02.11 Avsluttet
09.11.10	Helsedirektoratet	Kl. kreft og kir.	Institutt for kreftforskning	Tilsyn etter genteknologi-loven	31.01.11	Svarbrev 03.03.11 Avsluttet
Papir tilsyn	Statens helsetilsyn	Kvinne-/barn klinikken	Barselpostene på RH og Ullevål	Landsomfattende "Barselomsorgen 2010"	14.03.11	Rapport fra Helsetilsynet nr 3/2011. Ingen spesiell omtale av OUS.

Dato for tilsyn	Tilsynsmyndighet	Klinikk	Avdeling	Tema	Frist lukking	Status for oppfølging
						Avsluttet
22.11.10	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Klinikk kir og nevrofag	Avd. for kompleks epilepsi SSE	Meldeordning betydelig skade § 3-3		Rapport 26.04.11. Klinikken bør gjøre intern evaluering innen 01.11.2011 Avsluttet

2.2.3 Tidligere eksterne tilsyn som fortsatt ikke er lukket

Dato for tilsyn	Tilsyns myndighet	Klinikk	Avdeling	Tema	Frist lukking	Status oppfølging
Des. 2010- jan. 2011	Helsetilsynet i Oslo og Akershus	Sykehusnivå, Klinikk kirurgi og nevrofag, Medisinsk klinikk Klinikk for psykisk helse og avheng.	Gastromedisin Nevrologisk/ nevrokirurgi Voksen lokal-funksjon akutt	”Tilsyn” omstillings-prosessen	-	Intervju runde med 9 ledere ved 3 klinikker supplert med oppfølgende informasjon. Intervjurund en avsluttet
Des. 2010	Riksrevisjonen	Medisinsk kl. Spes.med. /kir Kl. kir og nevrofag Kl. diagn. og intervensjon	Gastromed. Gastrolab. Ortopedi Radiologi	Forvaltnings-revisjon – fritt sykehusvalg	-	Ennå ikke mottatt rapport
30.11.10	Riksrevisjonen	Klinikk kir og nevrofag Medisinsk klinikk	SSE Fysikalsk med. Geriatrisk avd.	Forvaltningsrevisjon – rehabilitering i helsetjenesten	-	Siste oversendelse 14.04.11. Ennå ikke mottatt rapport
18.11.10	Asker/Bærum brannvesen	Klinikk kirurgi og nevrofag	SSE	Branntilsyn	31.08.11	Oppfølging pågår.
05.11.10	Nedre Romerike brannvesen	Akutt klinikken	Prehospitalitet Lørenskog	Branntilsyn	01.04.11	Arbeid sent påbegynt, forventet ferdig 18.5.2011. Oppfølging pågår.
12.10.- 22.11.10	Statens strålevern	Sykehusnivå Kl. kreft og kir. Kvinne-/barn Kl. spes. med. og kir.	Stråleterapiavd. Nyfødt/barsel/ gyn. Hudavd.	Stråleterapi, lysbehandling, laser	Frist for lukking av siste avvik 31.12.11	Handlingsplan sendt innen fristen. Oppfølging pågår
06.- 21.09.10	Direktoratet for samfunns-sikkerhet og beredskap	Sykehusnivå Akutt klinikken Kl. kir. og nevrofag Oslo sykehusservice	Diverse avd. Med.tek. avd. Elektro	Internkontroll HMS, mål, risikovurdering, opplæring, melderutiner, vedlikehold	Frist for lukking av siste avvik 31.12.11	Handlingsplan sendt innen fristen. Oppfølging pågår.

Dato for tilsyn	Tilsyns myndighet	Klinikk	Avdeling	Tema	Frist lukking	Status oppfølging
22.06.10	Mattilsynet	Oslo sykehus-service	Hovedkjøkken Rikshospitalet	Revisjon av internkontrollsystem (IK-Mat)	01.05.11	Utarbeidelse av HACCP. Oppfølging pågår - avsluttes uke 33/2011
17.02.10	Statens legemiddelverk	Klinikk diagnostikk/intervensjon	Ex vivo cellelab.	Tilvirkning humane celler og vev	04.03.11	Ennå ikke mottatt tilbakemelding
02.12.09	Brann- og redningsetaten, Oslo	Oslo sykehus-service	Høyblokken på Radiumhospitalet	Branntekniske/organisatoriske forhold	31.12.12	<i>Sak avsluttet – lukking gjennomstår</i> Handlingsplan innebærer brannteknisk oppgradering som gjennomføres innen 2012.
Høst 2009	Brann- og redningsetaten, Oslo	Oslo sykehus-service	Søsterhjemmet, Ullevål, bygg 2	Brannteknisk oppgradering	Prosjektplan 31.12.13	<i>Pågående sak – lukking gjennomstår</i> Handlingsplan innebærer brannteknisk oppgradering som gjennomføres innen 2013.

2.3 Juridiske forhold

Rettssaker		Klagesaker KOFA		Straffbare forhold	Varsling
Saker for domstolsapparatet	Saker med risiko for rettslig prosess	Saker for klageorganet for offentlige anskaffelser	Saker med risiko for klageprosess	Politianmeldelser som gjelder straffbare forhold begått av sykehusets ansatte?	Status realitetsbehandlede saker
Totalt 6 saker: 4 arbeidsrettssaker 2 saker i kontraktsforhold: - heving og krav om erstatning - erstatning grunnet mangel	Totalt 2 saker: 1 arbeidsrettssak 1 sak som gjelder kontraktsforhold og opphør av kontraktsforhold.	Ingen saker	Ingen saker	Totalt 3 saker: 1 sak i forbindelse med uventet dødsfall. Er under etterforskning. 1 sak som er erkjent av foretaket, og foretaket har bedt om å bli forelagt bot. Er fortsatt under etterforskning. 1 sak, privat straffesak anlagt mot foretaket. Påstand om pliktforsømmelse/grov uforstand i tjenesten av ansatte. Er berammet for retten.	Ingen saker

Rettssaker: Saker for domstolsapparatet

I samtlige arbeidsrettssaker er sykehuset stevnet. Prosess for domstolsapparatet vil avklare sykehusets juridiske posisjon i rollen som arbeidsgiver. To av sakene gjelder viktige tolkningsspørsmål av arbeidsavtalen. En av sakene reiser prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatte. Den siste av sakene gjelder rettmessigheten av endringsoppsigelse for grovt pliktbrudd i tjenesten. Denne saken har også en side mot pasientrettet virksomhet.

I begge kontraktssakene er det sykehuset som har stevnet leverandører. Sakene har sammenheng med at sykehuset ikke har fått det som er rettmessig i henhold til kontrakt og en rettslig prosess er valgt for å ivareta og forvalte sykehusets økonomiske og juridiske interesser.

Rettssaker: Saker med risiko for rettslig prosess

Både arbeidsrettssaken og kontraktsrettssaken kan resultere i en rettslig prosess. Foretaket vil før en rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon og risiko. Kontraktsrettssaken vurderes også å ha et omdømmeperspektiv i seg.

Straffbare forhold

Saker om straff gjelder brudd på samfunnets normer for hva som er definert som ulovlige straffbare handlinger. Dette er alvorlig i seg selv. Et negativt utfall for foretaket kan resultere i kostnadmessige konsekvenser (ved at man blir ilagt bot) og det vil berøre foretakets omdømme.

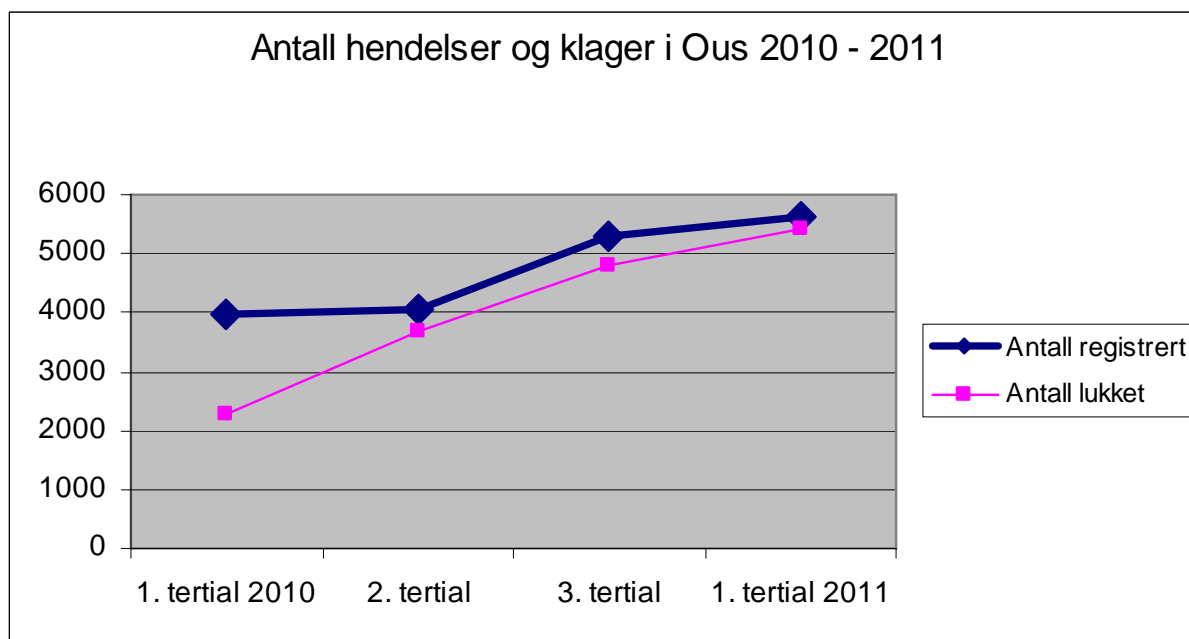
3 Pasientsikkerhet og avviksbehandling

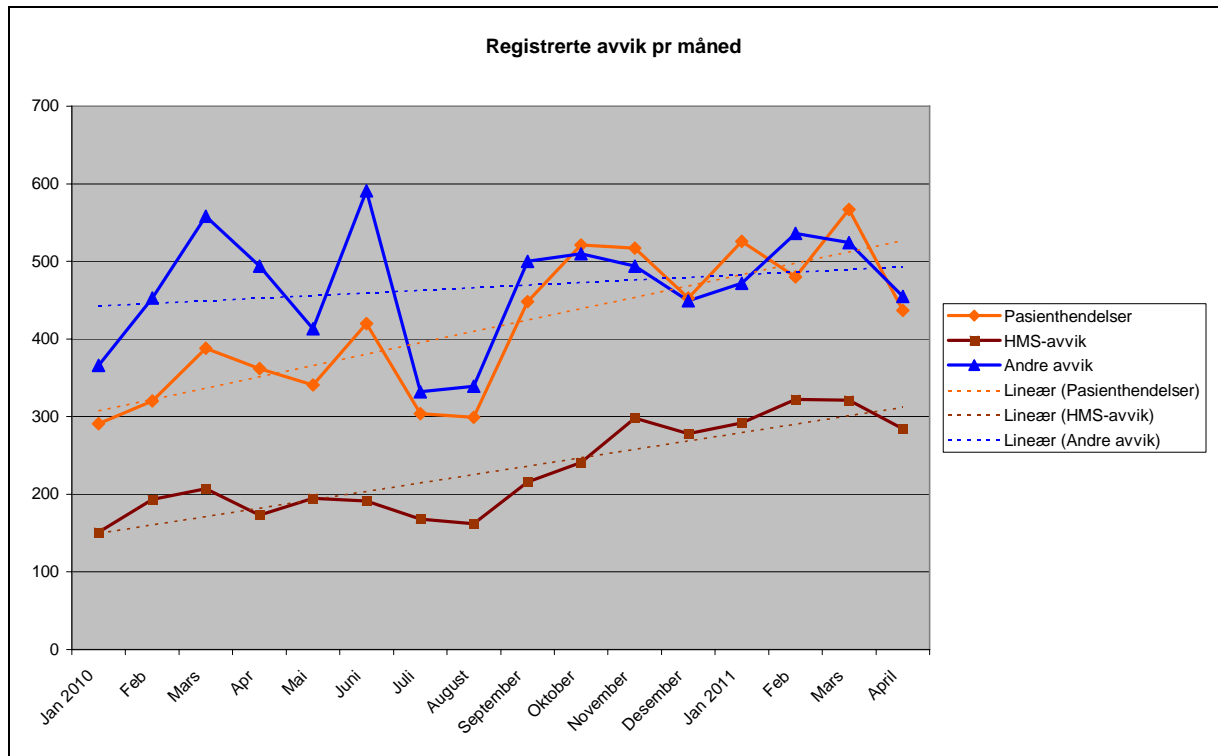
3.1 Avviksbehandling generelt

Avviksbehandling dreier seg om å benytte erfaringer fra uønskede hendelser og andre negative registreringer i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette gjøres primært ved at leder får tilsendt og gjennomgår avvik i avvikssystemet for å finne årsaker/systemsvikt og vurdere hvilke forbedringstiltak som er nødvendig. Hovedkilden for registrering av avvik er sykehusets avvikssystem, men også andre typer kilder som eksempel prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner og måling av kvalitetsindikatorer benyttes som grunnlag i arbeidet.

Den enkelte enhetsleder har ansvar for saksbehandling fra avviket oppstår til det er ferdig behandlet. Det omfatter å iverksette strakstiltak, identifisere årsaker og eventuelt iverksette forbedringstiltak som kan hindre at tilsvarende uønskede hendelser oppstår på nytt. Der lederen selv ikke har myndighet innenfor egne rammer til å løse forholdene kan problemet enkelt løftes til neste ledernivå.

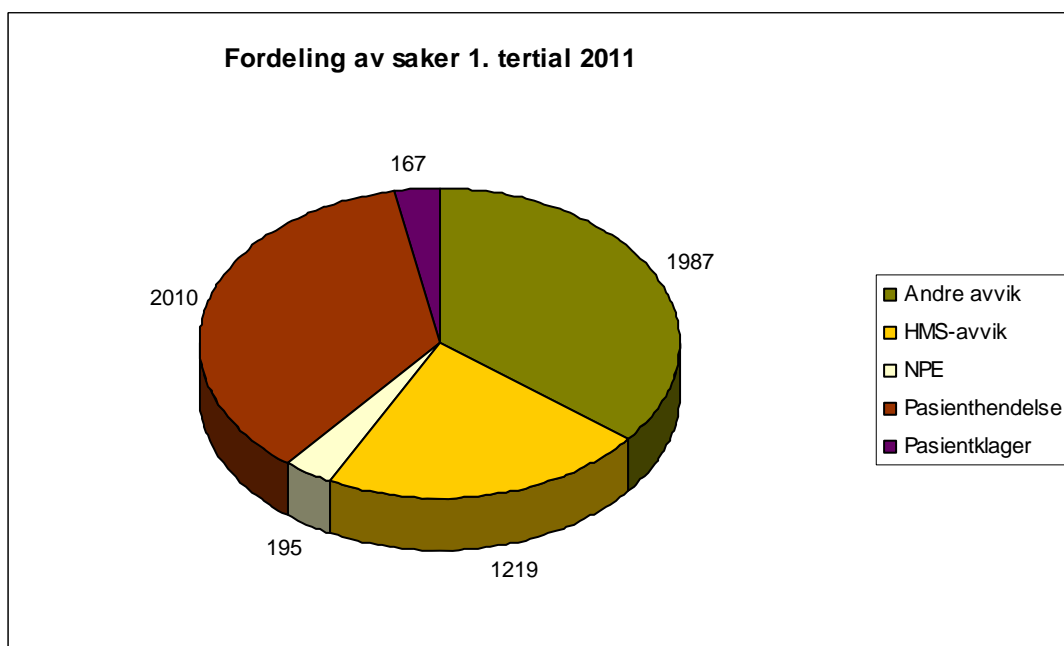
”Pasienthendelser” og ”Andre typer avvik” behandles av klinikkenes kvalitetsutvalg etter at avdelingsleders saksbehandling er slutført.



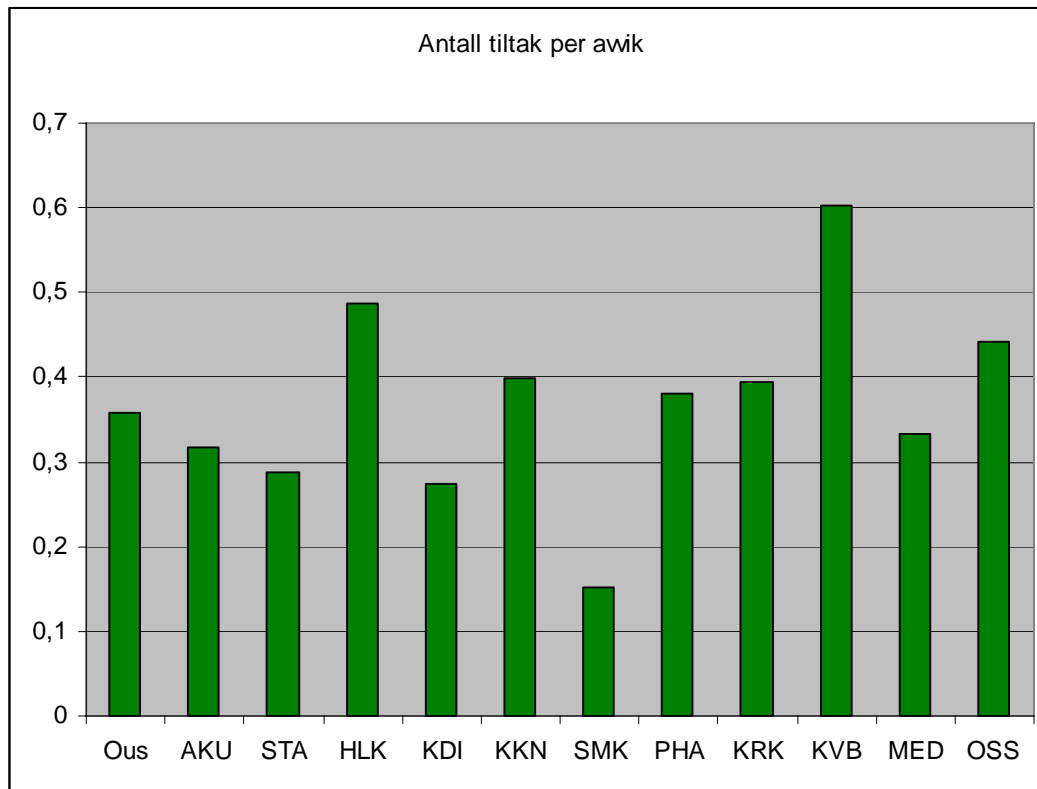


Økningen i antall registrerte hendelser fra 2010 har fortsatt i første tertial 2011. Dette er en ønsket utvikling da antallet registrerte hendelser ikke avspeiler sykehusets svikt eller risikonivå, men heller grunnlaget for proaktivt å kunne forebygge uønskede hendelser. Det er fortsatt grunn til å anta at det underregistreres.

For å kunne analysere trender og fordele hendelser i forhold til fag og kompetanseområde for overordnet oppfølging blir alle saker i avviksystemet kategorisert i noen hovedgrupper. En del avvik som er registrert i kategoriene HMS og Andre er også pasientrelaterte. Sykehusets vurdering er derfor at en stor andel av disse registrerte avvik har relasjon til pasientbehandling. Dette krever nærmere analyser.



Ved alle avvik er det viktig å vurdere muligheten for å iverksette tiltak for å redusere sannsynlighet for at tilsvarende uønskede hendelser skal oppstå på nytt, eventuelt tiltak som reduserer den faktiske konsekvens.



Diagrammet viser antall dokumenterte forbedringstiltak pr avvik i hver klinikk. Andelen av avvik der det er registrert planlagte eller utførte tiltak er på 36 % noe som tilsvarer forrige måling.

Antall saker som er ferdig saksbehandlet i løpet av perioden har økt noe men antall lukkede saker pr tidsenhet er fortsatt noe lavere enn antallet nyregistrerte i samme periode, hvilket betyr at mengden av ubehandlede saker i klinikkene er økende. Dette vurderes som bekymringsfullt men ikke kritisk da de mest alvorlige sakene prioriteres og monitoreres.

Behandling av avvikssaker i kvalitetsutvalgene fungerer etter hensikten. Saker fremsendt til vurdering som vurderes som utilstrekkelig årsaksanalysert i den primære saksbehandling blir returnert med kommentarer for ny saksbehandling – i dette ligger det læring og økende bevissthet i alle ledd om hensikt, system og krav.

Tiltak:

- Ny felles nivå 1 – avviksprosedyre som omfatter pasienthendelser, HMS-avvik og andre avvik stiller krav til ledere om å sette avviksbehandling som fast punkt på dagsorden i leder- og personalmøter
- Kurs, opplæring fortsetter
- Ny meldeplakat – til alle avdelinger

Det er utarbeidet en meldeplakat til oppslag på alle avdelinger med korte handlingsanvisninger for ansattes avviksregistrering og straks meldinger ved viktige hendelsestyper. Med dette er også intern informasjon om varslingsplikt til tilsynsmyndigheter styrket, inkludert prøveordningen om særlig uventede alvorlige skader til Statens helsetilsyn.

Generelt har antallet henvendelser til Stab fag og pasientsikkerhet om bistand til selve bruken av avvikssystemet gått noe ned. Etableringsfasen ansees gjennomført.

3.2 Pasientrelaterte avvik

3.2.1 Generelt

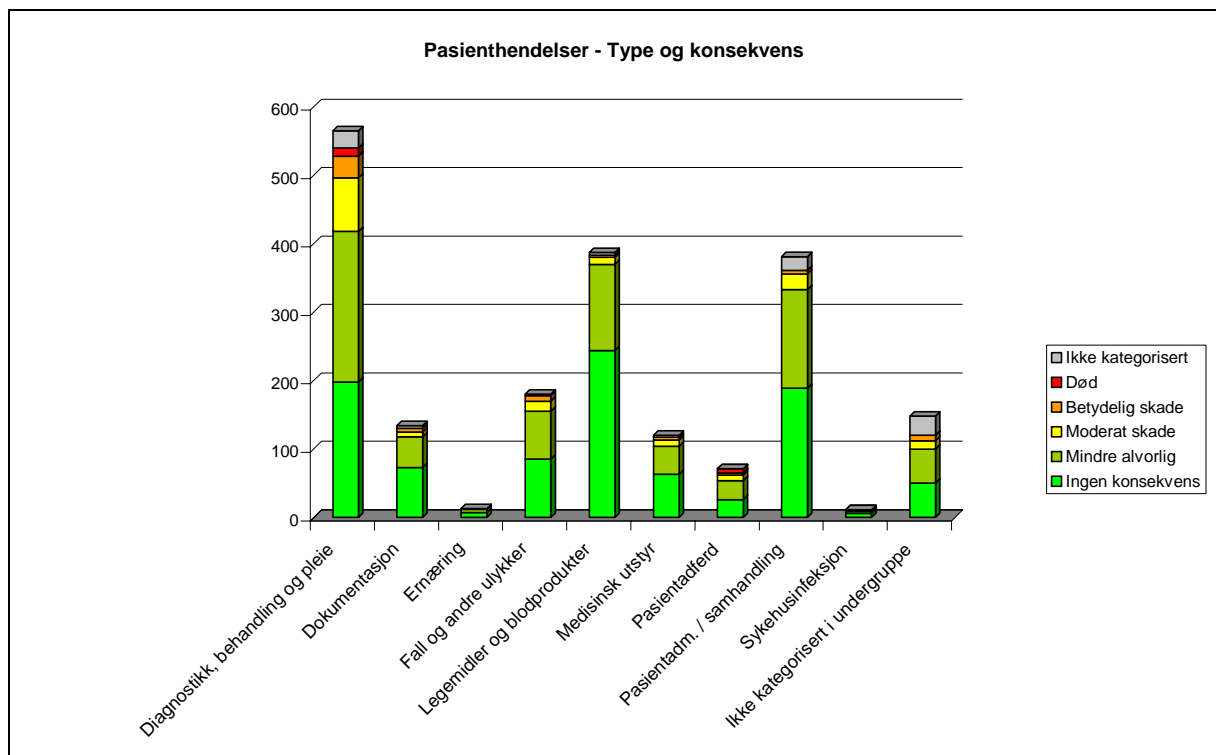
Høyt fokus på sikkerhet i pasientbehandlingen, både i sykehusledelsen og hos den enkelte medarbeider, er avgjørende for at gjennomføring av sykehusets utvikling og omstilling kan gjennomføres på en trygg og sikker måte. Et generelt inntrykk er at viljen til å konsentrere seg om pasientenes behov, påpeke og registrere forhold og hendelser der disse ikke er tilstrekkelig ivaretatt, er til stede i sykehusets klinikker. Omstilling kan skape nye risikoer som må avdekkes og justeres i en kontinuerlig prosess som en del av endringsarbeidet. Vi ser at registreringene i avvikssystemet øker og at klinikkenes evne til å bruke disse i eget forbedringsarbeid er økende.

Direktørens kvalitetsutvalg ble etablert i 1. tertial. Utvalget er bredt faglig sammensatt. Leder av brukerutvalget og eksternt kompetanse er representert.

3.2.2 Pasientrelaterte hendelser

Antallet pasienthendelser har økt noe fra foregående tertial (fra 1953 til 2010).

Diagrammet nedenfor viser pasienthendelser registrert i perioden fordelt på avvikstype og konsekvens.



Fordelingen av registreringene tilsvarer tidligere erfaringer internt og internasjonale trender.

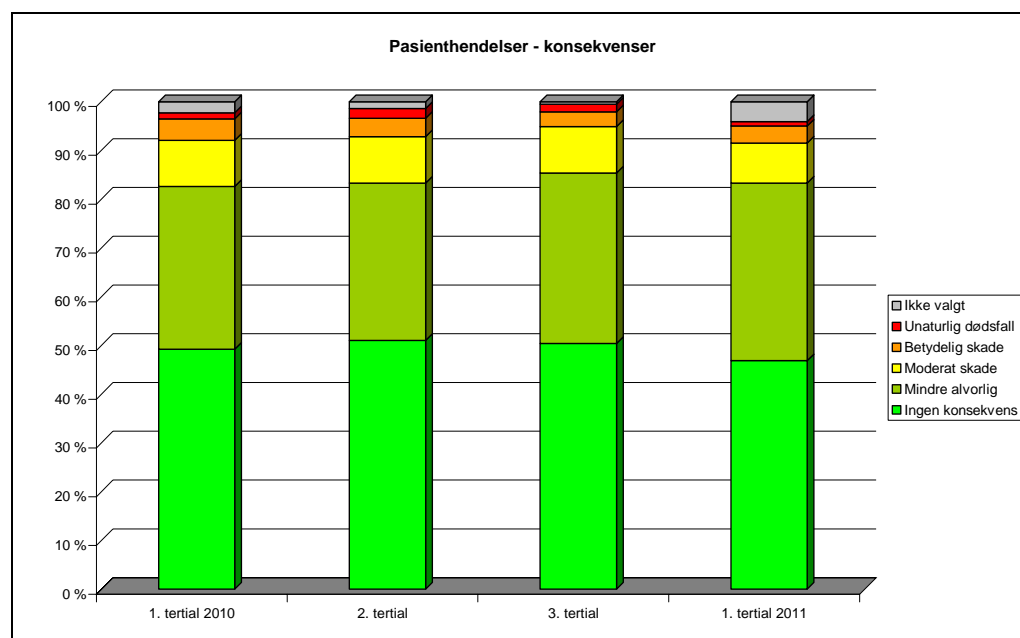
Det er senere i kapittelet kommentert de viktigste områdene hver for seg.

Type pasienthendelse / Alvorlighetsgrad	Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat Skade	Betydelig skade	Død	*Ikke kategorisert
Diagnostikk, behandling og pleie	565	198	220	78	32	12	25
Dokumentasjon	134	73	45	7	5	0	4
Ernæring	13	7	5	0	0	0	1
Fall og andre ulykker	180	85	70	15	8	0	2
Legemidler og blodprodukter	387	244	126	10	3	0	4
Medisinsk utstyr	120	63	41	9	4	0	3
Pasientadferd	71	26	28	8	3	6	0
Pasientadm. / samhandling	381	189	144	23	5	0	20
Sykehusinfeksjon	11	6	3	1	1	0	0
Pt. Ikke kategorisert i undergruppe	148	50	50	12	8	0	28
Alle	2010	941	732	163	69	18	87

*Ikke kategorisert er saker registrert sent i tertialperioden der denne informasjonen ikke foreligger når rapporten hentes ut. Sakene er ikke ferdig analysert.

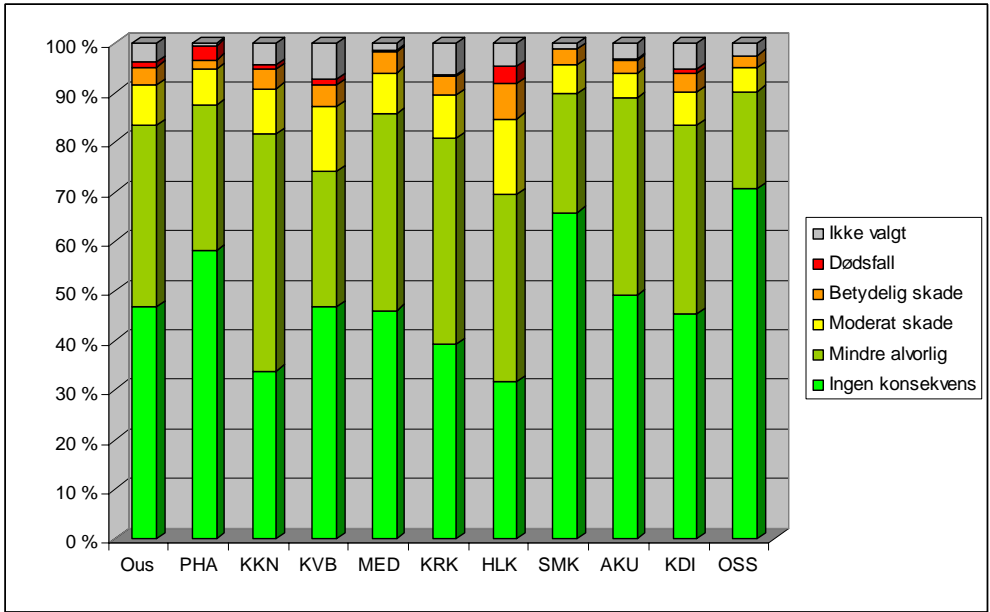
3.2.3 [Konsekvenser](#)

Andelen av alle avvik som er kategorisert med ingen reell konsekvens er fortsatt høy (47 %). Dette er en indikator på i hvilken grad sykehuset dokumenterer nesten uhell og farlige forhold, noe som igjen understøtter at antallet registrerte avviksmeldinger ikke er proporsjonalt med risikonivå for uønskede hendelser. All registrering av nesten uhell og farlige forhold saksbehandles og vurderes i forhold til risikoreduserende tiltak slik at senere uhell med faktisk konsekvens kan forhindres.



Det ikke mulig å si noe om endringer i risikoforhold basert på disse tallene.

Fordelt på klinikkene ser konsekvensene av pasienthendelsene slik ut for første tertial 2011:



3.2.4 Død / betydelig skade

87 pasienthendelser (4,3 %) er kategorisert som betydelig skade eller død (93 i tredje tertial 2010). Dette er ikke ensbetydende med at svikt i pasientbehandling har medført død for disse pasientene da en stor andel av hendelsene blir videre vurdert som kjente/påregnelige komplikasjoner. At disse sakene rutinemessig likevel registreres i avviksystemet er ett av flere tiltak for så langt som mulig å forbedre pasientbehandlingen.

Årsaksanalyse og videre saksbehandling av alvorlige hendelser tar tid noe som medfører at et utvalg av disse sakene ikke er ferdig saksbehandlet.

3.2.5 Diagnostikk, behandling og pleie

Tilsvarende 28 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

I denne kategorien finner vi de fleste rapporterte pasienthendelser og også den største andel alvorlige hendelser. Innenfor dette området ligger også mange hendelser i grenseområdet mellom avvik og påregnelige komplikasjoner.

Fordelingen er slik:

	Total	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Døds fall	Ikke valgt
Behandling ikke gitt	22	5	9	6	1	1	0
Feil / mangelfull behandling	75	33	33	8	1	0	0
Feil diagnose	1	0	0	0	1	0	0
Forsinket behandling	92	33	45	5	5	1	3
Kirurgi, anestesi og intervensjon	59	5	18	17	13	2	4
Oppfølging / overvåking / tilsyn	134	48	57	15	3	2	9
Pleie / opptrening	16	5	9	2	0	0	0
Tvangsbruk	2	1	1	0	0	0	0
Ikke kategorisert i undergruppe	163	68	48	25	8	5	9

Alle alvorlige hendelser vurderes av klinikkens kvalitetsutvalg og senere av sykehusets enhet for pasientsikkerhet. Hendelsene vurderes også separat for videre melding til Helsetilsynet i fylket i forhold til kriteriene i Lov om Spesialisthelsetjeneste § 3.3.

3.2.6 Legemidler og blodprodukter

Tilsvarende 19 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

Tre tilfeller av feildosering har angitt betydelig konsekvens. Flere tilfeller av feildosering har mindre alvorlige konsekvenser, men høyt skadepotensial. Årsaker er feil i ordinerings, kurvføring eller kontroll ved administrering. De fleste registrerte hendelser har liten konsekvens for pasienten, men flere har potensial for mer alvorlige utfall.

Stadig bredere utvalg av medikamenter, mer behandlingskrevende pasienter, reduserte liggetider, stort tempo i arbeidshverdagen og mer teknisk apparatur kan medføre risiko for uønskede hendelser av potensielt svært alvorlig karakter tilknyttet legemiddelhåndtering.

Det er stort fokus på å øke kunnskaper og forbedre rutiner innen legemiddelhåndtering bredt i sykehuset. Det er etablert en sykehusomfattende legemiddelkomité og det er kjøpt inn kompetanse fra Sykehusapotekene både til revisjon og veiledning. Klinikkenes kvalitetsutvalg vurderer fortløpende lokale forebyggende tiltak.

En viktig gruppe legemiddelavvik blir forårsaket av uklar, manglende eller feil dokumentasjon av ordinasjoner og utlevering av medikamenter. Innføring av elektronisk kurve (Metavision) vil antatt kunne redusere risikoen for feil innen dette området.

3.2.7 Pasientadministrasjon/samhandling

Tilsvarende 19 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

Svikt i samhandling med eksterne og mellom interne enheter er tema i flere hendelser. Det er registrert forsinkelser i behandling av alvorlige syke pasienter. Årsaksanalysene har vist svikt i enkeltsituasjoner i den praktisk operative arbeidsfordelingen mellom Ullevål, Rikshospitalet og ambulansetjenesten. Tiltak er iverksatt for å forhindre tilsvarende hendelser.

Svikt i overlevering av pasientinformasjon mellom enheter, avdelinger og sykehus er internasjonalt kjent som en vesentlig bakenforliggende årsak ved mange alvorlige hendelser. Oslo universitetssykehus gjennomgår en stor omorganisering noe som medfører at det må etableres en rekke nye kommunikasjonsveier i den daglige samhandling om pasienter. Dette er en risiko som fortløpende må håndteres på behandlernivå.

På grunnlag av en bekymringsmelding fra fastleger i Oslo er det avdekket at fastleger fra deres egne datasystemer har kunnet sende elektroniske henvisninger til en IT-server i Oslo universitetssykehus som er beregnet og konfigurert for andre typer inn og utgående meldinger. Imidlertid er det så langt ikke etablert funksjonalitet eller avtaler for mottak og behandling av denne type elektroniske henvisninger. Rutinen for henvisninger er at de skal sendes i papirformat til sykehuset, noe vi ut fra mottatt henvisninger ser at majoriteten av henvisende leger er klar over.

Ved gjennomgang av serveren avdekket at i underkant av 3000 elektroniske henvisninger er forsøkt sendt til sykehuset de siste 15 måneder. Det er derved oppstått en bekymring om det forekommer e-henvisninger som ikke også er sendt på papir. Registreringene på serveren blir nå gjennomgått og sammenlignet med våre pasientadministrative systemer for så langt som mulig å avdekke forhold der pasienter ikke har fått tilbud om behandling. Resultatet pr. 10/5-2011 er at det ikke så langt er funnet solitære e-henvisninger med fare for at pasientsikkerhet eller pasientrettigheter er blitt forsømt. Arbeidet er ikke ferdig. Helsetilsynet er holdt løpende orientert. Forholdet er presentert på Oslo universitetssykehus nettsider og media er kjent med saken.

Når den konkrete saken er avsluttet vil Oslo universitetssykehus ta initiativet til en diskusjon om sikkerhet ved medisinsk informasjon over nett med berørte samarbeidspartnere. Årsaken til at det ikke er etablert systemer for mottak og vurdering av elektroniske henvisninger ved Oslo universitetssykehus er nettopp mangelen av holdbare mekanismer for å sikre 100 % trygget for at ingen meldinger forsvinner underveis.

3.2.8 Fall og andre ulykker

Tilsvarende 9 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

At pasienter faller som følge av endringer i sin sykdom, medikamentpåvirkning, behandling eller endret fysisk kapasitet under sykehusopphold er en kjent pasientsikkerhetsrisiko internasjonalt. Registreringen av fallhendelser i Oslo universitetssykehus tilsvarer internasjonal erfaringer.

Erfaringen etter analyser er at det er få pasienter som skader seg og igjen få av disse hendelsene som kunne vært forebygget. Aktuelle tiltak krever også ofte tilførsel av personell og investeringsmidler da de er relatert til tilsyn og forbedringer av pasientarealer (bedre lys, gulvbelegg, flere og nærmere toaletter, håndtak, forhindre fortetting etc). I en del av sakene er det vanskelig å se hva man ytterligere kunne gjort uten å begrense pasientens autonomi, verdighet og mulighet for å utfolde seg aktivt som en del av rehabiliteringen.

Enkelte avdelinger med høy forekomst av fall relatert til pasientgruppen har iverksatt lokale forebyggende tiltak noe som anses som en fornuftig tilnærming.

I noen grad gjelder fallskadene høyrisikopersoner som faller til tross for at tiltak er iverksatt.

3.2.9 Dokumentasjon

Tilsvarer 7 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

Dokumentasjon på sykehus i dag gjøres primært i stadig mer avanserte og kompliserte IT-systemer. Mangelfull tilgang til dokumentasjon på tvers av lokalisasjoner og systemer er beskrevet og akseptert som høyrisiko i forbindelse med integrasjonen, og kommer i tillegg til den ordinære risiko for svikt i IKT-systemer.

Av registrerte hendelser er det første tertial registrert avbrudd i strømforsyningen til et IT serverrom som i en periode medførte forhindret tilgang til kliniske applikasjoner. Denne hendelsen påvirket sykehusets kliniske drift kraftig og medførte potensiell risiko i flere pågående og planlagte behandlingssituasjoner. Det ble ikke funnet reell påført skade i pasientbehandlingen. Hendelsen avstedkom en separat Risiko- og sårbarhetsvurdering.

Det er nå etablert ukentlige samarbeidsmøter mellom driftsleverandøren Sykehuspartner, Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus for å prioritere IT-innsatsen optimalt.

3.2.10 Medisinsk utstyr

Tilsvarer 6 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

Som beskrevet i sykehuset risikovurdering medfører gammelt og til dels mangelfullt medisinsk utstyr en økt risiko i pasientbehandlingen. Selv i nytt utstyr kan det oppstå feil. Stadig mer avansert utstyr krever også i økende grad utvidet tid til opplæring, trening og sertifisering.

3.2.11 Pasientadferd

Tilsvarer 4 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

Alvorlige hendelser i kategorien dreier seg hovedsakelig om suicid og selvskading som rapporteres for å identifisere eventuelle forbedringsmuligheter. Små endringer i omfang. En alvorlig ”nesten” hendelse med en risikopasient ved Regional sikkerhetsavdeling er registrert.

Kategorien ”Betydelig skade” dreier seg hovedsakelig om selvmordsforsøk og selvskadende atferd. I første tertial ble det registrert 3 selvmordsforsøk og to beinbrudd som er meldt stab pasientsikkerhet. I

kategorien dødsfall er to selvmord registrert etter behandlingen i Oslo universitetssykehus. Sykehuset melder også disse til Helsetilsynet.

Sykehuset har gode rutiner for opplæring i selvmordsrisikovurdering for alle ansatte, gode melderutiner og hendelsene drøftes i klinikkens kvalitetsutvalg.

3.2.12 Sykehusinfeksjoner

Tilsvarende mindre en 1 % av registrerte pasientrelaterte avvik.

Registrering av sykehusinfeksjoner i avvikssystemet er vurdert svært mangelfull. Det er liten tradisjon i Norge for å registrere sykehusinfeksjoner i avvikssystemene, i motsetning til for eksempel øvrig nordiske land. Det diskuteres i sykehushygiene miljøene i Oslo universitetssykehus om avvikssystemet skal brukes til å registrere sykehusinfeksjoner.

Sykehusinfeksjoner er meldepliktig i henhold til Specialisthelsetjenestelovens § 3-3, noe som skal gjøres via avvikssystemet. Stab pasientsikkerhet samarbeider med miljøet for hygiene og smittevern mot de kliniske avdelingene for å øke bevisstheten om at alle sykehusinfeksjoner skal meldes i sykehusets avvikssystem.

Det er foreløpig ikke registrert nevneverdige forbedringer innenfor denne kategori meldinger.

Prevalensregistrering av sykehusinfeksjoner er en alternativ registreringsmetode og er gjennomført første tertial, på Ullevål 19.01.11 og på Aker og Rikshospitalet/Radiumhospitalet 16.02.11.

Prevalensrate for sykehusinfeksjoner rapportert til Nasjonalt folkehelseinstitutt

Den samlede prevalensraten for Oslo universitetssykehus for de infeksjoner som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 6,3 % for somatikk og 1% for psykiatri (Ullevål).

Samlet er dette en viss reduksjon sammenlignet med gjennomsnittlig tall for de senere år, spesielt for Ullevål, men det må her gjøres oppmerksom på at definisjonene av sykehusinfeksjon er endret på ett punkt, noe som medfører at enkelte blodbaneinfeksjoner ikke lenger blir inkludert. På grunn av små tall er dessuten usikkerheten ved prevalensregistrering relativt stor, og man må derfor være forsiktig med å legge for mye vekt på enkelttall.

Prevalensraten samlet for OUS for de 4 infeksjonene som rapporteres nasjonalt:

Antall inneliggende pasienter	1457
Antall opererte pasienter	470
Urinveisinfeksjon	19
Infeksjon i operasjonsområde	29
Nedre luftveisinfeksjon	33
Blodbaneinfeksjon	11
Sum sykehusinfeksjoner (FHI)	92
Prevalensrate	6,3
Sykehusinfeksjoner eget sykehus FHI)	79
Prevalensrate egne infeksjoner (FHI)	5,4

Tabell 1. Sykehusinfeksjoner ved OUS (somatikk) som blir meldt til Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) første tertial 2011

Prevalensrate, alle sykehusinfeksjoner

Det er ikke alle sykehusinfeksjoner som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Når alle infeksjoner blir inkludert, er den gjennomsnittlige prevalensraten i første tertial 7,5 % for somatikk og 1 % for psykiatri.

Ved prevalensregistrering oppgis prevalensraten som antall infeksjoner i forhold til antall inneliggende heldøgns pasienter. Dersom en pasient har mer enn 1 infeksjon, telles altså hver infeksjon for seg. Ved prevalensregistreringene i første tertial var det til sammen 4 pasienter (1 ved Ullevål og 3 ved Rikshospitalet) som hadde mer enn 1 infeksjon. Det betyr at andelen pasienter med sykehusinfeksjon var 6 % for nasjonalt rapporterte infeksjoner respektive 7,2 % for alle sykehusinfeksjoner.

Klinikkvise tall

Tallene på klinikknivå vil være preget av stor usikkerhet på grunn av små tall. Siden prevalensregistreringene i første tertial dessuten er gjort på ulike datoer og med til dels ulike metodologi, er det ikke sett som hensiktsmessig å rapportere klinikkvise tall så langt.

Fremtidig prevalensregistrering

Prevalensregistrering har hittil vært gjort kvartalsvis ved Aker og Rikshospitalet/Radiumhospitalet, mens den har vært gjort 3 ganger per år ved Ullevål. Nasjonalt er det nå lagt opp til kvartalsvis registrering. Det innebærer at andre tertial vil inkludere bare 1 ny prevalensregistrering. Registrering vil da bli foretatt på samme dato ved alle 3 lokalisasjonene og med en mer samordnet metodikk enn hittil. Ved tertialrapporteringen for 2. tertial vil vi derfor ha et bedre grunnlag både for å gi et sikrere tall for prevalensraten, men det vil tidligst være ved rapportering for 3. tertial at det vil kunne være grunnlag for å vurdere om eventuelle endringer er signifikante.

Iverksatte/planlagte tiltak

Samorganisering av "Avdeling for smittevern" trådte først i kraft primo mars 2011. Avdelingen har satt i gang et strategisk arbeid med formål å innrette smittevernarbeidet mot de områdene der forventet gevinst er størst. Det vil bli laget et overordnet infeksjonskontrollprogram, med klinikkvise tilpasninger innen 30. juni 2011.

Infeksjonsregistrering vil være et prioritert område. I løpet av 2011 vil metoden for prevalensregistrering i Oslo universitetssykehus samordnes, og det vil bli rapportert også klinikkvise resultater.

4 Klagesaker

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient, pårørende, pasientombud eller Helsetilsyn klager på behandling eller etterspør mer informasjon i forbindelse med pasientrettet virksomhet.

Klagesaker registrert	1T/2011	3T/2010
Fra Helsetilsynet	63	44
Fra pasient / pårørende	85	103
Fra Pasientombud	18	14

Pasientklager fra pasient/pårørende har gått noe ned i første tertial 2011. En viss usikkerhet med antallet må nevnes da slike henvendelser kan gå direkte til behandler/behandlende enhet uten å bli registrert i sakarkivet.

Sykehuset tilstreber en profesjonell og korrekt håndtering og besvarelse av alle klager. Da pasientopphold kan inkludere flere avdelinger og klinikker, og pasientenes sykdomsbilde kan være komplekst, medfører saksbehandling av enkelklager ofte mye arbeide med innsamling av informasjon og uttalelser fra involverte medarbeidere.

Klager er ofte en god kilde til læring og forbedring. Alle klager registreres derfor nå i sykehusets avvikssystem i tillegg til sykehusets saksarkiv.

5 NPE-vedtak

Avsluttede erstatningssaker 1.tertial i Norsk pasientskadeerstatning for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus.

Medisinsk område	Medhold	Avslag	Sum
Uavklart	5	10	15
Anestesiologi		3	3
Annet		1	1
Arbeidsmedisin	1		1
Fordøyelsesykdommer	1	1	2
Føde		3	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer		4	4
Gastroenterologisk kirurgi	4	4	8
Generell kirurgi		1	1
Hjertesykdommer	2	7	9
Infeksjonssykdommer og venerologi		1	1
Karsykdommer	1	3	4
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer		3	3
Lungesykdommer		2	2
Nevrokirurgi	1	3	4
Nevrologi	2	3	5
Nyfødtmedisin		1	1
Nyresykdommer	1		1
Ortopedisk	2	3	5

Medisinsk område	Medhold	Avslag	Sum
Ortopedisk kirurgi	6	14	20
Plastikkirurgi og kosmetisk behandling	1	2	3
Psykatri / psykologi		3	3
Radiologi	1		1
Revmatologi		1	1
Svulster og kreftsykdommer	14	19	33
Thoraxkirurgi	1	3	4
Øyesykdommer		5	5
Totalt	43	100	143

Avsluttede NPE-saker - utvikling

År	Totalt antall	Avslag	Medhold	Medhold %
Hele 2009	392	271	121	31 %
Hele 2010	459	327	132	29 %
1. tertial 2011	143	100	43	30 %

Vedtak 1. Tertial 2011

	Medhold	Avslag
Oslo universitetssykehus HF, Aker	7	11
Oslo universitetssykehus HF, Aker, Ski	1	0
Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet	5	7
Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet	12	37
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål	18	43
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål psyk	0	2
Totalt	43	100

En kan ikke ut i fra disse tallene vurdere trender i utviklingen da tallene er små og til dels påvirket av en rekke andre faktorer.

Det vil bli arbeidet videre med analyser for å vurdere i hvilken grad pasienthendelser med medhold kunne ha vært forhindre og hva disse sakene utgjør av konsekvens for pasienten og kostnader for Oslo universitetssykehus.

6 Pasientforløp

Re-design av pasientforløp betyr i praksis at involverte avdelinger i fellesskap vurderer hvordan pasientforløpet kan optimaliseres mot bedre praksis.

Det ble i sykehusets re-design prosjektet høsten 2010 identifisert behov for å arbeide med sykehusomfattende pasientforløp. Det ble valgt ut 3 områder der de foreslåtte prosjektene utgjør et stort volum og involverer flere klinikker. Grunnet mange pågående prosesser er to av disse prosjektene utsatt. Ett er foreslått videreført (Akuttmottak).

Alle klinikker arbeider med kostnadsbesparende tiltak og kvalitetssikring av pasientforløp er et gjennomgående viktig tiltak.

Behandlingslinjeprojektet i Helse Sør-øst.

Det pågår 4 behandlingslinjeprojekt etter modell av Helse Sør Øst i Oslo universitetssykehus.

1. Alkoholisme Klinikk psykisk helse og avhengighet
2. Affektive lidelser, Klinikk Psykisk helse og avhengighet
3. Traumatiske hodeskader (TBI), Akuttklinikken
4. Ervervede hjerneskader hos barn og unge, 1-18 år (Kvinne barn klinikken) som vektlegger tidlig rehabilitering noe som i dag ikke gjennomføres tilsvarende som for voksne. Samarbeid mellom Sunnås sykehus, Nordre Åsen, Sykehuset Sørlandet, og Oslo universitetssykehus,

I tillegg er flere prosjekter som er i avslutningsfasen og som skal implementeres i klinikk og dokumenteres i sykehusets dokumentasjonssystem e-Håndbok.

- Pasienter til hjertekirurgi
- Tidlig intervensjon psykose
- ADHD (samarbeidsprosjekt mellom sykehusene i Oslo)
- Hematuri (Mikro- og makrohematuri)

Akuttklinikken har organisert et internt forbedringsprosjekt med en sentral person fra hver avdeling med oppgave å arbeide med pasientforløpene i egen avdeling. Disse gjennomgår en prosessveilederutdanning samtidig med at de har med seg forløp fra egen avdeling som man bruker som case i undervisningen.

Det er mange forløp som tidligere har blitt gjennomarbeidet i de tre tidligere sykehusene. Disse er beskrevet i forskjellig maler. Det pågår et stort arbeid nå med å overføre dette arbeidet til eHåndbok etter felles mal. Dette er krevende og må koordineres opp mot felles fagprosedyrer.

Infrastruktur og publisering av behandlingsresultater, systematisk benchmarking og kliniske revisjoner er tiltak som ikke er etablert, men som vil være viktige strategisk områder for videreutvikling.

Sentral Stab utarbeider nå et felles elektronisk prosjektstyringsverktøy for pasientforløp som kan bidra til å samle oversikt over arbeidet i klinikkene og derved resultere i mulighet for lærings og erfaringsutbytte på tvers mellom organisasjonsenhetene.

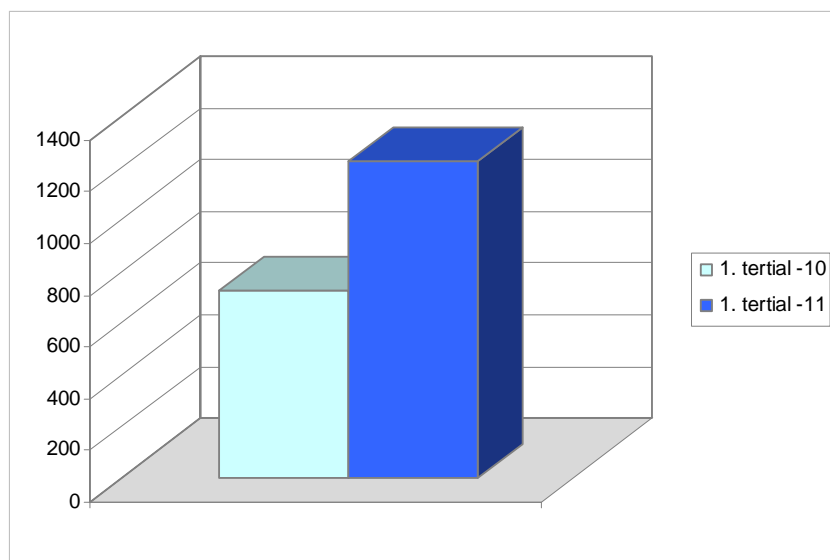
7 Ansatte relaterte avvik/ arbeidsmiljø

Ansatt relaterte avvik (HMS hendelser)

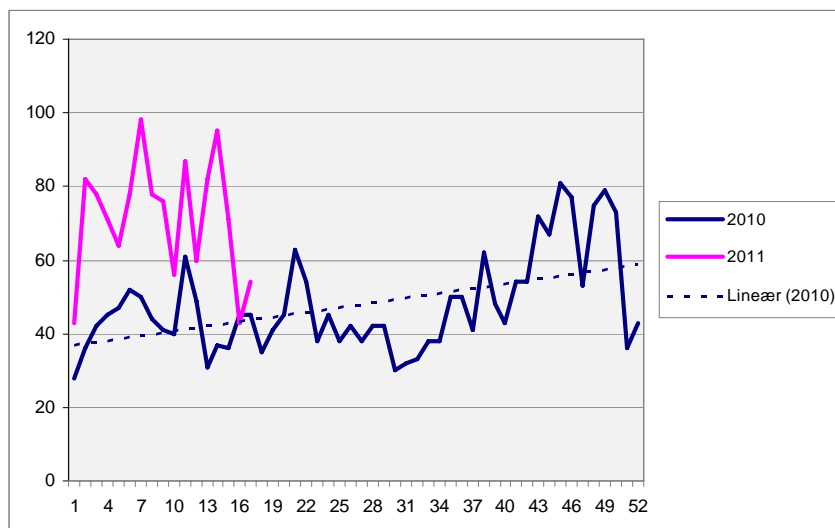
HMS-avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus har for Helse Miljø og Sikkerhet. Det er også forhold som er i strid med HMS krav i lover og forskrifter eller forhold som på annen måte påvirker arbeidsmiljøet og/eller ansattes helse negativt.

Avviksbehandling handler om å ta tak i og forbedre uønskede forhold eller tilløp til slike før konsekvensene blir store, og lære av forbedringene. Målet er at ikke liknende eller mer alvorlige ting skal skje. Utbedring av HMS-avvik er således en viktig del av alle avdelingenes og klinikkens kontinuerlige systematiske HMS- og forbedringsarbeid. Et systematisk arbeid med avvik gir oversikt over risikoforhold, gir mulighet til å forutsi mulige belastninger og helseskade og bidrar til å forebygge belastninger. I tillegg får OUS muligheten til å håndtere systemsvikt eller mulig svikt på en bedre måte. Hvert HMS-avvik som ikke registreres er en tapt mulighet til forbedring, læring og forebygging.

7.1 Registrerte HMS-avvik



Ansatte og ledere registrerte totalt 1.219 HMS-avvik i 1. tertial 2011 mot 724 i samme periode i 2010. Dette tilsvarer en økning på ca. 70 %. Mesteparten av dette kan nok tilskrives at det elektroniske avvikssystemet ble introdusert i januar 2010, og at det tok litt tid før alle ble kjent med systemet og begynte å bruke det.



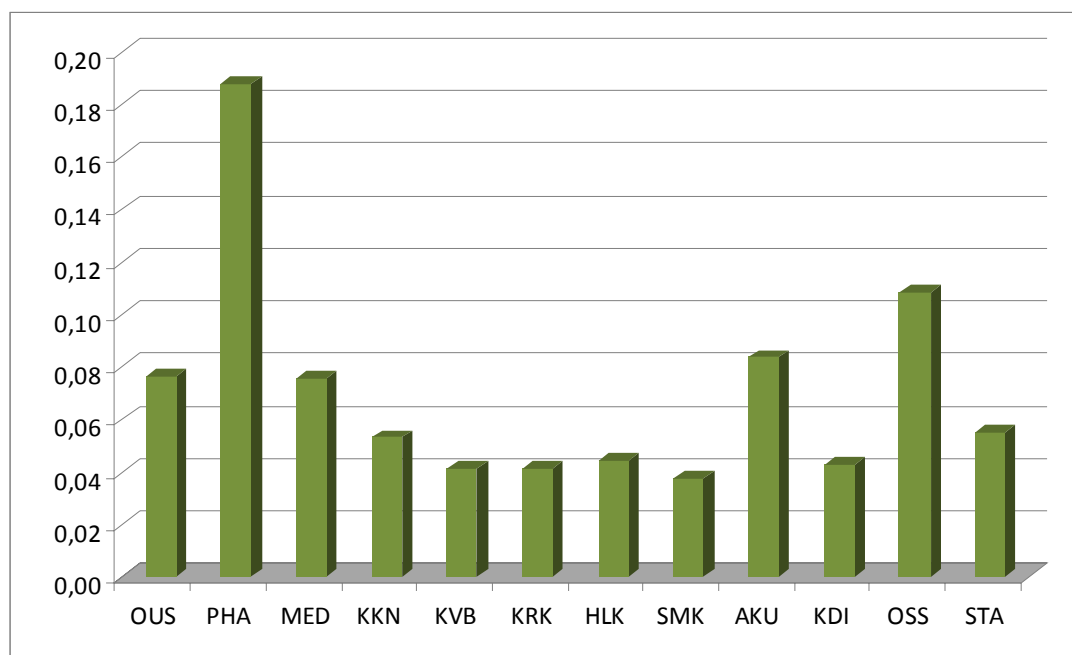
Meldefrekvensen har i snitt steget gjennom hele 2010 og inn i 2011.

Det er Arbeidsmiljøavdelingens inntrykk at avviksbehandling generelt oppleves som nyttig, og fører til risikoreduksjon og arbeidsmiljøforbedring. Men det er fortsatt enkelte ansatte, verneombud og ledere som angir meldetretthet, manglende tro på og delvis resignasjon på at det nytter å melde fra om forhold som har gitt eller kan medvirke til helsebelastninger for ansatte i deres arbeid i OUS. Andre begrunner fravær av avviksregistrering med arbeidspress og mangel på tid til slik aktivitet.

I likhet med 2010 gjelder dette særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik. Mange forhold kan vanskelig utbedres innenfor eksisterende bygningsmasse, eller faginstans skulle gjerne ha utbedret, men mangler økonomiske midler til nødvendig vedlikehold eller investeringer i ødelagt og gammelt utstyr. For eksempel gjelder dette inneklimate forhold som lys/luft/ventilasjon, plassforhold, gammelt utstyr som uregulerbare senger og utstyr m.m. Enkelte ansatte og ledere lar også være å registrere HMS-avvik fordi det oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser, blant annet i forbindelse med Re-design og omorganisering med måltall om nedbemanning. Begrunnelser som oppgis er flere.

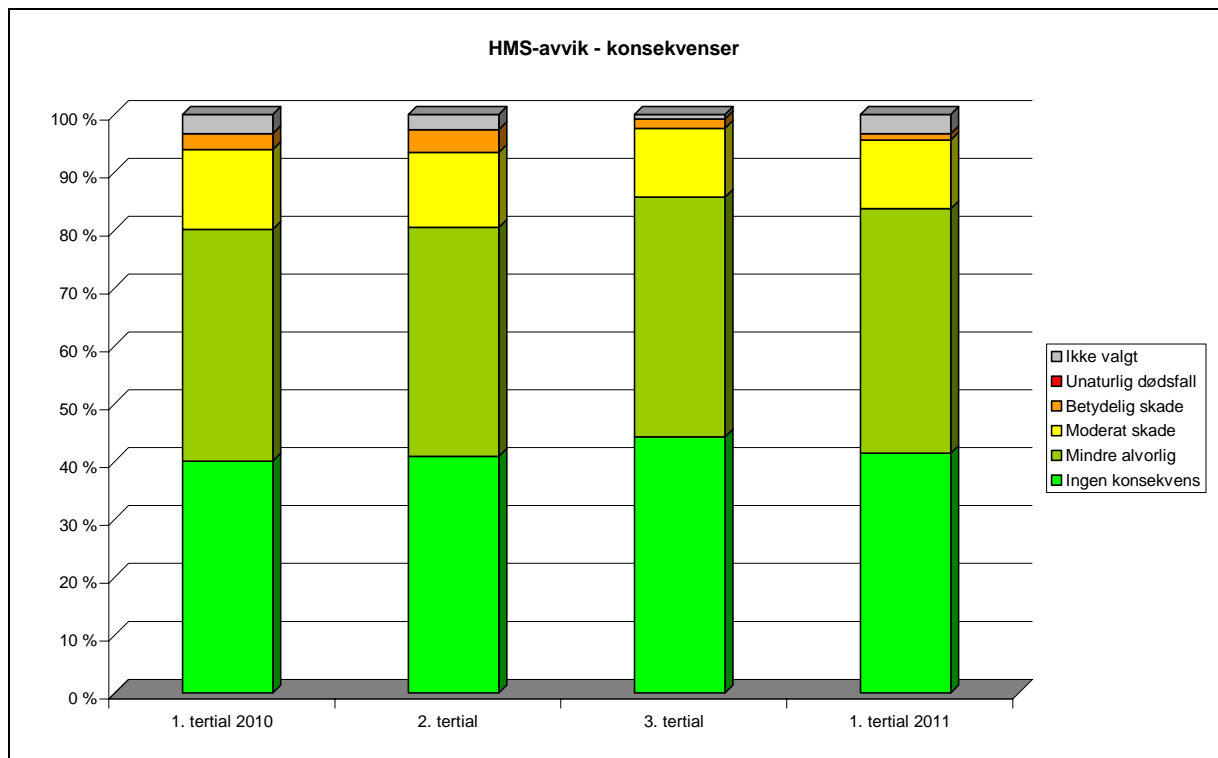
Av nevnte årsaker har vi grunn til å tro at det fortsatt underrapporteres HMS-avvik.

Registrerte HMS-avvik / årsverk



Figuren viser totalt antall registrerte HMS-avvik fordelt på årsverk i Oslo universitetssykehus og i klinikkene. Snittet for sykehuset er 0,07 / årsverk, mens klinikkene varierer mellom 0,19 (PHA) og 0,04 (SMK + KVB + KRK + KDI). Forskjellene representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer, men sannsynligvis i hovedsak forskjell i meldekultur.

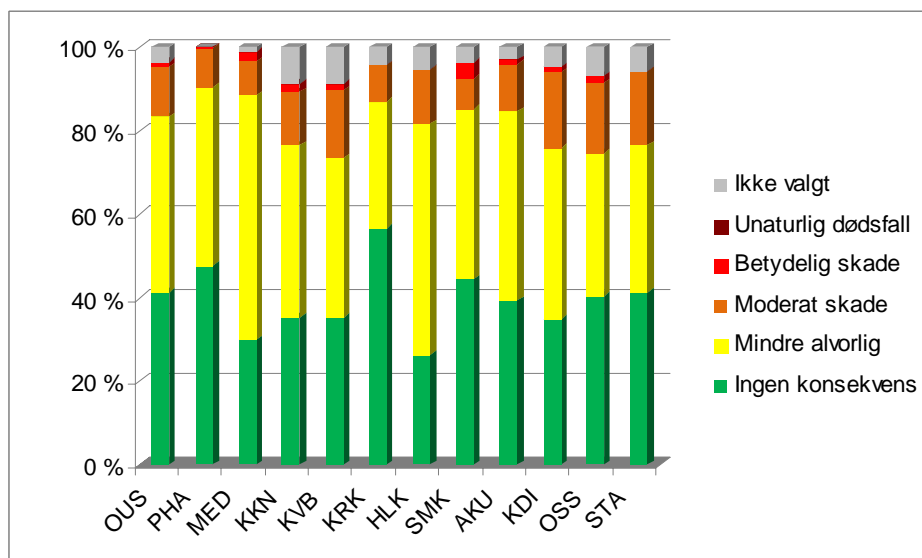
Konsekvenser



Når et avvik registreres skal den som registrerer avviket gi en skjønnsmessig vurdering av faktisk konsekvens av hendelsen. Leder kvalitetsikkerer melder sin risikovurdering.

Figuren viser en fordeling av hvor alvorlige konsekvenser avvikene har blitt vurdert til å ha hatt ut fra de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. I tillegg vises avvik der alvorlighetsgrad ikke har blitt valgt. Vi ser at ca. 80 % av de registrerte HMS-avvikene er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig konsekvens.

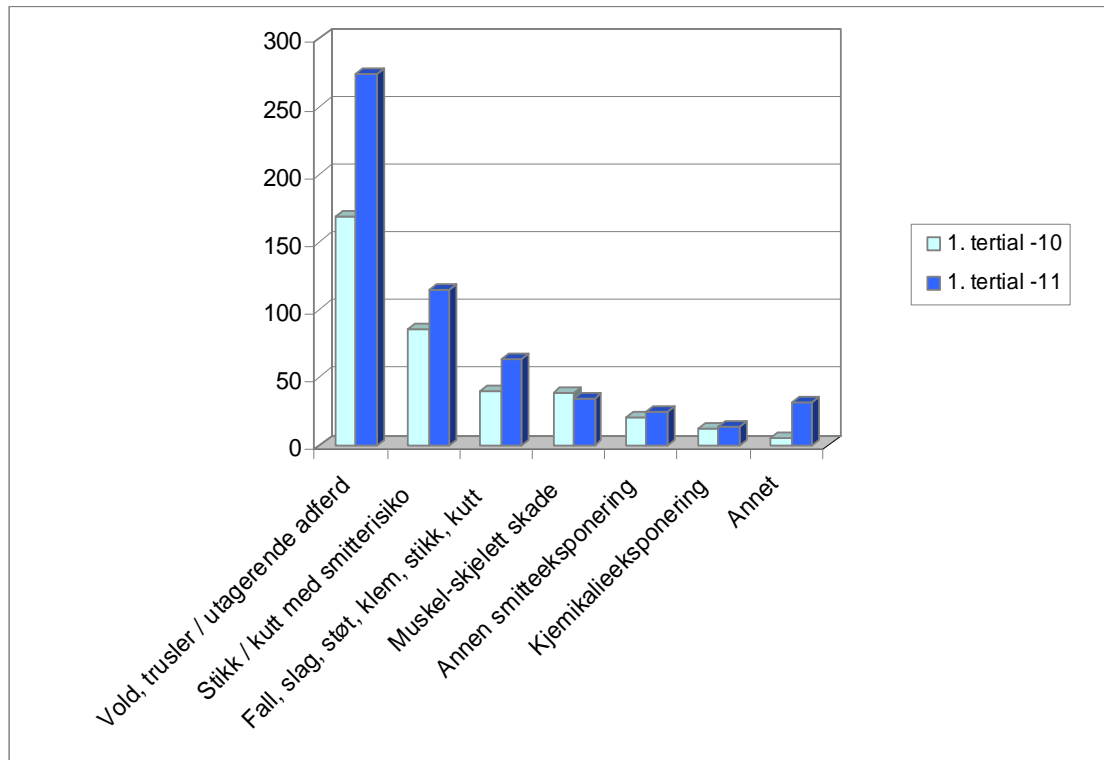
Konsekvensprofilen for de meldte avvik er omtrent uforandret sammenlignet med samme perioden i 2010. Dette tolkes som at det er flere som melder avvik.



På klinikknivå er bildet mer nyansert og vurderes å avspeile dels arbeidsmiljøforskjeller mellom klinikkene og dels forskjellig meldekultur.

7.2 De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatt



Totalt ble det registrert 557 avvik i hovedgruppen ”Skader på ansatte” i 1. tertial -11 mot 370 i tilsvarende periode i -10.

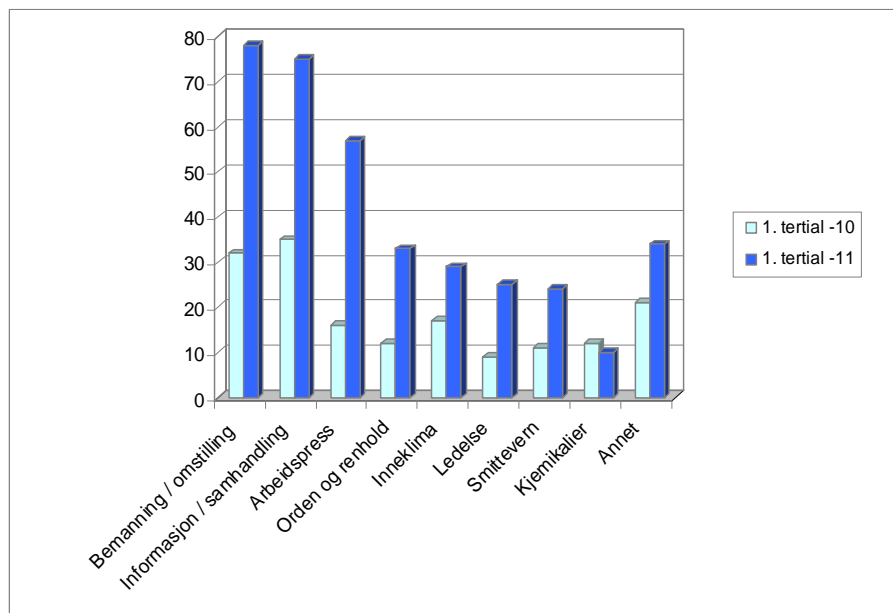
Den største gruppen var ”vold, trusler/ utagerende adferd” med 274 avvik. Antallet reflekterer et betydelig antall hendelser der ansatte ble utsatt eller stod i fare for å bli utsatt for vold, trusler/utagerende atferd. Forekomsten er primært lokalisert fra pasienter i psykiatrien (PHA), noe som har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold.

Den nest største avviksgruppen var ”stikk/kutt med smitterisiko” hvor det ble meldt inn 115 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse kombinert med høy arbeidsmengde og tidspress.

Arbeidsmiljø

Totalt ble det registrert 365 avvik i hovedgruppen ”Arbeidsmiljø”. Bemanning/omstilling er den største avviksgruppen med 78 avvik. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser og oppgaver.

Eksempler er: Mangelfull bemanning, underbemanning, for lav grunnbemanning, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå, for lite legerressurser, for lite sykepleierressurser, mangler pasientkoordinator/portør.



Nest største avviksgruppe er informasjon / samhandling med 75 avvik.

Eksempler er: Manglende koordinering, manglende informasjon, kommunikasjonsvikt, brudd på rutiner.

Tredje største avviksgruppe er arbeidspress med 57 avvik.

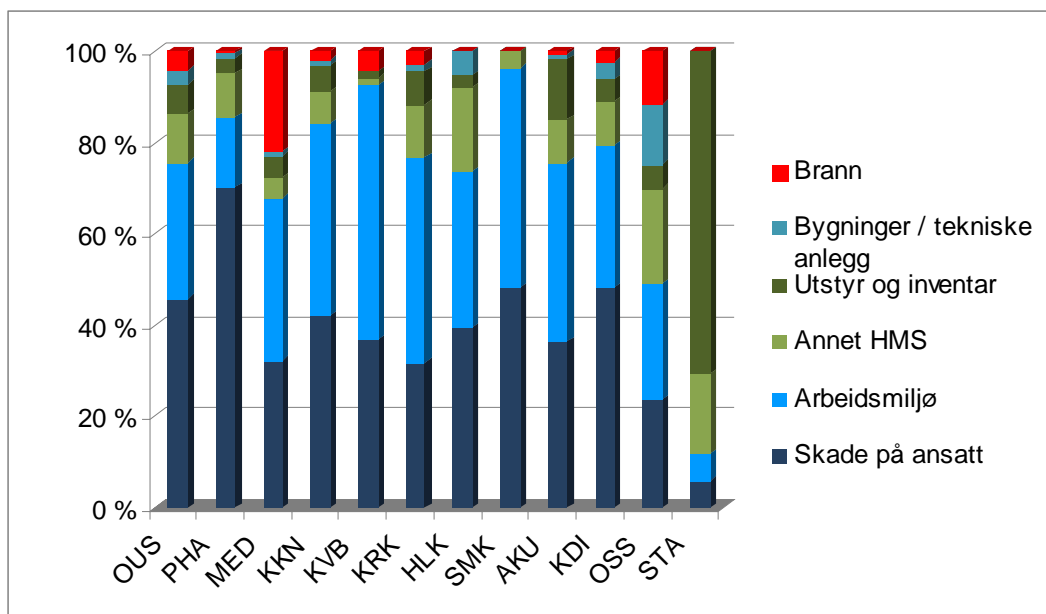
Eksempler er: Stor arbeidsmengde, ikke tid til å ivareta personlige behov, overbelegg, mange dårlige pasienter, uklar arbeidsfordeling, feilhandlinger pga. stress, merbelastning på grunn av feil i administrative systemer, under minimumsbemanning.

7.3 Klinikkvis meldeprofil

	Totalt	kade på ans	Arbeidsmiljø	Annet HMS	styr og inven	Bygninger/ tekniske anlegg	Brann
OUS	1219	558	365	131	77	37	51
PHA	387	272	59	37	13	4	2
MED	87	28	31	4	4	1	19
KKN	102	43	43	7	6	1	2
KVB	68	25	38	1	1	0	3
KRK	69	22	31	8	5	1	2
HLK	38	15	13	7	1	2	0
SMK	27	13	13	1	0	0	0
AKU	168	61	66	16	22	2	1
KDI	83	40	26	8	4	3	2
OSS	173	41	44	36	9	23	20
STA	17	1	1	3	12	0	0

Tabellen under viser en oversikt over hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg i klinikkene:

Ovennevnte er i figuren nedenunder fremstilt grafisk, og viser forholdsmessig fordeling av avvikstypene i de forskjellige klinikkene:



Figuren avspeiler forskjellig arbeidsmiljøutfordringer i klinikkene. F.eks.:

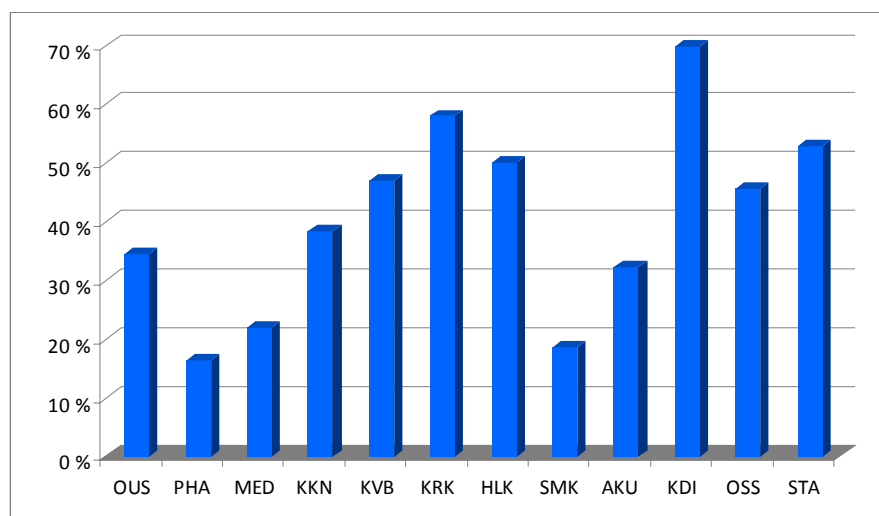
- Belemring av rømningsveier utgjør de fleste “brann”-avvikene i Medisinsk klinikk.
- Trusler og vold er den desidert største avviksgruppen under “skade på ansatt” i Klinikk for psykiatri og avhengighet.
- Frustrasjon over manglende fungering av IT-systemer er den største avviksgruppen i stab.

7.4 Forbedringstiltak

Det er leders ansvar å utbedre uønskede forhold, iverksette nødvendige forbedringstiltak, enten på egen hånd eller med bistand fra linjen eller fra faginstans, og til slutt lukke registrerte HMS-avvik. Det vises til avviksbehandling generelt for klinikkvis aktivitet relatert til antall forbedringstiltak pr. avvik.

7.5 Restanser HMS-avvik

Figuren nedenunder viser andel ikke lukkede avvik målt opp mot meldte avvik i 1. tertial 2011:



Mange ledere har blitt dyktige til å utbedre HMS-avvik og til å dokumenterte dette i avvikssystemet.

Det er flere årsaker til at 1/3 av meldte avvik på et hvert tidspunkt er åpne:

- Gjennomføringen av tiltak tar tid, og saksbehandling pågår fortsatt.
- Dokumentasjon av gjennomførte tiltak utsettes.

7.6 Alvorlige enkeltavvik

Nedenfor er alle HMS-avvik registrert i 1. tertial 2011 med reell konsekvens ”Betydelig skade” listet opp:

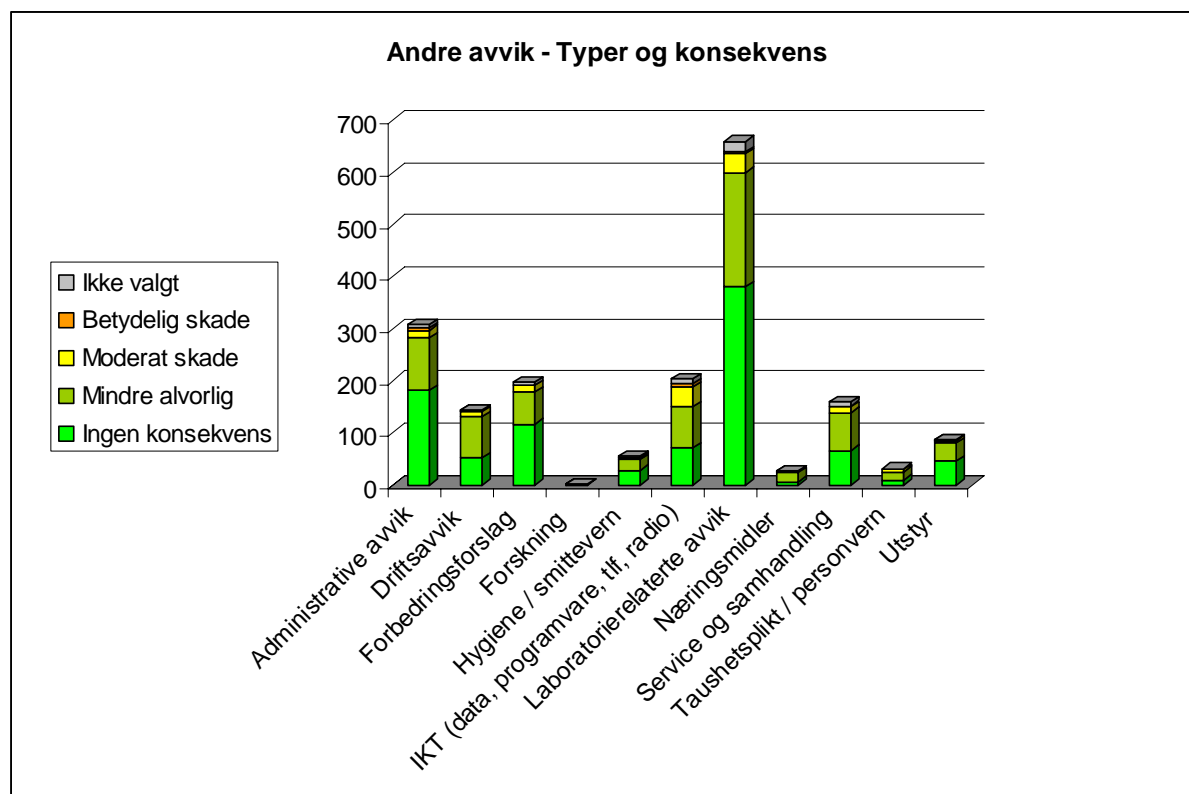
Avviks-nummer	Beskrivelse	Avviksgruppe
HMS 11-0013	Ryggbelastning ved forflytning	Ergonomi
HMS 11-0018	Avstengningsventiler til kjøletårn frosset fast	Skade på bygning, inkl. tekniske anlegg
HMS 11-0043	Manglende videreformidling av mulig smitte av H1N1	Smittevern
HMS 11-0046	Ubalanse oppgaver / ressurser	Bemanning / omstilling
HMS 11-0247	Endring av turnus	Annet HMS
HMS 11-0205	Fare for skade på ansatte – hull i veien	Manglende vedlikehold av uteområde
HMS 11-0388	Falt på glatt is	Fall, slag, støt, klem, stikk, kutt
HMS 11-0424	En sykepleier på travel vakt	Bemanning / omstilling
HMS 11-0440	Fall med ankelbrudd	Muskel / skjelettskade
HMS 11-0908	Blod gjennom operasjonsfrakk	Utstyr og inventar
HMS 11-1139	Feil håndtering av smitteavfall	Smittevern
HMS 11-1226	Forstyrrelser i utførelse av arbeidsoppgaver	Ledelse
HMS 11-1241	Målrettet slag mot v. øye	Vold, trusler / utagerende adferd

8 Andre typer avvik

Andre avvik er samlekategori for driftsavvik, laboratorierelaterte hendelser, lokale avvikskategorier, administrative avvik.

Avvikene i denne kategorien registreres uten relasjon til enkeltpasienter.

Diagrammet viser saker registrert på skjemaet for andre avvik i første tertial 2011.



Den største kategorien under "Andre avvik" er Laboratorierelaterte avvik som i første rekke blir registrert og behandlet i Klinikk for diagnostikk og intervensjon.

9 Brudd på arbeidsmiljøloven

Fra 2011 skal det rapporteres tertialvis på brudd på arbeidsmiljøloven ved ledelsens gjennomgang.

Sykehusets mål er null brudd på arbeidsmiljøloven.

Klinikk	Ant ansatte med brudd pr klinikk	BRUDD				
		Dag	Uke	4-ukers	Årsregel	Totalt
Klinikk A /PHA	573	750	457	407	10	1624
Klinikk B /MED	309	608	458	383	0	1449
Klinikk C /KKN	180	273	422,5	362	1	1058,5
Klinikk D /KVB	323	387	422	158	4	971
Klinikk E /KRR	1	1	2	0	0	3
Klinikk F /HLK	193	132	179	111	0	422
Klinikk G /SMK	9	3	13	13	1	30
Klinikk H /AKU	267	1775	877	684,5	0	3336,5
Klinikk I /KDI	178	124	155	114	0	393
Klinikk J /OSS	10	1	66	31	0	98
TOTALT	2043	4054	3051,5	2263,5	16	9386

Tabell 2. Brudd på Arbeidsmiljøloven. MERK Januar-Mars 2011.

Rapportene inneholder forbruk av brudd på arbeidsmiljølovens bestemmelser om overtid etter dag-, uke-, 4-ukers-, og årsregelen.

Brudd på Arbeidsmiljøloven må sees i sammenheng med overtid som blir rapportert i normal månedrapportering.

Størst svikt sees i Akuttklinikken antatt primært relatert til sparsom tilgang til spesialsykepleiere.

Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene henger sammen, det er derfor vanskelig å fokusere på tiltak for hver av disse.

Det er i 2010 ikke foretatt systematisk registrering i ressursplanleggingssystemene av tilfeller der det er gitt dispensasjon og avtale om utvidet overtid. Med implementeringen av nye rutiner for oppfølging og rapportering av overtid i 2011 forventes det at brudd på arbeidstidsbestemmelsene vil gå ned.

Klinikkene vil ha økt fokus på riktig dokumentasjon og registrering i ressursplanleggingssystemene GAT/IRS der det benyttes overtid, og flere rapporterer dette som ett av mange tiltak for å få ned brudd. I enkelte avdelinger er bruddene fordelt på få personer. Et viktig tiltak i de avdelinger det gjelder, er dermed å fordele overtid på flere personer.

Implementeringen av nye rutiner for oppfølging av overtid forplikter klinikkene til å arbeide mer konkret med tiltak for å unngå overtid. Flere klinikker melder at det etableres som fast punkt i ledermøter og driftsmøter månedlig. Det skal også arbeides systematisk med sykefraværsoppfølging for å unngå langtidsfravær i enkelte avdelinger.

Det viser seg at i avdelinger som krever spesialistkompetanse eller har akutfunksjoner, er overtid gjerne konsentrert om få personer og antallet brudd på arbeidstidsbestemmelsene blir dermed også høyt. Akuttklinikken peker seg her ut som den klinikken med et høyt antall brudd. Man ser det samme

på enkeltavdelinger med akutt- og intensivfunksjoner, i andre klinikker. For en av klinikkene (AKU) er styrking av grunnbemanningen løsning for å unngå dette problemet.

Det vil i økende grad fokuseres på styring av ferieavvikling og å unngå vakanser i flere klinikker. Bedre utnyttelse av ressurser på tvers av avdelinger der det er mulig pekes også på som et viktig tiltak. Bemanningsplanlegging anvendt strategisk for å få riktig kompetanse til riktig tid, og dermed unngå ubemannede stillinger er også et tiltak som fremheves.

Et annet viktig tiltak er å endre vaktlengde og bruke forskjøvet vakt heller enn å pålegge ansatte hel overtidsvakt. Det bør også ytes større innsats for å få inn ekstravakter.

Rapportene for brudd på arbeidstidsbestemmelsene er til dels ufullstendige. Dette fremgår i klinikkens rapporter. Arbeidet har vært krevende for flere av klinikkene som ikke har hatt rutiner for dette tidligere og hvor det er tre ulike ressursplanlegging systemer å forholde seg til. Personer som har arbeidssted flere steder vil også være registrert i ulike systemer som ikke kommuniserer eller overfører data.

10 Forskning og innovasjon

10.1 Antall publiserte vitenskapelige artikler

Klinikk	1 tertial 2011	1 tertial 2010
Klinikk psykisk helse og avhengighet	46	45
Medisinsk klinikk	88	98
Klinikk for kirurgi og nevrofag	73	75
Kvinne- og barneklubben	69	62
Kreft- og kirurgiklubben	103	110
Hjerte-, lunge- og karklubben	58	75
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	53	64
Akuttklubben	16	27
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	141	140
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	29	34
SUM	528	548

Tallgrunnlag/kilde:

Antall publikasjoner i perioden: Målt via søk mot PubMed og ISI. PubMed-registrerte artikler, "ordinary journal articles and reviews", hentet fra helseforetakets database www.publika.no som er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering med Oslo universitetssykehus eller liknende. Tall hentet fra helseforetakets database 09.05.11. Merk at artikler telles hos alle når det er forfattere fra flere klubber. I tallet for Oslo universitetssykehus er hver artikkel kun talt én gang og er dermed ikke summen av de andre tallene.

Det tas forbehold om noe usikkerhet i tallene totalt og mellom klubber.

Vurdering:

Enkelte tertialperioder vil kunne være preget av tilfeldige svingninger, spesielt på klubbnivå. Endringen som fremgår av tabellen er ikke betydelig. Resultatene er i tråd med tidligere meddelt avflating av publikasjonsaktivitet. Flere av klubbene rapporterer om økende press på ressurser - særlig mangel på tid og arealer. Dette forventes å gi større utslag i senere perioder. Det vises for øvrig til risikoanalyse med tiltaksplan, hvor manglende tid, arealer og utstyr til forskning er fremhevet som et risikoområde. Særlig prioritet må gis med hensyn til planlegging av tid til forskning og forskningsarealer i de løpende omstillings- og flytteprosessene.

10.2 Antall publikasjonspoeng

Klinikk	1 tertial 2011	1 tertial 2010
Klinikk psykisk helse og avhengighet	13,8	17,4
Medisinsk klinikk	31,9	40,9
Klinikk for kirurgi og nevrofag	37,9	42,4
Kvinne- og barneklubben	23,8	21,1
Kreft- og kirurgiklubben	45,0	62,7
Hjerte-, lunge- og karklubben	29,1	32,2
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	24,7	22,3
Akuttklubben	7,7	11,6
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	50,9	62,9
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	9,3	13,0
SUM	278,2	323,7

Tallgrunnlag/kilde:

Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 09.05.11. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes: Kun ISI-indekserte publikasjoner, Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), deling etter unike adresser (typisk avdelingsnivå), 50% ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse). Det tas forbehold om endringer som følge av videre kvalitetssikring av tallene.

Vurdering:

Enkelte tertialperioder vil kunne være preget av tilfeldige svingninger, spesielt på klinikknivå. Tallene viser 14% nedgang i publikasjonspoeng, men en gjennomgående reduksjon for alle klinikker. Den relativt større endringen i publikasjonspoeng sammenlignet med endringen i antall publikasjoner vil bli gjennomgått nærmere med klinikkene forskningsledere. Dels ser man økt publiseringsaktivitet i nye, ikke-indekserte tidsskrifter. Årsaker kan være sammensatt og svingninger tilfeldige, og det må brukes mer tid for å vurdere betydningen av dette.

10.3 Doktorgrader

Klinikk	1 tertial 2011	1 tertial 2010
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	3
Medisinsk klinikk	0	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	5	8
Kvinne- og barneklubben	4	4
Kreft- og kirurgiklinikken	3	6
Hjerte-, lunge- og karklinikken	4	2
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	2	4
Akuttklubben	0	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	9	5
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	2	0
SUM	32	34

Tallgrunnlag/kilde:

Disputasdato i perioden. Adressering eller ”arbeidet utført” ved Oslo universitetssykehus. Flere klinikker vil ofte ha bidratt i en doktorgrad, her er hovedansvarlig klinikk kreditert. Tall er hentet fra UiO-web, ous-research.no og suppleringer fra klinikk. Tall vil kunne divergere noe fra endelig nasjonal kreditering.

Vurdering:

Enkelte tertialperioder vil kunne være preget av tilfeldige svingninger med så små tall, spesielt på klinikknivå. Endringen som fremgår av tabellen er ikke betydelig, og doktorgradsaktiviteten vurderes som god og stabil.

10.4 Innovasjon

Klinikk	Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) , 1. tertial
Klinikk psykisk helse og avhengighet	
Medisinsk klinikk	
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2
Kvinne- og barneklubben	3
Kreft- og kirurgiklubben	
Hjerte-, lunge- og karklubben	
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	
Akuttklubben	
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	2
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1
SUM	8

Det vil være flere oppfinnere pr innmeldt oppfinnelse (totalt 24 personer for de 8 angitte oppfinnelser 1. tertial).

Måleparameter	Antall, 1. tertial 2011
Nye OFU	1
Løpende OFU	3
Nye FORNY finansierte	0
Løpende FORNY prosjekter	5
Nye InnoMed finansierte	0
Løpende InnoMed finansierte	4
Nye DOFI (innmelding av nye oppfinnelser)	8
Nye patentsøknader	2
Videreførte PCT søknader	1
Videreførte nasjonale søknader	6
Nye lisensavtaler	4
Nye bedriftsetableringer	1

Definisjoner:

- **OFU**, Offentlig forsknings- og utviklingskontrakt, er et samarbeid mellom en industripartner og en offentlig institusjon som krevende kunde om å utvikle noe nytt som det er behov for. Finansieres av Innovasjon Norge
- **FORNY**, Kommersialisering av FoU resultater, er et program i Forskningsrådet som kan benyttes i utviklingen av nye produkter. For sykehusets prosjekter er det som regel det som kalles Verifiseringsmidler.
- **InnoMed** er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren. Her kan det søkes om midler til prosjekter i en tidlig fase. Inven2 har rollen som innovasjonsrådgiver for InnoMed i Helse Sør-Øst.
- **DOFI**, Disclosure of Invention, er betegnelsen som brukes for innmelding av oppfinnelser.
- **PCT**, Patent Cooperation Treaty er et internasjonalt system for innlevering og veiledende behandling av patentsøknader. Systemet omfatter mere end 100 land. En PCT-søknad kan ikke i seg selv føre til et utstedt patent, men åpner for muligheten til å innlevere patentsøknader i en lang rekke land på et senere tidspunkt. Da snakker vi om **nasjonale søknader**.

Vurdering:

8 nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) og 2 nye patentsøknader er lavt i forhold til forventet aktivitet. I 2010 var totaltallene for året som helhet 55 DOFI og 25 patentsøknader. I de 25 patentsøknadene var også videreførte PCT og nasjonale søknader inkludert. Det er bekymringsfullt at tallene ikke er høyere, spesielt med en forventning til Inven2 som en kraftfull organisasjon med høye ambisjoner.

Det er fra Innovasjon Norge gitt tilsagn om en ny OFU (ikke igangsatt). Oppstart avventer bevilgning fra sykehuset på 2,9 mill. kr for at prosjektet kan starte. Det forventes at Helse Sør-Øst vil bidra i dette med kr 500.000 i innovasjonsmidler.

Det vil bli prioritert å følge opp Innovasjonsstrategien for Oslo universitetssykehus med en handlingsplan.

11 Kommunikasjon og omdømme

11.1 Sykehusets økonomiske situasjon

Oslo universitetssykehus la vekt på stor åpenhet rundt sykehusets økonomiske situasjon, ikke minst internt. Ansatte hadde mulighet til å orientere seg – og gi tilbakemeldinger – gjennom et eget meny punkt på intranettet ”Økonomiske tiltak – Si din mening!”. Her ble reportasjer og artikler om økonomi lagt ut fortløpende. Ledelsen fikk gjennom intranettet mange gode innspill fra ansatte direkte – i tillegg til den kommunikasjonen som gikk i linjen/via nærmeste leder.

Omtale av den økonomiske situasjonen i mediene genererte langt flere positive og nøytrale saker enn negative saker.

11.2 Mediebildet

Aviser, tv og radio presenterte nesten 900 flere saker om Oslo universitetssykehus i første tertial 2011 – sammenlignet med forrige tertial. Mediebildet for første tertial kan oppsummeres slik:



Mediene presenterte over nær 300 flere positive historier om sykehuset i første tertial enn forrige tertial. I samme periode presenterte mediene ca 500 flere nøytrale saker og ca 80 flere negative saker om sykehuset.

Aller flest saker hadde Oslo universitetssykehus i midten av januar, da mediene omtalte at pasientgrunnlag ble overført til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken, at Aker sykehus ”tappes for pasienter” og at verneombud skrev brev til Arbeidstilsynet om sammenslåing av fødetilbud på Ullevål sykehus.

Flest positive saker hadde sykehuset i februar, først og fremst i form av ekspertuttalelser om ulike temaer, som for eksempel om konsekvenser av høyt alkoholkonsum blant studenter.

Flest negative saker hadde sykehuset i midten av mars da Fylkeslegen skrev brev til administrerende direktør om sine inntrykk etter samtaler med tre klinikkledere. Journalister fanget opp dette brevet, og en rekke saker basert på innholdet i brevet ble gjengitt i medier over hele landet.

11.3 Fordeling på medier

VGs papirutgave og NRK er de to mediene som omtaler Oslo universitetssykehus hyppigst, deretter kommer henholdsvis Dagbladets papirutgave og Aftenpostens papirutgave.

Ca 500 medier har omtalt Oslo universitetssykehus i første tertial. I tabellen nedenfor presenteres andelen negative saker hos ti av de mediene som omtalte sykehuset i perioden.

	Antall saker om sykehuset første tertial	Andel negative saker første tertial
VG papir	103	17 %
NRK	101	14 %
Dagbladet papir	83	13 %
Aftenposten papir	78	17 %
TV2	70	19 %
Aftenposten.no	60	28 %
Aften	37	22 %
Østlandets Blad papir	36	22 %
Dagens næringsliv	24	30 %
Nettavisen	24	0 %

Generelt om vekting

Sykehusets medievakt vekter alle saker om sykehuset. Ulike målgrupper kan oppfatte en og samme avisartikkel på ulike måter, men i denne analysen er det vektet ut fra hvordan "folk flest" eller personer uten spesiell tilknytning til sykehuset vil kunne oppfatte medieomtalen.

11.4 Bok til barn som pårørende

Oslo universitetssykehus lanserte boka "Meg også - bok for barn som opplever sykdom i familien" 15. mars. Helse- og omsorgsministeren og Barneombudet deltok på lanseringen. Pågangen fra helseforetak, brukerorganisasjoner og andre helseinstitusjoner over hele landet har vært svært stor. På bakgrunn av dette ser Oslo universitetssykehus på muligheten til å trykke et nytt opplag av boka. Boka er implementert ved alle enheter som inngår i Oslo universitetssykehus, kan bestilles via det interne innkjøpssystemet og brukes nå aktivt i arbeidet med å ivareta pårørende barn. Oslo universitetssykehus planlegger å evaluere boka i 2012.

11.5 Pasientinformasjon på nett

Oslo universitetssykehus har utviklet felles regional nettløsning, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten. Hovedmålgruppen for rammeverket er pasienter og pårørende. Til løsningen har sykehuset levert felles helsefaglig pasientinformasjon om sykdommer, undersøkelser og behandlinger. Ved å vise frem hva vi kan og kvaliteten på det vi gjør, skal pasienter føle seg trygge på at de får god behandling ved sykehuset. Pasienter og pårørende skal være godt forberedt på det som skal skje. Primærhelsetjenesten - som henvisende instans - skal ha et godt grunnlag for å kunne vurdere Oslo universitetssykehus for sine pasienter.

På grunn av omstillingen er det krevende for klinikkene å prioritere produksjon og kvalitetssikring av pasientinformasjon til internett

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato dok: 19. mai 2011
Dato møte: 26. mai 2011
Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:
1. Tabellvedlegg

Sak 48/2011 **BESLUTNINGSSAK**
ØKONOMI- OG AKTIVITETSRAPPORT PER APRIL

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar rapporteringen per april (etter 1. tertial) til etterretning. Det henvises til vedtak i sak 49/2011.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1. Sammendrag

Resultattallene etter april viser:

- Den somatiske aktiviteten ser ut til å utvikle seg som forutsatt i budsjettet samlet sett.
- Aktiviteten innenfor voksenpsykiatrien er fortsatt lavere enn planlagt, mens aktiviteten innenfor rusområdet og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien samlet vurderes å være som budsjettet.
- Regnskapet til og med april viser at det negative budsjettavviket har økt fra 146 mill kroner per mars til 188 mill kroner per april. Budsjettavviket er beregnet i forhold til et foreløpig godkjent resultatavvik fra eier for 2011 på – 400 mill kroner.
- Bemanningen ble redusert med drøyt 1.000 årsverk i begynnelsen av 2011, men har vært forholdsvis stabil de siste månedene. Fra april til mai er det en reduksjon på om lag 50 årsverk.
- Andel korridorpasienter og andel utskrivningsklare pasienter er redusert fra 2010, men er fortsatt for høyt. Fra mars til april er nivået uendret.
- Andel fristbrudd er redusert gjennom første tertial, fra om lag 20 pst i januar til 10 pst i april.
- Ventelistene viser en reduksjon i antall henvisninger fra alle overføringsområdene (Follo, Asker/Bærum og Grorud/Stovner/Alna).

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Aktivitetsutviklingen hittil i år ser ut til å være som forutsatt i budsjettet innenfor de fleste områdene. Administrerende direktør mener det arbeides godt i klinikkene for å nå de aktivitetsmålene som er satt for 2011. Videre arbeides det aktivt med å redusere fristbrudd og å avvikle ventelistene. Klinikkene mener at det for noen pasientgrupper fortsatt er høyere aktivitet enn forutsatt etter overføring av ansvar til andre foretak. Dette vil bli nærmere vurdert og fulgt opp i tiden fremover.

Det negative økonomiske avviket fortsatte å øke i april, men kanskje i noe lavere takt enn tidligere. Foretaket har ennå ikke klart å ta ned bemanningen og kostnadene i klinikkene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Det gjennomføres tett oppfølging av alle enheter med sikte på så langt som mulig å redusere bemanning i takt med redusert aktivitet og som forutsatt i budsjettet. Siden styremøtet i april er det arbeidet videre i klinikkene med kvalitetssikring og risikovurdering av nye tiltak parallelt med gjennomføring av etablerte planer for innplassering og bemanningsreduksjoner. Det vises til nærmere omtale i styresak 49/2011.

Helse Sør-Øst RHF har satt 5 særskilte mål for virksomheten i 2011 (fristbrudd, sykehusinfeksjoner, timeavtale ved henvisning, medarbeiderundersøkelse og økonomisk bærekraft). Oppfølging på disse områdene er høyt prioritert og følges opp tett i forhold til klinikkene. Det jobbes systematisk i organisasjonen for å nå resultatmålene for 2011. Arbeidet relatert til økonomisk bærekraft er krevende, og stiller store krav til rask omstilling av organisasjonen etter overføringen av pasienter til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF fra 1.1.2011. Det vises til styresak 49/2011. Samtidig med planlegging og gjennomføring av tiltak for å nå de økonomiske målene for 2011 jobber klinikkene for å sikre riktige prioriteringer og god kvalitet i pasientbehandlingen. Det er positivt at andelen fristbrudd er betydelig redusert i løpet av de første månedene.

Oslo universitetssykehus HF har foreløpig ikke varslet et økonomisk resultatestimert for året 2011 som avviker fra budsjettmålet til tross for stor risiko knyttet til måloppnåelse. Administrerende direktør vil foreta en samlet gjennomgang og legge frem en årsprognose basert på kjent resultat for mai og effekt av iverksatte tiltak så langt til styremøtet i juni. Det gjøres oppmerksom på at på enkelte områder har resultatrisikoen økt de siste månedene: Lønnsoppgjørene i offentlig sektor ser ut til å koste mer enn budsjettforutsetningene; det er resultatrisiko knyttet til klinisk arbeidsflate, og det er stor usikkerhet knyttet til pensjonskostnadene samt at det ikke er tatt høyde for bruk av økonomiske virkemidler i nedbemanningsprosessene så langt.

3. Pasientbehandling og aktivitetsdata

Somatikk

Antall rapporterte DRG-poeng hittil i år er 74.203, tilsvarende 240 poeng eller 0,3 pst lavere enn budsjettet. Det antas fortsatt å være et etterslep for fullstendigheten i aktivitetsrapporteringen. Sykehuset forventer at endelige DRG-tall for 1. tertial vil være noe høyere, og dermed om lag som forutsatt i budsjettet.

Tallene for polikliniske opphold er høyere enn budsjettet, mens det er negative avvik for døgn- og dagbehandling. Noe av disse avvikene kan skyldes endringer i ISF-regelverket.

Foreløpig vurdering tilsier at mottak av øyeblikkelig-hjelp-pasienter ved Aker sykehus er redusert som forventet. Dette gjenspeiler seg også i tilsvarende redusert forbruk av laboratorie- og radiologitjenester på Aker sykehus. Det er vanskeligere å vurdere øvrige deler av virksomheten, og det kan være variasjoner mellom fagområdene. For flere områder ble overføring av pasienter til Vestre Viken HF avtalt gjennomført på andre tidspunkt enn fra 1.1.2011. Nevrologiske pasienter ble overført fra 1.4.2011, mens overføring av ØNH-pasienter skjer fra 1.9.2011, nyfødt (små barn/pediatri) fra 1.1.2012 og øyepasienter først fra 1.7.2012.

Psykisk helsevern

Oslo universitetssykehus HF sendte før påske forslag til Helse Sør-Øst RHF om justering av måltall 2011 for aktivitet innenfor voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert behandling. Bakgrunnen for forslagene er feil i beregningen av aktiviteten i de enhetene som ble virksomhetsoverdratt, samt at plantallene for rusområdet forutsatte overføring som ikke ble gjennomført. Når dette skrives foreligger ikke svar fra Helse Sør-Øst RHF. Nedenfor kommenteres likevel avvik ifht de foreslåtte reviderte plantall.

For voksenpsykiatrien er aktiviteten hittil i år noe bak reviderte plantall. Dette gjelder både for døgnopphold og poliklinikk. For polikliniske konsultasjoner skyldes noe av det akkumulerte negative avviket i de første månedene en midlertidig økning i pasienter som ikke har møtt til avtalt time. Dette gjelder først og fremst pasienter fra Bjerke bydel, som etter årsskiftet skal behandles ved Josefinegate DPS mot tidligere Alna DPS. I april var den polikliniske aktiviteten lavere enn planlagt i påsken. Klinikken arbeider med å lukke avviket mot nytt plantall. Aktiviteten følges tett opp mot berørte enheter. Det er blant annet innført daglig oppfølging med fokus på produktivitet.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er aktiviteten hittil i år omtrent som budsjettet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Aktiviteten per april vurderes samlet å være omtrent som budsjettert (jfr reviderte plantall). For døgnvirksomheten er aktiviteten høyere enn reviderte måltall, mens den polikliniske aktiviteten som rapporteres (refusjonsberettigede konsultasjoner) er noe lavere. Sammenlignet med 2010 er det imidlertid en stor økning i totalt antall polikliniske konsultasjoner. Registreringspraksis er noe uklar med hensyn til hvilke konsultasjoner som er refusjonsberettiget. Klinikken jobber med å få riktig registreringspraksis slik at antall refusjonsberettigede konsultasjoner vil øke. Akkumulert avvik vil hentes inn.

Ventelisteutvikling/ventelistestatus

Ventelistedata (ventetider, fristbrudd og nyhenviste) blir påvirket av de mange endringene i rapporteringsgrunnlaget som ble gjennomført i løpet av 2010 da flere av de pasientadministrative systemene ble skiftet ut, rapporteringsformat ble endret, og det ble foretatt en omfattende gjennomgang av ventelistene høsten 2010 for å sikre god kvalitet i ventelistedataene.

Ventelistestatus for sykehuset samlet og på klinikknivå viser at det har vært en reduksjon i antall nyhenvisninger etter nyttår omtrent som forventet.

Fristbrudd

I april var det registrert 687 fristbrudd, tilsvarende 10,6 pst (utenom utsettelse som følge av pasientutsatte/medisinske grunner). Dette er en markant nedgang fra januar 2011. I somatikken er tallene redusert fra i overkant av 20 pst til 10 pst gjennom 1. tertial. Innenfor psykisk helsevern er tallene redusert fra 15 pst til 6 pst. Innenfor TSB varierer andel fristbrudd, og da tallene er relativt små gir dette store utslag i prosenttallene. Gjennom første kvartal varierer tallene fra 15 - 7 pst, og øker til 15 pst i april.

Flere av de registrerte fristbruddene skyldes feil registrering og manglende kunnskap om håndtering av regelverket. Forbedringsarbeid innenfor de enkelte pasientforløp har som mål å standardisere og forenkle arbeidsoppgaver. Dette vil bidra til å forhindre fristbrudd. I forbedringsprosjektene inngår sikring av korrekt registrering i pasientadministrative systemer. Helseforetaket har laget prosesskart for hele prosessflyten og utarbeidet opplæringsdokument som skal sikre at ventelisteprosessen blir håndtert korrekt ift styrende dokumenter. Det gjennomføres fortløpende opplæring og kompetanseheving i klinikkene for enhetlig og riktig håndtering av ventelister, fristbrudd, henvisninger og bruk av prioriteringsveilederen. Det arbeides også med forbedring av IKT-systemene.

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Nytt mål for 2011 er at pasienten skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt og vurdert henvisning. Dette krever en videreutvikling av de pasientadministrative systemene. For å nå målet er det også nødvendig å planlegge bemanning for lengre perioder fremover enn det som er vanlig i dag.

Andel korridorpasienter

Andelen korridorpasienter innenfor somatikken er fortsatt 1,3 pst (uendret de siste tre månedene), men er noe redusert fra 2010. Det arbeides aktivt for å unngå korridorpasienter, men det har vist seg vanskelig å komme ytterligere ned inneværende tertial.

Andel epikriser sendt innen 7 dager

Oslo universitetssykehus HF rapporterte etter april epikrisetid for første gang etter innføring av PasDoc på Rikshospitalet i september 2010. Det er noe usikkerhet til kvaliteten på rapporterte epikrisetider, da det fortsatt hentes data fra tre forskjellige journalsystemer.

Andelen epikriser sendt innen 7 dager er innenfor somatikken 80 pst. Det er imidlertid store variasjoner innen klinikkene og fagområdene i Oslo universitetssykehus HF. For TSB og Psykisk helse er tallene 54 pst innen 7 dager. Målet er 100 pst for alle fagområdene. Et viktig tiltak for forbedring er økt fokus på signering i elektronisk pasientjournal (EPJ) etter hvert som epikriser dikteres. Det utarbeides månedlige rapporter fra de elektroniske pasientjournalssystemene til avdelingene om antall usignerte epikriser i den enkelte enhet.

Andel liggedøgn utskrivningsklare pasienter

Andel utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken har en positiv utvikling fra inngangen til 2011 og gjennomsnitt hittil i år er 1,3 pst. Det er avgjørende for Oslo universitetssykehus HF at arbeidet med utskrivningen starter så snart man kan fortutsi en utreisedato. På den måten kan man sikre at interne prosesser ikke hindrer gode overføringer eller utskrivelser.

Andel BUP vurdert innen 10 dager

Ut fra nasjonale målsettinger skal 100 pst av henvisningene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien være vurdert innen 10 dager. Ved Oslo universitetssykehus HF ble 99,3 pst av henvisningene vurdert i løpet av 10 dager i gjennomsnitt for 1. tertial 2011.

4. Økonomisk resultat og ressursbruk*Resultat*

Per april 2011 er det et negativt resultatavvik på 188 mill kroner (justert for økte pensjonskostnader, se under). Resultatavviket er økt med om lag 40 mill kroner fra mars til april. Dette er noe lavere enn gjennomsnittlig negativt resultatavvik første kvartal.

Faktiske pensjonskostnader for 2011 blir høyere enn det som er forutsatt i budsjettet jfr forutsetningene i St.prp. 1 2010-2011. Helse Sør-Øst RHF har bedt foretakene rapportere resultat justert for økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger. For Oslo universitetssykehus HF utgjør dette 90 mill kroner per april.

I rapportert resultat er det tatt hensyn til planlagt endring av budsjettet underskudd fra -464 mill kroner (styrebehandlet i februar 2011) til -400 mill kroner (foreløpig styringsmål). Dette har isolert sett økt resultatavviket med vel 20 mill kroner per 1. tertial. Teknisk sett vil budsjettet først bli endret i løpet av mai, men for å synliggjøre resultateffekten av dette i tertialrapporteringen er det lagt inn en tilsvarende kostnadsavsetning. Rapportert resultatavvik på -188 mill kroner gir dermed et riktig nivå for akkumulert resultatavvik hittil i år i forhold til et budsjett med resultat -400 mill kroner.

Det er i april inntektsført gevinst fra salg av eiendom med 20 mill kroner. Det er videre foretatt avsetninger i regnskapet for å håndtere usikkerhet på kostnadssiden. Det er betydelig usikkerhet knyttet til endelige pensjonskostnader som følge av at bemanningsreduksjonen vurderes å være vesentlig annerledes enn forutsatt i budsjettet. Beregningene av

pensjonskostnader vil bli gjennomgått på nytt fram mot neste rapportering. Det er også foretatt avsetning knyttet til blant annet fakturaetterslep.

Utover ordinær drift er det risiko knyttet til pensjon, lønnsoppgjør og ekstraordinære avskrivninger (klinisk arbeidsflate).

Akkumulert negativt resultatavvik har flere årsaker, men gjenspeiler i hovedsak at foretaket ikke har lyktes med å ta ned kostnader og bemanning i takt med nedgang i aktivitet og budsjett.

Klinikkenes (inkludert Oslo sykehusservice) resultatutvikling i april er omtrent som gjennomsnittet for første kvartal, mens staben bidrar med en positiv resultatutvikling i april. Resultatavviket er ikke jevnt fordelt mellom klinikkene. Den økonomiske konsekvensen av avvikene i aktivitet (DRG-poeng) er ikke inne i klinikkresultatene, men inngår fellesposter. Staben, inklusive IKT og Programkontoret, har et betydelig positivt avvik i forhold til budsjettet etter april.

Det meste av det negative budsjettavviket etter april skyldes høyere kostnader enn budsjett. For driftskostnader er det et negativt avvik i forhold til budsjett på 143 mill kroner (justert for økte pensjonskostnader), og for lønn om lag - 160 mill kroner. Dette er noe høyere enn per mars, noe som må sees på bakgrunn av nevnte avsetninger i regnskapet for å ta høyde for usikkerhet knyttet til pensjon. Avviket skyldes imidlertid først og fremst at bemanningen hittil i år ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset endret aktivitet og krav til effektivisering. For innleie er det et betydelig negativt avvik.

For driftsinntekter er det et negativt avvik på 42 mill kroner. Dette skyldes vesentlig noe lavere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettet, og at andre driftsinntekter/øremerkede tilskudd hittil er lavere enn budsjettet.

Det er på dette tidspunkt ikke meldt inn noe endret resultatestimater til Helse Sør-øst RHF. Det rapporterte resultatestimater er dermed -400 mill kroner, dvs som budsjettet. Det vil bli foretatt en ny vurdering av dette etter styremøtet 26. mai med sikte på at det i forbindelse med rapporteringen for mai kan legges frem årsestimat for 2011, blant annet med bakgrunn i de vedtak som da vil bli fattet i styret.

5. Bemanning og sykefravær

Brutto månedsverk

Antall brutto månedsverk er redusert med 52 månedsverk fra april til mai (fra 17.303 til 17.251 i mai). Sett i forhold til samme periode i 2010 er det en reduksjon på 1.022 månedsverk. Nivået for månedsverk finansiert av øremerkede midler er økt med 22 i denne perioden. Av den samlede bemanningsreduksjonen skyldes om lag 650-700 årsverk virksomhetsoverdragelse til Akershus universitetssykehus HF.

Endringen i bemanning er vesentlig innenfor månedslønnede månedsverk, men det er også en liten reduksjon for variabelønnede månedsverk. Nivået for variabelønnede månedsverk påvirkes i noen grad av ferier/helligdager. Dette gir normalt noe større variasjon mellom periodene enn for månedslønnede månedsverk. Ved sammenligning av utvikling for månedslønnede i forhold til variabelønnede, må det tas hensyn til at det gjennom første

halvår 2010 ble foretatt en gradvis opprydding i underliggende kodeverk fra de tidligere foretakenes arbeidsplansystemer. Dette gjør at det for vurdering av utvikling for variabellønn vurderes som mer riktig å sammenligne med siste kvartal i 2010. Hittil i år er antall variabellønnede månedsværk redusert med 9 pst fra siste kvartal 2010. Om lag tilsvarende endring gjelder for antall totale timer overtid.

For de fleste klinikkene er bemanningen redusert fra 2010, men ikke i samme takt som nedgangen i aktiviteten. To av klinikkene har hatt en økning i bemanning i 2011 sammenlignet med samme periode i 2010: Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN) og Hjerter-, lunge- og karklinikken (HLK). KKN har økt antall årsverk finansiert av midler fra prosjektet Raskere tilbake. Deler av bemanningsøkningen i KKN skyldes også overføring av oppgaver fra andre klinikker. Innenfor Kirurgisk avdeling for barn er det en planlagt bemanningsøkning og ved Øyeavdelingen er det besatt ledige stillinger ved operasjonsavdelingen (må ses i sammenheng med økt aktivitet). HLK er i svært liten grad berørt av aktivitetsoverføringen til andre sykehusområder, og hoveddelen av bemanningsøkningen skyldes overføring av oppgaver fra andre klinikker (hvorav halvparten fra Klinikk diagnostikk og intervensjon).

Antall overlegeårsverk er hittil i år er redusert med 58 (4,3 pst) og antall leger i spesialisering (LIS) er redusert med 32 (3,6 pst). Dette er lavere enn planlagt reduksjon i legebemanning når overføringen av pasienter er fullført. Dette området er gitt særlig fokus i oppfølging av klinikkene.

Innleie av helsepersonell

Hittil i år har det i snitt per måned vært benyttet 178 månedsværk innleie (helsepersonell); 38 høyere enn i samme periode i 2010, men 47 lavere enn i siste kvartal 2010. I siste del av 2010 var innleien særlig høy, blant annet for å forberede nødvendig bemanningsreduksjon etter overføringen av pasienter til Akershus universitetssykehus HF fra 1.1.2011. Kvinne- og barneklubben og Akuttklubben har hatt høyere forbruk av innleie hittil i år enn i samme periode i 2010. Det vises til nærmere omtale av tiltak under styresak 49/2011.

Sykefravær

Sykefraværet hittil i år (per mars) er 8,1 pst. Sammenlignet med samme periode i fjor er det en økning på 0,3 pst. Sykefraværet i mars er 0,2 pst høyere enn i februar. Dette vurderes å være innenfor normale variasjoner. Fraværet er 0,7 pst høyere enn budsjettert. Utviklingen i fravær varierer mellom klinikkene. Medisinsk klinikk, Kreft- og kirurgiklubben og Hjerter-, lunge- og karklubben har hatt størst reduksjon i sykefravær det siste året. Klinikk psykisk helse og avhengighet, Klinikk for kirurgi og nevrofag og Akuttklubben har hatt størst økning i fravær, mens det har vært relativt stabilt i de øvrige klinikkene.

Selv om målet er redusert fravær, vurderes det som positivt at fraværet er relativt stabilt også etter en lang periode med store omstillinger og endringer i hele organisasjonen. Klinikken jobber med tiltak for å redusere fraværet, og status følges opp regelmessig i møter mellom administrerende direktør og den enkelte klinikk.

6. Investeringer og likviditet

Investeringer

Investeringsnivået for 2011 vurderes nå på nytt i lys av den samlede økonomiske situasjonen. Det vises til egen styresak om dette.

Likviditet

Ved utgangen av april var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF minus 2.640 mill kroner mot budsjettet minus 2.469 mill kroner. Det negative avviket på 171 mill kroner forklares i hovedsak med det negative resultatavviket.

Månedrapport for Oslo universitetssykehus HF (OUS HF)

Innhold:

- Hovedtall
- Aktivitet
- Økonomi
- Bemanning
- Ventelisteutvikling i overføringsområdene
- Fristbrudd

April 2011

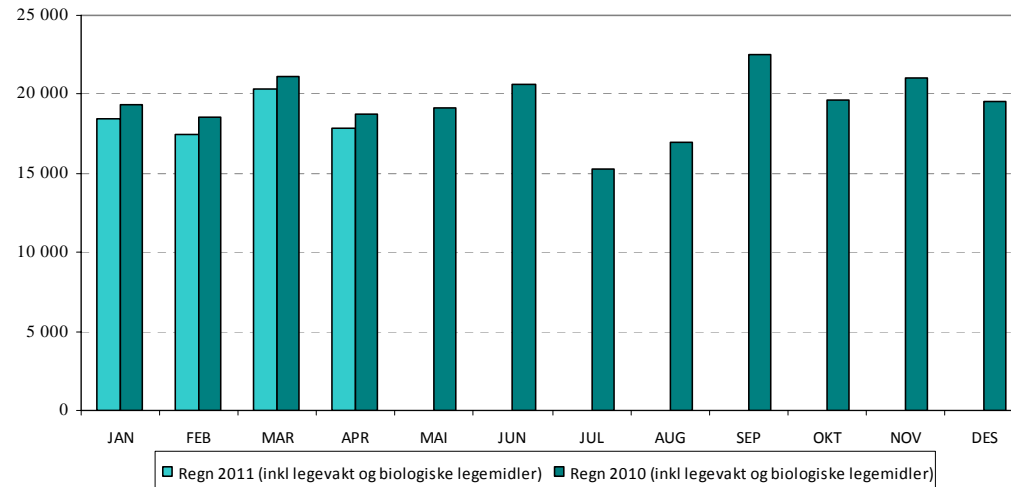
Utvalgte nøkkeltall

Gruppe	Indikator	Faktiske tall periode	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan %	Faktiske tall	Plantall	Avvik fra plantall	Avvik fra plan i %	Faktiske tall	Endring 10-11	Endring fra 2010 i %
Pasientbehandling												
Somatikk	DRG-poeng totalt	17 883	17 390	493	2,8 %	74 203	74 443	-240	-0,3 %	80 517	-6 314	-7,8 %
	Dagopphold	5 492	6 180	-688	-11,1 %	25 872	25 889	-17	-0,1 %	30 017	-4 145	-13,8 %
	Polikliniske konsultasjoner	60 748	60 277	471	0,8 %	273 247	256 881	16 366	6,4 %	285 685	-12 438	-4,4 %
Voksen psykiatri	Utskrevne (nytt plantall)	136	115	21	18,3 %	507	465	42	9,0 %	723	-216	-29,9 %
	Liggendøgn (nytt plantall)	7 502	7 453	49	0,7 %	29 785	30 178	-393	-1,3 %	39 203	-9 418	-24,0 %
	Dagbehandling	46	362	-316	-87,3 %	274	1 347	-1 073	-79,7 %	2 157	-1 883	-87,3 %
	Polikliniske konsultasjoner (nytt plantall)	4 692	6 091	-1 399	-23,0 %	21 122	23 504	-2 382	-10,1 %	41 070	-19 948	-48,6 %
Barne- og ungdoms psykiatri	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	6	11	-5	-44,8 %	34	44	-10	-22,8 %	52	-18	-34,6 %
	Liggendøgn	322	506	-184	-36,4 %	2 061	2 050	11	0,5 %	2 412	-351	-14,6 %
	Dagbehandling	376	430	-54	-12,5 %	1 747	1 767	-20	-1,1 %	1 967	-220	-11,2 %
	Polikliniske konsultasjoner	3 599	3 985	-386	-9,7 %	16 926	16 824	102	0,6 %	26 899	-9 973	-37,1 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Utskrevne (avsl. døgnopphold)	228	244	-16	-6,7 %	1 101	989	112	11,3 %	884	217	24,5 %
	Liggendøgn (nytt plantall)	3 143	3 236	-93	-2,9 %	13 030	12 894	136	1,1 %	13 014	16	0,1 %
	Dagbehandling	28	44	-16	-36,7 %	182	177	5	2,8 %	48	134	279,2 %
	Polikliniske konsultasjoner	606	861	-255	-29,7 %	3 419	3 239	180	5,5 %	4 731	-1 312	-27,7 %
Organisasjon og ledelse												
Andel korridor pas.	Somatikk	1,3 %	0 %	1,3 %		1,2 %	0 %	1,2 %		1,5 %	-0,3 %	
	Psykisk helsevern	0,0 %	0 %	0,0 %		0,0 %	0 %	0,0 %		0,6 %	-0,6 %	
Epikriser sendt innen 7 dager	Somatikk	80,3 %	100 %	-19,7 %		80,3 %	100 %	-19,7 %		0,0 %	80,3 %	
	Psykisk helsevern	54,4 %	100 %	-45,6 %		54,4 %	100 %	-45,6 %		0,0 %	54,4 %	
	TSB	47,1 %	100 %	-52,9 %		47,1 %	100 %	-52,9 %		0,0 %	47,1 %	
Liggendøgn UK-pasienter	Somatikk	1,2 %				1,3 %				2,6 %	-1,3 %	
	Psykisk helsevern	0,0 %				0,0 %				4,1 %	-4,1 %	
Andel fristbrudd	Somatikk	10,6 %	0 %			14,2 %	0 %					
	Psykisk helsevern	5,8 %	0 %			13,4 %	0 %					
	TSB	16,0 %	0 %			15,4 %	0 %					
BUP	Andel henvisninger vurdert innen 10 dgr	99,3 %	100 %			99,3 %	100 %	-0,7 %	-0,7 %	86,8 %	12,5 %	12,5 %
Økonomi og personell												
Økonomi	Resultat justert for økte pensjonskostnader	-118 640	-76 890	-41 749	-2,6 %	-327 657	-139 752	-187 905	-3,0 %	-	-	-
Personell	Årsverk totalt (brutto)	17 303	16 758	545	3,3 %	17 373	16 892	482	2,9 %	18 401	-1 027	-5,6 %
Sykefravær	Sykefravær (mars)	7,9 %	7,4 %	0,5 %	0,5 %	8,1 %	7,4 %	0,7 %	0,7 %	7,8 %	0,3 %	0,3 %

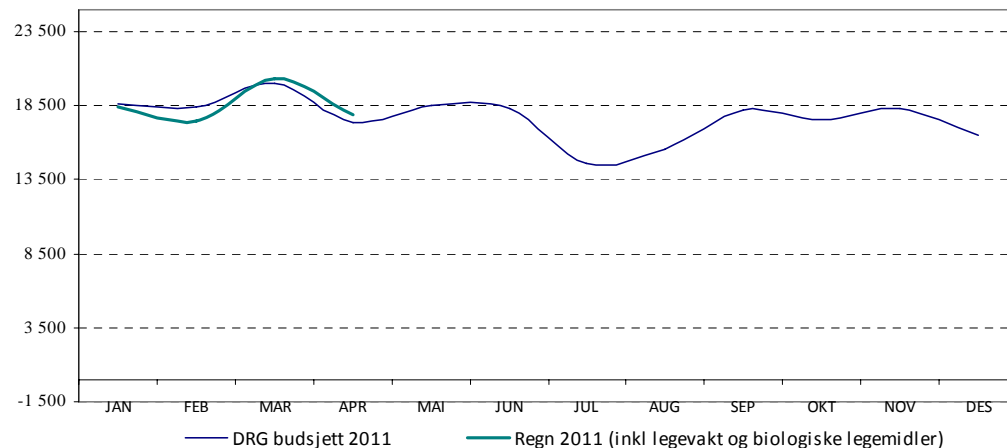
Kommentar: DRG-poeng for 2011 er med ISF-regelverk 2011, mens 2010 er 2010-regelverk

DRG aktivitet

DRG AKTIVITET - 2011 vs 2010



DRG AKTIVITET - budsjett og regnskap 2011



Kilde: Resultatrapport HSØ (budsjett). Tallene for tidligere måneder er ikke oppdatert bakover i tid, eventuelle etterregistreringer rapporteres akkumulert siste mnd.

DRG aktivitet

Tall per klinikk

DRG-poeng Fagenhet	2010					2011					Endring fra hittil i fjor	Endring i %
	jan	feb	mar	apr	Hittil i fjor	jan	feb	mar	apr	Hittil i år		
Medisinsk klinikk	2 613	2 383	3 013	2 477	10 486	2 144	1 922	2 013	1 708	7 787	-2 699	-26 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	4 544	4 262	5 076	4 303	18 185	4 316	4 315	4 860	4 052	17 543	-642	-4 %
Kvinne- og barneklivikken	3 067	2 788	3 245	2 881	11 981	2 906	2 738	2 953	2 572	11 169	-812	-7 %
Kreft- og kirurgiklinikken	3 580	3 824	4 395	3 623	15 422	3 725	3 441	4 128	3 370	14 664	-758	-5 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2 936	2 893	3 031	2 724	11 584	2 959	2 806	3 226	2 673	11 664	80	1 %
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	1 897	1 774	1 906	1 911	7 488	1 614	1 580	2 058	1 480	6 732	-756	-10 %
Akuttklinikken	908	688	800	803	3 199	631	580	765	570	2 546	-653	-20 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	97	84	162	125	468	106	108	131	90	435	-33	-7 %
Ukjente fagenheter										280	280	
Sum Oslo universitetssykehus HF	19 642	18 696	21 628	18 847	78 813	18 401	17 490	20 134	16 515	72 820	-5 993	-7,6 %

Kilde: LIS rapport "DRG rapporter".

Faktiske tall 2010 er ikke direkte sammenliknbare med tall for 2011 pga, innføringen av nye pasientadministrative systemer, ny felles registreringspraksis med mer. DRG-poeng for biologiske legemidler og Legevakten er ikke med i denne sammenligningen

Status foreløpig revidert DRG-budsjett:

Fortsatt noen oppfølgingspunkter for noen klinikker. Innføring av felles registreringspraksis er ikke hensyntatt. DRG-poeng for biologiske legemidler og Legevakten er ikke med i denne sammenligningen.

DRG aktivitet

Tall per klinikk

Klinikk	Per april 2011			
	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %
Medisinsk klinikk	8 002	8 282	280	3,5 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	18 928	18 263	-665	-3,5 %
Kvinne- og barneklubben	11 867	11 168	-699	-5,9 %
Kreft- og kirurgiklubben	15 072	14 663	-409	-2,7 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	11 481	12 072	591	5,1 %
Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi	7 084	6 577	-507	-7,2 %
Akuttklubben	2 711	2 546	-165	-6,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	26	26	0	-1,7 %
Fellesposter	(729)	605	1 334	-183,0 %
SUM	74 443	74 202	-241	-0,3 %

Kommentar: I denne fremstillingen er det foretatt en korleksjon i fremstillingen av budsjettavviket mellom SMK og MED klinikk.. Det vil mao være endringer i avvikene i denne tabellen og i forhold til fremstillingen på forrige side som tar utgangspunkt i faktisk aktivitet og de gjeldende DRG budsjettene.

Status foreløpig revidert DRG-budsjett:

Fortsatt noen oppfølgingspunkter for noen klubber. Innføring av felles registreringspraksis er ikke hensyntatt..

Aktivitet psykisk helsevern

Voksenpsykiatri (VOP)

Aktivitet	Siste måned							Nye plantall		
	2010	2010 (overført)	2010*	2011	Plan 2011	Avvik	Avvik i %	Nye plan 2011	Avvik	Avvik i %
Liggedøgn	9 886		7 496	7 502	8 103	-601	-7 %	7 453	49	1 %
Liggedøgn private			801	992		992		921	71	8 %
Utskrivelser	193		93	136	197	-61	-31 %	115	21	18 %
Ant. Pol. Konsult.	8 565		4 808	4 692	6 108	-1 416	-23 %	6 091	-1 399	-23 %
Dagopphold	516		324	46		46			46	

Aktivitet	Akkumulert							Nye plantall		
	2010	2010 (overført)	2010*	2011	Plan 2011	Avvik	Avvik i %	Nye plan 2011	Avvik	Avvik i %
Liggedøgn	39 270		#VERDI!	29 785	32 802	-3 017	-9 %	30 178	-393	-1 %
Liggedøgn private	1 731		2 478	3 933		1 187		3 594	339	9 %
Utskrivelser	1 165		222	507	798	-291	-36 %	465	42	9 %
Ant. Pol. Konsult.	36 465		18 143	21 029	25 789	-4 760	-18 %	23 504	-2 475	-11 %
Dagopphold	1 878		1 486	268	985	-717	-73 %	0	268	

Barne- og ungdomspsykiatri (VOP)

Aktivitet	Siste måned						
	2010	2010 (overført)	2010*	2011	Plan 2011	Avvik	Avvik i %
Liggedøgn	611		476	322	506	-184	-36 %
Utskrivelser	8		5	6	11	-5	-45 %
Ant. Pol. Konsult.	6 690		4 536	3 599	3 985	-386	-10 %
Dagopphold	477		387	376	429	-53	-12 %

Aktivitet	Akkumulert						
	2010	2010 (overført)	2010*	2011	Plan 2011	Avvik	Avvik i %
Liggedøgn	2 412		#VERDI!	2 061	2 050	11	1 %
Utskrivelser	52		3 252	34	44	-10	-23 %
Ant. Pol. Konsult.	26 149		4 766	16 597	16 825	-228	-1 %
Dagopphold	1 967		1 166	1 747	1 767	-20	-1 %



Aktivitet psykisk helsevern

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Aktivitet	Siste måned							Nye plantall		
	2010	2010 (overført)	2010*	2011	Plan 2011	Avvik	Avvik i %	Nye plan 2011	Avvik	Avvik i %
Liggedøgn	3 287		3 084	3 143	2 857	286	10 %	3 236	-93	-3 %
Utskrivelser	223		211	228	244	-16	-7 %			
Ant. Pol. Konsult.	1 147		795	1 665						
-herav ref.ber.				606	761	-155	-20 %			
Dagopphold	20			28	16	12	75 %			

Aktivitet	Akkumulert							Nye plantall		
	2010	2010 (overført)	2010*	2011	Plan 2011	Avvik	Avvik i %	Nye plan 2011	Avvik	Avvik i %
Liggedøgn	13 014		12 202	13 030	11 585	1 445	12 %	9 658	3 372	35 %
Utskrivelser	889		841	1 101	989	112	11 %			
Ant. Pol. Konsult.	3 554		2 146	5 749	0					
-herav ref.ber.	0			2 779	3 139	-360	-11 %			
Dagopphold	68			182	149	33	22 %			

Økonomisk resultat

	Resultat hittil	Budsjett hittil	Avvik	Akk regnskap april 2010	Endring 2010 2011
Basisramme	3 402 739	3 402 739	0	3 645 574	-242 835
ISF egne pasienter	799 761	837 407	-37 646	851 355	-51 594
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	208 928	173 797	35 131	197 183	11 745
ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler UTENFOR sykehus	9 286	12 259	-2 973	14 199	-4 912
Gjestepasienter	163 779	177 889	-14 110	133 483	30 296
Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	705 917	689 564	16 353	591 340	114 577
Polikliniske inntekter	125 248	132 784	-7 536	123 303	1 945
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	7 274	6 634	640	5 249	2 024
Andre øremerkede tilskudd	278 415	350 433	-72 018	305 158	-26 743
Andre driftsinntekter	242 677	202 807	39 871	227 870	14 807
Sum driftsinntekter	5 944 025	5 986 312	-42 287	6 094 715	-150 690
Kjøp av offentlige helsetjenester	10 406	5 000	5 406	20 257	-9 852
Kjøp av private helsetjenester	65 621	37 219	28 403	34 567	31 055
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	704 266	719 896	-15 631	751 394	-47 128
Innleid arbeidskraft	50 706	23 234	27 472	39 762	10 945
Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter)	34 545	26 013	8 532	2 946	31 599
Lønn til fast ansatte	2 924 713	2 891 332	33 380	3 033 928	-109 216
Overtid og ekstrahjelp	337 343	170 900	166 443	262 017	75 327
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	697 847	607 648	90 198	656 711	41 136
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-196 888	-140 665	-56 223	-186 266	-10 621
Annen lønn	519 805	501 648	18 157	505 063	14 742
Avskrivninger	294 788	301 876	-7 088	297 527	-2 739
Nedskrivninger	0	0	0	0	0
Andre driftskostnader	878 662	944 915	-66 253	753 796	124 866
Sum driftskostnader	6 321 814	6 089 017	232 797	6 171 701	150 112
Driftsresultat	-377 789	-102 705	-275 084	-76 987	-300 802
Finansresultat	-40 066	-37 047	-3 019	-34 429	-5 637
Ordinært resultat	-417 855	-139 752	-278 103	-111 416	-306 439
Herav økte pensjonskostnader utover forutsetninger i Prop. 1 S (2)	-90 198	0	-90 198	0	-90 198
Resultat justert for økte pensjonskostnader	-327 657	-139 752	-187 905	-111 416	-216 241

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap under

http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?level=4&p_section_dim_id=200822

Økonomisk resultat per klinikk

Klinikk	Akk avvik resultat denne mnd	Akk avvik resultat forrige mnd
KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	-9 280	-5 832
MEDISINSK KLINIKK	-18 875	-12 352
KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	-27 353	-21 844
KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	-7 006	-4 731
KREFT - OG KIRURGIKLINIKKEN	-21 033	-15 205
HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	-31 080	-24 830
KLINIKK FOR SPESIALISERT MEDISIN OG KIRURGI	-15 358	-11 587
AKUTTKLINIKKEN	-30 978	-27 759
KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	-10 087	-5 151
OSLO SYKEHUSSERVICE	-28 688	-25 338
KREFTREGISTERET	0	0
STAB	34 766	11 581
FELLESPOSTER	-114 921	-72 456
KONSERN	1 792	1 811
RESULTAT	-278 102	-213 693
RESULTAT JUSTERT FOR ØKTE PENSJONSKOSTNADER	-187 903	-146 414

Kilde: Rapport "S rapport" publisert av regnskap. http://mittskrivebord.ous-hf.no/ikbViewer/page/ous/mittskrivebord/organisasjon/klinikk?level=4&p_section_dim_id=200822

Bemannings indikatorer

Bemanning OUS HF

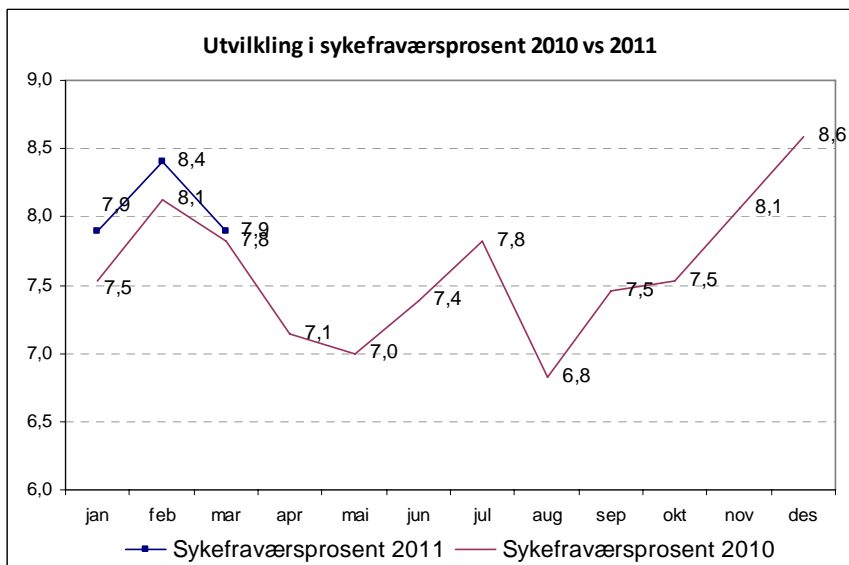
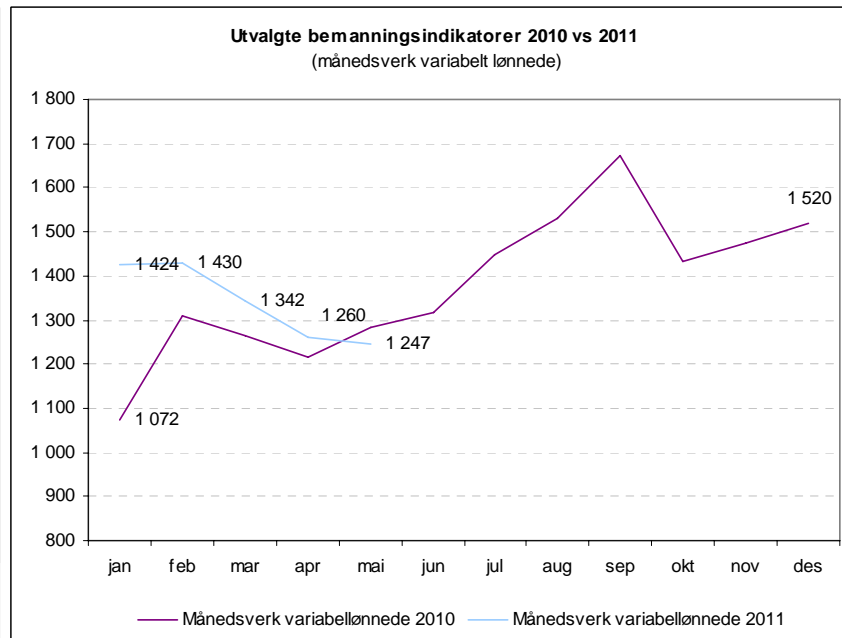
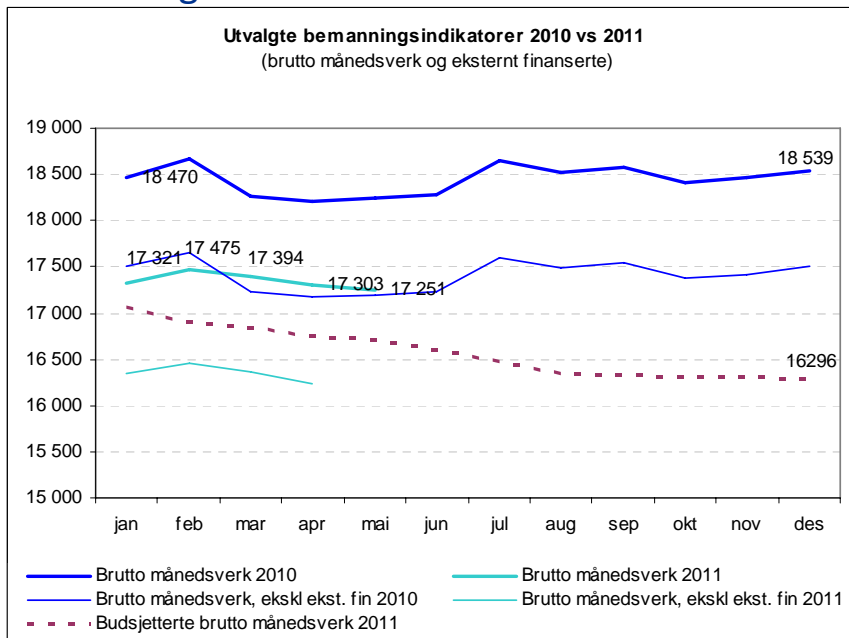
Indikator	Faktisk 2010							Faktisk 2011						Endring fra 4 kvartal i fjor	Endring fra hittil i fjor
	jan	feb	mar	apr	mai	Hittil i fjor	4. kvartal i fjor	jan	feb	mars	apr	mai	Hittil i år		
Brutto månedsverk	18 470	18 663	18 258	18 211	18 253	18 371	18 475	17 321	17 475	17 394	17 303	17 251	17 349	-1 126	-1 022
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	17 499	17 661	17 234	17 171	17 196	17 352	17 431	16 334	16 445	16 357	16 233	16 174	16 309	-1 122	-1 044
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	971	1 002	1 024	1 040	1 057	1 019	1 044	987	1 030	1 037	1 071	1 077	1 040	-3	22
Innleie fra vikarbyrå	86	146	163	166	157	140	225	174	177	177	187	-	178	-47	38
Månedsverk månedslønnede	17 398	17 353	16 994	16 995	16 968	17 142	16 998	15 897	16 044	16 051	16 044	16 005	16 008	-990	-1 134
Månedsverk variabelønnede	1 072	1 310	1 264	1 216	1 284	1 229	1 476	1 425	1 431	1 343	1 260	1 247	1 341	-136	112
Netto månedsverk nasj. ind.	15 507	15 382	15 160	15 426	15 381	15 350	14 899	14 530	14 519	14 627	-	-	14 559	-340	-791
Sykefraværprosent	7,5	8,1	7,8	7,1	7,0	7,8	8,1	7,9	8,4	7,9	-	-	8,1	0,0	0,2

Kommentar: Det kan være endringer knyttet til bruken av TT koder som påvirker sammenlikningen mellom 2009 og 2010 spesielt i forholdet mellom månedslønnede og variabelt lønnede.

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskap arg (se ny definisjon)

Bemanningsutvikling

Bemanning OUS HF



Bemanning

Brutto månedsverk per klinikk

Brutto månedsverk	jan	feb	mar	april	mai	Hittil i fjor	4. kvartal ifjor	jan	feb	mars	apr	mai	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	2 916	2 937	2 887	2 883	2 916	2 908	2 951	2 440	2 363	2 374	2 337	2 387	2 380	-527	-571
MED	1 591	1 593	1 541	1 538	1 573	1 567	1 564	1 350	1 330	1 277	1 261	1 257	1 295	-272	-269
KKN	2 010	2 021	2 005	2 018	1 980	2 007	2 079	2 029	2 071	2 073	2 084	2 062	2 064	57	-15
KVB	1 794	1 822	1 780	1 767	1 772	1 787	1 793	1 711	1 749	1 759	1 757	1 740	1 743	-44	-50
KRK	1 762	1 790	1 756	1 747	1 744	1 760	1 785	1 723	1 733	1 736	1 745	1 745	1 736	-24	-49
HLK	859	882	860	849	853	861	857	876	912	929	926	907	910	49	53
SMK	727	746	728	739	747	737	755	712	737	729	735	740	730	-7	-24
AKU	2 284	2 306	2 254	2 255	2 284	2 277	2 291	2 235	2 261	2 247	2 232	2 214	2 238	-39	-53
KDI	2 098	2 112	2 082	2 074	2 074	2 088	2 101	2 009	2 042	2 020	2 013	1 994	2 016	-72	-85
KRG	116	117	115	116	113	116	117	117	119	117	118	119	118	3	2
OSS	1 910	1 945	1 895	1 875	1 855	1 896	1 855	1 802	1 835	1 811	1 772	1 763	1 796	-100	-59
STA	375	368	345	343	335	353	322	313	316	318	318	318	316	-37	-6
OUS	18 470	18 663	18 258	18 211	18 253	18 371	18 475	17 321	17 475	17 394	17 303	17 251	17 349	-1 022	-1 126

Brutto månedsverk, ekst. fin.	jan	feb	mar	april	mai	Hittil i fjor	4. kvartal ifjor	jan	feb	mars	apr	mai	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	64	69	70	70	73	69	72	54	57	56	64	65	59	-10	-13
MED	67	69	65	68	69	68	62	56	59	63	63	62	61	-7	-1
KKN	44	46	48	51	47	47	48	42	42	40	44	41	42	-5	-5
KVB	93	95	124	122	125	112	124	116	124	126	127	126	124	12	-1
KRK	299	305	296	305	307	302	301	290	299	307	308	312	303	1	3
HLK	22	26	27	27	27	26	27	22	26	26	24	24	24	-1	-3
SMK	48	53	50	62	71	57	53	41	45	43	54	63	50	-7	-3
AKU	4	4	9	8	8	7	8	9	8	7	8	7	8	1	0
KDI	203	207	205	200	203	204	220	204	213	212	219	217	213	9	-8
KRG	116	117	115	115	113	115	117	117	119	117	118	119	118	3	2
OSS	1	1	1	1	1	1	1	N/A	1	1	1	1	1	0	-1
STA	5	6	6	6	8	6	9	33	34	37	37	37	36	30	27
OUS	971	1 002	1 024	1 040	1 057	1 019	1 044	987	1 030	1 037	1 071	1 077	1 040	22	-3

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity.



Bemanning

Månedsværk månedslønnede og månedsværk variabelt lønnede per klinikk

Månedsværk månedslønnede	jan	feb	mar	april	mai	Hittil i fjor	4. kvartal fjor	jan	feb	mars	apr	mai	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	2 603	2 604	2 563	2 562	2 564	2 579	2 580	2 041	2 058	2 058	2 045	2 059	2 052	-527	-527
MED	1 473	1 454	1 417	1 420	1 411	1 435	1 423	1 197	1 178	1 154	1 154	1 145	1 166	-269	-257
KKN	1 922	1 893	1 868	1 882	1 869	1 887	1 916	1 887	1 919	1 922	1 934	1 925	1 917	30	1
KVB	1 725	1 725	1 685	1 680	1 678	1 698	1 683	1 612	1 645	1 650	1 659	1 650	1 643	-55	-39
KRK	1 704	1 726	1 686	1 686	1 682	1 697	1 703	1 652	1 663	1 671	1 669	1 668	1 665	-32	-39
HLK	815	822	812	804	806	812	796	826	852	858	860	855	850	39	54
SMK	709	707	697	709	722	709	718	687	699	696	699	714	699	-10	-19
AKU	2 115	2 097	2 066	2 060	2 062	2 080	2 070	2 002	2 005	2 021	2 014	2 012	2 011	-69	-59
KDI	2 052	2 057	2 025	2 023	2 024	2 036	2 034	1 953	1 962	1 958	1 950	1 936	1 952	-84	-82
KRG	113	115	112	111	110	112	113	116	115	114	116	117	116	3	2
OSS	1 773	1 769	1 714	1 713	1 701	1 734	1 638	1 607	1 626	1 629	1 622	1 599	1 617	-117	-22
STA	370	364	341	339	332	349	318	311	314	315	316	316	314	-35	-3
OUS	17 398	17 353	16 994	16 995	16 968	17 142	16 998	15 897	16 044	16 051	16 044	16 005	16 008	-1 134	-990
Månedsværk variabelt lønnede	jan	feb	mar	april	mai	Hittil i fjor	4. kvartal fjor	jan	feb	mars	apr	mai	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	313	333	324	321	352	328	371	398	304	317	292	328	328	-1	-43
MED	117	139	125	118	162	132	141	153	152	123	106	112	129	-3	-12
KKN	88	128	137	136	111	120	162	142	152	151	151	137	147	27	-16
KVB	69	97	96	87	94	88	110	99	104	109	98	89	100	11	-11
KRK	58	64	70	61	62	63	82	70	70	64	77	76	71	8	-10
HLK	44	61	48	45	48	49	61	51	60	71	66	52	60	11	-1
SMK	18	39	31	31	25	29	37	25	38	32	36	26	31	3	-5
AKU	170	209	188	195	221	197	221	233	256	226	217	201	227	30	6
KDI	46	55	57	52	50	52	67	55	80	62	63	58	64	12	-3
KRG	3	2	3	5	3	3	3	1	4	3	3	1	2	-1	-1
OSS	137	176	181	162	154	162	217	195	209	181	150	164	180	18	-37
STA	5	5	5	4	3	4	4	2	2	3	2	2	2	-2	-2
OUS	1 072	1 310	1 264	1 216	1 284	1 229	1 476	1 425	1 431	1 343	1 260	1 247	1 341	112	-136

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity.

Bemanning

Sykefravær per klinikk

Sykefraværsprosent	jan	feb	mar	Hittil i fjor	4. kvartal ifjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	8,2	8,1	8,2	8,2	8,8	8,6	9,5	9,1	9,1	0,9	0,2
MED	6,9	7,8	7,7	7,4	7,3	6,7	7,3	7,3	7,1	-0,4	-0,2
KKN	6,7	7,7	7,4	7,3	8,0	8,1	8,1	7,9	8,0	0,8	0,0
KVB	7,3	8,4	8,2	8,0	7,5	8,0	8,0	7,6	7,9	-0,1	0,4
KRK	7,7	7,6	6,8	7,4	6,9	6,9	7,4	5,9	6,8	-0,6	-0,1
HLK	7,2	7,9	7,9	7,7	5,3	6,0	6,5	5,8	6,1	-1,6	0,8
SMK	7,2	8,0	7,3	7,5	7,8	7,7	8,5	7,3	7,8	0,3	0,1
AKU	7,1	8,4	8,0	7,8	8,8	8,2	9,0	8,6	8,6	0,8	-0,1
KDI	6,5	7,2	6,4	6,7	7,3	7,5	7,7	7,1	7,4	0,7	0,1
KRG	4,7	4,6	6,6	5,3	5,4	4,4	3,8	5,0	4,4	-0,9	-1,0
OSS	10,3	10,7	10,2	10,4	11,2	10,5	11,2	10,5	10,7	0,3	-0,5
STA	3,5	3,5	3,0	3,3	3,2	3,5	2,9	3,8	3,4	0,1	0,2
OUS	7,5	8,1	7,8	7,8	8,1	7,9	8,4	8	8,1	0,2	0,0

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmet Arcplan og Proclarity.

Bemanning

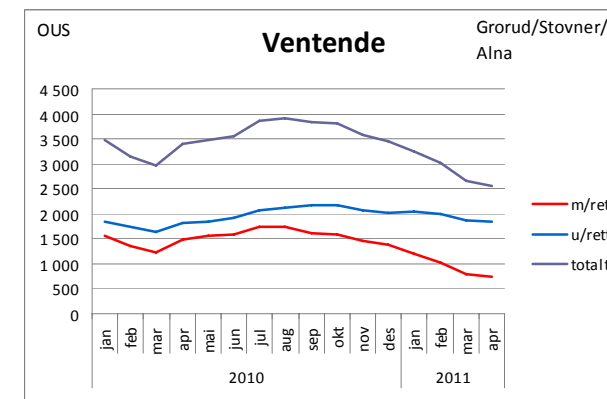
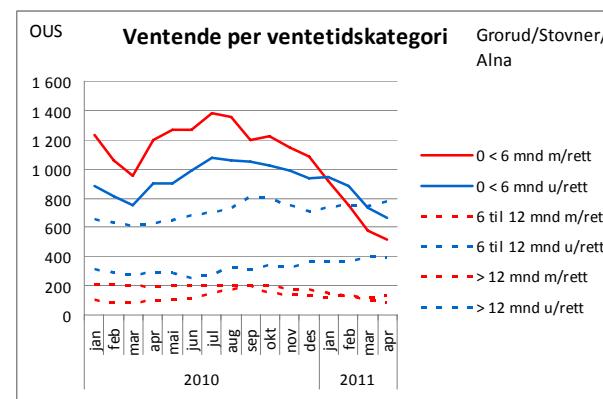
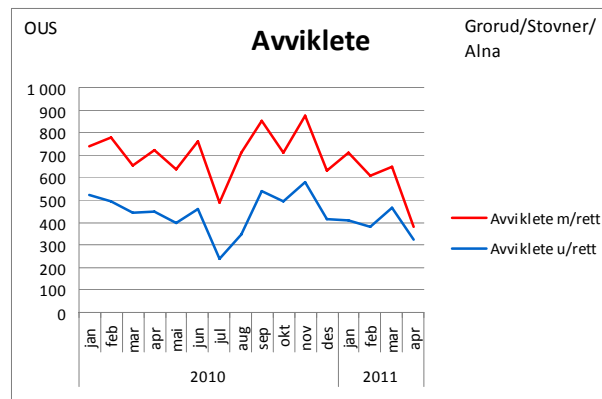
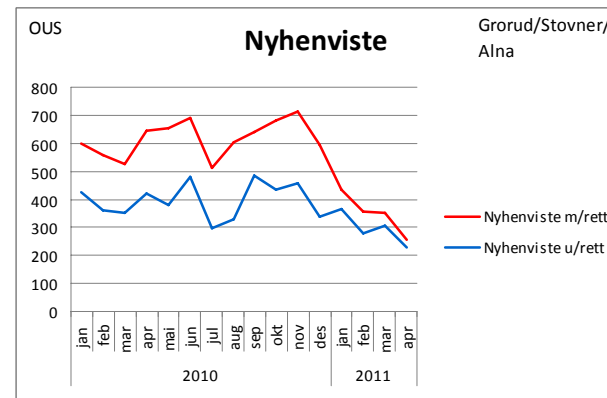
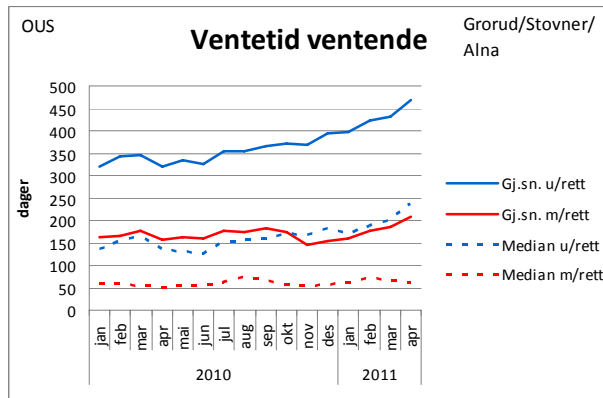
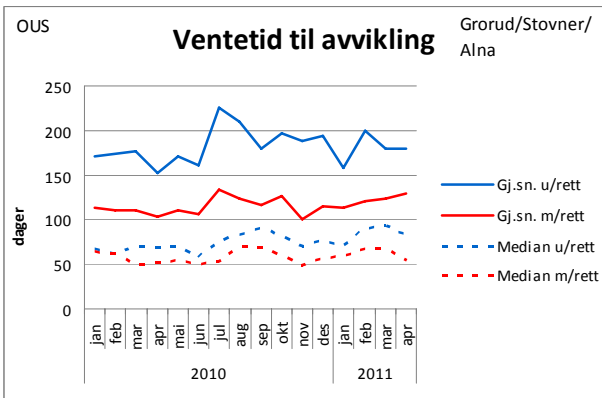
Innleie av helsepersonell per klinikk

Innleie fra vikarbyrå	jan	feb	mar	Hittil i fjor	4. kvartal ifjor	jan	feb	mars	Hittil i år	Endring fra hittil i fjor	Endring fra 4.kv ifjor
PHA	3,4	9,2	3,7	9,7	9,9	10,9	16,1	7,3	10,52	0,8	1
MED	10,6	12,4	24,7	17,8	21,0	17,1	15,9	15,9	15,43	-2,4	-6
KKN	9,7	18,4	28,8	19,5	49,3	28,0	25,3	27,0	24,75	5,2	-25
KVB	8,4	17,8	19,3	15,4	27,3	20,7	28,8	29,9	27,95	12,5	1
KRK	5,0	6,9	7,4	6,5	17,9	11,0	13,3	8,7	11,57	5,0	-6
HLC	16,9	21,9	19,1	20,3	32,5	25,8	13,6	24,7	20,83	0,6	-12
SMK	8,1	6,4	11,9	9,0	12,4	6,7	9,2	19,8	11,71	2,7	-1
AKU	23,6	51,2	43,1	39,1	47,4	50,2	47,7	37,3	50,11	11,0	3
KDI	-0,7	2,3	4,7	2,7	7,8	3,4	6,7	5,6	5,46	2,8	-2
KRG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0,0	
OSS	1,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,09	-0,2	0
STA	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0,00	0,0	
FPO	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0,00	0,0	
SUM	86	146	163	140	225	174	177	177	178,4	38,2	-47

Kilde: Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter se definisjoner.

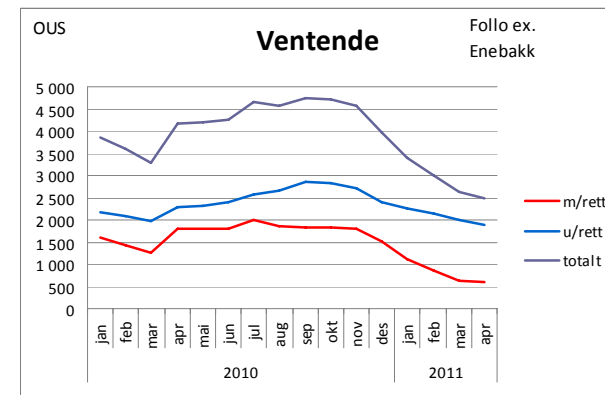
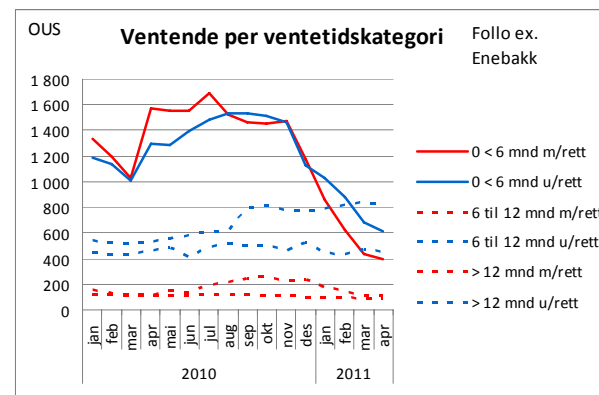
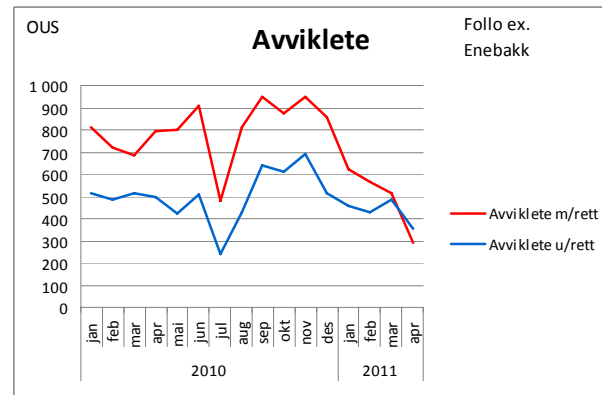
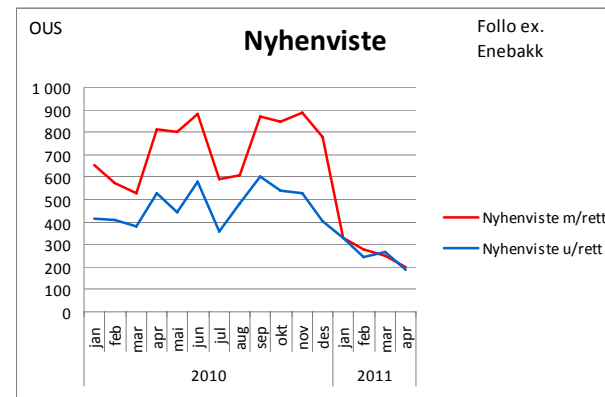
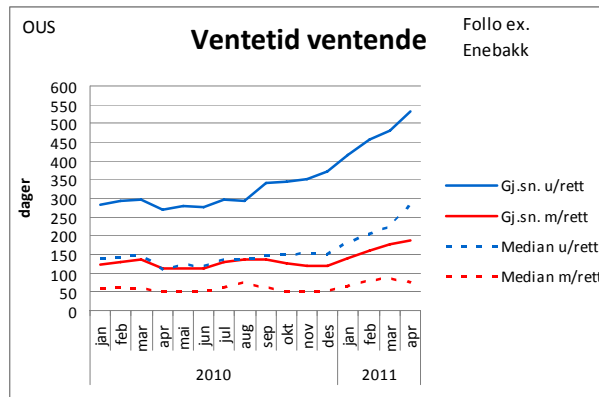
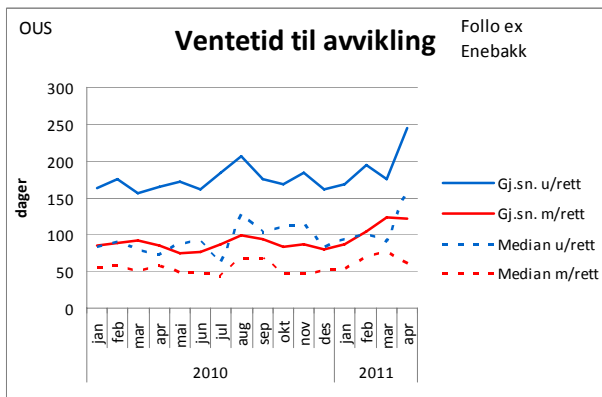
Gjennomgang av revisor har vist at tallene for innleie kan være undervurdert. Tallene for hittil i fjor inkluderer perioden jan-april og hittil i år inkluderer perioden jan- april.

Ventelisteutvikling – pasienter fra Grorud/Stovner og Alna



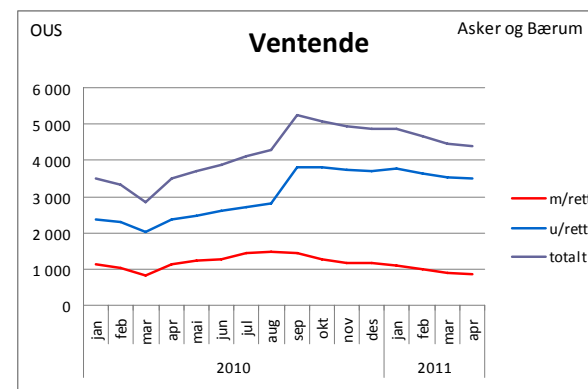
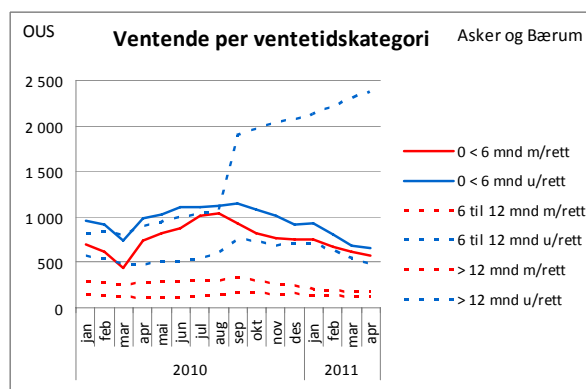
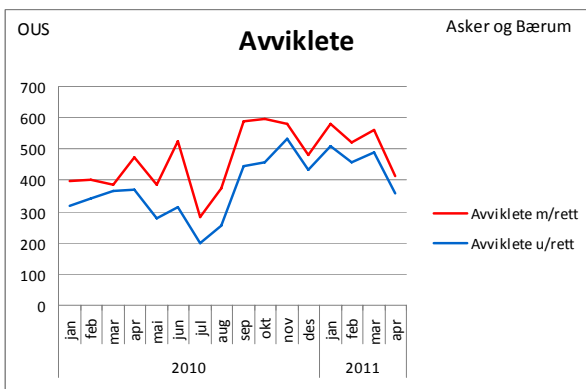
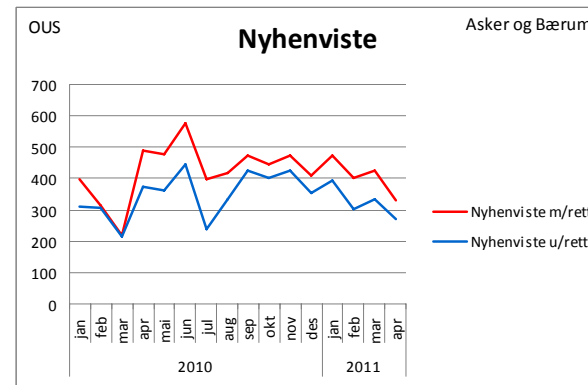
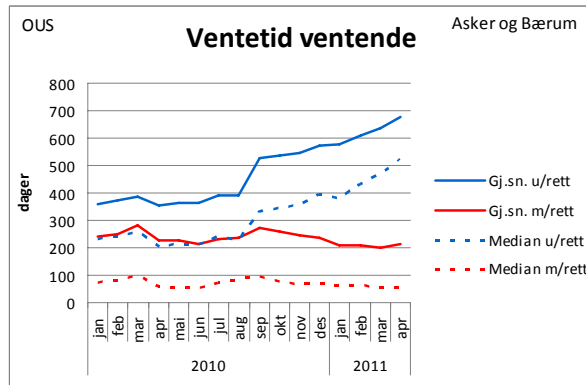
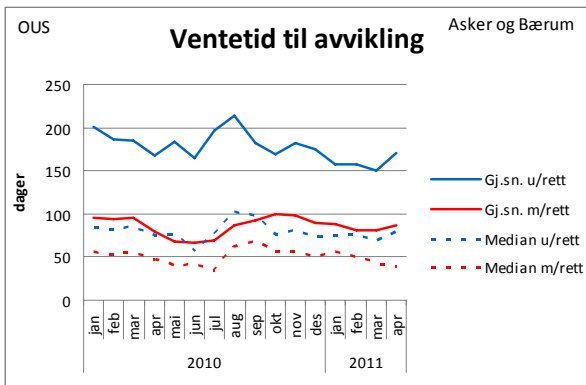
Ventelistedata fra RH 1.+2. tertial 2010 er ikke sammenlignbare med datagrunnlag etter konvertering til PasDoc.

Ventelisteutvikling – pasienter fra Follo (unntatt Enebakk)



Ventelistedata fra RH 1.+2. tertial 2010 er ikke sammenlignbare med datagrunnlag etter konvertering til PasDoc.

Ventelisteutvikling – pasienter fra Asker og Bærum



Ventelistedata fra RH 1.+2. tertial 2010 er ikke sammenlignbare med datagrunnlag etter konvertering til PasDoc.

Andel fristbrudd

Del 2.1. Andre aktivitetsindikatorer per klinikk

Fristbrudd ekskludert utsettelse - periodetall HSØ:	Januar	Februar	Mars	April		
	Andel fristbrudd	Andel fristbrudd	Andel fristbrudd	Frist brudd	Ant med frist i perioden	Andel fristbrudd
PHA	17,2	12,3	13,1	23	232	9,9
MED	24,3	14,6	10,8	106	1 132	9,4
KKN	26,8	16,6	17,6	232	1 966	11,8
KVB	16,6	13,1	13,5	88	625	14,1
KRK	19,3	14,7	15,8	143	1 089	13,1
HLK	10,5	6,0	4,6	47	802	5,9
SMK	23,9	14,4	12,2	47	440	10,7
AKU	1,5	1,9	0,9	0	96	0,0
KDI	0,0	0,0	1,6	1	113	0,9
Stab	0,0	100,0	0,0	0	0	0,0
Totalt	21,0	13,6	13,2	688	6 515	10,6

Kilde: LIS rapport "Ekstern venteliste"

Definisjon:

Fristbrudd: Fristbrudd/Antall perioder med frist start helsehjelp i rapporteringsperioden hvor helsehjelp ikke har startet innen frist.

Andel fristbrudd: Antall med frist i perioden / Antall perioder med frist start helsehjelp i rapporteringsperioden

Ekskludert populasjon: Øyeblikkelig hjelp, utsettelse grunnet pasient eller medisinske forhold.

Definisjoner årsverksindikatorer

Brutto månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	All utbetalt arbeidstid er omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet.
	<i>Forklaring/formål</i>	Brutto månedsverk uttrykker den potensielle arbeidsressursen inkludert permisjoner, sykdom og andre fravær. Dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleid arbeidskraft. Ikke personer som har permisjon uten lønn. Brutto månedsverk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet. Dette tallet er så multiplisert med utbetalingsprosenten.
	<i>HR-kuben</i>	
Månedslønnede månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Sum stillingsprosent/100 for de som lønnes på månedslønn og de som har fast utvidet arbeidstid. UTA-tid omregnes til årsverk. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Variabel lønn månedsverk	<i>Nasjonal definisjon</i>	Variabel lønn som ikke inngår i planlagt arbeidstid
	<i>Forklaring/formål</i>	Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabel lønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv) Antall timer omregnet til årsverk for følgende lønnstyper: Utrykning, timelønn, overtid, uforutsett vakt lang og kort frist. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
	<i>HR-kuben</i>	
Netto månedsverk nasj. ind.	<i>Nasjonal definisjon</i>	Arbeidstid omgjort til månedsverk på ansatte som er på jobb
	<i>Forklaring/formål</i>	Skal vise den gjennomsnittlige bemanningen som faktisk er på jobb i foretaket. Dvs. brutto månedsverk minus alt fravær.
	<i>HR-kuben</i>	Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet
Innleie månedsverk	<i>HSØ-indikator</i>	Alle kostnader og arbeidstid for innleid helsepersonell er omregnet til månedsverk
	<i>Forklaring/formål</i>	Gjelder innleie av helsepersonell (sykepleiere, hjelpepleiere, helsesekretærer og leger) fra eksterne vikarbyrå Dvs. helsepersonell som involvert i "produksjonen" av helsetjenesten Regnskapsbeløp fra: - ny konto 4680 innleid pleiepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (erstatte utgående konto 4582 pleiepersonell) -- ny konto art 4681 innleide leger fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 819 (erstatte utgående konto 4583 lege) --- ny konto 4682 innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (ny)
Herav eksternt finansierte mv	<i>OUS-indikator</i>	Brutto månedsverk som er finansiert av eksterne
	<i>Forklaring/formål</i>	Basert på filter i HR-kuben for kapitler som er merket eksternt finansiert.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør, økonomi og finans

Vedlegg: 1: Status gjennomgang tiltak i klinikker, Oslo sykehusservice og stab

**SAK 49/2011: BESLUTNINGSSAK:
 TILTAK FOR Å GJENNOMFØRE BUDSJETT
 2011**

1. Forslag til vedtak:

- 1. Styret konstaterer at Oslo universitetssykehus fortsatt står overfor en økonomisk resultatrisiko i størrelsesorden 500 millioner kroner i forhold til vedtatt budsjett for 2011 og at det er nødvendig å implementere og videreføre arbeidet med tiltak og planer for å redusere resultatrisiko i henhold til vedtatt budsjett.*
- 2. Styret tar til etterretning at administrerende direktør mener det bør være mulig å redusere resultatrisikoen på drift med i størrelsesorden 250 millioner kroner med de planer og tiltak som foreligger, og at administrerende direktør vil sikre tett oppfølging og stram styring av klinikker og øvrige driftsenheter med fokus på reduksjon i årsverk og legeårsverk i særdeleshet samt de samlede lønnskostnader. Selv om reduksjon i årsverk kommer senere enn forutsatt vil det uansett få full resultateffekt inn i 2012 og påfølgende år.*
- 3. Styret ber videre administrerende direktør iverksette og videreføre innsparingstiltak knyttet til IKT, programkontor og arealtiltak som gjennomføres uten betydelig negativ konsekvens for gjennomføring av det langsiktige målbildet. Samlet resultateffekt i 2011 er estimert til 110-120 millioner kroner.*
- 4. Styret ber om at investeringer innen er ramme på 110-130 millioner kroner forskyves i tid for å sikre foretakets likviditet i inneværende år.*
- 5. Styret tar til etterretning at administrerende direktør vil sikre at pasientsikkerheten er ivaretatt når planer og tiltak gjennomføres, men at det vil være risiko for noe økning i ventetid. Fristbrudd skal unngås.*

6. *Styret tar til orientering at administrerende direktør er bekymret for hensynet til ansattes arbeidsmiljø og motivasjon knyttet til videre fusjon og omstillingsprosess og at gjennomføring av nødvendige kostnadsutt og bemanningsreduksjoner i 2011 av mange oppleves som belastende etter to år med integrasjonsprosess, overføringsprosjekt og omstillinger. Styret ber administrerende direktør følge dette tett og sikre hensynet til forsvarlig arbeidsmiljø som igjen er en forutsetning for pasientsikkerheten.*
7. *Styret konstaterer at gjennomføring av strukturelle tiltak, og i særdeleshet raskere flytting av akuttfunksjoner og døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål, krever videre vurderinger av konsekvenser og gjennomførbarhet før beslutning kan fattes, og at det vil tentativt foreligge til styremøte i juni. Tidsplan og videre planer for etablering av samhandlingsarena på Aker vil i noen grad avhenge av slik avklaring. Det fremmes sak til styremøtet i juni som detaljerer og konkretiserer planer og fremdrift for samhandlingsarena på Aker, inklusive ansvarsdeling for utvikling av tjenestetilbudet samt hvilke lokaler som kan frigis til bruk av andre aktører som Oslo Kommune og de andre helseforetak og sykehus som betjener befolkningen i Oslo sykehusområde.*
8. *Styret tar til orientering at søknad om videreføring av prosjekt nytt akuttmottak ligger til behandling hos Helse Sør-Øst og at både forsert utflytting og flytting fra Aker som opprinnelig planlagt (2013) forutsetter at dette realiseres. Styret ber administrerende direktør følge opp saken og sikre at Helse Sør-Øst har tilstrekkelig informasjon for sin videre håndtering. Gjeldende fremdriftsplaner forutsetter slik avklaring før sommeren.*
9. *Styret henviser til sak 51/2011; Oslo universitetssykehus sitt bidrag til økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst som begrunner og konkretiserer den finansiering av drift, omstilling og investeringer som er nødvendig i de nærmeste årene for å kunne gjennomføre både drift og utvikling av foretaket i henhold til styrevedtak 108/2008 fra Helse Sør-Øst. Styret tar til etterretning at det er avholdt nytt møte mellom styreutvalget og Helse Sør-Øst, og konstaterer at det er behov for videre dialog med Helse Sør-Øst om foretakets økonomiske utfordringsbilde på kort og lang sikt inklusive nødvendige investeringer og rekkefølgeproblematikk. Styret ber om at dette følges opp av styreleder og administrerende direktør.*
10. *Styret tar til etterretning at økte kostnader utover forutsetningene i budsjettet knyttet til årets lønnsoppgjør, avbestilling av Klinisk arbeidsflate og risiko knyttet til pensjonskostnader som følge av senere nedbemanning enn forutsatt samt eventuelt bruk av økonomiske virkemidler ved nedbemanning, ikke er hensyntatt i krav til omfang av tiltak, da dette er nye forhold etter at budsjettet ble behandlet. Administrerende direktør vil komme tilbake til dette når resultat for mai legges frem sammen med resultatprognose for 2011 i styremøtet i juni.*

Oslo, den 20. mai 2011

Siri Hatlen
sign.

2. Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF gjennomførte tiltak ved årsskiftet 2010/2011 som reduserte foretakets kostnader med om lag 1000 millioner kroner på årsbasis og reduserte antall årsverk med vel 1000. Helseforetakets resultater fra februar og mars viste likevel en risiko for et årsresultat om lag 500 millioner kroner under det som fremgår av godkjent budsjett for 2011.

Med utgangspunkt i styrets vedtak 31. mars og 28. april har Oslo universitetssykehus intensivert og videreført arbeidet med å finne tiltak for å redusere resultatrisikoen og for å styrke foretakets likviditet. Det er gjennomført et arbeid i klinikkene, Oslo sykehusservice og sentral stab for å finne ytterligere tiltak og tidligere tiltak er kvalitetssikret blant annet ved at klinikkene har vurdert konsekvenser og risiko. Bruk av omstillingsmidler og investeringer er gjennomgått kritisk. Muligheten for raskere å få på plass en mer effektiv organisering av virksomheten ved å samle døgnvirksomhet og akutfunksjoner på Ullevål sykehus fra Aker sykehus, er også utredet nærmere.

I denne styresaken presenteres status for resultatforbedrende tiltak og tiltak som kan styrke foretakets likviditet.

3. Tidligere vedtak i styret

Ved behandling av styresak 30/2011 i styremøte 31. mars 2011 gjorde styret følgende vedtak:

Enstemmig vedtak:

1. *Styret tar rapporteringen per februar til etterretning.*
2. *Styret ser svært alvorlig på det økonomiske resultatet etter februar og ber administrerende direktør gjennomføre tett oppfølging for å sikre at Oslo universitetssykehus HF styrer etter et resultatmål innenfor en risiko for minus 400 mill kroner. Styret er innforstått med at det endelige resultatmålet skal fastsettes etter 1. tertial 2011.*
3. *Styret tar til etterretning, basert på den framstilling som ble gitt i møtet, at det særlig fokuseres på å mobilisere organisasjonen mot konkrete korrigerende tiltak for å tilpasse bemanningsutvikling og kostnadsutvikling i takt med reduksjon i aktivitet og angitt budsjetttramme for 2011.*
4. *Styret ber administrerende direktør til styremøte 28. april presentere, på grunnlag av februar resultatet og følgerisiko, korrigerende tiltak som viser effekt på kort og lang sikt og prognose for året 2011.*
5. *Styret understreker viktigheten av at man samtidig som en sikrer et resultat i tråd med foreløpig styringsbudsjett, sikrer hensynet til god drift, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø, samt unngår fristbrudd i tråd med oppdragdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF.*

6. *På bakgrunn av februar resultatet og den økonomiske utfordringen Oslo universitetssykehus HF står overfor i 2011 og videre fremover (jfr. sak 25/2011 og sak 26/2011) vil styret be om at styreleder og nestleder sammen med et utvalg på 2 fra de ansattevalgte representanter i styret og sammen med administrerende direktør umiddelbart orienterer Helse Sør-Øst RHF om situasjonen. Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF orienteres om hva Oslo universitetssykehus HF vil gjennomføre av konkrete tiltak og konsekvenser av dette i det korte perspektiv for å sikre resultatutviklingen i 2011 og samtidig orientere Helse Sør-Øst RHF om hvordan styret vurderer den samlede økonomiske utfordringen i årene fremover på nåværende tidspunkt i prosessen.*

Styrets vedtak ble fulgt opp i sak 39/2011 i styremøte 28. april 2011. Styret gjorde følgende vedtak:

Vedtak:

1. *Styret konstaterer at i henhold til styrevedtak i styremøte 31. mars (sak 30/2011) har styreleder og nestleder sammen med tre av de ansattevalgte representantene i styret og administrerende direktør gjennomført møte med Helse Sør-Øst RHF om den økonomiske utfordringen for Oslo universitetssykehus HF. Styringsmålet for 2011 om 400 mill kroner ble understreket. Styret bekrefter styringsmålet. Det samme gjelder hovedmålet om å gjennomføre fusjonsvedtaket.*
2. *Styret vil berømme organisasjonen for grundigheten i arbeidet som er lagt ned i å komme fram til tiltakene som legges fram i saken på svært kort tid. Styret merker seg at det har vært for kort tid til at saken har vært formelt drøftet med de ansattes organisasjoner.*
3. *Saken er svært krevende. Styret konstaterer at det er utfordringer relatert til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I det videre arbeid må tiltakene kvalitetssikres ytterligere. Det bes spesielt vurdert konsekvensene for trygghet for pasientene og ansattes motivasjon og arbeidsmiljø. Likeledes bes ledelsen vurdere ytterligere tiltak for å nå budsjett 2011.*
4. *Styret understreker viktigheten av at de kortsiktige tiltak så vidt mulig ikke kommer i konflikt med de langsiktige mål.*
5. *Ledelsen bes videre vurdere muligheter for å forsere arbeidet med ytterligere inntekter fra salg av eiendommer.*
6. *I det langsiktige perspektiv er tiltak som gjelder Aker en sentral faktor. Styret mener det trengs ytterligere konkretisering av hva slags aktivitet, både innhold og organisering, som skal gjennomføres på Aker i videre framtid knyttet til samhandlingsreformen.*
7. *Styret ser det som avgjørende at kontakt og samarbeid med Helse Sør-Øst RHF om resultatutviklingen og nødvendige investeringer og rekkefølgeproblematikk fortsetter.*

8. Styret ber om at saken fremmes for videre behandling i neste møte.

Det ble stemt over vedtaket; 7 representanter stemte for og de 5 ansatterrepresentantene stemte mot.

Følgende protokolltilførsel fra ansatterrepresentantene ble lagt fram:

”De ansattes representanter har siden fusjonen startet problematisert manglende finansiering av integrasjonsprosessen.

Viser til tidligere protokolltilførsel til foretaksmøte 24.06.09: De viktigste anmerkningene er at Helse Sør-Øst RHF gjennom sine styrevedtak ikke har avsatt omstillingsmidler til prosessen...

Viser til protokolltilførsel sak 10 og 33/2010: Aktivitetsnivået i 2010 er høyt og det er stor risiko at OUS ikke klarer å innfri dette mht. store omstillingsutfordringer... I oppdragsdokumentet for OUS 2011 er følgende hovedprioritering: Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

De ansattes representanter kan ikke se at innsparingsforslagene har vært underlagt tilstrekkelig risikoanalyse og behandling med de antattes organisasjoner og i sykehusets arbeidsmiljøutvalg.

Ansattes representanter ser svært alvorlig på den økonomiske situasjonen i OUS. Ansattes representanter kan ikke akseptere at det settes i gang innsparingstiltak som går utover lovfestede pasientrettigheter, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø eller forsvarlig drift.

De ansattes representanter i OUS mener at styret ved styreleder må be om møte med styret i Helse Sør-Øst RHF for å finne en forsvarig løsning på den alvorlige økonomiske situasjonen for Oslo universitetssykehus.

En betydelig reduksjon av rammefinansieringen i år, manglende omstillingsmidler, manglende investeringsmidler og ny endret finansieringsmodell vanskeliggjør realisering av vedtak 108-2008 på en god og forsvarlig måte.

Ansattes representanter vil understreke viktigheten av at prosessen videreføres for å gi en mer optimal driftsituasjon slik at de langsiktige målene kan nås.

Ansattes representanter vil videre henvise til de ansattes organisasjoner og vernetjenestens kommentarer til styresak 39/2011.

Ansattes representant Bjørn Wølstaad-Knudsen går i mot helt eller delvis salg av tomten på Aker.”

4. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Bakgrunn

Oslo universitetssykehus er i en særdeles krevende økonomisk situasjon, både for driften i 2011 og i et langsiktig perspektiv. Dette må sees på bakgrunn av foretakets startpunkt ved fusjonen 1. januar 2009, og de utfordringene helseforetaket er stilt overfor knyttet til gjennomføring av fusjon og omstilling i Hovedstadsområdet. Ved fusjonen i 2009 hadde de to store foretakene betydelige underskudd i driften. Tross stram styring og betydelig effektivisering hadde Oslo universitetssykehus ved inngangen til 2011 et inngående underliggende driftsunderskudd på om lag 230 mill kroner. Bortfall av inntekter som følge av overføring av virksomhet og andre nye forhold gjorde at helseforetaket ved inngangen til i 2011 var stilt overfor krav til kostnadsreduksjon med til sammen 1800-1900 millioner kroner sammenliknet med 2010 for å drifte i balanse. Virksomhetsoverdratte enheter, samt negativt styringsmål i 2011 medfører krav til kostnadsreduksjon i driften på om lag 1000 millioner kroner som må tas ned i 2011. I de påfølgende årene skal kostnadene reduseres med ytterligere 800 – 1000 millioner kroner.

Forberedende aktiviteter i 2010 og 2011

Oslo universitetssykehus etablerte en integrert organisasjon under felles ledelse fra 2010. I det første driftsåret var ledelsens hovedfokus i henhold til oppdrag fra Helse Sør-Øst å planlegge, forberede og gjennomføre overføring av oppgaver og ansvar til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken. Sammen med innføring av felles pasientadministrativt system og innkjøring av nytt ledelsesinformasjonssystem (LIS) var ledelsen på alle nivåer tungt belastet gjennom hele høsten. Manglende styringsdata, stor usikkerhet om tempo/omfang i overføringsprosessen samt manglende virkemidler for å overføre ansatte til mottakende foretak gjorde budsjettprosessen for 2011 svært krevende. Det ble vedtatt foreløpig budsjett i desember 2010 mens endelig budsjett ble vedtatt i februar 2011. Grunnet den store usikkerheten, også mht omfang av ansatte som ville søke seg til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken eller slutte i foretaket i perioden, ble det enighet med Helse Sør-Øst om at endelig styringsmål for 2011 skulle fastsettes etter 1. tertial 2011. Foreløpig styringsmål ble etablert med 400 mill kroner som tillatt resultatrisiko, og dette danner grunnlag for budsjett.

Da budsjettet ble forberedt i desember 2010, var man fortsatt midt i overføringsprosessen og det ble etablert tentative bemanningsbudsjetter basert på tildelt økonomisk ramme. Først etter årsskiftet og etter at man tidlig i 2011 kunne registrere at pasientstrømmene i hovedsak så ut til å følge de estimater som var etablert kunne klinikkene intensivere arbeidet med å forberede og gjennomføre nødvendige driftstilpasninger. Da endelig budsjett for 2011 ble vedtatt i februar, var det bare identifisert planer for kostnadsreduksjoner tilsvarende om lag 500 av de ca 1000 millioner kroner som kreves for å tilfredsstille foreløpig økonomisk styringsmål for 2011. Det har derfor vært jobbet videre med det økonomiske utfordringsbildet parallelt med at man har startet innplasseringsprosesser i henhold til foreløpige bemanningsplaner. Disse har måttet ta utgangspunkt i realistiske og gjennomførbare planer for driften, inkl turnuser og administrerende direktør har derfor varslet både styret og eier gjennom vinteren om økt økonomisk resultatrisiko grunnet manglende samsvar mellom planer og budsjett så langt.

Store resultatavvik hittil i 2011

Endelig styringsmål for 2011 skal formelt vedtas i foretaksmøte etter 1. tertial, men Helse Sør-Øst har så langt vært tydelige på at de fastholder krav til styringsmål i samsvar med det som tidligere er kommunisert, det vil si 400 mill kroner som tillatt negativt styringsmål. Selv om det har vært jobbet kontinuerlig siden februar med parallelt å gjennomføre de

planer som er etablert samt søke ytterligere områder for effektivisering og kostnadsreduksjoner, viser resultatet per utgangen av april et fortsatt avvik på i underkant av 50 mill kroner per måned hittil i år, eller akkumulert minus 188 mill kroner. Dette skyldes i stor grad at bemanningen ikke er redusert tilsvarende overført aktivitet, og foretaket har derfor redusert produktivitet i de fleste enheter som er berørt av overføringen. Deler av dette vil bli rettet opp når pågående innplasseringsprosesser er gjennomført, men mange av driftsenhetene har fortsatt utfordringer med å redusere antall årsverk i så stort omfang som det er krevet og samtidig få turnus- og vaktordninger til å fungere tilfredsstillende. I tillegg kommer at de enheter som ikke er berørt av overføringen i særlig grad må effektivisere betydelig basert på at de hadde underskudd på driften i 2010.

Årsverksreduksjon, styring og tett ledelsesoppfølging

Antall årsverk er redusert med ca 1100 hittil i 2011. Dette er imidlertid langt fra tilstrekkelig for å tilfredsstille budsjettkravene. Budsjettet tilsier at antall årsverk skal være nede på om lag 16 300 ved utgangen av 2011 mot et snitt på ca 18 500 i 2010, det vil si en nedgang på vel 2000 årsverk. Nedbemanninger i dette omfanget tar tid. Siden utgangen av mars har man hatt tilgjengelige styringsdata og bemanningsoversikter på klinikk- og avdelingsnivå og det gjennomføres nå løpende analyser og stram oppfølging, i særdeleshet av legeårsverk. Det settes detaljerte styringskrav til enhetene for tilpasning i henhold til overførte hjemler i første omgang. For øvrige yrkesgrupper gjøres tilsvarende analyser, og dette er et omfattende arbeid. Realisering av budsjettmålet på bemanning ved slutten av året er gitt svært høy prioritert i den interne styringen. Gjennomføring av dette i løpet av resten av året vil likevel ikke være tilstrekkelig til å nå det økonomiske styringsmålet for hele 2011.

Oppfølging etter styremøtet 28. april

Med utgangspunkt i styrets vedtak 31. mars og 28. april har Oslo universitetssykehus intensivert og videreført arbeidet med å finne tiltak for å redusere resultatrisikoen og for å styrke foretakets likviditet. Klinikkerne, Oslo sykehusservice og sentral stab har jobbet videre med både etablerte planer og nye tiltak samt gjennomført kvalitetssikring og risiko- og konsekvensvurderinger. Planer for bruk av omstillingsmidler, IKT og investeringer er gjennomgått kritisk. Vurderinger knyttet til å flytte akutt/døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål sykehus er videreført og det foreligger en foreløpig risikovurdering. Innen styremøtet vil det være gjennomført både klinikkvise og sentrale drøftinger.

Vurdering av samlet resultatrisiko og anbefalinger

En totalvurdering etter de fornyede gjennomganger som nå er foretatt med alle klinikker, Oslo sykehusservice samt stabene tilsier at det ikke er grunnlag for å redusere estimert resultatrisiko basert på tiltak knyttet til drift utover de 250 mill kroner som ble presentert i forrige styremøte. Administrerende direktør er av den oppfatning at bare det å oppnå denne forbedringen vil kreve svært stram styring og oppfølging av ledere på alle nivåer for å sikre gjennomføring av de planer og tiltak som nå foreligger. Det er usikkerhet knyttet til den tid det vil ta å gjennomføre nødvendige bemanningsreduksjoner i tråd med etablerte spilleregler. Det er derfor ikke mulig å anslå hvor raskt antall årsverk vil kunne reduseres. Det er også usikkerhet knyttet til enkelte av de anbefalte tiltak ettersom de vil kreve en nærmere avklaring med Helse Sør-Øst før iverksettelse. En reduksjon i årsverk i den størrelsesorden som her er skissert vil medvirke til å redusere den økonomiske utfordringen for 2012, men denne vil fortsatt være betydelig. Selv om reduksjon i årsverk kommer senere enn forutsatt vil det uansett få full effekt inn i 2012 og påfølgende år.

Basert på ovenstående har administrerende direktør funnet det riktig å gjøre en fornyet gjennomgang av IKT drift og investeringer samt programkontorets virksomhet inkl

utviklings- og arealprosjekter med sikte på å redusere økonomisk risiko i 2011 og å bedre foretakets likviditet i 2011. Det vises til nærmere redegjørelser i punkt 5 og 6.

Administrerende direktør konstaterer at kostnader til drift og i noen grad også investeringer innen IKT reduseres i 2011 basert på at arbeidet med Klinisk arbeidsflate er stoppet samt at IKT stab frem til nå har vært unntatt krav om effektivisering. Det anbefales imidlertid at arbeid med felles faktura- samt innkjøp- og logistikksystemer videreføres som forutsatt, tilsvarende også HR ressursplanleggingssystem (GAT) av hensyn til å sikre god og effektiv virksomhetsstyring. Dette kommer da i tillegg til det helt nødvendige arbeidet med både midlertidige og ny, alternativ løsning for felles klinisk informasjonssystem til å erstatte Klinisk arbeidsflate. Besparelse i forhold til budsjett er basert på ovenstående estimert til 12 millioner kroner i resultateffekt og ytterligere 70 millioner kroner i likviditetseffekt.

Administrerende direktør vil videre anbefale at kostnader til drift av programkontoret inklusive støtte til omstillingsprosjekter, areal- og flytteprosjekter reduseres med inntil 40-50 millioner kroner i 2011 med tilsvarende resultateffekt. Dette vil innebære at forbedringsarbeid i driften basert på lean metodikk med ekstern støtte kun i svært begrenset grad vil la seg gjennomføre i 2011. Det vil påvirke og forsinke grunnlaget for mer effektiv drift i årene etter 2011.

Administrerende direktør anbefaler imidlertid at arbeid med strategisk arealutviklingsplan 2025, idfase nybygg psykisk helse og barnehabilitering samt prioriterte arealtiltak Dag 4 (inkl nytt akuttbygg) videreføres (i redusert omfang) samt at det legges til rette for nødvendig IKT støtte til prioriterte flyttinger.

Administrerende direktør anbefaler at det arbeides videre frem mot styremøte i juni med å kvalitetssikre og konsekvensvurdere mulig raskere flytting av døgn/akuttvirksomhet fra Aker sykehus til Ullevål, jfr beskrivelse i pkt 5.6 og 6. Dette vil uansett ikke gi positiv resultateffekt i 2011, men vil kunne legge grunnlag for mindre sårbar og mer effektiv drift fra 2012. Videre vil det kreve en avklaring på videreføring av prosjekt nytt akuttbygg på Ullevål fordi midlertidige løsninger må etableres i dårlige lokaler som kun vil være akseptable for en begrenset periode. Med dette vil det likevel være mulig å redusere utviklingsinvesteringene med 30-40 millioner kroner i 2011 som isolert sett vil bedre likviditeten tilsvarende.

Administrerende direktør anser at det dermed mulig å redusere kostnader/likviditetseffekt tilsvarende 220-230 millioner kroner utover ordinær drift basert på ovenstående som kommer i tillegg til tiltak rettet mot driftsenhetene. Det vil imidlertid forsinke og redusere arbeidet med å utvikle foretaket i tråd med styrevedtak 108-2008 samt at tiltak som fremmer gevinstrealisering og økonomisk bærekraft i 2012 og fremover utsettes.

Nye forhold som ikke er hensyntatt

Pågående lønnsoppgjør med kjent resultat for offentlig sektor tilsier en risiko for et lønnsoppgjør for helseforetakene betydelig høyere enn forutsetningene i statsbudsjettet. Videre er det i budsjettet for 2011 ikke tatt høyde for bruk av virkemiddelpakker til å håndtere overtallighet.

Styrets vedtak i møte 28. april om avbestilling av videre kjøp av Klinisk arbeidsflate er hensyntatt i reduserte driftskostnader for IKT, men det må forventes en ekstraordinær nedskrivning som vil redusere resultatet for 2011. Det er også en resultatrisiko knyttet til

pensjonskostnader. Dette er forhold administrerende direktør vil komme tilbake til i styremøtet i juni der det vil bli fremmet årsprognose med resultatestimater for 2011.

Overordnede risiko og konsekvensvurderinger

Det er gjort videre kvalitetssikring med foreløpige risiko- og konsekvensvurderinger av de enkelte tiltak i driftsenhetene samt i staber, IKT og programkontor, og til styremøtet vil det være gjennomført både klinikkvise og sentrale drøftinger som ytterligere vil bidra til å belyse bildet. Det henvises for øvrig til vedlegg til denne styresaken.

For enkelttiltak som raskere utflytting av døgnvirksomhet og akuttfunksjoner fra Aker er det et pågående arbeid, og endelig risiko- og konsekvensvurdering vil foreligge til styremøte i juni.

Under er administrerende direktørs overordnede vurderinger av risiko og konsekvenser på de viktigste områdene for foretaket:

Pasientbehandling og pasientsikkerhet

Administrerende direktør vil sikre at hensynet til forsvarlighet og pasientsikkerhet blir ivarettatt under de omstillinger som nå gjennomføres. Foreslåtte og planlagte tiltak må eventuelt erstattes av andre tiltak dersom det blir nødvendig for å sikre dette.

Det må påregnes at økt ventetid kan bli en konsekvens på noen områder mens omstillingen pågår. Mål om å unngå fristbrudd står fast, og arbeidet med riktig prioritering styrkes løpende i foretaket slik resultatene hittil i 2011 viser.

Administrerende direktør vil, i samråd med Helse Sør-Øst, legge til rette for at pasienter som tilhører andre sykehusområder eller andre lokalsykehus i Oslo sykehusområde, og som ikke har rett til å bli behandlet i Oslo universitetssykehus, fortrinnsvis behandles i andre sykehus som har den nødvendige kapasitet slik at Oslo universitetssykehus kan redusere sin behandlingsskapasitet og bemanning som forutsatt.

Arbeidsmiljø og ansattes motivasjon

Administrerende direktør er bekymret for hensynet til ansattes arbeidsmiljø og motivasjon knyttet til videre fusjon og omstillingsprosess. Gjennomføring av nødvendige kostnadskutt og bemanningsreduksjoner i 2011 oppleves av mange som belastende etter to år med integrasjon, overføringsprosjekt og store omstillinger. Deler av organisasjonen har allerede en opplevd ubalanse mellom oppgaver og ressurser (ref God Vakt) og administrerende direktør følger dette tett og vil sikre hensyn til forsvarlig arbeidsmiljø som igjen er en forutsetning for pasientsikkerheten. Det henvises til sak 47/2011 Ledelsens gjennomgang for 1. tertial der dette er utdypet.

Forskning, utdanning og innovasjon

Det er hittil ikke målbare indikasjoner på at aktiviteten innen forskning, utdanning og innovasjon er negativt påvirket av pågående omstilling. Det henvises til sak 47/2011 Ledelsens gjennomgang for 1. tertial der dette for første gang løftes som økt risiko grunnet opplevd høy arbeidsbelastning i mange fagmiljøer. Ledelsen vil følge dette tett.

Økonomisk risiko i 2011

Administrerende direktør er av den oppfatning at med de tiltak og planer som alt er gjennomført og det som videre er belyst i denne saken foreligger det tilstrekkelig grunnlag for å håndtere store deler av gjenværende resultatrisiko i 2011, tentativt 350-400 mill kroner av en total gjenværende risiko på 500 mill kroner. Administrerende direktør vil

sikre at investeringer blitt utsatt for å sikre foretakets likviditet i tråd med gjenværende risiko.

Økonomisk bæreevne utover 2011

Administrerende direktør har lagt vekt på å identifisere og anbefale tiltak som både bidrar til å redusere den økonomiske utfordringen inn i 2012 (varige årsverksreduksjoner) samt andre tiltak med resultat effekt som i minst mulig grad reduserer gevinstuttak for årene etter 2011 eller gir økte kostnader. Dette er et stykke på vei ivare tatt, men reduksjon eller utsettelse av noen IKT prosjekter samt planlagte forbedringsprosjekter med ekstern støtte (lean, tverrgående prosesser, flaskehalsanalyse m.m.) vil forsinke gevinstrealiseringsmuligheter fra 2012 og fremover. Administrerende direktør mener likevel at dette er nødvendig, og at foretaket heller ikke vil ha nødvendig ledelseskraft til å gjennomføre dette som forutsatt gitt de omfattende nedbemanningsprosesser som nå gis prioritet.

Målbildet og langsiktig utviklingsarbeid i henhold til styrevedtak 108/2008

Administrerende direktør har så langt som mulig søkt å ivareta hensynet til det langsiktige utviklingsarbeidet gjennom prioritering og vurdering av de tiltak som er foreslått. Det må samtidig legges til grunn at ledelsesfokus gjennom hele resten av 2011 i hovedsak vil være mot kortsiktig drift og kostnadsreduksjoner. Det er av stor viktighet at man lykkes i å videreføre både strategisk arealutviklingsplan og viktige IKT prosjekter, i særdeleshet ny løsning for å sikre felles klinisk informasjonsgrunnlag på tvers av foretaket til erstatning for klinisk arbeidsflate. Dette er en nødvendig forutsetning både for effektiv drift og for å kunne gjennomføre flyttinger og samlokaliseringer i tråd med oppdrag fra eier.

Oslo universitetssykehus som flerårig prosjekt og rekkefølgeproblematikk

I møte mellom representanter for styret i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst den 8. mars 2010 ble følgende felles forståelse referatført:

Helse Sør-Øst.....og understreket viktigheten av at Oslo universitetssykehus fortsetter det flerårige prosjektet med omstilling i tråd med de føringer styret i Helse Sør-Øst og.. har gitt.

For å sikre god styring og forutsigbarhet er det enighet om å se nærmere på hvordan omstillingene i Hovedstadsområdet i større grad kan defineres som et prosjekt som løper over flere år og at dette integreres og finner sin løsning i det forestående arbeidet med økonomisk langtidsplan.....

Administrerende direktør legger til grunn at denne forståelsen vil bli videreført og reflektert i Helse Sør-Øst sin styrebehandling av økonomisk langtidsplan 16. juni, og fulgt opp i den videre dialog mellom partene.

5. Faktabeskrivelse

5.1 Det økonomiske utfordringsbildet for 2011

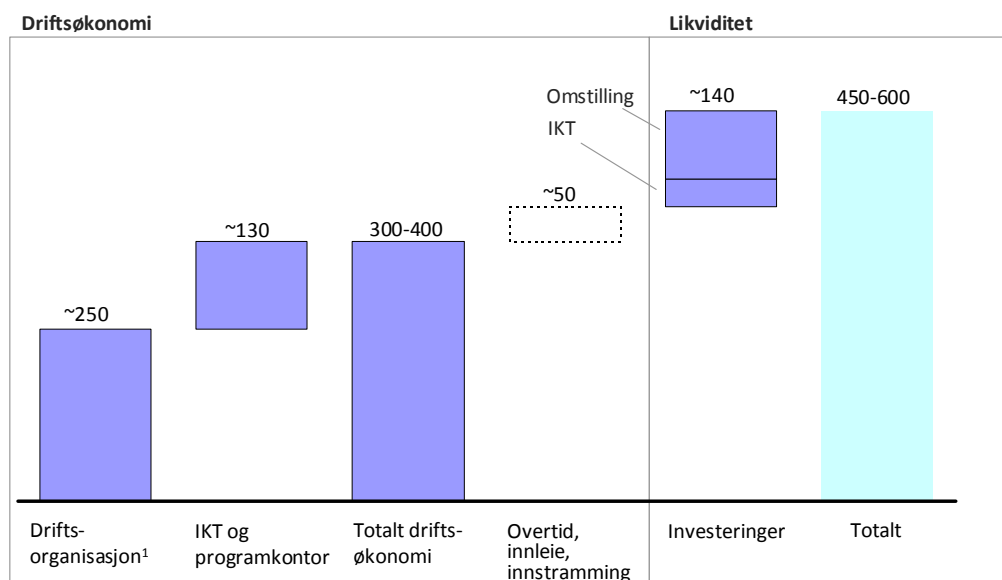
Oslo universitetssykehus gjennomførte ved siste årsskifte tiltak som reduserte foretakets kostnader med 1000 millioner kroner og 1000 årsverk. Selv etter dette viste regnskapstallene for februar og mars at foretaket lå an til et negativt resultatavvik på over 500 millioner kroner i 2011 med de planene og tiltakene som på dette tidspunktet var etablert. Hovedårsaken var at lønnskostnadene lå an til å bli vesentlig høyere enn lagt til grunn i budsjettet.

Siden forrige styremøte foreligger det følgende ny informasjon om den økonomiske situasjonen i 2011:

- Lønnsoppgjøret ligger an til å koste mer enn det som var forutsatt ved utarbeidelse av budsjett.
- Avbestilling av kjøp av klinisk arbeidsflate vil gi en ekstraordinær nedskrivning som reduserer resultatet for 2011.
- Aktivitets- og økonomirapporten for april viser noe bedre resultater i enn de foregående månedene.

5.2 Organisering av arbeidet med å redusere kostnader i 2011

Utover de tiltakene som allerede var gjennomført ved årets start ble det til styremøtet 28. april 2011 ble det gitt følgende oppsummering av de mulige nye tiltakene som da var identifisert:



¹ Omfatter alle klinikker og sentral stab. Inkluderer endring av døgn og akutt drift

I etterkant av styremøtet 28. april 2011 er prosjektorganiseringen av arbeidet med budsjett-tiltak videreført (P 500).

Arbeidet har vært organisert rundt følgende områder:

- Resultatforbedring innenfor driftsorganisasjonen med hovedfokus på bemanningsreduksjon.
- Rammereduksjoner innenfor utviklingsprosjekter
- Strukturelle endringer, som raskere utflytting av akutt/døgnvirksomhet fra Aker sykehus.
- Utsettelse av investeringer.

I samsvar med styrevedtaket 28. april ble klinikkene, Oslo sykehusservice og sentral stab bedt om å konsekvensvurdere og risikovurdere de foreslåtte tiltakene. Klinikkene ble videre bedt om å finne fram til nye tiltak.

Det er lagt opp til at alle klinikkene skal ha gjennomført drøftinger innen 24. mai. Drøfting på foretaksnivå gjennomføres den 25. mai og protokoll fra denne drøftingen vil bli lagt fram på styremøtet 26. mai. I Arbeidsmiljøutvalget den 18. mai ble det gitt orientering om budsjettsituasjonen og pågående prosess med kostnadsreduksjon og sykehusets risikobilde med vektlegging av arbeidsmiljø.

5.3 Resultatforbedring innenfor driftsorganisasjonen (klinikker, Oslo sykehusservice og sentral stab)

Alle klinikker er etter styremøte 28. april bedt om å vurdere ytterligere tiltak for å kunne nå styringsmålet for 2011. Utover de forholdene som ble vurdert i forkant av forrige styremøte er klinikkene særlig bedt om å vurdere tiltak som bidrar til å reetablere den produktiviteten foretaket hadde før aktivitetsnedgangen ved nyttår som følge av overføring av pasientbehandling til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

I vedlegg til saken er det gjengitt en oppdatert oversikt over tiltakene til klinikkene og Oslo sykehusservice. Oversikten omfatter både tidligere besluttede tiltak og nye tiltak. Videre omtales de områdene klinikkene vil arbeide videre med.

Tiltaksplanene er fulgt opp i oppfølgingsmøter med klinikkene. Styringsmålet for de enkelte enheter er tydeliggjort og det er foretatt gjennomgang av sammenheng mellom utvikling i aktivitet og bemanning, herunder legebemanning.

Foretaksledelsen vil fortsette å vurdere klinikkens bemanningssituasjon og mulighetene for ytterligere reduksjon i bemanningen med sikte på å etablere realistiske budsjetter og styringsmål for 2012.

Direktørens stab gjennomførte reduksjon på 20 prosent ved sammenslåing av de tre sykehusene og gjennomfører nå ytterligere reduksjon i ressursbruk. Samlet måltall er 20-25 prosent reduksjon, tilsvarende 30-40 millioner kroner i helårseffekt. For å redusere arbeidsbelastning og risiko gjennomføres samtidig tilpasninger i stabenes oppgaver og organisering.

Nye tiltak innenfor HR-området som innebærer sterkere styring av variabel lønn med videre er iverksatt og vil omfatte alle klinikkene.

For noen av klinikkene bør det være mulig å nå styringsmålene for 2011. For hoveddelen av klinikkene er avvikene relativt store hittil i år og effekten av tiltakene vil bare være å begrense det samlede resultatavviket i 2011. Kombinasjonen av noen flere tiltak samt tydeligere styring på årsverk, herunder lege-årsverk, vil øke sannsynligheten for at en resultatforbedring som angitt kan gjennomføres.

En totalvurdering etter de gjennomganger som nå er foretatt med alle klinikker, Oslo sykehusservice samt stabene tilsier at det ikke er grunnlag for å øke det anslaget på

250 millioner i reduksjon i resultatrisiko på driften som ble presentert i forrige styremøte.

5.4 IKT, Programkontor og utviklingsinvesteringer – likviditet og kostnadsreduksjoner

5.4.1 IKT

Drifts- og investeringsbudsjettet er gjennomgått for å identifisere potensielle besparelser. Samtlige prosjekter har blitt vurdert i forhold til mulighet for utsettelse, stopp eller på annen måte endringer i forhold til opprinnelig fremdriftsplan på en slik måte at det oppnås utgiftsreduksjoner i 2011. IKTs driftsbudsjett er gjennomgått kritisk med utgangspunkt i forventet redusert aktivitet etter stopp av klinisk arbeidsflate samt at IKT organisasjonen ble holdt utenfor nedbemanningskrav i 2010.

Følgende tiltak er iverksatt eller under vurdering:

- Reduksjoner i driftsbudsjettet tilsvarende 7 stillinger og 12 mill kroner. Tiltakene er iverksatt.
- Reduksjon i budsjettet tjenestekostnad og vedlikeholdskostnad for klinisk arbeidsflate (vel 21 mill kroner). Dette blir iverksatt.
- Utsettelse av felles HR ressursplanleggingssystem, felles saksarkiv, felles innkjøp- og logistikksystem og andre IKT-prosjekter (unntatt Felles klinisk informasjonsgrunnlag) samt reduksjon i budsjettet tjenestekostnad og vedlikeholdskostnad for disse, i alt vel 40 mill kroner
- Andre mindre tiltak (2 mill kroner)

En foreløpig vurdering tilsier at HR resursplanleggingssystemet (GAT) og felles innkjøps- og fakturasystem bør videreføres som planlagt av hensyn til effektiv og god virksomhetsstyring.

5.4.2 Programkontoret

Programkontoret kan gjennomføre betydelige innsparinger i 2011 i forhold til vedtatt budsjett. Om lag 50 millioner kroner i driftsbesparelser og mellom 80 og 100 millioner kroner i mulige frigjorte investeringsmidler.

Drift

Driftsbesparelsene vil omfatte driftsutgifter IKT-flytting, omstillingsstøtte til klinikkene, reduserte omfang av arealprosjekter mv. Vurderingen er at enkelte aktiviteter bør videreføres, helt eller delvis, til tross for foreslåtte innsparinger da de legger grunnlag for langsiktig planlegging av virksomheten i tråd med 108/2008, og understøtter helt nødvendige omstillinger og tilpasning av driften. Det er Strategisk utviklingsplan 2025, idfase nybygg psykisk helse og barnehabilitering, arealtiltak dag 4 i begrenset omfang, noe omstillingsstøtte til klinikkene. Det er også anbefalt å fortsette arbeidet med å utvikle standardiserte tilgangsløsninger for å understøtte nødvendige flyttinger (MOVE).

Investeringer

For 2011 er det stilt til disposisjon om lag 275 millioner kroner til utviklingsinvesteringer. Det er mulig å redusere dette opp til 100 millioner kroner i 2011. Konsekvensen er at man utsetter eller stopper planlagte arealtiltak, inklusive oppstart av nytt akuttinntak på Ullevål i 2011, tiltak som alle er forutsatt å bidra til å samle virksomheten i Oslo universitetssykehus frem mot dag 4. Det som vurderes

utsatt/ikke videreført, er ombygginger eller endringer i gammel bygningsmasse på Radiumhospitalet og Ullevål, samt en reduksjon i omfang av noen av årets investeringer ved Rikshospitalet.

5.5 Raskere samling av akutt- og døgnvirksomhet fra Aker sykehus

Som orientert om i møte 28. april har sykehusledelsen iverksatt en vurdering av mulig raskere utflytting av akutt- og døgnvirksomhet fra Aker sykehus. Overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus har gjort at flere av sykehusets enheter har en sårbar og kostbar driftssituasjon på Aker sykehus. Arbeidet og risikovurderingen som er gjennomført i perioden etter 28. april har sett på to mulige alternativer. Begge alternativer fremmer muligheten for å utvikle en samhandlingsarena på Aker sykehus:

	Aker	Ullevål	Rikshospitalet
Scenario 1	Flytte ut all akutt og døgnvirksomhet innen kirurgiske og medisinske fag. Etablere Aker som en dagenhet.	Flytte inn akutt- og døgnvirksomhet innen <ul style="list-style-type: none"> - gastrokirurgi - ortopedi - urologi - medisin 	Flytte inn all karkirurgisk akutt og døgnvirksomhet. <ul style="list-style-type: none"> - Senger og operasjonskapasitet forutsettes løst innenfor klinikken
Scenario 2	Flytte ut aktivitet som muliggjør en stenging av akuttmottaket på Aker.	<ul style="list-style-type: none"> - Flytte inn akutt- og døgnvirksomhet innen ortopedi og medisin - Flytte inn akutt gastrokirurgi. - Vurdere innflytting av deler av akutt urologi 	Flytte inn all karkirurgisk akutt og døgnvirksomhet <ul style="list-style-type: none"> - Senger og operasjonskapasitet forutsettes løst innenfor klinikken

Scenario 1 – gjennomført sommeren 2011

Alternativet vil innebære omfattende og kompliserte flyttinger og en gjennomgang av konsekvensene synliggjør en så høy risiko at det ikke anbefales.

Scenario 2 – gjennomført fra september 2011 til september 2012

Dette alternativet muliggjør stenging av akuttmottak på Aker sykehus og innebærer at tunge operative inngrep og anestesi/intensivvirksomhet flyttes fra Aker sykehus. Scenariet gir noe mer tid til gjennomføring enn scenario 1 og muliggjør fristilling av tilstrekkelig areal gjennom samlokalisering av virksomhet som i dag har funksjoner på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Areal på Rikshospitalet for overføring av plastikk- og kjevekirurgi samt hematologi vil være klart ca september 2011. Dette fristiller areal på Ullevål sykehus som muliggjør den planlagte overføring av sengekapasitet fra Aker sykehus til Ullevål sykehus innen ortopedi og gastrokirurgi. Dette gir også mulighet for overføring for deler av medisinsk sengebehov: Resterende sengebehov innen medisin foreslås løst ved å samle rehabiliteringspasientene (60 senger) på Aker sykehus. Videre kan det omfordeles senger mellom kirurgi og medisin eller alternativt benytte private sykehus til medisinske pasienter. Det er ikke funnet endelig løsning for senger til karkirurgi på Rikshospitalet, men dette forutsettes løst innen Hjerter-, lunge og karklinikken.

Dersom man velger å flytte ut døgn- og akuttvirksomhet fra Aker sykehus raskere enn opprinnelig forutsatt (scenario 2) så vil dette medføre et behov for en reprioritering av investeringsmidler, jf avsnitt 6.

5.6 Muligheter for frigjøring av likviditet ved reduksjon i ordinære investeringer og salg av eiendom

Budsjettet for ordinære investeringer i IKT, medisinsk-teknisk utstyr, vedlikehold av bygninger, ambulanser med videre er på i alt 300 millioner kroner for 2011. I likviditetsbudsjettet er det lagt til grunn at alle investeringene blir gjennomført i innværende år. Videre er det lagt til grunn at investeringer fra budsjettet for 2010 som ikke ble gjennomført dette året vil bli slutført i 2011. Det er foretatt en ny gjennomgang av budsjettet for å se om det er investeringer som kan utsettes til 2012. Gjennomgangen viser at det kan være mulig å forskyve investeringer for i alt om lag 70 millioner kroner. Dette omfatter byggregrelerte myndighetskrav, branntekniske oppgraderinger, ambulanser og noen effektiviseringsprosjekter innenfor kjøkken og tekstil. Det understrekes at det er usikkerhet i dette anslaget. Større omfang av sammenbrudd i medisinsk-teknisk utstyr, nye myndighetspålegg med videre kan redusere anslaget.

Styret ba i møte den 28. april 2011 om at ledelsen vurderte muligheter for å forsere arbeidet med ytterligere inntekter fra salg av eiendommer. Salg av Storgaten 36 i Oslo er nå godkjent i foretaksmøte i Helse Sør-Øst den 13. mai 2011. Formelt gjenstår det nå å vedta salget i foretaksmøte i Oslo universitetssykehus. Neste foretaksmøte er 1. juni. Det vises for øvrig til egen styresak om salg av eiendom, styresak 52/2011 og redegjørelse i sak 48/2011.

6 Oppsummering – og vurdering av alternative tilnærminger for å håndtere resultat- og likviditetsutfordringen i 2011

Gjennomgangen ovenfor viser at det på dette tidspunkt ikke foreligger tilstrekkelig med tiltak og planer som gir nødvendig trygghet for at driftsorganisasjonen samlet kan nå de styringskrav som er satt for innværende år. Det vil derfor være nødvendig å identifisere og iverksette alternative tiltak som bedrer det økonomiske resultatet for helseforetaket og/eller forbedrer likviditetssituasjonen. På denne bakgrunn kan det skisseres tre alternative tilnærminger for å håndtere utfordringene i 2011, og disse vil ha ulik effekt på foretakets evne og forutsetninger til å gjennomføre både kortsiktig drift og å fortsette det langsiktige utviklingsarbeidet i tråd med styrevedtak 108/ 2008.

Alternativ 1 Driftseffektivisering og frys i omstillingsarbeidet

I dette alternativet gjennomføres tiltak i klinikkene i samsvar med omtalen i avsnitt 5.4 og vedlegg 1 og mest mulig av ordinære investeringer skyves over mot 2012. Utover dette begrenses utgiftene innenfor IKT og Programkontoret maksimalt (jf avsnitt 5.5) og mest mulig av de planlagte utviklings- og omstillingsinvesteringene forskyves til 2012. Dette medfører blant annet full stans i planlagt utflytting fra Aker sykehus, jf avsnitt 5.6. og utsettelse av oppstart av nytt akuttmottak Ullevål sykehus til 2012. Totalt kan dette frigi om lag 40-50 mill kroner i driftsmidler og inntil 100 mill kroner i investeringsmidler fra Programkontoret knyttet til arealtiltak. For IKT er det trolig mulig å frigjøre om lag 80 mill i driftsmidler i 2011 og 25 millioner kroner i investeringsmidler. Ordinære investeringer kan maksimalt frigi om lag 70 mill kroner.

Alternativ 2 Driftseffektivisering, men fortsette utviklingsarbeidet i redusert omfang
 I dette alternativet skal klinikkene også gjennomføre tiltak i samsvar med omtale avsnitt 5.4 og vedlegg 1, og ordinære investeringer utsettes så mye som mulig. I tillegg fortsetter omstillingsarbeidet, men med redusert ressursbruk. Det legges likevel til grunn at IKT arbeidet med Innkjøp/faktura/logistikk og Adm. HR (GAT) videreføres som planlagt. Dette krever isolert 7 mill kroner i driftsmidler og 12 millioner kroner i investeringsmidler. Til alternativ 2 vil det videre være to del-alternativer - med eller uten raskere samling av døgn og akuttvirksomhet fra Aker. I begge del-alternativene forutsettes det oppstart akuttmottak Ullevål sykehus i 2011, som innebærer et videre investeringsbehov på ca 30 mill. Raskere utflytting av døgn- og akuttvirksomhet fra Aker sykehus (2 b) krever 30-40 millioner kroner i investeringer i 2011 og om lag tilsvarende i 2012. I dette beløpet inngår investeringer i MR, Angiografi, postop-intensiv og CT på Rikshospitalet.

Det understrekes at alle alternative innebærer at investering og omstillingskostnader forskyve til årene etter 2011. Omfanget av dette er størst i alternativ 1 som også innebærer de største innsparingene i 2011.

Tabellen nedenfor oppsummerer alternativene:

Frigjorte midler 2011	Alternativ 1	Alternativ 2a Uten døgn og akutt fra Aker	Alternativ 2b Med døgn og akutt fra Aker
Drift – IKT	80	70	70
Drift – Programkontoret	40-50	40-50	40-50
Sum Drift	120-130	110-120	110-120
Investeringer – ordinær	70	70	70
Investering – IKT	25	12	12
Investering – Programkontoret	100	70	30-45
Sum Investeringsmidler	195	152	110-130

*Tall i millioner

Vedlegg 1:

Tiltak i klinikker, Oslo sykehusservice og stab

I dette vedlegget gis en oversikt over klinikkens arbeid for å nå budsjettmålene for 2011. Oversikten omfatter beskrivelse av tidligere vedtatte tiltak og nye tiltak. Det gis videre omtale av konsekvenser og prosess for drøfting i klinikkene.

I egen tabell er det gjengitt status og måltall for bemanningsendring, fordelt på blant annet leger og sykepleiere. De forutsatte bemanningsendringene tar utgangspunkt i budsjettkravene for 2011. Endringstallene for leger er forutsatte overførte hjemler til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

I tabellen er også gjengitt beregnet nedgang i aktivitet (DRG) som er blitt lagt til grunn i overføringsprosjektet. Disse tallene gir en indikasjon på i hvilket omfang klinikken er berørt av overføringen. For støtte-klinikkene er det lagt inn tall for vektet aktivitetsnedgang med utgangspunkt i klinikkens aktivitetsreduksjoner.

Det understrekes at det er flere grunner til at det vil kunne bli avvik i forhold til de nye nivåene endringstallene innebærer. Tallene for slutten av fjoråret kan være påvirket av midlertidig fravær, permisjoner mv. Det kan heller ikke forventes full parallellitet mellom nedgang i aktivitet slik det er målt i tabellen og nedgang i årsverk. Mange av klinikkene vil ha aktivitet (regionale funksjoner) som ikke er DRG-givende og som ikke blir påvirket av overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA)

Ved tildeling av kostnadsrammer for 2011 ble klinikk for psykisk helse og avhengighet vurdert særskilt, og i tråd med helsepolitiske føringer om skjerming. Klinikkenes budsjett ramme er kraftig redusert som følge av overføring av virksomhet, men hoveddelen av dette ble håndtert gjennom virksomhetsoverdragelse. Klinikken har et styringsmål som tilsier et resultat i balanse. Foreløpige forslag til kostnadsbesparelser møter langt på vei økonomiske styringsmål for 2011. Sykehusledelsen forventer at klinikken går i økonomisk balanse i inneværende år. Innføring av ny inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF med vedtatt effekt fra 2013 gir en betydelig tilleggsutfordring.

PHA	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet		25 %			
Årsverk totalt	2 892		2 324	613	-21,2 %
Årsverk leger	277		215	62	-22,5 %
Årsverk sykepleiere	1 079		863	229	-21,2 %

Klinikken har per april i stor grad tilpasset bemanning i henhold til bemanningsbudsjettet. Klinikken vil gjennomføre ytterligere tilpasninger i bemanning i henhold til budsjettkravet.

Klinikken har flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, i stor grad i tråd med etablert redesignprosess:

- Gjennomgang av turnus/vaktplaner for å normere bemanning iht beste praksis.
- Tilpasse drift (og bemanning) av Senter for psykisk helse, barn og ungdom (BUP) til redusert opptaksområde.
- Etablering av mer arenafleksible tilbud (eksempelvis overgang fra 7 til 5-døgnspost).
- Omdisponering av arealbruk for mer rasjonell drift og frigjøring av arealer.

Den viktigste risiko er at omstilling og bemanningstilpasning innen BUP og TSB kan gi kapasitetsproblemer, spesielt dersom oppbygging av tilbud ved andre helseforetak ikke er tilstrekkelig. Ettersom innplasseringsprosess tar tid å effektivere kan implementering av ny organisering og bemanningstilpasning innen BUP ta mer tid enn planlagt. Klinikkladers vurdering er at tiltakene med størst økonomisk effekt i 2011 innebærer lav risiko, men flere av tiltakene har elementer av moderat risiko, særlig relatert til arbeidsmiljø.

Klinikken har arbeidet videre med tiltak siden forrige styrebehandling. Følgende områder vil klinikken arbeide videre med:

- Samhandling med bydeler om håndtering av utskrivingsklare pasienter.
- Optimal planlegging av poliklinikk.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer/prosedyrer.

Medisinsk klinikk (MED)

For Medisinsk klinikk overføres om lag en tredel av samlet aktivitet. Klinikken har et negativt styringsmål på 100 mill kroner i 2011. Klinikken har fått en tilleggsutfordring ved omorganisering av den hjertemedisinske virksomheten på Ullevål sykehus. Utover dette mener sykehusledelsen at klinikken bør kunne nå det økonomiske styringsmålet for 2011. Det vil være store krav til kostnadstilpasning for klinikken også i 2012 (ref negativt styringsmål i 2011).

MED	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (DRG)		35 %			
Årsverk totalt	1 496		1 243	347	-23,2 %
Årsverk leger	227		204	41-53	-18,0 %
Årsverk sykepleiere	759		610	176	-23,2 %

Note 1: Klinikken vil levere reviderte bemanningsbudsjetter som følge av organisasjonsendringer mellom klinikker og ny vurdering av tilpasning etter overføring.

Klinikken har allerede gjennomført betydelige bemanningsreduksjoner og vil tilpasse bemanning i henhold til et revidert budsjett som gir ytterligere krav til reduksjon i bemanning ved utløpet av året.

Klinikken har flere omfattende tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011:

- Bemannings- og organisasjonstilpasning (blant annet fast bemanningsnorm på sengepostene). Innplasseringsprosess er startet.
- Bemanningsenhet for å samordne den såkalte restbrøkutfordringen i klinikken. Der ansatte med en restbrøk har sammenfallende fagområder med andre klinikker kan også ressurser i Medisinsk klinikk benyttes i disse klinikkene.

Den største utfordringen i gjennomføring er håndtering av ufrivillig deltid, helgeturnus mv. Ved innføring av en bemanningsenhet for å møte restbrøkutfordringen ved deltidsstillinger, vil klinikken kunne sikre bedre kostnadskontroll, reduksjon i variable kostnader og skape trygghet for den enkelte arbeidstaker. Klinikken har vurdert denne risikoen vedrørende omdømme som betydelig, men anser likevel risikoen som håndterbar. Klinikkleder vurderer samlet risiko ved gjennomføring av alle tiltak som akseptabel, men det kreves stram styring og tett oppfølging.

Klinikken har arbeidet videre med tiltak siden forrige styrebehandling. Følgende områder vurderes:

- Gjennomføre en vurdering av samlede ressurser til legebemanning
- Ytterligere styring av overtid/ innleie og vakansvakter.
- Klinikken jobber målrettet for å avvikle "haleaktivitet" med tilhørende bemanning. Det arbeides særskilt for å gjennomføre overføringen av kronikere.
- Midlertidig samlokalisering av Akuttgeriatrisk sengepost med Generell indremedisinsk sengepost.
- Samhandling med førstelinjetjenesten (lege og omsorgstjenestene i bydel), særskilt ift kontroller og utskrivningsklare pasienter.
- Forutsatt tidlig flytting fra Aker sykehus kan aktivitet samles og doble vaktlag for legetjenesten på Avdeling for lungemedisin og Avdeling for hjertemedisin avvikles.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer / prosedyrer. Klinikkens tiltak drøftes 20. mai 2011.

Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN)

Klinikken har et negativt styringsmål i 2011 på 75 mill kroner. Sykehusledelsens vurdering er at klinikkens kostnadsbesparelser ikke er tilstrekkelig til at klinikken møter økonomisk styringsmål for 2011. Klinikken må derfor styre

stramt innen alle kostnadsområder for å minimere årets budsjettavvik. Det vil være store krav til kostnadstilpasning også i 2012.

KKN	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (DRG)		7 %			
Årsverk totalt	2 026		2 022	74	-3,6 %
Årsverk leger	429		420	24	-5,6 %
Årsverk sykepleiere	1 007		1 001	37	-3,6 %

Klinikken har ingen vesentlig endring i bemanning fra 2010. Klinikken vil utarbeide konkrete forslag til bemanningstilpasninger som gir en bemanning lik budsjett ved utløpet av året.

Klinikken har stor haleaktivitet i 2011, både pga fagområder med lange ventelister og at Vestre Viken HF har måttet utsette overføring av pasienter innen øre-nese-hals, nevrologi og øye. Mange kronikere, noen med kostbar behandling (for eksempel MS pasienter) er ikke overført ettersom de har påberopt seg retten til fritt sykehusvalg. I tillegg har klinikken områder med behov for aktivitetsøkning (for eksempel øye og barneortopedi mv). Klinikken ble derfor prioritert ved tildeling av aktivitetsmål og tilhørende kostnadsramme for 2011.

Klinikken har iverksatt særskilte prosesser med ekstern støtte i avdelingene for ortopedi og nevrologi der det skal gjøres betydelige tilpasninger etter overføring. Klinikken har en særlig utfordring innenfor ortopedi. Avdelingen har nå virksomhet på 5 steder og samlet lavere aktivitet, og er mindre kostnadseffektiv. Ved innflytting fra Aker til Ullevål kan overkapasitet tas ned.

Klinikken vurderer flere omfattende tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011:

- Bemanningsanalyser og bemanningsbehov vil legges til grunn for normering og bemanningsplaner, herunder legebemanning, og styres tett i forbindelse med innplasseringsprosessen.
- Flytting av plastikkirurgi og elektiv kjevekirurgi fra Ullevål sykehus til Rikshospitalet og deretter ortopedi fra Aker sykehus til Ullevål sykehus. Det muliggjør tilpasninger i ressursbruk (herunder reduksjon i vaktlag).
- Overføring av pasienter med lårhalsbrudd til Diakonhjemmet sykehus.
- Samle nevrokirurgi på Rikshospitalet. Det muliggjør tilpasninger i ressursbruk (herunder reduksjon i vaktlag).

Klinikkleder vurderer risikoen ved gjennomføring av vurderte tiltak som akseptabel. Samlokaliseringer og flyttinger påvirker arbeidsmiljøet og skaper uro. Største risikoknytter seg imidlertid til misforhold mellom arbeidsoppgaver og ressurser, og kan bidra til aktivitetsbortfall med risiko for lengre ventetider og fristbrudd.

Klinikken har arbeidet videre med tiltak siden forrige styrebehandling. Følgende områder er vurdert:

- Avvikling av kapasitet relatert til haleaktivitet ved nevrologisk avdeling.
- Større trykk på overføring av kronikere til Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken for om mulig å redusere medikamentkostnader (MS/Pompe pasienter).
- Klinikken søker dialog på nytt med Akershus Universitetssykehus HF ift samarbeid knyttet til ortopeder til Akershus universitetssykehus HF.
- I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF utfordre de private avtalespesialistene om fordelingen av pasienter med øyesykdommer (AMD pasienter).
- Ytterligere styring av overtid/ innleie og vakansvakter.
- Dialog med Diakonhjemmet ift overføring av ortopediske pasienter (fot/ankel).
- Forbedringsprosjekter i de fleste avdelinger for å redusere sengedøgn, øke dag og poliklinikk. Bedre utnyttelse av operasjonsstuer og poliklinikker er også sentrale tiltak i flere avdelinger.

Tidlig samling av nevrokirurgisk virksomhet på Gaustad blir organisert som eget prosjekt. Foreløpig risikovurdering viser at nevrotraumer og multitraumer ikke kan flyttes arealmessig foreløpig. Prosjektet vil i løpet av juni vurdere hva som skal til for å kunne samle øvrig nevrokirurgi på Gaustad, og sikre god pasientbehandling av multitraumer og nevrotraumer ved Ullevål. Flytting av nevrokirurgi vil påvirke både ortopedisk avdeling og nevrologisk avdeling, herunder lokalisering av slagbehandling. Det vil kreve en overgripende vurdering ift kapasitet av fellesressurser som klinikken ikke selv "eier". Utredningen knyttet til flytting av kirurgiske barn avklares før sommeren

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer / prosedyrer. Klinikken har flere tiltak knyttet til flytting som må avvente ytterligere avklaring. Klinikken har gjennomført drøfting av tiltakene 18. mai 2011.

Kvinne- og barneklubben (KVB)

Klinikken har vesentlig reduksjon i aktivitet innen enkelte områder som følge av overføring. Klinikken har et negativt styringsmål i 2011 på 25 mill kroner. Foreløpige forslag til kostnadsbesparelser bidrar langt på vei til at klinikken møter kravet om økonomisk styringsmål for 2011. Det vil være store krav til kostnadstilpasning også i 2012. Sykehusledelsen mener derfor at klinikken må arbeide med ytterligere kostnadstilpasninger slik at klinikken leverer et resultat i henhold til styringsmålet for 2011.

KVB	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (DRG)		6 %			
Årsverk totalt	1 671		1 622	121	-7,2 %
Årsverk leger	252		243	21 -22	-8,3 %
Årsverk sykepleiere	1 038		1 008	75	-7,2 %

Note: Overføring av nyfødt intensiv pasienter er utsatt til 2012, men inngår i beregnet effekt av overføring

Klinikken har redusert bemanningen fra 2010 og har etablert planer for bemanningsreduksjoner i henhold til budsjettet ved utløpet av året.

Klinikken vurderer flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Reduksjon på om lag 95 årsverk gjennom pågående innplasseringsprosess.
- Ytterligere tiltak tilsvarende 10 årsverk i 2011.
- Gjennomgang av tjenesteplaner og reduksjon av variable lønnsutbetalinger.
- Arbeide videre med overføring av pasientansvar til Akershus universitetssykehus HF (kronikere, fritt sykehusvalg).
- Utnyttelse av hele dagen på poliklinikker.
- Overføre pasienter/kontroller til private spesialister/fastleger.

Klinikkleders vurdering er at tiltakene med størst økonomisk effekt i 2011 innebærer lav risiko, men flere av tiltakene har elementer av moderat risiko, særlig relatert til arbeidsmiljø. Nedbemanning av spesielt leger i forbindelse med overføring til Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF (21 legestillinger) sammen med behovet for opprettholdelse av de fleste vaktlag (klinikken fortsetter å ha drift på tre lokalisasjoner tross noe redusert totalvolum) gir risiko for redusert legetilstedeværelse på dagtid og økte ventetider.

Klinikken har arbeidet videre med tiltak siden forrige styrebehandling. Følgende områder vil klinikken arbeide videre med:

- Avansert hjemmesykehus: Tiltaket vedrørende sommerstengning blir justert i samarbeid med ansatte for å ivareta en viss hjemmesykehusaktivitet.
- Gjennomfører en vurdering av samlede ressurser til legebemanning.
- Ytterligere styring av overtid/ innleie og vakansvakter.
- Samordning av vaktlag innen operasjonssykepleie med Akuttklinikken.
- Tilpasninger i bemanning av skrankene ved nyfødt avdelingen og gynekologisk avdeling.
- Reduksjon i praksisveilederstilling.
- Systematisk gjennomgang av oppgaver som kan overføres til andre og reduksjon i haleaktivitet med særskilt fokus på kronikere.
- Implementering av overhead innen kompetansesentre, med vurdering i forhold til innføring gjennom året.
- Omorganisering av driften av fødeavdelingene ved Ullevål sykehus.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer / prosedyrer.

Klinikken har plan om å samlokalisere gynekologisk kreft på Radiumhospitalet rundt årsskiftet 2011/2012. Dette tiltaket avventer ytterligere avklaring. Klinikkenes tiltak drøftes 18. mai 2011.

Kreft- og kirurgiklinikken (KRK)

Klinikken får en vesentlig reduksjon i aktivitet som følge av overføring av opptaksområder. Klinikken er gitt et negativt styringsmål i 2011 på 25 mill kroner. De foreslåtte tiltakene er ikke tilstrekkelige for at klinikken møter det økonomisk styringsmålet i 2011. Sykehusledelsen mener at klinikken må særskilt gjennomgå bemanning innen de områder der aktivitet er redusert. Blant annet vil klinikken gjennomgå tjenesteplaner for leger og muligheter for reduksjon i variabel lønnskostnader. I tillegg forbereder klinikken bemanningstilpasninger som følge av sammenslåing med Klinikken for spesialisert medisin og kirurgi.

KRK	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (DRG)		9 %			
Årsverk totalt	1 486		1 432	103	-7,0 %
Årsverk leger	259		245	21-23	-8,5 %
Årsverk sykepleiere	627		611	44	-7,0 %

Klinikken har redusert bemanningen fra 2010. Klinikken foreløpige planer er ikke tiltrekkelige til å imøtekomme bemanningsbudsjettet for 2011. Klinikken vil utarbeide nye planer for tilpasning av bemanning for å imøtekomme budsjettkravet ved utløpet av året.

Klinikken arbeider med sikte på å fusjonere med Klinikken for spesialisert medisin og kirurgi med virkning fra 1. juli 2011. De gastrokirurgiske avdelinger ved respektive klinikker er fusjonert med virkning fra 1. mars 2011.

Klinikken vurderer flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Reduksjon i bemanning for tilpasning til redusert aktivitet og fusjonerte fagområder. Raskere nedtrappingsplan og ytterligere bemanningsreduksjon på 4 årsverk fra Dag 3' er nå lagt til grunn. Det arbeides videre på avdelingsnivå med overføring av pasientansvar til Akershus universitetssykehus HF.
- Gjestepasientoppgjør i Oslo for pasienter utenom eget ansvarsområde eller en avtale om at de private sykehusene gjør sin del av lokal/område sykehusfunksjonen (forutsetter avklaring i Helse Sør-Øst RHF).
- Ingen aktivitetsøkning og redusert tilbud om innsetting av proteser til pasienter utenfor egen region innen urologi (ikke definert som landsfunksjon, forutsetter avklaring i Helse Sør-Øst RHF).

Klinikkleders vurdering er at vurderte tiltak vesentlig er knyttet til tilpasning av bemanning til et lavere aktivitetsnivå og derfor ikke vil innebære vesentlig

risiko ved gjennomføring, men det kreves stram styring og tett oppfølging. To tiltak er imidlertid avhengig av Helse Sør-Øst RHF sin aksept for gjennomføring.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer / prosedyrer. Klinikkenes tiltak drøftes 20. mai 2011.

Hjerte-, lunge- karklinikken (HLK)

Klinikken har i hovedtrekk uendrede oppgaver i innhold og omfang. Det har imidlertid vært en nedgang i hjertekirurgi knyttet til avvikling av virksomheten i Akersbakken, men en økning i antall lungeoperasjoner og i antall hjerte- og lungetransplantasjoner. Dessuten øker antall ablasjoner betydelig. Det har vært en markert økning i antall intensivkrevende pasienter.

HLK	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (DRG)		0,3 %			
Årsverk totalt	854		888	86	-10,1 %
Årsverk leger	138		152	-	0,0 %
Årsverk sykepleiere	511		537	52	-10,1 %

Note: Økt bemanning fra 2010 skyldes organisasjonsendringer og ikke reell bemanningsvekst i klinikken

Klinikken har ikke redusert bemanning fra 2010. Klinikken har ikke tilstrekkelige planer for tilpasning av bemanning til å imøtekomme budsjettkravet i inneværende år. Klinikken vil utarbeide ytterligere konkrete tiltak for bemanningsreduksjoner, reduksjon i varekostnader og driftoptimalisering som langt på vei vil oppfylle de budsjettkrav som er satt for klinikken.

Klinikken hadde et stort negativt resultatavvik i 2010. Klinikken har et styringsmål som tilsier et resultat i balanse. De foreslåtte tiltakene er etter sykehusledelsens vurdering ikke tilstrekkelige for at klinikken møter det økonomisk styringsmålet i 2011. Klinikken må utarbeide ytterligere tiltak for å nå styringsmålet. Klinikken vil gjennomgå tjenesteplaner for alle yrkesgrupper og vurdere muligheter for reduksjon i variabel lønnskostnader. Klinikken vil levere et forslag til innføring av bemanningsnorm på sengeposter og gjennomføre en detaljert gjennomgang av alle kostnadsområder.

Klinikken vurderer flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Effektivisere drift ved å tilpasse oppgaver/ bemanning mellom lokalisasjoner.
- Redusere bemanning.
- Redusere innkjøpskostnader.

Klinikkleders vurdering er at det er knyttet en risiko til arbeidsmiljø, utdanningskapasitet og forskning relatert til de tiltak som medfører flytting av aktivitet/bemanning. Tiltak for å effektivisere Thoraxkirurgisk avdeling vil bli gjennomført i samarbeid med foretaksledelsen.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer/prosedyrer. Klinikkenes tiltak drøftes 20. mai 2011.

Spesialisert medisin og kirurgi (SMK)

Klinikken har i all hovedsak uendrede oppgaver i innhold og omfang uavhengig av overføring til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, bortsett fra noe overføring av dialyseaktivitet og hematologi. Klinikken er pålagt ytterligere effektivisering grunnet økte kostnader og endrede inntektsrammer for foretaket. Klinikken har et styringsmål som tilsier et resultat i balanse. De vurderte tiltakene er etter sykehusledelsens vurdering ikke tilstrekkelige for at klinikken møter det økonomiske styringsmålet i 2011. Klinikken må utarbeide ytterligere tiltak for å begrense avvik fra styringsmålet i inneværende år.

SMK	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (DRG)		1 %			
Årsverk totalt	699		682	47	-6,7 %
Årsverk leger	132		135	3	-2,3 %
Årsverk sykepleiere	395		369	27	-6,7 %

Klinikken har noe redusert bemanning fra 2010. Klinikken har ikke tiltrekkelige planer for tilpasning av bemanning til å imøtekomme budsjettkravet i inneværende år. Klinikken vil utarbeide ytterligere konkrete tiltak for bemanningsreduksjoner for inneværende år som langt på vei vil oppfylle de bemanningstall som er satt for klinikken.

Klinikken vurderer flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Begrense antallet behandlinger innen bløderkirurgi (må konsekvensutredes).
- Overføre lokalsykehus oppgaver i hematologi til de private sykehusene i Oslo.
- Redusere medikamentkostnader.

Flere av tiltakene er vurdert å ha høy risiko både mht foretakets kjerneoppgaver, omdømme og fremtidig målbilde, og ytterligere tiltak med kostnadseffekt vil sannsynlig ramme pasientbehandling og forskning i et omfang som bedømmes som uakseptabelt.

Klinikken har arbeidet videre med tiltak siden forrige styrebehandling. Følgende områder vil klinikken arbeide videre med:

- Reduksjon av årsverk som følge av pågående fusjonsprosess.

- Gjennomfører en vurdering av samlede ressurser til legebemanning.
- Ytterligere styring av overtid/ innleie og vakansvakter.
- Overføring av kostnadskrevenne lokalsykehusoppgaver innen hematologi til de private sykehusene i Oslo.
- Gjennomgang av kostnadskrevenne medisinsk behandling mht rett fordeling av oppgavene mellom helseforetakene.
- Strengere kriterier for innleie, bruk av studenter som alternativ til vikarbyrå.
- Strukturert innsats med Oslo universitetssykehus ledelse og Helsedirektoratet vedr finansiering av høyspesialiserte tjenester.
- Klinikken vil gjøre en fornyet vurdering av bruken av administrativt personell etter som systemer og rutiner er kommet mer på plass etter overgang til nytt PAS (pasientadministrativt system) på Rikshospitalet.
- Registrering av sykepleiekonsultasjoner.
- Klinikken tar en aktiv rolle ved nedskalering av aktivitet ved Aker, spesielt innenfor dialyse, men også innenfor kirurgiske områder.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer/prosedyrer. Klinikkens tiltak drøftes 13. mai 2011.

Akuttklinikken

Akuttklinikken har reduserte oppgaver etter overføringen, blant annet redusert antall innleggelses i akuttmottak på Aker sykehus og redusert antall intensivpasienter på Aker. Når det gjelder den kirurgiske aktiviteten har Akuttklinikken en ekstra utfordring som følge av at alt personell ved Ski ble virksomhetsoverført til Akershus universitetssykehus HF, mens om lag 50 pst av pasientene og aktiviteten ble igjen ved Aker.

AKU	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (vektet)		6 %			
Årsverk totalt	2 282		2 234	190	-8,3 %
Årsverk leger	215		217	11-15	-5,1 %
Årsverk sykepleiere	1 194		1 158	99	-8,3 %

Note 1: Prehospitaltjenester utgjør cirka 30% av akuttklinikkenes samlede kostnader og får ikke redusert aktivitet ved overføring til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken.

Note 2: Klinikken vil levere et forslag til revidert bemanningsbudsjett som følge av endrede beregningsforutsetninger.

Note 3: Økning i antall årsverk for leger skyldes tekniske beregningsforhold og et økt antall leger i fødselspermisjon

Klinikken har redusert bemanningen fra 2010. Klinikken har utarbeidet planer for ytterligere reduksjon i bemanning som langt på vei imøtekommer budsjettkravet ved utløpet av året.

Klinikken har et negativt styringsmål i 2011 på 60 mill kroner. De vurderte tiltakene er ikke tilstrekkelige for at klinikken møter det økonomiske

styringsmålet i 2011. Noe av kostnadsøkningen skyldes uventet høy intensivaktivitet som må følges spesielt. Klinikken oppfordres til nøkternhet innen alle kostnadsområder for å minimere årets budsjettavvik.

Klinikkens ansvar for en vesentlig del av intensivmedisinsk virksomhet i sykehuset og prehospitalet transportvirksomhet med tilhørende AMK funksjon, er en voksende økonomisk utfordring. I begge disse funksjoner (intensiv og prehospitalet) er det vedvarende vekst i aktivitet i hele eller store deler av virksomheten.

Klinikken vurderer flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Raskere samling av øyeblikkelig hjelp og akuttfunksjoner fra Aker (se egen omtale i styresaken).
- Samdrift av vaktlag med andre klinikker (operasjonssykepleiere).
- Redusert bemanning ved Sterilavdelingen forutsatt dagdrift ved Aker.
- Arbeide aktivt for å begrense veksten i etterspørselen etter ambulansetransport og pasienttransport til veksten i medisinsk behov (bedre informasjon om hva tjenestene er ment brukt til, opplæring av personell, faglig støtte med mer).
- Fordele underfinansiering av prehospitale tjenester (se egen omtale i styresaken).
- Interne forbedringsprosjekter for Prehospitalet senter.

Klinikkens vurderinger med hensyn til risiko må sees i sammenheng med vurderinger ved raskere samling av øyeblikkelig hjelp og akuttfunksjoner fra Aker. Klinikken foreslår også tiltak som har moderat sannsynlighet og moderat konsekvens for kjerneoppgaver, arbeidsmiljø, omdømme og fremtidig målbylde.

Klinikken har i hovedsak arbeidet videre med de opprinnelig identifiserte tiltak fra forrige styrebehandling og konkretisert disse ytterligere. Klinikken har identifisert følgende nye tiltak:

- Overføring av pasienter som mottar smertebehandling til avtalespesialister og områdesykehus med tilhørende tilpasning av bemanning.
- Gjennomfører en vurdering av samlede ressurser til legebemanning (har arbeidet frem lik tjenesteplass for alle LIS-leger, som gir mer tid på dagtid).
- Ytterligere styring av overtid/innleie og vakansvakter.
- Omorganisering av PO og Intensivavdelingen (N3-nivå) under en ledelse.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer/prosedyrer. Klinikken sine tiltak drøftes 19. mai 2011.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI)

Klinikken har reduserte oppgaver som følge av overføring av aktivitet for de øvrige klinikker. Flere kliniske klinikker oppgir manglende effektivitet på grunn av manglende kapasitet på billeddiagnostikk fra KDI, spesielt CT og MR.

Klinikken har et negativt styringsmål i 2011 på 25 mill kroner. Foreløpige vurderinger til kostnadsbesparelse møter langt på vei økonomisk styringsmål for 2011. Det vil være store krav til kostnadstilpasning også i 2012 og klinikken vil derfor arbeide med ytterligere kostnadstilpasninger slik at klinikken leverer et resultat i henhold til styringsmålet for 2011.

KDI	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (Rad og Lab)		7 %			
Årsverk totalt	1 855		1 809	95	-5,1 %
Årsverk leger	330		321	25	-7,6 %

Klinikken har allerede gjennomført betydelige bemanningsreduksjoner og vil med eksisterende planer tilpasse bemanning i henhold til budsjett ved utløpet av året.

Klinikken vurderer flere tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Tilpasning av bemanning til redusert aktivitet.
- Ledigholde stillinger.
- Redusert bemanning ved samlokaliseringer.
- En rekke mindre tiltak med høy detaljeringsgrad.

Klinikkleders vurdering er at gjennomføring av de foreslåtte tiltakene medfører moderat til høy risiko for uro i arbeidsmiljøet. Alle tiltakene anses som gjennomførbare uten at tilbudet til øvrige klinikker svekkes. Dette må følges nøye pga allerede eksisterende kapasitetsproblemer.

Klinikken har arbeidet videre med kvalitetssikring av allerede identifiserte tiltak fra forrige styremøte.

I tillegg til å ha forankret og drøftet tidligere vurderte tiltak vil klinikken gjennomføre endringene i henhold til gjeldende retningslinjer/prosedyrer. Klinikken sine tiltak ble drøftet 18. mai 2011.

Oslo Sykehusservice (OSS)

Oslo sykehusservice har noe reduserte oppgaver som følge av overføring av aktivitet. Enheten har et negativt styringsmål i 2011 på 100 mill kroner grunnet strukturkostnader ved døgndrift på alle hovedlokalisasjoner. Foreløpige vurderte kostnadsbesparelser møter etter klinikkleders vurdering langt på vei økonomisk styringsmål for 2011. Det vil være store krav til kostnadstilpasning også i 2012. Sykehusledelsen mener klinikken må arbeide med ytterligere tiltak i 2011 dersom de foreslåtte tiltakene ikke er tilstrekkelige til å nå budsjettmålene.

OSS	Nivå 2010 (gjennomsnitt 3. tertial 2010)	Beregnet effekt av overføring Ahus/VV i %	Gjennomsnitt 1. tertial 2011	Budsjettert reduksjon fra nivå 2010 til desember 2011	Endring nivå 2010 til 2011 i %
Aktivitet (Vektet)		13,5 %			
Årsverk totalt	1 862		1 804	207	-11,1 %

Note 1: Beregnet effekt av overføring lar seg kun applisere på aktivitetsavhengige kostnader. En stor andel av kostnadene innen Oslo Sykehusservice er på kort og mellomlang sikt ikke aktivitetsavhengige.

Note 2: Klinikken vil levere et forslag til revidert bemanningsbudsjett som følge av endrede beregningsforutsetninger.

Klinikken har allerede gjennomført betydelige bemanningsreduksjoner. I løpet av 2010 ble bemanning redusert med om lag 100 årsverk. For 2011 er det planlagt redusert bemanning med ytterligere 100 årsverk. Klinikken vil ikke redusere bemanning utover dette for 2011, men gjennomfører andre kostnadsbesparende tiltak.

Enheten vurderer mange tiltak for tilpasning til redusert kostnadsramme fra 2011, blant annet:

- Utsettelse av flere planlagte omstillingsprosjekter.
- Reduksjon av reservekapasitet for å dekke uforutsette hendelser i drift.
- Redusere antall portører per lokalisasjon.
- Mange mindre tiltak med høy detaljeringsgrad.

Klinikken vurderer at foreslåtte tiltak har relativt lav risiko, forutsatt tilslutning til gjennomføring. Det innebærer at risiko anses som akseptabel gitt de innsparingskrav sykehuset står ovenfor.

Klinikken har innledet et arbeid med å sammenligne egen tjenesteeffektivitet med andre foretak og private tjenesteleverandører.

Klinikkens tiltak er drøftet 28. april 2011.

Direktørens stab

Direktørens stab gjennomførte reduksjon på 20 pst ved sammenslåing av de tre sykehusene i 2010 og det legges i denne budsjettrevisjonen opp til betydelige reduksjoner i ressursbruken. Prosessen har medført en grundig gjennomgang med stabsdirektører om gjennomføring av strukturelle endringer og omorganisering for å muliggjøre størst mulige reduksjoner i bemanning. Det er vært nødvendig å spisse stabenes organisering og funksjoner for best mulig ivaretagelse av prioriterte arbeidsoppgaver, dette for å redusere risikoen ved gjennomføring av foreslåtte tiltak. Risikoen ved å kutte stabene i tråd med det som er anbefalt ansees som akseptabel, men vil øke arbeidsbelastninger på stabsapparatet ytterligere. Stabene må i etterkant av nedbemanningen foreta en gjennomgang av egne arbeidsoppgaver for å sikre prioritering av arbeidsoppgaver i tråd med sykehusets samlede behov.

I hovedsak vil tiltakene medføre redusert bemanning på de fleste stabsenhetene, men det blir også gjennomført reduksjon i driftskostnader som for eksempel avvikling av sykehusets Magasin og organisatoriske endringer for blant annet sekretærtjenesten og controller/økonomifunksjoner for å effektivisere drift og redusere kostnader.

Det er foretatt en gjennomgang og kvalitetssikring av foreslåtte tiltak med hver enkelt av stabsdirektørene i uke 19 og diskutert i stabsmøte 9. mai 2011 og stabsdirektørene er gitt i oppgave å informere om forslag til endringen i hver av stabene innen saken går til drøfting.

Nedenfor oppsummeres stillingsreduksjonen innen sentrale stabsfunksjoner:

Administrerende direktørs kontor	1
Forskning, innovasjon og utdanning	5
Hr/personal/org-lederutvikling	4
Kommunikasjon	5
Medisin og helsefag, pasientsikkerhet, HMS og kvalitet	8
Samhandling	3
Økonomisk og juridisk stab	2

I tillegg gjennomføres det innstramninger i driftsutgiftene. Samlet økonomisk effekt er grovt beregnet til 14,3 mill kroner i 2011. Årsverkeffekten estimeres til vel 30.

Tiltakene i direktørens stab vil bli drøftet i uke 21.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Styresekretær

SAK 50/2011 – TEMASAK

Det vil i styremøtet bli gitt presentasjoner fra:

Nestleder i Medisinsk klinikk om:

”Redesign, kapasitetstilpasning og forventninger/muligheter med Aker som samhandlingsarena. Perspektiver fra Medisinsk klinikk”.

Viseadministrerende direktør samhandling og internasjonalt samarbeid og direktør Oslo sykehusservice om:

”Aker som samhandlingsarena – arealdisponering”.

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar presentasjonene til orientering.

Oslo, den 23. mai 2011

Siri Hatlen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte:	26. mai 2011
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg	<ol style="list-style-type: none">1. Kommentarer til leveranse fra Oslo universitetssykehus HF til økonomisk langtidsplan for Helse Sør Øst RHF 2012-2015 (26)2. Vedlegg til leveranse fra Oslo universitetssykehus HF - Anslag for det samlede behovet for arealtiltak fram mot slutten av planperioden3. Utvalgte tabeller fra leveranse til økonomisk langtidsplan

SAK 51/2011: **BESLUTNINGSSAK
 BUDSJETT 2012 OG ØKONOMISK
 LANGTIDSPLAN 2012-2015 (26)**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret gir sin tilslutning til innsendingen av bidrag til økonomisk langtidsplan 2012-2015 (2026) fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Styret behandlet i møtet 31. mars 2011 Sak 26: Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012- 2015.

I styreprotokollen står det:

Oslo universitetssykehus HF skal levere inn grunnlag til økonomisk langtidsplan 12. mai 2011. I saken presenteres timeplan med aktiviteter i budsjettprosessen fram mot vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF 16. juni og behandling av konsekvensene av vedtatt budsjett for Oslo universitetssykehus HF. Styret vil ta del i arbeidet ved behandling i samtlige styremøter fram til sommerferien.

Saken gir en kort realitetsorientering av sykehusets økonomiske situasjon. Det arbeides med å levere et godt faktabasert budsjettgrunnlag for å få til en finansiering som gir forutsigbarhet og langsiktighet til å drifte sykehuset, og til å gjennomføre omstillingsprogrammet i vedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF.

Enstemmig vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelse om arbeidet med budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015 til orientering.*
- 2. Styret tar til etterretning og ser det som nødvendig at administrerende direktør har iverksatt et analysearbeid rettet inn mot å kunne fremlegge et best mulig faktabasert grunnlag for økonomisk langtidsplan som leveranse til Helse Sør-Øst RHF og som vil bli framlagt for styre 28. april 2011 før oversendelse til Helse Sør-Øst RHF.*

Etter styremøte 31. mars 2011 ble det avtalt med styreleder at prioritet mot styremøtet 28. april 2011 ble sak 39/2011 - Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011. Saken ble derfor ikke presentert på møtet 28. april 2011, men leveransen er avklart med styrets leder og nestleder før innsendelse til Helse Sør-Øst RHF den 12. mai 2011. Helse Sør-Øst RHF har satt som krav at foretaksstyrene behandler saken innen 6. juni 2011.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

I leveransen til økonomisk langtidsplan har administrerende direktør tatt utgangspunkt i følgende overordnede mål:

- Oslo universitetssykehus HF skal som regionsykehus for Helse Sør-Øst RHF og lokal- og områdesykehus for Oslo sykehusområde ivareta de lovpålagte oppgavene. Videre skal foretaket ivareta tildelte landsfunksjoner. Helseforetaket skal arbeide for å nå de målene som er satt av Helse Sør-Øst RHF.

- Oslo universitetssykehus HF skal utvikle organiseringen av foretaket og lokaliseringen av funksjonene i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF og senere presiseringer i eget styre.

Med utgangspunkt i disse overordnede målene har administrerende direktør i leveransen til økonomisk langtidsplan redegjort for og analysert de investeringer og omstillinger Oslo universitetssykehus HF må gjennomføre i årene fremover. Administrerende direktør har videre lagt til grunn at helseforetaket skal bidra aktivt i samhandlingsreformen, herunder ta et aktivt ansvar for at deler av arealene på Aker sykehus kan utvikles til en samhandlingsarena i nært samarbeid med Oslo kommune og de øvrige sykehus som har ansvar for Oslos befolkning.

Administrerende direktør vil understreke at forutsetningene for investeringer og drift slik de er lagt inn i leveransen til økonomisk langtidsplan er tett koblet sammen. Investeringene (dag 4) er nødvendige forutsetninger for å kunne konsentrere virksomheten på færre steder ved å flytte akutt/døgn-virksomhet fra Aker sykehus. Investeringer i IKT-systemer (regionale prioriteringer, men synliggjort i denne innleveringen) er nødvendig for god informasjonsflyt og virksomhetsstyring samt effektiv ressursbruk på tvers av geografiske driftssteder. Administrerende direktør legger til grunn for denne leveransen en forutsetning om at utflytting av akutt/døgnvirksomhet fra Aker sykehus kan gjennomføres senest første halvår 2013. Administrerende direktør har videre lagt til grunn en forutsetning knyttet til likviditet og økonomisk resultat for driften i 2011 i tråd med anbefaling gitt i sak 49/2011.

Aktivitets- og inntektsforutsetningene i økonomisk langtidsplan, som er basert på den nye inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF, innebærer svært omfattende effektiviseringskrav for driftsorganisasjonen i Oslo universitetssykehus HF. Det gjelder både innenfor psykisk helsevern og rusbehandling og innenfor somatikk, allerede fra 2012. Administrerende direktør vurderer det derfor ikke som realistisk å kunne komme i økonomisk balanse for den ordinære driften før tidligst i løpet av 2014, mest sannsynlig i 2015, hensyntatt også effekt av ny inntektsmodell. I en overgangsfase på 2-4 år (fram mot dette er på plass) vil det, som i 2011, være behov for ekstraordinære tilskudd utover det som så langt er synliggjort i inntektsforutsetningene. Dette er anslått til i størrelsen 300 mill kroner i direkte omstillingstilskudd samt inntektstilskudd og/eller økte driftskreditter fra Helse Sør-Øst RHF i størrelsen 500 mill kroner både i 2012 og i 2013.

Administrerende direktør har merket seg at Helse Sør-Øst RHF i forutsetningene til økonomisk langtidsplan har gitt prioritet til større bygningsmessige investeringer som bidrar til "Samlokalisering i Oslo". Administrerende direktør legger opp til at disse investeringene gjennomføres i to faser. Fase 1 vil omfatte tiltak for å flytte akutt/døgnvirksomhet ut fra Aker sykehus, mens fase 2 omfatter investeringer i nye bygninger mv for å samlokalisere dubliserte regionfunksjoner inklusive forskning og undervisning samt fraflytting/riving/salg av lite egnede arealer. Samlet er det i bidraget til økonomisk langtidsplan lagt til grunn investeringer i disse to fasene på henholdsvis 1 500 mill kroner og vel 6 000 mill kroner (inkl arealer til

forskning og undervisning). For IKT er det forutsatt årlige investeringer i størrelsesorden 400 mill kroner. I tillegg kommer ordinære driftsinvesteringer til MTU og bygg/HMS.

Administrerende direktør vil minne om omforent referat fra møte mellom representanter for styret i Oslo universitetssykehus HF og ledelsen i Helse Sør-Øst RHF 8. mars 2010 der man i fellesskap drøftet det økonomiske utfordringsbildet og risiko knyttet til oppdraget som Helse Sør-Øst RHF har gitt Oslo universitetssykehus HF. I referatet er det bl.a. understreket følgende felles forståelse;

Helse Sør-Øst.....og understreket viktigheten av at Oslo universitetssykehus fortsetter det flerårige prosjektet med omstilling i tråd med de føringer styret i Helse Sør-Øst og.. har gitt. For å sikre god styring og forutsigbarhet er det enighet om å se nærmere på hvordan omstillingene i Hovedstadsområdet i større grad kan defineres som et prosjekt som løper over flere år og at dette integreres og finner sin løsning i det forestående arbeidet med økonomisk langtidsplan.....

Administrerende direktør ser dette som et godt utgangspunkt for en felles forståelse mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF om viktigheten av at det etableres en helhetlig og forutsigbar løsning.

3. LEVERANSE AV ØKONOMISK LANGTIDSPLAN TIL HELSE SØR-ØST RHF

Oslo universitetssykehus HF leverte 12. mai 2011 innspill til økonomisk langtidsplan etter avklaring med styreleder og nestleder.

Leveransen til økonomisk langtidsplan inneholder en talloversikt som dekker driftsbudsjett og investeringsbudsjett for planperioden. I leveransen til økonomisk langtidsplan har Oslo universitetssykehus HF med utgangspunkt i de forutsetningene som er satt av Helse Sør-Øst RHF gjennomgått investeringsbehovet og driftssituasjonen i årene framover.

Helse Sør-Øst RHF har gitt prioritet til investeringer som bidrar til samlokalisering i Oslo og med utgangspunkt i dette har Oslo universitetssykehus HF meldt inn investeringsbehovet knyttet til dag 4 (samlokalisering og utflytting av akutt/døgnvirksomhet fra Aker sykehus) og dag 5 (samlokalisering av alle dupliserte regionale funksjoner mv). Når det gjelder driftssituasjonen er det synliggjort behovet for omstillingsmidler og foretatt en analyse av når Oslo universitetssykehus HF kan komme i en situasjon hvor driften gir positive kontantbidrag til framtidige investeringer.

Oslo universitetssykehus HF har i arbeidet med økonomisk langtidsplan lagt mindre arbeid inn i vurderinger av drift og investeringer i den siste delen av planperioden (2016-2026).

Leveransen til økonomisk langtidsplan inneholder også en beskrivelse av det samlede likviditetsbehovet for Oslo universitetssykehus HF til dekning av løpende drift og investeringer i omstillingsperioden. Kommentarene til økonomisk langtidsplan følger som vedlegg 1 og gir en dekkende beskrivelse av leveransen. I vedlegg 2 er det synliggjort anslag for det samlede behovet for arealtiltak fram mot slutten av planperioden. Dette vedlegget ble oversendt til Helse Sør-Øst RHF. Som vedlegg 3 følger et utvalg av tabeller fra økonomisk langtidsplan som dekker årene 2011-2018.

Vedlegg 1

Økonomisk langtidsplan 2012-2015 og 2012-2026

Oslo universitetssykehus HF

Vedlegg:

1. Investeringer i bygninger Oslo universitetssykehus HF

1. Hovedinnhold i økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF

Mål for Oslo universitetssykehus HF

Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF er basert på følgende overordnede mål:

- Oslo universitetssykehus HF skal som regionssykehus for Helse Sør-Øst RHF og lokal- og områdesykehus for Oslo sykehusområde ivareta de lovpålagte oppgavene. Videre skal foretaket ivareta tildelte landsfunksjoner. Helseforetaket skal arbeide for å nå de målene som er satt av Helse Sør-Øst RHF.
- Oslo universitetssykehus HF skal utvikle organiseringen av foretaket og lokaliseringen av funksjonene i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF og senere presiseringer i eget styre.

I planperioden må Oslo universitetssykehus HF gjennomføre store omstillinger inkl betydelig kapasitetstilpasning som følge av overføring av aktivitet til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF og tilpasning av kostnadsnivået til ny inntektsfordeling i Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus HF skal bidra til gjennomføring av samhandlingsreformen, herunder bidra aktivt til at deler av arealene på Aker sykehus kan utvikles til en samhandlingsarena.

Strategi for gjennomføring av målene:

Gjennomføringen krever følgende:

- Kapasitetstilpasning til redusert opptaksområde, herunder nedbemanning.
- Samlokalisering av dublerede funksjoner, i særdeleshet regionfunksjoner. Konsentrasjon av virksomheten på færre steder, herunder utflytting av helseforetakets gjenværende akuttvirksomhet fra Aker sykehus.
- God virksomhetsstyring, kvalitetsforbedring og effektivisering ved innføring av felles IKT-løsninger.
- Andre tiltak som bidrar til bedre ressursutnyttelse i driftsorganisasjonen.

Hovedforutsetninger lagt til grunn for innspill til økonomisk langtidsplan

I økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF er forutsetningene for investeringer og drift tett koblet sammen. Investeringene (dag 4) er nødvendige forutsetninger for å kunne konsentrere virksomheten på færre steder ved å flytte akutt/døgn-virksomhet ut fra

Aker sykehus. Investeringer i IKT-systemer (regionale prioriteringer, men synliggjort i denne innleveringen) er nødvendig for god informasjonsflyt og effektiv ressursbruk på tvers av geografiske driftssteder. Det legges til grunn at utflytting av akutt/døgnvirksomhet fra Aker sykehus kan gjennomføres senest første halvår 2013. Det er under vurdering som mulig kostnadsbesparende tiltak en tidligere utflytting av de tyngste akuttfunksjoner allerede i 2011, det vil avklares innen sommeren om dette lar seg realisere og hva som da kreves av ytterligere tiltak.

Effektiviseringskrav og driftsøkonomi

Det er et mål at Oslo universitetssykehus HF så raskt som mulig kommer i en situasjon hvor driften gir netto kontantbidrag til framtidige investeringer for å kunne erstatte nedslitt bygningsmasse og utdatert medisinsk-teknisk utstyr. Aktivitets- og inntektsforutsetningene i økonomisk langtidsplan innebærer imidlertid store effektiviseringskrav for driftsorganisasjonen i Oslo universitetssykehus HF, både innenfor psykisk helsevern og rusbehandling og innenfor somatikk, allerede fra 2012. Det vurderes derfor ikke som realistisk å kunne komme i økonomisk balanse før tidligst i løpet av 2014, mest sannsynlig i 2015, hensyntatt også effekt av ny inntektsmodell. En viktig forutsetning for økonomisk balanse er at fase 1 av arealtiltakene for å samlokalisere virksomheten er gjennomført og at felles IKT-systemer på tvers av hele foretaket er implementert og i drift på de viktigste områder, både klinisk og administrativt. Videre vil helseforetaket arbeide kontinuerlig og målrettet med andre tiltak som bidrar til å effektivisere virksomheten. I en overgangsfase på 2-4 år (fram mot dette er på plass) vil det imidlertid være behov for ekstraordinære omstillingstilskudd i størrelsen 300 mill kroner og økte inntekter eller økte driftskreditter fra Helse Sør-Øst RHF i størrelsen 500 mill kroner i 2012 og i 2013 utover det som så langt er synliggjort i inntektsforutsetningene. Det understrekes at det er betydelig usikkerhet knyttet til disse anslagene. Behovet i 2014 vil avhenge av når planlagt flytting av aktivitet i fase 1 kan være slutført.

Investeringer

I økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst RHF er det gitt prioritet (etter utbygging av sykehuset i Østfold) til større bygningsmessige investeringer som bidrar til "Samlokalisering i Oslo". Oslo universitetssykehus HF legger til grunn at disse gjennomføres i to faser. Fase 1 omfatter tiltak for å flytte akutt/døgnvirksomhet ut fra Aker sykehus. Fase 2 omfatter investeringer i nye bygninger mv for å samlokalisere dubliserte regionfunksjoner inklusive forskning og undervisning samt fraflytting/riving/salg av lite egnede arealer. Samlet er det i bidraget til økonomisk langtidsplan lagt til grunn investeringer i disse to fasene på henholdsvis 1 500 mill kroner og vel 6 000 mill kroner. For IKT er det forutsatt årlige investeringer i størrelsesorden 400 mill kroner.

Nærmere om innholdet i bidraget til økonomisk langtidsplan

Nedenfor gis en nærmere omtale av innleveringen fra Oslo universitetssykehus HF til økonomisk langtidsplan 2012-2015. Omtalen omfatter investeringer, driftsøkonomi, aktivitet i pasientbehandlingen, arbeidet med å nå målene for Helse Sør-Øst RHF, samhandling mv.

Langtidsplanperioden omfatter også årene fram mot 2026. Oslo universitetssykehus HF har lagt hovedvekten av arbeidet med økonomisk langtidsplan på de utfordringene helseforetaket står overfor de nærmeste årene, dvs fram mot 2015. Det er derfor lagt mindre arbeid og vurdering i tallene for årene etter 2015 utover å legge inn avslutningen på planlagte investeringer (Samlokalisering i Oslo).

For IKT sammenfaller arbeidet med økonomisk langtidsplan i stor grad med bestilling i foretaksprotokoll om utarbeidelse av en områdeplan for IKT, i tråd med Helse Sør-Øst sin ”Langtidsplan med strategiske føringer”. Dette arbeidet vil bli avsluttet i juni/juli i år, og ytterligere detaljering av tiltak og prioriteringer vil bli beskrevet der.

Bidraget til økonomisk langtidsplan har ikke vært forelagt for styret i Oslo universitetssykehus HF. Styret har imidlertid blitt orientert om arbeidet underveis, og det som er innsendt er forelagt styrets leder og nestleder i forkant. Det legges opp til styrebehandling av økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF på styremøte 26. mai.

2. Investeringer 2012-2015 og fram mot 2026

Investeringer i bygninger mv (arealtiltak)

Oslo universitetssykehus har startet arbeidet med strategisk arealutviklingsplan med dimensjoneringshorisont 2025. Arbeidet vil være ferdig i desember 2011. Planen vil inneholde en beregning av kapasitets- og arealbehov, anbefaling om geografisk lokalisasjon av virksomheten samt en oversikt over investeringer og driftsøkonomi ved ulike løsninger basert på fremtidig drift på 1, 2 eller 3 hovedlokalisasjoner og der løsningene understøtter styrevedtak 108/2008.

I vedlegg 1 er det gitt en oversikt over status for dette arbeidet. I bestillingen fra Helse Sør-Øst RHF til økonomisk langtidsplan er det imidlertid presisert når det gjelder større bygg (over 100 mill kroner) at leveransen kun skal inneholde bygningsmessige tiltak ”Samlokalisering i Oslo”. Dette forstås som tiltak som er nødvendige for å samle/samordne lokal- og områdefunksjoner på Ullevål, og som først og fremst knytter seg til flytting av akutt/døgn virksomhet fra Aker samt bygg som er nødvendig for å kunne samle dublerede regionsfunksjoner, fortrinnsvis på Gaustad/Rikshospitalet. Bare disse investeringene er inkludert i tallunderlaget for økonomisk langtidsplan.

Samlokalisering i Oslo: Fase 1 - OUS arealtiltak – ”dag 4”

Som en del av realiseringen av styrevedtak 108/2008 er det besluttet å samlokalisere somatisk døgn-og akuttvirksomhet som i dag er på Aker med tilsvarende virksomhet på Ullevål. Dette vil sikre et bedre og mer samlet tilbud til pasientene samt mindre sårbar drift. Det er også nødvendig for å kunne redusere kostnader knyttet til vaktlag, beredskap og kliniske støttetjenester samt kostnadene til eiendomsdrift på Aker. Arbeidet er organisert i prosjekt Arealtiltak dag 4, som består av en rekke delprosjekter. I hovedsak bidrar alle disse prosjektene direkte, eller indirekte, til å samle lokal/områdefunksjoner (hovedsakelig på Ullevål sykehus). Forutsetningen for å samle disse på Ullevål er frigjøring av areal ved å flytte funksjoner og oppgaver til Rikshospitalet og noe til Radiumhospitalet. Dette bidrar igjen til å nå målsettingen om å samle dublerede regionale funksjoner ett sted, fortrinnsvis til Gaustad/Rikshospitalet i tråd med styrevedtak 108.

I innlevering til økonomisk langtidsplan 2011-2014 var kostnadene for Arealtiltak dag 4 svært foreløpig anslått til om lag 650 mill kroner. Prosjektene er nå videreutviklet i retning forprosjektnivå og kostnadene er anslått til 1500 mill. kroner. Økningen skyldes primært at det høsten 2010 kun forelå tidlige og svært upresise estimater, basert på forenklete antagelser om bruk av gammel bygningsmasse uten nødvendig oppgradering og tilpasning.

Det vil innen en rekke fagområder være ønsket å forsere utflyttingsplaner for samling av døgn og akuttvirksomhet fra Aker. Dette innebærer i så fall at mange av enhetene i første omgang må flytte inn i lokaler som ikke tilfredstiller verken funksjonelle eller bygningsmessige behov. Det legges til grunn at en slik kortsiktig løsning kun er mulig dersom de følges av kvalitetsmessig forbedring og at nytt akuttmottak på Ullevål sykehus realiseres som forutsatt. For akuttmottaket er det nå levert en idefase/konseptfaserapport, og det er søkt Helse Sør-Øst RHF om å få gå videre med en forprosjektfase. Det forutsettes styrebehandling i Helse Sør-Øst før sommeren, byggestart kan skje i sommer gitt de nødvendige godkjenninger. Gjennomføringstid fra byggestart er 18 mnd.

I tallgrunnlaget til økonomisk langtidsplan er det lagt til grunn at investeringene i Arealtiltak dag 4 gjennomføres i årene 2011-2013.

Samlokalisering i Oslo: Fase 2 – samling av lands- og regionssykehusfunksjoner somatikk / psykisk helse på mellomlang sikt 2015 ”dag 5”

For å bidra til å nå målet om større grad av samling av lands- og regionssykehusfunksjoner er det behov for investeringer spesielt på Gaustad til ”Dag 5”(mellomlag sikt, 2015-17). Dette gjelder i første rekke somatiske regionsfunksjoner, men også for psykisk helsevern og avhengighet ønskes samlokalisering av tynge regionale funksjoner (sikkerhetspsykiatri, PPU og utflytting fra Dikemark sykehus). Dette er forutsetninger som ble lagt til grunn for den gevinstrealisering som ”Hovedstadsprosessen” identifiserte. Barnehabilitering, som er i provisoriske og dårlige lokaler på Ullevål sykehus må flyttes til permanente lokaler i løpet av få år, og en utvidelse av barnedelen på Rikshospitalet kan gi et mer samlokalisert og sammenhengende tilbud til barn og samtidig medføre ytterligere arealreduksjon for Oslo universitetssykehus HF samlet.

Oslo universitetssykehus HF står for halvparten av norsk helsefaglig forskning, og er Norges største kliniske utdanningsinstitusjon med et betydelig antall studenter og leger under utdanning. ¹ Arealstandard for forskning er 27 kvm per årsverk inkl. laboratorier, noe som gir et bruttoareal på 94 000 kvm. I tillegg kommer undervisning med 19.000 kvm, til en total av 113.000 kvm. I løpet av perioden er det behov for at 50.000 kvm. bygges nytt til en beregnet pris på 40.000 kroner per kvm, totalt 2 milliarder. ² Det er ikke gjort forutsetninger om lokalisering av forskningsfasiliteter. Dette vil skje etter samme prinsipper som resten av aktiviteten (bruk av ny bygningsmasse, lokalisering av klinisk aktivitet og Universitets behov).

¹ Det ble i 2009 undervist i gjennomsnitt 1139 studenter hver uke, 737 leger var i utdanningsstillinger og det arbeidet 1541 forskere (årsverk) ved sykehuset

² Av behovet på 113.000kvm kan 30.000 kvm brukes videre på Rikshospitalet, 18.000 kvm på Radiumhospitalet og 15.000 kvm på Ullevål.

I økonomisk langtidsplan legges det nå til grunn følgende arealtiltak med en samlet sum på om lag 6,2 mrd:

Dag 5 Samling lands- og regionfunksjoner	Areal Kvm	Kr/ kvm	Sum mnok
- Psykisk helse og rus regionfunksjoner mv. til Gaustad	13 000	45 000	585
- Samling somatikk på Rikshospitalet trinn 1	25 000	65 000	1 625
- Samling somatikk på Rikshospitalet trinn 2	19 000	65 000	1 235
- Barnehabilitering	2 000	65 000	130
- Undervisning og forskning	50 000	40 000	2 000
Riving av bygninger som ikke skal gjenbrukes eller avhendes	30 000	1 500	45
Margin for usikkerhet Dag 5			562
Dag 5 lands- og regionfunksjoner			6 182

I oversikten er vist anslagsvis 45 mill kroner for riving av bygninger. Bygninger som ikke skal brukes eller avhendes anbefales revet. Det er nødvendig for å oppnå en effektiv arealdrift. Kostnadene over inkluderer utstyr.

Det understrekes at investeringer beskrevet ved Dag 4 og Dag 5 ikke vil være tilstrekkelige for å bringe hele bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF opp til en rimelig god standard. Deler av dagens bygningsmasse ved Radiumhospitalet og Ullevål sykehus er gammel og representerer store utfordringer hva angår driftsøkonomi, arbeidsmiljø samt ulike myndighetskrav. Dette innebærer videre at målsettingen om et styrket og kvalitetsmessig godt lokal- og områdesykehus ikke er ivaretatt innenfor denne tidsperioden og gjennom disse planene.

Det vises for øvrig til vedlegg.

Det er i økonomisk langtidsplan lagt til grunn at investeringene (Dag 4 og Dag 5) finansieres ved nedbetaling av fordringen Oslo universitetssykehus HF har overfor Helse Sør-Øst RHF og en kombinasjon av tilskudd og lån (50/50). Salg av eiendom vil også kunne bidra noe til finansiering av disse investeringene. På grunn av stor usikkerhet er det ikke lagt inn estimater for salg av eiendom. Det vil være aktuelt å søke medfinansiering for bygg for undervisning og forskning.

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og andre investeringer

Det er lagt til grunn et investeringsomfang til driftsrelaterte formål i størrelsen vel 300 mill kroner per år (inklusive egenfinansiering av regionale IKT-investeringer) også de nærmeste årene ihht forutsetningene fra Helse Sør-Øst. Likviditets-forutsetningene og utfordringene i driften gjør det ikke mulig å øke disse investeringene de nærmeste årene uten ytterligere likviditetstilskudd.

Investeringer i dette omfang vil ikke være tilstrekkelig til å opprettholde nåværende gjennomsnittsalder (10,2 år) på medisinsk- teknisk utstyr og neppe heller tilstrekkelig for å

ivareta alle HMS-krav knyttet til eksisterende bygg. Ved dette investeringsnivå er det ikke avsatt noen midler til vedlikehold på bygningsmassen og dette blir over en lenger tidshorison kritisk og antallet sammenbrudd i MTU øker. Investeringer knyttet til rehabilitering av den eksisterende bygningsmassen og vedlikehold/innkjøp av utstyr tilsier et minimumsnivå på 6 milliarder kroner over 15 år, dvs 400 mill kroner per år.

Oslo universitetssykehus HF har en omfattende beholdning av MTU der den gjennomsnittlige levealder grenser opp mot definert maksimal funksjonstid. Dette medfører en økende hyppighet av faktiske kassasjoner som må erstattes for ikke å komme i en situasjon med driftsavbrudd. I budsjettet er det tatt høyde for dette med 120 mill kroner årlig fra 2012 til 2026. Konsekvensen av investeringsnivå i økonomisk langtidsplan vil være at gjennomsnittsalderen for sykehusets MTU vil fortsette å øke (om lag 0,6 år per kalenderår) og at innen få år vil over halvparten av utstyrsparken være utdatert, hvilket vil føre til økte reparasjons- og vedlikeholdskostnader og lengre nedetid.

Oslo universitetssykehus HF besitter en eiendomsmasse på om lag 1 million kvm. Ombygginger på kort sikt utgjør en meget liten andel av den totale bygningsmasse. Det er et presserende behov for investeringer for å imøtekomme de viktigste myndighetspålagte krav. Uten en minimal grad av utbedringer i den gamle bygningsmassen kan Oslo universitetssykehus HF komme i en situasjon der eksterne myndigheter krever stans i bruk. I budsjettet er det tatt høyde for denne type investeringer med cirka 70 mill kroner årlig fra 2012 til 2026.

Andre investeringer skal blant annet dekke behov for løpende fornyelse av ambulanseflåten. I tillegg er det lagt inn diverse småinvesteringer som erfaringsmessig vil påløpe i resterende del av virksomheten.

Avhending av eiendom

Den største eiendommen som kan være aktuelle for salg vil være (deler av)Aker sykehus. Oslo universitetssykehus vil arbeide for å tilrettelegge for salg. På grunn av stor usikkerhet i når eventuelle salg kan gjennomføres er det ikke lagt inn noen tall for dette i økonomisk langtidsplan.

3. Pasientbehandling (aktivitet og samhandling) og forskning

3.1 Aktivitet i pasientbehandlingen 2012-2015

Samlet aktivitet

Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn følgende aktivitetsforutsetninger for økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF for 2012:

- 1,2 % for somatikk
- 1,5 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 3 % for psykisk helsevern voksne
- 2 % for TSB

For hele perioden 2012-2015 heter det:

For perioden frem til 2015 vil en foreløpig ikke gi eksakte forutsetninger for aktivitetsvekst på det enkelte tjenesteområde. Det legges likevel til grunn at den samlede veksten for resten av langtidsperioden fortsatt skal være sterkere innen psykisk helsevern og TSB enn somatikk, men utviklingen de siste årene tyder på at samlet aktivitetsvekst for somatikk minst må være 5 prosent for hele perioden (2012 – 2015).

Oslo universitetssykehus HF har ikke foretatt noen egne vurderinger av pasientbehandlingsbehovet og har lagt forutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF til grunn i økonomisk langtidsplan. Knappt to-tredeler av den somatiske virksomheten i Oslo universitetssykehus HF er lands- og regionsfunksjoner. Etter inntektsmodellen i Helse Sør-Øst RHF skal aktiviteten på dette området følge folketallet i helseregionen.

Utover nevnte forutsetninger påvirkes tallene av avvikling av såkalt haleaktivitet innenfor somatikken som følge av overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF i 2011 og forutsatt terminering av avtalen med Akershus universitetssykehus HF innenfor voksenpsykiatri fra og med 2014. Det er videre på svært usikkert grunnlag lagt til grunn at samhandlingsreformen reduserer aktiviteten innenfor lokal- og områdefunksjoner tilsvarende med om lag 0.3 pst-poeng (kumulativt) hvert av årene 2012-2015, dvs slik at samlet aktivitet i Oslo universitetssykehus i 2015 vil være om lag 1 pst (2000 drg-poeng) lavere enn hva som hadde vært tilfelle dersom reformen ikke hadde blitt gjennomført. Med disse forutsetningene vil den somatiske aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF være lavere i 2012 enn i 2011.

Nærmere om de prioriterte områdene

Oslo universitetssykehus HF er regionssykehus for Helse Sør-Øst og områdesykehus for Oslo sykehusområde samt lokalsykehus for en del av Oslo sykehusområde. Helse Sør-Øst RHF har gitt følgende prioriteringer:

- Sykelig overvekt (primæroperasjoner og postbariatrisk kirurgi)
- Brystrekonstruksjoner
- Ablasjonsbehandling
- Kronisk utmattelsessyndrom

- Kronisk smertebehandling

Det forventes at fordeling og måltall for primæroperasjoner for sykkelig overvekt settes av Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokumentet for 2012. Postbariatrisk kirurgi og brystrekonstruksjoner utføres av plastikkirurger. Dette faget må utbygges vesentlig for å ta seg av brystrekonstruksjoner som delvis er svært ressurs- og kostnadskrevende operasjoner. Oslo universitetssykehus HF har økt kapasiteten for ablasjonsbehandling betydelig i 2011. Kronisk utmattelsessyndrom og kronisk smertebehandling må kunne dekkes innenfor planlagt aktivitetsøkning.

Oslo universitetssykehus HF vil vurdere om det er oppgaver som helseforetaket nå utfører som kan overtas av andre sykehus/helseforetak. Dette vil kunne dreie seg om å flytte ut hele oppgaver/funksjoner eller at større deler av pasientforløpene gjennomføres på de andre områdesykehusene innenfor regionen. En slik endret arbeidsdeling vil isolert sett lette presset på arealene i helseforetaket, og dels vil det være bedre i samsvar med målene i Helse Sør-Øst RHF om å desentralisere de oppgavene som er mulige, jf styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF. En slik endret arbeidsdeling vil føre til en ytterligere spissing av den spesialiserte faglige profilen i Oslo universitetssykehus HF. Gjennomføring av tiltak i denne retning vil imidlertid måtte vurderes opp mot finansieringen av de aktuelle funksjonene, både de som eventuelt flyttes ut og de som blir igjen. Konsekvensene av en slik eventuelt endret arbeidsdeling er ikke innarbeidet i tallgrunnlaget til økonomisk langtidsplan, jf omtale av aktivitetsforutsetningene ovenfor.

3.2 Gjennomføring av mål innenfor pasientbehandlingen

Det primære mål for Oslo universitetssykehus er at pasientene får en god behandling med behandlingsresultater som skal være på høyde med god internasjonal standard. Samtidig som sykehuset ønsker å gi et meget godt tilbud innen høyspesialisert medisin til pasienter i og utenfor egen region, er målet å utvikle et storbysykehus som kan gi områdets befolkning et trygt og forutsigbart helsetilbud som den kan være stolt av. Pasienter skal ønske behandling i Oslo universitetssykehus HF og sykehuset skal være kjent for god og likeverdig dialog og medvirkning mellom pasient og behandler.

Med utgangspunkt i målene ovenfor skal organisasjonen videreutvikles og ha fokus på å utnytte kompetanse og ressurser optimalt. Fokus på den faglige frontposisjonen som er naturlig for Oslo universitetssykehus HF skal gå parallelt med organisasjonsutvikling og kulturbygging.

Oslo universitetssykehus HF har som mål å redusere ventelister samt at fristbrudd ikke skal oppstå. Sykehuset skal arbeide for å sikre korrekt registrering av henvisninger og ventelister. Dette vil gi grunnlag for en forutsigbar og riktig utnyttelse den totale kapasitet. Pasienten skal få tilbud om time til første undersøkelse ved bekreftelse av mottatt henvisningen.

Oslo universitetssykehus HF skal styrke lokalsykehusfunksjonen og det høyspesialiserte tilbudet begrunnet i faglige prioriteringer. Prioriteringsforskriftenes kriterier skal ligge til grunn og pasientene skal behandles på riktig behandlingsnivå.

Det strategiske grep for å forbedre kvalitet til lavere kostnad er å arbeide videre med sammenhengende behandlingsforløp både innad i sykehuset, pasientens forløp mellom sykehusene og mellom behandlingsnivåene.

Oslo universitetssykehus HF er inne i stor omstilling og det er behov for å definere mulig nye driftskonsepter i et langsiktig perspektiv. Pasienter som ikke av behandlingmessige årsaker trenger innleggelse, skal ikke legges inn i sykehuset. Samhandlingsreformen og utvikling av pasient tilbud på "Samhandlingsarena Aker" eller tilsvarende innen definerte grupper skal medvirke til mer rendyrkede driftskonsepter. Pasienter skal bli møtt med differensierte og koordinerte tilbud med økt satsing på poliklinikk, dagbehandling, behandling i eget lokalmiljø, bedre triage gjennom samhandling med primærhelsetjeneste/ legevakt, alternative overnattingsformer som for eksempel økt bruk av hotell samt øke andelen dagkirurgi i tråd med internasjonale trender.

Oslo universitetssykehus HF skal ha stort fokus på tilrettelagt og medisinskfaglig begrunnet IKT verktøy som understøtter god ledelse og effektiv ressursutnyttelse. Videre vil tilrettelagt IKT verktøy for aktivitetsregistrering være avgjørende for bedre utnyttelse av eventuell ledig kapasitet. Slik aktivitetskontroll skal også sikre at ledig sengekapasitet utnyttes på tvers av avdelingene og redusere bruk korridorsenger. I sykehusets utviklingsplan skal det etableres kliniske systemer som bidrar til utvikling av kliniske indikatorer og gir mulighet for monitorering av behandlingskvalitet. Dette vil være et stort satsingsområde i videreutvikling av infrastruktur og klinisk IKT.

Det arbeides med å etablere klinikk- og avdelingsvise infeksjonskontrollprogram med virkemidler tilpasset pasientgrunnlaget på de enkelte avdelingene for å redusere andelen sykehusinfeksjoner. Oslo universitetssykehus HF har som ambisjon å være i front med sin målrettede og strategiske satsing innen pasientsikkerhet som er forankret i toppledelsen.

3.3 Samhandlingsreformen og samhandling med Oslo kommune

Oslo universitetssykehus HF har et omfattende samarbeid med Oslo kommune og med bydelene i sykehusets opptaksområde, basert på en omforent avtalestruktur og et godt tillitsforhold. Sykehuset ønsker å bidra ytterligere til helhetlige og koordinerte tjenester, og behandling og oppfølging på riktig nivå. Særlig tre områder vil bli gitt prioritet framover: Utviklingen av Aker som samhandlingsarena, sykehusets egne tilbud på Aker og tiltak som kan bidra til elektronisk informasjonsutveksling.

Utviklingen av Aker som samhandlingsarena muliggjør tverrfaglig tilnærming og tilrettelegging for tjenesteyting i en planlagt og uavbrutt kjede. I nært samarbeid med Oslo kommune planlegges et felles geriatrik ressurscenter og et kommunalt tilbud for demenspasienter og deres pårørende. I tillegg planlegges et døgntilbud innen rehabilitering for eldre. Kommunen vurderer også om andre rehabiliteringsområder kan være aktuelle på Aker.

Sykehuset arbeider det med etablering av 40-60 rehabiliterings-senger på Aker. Også Sunnås HF ønsker å ha aktivitet på Aker. Samlet sett vil dette kunne gi et faglig bredt miljø innen rehabilitering på Aker.

Oslo universitetssykehus HF ønsker også å videreføre og utvikle polikliniske tilbud på Aker . På noen områder vil det være ønskelig å utvikle tilbud i samarbeid med de øvrige sykehusene

som betjener Oslos befolkning. Dette vil avhenge av en avklaring av ansvar og finansiering av dette i fremtiden ettersom store deler av befolkningen i Oslo sogner til andre sykehus/helseforetak, og spesielt Akershus universitetssykehus HF som har ansvar for store deler av Groruddalens befolkning etter overføringen.

Oslo universitetssykehus HF vil fortsatt ha dagkirurgisk virksomhet på Aker. I tillegg videreføres Daghospitalet. Sykehuset ønsker også å bidra til utvikling av kompetansesenter på områder som prioriteres i samarbeid med Oslo kommune og de øvrige sykehusene. I tillegg til geriatrisk ressurscenter kan det være aktuelt innenfor innvandrerhelse, gravide evt andre med spesielle omsorgsbehov mm. Det ligger også betydelige muligheter for samarbeid innen pasient- og pårørendeopplæring, noe sykehuset ønsker å bidra aktivt til.

Oslo universitetssykehus HF drifter rusakutt og avgiftningsenhet på Aker. I tillegg ser sykehuset på muligheten for å flytte et DPS til Aker. Det vil bidra positivt til et tverrfaglig tilbud og også være et viktig supplement til de etablerte tilbudene til rusavhengige.

Som ledd i den videre utviklingen av en samhandlingsarena og økt samhandling generelt, er det helt avgjørende at det legges til rette for elektronisk informasjonsutveksling mellom sykehuset, førstelinjetjenesten og fastlegene. I tillegg bør det legges til rette for at pasienter kan få tilgang til digitale medier. Det vil redusere bruk av poliklinikk, hjemmebesøk fra hjemmesykepleien og også kunne ha positiv effekt på antall innleggelser/reinnleggelser.

3.4 Forskning

Oslo universitetssykehus HF leverer om lag 50 pst³ av forskningen blant landets helseforetak og om lag 80 pst av forskningen i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus er av Helse Sør-Øst tillagt en rolle som nav (kjerne) i et universitetssykehussystem i regionen. Det forventes derfor at Oslo universitetssykehus understøtter forskningsaktiviteten og -kvaliteten i hele regionen gjennom forskningsnettverk og tilgjengelighet. Det stiller krav til omfattende forskning samt et hovedansvar for å understøtte innovasjon. I gjeldende forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF (2007-2011) er det vedtatt et langsiktig mål om økt forskningsvirksomhet og økt intern ressursbruk til forskning for regionen som helhet⁴.

I Forskningsstrategi 2011-2015 for Oslo universitetssykehus HF er visjonen at Oslo universitetssykehus skal levere forskningsresultater i verdensklasse og lede og styrke forskning nasjonalt og regionalt. Et vedtatt strategisk mål, som understøtter eiers mål, er å øke omfanget av egenfinansiert forskning, og at tilskuddet av eksterne midler utgjør minst samme beløp som egenfinansieringen. Helse- og omsorgsdepartementet forventer økt satsing på infrastruktur for kliniske studier i helseforetakene.

Økonomiske implikasjoner av målene fra eier og egen strategi er en gradvis økning i både ekstern og intern forskningsfinansiering. Økt ekstern finansiering påvirker ikke i vesentlig grad drift, fordi sykehuset har innført dekningsbidrag for eksternt finansierte midler fra de fleste finansieringskilder. Det kan imidlertid over tid bli en utfordring når det gjelder bygg og

³ Målt i publikasjonspoeng og doktorgradspoeng

⁴ Mål nr 2: "Ressursbruken til forskning og innovasjon i Helse SØ øker på lengre sikt (10 år) til 5 % av helseregionens driftsbudsjett". Tiltak: "Helseforetakene bruker minst 1 % av driftsbudsjettet (totalkostnadene) til forskning. Opptrappingen ved sykehus som i dag bruker en lavere andel, skal skje over flere år innenfor realistiske rammer. Ved alle universitetssykehusene øker andelen av driftsbudsjettet brukt til forskning fra nivået i 2007....."

investeringer dersom større, prioriterte forskningssatsinger ikke prioriteres tilstrekkelig. Forsknings- og undervisningsvirksomhet og universitetssykehusfunksjoner er derfor fokusert særskilt gjennom arbeidet med strategisk langtidsplan for arealer.

4. Det økonomiske utfordringsbildet 2012-2015 og håndtering av dette

4.1 Overordnede forutsetninger

Bidraget til økonomisk langtidsplan bygger på de tildelte inntektsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF. Det ekstraordinære omstillingstilskuddet på 225 mill kroner i 2011 er foreløpig ikke videreført i 2012. Som følge av vedtak om innføring av ny inntektsmodell reduseres de samlede inntektene til Oslo universitetssykehus ytterligere i 2013 og 2014, mens det er forutsatt nøytralisert i 2012. I 2015 er inntektsrammen reelt redusert med vel 700 mill kroner fra 2011 med de forutsetningene Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn i underlag for økonomisk langtidsplan. Dette kommer i tillegg til inntektsbortfallet fra 2010 til 2011 på 1700 mill kroner som følge av overføring av oppgaver til Akerhus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.

4.2 Effektivisering av driften

De økonomiske rammebetingelsene, den forventede medisinske utviklingen og befolkningens forventninger om høy kvalitet stiller store krav til endringer i driften av helseforetaket framover. Målet er å øke arbeidsproduktiviteten slik at helseforetaket kan levere de forventede tjenestene med lavere bemanning. Investeringer i bygninger (Dag 4 og Dag 5) og IKT vil være viktige virkemidler. Disse investeringene vil muliggjøre samlokalisering av dublerede funksjoner og sikre tverrgående og mer effektive IKT-verktøy i hele organisasjonen. Utover dette vil det bli arbeidet med videreutvikling av arbeidsmetoder/arbeidsprosesser, Lean Operations/beste praksis, innarbeidelse av ny teknologi som muliggjør høyere effektivitet, videre tilpasning av organisasjonen til lavere aktivitetsnivå som følge av overføringer til Akershus universitetssykehus HF, samt "hverdagsrasjonalisering". Det vil bli innhentet erfaringer fra andre helseforetak som har vært igjennom store omstillinger. De store økonomiske utfordringene vil videre kreve sterkere overordnet styring av ressursbruken, først og fremst årsverk. Når dette bidraget skrives arbeider helseforetaket med kortsiktige tiltak for å redusere resultatrisikoen i 2011. Gjennom sommeren og høsten i år vil dette arbeidet gradvis bli dreiet inn mot planlegging av driften for 2012.

4.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling (TSB)

Inntektsbortfallet for området som følge av ny inntektsmodell er nøytralisert i 2012, men innføring av ny inntektsfordeling i regionen vil gi store utslag i ressurstildelingen til området fra og med 2013. Dersom behandlingstilbudet skal utvikles som forutsatt av Helse Sør-Øst RHF forutsetter det en betydelig omstilling og produktivitetsvekst fram mot 2014. Oslo universitetssykehus HF kan ikke støtte området med midler fra somatikken som følge av de store omstillingsutfordringene som gjelder somatisk virksomhet i samme periode. Tilpasning av driften innenfor psykisk helsevern og rusbehandling til redusert inntektsramme bør gjennomføres over en noe lengre periode enn det som nå er lagt til grunn for å unngå at

tilbudet midlertidig forringes fordi omfattende og nødvendige driftsomlegginger tar tid å gjennomføre.

Psykisk helsevern og rusbehandling har en særlig utfordring knyttet til grenseflaten mot Oslo kommune og bydelene ved at det til enhver tid er ca 20 inneliggende pasienter som vurderes som utskrivningsklare. Mange av disse blir liggende over lang tid. Det er derfor et betydelig potensial i å få til en riktigere arbeidsdeling mellom førstelinjen og spesialisthelsetjenesten.

Det er mulig å oppnå en mer rasjonell og effektiv driftsform innenfor psykisk helsevern i Oslo universitetssykehus HF, blant annet ved innflytting av all resterende virksomhet fra Dikemark (4 avdelinger). Dette forutsetter nybygg på Gaustad og at Akershus universitetssykehus HF overtar den kapasitet som driftes i leide lokaler i Oslo universitetssykehus HF ut 2013. Innflytting og større grad av samling av klinikkens døgntilbud innen psykisk helse vil muliggjøre mer effektiv drift og ansees som en nødvendig forutsetning for å kunne lykkes.

Innen TSB vil de nye inntektsforutsetningene måtte medføre en betydelig reduksjon i det behandlingstilbudet som eksisterer eller er under oppbygging. Redusert døgnkapasitet, konsekvenser for forskning, fagutvikling og senterets ansvar som utdanningsinstitusjon må forventes. Usikkerhet knyttet til gjestepasientoppkjøret innen TSB innebærer en ytterligere usikkerhet.

Det er allerede i dag en kapasitetsutfordring i TSB generelt. Oslo universitetssykehus HF har gjennom de siste to år behandlet pasienter med fare for fristbrudd i egen klinikk. Med de økonomiske effektene av inntektsmodellen slik den nå er foreslått er det høy risiko for økt antall fristbrudd med påfølgende betalingsansvar for klinikken. Det må arbeides videre med hvordan man skal legge om driften for å tilpasse seg de nye inntektsforutsetningene, og det anbefales at man tilrettelegger for at det kan brukes mer tid enn det som det så langt er lagt opp til.

4.4 Somatisk virksomhet

Aktivitetsforutsetningene og inntektsforutsetningene vil stille store krav til effektivisering av den somatiske virksomheten i Oslo universitetssykehus HF. Med de forutsetningene som er lagt til grunn vil det være nødvendig med en økning i produktivitet (DRG per årsverk) på i størrelsesorden 12 pst fra 2011 til 2015.

Når dette skrives – våren 2011 – er status at mye, men ikke alt, av aktivitetsnedgangen er gjennomført, mens den nødvendige reduksjonen i antall årsverk er i gang. Det er store utfordringer med å gjennomføre den effektiviseringen som skal gjennomføres allerede i inneværende år, og Oslo universitetssykehus HF har ikke systematisk kunnskap om hvilken effektivisering som realistisk kan oppnås over flere år parallelt med pågående fusjon og store omstillinger. Inntil videre forutsettes det at en effektivisering i dette omfang kan gjennomføres, men at det forutsettes at arealtiltakene Fase 1 er gjennomført og at all akutt/døgnvirksomhet er flyttet fra Aker sykehus og at en del av regionsfunksjonene er mer samlokalisert i dag. Videre forutsettes det at mer effektive og gjennomgående IKT-verktøy er på plass og fungerer driftsmessig i hele helseforetaket. Dersom disse forutsetningene ikke er på plass, eller forsinkes, må tempo og omfang av effektivisering tilpasses.

4.4 Støttefunksjoner: Fellestjenester, IKT og Oslo sykehusservice

IKT

For IKT sammenfaller arbeidet med økonomisk langtidsplan i stor grad med bestilling i foretaksprotokoll om utarbeidelse av en områdeplan for IKT, i tråd med Helse Sør-Østs ”Langtidsplan med strategiske føringer”. Dette arbeidet vil bli avsluttet i juni/juli i år.

Det er lagt til grunn fire hovedprinsipper eller strategiske føringer for IKT i Oslo universitetssykehus HF:

- Bidra til stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
- Understøttelse av omstillingsprosessen
- Innføring av regionale tjenester
- Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser

Stabil og forsvarlig drift, Myndighetspålegg

Det er identifisert tiltak på applikasjonsportefølje og infrastruktur som må gjennomføres for å sikre stabil drift og ivareta nødvendige oppgraderinger og vedlikehold. En stor grad av ansvaret for ivaretagelse av investeringer for stabil drift er overført Sykehuspartner, og Oslo universitetssykehus HF følger opp dette gjennom tjenesteavtaler. For enkelte områder vil det være foretakets ansvar å iverksette nødvendige tiltak. Eksempler på dette er:

- Nytt stråleterapisystem (regional anskaffelse).
- Oppgraderinger av digital diktering på Rikshospitalet.

Det er også flere tiltak som følge av myndighetspålegg og/eller nasjonale satsninger; deriblant Meldingsløftet, eResept og Nyfødtscreening.

Understøttelse av omstillingsprosessen

Tiltak for å understøtte omstillingsprosessen er delt i tre hovedområder:

- Etablering av ett felles klinisk informasjonsgrunnlag i tråd med tidligere beskrevne strategi.
- Konsolidering av løsninger innen medisinsk service; Laboratoriesystemer og Radiologisystemer.
- Basisplattform og mobilitet for ansatte.

Innføring av regionale tjenester

I tråd med strategi og føringer for IKT-tjenester i Helse Sør-Øst innfører OUS regionale IKT-tjenester, og baserer anskaffelser og avtaler på de regionale avtalene. Regionale tjenester er særlig aktuelt innenfor plattform og administrative tjenester, men også for medisinsk service legges det opp til regionale tjenester. I situasjoner der det er tekniske eller andre forhold som forhindrer innføring av regional tjeneste, eller der det av tidsmessige årsaker er nødvendig å ha en løsning på plass raskere enn regional tjeneste kan leveres, vurderes midlertidige tiltak. Beslutninger om avvik drøftes og forankres hos Helse Sør-Øst RHF.

Videre digitalisering av informasjon og arbeidsprosesser

Før etableringen av OUS stod alle de tidligere foretakene midt i prosessen med å digitalisere kliniske og administrative arbeidsprosesser. Etterhvert som tiltak knyttet til omstillingen ferdigstilles, eller ved gode kost/nytttevurderinger, planlegges det videre arbeid innen dette området. Eksempler på planlagte tiltak er:

- Digital EKG
- Bilder produsert utenfor radiologi
- Fødejournal
- EEG
- Kliniske spesialistsystemer/moduler

Oslo sykehusservice (OSS)

OSS har fungert som en integrert driftsorganisasjon fra og med 1.1.2010. I løpet av 2010 gjennomførte OSS kostnadsreduksjoner med om lag 100 mill kroner.

Reduksjon av arealer på Aker påvirker direkte kostnader knyttet til bygningsmessig drift, renhold, transport, energi, etc. Effektivisering vil i hovedsak få effekt fra og med Dag 4, eller fra 2013/2014. Det forutsettes at samhandling med Oslo kommune vil nøytralisere fremtidige driftskostnader knyttet til Aker.

Ytterligere effektiviseringsgevinster vil komme som følge av prosessoptimalisering innen flere områder, og spesielt innen områdene Intern service og Logistikk. Det vil også være betydelige effektiviseringer innen administrative tjenester, blant annet som følge av samlokalisering i Forskningsveien 2 og innføring av felles IKT-systemer. Disse effektene vil i hovedsak slå til i 2012 forutsatt at innføring av felles IKT-systemer og at prosjekter innen prosessoptimalisering ikke utsettes vesentlig i tid.

4.5 Økonomisk resultat

Med bakgrunn i forutsetninger og vurderinger som er gitt over kan det anslås behov for omstillingsmidler samt resultatrisiko for de nærmeste årene.

På bakgrunn av de nye inntektsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF og vurderinger av tempo i og muligheter for effektivisering av driftsorganisasjonen (jf omtale ovenfor) anslås behov for omstillingsmidler til ca 300 mill kroner og resultatrisiko til ca 500 mill kroner i hhv 2012 og i 2013. Det er da forutsatt at bidrag til haleaktivitet bortfaller fom 2012, men at innføring av ny inntektsmodell nøytraliseres i 2012. Resultatrisiko følger av struktur- og ulempekostnader ved bl.a. fortsatt drift på Aker sykehus (anslått til 250 mill kroner begge årene), forsinket tilpasning til lavere aktivitetsnivå (250 mill kroner i 2012) og etterslep i tilpasningen til ny inntektsmodell (350 mill kroner i 2013). Sum av omstillingskostnader og beskrevet resultatrisiko er på dette tidspunkt synliggjort i leveransen til økonomisk langtidsplan som negativt resultat.

Det legges til grunn at det med en kombinasjon av effektiviseringstiltak og arealtiltak vil være mulig å komme i ordinær driftsøkonomisk balanse i 2014 eller senest i 2015, og at det deretter er mulig å komme over i en situasjon de neste årene med positive kontantbidrag fra driften. I de mellomliggende årene - 2012 og 2013 – vil det imidlertid være behov for ekstraordinære inntektstilskudd eller økt driftskreditt for å kunne nå de aktivitets- og kvalitetsmålene som er satt. Samlet innebærer dette et behov for tilleggfinansiering utover tildelte rammer i samsvar med den identifiserte resultatrisikoen.

Vedlegg 2

Innspill til langtidsbudsjett 2012-2025 – investering i arealutvikling

1 Bakgrunn

I dette notatet redegjøres for innspill til langtidsbudsjett for arealutvikling 2012-2025.

Oslo universitetssykehus har startet arbeidet med strategisk utviklingsplan med dimensjoneringshorisont 2025. Arbeidet vil være ferdig i desember 2011. Planen vil inneholde en beregning av kapasitets- og arealbehov, anbefaling om geografisk lokalisasjon av virksomheten samt en oversikt over investeringer og driftsøkonomi ved ulike løsninger.

Dette notatets anslag for investeringsbehov baserer seg på at virksomheten utvikles på tre hovedlokalisasjoner: Gaustad/Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Alternativer som for eksempel lokalisering på en eller to lokalisasjoner, vil bli beskrevet i strategisk utviklingsplan. Dette notatet er videre samordnet med foreliggende utkast til strategisk utviklingsplan når det gjelder arealbehov og dekning av arealbehov.

Dag 4 investeringsbehov og dag 5 investeringsbehov er beskrevet i selve saken til økonomisk langtidsplan. Det er imidlertid behov for å beskrive dette arbeidet i en helhet og en sammenheng, og derfor dette vedlegget.

2 Prosjekt OUS arealtiltak – ”dag 4”

Våren 2011 er det gjort en gjennomgang av de opprinnelige planer for ”dag 4”, som i hovedsak omfatter samling av regionfunksjoner og utflytting av døgnvirksomhet fra Aker. Dette er kalt *Kvalitetssikring OUS arealtiltak. Sammendrag av muligheter og konsekvenser*. I arbeidet er framkommet en kostnad for prosjektet i størrelsesorden 1300-1400 MNOK ex reserver.

Videre er det gjort en *Vurdering av bygningsmessige konsekvenser og kostnader ved overføring av døgnvirksomhet fra Aker ved Dag 4*. Her er det redegjort for funksjonelle og kvalitetsmessige muligheter og begrensninger ved å flytte døgnvirksomhet fra Aker til eksisterende bygg på Ullevål og Radiumhospitalet.

I innspill til langtidsbudsjett er det anbefalt å legge inn et kostnadsanslag for arealtiltakene på 1500 mill. kroner. Grunnlaget for tallet fremkommer av vedlegg til dette notatet.

Tidsfordelingen av dette beløpet er usikker etter som det gjenstår å avklare hvor lang tid det vil ta å gjennomføre byggearbeid av det aktuelle omfang i eksisterende bygninger i drift. Usikkerheten gjelder behovet for areal for roking og har sammenheng med tidspunktet for overføring av funksjoner fra Aker til Ullevål. Dersom funksjoner overføres før ombyggingsarbeidet er utført, så vil det ta lengre tid å gjennomføre slike arbeider.

3 Investeringer iht strategisk utviklingsplan – arealbehov 2025

Når en strategisk utviklingsplan for arealer foreligger, så må den bli førende for den langsiktige planlegging av investeringer. Som presisert innledningsvis så er arbeidet med strategisk utviklingsplan kommet omtrent halvveis, og en har bare så vidt begynt på arbeidet med mulighetsstudier og utbyggingsløsninger.

Følgende legges til grunn og er i samsvar med føringer i planarbeidet:

- Fram til 2025 må OUS sin virksomhet foregå på følgende lokasjoner: Ullevål, Radiumhospitalet, Rikshospitalet samt Gaustad for øvrig (psyk). Samhandlingsarena på Aker sykehus behandles og planlegges særskilt.

I tillegg vil det være DPS-virksomhet andre steder, og det vil kunne være "samhandlingsvirksomhet" andre steder, men da i arealer som andre aktører svarer for.

- Arealbehovet for OUS sin virksomhet fram til 2025 er foreløpig anslått til 585–715.000 kvm. Variasjonen i tallet beror først og fremst på graden av gjenbruk av eksisterende areal, idet eksisterende areal normalt vil medføre større brutto arealbehov enn ved nybygg. I kostnadsanslagene legger vi til grunn i disse anslagene 650.000 kvm brutto areal. Dette gir en reduksjon på 30 % i sykehusets arealbruk i dag på rundt 900.000 kvm.
- Eksisterende bygningers tilstand er kartlagt og vurdert. Ut fra vurderingene så langt, legger vi til grunn en gjenbruk av eksisterende bygninger på 420.000 kvm.
- Behovet for nybygg utgjør derfor 230.000 kvm.
- Eksisterende arealer som skal gjenbrukes, må oppgraderes for å svare til dagens og morgendagens krav til pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og driftsøkonomi. Det kreves en betydelig investering for å bringe arealene opp på et tilfredsstillende nivå. Gjenbruksarealer som må oppgraderes anslås til 97.000 kvm

I arealanslaget for oppgradering har vi inkludert den eldste bygningsmassen på Radiumhospitalet og på Gaustad samt oppgradering til DPS-lokaler på Sinsen. Det er ikke inkludert oppgradering av nyere bygningsmasse på Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål. Det understrekes derfor at disse arealer må ha en løpende oppgradering i ordinært vedlikehold, om ikke nybygg skal forfalle til 2025. Da er nemlig disse arealene ikke lenger nybygg!

Forutsetningene over gir følgende strategi for dekning av arealbehovet:

Gjenbruk av eksisterende arealer:		
- Rikshospitalet	170 000	oppgraderes ikke
- Gaustad psykisk helsevern og rus	47 000	
- Radiumhospitalet klinisk virksomhet	40 000	
- Radiumhospitalet nytt forskningsbygg	18 000	oppgraderes ikke
- Ullevål	135 000	oppgraderes ikke
- Aker arealer for DPS Oslo nord	10 000	
DPS Oslo sør leieavtale under utvikling	10 000	
Nybygg på tre lokasjoner	215 000	
Nybygg som inngår i OUS arealtiltak - dag	5 000	
Sum dekning av arealbehov	650 000	kvm

Kostnadsanslag arealutvikling

Kostnader for å dekke det arealbehov som er presentert over er under utredning i strategisk utviklingsplan. Der fremkommer kostnader anslått til 6000 mill. kroner for nødvendig teknisk oppgradering av nåværende bygningsmasse frem til 2025.

I kostnadsanslag til arealutvikling så er følgende enhetspriser lagt til grunn:

- Teknisk og funksjonell oppgradering anslås til 15.000 kr/kvm i gjennomsnitt for psykisk helsevern og rus og 20.000 kr/kvm for somatikk. Beløpet kan variere mye avhengig av hvilken oppgradering som det konkret er behov for og hvilke funksjonelle endringer som må gjennomføres. Videre planlegging avklarer dette nærmere.
- For nybygg somatikk anslås kostnadene til å være mellom 60 og 70.000 kr/kvm, og det er lagt til grunn 65.000 kr/kvm i gjennomsnitt. Dette inkluderer ikke større in-

vesteringer i infrastruktur, som for eksempel veganlegg, vegkryss, tekniske hovedforsyninger og lignende. Hvorvidt slike investeringer blir nødvendig, må avklares i det videre arbeid med utviklingsplanen.

- For nybygg psykisk helse og rusomsorg anslås nybyggkostnad til 40.000 kr/kvm. Nærmere vurdering av dette kan innebære at beløpet er noe lavt, særlig når det gjelder funksjoner som flyttes fra Dikemark.
- For nybygg undervisning og forskning anslås 40.000 kr/kvm. Det gjelder hovedsakelig lesesaler, møte- og grupperom, kontorer samt enkle laboratorier. For mer avanserte laboratorier kan det bli vesentlig høyere kostnader.
- Bygninger som ikke skal gjenbrukes og ikke skal avhendes, anbefales revet. Det er nødvendig for å oppnå en effektiv arealdrift, og kostnaden anslås til 1.500 kr/kvm. Denne kostnaden vil også variere mye, avhengig av type bygg som skal rives.

Alle enhetspriser er prosjektkostnad og inkluderer derfor utstyr. Prisindeks er mai 2011.

Ut fra den skisserte løsning for dekning av arealbehovene og ut fra "prislisten" over, framkommer følgende kostnadsbilde:

	Areal kvm	kr/kvm	Sum MNOK
Dag 4 Prosjekt OUS arealtiltak	5 000		1 500
Dag 5 Samling lands- og regionfunksjoner			
- Psykisk helse og rus regionfunksjoner mv. til Gaustad	13 000	45 000	585
- Samling somatikk på Rikshospitalet trinn 1	25 000	65 000	1 625
- Samling somatikk på Rikshospitalet trinn 2	19 000	65 000	1 235
- Barnehabilitering	2 000	65 000	130
- Undervisning og forskning	50 000	40 000	2 000
Riving av bygninger som ikke skal gjenbrukes eller avhendes	30 000	1 500	45
Margin for usikkerhet Dag 5			562
Dag 5 lands- og regionfunksjoner			6 182
Sum dag 4 og dag 5 inklusiv margin			7 682
Nybygg somatikk (eks undervisning og forskning)	91 000	65 000	5 915
Nybygg psykiatri (eks undervisning og forskning)	20 000	40 000	800
Oppgradering Gaustad psykisk helse	47 000	15 000	705
Oppgradering Sinsen psykiatri (DPS)	10 000	15 000	150
Oppgradering Radiumhospitalet klinikk	40 000	20 000	800
Ombygging som følge av funksjonsendringer			1 000
Riving av bygninger som ikke skal gjenbrukes eller avhendes	160 000	1 500	240
- areal og kostnader medtatt under Dag 4	-5 000		-1 500
Margin for usikkerhet 12 %			973
Sum kostnadsanslag			16 765

4 Tidsfordelte kostnader

I strategisk utviklingsplan vil også tidsbildet for de aktuelle investeringer bli utredet. I dette innspillet til ØLP er det lagt følgende foreløpige betraktninger til grunn:

Dag 4

Prosjekt OUS arealtiltak – ”dag 4” – har et vesentlig større kostnadsomfang enn tidligere anslått.

I innlevering til økonomisk langtidsplan 2011-2014 var kostnadene anslått til om lag 650 mill kroner. Årsaken til at kostnadsestimatene er økt er flere: Dels skyldes det at ved forrige innlevering (høsten 2010) kun var foreløpige estimater basert på til dels eldre og ufullstendige vurderinger med vekt på de tidskritiske tiltakene. Når alle prosjekter gjennomgås fram til forprosjekt, og sees i en sammenheng, så er det avdekket at mange nødvendige byggmessige endringer ikke har vært forutsett. I detaljplanleggingen av akutt-funksjoner på Ullevål er kapasitetsbehovet større enn opprinnelig antatt ved overføring av virksomhet fra Aker, siden denne planleggingen var basert på 2009 tall og akuttmottaket nå planlegges å dekke kapasitetsbehov fram til 2017-18. I tillegg viser en grundig gjennomgang av bygningsmassen i berørte arealer på Ullevål og DNR, at disse er i en tilstand som gjør det nødvendig med investeringer. Det er derfor utarbeidet estimater for investeringsbehov i disse arealene på Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Kostnadene ved slike ombygninger er erfaringsmessig svært vanskelig å anslå og utgjør en vesentlig andel av nødvendige investeringer for å gjennomføre dag 4. For Rikshospitalets del påløper også en del kostnader fordi det skal foretas ombygging innenfor arealer med svært høy utnyttelse allerede. Dette har medført at det har vært nødvendig med ombygginger flere steder for å plass et sted og at det er nødvendig med investeringer også i økt teknisk kapasitet.

Dette skyldes i hovedsak behov for omfattende ombygging i eksisterende arealer og bygningsmassens tilstand. Ombyggingsarbeidene vil forstyrre virksomheten både i de arealer som bygges om, og i tillegg også i tilstøtende arealer både ved siden, over og under. Endret omfang har også endret tidsperspektivet. Dette vil gi en krevende driftssituasjon og medføre at enkelte fagområder av hensyn til andre driftskostnader må flytte sammen virksomheten før det er bygget om, for senere å flytte inn i ombygde arealer. Dette vil gi rokkede utfordringer og kompliserer den totale gjennomføringen.

Dag 5

- Utbygging for psykisk helse og rus på Gaustad har bl.a. som formål å frigjøre arealer på Dikemark, og dette bør gjøres så raskt som mulig.
- Forskning og undervisning har et behov for utbygging i perioden for å sikre tilstrekkelig areal til ivaretagelse av denne typen funksjoner
- Utbygging av somatikk på Rikshospitalet er todelt: først et trinn som kan gjennomføres raskt og uten større inngrep i reguleringsplan og andre rammebetingelser. Neste trinn krever mer omfattende plan- og byggesaksbehandling og tar lengre tid.

Det er imidlertid vår anbefaling at trinn 2 for nybygg somatikk skjer på Ullevål, både fordi det kan gjennomføres raskere der og fordi det er nødvendig for å muliggjøre andre ombygginger og oppgraderinger som er nødvendig.

Øvrig

- Øvrige nybygg må løses etter hvert som finansieringsmulighetene avklares og er derfor spredt over noe lengre tidsrom. En mer konkret plan for dette utredes i utviklingsplanen.
- Oppgradering av eksisterende arealer kan gjøres etter hvert som nye arealer tas i bruk; det samme gjelder ombygging for funksjonsendringer.

Oppsummert innebærer tidsfordelingen

Ved dag 4 er det et antatt investeringsbehov på 1500 millioner kroner

Ved dag 5 er det et antatt investeringsbehov på ca 6200 millioner

Utover dette er det et antatt investeringsbehov på drøyt 9000 millioner kroner Redegjort for i tabellen over.

Alternative strategier

I forbindelse med strategisk utviklingsplan er aktuelt å drøfte andre arealstrategier enn det som er lagt til grunn over, herunder spørsmålet om å samle all virksomhet til en lokasjon. En slik strategi er i foreliggende utkast til utviklingsplan anslått å koste 25 mrd. kroner. En annen strategi er å gjøre "ingenting" – det vil si et "0-alternativ" der en kun oppgraderer eksisterende bygningsmasse til et forskriftsmessig akseptabelt minimumsnivå. Et slikt "0-alternativ" er anslått å koste 6000 mill. kroner.

Tabell 1 kostnadsanslag etter "kvalitetssikring dag 4"

Nr.	Delprosjekt benevnelse	bygg	utstyr	sum
DP00	Prosjektledelse og fellestiltak	30		30
DP01	Operasjon RH	34	18	52
DP02	Hybridstue, operasjonsstue og angiolog	51	39	90
DP03	MR RH	18	25	43
DP04	CT RH	2	20	22
DP05	Akuttfunksjoner Ullevål	215	110	325
DP06	Operasjon, postop og intensiv DNR	25		25
DP07	Postop og intensiv RH	5	5	10
DP08	CT DNR	1	9	10
DP09	Flytting kontorbrakker Ullevål	2		2
DP10	Ablasjoner			0
DP11	Avgiftning inngår ikke i prosjektet	3		3
DP12	Generell gynekologi	0	2	2
DP13	Hjertekirurgi	15		15
DP14	Flytting Otafaklinikken			0
DP15	Diagnostikk og intensjon	23	3	26
DP16	Vaskulær nevrokirurgi	1	1	2
DP17	Mammografi screening	18		18
DP18	Kardiologi og onkologi barn	5		5
DP19	Flytting administrasjon			0
DP20	Medisin	110		110
DP21	Hematologi	7		7
DP22	Felles rigg for entreprenører			0
DP23	Brystsenter og endokrin kirurgi	26	26	52
DP24	Gynekologisk onkologi	20		20
DP25	Neurologi og ortopedi	70		70
DP26	Urologi	15		15
DP27	Gastrokirurgi	60		60
DP28	Karkirurgi	1		1
DP29	Kirurgi på barn, plastikk- og kjevekirurgi	9		9
DP30	Kontorer RH	34		34
DP31	UPS RH	4		4
	Dagkirurgistue(r) på Radiumhospitalet	40	10	50
	MR på Radiumhospitalet	0	25	25
	Poliklinikk urologi	28	4	32
	Akuttmottak på Rikshospitalet	25	5	30
	Kontorer (Ullevål)	20		20
	Reserve, uspesifisert, provisorer	70		70
	Margin	160		160
	Sum	1 147	302	1 449

VEDLEGG 3: Tabell 1 - Aktivitet

Somatikk	Faktisk 2010	Budsjett 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling	118 235	105 913	104 757	105 805	106 757	107 718	108 687	109 665	110 652
Antall dagbehandlinger	82 361	75 358	74 536	75 281	75 958	76 642	77 332	78 028	78 730
Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner	825 182	731 035	723 057	730 287	736 860	743 491	750 183	756 934	763 747
Totalt antall DRG-poeng (døgn- og dagbehandling)	186 487	176 712	166 423	167 637	169 146	170 668	172 204	173 754	175 318
Totalt antall DRG-poeng (poliklinisk behandling)	41 752	33 581	41 533	41 948	42 326	42 707	43 091	43 479	43 870
Totalt antall DRG-poeng for dyre biologiske legemidler utenfor sykehus	2 279	1 928	1 949	1 969	1 986	2 004	2 022	2 041	2 059
Sum antall DRG-poeng	230 518	212 221	209 905	211 554	213 458	215 379	217 317	219 273	221 247
Psykisk helsevern									
Psykisk helsevern for voksne									
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling PHV	3 031	2 375	1 427	1 427	1 341	1 341	1 341	1 341	1 341
Ant. oppholdsdager dagbehandling PHV	5 593	3 973	4 092	4 092	3 847	3 847	3 847	3 847	3 847
Ant. polikliniske konsultasjoner PHV	104 538	75 407	68 196	69 560	70 951	72 370	73 818	75 294	76 800
Psykisk helsevern for barn og unge									
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling PH BUP	179	131	133	133	133	133	133	133	133
Ant. oppholdsdager dagbehandling PH BUP	4 998	4 429	4 495	4 495	4 495	4 495	4 495	4 495	4 495
Ant. polikliniske konsultasjoner PH BUP	73 104	49 194	49 932	50 931	51 949	52 988	54 048	55 129	56 231
Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelhengige (TSB)									
Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling TSB	3 017	2 943	3 002	3 002	3 002	3 002	3 002	3 002	3 002
Ant. oppholdsdager dagbehandling TSB	251	531	542	542	542	542	542	542	542
Ant. polikliniske konsultasjoner TSB	12 646	9 389	9 577	9 768	9 964	10 163	10 366	10 574	10 785

VEDLEGG 3: Tabell 2 - Bemanning

Årsverksutvikling: Årsverk pr tjenesteområde	Faktisk 2010	Budsjett 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Somatikk	13 180	12 049	12 049	11 831	11 332	10 966	10 999	11 032	11 065
Somatikk, inkludert rehabilitering		10 101	10 101	9 918	9 501	9 194	9 222	9 250	9 277
Lab/røntgen		1 948	1 948	1 913	1 830	1 771	1 777	1 782	1 787
Psykisk helsevern	2 527	1 968	1 968	1 932	1 740	1 683	1 688	1 694	1 699
Voksen	2 084	1 606	1 606	1 577	1 399	1 354	1 358	1 362	1 366
Barn og unge	443	362	362	355	340	329	330	331	332
TSB	396	415	415	407	390	377	378	380	381
Administrasjon og fellestjenester	2 340	2 145	2 145	2 106	2 016	1 950	1 956	1 962	1 968
Årsverk totalt	18 443	16 577	16 577	16 277	15 477	14 977	15 022	15 067	15 112
Årsverksutvikling: Årsverk variabel/faste	Faktisk 2010	Budsjett 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Årsverk faste	17 066	15 377	15 377	15 099	14 357	13 893	13 935	13 976	14 018
Årsverk variabel	1 377	1 200	1 200	1 178	1 120	1 084	1 087	1 091	1 094
Årsverk totalt	18 443	16 577	16 577	16 277	15 477	14 977	15 022	15 067	15 112

VEDLEGG 3: Tabell 3 - Budsjett

Oslo universitetssykehus HF (TNOK)	Korrigert regnskap 2010 ¹⁾	Budsjett 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Basisramme	10 907 587	9 666 869	9 366 020	9 054 312	8 948 396	8 932 030	8 932 030	8 932 030	8 932 030
Aktivitetsbaserte inntekter	5 805 845	5 789 857	5 723 327	5 780 505	5 738 156	5 792 637	5 843 229	5 894 277	5 945 784
Andre inntekter	1 709 487	1 645 675	1 665 026	1 681 553	1 698 667	1 715 676	1 733 010	1 751 265	1 832 821
<i>Sum inntekter</i>	18 422 919	17 102 401	16 754 374	16 516 370	16 385 219	16 440 343	16 508 269	16 577 571	16 710 634
Lønn	12 596 403	11 342 619	11 357 431	11 156 840	10 677 464	10 337 273	10 337 143	10 383 128	10 299 568
Driftskostnader	5 069 338	5 153 301	5 248 757	5 184 667	5 128 096	5 021 805	5 067 049	5 130 459	5 199 063
Avskrivninger	921 152	905 635	816 083	821 653	812 658	818 410	848 479	816 567	906 188
Netto finansposter	-62 300	-100 846	-132 103	-153 209	-167 002	-162 854	-155 597	-147 417	-205 815
<i>Sum kostnader</i>	18 649 193	17 502 401	17 554 373	17 316 370	16 785 219	16 340 343	16 408 269	16 477 571	16 610 634
Arssresultat	-226 274	-400 000	-800 000	-800 000	-400 000	100 000	100 000	100 000	100 000

1) Regnskapet for 2010 er korrigert for reduserte pensjonskostnader, redusert basisramme, omstillingskostnader, nedskrivning og gevinst ved eiendomssalg. I tillegg er inntekter og kostnader prisjustert.

VEDLEGG 3: Tabell 4 - Investeringer

Oslo universitetssykehus HF (TNOK)	Estimat 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bygg	228 181	670 300	590 210	955 307	1 691 867	1 691 867	1 465 450	70 000
IKT	-	347 650	233 250	328 500	388 000	511 000	501 000	375 000
MTU	176 661	266 500	234 690	234 598	275 404	275 404	275 404	120 000
Andre	58 501	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Totale investeringer	463 344	1 324 450	1 098 150	1 558 404	2 395 271	2 518 271	2 281 854	605 000

Videreføring ordinær drift	Estimat 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bygg	78 181	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
IKT - lokalt finansierte		57 300	57 563	84 750	91 500	130 250	125 250	90 000
MTU	176 661	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
Andre	58 501	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Sum	313 344	287 300	287 563	314 750	321 500	360 250	355 250	320 000

Dag 4 Prosjekt OUS arealtiltak	Estimat 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bygg og MTU	150 000	700 000	500 000	150 000	-	-	-	-

Dag 5 lands- og regionfunksjoner	Estimat 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bygg og MTU ¹⁾	-	46 800	134 900	849 904	1 777 271	1 777 271	1 550 854	-

IKT	Estimat 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
investeringer	-	290 350	175 688	243 750	296 500	380 750	375 750	285 000

1) Utgifter på 45 mill. kroner til riving av bygninger som ikke skal gjenbrukes eller avhendes er klassifisert som driftskostnad i 2018.

VEDLEGG 3: Tabell 5 - Kontantstrøm

Oslo universitetssykehus HF (TNOK)	Faktisk 2010	Estimat 2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Årsresultat	-	-	-800 000	-800 000	-400 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Resultatposter uten kontanteffekt	-	-	243 725	232 934	251 700	277 463	273 905	241 612	313 362
Likviditetsstrøm fra drift	-	-	-556 275	-567 067	-148 301	377 463	373 905	341 612	413 362
Likviditetsstrøm fra investeringer	-	-	-976 800	-864 900	-1 229 904	-2 007 271	-2 007 271	-1 780 854	-230 000
Likviditetsstrøm fra finansiering	-	-	695 230	588 824	935 115	1 731 043	1 731 978	1 546 349	-136 478
Utgående likviditetsbeholdning	-2 671 335	-3 248 235	-4 086 080	-4 929 223	-5 372 312	-5 271 076	-5 172 464	-5 065 357	-5 018 472

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehuservice

Vedlegg: Ingen

SAK 52/2011: **BESLUTNINGSSAK**
****SALG AV EIENDOM****

FORSLAG TIL VEDTAK:

1. Styret vedtar salg av eiendommene:

Nedre Ullevål 5, gnr. brnr. 47/235 i Oslo kommune

Gaustadveien 21C, gnr. brnr. 42/212 i Oslo kommune

Hegreveien 3, gnr. brnr. 82/26 i Frogn kommune

2. Styret ber administrerende direktør om å iverksette gjennomføringen av salgene.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1. SAMMENDRAG

I denne saken fremmes forslag til salg av 3 eiendommer som vil kunne realiseres i 2011:

- Boligeiendom i Nedre Ullevål 5 i Oslo kommune
- Barnehage i Gaustadveien 21C i Oslo kommune
- Institusjonsbygg i Hegreveien 3 i Frogn kommune

Nedre Ullevål 5 er en boligeiendom som har vært utleid til medisinske studentforeninger og benyttet til ulike velferdsaktiviteter. Eiendommen har aldri vært benyttet som personalbolig. Leieforholdet er utløpt. Eiendommens verdi er vurdert til 6,5 mill kroner.

Gaustadveien 21C utgjør Hompetitten barnehage er utleid til Stiftelsen Kanvas. Kanvas har avtale med Oslo universitetssykehus HF om drift av barnehageplasser for sykehusets ansatte til 31.12.2012 med opsjon på 2 års forlengelse. Et salg vil ikke berøre sykehusets løpende avtaler med Kanvas AS. Det arbeider ingen ansatte ved Oslo universitetssykehus HF i barnehagen. Eiendommens verdi er vurdert til 8,5 mill kroner.

Hegreveien 3 benyttes som klinikk for rusavhengige inntil virksomheten fraflytter lokalene i juni 2011 (og inn i lokaler på Sogn). Eiendommen vil da være ledig. Oslo universitetssykehus HF vil etter utflyttingen ikke lenger ha bruk for eiendommen. Eiendommens verdi er vurdert til 5,5 mill kroner.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Salget inngår i Oslo universitetssykehus HF sin strategi for å bedre likviditetssituasjonen ved foretaket og for å bedre resultatet. Det er dessuten i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin strategi om arealeffektivisering ved å avhende eiendommer som ikke er nødvendig for foretakets virksomhet og strategiske planer.

Administrerende direktør ser ingen hindringer i å anbefale gjennomføring av salg av eiendommene. I henhold til foretaksprotokoll 24.11. 2010 (Oslo universitetssykehus HF) og budskap angående salg av eiendom, vil de berørte kommuner bli informert før salg avsluttes. Det er for øvrig ingen problemstilling i forhold til ansatte som leietakere som skal hensyntas i saken.

Foretaket vil søke å oppnå høyest mulig pris i markedet og vil forholde seg til styrevedtak i Helse Sør-Øst RHF (sak 022-2207 og 093-2009) slik at frigjorte midler skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller til investeringer.

Salg av fast eiendom verdsatt til 10 mill kroner eller mer er regulert i helseforetakloven § 31. Vedtak om salg av fast eiendom treffes av foretaksmøtet i Oslo universitetssykehus HF etter forslag fra styret. I henhold til vedtektene kan styret i helseforetaket beslutte salg av eiendommer under 10 mill kroner, jf Helseforetakloven § 31 (siste setning). Samtlige eiendommer er vurdert å ha en verdi under nevnte fullmaktsramme og det betyr at det er styret i Oslo universitetssykehus HF som kan beslutte vedtak om salg av disse eiendommene.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg:

**SAK 53/2011: BESLUTNINGSSAK
 SLUTTRAPPORT AV BYGGEPROSJEKTER MED
 INVESTERINGSMIDLER FRA REGJERINGENS
 TILTAKSPAKKE**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar sluttrapport av byggeprosjekter med investeringsmidler fra regjeringens tiltakspakke til etterretning.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1. SAMMENDRAG

Saken gir en avsluttende og overordnet status av finansiering og kostnadsramme for prosjektporteføljen innenfor regjeringen tiltakspakke i regi av Oslo universitetssykehus HF. Prosjektene er avsluttet, bygningene med innhold er tatt i bruk og overført til Oslo sykehuservice for forvaltning og teknisk drift.

Tidligere beregninger viste et behov for finansiering av prosjektporteføljen på 189 mill kroner. Dette ble finansiert med 174,6 mill kroner i tilskudd fra Helse Sør-Øst RHF og 14,4 mill kroner i egenfinansiering i regi av sykehuset. Denne sluttrapport viser en underfinansiering på 1,5 mill kroner som håndteres innenfor den ordinære investeringsrammen for 2011. Tiltakspakken består av 10 prosjekter med rammer fra kr 4.5 mill kroner til 42.5 mill kroner. (Bevilgede summer inkl mva). Prosjektene er gjennomført etter forskjellige entreprisemodeller.

De 10 byggeprosjektene er:

- Felles mottak føde/gyn., Ullevål sykehus
- Forskningslab., dyrestall, Ullevål sykehus
- Fasade/tak. Kvinneklinikken, Ullevål sykehus
- Arytmi-lab., Rikshospitalet
- Nødstrømsaggregat, Radiumhospitalet
- Operasjonsstuer, Aker sykehus
- Midlertidig rusakutt, Aker sykehus
- Rusakutt Aker sykehus. Fase 1
- Rusakutt Aker sykehus. Fase 2
- Forbedring av Legevakten

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Styret har tidligere blitt orientert om framdrift og økonomi i prosjektene. Denne saken gir en endelig og overordnet status for budsjett og faktiske kostnader for prosjektene.

3. FAKTABESKRIVELSE

Vedlagte tabell gir oversikt over budsjett og påløpte investeringskostnader for prosjektene:

Prosjekt	Budsjetterte kostnader	Virkelig påløpte kostnader
Felles mottak føde/gyn	42 500	44 800
Forskningslab. Dyrestall	32 000	32 500
Fasade/tak. Kvinneklinikken	20 000	24 500
Arytmi-lab. Riksen	44 400	46 000
Nødstrømsaggregat. Radium	20 000	17 900
Operasjonsstuer. Aker	9 600	10 500
Midlertidig rusakutt. Aker	6 000	6 400
Rusakutt Aker.Fase 1	5 000	2 700
Rusakutt Aker.Fase 2	5 000	2 000
Forberding av Legevakten	4 500	3 200
Sum	189 000	190 500

Felles mottak. Føde/Gyn. Ullevål sykehus

Prosjektet omfatter tilbygg i to etasjer pluss to underetasjer i sørenden av bygg 8, Kvinneklinikken. Tilbygget inneholder poliklinikk i 1 etasje og administrasjon i 2 etasje. I tillegg er fødemottak oppusset i 1 etasje. Det er en overskridelse på kr 2.3 mill kroner.

Forskningslab. Dyrestall. Ullevål sykehus

Prosjektet omfatter ombygging/rehabilitering av 5 etasje (loftetasje) til kontor, laboratorier etc. I tillegg er det etablert en utvendig heis for inntransport av dyr til 5 etasje til forskning. Arealet utleies til Universitetet i Oslo. Prosjektet er gjennomført som planlagt innenfor tildelt budsjett.

Fasade/tak. Kvinneklinikken. Ullevål sykehus

Både tak og sør/øst fasaden var i meget dårlig tilstand. På grunn av omfattende lekkasjer på taket var isolasjon full av vann og måtte byttes. Store arealer på fasade sør/øst hadde falt av og måtte rehabiliteres. Fasaden er foret ut, isolert og kledd med ny kledning. Grunnet avdekket svak betongkonstruksjon og noen begrensninger i gjennomføringen knyttet til støynivå ble prosjektet 4,5 mill kroner dyrere enn budsjettert og noen måneder forsinket.

Arytmi-Lab. Rikshospitalet

Prosjektet omfatter etablering av tre stykker arytmistuer samt omlokalisering av laboratoriefunksjon til Rikshospitalet. Det er en overskridelse på kr 1.6 mill kroner i forhold til budsjettet. Årsaken til overskridelsen er i hovedsak at anskaffelser av utstyr ble besluttet sent i prosessen og medførte ekstra kostnader til omprosjektering og ombygging.

Nødstrømsaggregat. Radiumhospitalet

Prosjektet omfatter montasje av nytt strømaggregat på Radiumhospitalet. Prosjektet benyttet 2,1 mill kroner mindre enn budsjettert.

Operasjonsstuer. Aker sykehus

Prosjektet omfatter bygging/rehabilitering av operasjonsstuer på Aker. Prosjektet er gjennomført som planlagt, men med noe overskridelse av budsjett.

Rusakutt Aker sykehus fase 1 og 2

Prosjektet er gjennomført, men det ble budsjettet med noe for høyt investeringsnivå. Det reduserte investeringsnivået skyldes muligheten for etablering av rusakutt innenfor eksisterende bygningsmasse. Rusakutt fase 1 er en nyetablering av rusakutt og fase 2 samler disse funksjoner og skaper stordriftsfordeler.

Midlertidig rusakutt. Aker sykehus

Prosjektet er gjennomført i henhold til plan, men med noe overskridelse av budsjett.

Forbedring av legevakt

Prosjektet er gjennomført i regi av Oslo kommune og behovet for investeringsmidler ble noe lavere enn budsjettet.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Fagdirektør

Vedlegg:

1. Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus HF
2. Plan for hendelse brann/brannalarm
3. Plan for hendelse massetilstrømming av pasienter
4. Plan for hendelse svikt i elektrisk kraftforsyning
5. Plan for hendelse svikt i vannforsyningen
6. Plan for hendelse svikt i IKT systemer

SAK 54/2011: **BESLUTNINGSSAK**
****BEREDSKAPSPLAN****

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret godkjenner beredskapsplan for Oslo universitetssykehus HF.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1. SAMMENDRAG

Beredskapsplanen for Oslo universitetssykehus HF, (generell del versjon 2.0), ble godkjent i ledermøtet 1.mars i år og gjort gjeldende for hele virksomheten fra 15 mars da den ble implementert i foretaket.

Planen beskriver prinsippene for beredskapsarbeidet og oppbyggingen av planverket på alle nivåer i foretaket. Som grunnlag for beredskapsplanen ble det utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse. Denne er retningsgivende for hvilke situasjoner en skal ha beredskap for. Situasjonene omtales som "hendelser" og er utformet som detaljerte plandokumenter og inngår som vedlegg til den generelle planen. De viktigste hendelsene det er laget plandokumenter for er:

- Massetilstrømning av pasienter
- Brann
- Svikt i vannforsyning
- Svikt i elektrisk kraftforsyning
- Svikt i IKT systemer

Disse inneholder definisjon av hva som kan oppstå, konsekvenser for driften, tiltak og oppgavefordeling og ansvar. Beredskapsplaner på klinikknivå er for de fleste klinikker utarbeidet, og noen er under utarbeiding. På avdelingsnivå er mye av planverket basert på tidligere planer, men tilpasset ny planstruktur og prinsipper. Det er et kontinuerlig arbeid å oppdatere og komplettere avdelingsberedskapsplanene. Det er på dette nivået den reelle beredskap skapes. "Ryggraden" i et hvert beredskapssystem er varsling. Alle klinikkene har utpekt varslingspunkter som formidler varsel om beredskap internt i klinikkene. I tillegg benyttes tilgjengelige tekniske løsninger som callingsystemer og melding på virksomhetsportalen.

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Beredskapsplanen ivaretar helseforetakets ansvar og oppgaver for å kunne opprettholde hele eller prioriterte deler av pasienttilbudet ved beredskapssituasjoner og kriser. Planen bidrar til at hele foretaket opptrer enhetlig og koordinert ved beredskapssituasjoner. Den er basert på risiko- og sårbarhetsanalyser som forutsatt i lov og forskrift. Oppdatering og komplettering med hendelser, tiltak og spesialplaner vil være et kontinuerlig arbeid basert på erfaringer og vurderinger av nye risikoområder. Klinikker og avdelinger skal følge opp planverket på klinikk og avdelingsnivå.

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar beredskapsplanen.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte:	26. mai 2011
Saksbehandler:	Direktør stab fag og pasientsikkerhet
Vedlegg:	Retningslinjer inkludert mandat for Brukerutvalget Oslo universitetssykehus HF

**SAK 55/2011: **BESLUTNINGSSAK
RETNINGSLINJER INKLUDERT MANDAT FOR
BRUKERUTVALGET, OSLO
UNIVERSITETSSYKEHUS HF****

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret vedtar de foreslåtte retningslinjene med mandat for brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF for perioden 2011-2013.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

1. SAMMENDRAG

Formålet med saken er å legge fram forslag til justerte retningslinjer inkludert mandat for brukerutvalget til beslutning. Styret har tidligere vedtatt gjeldende retningslinjer med mandat for brukerutvalget (sak 21/2009, møte 21.01.2009). Ifølge disse skal mandatet evalueres før ny oppnevning av brukerutvalget, det vil si hvert annet år. Evaluering og forslag til nye retningslinjer har vært gjenstand for prosess i brukerutvalget (behandlet som sak 018/2011 i møte 27. april 2011).

2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Administrerende direktør ser det som avgjørende for god brukermedvirkning at brukerutvalget gjennom oppnevningssprosessen har legitimitet i brukerorganisasjonene og befolkningen generelt og at utvalget har et mandat som grunnlag for sitt arbeid.

Selve mandatet er i all hovedsak som tidligere. Det fremstår etter administrerende direktør sin vurdering nå mer pedagogisk utformet idet man har skilt mellom rolle og formål.

Følgende punkt er endret:

- ”Utvalget oppnevnes av styret i Oslo universitetssykehus HF og har til sammen inntil 14 medlemmer som er personlig oppnevnt på bakgrunn av sine erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.”

Kommentar:

Det foreslås en økning fra 12 til 14 medlemmer med begrunnelse i at brukerutvalgets medlemmer bidrar med brukermedvirkning til prosjekter, råd og utvalg som oppnevnes av Oslo universitetssykehus HF. I en omfattende omstillingsprosess er det stor etterspørsel etter brukerrepresentanter og for at det ikke skal bli for stor belastning på den enkelte, bør utvalget ha et tilstrekkelig antall medlemmer. Brukerutvalget har fungert med inntil 14 medlemmer i perioden 2009 – 2011.

Følgende punkter er nye:

- ”Administrerende direktør har fullmakt til å oppnevne nye medlemmer i perioden dersom noen fratrer.”
- ”Medlemmer i brukerutvalget bør ikke samtidig være medlem i brukerutvalg ved andre helseforetak innenfor Helse Sør-Øst eller private sykehus med driftsavtale.”
- ”Medlemmer i brukerutvalget bør ikke være ansatt i helseforetak.”

- ”Ved eventuell dobbel representasjon eller habilitetsproblemer, er medlemmet selv ansvarlig for å fremlegge eventuell habilitetskonflikt for utvalget. Utvalgets leder skal være orientert om dette i forkant, og kan for øvrig avgjøre eventuelle habilitetsproblemer ved bruk av skjønn.”
- ”Brukerutvalgets medlemmer skal for øvrig følge alminnelige etiske regler i samfunnet.”

Administrerende direktør vurderer at de foreslåtte endringene i mandatet gir et godt grunnlag for brukerutvalgets arbeid og tilrår at styret vedtar mandatet slik det er foreslått.

Retningslinjer med mandat for brukerutvalget i Oslo universitetssykehus HF

Forslag lagt fram i styremøte 26. mai 2011

1 Overordnede føringer

I lovgrunnlag, vedtekter og styringsdokument kreves det at det etableres gode ordninger for brukermedvirkning på ulike nivå: Helseforetaksloven og vedtekter for Oslo universitetssykehus HF hjemler brukernes rett til medvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudet.

Vedtektene omhandler medvirkning for pasienter og pårørende og fastslår styrets plikt til å påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrerorganisasjoner i helseregionen blir hørt. Videre skal styret også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i planleggingen og i driften av virksomheten.

Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalget er blitt forelagt meldingen før denne sendes Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF ønsker å gjøre Helse Sør-Øst til et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning, og Oslo universitetssykehus HF er en viktig bidragsyter i dette arbeidet. Brukerutvalget er en sentral aktør i arbeidet med å realisere dette målet.

2 Oppnevning / konstituering

Oslo universitetssykehus HF ønsker en bred representasjon i brukerutvalget som er sammensatt etter følgende kriterier:

Alle virksomhetsområder er representert. Det legges særlig vekt på at de nasjonalt prioriterte pasientgruppene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig representert i utvalget.

Det legges videre vekt på representasjon fra brukergrupper med bred erfaring innen kreftomsorgen, pårørendeperspektivet, med særlig vekt på foreldre til syke barn samt at eldre og etniske minoriteter er representert.

Alminnelige prinsipper for kjønnsmessig og geografisk representasjon ivaretas.

Kandidater til brukerutvalget foreslås fra sammenslutningene av brukerorganisasjonene FFO, SAFO, Kreftforeningen, organisasjoner med virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og fylkeskommunale eldreråd. For å nå nasjonale føringer om representasjon for prioriterte pasientgrupper i brukerutvalget kan andre organisasjoner enn de som er nevnt over forespørres. Sammensetningen må gjenspeile bredden i Oslo universitetssykehus HF sitt ansvarsområde.

Utvalget oppnevnes av styret i Oslo universitetssykehus HF og har til sammen inntil 14 medlemmer som er personlig oppnevnt på bakgrunn av sine erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Brukerutvalget konstituerer seg selv, leder og nestleder velges for funksjonsperioden.

Brukerutvalgets funksjonstid er 2 år. Medlemmer til brukerutvalget kan re-oppnevnes, dersom de foreslås på nytt fra egne organisasjoner. Administrerende direktør har fullmakt til å oppnevne nye medlemmer i perioden dersom noen fratrer.

3 Mandat

Brukerutvalgets rolle

Brukerutvalget skal være et rådgivende organ for styret og administrasjonen i saker som angår tilbudet til pasientene. Brukerutvalget skal ikke behandle enkeltsaker. Brukerutvalget skal videre:

- arbeide for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonshemming
- arbeide for god samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå
- bidra til god medvirkning fra pasienter, deres pårørende og deres organisasjoner på alle nivå i spesialisthelsetjenesten

Brukerutvalgets formål

Brukerutvalgets oppgaver er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene. Mer spesifikt:

- bidra i plan - og budsjettprosesser og i arbeidet med årlig melding
- ta initiativ til å fremme saker av betydning for pasienter og pårørende
- avgi høringsuttalelser til planer og utredninger
- uttale seg i styresaker som utvalget finner relevante
- bidra med brukermedvirkning til prosjekter, råd og utvalg som oppnevnes av Oslo universitetssykehus HF
- delta som observatører i styrets møter med anledning til å uttale seg i saker som angår pasienttilbudet
- medvirke med innspill til pasientundersøkelser og kvalitetsarbeid.

Mandatet evalueres før ny oppnevning av brukertutvalget, det vil si hvert annet år.

4 Habilitet og konfidensialitet

- Medlemmer i brukertutvalget kan ikke samtidig ha økonomiske interesser/eierinteresser i virksomheter med forretningsmessige bindinger til Oslo universitetssykehus HF.
- Utvalgets medlemmer eller andre som eventuelt deltar i utvalgets behandling har taushetsplikt om de forhold som etter bestemmelser i forvaltningslovens (jfr § 13) og personopplysningsloven (jfr §1-3) er taushetsbelagte. Utvalgets leder eller den som innkaller til møter, kan for øvrig pålegge taushetsplikt i saker hvor det er hjemlet i lov.
- Medlemmer i brukertutvalget bør ikke samtidig være medlem i brukertutvalg ved andre helseforetak innenfor Helse Sør-Øst eller private sykehus med driftsavtale
- Medlemmer i brukertutvalget bør ikke være ansatt i helseforetak
- Ved eventuell dobbel representasjon eller habilitetsproblemer, er medlemmet selv ansvarlig for å fremlegge eventuell habilitetskonflikt for utvalget. Utvalgets leder skal være orientert om dette i forkant og kan for øvrig avgjøre eventuelle habilitetsproblemer ved bruk av skjønn.
- Brukerutvalgets medlemmer skal for øvrig følge alminnelige etiske regler i samfunnet.

- **5 Administrasjon, arbeidsform og kompetanse**

Møter ledes av brukerutvalgets leder, eller dennes stedfortreder.

Oslo universitetssykehus HF sørger for sekretærfunksjon.

Brukerutvalget skal innenfor budsjettrammen ha minst 8 møter i året, herav minst ett fellesmøte med styret og ett fellesmøte med foretaksledelsen.

Administrasjonen, utvalgets leder og øvrige medlemmer kan foreslå saker til utvalget.

Oslo universitetssykehus HF er representert i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller dennes representant fra foretaksledelsen.

Brukerutvalget forelegges rullert oversikt over årsplaner for styret og årsplan for planleggings- og rapporteringsarbeidet i Oslo universitetssykehus HF som grunnlag for eget arbeid.

Referat godkjennes av utvalgets leder før utsendelse og godkjennes endelig i brukerutvalget på påfølgende møte i Brukerutvalget. Møtoreferat/protokoll legges ut på nettsiden så snart som mulig.

Årsrapport fra brukerutvalget skal innarbeides i årlig melding for Oslo universitetssykehus HF.

Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller etter avtale med leder.

Alle brukerrepresentanter skal gjennomføre kursopplegg utarbeidet for brukerrepresentanter. Oslo universitetssykehus HF dekker kostnadene med opplæring for utvalgets medlemmer. Oslo universitetssykehus HF sørger for opplæring om virksomheten, dets organisering, oppdragsdokumenter, planprosesser og eventuelle andre styrende dokumenter. Opplæringsprogram utarbeides av brukerutvalget og Oslo universitetssykehus HF i fellesskap.

6 Økonomi

Det utarbeides budsjett for brukerutvalget, og som endelig fastsettes av styret i forbindelse med den årlige budsjettbehandlingen. Beløpet skal dekke reise- og møtegodtgjørelse, kostnader i forbindelse med dialogkonferanser og andre aktiviteter som seminarer, kurs o.l.

Reisegodtgjørelse og medgått tid i møter dekkes etter statens satser, spesifisert i eget reglement. Dessuten dekkes dokumentert tap av arbeidsinntekt, utgifter til nødvendig ledsager og tolk, samt nødvendig hjelp i hjemmet etter nærmere avtale.

6 Evaluering

Brukerutvalget evaluerer sitt arbeid og gir innspill til reviderte retningslinjer og mandat for arbeidet hvert annet år.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak – Sakframstilling

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Administrerende direktør

Vedlegg: Oversikt og fortløpende presentasjon av saker og tema som gjelder drift og utvikling

**SAK 57/2011: ORIENTERINGSSAK
ADMINISTRERENDE DIREKTØRS
ORIENTERINGER**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 20. mai 2011

Siri Hatlen

Styremøte 26. mai 2011

Administrerende direktørs orienteringer

1. "Rikets tilstand"

Midt inne i krevende prosesser har Oslo universitetssykehus hatt en flott revypremiere tirsdag 3. mai. "Stolthet og fordom" var sykehusets første revy i Oslo universitetssykehus og tematikken var preget av fusjon og omstilling, men det var også god plass til sykehushverdagen. Alle som har sett forestillingen har nok vært litt mer glad i og stolt av arbeidsplassen sin når de har forlatt Chat Noir!

Rundt 50 sceneglade sykehusmedarbeidere har jobbet med revyen i over ett år og investert mange timers fritid på å bygge en god kultur innad i revyensemblen med nye kollegaer. På scenen fant vi et Oslo universitetssykehus i miniatyr, hvor alle klinikker var representert fra mange av våre ulike yrkesgrupper. En særlig takk rettes til revystyret ved Eli Haukeland, Gunhild-Sofie Skybak, Nina Gausdal Try og Per Magnus Mæhle - og så håper vi på flere revyer i framtiden.

Hyggelig var det også at TV2-serien "Livet på vent" fikk Gullruten i klassen "Beste dokumentar – eller faktaserie" fredag 13. mai. Serien var et samarbeid mellom Nordisk Film og Oslo universitetssykehus og hvor 15 pasienter ble fulgt gjennom et halvt år mens de ventet på at et organ skal bli tilgjengelig. Pasientene ble fulgt også mens de var på sykehuset til operasjon.

Serien skapte stort engasjement rundt organdonasjon i vinter og håp om at enda flere vil si ja til organdonasjon når de blir spurt. Statistikken over organdonasjoner og transplantasjoner i 1. kvartal 2011 viser at 83 % av pårørende, på avdødes eller egne vegne, har sagt ja til donasjon pr. 31. mars 2011. Det ble i årets tre første måneder meldt inn 67 potensielle donorer. Av disse er 35 donorer realisert. Tilsvarende tall for 2010 var 60 meldte potensielle donorer og 20 realiserte donorer. Totalt er det i årets tre første måneder transplantert 154 organer til 133 pasienter

2. Drift

- **Psykisk syke barn/psykotiske barn. Barn med rusproblemer**

Det vises til Marianne Borgens mail av 15.04.11 med spørsmål knyttet til tilbudet for psykisk syke/psykotiske barn. Spørsmålet berører grenseflaten mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien.

Fra Klinikk psykisk helse og avhengighet vurderes døgntilbudet for barn innen psykisk helsevern å ha tilstrekkelig kapasitet. Klinikkenes barneavdeling driftes på 5-døgns basis, dvs. at den er stengt i helgene. Det er faglig viktig at barn som legges inn i en barnepsykiatrisk spesialisert avdeling til utredning og igangsetting av behandling har en fast omsorgsbasis utenfor sykehuset, blant annet fordi det er uheldig for barn å bli heldøgns institusjonalisert i sykehus. Våre spesialiserte tjenester kan videreføres i omsorgsbasene gjennom veiledning til de ansatte, og barna får tilbud om poliklinisk eller dagbasert behandling. Som følge av overføringen av opptaksområder til Ahus gjennomføres nå en omstilling der barneavdelingen med 5-døgnsdrift videreføres, men i mindre

volum pga redusert opptaksområde.

Det har vært gjennomført et prosjekt mellom Barne- og familieetaten i Oslo kommune og klinikkens Senter for psykisk helse, barn og ungdom for å se på nye arbeidsmetoder mellom barnevern og barnepsykiatri. Prosjektrapporten blir klar i juni, og Oslo universitetssykehus vil da vurdere videre oppfølging av dette arbeidet.

- **Dialog med Helse Sør-Øst RHF**

Den siste tiden har det vært flere treffpunkt med Helse Sør-Øst. Adm. direktør Bente Mikkelsen og deler av administrasjonen møtte en samlet ledergruppe til kontaktmøte mandag 2. mai hvor fokus var gjensidig dialog omkring sykehusets situasjon. Ledergruppens medlemmer benyttet anledningen til egne innlegg og åpen diskusjon og vil benytte seg av Bente Mikkelsens oppfordring til å invitere henne tilbake til videre dialog.

Helse Sør-Øst innkalte ledelsen i Oslo universitetssykehus, Ahus og Vestre Viken til møte tirsdag 10. mai hvor tema var bemanningssituasjonen i hovedstadsområdet og på hvilken måte Helse Sør-Øst kan og bør bidra i arbeidet. Andre tema var utviklingen i ventetider og fristbrudd og Samhandlingsarena Aker. Helse Sør-Øst har besluttet å innkalle administrerende direktører og styreleder/nestleder fra henholdsvis Oslo universitetssykehus, Ahus og Vestre Viken til møter hver 14. dag fremover vedrørende situasjonen i Hovedstadsområdet.

I styremøte til Helse Sør-Øst RHF torsdag 12. mai deltok styreledere og administrerende direktører ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF for å orientere om driftssituasjonen og måloppnåelse i forhold til de fem målene inklusiv reduksjon av ventetid. Det ble særlig lagt hvilke tiltak som gjennomføres for å sikre et økonomisk resultat i tråd med vedtatt budsjett.

- **Revidert nasjonalbudsjett 2011**

Regjeringen la frem sitt forslag til revidert nasjonalbudsjett for 2011 (Prop. 120 S 2010-2011) fredag 13. mai. Forslaget innebærer ikke ny fritt disponibel likviditet til Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus får 25 millioner kroner for å innhente tillatelser for å sikre data fra Kreftregisterets screeningprogram. Utover dette nevnes at det er lagt inn en økning i basisbevilgningen etter at nye bergninger for 2011 tilsier økt pensjonskostnad. Økningen skal brukes til å nedbetale gjeld. Kompensasjonen vil styrke egenkapitalen i foretaket, men har ingen likviditetseffekt. Som følge av en beregningsfeil i budsjettet forhøyes rammen for poliklinisk behandling. Justeringen vil skje mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet og har ingen praktisk betydning for foretakene.

3. Organisering og utvikling

- **Status strategisk utviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus**

Arbeidet med å lage en samlet plan for dimensjonering og lokalisering av Oslo universitetssykehus sin virksomhet i perioden frem til 2025 er planlagt å vare gjennom hele 2011. Første fase som er kartlegging av nåtilstand er fullført etter tidsplanen. Ledergruppen arbeider med noen overordnede strategiske avklaringer som følger av oppdraget fra Helse Sør-Øst i styrevedtak 108/2008 (hvor mange hovedlokalisasjoner skal Oslo universitetssykehus være på i 2025, hvordan utvikle og lokalisere regionsfunksjoner og hvordan utvikle en tydelig lokalsykehusfunksjon). Parallelt med dette arbeider fire grupper sammensatt av fagfolk innen somatikk, psykisk helse og rus, ikke-

medisinsk service (OSS) og forskning/utdanning med faglig kvalitetssikring av de forutsetninger for utvikling som legges inn i planen. Det har vært orientert om arbeidet i brukerutvalg og dialogmøte med tillitsvalgte.

Første versjon av strategisk arealutviklingsplan foreligger nå, og planlegges presentert for styret i junimøtet. Frem til det startes konkretisering av alternative lokaliseringer (mulighetsstudier). I første omgang skisseres løsninger der hovedvirksomhet er lokalisert tre steder (Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål), men også et alternativ der Radiumhospitalet på lang sikt flyttes sammen med andre høyspesialiserte lands- og regionsfunksjoner på Rikshospitalet. En tredje mulighet som beskrives er en felles lokalisasjon. Alternativene beskrives i forhold til arealmessige muligheter, investeringsbehov og effekt på driftsøkonomi.

- **Status fusjon av Klinikk for kreft og kirurgi og Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi**

I vinter ble det igangsatt et prosjekt for å slå sammen Kreft- og kirurgiklinikken og Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi. Prosjektets oppdrag var å legge fram et forslag til organisering av én samlet klinikk, som består av alle organisasjonsenhetene i de to nåværende klinikkene. En organisatorisk sammenslåing av de to klinikkene må utformes på en slik måte at de strategiske målene i HSØs styrevedtak 108-2008 understøttes. Modellen for den sammenslåtte klinikken må bidra til å styrke og forbedre kjernevirksomheten og utnytte synergier innenfor pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring og gi grunnlag for en mer effektiv ressursutnyttelse samlet sett. Det var i mandatet også forutsatt at enheter som i dag fungerer godt i hver av klinikkene og som er i samsvar med målsettinger og krav til den fusjonerte klinikken, videreføres som nå, og at en sammenslåing av klinikkene er en sammenslåing av to likeverdige parter.

Fusjonsprosjektets forslag fra april er nå under behandling av den nye klinikkens interimsledelse. Det foretas risikovurderinger av forslagene til en samlet organisasjonsmodell i samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte.

På en del virksomhetsområder legges det opp til endringer i og omorganiseringer av avdelinger, mens andre områder i liten grad vil være direkte berørt av fusjonen. Interimsledelsen vil legge fram sitt forslag til organisering av den samlede klinikken i siste halvdel av mai.

Forslaget vil bli drøftet med tillitsvalgte og vernetjeneste før endelig vedtak fattes i første halvdel av juni. Det tas sikte på at den nye klinikken formelt etableres fra 1. juli 2011.

- **Endringer i direktørens stab (inkl. IKT-avdelingen)**

Direktørens stab gjennomførte kutt på 20% ved sammenslåing av de tre sykehusene i 2010 og legger nok en gang opp til betydelige kutt i forbindelse med tiltak for å oppnå budsjettbalanse. Prosessen har medført en grundig gjennomgang med stabsdirektører og legger opp til både reduksjon i antall stillinger og strukturelle endringer for å kompensere kutt i størst mulig grad. Dette gjøres ved å spisse stabenes organisering og funksjoner, for best mulig ivaretagelse av prioriterte arbeidsoppgaver og for å redusere risikoen ved gjennomføring av foreslåtte tiltak.

Tiltakene vil medføre redusert bemanning på alle stabsenhetene og i tillegg blir det gjennomført kutt i driftskostnader som for eksempel avvikling av sykehusets Magasin og organisatoriske endringer som samling av ressurser på tvers av staber for bla sekretærtjenesten og controller/økonomifunksjoner i Direktørens stab. Det er også etablert en dialog mellom IKT-avdelingen og Stab økonomi mht fremtidig organisatorisk løsning for "Leverandør- og avtalestyring" med ansvar for bestiller og avtaleverk med Sykehuspartner, lagt inn under Stab Økonomi og finans. Parallelt er det allerede er i gang betydelige omorganisering i nylig sammenslåtte Medisin og pasientsikkerhet og prosessen med omorganisering av IKT-avdelingen har startet.

Summen av disse endringene vil medføre at Direktørens stab desimeres og vil fremstå med mer

hensiktsmessig fokus på strategiske oppgaver i tiden fremover. Risikoen ved å kutte stabene i tråd med det som er anbefalt ansees som akseptabel men vil øke arbeidsbelastningen på stabsapparatet ytterligere. Stabene må i etterkant av nedbemanningen foreta en gjennomgang av egne arbeidsoppgaver for å sikre prioritering av arbeidsoppgaver i tråd med sykehusets samlede behov.

4. IKT systemer

- **Felles klinisk informasjonsgrunnlag – lukket behandling**

5. Samarbeid med eksterne

- **Dialogen med de ideelle private sykehusene i Oslo**

Lovisenberg diakonale sykehus

I dialog med ledelsen er det blitt enighet om at avtalen om å beholde lokalsykehusfunksjonen for Sagene bydel på Lovisenberg forlenges. Lovisenberg har ikke ledig kirurgisk kapasitet, men har tilbudt senger til medisinske pasienter. Lovisenberg ønsker å overta lokalsykehusfunksjonen indremedisin for Bjerke bydel. Se brev datert 12.04.2011 (vedlegg). Forslaget må konsekvens- og risikovurderes av Oslo universitetssykehus etter at Medisinsk klinikk har anført at dette kan medføre dårligere og dyrere drift i gjenværende klinikk samt at klinikken ikke har behov for sengekapasitet for å få til sin flytting fra Aker til Ullevål. Betydningen av frigjøring av om lag 20 senger må derfor vurderes i forhold til i hvilken grad det er mulig at det kan løse kapasitetsutfordringer innen andre fag og pasientgrupper. Den mer fullstendige vurdering av dette må foreligge i løpet av juni måned

Diakonhjemmet sykehus

I dialogen med Diakonhjemmet fremkom det at de ikke hadde ledig kapasitet bortsett fra at de kunne øke noe når det gjaldt eldre pasienter med hoftebrudd. Vi ble enig om å innlede en dialog om dette og hva de kunne få i bytte når vi overtar akutt kirurgi og noe kreftkirurgi i henhold til regional kreftplan. Målet er å bruke deres kapasitet fullt ut. Det er opprettet to partssammensatte arbeidsgrupper i henholdsvis ortopedi og gastrokirurgi. Begge arbeidsgruppene skal levere ultimo mai og det kan gis muntlig en oppdatert status på dette arbeidet i styremøtet.

- **Aker som samhandlingsarena – status og arealdisponering**

Det legges opp en presentasjon i møte vedrørende arealdisponering.

Bestilling om samhandlingsarena Aker har sin forankring i protokoll fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF 11. november 2010 hvor det ble fattet følgende vedtak:

- ”1. Aker sykehus skal utvikles til en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune med tilbud til for eksempel pasienter med rehabiliteringsbehov, livsstilssykdommer, kroniske lidelser, psykiske problemer og rusmiddelavhengighet, samt eldre med sammensatte lidelser og mennesker i livets slutfase.
2. Ved planlegging av hvilke polikliniske spesialisthelsetjenester som skal være ved Aker sykehus, så skal det legges vekt på å understøtte Aker sykehus som samhandlingsarena.
3. Rusakutten som ble åpnet i august i år og avgiftningsenheten som er under etablering, danner et godt grunnlag for videre utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige ved Aker sykehus.
4. Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF forutsettes å videreføre et godt og

forpliktende samarbeid med Oslo kommune for videre å planlegge og konkretisere de fremtidige tjenestene ved Aker sykehus. Forpliktende plan for framtidige tjenester ved Aker sykehus skal utvikles i samarbeid med Oslo kommune, og status i arbeidet rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet innen 20. januar.”

I brev datert 16.02.2011, legger Helse Sør-Øst RHF til grunn at Oslo kommune skal lede prosjektet, ”det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF inntar en ledende rolle på vegne av deltakende helseforetak og sykehus” og ”Det forutsettes at både Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet deltar og bidrar i realiseringen av samhandlingsarena Aker.”

I tråd med føringene er det etablert et nært samarbeid med Oslo kommune om utvikling av Aker som samhandlingsarena. Oslo universitetssykehus har deltatt aktivt i dialogen om organiseringen av prosjektet og i utviklingen av flere av de tilbudene Oslo kommune planlegger i den første fasen og Oslo kommune vil om kort tid legge fram forslag til organisering av prosjektet ”Samhandlingsarena Aker”.

Så langt har Oslo universitetssykehus invitert de øvrige sykehusene til dialogmøter om mulige aktiviteter på Aker. Særlig Sunnaas har vist stor interesse for å bidra i utviklingen av Aker som en rehabiliteringsarena og har fremmet flere konkrete forslag. Oslo universitetssykehus vil fortsatt invitere til en tett dialog knyttet til arbeidet i styringsgruppe og ulike prosjekter knyttet til prosjektet Samhandlingsarena Aker. Oslo universitetssykehus har bedt Helse Sør-Øst RHF avklare om man vil gi Oslo universitetssykehus i oppdrag å opprette og gi tilbud til også til pasienter fra de bydeler Ahus har ansvar for, eller om Ahus skal ivareta dette ansvaret på Aker.

I tillegg til samarbeidet med Oslo kommune og de øvrige sykehusene i Oslo, planlegger Oslo universitetssykehus å etablere 60 senger for rehabilitering på Aker. Dette vil over tid kunne utvikles til en samhandlingsarena mellom sykehus og kommunen for pasienter med rehabiliteringsbehov jfr. styresak 49. Sykehuset vurderer også å etablere et DPS på Aker. Dette vil kunne representere en viktig styrking av det samlede tilbudet til pasienter med psykiske problemer og/eller rusavhengighet. Også for eldre med sammensatte lidelser og mennesker i livets slutfase kan dette være viktig faglig støtte i det samlede tilbudet. Det er også under utvikling polikliniske tilbud i et samarbeid mellom Oslo kommune og sykehuset. Dette vil ytterligere understøtte utviklingen av Aker som samhandlingsarena.

- **Storbylegevakt, status**

Oslo kommune og Helse Sør-Øst laget november 2008 en rapport om Fremtidens Storbylegevakt i Oslo. Denne har dannet basis for en bystyresak. I tillegg foreligger to rapporter fra PWC: Beslutningsnotat – anskaffelsesstrategi og Lokalisering av ny Storbylegevakt. Prosjektet Innholdsprosjektet storbylegevakt bygger på vedtak i bystyret oktober 2010 (bystyresak 362/10) og er et fellesprosjekt vedrørende innhold/funksjon vedtatt på et møte i desember 2010 mellom Oslo kommune, Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus. Oslo kommune står for byggeprosjektet.

Det er nedsatt en styringsgruppe, en prosjektgruppe og en rekke arbeidsgrupper innen: Allmennelegevakt/Skadebehandling/Rus, sosiale tjenester og psykiatri/Fellesfunksjoner (sikkerhet, drift, IKT mv)/Andre Oslo kommune virksomheter i bygget/Andre Oslo universitetssykehus virksomheter i bygget.

Oslo universitetssykehus er god representant i prosjektet med ledere, klinikere, tillitsvalgte og brukere. Prosjektet har en stram tidsramme, skal levere før sommeren. Det er en utfordring for Oslo universitetssykehus at vårt arbeid med langtidsstrategi fullføres først i desember 2011. Spesielt utfordrende er spørsmålet om andre OUS virksomheter i bygget. Det må og sies at mulighetsrommet her først avklares når byggets totalareal er avklart og storbylegevaktens og andre OK virksomheter i byggets arealbehov er avklart. Prinsippene må vel være at det er virksomheter som det er driftsmessige og faglige fordeler av at er nært storbylegevakten som prioriteres. Dette forholdet endres når legevakten plasseres ved Ullevål sykehus. Ortopedisk klinikk, som har drift på legevakten nå, har store ønsker. Hvis denne driften ikke skal fortsette i lokaler sammen med legevakten så må vi ha andre planer klare for driften når de må flytte ut.

Prosjektet skal og utrede innholdet i Legevaktsbase på Aker og i den forbindelse samarbeide med Prosjekt Samhandlingsarena Aker.

Når prosjektet har levert skal Oslo kommune sitt prosjekt: Prosjekt etablering av Storbylegevakt (Oslo universitetssykehus har observatør i styringsgruppen) stå for planlegging og utføring av bygging. Siden Oslo kommune ønsker OPS (offentlig privat samarbeid) vurdert brukt har Helse Sør-Øst bestemt at Oslo universitetssykehus kun kan være leietaker i bygget. Oslo kommune har oppnevnt Jon Ørstavik som kommunens prosjektkoordinator.

6. I arbeidsgiverrollen

- **Status etterlevelse av arbeidsmiljølovens arbeidstidsreguleringer. Oppfølging av brev fra Helse Sør-Øst datert 28. 03**

I møte 31. mars 2011 ble styret orientert om etableringen av regime for oppfølging og rapportering av overtid ved Oslo universitetssykehus HF (sak 29/2011). Overtid skal i henhold til retningslinjene følges opp månedlig i linjen og tiltak vurderes og gjennomføres i klinikkene. Klinikkleidelsen og klinikk AMU har et særskilt ansvar med hensyn til oppfølgingen og klinikkens utfordringer samlet.

Retningslinjene for oppfølging og rapportering av overtid er implementert og følges i linjen. I klinikkene er det gjennomført månedlige overtidsrapporter på timeforbruk og rapport på brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser i linjen, samt vurdert og utarbeidet tiltak for å unngå overtidsbruk.

Rapportert overtid følges videre opp gjennom ledelsens gjennomgang med klinikkene og i sentralt AMU. Klinikkerne har i ledelsens gjennomgang for første tertial 2011 presentert tiltak som vil følges opp i ledelsens gjennomgang videre. Det rapporteres at det økte fokuset på overtid og brudd har gitt positive utslag. Tertialrapport behandles i sentralt AMU i juni 2011.

Retningslinjer for tilkalling av personale som genererer variabel lønn (ekstravakter og innleie) er også utarbeidet og presenteres som et tiltak under sak 49/2011.

- **Orientering om lønnsoppgjøret – lukket møte**

Muntlig redegjørelse gis i styremøtet.

7. Revisjon

- **Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav fra Helse Sør-Øst RHF. Revisjon 6. juni i foretaket, møte med styret i styremøte 23. juni**

Styret er tidligere orientert om ovennevnte revisjon som omfatter alle helseforetakene. (Styremøte 24.11.2010, sak 147/2010, styremøte 31.03.2011, sak 31/2011). Revisjonen omfatter både styrets ansvar og administrerende direktørs ansvar for å ivareta intern styring og kontroll i foretaket. Formålet med revisjonen er å kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer for å forankre, gjennomføre, rapportere og følge opp styringskrav fra eier som følger av lov- og regelverk, foretaksprotokoll og oppdrags- og bestillingsdokument.

Revisjonen er fortsatt i 2 fase, dagen for besøk fra Konsernrevisjonen for å gjennomføre intervju og bli vist hvordan opplegget i foretaket er har blitt utsatt, nytt tidspunkt av revisjonsdagen er mandag 6. juni.

Styret skal også involveres i revisjonen. Dette skjer i fase 3 hvor observasjoner og funn skal legges fram og drøftes med styret. Konsernrevisjonen vil møte hele styret i styremøtet 23. juni. I tillegg skal det gjennomføres egne samtaler med gruppen av ansattrepresentantene og med styreleder og administrerende direktør. Dette skjer 22. juni.

- **Revisjon av tilskuddordning for behandlingsreiser til utlandet OUS HF. Rapport utarbeidet av Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst**

På oppdrag fra Oslo universitetssykehus HF ble Konsernrevisjonen anmodet om å gjøre en revisjon av tilskuddsordning for behandlingsreiser til utlandet. Denne forvaltes av Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi. Bakgrunn for anmodningen kom fra klinikken selv ved Ledelsens gjennomgang i 2010.

Foreløpig presentasjon av funn ble gjort av Konsernrevisjonen 26.04.2011.

Det er gjort 18 observasjoner som tilhører kategorien vesentlige feil og/eller svakheter i intern styring og kontroll i prosessen som er kartlagt, og som det må settes i gang tiltak for.

27 observasjoner er merket gult; feil og/eller svakheter i intern styring og kontroll i prosessen som er kartlagt, og som det bør settes i verk tiltak for. Ikke alle feil og/eller svakheter ligger i Oslo universitetssykehus sitt ansvarsområde.

Innenfor de områder som er vurdert innen kategorien vesentlige feil og/eller svakheter er det initiert tiltak med umiddelbar implementering på følgende punkt: Fullmakt ved signering av kontrakter, avlønning av kombinasjonsstilling, avtale i forbindelse med raumaprogram for barn og, sikker oppbevaring av pasientopplysninger på behandlingsstedet.

Det er nedsatt en gruppe for å utarbeide fullstendig tiltaksplan. Denne er forventet ferdig i slutten av mai. Funn og tiltak vil bli presentert som egen styresak på møte 24.06.2011.

8. Eiendom

- **Status nybygg (forprosjektfase) akuttfunksjoner på Ullevål**

Det er levert en idfase/konseptfaserapport 15.04.2011 og det er søkt Helse Sør-Øst RHF om å få gå videre med en forprosjektfase. Det er så langt ikke gitt noen tilbakemelding fra HSØ, men det er ønskelig med styrebehandling i Helse Sør-Øst 16. juni slik at eventuell byggestart kan skje i løpet av sommeren gitt de nødvendige godkjenninger og styrebehandling i Oslo universitetssykehus 23.

juni. Planlagt gjennomføringstid fra byggestart er ca 18 mnd. Dette prosjektet understøtter flytting fra Aker av døgn/akutt.

- **Status disponering av eiendomsmassen og aktiviteter overfor reguleringsmyndighetene**

I denne saken gis en orientering om status for disponering av eiendomsmassen og aktivitet overfor reguleringsmyndighetene.

Bærum kommune vedtok å omregulere 5 bnr 1 i Lindelia 146 og Vallerveien 41-51 til offentlig formål rett etter salg. Dette vedtaket er påklaget. Avhengig av hvilke vedtak Bærum kommune treffer etter klage, vil helseforetaket gå i dialog med Bærum kommune for finne frem til en løsning.

Storgata 36 C er vedtatt solgt av styret i Oslo universitetssykehus HF. Etter det Oslo universitetssykehus HF kjenner til har byråd for sosiale tjenester og rusomsorg, Anniken Hauglie, henvendt seg til statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen med forespørsel om å få Storgata 36 C overført til Oslo kommune. Salg av eiendommen er nå godkjent av foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF i samsvar med foretaksloven § 31.

For eiendommene på Dikemark vil helseforetaket i disse dager inngå en samarbeidsavtale med Oslo kommune ved eiendom- og byfornyelsesetaten og Asker kommune for å videreutvikle dette området. Målet med samarbeidet er områdeutviklingsplan og forslag om regulering av eiendommen.

Etter forslag til vedtak i sak 52/2011 vil alle eksternt lokaliserte barnehager tilhørende Oslo universitetssykehus HF være vedtatt solgt. De gjenværende barnehagene er lokalisert inne på sykehuseiendommene. Blant disse gjenstår 3 barnehager beliggende internt på sykehuseiendommen på Aker. To av disse er utleid til Trygge Barnehager, mens den tredje er ledig. Et eventuelt salg av barnehagene på Aker vil ikke bli foreslått før ny regulering for nedre del av Aker-eiendommen foreligger.

Arbeidet med strategisk arealplan vil i løpet av 2011 ha kartlagt eventuelle ytterligere aktuelle objekter for salg, eventuelt kondemnering. Under henvisning til at det ble reist spørsmål om eiendommen Sogn i styremøtet sist kan det opplyses at denne eiendommen ikke anses som strategisk tema for salg. Sogn er en del av virksomheten i Klinikk for psykisk helse og avhengighet, og en vil samle distriktpsikiatriske sentra og etablere et samlet fagmiljø innen barne- og ungdomspsykiatri på Sogn. Dessuten kan det tillegges at eiendommen er definert som mulig vernet bygning (og vil derfor ha lavere verdi ved et salg).

9. Samhandling: Tro- og livssynsbetjening for pasienter og pårørende i sykehus

Hittil har tilrettelegging for tros- og livssynsutfoldelse på sykehus i all hovedsak reflektert majoritetsbefolkningens behov, med de tjenester sykehusprestetjenesten tilbyr. Sykehusprestene betjener i utgangspunktet alle, men formidler også kontakt med andre tros- og livssynssamfunn. Pasienter vil imidlertid kunne oppfatte det som lite ønskelig å gå via en prest fra Den norske kirke for å få kontakt med sitt tros- eller livssynssamfunn..

Med bakgrunn i dette har Oslo universitetssykehus inngått et samarbeid med Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) og Universitetet i Oslo (Teologisk Fakultet), om et pilotprosjekt for å tilby tros- og livssynsbetjening til pasienter og pårørende som ikke tilhører Den norske kirke. Målet er å etablere et ressursteam som skal kunne samtale om eksistensielle spørsmål, og evt utføre religiøse ritualer under sykehusoppholdet.

Dette er et prosjekt i flere trinn, finansiert med midler fra Kulturdepartementet, Barne-, likestillings- og diskrimineringsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF.

- Trinn1: Rekruttering og utdanning av religiøse ressurspersoner. (Vår/Sommer/Høst 2011)
- Trinn 2: Engasjere en koordinator til tro- og livssynsnettverket – bindeleddet mellom sykehusets klinikker og deltakerne i ressursteamet. (Høst 2011)
- Trinn 3: Implementere i drift. (2012 →)

Undervisningen strekker seg over 3 helgesamlinger samt 2 kveldssamlinger og en dag på sykehuset. Oppstart høsten 2011.

For mer informasjon, se kursets nettside: <http://www.tf.uio.no/studier/evu/kurs/betjening/>

10. Rettstvister - status per d.d.

Siden forrige rapportering (styremøtet i mars) har det skjedd følgende:

- Sykehuset har mottatt en stevning fra en ansatt. Det gjelder tvist om endringsoppsigelse grunnet vedkommende i sitt arbeid som ambulansesjåfør ikke rykket ut på kode 1 (akutt) oppdrag. Saken er ikke berammet.
- Tidligere hovedtillitsvalgt for Fagforbundet Aker har anket dom om midlertidig forføyning som betyr at vedkommende har krevet å stå i stilling og ikke skal virksomhetsoverdras til Akershus universitetssykehus HF. Forføyningssaken har vært behandlet av Lagmannsretten der den hovedtillitsvalgte tapte saken om fortsatt ansettelsesforhold ved Oslo universitetssykehus HF.

11. Pasienthendelser

Styret har tidligere uttalt at de ønsker å få nærmere innblikk i konkrete alvorlige saker/avvik som gjelder pasientbehandlingen utover det som rapporteres på ordinær måte. Administrerende direktør har valgt å legge fram to saker som på en god måte illustrerer kompleksiteten i pasientbehandlingen. Den ene saken gjelder en alvorlig syk lungepasient som døde under behandling. Den andre saken gjelder problemstillingen sikkerhetsaspektet ved elektroniske henvisninger og helsenett. Begge sakene reiser vanskelige faglige og analytiske spørsmål. Det vil bli gitt en muntlig presentasjon i møtet ved Leder av seksjon for pasientsikkerhet Anders Baalsrud.

12. Referater

- **Referat fra møte i Brukerrådet 27.04.2011**
Utrykt vedlegg.
- **Referater fra styremøte Helse Sør-Øst RHF**
Godkjent protokoll fra styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 14.04.2011
Foreløpig protokoll fra styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 12.05.2011



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Oslo Universitetssykehus
v/spesialrådgiver Erik Omland
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Administrerende direktør

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
0440 Oslo

Sentralbord: 23 22 50 00

Besøksadresse:
Lovisenberggt. 17

Direkte telefon: 23 22 50 10

Faks: 23 22 50 23

E-post: post@lds.no

www.lds.no

Org. nr.: No 965 985 166

Deres ref.:
2011/4333/Jansen

Vår ref.:
2009/506-30/LEFL

Arkivnr.:
H21

Dato:
12.05.2011

AVLASTNING AV KAPASITETSUTFORDRINGER VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Viser til vårt brev vedrørende ovenstående av 15.04.11.

Lovisenberg Diakonale Sykehus vil med dette få presisere at dersom det er aktuelt å overføre lokalsykehusansvar for indremedisinske pasienter fra bydel Bjerke anser vi dette mulig å iverksette per 01.10.11. Dersom innleggelsesmønsteret fra bydel Bjerke er proporsjonalt tilsvarende populasjonen i våre øvrige sektorbydeler genererer dette etter våre beregninger ca. 16 senger. Vi kan etablere 18 nye senger uten å foreta de interne forflytninger som ble nevnt i brev av 15.04.d.å. Utover dette har vi også etter 15.04 vurdert at vi har muligheter for å poliklinisere tilbud tilsvarende 4-8 av våre senger i drift. Det forutsettes at vi raskt mottar dokumentasjon over faktiske innleggelser/DRG-poeng for indremedisinske pasienter fra Bjerke fra dere, og at materialet ikke avviker vesentlig fra de forutsetninger vi har lagt til grunn.

Det vil være behov for å få overført 5 legehjemler fra OUS for å kunne ivareta lokalsykehusfunksjon innen indremedisin for Bjerke bydel. Videre fastholdes kompensasjon tilsvarende 80 prosent av DRG enhetspris basert på ISF-systemet. Vi vil få understreke at DRG enhetspris har vært vesentlig underregulert de senere år, slik at faktisk kostnadsdekning etter dette prinsippet vil ligge nærmere 75 enn 80 prosent.

Overtagelse av lokalsykehusansvar for bydel Bjerke 01.10.11 vil forutsette forpliktende tilbakemelding fra OUS innen 1. juni d.å.

Med vennlig hilsen
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS


Lars Erik Flatø
administrerende direktør

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF's hovedkontor, Hamar
Dato:	Styremøte 12. mai 2011
Tidspunkt:	Kl 0915 -1545

Følgende medlemmer møtte:

Frode Alhaug	Styreleder
Kirsten Brubakk	
Anne Hagen Grimrud	
Terje Keyn	
Andreas Kjær	Forfall
Irene Kronkvist	
Knut Even Lindsjörn	Forfall
Berit Eivi Nilsen	
Dag Stenersen	
Randi Talseth	
Anne Carine Tanum	
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	
Linda Verdal	Forfall
Finn Wisløff	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Hele brukerutvalget deltok i styremøtet fra kl 0915-1315

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, konsernrevisor Liv Todnem

Innkalling og sakliste ble godkjent

Protokoll fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte vedr sakene 034-2011 og 041-2011 ble delt ut.

Saker som ble behandlet:

033-2011	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 14. APRIL 2011
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll fra styremøte 14. april 2011 ble godkjent.

034-2011	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2011
----------	---

Styrets

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per mars 2011 til etterretning.
2. Styret er godt fornøyd med at den positive økonomiske utviklingen i flertallet av helseforetakene i foretaksgruppen fortsetter. Den svake økonomiske utviklingen i hovedstadsområdet fortsetter også i mars. Det er nå et stort behov for raskt å få på plass nødvendige tiltak for å forhindre en vesentlig svekkelse av foretaksgruppens økonomiske bæreevne som igjen vil medføre likviditetsmessige utfordringer.

Styret ser med bekymring på bemanningsutviklingen i hovedstadsområdet og viser i denne sammenheng til at det er en helt sentral premiss for hovedstadsprosessen at den ikke fører til at samlet bemanning øker og at bemanningen tilpasses endringene i pasientbehandlingen. I denne sammenheng vil fortgang i prosessen med å tilpasse aktivitet og ressurser mellom de tre foretakene i hovedstadsområdet stå sentralt.

Styret understreker også betydningen av at Oslo universitetssykehus HF uten unødig opphold gjennomfører nødvendige tiltak for å få den økonomiske utviklingen under kontroll.

Votering:

Punkt 1 og punkt 2 første og andre ledd enstemmig vedtatt.

Punkt 2, tredje ledd vedtatt mot to stemmer (Svein Øverland og Lizzie Ruud Thorkilden).

Stemmeforklaring fra styremedlemmene Øverland og Ruud Thorkildsen:

Det er viktig at man ivaretar de berørte ansatte på en god måte. HSØ RHF må sørge for at det fås til en styrt og koordinert overføringsprosess av ansatte mellom helseforetakene i hovedstadsområdet. Løsningene må innebære at ansatte ivaretas med rettigheter på tvers av foretakene i hovedstadsområdet og at man forutsetter at alle muligheter i omstillingsavtalen tas i bruk samt muligheter for å avtale ordninger - for å sikre gode løsninger for de ansatte og å unngå oppsigelser. Det forutsettes at man bruker nødvendig tid slik at man får til bemanningstilpasninger med en kombinasjon av overføringer og naturlig avgang. Det pekes i denne sammenheng på omstillingsavtalen del I, siste ledd som lyder:

"Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF bidrar til at man tar i bruk muligheter for å finne gode løsninger for de berørte ansatte innen hele foretaksgruppen."

035-2011	MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2012
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner møtekalender 2012 der følgende styremøter inngår:

- Torsdag 16. februar
- Torsdag 15. mars
- Torsdag 19. april
- Torsdag 24. mai
- Torsdag 21. juni
- Torsdag 13. og fredag 14. september
- Torsdag 25. oktober
- Torsdag 22. november
- Torsdag 20. desember

036-2011	HØRINGSUTTALELSE – FORSLAG TIL FORSKRIFT OM FREDNING AV STATENS KULTURHISTORISKE EIENDOMMER, KAP. 2 (HELSESEKTOREN)
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar foreliggende forslag til forskrift om fredning av statens kulturhistoriske eiendommer, kap 1(generell del) til orientering, og stadfester adm. direktørs høringsvar til Riksantikvaren. Styret legger til grunn at helseforetakenes ansvar og rolle presiseres gjennom de forskrifter som endelig godkjennes.
2. Styret konstaterer at i det etter styrets vedtak i sak 049-2008 har foregått en prosess hvor helseforetakenes innsigelser har blitt drøftet, og i enkelte tilfeller dannet grunnlag for endringer.
3. Styret mener likevel at omfanget av vern i verneklasse 1 er stort i Helse Sør-Øst, og vil være utfordrende for en bærekraftig utvikling når det gjelder byggenes tilpasning til teknisk og medisinsk utvikling.
4. Styret mener også at det vil ha kostnadmessige konsekvenser å forvalte en så stor mengde vernede bygg. Det ansees derfor som vesentlig at forvaltningsplaner knyttet til kulturminnevern og vernede bygg gis en form som er vel tilrettelagt for sektorens samlede opplegg for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV). Det er helseforetakenes ansvar å ta hensyn til dette i sine langtidsbudsjetter.
5. Styret anser på denne bakgrunn at helseforetakenes høringsuttalelse er de viktigste innspillene til Riksantikvaren, i det helseforetakene har førstehånds kjennskap til hvilke utfordringer og konsekvenser den foreslåtte forskriften vil ha.

6. I denne sammenheng vil styret peke på de særskilte utfordringene ved Oslo universitetssykehus HF som det et omfattende vernet vil gi, både for generell drift og i det utviklingsarbeidet som nå er i gang.

037-2011	STYREANSVARSFORSIKRING
----------	-------------------------------

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret ber administrerende direktør sørge for at det tegnes styreansvarsforsikring for hele helseforetaksgruppen.

038-2011	GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER MED HELSEFORETAKENE I JUNI 2011
----------	---

Styrets

V E D T A K

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter i juni 2011 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskap, og årsberetning 2010
- Honorar til revisor
- Årlig melding 2010, herunder presisering av styringskrav for 2011 som må følges opp særskilt av helseforetakene
- Fastsetting av styrehonorar for styrene i de enkelte helseforetakene

Votering:

Kulepunkt 1-3 enstemmig vedtatt.

Kulepunkt 4 vedtatt mot en stemme (Øverland)

Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland:

Styrehonorarene bør ikke økes hensyntatt situasjonen i foretaksgruppen.

039-2011	ORIENTERINGSSAK: ÅRSOPPSUMMERING 2010 FOR NASJONAL IKT
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Nasjonal IKTs årsoppsummering for 2010 tas til orientering.

040-2011	ORIENTERINGSSAK: REVISJON AV LØNNSOMRÅDET VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar revisjonsrapport fra konsernrevisjonen til Oslo universitetssykehus HF og foretakets styrebehandlede handlingsplan til orientering.

041-2011	ORIENTERINGSSAK: OPPSUMMERING OU-PROSESS HELSE SØR-ØST RHF
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen for den gjennomførte OU-prosessen i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Øverland, Keyn, Brubakk, Kronkvist og Ruud Thorkildsen:
Det forutsettes at berørte ansatte ivaretas i OU-prosessen ved at alle virkemidler i omstillingsavtalen benyttes. I den sammenheng påpekes RHFets forpliktelse til å ta i bruk alle muligheter for å finne gode løsninger og at man tar i bruk muligheter for å tilby arbeid i alle foraksgruppens virksomheter i geografisk nærhet og nødvendig tid for at tiltakene skal kunne virke. En forventer at OU-prosessen gjennomføres uten oppsigelser.

042-2011	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. ADs driftsorienteringer, inkl tilleggsoorientering om:
 - Tariffoppgjøret 2011 med orientering i lukket møte bare for de eieroppnevnte styremedlemmer, jfr vedtektenes § 8, annet ledd.
2. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 13.04.11
3. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet vedr. Hanne Harlems fratredelse som styreleder
4. Politisk uttalelse vedtatt av NSF, Oslo fylkesmøte 22. – 23. mars 2011
5. Kopi av brev til styret i Vestre Viken HF ang. akuttfunksjon for bløtkirurgi ved Kongsberg sykehus
6. Referat fra møte i revisjonskomiteen 13. april 2011

7. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet om supplerende opplysninger til årlig melding 2010 fra Helse Sør-Øst RHF
8. Svarbrev til Helse- og omsorgsdepartementet med supplerende opplysninger til årlig melding 2010 fra Helse Sør-Øst RHF
9. Brev fra stortingsrepresentanter, ordførere og representanter fra venner av Bærum sykehus om strategiarbeidet ved Vestre Viken HF
10. Brev fra Rjukan Sykehus Venner med informasjon om innsamling til MR-maskin ved Rjukan Sykehus

TEMASAKER

Følgende temasaker ble presentert for styret:

- Styreledere og administrerende direktører ved Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF orienterte om driftssituasjonen og måloppnåelse i forhold til de fem målene, inklusiv reduksjon av ventetid. Det ble særlig lagt vekt på hvilke tiltak som gjennomføres for å sikre et økonomisk resultat i tråd med vedtatt budsjett.
- Fellesmøte med Brukerutvalget
 - innlegg ved Geir Bornkessel – medlem i Brukerutvalget
 - dialog

Møtet hevet kl. 1450

Hamar, 12. mai 2011

Frode Alhaug
Styreleder

Kirsten Brubakk

Irene Kronkvist

Andreas Kjær

Berit Eivi Nilsen

Randi Talseth

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Finn Wisløff

Anne Hagen Grimsrud

Terje Keyn

Knut Even Lindsjørn (ikke tilstede)

Dag Stenersen

Anne Carine Tanum

Linda Verdal

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo
Dato:	Styremøte 14. april 2011
Tidspunkt:	Kl 0900 -1600

Følgende medlemmer møtte:

Hanne Harlem	Styreleder
Frode Alhaug	Nestleder
Kirsten Brubakk	
Anne Hagen Grimsrud	
Terje Keyn	
Andreas Kjær	
Irene Kronkvist	
Knut Even Lindsjørn	
Berit Eivi Nilsen	
Dag Stenersen	
Randi Talseth	
Anne Carine Tanum	(til kl 1230. T.o.m sak 021)
Lizzie Irene Ruud Thorkildsen	
Linda Verdal	(til kl 1305. T.o.m sak 021)
Finn Wisløff	
Svein Øverland	

Fra brukerutvalget møtte:

Ingen

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Bente Mikkelsen
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, konserndirektør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, konsernrevisor Liv Todnem

Sak 027-2011 *Valgkomiteen – Endring i styresammensetning HF-styre* utsettes. Innkalling og sakliste ble godkjent.

Protokoll fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte vedr sak 022-2011 og sak 029-2011 ble delt ut.

Saker som ble behandlet:

017-2011	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 17. MARS 2011 og EKSTRAORDINÆRT STYREMØTE 24. MARS 2011
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoller fra styremøtene 17. mars 2011 og ekstraordinært styremøte 24. mars 2011 ble godkjent.

018-2011	NASJONAL SAMARBEIDSAVTALE – REGJERINGENS INNOVASJONSSATSING I HELSESEKTOREN (2007-2011) NASJONAL TILTAKSPLAN
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret i Helse Sør- Øst RHF slutter seg til den nasjonale tiltaksplan for innovasjon. Styret ber om at videre arbeid forankres gjennom arbeid i eksisterende nasjonale og regionale samarbeidsfora med ansvar for forskning og innovasjon. Videre operasjonalisering av planen gjøres i den enkelte region sammen med samarbeidspartnere og tilpasses regionale forhold.

Det nasjonale koordineringsutvalget sikrer at det etableres en forankring av den nasjonale tiltaksplanen inn mot KS, universitet og høyskolesektoren.

019-2011	ÅRSBERETNING OG REGNSKAP FOR 2010
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner årsberetning og regnskap for 2010.
2. Styret er tilfreds med det økonomiske resultatet i 2010 og berømmer medarbeidere og ledere for stor innsats i et år med store krav til effektivisering og krevende omstillinger. Styret vil også berømme brukernes og ansattes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid i 2010.
3. Styret gir styreleder fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen 2010.

020-2011	ÅRSRAPPORT 2010 OG REVISJONSPLAN 2011 – KONERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar årsrapport 2010 som omhandler revisjonskomiteen og konsernrevisjonens arbeid i 2010 til etterretning.

Styret gir sin tilslutning til det vedtak som revisjonskomiteen har fattet i saken.

Styret tar konsernrevisjonens revisjonsplan 2011 godkjent av revisjonskomiteen i møte 16.3.2011 til orientering.

021-2011	AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FEBRUAR 2011
----------	--

Styrets

VEDTAK

1. Styret tar aktivitets- og økonomirapport per februar 2011 til etterretning.
2. Styret er godt fornøyd med den positive økonomiske utviklingen i flertallet av helseforetakene i foretaksgruppen. De svake økonomiske resultatene for foretakene i hovedstadsområdet, krever imidlertid tiltak for å forhindre en vesentlig svekkelse av foretaksgruppens økonomiske bæreevne og medføre likviditetsmessige utfordringer. Styret ber om at utviklingen i hovedstadsområdet følges tett og at nødvendige styringsmessige tiltak gjennomføres slik at resultatutviklingen blir i tråd med de resultatkrav som ligger til grunn for foretaksgruppens budsjett. Styret ber i denne sammenheng administrerende direktør vurdere etablering av en innsatsgruppe tilsvarende som i 2009, til støtte for helseforetakene i deres arbeid for å sikre kontroll med den økonomiske utviklingen.

Styret ser med bekymring på bemanningsutviklingen i hovedstadsområdet og viser i denne sammenheng til at det er en helt sentral premiss for hovedstadsprosessen at den ikke fører til at samlet bemanning øker og at bemanningen tilpasses endringene i pasientbehandlingen.

3. Styret ber om en styrebehandlet redegjørelse per foretak om arbeidet med fristbrudd for å sikre at målet om ingen fristbrudd i 2011 nås.

Votering:

Forslag fra styremedlem Øverland:

I pkt to strykes: "slik at resultatutviklingen blir i tråd med de resultatkrav som ligger til grunn for foretaksgruppens budsjett." og punktum settes.

Erstattes med følgende:

Det etableres en realistisk, konsekvensvurdert, flerårig plan for omstillingen i hovedstadsområdet.

Forslaget falt mot en stemme.

Punkt 1 og 3 enstemmig vedtatt. Punkt 2 vedtatt mot en stemme.

Protokolltilførsel fra styremedlemmene Øverland, Ruud Thorkildsen, Keyn, Brubakk og Kronkvist:

Alle tiltak som vurderes må konsekvensvurderes i forhold til pasienttilbud og ansatte, og kun tiltak med akseptable konsekvenser iverksettes.

022-2011	INNETEKTSMODELL FOR HELSE SØR-ØST
----------	-----------------------------------

Administrerende direktør fremla i møtet et nytt revidert forslag til vedtak i saken. Dette er tatt inn i vedlegg til protokollen.

Styrets

VEDTAK

1. Målet med utvikling av kriteriebaserte inntektsbaserte inntektsmodeller for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger.
2. Styret presiserer at håndtering av kostnader knyttet til vedtatte, tidsbegrensede omstillingsprosesser må skje utenfor den kriteriebaserte inntektsmodellen. De særlige utfordringer implementering av inntektsmodellen får for Oslo sykehusområde, håndteres i forbindelse med økonomisk langtidsplan og budsjett 2012. Dette for å sikre at omstillingene i hovedstadsområdet kan gjennomføres.
3. Styret forutsetter at regionens "sørge for"-ansvar ivaretas og at kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas gjennom implementeringsfasen av inntektsmodellen og at nødvendige risikovurderte tiltak iverksettes og følges opp på basis av etablert rapporteringssystem.
4. Styret slutter seg til forslag til modell for fordeling av inntekter knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), til kapitalinntekter, og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger.
5. Styret slutter seg til at avregning for bruk av private tjenester innen somatikken inkluderes i inntektsmodellen, og at elementet forbruksutjevning tas ut av modellene både for somatikk og psykisk helsevern.
6. Styret legger til grunn at innfasingen av somatikkmodellen fullføres i 2012 i tråd med tidligere vedtak, og at innfasingen av modell for psykisk helsevern fullføres i 2013.
7. Styret ber om at finansiering av undervisningsoppgavene for medisinske studenter synliggjøres i inntektsmodellen.

8. Styret legger videre til grunn at den økonomiske omfordelingen av ny modell for TSB, kapitalinntekter og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader gjennomføres over perioden 2012 – 2014.
9. Styret ber administrerende direktør igangsette et arbeid knyttet til utvikling av inntektsmodell for prehospitale tjenester.
10. Styret ber om at det foretas en videre utvikling og verifisering av modellene for psykisk helsevern og TSB og finansieringsmodellen for lands- og regionfunksjoner. Resultatet av utviklings- og verifiseringsarbeidet legges frem for styret våren 2012
11. Det gjennomføres en evaluering basert på erfaringene med implementering av inntektsmodellen gjennom det videre utviklingsarbeidet og i det årlige arbeidet med rullering av økonomisk langtidsplan og årsbudsjett.

Votering:

Styremedlem Øverland fremmet følgende forslag:

I pkt 4 settes punktum etter kapitalinntekter og resten av setningen strykes

I pkt 8 strykes ”og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader”.

Forslaget falt mot to stemmer.

De øvrige punktene ble enstemmig vedtatt.

Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland:

Det er viktig at inntektsmodellen bidrar til forutsigbarhet. Å inkludere pensjonskostnader i inntektsmodellen vurderes ikke å bidra til dette.

Denne vurderingen er i tråd med prosjektleders, professor Terje Hagens, anbefaling som i vedlegget ”*prosjektrapport inntektsmodeller – evaluering og videreutvikling*”

023-2011	TILDELING AV SIGNATURRETT OG PROKURA
----------	--------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Administrerende direktør tildeles signaturrett, jfr. helseforetaksloven § 39. Signaturberettigede for Helse Sør-Øst RHF er således styreleder og administrerende direktør hver for seg.
2. Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen og konserndirektør Atle Brynstad tildeles prokura hver for seg.
3. Tildeling av signaturrett og prokura medfører ikke endringer i de interne fullmakter. Styret forutsetter at fullmaktene som prokurist knyttes mot stedfortrederfunksjon for administrerende direktør.

024-2011	REVISJONSRAPPORT – LEVERANSE AV HELSEPERSONELLVIKARER
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Rapport fra gjennomført revisjon om leveranse av helsepersonellvikarer og oversikten over tiltak og oppfølging i etterkant av rapporten tas til orientering.
2. Styret slutter seg til de videre oppfølgingspunktene som fremgår av saken.

025-2011	KVALITET I ANSKAFFELSER AV HELSETJENESTER – OPPLEGG FOR EVALUERING
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen om opplegget for å gjennomføre en ekstern evaluering av anskaffelser av helsetjenester til orientering. Styrets innspill i møtet innarbeides i det endelige mandatet.

026-2011	SYKEHUSPARTNER. STATUS DRIFT OG OMSTILLING
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret tar saken til orientering, og ber administrerende direktør sikre fortsatt høy oppmerksomhet omkring oppfølging av situasjonen i Sykehuspartner.
2. Styret ber om en oppdatert samlet status for oppfølging av Konsernrevisjonens rapport om styring og kontroll i Sykehuspartner til styremøte 16. juni samt en fornyet risikovurdering med redegjørelse for tiltak fra driftstyret i junimøtet.

027-2011	VALGKOMITEEN – ENDRING STYRESAMMENSETNING HF- STYRE
----------	--

Saken ble utsatt

028-2011	ORIENTERINGSSAK: STATUS FOR HELSE SØR-ØST SIN DELTAKELSE I NASJONALT PROGRAM FOR STABS- OG STØTTEFUNKSJONER INNEN LOGISTIKK- OG ØKONOMIOMRÅDET (NPSS LØ)
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar administrerende direktørs redegjørelse til orientering.

029-2011	ORIENTERINGSSAK: REDUKSJON AV ANDELEN DELTIDSANSATTE I HELSEFORETAKENE – STATUS FOR ARBEIDET I HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar redegjørelsen om status for arbeidet med å redusere andelen deltidsansatte til orientering.

030-2011	ORIENTERINGSSAK: ORIENTERING OM PROSJEKTENE ADMHR OG BEDRE RESSURSSTYRING
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Sluttrapport fra prosjekt AdmHR og mandat for prosjekt *bedre ressursstyring* tas til orientering.

031-2011	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak fram til april 2011 til orientering.

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

ANDRE ORIENTERINGER

1. Driftsorienteringer fra administrerende direktør med tilleggsorienteringer om Brennpunktprogrammet ang LIS og påståtte dobbeltroller. Snoking i pasientjournaler ved Sørlandet sykehus HF. Styremedlem Brubakk kommenterte under denne delen av møtet Spekters omtale av sykepleierne i media.
2. Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 16. mars 2011

TEMASAKER

Følgende temasaker ble presentert for styret:

- Presentasjon av Inven2, jfr behandling av sak 018-2011 om nasjonal tiltaksplan innovasjon
- Orientering om status drift av Sykehuspartner

Møtet hevet kl. 1555

Oslo, 14. april 2011

Hanne Harlem
styreleder

Kirsten Brubakk

Irene Kronkvist

Andreas Kjær

Berit Eivi Nilsen

Randi Talseth

Lizzie Irene Ruud Thorkildsen

Finn Wisløff

Frode Alhaug
nestleder

Anne Hagen Grimsrud

Terje Keyn

Knut Even Lindsjørn

Dag Stenersen

Anne Carine Tanum

Linda Verdal

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

VEDLEGG.

SAK NR 022-2011

INNETKTSMODELL FOR HELSE SØR-ØST

Revidert forslag til vedtak lagt frem av administrerende direktør i møtet:

1. Målet med utvikling av kriteriebaserte inntektsbaserte inntektsmodeller for Helse Sør-Øst er å fordele inntekter til sykehusområdene slik at de kan levere gode og likeverdige helsetjenester som er tilpasset befolkningens ulike behov og sykehusområdenes forskjellige kostnadmessige forutsetninger.
2. Styret presiserer at håndtering av kostnader knyttet til tidsbegrensede omstillingsprosesser må skje utenfor den kriteriebaserte inntektsmodellen. De særlige utfordringer implementeringen av inntektsmodellen får for helseforetakene i hovedstadsområdet må løses i forbindelse med rulleringen av økonomisk langtidsplan og budsjett 2012.
3. Styret slutter seg til forslag til modell for fordeling av inntekter knyttet til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB), til kapitalinntekter, og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader som følge av endrede beregningsforutsetninger.
4. Styret slutter seg til at avregning for bruk av private tjenester innen somatikken inkluderes i inntektsmodellen, og at elementet forbruksutjevning tas ut av modellene både for somatikk og psykisk helsevern.
5. Styret legger til grunn at innfasingen av somatikkmodellen fullføres i 2012 i tråd med tidligere vedtak, og at innfasingen av modell for psykisk helsevern fullføres i 2013.
6. Styret legger videre til grunn at den økonomiske omfordelingen av ny modell for TSB, kapitalinntekter og inntekter til dekning av økte pensjonskostnader gjennomføres over perioden 2012 – 2014.
7. Styret ber administrerende direktør igangsette et arbeid knyttet til utvikling av inntektsmodell for prehospitaltjenester.
8. Styret ber om at det foretas en videre utvikling og verifisering av modellene for psykisk helsevern og TSB og finansieringsmodellen for lands- og regionfunksjoner. Resultatet av utviklings- og verifiseringsarbeidet legges frem for styret våren 2012
9. Det gjennomføres en evaluering basert på erfaringene med implementering av inntektsmodellen.

Oslo, 14. april 2011

Bente Mikkelsen
administrerende direktør

Oslo universitetssykehus HF

Styresak - Sakframstilling

Dato møte: 26. mai 2011

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Årsplan

SAK 58/2011: ORIENTERINGSSAK ÅRSPLAN

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen er gjenstand for kontinuerlige justeringer og legges fram i oppdatert utgave ved hvert styremøte.

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar årsplan for styresaker til orientering.

Oslo, den 19. mai 2011

Siri Hatlen

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus HF

Side 1 av 4

Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Torsdag 17. februar Hovedfokus: Økonomi, mål, drift og resultat	<ul style="list-style-type: none">• Protokoll• Ledelsens gjennomgang 3 tertial 2010• Aktivitets- og økonomirapport for desember og året 2010• Årlig melding• Oppdrag og bestilling 2011 fra Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll• Mål og budsjett 2011• Omstilling og utvikling: Idefaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål sykehus• Salg av eiendom, Kroerveien• Universitetet i Oslo, Domus Medica – leieavtale	<ul style="list-style-type: none">○ Presentasjon fra Senter for fremragende forskning (SFF)	<ul style="list-style-type: none">• Aktivitets- og økonomirapport: - januar• ADs orienteringer• Strategi for innovasjon• Strategi for likeverdige helsetjeneste og mangfold• Informasjon om avsluttede byggeprosjekter• Årsplan - styresaker
Styreseminar fra kl. 17.00 – 22.00	Tema – seminar: <ol style="list-style-type: none">1. Orientering om arbeid med utviklingsplan og målbilde dag 5 (2017) – med hovedfokus på å forstå det samlede økonomiske utfordringsbildet mot dag 4 (2013)2. Evaluering (utsatt)		

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus HF

Side 2 av 4

Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Torsdag 31. mars Styreseminar fra 14.00 – 18.00	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Årsoppgjør 2010 (årsregnskap og årsberetning) • Ide/konseptfaserapport – utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål • Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF • Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan 2012-2015 • Revisjonsrapport av lønnsområdet med handlingsplan <p>Tema – seminar: Kvalitetssikring Dag 4 (utsatt) Konkretisering målbilde Dag 5 som grunnlag for idefasearbeid og arealplan (utsatt) Det økonomiske utfordringsbildet 2011-2013</p>	Ingen temasak.	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapport • Brudd på arbeidstidsbestemmelsene • Revisjonsplan Oslo uiversitetssykehus HF • ADs orienteringer • Årsplan for styresaker – justert
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Torsdag 28. april Hovedfokus: Økonomi, drift, og resultat Styreseminar fra 08.00-10.00	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Klinisk arbeidsflate • Økonomi- og aktivitetsrapport per mars • Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011 <p>Tema – seminar: Det økonomiske utfordringsbildet 2011-2013</p>	Møte med Brukerutvalget	<ul style="list-style-type: none"> • Inntektsmodell i Helse Sør-Øst RHF • Strategi for samhandling • Årsplan for styresaker - justert • ADs orienteringer
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus HF

Side 3 av 4

<p>Torsdag 26. mai Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Ledelsens gjennomgang 1 tertial • Økonomi- og aktivitetsrapport per april • Tiltak for å gjennomføre budsjett 2011 • Budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan • Salg av eiendommer • Sluttrapport av byggeprosjekter med investeringsmidler fra regjeringens tiltakspakke • Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus • Brukerutvalget: nye retningslinjer inkludert mandat • Brukerutvalget: oppnevning av nytt utvalg 	<ul style="list-style-type: none"> • Redesign, kapasitetstilpasning og forventninger/muligheter ad. Aker som samhandlingsarena. Perspektiver fra Medisinsk klinikk • Aker som samhandlingsarena - arealdisponering 	<ul style="list-style-type: none"> • ADs orienteringer • Justert styrets årsplan
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
<p>Torsdag 23. juni Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat</p> <p>Sommeravslutning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Revidert budsjett 2011 • Mål og budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan • Evaluering av styringsregime 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av Akuttklinikken 	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • Tilnærming og kvalitetssikring av dag 4 • Oppdrag og bestilling: nærmere gjennomgang • Strategi pasientsikkerhet og kvalitet • ADs orienteringer
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
<p>29. september Hovedfokus: Omstilling og utvikling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan • Årsplan for styret i 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av klinikk for diagnostikk og intervensjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer

Årsplan 2011 for styret – Oslo universitetssykehus HF

Side 4 av 4

Styreseminar: Kl. 16-22		Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5	
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
27. oktober Hovedfokus: Økonomi, drift og resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 • Ledelsens gjennomgang 2 tertial • Evaluering av styringsregime 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av Oslo sykehusservice ○ Presentasjon av ny leder av Kreftregisteret 	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer • Forslag til en strategi for Kreftregisteret
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Torsdag 24. november Hovedfokus: Omstilling og utvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Mål og budsjett 2012 	<p>Besøk av styreleder og adm.dir. i Helse Sør-Øst??</p> <p>Strategi for likeverdig helsetjeneste (inkludert bruk av tolketjenester)</p> <p>Utviklingsstrategi 2025 og målbilde for dag 5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsrapportering • ADs orienteringer
Styremøte	Saker	Temasak	Orienteringssaker
Torsdag 15. desember Hovedfokus Økonomi, drift og resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll • Budsjett 2012 • Evaluering av styringsregime • Årlig melding 2011 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentasjon av klinikk for spesialisert medisin og kirurgi 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Økonomi- og aktivitetsrapportering ○ ADs orienteringer